W książce ukazano wpływ czynników kulturowych na postawy ludzi wobec własnego zdrowia i wyglądu. Koncepcja hierarchicznego uporządkowania relacji między płcią kulturową a kulturowo definiowanym wiekiem oraz ich oddziaływania na siebie pozwoliła na wprowadzenie i zastosowanie w badaniach nowej kategorii socjologicznej, tj. upłciowionego wieku (*gendered age*). Dało to możliwość pogłębionej analizy przekonań, ocen i zachowań kobiet oraz mężczyzn w różnym wieku w odniesieniu do własnego wyglądu i zdrowia. W części empirycznej zaprezentowano definicje kobiecości i męskości funkcjonujące u ludzi będących w różnych fazach życia. Scharakteryzowano także stan świadomości badanych na temat wpływu kulturowych koncepcji płci, wieku i upłciowionego wieku na ich postrzeganie swego wyglądu i zdrowia. Wykorzystano ponadto koncepcję zakładającą definiowanie wyglądu i zdrowia jako indywidualnych zasobów kapitału ludzkiego zyskujących współcześnie na znaczeniu.

Publikacja poszerza ogólną wiedzę o genderowych uwarunkowaniach zjawisk społecznych. Mieści się w obszarze takich dziedzin, jak *gender studies*, socjologia płci, socjologia ciała i zdrowia. Jest adresowana nie tylko do naukowców – socjologów, antropologów, kulturoznawców, psychologów czy lekarzy, lecz także do osób zainteresowanych podjętą problematyką.

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Książka dostępna również jako e-book

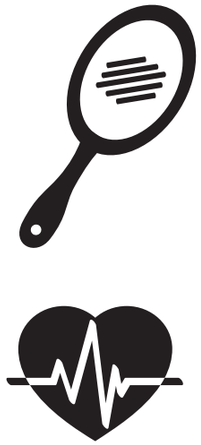
ISBN 978-83-8088-353-6

Ewa Malinowska, Krystyna Dzwonkowska-Godula,
Emilia Garncarek, Julita Czernecka, Joanna Brzezińska

Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia

Ewa Malinowska, Krystyna Dzwonkowska-Godula
Emilia Garncarek, Julita Czernecka, Joanna Brzezińska

Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia



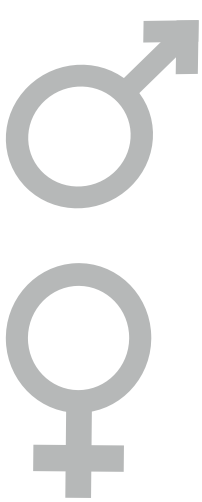
WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Ewa Malinowska, Krystyna Dzwonkowska-Godula
Emilia Garncarek, Julita Czernecka, Joanna Brzezińska

Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO
Łódź 2016

Ewa Malinowska, Krystyna Dzwonkowska-Godula, Emilia Garncarek
Julita Czernecka, Joanna Brzezińska – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Zakład Socjologii Płci i Ruchów Społecznych, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43

RECENZENT
Krzysztof Arcimowicz

REDAKTOR INICJUJĄCY
Iwona Gos

REDAKCJA
Aleksandra Urzędowska

SKŁAD I ŁAMANIE
AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA
Leonora Wojciechowska

PROJEKT OKŁADKI
Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/grgroupstock, Ostapius

Publikacja powstała w wyniku realizacji projektu badawczego o numerze
2012/05/B/HS6/03793 finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki

© Copyright by Authors, Łódź 2016
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.07542.16.0.K

Ark. 25,4; ark. druk. 24,375

ISBN 978-83-8088-353-6
e-ISBN 978-83-8088-354-3

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp 9

Rozdział 1.
Wprowadzenie teoretyczno-metodologiczne 13

1.1 Badanie postaw wobec zdrowia i wyglądu z perspektywy kulturowych definicji płci i wieku oraz upłciowionego wieku. Koncepcje i ustalenia teoretyczne (Ewa Malinowska) 13

1.1.1 Kulturowe modele społeczeństwa, proces genderyzacji 13

1.1.2 Patriarchalne modele płci 14

1.1.3 *Gender* a zdrowie 18

1.1.4 Koncepcja upłciowionego wieku (*gendered age*) 18

1.1.5 Przyjęte ustalenia dotyczące badania postaw 21

1.2 Cel, problematyka i założenia metodologiczne badań (Ewa Malinowska, Krystyna Dzwonkowska-Godula, Emilia Garncarek, Julita Czernecka, Joanna Brzezińska) 22

Rozdział 2.
Genderyzacja (upłciowienie) wieku jako zjawisko empiryczne 27

2.1. Wyobrażenia o kobietach i mężczyznach młodych, w średnim wieku i starych (Joanna Brzezińska, Krystyna Dzwonkowska-Godula) 27

2.2. Społeczne oczekiwania dotyczące zachowań wobec wyglądu w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku (Julita Czernecka) 55

2.3 Społeczne oczekiwania dotyczące zachowań wobec zdrowia w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku (Emilia Garncarek) 76

Rozdział 3.
Postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu **93**
3.1 Komponent poznawczy 93
3.1.1 Sposób opisywania własnego wyglądu a płeć i wiek (Julita Czernecka) 93
3.1.2 Czynniki wpływające na wygląd według kobiet i mężczyzn w różnym wieku (Julita Czernecka) 108
3.1.3 Powody dbania o wygląd wskazywane przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku (Ewa Malinowska) 128
3.2 Komponent afektywny 137
3.2.1 Ocena własnego wyglądu a płeć i wiek (Joanna Brzezińska) 137
3.3 Komponent behawioralny 155
3.3.1 Płeć kulturowa i upłciowiony wiek a działania korzystnie wpływające na wygląd (Ewa Malinowska) 155
3.3.1.1 Dbanie o swój wygląd przez kobiety i mężczyzn a wiek 156
3.3.1.2 Dbanie o swój wygląd przez kobiety w różnym wieku 168
3.3.1.3 Dbanie o swój wygląd przez mężczyzn w różnym wieku 180
3.3.2 Płeć kulturowa i upłciowiony wiek a działania niekorzystnie wpływające na wygląd (Joanna Brzezińska) 191

Rozdział 4.
Kulturowa geneza postawy wobec własnego wyglądu w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku (Ewa Malinowska) **209**
4.1 Geneza postawy wobec swego wyglądu w świadomości kobiet w różnym wieku 210
4.2 Geneza postawy wobec swego wyglądu w świadomości mężczyzn w różnym wieku 220

Rozdział 5.
Postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego zdrowia **231**
5.1 Komponent poznawczy 231
5.1.1 Pojmowanie zdrowia przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku (Krystyna Dzwonkowska-Godula) 231
5.1.2 Czynniki wpływające na stan zdrowia według kobiet i mężczyzn w różnym wieku (Krystyna Dzwonkowska-Godula) 245
5.1.3 Powody dbania o zdrowie wskazywane przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku (Emilia Garncarek) 262
5.2 Komponent afektywny 277
5.2.1 Ocena własnego zdrowia a płeć i wiek (Krystyna Dzwonkowska-Godula) 277

5.3 Komponent behawioralny 291
5.3.1 Zachowania prozdrowotne a płeć i wiek (Emilia Garncarek) 291
5.3.2 Zachowania antyzdrowotne a płeć i wiek (Emilia Garncarek) 315

Rozdział 6.
Kulturowa geneza postawy wobec własnego zdrowia w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku
(Krystyna Dzwonkowska-Godula) **339**
6.1 Geneza postaw wobec własnego zdrowia w świadomości kobiet w różnym wieku 340
6.2 Geneza postaw wobec własnego zdrowia w świadomości mężczyzn w różnym wieku 352

Zakończenie 375
Bibliografia 381

http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.01

Wstęp

Prezentowana wieloautorska książka jest efektem kilkuletniej zespołowej pracy członkiń Zakładu Socjologii Płci i Ruchów Społecznych Uniwersytetu Łódzkiego w ramach projektu badawczego pt. „Kulturowe koncepcje płci i wieku a postawy kobiet i mężczyzn wobec swego zdrowia i wyglądu", zrealizowanego w latach 2013–2016 pod kierunkiem Ewy Malinowskiej. Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2012/05/B/HS6/03793[1]. Jego celem była analiza wpływu kulturowych koncepcji płci (kobiecości i męskości) oraz kulturowych koncepcji wieku (młodości, wieku średniego i starości) na postawy jednostek wobec własnego wyglądu i zdrowia. Koncepcja badań realizowanych w ramach tego projektu wprowadza nową perspektywę teoretyczno-badawczą poprzez wskazanie powiązania płci kulturowej (*gender*) oraz kulturowo określanego wieku i stworzenie nowej kategorii socjologicznej „upłciowionego wieku" (*gendered age*).

Badając postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec wyglądu i zdrowia, traktowanych jako składniki indywidualnego kapitału ludzkiego, podjęto próbę określenia związku między przekonaniami, ocenami i zachowaniami ludzi wobec tych zasobów a funkcjonującymi w świadomości społecznej kulturowymi koncepcjami płci, wieku i upłciowionego wieku. Badania miały charakter jakościowy: zrealizowano 12 sesji zogniskowanych wywiadów grupowych oraz 90 wywiadów swobodnych z kobietami i mężczyznami – zaliczanymi ze względu na wiek metrykalny do ludzi młodych, w wieku średnim i starych, mającymi co najmniej średnie wykształcenie, mieszkańcami dużego miasta – Łodzi. O postawach

1 Czas trwania projektu: 30.01.2013–29.08.2016.

wnioskowano na podstawie deklaracji respondentek i respondentów dotyczących ich wiedzy, emocji i zachowań wobec przedmiotów postawy – własnego wyglądu i zdrowia. Istotne z punktu widzenia badanej problematyki było także poznanie stanu świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku na temat wpływu kulturowych koncepcji płci i wieku oraz upłciowionego wieku na ich przekonania, oceny i zachowania.

Niniejsza publikacja składa się ze wstępu, sześciu rozdziałów, zakończenia i bibliografii. Rozdział pierwszy jest wprowadzeniem prezentującym kluczowe koncepcje i ustalenia teoretyczne dotyczące badania postaw wobec zdrowia i wyglądu z perspektywy kulturowych definicji płci i wieku oraz upłciowionego wieku. W części tej przedstawiono również cel, problematykę i założenia metodologiczne zrealizowanych badań. W rozdziale drugim, opartym na wynikach analizy zebranego materiału jakościowego, omówiono zjawisko genderyzacji (upłciowienia) wieku. Zaprezentowano charakterystyki kobiet i mężczyzn młodych, w średnim wieku i starych powstałe w wyniku dyskusji grupowych, a także przeanalizowano społeczne oczekiwania dotyczące zachowań wobec wyglądu i zdrowia formułowane wobec kobiet i mężczyzn w różnym wieku.

Rozdział trzeci poświęcono postawom kobiet i mężczyzn wobec własnego wyglądu. W związku z przyjęciem strukturalnej definicji postawy (za S. Nowakiem 1973), obejmującej komponent poznawczy, emocjonalno-oceniający oraz behawioralny, omówiono kolejno przekonania na temat natury i własności wyglądu jako jednego z zasobów jednostkowego kapitału ludzkiego (sposób opisywania własnego wyglądu, czynniki wpływające na wygląd oraz powody dbania o niego), oceny własnej atrakcyjności fizycznej oraz podejmowane przez jednostki działania wpływające korzystnie i niekorzystnie na ich wygląd. W rozdziale czwartym podjęto problem funkcjonowania w świadomości kobiet i mężczyzn będących w różnym wieku kulturowych (genderowych) uwarunkowań analizowanych postaw wobec wyglądu.

Analogicznie uporządkowana została część książki odnosząca się do postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec własnego zdrowia. W rozdziale piątym przedstawiono rezultaty badania dotyczące poszczególnych elementów tych postaw: komponentu poznawczego (sposób definiowania zdrowia, przekonania na temat czynników wpływających na stan zdrowia oraz powody dbania o zdrowie), komponentu afektywnego (ocena własnego stanu zdrowia) oraz behawioralnego (działania pro- i antyzdrowotne). Konsekwentnie rozdział szósty poświęcony został zagadnieniu kulturowych (genderowych) uwarunkowań postawy wobec zdrowia funkcjonujących w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku. W zakończeniu autorki zaprezentowały najważniejsze wnioski oraz refleksje dotyczące zrealizowanego projektu badawczego. Choć

książka stanowi całość obejmującą różne aspekty omawianej problematyki, to każdy podrozdział (a tym bardziej rozdział) książki można traktować jako osobny i kompletny artykuł.

Autorki pragną podziękować wszystkim osobom, które współpracowały z nimi w trakcie realizacji projektu badawczego, na różnych jego etapach, m.in. w procesie zbierania materiału badawczego i jego opracowania. Wyrazy wdzięczności należą się zwłaszcza doktorantkom z Zakładu Socjologii Płci i Ruchów Społecznych: Katarzynie Łuczak oraz Malwinie Pietrzyk-Jagielskiej. Dziękujemy także kolegom z zaprzyjaźnionych jednostek naukowych: Kamilowi Brzezińskiemu z Katedry Socjologii Wsi i Miasta Uniwersytetu Łódzkiego oraz Jakubowi R. Stempniowi z Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Autorki

http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.02

Rozdział 1
Wprowadzenie teoretyczno-metodologiczne

1.1. Badanie postaw wobec zdrowia i wyglądu z perspektywy kulturowych definicji płci i wieku oraz upłciowionego wieku. Koncepcje i ustalenia teoretyczne
(Ewa Malinowska)

1.1.1. Kulturowe modele społeczeństwa, proces genderyzacji

Założenie wstępne, na którym oparto koncepcję projektu badawczego stanowiącego empiryczną podstawę niniejszej książki, mówi o uniwersalnym i powszechnym znaczeniu strukturacyjnym i stratyfikacyjnym płci, a dokładniej – kulturowych koncepcji płci (*gender*). Za Marcelem Maussem przyjęto tutaj, że: „Podział według płci jest podziałem o znaczeniu fundamentalnym, waży na życiu wszystkich społeczeństw w takim stopniu, jakiego nawet nie podejrzewamy" (Mauss 1969: 15). Zasięg oddziaływania procesu genderyzacji trafnie określili natomiast Ch. Guionnet i E. Neveu, pisząc: „Kategorie *sex* i *gender* są nie tylko zmiennymi zdolnymi wyjaśniać zjawiska społeczne, komponentami układanki jaką jest tożsamość lub czynnikami społecznymi; są one także kategoriami w jakich myślimy i klasyfikujemy świat społeczny" (Guionnet, Neveu 2004: 9).

W każdej kulturze, w każdej epoce, w każdym społeczeństwie funkcjonują właściwe im odmiany kulturowych definicji kobiecości i męskości. Istotne podobieństwo wykazują kulturowe koncepcje płci skonstruowane na identycznym modelu relacji władzy między kobietami a mężczyznami (np. te, które powstawały i funkcjonowały/funkcjonują w obrębie modelu patriarchalnego). Badania międzykulturowe wykazują w takim przypadku uniwersalizm przekonań dotyczących kobiecości i męskości oraz stosunków między nimi (Beall 2002: 86; Kimmel 2004: 52; Moore 2005: 313; Wojciszke 2003: 418–419), pomimo występujących jednocześnie wielu kulturowych różnic między konkretnymi społeczeństwami patriarchalnymi (wpływ religii, dominującej ideologii czy też wspomniane

już znaczenie epoki historycznej itp.) Przyjmując rodzaj relacji władzy między kategoriami płci za kryterium typologii kulturowych modeli społeczeństwa, można natomiast wyodrębnić trzy modele: patriarchat (dominacja mężczyzn i podporządkowanie kobiet), matriarchat (dominacja kobiet i podporządkowanie mężczyzn) oraz model egalitarny (oparty na równym statusie obu płci). Warto odkreślić, że w każdym z nich występuje zjawisko genderyzacji. Tymczasem, ze względu na odwieczne zdominowanie świata przez patriarchalny model kulturowy, w rozważaniach na temat upłciowienia życia społecznego często mamy do czynienia z milczącym utożsamianiem tego procesu z genderyzacją patriarchalną. Aby podkreślić konieczność precyzowania kluczowego tutaj pojęcia, przypomnijmy choćby Trobriandy i odmienne od „naszych", opisane przez B. Malinowskiego, kulturowe konstrukty płci w społeczeństwie matrylokalnym (nie matriarchalnym, jak to sformułował autor, bowiem jak wynika z jego opisu trobriandzkiej kultury, władzę sprawowali tam wyłącznie mężczyźni) (Malinowski 1980) albo odkrycia dokonane i opisane przez Margaret Mead (Mead 1935).

Tak więc, kulturowe koncepcje kobiecości i męskości nawiązują bezpośrednio i konsekwentnie do modelu władzy między kategoriami płci, obowiązującego w danym porządku społecznym. Omawiając stereotypy kobiecości i męskości, Kay Deaux oraz Laurie L. Lewis wskazują, że zawierają one przekonania dotyczące cech osobowości, ról społecznych, wyglądu zewnętrznego oraz zawodu (za: Brannon 2002: 219; Mandal 2000: 17–18, Mandal 2003: 39). W zaproponowanym przez nas podejściu genderowym w strukturze kulturowego modelu płci wyróżniamy natomiast: 1) zespół kluczowych ról społecznych uznanych za właściwe dla osobnika danej płci (zawierający także odpowiednie dla mężczyzny lub kobiety role zawodowe), 2) idealne, głównie z punktu widzenia ich nieodzowności i przydatności do pełnienia wskazanych ról społecznych, cechy osobowości kobiety lub mężczyzny oraz 3) pożądane cechy wyglądu – uważane w danej kulturze za potwierdzające oczekiwane cechy osobowości (np. stanowczość, dobroć), obiecujące zdolności rozrodcze kobiety i mężczyzny (kształt sylwetki i proporcje w budowie ciała) oraz odpowiadające obowiązującym kanonom urody i aktualnym standardom estetycznym (ważne zwłaszcza w przypadku kobiet, choć nie wyłącznie).

1.1.2. Patriarchalne modele płci

Zgodnie z omówioną koncepcją, podstawowym elementem w strukturze kulturowego modelu płci jest zespół ról społecznych uznanych za odpowiednie dla kobiety albo dla mężczyzny. W społeczeństwie

patriarchalnym do mężczyzn należą role związane ze sprawowaniem władzy i aktywnością zarówno w sferze publicznej (w tym rola zawodowa) jak i prywatnej (rola głowy rodziny i głównego żywiciela, rola męża i ojca mającego prawo do decydowania o zasadniczych sprawach dotyczących żony i dzieci). Konsekwentnie model męskości zawiera zatem cechy osobowości uważane za istotne w przypadku sprawowania władzy, jak: racjonalność, opanowanie, zdecydowanie, odwaga, zdolności przywódcze itp. Patriarchalny model kobiecości zakłada z kolei koncentrację kobiety na (zdeterminowanej biologicznie) roli matki i na aktywności w sferze prywatnej, opisuje idealne cechy kobiecej osobowości związane głównie z tą rolą, rozszerzaną w wymiarze troski, opieki i rozumienia cudzych potrzeb również na innych. Są to takie przymioty jak: emocjonalność, empatia, opiekuńczość, obowiązkowość itp. Należy zauważyć, że pakiet ról społecznych z modelu męskości i odpowiednie cechy męskiej osobowości gwarantują realizację statusu podmiotu społecznego, w patriarchalnym modelu porządku przysługującego wyłącznie mężczyźnie. Pakiet ról społecznych z modelu kobiecości oraz umożliwiające ich realizację cechy kobiecej osobowości są natomiast odpowiednie z punktu widzenia obiektywizacji statusu istoty uprzedmiotowionej, w tym typie porządku społecznego przysługującego kobiecie. W ten sposób kulturowe koncepcje płci sankcjonują patriarchalny model relacji władzy (por. Malinowska 2000: 22–27).

Jak z kolei zauważyła D. Pankowska, płciowo zróżnicowane przydzielanie obowiązków „wiązanych z pewnymi cechami psychicznymi" powoduje, że kobietom i mężczyznom przypisywane są **następnie** (podkreśl. aut.) pewne cechy osobowości (Pankowska 2005: 20). Wydaje się, że pełnienie kulturowo określonych ról społecznych nie tylko sprzyja powstawaniu i utrwalaniu stereotypów płci. Genderowo ukierunkowana socjalizacja, wspierając rozwój cech „charakteru" społecznie oczekiwanych od kobiety lub mężczyzny, przede wszystkim urzeczywistnia patriarchalne ideały osobowości, uniemożliwiając tym samym proces emancypacji dorosłych już ludzi od patriarchalnych stereotypów płci. Jest to kwestia tym ważniejsza, że zgodnie z koncepcją ujmowania kapitału ludzkiego z perspektywy genderowej, również cechy osobowości (i prawa jednostki ludzkiej) należy traktować jako ważne elementy tego kapitału (oprócz zdrowia, wykształcenia i posiadanych umiejętności) (Malinowska 2011, Malinowska 2012). Wobec tego genderowe uwarunkowanie wielkości i jakości tego kapitału determinuje sposoby jego inwestowania i wpływa znacząco na cały proces konwersji kapitałów, niekoniecznie odpowiadając aktualnym standardom organizacyjnym i ekonomicznym.

W koncepcji naszych badań patriarchalne definicje kobiecości i męskości spełniały funkcję kategorii analizy. Z tego punktu widzenia

za interesujące i przydatne uznano ustalenia poczynione przez badaczy podejmujących problematykę polaryzacji płci, którzy wskazali następujące wymiary zróżnicowania dyspozycji osobowościowych na męskie–kobiece (za: Miluska 1996: 75; Wojciszke 2003: 419):

- orientacja na sprawczość (działanie) *versus* wspólnotowość [Bakan 1966];
- instrumentalność *versus* ekspresyjność [Parsons 1955];
- cechy instrumentalne, asertywne *versus* orientacja interpersonalna [Williams, Best 1982];
- kompetencja *versus* ciepło – ekspresyjność [Broverman i in. 1972];
- dominacja *versus* ciepło [Lubinski i in. 1983];
- nastawienie na utrzymanie przewagi nad innymi *versus* bliskość, wsparcie i porozumienie [Tannen 1999].

Jeśli natomiast chodzi o zespoły cech kobiecych i męskich, w konceptualizacji badań wykorzystano przede wszystkim określone empirycznie przez K. Deaux i L.L. Lewis treści stereotypów płci (Deaux, Lewis, 1984, za Mandal 2004:17–18). Na tej podstawie za główne modelowe cechy kobiece przyjęto uważać takie przymioty jak: emocjonalność, zdolność do poświęceń, delikatność, czułość, troskę o uczucia innych, umiejętność rozumienia innych, ciepło w relacjach z innymi, pomaganie, ale także uległość (Brannon 2002: 228, za: Wojciszke 2003: 418–419) oraz pasywność, zależność od innych, niezdecydowanie, skłonność do posłuszeństwa (Pankowska 2005: 210) itp. Za wiodące modelowe cechy męskie zaś: niezależność, aktywność, kompetencję, decyzyjność, niezawodność, wiarę w siebie, poczucie przywództwa (Deaux, Lewis, 1984, za: Mandal 2004: 17–18), a także odwagę, siłę, gwałtowność, skłonność do dominacji/do przemocy (Brannon 2002: 228, Wojciszke 2003: 418–419) oraz ambitne dążenie do celów, samodzielność, racjonalność, umiejętność logicznego myślenia, powściągliwość i opanowanie, abstrakcyjność myślenia, skuteczność w działaniu (Pankowska 2005: 21).

Trzecim, obok ról społecznych i cech osobowości, elementem w strukturze kulturowego modelu płci jest wygląd. W koncepcji naszych badań zwrócono uwagę na to, że w patriarchalnych (i nie tylko) definicjach płci znaczenie przypisywane wyglądowi jest związane ze statusem kobiety i mężczyzny w tym porządku społecznym. W modelu patriarchalnym pozycja społeczna mężczyzny, z definicji tego porządku legitymującego się statusem podmiotu społecznego, nie zależy od jego wyglądu; raczej jest związana z przypisywaniem każdemu mężczyźnie cech osobowości umożliwiających sprawowanie władzy (oczywiście także z zakresem posiadanej władzy, dochodami i wynikającym stąd prestiżem). Natomiast pozycja społeczna uprzedmiotowionej w tym modelu kulturowym kobiety (także z definicji tego porządku), w dużej mierze zależy od stopnia,

w jakim jej wygląd odpowiada obowiązującemu w danym społeczeństwie (np. w kulturze Wschodu czy Zachodu, w danej epoce, klasie społecznej itp.) ideałowi kobiecej urody. Jak wspomniano, pewne cechy wyglądu muszą na przykład obiecywać zdolności reprodukcyjne, uroda natomiast – przyciągnąć uwagę mężczyzny, który dokonuje wyboru partnerki życiowej, obdarzając ją następnie swoją pozycją społeczną. Z tego punktu widzenia w modelu patriarchalnym wygląd ma dla kobiety znaczenie pierwszorzędne, w przypadku mężczyzny – najwyżej drugorzędne. Powtórzmy, że kanony urody są oczywiście definiowane kulturowo i historycznie zmienne, różne w zależności od empirycznego wzoru modelu patriarchalnego realizowanego w danym społeczeństwie. Tak więc dopóki wygląd był/będzie jedynym lub głównym zasobem kapitału ludzkiego kobiety, będzie on miał ogromny wpływ na przebieg jej życia.

W opisywanych przez psychologów i socjologów kulturowych koncepcjach kobiecości i męskości spotkać można wiele charakterystyk odnoszących się do wyglądu (np. Miluska 2008: 22; Mandal 2000: 17–18; Mandal 2003: 39; Giza-Poleszczuk 2004: 50; Kuczyńska 1992; Majcher 2012), powstałych nieraz w efekcie analizy propozycji wielu innych autorów (Brannon 2002: 221; Broverman i in. 1972, za: Miluska 2008: 22; Deaux i Lewis 1984, za: Mandal 2000: 17–18; Mandal 2003: 39). Sporządzony na tej podstawie opis wyglądu mężczyzny zawiera następujące określenia: wysoki, silny, krzepki, umięśniony, szeroki w ramionach/barczysty, przystojny. Jeśli zaś chodzi o ogólne wrażenie wywołane przez niego wyglądem, może być ono pozytywne, jak na przykład: mający dobrą kondycję fizyczną; może być też negatywne, jak na przykład: niedbający o wygląd, zaniedbany. Charakterystyka wyglądu kobiety zawiera z kolei takie cechy jak: delikatna, ładna, mająca wdzięk/poruszająca się z wdziękiem, wykonująca miękkie ruchy, mająca miły/delikatny głos, mająca urok osobisty; ogólnie sprawia wrażenie osoby schludnej, zaabsorbowanej swoim wyglądem. Jest znamienne, że wśród najbardziej stereotypowych komponentów kobiecego wyglądu nie wystąpiły określenia negatywne (por. Mandal i in. 2010: 18, 20). Inni badacze twierdzą ponadto, że wygląd rozumiany szerzej niż tylko w sensie zauważalnej urody twarzy ma istotne znaczenie w przypadku powstawania stereotypów dotyczących każdej płci (Deaux, Kite 2002: 363–364). Niektórzy zwracają uwagę na to, że informacje o wyglądzie fizycznym, a w szczególności na temat atrakcyjności fizycznej, są ważniejsze w wypadku oceniania kobiet niż wtedy, gdy oceniani są mężczyźni. To drugie twierdzenie uważamy za warte sprawdzania; hipotezę o jego prawdziwości można bowiem uzasadnić, odwołując się do wymienionej wyżej patriarchalnej praktyki polegającej na traktowaniu wyglądu kobiety jako głównego (do niedawna jedynego) zasobu w ramach jej kapitału ludzkiego. Oczywiście zgadzamy się ze zdaniem, iż generalnie

ludzie podzielają pewne przekonania dotyczące cech wyglądu, jak w przypadku utożsamiania piękna z dobrem. Ale to jest inna kwestia.

Sposób wykorzystania scharakteryzowanych wyżej modeli płci był związany ściśle z celem badań, którym nie była konfrontacja „typów idealnych" patriarchalnej kobiecości i męskości ani stereotypów płci z rzeczywistością. Poszukiwano natomiast kulturowych (genderowych) uwarunkowań postaw wobec swego zdrowia i wyglądu.

1.1.3. *Gender* a zdrowie

Jak łatwo zauważyć, tylko jeden z wymienionych przedmiotów analizowanych tu postaw, a mianowicie wygląd, stanowi element kulturowego modelu płci. Zdrowie – nie. Formułując, jako założenie wstępne, twierdzenie o powszechnej, uniwersalnej i społecznie ważącej genderyzacji życia jednostkowego i zbiorowego, tym samym przyjęto jednak, że również definiowanie i wartościowanie zdrowia jest uwarunkowane kulturowymi koncepcjami kobiecości i męskości oraz że funkcje zdrowia są także dwojako określane społecznie: po pierwsze w odniesieniu do kobiet, po drugie – do mężczyzn, zawsze zaś w powiązaniu z rolami społecznymi określonymi w modelach płci jako odpowiednie dla jednej lub drugiej kategorii płciowej. I tak np. patriarchalne kulturowo spojrzenie na kwestię zdrowia kobiety zawsze będzie uwzględniać głównie jej funkcję reprodukcyjną, a zdrowie mężczyzny będzie oceniane w odniesieniu do ideału osobnika silnego i sprawnego fizycznie, potencjalnie zdolnego do podejmowania ról związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa, obrony, sprawowania władzy. Pośrednio zdrowie można postrzegać także w związku z genderowo określanym i wartościowanym wyglądem (stan zdrowia ma zazwyczaj wpływ na wygląd człowieka) oraz w powiązaniu z cechami osobowości. W tym ostatnim przypadku stan zdrowia i typ osobowości (charakteryzowany w kategoriach męska–kobieca) stanowią zespół szczególnych kwalifikacji ważnych z punktu widzenia kluczowych ról społecznych, tj. biologicznie zdeterminowanego rodzicielstwa oraz wybranej roli zawodowej (jako czynnik dopuszczający lub dyskwalifikujący jednostkę dążącą do jej podjęcia).

1.1.4. Koncepcja upłciowionego wieku (*gendered age*)

Wiek, przedziały wiekowe, podziały ze względu na wiek, kategorie wieku itp. – to pojęcia i kategorie analizy definiowane i stosowane w badaniach z zakresu różnych dyscyplin naukowych: od biologii, poprzez

medycynę aż po wszystkie nauki społeczne. W przypadku naszych badań uwagę skoncentrowano na socjologicznym ujmowaniu i socjologicznej problematyce wieku, a dokładniej – na zagadnieniu upłciowienia sposobu definiowania i interpretacji młodości, wieku średniego i starości, a w konsekwencji na dokonującej się z wiekiem zmianie sposobów myślenia o zdrowiu i wyglądzie oraz zmianie realizowanych wzorów zachowania i działania kobiet i mężczyzn, dotyczących interesujących nas przedmiotów. Z ostatnią kwestią jest bowiem nierozerwalnie związany temat naszych badań.

W koncepcji badawczej, tak jak to było w odniesieniu do płci, przyjęto rozróżnienie między wiekiem jako faktem biologicznym (inaczej – wiek metrykalny, chronologiczny) oraz wiekiem definiowanym kulturowo (pojmowanie młodości, wieku średniego, starości na gruncie danej kultury). Podobnie zatem jak koncepcja *gender* jest konstruowana w odniesieniu do *sex*, *wiek nie biologiczny* jest także koncepcją kulturową odnoszoną do poszczególnych przedziałów *wieku metrykalnego*.

W literaturze przedmiotu m.in. zwraca się uwagę na to, że funkcjonowanie kulturowych definicji młodości, wieku średniego i starości umożliwia jednostce porządkowanie własnych oczekiwań wobec innych (dzięki umiejscawianiu ich w ramach określonych kategorii wieku) oraz społecznych oczekiwań wobec niej samej jako reprezentującej daną kategorię wieku. To z kolei umożliwia jej (jako osobie obiektywnie zaliczanej np. do ludzi starych) zachowywanie się zgodne z nimi albo stosowanie się do oczekiwań wobec tej kategorii wieku, z przynależnością do której dana jednostka się utożsamia (por. Laz 1998).

Niektórzy badacze zauważają „współzależność" kategorii płci i wieku, podkreślając znaczenie obu w procesie kształtowania się relacji społecznych i sposobu funkcjonowania jednostki w różnych fazach życia (Twigg 2004). Inni, jak Clark Krekula, pisząc o płci i wieku jako o „przeplatających się systemach", proponują natomiast analizę intersekcjonalną wpływu obu na tożsamość jednostkową, na odczuwanie procesu starzenia się i postawy (Krekula 2007). Tu pojawia się ważna kwestia metodologiczno-merytoryczna, a mianowicie problem hierarchicznego porządku w odniesieniu do tych dwóch uwarunkowań: psychologicznego i socjologicznego. Całkowicie podzielamy w tej sprawie zdanie M. Maussa, który uważał, że przekonania i praktyki jednostki ludzkiej przede wszystkim są uwarunkowane przez porządek społeczny, a to pociąga następnie określone konsekwencje natury psychologicznej (Mauss 1985 [1926], za: Handman 2010: 55).

Wielu autorów podkreśla, że oczekiwania związane z wiekiem dotyczą głównie podejmowania i wypełniania przez jednostkę określonych ról społecznych (Wilińska 2010) (zgodnie z mniej lub bardziej ściśle określonymi wzorami – przyp. aut.). Na podstawie wyników analizy wizerunku

starości oraz medialnego dyskursu na temat starzenia się kobiet i mężczyzn autorka ta stwierdziła, że starość kobiet i starość mężczyzn jest społecznie rozumiana inaczej (czyli definicje wieku uwzględniają płeć – przyp. aut.) oraz że „płeć kulturowa się starzeje" (czyli definicje płci uwzględniają wiek – przyp. aut.). W zaproponowanym tutaj ujęciu podkreślono po pierwsze, że oczekiwania związane z wiekiem dotyczą nie tylko zmiany zespołu ról społecznych, lecz wszystkich elementów składowych kulturowego modelu płci zdefiniowanego w ramach danego porządku społecznego: legitymowania się posiadaniem oczekiwanych cech osobowości (innych od młodych, od osób w średnim wieku, od starych) oraz „stosownych" dla danej kategorii wieku cech wyglądu (np. stylu ubioru, rodzaju zadbania o aparycję itp.). Jak słusznie zauważa Cheryl Laz, oczekiwania mają charakter normatywny. Podkreślamy więc, że główną ich funkcją jest działanie na rzecz utrwalania danego porządku społecznego. W porządku patriarchalnym oczekiwania wobec każdej kategorii wieku będą więc przede wszystkim sankcjonować model relacji władzy między kategoriami płci: będą to takie oczekiwania, których spełnianie gwarantuje reprodukcję męskiej dominacji i kobiecego zdominowania. Najprostszą drogą do tego celu jest oczywiście różnicujące płciowo ukierunkowanie socjalizacji, a potem konsekwentne kontrolowanie przebiegu realizacji patriarchalnych koncepcji kobiecości i męskości modyfikowanych w odniesieniu do kategorii wieku, w obrębie każdej płci. Dlatego inne są kulturowe oczekiwania wobec kobiet młodych niż wobec kobiet w średnim wieku lub kobiet starych, ale równocześnie – inne od młodych kobiet niż od młodych mężczyzn itd.

W tym kontekście można dostrzec znaczenie wspomnianej już kwestii metodologicznej, a mianowicie hierarchicznego uporządkowania relacji między kulturowo definiowanym wiekiem i kulturowo definiowaną płcią jako dwiema zmiennymi niezależnymi (na ogół traktowanymi albo jako osobne albo „współzależne"). W naszej koncepcji badań przyjęto pierwotny charakter procesu genderyzacji i wiodące znaczenie kulturowych koncepcji płci. W związku z tym pod pojęciem *gendered age* rozumiemy modyfikowanie kulturowych koncepcji kobiecości i męskości w odniesieniu do różnych kategorii wieku w obrębie danej kategorii płci, zawsze jednak w sposób gwarantujący trwanie modelu relacji władzy między kategoriami płci obowiązującego w ramach danego kulturowego modelu społeczeństwa. W takim ujęciu przynależność do kategorii wieku ma drugorzędne znaczenie: najpierw jest się bowiem na przykład istotą płci żeńskiej, która w efekcie procesu socjalizacji „staje się kobietą", a zgodnie z biologicznym wiekiem – najpierw kulturowo definiowaną „młodą kobietą", potem „kobietą w średnim wieku" i wreszcie „starą kobietą". Ten sam schemat (nie treść!) dotyczy mężczyzn.

Z punktu widzenia problematyki omawianych badań warto jeszcze podkreślić, że proces upłciowienia wieku (*gendered age*) nawiązuje bezpośrednio do procesu biologicznych zmian organizmu kobiety i mężczyzny, innymi słowy – do procesu biologicznego starzenia się. Na przykład patriarchalna kulturowa koncepcja kobiecości zakładająca macierzyństwo jako główną rolę społeczną dla kobiety, jeśli chodzi o wygląd w odniesieniu do „młodej kobiety" akcentuje fizyczną atrakcyjność ważną na rynku matrymonialnym i cechy obiecujące potencjalne zdolności rozrodcze, zdrowie reprodukcyjne, „macierzyńskie" cechy osobowości itp. Z kolei kulturowa koncepcja męskości w odniesieniu do młodych mężczyzn zakłada posiadanie cech osobowości będących predyspozycjami do sprawowania władzy, awansowania społecznego, zdolności do zdobywania i gromadzenia bogactwa i realizacji roli jedynego żywiciela rodziny; natomiast jeśli chodzi o wygląd – cech obiecujących zdrowie i zdrowie reprodukcyjne (przez wieki milcząco zakładające zresztą płodność każdego mężczyzny). Podobną próbę rekonstrukcji (teoretycznej, ale i empirycznej) kulturowych definicji płci uwzględniających kategorie wieku można powtórzyć w stosunku do każdej kategorii wieku w obrębie zbiorowości kobiet i mężczyzn. *Gendered age* zdaje się natomiast pomijać problem poczucia przynależności do kategorii wieku, ukazując interesujący aspekt problematyki formowania się tożsamości społecznej jednostki w kulturowym kontekście, który charakteryzują dwie główne cechy: podporządkowanie kobiet i nad-ocena młodości.

1.1.5. Przyjęte ustalenia dotyczące badania postaw

W koncepcji referowanych badań przyjęto za Stefanem Nowakiem strukturalną koncepcję postawy i jej następującą definicję:

> Postawą pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu (Nowak 1973: 23).

Badane postawy traktowano więc jako zjawisko złożone, w którego strukturze można wyodrębnić trzy komponenty: poznawczy, emocjonalno-oceniający oraz behawioralny. Komponentowi emocjonalno-oceniającemu S. Nowak przypisywał szczególną rolę, a mianowicie czynnika konstytuującego postawę. Bez tego komponentu nie można mówić o danym zjawisku jak o postawie; pozostałe elementy mogą natomiast nie

wystąpić. Biorąc pod uwagę występowanie w psychice jednostki danego typu/typów czynników, autor sklasyfikował postawy, mówiąc: 1) o asocjacjach afektywnych, 2) o postawach poznawczych, 3) o postawach behawioralnych, 4) o postawach pełnych. W naszym badaniu przedmiotem analizy były pełne postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego zdrowia i wyglądu, tzn. że poszukiwano kulturowo uwarunkowanej obecności każdego z trzech komponentów. Głównym celem nie było jednak empiryczne określenie tak rozumianego typu postawy kobiet i mężczyzn z trzech kategorii wieku wobec własnego zdrowia i wyglądu. Był nim opis sposobu funkcjonowania każdego z komponentów postawy w świadomości respondentek i respondentów i w ich działaniach. Uczestniczki i uczestnicy badań reprezentowali, w sensie jakościowym, obie kategorie płci zróżnicowane wewnętrznie przynależnością do różnych kategorii wieku (młodzi, w średnim wieku, starzy).

Warto jeszcze dodać, że o postawach wnioskowano na podstawie wypowiedzi (deklaracji) badanych; nie prowadzono systematycznych i bezpośrednich obserwacji zachowań. Po drugie w koncepcji badawczej i w realizacji badań starano się używać określenia starość, stara, starzy, stare itp. podobnie jak mówi się o młodości, o osobach – młoda, młody, młodzi, aby przez oswojenie z tymi pierwszymi „odczarowywać" ich pejoratywne zabarwienie i czynić je wyrazami – pojęciami stosowanymi bez większych oporów, choćby ze względu na to, że stają się potrzebne coraz większej ilości ludzi w praktyce życia codziennego. Co więcej, starość nie zasługuje wyłącznie na współczucie, jest zasłużona, wolna od wielu problemów trapiących ludzi młodych, choć mająca swe cienie – jak wiek średni (*vide*: kryzys wieku średniego) czy młodość (np. przerażona koniecznością osiągnięcia „sukcesu życiowego", a wraz z pojawieniem się pierwszej zmarszczki – widmem starości).

1.2. Cel, problematyka i założenia metodologiczne badań (Ewa Malinowska, Krystyna Dzwonkowska-Godula, Emilia Garncarek, Julita Czernecka, Joanna Brzezińska)

Celem projektu jest analiza kulturowych uwarunkowań postaw kobiet i mężczyzn wobec własnego zdrowia oraz wyglądu (traktowanych tu jako składniki indywidualnego kapitału ludzkiego). Jak pokazują wyniki

badań, kobiety i mężczyźni w różnym wieku inaczej oceniają własny wygląd i stan zdrowia i różnią się zachowaniami wobec tych zasobów (Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012; CBOS 2009a; 2009b; 2012a). Zakładamy, że wynika to najogólniej z funkcjonujących w ramach danej kultury definicji kobiecości i męskości, zróżnicowanych w odniesieniu do ludzi będących w różnych fazach życia, a zawierających m.in. inne oczekiwania w odniesieniu do zdrowia i wyglądu.

Cele szczegółowe stanowiła odpowiedź na następujące pytania badawcze:

1. Jakie są postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swojego wyglądu i zdrowia?
   1.1. Jakie są ich przekonania na temat natury i własności tych zasobów? Czy traktują je jako istotne elementy ludzkiego kapitału? (komponent poznawczy);
   1.2. Jak oceniają swój stan zdrowia i wygląd? Jak oceniają wpływ tych zasobów na swoje społeczne funkcjonowanie? (komponent afektywny);
   1.3. Czy i jak dbają o swoje zdrowie i wygląd? Czy mają poczucie powinności dbania o nie? Jakie ich działania są niekorzystne dla tych zasobów? (komponent behawioralny).
2. Jakie kulturowe koncepcje kobiecości i męskości w powiązaniu z kulturowymi koncepcjami młodości, wieku średniego i starości, ze szczególnym uwzględnieniem związanych z nimi społecznych oczekiwań co do zdrowia i wyglądu, funkcjonują w świadomości społecznej badanych?
3. Jak jednostki wyjaśniają swoje postawy wobec zdrowia i wyglądu? Czy i w jaki sposób badani odwołują się do kulturowych koncepcji kobiecości i męskości w powiązaniu z kulturowymi koncepcjami wieku, wyjaśniając swoje postawy wobec zdrowia i wyglądu?

W odniesieniu do pytania 1 postawiono hipotezę, że płeć i wiek różnicuje postawy jednostek wobec zdrowia i wyglądu. Kobiety częściej niż mężczyźni postrzegają zdrowie i wygląd jako zasoby kapitału ludzkiego, mające wpływ na ich społeczne funkcjonowanie. Jednocześnie są wobec nich bardziej krytyczne, ale i aktywniejsze w dbaniu o nie.

Jeśli chodzi o kategorie wiekowe, to płeć słabo różnicuje postawy wobec wyglądu i zdrowia młodych ludzi. Bez względu na płeć traktują oni wygląd i zdrowie jako ważne zasoby swojego kapitału ludzkiego i jednocześnie wysoko je oceniają. Ponadto osoby młode mają aktywne postawy wobec wyglądu, ale nie troszczą się o zdrowie. Z wiekiem coraz gorzej oceniany jest własny wygląd i stan zdrowia, maleje dbałość o wygląd, wzrasta natomiast dbałość o zdrowie. Przy czym postawy osób w średnim wieku i starych wobec tych zasobów są zróżnicowane ze względu

na płeć, co wynika z realizowania przez nie patriarchalnych wzorów kobiecości i męskości.

W stosunku do pytania 2 sformułowano hipotezę, że kulturowa koncepcja kobiecości w odniesieniu do młodych kobiet akcentuje znaczenie zdrowia oraz wyglądu (w związku z rolą reprodukcyjną) i wymaga od nich dbałości o te zasoby. Z kolei w koncepcji męskiej młodości dobrą kondycję i witalność traktuje się jako naturalne atrybuty mężczyzny, pozwalające im na niezajmowanie się zdrowiem. Dotyczą ich natomiast wymogi dbania o wygląd – ciało, ubiór itp. (koncepcja metroseksualnej męskości). W kulturowej koncepcji kobiecości odnoszącej się do kolejnych faz życia mniej się akcentuje znaczenie wyglądu, natomiast utrwala się wyuczony z dzieciństwem nawyk dbania o zdrowie. Jednak w związku z „przepisami" roli kobiety, troszczy się ona przede wszystkim o zdrowie najbliższych, rzadziej własne („kobiety nie mają czasu chorować"). Kulturowe koncepcje męskości powiązane ze średnim wiekiem i starością cechuje przywiązywanie coraz mniejszej wagi do zdrowia i wyglądu.

W hipotezie dotyczącej 3 problemu badawczego stwierdzono, że ludzie, uzasadniając swoje postawy wobec zdrowia i wyglądu, odwołują się m.in. do kulturowych koncepcji płci i wieku. W procesie socjalizacji jednostki przyswajają społeczne oczekiwania, dotyczące m.in. określonego stosunku do zdrowia i wyglądu oraz dbałości o te zasoby. Starają im się sprostać, mając świadomość istnienia kontroli społecznej. Nie oznacza to jednak, że jednostki przyjmują owe kulturowe koncepcje płci i wieku bez zastrzeżeń i nie podejmują prób ich modyfikacji. Dotyczyć to będzie przede wszystkim osób młodych, świadomych ograniczającego wpływu kultury na człowieka. Osoby starsze będą przyjmować społeczne oczekiwania wobec kobiet i mężczyzn bezdyskusyjnie, postrzegając ich źródło w „naturze", zgodnie z patriarchalnym modelem społeczeństwa.

Badanie miało charakter jakościowy i opierało się na dwóch technikach badawczych: 1) zogniskowanych wywiadach grupowych oraz 2) wywiadach swobodnych ukierunkowanych (ustrukturalizowanych)[1]. Zastosowano celowy dobór próby: w badaniu wzięły udział osoby dorosłe: kobiety i mężczyźni zaliczani ze względu na wiek metrykalny do ludzi młodych, w wieku średnim i starych, mający wykształcenie średnie lub wyższe, mieszkający w dużym mieście – Łodzi.

Przedziały wiekowe dla kategorii „młodzi", „w średnim wieku", „starzy" zostały określone na podstawie wyników sondażu CBOS, w którym pytano Polaków „kiedy kończy się młodość, a zaczyna wiek dojrzały i starość" (CBOS 2012b). I tak w grupie „młodych" badanych znalazły się

1 Wywiady fokusowe przeprowadzono w 2013 roku, natomiast wywiady swobodne ukierunkowane w roku 2014.

osoby w wieku 20–37 lat w momencie realizacji badania (urodzone w latach 1993–1976), w grupie badanych „w średnim wieku" – osoby w wieku 38–62 lata (urodzone w latach 1975–1951), w grupie „starych" badanych – osoby powyżej 63 roku życia (urodzone najpóźniej w 1950 roku).

Ujednolicenie zbiorowości badanej pod względem wykształcenia, miejsca zamieszkania, a także sytuacji ekonomicznej (podobny status ekonomiczny badanych[2]) pozwoliło na koncentrację na wpływie kluczowych z punktu widzenia podjętej problematyki zmiennych płci i wieku. Ze względu na celowy dobór próby wyników nie można generalizować na całą zbiorowość kobiet i mężczyzn w określonych przedziałach wiekowych. Zebrany jakościowy materiał pozwala jednak na pełniejsze poznanie przekonań, ocen oraz zachowań ludzi, motywów nimi kierujących, towarzyszących im racjonalizacji oraz sposobów postrzegania rzeczywistości społecznej. Może tym samym stanowić punkt wyjścia do realizacji badania ilościowego.

W ramach projektu przeprowadzono 12 sesji zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) oraz 90 wywiadów swobodnych. W każdej kategorii wiekowej (młodzi, w średnim wieku, starzy) zrealizowano po 2 sesje FGI z kobietami i mężczyznami. Jeśli chodzi o wywiady swobodne, przeprowadzono po 30 wywiadów z osobami młodymi, w średnim wieku i starymi (w przypadku dwóch pierwszych kategorii wiekowych było to 15 kobiet i 15 mężczyzn, w przypadku kategorii ludzi starych – odpowiednio 16 i 14).

W kolejnych rozdziałach, prezentujących wyniki badań, przytaczane są wypowiedzi badanych. W nawiasie za cytatem wypowiedzi umieszczona jest informacja o płci i kategorii wiekowej respondenta: KM – kobieta młoda, MM – mężczyzna młody, KSR – kobieta w średnim wieku, MSR – mężczyzna w średnim wieku, KST – kobieta stara, MST – mężczyzna stary oraz numer wywiadu i dokładny wiek badanej/badanego, np. KSR_4_45. W przypadku wypowiedzi uczestników zogniskowanych wywiadów grupowych zaznaczono numer sesji, kategorię wiekową uczestników (wyjaśnione wyżej oznaczenia) oraz numer wypowiadającego się badanego, np.: FGI_2_MM_M3.

2 Większość badanych określiła swoją sytuację materialną jako „średnią" („starcza mi na co dzień, ale muszę oszczędzać na poważniejsze zakupy") bądź „dobrą" („starcza mi na wiele bez specjalnego oszczędzania").

http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.03

Rozdział 2

Genderyzacja (upłciowienie) wieku jako zjawisko empiryczne

2.1. Wyobrażenia o kobietach i mężczyznach młodych, w średnim wieku i starych (Joanna Brzezińska, Krystyna Dzwonkowska-Godula)

Wiek jako konstrukt społeczny tłumaczony jest przez analogię do rozróżnienia pojęć i kategorii *płeć* i *gender*, gdzie wiek rozumie się dwojako: z jednej strony jako wiek chronologiczny, metrykalny, czyli cecha biologiczna – jak płeć żeńska bądź męska; z drugiej zaś jako społecznie i kulturowo uwarunkowana kategoria wieku – podobnie jak *gender*. Wiek nie jest zatem niezmienny, wrodzony i stały, a stanowi przypuszczalnie obiektywny fakt, właściwość, która pozwala jednostkom umiejscowić siebie i innych w ramach określonych kategorii wieku oraz zachowywać się i działać stosownie do tych kategorii (Laz 1998). Współcześni badacze zaczęli zwracać uwagę na współzależność kategorii płci i wieku, biorąc pod uwagę wpływ obu na jednostkę w ramach badań określonych grup społecznych. „Wiek upłciowiony" (*gendered age*), podobnie jak płeć, stanowi ważny czynnik kształtujący relacje społeczne i ustanawia określone wzorce kulturowe w odniesieniu do określonych faz życia osób o określonej płci (Twigg 2004). Jak zauważa Cherry Russell, odwołując się do badań z ostatnich lat na temat percepcji starzenia się kobiet i mężczyzn, nie tylko biologiczny proces starzenia się jest zjawiskiem, które ma upłciowiony charakter (w szczególności w odniesieniu do kobiet), ale także sam wiek podlega genderyzacji (Russell 2007).

Przedmiotem niniejszego rozdziału jest analiza sposobów definiowania wieku, granic wiekowych trzech głównych etapów życia człowieka, tj. młodości, wieku średniego i starości, oraz ich charakteryzowania względem kobiet i mężczyzn przez uczestniczki i uczestników zogniskowanych wywiadów grupowych. Zakłada się, iż definicje i interpretacje owych faz życia są determinowane kulturowo – przede wszystkim zgodnie z modelem patriarchalnym – i ulegają genderyzacji, tj. są ściśle powiązane z kategoriami płci i odpowiadającymi im wzorami.

W wywiadach fokusowych uczestników badania reprezentujących różne kategorie płci i wieku poproszono o określenie przedziałów wiekowych dla kobiet i mężczyzn w poszczególnych fazach życia zdefiniowanych jako: młodość, wiek średni oraz starość. Szczegółowe dane dotyczącesz acowanych granicznych wartości metrykalnych dla trzech ww. etapów w życiu człowieka w podziale na płeć zaproponowane przez poszczególne kategorie respondentów zaprezentowano w Tabeli 1.

Analiza przedziałów wiekowych podanych przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku pozwala dostrzec wyraźną zależność między płcią a metryką, gdyż w odmienny sposób na osi czasu definiuje się młodość, wiek średni i starość w odniesieniu do każdej z płci. Można zauważyć, iż w oczach badanych mężczyzn kobiety starzeją się szybciej aniżeli oni sami. Podczas gdy respondentki w przeważającej mierze (choć nie zawsze) podają podobne granice dla poszczególnych etapów życia w przypadku obu płci, respondenci widocznie wydłużają okres młodości mężczyzn i opóźniają moment wkraczania w starość. Asymetria w społecznym postrzeganiu wieku kobiet i mężczyzn, szczególnie starszych, wpisuje się w patriarchalny model relacji władzy i wzmacnia koncepcję podwójnego standardu starzenia się w odniesieniu do obu płci (Sontag 1972).

Zdaniem uczestniczek badań fokusowych kobieta młoda to osoba w wieku od 18 lub 20 lat do 35, a nawet 40 lat, podczas gdy w opinii uczestników wywiadów grupowych o młodej kobiecie można mówić od ukończenia 16 bądź 18 lat do lat 30, ewentualnie 35. Niewątpliwie w swojej surowszej ocenie przedziału wiekowego tego etapu życia dla kobiet mężczyźni biorą pod uwagę patriarchalny wzorzec kobiecości, zgodnie z którym kobiecą młodość asocjuje się z młodzieńczą urodą, zdrowiem reprodukcyjnym, płodnością i prawdopodobnie uznają, że zasoby te kobiety tracą wcześniej, szybciej. Jak najczęściej wskazywano, młodość w przypadku mężczyzn rozpoczyna się w wieku 18 lub 20 lat – kobiety podają tu przeważnie wyższy wiek graniczny i proponują również próg 24 lat, a nawet 28–29 lat jako moment początkowy, kierując się wolniejszym rozwojem psychologicznym przedstawicieli płci przeciwnej (FGI_1_KM; FGI_2_KM; FGI_4_KSR), „bo później dojrzewają emocjonalnie […] dla mnie te 24, to właśnie te 29 to jest młody mężczyzna, a wcześniej to jest po prostu chłopak" (FGI_2_KM_K6). Podobnego zdania o różnicach w tempie dojrzewania chłopców i dziewcząt są także mężczyźni w średnim wieku i starzy, ponieważ „wcześniej to są szczawie […] fiu-bździu w głowie" (FGI_4_MSR_M4). Etap młodości mężczyzn, zdaniem badanych, trwa do osiągnięcia wieku 35 lat, a nawet do 38 i 40 roku życia. Interesującym wydaje się, iż respondenci częściej podają tu wyższe wartości graniczne dla siebie aniżeli respondentki (np. mężczyźni w średnim wieku określają górną granicę młodości dla kobiet na poziomie 30 lub 35

lat, a dla swojej kategorii płci na poziomie 35 lub 38 lat; badane z tej grupy niezależnie od płci szacują górną granicę na 40 lat).

W przypadku definiowania cezury metrykalnej dla wieku średniego obserwuje się podobne różnice między kobietami i mężczyznami. W oczach mężczyzn biorących udział w badaniu fokusowym wiek średni osób płci żeńskiej rozpoczyna się nierzadko już w momencie ukończenia 30 lub 35 lat i trwa przeważnie do 60 roku życia, związanego z niższą „produktywnością" i pokwitaniem, choć w gronie starych mężczyzn dyskutowano, że moment przejścia w etap starości również determinuje również wygląd, bo „zależy, jak dba o siebie kobieta", a „podstawa, żeby była atrakcyjna" (FGI_6_MST_M6).

Młodzi badani okazali się najbardziej restrykcyjni, wyznaczając wartość końcową wieku średniego dla kobiet sięgającą 50 lub 55 lat (czego nie zastosowali względem mężczyzn), co potwierdza, że ich zdaniem mężczyźni wolniej się starzeją. W dyskusji jednej z grup respondentów w średnim wieku zadźwięczał także patriarchalny ton względem kobiet w podobnym wieku, gdyż jeden z uczestników, zgadzając się na przesunięcie granicy wiekowej z 55 lat na 60, stwierdził, iż „można im tę 60 podarować, niech mają" (FGI_4_MSR_M1). Kobiety zaś, definiując swoje granice dla tego etapu życia, jako początkowy podają najczęściej wiek 40 lat, co świadczy o tym, iż same czują się młode istotnie dłużej. Wyjątek stanowią tu młode badane, które mają problem z wytyczeniem dolnego progu dla wieku średniego – uczestniczki pierwszej grupy fokusowej dostrzegają potrzebę wydzielenia okresu przejściowego między młodością a wiekiem średnim kobiety (35–40 lat), by następnie wskazać średni wiek kobiet od lat 40; w drugiej grupie uzgodniono natomiast niższą dolną granicę wieku średniego dla kobiet niż dla mężczyzn (36 lat dla kobiet i 39 dla mężczyzn). Wydaje się zatem, iż część kobiet podziela zdanie badanych mężczyzn, że młodość kobiety trwa krócej. Być może szybciej i boleśniej zauważają oznaki starzenia się biologicznego lub też jest to efekt przyswojenia bardziej rygorystycznych oczekiwań społecznych wobec kobiecego wyglądu. Jeśli w tym przypadku obserwuje się wpływ zróżnicowanych płciowo konstruktów kulturowych, to znamienne jest, że same kobiety posługują się schematami genderowymi w sposób dyskryminujący własną płeć, a mężczyznom odraczają moment przeminięcia ich młodości. Z kolei średni wiek dla mężczyzn określano najczęściej jako okres między 35 (wyłącznie zdaniem badanych obu płci z tej kategorii wiekowej) lub 40 rokiem życia (większość kategorii badanych) a 60 bądź w pojedynczych przypadkach 65 i 70 rokiem życia, co nie zależy od aparycji i atrakcyjności zewnętrznej, a przede wszystkim od aktywności zawodowej (FGI_3_MSR; FGI_4_MSR), a także zdrowia i sprawności fizycznej (FGI_5_MST; FGI_6_MST) i jest jak najbardziej spójne z patriarchalną koncepcją męskości.

Tabela 1. Szacowany wiek kobiet i mężczyzn w trzech fazach życia: młodości, wieku średniego i starości (w latach)

KATEGORIA RESPONDENTÓW	**szacowany wiek kobiet młodych**	**szacowany wiek mężczyzn młodych**	**szacowany wiek kobiet w średnim wieku**	**szacowany wiek mężczyzn w średnim wieku**	**szacowany wiek kobiet starych**	**szacowany wiek mężczyzn starych**
kobiety młode	18/20–35	20–35 lub 24/25–35/38	40–55 lub 36–60/65	40–55 lub 39–55/60	55/60–80 i powyżej 80	55/60–70/75 i powyżej 70/75
mężczyźni młodzi	18–30/35	18/20–35/39 lub 16–40	30–55/60 lub 30–50/55	40–65 lub 35–55	powyżej 50/60 lub 60/70	powyżej 50 lub 65
kobiety w średnim wieku	20–39/40	18/20–40 lub 25–40	40/41–60/65	40–65 lub 41–60	60–75/80 lub powyżej 80	powyżej 60/65
mężczyźni w średnim wieku	16/18–20/35 lub 20–30/35	17/18–35/38 lub 25–35	30/35–55 lub 30/35–60/65	35–60/65 lub 38–60	55–70 i powyżej 70	powyżej 60/65
kobiety stare	20–35/45 lub 18–35/40	20–35 /40 lub 20–35	35–55 lub 40–60	35–60 lub 40–60	60–70 i powyżej 70	60/65–80
mężczyźni starzy	18–30 lub 25–35 lub 18/20–38/45	18/20–40	35– 60 lub 30/35–65	40–60 lub 50–60/70	60 i więcej	powyżej 60

Etap starości dla osób płci żeńskiej najczęściej datowany jest od pułapu 60 lat (w przypadku młodych respondentów od 55. roku życia), zapewne asocjowanego z wiekiem przejścia kobiet na emeryturę. Dla mężczyzn jako cezurę podawano zarówno 60, jak 65 lat (jak określali respondenci młodzi oraz w wieku średnim, a także respondentki w średnim wieku). Stare uczestniczki fokusów i badani w średnim wieku obu płci podkreślili przy tym, że w Polsce wielu mężczyzn nie dożywa sędziwych lat. Co ciekawe, niektórzy młodzi badani oraz w średnim wieku, szacując lata, jakie przypadają na starość kobiety, podają końcowe wartości graniczne na poziomie 70 i 80 lat. Młodym trudno wyobrazić sobie starą kobietę jako „schorowaną babcię", „staruszkę", bo „niektórzy w tym wieku to już umierają" (FGI_2_M7), co znalazło również patriarchalny wydźwięk w dyskusji, w której badani w średnim wieku uznali, że „ten odsetek już 70+ jest coraz mniejszy, jeżeli chodzi o wartości ilościowe, i tak mniej też dostrzegalne chyba" (FGI_2_MSR_M8), więc „możemy się już tymi »w wieku nad grobem« nie zajmować" (FGI_1_MSR_M7). O ile mężczyźni nierzadko mają trudność ze zdefiniowaniem granic starości dla kobiet, a ich percepcja starej kobiety jest w przewarzającej mierze negatywna, o tyle respondentki z wszystkich grup wiekowych obszernie i kompleksowo podejmują temat własnej starości. Należy ponadto zauważyć, iż wszystkie badane – zarówno kobiety młode, jak i w średnim wieku oraz stare – wytyczając przedział starości, sygnalizują konieczność wyodrębnienia dwóch grup starości: „kobiet starszych", czyli w wieku 60–75/80 lat jako etap przejściowy „dojrzałości", „dojrzewania do starości" (FGI_1_KM; FGI_2_KM) oraz „kobiet starych", tj. po 80. roku życia, co motywują aktywnym trybem życia, relatywnie dobrym zdrowiem i żywotnością tych pierwszych oraz samotnością i stanem zdrowia niepozwalającym na samodzielność tych drugich.

Analizując wypowiedzi uczestników zogniskowanych wywiadów grupowych na temat ram wiekowych młodości, wieku średniego i starości, można również dostrzec istotne rozbieżności w wytyczaniu granic metrykalnych dla poszczególnych etapów życia człowieka w grupach respondentów z uwzględnieniem wyłącznie kategorii wieku. Młodsi respondenci przejawiają tendencję do lokowania danych faz życia wcześniej, zapewne dlatego, iż kolejne jego etapy – wiek średni i starość – wydają im się jeszcze odległe. Ponieważ na ogół cechuje nas tendencja do utożsamiania się z grupą zapewniającą wysokie poczucie własnej wartości, silniejsza identyfikacja respondentek i respondentów z aktualną przynależnością do ludzi młodych niż zbiorowości płci wydaje się zrozumiała. Z tego też względu analogicznie starsi respondenci, definiując progi dla swoich kategorii wiekowych, skłaniają się do wydłużania zakresów wieku średniego i przesuwania momentu przejścia

w etap starości. Kobiety i mężczyźni w zaawansowanym wieku średnim opóźniają moment umożliwiający zaliczenie ich do kategorii starych, a i starzy uczestnicy badań fokusowych optują za późniejszą cezurą początku starości.

Ponadto warto zwrócić uwagę, że dyskutując o kryteriach definiowania młodości, respondentki reprezentujące wszystkie przedziały wiekowe dostrzegają zmiany kulturowe i świadomościowe w odniesieniu do określania etapów życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Przyczyn upatrywano w subiektywnym odczuwaniu własnej metryki i prowadzonym (aktywnym) stylu życia (FGI_2_KM_K1,K3,K4,K8), gdyż wiek „zależy od tego, jak żyjemy i jak się czujemy" (FGI_2_KM_K3). Co więcej, jedna z młodych uczestniczek fokusów zauważa w tym założeniu zmianę pokoleniową polegającą na wydłużaniu się granicy młodości: „Ja wiem po sobie, np. człowiek ma 32, ale to się przesuwa. Kiedyś się uważało, że jak człowiek ma 30 lat, to – o matko – ostatni dzwonek, a to wszystko zależy, w jakim towarzystwie i w jakim środowisku się obracamy" (FGI_2_KM_K1). Spostrzeżenie to wypłynęło także w dyskusjach kobiet w średnim wieku i starych, postulujących o podniesienie granicy młodości do 40 lat (FGI_4_KSR; FGI_5_KST; FGI_6_KST) i można je podsumować, cytując wypowiedź jednej z badanych w wieku średnim, w której wyraźnie wybrzmiewają te współcześnie obserwowane zmiany kulturowe i generacyjne: „Dla mnie w tej chwili to już nawet do czterdziestki, ale kiedyś 28 to była stara [...]. Bo to teraz inaczej dziewczyny wyglądają [...]. Jak byłam na pierwszym roku studiów, to dziewczyny 28 lat to były naprawdę dla mnie stare. Niech ktoś mi teraz powie, że ja jestem stara, a mam już prawie sześćdziesiąt" (FGI_4_KRS_K7).

Poza wskazaniem granic młodości, wieku średniego i starości dla przedstawicieli obu płci, uczestniczki i uczestnicy zogniskowanych wywiadów grupowych tworzyli charakterystyki kobiety i mężczyzny w każdej z trzech kategorii wiekowych (młodej kobiety, kobiety w średnim wieku i starej kobiety oraz młodego mężczyzny, mężczyzny w średnim wieku i starego mężczyzny). Wykorzystano tu technikę niedokończonych zdań (np. „Młoda kobieta…", „Stary mężczyzna…"). Badani z reguły w swoich opisach odnosili się do: cech wyglądu zewnętrznego, cech osobowości, zachowań czy stylu życia oraz ról społecznych przypisywanych kobietom i mężczyznom w danym przedziale wiekowym, co odpowiada strukturze stereotypów płci.

W charakterystykach młodej kobiety tworzonych w zogniskowanych wywiadach grupowych dominują odniesienia do wyglądu, który jest traktowany jako kluczowy zasób, kapitał przedstawicielek tej kategorii grupowej. To do nich stosuje się określenie „płeć piękna", są one bowiem postrzegane jako te, które „mają wygląd i figurę", urodę oraz wdzięk,

„świeżość", „ładne ciało", „piękne włosy", zgrabną, szczupłą, „gibką" sylwetkę, są atrakcyjne fizycznie. Z jednej strony te cechy wyglądu traktowane są jako „naturalne" z racji wieku i predyspozycji młodego, kobiecego organizmu, na co wskazywało także podkreślanie ich dobrego zdrowia. Z drugiej strony w wypowiedziach odnoszących się do młodych kobiet często pojawiało się określenie „zadbana", co może wskazywać, że wygląd jednak trzeba kształtować, jest on efektem określonych działań i wysiłków, więc od młodych kobiet oczekuje się dbania o niego. Jak to ujęła jedna ze starych uczestniczek dyskusji grupowej, „(młoda kobieta jest – przyp. aut.) czysta, pachnąca, (ma – przyp. aut.) obcięte paznokcie u rąk, zadbane uzębienie, zadbany zapach z ust [...]" (FGI_5_KST_K6). Na kreowanie własnej atrakcyjności fizycznej przez młode kobiety wskazuje także przypisywanie im modnego ubioru, makijażu, wysportowanej sylwetki oraz opalenizny. Wymaga się zatem od nich „umiejętności ubrania się, zadbania o siebie od strony makijażu" (FGI_4_MSR_M7). Co ciekawe, w dyskusjach pojawiły się opinie, że niekiedy młode kobiety przesadzają z makijażem (komentarz młodych mężczyzn), są wyzywające i w stylu ubierania się ulegają modzie i starają się powielać wzorce upowszechniane w mediach – „lansują się" (uwagi mężczyzn w średnim wieku) oraz eksperymentują z wyglądem (co nie było oceniane pozytywnie) i starają się poprzez wygląd zwrócić na siebie uwagę (komentarze kobiet w średnim wieku).

W tworzonych na potrzeby badania obrazach młodej kobiety można zauważyć nakładanie się dwóch przeciwstawnych wizerunków: „dziewicy" i „ladacznicy". Wskazywano na ich wdzięk i świeżość, co kojarzone jest z niewinnością, dziewczęcością czy nawet „dziecięcością". Ale pojawiały się też komentarze dotyczące ich seksapilu (dyskusja młodych uczestniczek badania), „ponętnego" (młodzi mężczyźni) czy „wyzywającego" wyglądu (mężczyźni w średnim wieku). W dyskusji grupowej z mężczyznami w średnim wieku pojawiły się wyraźne powiązania wyglądu młodych kobiet z ich seksualnością. Badani zauważali, że młode kobiety przekraczają „próg dziewczęcości" i zaczynają poprzez swój wygląd akcentować „jestem kobietą, a nie dzieckiem" (FGI_3_MSR_M5), co wiąże się prawdopodobnie z eksponowaniem kobiecych atrybutów np. poprzez strój czy makijaż. Zwracali także uwagę, że należy odróżniać dwudziestolatki od trzydziestolatek, których dojrzałość przejawia się w tym, że „ona nie musi epatować seksem, bo to się teraz tak ładnie nazywa, żeby wszyscy wiedzieli, że jestem gotowa, jestem w rui i można mnie brać" (FGI_3_MSR_M5). Ten aspekt seksualności młodych kobiet pojawiał się także we wskazaniach cech i zachowań oraz ról społecznych, charakterystycznych dla przedstawicielek „płci pięknej" w tej kategorii wiekowej. Młodzi rozmówcy opisywali młodą kobietę jako obiekt zainteresowania

mężczyzn, kochankę, ale także utrzymankę mężczyzny, odwołując się do zjawiska sponsoringu (Gardian 2007). Mamy tu zatem obraz kobiety wykorzystującej swój „kapitał erotyczny" czy „seksualny" (Hakim 2010; Paprzycka, Orlik 2015) do zdobywania innych zasobów. Stare uczestniczki badania mówiły o rozwiązłości młodych kobiet: „Uprawiają seks w parku w biały dzień" (FGI_5_KST_K4). „Nie szanujące się, [...]. I ta zmiana partnerów taką lekką ręką" (FGI_6_KST_K5). Wyrażając oburzenie, czy niesmak wobec takiego zachowania, podkreślały różnicę pokoleniową, dając do zrozumienia, że w „ich czasach" było to nie do pomyślenia.

W tworzonych w dyskusjach grupowych charakterystykach młodej kobiety atrakcyjność fizyczna (i seksualna) zdaje się odgrywać pierwszoplanową rolę, co odpowiada patriarchalnej koncepcji kobiecości. Jak zauważa Ewa Malinowska, na kapitał ludzki kobiet w modelowym społeczeństwie patriarchalnym składają się przede wszystkim „dobra, w które człowieka wyposaża natura, a więc wrodzony stan zdrowia i wygląd" (Malinowska 2011: 9). Odejście od takiego kulturowego modelu kobiecości można zauważyć, analizując wskazywane przez badanych cechy osobowości, role społeczne czy płaszczyzny aktywności „typowe", ich zdaniem, dla młodych kobiet. Przypisywano im bowiem cechy stereotypowo męskie, takie jak aktywność, siła, energia, odwaga, ambicja, pasja, determinacja, pomysłowość, ciekawość świata, wiara w siebie i pewność siebie, przebojowość, zaradność, otwartość. Stare badane, charakteryzując młode przedstawicielki ich płci na zasadzie kontrastu z własnym pokoleniem, wskazywały nie tylko na refleks i sprawność umysłu młodych kobiet, ale także – co zaskakuje wobec stosunkowo wielu krytycznych uwag pod ich adresem – na ich mądrość. Być może chodziło tu o zauważane przez nie przywiązywanie przez młode kobiety (ich wnuczki i ich koleżanki) dużej wagi do wykształcenia, znajomości języków obcych i aktywności zawodowej, pozwalających na niezależność i osiągnięcie wyższej pozycji społecznej. Reprezentantki starego pokolenia uczestniczące w badaniu, poddawane patriarchalnej socjalizacji płciowej i mające ograniczone możliwości kształcenia i rozwoju kariery zawodowej, zdawały się doceniać tę kulturową zmianę i ten aspekt funkcjonowania młodych kobiet. Także wśród starych mężczyzn pojawiła się uwaga na temat dojrzałości, w tym dojrzałości intelektualnej młodej kobiety (którą można powiązać ze wspominaną wyżej mądrością), przejawiającą się – według badanych – w kształceniu się i dążeniu do niezależności, „żeby jej życie nie było zdominowane przez mężczyznę" (FGI_6_MST_M1).

W charakterystykach młodych kobiet, tworzonych w grupowych dyskusjach, pojawiły się także odniesienia do określonej postawy życiowej: radości z życia, optymizmu, pogody ducha i poczucia humoru, bycia szczęśliwym i uśmiechniętym, co można traktować jako atrybuty

młodości. Znalazły się tu również stereotypowe kobiece cechy, takie jak: emocjonalność i uczuciowość, wrażliwość i delikatność, niezdecydowanie czy bycie „kapryśnym". Osoby w średnim wieku obu płci zwracały uwagę na infantylność młodych kobiet, „miotanie się" w poszukiwaniu własnej drogi życiowej. Bardziej krytyczni okazywali się wypowiadający się mężczyźni z tej grupy wiekowej, stosujący wobec nich określenia „małpi rozum", „ukryta" czy „farbowana inteligencja" i wyjaśniający, że młode kobiety „może i są inteligentne", ale tego nie okazują, bądź też jedynie sprawiają wrażenie inteligentnych. W przekonaniu badanych są one podatne na manipulację ze strony mediów (reklam, wideoklipów), bo bezmyślnie kopiują „modne" zachowania i sposób myślenia. Mamy tu zatem odniesienie do stereotypu „głupiej blondynki" (chociaż określenie takie nie pojawiło się w dyskusji) – ładnej, ale niezbyt mądrej dziewczyny. W dyskusji mężczyzn w średnim wieku scharakteryzowano młodą kobietę jako wyrachowaną materialistkę – osobę chciwą i pazerną. Trudno wyjaśnić, skąd takie akurat skojarzenie u badanych. Być może zauważyli oni różnicę pokoleniową. Przedstawicieli starszych pokoleń uczono, że o pieniądzach się nie rozmawia i nie wypada przyznawać się do cenienia ich jako życiowej wartości, a tym bardziej nie przystoi to przedstawicielkom płci pięknej. Młodzi ludzie tymczasem zorientowani są na materialny sukces i nie wstydzą się tego. Może to także efekt obecności w mediach tematu sponsoringu, galerianek itp., zjawisk będących przejawem chęci zdobycia przez młode kobiety dóbr materialnych za wszelką cenę: „Patrzenie przez pryzmat portfela, przede wszystkim, w tym wieku" (o kobietach dwudziestokilkuletnich – przyp. aut.) (FGI_4_MSR_M4,M5). Starzy uczestnicy badania obu płci zwracali z kolei uwagę na złe maniery młodych kobiet, ich wulgarne zachowanie, np. przeklinanie, „złe prowadzenie się" oraz palenie papierosów i picie alkoholu, co w patriarchalnej koncepcji płci jest traktowane jako męskie zachowanie, nieprzystające kobietom.

W odniesieniu do ról społecznych pełnionych przez młode kobiety uczestnicy zogniskowanych wywiadów grupowych wymieniali ich aktywność edukacyjną i zawodową. Młodą kobietę kojarzono zatem ze studentką i osobą pracującą, rozwijającą się zawodowo, zaczynającą karierę zawodową. Rzadziej wspominano o roli matki jako charakterystycznej dla tej kategorii wiekowej kobiet, co może wynikać z przesuwania się granicy urodzenia pierwszego dziecka i upowszechniania się zjawiska późnego macierzyństwa. Możliwość rodzenia dzieci była jednak traktowana często jako wyznacznik granicy młodości: „Kiedyś się uważało, że jak człowiek ma 30 lat, to – o matko – ostatni dzwonek" (FGI_2_KM_K1). „jeszcze może dzieci rodzić, więc jest młoda" (o czterdziestoletniej kobiecie – przyp. aut.) (FGI_6_KST_K5). Co ciekawe, mężczyźni w średnim wieku

zwrócili uwagę na trudność łączenia przez młode kobiety ról rodzinnych z zawodową aktywnością: „Kobiety, zwłaszcza młode, stoją przed bardzo ważnym dylematem – albo będą się emancypować, czyli idą w tym bardzo nowoczesnym nurcie, albo muszą wybrać, albo też nie mają innego wyboru, wybrać tradycyjną rolę, czyli bardziej na rodzinę niż na karierę, czyli ten dylemat jest wpisany w ten próg życiowy" (FGI_3_MSR_M5). W ich przekonaniu był to wybór „albo…, albo…", co wynikało prawdopodobnie z faktu, że rodzinę utożsamiali oni z tradycyjnym podziałem ról, w którym nie ma miejsca dla kobiety robiącej karierę zawodową. Stąd też kobiety mogą być „wyzwolone albo [...] zniewolone, [...] przedsiębiorcze albo domowe" (FGI_3_MSR_M5). Na ten aspekt funkcjonowania młodych kobiet nie zwróciły uwagi uczestniczki badania w żadnej kategorii wiekowej. W charakterystykach tworzonych przez młodych uczestników badania obu płci młode kobiety opisywano jako wolne, bez zobowiązań, szalone, mające czas na zabawę (w przekonaniu jednego z badanych po trzydziestce „zaczyna się już bardziej taki wiek matczyny i tu byłby taki wiek średni kobiety" – FGI_2_MM_M3). Z kolei w wypowiedziach starych badanych pojawiły się odniesienia do tradycyjnych, domowych ról kobiet: „Jeżeli (młoda kobieta – przyp. aut.) ma dzieci, rodzinę, to pewnie jest i panią domu" (FGI_6_KST_K10); „Ponieważ na kobietę spada obowiązek żywienia, powinna mieć dobre podstawy w żywieniu i gotowaniu i wszystkich takich" (FGI_6_MST_M4). A zatem aktywność w sferze publicznej, wykształcenie i zawodowa kariera nie zwalniają młodej kobiety z bycia gospodynią domową, co wiąże się z określonymi umiejętnościami i obowiązkami.

Jeżeli chodzi o charakterystyki kobiety w średnim wieku tworzone w dyskusjach grupowych, podobnie jak w przypadku młodej kobiety, badani wyróżnili dwa aspekty jej wyglądu. Zwrócono uwagę na jego „naturalne" atrybuty, takie jak „pierwsze siwe włosy", „pierwsze zmarszczki", skłonność do nadwagi, „dojrzałą urodę", ale takich uwag było stosunkowo niewiele. Znacznie więcej miejsca poświęcono cechom wyglądu wynikającym z działań ich „posiadaczek". Mówiono zatem o zadbanym wyglądzie, zaznaczając, że ta dbałość jest konieczna, by kobieta w tym wieku była atrakcyjna fizycznie. Jak ujął to jeden z badanych w średnim wieku: „Jeśli chodzi o urodę, według mnie, właśnie wtedy jest najpiękniejsza kobieta, jeśli jest oczywiście zadbana" (FGI_3_MSR_M5). Zdaniem młodych uczestniczek badania, ta „wzmożona" dbałość o wygląd („więcej kremów, balsamów na zmarszczki, pilingi, fryzjer i tak dalej" – FGI_1_KM_K2) jest konieczna, by jak najdłużej wyglądać młodo, co wynika z kultu młodości i społecznego przekonania, że piękne może być jedynie młode ciało. Jak wynika z wypowiedzi badanych, za pomocą różnego rodzaju zabiegów na rzecz atrakcyjnego wyglądu kobiety w średniej fazie życia

powinny maskować swój chronologiczny wiek, co zdaje się być ważne w kulturze, w której przedstawicielek płci pięknej nie powinno się pytać o metrykę. Tym bardziej, że – zdaniem części mężczyzn młodych i w średnim wieku uczestniczących w badaniu – mogą one być „zmęczone życiem" i na ich wyglądzie może się odbijać sytuacja życiowa, niezadowolenie z przebiegu dotychczasowego życia (bo to czas dokonywania bilansów i ocen) oraz „postępujące problemy zdrowotne": „może być zapuszczona, czasem kobiety nie dbają o siebie" (FGI_1_MM_M7); „taka kobitka te 45 lat, to może być już sterana, bez pięciu zębów i tak dalej" (FGI_1_MM_M3). W dyskusji z udziałem rozmówców w średnim wieku pojawiło się określenie „ryczących czterdziestek", będące – jak można wnioskować z wypowiedzi badanych – odpowiednikiem pojęcia kryzysu wieku średniego, stosowanego potocznie głównie w odniesieniu do mężczyzn: „no na pewno zaczyna się tutaj faza »ryczących czterdziestek«, czyli tak zwany pierwszy bilans życia, kiedy się już podsumowuje, co się osiągnęło, a co niestety [...]" (FGI_3_MSR_M5). W wywiadach grupowych z mężczyznami w młodym i średnim wieku stawiano pytanie, czy w ogóle można mówić o atrakcyjności fizycznej dojrzałych kobiet. Młodzi badani uznawali, że uroda idzie w parze z młodością: „uroda była (w wieku – przyp. aut.) 18–35, a teraz z urodą nie jest tak, jak było kiedyś" (FGI_1_MM_M1). Z kolei rozmówcy w średnim wieku zastanawiali się, czy atrakcyjny wygląd ich rówieśnic jest autentyczny, a na ile jest dziełem chirurgów plastycznych. Uznano, że można tu mówić o „specyficznej urodzie", „bo każdy wiek ma swoją urodę w pewnym momencie" (FGI_4_MSR_M6). Dla badanych z tej kategorii wiekowej istotna była atrakcyjność seksualna kobiety w średnim wieku, która na tym etapie życia w ich przekonaniu spada, choć można spotkać „sexbomby w tym wieku" (FGI_3_MSR_M4). Co ciekawe, do seksualnego aspektu wyglądu kobiety w średnim wieku odniosły się też stare rozmówczynie, zauważając, że młodsze od nich przedstawicielki płci pięknej ubierają się „seksownie", tak jakby chciały zaznaczyć, że w tym wieku jeszcze można sobie na to pozwolić, podczas gdy starość czyni kobietę istotą aseksualną.

Jak wynika z dyskusji grupowych, kobieta w średnim wieku powinna dbać o to, by wyglądać atrakcyjnie, czyli młodo, ale też obowiązuje ją odpowiedni dla jej wieku styl ubierania się. Pojawiały się tu określenia „elegancka", „dystyngowana". Zwracano uwagę, że styl ubierania się odróżnia ją od młodej kobiety: „garsonki, pastelowe bluzeczki, czółenka, okularki korekcyjne" (FGI_2_KM_K6); „ubrana stylowo, jak do wieku" (FGI_2_MM_M3), „kobieta młoda jest atrakcyjna, ale nie jest elegancka raczej" (FGI_3 _KSR_K2). Zdaniem starych mężczyzn biorących udział w badaniu po wyglądzie kobiety w średnim wieku widać, czy odniosła ona sukces zawodowy.

Powyższe rozważania pokazują, że w dyskusjach na temat wyglądu kobiety w średnim wieku pojawiło się wiele wątków, co może świadczyć o problematyczności tego aspektu jej charakterystyki (określenie wyglądu młodej kobiety wydawało się łatwiejsze i mniej kontrowersyjne dla badanych). Badani chętniej i obszerniej wypowiadali się na temat cech osobowości czy funcjonowania psychiki kobiet, które zakończyły już etap młodości w swoim życiu. Słowem-kluczem było tu pojęcie dojrzałości, którą wiązano z życiowym doświadczeniem, niekiedy też z szeroko rozumianym spełnieniem. Czasem pojawiało się także określenie życiowej mądrości. Dojrzałość kobiety w średnim wieku przejawiała się, w przekonaniu uczestników zogniskowanych wywiadów grupowych, w jej zrównoważeniu, „stonowaniu", stateczności, odpowiedzialności czy rozsądku. Podkreślano samoświadomość kobiet w tym wieku: „większa taka świadomość siebie, czego ja chcę od życia naprawdę" (FGI_3_MSR_M7). W różnych grupach wiekowych rozmówców pojawiały się jednak sprzeczne opinie dotyczące możliwości samorealizacji. Młode uczestniczki zauważały, że kobieta w średnim wieku nie może być już tak spontaniczna i „szalona" jak kiedyś, ma dokładnie rozplanowany dzień, musi rezygnować z własnych potrzeb czy przyjemności w związku z „obciążeniem rodziną" (najpierw własnymi dziećmi, potem pierwszymi wnukami) oraz pracą zawodową: „umie się jeszcze bawić, ale wie, że są obowiązki, które musi wykonać"; „chciałaby być szalona, ale nie za bardzo jej wypada" (FGI_1_KM_K2, K1). Z kolei rozmówcy w średnim wieku uznawali, że „to jest najlepszy czas, kiedy można zrealizować swoje cele" (FGI_3_MSR_M5) i zająć się sobą, bo ma się już odchowane dzieci. Ponadto, w dyskusjach grupowych z ich udziałem zauważono, że w związku z dokonywanym w tym wieku bilansem kobieta może chcieć zmienić swoje życie, doświadczyć w życiu tego, czego dotąd nie przeżywała w sferze seksualnej, w realizacji swoich pragnień i pasji. Przy czym – jak wynika z ich wypowiedzi – tym, co ich rówieśnicom może przeszkadzać i skłaniać je do życiowej zmiany, jest patriarchalny model relacji płci i podział ról: „może też [...], jeśli jest niespełniona, na przykład cały czas, całą młodość służyła facetowi, to może się jej odbić i teraz »ja« jestem ważna" (FGI_3_MSR_M5), „może siedziałam w garach wcześniej" (FGI_3_MSR_M7). Zwracano uwagę na aktywność kobiet w średnim wieku w sferze edukacyjnej, stałe podnoszenie przez nie kwalifikacji, a także dbanie o zdrowie i kondycję fizyczną. Z dyskusji grupowych wyłania się stosunkowo bogata charakterystyka cech osobowości kobiety na tym etapie życia. Uczestnicy przypisywali jej stereotypowe cechy kobiece takie jak: cierpliwość, opiekuńczość, gospodarność i oszczędność (w odniesieniu do zajmowania się domem i zarządzania domowymi finansami), uczuciowość (przeżywanie kolejnych związków, „zakochanie"

we wnukach), gadatliwość, skłonność do narzekania i „czepiania się" („krytyczna wobec innych osób" – FGI_6_MST_M7; „zdarzają się w tym wieku jędze" – FGI_5_MST_M8). Ale opisując kobietę w średnim wieku, wymieniali także cechy przypisywane mężczyznom w patriarchalnym modelu płci: zdecydowanie, przedsiębiorczość, zaradność, ambicja, odwaga, siła psychiczna. Zdaniem starych respondentek wiele tych cech osobowości zostało przez kobietę w średnim wieku zdobytych czy ukształtowanych w związku z rolami odgrywanymi w rodzinie i w gospodarstwie domowym (kierowaniem życiem rodziny).

Jeśli chodzi o role społeczne charakterystyczne dla kobiety w średnim wieku, to właśnie rolom rodzinno-domowym poświęcano w dyskusjach grupowych najwięcej miejsca. Odnosząc się do aktywności w sferze publicznej, wskazywano jedynie rolę zawodową, ewentualnie mówiono o aktywności edukacyjnej. Młode osoby zauważały trudność w łączeniu ról w sferze prywatnej i publiczno-zawodowej przez kobietę w średnim wieku, ograniczenie życia do tych dwóch obszarów i brak czasu dla siebie: „praca – dom, praca – dom", „po drodze zje kanapkę" (FGI_1_MM_M1, M3); „na miasto nie wyjdzie, bo trzeba odebrać dzieci i zawieźć je do domu" (FGI_1_KM_K3). Choć o aktywności zawodowej kobiety w średnim wieku mówiono niewiele, to przyjmowano ją za pewnik, wymóg („powinna mieć wykształcenie i zawód" – FGI_6_MST_M1) oraz wskazywano jako podstawę poczucia własnej wartości i poczucia atrakcyjności[3]. W odniesieniu do sfery prywatnej, przypisywanej kobietom w kulturze patriarchalnej, wymieniano takie role kobiety w średnim wieku jak role pełnione w rodzinie (córka, matka, babcia, żona), w gospodarstwie domowym (kucharka, sprzątaczka, pielęgniarka) oraz rolę kochanki. Wskazanie na rolę córki przez uczestniczki badania w średnim wieku może wynikać z obciążenia kobiet w tej fazie życia opieką nad starzejącymi się rodzicami. Jeśli chodzi o bycie babcią, to również w tej grupie badanych pojawiły się uwagi o niechęci do pełnienia tej roli przez kobietę w średnim wieku, co może wynikać z potocznego utożsamiania słowa „babcia" z osobą starą. Próbowano poradzić sobie z tym problemem, używając określenia „młoda babcia". Opieka nad członkami rodziny oraz prowadzenie gospodarstwa domowego były traktowane jako coś oczywistego dla kobiety w średnim wieku. Przy czym pojawiały się tu zarówno określenia negatywne, jak „kura domowa", świadczące o niskim społecznym szacunku dla tej pracy, jak i pozytywne: „perfekcyjna pani domu", mówiące o kompetencjach, sprawności

3 Potwierdzają to wyniki badań sondażowych, według których w polskim społeczeństwie ceni się bardziej osoby aktywne zawodowo niż gospodynie domowe (CBOS 2013b: 38).

organizacyjnej, gospodarności kobiet w tej sferze. W odniesieniu do ról rodzinnych wskazywano, że kobieta w średnim wieku jest nie tylko żoną, ale może być także wdową bądź rozwódką. Osoby w średnim wieku obu płci oraz stare kobiety podkreślały aktywność w sferze seksualnej kobiet w średnim wieku, tak jakby trzeba było zaznaczyć, że seks nie jest jedynie domeną młodości. Mówiono przy tym nie tylko o roli kochanki, ale zauważano również, że kobieta w średnim wieku jest świadoma swej seksualności, wolna od lęku przed niechcianą ciążą (FGI_5_KST), może być znudzona mężem i szukać odmiany (FGI_6_KST), zaspokajać swoje potrzeby seksualne z młodszymi mężczyznami np. poprzez seksturystykę (FGI_4_MSR).

Jak już wspomniano, omawiając granice wieku dla młodości, wieku średniego i starości w odniesieniu do kobiet i mężczyzn, w przypadku starych kobiet niektóre grupy dyskusyjne dostrzegły konieczność rozróżnienia dwóch etapów starości. Mówiono zatem o kobietach starszych („późna dojrzałość") i starych – staruszkach. Dokonując charakterystyki starych kobiet, część respondentów trzymała się tego rozróżnienia, inni przypisywali te same cechy seniorkom bez względu na ich wiek. Jako atrybuty wyglądu starej kobiety wymieniano zmarszczki („pomarszczona"), siwe włosy, ewentualnie ufarbowane, krótkie lub z trwałą ondulacją oraz nadwagę i pochyloną sylwetkę. Opisywano ją jako zaniedbaną, niedbającą o higienę osobistą („śmierdząca"), często bez zębów, zupełnie nieumalowaną albo przesadzającą z makijażem i perfumami. Charakteryzując sposób ubierania się starej kobiety, wspominano o paniach ubierających się elegancko i klasycznie („kapelusik"), ale także o preferowaniu przez kobiety w tej fazie życia praktycznych, wygodnych i tanich ubrań. Elementem ubioru kojarzonym z paniami w podeszłym wieku przez część grup dyskusyjnych był beret, młodzi dodawali „moherowy". Stare uczestniczki badania, opisując kobiety z ich pokolenia, uznały, że wiele z nich wygląda „nieciekawie", bo „już nie wypada dekoltu założyć, koszulki z krótkim rękawkiem, spódniczka musi być do kostki, żeby nie było widać…" (FGI_1_KST_K6) albo ubierają się niezgodnie z wiekiem – „niektóre chcą być osiemnastki też" (FGI_1_KST_K2). Jak ujęła to jedna z respondentek z tej grupy badanych, stara kobieta „albo jest śmieszna, albo jest zaniedbana" (FGI_1_KST_K2). Warto przy tym zauważyć, że starzy respondenci zupełnie zignorowali kwestię wyglądu w charakterystyce swojej rówieśniczki, czyniąc go zupełnie nieważnym dla kobiety w tym wieku, która staje się „niewidzialna". Z kolei wypowiadający się mężczyźni w średnim wieku określili ją mianem nie tylko zaniedbanej, ale i „brzydkiej", kojarząc starość z brzydotą, ale skojarzenie odnosili wyłącznie do kobiet, których atrakcyjność fizyczna zawsze jest przedmiotem oceny płci przeciwnej. Ich rówieśniczki broniły jednak starych kobiet

zaznaczając, że „kobieta jest i może być zawsze atrakcyjna dla swojego wieku" (FGI_1_KSR_K7) i podając przykłady znanych, atrakcyjnych i zadbanych seniorek jak Beata Tyszkiewicz czy Tina Turner. W dyskusjach grupowych, w których rozróżniano starsze i stare kobiety (staruszki), te ostatnie opisywano jako zniedołężniałe, mające problemy z poruszaniem się, chodzące o lasce, zaniedbane oraz smutne, bo z reguły samotne. Te dopiero wchodzące w fazę starości postrzegano jako uśmiechnięte i zadowolone, ponieważ są wolne od zobowiązań zawodowych, mają czas dla siebie. O pogodnych, wesołych starych kobietach mówiły ich rówieśniczki, nie zgadzając się z negatywnym stereotypem starości, kojarzonej ze smutkiem, samotnością, chorobami i biernością społeczną. Pojawiły się jednak uwagi, że pogoda ducha zależy od stanu zdrowia, a także poczucia życiowego spełnienia: „Jak ma 75 lat i jest zdrowa i przeżyła to życie w taki sposób, w jaki chciała i była zadowolona w życiu, to będzie po prostu promieniała" (FGI_2_MSR_M6).

W charakterystykach osobowości starej kobiety, tworzonych przez uczestników zogniskowanych wywiadów grupowych, pojawiło się wiele cech stereotypowo kojarzonych z kobiecością, takich jak: ciepło, troskliwość, opiekuńczość (także „nadopiekuńczość"), rodzinność oraz orientacja na innych. Z wypowiedzi badanych wyłaniał się obraz babci troszczącej się o dorosłe dzieci oraz wnuki, wspierającej je także finansowo: „taka osoba nie myśli o swoich potrzebach tylko o innych, np. wnukach. Martwi się przyszłością wnuków" (FGI_2_KM_K4); „córce pomaga i jeszcze wnuczce, czyli w tym wieku jest bardzo pomocna" (FGI_1_MSR_M7, M5). Podawano także przykłady seniorek angażujących się jako wolontariuszki w działania na rzecz osób spoza rodziny: „Czują potrzebę niesienia pomocy [...], mają czas i doświadczenie ogromne, życiowe i mogą np. ludziom pomagać" (FGI_1_MSR_M7, M4, M5). Obok cech kobiecych wymieniano również atrybuty starości, takie jak mądrość i życiowe doświadczenie, którymi stare kobiety dzielą się z innymi, służąc radą młodszym ludziom. Kojarzono je także ze zrzędliwymi, wymądrzającymi się i pouczającymi teściowymi („Taka typowa teściowa, z syndromem »a nie mówiłam?«, »ja wiem lepiej«" – FGI_1_MM) lub wścibskimi, wszystkowiedzącymi, plotkującymi sąsiadkami, żyjącymi sprawami innych, „bo nie mają własnego życia" (FGI_1_KST_K5). Starą kobietę postrzegano ponadto jako zmęczoną, narzekającą na zdrowie i mówiącą głównie o swoich chorobach, niezadowoloną z życia, „z pretensjami", sfrustrowaną w związku z wykluczeniem z rynku pracy i kiepską sytuacją finansową: „Marudna. [...] ciągle jej źle" (FGI_1_KST_K6, K2). Negatywne charakterystyki odnoszono przede wszystkim do staruszek opisywanych jako zgorzkniałe i złośliwe, „krytyczne wobec młodych osób" (FGI_1_KST_K4), smutne, opuszczone, narzekające, wegetujące: „Dla mnie stare to takie zużyte,

takie już…nic ich nie interesuje nic ich nie obchodzi po prostu żyje… i czeka na śmierć" (FGI_1_KM_K3, K2). Zwracano uwagę, że schorowane kobiety w zaawansowanym wieku dziecinnieją – wymagają czułości i opieki, są bezradne („Ona by wiele jeszcze może chciała, ale już jej organizm nie pozwoli" – FGI_4_KSR_K7), czują się samotne i niepotrzebne (bo wnuki są już dorosłe), są „depresyjne" i ciągle się modlą.

Wiele miejsca w dyskusjach grupowych poświęcano stylowi życia starej kobiety. Jej rówieśniczki opisywały ją (i same siebie?) jako mającą dużo czasu i wolną od zobowiązań: „Wyluzowana [...]. już nic nie musi. [...] cieszy się, że w tym wieku ma już wolność" (FGI_1_KST_K6, K1, K2). Jednak w charakterystykach starej kobiety tworzonych w różnych grupach fokusowych pojawiły się obrazy bardzo aktywnej *versus* bardzo biernej osoby. A zatem opisywano ją jako ciągle szukającą sobie zajęcia, angażującą się przede wszystkim w życie rodziny: „Aktywna bardzo, nadaktywna. [...] opiekowanie się rodziną. Przyjechać, pojechać, zawieźć, przywieźć, ugotować, usmażyć. Po prostu jest tego milion" (FGI_3_KSR_K6). Ale także podróżującą, jeżdżącą do sanatoriów i tam nawiązującą znajomości i bawiącą się na dansingach, uczestniczącą w zajęciach na uniwersytecie trzeciego wieku, aktywną fizycznie – chodzącą z kijkami, ćwiczącą tai chi czy jogę. Stereotypowo kojarzono ją także z oglądaniem seriali, słuchaniem Radia Maryja, czytaniem harlequinów i robótkami na drutach. Charakteryzując stare kobiety, wspominano babcie robiące zakupy na osiedlowym ryneczku, siedzące na ławce w parku z koleżankami czy regularnie chodzące do kościoła. Pojawiły się uwagi, że na starość kobiety „fundamentalizują się religijnie, bardzo. [...] w kościołach można zauważyć więcej kobiet w tym wieku" (FGI_1_MSR_M5). Podkreślano, że stare kobiety są towarzyskie, mają z reguły grono koleżanek, z którymi się spotykają, plotkując lub rozmawiając o chorobach, „szukają towarzystwa w poradniach, przychodniach i w kościołach" (FGI_1_KM_K1, K2). Badane w średnim wieku, po pięćdziesiątce, zauważały, że współczesne seniorki są bardziej aktywne niż stare kobiety żyjące dawniej, wychodzą poza role tradycyjnie im przypisywane, jak rola babci poświęcającej się rodzinie. Podkreślały, że kobiety w podeszłym wieku dokształcają się, często są jeszcze aktywne zawodowo, mają różne zainteresowania: „Babcie mają prawo do realizowania siebie" (FGI_4_KSR_K7). W części dyskusji grupowych pojawiły się jednak uwagi, że życie starej kobiety toczy się głównie w sferze prywatnej: „siedzi w domu przeważnie i tylko dzieci, wnuki" (FGI_4_KSR_K5). Jeśli wychodzi z domu, to tylko do kościoła i na cmentarz, bądź na spacery z psem wokół bloku, swoje kontakty społeczne ograniczając do najbliższych sąsiadek. Jej styl życia opisywano jako monotonny i schematyczny. Badani zwracali także uwagę na problemy finansowe starych kobiet

odbijające się na jakości ich życia („Cierpiąca na brak pieniędzy. [...] skromnie żyjąca, kupująca na ryneczku, jeździ MPK i tam gdzie jest taniej" – FGI_2_KM_K8). Zauważali, że podejście do życia, aktywne *versus* bierne przeżywanie starości przez kobiety, uzależnione jest od ich stanu zdrowia, wykształcenia, sytuacji rodzinnej, dawnej aktywności zawodowej, a także mentalności – sposobu traktowania starości zarówno przez samą jednostkę, jak i jej otoczenie.

W charakterystykach starej kobiety uczestnicy dyskusji grupowych odnosili się także do jej ról społecznych. Wymieniano tu przede wszystkim rolę babci, zauważając przy tym, że polega ona nie tylko na opiece nad wnukami, czy wspieraniu ich finansowo, ale również ich wychowywaniu: „Uczyć wnuki, bo to jednak szkoła tego wszystkiego nie powie co babcia. [...] dobrych manier" (FGI_2_MST_M6, M7). Mówiono także o roli troskliwej żony: „Pielęgnująca męża. No widziałam, jak panie ubierały pana, szaliczek zawiązywały, guziczki zapinały, miały dziecko swoje, a pan tak stał, a później poszli na spacerek" (FGI_2_KST_K9) bądź kojarzono starą kobietę z wdowieństwem. Młodzi respondenci widzieli ją w roli „upierdliwej teściowej". Podkreślano, że stare kobiety są zaradnymi, dobrymi gospodyniami i świetnymi kucharkami. Doceniano ich zaangażowanie w życie rodzinne: „chcą rodzinie się jak najbardziej przydać i pomagać" (FGI_1_KM_K5). Jednak ich aktywności nie ograniczano do sfery prywatnej. Pojawiły się uwagi na temat wciąż czynnych zawodowo starych kobiet oraz słuchaczek uniwersytetu trzeciego wieku. Jak można wywnioskować z części wypowiedzi, kobieta w tej fazie życia szuka sobie zajęcia, bo musi udowadniać sobie samej i innym, że „jest jeszcze potrzebna" (FGI_2_MSR_M7).

Jeśli chodzi o młodego mężczyznę, podobnie jak w odniesieniu do młodej kobiety, badani podkreślali jego atrakcyjność fizyczną będącą niejako atrybutem młodości. Jak wynika z wypowiedzi, również od przedstawicieli „brzydkiej" płci w tym wieku oczekuje się dbałości o wygląd. Obok takich przymiotników jak „przystojny", „silny", „wysoki", „dobrze zbudowany", odpowiadających stereotypowi męskości, pojawiały się określenia wskazujące na konieczność podejmowania konkretnych działań na rzecz własnego wyglądu przez młodego mężczyznę. Charakteryzowano go jako zadbanego, wysportowanego, opalonego, schludnego, dobrze czy elegancko ubranego, ładnie ostrzyżonego. W dyskusji grupowej z udziałem kobiet w średnim wieku zwrócono uwagę, że niekiedy dbanie o wygląd przez młodych mężczyzn jest przesadne i zostało ocenione jako niemęskie: „taka dbałość [...], która przekracza granicę dobrego smaku, jeżeli chodzi o mężczyznę. Facet ma być facetem" (FGI_3_KSR_K6). Wypowiadający się młodzi mężczyźni zauważali, że przedstawiciel ich kategorii płciowej i wiekowej podąża za modą, przywiązuje wagę do tego,

co na siebie zakłada, czym jeździ itp.: „gadżeciarz", „lubi się pokazać", „szpaner" (FGI_2_MM_M3, M8).

Krytycznie do wyglądu młodych mężczyzn odnosili się uczestnicy badania w średnim wieku. W ich przekonaniu wcale nie dbają oni o to, jak wyglądają, nie troszczą się o higienę osobistą albo zupełnie nie dbają o sylwetkę i nie podejmują aktywności fizycznej, albo dążą do budowy ciała typu strongman Pudzianowski, kształtując nadmiernie masę mięśniową. Scharakteryzowano ich jako spędzających wolny czas przed ekranem telewizora lub z konsolą do gry oraz puszką piwa w dłoni (FGI_3_MSR), co negatywnie odbija się na ich wyglądzie. Z kolei, zdaniem starych respondentek, schludny wygląd nie dotyczy wszystkich młodych mężczyzn, a tym, co determinuje szczególnie ich ubiór, jest zarówno wychowanie (wpojone poczucie estetyki), jak i wykonywany zawód („Bo trzeba podzielić na tych, którzy pracują w korporacjach, w firmach i na tych, którzy pracują fizycznie" – FGI_5_KST_K7).

Charakteryzując cechy osobowości i zachowania młodego mężczyzny, zwracano uwagę na jego beztroskę, lekkomyślność i nieodpowiedzialność, przejawiające się m.in. w ryzykownych zachowaniach (np. brawurowa jazda samochodem czy motorem, zażywanie narkotyków). Wspominano, że prowadzi on „hulaszczy tryb życia", jest rozrywkowy – ciągle „baluje" i poszukuje wrażeń, bywa wulgarny, lubi alkohol i inne używki, często zmienia partnerki. Podkreślano ponadto brak dbałości o zdrowie związany z poczuciem nieśmiertelności. Starzy respondenci zauważali zróżnicowanie postaw życiowych młodych mężczyzn: „Różni są młodzieńcy, jedni się za chuligaństwo biorą i złodziejstwo, a drudzy chcą być poważni i życie na poważnie brać" (FGI_6_MST_M6). Z wypowiedzi uczestniczek wywiadów z wszystkich kategorii wiekowych wyłania się obraz niedojrzałego młodego człowieka, „maminsynka", „dużego dziecka", wciąż dla wygody mieszkającego z rodzicami, unikającego zobowiązań i odpowiedzialności, egoisty i egocentryka nastawionego na realizację własnych potrzeb. Ponieważ mówiły o tym przede wszystkim kobiety, ich opinie można traktować jako wyraz rozczarowania współczesnymi młodymi mężczyznami – rówieśnikami i potencjalnymi partnerami, synami czy wnukami – którzy nie chcą dorosnąć. Badane charakteryzowały ich także jako przywiązujących dużą wagę do „kasy" i innych dóbr materialnych, lubiących szpanować różnymi gadżetami, a przede wszystkim „super samochodem", drwiąco komentując, że w ten sposób „leczą oni kompleksy" (FGI_1_KM_K4), czy nazywając ich pozerami (FGI_3_KSR_K5). Pojawiły się uwagi, że młodzi mężczyźni ulegają wpływom i modom. Zauważany przez badanych z różnych grup dyskusyjnych pęd do kariery młodego mężczyzny, nastawienie na sukces zawodowy i osiągnięcie wysokiej pozycji społeczno-ekonomicznej koresponduje z patriarchalnym

ideałem męskości, podobnie jak koncentracja na sobie, indywidualizm oraz współzawodnictwo i przedsiębiorczość. Mamy tu zatem obraz „młodego wilka" realizującego te społeczne oczekiwania. Pojawiły się jednak uwagi, że młody mężczyzna, w związku z niekorzystną sytuacją na rynku pracy, może mieć niestabilną jeszcze sytuacją zawodową i finansową. Badane w średnim wieku zaznaczały, że współcześnie młodzi mężczyźni (oraz młodzi ludzie w ogóle) przywiązują dużą wagę do wykształcenia, są żądni wiedzy i się dokształcają. Wśród cech przypisywanych młodym mężczyznom przez uczestników grup fokusowych wymieniano także energiczność, kreatywność, ambicję, pracowitość oraz odwagę – traktowane stereotypowo jako męskie atrybuty. Respondentki w średnim wieku i starsze zauważały u nich jednak też takie „kobiece" cechy jak wrażliwość, opiekuńczość czy uczuciowość, ale również słabość psychiczna czy znerwicowanie. Być może zaobserwowały one odchodzenie od patriarchalnego ideału męskości w pokoleniu młodych mężczyzn, postrzegając ich jako osoby androgyniczne, łączące w sobie cechy przypisywane kobietom i mężczyznom.

W charakterystykach młodego mężczyzny tworzonych w zogniskowanych dyskusjach grupowych pojawiły się także odniesienia do ról społecznych, zarówno rodzinnych, jak i pełnionych w sferze publicznej. W przypadku tych drugich badani wskazywali rolę studenta (przy czym młodzi badani wspominali tu o „wiecznym studiowaniu"), osoby pracującej lub zakładającej pierwszą własną działalność gospodarczą. Jak już wspominano, młody mężczyzna był kojarzony z koncentracją na karierze zawodowej, wobec której rodzina schodzi na dalszy plan: „wraca tylko jako bohater na weekend do domu" (FGI_4_KSR_K7). Bardziej zróżnicowany okazał się opis sytuacji rodzinnej młodego mężczyzny. Z jednej strony wskazywano, że unika on zobowiązań, jest singlem, często jeszcze mieszkającym z rodzicami, stąd wspominano o roli syna. Mówiono o jego niestałości w uczuciach, niechęci do tworzenia stałego, formalnego związku intymnego, ewentualnie o nieudanym pierwszym małżeństwie. Respondenci w średnim wieku tłumaczyli owo odkładanie założenia rodziny przez mężczyzn z młodszego pokolenia ich potrzebą wolności i niezależności oraz ciągłej zmiany. W dyskusji starych mężczyzn zaznaczono, że mogą oni przegapić odpowiedni moment na małżeństwo: „Dużo jest później takich kawalerów, których czas już przeminął" (FGI_5_MST_M8). Z drugiej strony, młodym mężczyznom przypisywano role narzeczonego oraz ojca, wskazując, że ta faza życia to czas stabilizacji życiowej – rodzinnej i zawodowej. Badane w średnim wieku zauważyły ponadto, że młodzi mężczyźni mający potomstwo „przejmują się tacierzyństwem" (FGI_3_KSR_K2), co potwierdza upowszechnianie się w młodym pokoleniu wzoru aktywnego ojcostwa (Dzwonkowska-Godula 2015).

W charakterystykach mężczyzny w średnim wieku nie w każdej dyskusji grupowej pojawiły się opisy wyglądu. Ten aspekt zignorowali zupełnie biorący udział w badaniu mężczyźni po pięćdziesiątce (zarówno ci zaliczani jeszcze do kategorii badanych w średnim wieku, jak i starzy), tak jakby uznali, że „nie ma o czym mówić" – mężczyzna w średnim wieku nie wyróżnia się już młodym, atrakcyjnym wyglądem, a jeszcze nie wygląda staro. Brak opisu wyglądu bądź bardzo oszczędne, zdawkowe charakterystyki (dokonywane np. przez uczestniczki w średnim wieku) w porównaniu z opisem cech osobowości, zachowań i ról społecznych mężczyzny w tej fazie życia mogą świadczyć o pomniejszaniu znaczenia męskiego wyglądu, co odpowiada patriarchalnej koncepcji męskości (Malinowska 2011). Grupy fokusowe opisujące fizyczne atrybuty mężczyzny w średnim wieku wskazywały na widoczne oznaki starzenia się, takie jak siwe włosy, „łysinka", zakola, a także zły stan uzębienia. Pojawiły się uwagi na temat pierwszych problemów zdrowotnych oraz uzależnienia wielu mężczyzn od alkoholu, co odbija się na ich wyglądzie. Jako cechę charakterystyczną wymieniano nadwagę, „brzuszek" będący efektem spożywania piwa („brzuszek piwny") oraz braku aktywności fizycznej („Niewysportowani. Siedzą przed telewizorami" – FGI_4_KSR_K1). Młodzi uczestnicy badania wskazywali także wąsy oraz specyficzny strój czy jego elementy: „koszula w kratę", „flanela", „podkoszulki bawełniane", „kalesony zimą", saszetka noszona na pasku lub „listonoszka". Mamy tu zatem obraz osoby nieprzywiązującej zbytniej wagi do ubioru, który ma być przede wszystkim wygodny i praktyczny. W nielicznych wypowiedziach pojawiły się komentarze na temat elegancji mężczyzny w średnim wieku oraz określenia go mianem zadbanego. Młode respondentki zauważyły, że mężczyzna w tej fazie życia „jeszcze dba o wygląd", potwierdzając tym samym, że dbałość o atrakcyjność fizyczną jest domeną przedstawicieli młodszego pokolenia i nie dotyczy już starych mężczyzn. Z kolei rozmówczynie w średnim wieku, bardzo krytycznie oceniające wygląd swoich rówieśników – zaniedbanych i „dziadziejących", zaznaczały, że zdarzają się wśród nich zadbani mężczyźni, chcący za wszelką cenę zatrzymać upływ czasu i „piękniejących", „bo kosmetyczka wtedy, fryzjerka, nowe BMW" (FGI_3_KSR_K4). Podobnie jak w odniesieniu do młodego mężczyzny, tak i w charakterystyce mężczyzny w średnim wieku podkreślano znaczenie posiadanego przez niego samochodu „na pokaz" („czerwone autko", „sportowa fura", „ferrari czy lamborghini"). W przekonaniu badanych, w tej fazie życia szybkie, sportowe auto spełnia określoną funkcję: ma mężczyznę odmłodzić i przyciągać uwagę „młodych lasek" (FGI_1_MM_M7). Jak drwiąco zauważyły stare rozmówczynie: „A jak ma auto, to mu się wydaje, że ho, ho" (FGI_5_KST_K6); „Ale to jest po prostu przedłużenie męskości" (FGI_5_KST_K2).

W dyskusjach grupowych zwracano uwagę na kryzys wieku średniego przeżywany przez mężczyzn, przejawiający się m.in. w odczuwanej frustracji („ciągle jakieś pretensje, do życia, do czasu, do wieku" FGI_5_KST_K2), poczuciu przytłoczenia rodziną i pracą, rozgoryczeniu utratą wolności, trudności pogodzenia się z upływem czasu, lęku przed starością i potrzebie udowadniania sobie i innym, że jest się jeszcze w pełni sił i możliwości, także w sferze seksualnej. Dostrzeżono tendencję do zmiany partnerki na młodszą: „im się chyba wydaje, że jak jest kobieta młoda, to im jakby lat odejmowała" (FGI_4_KSR_K3), przeżywania przez nich „drugiej młodości", poszukiwania wrażeń. Rówieśniczki określały ich mianem „Piotrusiów Panów", chodzących wiecznie w krótkich spodenkach, niedopuszczających do siebie myśli o starzeniu się. W charakterystykach mężczyzny w średnim wieku wskazywano także takie wady jak: przemądrzałość, zarozumiałość, egocentryzm, przewrażliwienie na własnym punkcie czy hipochondria. Młodzi respondenci, mając ma myśli prawdopodobnie swoich ojców, zwracali uwagę, że z mężczyzną ze starszego pokolenia „ciężko się dogadać" (FGI_2_MM_M6), bo „wszystko wie najlepiej" (FGI_2_MM_M7) i „zaczyna być autorytarny w tym wieku" (FGI_1_MM_M3). Z kolei młode badane wskazywały na pozytywne cechy panów w średnich wieku, odróżniające ich od młodych mężczyzn, niedojrzałych lekkoduchów, takie jak odpowiedzialność, stateczność, powaga, dystyngowanie, dojrzałość, rozsądek. Również w grupie kobiet w średnim wieku charakteryzowano mężczyzn z tego pokolenia poprzez zestawienie ich z młodymi i podkreślenie różnic w zachowaniu się w towarzystwie. A zatem mężczyzna w średnim wieku „potrafi tańczyć", „rozmawiać, dyskutować", „potrafi też być czarujący" (FGI_3_KSR_K6,K4,K7). Stare rozmówczynie zaś opisywały człowieka „sprawnego umysłowo", „rozwijającego się intelektualnie i życiowo" (FGI_5_KST_K2, K8), „dbającego o zdrowie" (FGI_6_KST_K2), prawdopodobnie zestawiając mężczyzn w średnim wieku z tymi ze swojego pokolenia, których wymienione przymioty nie dotyczą. Jednak w porównaniu ze swoją rówieśniczką, mężczyzna w średnim wieku został scharakteryzowany jako „pierdoła", leniwy, bierny, niedbający o własny rozwój psychiczny i fizyczny, gdyż „zdecydowanie kobiety bardziej [...] dbają o siebie i sportowo, i w ogóle, natomiast mężczyźni nie" (FGI_4_KSR_K6); „kobiety mają taką cechę fajną, że one cały czas się uczą i rozwijają, może nie wszystkie, a faceci gdzieś zatrzymują się w jakimś momencie" (FGI_3_MSR_M7). W przekonaniu respondentek z tej grupy wiekowej wynika to z uprzywilejowania męskiej płci, społecznego przyzwolenia na spoczęcie na laurach, podczas gdy kobiety muszą wciąż się starać i walczyć o lepszą pozycję w społeczeństwie: „Zawsze ten facet miał łatwiej [...]. My musiałyśmy

o wszystko zabiegać i walczyć" (FGI_4_KSR_K7). Badane w średnim wieku mówiły o słabości psychicznej mężczyzn z ich pokolenia, która prowadzi do depresji i frustracji, popadania w nałogi: „W ogóle kobiety są chyba silniejsze psychicznie od tych facetów [...] się mówi, że słaba płeć jesteśmy, a to oni są słabi" (FGI_4_KSR_K5). Opisywały ich jako marudnych, użalających się nad sobą, płaczliwych, bezradnych i wymagających wsparcia od swoich partnerek. Respondentki zauważały zatem odwrócenie ról, feminizację osobowości średniego pokolenia mężczyzn. W dyskusjach grupowych kojarzono ich także z innymi cechami stereotypowo przypisywanymi kobietom, opisując ich jako rodzinnych, uczuciowych, opiekuńczych.

W przekonaniu części uczestniczek w średnim wieku ich rówieśnicy są zdezorientowani wobec przemian patriarchalnie zdefiniowanych ról płciowych, nie wiedzą, kim są i kim mają być, gdy kobiety wkraczają w ich płaszczyzny aktywności: „kobiety są tak świadome, zdecydowane i silne, że mężczyźni się totalnie czują zagubieni. Nie radzą sobie. [...] no bo my też jesteśmy w stanie pracować i nakarmić i oni są totalnie zagubieni" (FGI_3_KSR_K6). Problem z tożsamością dotyczy właśnie mężczyzn w średnim wieku w związku z kryzysem na tym etapie życia, dokonywaniem bilansu, co udało się osiągnąć i jakie są perspektywy, o czym wspominali badani z tego pokolenia: „Kim będę? Dziadkiem nie chcę być, [...] taka tożsamość: kim ja teraz jestem? Co ja mam właściwie? 60 lat mam i [...]?" (FGI_3_MSR_M7). Badane z tej kategorii wiekowej oraz młodsze wspominały o potrzebie uznania i sprawowania władzy odczuwanej przez mężczyzn z tego pokolenia, co można interpretować jako próbę zachowania patriarchalnych relacji płci: „ma władzę", „albo chciałby ją mieć", „albo lubi żyć w przekonaniu, że ją ma" (FGI_1_KM_K7,K1,K2); „oczekują uznania, żeby było ich takie miejsce w domu, jakieś miejsce czy jakiś fotel, których im nikt nie zajmuje fizycznie. To jest fotel taty i tam nie siadamy" (FGI_3_KSR_K2).

Sporo miejsca w dyskusjach grupowych poświęcono stylowi życia mężczyzn w średnim wieku. Z jednej strony opisywano ich jako mało aktywnych fizycznie, spędzających czas wolny na oglądaniu meczy i piciu piwa, niechętnych do pozadomowej i pozazawodowej aktywności: „Taki, co mu się nic nie chce" (FGI_5_KST_K5). Z drugiej strony wymieniano różne hobby i pasje, takie jak wędkowanie, kolekcjonowanie czegoś, sklejanie modeli, majsterkowanie, naprawianie samochodu, zainteresowanie polityką. Zwrócono uwagę na zły stan zdrowia i krótsze życie mężczyzn w porównaniu z kobietami, co wiązano z zaniedbywaniem przez nich problemów zdrowotnych, prowadzeniem niezdrowego stylu życia i antyzdrowotnymi działaniami podejmowanymi od młodych lat: „jest duża umieralność na różnego rodzaju właśnie te choroby cywilizacyjne [...],

zawały, udary, wylewy spowodowane właśnie tym życiem młodym czyli wóda, papierochy, stres [...]" (FGI_3_MSR_M4).

Jak wynika z analizowanych wypowiedzi, mężczyzna w średnim wieku jest kojarzony ze stabilną sytuacją zawodową, finansową i rodzinną, ze „spełnieniem się": „To też jest taki przedział wiekowy, (że – przyp. aut.) facet w pełni może powiedzieć »osiągnąłem, zrobiłem, należy mi się«" (FGI_3_MSR_M5). W odniesieniu do kluczowej dla patriarchalnie definiowanej męskości aktywności zawodowej charakteryzowano mężczyznę w tej fazie życia jako zapracowanego i skoncentrowanego na pracy, „żyjącego nią", „ojca wiecznie na nadgodzinach" (FGI_1_MM_M3). Jak zauważali uczestnicy badania po pięćdziesiątce, utrata zatrudnienia jest dla niego szczególnie dotkliwa. Powoduje bowiem zachwianie jego statusu społecznego, także pozycji w rodzinie, tym bardziej, że aktywność zawodowa wiąże się z pełnieniem roli głowy rodziny i jej żywiciela. Mówiono o konieczności spłacania kredytów w związku z kupnem samochodu, działki, domu, co wymaga stabilnej, dobrej pracy. Podkreślano, że mężczyzna w średnim wieku jest żonaty i „dzieciaty", „dba o bezpieczeństwo innych, rodziny" (FGI_1_MM_M6), „powinien mieć mieszkanie, dzieci" (FGI_5_MST_M4). Młode badane charakteryzowały mężczyznę w tym wieku jako zaangażowanego w życie rodzinne, „pomagającego w domu" i „zajmującego się rodziną", ale też jako „przytłoczonego tym wszystkim, i rodziną, i pracą" (FGI_1_KM_K5, K6). Z jednej strony określano go mianem odpowiedzialnego za rodzinę, z drugiej strony opisywano przypadki porzucenia żony i dzieci dla młodszej kobiety. Wspomniano także o roli dziadka. Jak się okazuje, rodzina – genderowo kobieca sfera – wskazywana była jako bardzo ważna sfera życia mężczyzny w średnim wieku, szczególnie wobec niekorzystnej sytuacji na rynku pracy dla starzejących się osób, a także wobec utraty przez mężczyznę roli jedynego żywiciela rodziny: „Naturalnie, po to człowiek żyje, żeby mieć rodzinę, wychować dzieci" (FGI_6_MST_M7). Przypisywanie „rodzinnej orientacji" mężczyznom w tej fazie życia może być także efektem obserwowanych przez badanych przemian ról płciowych i pojawienia się zaangażowanych, aktywnych ojców, którzy nierzadko doczekują się potomstwa, będąc metrykalnie w średnim wieku.

Charakteryzując starego mężczyznę, uczestnicy zogniskowanych wywiadów grupowych bardzo krytycznie oceniali jego wygląd, podkreślając przede wszystkim zaniedbanie, nieprzestrzeganie zasad higieny osobistej: „Niechlujstwo totalne i w ubiorze, i ciało brudne, zaniedbane, nawet niedogolone. Włosy z uszu wystają i z nosa" (FGI_4_KSR_K7). Zauważano, że mężczyzna w tym wieku zupełnie nie przywiązuje wagi do tego, jak wygląda i nie widzi potrzeby dbania o aparycję: „Już nie ma za bardzo chęci o siebie dbać, nie ma po co, zaniedbany" (FGI_2_MM_M2).

Badane w średnim wieku wspomniały o zapachu starych mężczyzn: „Śmierdzi papierosami", „O tak, i potem", „Starością", „Zalatują wilgocią" (FGI_4_KSR_K1, K3, K4). Jako ich cechy charakterystyczne uczestnicy wywiadów wymieniali siwe włosy, zmarszczki, nadwagę, czerwoną twarz, wąsy i brodę, okulary, sztuczną szczękę, a także powolny sposób poruszania się („Szurają nogami" – FGI_5_KST_K5). Zwracali także uwagę na znoszoną, „niedopasowaną odzież" (FGI_1_MM_M3), starego mężczyzny, który wygląda „jak wyciągnięty ze starej szafy" (FGI_3_MSR_M7). Jak ujęła to jedna ze starych badanych: „panowie w tym wieku ubierają się jak stare dziady, nic nie idą z modą, w ogóle niemodny" (FGI_5_KST_K7). W obronie starych mężczyzn stanęli respondenci w średnim wieku, zaznaczając, że sposób ubierania się seniorów zależy od ich pozycji społecznej: „Ale oczywiście są też zadbani, schludni faceci", „Ci na stanowiskach wyłamują się jakby z tego stereotypu" (FGI_3_MSR_M7, M5). Zwrócili oni uwagę na brak określonej oferty odzieżowej dla mężczyzn w tej fazie życia: „Nie ma takiego budowania takiego wizerunku, imagu, jak mógłby wyglądać fajnie, atrakcyjnie, facet po sześćdziesiątce czy siedemdziesiątce" (FGI_3_MSR_M7). Młode uczestniczki badania zauważyły, że społeczeństwo bardziej krytycznie ocenia wygląd starych kobiet niż starych mężczyzn i oczekuje od nich większej dbałości o własny wizerunek, by nie wyglądały na swój wiek: „kobiety są bardziej oceniane, że jak ma tyle lat, to powinna bardziej o siebie zadbać tak, żeby wyglądać młodziej i tak dalej, a u mężczyzny to jakoś tak, że ma tyle lat to może tak po prostu wyglądać i nikt mu tego nie będzie wypominał" (FGI_1_KM_K1).

Badani negatywnie oceniali także cechy osobowości i zachowania starego mężczyzny. Wśród jego zalet wymieniono jedynie opanowanie, doświadczenie i mądrość oraz grzeczne, szarmanckie zachowanie: „Na przykład ten moment, kiedy kobieta podchodzi do stołu, to oni wstają, z takimi dobrymi manierami" (FGI_3_KSR_K6). Wskazano za to wiele wad, opisując go np. jako złośliwego, zgryźliwego i krytycznego: „Krytykujący, oceniający wszystkich i wszystko" (FGI_3_KSR_K5); „wszystko go denerwuje" (FGI_5_MST_M7). Starego mężczyznę kojarzono z konserwatyzmem, uporem, niechęcią do zmian. Młodzi określali go jako „przestarzałego" (FGI_2_MM_M5), „starej daty, [...] w myśleniu i we wszystkim" (FGI_2_MM_M8). Dostrzegano ponadto takie same cechy jak u charakteryzowanej wcześniej starej kobiety: narzekający, marudny, depresyjny, „gderliwy". Zauważano, że starzy mężczyźni są zmęczeni życiem, „zgnuśniali", zgorzkniali i sfrustrowani („Jeżeli nie powiodło mu się w poprzedniej fazie, no to tutaj, faceci tutaj gorzknieją" – FGI_3_MSR_M5) oraz zrezygnowani („no bo już jest za późno, żeby cokolwiek zmienić. Emeryturę ma, jaką ma, rodzinę taką jaką ma, już zdrowie takie jakie ma i niewiele już z tym może zrobić" – FGI_2_MM_M2). W przekonaniu

młodych badanych zdarzają się wśród nich dziwacy („Gościu z takimi dziwactwami, z którymi się nie rozumie" – FGI_1_MM_M3). Sporo miejsca w dyskusjach grupowych dotyczących starego mężczyzny poświęcono jego aktywności seksualnej, a właściwie jej brakowi, podczas gdy w charakterystykach jego rówieśniczki aspekt ten zupełnie się nie pojawił, zgodnie ze społecznym aseksualnym wizerunkiem starej kobiety. Z wypowiedzi wyłania się obraz „erotomana gawędziarza" („Cały czas tylko o seksie, o różnych takich rzeczach", „tylko poopowiadać sobie mogą" FGI_4_KSR_K7, K5), „podrywacza" (FGI_6_KST_K5, K6), który „za osiemnastkami się ogląda" (FGI_1_MM_M3). Sami badani z tej kategorii wiekowej wspominali o ciągłym zainteresowaniu płcią przeciwną („Nie wierzę, żeby któryś z panów i ja nie obejrzał się za ładną dziewczyną, jak jest dobrze zbudowana" – FGI_5_MST_M6), choć przyznawali, że mają już problemy z potencją. Jak wynika z dyskusji grupowych, mężczyzna na starość zatraca cechy kojarzone tradycyjnie (czytaj: patriarchalnie) z męskością. Charakteryzowano go bowiem jako niesamodzielnego, bezradnego, zależnego od partnerki czy innych osób i w związku z tym ustępliwego i uległego: „Ulega, bo wie, że nie podskoczy za bardzo", „Mężczyzna jest bardziej bezradny w tym wieku. Kobieta jest bardziej sprytna, bardziej zaradna, stara się jakoś wszystko ogarnąć, a mężczyzna – on się tylko słucha albo marudzi" (FGI_5_KST_K6, K2). Z drugiej strony jego rówieśniczki opisywały starego mężczyznę jako egoistę, z roszczeniową postawą („Wszystko mu się należy" – FGI_6_KST_K2). Wizerunek mężczyzny w sędziwym wieku dopełniały uwagi na temat krótszego, w porównaniu z kobietami, życia (komentarze, że wielu mężczyzn nie dożywa starości) oraz złego stanu zdrowia i niechęci do leczenia dolegliwości i chorób.

Bardzo ubogie okazały się opisy stylu życia i ról społecznych starego mężczyzny wobec bogatych dyskusji na temat tych aspektów funkcjonowania kobiety w tym wieku. Z wypowiedzi wyłania się obraz „pana w kapciach przed telewizorem" (FGI_1_KM_K1), palącego i pijącego alkohol, przyjmującego lekarstwa (co zmusza go do ograniczenia spożywania alkoholu), opowiadającego historie ze swojego życia i rozważającego swoją nieuchronnie zbliżającą się śmierć, w ramach hobby zajmującego się działką, majsterkującego bądź wędkującego. Niemniej wspominano także o „wyjątkach od reguły" jak staruszkowie jeżdżący na rowerze: „A ci rowerzyści, którzy po sześćdziesiątce jeżdżą po Europie?" (FGI_3_MSR_M7) czy „na harleyu". Jeśli chodzi o role społeczne, starego mężczyznę postrzegano jako męża zależnego od opiekującej się nim żony: „jeżeli żona umiera pierwsza, to on sobie nie radzi. Kobieta jest otoczona tymi przyjaciółkami, rodziną, potrafi się bardziej zająć sobą, natomiast mężczyzna często właśnie jest nieporadny" (FGI_1_KM_K6),

ewentualnie jako wdowca usilnie szukającego opiekunki na starość: „Z reguły mężczyzna stary szuka, jeśli jest sam, szuka kobiety, żeby ktoś się zaopiekował, żeby zrobił mu zupę, tego mielonego, itd." (FGI_5_KST_K6). Zaznaczano, że bardzo ważną rolą w jego życiu jest bycie dziadkiem. Badani ze średniego pokolenia zauważali, obserwując własnych ojców, że starzy mężczyźni lepiej radzą sobie z wnukami niż z dziećmi, że dopiero na starość odnajdują się w takiej opiekuńczej roli: „W końcu dojrzał. O jedno pokolenie za późno" (FGI_3_KSR_K2); „dziadek to ma taką smykałkę do wnuczki czy do wnuczka [...] on odkrywa taką prawdziwą miłość rodzicielską w tym wieku" (FGI_3_MSR_M5). Uczestnicy badania reprezentujący starych mężczyzn przyznawali, że bycie dziadkiem sprawia im wiele radości. Poza wspomnianymi rolami pełnionymi w rodzinie stary mężczyzna był widziany w roli emeryta, niekiedy jeszcze pracującego (np. jako portier), by dorobić do emerytury. Podobnie jak w przypadku charakterystyki kobiety w tej fazie życia, zwrócono uwagę na jego kiepską sytuację finansową przejawiającą się w konieczności zmiany mieszkania na tańsze, a przede wszystkim w posiadaniu starego „kaszlącego" auta i trudnościach z jego utrzymaniem („i co roku problem, skąd wyskrobać pieniądze na ubezpieczenie samochodu" – FGI_4_MSR_M7). Jak można zauważyć, wzmianka o samochodzie pojawiła się w opisie mężczyzny w każdej kategorii wiekowej, co niewątpliwie czyni z auta atrybut męskości.

Podsumowując, na podstawie zebranego materiału badawczego, można zaobserwować funkcjonowanie w społecznej świadomości „upłciowionego wieku" – koncepcji kobiecości i męskości, zróżnicowanych w odniesieniu do ludzi będących w różnych fazach życia. Zjawisko genderyzacji wieku przejawia się w rozróżnianiu cech fizycznych i cech osobowości oraz ról społecznych przypisywanych kobietom i mężczyznom określanym jako młodzi, w średnim wieku i starzy. Dostrzec je można, porównując wizerunki kobiety oraz analogicznie wizerunki mężczyzny w różnych przedziałach wiekowych, ale także zestawiając ze sobą społeczne obrazy osób młodych, w średnim wieku i starych reprezentujących obie płcie (młoda kobieta a młody mężczyzna itd.). Analiza wypowiedzi respondentów pozwala zauważyć różnice pokoleniowe w sposobie pojmowania i realizowania kobiecości i męskości przez przedstawicieli różnych przedziałów wiekowych. Badani wskazywali odmienny sposób funkcjonowania współczesnych młodych kobiet w porównaniu z ich matkami czy babciami, przejawiający się w orientacji na zdobycie wykształcenia i określonej pozycji zawodowej, by być niezależną od mężczyzny, czy też ich upodabnianie się do płci przeciwnej w wulgarnym zachowaniu czy seksualnej rozwiązłości.

Jak pokazują wyniki badania, stereotypy kobiecości i męskości oparte na polaryzacji płci tracą swoją żywotność, gdy uwzględnia się wiek stereotypizowanej jednostki. Na przykład w odniesieniu do wyglądu kojarzenie kobiecości z atrakcyjnością fizyczną, wdziękiem itp. odnosi się jedynie do młodej kobiety. W przypadku starej kobiety określenie „płeć piękna" nie znajduje zastosowania, określa się ją mianem brzydkiej bądź w ogóle ignoruje to, jak wygląda, czyniąc ją niewidzialną, a także aseksualną. Taki sposób oceniania cech fizycznych kobiety opowiada patriarchalnej koncepcji kobiecości, traktującej atrakcyjność fizyczną jako jej główny zasób i atut w młodym wieku – określający jej pozycję na rynku matrymonialnym, tracony z wiekiem i tym samym prowadzący do społecznej marginalizacji starej kobiety (np. dyskryminacja kobiet ze względu na wiek na rynku pracy). Jak się jednak okazuje, także wygląd mężczyzny jest przedmiotem społecznej oceny. Przy czym w przypadku przedstawicieli „brzydkiej płci" ma on świadczyć przede wszystkim o ich pozycji społecznej, stąd też istotne są tu różnego rodzaju „gadżety", w tym samochód „na pokaz". Wizytówką mężczyzny, zgodnie z patriarchalną koncepcją męskości, ma być również sylwetka świadcząca o sile fizycznej, witalności oraz sprawności, także w sferze seksualnej. Podobnie jak w przypadku kobiet, zasób ten traci na znaczeniu wraz z wiekiem – zarówno jako przedmiot społecznej oceny mężczyzny, jak i jego zabiegów (dbałość o wygląd jako cecha młodego mężczyzny i „jeszcze" mężczyzny w średnim wieku). Wypowiedzi badanych dotyczące granic wieku dla obu płci pokazują na różnice w postrzeganiu starzenia się kobiet i mężczyzn: „kobieca" młodość trwa krócej niż „męska". Kobieta tym bardziej więc powinna dokładać wszelkich starań, by nie wyglądać na swój wiek i by jak najdłużej zachować młody wygląd, co w jej przypadku jest warunkiem atrakcyjności fizycznej.

Analiza charakterystyk osobowości kobiet i mężczyzn w różnym wieku pokazuje, że właściwie w odniesieniu do żadnej kategorii wiekowej nie odwołano się do stereotypu kobiecości i męskości „w czystej postaci". Kobietom młodym i w średnim wieku przypisywano wiele męskich cech, podkreślając ich aktywność, niezależność, ambicję, siłę czy pewność siebie. Z kolei u mężczyzn w średnim wieku i starych obserwowano feminizację ich osobowości, dostrzegając u nich przede wszystkim takie negatywne „niemęskie" cechy jak słabość psychiczna, zależność, skłonność do narzekania czy bezradność. Można by zatem powiedzieć, że z wiekiem mężczyźni tracą na męskości, jeśli chodzi o cechy charakteru. Jednak w młodości są, przede wszystkim w ocenie kobiet, zbyt dziecinni i niedojrzali, by móc ich traktować jak „prawdziwych" mężczyzn. Wydaje się, że badani dostrzegali zjawisko, nazywane w literaturze przedmiotu, ale także potocznie, mianem „kryzysu męskości", co szczególnie wyraźnie

opisali, wypowiadając się na temat mężczyzny w średnim wieku. Zauważono (dotyczyło to przede wszystkim respondentek i respondentów z tej kategorii wiekowej) poczucie zagubienia dojrzałych mężczyzn wobec przemian społecznych ról płciowych i emancypacji kobiet. Pozytywnie natomiast oceniano takie „kobiece" cechy młodych mężczyzn i tych w średnim pokoleniu, jak opiekuńczość i czułość, wskazując na możliwość łączenia przez jednostkę cech obu płci (osoby androgyniczne).

W odniesieniu do ról społecznych zauważyć można patriarchalne kojarzenie mężczyzn w każdej kategorii wiekowej z aktywnością zawodową[4] oraz traktowanie ich pozycji społecznej (mierzonej karierą zawodową i statusem materialnym) jako kluczowych dla ich społecznej tożsamości. Choć, wobec utraty przez nich roli jedynego żywiciela rodziny, dostrzegano znaczenie rodziny w życiu dojrzałego mężczyzny, mówiąc o jego zaangażowaniu w życie rodzinne bądź też wskazując je jako jego życiowy priorytet. Jak się okazuje, macierzyństwo nie jest traktowane jako podstawowy i kluczowy wyznacznik kobiecości w żadnej z kategorii wiekowej, choć kobiety wciąż kojarzone są ze sferą prywatną, co dotyczy jednak w najmniejszym stopniu młodych osób postrzeganych jako zorientowane na zdobywanie wykształcenia i pracę zawodową. Jako „naturalne", ale i problematyczne uznawano łączenie przez kobietę obowiązków rodzinnych i zawodowych. Kobiety w średnim wieku i stare charakteryzowano jako zaangażowane w życie rodzinne, zorientowane na innych, służące pomocą, opiekunki dzieci oraz partnera, podkreślając jednocześnie, że ich aktywność nie ogranicza się do sfery prywatnej. Oceniano je jako bardziej aktywne społecznie od mężczyzn, szczególnie w starości.

Jak dało się zauważyć, badani wypowiadający się na temat kobiet i mężczyzn młodych, w średnim wieku i starych, z jednej strony nie mieli trudności w tworzeniu takich generalnych charakterystyk, z drugiej strony – dostrzegali problematyczność takich uproszczeń, podkreślając zróżnicowanie każdej zbiorowości. Ponadto, opisując typowego przedstawiciela określonej kategorii płci i wieku, odwoływali się do podziału „my" – „oni", z reguły lepiej oceniając własną kategorię społeczną w porównaniu z innymi, co odpowiada opisywanej przez psychologów ogólnej tendencji do nad-oceny grupy przynależności (zwłaszcza tej przypisanej). Szczególnie wyraźnie można to zauważyć w wypowiedziach respondentek w średnim wieku bardzo krytycznie wypowiadających się na temat swoich rówieśników czy w komentarzach mężczyzn w średnim wieku o przedstawicielach młodszego pokolenia. Charakteryzując

4 Nawet w odniesieniu do starych osób posługiwano się etykietką „emeryt", wskazującą na dawną aktywność zawodową mężczyzny, gdy takie określenie nie padało w charakterystyce starych kobiet.

kobiety i mężczyzn w różnych przedziałach wiekowych, podkreślano zarówno różnice między płciami, jak i różnice pokoleniowe. Wreszcie można przypuszczać, że badani, opisując osobę reprezentującą określoną płeć i kategorię wiekową, myśleli o konkretnych ludziach ze swojego otoczenia – swoich dzieciach, rodzicach, dziadkach, sąsiadach itp. Odwoływali się zatem do obserwacji prowadzonych we własnym środowisku społecznym, uogólniając jednostkowe doświadczenia i „uzgadniając" je z innymi. W rezultacie powstały uproszczone, ale też zróżnicowane, niejednoznaczne społeczne obrazy kobiet i mężczyzn młodych, w średnim wieku i starych.

2.2. Społeczne oczekiwania dotyczące zachowań wobec wyglądu w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku
(Julita Czernecka)

Ciało jest miejscem, które podlega nieustannej kontroli społecznej poprzez narzucone nań normy i wzory kulturowe. (pierwotna wersja). Jednak dopiero ponowoczesność poddała je szczególnej dyscyplinie i samokontroli poprzez wszechobecne w kulturze zachodniej środki masowego przekazu. To w obrazach innych ciał często szukamy zasad istnienia naszego ciała – służą nam za lustro, w którym się przeglądamy i dokonujemy porównania siebie z innymi ludźmi. Konsekwencją obserwowanych w ponowoczesności zmian było wzmocnienie się społecznej presji, która zmusza dziś kobiety i mężczyzn do zaakceptowania kryteriów klasyfikowania i wartościowania ciała. Jeżeli ciało jednostki nie odpowiada „normalnemu" wizerunkowi ciała, jest ona zmuszana do zaprzeczenia własnemu „nieidealnemu" ciału (Melosik 1996). Dzieje się tak szczególnie w przypadku kobiet, które tradycyjnie kojarzone z cielesnością silniej identyfikują się ze swoim ciałem, niż mężczyźni.

Kobiety w społeczeństwie patriarchalnym, tradycyjnym utożsamiane były z pięknem, urokiem osobistym i wdziękiem, a także delikatnością. Dotyczyło to nie tylko zachowania, ale także wyglądu (np. poruszanie się z gracją, upiększanie ciała). Z kolei mężczyźni byli utożsamiani z byciem silnym fizycznie, co przejawiało się w takich cechach jak wysoki wzrost, umięśnione ciało czy szerokie barki (Mandal i in. 2010). Jednak ostatnie dekady przyniosły znaczącą zmianę w kontekście wymogów dotyczących

wyglądu i kobiet, i mężczyzn. Dziś mówimy o wielości modeli kobiecości i męskości, bo, choć nadal obowiązują te wymienione powyżej, to jednak wachlarz współcześnie istniejących wizerunków obu płci jest bardzo szeroki. Warto jednak zauważyć, że już nie tylko od kobiet wymaga się swoistej „dyscypliny" ciała, ale ta „władza nad ciałem" zmierzająca do stworzenia takich modeli identyfikacji, w których główną rolę odgrywają młodość, sprawność fizyczna, atrakcyjność seksualna, obejmuje także we współczesnym społeczeństwie mężczyzn (Foucault 1998). W przypadku mężczyzn nastąpiło widoczne przesunięcie w kierunku modelu bardziej androgynicznego, łączącego cechy do tej pory uważane za męskie z elementami „typowo" kobiecymi, rozszerzającymi znacznie stosowanie zabiegów estetyzujących ciało.

Niniejszy rozdział poświęcony jest analizie wypowiedzi badanych, na temat tego, co sądzą o społecznych oczekiwaniach wobec wyglądu kobiet i mężczyzn w swoim wieku. Analizowany materiał badawczy pochodzi z indywidualnych wywiadów swobodnych. W pierwszej kolejności zostanie dokonana próba weryfikacji świadomości kobiet w poszczególnych kategoriach wiekowych, na temat oczekiwań społecznych, jakie są w ich opinii stawiane wobec ich płci i wieku, a także wskazane podobieństwa i różnice w opiniach uczestniczek badania w różnym wieku. W drugiej kolejności interpretacji zostaną poddane wypowiedzi mężczyzn.

Jako pierwsze analizowane zostaną opinie młodych kobiet. Wypowiadając się na temat tego, z jakimi społecznymi oczekiwanymi spotykają się wobec swojej kategorii wiekowej, w pierwszej kolejności wskazywały one na dwa aspekty: zachowanie młodzieńczej skóry na twarzy oraz szczupłej sylwetki. Wiele z nich poświęciło sporo uwagi, opowiadając o odpowiedniej pielęgnacji cery, począwszy od stosowania kremów z filtrem UV, chroniących przed promieniami słonecznymi i zarazem przed pogłębianiem się zmarszczek, poprzez stosowanie odpowiednich kremów pod oczy czy kremów nawilżających. Wszystko to po to – ich zdaniem – by móc zachować długo młodzieńczy wygląd i opóźnić powstawanie pierwszych zmarszczek. W wypowiedziach respondentek daje się zauważyć nacisk, jaki młode kobiety powinny stawiać na prewencję w tym zakresie:

> Przede wszystkim stawiać na pielęgnację, bo jeżeli nie postawimy na pielęgnację, to najlepsze kosmetyki kolorowe niewiele zdziałają [...] i bardzo ważny jest krem z filtrem UV, szczególnie w tych wiosennych, letnich miesiącach, zakładamy na makijaż, pod makijaż matujący krem i możemy sobie chodzić cały dzień, bo przede wszystkim największe problemy, jakie się pojawiają na skórze, to winne jest słońce (KM_5_28). Cera powinna być świetlista,

> dobrze nawilżona, niespalona przez słońce, bo teraz jest to w ogóle niemodne. Mieć taką młodzieńczą świeżość, im mniej się opalmy i bardziej nawilżamy i odżywiamy, tym ona ma więcej blasku i ona ma być tylko delikatnie podkreślona (KM_10_30).

Drugim najistotniejszym aspektem dla młodych kobiet było dbanie o zachowanie szczupłej sylwetki dzięki stosowaniu odpowiedniej diety, zachowaniu regularności posiłków oraz piciu dużej ilości wody. Warto zwrócić uwagę na to, że często wskazywały na ten ostatni aspekt jako czynnik, dzięki któremu możliwe jest zachowanie atrakcyjnego wyglądu skóry poprzez detoksykację organizmu ze szkodliwych substancji oraz zapewnienie jej odpowiedniego nawilżenia:

> Powinny nawilżać się, żeby te sześć szklanek wody codziennie wypijać [...], nawilżyć, oczyścić organizm, żeby nie mieć jakiejś potrzeby zjedzenia jakiś niezdrowych przekąsek, ale głównie o jakiś tam detoks chodzi i nawilżenie. I jak najbardziej zdrowe odżywianie [...]. Myślę, że bardzo ważne są małe odstępy między posiłkami, czyli powiedzmy, co jest szalenie ważne, czyli jedzenie, co trzy godziny, ale tak jak najbardziej te małe posiłki, które mieszczą się w dłoni i wieczorem też faktycznie, żeby starać się żeby ostatni posiłek zjeść około siódmej, ósmej godziny (KM_15_36). I o to (powinna dbać młoda kobieta – przyp. aut.), żeby się nie utuczyć niestety. [...] jeśli dziewczyna po prostu z czystego lenistwa, że tak powiem się zapuszcza – coraz więcej takich młodych dziewczyn widzimy – to jest problem [...]. Ogólnie w miarę trzymać jednak zdrową wagę ciała (KM_8_29).

Młode kobiety mówiły o tym, że ważne jest, by mieć jędrne, szczupłe ciało, bo ono po prostu dobrze prezentuje się w ubraniach. Nieregularne posiłki, picie małej ilości wody, stosowanie używek – te wszystkie czynniki były traktowane jako niekorzystnie wpływające na wygląd, przede wszystkim prowadzące do otyłości i nieestetycznie prezentującej się sylwetki. Najmłodsze respondentki mówiły również o innych aspektach, choć nie poświęcały im już tak dużo uwagi, jak tym przedstawionym powyżej. Zwracały także uwagę na pielęgnację włosów, sposób uczesania i dobrania fryzury stosownej do ich wieku. Poruszały także kwestię dbałości o siebie rozumianej jako „higienę osobistą" oraz „czystość" i „schludność". Oprócz tego wspominały o odpowiednim ubiorze, który powinien być stosownie dobrany kolorystycznie oraz pasujący do budowy sylwetki. Zdaniem jednej uczestniczki młoda kobieta powinna przede wszystkim zadbać, aby jej całościowy wizerunek był spójny zarówno z jej figurą, jak i z charakterem oraz osobowością: „Żeby jakoś dopasować wszystko do siebie, swojego charakteru, figury, żeby to wszystko do osoby, kobiety pasowało" (KM_13_34). W dalszej kolejności wśród istotnych oczekiwań społecznych wobec młodych kobiet wymieniano

makijaż, przede wszystkim stosowany po to, by uatrakcyjnić wygląd i ukryć niedoskonałości skóry oraz defekty urody. Kilka kobiet wspomniało o zadbanych paznokciach, potrzebie stosowania zabiegów pielęgnacyjnych w profesjonalnych salonach kosmetycznych, w tym także depilacji ciała. Bardzo niewiele było wypowiedzi dotyczących zachowania dobrej kondycji fizycznej i konieczności uprawiania sportu – przy dość dużej ilości wskazań na temat szczupłości ciała. Tylko jedna uczestniczka badania wspominała o tym, że młode kobiety powinny się wysypiać i nie palić papierosów (KM_5_28). Inna badana z kolei zauważyła zależność między zdrowiem a wyglądem i uznała, że kobiety w jej wieku powinny monitorować swój stan zdrowia i regularnie się badać: „Młoda kobieta powinna często odwiedzać lekarza, bo wygląd to też zdrowie wewnętrzne prawda, czasami nasz organizm na zewnątrz pokazuje, że na coś chorujemy prawda typu zmiany na paznokciach, włosach, zepsute zęby" (KM_9_30). Jeszcze inna stwierdziła, że kobieta w jej wieku ma się troszczyć o swój wygląd, żeby podnieść własną samoocenę i poprawić swój nastrój:

> Powinna dbać o to, by wyglądać tak, żeby czuć się ze sobą dobrze. I żeby to, jak wygląda, podnosiło jej nastrój, a nie obniżało. I to już w zależności od tego, kto jakie ma potrzeby. No zakładam, że zdecydowana większość ma potrzebę wyglądać atrakcyjnie. W związku z tym powinna robić tak, żeby czuć się atrakcyjnie. To, że ktoś się ubierze w jakiś tam sposób, czy zrobi sobie taką, a nie inną fryzurę czy makijaż to jest już później kwestia gustu. I ktoś może uznawać to za atrakcyjne, a ktoś inne wręcz przeciwnie (KM_4_27).

Jeśli chodzi o świadomość respondentek w średnim wieku na temat społecznych oczekiwań względem zachowań wobec wyglądu stawianym kobietom w ich wieku, to w pierwszej kolejności najwięcej z nich odniosło się do kwestii fryzury i dbałości o włosy. Kobiety przyznawały, że w ich wieku kobieta nie może „chodzić z brudnymi włosami", powinna regularnie chodzić do fryzjera i dbać o włosy – farbować je, by nie było widać siwizny, układać, modelować, podcinać. Zdaniem niektórych to, co „uchodzi" młodym dziewczynom (luźna fryzura), nie jest już akceptowane u kobiet dojrzałych. Większość z nich uważa, że w ich wieku zadbana fryzura to „podstawa" atrakcyjnego wyglądu:

> Włosy na pewno są ważne, no to już nie jest tak jak się jest młodą dziewczyną, że można sobie je zapiąć w gumkę. Też kiedyś nie używałam suszarek, lokówek, prostownic. Od kilku lat zaopatrzyłam się w takie sprzęty (KSR_1_38). Powinna chociaż raz w tygodniu, może raz w miesiącu iść do [...] do fryzjera, wiadomo włosy siwe to trzeba o to dbać, trzeba farbę nałożyć, żeby takie mankamenty nie wychodziły na co dzień (KSR_13_61).

W drugiej kolejności kobiety w średnim wieku stwierdziły, że istotną kwestią dla ich równolatek jest zachowanie szczupłej sylwetki, pilnowanie wagi, dbanie o figurę, staranie się, żeby nie przytyć i tym samym zachować atrakcyjny wygląd. W swoich wypowiedziach podkreślały, że wiele kobiet w ich wieku ma nadwagę i jest w tym względzie zaniedbana. Kobiety równocześnie zdają sobie sprawę z tego, że ich wiek nie „ułatwia" zachowania dobrej kondycji, ze względu na zmiany metabolizmu, przebyte ciąże, problemy ze zdrowiem – jednak ich zdaniem należy dokładać starań, by mimo wszystko dbać o zachowanie zgrabnej sylwetki. Szczególnie na ten aspekt zwracały uwagę kobiety między 40 a 50 rokiem życia:

> „O figurę przede wszystkim trzeba dbać, żeby jakoś nie przytyć za bardzo, żeby nie upaść się. Niestety widzę te kobiety około pięćdziesiątki i niestety one są zaniedbane, jeśli chodzi o figurę. Te brzuchy straszne, to ciało zwisające, ja wiem, że dzieci, że ciąże, ja też byłam w ciąży dwa razy i jakoś tak nie wyglądam. Nie wiem, trzeba trochę ćwiczyć, mniej jeść, ograniczać się" (KSR_4_45).

Kobiety podkreślały, że zmiany w budowie sylwetki i problemy z utrzymaniem prawidłowej wagi nie zależą tylko od ich kondycji, ale także zdrowia, szczególnie w kontekście wchodzenia w okres menopauzy związanej ze zmianami hormonalnymi:

> Robi się problem z utrzymaniem wagi w pewnym wieku i to jest jakby ewidentne, doszłam do tego jak już weszłam w pewien wiek. Znaczy jest trudniej po prostu utrzymać wagę, zaczyna się tyć, [...] więc na pewno trzeba dbać o dietę, o to żeby nie utyć za bardzo (KSR_5_47). Przede wszystkim jest to okres, gdy kobiety wchodzą w okres przekwitania, co się wiąże na przykład z tyciem, więc pilnowanie wagi (KSR_6_48).

Jedna z wypowiadających się na ten temat pań przyznała, że należy mieć taką figurę, sylwetkę, z którą dobrze się czujemy, ponieważ wtedy kobiety „emanują czymś takim radosnym na zewnątrz" (KSR_7_49). W związku z tym, wiele kobiet podkreślało znaczenie, jakie w ich wieku ma aktywność fizyczna i zachowanie ogólnej sprawności. Kobiety w średnim wieku powinny zatem zachować regularną aktywność ruchową – chodzić na spacery, basen czy fitness odpowiedni do ich wieku:

> Jak się jest młodszym, [...] to łatwiej jest zachować fajną sylwetkę i zdrowie. Natomiast już z wiekiem niestety prawo ciążenia już działa, no nie ma tak, że będzie lepiej, więc trzeba w to więcej wysiłku w to włożyć, tak? Jakiś basen – tego typu rzeczy. Bardziej zadbać o swoją fizyczność, figurę (KSR_3_42). Jeżeli na to zdrowie pozwala, to chodzić na zajęcia usprawniające, zdrowy

> kręgosłup, już może nie siłownia, ale kijki, chodzenie z kijami, jakieś spacery na świeżym powietrzu (KSR_13_61).

Aby zachować zgrabną sylwetkę, kobiety w średnim wieku powinny także zadbać o zdrowe odżywianie się i utrzymanie odpowiedniej diety w celu zachowania dobrej kondycji fizycznej. Jest to przez nie utożsamiane z zadbaniem o siebie, o swoje zdrowie i przede wszystkim z przeciwdziałaniem otyłości: „Odżywianie jest też istotne, powinny patrzeć na to, co jedzą, tak delikatnie, nie diety, ale fajnie zdrowo jeść" (KSR_2_41). Jedna z respondentek upatruje przyczyn otyłości wśród rówieśniczek w ich nadmiernym objadaniu się: „Gros kobiet to jest po prostu z zaniedbania grubych, [...] jedzą słodycze, lody, chipsy i tak dalej, no to jak ona ma później wyglądać? No cóż, potem są skutki w postaci otyłości i nagle skąd ja taka gruba? Ano stąd, że żresz, a nie jesz" (KSR_4_45). Dla innej badanej ważny jest umiar w diecie, regularne posiłki i przede wszystkim picie wody:

> Woda, woda i jeszcze raz woda. Moja maksyma – jeść wszystko, tylko w granicach rozsądku, wszystko z umiarem. Pięć posiłków takich nie za dużych. I to jest, uważam, że najlepsze. Regularne jedzenie, nie takie dorywcze albo kiedy tam mi się przypomni, że powinnam coś zjeść, tylko mija pora jest godzina 22.00 i już w zasadzie nie powinnam jeść (KSR_14_61).

Kontynuując temat oczekiwań społecznych wobec kobiet w średnim wieku, respondentki zwracały uwagę, że od ich równolatek oczekuje się, że będą się ubierać stosownie do sytuacji, swojej figury i wieku. Badane zdają sobie sprawę z tego, że mając 40, 50 czy 60 lat, nie ma się już tak jędrnego ciała, żeby je „zbytnio" odsłaniać, a nadmiernie obcisły strój może w tym wieku bardzo niekorzystnie wpłynąć na ocenę sylwetki:

> Myślę, że o figurę przede wszystkim, ale też o to, jak się ubiera, czyli, żeby stosownie właśnie do swojej figury. Jeśli nie może obcisłego, bo jest gruba, to żeby nie popadała w jakąś śmieszność, bo potem niestety wygląda jak jakaś parówka (KSR_4_45). Powinna się ubierać stosownie do wieku, nie zakładać jakiejś tam sukienki mini, bo nogi już nie takie czy jakieś tam gołe plecy, bo plecy już też nie takie jak młoda dziewczyna ma, tylko powinna to jakoś zakryć, tuszować się. Ubrać się jakoś tak stosownie do wieku (KSR_15_62).

Wskazywano także na to, że kobiety w średnim wieku powinny wykonywać także zabiegi pielęgnacyjne – używać kremów przeciw starzeniu się, różnych balsamów i maseczek, by zachować jędrność skóry. Wypowiedzi te pojawiały się zarówno w odniesieniu do twarzy, jak i do całego ciała. W tym dbaniu o ciało kobiety podkreślały prewencję przeciwstarzeniową, tak aby jak najdłużej zachować młody wygląd: „Twarz, o te pierwsze zmarszczki, żeby jakichś kremów przeciw zmarszczkom zacząć

używać. Moje koleżanki to wszystkie używają. Już tak przed czterdziestką to każda. Od czasu do czasu jakaś maseczka na twarz, żeby odżywić tę skórę" (KSR_4_45). „Powinna dbać o ciało, kremy stosować, żeby tak się trochę za szybko nie starzeć" (KSR_15_62).

Panie mówiły także o konieczności regularnego korzystania z profesjonalnych zabiegów pielęgnacyjnych i wizytach u kosmetyczki. Warto zwrócić uwagę na jedną z wypowiedzi, dotyczącą tego, że kobiety w tym wieku powinny zachować umiar w odmładzaniu się i stosowaniu zabiegów takich jak botoks. Przede wszystkim powinny pamiętać o tym, żeby dobrze czuć się z samymi sobą i „nie robić nic na siłę": „Jestem przeciwniczką takich różnych zabiegów bardzo ingerujących, chociaż nie powiem, że sama sobie nie zrobię, bo sobie zrobię, bo robię sobie na przykład na czole, bo muszę, bo się strasznie marszczę i raz w roku sobie robię. Ingerencja to znaczy trzeba wyczuć jakieś proporcje, żeby na siłę się nie odmładzać" (KSR_3_42). Istotne jest to, że wypowiadająca się na ten temat kobieta, zwróciła uwagę na znaczenie „zachowania naturalnego wyglądu", jednocześnie przy stosowaniu zabiegów medycyny estetycznej, a nie samych zabiegów pielęgnacyjnych.

Ponadto kilka wypowiedzi odnosiło się do ogólnego zadbania, zachowania czystości, higieny, tak by się „nie zapuścić". Mówiąc o oczekiwaniach społecznych, kobiety w średnim wieku zwróciły uwagę na to, że każdy jest oceniany przez inne osoby i choćby z tego powodu powinien dobrze wyglądać: „Powinny zwracać uwagę też na to, jak je ludzie postrzegają, czyli to kwestia tego zadbania [...]. Nie można być takim zapuszczonym, musi być ładnie, estetycznie, musi być takie spójne, ta kobieta musi fajnie wyglądać" (KSR_2_41). Mówiono także o zadbanych dłoniach, manicure i pedicure. O tym, że kobietom w ich wieku nie wypada już chodzić z „pozdrapywanymi" paznokciami (a „uchodzi" to jeszcze młodym dziewczynom). Niektóre panie zwróciły także uwagę na makijaż, który w ich wieku nie może być mocny, „przerysowany" i „karykaturalny", tylko stonowany, delikatny, podkreślający naturalne atuty twarzy. Pozostałe pojedyncze wypowiedzi dotyczyły dbania o zęby i „ładny uśmiech", a także ogólnie o profilaktykę zdrowotną. Warto wskazać także nieliczne wypowiedzi, które dotyczyły „zadbania o rozwój duchowy" wpływający bezpośrednio na wygląd. Jak twierdzi jedna z wypowiadających się na ten temat kobiet „Jeżeli jesteśmy uporządkowani w środku, to też ma wpływ na wygląd" (KSR_5_47). Innymi słowy zwracano w tej kwestii uwagę na odzwierciedlenie stanu psychicznego i jego wpływu na to, jak wyglądamy. Ponadto istotne okazało się sprawianie sobie różnych przyjemności, utrzymywanie kontaktów towarzyskich, a nie skupianie tylko na obowiązkach domowych. Ważne było traktowanie się w sposób podmiotowy, zwracanie uwagi

na własne potrzeby, a nie tylko potrzeby innych osób (najczęściej najbliższych członków rodziny).

Świadomość starszych kobiet dotycząca społecznych oczekiwań w stosunku do zachowań wobec wyglądu – podobnie jak to miało miejsce w przypadku badanych w średnim wieku – w pierwszej kolejności odnosiła się do kwestii posiadania zadbanych włosów. Kobiety w ich wieku powinny codzienne je układać i od czasu do czasu korzystać z profesjonalnych zabiegów, dbając o regularne podcinanie i farbowanie. To – ich zdaniem – bardzo istotny czynnik, który wpływa na postrzeganie ich wyglądu:

> Powinna dbać o czystość, włosy ładnie zrobione, umyte, ścięte ładnie (KST_1_64). Na pewno powinny codziennie spojrzeć w lustro, żeby zobaczyć, jak wyglądają i nie tylko poprawić włosy ręką, tylko je uczesać porządnie (KST_2_64). Fryzura jakaś, farbowanie włosów, no wiele z moich koleżanek farbuje, chociaż nie wszystkie, starają się ukryć te siwe włosy (KST_9_71).

Najstarsze respondentki podkreślały wielokrotnie znaczenie „maskowania" starości, „ukrywania" siwych włosów zabiegami farbowania, tak aby odmłodzić swój wygląd.

Innym obszarem – równie ważnym dla pytanych o oczekiwania społeczne wobec kobiet starych – było ogólna dbałość o codzienną higienę ciała, czystość, a także schludność wyglądu jako takiego, także w kontekście ubioru. Co ciekawe, wiele rozmówczyń wskazało, że starsze kobiety – i w ogóle starsi ludzie – mają większy obowiązek dbania o czystość, niż te młodsze. Wiąże się to ich zdaniem z tym, że część ich rówieśników nie przykłada do tego wagi i jest zaniedbana. Dlatego w swoich wypowiedziach mówiły o regularności zmieniania bielizny, zakładaniu czystych ubrań i regularnym myciu się. Być może wynika to ze stereotypu starości jako etapu życia, podczas którego przywiązuje się najmniejszą uwagę do swojego wyglądu. A także zwiększenia prawdopodobieństwa przypadków losowych (np. nagłe zabranie do szpitala), w których ten aspekt odegra istotną rolę: „Człowiek musi być na każdą godzinę przygotowany, że na przykład jak się coś mnie stanie, to znaczy się, że ja tak bielizna czysta, tu czysta, umyta, zadbana [...]. (Kobieta – przyp. aut.) powinna być schludną, czystą" (KST_3_65).

Wypowiadające się badane mówiły, że starsze kobiety powinny w odpowiedni sposób zadbać także o ubranie, jego schludność, dobrą jakość oraz stosowność fasonu i koloru odzieży do swego wieku: „(Kobieta powinna dbać – przyp. aut.) o to żeby być schludną, czystą, ładnie się ubrać, gustownie się ubrać. Odpowiednio do danego wieku, bo trudno żeby starsza pani ma jakieś niedociągnięcia już z racji wieku i ubrała spódniczuszkę mini" (KST_3_65). Ubiór – zdaniem części wypowiadających się

na ten temat kobiet – nie powinien „sztucznie" odmładzać kobiet starych, bo jest to po prostu niestosowne. Zwracano uwagę także na całokształt wizerunku, który powinien być gustowny i z tak zwaną „klasą": „(Kobieta powinna stosować – przyp. aut.) dobry zapach, może jakąś dobrą wodę i jakieś nierzucające się kolory, ale też nie takie smutne. Nie czarnych, w ogóle. Raczej jaśniejsze kolory bym proponowała i żeby to było uprane, uprasowane" (KST_7_70).

Kobiety stare powinny także zadbać o „dobrą" właściwą wagę i ładną sylwetkę. Ta dbałość o figurę miała znaczenie nie tylko dla samego wyglądu, ale także z powodów zdrowotnych. Nadwaga – zdaniem większości wypowiadających się na ten temat starszych kobiet – przyczynia się nie tylko do bycia nieatrakcyjną, ale przede wszystkim może powodować wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych: „Przede wszystkim powinna dbać o swoją figurę. Nie dopuszczać do tego, żeby miała sylwetkę anorektyczki, ale przede wszystkim powinna dbać o tuszę, żeby się nie utuczyć, bo wiemy jak to jest niebezpieczne dla zdrowia" (KST_5_67). Na uwagę zasługuje fakt, że w wypowiedziach podkreślano, jak ważne jest, by zachować wyprostowaną, sprężystą sylwetkę, która świadczyłaby o witalności, o tym, „żeby to było widać, że jeszcze coś można zdziałać" (KST_7_70). Również bardziej w kontekście zdrowia niż samego wyglądu respondentki mówiły o konieczności wykonywania ćwiczeń fizycznych i pozostawanie w ruchu. Ich zdaniem regularna gimnastyka wpływa bezpośrednio na zdrowie i pośrednio na wygląd: „Powinna przede wszystkim zwracać uwagę na zdrowie i kondycję fizyczną. Więc po prostu ruch, jakaś gimnastyka czy rower, bo to jest konieczne. Ruch jest lekarstwem, właściwie niezastąpionym na wszystkie dolegliwości" (KST_4_66.).

Kobiety w starszym wieku powinny stosować odpowiednie zabiegi pielęgnacyjne – aplikować kremy dedykowane dla danego typu cery, wcierać balsamy i inne kosmetyki. Wszystko po to, by opóźnić proces starzenia się skóry:

> Krem do twarzy koniecznie, bo na przykład sucha cera wymaga koniecznie kremu. Jakie jeszcze? No balsamy do ciała, bo też sucha skóra jest (KST_9_71). Używać na pewno kosmetyków, bo bez tego to jest jakieś tam wspomaganie, cudów oczywiście nie ma, wiadomo, proces jest nieubłagany, ale można go opóźnić albo mniej drastycznie to może przebiegać (KST_8_70).

Starsze kobiety powinny makijażem delikatnie podkreślić linię ust i kontur oka, ale w taki sposób, żeby się „nie oszpecić", a jedynie podkreślić atuty swojej urody: „Podmalować sobie usta, podmalować sobie oko, żeby to wszystko ładnie wyglądało – nie przemalować się, bo to nie o to chodzi, tylko podkreślić swoją urodę" (KST_2_64). Panie

wypowiadały się także na temat dbałości o dłonie i stopy w aspekcie wykonania odpowiedniego manicure i pedicure, tak, aby wyglądało się „porządnie i schludnie", czyli – ich zdaniem – paznokcie powinny być krótko przycięte: „Nie lubię takiego sztucznego odmładzania się typu [...] paznokcie pięciocentymetrowe, uważam, że w naszym wieku się nie powinno robić" (KST_5_67). Najstarsze respondentki także podkreślały, że w ich wieku powinno się wyglądać naturalnie, choć ten „naturalny" wygląd jest wynikiem szeregu zabiegów.

Inne, pojedyncze badane nawiązywały w swoich wypowiedziach do brania witamin, wizyt u kosmetyczki czy wysypianiu się. Ale żadna starsza respondentka nie wspomniała o obowiązku dbania o zdrową dietę, nawadnianiu organizmu, choć mówiły o potrzebie utrzymania szczupłej sylwetki. Żadna nie wspomniała też o zabiegach pielęgnacyjnych typu depilacja, nie wymieniła obowiązku dbania o uzębienie ani zaprzestania stosowania nałogów.

Część społecznych oczekiwań wobec wyglądu kierowanych do wszystkich kategorii kobiet było spójnych. Wiązały się one przede wszystkim z „zatrzymaniem młodzieńczego wyglądu" cery i szczupłej sylwetki. Wszystkie kobiety mówiły także o roli fryzury, stroju czy makijażu. Jednak wypowiedzi te różnicuje w znaczący sposób interpretacja dotycząca tego, w jaki sposób te oczekiwania kobiety w różnym wieku powinny spełniać poprzez odpowiednie dbanie o wymienione aspekty. W przypadku młodych kobiet było to zapobieganie starzeniu się skóry i zachowaniu szczupłej sylwetki ciała. Z kolei kobiety w średnim wieku i starsze w pierwszej kolejności mówiły o roli, jaką odgrywają zadbane włosy, choć oczywiście zachowanie szczupłej, „młodzieńczej" sylwetki było przez nie wymieniane – choć na drugim miejscu. Młode kobiety rzadziej poddawały refleksji na przykład ubiór, makijaż, które były dogłębniej analizowane przez pozostałe kategorie uczestniczek badania. Kobiety w średnim wieku i starsze, mówiąc o innych aspektach wizerunku, podkreślały znaczenie wpisywania się w określone społeczne oczekiwania dotyczące kanonu urody kobiecej, jednak z podkreśleniem roli, jaką odgrywa wiek i to, że im już wielu rzeczy nie wypada robić (jeśli chodzi o strój czy makijaż).

W kwestii oczekiwań w stosunku do wyglądu twarzy wszystkie uczestniczki badania podkreślały konieczność dbania o cerę i makijaż. Kobiety niezależnie od wieku mówiły zachowaniu młodzieńczego wyglądu, świeżości skóry i zapobieganiu powstawania widocznych oznak starzenia się, jakimi są zmarszczki. Młode kobiety, mówiąc o dbaniu o cerę, wyróżniały działania prewencyjne (używanie filtrów przeciwsłonecznych, nawilżanie skóry) – wszystko po to, by „zatrzymać" upływ czasu i nie dopuścić do przedwczesnego starzenia się skóry. Z kolei kobiety w średnim wieku

i starsze, mówiąc o cerze, zwracały uwagę na stosowanie nie tylko kremów, ale i profesjonalnych zabiegów kosmetycznych (także tych z zakresu medycyny estetycznej). Twarz jest częścią ciała, która zawsze jest wystawiana na pokaz, a ponieważ młodość jest jedną z najważniejszych wartości lansowanych przez współczesną kulturę, to młody wygląd jest potężnym atutem; kto go nie posiada, traci możliwość czynnego uczestniczenia w grze wizerunków, w byciu widocznym i atrakcyjnym dla innych (Radkowska 1999). Dodatkowo model kobiecości obecny w kulturze patriarchalnej wzmacnia ten przekaz, bo właśnie w nim wygląd wyznacza wartość kobiety. Wszystkie badane mówiły także o konieczności wykonywania makijażu. Te najmłodsze zwracały uwagę na to, że ma on służyć przede uatrakcyjnieniu własnego wyglądu i ukryciu niedoskonałości cery. A kobiety w dwóch starszych kategoriach wiekowych mówiły o tym, że makijaż powinien być „naturalny", niezbyt mocny, podkreślający atuty urody. Jak pisze Izabela Kowalczyk, kobiece ciało jest po prostu mniej atrakcyjne lub w ogóle nie jest atrakcyjne, kiedy jest całkowicie naturalne. Nawet młode kobiety uważane są za bardziej atrakcyjne, jeżeli mają delikatny makijaż (Kowalczyk 2000). Współczesny makijaż daje ogromne możliwości metamorfozy w kierunku odmładzania wyglądu, a ponadto dzisiejsze kosmetyki są prawie niezauważalne (np. nie widać, gdzie się kończy linia podkładu, a gdzie zaczyna się skóra) (Toniak 2000).

Kolejnym ważnym aspektem w analizowanych wypowiedziach kobiet były włosy. W przypadku najmłodszych uczestniczek badania wypowiedzi miały charakter raczej lakoniczny i ogólny. Za to w przypadku kobiet w średnim wieku i starszych włosy stały się bardzo ważnym atrybutem w kontekście zachowania przez nie atrakcyjności. Tutaj istotne było regularne korzystanie z usług fryzjerskich, układanie włosów, podcinanie, ale przede wszystkim ich farbowanie w celu ukrycia siwizny, a tym samym wpisania się w kanon młodego wyglądu. Kobiety w średnim wieku zwracały uwagę na to, że można zaobserwować zmianę dotyczącą oczekiwań wobec fryzury – młode kobiety mogą ją mieć „w nieładzie" i wyglądać atrakcyjnie, ale nie „przystoi" to już ich równolatkom. Włosy są w patriarchalnej koncepcji kobiecości ważnym atutem. Zadbane, lśniące, gęste – świadczą o społecznej atrakcyjności kobiety (Skrok 2009).

Kolejnym ważnym dla wszystkich kategorii wiekowych kobiet aspektem było zachowanie szczupłej sylwetki ciała. Najmłodsze uczestniczki badania mówiły przede wszystkim o dbaniu o odpowiednią, zdrową dietę. Kobiety w średnim wieku, wypowiadając się na ten temat, wskazywały na te aspekty, które utrudniają zachowanie szczupłego ciała w ich wieku: problemy z utrzymaniem wagi po przebytych ciążach, menopauza i problemy hormonalne, tendencja do objadania się i nietrzymania diety.

W zdecydowanie wyraźniejszy sposób wypowiadały się o konieczności większego dyscyplinowania ciała pod tym względem niż miało to miejsce w przypadku młodszych respondentek. Mówiły ponadto o konieczności wzmożonej aktywności ruchowej, uprawianiu sportu – co w przypadku młodszych kobiet w ogóle się nie pojawiło; natomiast uwidoczniło się wśród kobiet najstarszych, które z kolei wiązały bycie aktywnym z zachowaniem zdrowia i utrzymaniem nie tyle zgrabnej sylwetki, co sprężystej i wyprostowanej postawy, która może świadczyć o młodzieńczym sposobie poruszania się, młodzieńczej energii życiowej. Narzucone w tym obszarze wzorce postępowania z ciałem, które ma być szczupłe, są tak mocno zinternalizowane, że wydają się być dla respondentek naturalne – kobiety są przeświadczone o tym, że samokontrola w przyjmowaniu pokarmów czy dyscyplina w aktywności ruchowej są oczywiste i niezbędne, aby osiągnąć zgrabną sylwetkę, a tym samym pozostać atrakcyjne dla innych – wymiarze osobistym i zawodowym (Bożek, Rychłowska 2001).

Reprezentantki wszystkich kategorii mówiły także o roli stroju w społecznym postrzeganiu kobiet. Dla tych młodszych ważne było, aby podkreślać atrybuty sylwetki poprzez odpowiednio dobrany strój do sylwetki i typu urody. Natomiast dla dwóch pozostałych kategorii kobiet ubiór zdawał się odgrywać większą rolę w kontekście społecznych oczekiwań wobec ich wyglądu. Istotne było to, by strój był odpowiedni do ich metryki, stonowany, elegancki, „niezbyt młodzieżowy" ani ekstrawagancki. Dla respondentek najważniejsze było, by nie narazić się na śmieszność i wpisać dokładnie w kanon wyglądu odnośnie do swojego wieku. Można porównać to z presją, jaka jest odczuwana w społeczeństwie patriarchalnym, w którym typowość płci manifestuje się właśnie na poziomie stosowania odpowiedniego, także do wieku, ubioru, ozdób, akcesoriów (Bokszańska 2004).

Z kolei jeśli chodzi o ostatni, wspólny dla wszystkich kategorii aspekt, jakim była higiena osobista i czystość, należy zauważyć, że badane młode i w średnim wieku wypowiadały się na ten temat bardzo ogólnie, jakby była to dla nich kwestia oczywista. Inaczej było w przypadku kobiet starszych, które wprost mówiły, że w ich kategorii wiekowej zachowanie ogólnej czystości, regularne zmienianie bielizny i ubrań, mycie się już takie oczywiste nie jest. Ich zdaniem mają one większy obowiązek dbania o czystość, niż młodsze kobiety. Wynika to często ze stereotypu osób starszych, który obowiązuje w naszym społeczeństwie, jako tych zaniedbanych, nieprzykładających wagi do swojego wyglądu (por. Trafiałek 2003, Zych 2001).

Jeśli chodzi o społeczne oczekiwania mężczyzn wobec wyglądu, to kolejność omawianych kategorii będzie taka jak w przypadku kobiet. W pierwszej kolejności omówione zostaną te reprezentowane przez naj-

młodszą kategorię badanych. Uważają oni, że mężczyźni powinni dbać przede wszystkim o sylwetkę i większą aktywność fizyczną. W ich opinii ta dbałość nie dotyczy samego wizerunku, ale także stanu zdrowia:

> Utrzymywanie jakiejś aktywności fizycznej, jakakolwiek ona by nie była, ma wpływ ogólnie na to, jak wyglądamy, szeroko pojęta aktywność fizyczna (MM_7_28). Wiem, z czym otyłość się wiąże i [...] uważam, że każdy powinien wykazywać jakiś ruch fizyczny, poćwiczyć (MM_1_21). Myślę, że przede wszystkim powinien dbać o zdrowie, czyli uprawiać sport (MM_6_27).

Temat otyłości u młodych mężczyzn także był często poruszany w wypowiedziach tej kategorii wiekowej. Młodzi mężczyźni nie powinni dopuścić do zbytniej nadwagi, bo jest to po prostu nieestetyczne i nieatrakcyjne. Zdaniem większości wypowiadających się na ten temat respondentów może to także negatywnie wpływać na interakcje społeczne z innymi ludźmi: „Wydaje mi się przede wszystkim, że o tuszę (powinni dbać – przyp. aut.), bo czasami ludzie w moim wieku, mojego wzrostu, wyglądają dość koszmarnie. Nie wygląda to estetycznie i wydaje mi się, że to jest jedna z podstawowych rzeczy, [...] i nie zachęca do bliższego kontaktu, tak zniechęca, odpycha poniekąd" (MM_4_24). Inny młody mężczyzna w swojej wypowiedzi nawiązał także do takiego klasycznego kanonu męskiego wyglądu:

> U mężczyzn przeważnie ta tkanka tłuszczowa odkłada się tutaj w okolicach brzucha, nerek, (powinni dbać o – przyp. aut.) to, żeby nie mieć tutaj za dużych zasobów tłuszczu. O umięśnienie górnej części ciała, bo mężczyzna się kojarzy z szerokimi ramionami, bicepsami, ale w niczym nie należy robić przesady. Ważna jest też dolna część ciała, nogi. Wiele osób chodzi, ćwiczy pakuje na tych siłowniach, a nogi co? Nogi, bardzo ważna rzecz (MM_10_31).

Drugą najchętniej wskazywaną przez młodych badanych powinnością ich rówieśników było dbanie o włosy, aby były czyste i ułożone. W dalszej kolejności jedna trzecia badanych uznała, że młodzi mężczyźni powinni troszczyć się o ogólną higienę osobistą, rozumianą jako czystość, schludność, w tym dbałość o regularną zmianę bielizny i świeże ubranie, a także o przystrzyżony zarost czy czyste paznokcie. Panowie mówili także o konieczności dbania o ubiór, który również powinien ich zdaniem być „schludny", „czysty", „niewygnieciony", „wyprasowany", „wyprany". Zdaniem kilku badanych, równolatkowie powinni zwracać uwagę na higienę jamy ustnej i zębów, a także perfumować się, aby przyjemnie pachnieć, „nie śmierdzieć" i nie powodować wśród innych ludzi dyskomfortu. Ponadto pojedyncze wypowiedzi dotyczyły tego, aby mężczyźni zdrowo się odżywiali, nie posiadali nałogów w trosce o własne zdrowie. Wśród nielicznych wskazań dotyczących działań, jakich oczekuje się od młodych

mężczyzn, pojawiły się jeszcze takie instrukcje jak: „dbanie o włosy wystające z nosa albo ucha" (MM_6_27), dbanie o twarz, która „rzuca się na pierwszy rzut oka" (MM_11_31), korzystanie z usług kosmetyczki, jeśli ktoś pracuje w zawodzie, w którym wygląd ma nieprzeciętne znaczenie (MM_15_37). Jeden z badanych nie potrafił wskazać konkretnie, o co należy dbać, ale wyraźnie opowiedział się za tym, że młodzi mężczyźni generalnie powinni troszczyć się o to, jak się prezentują na zewnątrz:

> Wiesz, akurat młodzi ludzie, tacy jak ja – ja jestem po ślubie osiem lat, natomiast osoba, która aspiruje o wdzięki jakiejś niewiasty, na pewno przyłoży się bardziej, aczkolwiek nie wiadomo, czy tak jest w życiu codziennym. Tak, że czy bardziej powinni się przykładać? No, nie wiem. Ciężko powiedzieć, zależy, wydaje mi się, że całe życie powinni jakoś tam utrzymywać jeden poziom, no nie. A nie jakoś tak, bo jestem młody, to muszę dbać, bo jak będę na starość, to sobie odpuszczę (MM_13_32).

Z kolei mężczyźni w średnim wieku w pierwszej kolejności mówili o ubraniu i schludnym wyglądzie. Wskazywali, że mężczyzna w ich wieku powinien być „dobrze" ubrany, mieć czystą odzież, wybierać stroje stosownie do wieku i danej sytuacji:

> Schludne ubranie i też nie jakieś dziwaczne, z jakiś starych epok. [...] także należy się ubrać odpowiednio do wieku, czyli nie mówię, aby chodzić, jak ktoś pracuje w biurze, to powinien ubrać się w koszulę, bo tego raczej wymaga posada. Niekoniecznie krawat i spodnie w kant, ale jak ktoś pracuje tak jak ja, w takiej firmie, na produkcji, to raczej mogę ubrać się na sportowo, ale też bez przesady, żeby to nie były jakieś żarówiaste kolory (MSR_6_47). Ciuchy muszą być czyste. To wydaje mi się, wiesz, takie podstawowe rzeczy i czyste buty (MSR_8_53).

Jeden z wypowiadających się na ten temat respondentów wskazał, że powinno się dbać o odpowiednie ubranie, bo „jeżeli nie ubieramy się we właściwy sposób, to nie szanujemy naszego otoczenia" (MSR_10_56).

W drugiej kolejności od mężczyzn w średnim wieku oczekuje się dbania o higienę w takim ogólnym rozumieniu, którą sami pytani o to respondenci definiowali jako „czystość", „bycie nieśmierdzącym", „używanie kosmetyków": „Mężczyzna jest po prostu czysty, dobrze ubrany i ostrzyżony. I to chyba tak naprawdę o to chodzi" (MSR_1_38). Wspominano także o fryzurze, o tym, że ich równolatkowie powinni być w odpowiedni sposób ostrzyżeni, mieć odpowiednio ułożoną fryzurę i ogoleni: „Powinien być uczesany [...], fryzura raczej do brody, nie za długie włosy, też nie na łysą, jak to się mówi, pałę" (MSR_6_47). Jeśli mężczyźni mają brodę, to koniecznie powinna ona być zadbana. Od mężczyzn w średnim wieku oczekuje się także, że będą „ładnie pachnieć",

stosując odpowiednią wodę toaletową. A także, żeby mieli zadbane dłonie i paznokcie. Niedopuszczalne jest – zdaniem niektórych respondentów – aby w tym wieku mieć poobgryzane paznokcie czy brudne dłonie. Oto przykładowa wypowiedź na ten temat: „Są panowie, którzy lepiej orientują się w kosmetykach, czy też służą ładnemu wyglądowi, skóry paznokci. Co ciekawe, do łask wraca manicure, gdzie również panów można spotkać w takich punktach, gdzie właśnie można sobie zrobić manicure i nie jest to niczym dziwnym, jak jeszcze parę lat wstecz" (MSR_1_38). Panowie w średnim wieku od samych siebie wymagają także utrzymywania sprawności fizycznej, bycia aktywnym ruchowo, tak aby się „nie zapuścić", zachować sprawność, regularnie ćwiczyć (spacerować, chodzić z kijkami, jeździć na nartach, pływać, jeździć na rowerze): „Chodzi o to, żeby się za bardzo nie zapuścić, czyli za bardzo nie przytyć, ale bardziej chodzi o zapuszczenie takie, że jego aktywność ogranicza się do chodzenia do pracy, siedzenia na kanapie, czytania gazety i picia piwa. Chodzi o nadwagę i brak ruchu jeśli chodzi o mężczyzn" (MSR_3_40).

Warto zwrócić uwagę na wypowiedź jednego z respondentów, w której mówi jak trudno mu zaktywizować rówieśników w tym względzie, ponieważ mają już różne schorzenia, które im uniemożliwiają bycie aktywnym:

> Ubolewam nad tym, bo większość moich znajomych jest o 10 lat młodszych, ja mam dużo kolegów 33–36 lat i z nimi się super dogaduję, i nawet wyciągnąłem taki wniosek, że mentalnie do nich pasuję, bo większość kolegów, których chce wyciągnąć na jakikolwiek fitness, chociażby do SPA, na saunę na falę, to zasłania się już badaniami, że nie może, że lekarz mu zabronił, że ma chore nerki, że ma nadciśnienie. Na wyjście do fitness klubu zaproszenie rówieśnika no powiem tak, że nie udało mi się jeszcze (MSR_5_46).

Kontynuacją tych wypowiedzi były inne odnoszące się do sylwetki, a szczególnie kwestii samej otyłości i posiadania nieatrakcyjnego, bo zbyt grubego brzucha. Jeden z wypowiadających się na ten temat mężczyzn przyznał, że na co dzień „obserwuje te brzuchy" swoich rówieśników, którzy nie dbają o formę, i – jak przyznał sam zainteresowany – dla niego to „jest dramat". Dodał, że umięśniony brzuch daje mężczyźnie w średnim wieku poczucie atrakcyjności i będzie doceniany przez otoczenie, uważany za atrakcyjnego (MSR_14_61). W nawiązaniu do zachowania prawidłowej budowy ciała badani w tej kategorii wiekowej nawiązywali także do zdrowego odżywiania się, dzięki któremu zachowuje się w pewien sposób nie tylko atrakcyjny wygląd, ale także zdrowie. Zdaniem niektórych to właśnie stan zdrowia bezpośrednio wpływa na wygląd i jak ktoś jest chory, to po prostu „to widać".

W tym kontekście warto przytoczyć jedną z wypowiedzi, która nawiązuje do tego, że mężczyźni w średnim wieku powinni mieć także odpowiednią filozofię życia, prowadzić odpowiedni tryb życia, aby być postrzegani jako atrakcyjni:

> To znaczy powinni dążyć to tego, żeby mogli mieć pogląd na życie [...], natomiast, żeby dobrze wyglądać, trzeba mieć charakter dobrego wyglądania, czyli prowadzić taki tryb życia. Nie mówię unormowany, bo takie mamy czasy, że to nasze życie jest bardzo poszarpane. Gdyby spojrzeć na pracę zawodową, dom, pracę społeczną, bywaniem – tak to nazwę – to, to nie jest absolutnie w żaden sposób uregulowane. A żeby dobrze wyglądać, to po pierwsze trzeba dobry wygląd mieć w sobie (MSR_12_58).

Jeśli chodzi o oczekiwania w stosunku do starszych mężczyzn, to z pewnością zwracali oni uwagę przede wszystkim na ogólny wizerunek opierający się na schludności i czystości. Mężczyzna w ich wieku powinien przede wszystkim mieć zadbane ubranie – niepoplamione i wyprasowane:

> To właśnie ubiór, tak jak mówią – czy jest schludnie ubrany, czy nie? No bo jak będzie mieć ekstra garnitur ale będzie wygnieciony poplamiony, to będzie można powiedzieć nieestetycznie i niechlujnie (MST_13_77). Czysty ubiór, żeby miał, wyprasowany, niepognieciony, czyste buty (MST_6_66). Mówię o panach, już takich w moim wieku powiedzmy, czysta odzież, nie jakaś wyzywająca, krzykliwa, stonowana, no tak jak mówiłem, szlachectwo zobowiązuje (MST_11_77).

Podkreślano, że ubrania ich równolatków nie muszą być modne, aczkolwiek jeden z nich zwrócił uwagę na to, że powinny być dobre jakościowo, choć nie muszą być drogie, to powinny „iść z trendem mody" (MST_1_63).

Istotną kwestią było także dbanie o czystość w kontekście higieny osobistej. Mężczyźni wypowiadali się, że „jest to absolutna baza": „Myślę, że to jakieś podstawowe kanony, podstawa, to oczywiście higiena osobista" (MST_5_64). Pojawiały się także wypowiedzi dotyczące dbania o zarost, zarówno o to, że będąc mężczyzną w tym wieku, należy być ogolonym lub, że jeśli posiada się brodę czy wąsy, to zdecydowanie powinny one być zadbane:

> Pewni mężczyźni, którzy mają taki szlachetny lekki zarost, który dodaje im męskości, ale to jest do przyjęcia, oczywiście, ale widać, że nie jest naturalny tylko jest zadbany, prawda (MST_4_64).„O higienę jeszcze, czy jest czysty, czy ma jakiś zarost czy wąsy, to te wąsy też muszą być w jakiś sposób takie sympatyczne, zadbane, a nieubrudzone jakimiś resztkami pokarmu (MST_13_77).

Panowie mówili o konieczności noszenia na starość krótkich włosów. Jeden z nich wypowiedział się ze zdecydowaną dezaprobatą na temat noszenia przez starszych mężczyzn dłuższych włosów, które zdaniem respondenta „pasują" do młodszych mężczyzn, ale już nie do jego równolatków:

> Mężczyzna w moim wieku, a jestem człowiekiem, który już ma siwe włosy, powinien utrzymywać włosy krótko. Ja nie lubię mężczyzn z siwymi lokami, nie ma nic gorszego jak siwe loki. Mam takie jakieś skojarzenie niedobre i uważam, że jak się ma włosy jakieś ładne, loki, to jak się jest młodym to oczywiście, ale potem, z czasem musi być fryzura odpowiednio krótka (MST_4_64).

Już zupełnie sporadycznie wspomniano o ogólnej pielęgnacji ciała, o „czystych paznokciach", o stosowaniu perfum oraz o przyjemnym wyrazie twarzy jako czymś, o co powinien zadbać starszy mężczyzna.

Znacznie rzadziej mężczyźni starzy wymieniali konieczność zadbania o sylwetkę i sprawność fizyczną. Niektórzy przyznawali, że to nie jest już „czas na pakowane", chodzenie na siłownię, ale na zachowanie ogólnej aktywności ruchowej, która pozowali na utrzymanie szczupłej sylwetki ciała, tak żeby – jak to stwierdził jeden z pytanych – „nie mieć brzucha dużego, bo niektórzy to mają te brzuszyska wielkie" (MST_8_70). Jeden z wypowiadających się na ten temat mężczyzn przyznał, że powinno się wyglądać na swój wiek, a nie tak, jakby było się o wiele starszym:

> Na pewno na sprawność fizyczną poza tym wszystko inne idzie, czyli w miarę możliwości jak nie kijki, jakaś nawet gimnastyka ogólna taka, nie mówię o jakichś biegach, chociaż joggingi są dobrą rzeczą, tylko na to też niestety czasami musi być czas, jak się chce, ale można nawet w domu jakieś i ćwiczenia usprawniające, żeby nie chodzić, mając lat sześćdziesiąt, jak osiemdziesięcioparoletnia osoba [...]. Nie chcę tak wyglądać, dlatego się staram (MST_11_77).

Nieliczni mężczyźni wspomnieli, że w ich wieku nie powinno się już stosować używek, takich jak papierosy czy alkohol, bo ich zdaniem jest to szkodliwe.

Jeśli chodzi o świadomość dotyczącą społecznych oczekiwań wobec mężczyzn, to część z nich była wspólna dla wszystkich kategorii wiekowych. Wszyscy uczestnicy badania mówili o zachowaniu szczupłej sylwetki i zapobieganiu otyłości (szczególnie tej „brzusznej"), o zachowaniu raczej klasycznej fryzury, dbaniu o ogólną higienę i stosowny do wieku i okoliczności ubiór.

Najwięcej uwagi w swoich wypowiedziach przywiązywali panowie w różnym wieku do zachowania „w miarę" szczupłej sylwetki i nie posiadania zbyt dużego brzucha. Najczęściej na ten temat mówili młodzi mężczyźni, którzy ten aspekt wymieniali w pierwszej kolejności.

Od swoich rówieśników i od siebie samych wymagają regularnego ruchu, wykonywania ćwiczeń fizycznych, przede wszystkim po to, żeby nie dopuścić do nadmiernej otyłości i zachować atrakcyjny wygląd. Wielu respondentów w tej najmłodszej badanej kategorii wiekowej zwróciło uwagę na to, że często ich równolatkowie są otyli, wyglądają „koszmarnie", nie przejmując się w ogóle oceną społeczną, ale – co równie istotne – swoim zdrowiem. W podobnym tonie wypowiadali się także mężczyźni w średnim wieku – także bardzo krytycznie odnosili się do procesu „zapuszczania się" rówieśników, które miało polegać na „hodowaniu brzuchów". Istotne było to, że w ich wieku, wielu mężczyzn nie jest aktywnych pod względem aktywności sportowej, ponieważ powołuje się na wiele schorzeń, które im to uniemożliwiają. Panowie w tej grupie wiekowej przyznawali, że najlepsze jest chodzenie z kijkami, spacerowanie, pływanie, ale także fitness. Co ciekawe, dla starszych mężczyzn istotna była ta sama kwestia. Przyznali, że wystarczy ogólne zachowanie sprawności w ich wieku, nie trzeba już uprawiać forsownego sportu (typu siłownia czy jogging), ale należy być jak najbardziej ruchowo sprawnym. Różnica w wypowiedziach dotyczyła tego, że młodzi mężczyźni zwracali uwagę na ocenę społeczną, akceptację, a także nawiązywali do tradycyjnego modelu męskiej sylwetki z szerokimi ramionami i dobrze zbudowanymi nogami. Panowie w średnim wieku przyznali, że zadbane, umięśnione ciało u ich równolatków powoduje lepszą samoocenę, bo się jest bardziej atrakcyjnym. Podobnie zresztą jak starsi mężczyźni, którzy zauważają, że wysportowana sylwetka zapewnia młodszy niż metrykalnie wygląd. Symbolicznym atrybutem męskości w modelu tradycyjnym są mięśnie, które mają stanowić przedmiot dominacji i władzy mężczyzny. Ponadto dziś ciało męskie także coraz częściej jest poddawane krytyce, a jego atrakcyjność utożsamiana jest z odnoszeniem sukcesu życiowego (Melosik 2006).

Mężczyźni, odnosząc się do społecznych oczekiwań wobec wyglądu, mówili także o ogólnym zadbaniu, zachowaniu higieny i byciu schludnym. Wszyscy wypowiadali się na temat tego, że ubranie powinno być czyste i wyprasowane. Młodzi mężczyźni w kontekście stroju mówili o konieczności zmiany bielizny i ubrań na czyste, ale także ważne było to, aby wszystko było „niewygniecione". Z kolei dla mężczyzn w średnim wieku najważniejsze oprócz tych samych rzeczy, o których mówili młodsi respondenci, było wybranie odpowiedniego stroju do swojego wieku, bardziej klasycznego, zgodnego z panującą modą, niezbyt ekstrawaganckiego i dostosowanego do sytuacji. Starsi panowie także podkreślali – podobnie jak młodzi – że najważniejsze jest to, by ubranie było czyste, nieoplamione. Tak jakby odwoływali się do stereotypu społecznego, że od młodych mężczyzn jeszcze nie wymaga się aż takiego dbania

o własny wizerunek, na więcej im się „pozwala" w tym zakresie, a starszym – już wolno być niezadbanym (por. Zych 2001, Trafiałek 2003). Co ciekawe, mówili także o tym, że strój powinien wpisywać się w obecne trendy mody i także nie być zbyt „krzykliwy", dostosowany do wieku. W patriarchalnym społeczeństwie ubiór odzwierciedla męską osobowość, czyli siłę woli, stanowczość stabilność emocjonalną i racjonalność (Melosik 2006). Być może dlatego tak dużą uwagę do tego w swoich wypowiedziach przypisują uczestnicy badania.

Innym obszarem wskazywanym przez badanych była higiena osobista. Młodzi mężczyźni i ci w średnim wieku zwracali uwagę na konieczność zadbania o paznokcie oraz używanie perfum. Można było także odnaleźć wypowiedzi w tych dwóch kategoriach wiekowych świadczące o dużym przyzwoleniu z korzystania z zabiegów w profesjonalnych salonach urody (manicure, dbanie o cerę). Ci najmłodsi badani mówili o ogólnej estetyce twarzy, przystrzyżonym zaroście i ułożonej fryzurze. Dla tych w średnim wieku i starszych ważne było regularne korzystanie z usług fryzjera i posiadanie przystrzyżonych (raczej klasycznie) włosów oraz zadbanego zarostu. Starsi mężczyźni preferowali przede wszystkim tradycyjne męskie fryzury, nie dając przyzwolenia na dłuższą długość włosów. Można zaobserwować, że wypowiedzi te z jednej strony bazują na wyobrażeniu mężczyzny funkcjonującym w społeczeństwie patriarchalnym, a z drugiej, szczególnie te dotyczące młodszych pokoleń, na bardziej androgynicznym modelu męskości (por. Arcimowicz 2003, Melosik 2006).

Podsumowując refleksje na temat społecznych oczekiwań wobec zachowań odnoszących się do wyglądu kobiet i mężczyzn, można stwierdzić, że większość z nich wpisuje się w patriarchalne modele płci, jednak są także tendencje świadczące o przemianach modelu męskości w stronę bardziej androgyniczną. W przypadku kobiet nadrzędną rolę odgrywa w tych oczekiwaniach młodość, która dotyczy wielu aspektów kobiecej urody, przejawiających się w wypowiedziach respondentek niezależnie od ich wieku. Młodzieńczy powinien być wygląd cery, pozbawiony zmarszczek, sprężysta i „pełna energii" sylwetka, zadbane włosy bez oznak siwizny. W społeczeństwie patriarchalnym wygląd kobiety jest traktowany jako jeden z najważniejszych jej zasobów kapitału ludzkiego – a młodość jest utożsamiana z atrakcyjnością. Widoczne społecznie są tylko te kobiety, których atrybutem jest uroda i młody wiek lub młody wygląd. Interesujące, że na temat włosów wypowiedziały się tylko kobiety w średnim wieku i starsze. Niewątpliwie wraz z wiekiem włosy stają się mniej atrakcyjne – ulegają również procesowi starzenia, siwieją, nie są tak gęste i nie tak lśniące jak u młodych kobiet. Młode kobiety tego procesu u siebie być może nie dostrzegają, dlatego nie zwróciły na to

uwagi. Inaczej ma się rzecz ze starzeniem się skóry. W przekazach medialnych i reklamowych mamy przecież do czynienia już reklamami kremów przeciwzmarszczkowych skierowanych do kobiet, które ukończyły 25 lat. Warto zauważyć, że w przypadku mężczyzn młodość nie pojawiła się w kontekście społecznych oczekiwań wobec wyglądu. Zdaje się to potwierdzać, że nie wpisuje się ona w pożądane cechy u mężczyzn składające się na tradycyjny model męskości.

U przedstawicieli i przedstawicielek obu płci we wszystkich badanych kategoriach dało się zauważyć wymóg zachowania szczupłej sylwetki. W wielu wypowiedziach można było odnaleźć wskazania nawiązujące do zapobiegania nadmiernemu przytyciu, walki z otyłością brzuszną, zadbaniu o prostą i sprężystą postawę. Kobiety, niezależnie od wieku, poprzez ćwiczenia fizyczne oraz odpowiednią dietę dążą do zachowania smukłej sylwetki, która jest lansowana w przekazach kulturowych i to oczekiwanie uważają za oczywiste (Głębocka 2009). Warto jednak zauważyć, że wśród mężczyzn motywacje były różne – u młodych mężczyzn wygląd ciała był ważny ze względu na sprawy damsko-męskie, dla tych w średnim wieku ze względu na własną samoocenę i poczucie atrakcyjności, a dla starszych na zachowanie poczucia „bycia w swoim wieku", a nie starszym. Presja społeczna funkcjonująca we współczesnym społeczeństwie dotycząca tak zwanego „dyktatu" szczupłego ciała zmusza jednostki do zaakceptowania kryteriów klasyfikowania i wartościowania ich własnych ciał. „Normalny" wizerunek to dziś szczupłe ciało – bycie „fit" (Melosik 1996). W społeczeństwie patriarchalnym to szczególnie wygląd kobiecego ciała był poddawany wzmożonej ocenie, bo sama kobieta była tradycyjnie kojarzona silniej niż mężczyzna z cielesnością. We współczesnych przekazach kulturowych mamy jednak do czynienia z obecnością dwóch wizerunków mężczyzny: tradycyjnego (dominującego, silnego, umięśnionego) oraz androgynicznego (poddającego się procesowi estetyzacji) (Arcimowicz 2003).

Z kolei typowym odniesieniem do modelu tradycyjnej kobiecości jest również obecność w wypowiedziach uczestniczek badania kwestii dotyczącej makijażu. Te młodsze nie chciały zbytnio makijażem się „postarzać", a te starsze, zbytnio się nim „odmładzać". Zawsze powinien być on „naturalny", podkreślający jedynie delikatnie atrybuty urody. To zgodne z patriarchalną koncepcją kobiecości, w której kobieta bez makijażu jest „naga", zatem nieatrakcyjna. I w tym znaczeniu konieczność stosowania makijażu jest formą wyrazu przynależności do porządku kultury patriarchalnej (Radkowska 1999).

W odniesieniu do hipotez stawianych w niniejszej pracy okazuje się, że dla wszystkich kategorii wiekowych kobiet i mężczyzn wygląd ma istotne znaczenie i wymaga się dbałości o ten zasób kapi-

tału ludzkiego. Nie jest on także powiązany tylko z młodością, ale także z wiekiem średnim i starszym. Z upływem czasu pojawiają się tylko nieco inne obszary, do których poszczególne kategorie badanych przywiązują wagę. Należy podkreślić, że męskość powiązana z wiekiem średnim oraz starością, choć wiąże się w pewnym zakresie z pomniejszaniem znaczenia wyglądu, to w wypowiedziach badanych odnajdujemy elementy świadczące o zmianie męskości w kierunku bardziej androgynicznym.

Epoka ponowoczesności zrodziła kult młodości i dyktatu „szczupłego, atrakcyjnego ciała", który dotyczy obu płci – a nie tak jak miało to miejsce w społeczeństwie patriarchalnym tylko kobiet. Jednak ten kult ma nieco inne znaczenie dla kobiet i mężczyzn, co przejawia się w społecznych oczekiwaniach wobec wyglądu jednej i drugiej płci. Kobiety, chcąc zachować szczupłą sylwetkę, dążą przede wszystkim do tego, by pozostać społecznie atrakcyjne. Mężczyźni chcą zachować zdrowie i młody wygląd, a dopiero w dalszej perspektywie chodzi im *stricte* o atrakcyjność fizyczną, choć niewątpliwie ten aspekt ma coraz większe znaczenie dla współczesnych polskich mężczyzn. Młody wygląd staje się charakterystyczną kategorią pojęciową, bo „młodość to stan wyłącznie cielesny. Trwa dopóty, dopóki ciało jest młode" (Tyszka 1999: 62–63). Dlatego wyglądanie młodo, choć to nie to samo, co bycie młodym, kojarzone jest z pozostawaniem atrakcyjnym i „widzialnym" społecznie, ponieważ traktowane jest jako przedłużanie w ogóle życia jako takiego.

Wizja szczupłego ciała jest mocno lansowana także poprzez przekazy medialne. Osobom szczupłym zazwyczaj jest przypisywany szereg pozytywnych cech, takich jak atrakcyjność seksualna, zdrowie, sukces zawodowy i przede wszystkim posiadanie kontroli nad własnym życiem. Osoby otyłe i z nadwagą są postrzegane jako niechlujne, leniwe, zaniedbane, które nie potrafią kontrolować własnego ciała i nie mogą wpływać na swoje życie (Melosik 1996). Wydaje się, że współczesna kultura pozbawia starości przywilejów, chociaż na razie starzenie się jest procesem nieuniknionym (Paluch 2000). Starzenie się przestaje być usprawiedliwieniem, bo aby pasować do współczesnego świata, należy być po prostu młodym. A to oznacza nieustanną pracę nad zatrzymaniem tego procesu. W społeczeństwie patriarchalnym te oczekiwania wobec zachowania atrakcyjnego wyglądu dotyczyły kobiet. Społeczeństwo ponowoczesne kieruje te oczekiwania do obu płci. Być może jeszcze nie z takim samym natężeniem, ale przesunięcie w kierunku większej androgyniczności mężczyzn jest widoczne także w wynikach analizowanych tu wyników badań.

2.3. Społeczne oczekiwania dotyczące zachowań wobec zdrowia w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku
(Emilia Garncarek)

Zdrowie stanowi istotny elementy kapitału ludzkiego jednostek, wpływający na ich funkcjonowanie w różnych sferach życia społecznego. Ze względu na wydłużanie się trwania życia, a także okresu aktywności zawodowej zasób ten musi być jak najdłużej funkcjonalny i w związku z tym wymaga określonych działań jednostek na rzecz jego rozwijania, utrzymywania czy przywracania. Jak pokazują wyniki badań realizowanych na poziomie ogólnopolskim oraz regionalnym (m.in. CBOS 2012a,b, Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012), kobiety i mężczyźni w różnym wieku inaczej oceniają własny stan zdrowia oraz różnią się podejmowanymi wobec niego zachowaniami. Założono, że wpływ na to mają z jednej strony przyjęte w danym społeczeństwie kulturowe koncepcje kobiecości i męskości (*gender*), z drugiej zaś kulturowe koncepcje wieku (*gendered age*), określające sposób rozumienia i określania w danej kulturze kolejnych faz życia człowieka – młodości, średniego wieku oraz starości, wraz ze społecznymi oczekiwaniami wobec osób zaliczanych do tych kategorii wiekowych. Wiek odgrywa znaczącą rolę w formułowaniu społecznych oczekiwań wobec jednostki o określonej płci, a także w doświadczaniu przez nią własnej kobiecości/męskości, również w kontekście zdrowia.

W przeprowadzonym badaniu, zapytaliśmy kobiety i mężczyzn reprezentujących wspomniane kategorie, o co powinna dbać kobieta/powinien dbać mężczyzna w wieku badanego/ej? Kobiety i mężczyźni wskazywali na podobne powinności wobec zdrowia, jednakże szczegółowa analiza zebranych danych pozwoliła na wyodrębnienie różnic zarówno na poziomie płci, jak i wieku. W pierwszej kolejności zajmiemy się omawianym tu aspektem wyodrębnionym na podstawie wypowiedzi kobiet młodych, w średnim wieku i starych, następnie wskażemy na podobieństwa i różnice w opiniach rozmówczyń. Analogicznie zostaną ukazane społeczne oczekiwania wobec zdrowia stawiane mężczyznom. Będą one prezentowane według częstotliwości ich występowania – od najczęściej wskazywanych, po te, które były wymienione przez nielicznych badanych.

Młode uczestniczki badania, wypowiadając się na temat społecznych powinności wobec zdrowia, jakie mają kobiety w ich wieku, podkreśliły, że wymóg podejmowania określonych zachowań prozdrowotnych, takich jak badania profilaktyczne, unikanie ryzyka, przestrzeganie czystości,

zdrowe odżywianie czy aktywność fizyczna dotyczy każdego człowieka, bez względu na płeć i wiek:

> (Kobieta w moim wieku – przyp. aut.) powinna starać się unikać tych wszystkich wypadków i nieodpowiedzialnego zachowania, żeby sobie czasem czegoś nie zrobić. Ale to każdy, nie tylko kobieta w moim wieku (KM_4_24). To znaczy na pewno w każdym wieku trzeba dbać o to, żeby dobrze, zdrowo się odżywiać, żeby uprawiać jakieś sporty, dbać o siebie w ten sposób. To niezależnie od wieku (KM_14_35).

Tylko jedna z badanych wskazała, że część badań profilaktycznych zależy od płci, pozostałe badania kontrolne obowiązują wszystkich, z tym, że niektóre dopiero po wejściu w wiek średni bądź w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych:

> Poza w zasadzie tymi takimi sprawami no osobniczymi, że tak powiem – kobieta do ginekologa, mężczyzna do urologa – w zasadzie obie płcie powinny dbać o to samo. [...] oczywiście to się zmienia wszystko z wiekiem, [...]. W określonym wieku należy zadbać o układ krwionośny, ciśnienie i cholesterol. [...] no tak około czterdziestki mniej więcej. No niektórzy mają z tym problemy wcześniej, ale to wszystko zależy od tego, jak się odżywiamy i jaki tryb prowadzimy życia (KM_8_29).

Niektóre badane zwracały uwagę, że trudno o sformułowanie jakichś ogólnych zaleceń zdrowotnych dla młodej kobiety. Jak wspomniała część rozmówczyń, będą one uzależnione od stanu zdrowia jednostki. Jednocześnie podkreślały, że każdy powinien obserwować, „wsłuchiwać się" w swój organizm i dostosowywać sposób postępowania do własnych potrzeb czy zdrowotnych problemów:

> Wiesz co, to chyba każdy tak już powinien według siebie patrzeć co tam mu dolega bardziej. [...] nie ma czegoś takiego, że [...] ach, jestem w tym wieku, to należy jeść marchewkę albo więcej buraczków. Nie znam czegoś takiego. Sama jakby dostosowuję do swoich objawów. Wypadają mi np. teraz włosy, no to wiem, że muszę pić pokrzywę i w czasie menstruacji łykam żelazo, bo tam kiedyś mi jakiś doktor podpowiedział i tak robię. Bardziej patrzę na siebie. Na swoje samopoczucie no i jak coś tam mi dolega" (KM_14_35).

Na podstawie wypowiedzi uczestniczek stworzono listę oczekiwanych od młodych kobiet zachowań i działań wobec własnego zdrowia. Po pierwsze powinny one regularnie kontrolować swój stan zdrowia. Część respondentek podkreślała znaczenie badań ginekologicznych, specyficznych dla kobiet:

> (Kobieta w moim wieku – przyp. aut.) powinna dbać o to, żeby regularnie chodzić do lekarza i sprawdzać takie najbardziej narażone kwestie organizmu.

> Jeżeli zna jakąś skłonność genetyczną do różnych rzeczy, to też powinna kłaść na to nacisk i co jakiś czas kontrolować (KM_4_24). No i jeśli chodzi o lekarza, no to regularnie to do ginekologa, [...] (KM_12_34). No cytologie powinny, czy badać piersi powinny (KM_15_36).

Młode kobiety podkreślały także znaczenie leczenia się w przypadku pojawienia się jakichś dolegliwości czy problemów zdrowotnych, nielekceważenia niepokojących objawów: „Jeśli ktoś odczuwa jakiś dyskomfort związany ze zdrowiem, ma jakieś symptomy, o których mówiliśmy już wcześniej, to myślę, że reagowanie na to też ma znaczenie. Podciągnęłabym to pod dbałość o zdrowie. Czyli robienie coś z tym i w razie problemów przyjmowanie leków, które są niezbędne do tego, by wyprostować to" (KM_11_34).

Poza korzystaniem z medycyny profesjonalnej rozmówczynie formułowały zalecenia dla młodych kobiet dotyczące zdrowego stylu życia. Dużą wagę przywiązywały do zdrowego, odpowiedniego odżywiania się – stosowania zbilansowanej diety oraz ograniczania jedzenia typu fast food: „Przede wszystkim sport i zdrowe odżywianie, nie mówię, że wszyscy mają iść na targ ekologiczny i kupować, ale takie małe rzeczy nawet, wypić te 1,5 litra wody dziennie, zjeść jakiś owoc, jakiś warzywo dorzucić sobie na kanapkę, a nie tylko jakieś hamburgery, nawet jak lubimy, to powoli wprowadzać zmiany" (KM_5_28). Nieliczne badane wspominały o konieczności wzmacniania odporności organizmu poprzez przyjmowanie suplementów diety: „Ja staram się uzupełniać te suplementy diety, jakieś magnezy, witamina C, żeby w jakiś sposób tą odporność wzmocnić [...]" (KM_3_24).

Kolejnym istotnym aspektem była konieczność podejmowania aktywności fizycznej. Przy czym pojawiały się tu uwagi, że nie powinno się z tym przesadzać i że aktywność ruchowa powinna być dostosowana do możliwości i zainteresowań, a także sprawiać przyjemność osobie uprawiającej jakiś sport. Zdaniem jednej z rozmówczyń ten wymóg ćwiczeń fizycznych dotyczy przede wszystkim osób, które stosują niewłaściwą dietę i np. tak jak ona, jedzą zbyt dużo słodyczy:

> Przede wszystkim sport i zdrowe odżywianie, [...]. Czasem pójść sobie, nie mówię, że rano wstajemy i jogging, ale znaleźć taką drogę dla siebie, ktoś lubi jogę, ktoś lubi potańczyć, ktoś lubi pojeździć na rowerze, żeby trochę o tą aktywność zadbać (KM_5_28). No to już jest taki wiek, że przestaje być wszystko wolno, jeżeli chodzi o jedzenie. I jeżeli ktoś, tak jak ja, uwielbia słodycze, to niestety, ale musi ćwiczyć i to wciąga (KM_6_28).

Część wypowiedzi odnoszących się do powinności młodych kobiet wobec zdrowia dotyczyła zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych. Wspominano, że należy przestrzegać czystości, ogólnie „dbać o siebie" poprzez

korzystanie z zabiegów kosmetycznych czy masaży, a także dbać o skórę, stosując kremy z filtrem oraz używając dobrych, nieprzeterminowanych kosmetyków:

> Jak mówiłam wcześniej, że właśnie jakieś sporty, dbanie ogólnie o siebie, jakieś różne zabiegi. Na przykład iść do kosmetyczki od czasu do czasu na przykład, jakieś masaże, nie masaże (KM_7_28). Na pewno kobieta w moim wieku jest bardziej podatna na wpływ środowiska, tak jak rozmawiałyśmy wcześniej o tym wyglądzie, to ja tutaj nawiążę do tej mody, bo to mi przyszło do głowy. Np. solarium, bardzo dużo osób chodzi do solarium zarówno zimą, jak i latem. Wiadomo ta skóra się bardzo niszczy [...]. Nie bez przyczyny UV jest w szpitalach i zabija bakterie. UV ma działanie mutagenne na nasze komórki. Niszczy to DNA (czyli powinna dbać o skórę – przyp. aut.). Raz skóra, dwa powinna, uważać na wszelkiego rodzaju kosmetyki, [...] są inne kremy z filtrem do ciała a inne do twarzy, [...] powinno się unikać stosowania przeterminowanych kosmetyków. Jedzenia zepsutego nie zjemy, a często kobiety z oszczędności lub sentymentu stosują przeterminowany kosmetyk. Są to rzeczy, które nawet jak jesteśmy świadomi, bo na opakowaniu napisane jest, że po iluś tam godzinach należy zmyć preparat, ale nie jest nam uzasadniane dlaczego i często to ignorujemy. A może to mieć wpływ na stan zdrowia w przyszłości (KM_2_24).

Zdaniem nielicznych rozmówczyń, które jednocześnie odwoływały się do własnych doświadczeń, młode kobiety powinny dbać o kręgosłup, szczególnie, że wiele z nich prowadzi siedzący tryb życia, ten zaś generuje różne dolegliwości układu uchu:

> Sądzę, że jeszcze postawa, styl pracy, bo to jednak większość czasu spędzamy na siedząco (czyli o kręgosłup powinny dbać – przyp. aut.), tak, na pewno sztab ludzi pracuje nad tym, aby wszystko było ergonomiczne, ale są robione pod tzw. przeciętnego, średniego człowieka. A mało jest tych przeciętnych ludzi. Trzeba sobie umilać życie np. jeżeli za twardo, to jakąś poduszkę podłożyć (KM_2_24). W tym naszym wieku może bardziej teraz wydaje mi się, że muszę bardziej dbać o kręgosłup, z tego względu, że już czuję go, że go mam (KM_14_35).

Również nieliczne badane wspomniały, że ważne dla zdrowia kobiet w ich wieku jest wyeliminowanie nałogów (papierosów, alkoholu, narkotyków):

> (Kobiety w moim wieku – przyp. aut.) powinny zwracać uwagę na to co jedzą, jak żyją, [...] nieposiadanie jakichś nałogów. Teraz są rozpowszechnione narkotyki i ciągły alkohol, zapijanie stresów w domu, wieczorne winko, które się kończy alkoholizmem u młodych ludzi, więc ćwiczenia i jakaś dieta plus zmniejszona ilość alkoholu i używek" (KM_10_30). Jeśli chodzi o rzeczy, na które mamy wpływ, to brak używek, to na pewno ma znaczenie (KM_11_34).

Młode kobiety powinny również zapewnić swojemu organizmowi odpowiednią ilość i jakość snu.

Do pozostałych zaleceń dotyczących dbałości o zdrowie, formułowanych przez nieliczne badane, należało: unikanie ryzyka, dbanie o siebie w czasie ciąży oraz przywiązywanie wagi do jakości życia, równowagi życiowej – ograniczenia stresu, „zwolnienia tempa", „życia dla siebie":

> Chyba każdy tak już powinien według siebie patrzeć, co tam mu dolega bardziej. [...] natomiast nie ma czegoś takiego, że [...] ach, jestem w tym wieku, to należy jeść marchewkę albo więcej buraczków. Nie znam czegoś takiego. [...] no w ciąży jak byłam, to wtedy tak. Ale tak to wiedziałam, że kobieta w ciąży nie może jeść ewentualnie tego i tego, ale tak to też nie robiłam nie wiadomo czego (KM_14_35). (Kobiety w moim wieku – przyp. aut.) powinny zwracać uwagę na to, co jedzą, jak żyją, troszeczkę zwolnić tempo, chociaż to jest mało możliwe w dzisiejszych czasach, zresztą w ogóle nie jest możliwe, żeby tak naprawdę zwolnić, ale troszeczkę żyć dla siebie [...] (KM_10_30).

Jeśli chodzi o świadomość kobiet będących w średnim wieku na temat społecznych oczekiwań względem zachowań wobec zasobu jakim jest zdrowie, to podstawową kwestią w ich przekonaniu była profilaktyka zdrowotna oraz leczenie dolegliwości i stwierdzonych chorób. W tej grupie kobiet wymieniano także rodzaje lekarzy specjalistów, do których kobiety w ich wieku mogłyby lub powinny się udać:

> Żołądek, który musi dobrze trawić. Nie wiem, nie zastanawiałam się tak naprawdę nad tym, na co powinniśmy uważać, bo wątroba musi pracować, nerki, trzustka – po to są te rzeczy żeby pracowały (KSR_1_38). Właśnie o takie badania profilaktyczne, czyli pójście do ginekologa, dbanie czy wszystko jest w porządku, pójście na te badania mammograficzne, czy jest wszystko w porządku, robienie raz na jakiś czas badań krwi, bo to też można zbadać wcześniej, przeciwdziałać. [...] powinno się pójść raz na jakiś czas te badania zrobić, żeby być pewnym. Wiadomo, się czasami nie przewidzi, dzisiaj choroby nie ma, jutro pójdę na badania i już będzie, na to nie mamy wpływu. Ale żeby mieć taką świadomość, że mimo wszystko zrobiłam coś, żeby się uchronić przynajmniej przed niektórymi rzeczami (KSR_8_53).

Jednocześnie wśród rozmówczyń będących w średnim wieku pojawiło się najwięcej wypowiedzi na temat niesystematyczności w dbaniu o zdrowie:

> Taki racjonalny wyrzut sumienia to jest ten, że kiedyś powinnam iść do lekarza i się przebadać. Bo odkąd urodziłam dzieci, nie byłam u lekarza [...]. W ogóle się nie badam. Jak już przyjdzie raz na dwa lata badanie odnośnie raka piersi, no poszłam, no to może 2 razy w ciągu dwóch lat ostatnich. Ponieważ nic mi nie dokucza, profilaktycznie nic nie robię, co jest głupotą skrajną

> i mam tego świadomość. [...] z głupoty na pewno (to wynika – przyp. aut.). Tyle się mówi o badaniach profilaktycznych i należałoby umieścić w swoim grafiku codziennych obowiązków, w którymś momencie jakichś specjalistów. Rzecz, którą np. dzisiaj zrobiłam, poszłam się zapisać do okulisty, czasem takie złote myśli mnie najdą, ale to rzadko (KSR_9_54).

Należy zauważyć, że nie zawsze jednak słowo „profilaktyka" było właściwie rozumiane przez kobiety w średniej grupie wiekowej. Jedna z respondentek co prawda mówiła o potrzebie realizowania badań profilaktycznych, ale jednocześnie twierdziła, że „kobiety jak nie mają potrzeby, są zdrowe, to nie muszą (robić badań profilaktycznych – przyp. aut.), ale jak już coś boli, coś dolega to trzeba. [...] Jak nie dolega to nie ma potrzeby" (KSR_15_62). Słowa te świadczą o całkowitym niezrozumieniu idei badań profilaktycznych, które mają zapobiegać bólowi, chorobom i które należy wykonywać regularnie niezależnie od swojego samopoczucia. Kolejnym, często wymienianym przez rozmówczynie w średnim wieku oczekiwaniem wobec ich rówieśnic było podejmowanie aktywności fizycznej, uprawianie sportów jako działań korzystnie wpływających na zdrowie: „chodzenie na basen" (KSR_3_42), „ćwiczenia gimnastyczne w domu lub poza domem" (KSR_15_62), „spacery" (KSR_14_53), które mają na celu zapewnić zarówno lepszą kondycję, jak i sprawność, ruchliwość stawów, a także lepszą sylwetkę, zatem pozytywnie wpłynąć zarówno na zdrowie, jak i na wygląd kobiety. Poza tym jedna z rozmówczyń podkreśliła znaczenie zachowania pewnego rodzaju harmonii pomiędzy dbaniem o fizyczność a dbaniem o psychikę, „rozwój psychiczny" (KSR_11_60). Inna badana zauważyła, że kobiety będące w średnim wieku, powinny bardziej starać się dbać o swój wygląd niż kobiety młode. Konieczność ta wynika ze zmian fizjologicznych jakie następują z wiekiem:

> To znaczy wiesz co, jak się jest młodszym, tak to wygląda z mojej perspektywy, to łatwiej jest zachować fajną sylwetkę i zdrowie. Natomiast już z wiekiem no niestety prawo ciążenia już działa no nie ma tak, że będzie lepiej, więc trzeba w to więcej wysiłku w to włożyć – tak. Jakiś basen – tego typu rzeczy. Bardziej zadbać o swoją fizyczność, figurę i co za tym idzie o zdrowie. To ja zdecydowanie tak sama chodzę trzy razy w tygodniu jak mam czas na basen, po prostu trzeba się bardziej starać niż kiedyś (KSR_3_42). O sprawność, sylwetkę, tak jak już mówiłam (KSR_4_45).

Rozmówczynie wskazywały ponadto, że w ich wieku kobiety powinny zdrowo się odżywiać, co oznaczało m.in. nietłustą dietę, gotowanie zamiast smażenia, jedzenie dużej ilości warzyw:

> No podobno (kobieta w średnim wieku powinna zwracać uwagę – przyp. aut.) na jakieś tam zmiany związane z wypróżnieniem, jedzenie, ale to akurat

> mnie, póki co, nie dotyczy (KSR_7_49). Myślę, że niektórzy tłusto w nadmiarze jedzą, u mnie raz w tygodniu, dwa razy w tygodniu – ryba, raczej nie smażona, ale na parze, surówki albo jarzyny gotowane, ale ja raczej surówki, mój mąż raczej gotowane, więc u nas jest raczej rozbieżności. Dużo kapusty kiszonej lubię jeść w okresie zimowym, ogórki kiszone to jest u mnie standard. [...] koniecznie (kobiety powinny zachować dietę – przyp. aut.). [...] To jest koniecznością (KSR_13_61).

Wskazywano także, że kobiety będące w średnim wieku powinny dbać o swój rozwój intelektualny oraz o zdrowie psychiczne. W opinii kobiet, gwarantem rozwoju intelektualnego będzie m.in. dostarczanie wciąż nowych bodźców oraz aktywność umysłowa, tj. czytanie książek, oglądanie wystaw, a także wycieczki krajoznawcze i spotkania z ludźmi. Jak wspomniała jedna z badanych, ćwiczenie „szarych komórek" ma zapobiegać „uwstecznianiu się" (KSR_14_53). Kobiety twierdziły, że należy dbać o harmonię zdrowia fizycznego i psychicznego:

> O tę harmonię. Psychika plus fizyczność, ta strona duchowa i cielesna. Bo tylko wtedy może czuć się w pełni dobrze każdy człowiek i to w każdym wieku [...]. Na pewno dbać o rozwój intelektualny, żeby się rozwijać, dostarczać wciąż nowych bodźców z otoczenia, żeby się chciało chcieć. I żeby jednak na sprawy swojego zewnętrza też zwracać uwagę i też racjonalnie na siebie patrzeć (KSR_9_54).

Powyższe wypowiedzi wiązały się również z przekonaniem kobiet w średnim wieku o potrzebie dbałości o higienę życia, którą rozumiały jako kondycję psychiczną, komfort psychiczny oraz pewnego rodzaju dystans do otaczającego je świata. Nieliczne badane zwróciły także uwagę na potrzebę wysypiania się: „[...] troszkę [...] zadbania o to żeby i sen był" (KSR_8_53); „No i oczywiście też, tak, wysypiać się [...]" (KSR_10_56).

Do pozostałych zaleceń dotyczących dbałości o zdrowie przez reprezentantki średniego wieku, a formułowanych także przez nieliczne badane, należało: zachowanie odpowiedniej wagi ciała, unikanie bądź redukcja stresu i unikanie używek:

> Natomiast moja waga, to z punktu widzenia kręgosłupa, gdybym miała te kilkanaście kg mniej, byłoby to kilkanaście kilogramów mniej dla kręgosłupa i by mnie mniej bolało, o to chodzi (KSR_7_49). [...] i w miarę taki zdrowy tryb życia prowadzić, nie przemęczać się, nie stresować się byle jaką sytuacją. No, to jak gdyby, na pewno duży efekt dałoby (KSR_10_56). Są pewne kwestie działające negatywnie na kobiety. […] no choćby to palenie tytoniu. Tak, kiedy ktoś zdecydowanie pali jak smok, 2 paczki dziennie, wie, że pewnie na raka zejdzie. Mniej ważne, że cerę będzie miał ziemistą, ale to mu sprawia tyle radości, że on sobie pali (KSR_9_54).

Jeśli chodzi o świadomość kobiet należących do najstarszej kategorii wiekowej na temat społecznych oczekiwań względem zachowań wobec zasobu jakim jest zdrowie, to podobnie jak w przypadku młodszych respondentek, podstawową kwestią w ich przekonaniu jest wykonywanie badań profilaktycznych oraz leczenie dolegliwości i stwierdzonych chorób:

> No chociaż te badania kontrolne, raz do roku badania krwi i tak dalej. Mammografia (KST_1_64). Te, które uważają, że są zdrowe, powinny się kontrolować od czasu do czasu. Teraz jest tyle możliwości, że można profilaktycznie robić sobie badania i z tego powinny korzystać, bo są bezpłatne. Muszą zadbać o swoje zdrowie, nie mogą czekać na taki moment, że już będzie za późno (KST_2_64).

W następnej kolejności badane zwróciły uwagę na znaczenie odpowiedniej diety. Przede wszystkim nieprzejadanie się i unikanie tłustych oraz zbyt słodkich potraw: „Raczej się odżywiać, więcej jarzyn i owoców w naszej diecie, a nie powiedzmy ciężkich, tłustych mięs. Przekleństwem są grille wszelkiego rodzaju, jeżeli chodzi o jedzenie. No powinniśmy też chodzić na spacery i ruszać się (KST_5_67).

Najstarsze badane, wypowiadając się na temat powinności wobec zdrowia, wymieniły również aktywność fizyczną. W przeciwieństwie do młodszych rozmówczyń kobiety te częściej stosowały określenie „ruch" bądź, że „należy się ruszać". Wspominały także o higienicznym trybie życia, do którego zaliczyły nie tylko sposób odżywiania się, ale także odpowiednią długość snu i unikanie używek:

> [...] prowadzić higieniczny tryb życia. Nie zarywać nocy [...] powinno się odpowiednią ilość czasu spać. No, nie nadużywać alkoholu czy innych używek, no nie palić papierosów. Nie pić 10 kaw dziennie, tylko powiedzmy jedną czy dwie. Nie pić też mocnej herbaty itd., popijać sobie dużo wody mineralnej, żeby no, te mikroelementy sobie dostarczać (KST_5_67). Higieny przestrzegać, dobrze się odżywiać i robić te badania okresowe. Te podstawowe kobiece piersi badać, chodzić do ginekologa. Tak mi się wydaje. Ja wiem co jeszcze? Może używać więcej ruchu, czego ja nie stosuję (KSR_10_71).

Charakterystycznym dla najstarszych kobiet było zwrócenie uwagi na konieczność zadbania o sprawność umysłu, m.in. poprzez rozwiązywanie krzyżówek, aktywność fizyczną i intelektualną oraz uczestnictwo w życiu kulturalnym.

> No ruch przede wszystkim. Wiele osób starszych zamyka się w domu, nie chce im się albo nie mogą, albo po prostu nie mają siły czy czasu, czy [...] cierpliwości, żeby właśnie korzystać ze świeżego powietrza i ruchu. No to

> jest wszędzie podkreślane, że to jest konieczne, jeżeli się nie ćwiczy, to przynajmniej, żeby spacerować. [...] no i na pewno ważne, żeby wyjść właśnie do kina, do teatru, bo tak jak się siedzi samemu w domu, no to przychodzą myśli takie nieraz depresyjne wręcz (KST_9_71).

Najstarsze kobiety wspominały również o unikaniu stresu, jako zachowaniu, które powinny przestrzegać ich rówieśnice.

Jak wynika z analizy zebranych danych, reprezentantki każdej kategorii wiekowej najczęściej wskazywały na konieczność wykonywania badań profilaktycznych, zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej i szeroko rozumianej higieny życia (odpowiedniej długości snu, unikaniu stresu). Pomimo tego, że rozmówczynie wskazywały na podobne powinności wobec zdrowia, to jednak wiek odegrał znaczącą rolę w formułowaniu społecznych oczekiwań wobec jednostki o określonej płci i wieku w kontekście zdrowia. Tylko młode kobiety wspominały o konieczności prowadzenia zdrowego stylu życia oraz wykonywania różnego rodzaju zabiegów pielęgnacyjnych, które ich zdaniem także wpływają na kondycję psychofizyczną człowieka. Pierwsze wskazanie można tłumaczyć przekonaniem części młodych kobiet, że o jakości życia człowieka oraz jego zdrowia decyduje on sam, a przede wszystkim wybory, których dokonuje. Taki sposób pojmowania zdrowia przez młode kobiety wynikać może z faktu, że dorastały one w kulturze healthismu/„kultu zdrowia" (Crawford 1980, 2006, za: Borowiec, Lignowska 2012). Innymi słowy – mody na zdrowy styl życia. Moda ta jest przede wszystkim propagowana przez mass media (telewizję, prasę, Internet), które informują współczesnych ludzi, że należy oraz że warto samemu zadbać o swoje zdrowie. Jest to po części wynik indywidualizowania się współczesnych społeczeństw z kręgu kultury euro-amerykańskiej (m.in. Giddens 2001, Beck 2004, Bauman 2008).

Jeśli chodzi o drugą kwestię, o której wspominały młode kobiety, to należy tu nawiązać do wzorca kobiecości funkcjonującego w kulturze patriarchalnej, w której wygląd jest głównym kapitałem kobiety. Jednym z najważniejszych celów socjalizacji w przypadku kobiet jest wpojenie im przekonania o wysokiej wartości ich ciała i wyglądu, tym samym przeświadczenia o koniecznym obowiązku dbania o ten zasób. Zgodnie z tym schematem młode rozmówczynie wskazywały na konieczność wykonywania różnego rodzaju zabiegów pielęgnacyjnych, które ich zdaniem także wpływają na kondycje psychofizyczną człowieka, w tym wygląd. Również kobiety będące w średnim wieku zwróciły uwagę na tę kwestię. Jednym z zaleceń formułowanych przez te badane było zachowanie odpowiedniej wagi ciała. Uznały one bowiem, że będąc w średnim wieku, trzeba się bardziej starać niż kiedyś, jeśli chodzi o dbanie o swoją fizyczność. Na tę kwestę nie wskazały kobiety najstarsze. W przeciwieństwie do młodszych badanych, nie łączyły one dbania o zdrowie z dbaniem o wygląd.

Jak wspomniała jedna z kobiet – „z wiekiem kobiety stają się „przezroczyste", „niewidoczne", „nie mają już dla kogo dbać o siebie" (MST_7_70) (kwestia ta została rozwinięta w rozdziale dotyczącym postaw wobec wyglądu). Charakterystycznym dla reprezentantek średniego wieku, jak również kobiet starych, było wskazywanie na powinność zadbania o rozwój intelektualny i sprawność umysłu, na co z racji wieku nie wskazywały młodsze badane. Pozostałe wymienione wskazania dotyczące powinności wobec zdrowia pojawiały się w każdej kategorii wiekowej kobiet.

Analogicznie analizę społecznych oczekiwań wobec zdrowia stawianych mężczyznom rozpoczniemy od najmłodszej kategorii badanych. Młodzi mężczyźni wskazywali przede wszystkim na aktywność fizyczną, ruch, dbałość o kondycję i sprawność. Niektórzy z nich mówili ogólnie o konieczności ruchu i sportu, inni wymieniali rodzaje aktywności fizycznej:

> No to tak, dużo ruchu, no to to jest wszędzie trąbione o tym, [...] (MM_1_21). Każdy organizm jest inny, trudno tu powiedzieć, ale dbając o zdrowie, mamy tutaj na myśli również wszelkiego rodzaju wysiłek fizyczny, tzn. ćwiczenia same dla siebie. Czyli uprawiania sportu, ćwiczenia na siłowni i bieganie. To jest ten etap, na którym powinien się tym zająć. Chociaż dużo osób w moim wieku i średnim bardzo chętnie chodzi na siłownie i stara się jakoś swoją figurę poprawić (czyli młody mężczyzna powinien ćwiczyć – przyp. aut.) tak, powinien ćwiczyć (MM_4_24). No przede wszystkim sport jakiś. Sport, niekoniecznie sport, nie wiem, rower. Ale na przykład basen. Relaksacyjnie, bardzo dobry na kręgosłup. No i jakiś fitness. [...] fitness teraz też jest dla mężczyzn, nie ma tylko dla kobiet. Bo ta siłownia to jest dla mnie przereklamowana [...]. No tak, ćwiczyć same mięśnie? Kondycję, figurę, no jakby nie patrzeć też coś się ze zdrowiem wiąże, pod warunkiem, że się żadnych wspomagaczy nie bierze przy tym. No i zdrowie to przede wszystkim ruch. Dużo ruchu [...] u mężczyzn chyba jest prościej, bo to wystarczy tylko trzymać brzuch na wodzy, żeby nie mieć okrągłego brzuszka, bo to chyba 80% ludzi w podeszłym wieku, w sensie już po założeniu rodziny, to mężczyźni to brzuszki im rosną (MM_8_29).

W wypowiedziach mężczyzn pojawiła się także uwaga dotycząca tego, że aktywność fizyczna jest konieczna nie tylko ze względu na zdrowie, ale także ze względu na wygląd, o który powinni dbać młodzi mężczyźni. Kluczową kwestią wskazywaną przez rozmówców była konieczność zachowania odpowiedniej sylwetki – brak nadwagi i wyraźnie wystającego „brzuszka": „Zdecydowanie dbać o sylwetkę" (MM_4_24); „O to powinien dbać mężczyzna. O wygląd, o zdrowie, o sylwetkę. To jak siebie widzi, jak inni go postrzegają, jak jest atrakcyjny dla siebie i dla innych" (MM_10_31).

Kolejny obszar społecznych oczekiwań dotyczących zachowań wobec zdrowia wskazywany przez młodych mężczyzn dotyczył profilaktyki zdrowotnej oraz wizyt u lekarzy w przypadku pojawienia się jakichś dolegliwości. Część rozmówców wykazywała się wiedzą na temat rodzajów badań i potencjalnych schorzeń, które mogą ich dotyczyć ze względu na płeć i wiek. Jednak jak wynika z analizy postaw badanych, to poczucie powinności kontrolowania stanu zdrowia nie przekłada się na ich działania. W przypadku omawianej tu kwestii, niektórzy badani zaznaczali, że sami nie spełniają społecznych oczekiwań, o których wspominali. Pojawiły się także uwagi, że ponieważ są młodzi, konieczność robienia niektórych badań (np. związanych z prostatą) jeszcze ich nie dotyczy:

> No powinien (chodzić do lekarza – przyp. aut.). Znaczy, no w tym wieku to tak raz na jakiś czas, ale myślę, że jak coś się dzieje, no to zdecydowanie powinien, a mężczyzna też w naszej kulturze uchodzi za takiego »a, gdzie ja pójdę do lekarza, przecież poleżę kilka dni, czy posiedzę w ogóle w domu, no to mi przejdzie«, no a niestety tak jest nie zawsze. [...]. Więc, no myślę, że wizyty regularne tak (MM_1_21). (Mężczyzna w moim wieku – przyp. aut.) przede wszystkim powinien się regularnie badać, tak? To na pewno jeszcze w naszym społeczeństwie mocno kuleje, diagnostyka i potrzeba tej diagnostyki jest duża a świadomość jest mała. No bo jak to się mówi: »mądry Polak po szkodzie« i za późno się wykryje pewne komplikacje to ciężej się z nimi uporać. No jednak im jest człowiek starszy, tym tych potencjalnych zagrożeń jest więcej (MM_7_28). Te podstawowe rzeczy związane z każdym człowiekiem, badania krwi, moczu, cholesterol, ale kwestie związane z typowo męskimi dolegliwościami związanymi z prostatą, kwestiami rakowymi, jeśli chodzi o płuca palaczy (MM_14_35).

Młodzi badani podkreślali również znaczenie odpowiedniego odżywiania się jako jednego z pożądanych elementów dbania o zdrowie przez młodych mężczyzn. Mówiono ogólnie o zwracaniu uwagi na dietę bądź wskazywano bardziej konkretne zalecenia, jak unikanie jedzenia typu fast food, jedzenie domowych posiłków (jako bardziej zdrowych), włączanie do diety warzyw i owoców oraz odpowiedniej ilości niegazowanej wody:

> Domowe obiady, tak? Jak najmniej fast foodów w tych różnych budkach na przystankach itd., dużo zieleninki, rzodkiewki, warzyw, owoców, tak? No i wody niegazowanej (MM_8_29). No stronienie od używek, jakichkolwiek, nawet od rzeczy niebędących używkami, ale [...] no, nie wiem, spożywanymi w nadmiarze, na przykład właśnie jakieś śmieciowe żarcie, McDonaldy, fast foody i inne (MM_1_21).

Kolejne rekomendacje dotyczące dbałości o zdrowie przez młodych mężczyzn dotyczyły unikania używek: papierosów i alkoholu. Przy czym niektórzy zaznaczali, że trudno jest wyeliminować wszelkie używki, że

czasami „napić się trzeba": „Też powinni mężczyźni robić [...] dla mnie nie powinni papierosów palić, bo ja nigdy w życiu papierosa nie zapaliłem i nie chcę, alkoholu też, ale wiadomo czasem trzeba się napić, ale z umiarem" (MM_2_22). Młodzi badani mówili także o zaleceniu równowagi życiowej, równoważeniu obowiązków zawodowych i domowych, radzeniu sobie ze stresem, znalezieniu czasu na odpoczynek oraz na działania związane ze zdrowiem: „Ważnym elementem jest odpowiednia ilość odpoczynku, odpowiedni relaks, żeby stres redukować" (MM_6_27); „No staram się jakoś tak zbalansować swoją pracę, obowiązki w domu, poza pracą i tak dalej, żeby jednak o to zdrowie trochę zadbać, ale nie zawsze to wychodzi" (MM_13_32). Zdaniem jednego z rozmówców, młodych mężczyzn cechuje lekkomyślność i brawura, które negatywnie wpływają na zdrowie. Jednocześnie badany ten wskazał na konieczność unikania ryzyka oraz zachowywania ostrożności i odpowiedzialności, również w sferze życia seksualnego:

> Nie wiem, może nie stawiać się w bardzo ryzykownych sytuacjach. Gdzieś czytałem, że mężczyźni od 18 do 23 roku życia mężczyźni giną głównie przez swoją lekkomyślność, czyli np. szybką jazdę samochodem, jakieś brawurowe akcje. Jakiś przypadkowy seks też może zaszkodzić, tak że pod tym względem takie zalecenie dla moich rówieśników (MM_6_27).

Pozostałe oczekiwania wyrażane przez młodych rozmówców a odnoszące się do dbałości o zdrowie przez mężczyzn w ich wieku, dotyczyły ubierania się stosownie do pogody, unikania przeziębiania się, higieny oraz dbania o odporność poprzez hartowanie się.

Jeśli chodzi zaś o świadomość mężczyzn będących w średnim wieku na temat społecznych oczekiwań względem zachowań wobec zdrowia, to podobnie jak u ich rówieśniczek, na pierwszym miejscu stawiano potrzebę realizowania badań profilaktycznych, leczenia dolegliwości i zdiagnozowanych chorób:

> Podobno krąży mit, że po 40 należy się bliżej przyglądać krążeniu, prostacie, takiego typu historie, czyli takim dolegliwościom męskim, które po prostu są najczęstsze i w jakiś sposób to monitorować. No trudno się z tym nie zgodzić, choć póki co nie wyobrażam sobie biopsji prostaty (MSR_1_38). No, usuwanie tego co jest zdiagnozowane, a więc, żeby już rzeczywiście iść za ciosem i jak już jest diagnoza, to się powinno to usunąć. Ja sobie też zdaję sprawę, że im wcześniej zrobię te rzeczy, które mam do zrobienia, tym dla mnie lepiej, dla mojego organizmu będzie to lepsze. Ale są inne z kolei czynniki, które wpływają na decyzję, że no niestety, w tym momencie życia nie mogę sobie na to pozwolić, żeby się wyłączyć, no nie wiem, na pół roku czy na rok (MSR_11_57).

Warto w tym miejscu odnotować, że wśród mężczyzn pojawiły się także głosy świadczące o niedostrzeganiu idei i zasadności regularnego i częstego realizowania badań profilaktycznych, jak również głosy krytyczne dotyczące skuteczności tych badań:

> [...] nie przesadzałbym z jakąś taką niesamowitą profilaktyką. Bo to rozumiem, że kobiety badają sobie piersi. Powiem tak, różne przypadki się dzieją, zadzwonił do mnie kolega, który jest księgowym w firmie i bardzo zestresowany, bo okazało się że ma wrzody i jest stoikiem i nie widać tego po nim, że się w pracy denerwuje, ale na zdrowiu ucierpiał, więc zaprasza mnie na imprezę, bo nie ma diagnozy, a podejrzewał, że jakieś sprawy nowotworowe żołądka, a zwykła tam nadżerka czy jakaś [...]. We wszystkim jest wskazany umiar [...]. To wiadomo, że kiedy człowiek ma już dolegliwości no to wiadomo, że musi pójść do lekarza, ale jeżeli dba o siebie no to [...]" (MSR_5_46).
>
> „[...] badania czasami są nieadekwatne [...], bo ja podejrzewam, że jakbym sobie zrobił badanie krwi, to cholesterol miałbym bardzo wysoki [...], a czuję się dobrze i nie mam problemu ze zdrowiem (MSR_9_54).

Kolejna powinność, o której wspominali mężczyźni będący w średnim wieku, dotyczyła dbania o zdrowe odżywianie się, które oznaczało: niejedzenie „byle czego" (MSR_4_40); „jedzenie mniej niż w młodszym wieku ze względu na słabszy metabolizm" (MSR_5_46), „jakaś, zdrowa, rozsądna dieta" (MSR_8_53).

> Dieta, o matko to jest najważniejsze! Nawet, jeżeli nie mają potrzeby fizycznie się zmęczyć, to dieta, z wiekiem człowiek coraz mniej metabolizuje, coraz mniej kalorii potrzebuje do spalenia. Poza tym spowalnia się ten metabolizm. I, jeżeli jemy tyle samo, ile jedliśmy 10 lat wcześniej, mając lat 30, no to niestety po 40 przybieramy w niesamowitych ilościach. Abstrahuję od tego, że zanika tkanka mięśniowa i zwiększa się ilość tkanki tłuszczowej, po 40 ewidentnie. 70% sukcesu to jest dieta (MSR_5_46).

Część badanych uważała, że mężczyźni w średnim wieku powinni być aktywni ruchowo, m.in. ćwiczyć, ruszać się, utrzymywać harmonię pomiędzy rozwojem fizycznym a psychicznym: „Dbanie o zdrowie to również ruszanie się, bezdyskusyjnie, tak (MSR_4_40)". „Ruch. To co wszyscy wiemy, tak? Czynny tryb życia i wtedy tak, wtedy jest super" (MSR_11_57); „Ćwiczyć. Całe życie w dobrej kondycji być" (MSR_13_60).

Reprezentanci średniego wieku mówili także o unikaniu bądź ograniczeniu używek (papierosów i alkoholu): „Ograniczyć alkohol, zaprzestać palić papierosy [...]" (MSR_6_47); „No i jak najmniej takich, tych używek, które co tu dużo gadać, mają ujemny wpływ na nasze zdrowie. Typu nikotyna, alkohol" (MSR_8_53). Nieliczni badani wspominali o konieczności zachowania odpowiedniej wagi, ponieważ – jak stwierdził jeden z nich – w pewnym wieku „mężczyzna tatusieje":

> [...] każdy mężczyzna wydaje mi się, że powinien być zdrowy, powinien dążyć do tego, żeby być zdrowym. [...] umiarkowana dieta, czyli nie spożywać jakichś tam posiłków tłustych za dużo, żeby nie nabierać wagi, bo w tym wieku, jak to się mówi? Mężczyzna tatusieje, tak?! Rośnie mu brzuszek, ale i to jest związane z przemianą materii w pewnym wieku. Jest tyle możliwości, że można do tego nie dopuścić (MSR_2_39).

Nieliczni badani zaznaczyli, że ważne jest dbanie o higienę, kondycję psychiczną oraz zachowywanie dystansu do różnych spraw. Część rozmówców wspominała również o dobrych relacjach z najbliższą rodziną, które to ich zdaniem pozytywnie wpływają na zdrowie i radzenie sobie z chorobami: „Ważne jest, aby znajdować się w takim przyjaznym środowisku, myślę, że element psychiczny odgrywa istotną rolę w naszych chorobach. Powinniśmy mieć poczucie własnej wartości w sensie psychicznego elementu. Jeżeli mamy to poczucie, to łatwiej jest nam radzić sobie z otoczeniem" (MSR_10_56). „Nie kłócić się za bardzo z żoną, albo z partnerką" (MSR_6_47). Co ciekawe, kobiety w średnim wieku, mając na myśli komfort psychiczny, mówiły raczej o rozwoju intelektualnym, nie zaś o spokojnych, ciepłych stosunkach w rodzinie. Jak już wspomniano, wśród nielicznych reprezentantów omawianej tu kategorii wiekowej pojawiły się także głosy, że mężczyźni w średnim wieku powinni stosować zabiegi o charakterze higieniczno-pielęgnacyjnym, dbać o higienę, bowiem wszystkie te działania wpływają również na zdrowie: „Podstawową rzeczą jest zwykła higiena. To jest bezdyskusyjnie, bo tutaj się mogą różne rzeczy, tak?" (MSR_4_40). Również nieliczni badani wspomnieli, że powinnością mężczyzny w średnim wieku jest uregulowane życie seksualne, tj. stosowanie zabezpieczeń i posiadanie jednej partnerki: „[...] używać prezerwatyw [...]" (MSR_6_47); „Dobry seks, to jest bardzo dobra rzecz, regularny z jedną partnerką, a nie z doskoku, co poza tym, nie wiem" (MSR_9_54). Warto też odnotować, że w wypowiedzi jednego z rozmówców ujawnił się stereotyp dotyczący tego, że kobiety powinny bardziej skupić się na dbaniu o wygląd, natomiast mężczyźni – na dbaniu o zdrowie: „Myślę że tak. Kobieta powinna na pewno dbać o swój wygląd. [...] oczywiście, kobieta otyła nie będzie zdrowa" (MSR_2_39).

Mężczyźni należący do najstarszej kategorii wiekowej w omawianym tu aspekcie, dotyczącym społecznych oczekiwań względem zachowań wobec zdrowia, wspominali przede wszystkim o wykonywaniu badań „okresowych", przez niektórych respondentów nazywanych „przeglądem" lub „przeglądem technicznym":

> Czyli raz do roku mężczyzna po 50 to powinien sobie robić taki przegląd techniczny. Tak bym to nazwał. I te podstawowe badania i wątroba itd. (MST_1_63). Profilaktyka jest najważniejsza. Czyli obserwować siebie i jeżeli

są jakieś objawy niepokojące, to od razu się testować. Ja, znaczy w pewnych wypadkach warto robić badania okresowe, ja akurat ze względu na pracę takie badania robię co 2, 3 lata. Ale to zależy, teraz mam pozwolenie na 5 lat. Bo miałem dobre wyniki wszystkie, warto robić badania krwi, mierzyć sobie ciśnienie, no mówię o takich podstawowych rzeczach, nie mówiąc o tym, że w zależności od tego czy kobieta czy mężczyzna, powinna się dokładnie obserwować (MST_4_64). Podstawowe rzeczy, czyli jakby kontrolowanie swojego organizmu przez chociażby jakieś takie okresowe badania. Nie jakieś takie wymyślone. Podstawowe, bo jak jest dobry diagnosta, to na podstawie podstawowych badań jest w stanie bardzo wiele rzeczy wychwycić. No i ewentualnie na pewno nie można już w tym wieku lekceważyć jakichś takich objawów, sygnałów, które organizm daje. Bo jeżeli coś się w organizmie pojawia, jakiś ból, to nie jest przypadek. Owszem, jeśli pójdę sobie tam mięsień naciągnę, wiem że mnie boli, bo sobie naciągnąłem i to przejdzie. Ale, jeżeli coś się uporczywie pojawia, to trzeba to skontrolować. Wydaje mi się, że jest to rzeczywiście ważne (MST_5_64).

W zasadzie wspomniane działanie było najczęściej wskazywane przez rozmówców należących do najstarszej kategorii badanych. Należy tutaj podkreślić, że reprezentanci wspomnianej kategorii mieli problem z odpowiedzią na pytanie „o co powinien dbać mężczyzna w pana wieku?". Wskazując na społeczne oczekiwania wobec zdrowia, nieliczni badani wspomnieli również o odpowiednim, zdrowym odżywianiu się: „Okresowe badania, odpowiednie odżywianie się, nie siedzący tryb, aktywnym być, rano pobiegać" (MST_6_66). W przeciwieństwie do rówieśnic, jak również pozostałych badanych, starzy mężczyźni nie podwali przekładów zdrowiej (ich zdaniem) diety. Jeden z badanych wskazał na znaczenie kondycji fizycznej i ruchu dla zdrowia: „Odżywiać się dobrze. Tzn. stosownie do wieku, do stanu zdrowia. Do lekarza od czasu do czasu pójść. Zbadać się. No może też kondycję jakąś utrzymywać" (MST_8_70). Inny zaś wspomniał o potrzebie unikania stresu, spokojnego życia, a także właściwej higieny życia związanej z odpowiednią liczbą godzin snu: „Jakiś normalny stosunek do życia codziennego. Żeby normalnie iść spać, żeby normalnie jeść, itd. Żeby nie przeciążać. W ten czas organizm się reguluje, a jak pół nocy człowiek nie prześpi, to na 2 dzień wstać się nie chce, głowa boli. A jak wstaje normalnie, to wszystko się chcę. O tym człowiek powinien pamiętać" (MST_12_72). Podobnie jak w grupie mężczyzn będących w średnim wieku, również starsi mężczyźni wspomnieli o potrzebie życia seksualnego: (na coś jeszcze powinien zwracać uwagę mężczyzna w pana wieku? – przyp. aut.) „Na seks, też jest zdrowy" (MST_6_66).

Jak wynika z analizy zebranych danych, wszyscy mężczyźni, którzy wzięli udział w naszym badaniu, wskazywali na podobne powinności związane z dbaniem o zdrowie. Jednak w zależności od kategorii wiekowej, badani kładli akcent na inne zachowania. O ile dla młodych

mężczyzn najważniejsze było dbanie o aktywność sportową, kondycję fizyczną i sprawność, o tyle dla pozostałych mężczyzn (będących w średnim wieku i starych) to zachowanie znalazło się na dalszym planie omawianej tu kwestii (mężczyźni starzy wspominali o niej, ale potraktowali aktywność fizyczną/ruch marginalnie). Wszyscy mężczyźni wskazali na ważność profilaktyki zdrowotnej oraz leczenie odczuwanych dolegliwości i zdiagnozowanych chorób. Jednakże i w tym przypadku mamy do czynienia z występowaniem różnic związanych z wiekiem. Dla reprezentantów średniego wieku oraz starszych mężczyzn było to główne działanie, na które zwrócili uwagę. Ale i tutaj pojawiły się różnice. Mężczyźni będący w średnim wieku wymieniali różnych specjalistów, których ich zdaniem powinien odwiedzić ich rówieśnik, a także zestaw badań, które należałoby wykonać w ich wieku. Najstarsi badani wspomnieli jedynie o konieczności wykonywania badań/przeglądów okresowych oraz kontrolnych wizytach lekarskich, które należy realizować od czasu do czasu. W innej części realizowanych wywiadów reprezentanci najstarszej kategorii wiekowej porównywali swój organizm i swoje zdrowie do działania samochodu. Nawiązywali do stereotypu związanego z dbaniem o zdrowie przeciętnego Polaka, który troszczy się o samochód bardziej niż o siebie – „kiedy coś stuka w zawieszeniu, do mechanika jedzie od razu, ale kiedy coś go boli, czeka, aż samo przejdzie" (MST_1_63). Widać tutaj realizowanie patriarchalnego wzorca męskości, w którym mężczyzna nie choruje, nie ma zatem potrzeby korzystania z porad lekarskich, jakiekolwiek odczuwane dolegliwości i problemy zdrowotne są traktowane jako przejaw słabości i uznawane za „niemęskie". Kolejne wskazania dotyczyły konieczność odpowiedniego sposobu odżywiania się. Im młodsi mężczyźni, tym częstsze zwracanie uwagi na odpowiedni rodzaj diety, a także rezygnowanie z fast foodów. Mężczyźni będący w średnim wieku także podkreślili ważność tego działania. Mężczyźni starzy, podobnie jak w przypadku poprzedniego wskazania, również podeszli do tej powinności nieco powściągliwie. Zresztą nie tylko do niej, ponieważ podobna reakcja wystąpiła w przypadku unikania używek. Tylko mężczyźni starzy wskazali na pewną wątpliwość ważności tego działania dla mężczyzn: „I oczywiście nieunikanie żadnych, że tak powiem uciech życia codziennego. Chociażby dobre winko do obiadu, czy tam od czasu do czasu dobra wódeczka, to jest wszystko normalne" (MST_5_64). Warto tutaj przytoczyć fragment wypowiedzi starszego mężczyzny z innej części wywiadu. Badani zostali również zapytania o indywidualne zachowania na rzecz zdrowia. Cześć z nich wskazywała również na „męski wzór samoleczenia", który polegał na wykorzystywaniu alkoholu do zwalczania różnych dolegliwości zdrowotnych: „[...] jak się przeziębię to biorę piwo, sok malinowy do tego grzeję i to sobie wypiję, wygrzeję się, wypocę się i mi starczy"

(MST_6_66). Interesujące, że tylko mężczyźni – w średnim wieku i starzy, wspomnieli o ważności sprawności seksualnej. Mężczyźni młodzi ani kobiety (bez względu na wiek) nie zwrócili uwagi na ten aspekt. Jeśli chodzi o młodych mężczyzn, to można domniemywać, że nie chcieli poddawać w wątpliwość swojej potencji.

Podsumowując, większość społecznych oczekiwań dotyczących zachowań wobec zdrowia, a funkcjonujących w świadomości badanych, wpisywała się w patriarchalne koncepcje kobiecości i męskości omówione w pierwszym rozdziale. W przypadku kobiet mamy do czynienia z powinnościami, które łączą dbanie o zdrowie z dbaniem o wygląd – przede wszystkim u kobiet młodych oraz będących w średnim wieku. Pozostałe wymienione powinności częściowo nawiązują do utrzymania jak najdłużej sprawności psychofizycznej – nie tylko dla samej siebie. W kolejnych rozdziałach dotyczących postaw wobec zdrowia pokazano, że owa kondycja bardzo często jest potrzebna do zajmowania się zdrowiem bliskich osób (dzieci, męża, starzejących się rodziców) oraz łączenia obowiązków rodzinnych i zawodowych. Jeśli chodzi o mężczyzn, to podobnie jak w przypadku społecznych oczekiwań dotyczących zachowań wobec wyglądu, widać tendencje świadczące o przemianach modelu męskości. Są one najbardziej dostrzegalne wśród młodych mężczyzn, ale także wśród części badanych będących w średnim wieku. Z wypowiedzi rozmówców wynika, że mają oni świadomość znaczenia zasobu, jakim jest zdrowie oraz że należy o nie dbać, ponieważ stanowi ważny element kapitału ludzkiego jednostki. Niestety nieco zawodzi „przekuwanie" tej świadomość w czyny. Jeśli chodzi o mężczyzn najstarszych, to nadal realizują oni tradycyjne wzorce męskości i odwołują się do nich także w przypadku wskazywania na społeczne oczekiwania dotyczące zachowań wobec zdrowia.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.04

Rozdział 3

Postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu

3.1. Komponent poznawczy

3.1.1. Sposób opisywania własnego wyglądu a płeć i wiek
(Julita Czernecka)

Ciało i jego wygląd jest poddawane kontroli społecznej i społecznej „obróbce". Jak twierdził M. Focuault, ciała zostają podporządkowane określonym normom życia społecznego, są nośnikami wielu społecznie istotnych informacji (Foucault 2000). Niemożliwe jest istnienie ciała, które niczego nam nie mówi. Cielesność zawsze jest poddawana próbie nadania jej określonych znaczeń, które odnoszą się do poszczególnych elementów ciała i jego wyglądu. Według badaczy, takich jak między innymi Daniel Hamermesh i Jeff Biddle (1994) czy Catherine Hakim (2010), we współczesnym świecie mamy do czynienia z upowszechnionym i uwspólnionym, bo zwesternizowanym kanonem piękna. Według nich to przede wszystkim media przyczyniły się do wypromowania identycznych wzorców w większości społeczeństw (choć nadal głównie społeczeństw zachodnich). Są to szczupła i wysportowana sylwetka, twarz o symetrycznych rysach, duże oczy i pełne usta, ładna cera, białe i proste zęby, a także muskulatura u mężczyzn oraz wąska talia i bujne, długie włosy u kobiet.

W niniejszej części książki zostanie podjęta próba opisania tego, co typowe i nietypowe w sposobie opisywania własnego wyglądu przez kobiety i mężczyzn w różnych kategoriach wiekowych podczas wywiadów swobodnych. Niezależne od wieku czy płci badanych wypowiedzi te były skromne objętościowo, być może wynika to z faktu, że o samym sobie – w tym i o swoim wyglądzie – trudno jest się wypowiadać, szczególnie gdy naprzeciw nas siedzi badacz. Wypowiedzi te ograniczały się

najczęściej do jednego, dwóch zdań na swój temat lub krótkich stwierdzeń na przykład „jestem puszysta", „jestem wysoki", „jestem szczupły" – mimo że wielokrotnie osoby prowadzące wywiad dopytywały badanych o podanie szczegółowego opisu. Zdecydowana większość badanych wypowiedź na temat swojego wyglądu zaczynała od opisu swojego wzrostu, budowy sylwetki, rodzaju fryzury oraz stylu ubierania się. Pojawiały się także odpowiedzi dotyczące detali twarzy, cech wyróżniających, a także odniesienia do osobowości. Udało się wychwycić istotne różnice w sposobie opisywania swojego wyglądu przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku.

Prawie wszyscy uczestnicy badań przy opisie własnego wyglądu uwzględniali w pierwszej kolejności typ posiadanej przez siebie fryzury lub jej brak. Większość kobiet opisywała swoje włosy poprzez podanie informacji na temat ich koloru, długości, tego czy są farbowane lub poddawane zabiegom typu trwała ondulacja. Określając długość włosów, kobiety wskazywały, czy są one krótkie, średniej długości, półdługie, długie. Opisywały włosy jako proste lub kręcone – co nie pojawiło się w opisach u badanych mężczyzn. Panowie oprócz podawania informacji typu „fryzura krótko obcięta", mówili także o tym, czy posiadają tak zwane „zakola", czy mają przerzedzone włosy lub po prostu są włosów na głowie pozbawieni. Jednak warto zauważyć, że w zdecydowanie skromniejszy sposób opisywali swoje owłosienie niż czyniły to kobiety i zwracali uwagę na zdecydowanie mniejszą liczbę detali. Panie, mówiąc o swoich włosach, wspominały także o ich kolorze i odcieniach: blondynka, włosy mocno kolorowe, różowe pasemka, ciemne włosy, rude, farbowane, piękne włosy. Jedna z ze starszych kobiet, mówiąc o kolorze swoich włosów, podkreślała, że ma „piękne włosy w kolorze blond" (KST_13_85), w jej przypadku akcentowanie tego faktu jest jakby wyłamywaniem się z patriarchalnego modelu kobiecości, w którym tylko z młodością utożsamiona jest atrakcyjność posiadania ładnych włosów. Badane w ogóle sporadycznie mówiły o siwiźnie, nawet te najstarsze. W zasadzie tylko dwie kobiety o tym wspomniały. Natomiast panowie zwracali na to uwagę o wiele częściej, zarówno podkreślając brak siwizny lub mówiąc o niej wprost (np. o posiadaniu „szronkowatych" włosów). Zwracali także uwagę na to, że są łysi lub posiadają przerzedzone włosy.

Podstawową różnicą między kobietami i mężczyznami była obszerność opisu fryzur. Panie mówiły o objętości włosów, o tym, że mają „bujną fryzurę" oraz nawiązywały do typu uczesania. Na przykład mówiły o tym, że noszą włosy związane lub rozpuszczone, uczesane w konkretny sposób na przykład – „włosy w kok się czeszę" (KST_6_69). Badane nawiązywały do tego, czy ich fryzura jest w określonym „ładzie", poddana dyscyplinie czy nie: „Nigdy nieuporządkowana fryzura, włosy średniej

długości, falowane" (KSR_7_49), „Wiatr we włosach, jak to moje koleżanki nazywają, czyli nigdy nieuporządkowana fryzura, korpulentna, roztrzepana" (KSR_7_49). To, że kobiety częściej, niż mężczyźni opisują swój wygląd przez pryzmat fryzury, można wyjaśnić tym, że włosy są mocnej związane z tradycyjny modelem kobiecości. Długie, lśniące i grube włosy u kobiet symbolizują witalność, seksualność, siłę fizyczną, zdrowie, a także płodność (Skrok 2009). W tym tradycyjnym modelu o atrakcyjności kobiet i ich pozycji na rynku matrymonialnym świadczą włosy pozbawione oznak starzenia się, takich jak przerzedzenia czy siwizna. U mężczyzn z kolei, choć także włosy oznaczają witalność, młodość czy określony status społeczny, to nadawane im jest mniejsze znaczenie niż włosom kobiecym (Skrok 2009).

W wypowiedziach kobiet i mężczyzn na temat włosów możemy odnaleźć istotne różnice w odniesieniu do odmiennych kategorii wiekowych. Co ciekawe, z punktu widzenia interpretacji znaczenia włosów w tradycyjnym modelu kobiecości młode kobiety, choć wszystkie wypowiedziały się na temat swoich włosów przy opisywaniu własnego wyglądu, były one najbardziej oszczędne w tych opisach spośród wszystkich respondentek. Ich wypowiedzi były konkretne i bardzo krótkie, ograniczające się do stwierdzenia jakiej długości mają włosy oraz wskazujące kolor. W modelu kobiecości odniesionym do młodych kobiet włosy są jednym z podstawowych atrybutów atrakcyjności. Większość najmłodszych uczestniczkek wywiadów przyznała, że ma długie włosy. Włosy te były pozbawione siwizny czy innych symptomów starzenia i być może dlatego badanym nie towarzyszyła głębsza refleksja na ich temat. Żadna z młodych kobiet nie poruszała kwestii jakichkolwiek problemów z włosami przy opisie swojego wyglądu. Innego typu wypowiedzi pojawiały się w dwóch pozostałych grupach wiekowych. Najobszerniej na temat fryzur wypowiadały się kobiety w średnim wieku, mówiąc zarówno o ich długości, typie fryzury, jak i kolorze „naturalnym" lub „farbowanym": „Mocno kolorowe, różowe pasemka" (KSR_1_38), „Blond włosy trochę rozjaśniane" (KSR_4_45), „Siwa, ufarbowana na blond" (KSR_12_60). Kobiety w średnim wieku nie mówiły o problemach z siwieniem włosów, raczej o tym, że są farbowane – czyli o zabiegach, które czyniły włosy w jakimś sensie nadal atrakcyjnymi. Wspominały także o zmianie fryzury, o tym, że kiedyś miały dłuższe włosy, a teraz mają krótsze lub odwrotnie. Starsze kobiety poruszały częściej kwestię procesu siwienia włosów i ich przerzedzania się: „Włosy mam siwe, w sumie to białe, niefarbowane" (KST_12_84). Być może wynika to z naturalnego i powszechnego procesu starzenia się, pojawiania się siwych włosów lub innych problemów z nimi związanych.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku mężczyzn. Ci najmłodsi, choć także stanowili najliczniejszą grupę poruszającą kwestię fryzury

w swoim opisie, to jednak byli najoszczędniejsi w tych wypowiedziach. Włosy są dla nich (tak jak dla młodych kobiet) ważnym elementem wyglądu, co może świadczyć o procesie większej androgynizacji tej kategorii wiekowej mężczyzn. Z kolei panowie w średnim wieku zazwyczaj mówili o kolorze włosów i siwiźnie lub jej braku. Być może wiek średni tak jak w przypadku kobiet jest wiekiem, w którym zauważa się pierwsze symptomy starzenia się. Niektórzy respondenci podkreślali to, że siwizny jeszcze nie zauważają, mimo upływającego czasu: „Nie siwy, włosy – ciemny blond" (MSR_6_47), „Ciemny, że włosy mam ciemne, powiedzmy, że jak na swój wiek. Co poniektórzy mówią – o stary, ciebie jeszcze siwizna nie dopadła. Istotnie, takich problemów jeszcze nie mam" (MSR_8_53). Tylko kilku starych mężczyzn powiedziało o swojej siwiźnie. Większość najstarszych respondentów wskazało jednak przede wszystkim na problem z łysieniem (tylko jeden mężczyzna zaznaczył, że nie ma tego problemu, bo ma jeszcze gęste włosy). Włosy okazują się także być ważnym aspektem wyglądu uwzględnianym przez mężczyzn, mimo że nie wpisują się w tradycyjny model męskości. Może to świadczyć o zmianach, jakie przechodzi we współczesnym społeczeństwie wizerunek mężczyzny. Ciało męskie także ulega uprzedmiotowieniu, ma być atrakcyjne i tak jest prezentowane w przekazach kulturowych – choćby w reklamach sporadycznie widzimy mężczyzn łysych (por. Arcimowicz 2003, Melosik 2006). Poza tym posiadanie włosów przez mężczyzn jest często utożsamiane z byciem postrzeganym jako „młodym" lub wręcz odwrotnie – już „niemłodym".

Choć wśród młodych ludzi zdecydowanie najczęściej w wypowiedziach jako atrybut własnego wyglądu zewnętrznego pojawiały się włosy, to zarówno młode kobiety, jak i młodzi mężczyźni w dość oszczędny sposób wypowiadali się na ich temat. Kobiety i mężczyźni w kategorii wiekowej 20–37 lat mówili najczęściej o ich długości i typie fryzury, nie było tutaj znaczących różnic. Kobiety w średnim wieku dość obszernie wypowiadały się na temat swoich włosów, mówiąc o ich kolorze, tym, czy są farbowane czy nie, długie czy krótkie, bujne czy nie (warto zauważyć, że w tej kategorii wiekowej tylko jedna pani nawiązała do siwizny). W przypadku panów w tym samym wieku najczęściej mówili o sposobie, w jaki są ostrzyżeni i jak układają włosy, czy mają zakola czy są łysi, nawiązywali także do przerzedzania się włosów. Ciekawe jest to, że wielu przyznawało, że ich atrybutem jest brak siwizny. Najstarsze badane mówiły przede wszystkim o farbowaniu włosów, ich długości i sposobie układania. Ze względu na specyfikę badanej grupy (osoby starsze), brak lub występowanie siwych włosów było kategorią z dość liczną liczbą wskazań, choć zdecydowanie częściej u starych mężczyzn niż kobiet. Panowie mówili także o problemie łysienia. Należy zwrócić uwagę, że

współcześnie obowiązujący kult młodości nie dotyczy tylko kobiet, ale także – być może coraz silniej – mężczyzn.

Kolejnym aspektem wymienianym przy opisie własnego wyglądu przez zdecydowaną większość badanych – niezależnie od wieku i płci – była budowa ciała i wzrost. Tę cechę najczęściej opisywano w sposób bardzo konkretny za pomocą określeń: wysoki/-a, średniego wzrostu lub niski/-a. Tylko niektórzy badani podawali wzrost w centymetrach lub metrach. Najliczniej wypowiadającą się na temat wzrostu wśród kobiet grupą wiekową były najmłodsze respondentki. Tylko jedna z nich podkreśliła, że wzrost jest jej cechą wyróżniającą: „Jestem troszkę wyższa, znaczy niż przeciętne dziewczyny są" (KM_3_24). W tradycyjnym modelu kobiecości niższy lub średni wzrost jest atrakcyjniejszy, niż „zbyt wysoki". Dzieje się tak dlatego, że mężczyźni zazwyczaj na partnerki życiowe wybierają kobiety niższe od siebie. Niski wzrost oraz delikatna budowa ciała są dla nich bardziej atrakcyjne (Barbee, Cunningham i in. 1995). Być może w społeczeństwie patriarchalnym utożsamiane jest to z większą zależnością i uległością wobec mężczyzny. Warto zauważyć, że dwie kobiety spośród najstarszych respondentek podkreśliły, że kiedyś były wyższe, ale wraz z upływem wieku ten wzrost uległ zmianie: „Wzrost, kiedyś był wyższy, ale już się trochę skurczyłam, czyli w tej chwili jako średni" (KST_9_71), „Jestem teraz już niska" (KST_14_86). W tym kontekście badani dostrzegli proces starzenia się ciała, a zatem jego „kurczenia się", obniżania wzrostu. Jeśli chodzi o panów, to również najczęściej wypowiadającą się na temat wzrostu grupą wiekową byli młodzi mężczyźni. Najliczniejsza grupa mężczyzn w wieku 20–37 lat określała siebie jako osoby wysokie lub średniego wzrostu. Natomiast ci, którzy uważali siebie za niewysokich, częściej podawali dokładną miarę w centymetrach. Warto zauważyć, że tak jak najmłodsi badani najliczniej opisywali siebie jako wysokich, tak starsi zazwyczaj jako niskich lub średniego wzrostu. Należy podkreślić, że wzrost u mężczyzn jest silnie związany z posiadaniem autorytetu. Im wyższy mężczyzna, tym cieszy się większym społecznym uznaniem (Gladwell 2008). Ponadto wysoki wzrost jest także utożsamiany z młodością. Ciało w procesie starzenia niejednokrotnie ulega skróceniu. Chyba powinien być przecinek przed niż, bo jest czasownik później. Zwłaszcza, że wzrost jest silnie utożsamiany z tradycyjnym modelem męskości.

Budowa ciała – to kolejny aspekt, na temat którego wypowiadali się respondenci. W przypadku kobiet i mężczyzn najwięcej osób w średnim wieku poruszyło tą kwestię. Jeśli chodzi o kobiety, to mówiąc o swojej sylwetce, opisywały ją jako normalną i średnią, szczupłą lub raczej szczupłą. Oto pełniejsza wypowiedź jednej z nich: „Żeby mnie rozpoznać, jeżeli już by mnie ktoś dopytywał, czy jestem gruba

czy chuda, to powiedziałabym średniej budowy ciała, tak czyli ani nie gruba, ani nie chuda" (KSR_5_47). W grupie wypowiadających się kobiet pojawiły się także odniesienia do posiadania „pełnych kształtów i „kształtów kobiecych". Tylko jedna kobieta określiła się mianem „filigranowej". I także jedna badana opisała swój wygląd zewnętrzny, charakteryzując szczegółowo poszczególne elementy swojego ciała, w tym atrybuty i mankamenty sylwetki kobiecej: „Mam bardzo chude ręce, trochę większe biodra, biust średniej wielkości, no jakieś tam wcięcie w talii, nogi proste i długie, cellulit" (KM_8_29). W modelu tradycyjnej kobiecości talia u kobiety ma być wąska, a biodra szerokie – takie kobiety są uważane za atrakcyjne. Szerokie biodra utożsamiane są z wyższymi możliwościami reprodukcyjnymi i tym samym ich właścicielki są atrakcyjniejsze seksualnie dla mężczyzn (Singh 1993). W tym przypadku okazuje się, że kobiety w średnim wieku najbardziej wpisują się w ten element tradycyjnego modelu kobiecości, jeśli chodzi o sylwetkę. Należy jednak pamiętać, że w tym kontekście to przede wszystkim młodość jest uważana za atrakcyjną, nie sam wygląd ciała. Jeśli chodzi o mężczyzn, to zwykle opisywali siebie, nawiązując do tego, że są szczupli, średniej, normalnej lub atletycznej budowy ciała. Mówili także o proporcjach sylwetki i stopniu jej wysportowania: „Po prostu szczupła sylwetka, akurat jeśli chodzi o moją sylwetkę, to nie wyróżniam się czymś szczególnym, jest po prostu szczupła sylwetka nic więcej (MSR_1_38). Powiedziałbym, poinformowałbym o średniej budowie ciała (MSR_4_40). Atletycznie zbudowany (MSR_9_54). Ani za gruby, ani za chudy, taki normalny jestem" (MST_8_70). Niektórzy starsi mężczyźni zwracali uwagę na swoją postawę i to, że mimo wieku ich ciało jest wyprostowane.

Niezależnie od wieku kobiety zwracały uwagę na swoją sylwetkę i tuszę. Częściej niż mężczyźni, mówiły o tym, że są „przy kości". Na uwagę jednak zasługuje fakt, że w przypadku kobiet młodych częściej było to raczej związane z negatywną oceną: „Jestem grubsza troszkę [...], taka bardziej okrągła niż większość dziewczyn w moim wieku" (KM_3_24), „Jestem osobą przy kości [...] trochę za dużo mnie" (KM_13_34). Warto zauważyć, że wśród młodszych uczestniczek badania dominowały opinie o byciu szczupłą lub normalnej, przeciętej budowy. Może to być związane z większym przywiązywaniem wagi do wyglądu, dbaniem o to, by być szczupłym, ponieważ szczupła sylwetka jest obecnie lansowana w środkach masowego przekazu, szczególnie tych skierowanych do młodych kobiet. Ponadto wizja szczupłego ciała jest wzmacniana przez przypisywanie pozytywnych cech osobom szczupłym, takich jak sukces zawodowy, atrakcyjność seksualna, zdrowie oraz posiadanie kontroli nad własnym życiem. Osoby otyłe i z nadwagą są postrzegane jako niechlujne,

leniwe, zaniedbane, które nie potrafią kontrolować własnego ciała i nie mogą wpływać na swoje życie (Melosik 1996).

Z kolei kobiety w średnim wieku i starsze podkreślały także pozytywne aspekty posiadania – jak to określały – bardziej kobiecych kształtów: „Mam kształty kobiece, ale nie jestem gruba" (KSR_1_38), „Raczej jestem dobrze zbudowana z niezłymi nogami" (KST_5_67). Jedna z nich połączyła bycie osobą „puszystą" z byciem zadowoloną z życia i uśmiechniętą. Jednocześnie na uwagę zasługuje fakt, że kobiety starsze najczęściej opisywały siebie jako pulchne lub z nadwagą, zaznaczając także tym samym te elementy swojego ciała, które o tym świadczą: „Można powiedzieć, że coś przytyłam, ale jestem średniej tuszy" (KST_16_89), „Niestety jestem dość pulchna, to mi też przeszkadza w aktywności życiowej i w ogóle, frustruje, bo większość życia byłam osobą szczupłą" (KST_9_71), „Tak, tutaj tak (pokazuje na brzuch – przyp. aut.), wałeczek i oponka się robi" (KST_1_64). Im badane były starsze, tym „bycie przy kości" częściej było postrzegane jako zaleta lub cecha neutralna niż wada czy mankament. Być może kobiety stare lub starzejące się „nie muszą" już – w swojej opinii – być szczupłe, a atrakcyjność jest także przez nie utożsamiana z „kobiecymi", czyli bardziej obłymi kształtami ciała.

Jeśli chodzi o mężczyzn, to młodzi respondenci byli skłonni opisywać swoją sylwetkę jako szczupłą (nieliczni przyznali się do nadwagi). Pojawiały się także wypowiedzi na temat umięśnionego ciała: „Opisałbym siebie jako osobę [...], z taką wydaje mi się atletyczną budową ciała, raczej staram się chodzić prosto [...], szczupła atletyczna budowa" (MM_4_24). Warto zauważyć, że mężczyźni w średnim wieku także wskazywali na ten typ posiadanej przez siebie sylwetki. Jednak niektórzy z tej kategorii wiekowej starali się podkreślić wysiłek, nakład pracy, jaki muszą włożyć w to, by wyglądać w taki sposób: „Super wysportowany, przystojny, dbający o siebie, schludny, sprawiający dobre wrażenie" (MSR_5_46), „Mam mocną budowę i ja dużo ważę, chociaż tego nie widać, ale to jest kwestia budowy posportowej" (MSR_12_58). Mówili także o uprawianiu sportu czy stosowaniu diety. Wśród mężczyzn w średnim wieku pojawiała się także w opisie kwestia posiadania lub nieposiadania tak zwanego „brzuszka": „Facet z lekkim brzuszkiem" (MSR_2_39), „Nie z dużym brzuchem" (MSR_6_47), „Brzucha dużego nie mam" (MSR_13_60). Jeden z wypowiadających się mężczyzn opowiedział o niekorzystnych zmianach, jakie zaszły w jego wyglądzie po ukończeniu przez niego pięćdziesięciu lat:

> Do pięćdziesiątego roku życia ważyłem 56 kilo i miałem w pasie 76–78 do 80 cm, czyli byłem bardzo szczupły. W tej chwili, po chorobie, mam 86 kilo i to jest strasznie dużo, a w pasie to nie wiem, ale bardzo dużo. Tak, że to jest zupełnie inna sylwetka, inna postać, ale tak jak mówię, mi to

zupełnie nie przeszkadza, traktuje to, że tak musi być i koniec, o, na tej zasadzie (MSR_15_61).

Z powyższych wypowiedzi wynika, że dla mężczyzn i młodych, i w średnim wieku, sylwetka jest istotna. Natomiast najstarsi mężczyźni sporadycznie odnosili się w swoich wypowiedziach do swojej sylwetki. Tylko jeden stwierdził, że jest „w miarę przystojny" (MST_1_63). Inni mówili najczęściej, że są „ani grubi, ani chudzi". Dwóch stwierdziło, że są nieatrakcyjnej budowy – jeden przyznał, że jest „zniszczony przez życie" (MST_14_82), a drugi, że jest „niski, nieładny, nieatrakcyjny" (MST_10_71). W tradycyjnym modelu męskości mężczyzna powinien być raczej wysoki i umięśniony, posiadać wąskie biodra w stosunku do szerokich barków (por. Melosik 2006). Posiadanie „brzuszka" oznacza utratę tego męskiego, silnego ciała – świadczy raczej o zaniedbaniu się lub procesie starzenia.

Podsumowując kwestie opisywania przez respondentów sylwetki, to młode osoby, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, opisując siebie, najczęściej wskazywali na to, że są szczupli. Dodatkowo najmłodsi mężczyźni chwalili się swoją atletyczną budową ciała. Niewiele było wypowiedzi w tej kategorii wiekowej o posiadanej nadwadze. Być może jest to związane z tym, że młodzi ludzie przywiązują dużą wagę do własnego wyglądu w kontekście lansowanego w mediach kultu młodych i szczupłych ciał. A może być też tak, że akurat w tej grupie badanych nie znalazł się nikt, z problemem znaczącej nadwagi. Natomiast wśród osób w średnim wieku, panie podkreślały posiadanie tak zwanych „kobiecych kształtów", a panowie mówili o normalnej budowie ciała lub posiadaniu niewielkiego „brzuszka". Najstarsze badane kobiety opisywały się częściej jako te z nadwagą, ale raczej akceptujące swój wygląd. Z kolei panowie w tym wieku, albo mówili, że są „normalnej" budowy, albo że są nieatrakcyjni. Im respondenci byli starsi, tym częściej mówili o tym, że utracili atrakcyjną sylwetkę, którą kiedyś posiadali. Tym samym większość z nich utożsamia starość z brakiem atrakcyjności. Choć oczywiście te badania wskazują, że są także odstępstwa od tego sposobu myślenia.

Kolejnym aspektem wymienianym przy definiowaniu własnego wyglądu były detale twarzy. Badane osoby wymieniały między innymi kolor oczu, noszone przez siebie akcesoria, wyraz twarzy i kilka innych elementów. Występowały dwie istotne cechy różnicujące płeć w sposobie opisywania twarzy – kobiety zwracały uwagę na makijaż, a mężczyźni na zarost na twarzy. Opisując swoją twarz, uczestniczki badania często nawiązywały do robienia lub nierobienia makijażu: „Oczy umalowane trochę, maluję się, owszem, jakoś tam jeszcze mi się udaje, bo niektórzy nie umieją tego robić" (KST_6_69), „Nie maluję się, nie będę umalowana, taka *saute*" (KST_7_70). Warto zauważyć, że na temat makijażu wypowiadały się

kobiety tylko te należące do grupy młodych i starych, te w średnim wieku nie poruszały tego tematu. Często kobieca twarz, która jest całkowicie naturalna, bywa postrzegana jako nieatrakcyjna. Nawet w przypadku młodych kobiet delikatny makijaż powoduje, że same postrzegają się jako atrakcyjniejsze i tak samo są postrzegane przez otoczenie (Kowalczyk 2000). Makijaż odgrywa rolę mediatora pomiędzy naturą a kulturą: „malowidła na twarzy nadają przede wszystkim danej osobie godność istoty ludzkiej – stwierdzają przejście od natury do kultury" (Radkowska 1999: 34). W kontekście kobiet można by pokusić się o tezę, że dzięki makijażowi stają się bardziej „społecznie widoczne". Z jednej strony wpływa to na ich upodmiotowione, bo same decydują o tym, czy makijaż stosują, czy nie, i jak on wygląda. To z kolei wpływa na to, że są bardziej lub mniej „zauważalne", same decydują o swoim wizerunku i o tym, jak chcą być postrzegane przez otoczenie. Jednak z drugiej strony są bardziej przedmiotowo traktowane przez innych, choćby w kontekście seksualnej atrakcyjności lub jej braku. Być może młode kobiety makijażem chcą zwiększyć swoją efektowność. W przypadku starych kobiet makijaż staje się dla nich narzędziem zachowania atrakcyjnego i młodszego wyglądu, nieodłącznym atrybutem zachowania kobiecości i bycia dostrzeganą przez otoczenie. Jedna z wypowiadających się kobiet stwierdziła, że w makijażu czuje się pewniej i jest lepiej także postrzegana przez inne osoby:

> Troszeczkę sobie oko umaluję, czy make-up jakiś zrobię na twarz, ale bardzo lekki, bo nie jestem osobą preferującą nakładanie dużej ilości tych sztucznych rzeczy, bo ja nie jestem z tego pokolenia, tym niemniej lubię ładnie wyglądać, nie wyjdę nigdy bez umalowanych ust na ulicę, mam taki nawyk czy przyzwyczajenie i to mi dodaje trochę blasku (KST_2_64).

Co ciekawe, młode kobiety, opisując poszczególne elementy twarzy, zwracały uwagę na to, że mają na przykład prosty nos, okrągłą twarz, jasną cerę czy duże usta. Dwie młode kobiety wypowiedziały się na temat swojej urody w sposób oceniający: „mam ładną twarz" (KM_13_34), „mam grecka urodę" (KM_12_34). Kobiety stare opisywały stan swojej cery, zwracając szczególną uwagę na zmiany skórne związane z procesem starzenia się, takie jak zmarszczki, worki pod oczami lub ich brak:

> W miarę zadbana, bym powiedziała, nie powiem, że jestem jakaś wiotka, bo to już lata, zmiany hormonalne, ale twarz mam bez zmarszczek, w związku z tym to świadczy o tym, że te osoby nie dają mi takiego wieku, w jakim jestem rzeczywiście, bo buzię mam gładką tak jakbym botoksu używała, chociaż zastrzegam, że nie używam tego rodzaju zabiegów w ogóle (KST_2_64).
> Oczy są już troszkę podkreślone, podworkowate już, pod oczami woreczki są (KST_14_86).

W patriarchalnym modelu kobiecości kobieta młoda z zasady jest atrakcyjna, zatem takie atrybuty urody jak pełne usta, gładka i jasna cera, brak zmarszczek świadczą o atrakcyjności, a posiadanie zmarszczek czy worków pod oczami o jej utracie. Wydaje się, że uczestniczki badania zdają sobie z tego sprawę.

Panowie z kolei w opisie twarzy nawiązywali do spraw związanych z zarostem, karnacją, kolorem oczu, posiadaniem zmarszczek. Ci w średnim wieku na ogół wspominali właśnie o zaroście: „Golę się, bo muszę, ale mnie to denerwuje" (MSR_3_40), „Noszę wąsy, w związku z tym jest to charakterystyczna rzecz, że tam mam krótki wąs" (MSR_8_53). Niektórzy młodzi mężczyźni, posiadający ciemną karnację, także o niej wspominali, co nie zdarzało się w przypadku tych, którzy mieli ją jaśniejszą: „Mam ciemną cerę, podobno wyglądam, jakbym przyjechał z południa Europy" (MM_6_27), „Mam ciemną opaleniznę, karnację" (MM_6_27). Ciemna karnacja oraz posiadanie zarostu wpisuje się w tradycyjny model męskości. Panowie na ogół wskazywali także posiadanie tak zwanych „męskich rysów twarzy". Opisywali także z większą uważnością niż czyniły to kobiety wyróżniające ich elementy twarzy: „Mam duży nos" (MM_3_22), „Pociągłą twarz, lekki zarost, spory nos, głęboko osadzone oczy" (MSR_1_38), „Mam wysokie czoło, bardzo wysokie czoło" (MSR_11_57), „Z odstającymi uszami, z wielkim nosem" (MSR_15_61). Z tych krótkich wypowiedzi można wywnioskować, że mężczyźni są częściej niż kobiety, krytyczniej nastawieni do oceny swojego wyglądu, natomiast kobiety opisują siebie w bardziej neutralny lub pozytywny sposób. Z kolei starzy mężczyźni wskazywali raczej na swoje zmarszczki jako jedną z cech wyróżniających: „No już zmarszczki mam, no ta twarz już nie taka młoda, jak to w starym wieku się ma" (MST_8_70), a także na stan uzębienia: „Szczerbaty, przepraszam, bo zębów nie mam, jeden jedyny ząb mam, protezę mam górną, a dolnej to w ogóle nie noszę" (MST_14_82). Inni zwrócili uwagę na proces starzenia się, odnosząc się do siwienia wąsów i włosów. Tylko jeden starszy mężczyzna spośród wszystkich innych opisał siebie jako w „miarę przystojnego" (MST_1_63). W społeczeństwie patriarchalnym siwienie czy posiadanie zmarszczek świadczyło u mężczyzn o ich dojrzałości, ugruntowanej społecznej pozycji, dziś natomiast, w czasach dyktatu młodości, także mężczyźni zaczynają coraz większą uwagę przykładać do swojego wyglądu i oceniać także w kontekście procesu starzenia się.

Tylko jedna kobieta i jeden mężczyzna zwrócili uwagę na rodzaj swojego spojrzenia. Ona stwierdziła, że ma „powalające spojrzenie" (KM_11_34), a on stwierdził, że ma smutne i przenikliwie patrzące oczy i że czasami „zabija wzrokiem" (MSR_3_40). Obie te wypowiedzi można zinterpretować w kontekście modelu patriarchalnego kobiecości i mę-

skości. Bowiem w „jej" kontekście chodziło o takie spojrzenie o konotacji seksualnej, bycia atrakcyjną, a w „jego" przypadku raczej chodziło o aspekt bycia niedostępnym, „bycia twardzielem". Młodzi mężczyźni nawiązywali w opisie swojego wyglądu także do koloru oczu jako cesze ich wyróżniającej. Panowie w średnim wieku i starsi nie odnieśli się do tego aspektu. Być może świadczy to o większej androgyniczności młodych mężczyzn, bo na kolor oczu zwracały przede wszystkim uwagę kobiety.

Cechy osobowości, chociaż nie są bezpośrednio związane z wyglądem zewnętrznym, zostały jednak uwzględnione przez część respondentów przy jego opisie. Większość wypowiadających się na ten temat osób była w średnim i starszym wieku. Najczęściej wymieniano pogodny wyraz twarzy i towarzyszący mu uśmiech: „Od rana do wieczora mogę się śmiać, że jestem zawsze uśmiechnięta, pozytywna" (KSR_13_61). „O twarzy, no może nie ślicznej, ale sympatycznej, szerokim uśmiechu" (KST_8_70). „Banan na twarzy, uśmiech znaczy, cały czas uśmiechnięty" (MM_2_22). „Cały czas jestem uśmiechnięty, zadowolony, tryskający humorem" (MSR_9_54). Warto zauważyć, że w teorii C. Hakim urok i wdzięk, a także pozytywna energia oraz „bycie duszą towarzystwa" powodują, że ludzie uśmiechnięci, pogodni są postrzegani jako bardziej atrakcyjni (Hakim 2010). Być może kiedy atrakcyjność w wymiarze fizycznym przemija, ważne jest zachowanie wysokiej atrakcyjności społecznej, a ludzie pozytywni, uśmiechnięci są lepiej postrzegani przez otoczenie. Badane osoby opisywały siebie także poprzez własny temperament: „Jestem energiczna, to znaczy chodzę dosyć temperamentnie, można mnie po chodzie poznać również" (KM_15_36). Niektóre kobiety w średnim wieku i starsze także mówiły, że są „gadatliwe", „otwarte", aktywne ruchowo. Starość na ogół kojarzy się z powolnością, opieszałością, niezdarnością, a ruchliwość, otwartość, zwinność przypisywana jest młodości (por. Trafiałek 2003; Szatur-Jaworska 2005). Może właśnie ze względu na to, niektóre uczestniczki badania podkreślały właśnie te cechy, które zapewniały im jakby „kontynuację" bycia młodą – na przekór metryce.

Panowie w średnim wieku odwoływali się przy opisie samych siebie także do tego, że sprawiają dobre wrażenie, są schludni, wyglądają inteligentnie – jak osoby wykształcone: „Dbający o siebie, schludny, sprawiający dobre wrażenie" (MSR_5_46), „To, z czym ja się spotkałem, trochę zaskakujące, powiedziano mi, że wyglądam jak idę gdzieś jak matematyk, jako osoba wykształcona, inteligentna" (MSR_14_61). W dominującym dyskursie ubiór mężczyzny odzwierciedla osobowość, stanowczość, stabilność emocjonalną, racjonalność, mężczyzna ma być także inteligentny i wykształcony (Melosik 2006). Klasyczny strój nawiązuje do kanonu wizerunku mężczyzny obowiązującym w społeczeństwie patriarchalnym.

W opisach wyglądu pojawiło się także nawiązanie do wieku. Jednak te wypowiedzi nie były tak liczne jak w poprzednich kategoriach opisu. Kobiety zazwyczaj podkreślały, że wyglądają młodziej niż wskazuje na to ich metryka:

> Atrakcyjna [...] taka młodsza niż wskazuje na to metryka (K_15_36). Nie wyglądam na swoje lata i bardzo wiele osób mi mówi, że mimo że w tej chwili mam 64 lata, to nikt nie określa mnie w takim przedziale wieku tylko mówią, że wyglądam o wiele lepiej, czyli wyglądam gdzieś na 55 lat (KST_2_64). Ja bym się określiła gdzieś tak do 75 lat, bo tak się czuję [...]. Nie jestem brzydka, jestem blondynką, mam piękne włosy, ładny kolor blond, oczy niebieskie, jestem interesującą kobietą po prostu (KST_13_85).

I znowu młodszy wygląd staje się w interpretacji badanych synonimem atrakcyjności. Co ciekawe, wspominały o tym przede wszystkim młode badane oraz te najstarsze. Z kolei uczestniczki badania w wieku 38–62 lata po prostu definiowały siebie jako „kobiety w średnim wieku". Natomiast wypowiadający się na ten temat mężczyźni raczej podkreślali wiek w kontekście procesu starzenia się. Jeden z badanych uważa, że wygląda na starszego niż jest w rzeczywistości „Wysoki, łysy, to już można sobie pomyśleć »a, po czterdziestce«" (MM_13_32). Pozostali z kolei stwierdzili, że się już „zestarzeli": „W tej chwili to widzę jak patrzę w lustro to już ta moja osoba, wygląd mój się już zestarzał" (MSR_15_61), „Raczej bym powiedział, że niestety już zaczynam się jakoś już pochylać jak gdyby, starzeć" (MST_13_77). Jak wynika z powyższych wypowiedzi, kobiety raczej podkreślały młodszy wygląd i swoją atrakcyjność, mężczyźni wręcz przeciwnie – zwracali uwagę na niekorzystny proces starzenia się i stawanie się nieatrakcyjnym. Może to świadczyć o procesie uwrażliwiania się mężczyzn na wygląd i jego dbanie, co do tej pory stanowiło domenę kobiet.

Ubiór także stanowił element charakteryzowania siebie. Większość badanych opisała, w jaki sposób się ubiera. Prawie wszystkie kobiety wypowiadające się na ten temat nawiązywały do sportowego stylu, który zapewnia, że czują się w nim komfortowo:

> (Mój styl ubierania się jest – przyp. aut.) młodzieżowy i elegancki jednocześnie (KM_1_21). Może jeszcze ubranie mogłabym opisać w ostateczności. To beżowa spódnica, jasna bluzka z jakąś naprasowanką na przodzie i ciemny makijaż i fioletowa torebka (KM_3_24). Ubrana w jeansy, ubrana w stylu nie tyle co sportowym, a raczej luźnym, jakieś jeansy i t-shirt, teraz, bo jest lato, np. sandałki czy jakieś klapki (KM_14_35). Na pewno nie modnie ubrana, tylko wygodnie (KSR_7_49).

Jedyna z wypowiadających się w tym kontekście pań w starszym wieku stwierdziła, że ubierając się w spodnie, t-shirt czy sportowe bluzki,

ubiera się niestosowane do swojego wieku (KST_7_70). Warto zauważyć, że kobiety w średnim wieku podkreślały nie tylko wygodę, ale to, że zaczęły się ubierać modniej oraz bardziej kolorowo: „Ubieram się dosyć barwnie i kolorowo, więc niewątpliwie opisałabym swój strój" (KSR_11_60), „Jeszcze do niedawna chodziłam bardzo na czarno, teraz zaczynam się ubierać się kolorowo" (KSR_8_53). Jeśli chodzi o strój, to te ubrania, które uważane są za klasyczne, konserwatywne, eleganckie na ogół świadczą o konformizmie społecznym, a te sportowe, komfortowe przypisuje się nonkonformizmowi (Bokszańska 2004). Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób starszych, które zazwyczaj są postrzegane jako bardziej konserwatywne. Sportowy styl cechujący kobiety w średnim wieku oraz te najstarsze, a także bardziej kolorowy u kobiet w średnim wieku, może świadczyć o „wyłamywaniu się" tych kobiet z tradycyjnego modelu kobiecości, w którym kobieta powinna być bardziej elegancka, a jej stroje winny bazować na sukienkach, butach na wysokim obcasie i podkreślającym „atuty kobiecego ciała" kroju ubrań (biust, talię, biodra). Kobiety w średnim wieku – poprzez wielobarwny strój, być może chcą być nadal widoczne społecznie, dostrzegane przez otoczenie (nie tylko młode dziewczyny). Z kolei niektóre młode uczestniczki badania, oprócz podkreślania także znaczenia komfortu w sposobie ubierania się, zwracały uwagę na jego oryginalność: „Czerwona kurtka w dosyć dziwnym kroju, który będzie się zapewne rzucał w oczy, gdybyśmy sobie stali w jakiejś grupie. Buty na obcasie (KM_4_27), „(jestem – przyp. aut.) raczej zwracająca uwagę ze względu może na mniej standardowy sposób ubierania" (K_15_36). Reprezentantki najmłodszej kategorii badanych w swoich wypowiedziach częściej uwzględniały także elementy stroju, które miały je wyróżniać spośród innych, przywiązywały większą uwagę do mody i dostosowania ubioru do swojego wieku. Starsze respondentki wyłamywały się z takiego typowego dla patriarchalnego sposobu postrzegania kobiet w ich wieku – stawiały na własną wygodę lub kolorowym strojem chciały zwrócić na siebie uwagę (w patriarchacie powinny być raczej ubrane w stonowany, nierzucający się w oczy strój, „stosowny" do ich wieku).

W przypadku mężczyzn najliczniej na temat stroju wypowiedzieli się młodzi. Zarówno uczestnicy badań z najmłodszej, ale i najstarszej kategorii często opisywali strój jako młodzieżowy, luźny i sportowy:

> Często chodzę w koszulach [...], raczej luźna koszula, rozpięta, taka na luzie. Nie jakaś upięta, bez krawatu. Nic takiego. Buty raczej sportowe. [...] wydaje mi się, że luźny styl ubierania, taki młodzieżowy, można to nazwać młodzieżowym stylem ubierania (MM_4_24). Staram się ubierać tak po młodzieżowemu, wydaje mi się, że to też świadczy o tym że czuję się młodo, że lubię się ubierać bardziej młodzieżowo niż w stylu »na tatusia«, ja to tak nazywam

(MM_15_37). Ubierający się młodzieżowo (MST_6_66). Granatowa bluza sportowa i czerwona reklamówka (MST_12_72).

Tylko jeden mężczyzna w średnim wieku stwierdził, że ubiera się młodzieżowo, ale tak, aby „nie przesadzić" i „żeby nie zrobić z siebie playboya młodzieżowego" (MSR_6_47). Większość panów w średnim wieku skłaniała (nie wiem czy forma dobra) się do tego, by wyglądać bardziej elegancko i ubierać się stosownie do okazji: „W miarę elegancko, estetycznie ubrany" (MSR_14_61), „Niekoniecznie krawat, ale jakiś element czegoś eleganckiego powinien być. Jeżeli byłaby to okazja formalna, to byłby strój dostosowany do okazji" (MSR_14_61). W przypadku mężczyzn daje się uchwycić w ich wypowiedziach nawiązanie do tradycyjnego modelu męskości. Młodość może pozwolić sobie na „luz", wiek dojrzały powinien bazować na elegancji, stonowaniu, racjonalności w doborze stroju.

W kontekście porównania płci, to zarówno młode kobiety i młodzi mężczyźni cenili komfort, sportowe ubrania, ale także ich oryginalny wygląd. Opisywali siebie poprzez ubieranie się w modne „ciuchy". Kobiety w średnim wieku przywiązywały większą wagę do wyróżniania się kolorowym strojem, a ich rówieśnicy – elegancją. Osób starszych wypowiadających się na ten temat były łącznie tylko trzy osoby, więc trudno tu o uchwycenie istotnych różnic między płciami.

Reasumując, w opisie własnego wyglądu dokonywanym przez uczestników i uczestniczki badania, możemy odnaleźć elementy zarówno wpisujące się w model kobiecości i męskości funkcjonujący w społeczeństwie patriarchalnym, jak i nowoczesnym. Po pierwsze kobiety odwołują się do takich swoich cech, które utożsamiane są z tradycyjnym modelem kobiecości: długie włosy pozbawione siwizny, ładna, gładka cera, „kobiece" kształty sylwetki (wąska talia, szerokie biodra, obfity biust). Warto podkreślić, że zwracały na to uwagę respondentki w różnym wieku. Te młode wypowiadały się na ten temat w najskromniejszy sposób, być może dlatego, że to właśnie młodość ich ciała pozbawiała je głębszej refleksji na temat swojego wyglądu w tym kontekście. Przyjmowały go jako coś „naturalnego" – są młode, więc atrakcyjne, mają pełne usta, gładką cerę, gęste i długie włosy, szczupłą sylwetkę. Z kolei takie cechy jak na przykład „bycie przy kości" czy zbyt wysoki wzrost były traktowane jako odstępstwa od normy dla tej kategorii wiekowej lub kobiecości w ogóle. Wraz z wiekiem uczestniczki badania jednak charakteryzowała większa refleksyjność i wnikliwsze rozważania przy opisywaniu własnego wyglądu. Podkreślały te atrybuty, które wpisują się w tradycyjny model kobiecości (bycia atrakcyjną), czyli posiadanie nadal ładnych włosów, pozbawionych siwizny, farbowanych. Wyróżnianie się posiadaniem „kobiecej sylwetki", według tych pań jest ich atutem – czyli nie są „ani grube, ani chude", mają widocznie zarysowaną linię biustu i bioder. Kobiety w średnim wieku

i starsze zwracały także uwagę na jakość swojej cery, niektóre podkreślając fakt, że nie mają jeszcze zbyt widocznych zmarszczek i – w niektórych przypadkach – że wyglądają na młodsze niż wskazuje na to ich metryka. Istotne wydaje się także to, że kobiety w średnim wieku, by być zauważonymi przez otoczenie jako kobiety, zakładały kolorowe, wyróżniające ich ubrania. A kobiety stare stosowały makijaż jako narzędzie podnoszenia swojej atrakcyjności i zachowania młodego wyglądu. Z drugiej strony możemy zauważyć także elementy nowoczesnego modelu kobiecości choćby w kontekście wybierania przez większość uczestniczek badania wygodnych, komfortowych strojów, a nie tych „typowo kobiecych", takich jak sukienki czy buty na wysokim obcasie.

Jeśli chodzi o mężczyzn biorących udział w badaniu, to również możemy dostrzec współistnienie tych dwóch modeli męskości. Z jednej strony mówili o wzroście, budowie ciała czy męskich rysach twarzy, ciemnej karnacji i posiadanym zaroście, klasycznym ubiorze, czyli cechach wpisujących się częściej w patriarchalny model męskości. Z drugiej strony wypowiadali się na temat komfortowego, sportowego stylu ubierania się. Dostrzegali także proces starzenia się, pojawianie się zmarszczek czy siwizny, co wpisuje się zdecydowanie w nowoczesny model męskości, bardziej podatnej na ocenę własnego wizerunku. Podobnie jak kobiety część mężczyzn była także skłonna – niezależnie od swojego wieku – krytycznie opisywać swój wygląd. Warto zauważyć, że młodzi mężczyźni zwracali uwagę na pewne elementy wyglądu, o których mówiły kobiety (a które były pomijane przez mężczyzn z pozostałych kategorii wiekowych). Wskazywali oni często na włosy czy kolor oczu jako cechy ich wyróżniające. Najmłodsi badani najczęściej charakteryzowali się poprzez opis swojego wzrostu (najczęściej wysokiego) i sylwetki (zazwyczaj określanej jako szczupłej). Z kolei mężczyźni w średnim wieku zwracali uwagę na to, że zachowanie „męskiej sylwetki", czyli takiej, która jest umięśniona i wysportowana, nadal atrakcyjna dla płci przeciwnej – kosztuje ich dużo poświęcenia (chodzenie na siłownię, czas poświęcony na dbanie o ciało). Również warto zwrócić uwagę, że w kategorii wiekowej 38–62 lata panowie najczęściej zwracali uwagę na ubieranie się w klasyczny sposób, który wpisuje się w typowy dla patriarchalnego społeczeństwa modelu męskości. Mężczyźni w średnim wieku i ci starsi mówili także o procesie utraty silnego ciała, zaniedbywaniu się i zauważaniu symptomów starzenia, takich jak łysienie, siwienie, pojawianie się zmarszczek, worków pod oczami. Może to świadczyć o zmianach, jakie zachodzą w obszarze wizerunku współczesnych mężczyzn jako tych, którzy także powinni dbać o swój wygląd i przykładać do niego wagę.

W wypowiedziach kobiet i mężczyzn pojawiają się elementy dotyczące kanonu atrakcyjności, o których pisali C. Hakim (2010), D. Hamermesh i J. Biddle (1994), czyli posiadania szczupłej sylwetki w przypadku

obu płci, muskulatury u mężczyzn i tak zwanych „kobiecych kształtów" w przypadku kobiet. Panie mówiły także o swojej cerze i włosach. Warto jednak zaważyć, że wśród osób w średnim i starszym wieku pojawił się także inny element z teorii C. Hakim, dotyczący kapitału ludzkiego, jakim jest urok i wdzięk, a także pozytywna energia oraz „bycie duszą towarzystwa" (Hakim 2010). Osoby w tym wieku często opisywały siebie przez pryzmat tego, że są uśmiechnięte i pogodne, a tym samym postrzegane jako bardziej atrakcyjne dla innych. Być może w kontekście osób w tych najstarszych kategoriach warto pamiętać, że kiedy zdają sobie sprawę z tego, że atrakcyjność w wymiarze fizycznym przemija, ważne jest zachowanie atrakcyjności społecznej, a ludzie uśmiechnięci są postrzegani przez otoczenie w bardziej pozytywny sposób.

Kobiety na ogół dokładniej opisują swój wygląd, wskazując na wiele istotnych detali, na które nie zawsze zwracają uwagę mężczyźni. Jednak w kontekście analizowanego w tym podrozdziale materiału, nie w pełni można zgodzić się ze stawianą hipotezą, że to kobiety częściej niż mężczyźni postrzegają wygląd jako zasób kapitału ludzkiego, mający wpływ na ich społeczne funkcjonowanie. I kobiety, i mężczyźni w swoich wypowiedziach byli skłonni krytycznie opisywać swój wygląd. W przypadku kobiet może to świadczyć o przywiązywaniu się do bardziej tradycyjnego sposobu postrzegania kobiecości, w której to kobieta podlega surowej ocenie swojego wyglądu ze względu na poszczególne atrybuty (proporcjonalna budowa, symetryczna twarz, pełne usta itd.). W przypadku mężczyzn ta zwiększona krytyka w stosunku do własnego wyglądu świadczy o przesunięciu się postrzegania męskości w bardziej nowoczesny sposób, w którym wygląd zewnętrzny odgrywa również ważną rolę. Jeśli chodzi o kategorie wiekowe, to płeć słabo różnicuje postawy wobec wyglądu młodych ludzi, którzy są świadomi tego, jak ważną rolę odgrywa on w ich życiu. Postawy osób w średnim wieku i starych wobec wyglądu są zróżnicowane ze względu na płeć, ale nie wynika to jednoznacznie z tego, że realizują wyłącznie patriarchalne wzory kobiecości i męskości. We wszystkich kategoriach wiekowych, te dwa modele – patriarchalny i nowoczesny – współistnieją i wzajemnie na siebie wpływają, co czasem przyczynia się do kontrastujących ze sobą opinii u tych samych badanych osób.

3.1.2. Czynniki wpływające na wygląd według kobiet i mężczyzn w różnym wieku (Julita Czernecka)

Ciało ludzkie jest kształtowane nie tylko przez uwarunkowania biologiczne, społeczno-kulturowe, ekonomiczne czy środowiskowe, ale także w toku interakcji międzyludzkich. Często to właśnie w odniesieniu do

obserwacji ciał innych ludzi będących dla nas pewnego rodzaju lustrem, w którym się przeglądamy, dokonujemy porównania tego, jak wyglądamy w szerszym kontekście, w stosunku do innych. Szukamy podobieństw i różnic, sprawdzamy, na ile nasze ciało wpisuje się w określone kanony piękna i brzydoty, zdrowia czy jego braku, normalności lub odstępstwa od niej (Wieczorkiewicz 2000). Ten podrozdział poświęcony jest przedstawieniu czynników, które zdaniem osób biorących udział w niniejszym badaniu, wpływają na to, w jaki sposób wyglądają. Zostaną w nim opisane uwarunkowania, które są typowe dla danej płci i kategorii wiekowej, oraz te najmniej reprezentacyjne.

Kobiety i mężczyźni w różnym wieku podczas wywiadów swobodnych mówili o kilku istotnych – wspólnych dla wszystkich – okolicznościach decydujących o ich wyglądzie. Najwięcej osób wskazało na czynniki genetyczne, dziedziczone po najbliższych, szczególnie po rodzicach. W drugiej kolejności mówiono o samopoczuciu, a także aspektach osobowości, które odgrywają znaczącą rolę w kontekście wyglądu. Badani odnosili się także do kwestii ogólnego dbania o siebie, używania kosmetyków, korzystania z usług profesjonalistów, a także właściwego odżywiania się czy aktywności fizycznej. Ważnym aspektem było także dbanie o zdrowie, które było utożsamiane w tym kontekście z dbaniem o wygląd. Wszystkie kategorie badanych zwracały uwagę także na czynniki ekonomiczne, bycie osobą aktywną towarzysko i zachowanie sprawności umysłowej. Pojawiały się także nieliczne wypowiedzi nawiązujące do czynników zewnętrznych, takich jak środowisko, pogoda, klimat czy przemiany cywilizacyjne. W końcu mówiono również o roli konkretnych sytuacji życiowych i losowych, które niejako odciskają „piętno" na wyglądzie.

Mówiąc o czynnikach, które mają wpływ na aparycję człowieka, kobiety i mężczyźni biorący udział w badaniu odwoływali się w pierwszej kolejności do cech dziedziczonych po przodkach, genów, które mają podstawowe znaczenie i determinują to, jaką mamy powierzchowność:

> To jak wyglądam, na pewno zależy trochę od genów [...]. Czasami nie mamy wpływu na naszą sylwetkę, to znaczy nie do końca zależy ona tylko od nas, tylko właśnie od genów (KM_13_34). Na pewno geny. Ewidentnie i tutaj, oczywiście, nie jestem genetykiem ani medykiem, ale w takim moim potocznym rozumieniu, geny, czyli jakaś konstrukcja taka niezależna od nas (KSR_5_47). To są geny, ale na to się nie ma wpływu, to jest uwarunkowane genetycznie, więc ciężko powiedzieć, że od czegoś zależy, znaczy zależy nie ode mnie, że jestem szczupły (MM_14_35). Na pewno natura, urodziliśmy się tacy, czyli to ma wpływ w dużym procencie (MSR_4_40). Przede wszystkim to jest nasze podłoże genetyczne, co w nas siedzi, determinacja rodzinna (MST_4_64).

W tych wypowiedziach odnajdujemy odwołania do tak zwanego kapitału biologicznego, który staje się przedmiotem poddawanym refleksji (Jakubowska 2009a). W tym kontekście badani odwołują się przede wszystkim do fizycznych cech dziedziczonych, takich jak rysy twarzy, wzrost, budowa ciała, określone skłonności ciała – na przykład tycie czy zachowanie szczupłej sylwetki, łysienie czy posiadanie bujnych włosów. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni w różnym wieku mówili o dziedziczeniu cech przede wszystkim w pierwszej linii, czyli po rodzicach. Wiele z tych wypowiedzi nie różnicowały ani płeć, ani wiek. Jest to bowiem taki rodzaj uwarunkowań, który nie do końca – w opinii badanych – może zostać poddany przekształceniom:

> Mój wygląd zależy na pewno od rodziców, od genów, mam różne rzeczy po nich (KM_1_21). Po rodzicach pewne rzeczy dziedziczymy, więc, no to na pewno ma jakiś wpływ (MM_1_21). Fajne geny to jest podstawa i tu mogę podziękować swoim rodzicom, bo pewne rzeczy dziedziczy się i czy pracujesz, czy nie pracujesz nad sobą, czy zawodowo jesteś aktywny, to z pewnymi rzeczami nie jesteś w stanie uporać się (MSR_5_46).

Jednak warto zwrócić uwagę przede wszystkim na różnice, jakie się pojawiały w tym kontekście w wypowiedziach uczestników badania. Kobiety najczęściej porównywały się do swoich matek. Jedne podkreślały, że wygląd odziedziczyły po swoich matkach i widzą bezpośrednie podobieństwo. Inne wręcz przeciwnie – odcinały się od tego, wskazując, że być może „wrodziły się" do rodziny ojca i do matek nie są lub nie chcą być podobne. Zazwyczaj wypowiedzi te miały zabarwienie oceniające. Raz pozytywne – w przypadku kiedy respondentki cieszyły się, że odziedziczyły po matkach figurę, „brak" zmarszczek, bujne włosy czy inne – ich zdaniem atuty. Innym razem negatywne – kiedy podkreślały, że robią wszystko, by jak swoje matki nie wyglądać. Co ciekawe, młode kobiety wypowiadały się na temat dziedziczonych genów najczęściej spośród wszystkich respondentek z różnych kategorii wiekowych, ale jednocześnie najbardziej ogólnie. W przypadku kobiet w średnim wieku wypowiedzi te były obszerniejsze i prawie każda nawiązywała do kwestii dziedziczenia po swojej matce i warto zauważyć, że podkreślały swoistą „walkę z genami matki". Jedna z wypowiadających się na ten temat kobiet przyznała, że sama o siebie stara się dbać, natomiast jej mama w ogóle o siebie nie dba, a mimo tego „dość dobrze" – jej zdaniem – wygląda. Wypowiadająca się na ten temat rozmówczyni starała się zwrócić uwagę na to, że „urodzie trzeba pomóc, tak jak ona to robi" i „jakby (jej mama o siebie – przyp. aut.) zadbała, to byłaby super" (KSR_2_41). Mimo wszystko podkreślała, że zazwyczaj ludzie nie dowierzają jej matce, że ma tyle lat, ile widnieje w numerze pesel, bo wygląda na młodszą niż jest

w rzeczywistości. Jednak widocznie dało się odczuć w jej wypowiedzi negatywną ocenę dotyczącą tego braku dbania o wygląd przez matkę i podkreślaniu, że w przypadku badanej jest zupełnie inaczej, bo ona sama potrafi zadbać o „odziedziczoną urodę". Inna kobieta wyraziła zadowolenie, że „na szczęście" do matki się „nie wrodziła", tylko do rodziny ojca, i z tego powodu się cieszy, bo nie musi walczyć z otyłością:

> Mama niestety ma lekką nadwagę, próbowała kilka razy diet, ale jakoś jej się nie udawało. Teraz wiem, że to geny i ona nigdy nie będzie jakoś bardzo szczupła. Ja natomiast jakby za wszelką cenę chcę utrzymać figurę i mam nadzieję, że mi się to uda. Może jestem bardziej do rodziny ojca podobna, oni są szczuplejsi niż rodzina mojej mamy, więc to jakby geny też tu wchodzą w rachubę (KSR_4_45).

Jednak badana ta nie była pewna, czy to geny decydują o tym, że zachowuje szczupłą sylwetkę, czy nieustanna walka o jej zachowanie. Była także wypowiedź kobiety w średnim wieku, która w ogóle nie utożsamiała się z wyglądem swojej matki i w bardzo kategoryczny sposób się od niego odcinała: „To chyba geny, ja nie mam pojęcia. Moja mama to w ogóle jest anty-ja. W ogóle nie jestem do niej podobna, nie utożsamiam się z nią i za wszelką cenę nie chciałabym być do niej podobna" (KSR_3_42).

Z kolei w wypowiedziach starszych kobiet pojawił się pozytywniejszy stosunek do dziedziczonych przez nie cech wyglądu po matkach. Oto jedna z takich wypowiedzi:

> Ja myślę, że po mojej mamie (odziedziczyłam wygląd – przyp. aut..), bo ona nie miała zmarszczek, miała 84 lata kiedy zmarła i nie miała w ogóle zmarszczek. Jak widzisz, ja nie mam też specjalnie zmarszczek. W tym wieku, w którym one się tam tworzą, w tym wieku to się powinno więcej mieć, a jednak tego nie ma tylu, bardziej taka czerstwa jest skóra (KST_14_86).

Inna kobieta zwróciła uwagę na to, że nie tylko odziedziczyła młody wygląd po mamie, ale także to, że należy dbać o swój wygląd: „Pewno geny, moja mama też nie wygląda na swoje lata, jest osobą zadbaną bardzo, nie wkłada w swoją urodę dużo zabiegów, a wygląda bardzo młodo i jej nikt nie mówi, że ma te lata, na które powinna wyglądać, zawsze jest zadbana, włosy ma zrobione, tak samo ja, ja nie wyjdę na ulicę jak nie jestem podmalowana troszeczkę" (KST_2_64).

Starsze kobiety niejednokrotnie zwracały uwagę także na to, że sam proces starzenia się i jego wpływ na wygląd jest często zależy od czynników genetycznych. Nawiązywały przede wszystkim do sytuacji, kiedy geny decydują o tym, czy ktoś wygląda na dużo młodszego czy starszego mimo swojego wieku: „Na pewno są też cechy genetyczne, które decydują

o tym, że ktoś dłużej zachowuje młody wygląd, a ktoś szybciej dostaje zmarszczki (KST_8_70). Cechy genetyczne też wpływają dużo na cerę i na wygląd, bo jak ktoś nie ma tych cech, no to nawet mając te lat trzydzieści, to będzie wyglądać jak pięćdziesiąt" (KST_11_77). Warto zauważyć, że to silne odniesienie do podobieństwa z matkami lub jego braku w przypadku kobiet nie dotyczy tylko uwarunkowań genetycznych, ale także określonych zachowań wobec wyglądu. Być może w toku obserwacji tego, jak matki traktują swój wygląd, uczestniczki badania albo zinternalizowały podobne zachowania w toku socjalizacji, albo nie chciały ich naśladować. W tym drugim przypadku być może silniejsza identyfikacja nastąpiła z przedstawicielkami rodziny ojca lub niego samego. Można nawiązać tu do teorii uczenia się ról, w której to bardzo ważna staje się identyfikacja zachowania i naśladowania rodziców. Nie zawsze dziecko naśladuje tylko rodzica własnej płci, ale też odmiennej, i wybiera ten model, który jest mu bliższy (Tillman 1996).

Młode kobiety w bardzo ogólny sposób wypowiadały się na temat dziedziczonych cech. Być może jest to spowodowane właśnie ich młodością i atrakcyjnością, co za tym idzie, mniejszą refleksyjnością nad tym jakie „pozytywne" czy „negatywne" cechy odziedziczyły po swoich rodzicach, a szczególnie po matkach. W przypadku kobiet w średnim wieku wypowiedzi negatywnie oceniające wygląd ich matek były wygłaszane głównie przez czterdziestolatki oraz pięćdziesięciolatki. Czterdzieści lat to często wiek określany mianem „przejściowego" między młodością, a wiekiem dojrzałym. Być może to wtedy kobiety mierzą się z „utratą młodości", i brakiem pewnego „oswojenia się" czy utożsamienia z wiekiem średnim. To czas, w którym kobiety starają się nadal zachować młodzieńczy wygląd i szczupłą sylwetkę – promowaną tak szeroko przez współczesną kulturę – a jest to niekiedy trudne ze względu na uwarunkowania genetyczne i związane z biologicznym cyklem życia (starzenie się skóry, wchodzenie w menopauzę). Te badane, które się nie identyfikują z wyglądem swoich matek, pragną realizować własną koncepcję wyglądu. Z kolei najstarsze respondentki są w pewnym sensie „wdzięczne" matkom „za dobre geny", które pozwalają im opóźnić oznaki starzenia się i zachować młodszy – niż to wskazuje metryka – wygląd. Sam wiek także nie pozostaje w tym przypadku bez znaczenia. Kobiety w procesie widocznego starzenia się są bardziej świadome wpływu upływającego czasu na ich wygląd i być może dlatego w tej kategorii wiekowej bardziej doceniają „dobre geny" odziedziczone po matkach niż młodsze respondentki.

Mężczyźni byli także świadomi, że ich wygląd w dużej mierze zależy od tego, jakie geny odziedziczyli po przodkach. I zdają sobie także sprawę z tego, że nie zawsze mogą wpłynąć na wygląd sylwetki, proces starzenia się czy łysienia:

> Na pewno jakieś tam czynniki genetyczne też mają wpływ na to, w jaki sposób się ludzie starzeją, jeżeli ktoś ma predyspozycje do tego, że z zewnątrz wygląda dojrzale, chociaż jest młody, to też ciężko pewnie mu z tym jakoś walczyć. Chociażby w przypadku mężczyzn szybsza tendencja do tracenia włosów na głowie, tak? [...], a jest to jakaś tam cecha dziedziczna w większości przypadków (MM_7_28). W 90% jednak determinanty rozwojowe, biologia, zwłaszcza jeśli chodzi o twarz [...], głównie determinanty biologiczne (MSR_3_40).

Według jednego z nich dzięki „fajne geny, to jest podstawa" i jest wdzięczny rodzicom za nie, ponieważ „pewne rzeczy dziedziczy się i czy pracujesz, czy nie pracujesz nad sobą, czy zawodowo jesteś aktywny, to z pewnymi rzeczami nie jesteś w stanie uporać się" (MSR_5_46).

Młodsi mężczyźni upatrywali podobieństwa genetycznego zarówno do swoich ojców, jak i matek. Niektórzy twierdzili, że w połowie geny odziedziczyli po jednym i drugim rodzicu: „Oczy mam po mamie [...], chyba po ojcu odziedziczyłem kruchość włosów" (MM_8_29), „Genetycznie, jeśli chodzi o budowę ciała, to na pewno do ojca jestem podobny, z wyglądu to mama" (MM_11_31). Tylko jeden młody mężczyzna porównał swoją sylwetkę do braci, podkreślając genetyczną odmienność od nich, ponieważ „oni byli chudzi jak szczypiorki", a on w stosunku do nich był „gruby" (MM_5_25). Mężczyźni w średnim wieku i starsi częściej w wypowiedziach mówili o swoich przodków z linii męskiej – szczególnie porównywali się do swoich ojców, czasem dziadków. Nie pojawiały się jednak porównania czy odniesienia do matek. Panowie w średnim wieku, mówiąc o podobieństwie do ojców, nawiązywali głównie do dwóch aspektów – łysienia i wzrostu. Jeden z respondentów przyznał, że po ojcu odziedziczył niski wzrost. Być może zwrócił na to szczególną uwagę, bo w tradycyjnym modelu męskości wzrost odgrywa duże znaczenie. Gdy ktoś jest obdarzony wysokim wzrostem. jednocześnie jest odbierany jako osoba z większym autorytetem (por. Skrok 2009, Gladwell 2008). Mężczyźni zwracali uwagę także na dziedziczenie tak zwanego „wysokiego czoła". Warto zwrócić uwagę na to, że im mężczyźni byli starsi, tym także podkreślali to, że stają się podobni do swoich ojców. Jeden z nich podkreślił, że dzięki genom ojca ma w wieku 70 lat jeszcze włosy (MST_8_70). Inny stwierdził, że wraz z upływem czasu stał się niejako odzwierciedleniem wyglądu swojego ojca: „Ja wiem, geny, geny [...], jak byłem młody, to nie byłem podobny do ojca, ale dzisiaj to można powiedzieć, że lustrem mogę (być – przyp. aut.)" (MST_3_63). Młodzi mężczyźni choć najliczniej wskazywali na kwestię dziedziczenia genów, mieli także dość pobieżne refleksje na ten temat. Im respondenci byli starsi, tym częściej zauważali podobieństwa do ojców czy dziadków, podkreślając posiadanie pozytywnych „genów": wysoki wzrost, posiadanie włosów

na głowie czy wolniejsze starzenie się, lub tych negatywnych: utraty włosów, pojawienia się zakoli, niskiego wzrostu. Być może, tak jak w przypadku kobiet, doceniane są przede wszystkim te „geny", które gwarantują pozostanie dłużej atrakcyjnym. Z analizy powyższych wypowiedzi wynika, że wygląd dla współczesnych mężczyzn ma coraz większe znaczenie, bo zwracają uwagę szczególnie na te elementy, które decydują, że we współczesnej kulturze danego mężczyznę uznajemy za atrakcyjnego bądź nie.

Podsumowując ten fragment analizy wyników badań, należy zwrócić uwagę, że młode kobiety i młodzi mężczyźni byli najliczniejszą grupą, która upatrywała uwarunkowań swojego wyglądu w cechach dziedziczonych przez rodziców. Częściej niż inne kategorie wiekowe zwracali oni uwagę na podobieństwo do rodziców, zarówno ojca, jak i matki (niezależnie od płci respondenta), szczególnie w kontekście sylwetki i dziedziczonej skłonności do szybszego lub wolniejszego starzenia się (panowie dodatkowo na procesy łysienia). Jednak wypowiedzi młodych ludzi były mało rozbudowane, co może świadczyć o ich poczuciu atrakcyjności, młodości i dostrzeganiu podobieństwa fizycznego tylko na poziomie dość płytkiej refleksji. Inna sytuacja dotyczy osób w wieku średnim, którzy potwierdzają lub zaprzeczają podobieństwu z rodzicem swojej płci. W wypowiedziach tej kategorii wiekowej nawiązywano ogólnie do procesu starzenia się i przede wszystkim kształtu sylwetki. Pojawia się tu także większa świadomość determinantów biologicznych i ich wpływu na zachowanie młodego i atrakcyjnego wyglądu lub wręcz przeciwnie – szybszej jego utraty. Kobiety często podkreślały, że obecnie muszą „walczyć z genami" matek, których nie akceptują. Także mężczyźni częściej wspominali o mankamentach wyglądu, które odziedziczyli po męskiej linii przodków. Być może wraz z upływającym czasem osoby w tej kategorii wiekowej częściej i bardziej „naocznie" konfrontują się ze zmianami, które zachodzą w ich ciele i ich nie akceptują – nie uznając też utraty samej młodości. Cechy wrodzone stają się bardziej widoczne niż u młodych ludzi. U starych ludzi z kolei następuje wyraźny zwrot ku wskazywaniu tych cech dziedziczonych po bliskich, które są pozytywne – brak zmarszczek i zachowanie młodzieńczego wyglądu, zachowanie włosów (w przypadku mężczyzn). To stawanie się odbiciem lustrzanym wyglądu rodziców – ojców w przypadku mężczyzn, a matek w przypadku kobiet – przybiera formę wyrażenia aprobaty i zadowolenia z faktu, że tak właśnie w ich przypadku się stało.

Kolejnym ważnym aspektem, który wpływał zdaniem badanych osób na ich wygląd, było samopoczucie. Najczęściej mówili o wpływie określonych sytuacji życiowych na pojawiające się emocje i nastroje, a także o roli stresu. Istotne było także własne podejście do życia, pozytywne

bądź negatywne, i to, w jaki sposób oni sami ten stosunek do własnej egzystencji tworzą. Nie bez znaczenia okazała się także społeczna aktywność, towarzyskość i kontakty z innymi. Badani z wszystkich kategorii wiekowych wypowiedzieli się na temat samopoczucia, jednak od razu warto zaznaczyć, że wypowiedzi kobiet w tym zakresie były dominujące. Oto kilka ogólnych cytatów z przeprowadzanych wywiadów: „Samopoczucie [...], to jak się czujemy, wpływa na to jak wyglądamy i jak postrzegają nas inni" (KM_3_24). „Wygląd zależy od chyba charakteru, [...] od podejścia do życia" (KST_11_77). „Samopoczucie przekłada się na wygląd (MM_6_27). Od czego to zależy jak ja wyglądam, od tego jak się czuję chyba, tak wyglądam" (MST_8_70). Istotne były jednak różnice w kontekście wypowiedzi między poszczególnymi kategoriami badanych.

Kobiety zazwyczaj odwoływały się do swojego nastroju, który ich zdaniem miał największy wpływ na to, czy w danym momencie wyglądają dobrze, atrakcyjnie czy wręcz przeciwnie. Dostrzeżono, że zmęczenie, zniechęcenie i spadek „humoru" negatywnie wpływa na to, jak się one prezentują na zewnątrz. Co ciekawe, najmłodsze wypowiadające się na ten temat kobiety podkreślały znaczenie pewnej labilności emocjonalnej, która ich zdaniem nie do końca zależy od nich samych, a od czynników zewnętrznych. Inaczej obrazują to wypowiedzi kobiet w średnim wieku i starszych, które uważają, że same także mają wpływ na nastrój i samopoczucie, a tym samym na swój wygląd.

Młode kobiety wiążą to jak się prezentują z samopoczuciem, powołując się na różne czynniki natury losowej, takie jak problemy w życiu prywatnym czy w pracy zawodowej. Ich daniem wpływają one na stan psychiki, a co za tym idzie, odzwierciedlają się w ich wyglądzie:

> To jak się czuję psychicznie, to bardzo, bardzo dużo potrafi zmienić. Czasami po prostu patrzę w lustro, źle się czuję i powiedzmy jestem niewyspana albo mam ciężkie momenty czy w pracy, czy w życiu osobistym, i patrzę na siebie, i widzę po prostu cień człowieka, podkrążone oczy, szarą cerę [...]. I dużo, dużo właśnie zależy od tego jak się czuję. Jak się czuję psychicznie, albo czasami sobie stanę przed lustrem »E, fajna laska ze mnie jest!«, i wtedy mogę iść do pracy i gdziekolwiek, i się dobrze czuję, mimo że wyglądam tak samo jak dzień wcześniej! Psychika dużo robi (KM_8_29). Myślę, że [...] sytuacja życiowa (ma wpływ na wygląd – przyp. aut.), bo to jednak w danym momencie jestem zadowolona ze swojej sytuacji życiowej, bo to na pewno jakieś przygnębienie czy problemy dodają lat, czuję się jakaś taka, dojrzalsza, poważniejsza, starsza, zmęczona bardziej, to wpływa na pewno (KM_15_36).

Warto zwrócić uwagę, że najmłodsze uczestniczki badania, mówiąc o swoim wizerunku widzianym w lustrze, bardzo szczegółowo go opisują, zwracając uwagę na najdrobniejsze szczegóły, takie jak wyraz oczu,

sposób układania się włosów, stan skóry, która jest „świeża" lub „zmęczona". Czasem dość radykalne same siebie oceniają – jednego dnia wyglądają „fenomenalnie", drugiego już „fatalnie". Tak jak to opisała jedna z nich: „Jednego dnia staję przed lusterkiem i stwierdzam, że z niczego nie jestem zadowolona, a innego dnia oczy się błyszczą i zupełnie się inaczej wygląda [...], to zależy od dnia, nieraz siebie lubię i już, a nieraz nie podoba mi się nic" (KM_10_30). Z drugiej strony młode kobiety uważają, że złe samopoczucie lub zmęczenie zniechęca do podejmowania jakichkolwiek działań na rzecz ulepszenia własnego wizerunku. Nie widzą wtedy sensu w dobieraniu atrakcyjnego wizualnie stroju, robieniu makijażu czy fryzury. Przyznają, że kiedy mają zły nastrój, nie ma też „siły" o siebie zadbać. Jedna z nich skomentowała to w ten sposób, że jeśli ma „gorszy dzień", to bardzo długo zajmuje jej zrobienie sobie makijażu, a i tak się wtedy sobie nie podoba, choć „niby ładnie wygląda" (KM_5_28). Kiedy towarzyszy im obniżenie nastroju, młode kobiety przyznają, że ma to wpływ nie tylko na makijaż, czy fryzurę, ale także na sposób, w jaki się ubierają: „Jeżeli mam więcej czasu i chęci, to staram się wyglądać ładniej, czyli nowe modne ciuchy, buty, fryzura i mocniejszy makijaż. Natomiast, gdy mam zły dzień, jestem niewyspana albo po prostu mi się nie chce, to lekki makijaż i luźne, wygodne ciuchy" (KM_13_34).

W wypowiedziach kobiet w średnim wieku można było wychwycić zdecydowanie większy (niż miało to miejsce w przypadku młodych kobiet) wpływ ich samych na samopoczucie i tym samym na ich wygląd. Mówiły o większej sprawczości i aktywnych działaniach, które podejmują w tych obszarach. Kilka respondentek wyjaśniało to w swoich wypowiedziach w następujący sposób:

> Przede wszystkim ode mnie samej, zawsze się staram żebym ja ze sobą się czuła dobrze (KSR_9_54). Jest ode mnie zależne, niezależnych to prawie nie ma (czynników wpływających na wygląd – przyp. aut.), zależne ode mnie to jest to, czy ja będę dbała o siebie czy nie, czy będę bardziej wypoczęta czy nie będę, czy pójdę do fryzjera obciąć włosy czy nie, bo nie muszę chodzić systematycznie, ale obciąć włosy do tego fryzjera muszę, bo się wtedy dobrze czuję i koniec (KSR_12_60).

Ten wpływ na samopoczucie odbywa się także poprzez dobór odpowiedniego stroju. Wybierają te ubrania, w których dobrze się czują: „Jeżeli mam dobre samopoczucie, jeżeli dobrze się czuję w jakimś ubiorze, to potrafię go nosić, potrafię go prezentować i uważam, że ubiór powinien być szalenie dostosowany do psychiki, nie można nosić wszystkiego" (KST_4_66). Jedna z nich wprost przyznała, że jeśli za oknem jest zimo i jest brzydka pogoda, ona sama musi dodać sobie energii poprzez odpowiednie dobranie kolorystyki ubrania i założenie „żarówiastego

stroju", nie przejmując się opiniami innych (KSR_9_54). Tylko jedna kobieta w grupie w średnim wieku przyznała, że „jak ma jakąś wściekliczę w środku" to się ubiera „dziwnie, bez składu, bez ładu" (KSR_8_53). W grupie najstarszych badanych także pojawiła się warta uwagi wypowiedź dotycząca tego, że ubiór zawsze powinien być dostosowany do naszego samopoczucia. Zdaniem jednej z nich nawet najmodniejsze rzeczy nie będą do nas pasować i nie będą mogły być dobrze prezentowane, jeśli nie będą odzwierciedlać stanu naszej „psychiki". Z kolei te ubrania, które będą odpowiadać, współgrać z nastrojem, powodują, że ci, którzy je noszą będą się w nich dobrze czuć (KST_4_66).

Reasumując wypowiedzi kobiet biorących udział w badaniu, należy zauważyć, że ich zdaniem pozytywne podejście do życia i optymizm mają istotne znaczenie wpływające na wygląd zewnętrzny. Część z nich, niezależnie od wieku, była świadoma wpływu cech osobowościowych na ogólne nastawienie do życia. Ich zdaniem optymizm życiowy dodatnio oddziałuje także na to, jak się prezentują w oczach innych ludzi i w jaki sposób są odbierane społecznie. Młode kobiety, podając przykłady takich sytuacji, nawiązywały raczej do negatywnych konsekwencji braku optymizmu życiowego: „Nieraz widzę takie laski, które są piękne, jakbyś spojrzała, to dałabyś je na okładkę Vogue, a stoi taka z wykrzywioną buzią i pomimo, że wygląda jak milion dolarów, to nie miałabym z nią ochoty porozmawiać, bo jakoś odstrasza, mimo, że jest śliczna" (KM_5_28). Inna młoda respondentka także zauważyła, że brak pozytywnego nastawienia do życia, przekłada się na postrzeganie wyglądu jako nieatrakcyjnego, zmniejsza szanse na kontakty z innymi ludźmi, którzy ignorują tych, którzy mają „zły humor" (KM_3_24). Podobną wypowiedź odnajdziemy wśród kobiet starszych: „Usposobienie takie wewnętrzne też ma znaczenie, jak ktoś jest stale przygnębiony, to też wpływa na wygląd zewnętrzny" (KST_16_89). Zachowanie dobrego samopoczucia i optymizmu z kolei pozytywnie wpływa na zachowanie dobrych relacji międzyludzkich i znaczącą aktywność towarzyską (KST_6_69). Dało się zauważyć także takie wypowiedzi, które mówiły o tym, że optymistyczna postawa życiowa powoduje, że inni ludzie postrzegają nas jako młodszych niż w rzeczywistości jesteśmy: „Gdy jest się optymistycznym, uśmiecha się, jest się wesołym, przyjemnym, miłym i tak dalej, to się jest postrzeganym takim młodszym, czy nawet jest się takim młodszym nie jest, tak?" (KSR_5_47). To również nawiązanie do takich elementów kapitału erotycznego kobiet, jakim są urok, wdzięk, bycie miłym i uśmiechniętym. C. Hakim zwracała uwagę na to, że te aspekty są częściej przez kobiety wykorzystywane w relacjach międzyludzkich (Hakim 2010). Być może tak częste odwoływanie się przez

kobiety do samopoczucia i nastroju jako czynników w tak ważnym stopniu wpływających na ich wygląd można wytłumaczyć tym, że psychiczne życie kobiet jest bardziej związane z ciałem niż życie mężczyzn, ponieważ kobiety posiadają specyficzną skłonność do ozdabiania swojego ciała niezależnie od kultury i czasów, w których żyją. Według J. Ortegi y Gasseta fizjologia kobiet narzuca im nawyk nieustannego czuwania nad swoim ciałem, które tym samym staje się – w ich perspektywie patrzenia na świat – najbliższym obiektem. Dlatego ciało i dusza kobiet są ze sobą nierozerwalnie połączone (Ortega y Gasset 1982).

Mężczyźni dużo rzadziej niż kobiety wspominali o znaczeniu samopoczucia w kontekście wyglądu. Nie powoływali się także na samo słowo „nastrój", tak wielokrotnie przywoływane przez uczestniczki badania. Jeśli już wskazywali na ten czynnik, to raczej w odniesieniu do wpływu stresu i problemów życiowych na wygląd. Były też aspekty wspólne z tymi poruszanymi przez panie – mówiono o kontaktach towarzyskich oraz pozytywnej bądź negatywnej postawie życiowej.

Najmłodsi mężczyźni biorący udział w badaniu zdecydowanie najczęściej wskazywali na powiązanie czynników psychologicznych z wyglądem. Mówili szczególnie o problemach życiowych i emocjach, jakie im towarzyszą, które w znaczący sposób „odbijają się" na tym, jak się prezentują:

> Od samopoczucia trochę zależy wygląd, postawą ciała na pewno wyraża (człowiek – przyp. aut.) swoją dyspozycję psychiczną, jak jest przybity, to się garbi, jak się czuję świetnie, to ma otwartą klatkę piersiową (MM_6_27). Właściwie wszystko wpływa na to, jak wyglądamy. To, czy jesteśmy wypoczęci, czy nasz aktualny stan, że tak powiem, zdrowia psychicznego jest optymalny, czy też mamy jakieś troski (MM_7_28).

Młodzi badani mówili także o negatywnym znaczeniu stresu, który może przyczyniać się do powstawania różnych chorób, a także popadania w stany depresyjne. Jeden z wypowiadających się na ten temat mężczyzn przyznał, że w dzisiejszych czasach jednym z głównych czynników stresotwórczych jest brak pewności zatrudnienia, a jego zdaniem stała praca i zapewnione dochody wypływają na poziom zadowolenia z życia i poczucie szczęścia. Jego zdaniem, kiedy jesteśmy usatysfakcjonowani swoją sytuacją życiową, to mamy także motywację do dalszego działania zmierzającego do podnoszenia własnej atrakcyjności, dbania o swój wygląd (MM_10_31). W innej wypowiedzi reprezentanta najmłodszej kategorii mężczyzn pojawia się odwołanie do określonych cech charakteru, takich jak pewność siebie, która sprawia, że człowiek nie tylko wygląda lepiej, ale pewny swoich atutów, ma większy wpływ na innych i łatwiej mu przychodzi osiąganie tego, co sobie w życiu zaplanował (MM_8_29).

Jeśli chodzi o mężczyzn w średnim wieku, to warto zwrócić uwagę tylko na wypowiedź jednego z mężczyzn, który podkreślił wpływ ludzi, jakimi się otaczamy, na nasze samopoczucie. Mimo że ukończył 54 lata, to nadal ma „power", czuje moc i zachowuje dobrostan psychiczny, właśnie dzięki otaczaniu się „fajnymi znajomymi", którzy nie są „zgryźliwi", nie są malkontentami wiecznie na coś narzekającymi, tylko lubią się bawić, tańczyć i śmiać. W jego przypadku to ważne, by zachować dobre samopoczucie, bo ma obciążającą zarówno psychicznie, jak i fizycznie pracę zawodową (pracuje jako rehabilitant ciężko chorych osób) i żeby zachować optymizm, musi w jakiś sposób „odreagowywać" (MSR_9_54). Nieliczni starzy mężczyźni wspominali, że na wygląd ma wpływ przede wszystkim ogólne podejście i nastawienie do życia: „Dlaczego wyglądamy, tak jak wyglądamy? Otóż na to się składa całe nasze życie, bo to nie jest tak, że ostatnie trzy lata, tylko to jest pewien sposób bycia, sposób na życie" (MST_4_64). Inny mężczyzna w tej samej kategorii wiekowej wspominał, że jeśli człowiek ma pozytywne nastawienie do samego siebie, to jest „piękniejszy" (MST_3_65).

Analizując świadomość badanych na temat wpływu samopoczucia na wygląd, warto zauważyć, że najmłodsi respondenci i respondentki częściej interpretowali je w kontekście czynników niezależnych od nich samych, takich jak problemy życiowe, problemy z pracą etc. Może to być spowodowane w ich przypadku funkcjonowaniem w określonym cyklu życia, bowiem młodość zazwyczaj jest obarczona wieloma wewnętrznymi rozterkami i borykaniem się z nowymi wyzwaniami, jakie przed nimi stawia faza adolescencji. Z kolei respondentki w średnim wieku znacząco podkreślały to, że one same mają wpływ na swój wygląd poprzez działania, jakie podejmują na rzecz utrzymania dobrego samopoczucia. Starsze osoby – i kobiety, i mężczyźni – uważali, że największy wpływ na wygląd ma zachowanie pozytywnego nastawiania do życia, w tym utrzymywanie kontaktów towarzyskich. Jest to swoiste łamanie stereotypu na temat starości, która jest zwykle postrzegana jako obarczona samotnością i niedołężnością (Tokarz 2005).

Uczestnicy badania wskazywali także inne aspekty, które ich zdaniem odgrywają istotą rolę w kontekście wyglądu. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni zwrócili uwagę na kwestię dbania o siebie. Kobiety najczęściej mówiły o zabiegach kosmetycznych, a mężczyźni o utrzymaniu ogólnej higieny. Uczestniczki badania – niezależnie od wieku – opowiadały, w jaki sposób stosują określone kosmetyki, takie jak kremy, balsamy, a także jakim zabiegom pielęgnacyjnym poddają swoją skórę, zarówno w domu, jak i w profesjonalnych salonach urody. Mówiły o stosowaniu makijażu i pielęgnacji włosów (myciu, farbowaniu i układaniu). Oto kilka ilustrujących ten temat wypowiedzi:

> Mój wygląd zależy od tego na ile o siebie dbam [...], to znaczy, czy danego dnia chce mi się umalować, czy mi się nie chce, czy mi się chce założyć soczewki, czy mi się chce założyć okulary, czy mi się chce umyć głowę i mam rozpuszczone włosy, czy mi się nie chce i wtedy je związę w kitkę (KM_4_27). Na pewno to dbałość o własny wygląd, to znaczy dbanie o włosy, jeżeli ktoś ma krótkie, to chodzenie do fryzjera czy układanie tych włosów, stosowanie kremów odpowiednich do własnej cery (KSR_6_48). Na wygląd wpływam ja, ponieważ dbam o swoją fizjonomię, kremuję się, ogólnie to te wszystkie odżywki, kosmetyki po prostu, kremy do twarzy, a nogi i rączki też sobie smaruję i dbam o ręce i robię sobie sama manicure, nie chodzę do manikiurzystki (KST_13_85).

Generalnie nie było w tym obszarze różnic między poszczególnymi kategoriami wiekowymi kobiet. Można powiedzieć, że te najmłodsze więcej uwagi skupiały na ilości czasu, jaki muszą zainwestować, by dobrze wyglądać i same o siebie zadbać. Z kolei kobiety w średnim wieku najczęściej mówiły o zabiegach fryzjerskich i dbaniu o ułożenie fryzury. Natomiast najstarsze badane wskazywały na używanie kremów, tak „by skóra się nie marszczyła" i wyglądała młodziej. Część z nich była świadoma zależności, jaką ma stosunek ilości czasu oraz uwagi poświęconej na pielęgnację ciała, a tym, w jaki sposób będą wyglądały i jak to wpłynie na ich społeczny odbiór.

Z kolei mężczyźni (niezależnie od wieku), mówiąc o ogólnym zadbaniu, najczęściej mieli na myśli sprawy związane z higieną ciała, czyli na przykład z byciem ogolonym, ostrzyżonym, z posiadaniem czystych paznokci. Oto wybrane wypowiedzi na ten temat:

> Mówię tutaj o [...] dbaniu w sensie, ktoś jest ogolony – nieogolony, uczesany – nieuczesany, zadbaną ma fryzurę – niezadbaną, obcięte paznokcie – brudne paznokcie, zęby czarne – zęby umyte. To tak jakby codzienna, zwykła higiena stwarza nasz obraz (MSR_4_40). To ode mnie zależy, czy pójdę rano do pracy ogolony, czy nie, czy założę na przykład brudne spodnie czy czyste, czy wyprasowaną koszulę, czy niewyprasowaną [...], ja się będę jednak upierał, że wygląd od nas zależy (MST_5_54).

Dbanie o siebie nie ma mieć formy – zdaniem niektórych mężczyzn – „przesadnego narcyzmu", czyli skupiania swojej uwagi tylko na wyglądzie. Przykładanie większego znaczenia do wizerunku najczęściej jest związane z charakterem wykonywanego przez mężczyzn zawodu. Oczywiście współcześni mężczyźni także coraz częściej stosują kosmetyki i korzystają z salonów urody, jednak jak na razie takie zachowania nie mają jeszcze charakteru masowego i odnoszą się przede wszystkim do młodych mężczyzn i tych w średnim wieku (Czernecka 2011). Warto zauważyć, że młodzi mężczyźni wśród czynników od nich niezależnych, a które

mogą oddziaływać na wygląd zewnętrzny, wymieniali także porę roku oraz panujący klimat:

> Gdy temperatury są niższe, rzadziej się golę i chodzę do fryzjera, natomiast gdy jest ciepło, staram się utrzymać niewielki zarost i krótkie włosy. Latem jest gorąco i noszenie dłuższych włosów nie jest komfortowe, jest w nich bardziej gorąco, mocniej się pocę i przez to wymagają dodatkowego mycia. To raczej ja mam wpływ na swój wygląd (MM_3_22). Lubię być delikatnie opalonym, niestety się mocno opalam, ale opalenizna też jest ważna, jeśli ktoś jest bardzo, bardzo blady, wolę bardziej opalone osoby (MM_15_37).

Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, upiększanie ciała za pomocą kosmetyków czy profesjonalnych zabiegów wydaje się być przez nich traktowane jako przejaw dokonywania określonego wyboru. Wyboru, dzięki któremu ciało staje się przekaźnikiem, symbolem, który poddawany jest interpretacji przez innych. Część respondentów traktuje ciało jako pewnego rodzaju zewnętrzną konstrukcję, która ma znaczenie nie tylko dla nich samych, ich samopoczucia, ale także wpływa na to, jak są postrzegani przez innych (Zawadzka 2000).

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na wygląd zewnętrzy, o którym wspominali uczestnicy badania, jest strój. Poruszano głównie kwestie odpowiedniego dostosowania ubrania do okoliczności, pór roku czy trendów mody, a także indywidualnego stylu ubierania się. Młode kobiety zwracały uwagę przede wszystkim na rolę stroju w tak zwanym „ukrywaniu" mankamentów sylwetki, tuszowaniu niedoskonałości figury. Kobiety w średnim wieku zwracały głównie uwagę na dostosowanie stroju do okoliczności i ludzi, z którymi się spotykamy:

> Na pewno biorę poprawkę na to, gdzie się wybieram i z kim się spotykam. Jeżeli jest to spotkanie w plenerze, to nie pójdę w kilogramach biżuterii i na szpilkach. Kiedy biegnę na jakiś egzamin, mam szpile, wszystko jest ładnie, ale w torbie mam już czy sztyblety czy jakieś płaskie buty, to ja za chwilę to zmieniam, bo gdzieś w innej części miasta mam spotkanie, czy coś, to ja sobie zdejmę biżuterię, jestem przetransponowana w sekundzie i biegnę dalej (KSR_9_54).

Inna wyraziła żal, że nie do końca może wybrać takie ubrania, jakie jej się podobają i są zgodne z trendami mody, bo ze względu na znaczącą otyłość musi ubierać się w to, co jest po prostu dostępne na rynku odzieżowym (KRS_8_53). Starsze badane zwracały uwagę bezpośrednio na kwestię mody i tego, w jakim środowisku się obracają i jaki ma to wpływ na ich osobiste wybory. Jedna z nich interesuje się modą, ogląda pokazy mody i magazyny temu tematowi poświęcone, obserwuje to, w jaki sposób ubierają się znani ludzie i to wpływa na to, jakie stroje

wybiera. Przyznaje jednak, że należy być w sprawie wyglądu krytycznym, bo nie wszystko „da się przetransponować na naszą sylwetkę", bo nie wszystko dobrze na niej leży (KST_4_66). Inna starsza kobieta pracująca wśród młodych ludzi stwierdziła, że wiek współpracowników wpływa na to, że sama chce się ubierać atrakcyjnie i wyglądać dzięki temu na młodszą (KST_5_67).

Z kolei mężczyźni, szczególnie ci młodsi i w średnim wieku, największą wagę przypisywali właśnie okolicznościom, do których muszą dopasować swój wygląd. Ich zdaniem powierzchowność człowieka determinuje określona sytuacja życiowa, w jakiej człowiek się znajduje, a także miejsce, do jakiego się udaje, w tym również środowisko zawodowe: „Wygląd zależy od pracy, od pozycji w firmie. Wiesz, jak trzy czwarte życia spędzasz w pracy, która wymaga od ciebie jakiegoś takiego wizerunku na pokaz, że tak powiem, no to przypuszczam, że jak przychodzi weekend, to nic się nie zmieni, to nie będzie tak, że całe życie będziesz się ubierać w garniaki, a sobota, niedziela będziesz się zapuszczał" (MM_13_32). Panowie mówili także ogólnie o tym, że należy wyglądać schludnie. Inni wspominali o akcesoriach, takich jak krawat czy okulary, które „podkreślają" ich osobowość. Niektórzy mężczyźni w średnim wieku uważali, że styl ubierania musi odzwierciedlać ich upodobania, oraz to, że w danym stroju muszą czuć się nie tylko komfortowo, ale przede wszystkim muszą „pozostać sobą". Jeden z nich zauważył, że nie można jednak przekraczać „pewnych granic" – miał on na myśli, że jako osoba w określonym wieku, nie może ubierać się jak „playboy", nawet jeśli ma się na to ochotę (MSR_6_47).

Z pewnością uczestnicy badania zdawali sobie sprawę z roli, jaką strój odgrywa w kreowaniu ich wizerunku, ale z pewnością zauważali także, że nie tylko należy go dopasować do okoliczności, ale przede wszystkim powinien odzwierciedlać „ich wnętrze" – psychikę, samopoczucie. Ten wizualny sposób wyrażania własnej indywidualności poprzez określony wygląd, symboli widocznych dla otoczenia staje się także podstawą budowania podmiotowości zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn (Bauman 1995).

Innym istotnym elementem, o którym wspominali badani w kontekście czynników, które wpływają na ich wygląd, był styl życia, a dokładnie dwa jego aspekty – odżywanie i aktywność fizyczna. Na ogół uczestnicy badania, niezależnie od płci, mówili o tych dwóch czynnikach jednocześnie. Wszyscy wypowiadali się na ten temat w dość ogólny sposób, podkreślając, że to, jak wyglądamy, zależy od tego, czy jesteśmy aktywni fizycznie, czy uprawiamy sport, w jaki sposób się odżywiamy i czy prowadzimy zdrowy tryb życia. Na uwagę zasługuje fakt, że wśród młodych kobiet pojawiały się opinie o tym, że sposób odżywiania

i regularna aktywność fizyczna mogą realnie wpłynąć na wygląd, a nawet „walczyć" z uwarunkowaniami genetycznymi. Jedna z wypowiadających się na ten temat kobiet, przyznała, że kiedy ma się predyspozycje na przykład do tycia, to aktywny i zdrowy tryb życia może pomóc w utracie zbędnych kilogramów (ona sama dzięki temu straciła ich aż 30) (KM_9_30). Inna dzięki regularnemu ćwiczeniu jogi i stosowaniu odpowiedniej diety, zdołała znacząco – w jej opinii – „wysmuklić" ciało (KM_12_34). Inna badana, tym razem w średnim wieku, nawiązała do obecnie panującego kultu szczupłego ciała i konieczności odchudzania się: „Wszędzie gdzie się nie obejrzysz, to są szczupłe laski, modelki, prezenterki. Wszystkie są szczupłe i wszystkie się odchudzają, więc takie czasy, no musisz dążyć to tego ideału, wręcz takie są wymagania. Ja staram się tę figurę utrzymać, jak mi się trochę przytyje, to od razu głodóweczka i jest ok" (KSR_4_45). Natomiast najstarsze uczestniczki badania podkreślały znaczenie aktywności fizycznej jako stałego elementu stylu życia, który wpływa w istotny sposób na nasz wygląd. Oto wypowiedź jednej z nich: „Całe życie chodziłam na jakieś ćwiczenia gimnastyczne takie czy inne, kiedyś tam uprawiałam sport, a jak ze sportem skończyłam, to właściwie nigdy nie przerwałam chodzenia na jakiś fitness" (KST_8_70). Ta sama respondentka zauważyła, że aktywność fizyczna rozładowuje przede wszystkim stres i różnego rodzaju frustracje, a to wpływa także na nasz wizerunek.

W przypadku mężczyzn najobszerniej i najczęściej o stylu życia, aktywności fizycznej i odżywianiu mówili mężczyźni młodzi: „To co jem, to w jaki sposób się odżywiam (wpływa na wygląd – przyp. aut.), to czy ćwiczę i jak dużo, jak bardzo jestem aktywny fizycznie" (MM_5_26), „Ma na pewno wpływ jak wyglądam – waga, ilość aktywności fizycznej, styl życia" (MM_10_31). Co ciekawe, odwoływali się także do stylu pracy jako czynnika warunkującego ich wygląd. Zwracali uwagę na rodzaj pracy, czy jest to praca umysłowa czy fizyczna. Jeśli cały dzień „siedzi się przy biurku", to ciało należy poddać treningowi siłowemu. A jeśli jest się pracownikiem fizycznym, nie trzeba już dodatkowo ćwiczyć czy uprawiać sportu, bo samo wykonywanie zadań takich jak podnoszenie, przenoszenie, dźwiganie różnych przedmiotów, wpływa budowanie masy mięśniowej i kształt sylwetki. Warto podkreślić, że w wypowiedziach najmłodszych badanych dało się zauważyć także niekorzystny wpływ, jaki na wygląd zewnętrzy ma ciężka fizyczna praca w trudnych warunkach: „Nieraz mam podkrążone oczy, bo jednak wymaga to trochę wysiłku. Czerwone, bo a coś nuż, widelec wpadnie do oka, mimo to że się ma okulary ochronne, ale to zawsze pył i inne rzeczy, które latają w powietrzu" (MM_8_29). Młodzi mężczyźni wyraźnie dostrzegali powiązanie atrakcyjności zewnętrznej z odpowiednim „rzeźbieniem sylwetki"

poprzez aktywność fizyczną. Z kolei wśród mężczyzn w średnim wieku ta świadomość prowadzenia aktywnego ruchowo trybu życia, była związana zapobieganiu otyłości. Ważny okazał się także – ich zdaniem – czynnik bycia aktywnym umysłowo, co także korzystnie wpływa na wygląd (wygląda się „inteligentnie"). Pojawiły się także nieliczne wypowiedzi najstarszych biorących w badaniu mężczyzn, którzy zwracali uwagę na to, jak ważna jest sama świadomość prowadzenia odpowiedniego trybu życia. Oprócz aktywności fizycznej na drugim miejscu w ich opinii było utrzymanie tak zwanej dyscypliny żywieniowej, walki z łakomstwem, „nie obżeranie się". Jeden z wypowiadających się na ten temat mężczyzn stwierdził: „Jak ktoś lubi dużo jeść i jest gruby, to i będzie wyglądał starzej i będzie misiowaty, a jak ktoś po prostu je, a nie obżera to będzie szczupły, będzie ruchliwy, prosty, jego chód będzie lekki" (MST_6_66).

We współczesnej kulturze ta „władza nad ciałem" ma istotne znaczenie, bo troska o ciało jest poddawana nie tylko instytucjonalizacji (na przykład poprzez uczestnictwo w klubach sportowych, zajęciach fitness, korzystania z usług salonów kosmetycznych czy poradni dietetycznych), ale przede wszystkim ulega silnej internalizacji norm bycia zdrowym, sprawnym, szczupłym (Szkudlarek 1993). Szczególnie jest to widoczne w opiniach najmłodszego pokolenia kobiet i mężczyzn, choć daje się także zauważyć w wypowiedziach osób w średnim wieku oraz starszych.

Nieliczni badani wskazywali również na aspekt ekonomiczny jako czynnik wpływający na wygląd. Płeć zdecydowanie różnicowała wypowiedzi w tym obszarze. Kobiety mówiły o znaczeniu finansów przede wszystkim w kontekście tego, czy kogoś stać, czy nie, na korzystanie z profesjonalnych zabiegów kosmetycznych lub częstotliwości chodzenia do salonów urody czy salonów fryzjerskich. Istotne dla nich było także to, że mogą sobie kupić dowolną ilość kosmetyków oraz ważna była ich jakość. Mężczyźni sygnalizowali wpływ „zasobności portfela" na to, jakiej jakości ubrania kupują. Podkreślali znaczenie czynników ekonomicznych w kontekście statusu społecznego i w jego konsekwencji dbania o odpowiedni strój: „To jak się ubierasz też jest ściśle związane z pieniędzmi, tak? Ponieważ jeżeli masz pieniądze, to ubierasz się, stać cię na więcej rzeczy i ubierasz się w to, co chcesz, a jeżeli nie masz pieniędzy, to ubierasz się w to, na co cię stać, w to, na ile sobie możesz pozwolić" (MM_5_26). W modelu patriarchalnym status mężczyzny był określany przez strój, jaki zakładał, a kobiety oceniane są głównie przez pryzmat urody. W tym kontekście czynniki ekonomiczne zdają się także podtrzymywać patriarchalną wizję modelu społeczeństwa.

Warto zauważyć, że wyłącznie kobiety zwróciły uwagę na jeszcze jeden czynnik wpływający na wygląd, a mianowicie stan zdrowia. Oto

kilka wybranych wypowiedzi na ten temat: „To czy chorujemy ma wpływ na to, jak wyglądamy" (KM_11_34), „Przede wszystkim zdrowie, nie? Jak jest się zdrowym, to wygląd jest, uważam, że super" (KSR_14_61), „Choroby, to też na wygląd wpływa" (KST_16_89). Uczestniczki badania zdawały sobie także sprawę, że w przypadku kobiet istotną rolę w tym obszarze odgrywa gospodarka hormonalna, dzień cyklu menstruacyjnego ma wpływ na to, w jakiej kondycji są włosy i skóra. Niezależnie od wieku podkreślały, że na ten czynnik nie mają wpływu, bo jest on uwarunkowany biologicznie, indywidualne. Jedne kobiety dobrze znoszą czas okresu czy menopauzy, inne wprost przeciwnie. Wypowiedzi na temat związku zdrowia z wyglądem udzielały jedynie kobiety, co może świadczyć o ich wyższym poziomie refleksyjności i świadomości nakładania się tych dwóch aspektów na siebie wzajemnie niż ma to miejsce w przypadku mężczyzn.

Kilka osób zauważyło wpływ procesu socjalizacji na zachowania podejmowane na rzecz wyglądu. Mówili przede wszystkim o tym, że bardzo wiele nawyków przejmujemy od rodziców, tych dotyczących uprawiania sportu, sposobów odżywiania się, aktywnego stylu życia lub biernego, które polega na „leżeniu przed telewizorem". Starsze respondentki przyznały, że wygląd zależy także od sposobu wychowania. Jedna z nich zawsze się buntowała przeciw swojej mamie, która „próbowała" ją wychować na „skromnie wyglądającą dziewczynę", a ona lubiła się malować i często się buntowała przeciw decyzjom matki (KST_3_65). W tym przypadku mamy do czynienia z takim przejawem sprzeciwu w stosunku do patriarchalnego modelu kobiecości, w której młoda dziewczyna powinna wyglądać schludnie i skromnie, a nie „wyzywająco". Mężczyźni z kolei przyznawali, że to przede wszystkim inni ludzie w ich otoczeniu mają wpływ na to, jak wyglądają. Kiedyś mieli rodzice, dziś ich żony, ale także współpracownicy. Warto zwrócić uwagę właśnie na tę rolę żony dbającej o wygląd swojego męża, wpisującej się w funkcjonowanie modelu patriarchalnego męskości. Pojawił się ciekawy przykład wypowiedzi na temat:

> To tak, sprawy wyniesione z domu, od rodziców, że trzeba tam po prostu, zadbanym być. Zawsze uczesany, ogolony, czyste ciuchy, żeby to wszystko jakoś grało, wiadomo, że to podstawa [...]. Też osoba na przykład, z którą się przebywa na co dzień, czyli żona (ma wpływ na mój wygląd – przyp. aut.). Druga sprawa, że na co dzień się z ludźmi spotykam obcymi dla siebie, w związku z tym, też staram się jakoś wyglądać (MSR_8_53).

Starsze osoby – zarówno kobiety, jak i mężczyźni – uważały, że na nasz wygląd wpływa stopień aktywności towarzyskiej i intelektualnej. Regularne spotkania z innymi ludźmi – ich zdaniem – korzystnie oddziałują

na nasz stosunek do dbania o siebie, przykładania wagi do ubioru, a także wpływają na psychikę:

> Odmładzają mnie (śpiew w chórze – przyp. aut.) zdecydowanie, psychicznie przede wszystkim, jak najbardziej. Jak pani wychodzi do ludzi, to nie będzie pani nieuczesana, z brudnymi, tłustymi włosami. To mobilizujące, samo się nakręca, widzi pani, jak inne panie o siebie dbają, przychodzą też ładnie ubrane (KST_8_70). Musiałem dzisiaj czystą koszulkę założyć, bo z dziewczyną się mam spotkać (MST_12_72).

Inny starszy mężczyzna przyznał, że aby dobrze wyglądać, należy zachować „sprawność umysłową", czytać książki, prasę, interesować się życiem społecznym i ciągle uczyć się nowych rzeczy (MST_11_71). Pojawiały się także nieliczne wypowiedzi dotyczące wpływu innych czynników na wygląd. Kilka osób wskazało na te, które są niezależne od człowieka na przykład wpływ środowiska zewnętrznego, przemian cywilizacyjnych, zanieczyszczonego powietrza, „chemicznych dodatków" do jedzenia. Były także sporadyczne wypowiedzi dotyczące wpływu pogody na nasz wygląd. Jednak nie dało się zaobserwować istotnych różnic w tym obszarze, biorąc pod uwagę czynnik upłciowionego wieku.

Podsumowując niniejszy rozdział, należy przyznać, że w przytaczanych przez kobiety i mężczyzn wypowiedziach można odnaleźć różnego typu odniesienia zarówno do tradycyjnego, jak i nowoczesnego modelu męskości i kobiecości. Jeśli chodzi o interpretację kwestii dotyczących biologicznych uwarunkowań wyglądu, to najmłodsi respondenci (i kobiety, i mężczyźni) najczęściej się do nich odwoływali, argumentując, że są podobni do rodziców obojga płci. W nowoczesnym modelu kobiecości i męskości, oba „pierwiastki" – żeński i męski – są traktowane jako równoprawne, choć różnorodne. Młodzi uczestnicy badań, nie utożsamiając się wyłącznie z rodzicem tej samej płci, zdają się dostrzegać i godzić na swoją własną różnorodność w tej kwestii, nie tylko samego wyglądu, ale także postaw wobec wyglądu. Inaczej ma się sprawa w odniesieniu do kobiet i mężczyzn w średnim i starszym wieku, którzy w swoich wypowiedziach nawiązują do podobieństwa lub jego braku, ale do rodzica tej samej co oni płci. Z kolei w wypowiedziach badanych w dwóch pozostałych kategoriach wiekowych (średniej i starszej) pojawiały się nie tylko pozytywne, ale i negatywne odniesienia do określonych cech wyglądu. Kobiety dziedzicząc po matkach na przykład piękną cerę bez zmarszczek czy gęste włosy były zadowolone i chętniej utożsamiały się z tymi cechami. Z kolei genetyczne dziedziczenie na przykład otyłości – która jest krytykowana we współczesnych przekazach kulturowych – było już postrzegane negatywnie. W przypadku mężczyzn te cechy, które były

postrzegane jako pozytywne, a dziedziczone po linii męskiej, to: proporcjonalna i szczupła sylwetka, posiadanie włosów, młodzieńczy wygląd. Negatywnie postrzegana była ich opozycja – otyłość brzuszna, łysina i zakola. Zatem daje się tu zauważyć zmianę w kierunku androgynizacji wyglądu mężczyzn, którzy podążają za wymogami wyglądu stawianymi przez współczesne przekazy kulturowe. Kobiety natomiast pozostają w sferze wpływu patriarchalnego wzorca kobiecego wyglądu, nadal pootrzymywanego przez współczesną kulturę zachodu. Wyniki analizowanych tu badań wskazują, że choć obie płcie wskazywały na samopoczucie jako czynnik wpływający na ich wygląd, to dla kobiet ten aspekt miał o wiele większe znaczenie i częściej do niego nawiązywały w swoich wypowiedziach. Ponadto częściej mówiły o nastroju jako często niezależnego od siebie czynniku – dostrzegały to szczególnie te najmłodsze uczestniczki badania. Wpisuje się to zatem bardziej w tradycyjny model kobiecości, w którym emocjonalność kobiet odgrywa kluczową rolę. Należy jednak pamiętać, że kobiety w średnim wieku i te najstarsze są świadome własnej sprawczości w tym zakresie, oddziaływania na ten aspekt, co zdecydowanie wpisuje się już w nowoczesny model kobiecości, w którym kobieta jest podmiotem własnych emocji, a nie jedynie biernie się im poddaje. Tradycyjnemu modelowi męskości nie jest przypisana emocjonalność, uczuciowość. A jednak mężczyźni – choć w zdecydowanie mniejszym stopniu niż kobiety – do tego aspektu w swoich wypowiedziach nawiązują. Szczególnie ci najmłodsi badani, podając przykłady problemów życiowych, które w znaczący sposób wpływają na ich psychikę, a tym samym wygląd. Jednak niektórzy mężczyźni reprezentujący dwie pozostałe kategorie wiekowe także byli tego wpływu świadomi, co świadczy o realizowaniu przez nich w tym aspekcie raczej bardziej nowoczesnego modelu męskości.

Kwestia dbałości o swój wizerunek i zdrowy styl życia były istotne dla wszystkich kategorii badanych. W kontekście wyglądu wypowiedzi obu płci wpisywały się raczej w tradycyjny model kobiecości i męskości. Kobiety mówiły o makijażu, używaniu kosmetyków czy korzystaniu z profesjonalnych usług w tym zakresie, a wypowiedzi mężczyzn skupiały się na podstawowej higienie ciała, dbaniu o zarost i krótką fryzurę. Jeśli chodzi o zdrowy styl życia, w tym odpowiednie odżywianie się i aktywność ruchową, to można zauważyć, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni wpisywali się raczej w zalecenia propagowane poprzez przekazy kulturowe mówiące o współcześnie obowiązującym kanonie urody – szczupłym i młodo wyglądającym ciele. W wypowiedziach obu płci da się zauważyć dążenie do pokonania oporu własnej biologiczności i poddawaniu się określonemu reżimowi odnoszącemu się i do odpowiedniej diety i aktywności ruchowej. Jeśli chodzi o kobiety, to nadal wpisuje się

to w tradycyjny model kobiecości, w którym ciała kobiet stają się ciałami posłusznymi, ponieważ ulegają modzie na określony wygląd, ulegają presji społecznej, która jakoby wymusza na nich dopasowanie kształtu ciała do powszechnie obowiązującego wizerunku (Kaschak 2001). W przypadku mężczyzn zauważa się silniejszą androgynizację modelu męskości w tym aspekcie.

Okazuje się, że stawiane w tej pracy hipotezy, choć na ogół się potwierdzają, to jednak ich interpretacje różnią się od tych pierwotnie zakładanych. Nie tylko kobiety, ale także mężczyźni postrzegają wygląd jako zasób kapitału ludzkiego, który ma znaczący wpływ na ich społeczne funkcjonowanie. Krytyczność w ocenie własnego kapitału w tym zakresie jest charakterystyczna dla obu płci (nie tylko dla kobiet, jak zakładano). Jeśli chodzi o wiek, to faktycznie płeć słabo różnicuje postawy wobec wyglądu młodych ludzi. Ci, najbardziej cenią ten element kapitału ludzkiego. Trzeba jednak przyznać, że ich świadomość w tym zakresie, choć bardziej powszechna, niejednokrotnie jest także płytsza, mniej refleksyjna niż ma to miejsce u starszych uczestników badania, którzy poprzez swoje doświadczenia życiowe niejednokrotnie mają ciekawsze wnioski w tym temacie. Samoistnie zatem nasuwa się refleksja, że zachowanie młodości, sprawności, a przez to atrakcyjności fizycznej, zdaje się należeć do jednych z najważniejszych aspektów kapitału ludzkiego, którego są świadomi uczestnicy tego badania.

3.1.3. Powody dbania o wygląd wskazywane przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku (Ewa Malinowska)

Niektóre z ustaleń poczynionych na gruncie psychologii, socjologii czy medycyny estetycznej dotyczących znaczenia wyglądu i jego społecznych funkcji, a także wyrosłych na tej bazie empirycznej teoretycznych uogólnień i przekonań na ten temat, znalazły potwierdzenie również w naszych badaniach. Przede wszystkim chodzi tu o uświadamianie sobie przez uczestniczki i uczestników tych badań wzrostu znaczenia wyglądu dla autooceny oraz jego wpływu na sposób oceniania nas przez innych. Zauważono ponadto wpływ atrakcyjnego wyglądu na nawiązywanie i przebieg relacji społecznych, występowanie praktyki określania „po wyglądzie" cech osobowości, na ogólnie lepsze traktowanie ludzi o ładnej powierzchowności we wszelkich sytuacjach społecznych (por. np. Bokszańska 2004: 80).

Wszystkie osoby biorące udział w wywiadach swobodnych, bez względu na płeć i wiek, uznały że zdecydowanie należy dbać o swój wygląd. Wśród kobiet (być może nieco zmęczonych obowiązkiem pamiętania

o tym, że jest się oglądaną) pojawił się nieśmiało pogląd, iż nie powinna mieć miejsca przesadna troska o „zewnętrzność", ponieważ jest to tylko jeden z aspektów „[...] społecznego naszego bytowania" (KM_12_34), a nadmierna troska o aparycję może prowadzić do osiągnięcia niezamierzonego efektu, jakim jest wygląd komiczny: „O wygląd należy dbać, ale też nie obsesyjnie, żeby nie wyglądać jak gwiazda cyrkowa. Normalny ubiór – dopasowany do urody, figury i pory roku też" (KM_13_34). Jeden z mężczyzn zastrzegł z kolei, że ta ważna skądinąd kwestia, nie jest jednak priorytetem życiowym (MM_12_32). Jednak nawet ludzie mający tak zdroworozsądkowe podejście do wyglądu nie zawsze mają odwagę zaprzeczyć sentencji wygłoszonej przez człowieka znanego nie tylko z bardzo zadbanego wyglądu – O. Wilde'a: „Tylko powierzchowni ludzie nie oceniają po wyglądzie" (za: Bokszańska 2004: 78).

Najczęściej wskazywanym przez respondentów płci obojga powodem dbania o swój wygląd była właśnie konieczność liczenia się z tym, jakie reakcje u innych budzi nasz wizerunek oraz jaki wpływ na życie człowieka ma fakt, iż jest on postrzegany przez pryzmat wyglądu. Kobiety, nieco częściej niż mężczyźni, zauważały występowanie tendencji do oceniania na podstawie wyglądu również wiedzy, możliwości intelektualnych i kompetencji jednostki, słowem – osobowości: „[...] wygląd świadczy o człowieku, o całym jego jestestwie, że im jest bardziej zadbany tym lepiej odbierasz jego cały obraz …" (KST_2_64). Reakcje otoczenia na wygląd jednostki kojarzono głównie z pozytywnym wpływem zadbanego wyglądu na relacje zawodowe, towarzyskie, osobiste. Człowiek o akceptowanym, ładnym wyglądzie łatwiej wchodzi w kontakty z innymi ludźmi, będąc wyżej ocenianym – jest lepiej traktowany, a to sprzyja realizacji jego celów życiowych, takich jak: zdobycie atrakcyjnej pracy, awansowanie, sukces ekonomiczny, znalezienie partnera/partnerki. Wygląd robiący dobre wrażenie był więc postrzegany jako ważny kapitał ludzki mający pozytywny wpływ na proces gromadzenia kapitału społecznego, co w końcu przekłada się przecież także na wielkość kapitału ekonomicznego, jakim dysponuje jednostka (Malinowska 2011). Osoby biorące udział w badaniu wspominały jednak także o negatywnym wpływie nieakceptowalnego wyglądu na sytuację społeczną człowieka. Dlatego tak ważne jest: „[...] żeby być estetycznym, żeby nie wzbudzać odrazy w otoczeniu, żeby ludzie nie odwracali głowy, jak się wchodzi do pomieszczenia [...]" (MSR_11_57).

Zgoda co do jego społecznej ważności nie przesądziła o całkowitym podobieństwie sposobu uzasadniania przez kobiety i mężczyzn dbałości o swój wygląd; interesujące różnice w wyjaśnianiu tej kwestii pozwoliło ukazać uwzględnienie w naszej analizie zmiennych takich, jak płeć, wiek i upłciowiony wiek (*gendered age*).

Zaczynając prezentację wyników od uwzględnienia płci jako zmiennej różnicującej, możemy odnotować, że dotyczyły one po pierwsze hierarchii ważności rodzajów podawanych uzasadnień, a po drugie – sposobu rozumienia, często jednakowo brzmiących, argumentów używanych przez kobiety i mężczyzn.

Jeśli chodzi o pierwszą kwestię, dla kobiet i dla mężczyzn głównym powodem dbania o własny wygląd było, omówione wyżej, liczenie się z ocenami oraz reakcjami „innych ludzi". Na drugim miejscu kobiety wskazały własne samopoczucie – dobre, gdy zadbany wygląd wywołuje akceptację otoczenia, a mężczyźni – wskazali względy estetyczne. Na trzecim miejscu wśród powodów dbania o własny wygląd wymienianych przez kobiety znalazły się względy estetyczne, a u mężczyzn – dobre samopoczucie związane z dobrym wyglądem (Biorąc pod uwagę liczebność próby, porządek hierarchiczny nie jest oczywiście tak ważny jak sam fakt wskazywania przez obie płcie tych samych typów uzasadnień, ale był jednak zauważalny).

Jeśli chodzi natomiast o sposób rozumienia przytaczanych argumentów, wypowiedzi kobiet pozwalają przede wszystkim stwierdzić, że dla nich dbanie o własny wygląd jest czymś oczywistym, ale z drugiej strony powinnością, a nawet rodzajem misji. W ich wypowiedziach można więc było dostrzec wpływ patriarchalnego ideału kobiecości, w którym wygląd (a zwłaszcza uroda) jest elementem o podstawowym znaczeniu, podczas gdy ideał męskości koncentruje się na wskazaniu cech osobowości, cechy ciała, traktując jak swego rodzaju dopełnienie osobowościowych predyspozycji do sprawowania władzy, do dominacji (Melosik 1996: 241). Zinternalizowany przez kobiety obowiązek dbania o wygląd wydaje się więc się związany z rozwiniętą potrzebą zwracania na siebie uwagi aparycją. Być widzialną – znaczy istnieć. Takie przekonanie, zdaniem radykalnych feministek prowadzi do alienacji kobiety od jej ciała: „[...] podobnie jak pracownik najemny musi rywalizować z innymi pracownikami najemnymi o płacę, kobieta rywalizuje z innymi kobietami o „męskie spojrzenie", o męską aprobatę i uznanie" (Jaggar 1983: 309–310, za: Tong 2002: 165).

Mężczyźni biorący udział w badaniu dbanie o swój wygląd traktowali natomiast racjonalnie i instrumentalnie, jako dodatek do „męskiego" kapitału ludzkiego. Jak stwierdzali bowiem niektórzy z respondentów, atrakcyjny wygląd to tylko jeszcze jedna karta przetargowa, „as w rękawie", który może być wykorzystywany w grze o sukces na każdym polu aktywności społecznej – zawodowym, towarzyskim, relacji osobistych:

> Jeśli ktoś jest singlem i szuka drugiej połowy, to na pewno będzie bardziej dbał o siebie niż facet, który ma związek i siedzi w domu komfortowo [...]

(MM_15_37). W dzisiejszym społeczeństwie, jak zaznaczył inny z rozmówców, [...] ludzie cię oceniają na podstawie wyglądu. Podczas rozmowy o pracę, która jest też oceniana na podstawie wyglądu, [...], czy jesteś zadbany, itd. (MM_5_26).

Sięganie przez mężczyzn po kulturowo kobiecy kapitał ludzki równie dobrze można postrzegać jako reakcję na przeważający dziś udział kobiet w strategicznych zasobach do niedawna wyłącznie męskiego kapitału ludzkiego, czyli na liczebną przewagę kobiet w zbiorowości ludzi mających wyższe wykształcenie.

Tak samo brzmiące uzasadnienia konieczności dbania o własny wygląd wskazywane przez kobiety różnicował interesująco wiek respondentek.

Kobiety młode i w średnim wieku mówiły o konieczności dbania o wygląd ze względu na innych ludzi, dając wiele przykładów różnorodnych sytuacji, w których ma to ważne znaczenie. Analizując ich wypowiedzi, można dojść do wniosku, że młode kobiety były aż nazbyt przekonane o ogromnym i pierwszorzędnym znaczeniu wyglądu kobiety dla jej oceny jako człowieka (charakteru, umiejętności), oceny jako kandydatki na pracownika, dla postrzegania jej w kontekście życia towarzyskiego i jako potencjalnej partnerki życiowej itd. Co więcej, żadna z młodych kobiet nie wyraziła sprzeciwu wobec zaobserwowanej przez siebie praktyki utożsamiania akceptowanego wyglądu z pozytywnymi cechami osobowości ani wobec oceniania całego człowieka zaledwie/wyłącznie po wyglądzie. Wydawały się co najmniej nieświadome kulturowego charakteru tej normy, o jej dyskryminującej funkcji nawet nie wspominając.

Kobiety w średnim wieku i tylko one, zauważyły natomiast, iż społeczne znaczenie wyglądu bardzo wzrosło na przestrzeni ostatnich lat:

Bo zwłaszcza teraz od kilkunastu lat jest coś takiego jak cię widzą, tak cię piszą. I nie to, co w głowie, tylko to pierwsze wrażenie jest najważniejsze (KSR_7_49). Tak, zdecydowanie, bo jak cię widzą, tak cię piszą, oceniają. Teraz to tylko po wyglądzie i to myślę, że się nasiliło w ostatnim czasie, bardzo. Widzę też to po moich córkach, które bardzo zwracają uwagę na wygląd. Odchudzają się, zwracają uwagę na modę, na kosmetyki różne (KSR_4_45).

To spostrzeżenie może być uogólnionym doświadczeniem, a dokładniej wynikiem porównania własnych doświadczeń w tym zakresie, pochodzących z dwóch okresów życia respondentek: młodości – gdy były piękniejsze, ale nie miało to aż takiego znaczenia w życiu zawodowym – oraz obecnego – gdy atrakcyjny wygląd stał się cennym kapitałem, o który z wiekiem jest jednak coraz trudniej, podczas gdy społeczna presja na pozostawanie młodą i piękną wzrosła. U kobiet z tej kategorii wieku pojawiła się jednak także myśl, że zadbany wygląd pozwala uchodzić

za młodszą niż się jest w rzeczywistości: „Staram się dobrze wyglądać. Dodatkowo pokazać, że jeszcze czterdziestopięciolatka może być atrakcyjna, że można być szczupłym i jako tako wyglądać" (KSR_4_45). Ponieważ uroda towarzyszy raczej młodości niż starości, a bycie ładną jest, kulturowo, obowiązkiem kobiety, dla kobiet w średnim wieku zaliczanie ich do kategorii ludzi młodych okazywało się bardzo ważne życiowo (tym bardziej że współcześnie, jak same zauważyły, nawet wiedza liczy się mniej niż atrakcyjny wygląd).

Jak już wspomniano, również stare kobiety wskazywały jako główne uzasadnienie potrzeby dbania o swój wygląd „innych ludzi". W swych wypowiedziach akcentowały jednak nie tyle instrumentalne, co autoteliczne i społeczne znaczenie akceptowalnej, ładnej powierzchowności. Innymi słowy nie koncentrowały się na tym, co można uzyskać dzięki dobrej aparycji, lecz na tym, że wpływa ona korzystnie na relacje między ludźmi: ważne jest, aby być uważaną za osobę elegancką, zadbaną, bo z takim człowiekiem łatwiej wchodzi się w kontakt, a w dodatku lepsza ocena naszego wyglądu poprawia nam samopoczucie (por. Malinowska 2016).

Mężczyźni, do niedawna nie przywiązujący dużego znaczenia do swego wyglądu, gdyż budujący swą pozycję społeczną na podmiotowym statusie zapewniającym władzę i wszelkie prawa (m.in. prawo własności), a w rezultacie prestiż społeczny, pod wpływem pewnych tendencji charakteryzujących ponowoczesny patriarchat, dziś zwracają nań większą uwagę. Niektórzy badacze twierdzą nawet, że mężczyźni czynią to równie intensywnie jak kobiety (Bokszańska 2004: 148). Zwłaszcza młodsi z nich wiedzą doskonale, jak wzrosła ranga wyglądu (a jak zobaczymy, przynależność do kategorii wieku różnicowała ten stosunek w obrębie zbiorowości mężczyzn). Swoisty egocentryzm mężczyzn w podejściu do dbania o własny wygląd uwidocznił się na tle altruistycznego podejścia kobiet do wyglądu. Tylko kobiety bowiem, wyjaśniając na czym polega branie pod uwagę innych ludzi w dbaniu o własny wygląd, stwierdziły, że trzeba być osobą zadbaną, gdyż jest to miłe dla innych, dobrze wpływa na przebieg komunikacji z innymi. Nawet przynależność do tzw. płci pięknej niektóre respondentki traktowały jak zobowiązanie do ładnego wyglądu, bycia zadbaną, zgodnie z zasadą *nobles oblige*. Co ciekawe, takim spojrzeniem charakteryzowały się kobiety młode i stare. Pierwsze z nich bezrefleksyjnie (wobec seksistowskiego charakteru tej normy) podkreślały: „Wydaje mi się, że warto dbać o swój wygląd – zwłaszcza u kobiet – ponieważ jesteśmy troszeczkę napiętnowane tym sformułowaniem płeć piękna" (KM_9_30). Kobiety stare natomiast przypominały o powszechnym obowiązku dbania o siebie, podkreślając, że dotyczy on zwłaszcza kobiet: „Należy dbać. [...]. [...] powinno się dbać i każda kobieta powinna

dbać o siebie" (KST_1_64) (ukazując zinternalizowanie płciowego różnicowania norm estetycznych, ale dotykając także równościowej koncepcji społecznych oczekiwań tego rodzaju).

Jak wspomniano, ważnym powodem starań o atrakcyjny wygląd było dla kobiet dążenie do pozytywnej samooceny; podkreślały wpływ zadbanego wyglądu na poprawę samopoczucia, na zyskiwanie pewności siebie. Wiek respondentek różnicował nieco stopień akcentowania tego aspektu. Stosunkowo najczęściej formułowały tę zależność kobiety będące w wieku średnim (ponad połowa z tej kategorii), a następnie młode (jedna trzecia) i nieco rzadziej stare (prawie jedna trzecia). Poszukując wyjaśnienia tego zjawiska, można odwołać się do patriarchalnego uzależnienia u kobiet poczucia własnej wartości od oceny uzyskiwanej od innych. Na nasuwające się tu pytanie, dlaczego najbardziej konsekwentnie socjalizowane patriarchalnie stare kobiety, wydają się, w świetle swych wypowiedzi, najbardziej wyemancypowane od wskazanej zależności, nie znaleziono odpowiedzi w zebranym materiale. Może miał tu wpływ, wynikający już z doświadczenia, sceptycyzm wobec możliwości budowania poczucia własnej wartości na ocenie „za wygląd", gdy się jest już starym?

Tylko mężczyźni natomiast, bez względu na wiek, mówiąc że „trzeba dbać o wygląd ze względu na innych ludzi", mieli na myśli również to, że inni powinni być zadbani, aby kontakt z nimi był przyjemny: „[...] każdy czerpie większą przyjemność z kontaktu z jakąś czystą, zadbaną osobą niż z panem żulianem spod sklepu, który śmierdzi czasem, no jest brudny, nawet nie uścisnęłoby mu się dłoni [...]" (MM_1_21). Wskazywanymi przez mężczyzn „innymi" często były kobiety:

> Wygląda się dobrze dla siebie, wygląda się dobrze bo chce się podobać [...] albo generalnie płci przeciwnej, teraz też niektórzy płci swojej, albo chcę się podobać swojej partnerce [...] i w ogóle (jest – przyp. aut.) taki kult dobrego wyglądu (MSR_1_38). To jest niezbędna rzecz. Jesteśmy wzrokowcami. Fajnie się rozmawia z miłą, sympatyczną, atrakcyjną brunetką ładnie pachnącą. Może tu jest kwestia, że wywodzimy się od zwierząt, że taki instynkt samozachowawczy, że samiec zwróci uwagę na partnerkę, która będzie przyciągała jego uwagę chociażby zadbanymi włosami, ładnymi paznokciami (MSR_5_46). Powinien (człowiek dbać o wygląd – przyp. aut.), bo ja na przykład bardzo lubię patrzyć się na naprawdę ładne dziewczyny, ładnie zbudowane, zresztą jestem plastykiem [...]; Tak, bardzo (należy dbać – przyp. aut.). Zawsze jest przyjemnie, jak ja widzę panią tak gustownie ubraną np. drobniutka, szczuplutka, wie pani jak to jest przyjemnie (MST_12_72).

Jak już wspomniano, wśród pozostałych powodów dbania o wygląd na drugim miejscu mężczyźni wskazywali względy estetyczne. Najczęściej wymieniali ten powód starzy mężczyźni, pojawił się on jednak także w wypowiedziach mężczyzn w średnim wieku. Wyjątek stanowili młodzi

mężczyźni, z których żaden nie wymienił takiego powodu dbania o swój wygląd. Czy dlatego, że młodość po prostu jest piękna? Na trzecim miejscu w zbiorowości mężczyzn wymieniono jako powód dbania o wygląd własne samopoczucie, łącząc je niekiedy z dodatnim wpływem na zdrowie psychiczne, ogólną kondycję mężczyzny i jego sprawność (tak twierdzili przede wszystkim młodzi mężczyźni):

> Zresztą, jak człowiek dobrze wygląda, jak o siebie dba to, przypuszczam, też to ma wpływ na jego zdrowie psychiczne. Tak, że to idzie w parze. Taki tandem (MM_7_28). Ja bardziej pod uwagę biorę [...] wydolność organizmu i tego typu rzeczy, [...]. Mnie chodzi o to, żeby być ogólnie sprawnym, ponieważ jeżeli już się jest tym sprawnym, to jest się dłużej młodym (MM_5_26).

Jeśli niektórzy mężczyźni postrzegali dbanie o wygląd podobnie jak kobiety, tzn. w kategoriach powinności, to jednak mieli wtedy na względzie nie siebie, lecz obowiązek każdej innej osoby, bez względu na płeć. W ten sposób postrzegali ów problem głównie starzy mężczyźni.

Tylko jedna z kobiet, reprezentująca kobiety w średnim wieku, zresztą jako jedyna wśród respondentów obu płci, zauważyła, iż zadbanym wyglądem okazujemy innym szacunek: „Osoby zupełnie inaczej też nas odbierają, bo przyjemniej jest patrzeć na osobę schludną i fajnie wyglądającą niż na osobę zaniedbaną. Tak, że no, o wygląd trzeba dbać. Zresztą moim zdaniem wygląd to jest szacunek dla otoczenia" (KSR_14_61).

Podsumowując ten fragment (przy zachowaniu ostrożności podyktowanej liczebnością próby i charakterem badania), można stwierdzić, że głównym uzasadnieniem dbałości o wygląd wskazywanym przez naszych respondentów – bez względu na płeć i wiek – było to, że inni oceniają nas po wyglądzie oraz fakt, że ta ocena dotyczy „całego" człowieka i ma znaczenie dla jego społecznego funkcjonowania. Subtelne różnice w sposobie rozumienia przez kobiety i mężczyzn praktycznego znaczenia tych ocen sprawiały, że kobiety były w swych staraniach bardziej ukierunkowane na uzyskanie akceptacji ze strony innych, a mężczyźni – bardziej na zrobienie wrażenia, na wykorzystanie swego atrakcyjnego wyglądu jako dodatkowego atutu w relacjach z ludźmi. Ponadto mężczyzn interesował nie tylko (a czasem nie tyle) zadbany wygląd własny co wygląd innych, zwłaszcza kobiet, traktowany w tym przypadku jako element, osobiście dla nich ważnej, estetyki otoczenia.

Analiza powodów dbania o wygląd w obrębie każdej z trzech kategorii wieku, pozwoliła z kolei zauważyć podobieństwo między wypowiedziami młodych ludzi. Tutaj jednakowa okazała się nawet hierarchia ważności wskazywanych powodów: kobiety i mężczyźni wymienili przede wszystkim liczenie się z ocenami innych ludzi oraz na drugim miejscu – dbanie

o wygląd ze względu na samego/samą siebie, własne samopoczucie. Ważne podobieństwo obejmowało także instrumentalne podejście do własnego wyglądu prezentowane przez młodych ludzi: wygląd traktowali oni jako kartę przetargową w realizacji planów życiowych:

> [...] no należy dbać o swój wygląd, wygląd to jest też wizerunek, jak nas ludzie postrzegają, jak jesteśmy zadbani, to możemy łatwiej przebić się w świecie, no niestety w dzisiejszych czasach jest to bardzo intensywnie postrzegane przez innych, jak wyglądamy (KM_10_30). W obecnych czasach ludzie często zwracają bardziej uwagę na wygląd, niż na charakter i osobowość. I dlatego trzeba o niego dbać (MM_3_22).

Mówiąc o konieczności dostosowania wyglądu do sytuacji, mężczyźni wymieniali głównie obszar pracy zawodowej, a kobiety również obszar prywatny – relacje towarzyskie i intymne. Wśród wypowiedzi udzielonych przez mężczyzn znalazła się i taka, iż dobry wygląd pełni funkcję stratyfikującą: „No jest naszą wizytówką, jakby nie patrzeć. Wygląd wpływa na nasze umiejscowienie w grupie, no i na pewno wpływa na to, jak nas inni postrzegają" (MM_8_29). W kulturze patriarchalnej, w grupie mężczyzn, ważnym czynnikiem stratyfikującym był wiek. Biorąc pod uwagę przeciwne ukierunkowanie pozytywnego oddziaływania wskazanych czynników, warto zauważyć, że dziś atrakcyjny wygląd pozwala „młodemu wilkowi" konkurować ze starszym mężczyzną (nie dysponującym na ogół tego typu kapitałem w podobnym stopniu) o jego dominującą pozycję. Młode kobiety mówiły z kolei o dodatnim wpływie atrakcyjnego wyglądu na pewność siebie, co także ma znaczenie w procesie osiągania celów życiowych.

Młodzi ludzie podkreślali także zgodnie obowiązek dbania o swój wygląd. Różnica polegała na tym, że mężczyźni sformułowali te zasadę generalnie („każdy powinien"), a w wypowiedziach kobiet pojawiał się patriarchalny resentyment w postaci przypisania szczególnej powinności bycia zadbanymi kobietom jako „płci pięknej".

Płeć nie różnicowała wyraźnie wypowiedzi kobiet i mężczyzn reprezentujących w naszym badaniu kategorię ludzi w średnim wieku: wszyscy oni zgodnie uzasadniali potrzebę dbania o swój wygląd koniecznością liczenia się z opiniami innych ludzi, oceniającymi nas na tej podstawie. Dla ludzi w średnim wieku wygląd okazał się ważny zwłaszcza w relacjach zawodowych, „w świecie pracy". Kobiety i mężczyźni w średnim wieku zauważyli ponadto, iż ocenianie ludzi po wyglądzie nie jest stosowną praktyką, a nawet może prowadzić do błędnych wniosków. Taka opinia może mieć związek z tym, iż w młodości osób dziś będących w średnim wieku (38–62 lata) wygląd nie grał jeszcze takiej roli, jak ma to miejsce obecnie. Najbardziej widoczne różnice między wypowiedziami kobiet i mężczyzn

ujawniły się w obrębie kategorii ludzi starych (por. Malinowska 2016). Tylko mężczyźni podkreślali konieczność dbania o wygląd, zwłaszcza o strój, odpowiednio do stanowiska i charakteru pracy: „Tak, bo jak cię widzą tak cię piszą. Jak chodziłem do pracy, to musiałem mieć marynarkę, bo to od razu inaczej się wygląda. Poważniej, bardziej na stanowisku. W końcu brygadę pod sobą miałem, zarządzałem nimi, więc też musiałem jakoś wyglądać. Oni w roboczych ubraniach chodzili, a ja byłem w biurze, musiałem inaczej" (MST_8_70.). Stare kobiety odróżniały raczej różne dziedziny aktywności, okazje, do których dopasowuje się swój wygląd, ubiór, jak np.: wyjście do pracy, do kościoła, na spotkanie z koleżanką czy też po zakupy. „No nie zawsze też w danym dniu człowiek ma taki nastrój, by tak elegancko tak wyglądać. No bo jak się idzie po zakupy, czy po coś, to trudno ubrać się elegancko i iść na rynek po zakupy" (KST_1_64). Ten sposób myślenia odzwierciedla genderowo uwarunkowane zróżnicowanie znaczenia, jakie kobiety i mężczyźni tego pokolenia przypisywali aktywności w każdej ze sfer życia: dla nich ważniejsza była sfera publiczna, gdzie głównie się realizowali i oczywiście kariera zawodowa, a dla kobiet – co najmniej jednakowo ważne były obie przestrzenie, bo choć należące już do pokolenia kobiet masowo obecnych na rynku pracy, respondentki były równocześnie głównie odpowiedzialne za funkcjonowanie domu i rodziny.

W tym miejscu warto przypomnieć, że z kolei młodzi mężczyźni mówili o wpływie wyglądu na pozycję zajmowaną w grupie, a młode kobiety zauważyły znaczenie atrakcyjnego wyglądu jako zwiększającego szanse awansu. Kobiety w średnim wieku i starsze nie łączyły wyglądu z funkcjonowaniem w ramach jakiegokolwiek porządku hierarchicznego.

Starzy ludzie zwracali uwagę na znaczenie akceptowalnego wyglądu dla jakości relacji z innymi ludźmi (por. Malinowska 2016). Tylko starzy mężczyźni podkreślali natomiast znaczenie estetycznego wyglądu kobiet dla zaspokojenia męskich potrzeb estetycznych; jeden zwrócił nawet uwagę, że miły, ładny wygląd partnerki/partnera interakcji modyfikuje ich zachowania. „My poprzez swój wygląd oddziałowujemy na drugą osobę [...]. Jeżeli osoba, z którą się spotykamy, jest osobą miłą, jest osobą uśmiechniętą, to nawet gdybyśmy mieli do niej jakieś pretensje, to te pretensje są trudne do wyartykułowania [...]" (MST_4_64). Podkreślali również, że zadbany wygląd dodaje im pewności siebie. Jednocześnie, podobnie jak mężczyźni i kobiety będący w średnim wieku, starzy mężczyźni mieli świadomość, że ocena człowieka po wyglądzie nie jest stosowną, gdyż jest zawodną praktyką.

Tylko starzy ludzie obojga płci (oraz młode kobiety) połączyli dbanie o wygląd z oddziaływaniem prozdrowotnym, choć starzy mężczyźni definiowali dbanie o wygląd jako wykonywanie elementarnych

czynności, związanych z utrzymywaniem higieny osobistej. Z kolei tylko kobiety – młode i stare – uznały dbanie o wygląd głównie za powinność kobiet: „Ale powinno się dbać i każda kobieta powinna dbać o siebie" (KST_1_64); „Wydaje mi się, że warto dbać o swój wygląd – zwłaszcza u kobiet – ponieważ jesteśmy troszeczkę napiętnowane tym sformułowaniem »płeć piękna«" (KM_9_30). Można przypuszczać, że kobiety młode odwoływały się tu do ogólnego wymogu posiadania dobrej aparycji, dotyczącego współcześnie także ich rówieśników. Badane reprezentujące stare kobiety, nawiązywały natomiast do „tradycyjnego", patriarchalnego kulturowego modelu płci, w przypadku kobiet zawierającego obowiązek „bycia piękną", tzn. podobania się.

Tak więc, wyniki analizy wypowiedzi kobiet i mężczyzn będących w różnym wieku na temat powodów dbania o swój wygląd pozwalają uznać za uzasadnione przypuszczenie tę część pierwszej hipotezy, która mówi, że na ogół kobiety chętniej niż mężczyźni postrzegają wygląd jako zasób kapitału ludzkiego mający znaczący wpływ na ich społeczne funkcjonowanie. Uwzględnienie *gendered age* jako kategorii analizy pozwoliło jednak wskazać interesujące zróżnicowanie wypowiedzi w obrębie zbiorowości mężczyzn.

3.2. Komponent afektywny

3.2.1. **Ocena własnego wyglądu a płeć i wiek** (Joanna Brzezińska)

Współcześnie w kulturze zachodniej wysoko cenione są młodość i piękno. Żyjemy w czasach zdominowanych przez kult młodości, a idący w sukurs postęp medycyny pozwala nie tylko na znaczące wydłużenie średniej długości życia, ale i na skuteczniejszą walkę z fizycznymi i biologicznymi oznakami starzenia się. W społeczeństwach ponowoczesnych w dużym stopniu ciało determinuje społeczną tożsamość jednostki i jako nośnik norm i wartości wpływa na jej społeczny status i atrakcyjność interpersonalną (Jakubowska 2009a; Wolf 2014). Subiektywnie i kulturowo oceniana uroda jednostki jako najbardziej publiczna część jaźni w znacznym stopniu decyduje o tym, na ile stajemy się atrakcyjni nie tylko siebie, ale przede wszystkim dla innych (Etcoff 2002).

Aby zbadać, w jaki sposób postrzegają swoją powierzchowność ludzie młodzi, w wieku średnim oraz starzy, a także ustalić, do czego

odwołują się w tych subiektywnych opiniach, poproszono o ocenę własnego wyglądu kobiety i mężczyzn reprezentujących ww. kategorie wiekowe, którzy wzięli udział w wywiadach swobodnych. Odpowiedzi respondentek i respondentów udzielone na pytanie o to, czy uważają siebie za osobę atrakcyjną, można zakwalifikować do trzech głównych kategorii: oceny pozytywnej, negatywnej oraz neutralnej. Wypowiedziało się dziewięćdziesiąt kobiet i mężczyzn w trzech przedziałach wiekowych: młodości, wieku średniego i starości.

Wśród stanowisk odnoszących się do autooceny wyglądu w grupie kobiet przeważały opinie pozytywne, podczas gdy wśród mężczyzn najczęściej formułowano zdania neutralne i pozytywne. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż negatywny sposób postrzegania własnego wyglądu i atrakcyjności w obu zbiorowościach płci obserwowano rzadko, przy czym surowiej i ze zdecydowanie mniejszym przekonaniem o własnej atrakcyjności oceniały siebie badane kobiety. Powyższe ogólne wnioski wydają się spójne z rezultatami ogólnospołecznych badań zadowolenia Polaków i Polek z tego, jak wyglądają, zgodnie z którymi ponad trzy czwarte mieszkańców Polski (76%) akceptuje swój wygląd i wyraża zadowolenie z własnej sylwetki, nieco ponad jedna piąta ankietowanych (22%) nie jest zadowolona z własnego wyglądu, w tym co dwudziesty respondent (5%) całkiem nie akceptuje swojej fizyczności (CBOS 2009b). Podobnie w skali kraju dużo częściej zadowoleni z własnego wyglądu są mężczyźni: 85% głosów akceptacji, przy 14% niezadowolenia, podczas gdy kobiety prezentują zdecydowanie bardziej krytyczny stosunek wobec siebie: 67% aprobaty, 30% dezaprobaty dla własnego wyglądu (CBOS 2009b).

Analizując wypowiedzi respondentek, które pozytywnie oceniły swoją powierzchowność, daje się zauważyć, iż dominują wśród nich opinie wyważone, niepozbawione wątpliwości, zdradzające brak pewności siebie:

> Tak (uważam się za osobę atrakcyjną – przyp. aut.), tzn. bardziej atrakcyjną niż mniej atrakcyjną (KM_6_28). Trzymam, trzymam wagę. Ogólnie jest w porządku, zupełnie normalna budowa, pospolita (KM_8_29). Oceniam się pozytywnie. Myślę, że jestem w miarę atrakcyjna, że niczego mi nie brakuje (KSR_4_45). Uważam, że nie wyglądam źle [...] można tak powiedzieć, że jestem atrakcyjna z wyglądu (KSR_6_48).

Natomiast mężczyzn wypowiadających się pozytywnie na temat własnego wyglądu wyróżniała wyraźna samoakceptacja, której próżno szukać w cytowanych wyżej wypowiedziach respondentek, co ilustrują m.in. deklaracje: „(Jestem – przyp. aut.) zadowolony (z wyglądu – przyp. aut.), nigdy nie miałem kompleksów z tego powodu (MSR_15_61). „Takie to będzie trochę bałwochwalstwo, ale uważam siebie za atrakcyjnego mężczyznę, kiedyś za chłopaka, teraz za atrakcyjnego mężczyznę" (MSR_6_47).

„Czuję się w swojej skórze dobrze" (MSR_8_53). Niemniej niektórzy mężczyźni – podobnie jak większość badanych kobiet – wydawali mniej zdecydowane autooceny i w ich wypowiedziach można zaobserwować brak bezwarunkowej akceptacji własnego wyglądu, o czym świadczą opinie poprzedzone stwierdzeniem „wydaje mi się...", „myślę…", „raczej…" lub zawierające warunek („uważam się za atrakcyjnego, ale…") sugerujące konieczność poprawy lub zmiany pewnego aspektu wyglądu lub podjęcia jakiejś aktywności zmierzającej do korekty wyglądu: „Wydaje mi się, że w skali od 1 do 5 oceniłbym siebie na 4 z małym plusem. Czyli uważam się za osobę atrakcyjną" (MM_4_24). „Jestem zadowolony, natomiast brakuje trochę czasu, żeby trochę zadbać o sylwetkę. Tak, że jak miałbym trochę więcej czasu, to na pewno mógłbym popracować nad sobą" (MM_13_32). Należy jednak podkreślić, że mężczyźni uczestniczący w wywiadach swobodnych rzadziej postrzegają swoją atrakcyjność w sposób warunkowy aniżeli kobiety.

Wspomniana różnica w ocenie własnej atrakcyjności przez respondentki i respondentów wynika z patriarchalnej nierówności koncepcji obu płci. Jak zauważa Adam Buczkowski za E. Tseelon, kobiety w porównaniu do mężczyzn podlegają dużo surowszej krytyce, jeśli chodzi o atrakcyjność fizyczną, która w myśl patriarchalnej koncepcji płci ma większy wpływ na ich życie oraz funkcjonowanie w społeczeństwie. Z tego względu kobiety zdecydowanie surowiej postrzegają własną powierzchowność aniżeli mężczyźni, gorzej oceniają własne ciało w porównaniu do mężczyzn i są mniej zadowolone z własnej sylwetki (Buczkowski 2005: 286). Uczestniczki badania znacznie częściej, nawet pozytywnie oceniając swój wygląd, asekurują swoje osądy brakiem przekonania co do ich słuszności nieśmiałością i pokorą, często uzasadniając swoją pozytywną ocenę aktywną postawą wobec wyglądu, podejmowaniem działań na rzecz zachowania, poprawy, pielęgnacji tego zasobu: „ogólnie jestem zadowolona (z wyglądu – przyp. aut.), ale dlatego, że dbam o to" (KM_5_28); „Trzymam wagę, więc jestem atrakcyjna" (KM_8_29). Choć niektórzy badani mężczyźni również warunkowali oceny własnego wyglądu, tego typu wypowiedzi miały charakter marginalny, co potwierdza, iż wygląd zewnętrzny stanowi dopełnienie patriarchalnej koncepcji męskości, na którą składają się przede wszystkim określone cechy osobowe i role społeczne, nie jest zaś podstawą jej kształtowania – jak to ma miejsce w przypadku patriarchalnej koncepcji kobiecości. Stąd być może także liczne neutralne oceny własnego wyglądu wśród mężczyzn, niezależnie od wieku, których wypowiedzi świadczą o mniejszej autorefleksji, braku potrzeby konkurencji oraz mniejszym znaczeniu tego zasobu: „Uważam, że wyglądam normalnie, dobrze, jak zwyczajny, szary człowiek" (MM_3_22); „Jestem normalny, niczym niewyróżniający się

z tłumu" (MM_5_26); „Chyba jestem normalny, ani atrakcyjny, ani nie jestem nie…, ani nieatrakcyjny jestem" (MSR_13_60); „Nie jestem ostatnim ani pierwszym, (jestem – przyp. aut.) w środku" (MST_12_72).

W przeważającej mierze mężczyźni oceniali siebie neutralnie albo pozytywnie, wykazując jednak ogólne zadowolenie z własnego wyglądu (MM_1_21, MM_3_22, MM_5_26 MM_7_28, MST_12_72, MST_13_77). Kobiety natomiast, mówiąc o neutralnej ocenie własnej, przyznawały, że są częściowo zadowolone z wyglądu i podkreślały swoją „przeciętność", „zwykłość" i podobieństwo do innych. Neutralna ocena własnej powierzchowności w przypadku obu badanych zbiorowości płci wiązała się z określaniem siebie przez pryzmat niewyróżniania się i „normalności".

Rozpatrując negatywne oceny własnej atrakcyjności deklarowane przez kobiety, można zauważyć, że były one formułowane zarówno jako ogólne niezadowolenie z własnego wyglądu lub jego konkretnych przejawów: nadwaga, mała sprawność fizyczna, brak czasu na dbanie o siebie, jak i jednoznaczne zdefiniowanie siebie jako osoby nieatrakcyjnej lub mało atrakcyjnej (KSR_8_53, KST_3_65, KST_4_66, KST_8_70, KST_14_86). Jedna z respondentek uznała proces starzenia się z jego niekorzystnym wpływem na ciało i zdrowie, jako powód rozczarowania własnym wyglądem: „Jestem bardzo niezadowolona [...], bo się starzeję [śmiech] w szybkim tempie i właśnie zdrowie mi też odmawia posłuszeństwa, no i z tego powodu nie zawsze się dobrze czuję" (KSR_10_56).

Negatywne oceny wyglądu i atrakcyjności pojawiały się również w wypowiedziach mężczyzn uczestniczących w wywiadach swobodnych, jednakże znacznie rzadziej badani niezależnie od wieku oceniali nisko swoją powierzchowność, wskazując na ogólną dezaprobatę oraz kompleksy dotyczące wyglądu: „Oceniam swój wygląd negatywnie [...], bo mógłbym lepiej wyglądać" (MSR_10_56), „nisko oceniam, bo jestem realistą" (MSR_11_57). Podobnie jak w grupie badanych kobiet tylko jeden respondent – mężczyzna z najstarszej kategorii wiekowej – negatywną ocenę własnego wyglądu wiązał z wiekiem metrykalnym i zmianami spowodowanymi starzeniem się skóry twarzy: „No nie (jestem zadowolony ze swojego wyglądu – przyp. aut.). Widzę zmarszczki coraz większe i to mnie postarza" (MST_12_72).

Analizując wypowiedzi respondentek i respondentów reprezentujących trzy kategorie wiekowe, można dostrzec, iż czynnik wieku różnicuje opinie zarówno kobiet, jak i mężczyzn o ich własnym wyglądzie. W pierwszej kolejności scharakteryzowane zostaną różnice w autoocenach w ramach zbiorowości kobiet, a następnie w ramach zbiorowości mężczyzn. W ostatniej części podrozdziału przedmiotem refleksji będą opinie charakterystyczne dla poszczególnych grup wiekowych bez względu na płeć.

Choć zdecydowana większość respondentek pozytywnie oceniła swój wygląd zewnętrzny, zauważalna jest tendencja, iż młode kobiety częściej mówiły o swojej atrakcyjności w korzystnym świetle niż kobiety w średnim wieku i stare. Żadna z młodych kobiet nie wyraziła bowiem jednoznacznej dezaprobaty dla swojej aparycji. Można przypuszczać, iż taki stan rzeczy wynika z relatywnie pozytywnego nastawienia młodych respondentek do kwestii atrakcyjności fizycznej i ich biologicznie młodego wyglądu. Warto jednak zwrócić uwagę, że oceny kobiet młodych są bardziej wyważone i charakteryzuje je mniejsza pewność osądu niż kobiet z dwóch starszych grup wiekowych. Podczas gdy młode respondentki wypowiadały się o swoim wyglądzie w sposób zachowawczy: „Ogólnie jestem zadowolona, ale dlatego, że dbam o to" (KM_5_28), kobiety reprezentujące starsze kategorie wiekowe wyrażały większą akceptację dla swojego wyglądu: „Myślę, że jestem w atrakcyjna, że niczego mi nie brakuje" (KSR_4_45); „uważam, że jestem ok, nie mam żadnych, nie mam żadnych kompleksów" (KST_8_70).

Negatywne opinie na temat własnej fizycznej atrakcyjności pojawiły się wyłącznie wśród kobiet w średnim wieku oraz starych. Choć niektóre badane z grupy wiekowej 38–62 lata uzasadniały swój osąd argumentem, iż nikt do końca nie jest zadowolony ze swojego wyglądu, były wśród nich wyraźnie krytyczne głosy względem własnej powierzchowności: „Ja siebie oceniam bardzo negatywnie" (KSR_7_49); „Jestem bardzo niezadowolona" (KSR_10_56). Nieco łagodniej, choć wciąż ujemnie, postrzegały siebie kobiety stare, formułując autooceny zarówno jako ogólne niezadowolenie z wyglądu, jak i konkretnych jego elementów: „Nie jestem jakąś taką pięknej urody, wyglądu, sylwetki. Taka jestem, jaką mnie Pan Bóg stworzył" (KST_3_65); „No, nieraz jestem niezadowolona (z wyglądu – przyp. aut.), bo jak pod tymi oczami te woreczki mi się takie zrobią" (KST_14_86). W świetle powyższego można wysunąć przypuszczenie, iż ogólna samoocena atrakcyjności wśród kobiet spada wraz z wiekiem i opiera się na innych przesłankach w zależności od metryki – w przypadku kobiet w średnim wieku i starych wynika z ogólnego samopoczucia, sprawności fizycznej, tj. czynników biologicznych i kondycyjnych, a nie estetycznych, co częściej charakteryzuje wypowiedzi młodych respondentek i zostanie szerzej omówione w kolejnym podrozdziale.

Znaczna część badanych oceniła swój wygląd w sposób neutralny, ale nieco częściej takie stanowisko prezentowały kobiety w średnim wieku i stare. Respondentki te w podobny sposób określały własną powierzchowność za pomocą takich przymiotników jak „przeciętny", „średni", „niewyróżniający się": „No taką bardzo atrakcyjną to nie jestem. Jestem taka po środku. Ani atrakcyjna, ani nie atrakcyjna" (KSR_15_62);

„Uważam się za przeciętną" (KST_12_84), „Nie jestem atrakcyjna ani nie atrakcyjna. Jestem tak pół na pół" (KST_1_64).

Zróżnicowane podejście do oceny wyglądu wśród starszych grup wiekowych respondentek może wynikać z faktu posiadania przez nie dłuższego i bogatszego doświadczenia życiowego, większej świadomości własnego ciała lub dystansu do atrakcyjności własnej, budowanej nie tylko na samej fizyczności, ale i cechach osobowych, a także z mniejszego znaczenia wyglądu zewnętrznego dla autooceny jednostki. Jak zauważa Lidia Anna Wiśniewska, w literaturze przedmiotu nie ma również zgodności co tego, jak wygląda subiektywna ocena zadowolenia z ciała u starzejących się kobiet, a niektórzy badacze podkreślają wręcz, że rezultaty licznych studiów są różnorodne i nierzadko sprzeczne i nie sposób wyciągnąć jednoznacznych wniosków (Wiśniewska 2014; por. Ferraro i in. 2008; Głębocka 2009). Psychologowie społeczni na podstawie analizy wyników badań sugerują przeciwstawne trendy: z jednej strony spadek zadowolenia z ciała, z drugiej zaś wzrost satysfakcji tłumaczony tendencją do bardziej realistycznych oczekiwań i autoocen kobiet w wieku średnim i starych (Wiśniewska 2014), co znajduje swoje odzwierciedlenie również w cytowanych w tym podrozdziale pozytywnych, neutralnych oraz negatywnych wypowiedziach respondentek z dwóch starszych kategorii wiekowych na temat własnego wyglądu zewnętrznego.

We współczesnej kulturze dominują ujemne stereotypy dotyczące osób starszych i procesu starzenia się i dotyczą one m.in. zwiększającej się masy ciała i fizycznej ułomności, w tym spowolnionych ruchów, utraty elastyczności skóry czy siwiejących włosów (por. Głębocka 2009). W tym kontekście mówi się również o zjawisku „podwójnego standardu starzenia się", gdyż społeczeństwa deprecjonują starsze kobiety, które są odbierane jako mniej atrakcyjne względem mężczyzn w podobnie zaawansowanym wieku, których dojrzałość jest cechą dodatnią i pożądaną (Sontag 1972; Miluska 1996). Stereotypy – zgodnie z którymi starość jest brzydka, a piękno stanowi atrybut młodości – uwidaczniają się również w świadomości i wypowiedziach niektórych respondentek w wieku średnim i starych, gdyż gładka twarz i sprężysta, szczupła sylwetka niezależnie od wieku to wciąż przejaw pięknego, bo młodzieńczego, wyglądu zewnętrznego. Kobiety (częściej niż mężczyźni) reprezentujące dwie starsze kategorie wiekowe odnosiły autooceny wyglądu do swojej metryki, podkreślając przy tym urodę młodych kobiet:

> Pewne walory już w pewnym wieku, atrakcyjne są głównie osoby w młodym wieku, młode kobiety, one są atrakcyjne. Natomiast już w pewnym wieku, to już (nie – przyp. aut.) (KSR_5_47). Byłam taką osobą, no, ja się nie wyróżniałam nigdy jakoś tak. No na pewno jako młoda wyglądałam lepiej, właśnie

choćby z tytułu, że byłam szczupła bardzo długo. No lepiej się wtedy czułam na pewno i atrakcyjniejsza (KST_9_71).

Cytowane wyżej respondentki potwierdzają spostrzeżenie psycholog społecznej Alicji Głębockiej, iż „starsze kobiety internalizują negatywne stereotypy mówiące o tym, że stare nie jest piękne, co prowadzi do negatywnej ewaluacji własnego ciała" (Głębocka 2009: 80).

Biorąc pod uwagę odpowiedzi udzielone na pytanie o własną atrakcyjność przez badanych mężczyzn reprezentujących różne grupy wiekowe, można zaobserwować, że podobnie jak w przypadku zbiorowości kobiet, respondenci z najmłodszej kategorii wieku oceniali swoją powierzchowność najwyżej i tylko jeden młody badany wyraził się w tym przypadku jednoznacznie negatywnie: „Nie jestem zadowolony (ze swojego wyglądu – przyp. aut.). Szczerze mówiąc, to chyba [...] nic takiego nie mam (co mi się podoba – przyp. aut.)" (MM_9_30). Analogicznie do młodych kobiet wypowiedzi ich rówieśników uznających się za atrakcyjnych częściej były wyważone i niebezkrytyczne: „Raczej uważam się za atrakcyjnego mężczyznę" (MM_6_27), „Jestem zadowolony, natomiast brakuje trochę czasu, żeby trochę zadbać o sylwetkę" (MM_13_32).

Z kolei respondenci w wieku średnim, w odróżnieniu od mężczyzn młodych i starych, oceniali siebie najsurowiej, często przez pryzmat swoich wad i mankamentów wyglądu: „Raczej tak, chociaż mógłbym zmniejszyć brzuszek" (MSR_7_49); „Matka Natura poskąpiła mi wzrostu, prawda? Całe życie myślałem, że będę trochę wyższy, a skończyło się na 169 centymetrach" (MSR_8_53).

Starzy mężczyźni mieli największą trudność w formułowaniu autoocen wizerunku, a w swoich w głównej mierze neutralnych i pozytywnych stanowiskach względem własnego wyglądu zwrócili uwagę na aspekt akceptacji siebie: „Pozytywnie (oceniam swój wygląd – przyp. aut.). Akceptuję siebie" (MST_4_64); „Tu chodzi nie o mnie, bo ja się ze swoim wyglądem dobrze czuję" (MST_2_63).

Warto ponadto zauważyć, że wyłącznie w zbiorowości mężczyzn starych pojawiły się głosy, iż ocena ich atrakcyjności leży w gestii osób trzecich, a nie ich samych. Niektórzy respondenci z najstarszej kategorii wiekowej w pierwszej reakcji odżegnywali się od oceny własnego wyglądu, dystansując się tym samym do kwestii poddania siebie autokrytyce. Zdaniem tych badanych, aparycję mężczyzny oceniają/powinny oceniać kobiety: „A czy jestem atrakcyjny? To już żony proszę zapytać. Chyba normalny jestem. Ani piękny, ani brzydki. Zwyczajny" (MST_8_70). „Znaczy przyzwyczaiłem się może do siebie, tylko widzi pani, to jest taki problem, ja u siebie w lustrze nie widzę tego, co kobiety widzą. Może kobiety inaczej się patrzą" (MST_7_67).

Nie bez znaczenia być może jest fakt, iż cytowani mężczyźni byli najdłużej poddawani patriarchalnej socjalizacji, w której uroda mężczyzny dla niego samego ma drugorzędne znaczenie i odgrywa rolę jedynie w relacjach interpersonalnych z osobami płci przeciwnej, w relacjach romantycznych, intymnych, gdzie istotna jest atrakcyjność seksualna.

Analizując opinie respondentów na temat ich wyglądu zewnętrznego z uwzględnieniem kategorii wieku, można wnioskować, iż ludzi młodych charakteryzuje najbardziej pozytywny stosunek do własnego wyglądu, czego dowodzi brak negatywnych autoocen wśród młodych kobiet i pojedyncze tego typu stanowisko w zbiorowości młodych mężczyzn. Natomiast wśród przedstawicieli badanych w średnim wieku oceny pozytywne pojawiają się wyraźnie rzadziej – zarówno kobiety, jak i mężczyźni w tej grupie wiekowej swoją atrakcyjność fizyczną oceniają bowiem najbardziej krytycznie:

> (Oceniam się – przyp. aut.) negatywnie, bo mógłbym lepiej wyglądać [...]. Mógłbym być lepiej ubranym, bardziej zadbanym itd. (MSR_10_56). Nie, absolutnie, no nie, oceniam, nisko oceniam, bo jestem realistą, [...] realnie oceniam swoją twarz w lustrze. Nie poznaję siebie. Patrzę w lustro i mi się wydaje, że to jakiś tam, ktoś jest w lustrze, ale niespecjalnie podobny do mnie, ale to ja (MSR_11_57).

W świetle cytowanych powyżej wypowiedzi można zatem wnioskować, zgodnie z postawioną hipotezą, iż niezależnie od płci wraz z wiekiem respondenci nie tylko przykuwają mniej uwagi do swojej aparycji, ale i coraz gorzej oceniają własny wygląd zewnętrzny. Analizując rozkład opinii o własnej atrakcyjności w całej zbiorowości badanej, wyraźnie widać, iż najlepiej postrzegają siebie ludzie młodzi, a najmniej korzystnie ludzie w średnim wieku, a także w nieco mniejszym stopniu osoby stare. Warto jednak zauważyć, że w przypadku dwóch starszych kategorii wiekowych płeć różnicuje poglądy respondentów w tym zakresie. Ogółem kobiety w ocenie własnej aparycji są bardziej surowe w porównaniu do mężczyzn, a im są starsze, tym gorsze noty wystawiają swojemu wizerunkowi, gdyż negatywną opinię o własnym wyglądzie najczęściej prezentowały panie z najstarszej kategorii wiekowej, a nieco rzadziej kobiety w średnim wieku. W zbiorowości mężczyzn wyraźnie najgorzej oceniali siebie badani w średnim wieku, podczas gdy oceny respondentów z grupy starych były łagodniejsze.

Niemniej jednak starzy uczestnicy i uczestniczki badania częściej postrzegali swoją aparycję bardziej pozytywnie aniżeli ci w średnim wieku. Poziom zadowolenia z wyglądu zewnętrznego zwiększa się zatem wśród najstarszej grupy respondentów i respondentek powyżej 63 roku życia, o czym świadczą m.in. wypowiedzi: „Pozytywnie (oceniam swój

wygląd – przyp. aut.). Akceptuję siebie" (MST_4_64). Też się uważam za atrakcyjnego (MST_10_71). Jeżeli chodzi o mój wygląd, to mogę powiedzieć, że jestem zadowolona [...]" (KST_5_67). „Nie mam żadnych kompleksów na temat swojego wyglądu i jak na swój wiek jestem bardzo zadowolona ze swojego wyglądu" (KST_2_64). Ludzie starzy (częściej mężczyźni), obserwując fizyczne zmiany w swoim ciele związane z upływem czasu, nierzadko przyjmują postawę akceptacji wobec nieuchronności starzenia się ciała człowieka postrzeganej jako naturalna kolei rzeczy. Jeśli dokonują subiektywnych porównań i ocen własnego wyglądu, to biorą pod uwagę swój wiek metrykalny i jego biologiczne, cielesne konsekwencje: „Znaczy przyzwyczaiłem się może do siebie [...] zawsze chodzi o to, żeby być i przystępnym i zadbanym" (MST_7_67); „Ja już się z tym (zmarszczkami – przyp. aut.) pogodziłem, to już jest wiek" (MST_12_72). Również badania psychologów społecznych przeprowadzone w Kanadzie na próbie mężczyzn między sześćdziesiątym a siedemdziesiątym rokiem życia pokazały, że panowie w podeszłym wieku są bardziej skłonni zaakceptować zmiany zachodzące w ich ciele aniżeli kobiety, a zmarszczki, siwiznę czy wzrost wagi przy obniżonym metabolizmie traktują jako naturalny skutek procesu starzenia się (Wiśniewska 2014).

Najczęściej jednak przedstawiciele dwóch najstarszych starszych grup wiekowych formułowali neutralne oceny własnej atrakcyjności. Respondenci w wieku średnim i starzy podkreślali swoją przeciętność, niewyróżnianie się, normalność, co odzwierciedla również ogólniejszy trend, iż wraz z wiekiem – zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn – maleje zainteresowanie własnym ciałem oraz słabiej odczuwany jest lęk związany z własnym wizerunkiem. U osób w średnim wieku i starszych obserwuje się bowiem „znacznie silniejszy związek między dobrostanem psychicznym a fizyczną sprawnością aniżeli między dobrostanem psychicznym a własnym wyglądem" (Głębocka, Kulbat 2005: 16).

Czynniki wpływające na ocenę własnego wyglądu

Respondentki i respondenci, oceniając swój wygląd zewnętrzny i własną atrakcyjność, odnosili się bezpośrednio lub pośrednio do różnych czynników. W uzasadnieniach tych subiektywnych autoocen najczęściej odwoływano się m.in. do: opinii innych ludzi lub porównania siebie z innymi osobami, własnego samopoczucia, wieku i stanu zdrowia, a także posiadania lub nieposiadania kompleksów (w tym wskazywanie na mankamenty sylwetki) oraz działań na rzecz własnego wyglądu, dbałości o siebie. Powyższe kategorie czynników występowały w wypowiedziach osób badanych zarówno w ujęciu pozytywnym, jak i negatywnym, w zależności od formułowanej opinii na temat własnego wyglądu.

Najczęściej wymienianą argumentacją, która miała wpływ na ocenę własnej atrakcyjności wśród przedstawicieli obu płci, była motywacja zewnętrzna, płynąca z najbliższego środowiska: z jednej strony powoływano się na opinie innych ludzi (członków rodziny, partnerów, przyjaciół, współpracowników), które kształtują jaźń odzwierciedloną jednostki; z drugiej strony zaś wiele uczestniczek i uczestników badania opierało swoje oceny na subiektywnym porównaniu siebie do innych osób. Czynniki te posłużyły do sformułowania tak pozytywnych, jak negatywnych stanowisk na temat własnego wyglądu. Kolejnym równie często przywoływanym argumentem przede wszystkim determinującym aprobatę kobiet i mężczyzn wobec ich wizerunku było dobre samopoczucie definiowane jako akceptacja siebie, sympatia dla siebie, brak kompleksów. Niektórzy respondenci odnieśli się także do wieku metrykalnego lub procesu starzenia się jako czynnika uzasadniającego korzystną bądź niekorzystną ocenę swojej atrakcyjności. Powyższe kategorie odpowiedzi okazały się być najpowszechniej przywoływane przez badanych z obu zbiorowości płci. Mimo ogólnych zbieżności w argumentacji przywoływanej na okoliczność autooceny własnego wyglądu daje się dostrzec różnice w sposobie formułowania stanowisk przez respondentki i respondentów. Ponadto kobiety w swoich odpowiedziach zdefiniowały szerszy katalog czynników wpływających na autoocenę wyglądu aniżeli mężczyźni. Dotyczy to zarówno odwoływania się do większej liczby kategorii uzasadniających, jak i większego zróżnicowania tych kategorii (np. wśród okoliczności wpływających na określoną ocenę wizerunku, mówiąc o zdrowiu i stylu życia, respondentki precyzowały poszczególne czynniki i wymieniały np. choroby, stres, niedostatek snu, kondycję fizyczną). Żaden z mężczyzn nie uwzględnił w uzasadnieniu oceny wyglądu zdrowia czy własnych wysiłków podejmowanych w celu poprawy wyglądu, które to czynniki pojawiały się w wypowiedziach badanych kobiet.

Analizując odwołania do pierwszej z powyższych zewnętrznych przesłanek oceny własnego wyglądu, najczęściej wskazywanych przez obie grupy płci badanych, tj. cudze opinie na własny temat – należy zauważyć, że w większości przypadków służyły one do uzasadnienia pozytywnych autoocen wyglądu zewnętrznego:

> Jednak miałam parę sytuacji, że przekonałam się, że mogę być odbierana jako atrakcyjna kobieta przez innych zarówno przez mężczyzn, jak i przez kobiety. Miałam również sytuację, że zostałam uznana przez koleżankę jako zagrożenie, jeżeli chodzi o atrakcyjność (KM_2_24). Widzę się, że inni też na mnie patrzą i mówią »Elka, jak ty świetnie wyglądasz« (KSR_4_46). Jestem zadowolony z włosów na głowie. Zdaniem znajomych i rodziny są one gęste.

> Mi osobiście też się podobają, też z racji tego, że są często komplementowane właśnie (MM_3_22). Czuję się w swojej skórze dobrze. [...] dlatego chyba, że mam takie odczucie, że osoby wokół mnie, mnie akceptują takim, jakim jestem (MSR_8_53).

Opinia osób trzecich stanowiła również punkt odniesienia niezależnie od własnej oceny wyglądu (pozytywnej, neutralnej czy negatywnej), co obrazują poniższe wypowiedzi respondentów: „Tu chodzi nie o mnie, bo ja się ze swoim wyglądem dobrze czuję, tylko, że chodzi o innych, prawda." (MST_2_63); „Dużo wpływa ocena innych, jak cię postrzegają i jak krytykują, co im się nie podoba" (KM_7_28).

Porównanie siebie do innych nieco częściej stanowiło podstawę subiektywnej autooceny własnego wizerunku w wypowiedziach kobiet niż mężczyzn i miało odmienny charakter w przypadku obu badanych zbiorowości płci. Respondentki przeważnie zestawiały swoją urodę z aparycją konkretnych osób: znajomych, koleżanek, a także sławnych osób:

> Co zauważyłam, że podobają mi się też kobiety, jak gdzieś tam widzę w telewizji, jakieś celebrytki, które mają typ urody zbliżony do mojego, czyli znaczy to, że sama sobie się w miarę podobam, że akceptuję się na pewno, lubię swoją twarz (KSR_2_41). Wiesz, co myślę, że tak ogólnie ze wszystkiego jestem zadowolona. Na podstawie czego to mówię, porównuję się też z koleżankami w moim wieku tak? (KSR_3_42). Jak patrzę na koleżanki, to mi się mniej podobają niż ja sama sobie (KST_10_71).

Natomiast w wypowiedziach respondentów pojawiały się porównania mniej spersonalizowane, do bliżej nieokreślonego „ogółu innych", jak w przypadku cytowanych dalej młodych mężczyzn: „(Jestem – przyp. aut.) niewyróżniający się za bardzo wyglądem spośród pozostałej [...] pozostałych osób, których można spotkać na ulicy" (MM_7_28). Kobiecość tradycyjnie silnie wiąże się z cielesnością, a kobieta – socjalizowana w poczuciu stałej kontroli własnego wyglądu i pielęgnacji urody – podporządkowuje się wymogom tego społecznego kanonu fizycznego piękna, chcąc uzyskać akceptację otoczenia (Kaschack 2001; Wolf 2014). Atrakcyjne ciało stanowi jeden z podstawowych elementów współczesnej koncepcji kobiecości (Wolf 2014), a wygląd zewnętrzny jako element kapitału ludzkiego kobiety, który w dużej mierze wpływa na jej pozycję społeczną, podlega ocenie i konkurencji (Berry 2008; Jakubowska 2009a). Jak bowiem zauważa A. Buczkowski, wartościowanie dokonuje się przede wszystkim „na podstawie wyglądu kobiety, a o wiele rzadziej na podstawie tego, kim jest i co mówi" (Buczkowski 2005:285). Stąd też prawdopodobnie wynika nie tylko silniejsza potrzeba i imperatyw dbania o wygląd zewnętrzny przez kobiety, ale również nawyk monitorowania i porównywania siebie z innymi przedstawicielkami płci pięknej.

Akceptacja siebie i brak kompleksów to kolejny z czynników, który pojawił się w wypowiedziach na temat oceny własnej atrakcyjności w obu badanych zbiorowościach płci. Respondenci wspominali w tym przypadku, że „akceptują to, jak wyglądają", „dobrze się czują ze sobą" bądź „lubią siebie". Niemniej jednak daje się zaobserwować istotną różnicę w sposobie artykułowania omawianego czynnika przez kobiety i mężczyzn pozytywnie oceniających swój wygląd. Mężczyźni ograniczali się do nieemocjonalnego stwierdzenia, że akceptują swój wizerunek, jakim jest, przyjmując wygląd zewnętrzny jako swoisty zasób biologiczny. Nie uzasadniali ocen, niekiedy tylko odwoływali się dodatkowo do opinii innych osób. Kobiety natomiast przeważnie wyraźnie wzmacniały swoje stanowiska i wskazywały na konkretne subiektywne odczucie leżące u podstaw dodatniej samooceny: „Oceniam się jako osobę atrakcyjną fizycznie. Jestem zadowolona. Czuję się dobrze z tym, jak wyglądam" (KM_11_34). „Jeżeli atrakcyjność fizyczną można przyrównać do dobrego samopoczucia we własnej skórze, to powiedziałabym, że tak, czuję się atrakcyjna" (KM_2_24). „Ja się czuję atrakcyjnie" (KSR_3_42). Wypowiedzi mężczyzn charakteryzowała z kolei większa pewność osądu i bezwarunkowość: „Ale po prostu akceptuję siebie, takim jakim jestem" (MM_5_26). „Generalnie raczej chyba podoba mi się wszystko we mnie, nie specjalnie miałbym ochotę coś tam zmieniać" (MSR_1_38).

Na uwagę zasługują ponadto różnice w sposobie uzasadniania przez kobiety i mężczyzn oceny własnego wyglądu poprzez charakterystykę wad i niedoskonałości, a konkretnie mankamentów figury. Przedstawiciele obu płci odnosili się w swoich wypowiedziach do odbiegającego od modelowego kształtu sylwetki, a także przyznawali do nadwagi i otyłości. Jednakże podczas gdy mężczyźni jedynie wymieniali elementy budowy ciała, z których nie są zadowoleni (nieumięśniony lub obfity brzuch, „oponka"), kobiety dodatkowo wskazywały na działania podejmowane w celu przeciwdziałania niedoskonałościom w wyglądzie lub tłumaczyły się niejako ze swoich „zaniedbań" w tym względzie: „Wydaje mi się, że znam swoje wady i zalety i bardzo dużo przeciwdziałam, żeby zlikwidować te wady, czyli np. jak miałam troszeczkę problem z wagą, to starałam się to zredukować" (KM_9_30). „Chciałabym być szczuplejsza, co jest trudne. Nie jest niemożliwe, ale jest trudne" (KSR_5_47). Powyższe wypowiedzi świadczą ponadto o silnej internalizacji kulturowych wzorców kobiecości i propagowanego w mediach ideału kobiecego ciała. Model sylwetki obecny w różnych przekazach kulturowych wyraźnie wskazuje, że kobieta ma być szczupła, mieć proporcjonalną i zgrabną figurę, stąd silnie odczuwana przez żeńską część społeczeństwa presja troski o wygląd i dyskomfort posiadania obfitszych kształtów (Głębocka, Kulbat 2005; Głębocka 2009). Jak dowodzi w swoich

badaniach cytowana już Alicja Głębocka, kult wąskiej talii przyczynił się do tego, że wyznacznikiem zadowolenia z wyglądu stała się niska masa ciała, a kobiety podejmują rozmaite działania, aby utrzymać sylwetkę w ryzach i obniżyć swoją wagę, do jakich należą najczęściej dieta i aktywność fizyczna (Głębocka 2009). Adekwatnie sukces w wysiłkach dla zachowania szczupłej figury stanowił mocny argument na rzecz wysokiej autooceny wyglądu respondentek: „w tej chwili, jeżeli chodzi o mój wygląd, to mogę powiedzieć, że jestem zadowolona w sensie takim, że udało mi się schudnąć 8 kilogramów i się dobrze czuję, lekko się czuję" (KST_5_67).

W odróżnieniu od mężczyzn kobiety w swoich wypowiedziach kładły również wyraźny nacisk na fakt dbania o siebie i starań podejmowanych w celu poprawy wyglądu, podczas gdy żaden mężczyzna nie wspomniał o tego typu czynniku, formułując ocenę własnej aparycji. Respondentki nie tylko deklarowały troskę o swój wygląd, ale również wymieniały konkretne działania przyczyniające się do lepszego samopoczucia i wpływające na pozytywną ocenę własnej atrakcyjności, m.in. codzienną pielęgnację skóry, uczesanie, manicure, makijaż, ubiór. Niewątpliwie liczne zabiegi pielęgnacyjne i upiększające, podejmowanie których deklarowały uczestniczki wywiadów swobodnych, istotnie i dodatnio wpływały na ich samoocenę:

> Ja bym siebie opisała bardzo pozytywnie, bo tak jak mówię dbam o siebie, o codzienny swój wygląd, nie wyjdę nieuczesana na ulicę, muszę mieć zrobiony manicure, żeby te ręce były zadbane, żeby było widać, że się dba, więc określam się pozytywnie (KST_2_64). Ja na przykład jak sobie zrobię włosy, to fajnie, wszyscy widzą, że są fajne, a jak gdzieś się przemknę i są nieumyte albo spięte, to nie. Jak się ubiorę, że się spieszę i kurczę, no ubrałam się byle jak i pierwsze co na siebie włożyłam ok, i też się nie czuje wtedy dobrze (KSR_3_42).

Panie z najstarszych dwóch kategorii wiekowych w swoich ocenach wyglądu odwoływały się do wieku w powiązaniu ze zdrowiem i fizycznym samopoczuciem, czego nie odnaleziono w wypowiedziach młodszych respondentek ani w stanowiskach mężczyzn w podobnym wieku: „Jestem bardzo niezadowolona [...], bo się starzeję w szybkim tempie i właśnie zdrowie mi też odmawia posłuszeństwa" (KSR_10_56); „nie powiem tego, (że jestem atrakcyjna – przyp. aut.) bo, bo po prostu teraz coś czuję, że coraz słabiej" (KST_4_66). W przypadku starszych kobiet można zatem wnioskować za A. Głębocką, iż na subiektywną ocenę własnego wyglądu składa się nie tylko poziom satysfakcji z wizerunku ciała, ale również sprawność, kondycja fizyczna i ogólniej stan zdrowia jednostki (Głębocka 2009).

Wśród czynników rzutujących na ocenę własnej atrakcyjności kobiety niezależnie od wieku wymieniały przede wszystkim opinie osób trzecich na swój temat, brak kompleksów i akceptację swojego wyglądu, a także porównywały siebie do innych osób, w szczególności kobiet z bliskiego otoczenia. W przypadku respondentek z najmłodszej kategorii wiekowej komplementy skierowane pod ich adresem były jednak argumentem najsilniej warunkującym samoocenę w odniesieniu do wyglądu zewnętrznego. Wizerunek młodych kobiet w ich oczach opierał się przede wszystkim na jaźni odzwierciedlonej, a kluczowe znaczenie miała w tym przypadku ocena partnera, członków rodziny czy przyjaciół. Należy przy tym podkreślić, iż były to zazwyczaj opinie pozytywne, jak np.: „Tak oceniam się (jako atrakcyjną – przyp. aut.), bo czasami mówią mi to koleżanki, koledzy i rodzina. Mówią mi, że ładnie wyglądam, a to daje mi pewności siebie" (KM_13_34).

Młode respondentki, formułując autooceny swojego wyglądu na podstawie porównywania siebie z innymi osobami, podkreślały swoją aktywność na rzecz dbania o ciało i prezencję:

> Wydaję mi się, że (oceniłam siebie pozytywnie – przyp. aut.) przez to, jak wyglądają właściwie inne osoby w moim wieku. Niektóre albo w ogóle o siebie nie dbają i przez to w moich oczach przynajmniej wyglądają mniej atrakcyjnie, albo wykonują takie zabiegi, które mają właściwie odwrotny skutek i wyglądają przez to nieatrakcyjnie [...] często (stosuję różne zabiegi – przyp. aut.) i przez porównanie oceniam siebie i widzę, że inni nie stosują i są bardzie zaniedbani, nieatrakcyjni, niektórzy (KM_1_21).

O ile argument troski o własny wygląd i dokonywania zabiegów upiększających stanowił czynnik decydujący o pozytywnej samoocenie kobiet młodych i starych (KM_1_21; KM_3_24; KM_5_28; KST_ 2_64; KST_5_67), o tyle żadna z pań w średnim wieku nie powiązała własnej atrakcyjności z aktywnością na rzecz dbania o ciało. Wprost przeciwnie, pojedynczy głos w tym przypadku dotyczył negatywnej oceny własnego wyglądu i niepodejmowania działań pielęgnacyjnych: „Mam wrażenie, że jestem nie dość zadbana tak, czy nie dość wyspana. Nie dość tak jakoś nie wiem, nie dość często, no w ogóle nie chodzę do kosmetyczki czy coś takiego, a wiem, że moje koleżanki chodzą tak (KSR_5_47)".

Kobiety reprezentujące dwie starsze kategorie wiekowe rzadziej wymieniają cudze opinie jako czynnik wpływający na ich samoocenę, a jeśli już taki argument przytaczają, to częściej w negatywnym aspekcie. Brak pozytywnego wzmocnienia ze strony osób trzecich odbierają jako potwierdzenie swojej nieatrakcyjności lub przeciętności: „Wiesz, nie mogę powiedzieć, że jestem osobą atrakcyjną, bo nie wiem, jak mnie ludzie odbierają. Myślę, że nie (jestem atrakcyjna – przyp. aut.), bo nie budzę

zainteresowania swoim wyglądem, a osoba atrakcyjna, to każdy się za nią obejrzy na ulicy. Za mną się nie oglądają na ulicy" (KST_7_70). Z kolei komentarze innych osób, które wpływają na pozytywną samoocenę kobiet starych i wzmacniają ich zadowolenie z własnego wyglądu najczęściej związane są z młodym wyglądem mimo zaawansowanego metrykalnego wieku:

> Nie wyglądam na swoje lata i bardzo wiele osób mi mówi, że mimo że w tej chwili mam 64 lata, to nikt nie określa mnie w takim przedziale wieku, tylko mówią, że wyglądam o wiele lepiej, czyli wyglądam gdzieś na 55 lat (KST_2_64). No nie wiem (jak oceniam wygląd – przyp. aut.), ale nikt mi nie daje prawie osiemdziesięciu lat! To jest fakt. Nikt mi nie wierzy, że mam już siedemdziesiąt prawie osiem (KST_11_77).

W przypadku kobiet z najstarszej kategorii wiekowej łagodny przebieg procesu starzenia się i młody jak na metrykę wygląd stanowił atut urody i podstawę pozytywnej samooceny nie tylko w świetle komplementów i miłych komunikatów z otoczenia, ale i w subiektywnych porównaniach respondentki z rówieśniczkami: „(osoby – przyp. aut.) w moim wieku też wyglądają nieraz starzej ode mnie" (KST_6_69); „Nie wiem, myślę, że porównuję się z rówieśnikami i uważam, że wyglądam całkiem ok, jak na mój wiek, porównywalnie" (KST_8_70).

Niektóre respondentki w średnim wieku i stare, w przeciwieństwie do kobiet należących do przedstawicielek najmłodszej grupy badanych zwróciły uwagę, że na ocenę ich wyglądu wpływają czynniki zewnętrzne, takie jak pora dnia czy styl życia (urlop i wypoczynek jako czynnik sprzyjający urodzie). Istotnym argumentem wpływającym na ocenę atrakcyjności wśród respondentek w średnim wieku i starych jest także stan zdrowia oraz nastrój czy kondycja psychiczna:

> Niekiedy czuję się świetnie i wspaniale, właśnie tak, jak mówisz, czyli odlotowo. W momencie, kiedy jestem ubrana, jak ja chcę być ubrana, czuję się świetnie, nie mam żadnych problemów, dobrze wyglądam, czuję się wtedy atrakcyjna i mogę świat zawojować. Niekiedy czuję się kompletnie nieatrakcyjna, bardzo nawet nieatrakcyjna (KSR_11_60). (Uważam się – przyp. aut.) za przeciętną [...], dlatego że nieraz mnie to boli, tamto boli, chodzę połamana, a to wpływa na samopoczucie i na wygląd (KST_12_84).

Ponadto, zgodnie z koncepcją „podwójnego standardu starzenia się" i rozważaniami psychologów społecznych na temat negatywnej percepcji starzejącego się ciała u starszych kobiet (Głębocka 2009, Wiśniewska 2014), niektóre spośród badanych w wieku średnim i starych oceniały swój wygląd negatywnie z perspektywy upływającego czasu i negatywnych zmian w fizjonomii:

> Są takie minusy, że widzę, że powieki mi się opuszczają, ale trudno. Patrzę w lustro, to widzę, że są zmiany. Jak oglądam fotografie, to widzę. Już się nie odwróci, to po co myśleć nad tym (KST_16_89). Niekiedy czuję się kompletnie nieatrakcyjna, bardzo nawet nieatrakcyjna. Kiedyś, troszeczkę lat ileś mniej, to te sygnały świadczyły o tym, że jestem osobą atrakcyjną (KSR_11_60).

Analizując argumentację mężczyzn reprezentujących różne przedziały wiekowe, daje się zauważyć, że ich bardziej zwięzłe i oszczędne uzasadnienia były również słabiej zróżnicowane ze względu na kategorię wieku. Młodzi respondenci okazali się być najbardziej refleksyjni i z większą łatwością formułowali sądy na temat przedmiotu postawy aniżeli uczestnicy badania z dwóch starszych grup wiekowych. W swoich wypowiedziach młodzi respondenci najczęściej odwoływali się do pozytywnych opinii osób z najbliższego otoczenia, przede wszystkim kobiet, w tym partnerek, narzeczonych, żon, m.in.: „Czasami o tym rozmawiamy i ona (moja dziewczyna – przyp. aut.) daje sygnał, że jestem atrakcyjny, że nie mam co w sobie zmieniać. I po prostu podobam się jej." (MM_4_24); „Narzeczona mówi mi, że mam bardzo ładne dłonie" (MM_6_27). Badani w średnim wieku brali przede wszystkim pod uwagę komplementy ze strony przyjaciół, członków rodziny czy współpracowników: „Mam duży nos i wąskie usta, ale ogólnie słyszałem nieraz, że mam ładną twarz, nie ładną, ale przystojną" (MSR_6_47). Rzadziej argumentem decydującym o atrakcyjności mężczyzny w średnim wieku był pochlebny komunikat od osoby płci przeciwnej: „Nawet te ostatnie 2–3 lata wręcz takie proste komplementy ze strony kobiet, np. potrafią powiedzieć, że jest bardzo piękny krawat, bardzo ładna koszula, że dopasowane są" (MSR_14_61). Brak pozytywnych ocen na podstawie informacji zwrotnych od kobiet w wypowiedziach najstarszych respondentów prawdopodobnie świadczy o mniejszej aktywności starszych ludzi w kontaktach romantycznych i intymnych, które są intensywniejsze na wcześniejszych etapach życia człowieka, kiedy poszukuje się partnera i zawiązuje relacje intymne.

Sięgając po argument porównania siebie z innymi ludźmi, najczęściej w podobnym wieku, w autoocenie wyglądu zewnętrznego młodzi mężczyźni skupiali się na atrybutach fizycznych, jak budowa ciała i kształt sylwetki:

> Tak jak powiedziałem, ze względu na porównanie z kolegami i innymi. Porównując kolegów do siebie, to wydaje mi się, że jestem zdecydowanie bardziej atrakcyjny niż inni. [...] Chociaż patrząc z takiej perspektywy, że moi koledzy niestety utyli troszeczkę, to ja nie mam takich kompleksów. Nie mam takich problemów, typu: ściągam koszulkę i wisi mi sadło, tylko ściągam koszulkę i wyglądam normalnie, więc to przemawia za tym, że jestem atrakcyjny (MM_4_24).

Natomiast w wypowiedziach mężczyzn w średnim wieku i starych często nie sam wygląd zewnętrzny i cechy ciała odgrywały istotną rolę, a wygląd i kondycja ciała w powiązaniu wiekiem:

> Nie mnie to oceniać, ale widzę w pracy, mam porównanie, że młody dwudziestolatek, który przychodzi do nas do pracy, nie zrobi wielu tych rzeczy, które zrobię ja (MSR_2_39). To, co wcześniej powiedziałem, to, że wyglądam młodziej od swoich rówieśników (MSR_6_47). Niektórzy nie mówią, że mam tyle lat. Liczą mi mniej lat, ale ja zniszczony jestem, wiem sam po sobie (MST_14_82). Jak byłem młodszy to tak, człowiek szpanował, a teraz nie ma już czym szpanować (MST_12_72).

W świetle powyższych wypowiedzi daje się zaobserwować, iż odwołania do metryki w przypadku mężczyzn w średnim wieku mają charakter pozytywny i wpływają na wysoką ocenę własnej atrakcyjności, mimo świadomości upływu czasu. W przypadku mężczyzn starych z kolei zaawansowany wiek i towarzyszące mu zmiany fizjologiczne rzutują na autoocenę wyglądu w sposób pejoratywny z racji biologicznych zmian organizmu człowieka i rosnących ograniczeń ciała.

Warto ponadto zwrócić uwagę na brak odniesień do czynników zdrowotnych i pielęgnacyjnych w wypowiedziach mężczyzn reprezentujących wszystkie kategorie wiekowe. Jedynie jeden z badanych w średnim wieku odniósł się do możliwości podjęcia pewnych wysiłków w celu poprawy swojego wyglądu: „(Oceniam się – przyp. aut.) negatywnie, bo mógłbym lepiej wyglądać. [...] myślę, że jest wiele rzeczy. Mógłbym być lepiej ubranym, bardziej zadbanym itd. To zawsze jest kompromis między możliwościami a chęcią może" (MSR_10_56). Brak tego typu refleksji prawdopodobnie wynika z socjalizacji zgodnej z patriarchalną koncepcją męskości, w myśl której troska o kondycję i wizerunek własnego ciała nie leży w gestii mężczyzny, o którego w tym zakresie tradycyjnie dba kobieta: matka, partnerka, żona.

Z kolei rozważając wypowiedzi uczestników wywiadów swobodnych wyłącznie z uwzględnieniem kategorii wieku, daje się zaobserwować dwie zasadnicze różnice w formułowaniu emocjonalnych ocen wobec przedmiotu postawy. Młodzi ludzie – zarówno kobiety, jak i mężczyźni – wyraźnie najczęściej w swoich opiniach na temat własnego wyglądu zewnętrznego oglądają się na innych ludzi i poszukują ich aprobaty. Wraz z wiekiem tendencja do opierania sądów na temat własnej aparycji na motywacji zewnętrznej maleje na rzecz czynników wewnętrznych, często związanych z postępującym wiekiem biologicznym i towarzyszącymi mu zmianami w ciele człowieka. Co więcej, respondenci i respondentki z najmłodszej grupy wiekowej, poszukując pozytywnego wzmocnienia dla oceny własnej powierzchowności u osób z otoczenia,

przede wszystkim oczekują informacji zwrotnej od przedstawicieli płci przeciwnej, w tym swoich parterów: „Mogę powiedzieć, że tak. Zarówno chłopak, jak i otoczenie wskazuje, że jestem atrakcyjna. W sumie też tak uważam" (KM_1_21). „Mojej żonie się podoba, że lepiej wyglądam, także jestem atrakcyjny nie tylko dla niej, ale i dla innych, że jestem fajny, wśród koleżanek, wśród znajomych może się pochwalić, że ma takiego męża" (MM_10_31). Jak zasygnalizowano wcześniej w tym podrozdziale, ma to zapewne związek z większą intensywności kontaktów o charakterze intymnym i romantycznym na tym etapie życia i silniejszą potrzebą bycia atrakcyjnym i pożądanym na rynku matrymonialnym.

Respondenci i respondentki w wieku średnim i starzy w swoich wypowiedziach odwoływali się przede wszystkim do swojej metryki i wymieniali młodzieńczy wygląd lub proces starzenia się jako czynniki rzutujące na wygląd i atrakcyjność. W wielu przypadkach obserwacja zmian twarzy i ciała wraz z upływającym wiekiem wpływała na negatywną percepcję własnej powierzchowności tak wśród kobiet, jak mężczyzn. Niemniej jednak nierzadko metryka stanowiła punkt odniesienia również w ocenie atrakcyjnego, akceptowanego, młodego (jak na biologiczny wiek) wyglądu, co znajduje swoje odzwierciedlenie także w wypowiedziach najstarszych respondentów niezależnie od kategorii płci:

> Ja się nie oceniam jako atrakcyjny i nieatrakcyjny w porównaniu z panami w moim wieku, którzy – pomijam sprawy włosów, bo to jest rzecz genów – ale jak widzę człowieka o sylwetce jakiejś sprężystej wysportowanej i obok niego idzie taki dwa razy cięższy z brzuchem 150 w pasie no to jasne, że się oceniam bliżej tego pierwszego niż tego drugiego (MST_11_77). Nie mam żadnych kompleksów na temat swojego wyglądu i jak na swój wiek jestem bardzo zadowolona ze swojego wyglądu (KST_2_64).

Analiza wypowiedzi respondentek i respondentów w różnym wieku na temat czynników wpływających na ich subiektywną ocenę własnego wyglądu potwierdza wnioski płynące z dyskusji na temat samych autoocen wizerunku (por. podrozdz. 3.2.1) w odniesieniu do hipotezy ogólnej, zgodnie z którą kobiety, niezależnie od wieku, są surowsze i bardziej krytyczne względem omawianego przedmiotu postawy. Wielość argumentów, jakimi posłużyły się badane dla uzasadnienia (nawet pozytywnej aczkolwiek umiarkowanej) opinii o swojej powierzchowności, dowodzi, iż dla kobiet wygląd ma istotne znaczenie, a jego pozytywna ocena jest mocno uwarunkowana i zależy od wielu czynników zewnętrznych (opinia innych ludzi, wiek biologiczny, pora dnia) i wewnętrznych (stan zdrowia, kondycja fizyczna, samopoczucie, styl życia, zabiegi pielęgnacyjne). Respondentki częściej niż respondenci, formułując autooceny swojego wyglądu, uciekały się do porównań siebie z innymi kobietami, najczęściej

w podobnym wieku, a także do podejmowanych przez siebie licznych zabiegów pielęgnacyjnych. Większe znaczenie w wypowiedziach badanych kobiet dla krytycznej oceny własnej atrakcyjności miał ponadto kształt sylwetki. Mężczyźni rzadziej i z większym trudem motywowali swoje stanowiska, najczęściej kierując się komplementami osób z otoczenia lub własnym dobrym samopoczuciem, akceptacją siebie.

Jeśli chodzi o kategorie wiekowe, ponieważ współcześnie kulturowa koncepcja młodości pomniejsza istotę kulturowych definicji płci, płeć słabo dywersyfikuje postawy młodych ludzi. Dla młodych uczestniczek i uczestników badania, którzy najwyżej ocenili własną powierzchowność i zdecydowanie częściej postrzegali siebie jako atrakcyjnych fizycznie, najważniejszym czynnikiem autooceny okazały się bowiem opinie osób z zewnątrz oraz porównanie siebie na tle rówieśników. Badani w wieku średnim i starzy zdecydowanie rzadziej szukali uzasadnienia dla oceny własnego wizerunku w oczach innych ludzi, a w ich wypowiedziach sukcesywnie pojawiały się odwołania do metryki. Istotnym czynnikiem wpływającym na neutralną i pozytywną opinię na temat wyglądu kobiet i mężczyzn z dwóch najstarszych kategorii wiekowych miało ponadto samopoczucie, rozumiane jako akceptacja siebie i w przypadku starszych badanych oznaczało brak wygórowanych wymagań względem swojej cielesności lub pogodzenie się z biologicznymi zmianami starzejącego się ciała.

3.3. Komponent behawioralny

3.3.1. Płeć kulturowa i upłciowiony wiek a działania korzystnie wpływające na wygląd (Ewa Malinowska)

W niniejszym rozdziale zajmiemy się sposobami troszczenia się o swą fizyczną atrakcyjność opisywanymi przez respondentów, a dokładniej – dbaniem o ubiór i ciało przez kobiety i mężczyzn należących do trzech kategorii wieku: młodych, w średnim wieku i starych. Jeśli chodzi o ostatnią z wymienionych kategorii wieku, wykorzystane tu zostaną częściowo wyniki autorskiej, rozszerzonej analizy sposobu dbania o wygląd przez stare kobiety i starych mężczyzn opublikowane w 2016 roku (Malinowska 2016).

Wychodząc od twierdzeń sformułowanych w ramach hipotezy pierwszej, dążymy do udzielenia odpowiedzi na następujące pytania: czy

podobieństwa dotyczące sposobu dbania o wygląd przez kobiety i mężczyzn reprezentujących trzy kategorie wiekowe uwidaczniały się głównie w obrębie danej kategorii wieku, np. między ludźmi młodymi bez względu na płeć, a różnice – między kategoriami płci, tj. między kobietami a mężczyznami bez względu na wiek? Czy zróżnicowania genderowe działań korzystnie wpływających na wygląd wystąpiły głównie wśród ludzi starych?

3.3.1.1. Dbanie o swój wygląd przez kobiety i mężczyzn a wiek

Spośród respondentów należących do pokolenia ludzi młodych niemal wszyscy przywiązywali do stroju dużą wagę. Zgodnie podkreślano znaczenie posiadania i kultywowania własnego stylu ubierania, kierowanie się przy kupowaniu ubrań głównie ich wygodą oraz ubieranie się stosownie do sytuacji.

Jeśli chodzi o sposób ubierania się, młodzi ludzie, bez względu na płeć, preferowali styl sportowy: „Raczej ubrana w spodnie – niebieskie dżinsy, jakaś bawełniana bluzeczka – musi być wygodna – czarna, biała, kolorowa i na czasie, buty baleriny lub jakieś szpilki, ale wolę baleriny bo są wygodniejsze. [...] Raczej lubię luźny i wygodny styl ubierania się" (KM_13_34). Niektórzy młodzi mężczyźni i niektóre młode kobiety przy tej okazji podkreślali funkcjonalność i łatwość realizowania stylu sportowego na co dzień:

> Nie jestem osobą, która dąży za modą non stop, dlatego styl (sportowy – przyp. aut.) mi podpasował, luźno dobrze czuję się, nie jestem tak jakby zamknięty w sobie w tym ubraniu, czuję się bardziej taki luźny i dostępny dla innych. I tyle (MM_8_29); Chcę w ubiorze móc wykonywać swobodne ruchy bez obawy, że mi coś wyjdzie na wierzch, ale również nie chcę, aby mnie ubiór gryzł lub obcierał (KM_2_24).

Najważniejszym i także wspólnym kryterium wyboru ubrań stosowanym przez ludzi młodych okazała się wygoda: „[...] bardzo często lubię ubierać się luźno. Przede wszystkim stawiam na wygodę, żeby mi było wygodnie. Nie kupię butów na obcasie, które miałyby mnie upijać, [...]. Najważniejsza dla mnie jest wygoda [...]" (KM_2_24). Spośród wszystkich respondentów współtworzących kategorię ludzi młodych tylko kobieta uzasadniła preferowanie wygody w sposobie ubierania, wykonywaniem obowiązków wynikających z roli rodzicielskiej: „Wygodnie. Teraz szczególnie przy dzieciach ubieram się wygodnie, chyba że mam okazję wyjść bez dzieci, to wtedy się ubieram niewygodnie – z premedytacją" (KM_14_35). Z kolei tylko niektórzy młodzi mężczyźni (młode kobiety – nie) zdecydowanie podkreślali kierowanie się własnym gustem

oraz zdecydowanie przedkładali wygodę ubrania nad jego walory estetyczne: „[...] dla mnie najważniejsza jest wygoda. Atrakcyjność jest rzeczą [...] drugoplanową. Jak powiedziałem, ja się nie wyróżniam z tłumu i nie chcę się wyróżniać z tłumu [...], mam mieć wygodne buty, rzeczy, w których się dobrze czuję" (MM_5_26).

Jeśli ubieranie się stosownie do okazji uznać za definicję elegancji, młodzi ludzie obojga płci będący naszymi respondentami zdecydowanie mogliby uchodzić za takie właśnie osoby. „Ubierać się odpowiednio do sytuacji" – była to bowiem druga zasada, hołdowanie której młode kobiety i młodzi mężczyźni deklarowali najczęściej. Młodzi „swobodnie" ubierają się tylko w domu:

> [...] jeśli sama siedzę w domu, to nie obchodzi mnie jak wyglądam wtedy. W domu lubię czuć się swobodnie, jakiś wyciągnięty dresik, kucyk lub takie coś na głowie (KM_3_24). Wychodząc w jakiekolwiek miejsce publiczne, staram się wyglądać elegancko i adekwatnie do miejsca, w które się wybieram. Zazwyczaj noszę koszulę, [...] wychodząc z domu, nigdy nie ubieram się w dresowe ciuchy (MM_4_24). Myślę, że (strój – przyp. aut.) powinien być odpowiedni do okazji, do miejsca, w które się wybieram. Można ubiorem podkreślić swoją atrakcyjność (MM_6_27).

Inni młodzi respondenci – kobiety i mężczyźni – akcentowali nie tyle konieczność dostosowania ubioru do typu przestrzeni, co do rodzaju wydarzenia:

> No, to zależy też od okazji, od tego, czy ubieram się na co dzień, czy gdzieś muszę wyjść, gdzieś bardziej oficjalnie czy na jakąś imprezę. [...] zaczynając od, powiedzmy, wyjściowej koszuli, ciemnych spodni, bardziej eleganckich butów, dochodząc do [...] garnituru, który jest takim symbolem eleganckiego ubioru męskiego (MM_1_21). [...] gdy mam wyjść gdzieś na miasto czy do urzędu coś załatwić, to staram się ubrać stosownie do sytuacji, czyli dłuższe spodnie, buty wyjściowe, jakaś koszula, kurtka. Do pracy – wyjściowo, musi być jakiś *dress code* zachowany (MM_14_35).

Młode kobiety i młodzi mężczyźni zapewniali także, iż dbają o kolorystykę ubioru, głównie zwracając uwagę na właściwy dobór barw; dla nielicznych miała znaczenie również jakość odzieży i wysokość cen ubrań. W tym ostatnim przypadku stawiali jednak na jakość, a nie na niższą cenę:

> Bardziej patrzę na to, jak to ubranie wygląda, [...] jakiej jakości jest materiał, czy nie zrobi mi się z tego szmata po dwóch praniach (MM_1_21). No cena też ma znaczenie, ale nie jest to główny czynnik, to znaczy wolę sobie nawet trochę odłożyć i poczekać, i kupić coś, co jest droższe, ale będzie lepszej jakości,

> będę to miała dłużej i będzie na przykład, nie wiem, lepiej uszyte, będzie mi w tym wygodniej (KM_12_34).

Z perspektywy genderowej warta zauważenia jest wypowiedź trzydziestoszścioletniej respondentki, a więc kobiety będącej w momencie udzielania wywiadu relatywnie blisko dolnej granicy wieku średniego (tj. 38 lat), gdyż o poruszonym przez nią problemie nie wspomniał żaden z jej rówieśników.: „Ja się odmładzam np. strojem. Zauważyłam że po trzydziestce zaczęłam nosić krótsze spódniczki, no może bez przesady, ale zaczęłam nosić sukienki [...]" (KM_15_36). Być może presja panującego współcześnie kultu młodości i piękna, nie była jeszcze tak odczuwalna dla naszych respondentów jak dla respondentek, zwłaszcza że właściwy patriarchalnej kulturze charakter procesu socjalizacji powoduje, iż u dziewcząt od początku wyrabia się psychospołeczne dyspozycje do ustawicznego działania na rzecz zachowania młodości i urody. Specyfika sytuacji kobiet polega jednak nie tylko na zinternalizowaniu kulturowej koncepcji „płci pięknej", czemu młode respondentki dawały wyraz w wywiadach, ale na równoczesnym ich dążeniu do osiągnięcia sukcesu życiowego definiowanego przez młode pokolenie androgynicznie (w przeciwieństwie do pojmowanego tradycyjnie, tzn. w przypadku kobiet utożsamianego wyłącznie z udanym zamążpójściem i macierzyństwem). W przypadku ludzi młodych, mających, jak nasi rozmówcy, wykształcenie średnie lub wyższe, sukces ten jest bowiem związany zdecydowanie i w przypadku obu płci z karierą zawodową. Tę realizuje się w warunkach konkurencji, zarówno na rynku pracy, jak i na zmienionym dziś rynku matrymonialnym, gdzie, przynajmniej formalnie upodmiotowione społecznie kobiety (samodzielne ekonomicznie, mające te same prawa co mężczyźni), dokonując wyboru partnera życiowego, w stosunku do mężczyzn stosują m.in. kryterium młodego, zadbanego wyglądu. Dowodzą tego m.in. badania polskich (i nie tylko polskich) singielek (Czernecka 2011). Z kolei specyfika sytuacji młodych mężczyzn, w porównaniu z ich rówieśnicami, a zwłaszcza z pokoleniem starszych mężczyzn, polega na włączeniu obecnie cech wyglądu do modelu męskości i na ogromnym wzroście znaczenia aparycji dla społecznego funkcjonowania także płci „niepięknej" (czego respondenci okazali się świadomi). Na rynku pracy młodzi mężczyźni muszą konkurować z kobietami, a na rynku matrymonialnym podporządkować się nowym regułom jego funkcjonowania, tj. pełnić tam również bierną, uprzedmiotowioną rolę wybieranego, a nie wyłącznie podmiotu dokonującego wyboru.

Dbanie o wygląd to również dbanie o ciało. Podobieństwo zachowań młodych kobiet i młodych mężczyzn dotyczyło nie tylko podstawowego zakresu tych starań, czyli dbania o higienę osobistą i o fryzurę (panowie

głównie o strzyżenie, a panie o staranne jej modelowanie oraz o zdrowie i urodę włosów). Wśród młodych ludzi nawet nakładanie maseczki kosmetycznej na twarz przestało być jedynie kobiecym zabiegiem; manicure też nie jest czynnością praktykowaną wyłącznie przez kobiety, podobnie jak peeling – wymieniany przez młodych płci obojga. Repertuar zachowań związanych z dbaniem o atrakcyjny wygląd ciała okazał się więc zaskakująco podobny. Podobnie zresztą jak rodzaj i przeznaczenie stosowanych kosmetyków. Na przykład młodzi mężczyźni wspominali także o używaniu kosmetyków specjalistycznych oraz perfum, nie tylko wody po goleniu czy dezodorantu. Co ciekawe, niektórzy młodzi respondenci podkreślali szczególną rolę kobiet we wdrażaniu ich do tego rodzaju zachowań. Nie mówili jednak o zasługach kobiet starszego pokolenia, tzn. matek ani o ich socjalizacyjnych wysiłkach, lecz o roli żon, partnerek, a więc kobiet z tego samego pokolenia, którym mają się podobać i które same doceniają znaczenie zadbanego wyglądu dla społecznego funkcjonowania człowieka. Wspólne dla młodych kobiet i mężczyzn było także niemyślenie o zabiegach z zakresu medycyny estetycznej.

Obrazy aktywności fizycznej młodych kobiet i mężczyzn nie były natomiast już tak podobne. Młodzi mężczyźni chętnie deklarowali czynny udział w różnorodnych formach takiej aktywności, jednak dwie trzecie uzupełniało swe wypowiedzi jakimś zastrzeżeniem:

> Jeszcze niedawno, [...] ćwiczyłem [...]. W ostatnim czasie to porzuciłem [...]. Mam ostatnio bardzo dużo obowiązków i nie mam za bardzo na to czasu [...] (MM_6_27). No tak, jeszcze czasami chodzę na ściankę, ale dawno nie byłem [...] (MM_5_26). Szczerze powiem, że obecnie trochę zaniedbałem różnego rodzaju sporty, trochę to wynika z moich kontuzji (MM_15_37).

Młode kobiety, przynajmniej w świetle deklaracji naszych rozmówczyń, okazały się natomiast bardziej sumienne w ćwiczeniu, a wymieniały wiele typów aktywności. Wśród nich najpopularniejsze było pływanie, gimnastyka, spacery, ale także taniec i tzw. męski sport walki – boks. Biorąc pod uwagę, że badani nie należeli do „młodzieży", lecz byli młodymi ludźmi w wieku 20–37 lat, wpływ na omawiane zachowania mogła mieć ich aktywność zawodowa, rodzinna, a więc istnienie tego rodzaju przeszkód w uprawianiu regularnej aktywności sportowo-rekreacyjnej. W takim kontekście należałoby więc zapytać o realizowany przez respondentki i respondentów wzór płciowego podziału ról społecznych (w pracy i w domu) (Dzwonkowska-Godula 2015), a także o doświadczenia dotyczące zróżnicowanej płciowo socjalizacji i na przykład o wdrażanie dziewcząt do obowiązkowości i pilności w realizacji wszelkich zobowiązań (także tych podjętych wobec siebie, jak uprawianie sportu), co stanowi rdzeń tzw. syndromu dobrej uczennicy.

Wydaje się, że w sposobie dbania o ciało można dostrzec tendencję do feminizacji zachowań młodych mężczyzn. Jest to empirycznie stwierdzony przejaw częściowej modyfikacji patriarchalnej definicji męskości (dotyczy jednego elementu z kulturowego modelu męskości, tzn. wyglądu), polegającej na uwzględnieniu kulturowo postmodernistycznego sposobu definiowania młodości.

Osoby w średnim wieku natomiast, bez względu na płeć, w dbaniu o ubiór trzymały się głównie jednej zasady: dobierać strój stosownie do okazji. Intersująca różnica jakościowa dotyczyła tego, że kobiety będące w średnim wieku częściej niż ich rówieśnicy stawiały na wygodę ubrań, a mężczyźni głównie mieli na względzie swą dobrą prezencję, ale i samopoczucie. Ubierali się, ich zdaniem, stosownie, oryginalnie i stylowo: „Ubiór musi być stosowny do danej chwili. Czy wyjście na miasto z kolegami – można się ubrać luźniej; [...] powinien się człowiek tak ubierać, żeby czuć się dobrze" (MSR_2_39); „Więc dla mnie idealny jest taki ciuch na pograniczu elegancji i *casualu*, w tym czuję się absolutnie najlepiej" (MSR_1_38). Ponieważ tylko niektóre kobiety z tej kategorii wieku (mężczyźni – nie) wspomniały o „ubieraniu zgodnie z wiekiem", można przypuszczać, że sportowym i „luźnym", wygodnym sposobem ubierania starały się ułatwiać sobie i innym, identyfikowanie ich nadal z ludźmi młodymi.

Mężczyźni w średnim wieku równie często jak ubieranie się stosowne do okazji wymieniali kierowanie się własnym gustem i posiadanie własnego stylu. Kobiety natomiast równie często jak ubieranie się odpowiednio do okazji akcentowały wspomnianą już wygodę stroju oraz właściwy dobór kolorów. W tym kontekście właśnie wśród kobiet w średnim wieku pojawiły się wyraźne obawy przed rozpoznawalnymi oznakami starzenia się. Kolorem starały się bowiem korygować na przykład zauważone niedoskonałości cery oraz podkreślały to, co warto zaakcentować, jak na przykład typ swej urody. Niektóre respondentki odwoływały się nawet do psychologii barw: „W tej chwili są mi bardziej potrzebne kolory energetyczne, w których się lepiej czuję [...], czyli jakiś [...] zielony, pomarańczowy, żółty, wszystko jedno, a im bliżej wiosny, tym bardziej" (KST_11_60). Mężczyźni w średnim wieku (a jak się okazało, także starzy) preferowali natomiast spokojne kolory ubrań: „Lubię takie kolory niebiesko-granatowo-czarne, one dominują" (MSR_3_40).

W patriarchalnej kulturze społeczne znaczenie procesu starzenia się jest zróżnicowane płciowo: mężczyźni w średnim wieku nie obawiają się jeszcze starości, a kobiety – tak. Starzejąc się, mężczyźni nie tracą pewności siebie, a jeśli osiągnęli satysfakcjonujące ich pozycje społeczne, właśnie w tym okresie życia mają wysokie poczucie własnej wartości i w pełni realizują swą podmiotowość. Jednym z jej przejawów, wcale nie mało

znaczącym, jest kierowanie się w sposobie ubierania własnym gustem i stylem. Wydaje się, że polscy mężczyźni będący obecnie w średnim wieku, są ostatnim pokoleniem nieocenianym jeszcze po wyglądzie w takim stopniu, jak dotyczy to ich rówieśnic oraz mężczyzn młodszego pokolenia. Na razie więc wejście w wiek średni uwalnia ich od niemęskiej kulturowo presji podobania się innym, chyba że w międzyczasie zinternalizowali atrakcyjny wygląd jako wartość autoteliczną, a dbanie o aparycję uczynili zasadą dotyczącą życia codziennego. Tego akurat nasi rozmówcy nie deklarowali.

Wśród osób w wieku średnim widać więc przejawy patriarchalnej genderyzacji zachowań dotyczących dbania o ubiór, zwłaszcza w porównaniu z androgynicznym głównie charakterem zachowań ludzi młodych. Na marginesie warto też zauważyć, że wśród badanych w wieku średnim tylko jedna kobieta i jeden mężczyzna wspomnieli o wysiłkach podejmowanych w celu tuszowania odpowiednim strojem mankamentów swej sylwetki.

Kobiety i mężczyźni ze wszystkich kategorii wieku, a więc także reprezentujący wiek średni, zwracali uwagę na schludność ubioru. Nie ustalano, czy mężczyźni te starania podejmują sami, czy też o stan męskiej odzieży, zgodnie z patriarchalnymi nawykami, dbają głównie kobiety. Gdyby odwołać się tu do wyników potocznych obserwacji, uzasadniona wydaje się hipoteza, iż najmniej samodzielni są pod tym względem mężczyźni starzy.

Jeśli chodzi natomiast o zachowania dotyczące dbania o ciało, z wypowiedzi respondentów wynika, że osoby w średnim wieku zachowują pewien podstawowy standard: codzienna kąpiel/prysznic, mycie zębów, mężczyźni – golenie się, kobiety – makijaż. Tylko kobiety tuszują mankamenty urody. Czynności tego typu jak stosowanie maseczki kosmetycznej na twarz – należące kulturowo do repertuaru kobiecego, wykonywały tylko panie; jednak inne zabiegi, jak peeling, manicure i pedicure robią także mężczyźni ze średniego pokolenia, najchętniej samodzielnie, w domu. Osoby w średnim wieku obu płci korzystają ponadto z wizyt w gabinecie kosmetycznym, ale nawet kobiety niezmiernie rzadko, a jedyny spośród respondentów – za namową żony:. „Od czasu do czasu żona mnie nakłoni. Chociaż ja jestem wstrzemięźliwy do kosmetyczki, dam sobie zrobić manicure" (MSR_8_53).

Jeśli chodzi o dbanie o ciało, w średnim pokoleniu obserwowalna była swoista naturalność zachowań tego typu u kobiet, zwykle od dzieciństwa wdrażanych do takiego działania. Wypowiedzi mężczyzn potwierdzają jednak, że czerpiąc od kobiet inspirację, a nierzadko mając w tym zakresie ich pomoc, sami przyzwyczajają się stopniowo do „ponadnormatywnych" w porównaniu z typowo męskimi, standardów zachowań: „Czasem

zdarzało mi się używać kremu pod oczy, kiedy jestem mocno zaspany, ale to też nauczyłem się tego od kobiet" (MSR_1_38). Genderowe zróżnicowanie zachowań można było zaobserwować w przypadku aktywności sportowo-rekreacyjnej badanych. Kobiety deklarowały głównie wykonywanie regularnych ćwiczeń gimnastycznych (połowa z nich chodzi na zajęcia typu joga, fitness), jeżdżą na rowerze. Mężczyźni – korzystanie z siłowni i basenu, ale raczej niezbyt regularnie; czasem deklarowali, iż ćwiczą w domu, na działce, czyli od weekendu do weekendu.

Kolejnym przejawem feminizacji zachowań mężczyzn w średnim wieku, w porównaniu z patriarchalnym modelem męskości, jest rozszerzenie gamy stosowanych kosmetyków. To już nie tylko woda po goleniu, dezodoranty czy klasyczne, męskie perfumy; używali także specjalistycznych kremów, pianek i balsamów.

Podobnie jak było to w przypadku osób młodych i będących w średnim wieku, również wypowiedzi osób starych opisywały dbanie o ubiór i o ciało. Wszyscy deklarowali, że o swój wygląd dbają. Okazało się także, iż w tej kategorii wieku stopień i zakres zaabsorbowania własnym wyglądem był większy w przypadku kobiet niż mężczyzn (por. Malinowska 2016). Paradoks sytuacji, w której znajdują się stare kobiety, polega na tym, że nawet ich zadbany wygląd na ogół nie obchodzi rówieśników (a jest to w zasadzie jedyna zbiorowość mężczyzn – potencjalnych partnerów dla kobiet w tym wieku). W patriarchalnej kulturze utożsamiającej atrakcyjność kobiety z młodością, urodą i zdolnością do rozrodczości, mężczyzn nie interesują jednak stare kobiety, a więc nie interesuje ich wygląd starych kobiet (Malinowska 2011). Kobiety zresztą wiedzą, że osiągnąwszy „pewien wiek" stają się „przezroczyste". Z tych samych względów kulturowych starzy mężczyźni natomiast nie odczuwali w młodości ani nie odczuwają teraz porównywalnej presji społecznej co do zachowania atrakcyjnego wyglądu. W ich pokoleniu szczególna dbałość o aparycję jest zresztą uważana stale za „niemęską".

Jeśli chodzi o hierarchię ważności kryteriów stosowanych przy wyborze ubrań, w zbiorowości trzeciego wieku była ona także wyraźnie zróżnicowana według płci. I tak na przykład dla starych mężczyzn jednym z najważniejszych kryteriów była „wygoda". Patriarchalna kultura z definicji skoncentrowana jest na mężczyznach i ich potrzebach. Ponieważ wygodę ubrań cenili wysoko także młodzi mężczyźni, można przyjąć, iż ogólna dyspozycja do brania pod uwagę i dobrego traktowania siebie, utrwala się w trakcie całego życia mężczyzny. Pewne ustępstwa w tym zakresie czynili tylko mężczyźni będący w wieku średnim – w okresie intensywnego budowania/ugruntowywania swej pozycji społecznej (podkreślają wówczas głównie odpowiedniość stroju i jego szyk), aby na starość znów powrócić do wygody jako głównego kryterium przy zakupie

i noszeniu odzieży. Wśród starszych respondentek natomiast wygoda stroju, wbrew racjonalnie uzasadnionym przypuszczeniom, nie odgrywała w sposobie ubierania się tak ważnej roli, jak na przykład posiadanie i trzymanie się własnego stylu oraz komponowanie kolorystyki stroju.

Wśród ludzi starych biorących udział w badaniu nie było też jednomyślności w sprawie preferowanego stylu ubierania: mężczyźni pozostali przy „sportowym" oraz „klasycznym", a stare kobiety przede wszystkim dostrzegły wiele odmian stylu sportowego, zaś styl klasyczny opisywały inaczej niż mężczyźni.

Ponieważ respondenci współtworzący kategorię ludzi starych podkreślali przede wszystkim posiadanie i „trzymanie się własnego stylu ubierania", warto za Grażyna Bokszańską zauważyć, że pod takim sformułowaniem może kryć się równie dobrze styl wybrany dla siebie spośród licznych propozycji lansowanych jako modne, podobnie jak naprawdę własne, „twórcze przetworzenie stylu proponowanego przez modę" (Bokszańska 2004: 29). Jak wynika z analizy wypowiedzi na ten temat, w przypadku naszych badań kreatywność w tym zakresie deklarowały seniorki. Starsi panowie natomiast pod określeniem „własny styl" rozumieli odrzucanie najnowszych trendów w modzie na rzecz klasyki, wyróżniając jej dwie formy: elegancką (noszenie garnituru) i sportową. Poza tym swój styl ubierania starzy mężczyźni określali jako „gustowny" albo „spokojny": „Z wiekiem zacząłem się spokojniej, tradycyjnie ubierać" (MST_2_63).

Wśród wielu kryteriów pozwalających klasyfikować ubiory G. Bokszańska wymienia także: „stosunek do reguł, standardów i wzorów obowiązujących w danej zbiorowości", dodajmy – w danym porządku społecznym. Z tego punktu widzenia autorka wyodrębnia ubiory świadczące o konformizmie i o nonkonformizmie. Styl spokojny, klasyczny jest w myśl tej koncepcji oznaką akceptacji obowiązujących norm i zasad, wyraża konserwatyzm (Bokszańska 2004: 29). Preferując klasyczny, stonowany styl ubierania, starzy mężczyźni będący uczestnikami omawianego badania ujawnili zatem zachowawczy stosunek do patriarchatu jako panującego porządku społecznego. (Ich konserwatyzmowi, tu przejawiającemu się akurat w stylu ubierania, mogła jednak sprzyjać także przynależność do kategorii osób starych).

Starsze kobiety wyodrębniały więcej stylów ubierania i dokonywały ich dokładniejszego opisu niż rówieśnicy. Wymieniały na przykład trzy rodzaje stylu sportowego: „sportowy elegancki" do noszenia poza domem, sportowy styl dresowy „zarezerwowany do domu" (KST_5_67) i styl sportowy jako przeciwstawiony „eleganckiemu, dostojnemu" (KST_7_70), który występował w dwóch odmianach: jako wizytowy, zauważalny, robiący wrażenie oraz jako strój formalny będący

przeciwieństwem niezobowiązującego, wygodnego stroju. Niektóre respondentki uważały, że elegancji może towarzyszyć niekonwencjonalność ubioru, polegająca na nieliczeniu się ze swym wiekiem: „[...] ubieram się elegancko i dosyć odważnie jak na mój wiek. Bo się ubieram w takie rzeczy, które większość pań w moim wieku by nie włożyła" (KST_8_70). Inne podkreślały, że nie liczą się z cudzymi opiniami na temat ich sposobu ubierania się: „[...] ja zgodnie z własnym gustem dobieram odpowiednie kolory i fasony, a co sądzą inni, to nie zwracam na to uwagi" (KST_10_71). Z drugiej strony, wspomniano jednak nieśmiało o konieczności ubierania się stosownie do wieku: „Staram się ubierać w takie rzeczy, które przystoi starszej osobie. Nie za krótkie spódnice, nie za bardzo jaskrawe stroje, raczej stonowane kolory" (KST_12_84).

Ważną kwestią dotyczącą ubioru okazała się dla starych kobiet kolorystyka: „Kolory jasne, ale ciemne też, szary, niebieski, biały" (KST_1_64); „Ja się ubieram przeważnie w beżo-brązy [...]" (KST_14_86). Mówiły bardzo dużo o kryteriach, według których wybierają kolory dla siebie. Zwracają więc uwagę na to, aby „dobrze czuć się" w danym kolorze, biorą pod uwagę modę na kolory, dobierają kolorystykę ubrania do pogody itp. Stare kobiety lubią bawiąc się kolorami komponować swe ubiory, mają paletę własnych kolorów – mogą być ciemnej lub jasnej tonacji, mogą być „stonowane [...], które przystoją starszej osobie" (KST_13_85).

Zdaniem badaczy głównym kryterium pozwalającym odróżnić strój kobiecy od męskiego jest właśnie barwność stroju oraz krój podkreślający budowę kobiecego ciała (a rozmówczynie bardzo zwracały uwagę na dopasowanie ubrania do sylwetki). Opisywany przez kobiety metrykalnie należące do osób starych stosunek do kolorystyki własnego ubrania jest więc wskaźnikiem ich kobiecości. Co więcej, w myśl wspomnianej już typologii ubioru skonstruowanej według kryterium, jakim jest „stosunek do reguł, standardów i wzorów obowiązujących w danej zbiorowości", różnorodny w stylu i kolorowy ubiór wyraża brak satysfakcji jednostki/grupy ze *status quo*, dążenie do zmiany (Bokszańska 2004:29). W tym sensie starsze kobiety można postrzegać jako osoby kontestujące porządek patriarchalny. O męskim charakterze stroju starszych respondentów informował z kolei spokojny styl ubioru oraz preferowanie stonowanej, dyskretnej kolorystyki: „Raczej lubię kolory pastelowe, spokojne. Nie lubię kolorów krzykliwych, jasnych, w tym sensie marynarek. Natomiast spodnie latem, tak jak dzisiaj, (jasne – przyp. aut.) dopuszczam" (MST_4_64), „W kolorach bardziej takich [...] normalnych, stonowanych, jak to się mówi" (MST_8_70). Jak pisano wcześniej, ta „klasyka" męskiego ubioru świadczy równocześnie o – zrozumiałej zresztą w przypadku tej kategorii płci – akceptacji porządku patriarchalnego.

Najbardziej zauważalna różnica w wypowiedziach starych kobiet i starych mężczyzn na temat sposobu ubierania się polegała jednak na tym, że żaden z mężczyzn nie zwrócił uwagi na konieczność dopasowania ubioru do swej sylwetki. Respondentki odwrotnie – czuły obowiązek podobania się: mówiły o tuszowaniu ubiorem wad w budowie ciała i nadwagi oraz o podkreślaniu zalet swej figury. Jest to, zgodnie z przytoczoną nieco wyżej koncepcją, kolejny wskaźnik kobiecej tożsamości respondentek reprezentujących w naszym badaniu pokolenie starych kobiet. Interesującą i genderowo uwarunkowaną różnicą stosunku do ubioru kobiet i mężczyzn z tej kategorii wieku było to, że kiedy mówiono o „ubieraniu się zgodnie z samopoczuciem", w przypadku mężczyzny zawsze oznaczało to, że to on w danym ubraniu „czuje się swobodnie", wygodnie (MST_1_63), w przypadku kobiety znaczyło to również, iż w tym ubraniu może się pokazać innym: „lubię się ubrać tak, żebym się dobrze czuła, ale i żebym w tym dobrze wyglądała. Przecież wiadomo, że trzeba to (niedoskonałości sylwetki – przyp. aut.) jakoś zatuszować" (KST_4_66).

Pogłębiona analiza wypowiedzi respondentów z omawianej kategorii wieku pozwala zauważyć rezultaty udanej patriarchalnej – genderowej socjalizacji tego pokolenia. Starzy mężczyźni, stawiając w dbaniu o ubiór na własny styl i osobistą wygodę, przejawiali zinternalizowane poczucie podmiotowości. Stare kobiety stwarzały natomiast pozory upodmiotowienia. Kreowały, co prawda, swoje style ubierania, niejednokrotnie odmawiały ślepego nadążania za modą (choć jej nie ignorowały), niektóre nawet odmawiały spełniania oczekiwań co do przyjmowania takiego stylu ubierania, który podkreślałby ich przynależność do ludzi starych. Równocześnie jednak w usilnym dążeniu do bycia zauważoną, do podobania się innym oraz do uchodzenia za młodszą niż w rzeczywistości, pozostały konformistyczne wobec patriarchalnego ideału kobiecości, wspierając tym samym ciągły proces uprzedmiotowienia kobiety w tej kulturze (por. Malinowska 2016).

Jeśli chodzi o dbanie o ciało, dla ludzi należących do najstarszego pokolenia nie był to temat nadający się do szerokiego omawiania. Z wypowiedzi respondentów płci obojga wynikało, że podstawowe czynności w tym zakresie mają codzienny, rutynowy charakter i są tak zwykłe, że trudno o nich opowiadać. Chętniej i więcej mówiły jednak na ten temat kobiety. Mężczyźni stwarzali raczej wrażenie, że wolą być postrzegani nie jako dbający o ciało, lecz jako ci, którzy po prostu „dobrze się trzymają". Osoby obu płci wymieniły przede wszystkim pielęgnację ciała przy pomocy zabiegów wykonywanych samodzielnie i w domu, następnie dbanie o higienę osobistą oraz aktywność fizyczną.

Starsze kobiety przede wszystkim wykonywały zabiegi polegające na elementarnym zadbaniu o skórę całego ciała: „Na noc, jak po kąpieli,

to balsam na ciało, bo ciało nie takie jak pani, bo moje już jest stare, już jest takie, no inne" (KST_3_65). Sporadycznie wykonywano bardziej specjalistyczne czynności: „[...] na przykład nakładam na ciało ten krem na cellulit" (KST_3_65). Tylko kilka respondentek wspomniało o pielęgnacji twarzy, jak nakładanie maseczki lub używanie specjalnego kremu. Mniej niż połowa respondentek z tej kategorii wieku wspomniała o typowej skądinąd czynności, jaką jest robienie makijażu; mówiły przy tym o makijażu raczej korygującym niż upiększającym. Miał on poprawiać samopoczucie, a zdaniem niektórych rozmówczyń jest niezbędny, gdy kobieta wychodzi z domu:

> No na pewno to, że troszeczkę sobie oko umaluję czy *make-up* jakiś zrobię na twarz, ale bardzo lekki, bo nie jestem osobą preferującą nakładanie dużej ilości tych sztucznych rzeczy, bo ja nie jestem z tego pokolenia, tym niemniej lubię ładnie wyglądać, nie wyjdę nigdy bez umalowanych ust na ulicę, mam taki nawyk czy przyzwyczajenie i to mi dodaje trochę blasku (KST_2_64).

Oczywiście wymieniano także (niemal połowa respondentek) dbanie o włosy i fryzurę; niektóre z pań zwracały uwagę na wygląd dłoni. Tak więc starsze kobiety opisywały elementarne dbanie o siebie, czasem uzupełniając ten zwyczaj kroplą perfum zamykającą codzienny rytuał: „Dobre perfumy. Ulubione, które po prostu mam zawsze pod ręką i one podnoszą jakoś tak, całą moją [...]" (KST_4_66). Żadna z kobiet reprezentujących najstarsze pokolenie nie wspomniała o poddaniu się upiększającym zabiegom chirurgicznym czy też o interwencji kosmetycznej (por. Malinowska 2016).

Repertuar zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych samodzielnie w domu przez starych mężczyzn był skromniejszy. Należało do niego przede wszystkim codzienne lub nieco rzadziej wykonywane golenie i, jako czynność realizowana już poza domem, regularne strzyżenie włosów: „Muszę mieć krótkie włosy obcięte, no i ogolony. Jak nie jestem ogolony to nie idę nigdzie. Co dwa dni się golę" (MST_12_72). Jako rutynową czynność wskazano też poranny i/lub wieczorny prysznic. Starsi mężczyźni okazjonalnie dbali o ręce i o skórę całego ciała (profilaktyczne smarowanie kremem w słoneczne dni): „No wiadomo, że wieczorny prysznic, poranny prysznic, poranne golenie, no dbałość chociażby o przysłowiowe paznokcie, no, no takie rzeczy są bardzo ważne" (MST_5_64). W związku z tym używali na co dzień podstawowego zestawu kosmetyków: kremu do golenia i wody po goleniu, kosmetyków do włosów i okazjonalnie perfum: „Krem po goleniu czy jakaś woda po goleniu, szampon dobry do mycia włosów, odpowiednio dobrany do moich włosów, gdzie nie będzie o jakichś zapachach różanych się kojarzyło. Kremy nawilżające,

natłuszczające po opalaniu" (MST_11_71). Nieliczni spośród respondentów dbający o swe dłonie i skórę czynili to tylko okazjonalnie: „Tylko jeszcze krem do rąk, od czasu do czasu, albo jak na działkę jedziemy i straszny upał, to mnie wysmaruje kremem, żebym się nie poparzył słońcem. To już żona pilnuje" (MST_8_70). Warto, za jednym z uczestników badania, podkreślić właśnie rolę kobiet – żon, córek w wyrabianiu ponadstandardowych nawyków w omawianym zakresie.

Interesująca różnica między starymi kobietami i starymi mężczyznami jeśli chodzi o dbanie o ciało dotyczyła nie tylko listy wykonywanych czynności, ale także powodów, dla których były one podejmowane. Dla kobiet ważne były względy estetyczne i związana z tym poprawa samopoczucia. Dla mężczyzn z kolei – ważne były powody higieniczno-zdrowotne, czasem tylko towarzyszyły im względy estetyczne (jak przy okazji golenia, strzyżenia).

Nikt nie wspomniał o konieczności wysypiania się, o poddawaniu swego ciała zabiegom chirurgicznym/kosmetyce interwencyjnej. W świetle analizowanych wypowiedzi nawet standardowe wizyty w gabinecie kosmetycznym nie są w zwyczaju starych kobiet (względy ekonomiczne? brak czasu? brak pomysłu?), a co dopiero mężczyzn (względy kulturowe czy inne?).

Dbanie o ciało to także szeroko rozumiane ćwiczenia fizyczne. W analizowanej grupie wiekowej kobiety deklarowały większą i bardziej różnorodną aktywność fizyczną niż mężczyźni i to głównie realizowaną poza domem, w różnych kręgach społecznych, czasem w towarzystwie własnego męża. Była to gimnastyka połączona z pływaniem, spacerowanie, jazda na rowerze. Mężczyźni zdawali się więcej mówić niż robić w zakresie aktywności fizycznej. Jeśli deklarowali wykonywanie jakichś ćwiczeń, to robili je nieregularnie i w domu: „Ja zawsze, jak mówię, troszeczkę te kości trzeba rozruszać rano, jak wstaję, więc jakieś tam ćwiczenia robię gimnastyczne" (MST_7_67). Tylko jeden respondent, z młodszej podzbiorowości w grupie starych mężczyzn, miał do powiedzenia coś konkretnego na temat swej aktywności fizycznej: „Spacery, dwa razy w tygodniu biegam, raz chodzę na basen" (MST_4_64). (por. Malinowska 2016).

Podsumowując ten fragment rozdziału – zachowania ludzi młodych dotyczące dbania o wygląd wydają się podlegać zandrogynizowanej genderyzacji, charakterystycznej dla epoki unowocześnionego patriarchatu, tzn. dopuszczającej nowe wzory płciowego podziału ról społecznych (np. dostęp kobiet do przynajmniej niektórych ról męskich, podejmowanie przez mężczyzn ról społecznych w modelu kulturowym definiowanych jako kobiece) oraz zezwalającej obu płciom na gromadzenie i wykorzystywanie wszelkich zasobów kapitału ludzkiego – w tym

analizowanego tutaj tradycyjnie kobiecego wyglądu. Innymi słowy, w świetle uzyskanych wyników można zauważyć podobieństwo wzorów zachowań realizowanych przez ludzi młodych obojga płci. Główną różnicę stanowiła niesumienność mężczyzn w dbaniu o ciało i sprawność ruchową. Powstaje ogólniejsze pytanie – czy androgynizacja nie jest przejawem działania jeszcze jednego z samozachowawczych mechanizmów reprodukujących porządek patriarchalny? Można przypuszczać, że zmodyfikowany ideał męskości wykorzystujący kulturowo kobiecy kapitał ludzki, jakim jest atrakcyjny wygląd, pomaga mężczyznom skuteczniej konkurować ze społeczną ekspansją kobiet, które nie tylko zdobyły dostęp do edukacji i osiągnęły na tym polu więcej niż mężczyźni, ale zyskują rzeczywistą podmiotowość, awansują społecznie jako kategoria płci.

Jeśli chodzi o interesujący nas tutaj behawioralny komponent postawy, przedstawione wyniki analizy działań korzystnych dla atrakcyjnego wyglądu potwierdziły hipotetyczne twierdzenie o tym, że w przypadku młodych ludzi płeć słabo różnicuje postawy wobec wyglądu. W świetle zebranych wypowiedzi dbanie o ubiór i ciało przez biorących udział w badaniu ludzi starych, zdaje się, zgodnie z patriarchalnymi kulturowymi koncepcjami płci, bardziej i inaczej absorbować kobiety niż mężczyzn, potwierdzając tym samym przyjęte przez nas hipotetyczne twierdzenie o genderowym zróżnicowaniu tego aspektu postawy wobec własnego wyglądu, zwłaszcza wśród ludzi starych.

3.3.1.2. Dbanie o swój wygląd przez kobiety w różnym wieku

W tej części rozdziału podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jak wygląda wzór patriarchalnej kobiecości realizowany w odniesieniu do wyglądu przez kobiety należące do różnych kategorii wieku: młode, będące w wieku średnim i stare. Innymi słowy, zmierzamy do zidentyfikowania empirycznych przejawów genderyzacji wieku na przykładzie behawioralnego aspektu postawy kobiet wobec swego wyglądu.

Jak już pisano (podrozdz. 1.1, 3.1.3) w kulturze patriarchalnej wygląd jest głównym kapitałem ludzkim kobiety; potwierdza i nadaje znaczenie jej egzystencji, wpływa decydująco na jakość i przebieg jej życia. Jednym z najważniejszych celów socjalizacji w przypadku dziewczynki jest zatem wpojenie jej przekonania o wysokiej wartości wyglądu, a co za tym idzie – przeświadczenia o koniecznym obowiązku dbania o ten zasób: o ubiór i ciało. Sylwetka, uroda, cera, karnacja itp., czyli wrodzone cechy ciała, do niedawna uznawano za niepodlegające zasadniczej ingerencji zewnętrznej. Współcześnie jest to tylko częściowo prawdziwe, powszechnie jednak to ubiór pozostaje głównym narzędziem aranżowania wyglądu.

Analizując wypowiedzi respondentek na temat ich sposobów ubierania się, można było odnieść wrażenie, że przynajmniej niektóre z nich, zwłaszcza kobiety z najstarszej kategorii wieku, zdają sobie sprawę ze znaczenia posiadania własnego stylu. Tak jakby i one mogły usłyszeć, co kilkadziesiąt lat temu Frieda Loehmann powiedziała młodziutkiej wówczas, współczesnej ikonie stylu Iris Apfel: „Młoda damo, przyglądam ci się. Nie jesteś ładna i nigdy nie będziesz, ale to bez znaczenia. Masz coś o wiele lepszego: masz styl" (za: Staniszewska 2016).

Charakteryzując działania podejmowane dla uatrakcyjnienia wyglądu, kobiety biorące udział w badaniu wiele mówiły o zasadach, którymi kierują się przy kupowaniu odzieży i komponowaniu swojego stroju. Podstawową maksymą, choć stosowaną głównie przez kobiety młode i stare, było właśnie wypracowywanie własnego stylu w ubieraniu się. W przypadku kobiet młodych, patriarchalnie uwarunkowanym powodem pracy nad własnym stylem mogło być dążenie do pozytywnego wyróżnienia się na tle całej zbiorowości rówieśnic w celu przyciągnięcia (i zatrzymania) właśnie na sobie uwagi mężczyzny, najlepiej „atrakcyjnego" według patriarchalnych standardów męskości. Motywem kierującym działaniami kobiet starych mogło być z kolei dążenie do pozostawania w orbicie zainteresowań płci przeciwnej oraz do opóźnienia – dzięki atrakcyjnemu, zadbanemu wyglądowi – momentu, od którego inni zaczną je bez wahania zaliczać do kategorii starych kobiet. W społeczeństwie patriarchalnym taka przynależność oznacza wystąpienie nakładających się przyczyn społecznej marginalizacji: z powodu należenia do (zdominowanej) „drugiej" płci, z powodu przynależności do ludzi starych i z powodu kobiecej starości – reprodukcyjnie już bezwartościowej. Respondentki w średnim wieku, które zdecydowanie rzadziej wspominały o wypracowywaniu własnego stylu, kładły akcent raczej na inne aspekty dbania o atrakcyjny ubiór. Być może dlatego, że ze względu na swój wiek znalazły się właśnie w okresie poszukiwania nowej koncepcji odpowiedniego dla nich stylu, tzn. takiego, który już nie nawiązuje bezpośrednio do wzoru młodzieżowego, a jednocześnie nie będzie ich przedwcześnie postarzał? Poza tym kobiety w średnim wieku, jako na ogół ustabilizowane życiowo, nie muszą już konkurować z innymi kobietami jak wtedy, gdy były młode i uczestniczyły w instytucji rynku matrymonialnego, debiutowały na rynku pracy itp., a z drugiej strony nie muszą jeszcze walczyć o to, by dzięki ubiorowi być dla innych, zwłaszcza dla swoich rówieśników, zauważalnymi, podczas gdy stare kobiety, nie tylko z powodu znacznej nadreprezentacji płci żeńskiej w zbiorowości ludzi starych, muszą walczyć o każde spojrzenie, zresztą nie tylko mężczyzn. Takie przypuszczenia znajdują potwierdzenie w typach preferowanych stylów ubierania charakterystycznych dla poszczególnych kategorii wieku. I tak na przykład młode respondentki

opisywały swój styl jako elegancki/tradycyjny oraz nowoczesny/sportowy. Ten ostatni jest, ich zdaniem, „łatwy" w realizacji i noszeniu, co wyraźnie miało dla nich znaczenie. Część starszych kobiet opisujących swój styl także zaznaczała, że ich ubiór jest tradycyjny i elegancki, co w tym przypadku znaczyło raczej, że jest przemyślany – „gustowny", zauważalny, gdyż dopasowany do wieku: „No ja raczej ubieram się tak tradycyjnie, bym powiedziała, no uważam, że w tym wieku to nie będę nosić jakichś getrów i tunik, bo jest tyle innych kobiecych ciekawych strojów" (KST_9_71). Ale inne kobiety z tej grupy wieku zadeklarowały niekonwencjonalny i kolorowy sposób ubierania oraz kultywowanie stylu sportowego, nowoczesnego, wyróżniając w nim kilka odmian.

Równie często wskazywaną zasadą stosowaną przez kobiety przy wyborze stroju było ubieranie się odpowiednio do okazji lub miejsca. W sytuacjach oficjalnych kobiety preferowały wybór eleganckiego i tradycyjnego ubioru, natomiast w zaciszu domowym kierowały się przede wszystkim wygodą. Powyższa zasada komponowania ubioru była stosowana przez respondentki ze wszystkich kategorii wieku.

Oddzielanie sfery domowej od przestrzeni oficjalnej było jednak utrwalone zwłaszcza w świadomości kobiet starych:

> Pewno staranniej dobieram strój i ubieram się na wyjście tak, żeby to było adekwatne do miejsca do którego idę, nie ubieram się już wtedy w sukienkę dżinsową czy w spodnie dżinsowe, tu zawsze ma miejsce spódnica i żakiet albo kostium cały, różnego rodzaju dodatki – korale, bransoletki czy klipsy, uwielbiam klipsy, ale malutkie, nie lubię obwieszać się biżuterią [...] (KST_2_64).

Taki podział przestrzeni społecznej był dla tego pokolenia kobiet oczywisty i praktykowany przez większość z nich.

Do podziału na sfery aktywności społecznej odwołuje się zresztą jedna z wielu typologii ubioru omówionych przez G. Bokszańską, wyróżniająca przestrzeń pracy oraz przestrzeń rekreacji, czasu wolnego (Bokszańska 2004). W refleksji feministycznej, funkcjonalnej w kontekście analiz społecznych nierówności płci, ukazał się z kolei podział na strefę publiczną i prywatną, przy czym pierwsza z wymienionych była głównym obszarem aktywizacji mężczyzn, a druga domeną kobiet. „Ubiór pracowniczy", jak zwraca uwagę G. Bokszańska, ulega uniformizacji, inaczej mówiąc, jest dostosowany do oficjalnych wymogów określonej pracy (np. urzędniczej). O wiele większa swoboda, ale i trudność związana z jednoznacznym określeniem wzorów, dotyczy stroju rekreacyjnego, noszonego w zaciszu domowym lub w sytuacjach nieoficjalnych. Ten problem znalazł wyraz w wypowiedziach respondentek z różnych grup wiekowych, a szczególnie będących w średnim wieku: „Jak jadę

z wizytą do sejmu, to nie ubiorę się jakbym szła na działkę albo na jakieś inne przyjęcie, musi być niestety garsonka, nie spodnie tylko spódnica, no inaczej staram się ubierać" (KSR_13_61) oraz starszych: „Chociaż do pracy ubieram się raczej standardowo, tzn. spódnica, spodnie i jakaś bluzka z reguły biała, chociaż też kolorowe, i żakiecik jakiś. Taki mam strój, taki garnitur urzędowy" (KST_10_71). Wysoka dziś aktywność kobiet w średnim wieku w sferze pracy wyjaśnia dodatkowo ich mniejsze niż w przypadku kobiet młodych oraz kobiet starych zainteresowanie tworzeniem własnego stylu, skoro ich codzienny ubiór w znacznym zakresie podlega instytucjonalnym regulacjom (choćby pewnemu rodzajowi uniformizacji), a weekendy pozwalają na powrót do młodzieżowego stylu sportowego.

Często wymienianym przez kobiety czynnikiem uwzględnianym przez nie w kompletowaniu stroju okazała się wygoda, choć nie było to dla nich najważniejsze kryterium. Okazało się, że za wygodą ubrania optują przede wszystkim kobiety młode i dotyczyło to nie tylko ubrań noszonych w zaciszu domowym, ale także tych codziennych strojów „formalnych", a nawet tych na specjalne okazje. Część z tych kobiet przyznała na przykład, że z tego powodu lubi nosić spodnie oraz buty na płaskim obcasie. Tylko jedna z respondentek z tej kategorii wieku noszenie wygodnych ubrań wyjaśniła ówczesnym zaangażowaniem w rolę matki małych dzieci, a najstarsza spośród młodych kobiet przyznała, że dobiera strój raczej w taki sposób, aby się odmłodzić. Według respondentki odejmuje jej lat właśnie strój młodzieżowo-damski: „Ja się odmładzam np. strojem. Zauważyłam, że po trzydziestce zaczęłam nosić krótsze spódniczki [...], zaczęłam nosić sukienki [...]" (KM_15_36). Jak wspomniano, kobiety w średnim i starszym wieku zdecydowanie rzadziej podkreślały kwestię wygody ubrań, a jeśli już, to akcentując znaczenie dobrego kroju: „Żeby ubiór był dobrze skrojony, wygodny, bo wiadomo jak, żeby się w nim dobrze ruszać" (KST_4_66). Te respondentki zaznaczały także, że starają się nosić dobrze dopasowane obuwie.

Ważnym kryterium wyboru ubrań stosowanym przez kobiety okazała się też kolorystyka; wiek wyraźnie różnicował znaczenie nadawane temu czynnikowi. Średnio zainteresowane grą kolorami ubrań okazały się kobiety młode i w średnim wieku. Tym pierwszym – przypomnijmy – zależało głównie na wygodzie ubrań i ukochały kilka neutralnych kolorów, jak np. biel, czerń i szary, które zawsze do siebie pasują, a kobiety w wieku średnim były właśnie w procesie poszukiwania swego stylu, bazując na razie na stylu mniej lub bardziej narzuconym służbowo. Poza tym żadna z tych kategorii kobiet nie potrzebuje jeszcze, a zwłaszcza kolorem (i fasonem), przyciągać uwagi innych. Warto jednak zauważyć, że kobiety w średnim wieku były najbardziej świadome tego, czy określone

kolory pasują do ich karnacji i stylu, bardziej niż inne: „Staram się dobierać kolory, w których moja cera wygląda dobrze. Chociaż bardzo lubię szary, ale nie wiem czy dobrze w nim wyglądam. Ale granaty, kolory malinowe to są kolory, w których wiem, że jakoś skóra lepiej wygląda w tym czasie. Takie kolory staram się wybierać" (KSR_1_38). Niektóre z nich preferowały zresztą barwy naturalne: „(Kolorystyka – przyp. aut.) stonowana ale z jakimś akcentem" (KSR_3_42), inne – były zwolenniczkami praktycznego doboru kolorów: „Staram się to tak dobierać żebym wiedziała, że jedno do drugiego będzie pasowało" (KSR_10_56). Kolorystyka ubrań okazała się natomiast żywiołem kobiet starych. Te respondentki dokładnie określały ulubione, najczęściej stonowane kolory, dostosowane do ich wieku: „Staram się ubierać w takie rzeczy, które przystoi starszej osobie. [...] nie za bardzo jaskrawe stroje, raczej stonowane kolory" (KST_12_84). Ale już inna ze starszych pań preferowała kolorowe ubrania: „Zadbana jestem i mam wrażenie, że się ubieram w moim odczuciu ładnie. Lubię kolorowe rzeczy, koronki, riuszki, falbanki, tak barwnie się lubię ubrać" (KST_10_71). Warto podkreślić, że kobiety w starszym wieku zwracały baczną uwagę na to, iż muszą „dobrze czuć się" w określonym kolorze:

> [...] (w doborze ubrań – przyp. aut.) kieruję się kolorystyką, ponieważ ja uwielbiam beże, w związku z tym brąz, beż to są moje kolory i w takiej tonacji się ubieram, ja się w tym dobrze czuję, jak ja się w ten sposób ubiorę to ja się odbieram w lustrze pozytywnie (KST_2_64). Ja na przykład w ogóle nie noszę koloru czerwonego [...]. Czasami, na zasadzie kontrastu, jakiegoś gagu można sobie pozwolić, ale generalnie poruszam się w pewnym klimacie. Bo to jest zgodne z moją psychiką (KST_4_66).

Jak zauważa G. Bokszańska, sposób postrzegania i używanie kolorystyki ubrań wpisuje się w ogólnie obowiązujące konwencje estetyczne, będące jedną z reguł komponowania ubiorów, która jest definiowana kulturowo. Wykorzystanie odpowiednich zestawów kolorystycznych, łączenie ich i zestawianie, a także rezultat tych kombinacji to wyraz posiadanych przez jednostkę kompetencji kulturowych, innymi słowy znajomości panujących zasad i reguł estetyzmu (Bokszańska 2004: 40). Chociaż tradycyjne zestawienia kolorystyczne i zasady komponowania ubioru wydają się być najbardziej popularnym wzorem realizowanym przez respondentki z najstarszej kategorii wieku, należy wspomnieć także o celowym przełamywaniu tych zasad, będących przejawem postępowania awangardowego. Choć mowa tu o pojedynczych przypadkach, niektóre starsze panie okazały się odważne, jeśli chodzi o przeciwstawianie się patriarchalnej koncepcji kobiety zdominowanej, tu: konformistycznej wobec stereotypu wyglądu kobiety starej:

> [...] generalnie uważam, że się ubieram elegancko i dosyć odważnie, jak na mój wiek. Bo się ubieram w takie rzeczy, które większość pań w moim wieku by nie włożyła (KST_8_70). [...] lubię być ubrana, żeby nie wyglądać [...] jak stara ciotka, która w ogóle nie wie, jaka jest moda, co się aktualnie nosi (KST_8_70). [...] ja zgodnie z własnym gustem dobieram odpowiednie kolory i fasony, a co sądzą inni, to nie zwracam na to uwagi. Nie kieruję się modą. Bardzo mało się kieruję modą. Natomiast najważniejsze jest dla mnie to, że ja się w tym dobrze czuję (KST_10_71).

Kobiety poruszyły wreszcie także kwestię dopasowania ubioru do sylwetki. Oczywiście powinien on być dobrze skrojony i w przypadku młodych kobiet eksponować ich dobrą figurę, a w przypadku (niektórych) w średnim wieku, a zwłaszcza starych – tuszować jej niedoskonałości. Uwagi starych kobiet dotyczyły głównie nadwagi. Odzwierciedla to kobiecą potrzebę uatrakcyjniania swojego wyglądu, jednak sposób osiągania efektu jest odmienny dla kobiet w różnym wieku.

Kolejnym czynnikiem, który wpływał na dobór określonego stroju i jego elementów, była cena, ważna zwłaszcza dla kobiet w średnim wieku (jest to okres największych wydatków, zwłaszcza w rodzinach mających dzieci). Na ogół był to wpływ ograniczający: „[...] ograniczają mnie finanse, więc tyle na ile jest możliwość dbam o to, w miarę możliwości jest to dla mnie istotne" (KM_11_34). Podobnie kwestia ta wyglądała w przypadku kobiet w starszym wieku: „Kupuję sobie to, na co mnie stać i tak się ubieram" (KST_7_70). Umiejętności gospodarowania dużym i małym budżetem rodzinnym w kulturze patriarchalnej oczekuje się głównie od kobiet jako gospodyń domowych (podobnie jak od mężczyzn – zarabiania na utrzymanie rodziny). Można przypuszczać, że dlatego nasze respondentki, zwłaszcza kobiety w średnim i starszym wieku, podchodziły do problemu zakupu ubrań bardzo rozważnie. Zwracały uwagę na jakość odzieży, na materiały, z jakich została wykonana. Być może nie jest to przypadkowe, ale na ten temat wypowiedziała się tylko jedna młoda kobieta i to w następujący sposób: „No, cena też ma znaczenie, ale nie jest to główny czynnik, to znaczy wolę sobie nawet trochę odłożyć i poczekać i kupić coś, co jest droższe, ale będzie lepszej jakości, będę to miała dłużej i będzie na przykład, nie wiem, lepiej uszyte, będzie mi w tym wygodniej" (KM_12_34). Niektóre z respondentek będących w starszym wieku przypomniały sobie natomiast zasadę obowiązującą w ich pokoleniu, a zwłaszcza w pokoleniu ich rodziców: „Lepiej, jak to się mówi, (mieć – przyp. aut.) jedną rzecz niż trzy, ale jak się należy" (KST_14_86). Te osoby zwracały uwagę na przykład na jakość butów, a w przypadku odzieży na to, aby była uszyta z naturalnych włókien: „Bo te sztuczne są ani dobre dla przyjemności, ani dobre dla zdrowia (KST_14_86).

Jak wspomniano we wstępie tej części rozdziału (3.3.1.2.), pojmowanie ciała jako wytworu natury niepodlegającego ingerencji, w nowoczesnym świecie traci już sens. Ciało jest definiowane kulturowo, a te definicje ulegają zmianom, modom. Tak więc kobieta staje się atrakcyjna wówczas, gdy na skutek odpowiednich zabiegów spełnia aktualne standardy ideału kobiecej urody, zarówno jeśli chodzi o twarz, sylwetkę, jak i całe ciało. Problem polega na tym, że niektóre próby standaryzacji formy ciała lub jego fragmentów, na przykład „robienie" modnej twarzy, przynosi nieraz kuriozalne rezultaty. Dobrą ilustracją tego zjawiska były „usta Angeliny Jolie" przylepiane do jakichkolwiek twarzy, a wiadomo, iż bezkrytyczne kopiowanie jest wysoce ryzykowne, nawet gdy chodzi tylko o ubiór: „To, że Angelina Jolie wygląda w czymś bosko na czerwonym dywanie, nie znaczy wcale, że ty w tej samej sukience nie będziesz wyglądać jak koński zad" – przestrzega Iris Apfel (za: Staniszewska 2016). Ostatnio na przykład możemy obserwować masowe umieszczanie na twarzach kobiet maksymalnie wyregulowanych, depilowanych, a zarazem pogrubionych i przyciemnionych brwi – bez względu na wiek, karnację, owal twarzy, kształt oczu, nosa, ust i indywidualnych kompozycji tych wszystkich elementów. W efekcie niektórym młodym kobietom z dnia na dzień przybyło co najmniej po 10 lat; twarze innych stały się groźne, ponure; twarze nieciekawe zaczęły niepotrzebnie przyciągać uwagę, a niektóre ładne usta czy nosy stały się mniej widoczne niż sztucznie wyeksponowane brwi. Tak czy inaczej, w kulturze patriarchalnej wszystko, co dotyczyło i dotyczy wyglądu, miało i ma nadal istotne znaczenie, zwłaszcza w przypadku kobiet do niedawna niedysponujących niczym innym niż powierzchowność: ani prawami jednostki ludzkiej, ani wykształceniem, ani majątkiem (Malinowska 2012). Pojawiająca się natomiast (poruszana przez nas w innych miejscach tego rozdziału) kwestia zmiany kulturowej dotyczącej znaczenia wyglądu w patriarchalnych koncepcjach płci – w interesującym nas tutaj kontekście polega na wzrastającej randze wyglądu w modelu męskości oraz na rozwoju świadomości społecznej związanej z wykorzystywaniem wyglądu jako elementu kapitału ludzkiego przez obie płci (w obu przypadkach zresztą wiek różnicował tę świadomość).

Zdecydowanie warta uwagi wydaje się ponadto coraz śmielej podejmowana refleksja również nad negatywnym wpływem atrakcyjnego wyglądu na życie współczesnych pięknych kobiet oraz nad doświadczeniem życiowym obecnie starych już kobiet, które z powodu niespełniania, od dzieciństwa, poprzez młodość aż po dzień dzisiejszy, żadnych z obowiązujących po drodze kanonów kobiecego piękna, zrozumiały konieczność dysponowania i wykorzystały posiadanie innego kapitału ludzkiego niż atrakcyjny wygląd: mniej efektownego, ale na ogół bardziej (bo dłużej) efektywnego. Jest nim wiedza, kreatywność, aktywność i ich

wyniki. W jednym z wywiadów wspomniana już Iris Apfel, która została ikoną mody, mając 84 lata, stwierdziła, że „[...] wszystkie znane jej piękne dziewczyny, które bazowały tylko na swoim wyglądzie, gdy z upływem czasu traciły urodę, czuły się nikim" (Staniszewska 2016: 47) i przywołała opinię jeszcze innego autorytetu w dziedzinie wyglądu kobiety, tj. Coco Chanel, która miała powiedzieć: „[...] nic tak nie sprawia, że kobieta wygląda staro, jak desperackie próby wyglądania młodo" (za: Staniszewska 2016).

Niektórzy badacze, w tym M. Doquin, porównują próby wpisania się w panujący ideał piękna do działań podejmowanych przez sportowców, akcentując tym samym zjawisko trenowania swojego ciała. Zgodnie z tą koncepcją staje się ono „projektem", nad którym kobiety pracują i który zmieniają w zależności od aktualnie panujących trendów (Doquin 1989: 105). Współczesny rozwój kosmetologii i medycyny estetycznej dostarcza im zresztą gotowych rozwiązań ułatwiających pielęgnację określonych partii ciała, a także umożliwia tuszowanie mankamentów urody.

Wszystkie respondentki biorące udział w badaniu zadeklarowały także podejmowanie działań dotyczących dbania o ciało oraz aktywność fizyczną. Najczęściej wypowiadały się na temat dbania o higienę osobistą; było to działanie priorytetowe dla kobiet w każdej grupie wiekowej. Pogłębiona analiza wypowiedzi respondentek pozwoliła wskazać (podobnie jak to było w przypadku analizy sposobów uatrakcyjniania ubioru) ich własne kategorie opisu tych działań, a następnie wydobyć specyfikę sposobu działania każdej z kategorii wieku kobiet. Najoszczędniej i najbardziej ogólnie wypowiadały się na temat dbania o swe ciało kobiety stare. Jest jednak symptomatyczne, że przede wszystkim to one mówiły o utrzymywaniu higieny osobistej jak o swym obowiązku lub czynności „naturalnej": „Ja dbanie o swoją higienę [...] uważam za obowiązek. Człowieka każdego, nie tylko mój, tylko każdego" (KST_3_65). Dla najstarszych respondentek były to czynności powszednie i rutynowe, a nie zabiegi pielęgnacyjne. Jeśli już opowiadały o „ponadelementarnym" dbaniu o ciało, dotyczyło to ograniczania skutków zmian spowodowanych procesem starzenia się: „Na noc, jak wie pani, jak po kąpieli, to balsam na ciało, bo ciało nie takie jak pani, bo moje już jest stare, już jest takie no inne" (KST_3_65). Niektóre starsze kobiety stosowały więc odpowiednie balsamy przeciw *cellulitis*, wiotczeniu i marszczeniu się skóry całego ciała oraz w celu nawilżenia suchej skóry; zazwyczaj po kąpieli. Najczęściej nie wymieniały z nazwy używanych kosmetyków, nie określały pielęgnowanych partii ciała. Mniejszą uwagę niż kobiety z pozostałych kategorii wieku, ale jednak także, stare kobiety poświęcały pielęgnacji dłoni i paznokci. Powodem nie była w ich przypadku dbałość o urodę rąk, lecz konieczność zareagowania na zauważalne pogorszenie się kondycji skóry

dłoni wynikające z procesu starzenia się i z powodu wykonywania codziennych czynności w domu: „No teraz ostatnio to też ręce smaruję, bo takie się zrobiły, nie dłonie, tylko całe ręce [...] bo one mi się trochę marszczą. Ta skóra na rękach" (KST_14_86). Respondentki stosowały nie tylko odpowiednie kremy, ale sięgały też po tradycyjne, naturalne metody poprawiania stanu skóry na dłoniach i wzmacniania paznokci: „Cytrynę na ręce, żeby tam jak jakieś ziemniaki się obiera, czy coś. Przeważnie to w rękawiczkach robię wszystko, to nowe ziemniaki się obiera, to one te ręce się nie zabrudzą" (KST_3_65). Inna wspomniała także o używaniu suplementów diety wzmacniających paznokcie i poprawiających kondycję skóry. Tylko jedna spośród starszych kobiet opisała dokładniej wykonywane przez siebie zabiegi: „Kremy do twarzy, a nogi i rączki też sobie smaruję i dbam o ręce i robię sobie sama manicure. Sama, bo nie chodzę do manikiurzystki" (KST_13_85). Respondentki, które ukończyły co najmniej sześćdziesiąty trzeci rok życia, równie skromnie charakteryzowały dbanie o twarz. Rzadko wspominały o używaniu kremów oraz innych kosmetyków przeznaczonych właśnie do pielęgnacji skóry twarzy lub jej szczególnie wrażliwych partii. Ograniczały się do stosowania tego samego kremu na całą twarz, a najwyżej do robienia maseczek: „Maseczkę sobie kupuję, nakładam" (KST_3_65).

Jeśli chodzi o makijaż, starsze kobiety zwracały uwagę przede wszystkim na korygowanie lub ukrywanie mankamentów urody. Podobnie jak kobiety w średnim wieku, starsze preferowały nieprzesadny, delikatny makijaż, dostosowany do ich wieku (KST_2_64). O specyfice sposobu dbania o ciało przez stare kobiety przesądzało także zdecydowane preferowanie profesjonalnej opieki nad włosami i najczęstsze, spośród wszystkich kategorii wiekowych kobiet, korzystanie z usług fryzjerskich. Ponadto kobiety stare zdecydowanie wolały wszelkie tego typu zabiegi wykonywać samodzielnie w domu. W ogóle nie wspomniały o medycynie estetycznej. Stare kobiety dużo częściej mówiły natomiast o dbaniu o kondycję fizyczną i ruch, chociaż niektóre z nich także wspomniały o uprawianiu konkretnych sportów rekreacyjnych (na przykład o chodzeniu na basen lub jeżdżeniu rowerem). O wiele istotniejsze wydaje się jednak dla kobiet w starszym wieku utrzymanie sprawności ruchowej: jedna z kobiet mówiła na przykład o tym, że w jej wieku trudno jest wykonywać konkretne ćwiczenia, poprzestaje zatem na spacerach: „spacerować w miarę możliwości też dużo, bo na inną aktywność fizyczną to raczej mi się trudno zdobyć, bo jestem słaba, ćwiczenia mnie bardzo męczą, jakieś takie konkretne ćwiczenia" (KST_9_71).

Jeśli w przypadku kobiet młodych trening fizyczny ma na celu okiełznanie ciała, zbliżenie jego parametrów do panujących standardów piękna, to dla kobiet w starszym wieku istotne staje się utrzymanie ogólnej

sprawności ruchowej i kondycji, pozwalającej im na samowystarczalność i niezależność w codziennym funkcjonowaniu. Ten fenomen nazywany jest przez niektórych badaczy „aktywnym przeciwstawianiem się starości" i dotyczy przede wszystkim praktyk czy też czynności podejmowanych przez starsze kobiety w celu przejęcia kontroli nad ich własnym, często cierpiącym na różne przypadłości, ciałem. Aktywności ruchowe mają na celu nie tylko przywrócenie bądź utrzymanie sprawności fizycznej, ale także dostarczają kobietom przeświadczenia, że stosując odpowiednie ćwiczenia, mogą opóźnić efekty chorobowe, a nawet ograniczyć niepełnosprawność ruchową. Należy jednak zaznaczyć, że nawet w wypowiedziach seniorek dostrzec można potrzebę podążania za obowiązującymi wzorcami kobiecego ciała. Jedna z respondentek stwierdziła na przykład, że uprawianie sportu może przyczynić się także do utraty wagi: „No i wie pani, jeżdżę rowerem żeby kondycję swoją poprawić no i może się odchudzę trochę" (KST_3_65).

Z powyższego opisu wyłania się, praktykowany przez stare kobiety, dość tradycyjny kulturowo (tj. patriarchalny) wzór kobiecości. Jest on przyswojony we wczesnej młodości, ukierunkowany na podkreślenie naturalnej urody preferowanej przez ówczesnych młodych mężczyzn (ale u potencjalnych kandydatek na żony). Ponadto jest to wzór zgodny z patriarchalnym i wewnętrznie sprzecznym ideałem kobiety tak atrakcyjnej, by mogła się podobać mężczyznom, a jednocześnie nie na tyle pięknej, by wzbudzało to wzmożone zainteresowanie jej wyróżniająca się urodą, sprawiając kłopot mężowi. Tak zwana „skromność" oczekiwana od kobiety wypełniającej rolę żony albo i matki w tym pokoleniu oznaczała wygląd naturalny: zero makijażu lub makijaż niemal niewidoczny, niemalowane paznokcie, niewyzywający strój, nie malowanie się do pracy itp. Takie wymagania stawiali ojcowie naszych respondentek ich matkom oraz narzeczeni/mężowie im samym w okresie młodości.

Kobiety dziś zaliczane do kategorii starych były ponadto uczone w procesie socjalizacji dbania o własne zdrowie i higienę osobistą (ważny warunek zdrowia reprodukcyjnego). Równocześnie jednak utwierdzaniu je w przekonaniu, że oglądanie i pielęgnacja własnego ciała jest nie tylko zbędna, lecz wręcz grzeszna, dowodzi „nieskromności" i braku wstydu. Można zauważyć, że nasze respondentki z tej kategorii wieku dbały niemal wyłącznie o te fragmenty ciała, które są odkryte, widoczne: twarz i dłonie oraz o włosy i fryzurę. To właśnie to pokolenie kobiet w latach 70/80 XX wieku z trudem pokonywało psychologiczną barierę na drodze do samokontroli piersi, upowszechnianej z powodu coraz częstszych przypadków zbyt późnego wykrywania nowotworów sutka. Na tym także polega wpływ patriarchalnej koncepcji kobiecości na sposób działania ponad sześćdziesięciotrzyletnich (i starszych kobiet) związany z dbaniem

o ciało. Podobnie głównie prozdrowotny, rehabilitujący charakter miała ich aktywność fizyczna, podczas gdy kobiety młode traktują ją głównie profilaktycznie lub jako sposób na zachowanie młodej, zgrabnej sylwetki i urody.

O wzorze kobiecości wyłaniającym się z analizy działań podejmowanych przez kobiety w średnim wieku można z kolei powiedzieć, że jest już unowocześniony, ale ma charakter „przejściowy" między omówionym wyżej kulturowo-zachowawczym wzorem kobiet starych i ponowoczesnym, opartym na mitologizacji, a nawet nad-ocenie znaczenia wyglądu wzorem kobiecości realizowanym przez kobiety młode. W świetle wypowiedzi respondentek będących w średnim wieku polegał on na stosunkowo niewielkim, tzn. raczej porównywalnym z kobietami starszymi niż z młodymi, zaabsorbowaniu dbaniem o ciało. Oczywiście priorytetem było i w tym przypadku dbanie o codzienną higienę osobistą, ale tylko nieliczne respondentki z tej kategorii wieku mówiły o używaniu specjalistycznych kosmetyków do ciała, jak balsamy. Równie oszczędne są informacje na temat pielęgnacji stóp, dłoni oprócz stosowania zwykłych kremów i w kilku przypadkach malowania paznokci. Kobiety w średnim wieku zwracały natomiast uwagę przede wszystkim na makijaż: subtelny i delikatny. Sporo mówiły o sposobie jego wykonywania: używanie cieni do powiek, podkładu, różu i pudrów: „Nie mówię, że dużo, ale odrobinę, jakiś dobry róż, dobre cienie i odrobina jakiegoś podkładu to, to" (KSR_14_61). Część tych kobiet zaznaczyła ponadto, że stosują makijaż przede wszystkim w sytuacjach oficjalnych: „Maluję się, wychodząc do pracy, niekoniecznie do sklepu" (KSR_6_48).

Jeśli chodzi o pielęgnację ciała, kobiety w średnim wieku poświęcały uwagę twarzy i włosom. Znakomita większość respondentek w średnim wieku stosowała specjalne kosmetyki do skóry twarzy i pod oczy, dostosowane zresztą do wieku i typu skóry. Miało to na celu ukrycie pierwszych oznak starzenia się lub opóźnienie tego procesu. Częściej niż kobiety młode te respondentki korzystały z usług fryzjerów, zamawiając również farbowanie włosów. Przy tej okazji także wyraźnie zaznaczały, że chodzi im o ukrycie typowych oznak starzenia się: „Chodzę do fryzjera w miarę regularnie i w miarę potrzeby. Staram się tuszować mankamenty, czyli pierwsze siwizny [...]" (KSR_6_48). Fizyczna aktywność tej kategorii kobiet przybierała różne formy. Połowa rozmówczyń zadeklarowała uprawianie konkretnych sportów i/albo uczestnictwo w zespołowych zajęciach ruchowych (fitness, aerobik). Inne wymieniały wykonywanie ćwiczeń w domu oraz długie spacery podczas urlopu.

Powracając do omawianego w wywiadach tematu pielęgnacji ciała, kobiety w średnim wieku zdecydowanie rzadziej i mniej wypowiadały się na ten temat niż młode, choć teoretycznie mają już teraz więcej

do zrobienia niż te pierwsze, a i same zaczynają odczuwać lęk przed starością. Kulturowym wyjaśnieniem tej niekonsekwencji może być fakt, że kobiety będące w momencie badania w średnim wieku są pokoleniem wychowanym przez obecnie stare kobiety, realizujące, jak ukazano wyżej, raczej wzór tradycyjnej kobiecości. Respondentki w średnim wieku pozostają więc pod wpływem dwóch modeli kobiecości: panującego w ich dzieciństwie, a nawet młodości i stosowanego w procesie ich pierwotnej socjalizacji patriarchalnego ideału kobiecości oraz występującej współcześnie androgynicznej kulturowej koncepcji płci.

Najwięcej do powiedzenia w kwestii dbania o ciało miały natomiast kobiety młode. Realizowały one wzór kobiecości, który, niezbyt oryginalnie, można nazwać ponowoczesnym, jeśli za jedną z ważnych cech tej epoki uznać fetyszyzację znaczenia wyglądu, zwłaszcza „zrobionej" jak na sesję fotograficzną twarzy oraz młodego, zadbanego ciała. Wypowiedzi młodych respondentek na temat korzystnych działań podejmowanych przez nie dla atrakcyjnego wyglądu ciała zaczynały się od podkreślenia znaczenia codziennego dbania o higienę osobistą. Ponad połowa z nich wymieniła przede wszystkim regularne kąpiele oraz dbanie o higienę jamy ustnej. Ponadto młode kobiety dokładnie określały sposób, w jaki pielęgnują ciało na co dzień: zdecydowana większość z nich dbała na przykład o odpowiednie nawilżenie skóry całego ciała, stosując odpowiednie balsamy i kremy; niektóre deklarowały także używanie peelingów. Te respondentki chętnie poświęcały czas na pielęgnację skóry dłoni, stóp i paznokci. Tylko młode kobiety wymieniały takie zabiegi jak depilacja oraz manicure i pedicure, a przynajmniej regularne stosowanie kremu do rąk. Podobnie zresztą jeśli chodzi twarz, której pielęgnacja polegała przede wszystkim na używaniu odpowiednich kremów i nakładaniu maseczek. Większość młodych kobiet zadeklarowała używanie specjalnych kremów na określone partie skóry twarzy oraz wspomnianych maseczek i peelingów. Koncentracja na wyglądzie twarzy – w tym robienie makijażu – cechowała również, jak pamiętamy, kobiety w średnim wieku. Jednak one walczyły z pierwszymi oznakami starości, a celem młodych kobiet jest ustawiczne poprawianie urody, „upiększanie się". Młode kobiety dbały także o włosy. Ten rodzaj pielęgnacji oznaczał zarówno stosowanie odpowiednich kosmetyków, jak i układanie fryzur, znacznie rzadziej zaś farbowanie włosów. Pielęgnacja włosów nie ograniczała się w tym przypadku jedynie do zacisza domowego, bowiem niektóre młode respondentki przyznały, że korzystają z usług profesjonalnych salonów fryzjerskich (odwiedzają też gabinety kosmetyczne). Warto zauważyć, że wyłącznie młode kobiety wypowiadały się na temat zabiegów medycyny estetycznej. Tylko połowa z nich jednak przyznała, że nie zdecydowałyby się na jakikolwiek profesjonalny zabieg interweniujący w ich wygląd.

Młode kobiety okazały się także aktywne fizycznie: od uprawiania różnych sportów, po siłownię i ćwiczenia wykonywane w domu.

Intensyfikacja działań na rzecz ulepszenia wyglądu przez kobiety młode, w porównaniu z pozostałymi kategoriami wiekowymi, potwierdza wzrost znaczenia przypisywanego współcześnie aparycji i wizerunkowi kobiety. Czy chodzi tu o powrót do patriarchalnej koncepcji kobiecości, w której wygląd stanowił całe bogactwo kobiety i przesądzał o jej wartości? Dziś mitologizowanie znaczenia wyglądu nie powinno się udać. Przecież na kapitał ludzki współczesnej młodej kobiety składają się także przysługujące jej prawa, wykształcenie, doświadczenie zawodowe, często unikalne, nowoczesne i liczne umiejętności itd. A może podwyższanie rangi jej wyglądu, a co za tym idzie absorbowanie czasu kobiet czynnościami kiedyś uważanymi za trywialne ale bardzo „kobiece", miałoby odwracać ich uwagę od innych ważnych spraw: ustawicznego, w każdym kolejnym pokoleniu pomnażania własnego kapitału ludzkiego w oparciu o inne składowe, tym samym czyniąc je mniej konkurencyjnymi na rynku pracy dla obecnie słabiej wykształconych i „bezradnych" tożsamościowo z powodu utraty roli jedynego/głównego żywiciela rodziny mężczyzn? (Dench 1998). Przeciw takiej, spiskowo-patriarchalnej hipotezie przemawia jedynie to, że do intensyfikacji zajmowania się swym wyglądem są dziś kulturowo zmuszeni także mężczyźni.

Podsumowując tę część analizy, możemy stwierdzić, że przynależność do kategorii wieku współwystępowała z odmiennością wzorów kobiecości realizowanych przez kobiety młode, w średnim wieku i stare, jeśli chodzi o dbanie o wygląd. Oczywiście kategorię wieku rozumiano socjologicznie, akcentując wspólny dla urodzonych w tych samych „czasach" zespół psychospołecznych warunków, w których przebiegał proces ich akulturacji do ówczesnej postaci społeczeństwa patriarchalnego.

3.3.1.3. Dbanie o swój wygląd przez mężczyzn w różnym wieku

W tej części rozdziału podjęto z kolei próbę odpowiedzi na pytanie, jak wygląda wzór patriarchalnej męskości realizowany w odniesieniu do wyglądu przez respondentów należących do różnych kategorii wieku: mężczyzn młodych, będących w wieku średnim i starych. Innymi słowy zmierzano do zidentyfikowania empirycznych przejawów *gendered age* na przykładzie behawioralnego aspektu ich postawy wobec swego wyglądu.

Fundamentem patriarchatu jako porządku społecznego jest podmiotowość mężczyzn obiektywizująca się w ich całkowitej, określonej kompleksowo jako symboliczna, dominacji (Bourdieu 2004) nad „drugą płcią" (de Beauvoir 2009). Definiowany w kategoriach kulturowych

patriarchat opiera się na wskazanym wyżej modelu relacji władzy między kategoriami płci oraz na ściśle z nim powiązanych koncepcjach męskości i kobiecości. Wstępnym i głównym kryterium płciowego różnicowania socjalizacji, której przebieg ukierunkowują kulturowe koncepcje płci, jest zatem jej zasadniczy cel: przygotowywanie i wdrożenie chłopca – młodzieńca – mężczyzny do permanentnego pełnienia roli podmiotu oraz przygotowywanie i wdrożenie dziewczynki – dziewczyny – kobiety do permanentnego pełnienia roli jednostki zdominowanej: uprzedmiotowionej i posłusznej. Rozpatrując tę kwestię nadal teoretycznie – udana socjalizacja genderowa w odniesieniu do osobnika płci męskiej ma miejsce wtedy, gdy uczyni go mężczyzną, czyli istotą o głębokim poczuciu podmiotowości, nawet bez względu na uświadamianie sobie posiadania statusu podmiotu. W odniesieniu do istoty płci żeńskiej – wtedy, gdy zdoła wpoić jej uprzedmiotowienie, gotowość do bycia obiektem cudzych oddziaływań, nawet bez uświadamiania sobie funkcjonowania mechanizmu dominacji mężczyzn i własnego zdominowania lub statusu istoty uprzedmiotowionej: przecież „Nikt nie rodzi się kobietą, lecz się nią staje" (de Beauvoir 2009: 299). Tak więc każde zachowanie i działanie jednostki ludzkiej funkcjonującej w kulturze patriarchalnej – w zależności od jego/jej płci – jest naznaczone podmiotowością albo uprzedmiotowieniem.

Wiadomo, że model patriarchalny w rzeczywistości jest odwzorowywany na różne sposoby; patriarchat przybiera bowiem różne formy historyczne, w zależności od obowiązującej lub wpływowej religii, monizmu lub pluralizmu ideologicznego, ustroju politycznego, poziomu rozwoju cywilizacyjno-technicznego, dominującego sposobu produkcji, itp. (Malinowska 2008). Na przykład w warunkach demokratycznego społeczeństwa patriarchalnego podmiotowość mężczyzny zostaje dodatkowo wzmocniona, a w przypadku kobiety pojawia się szansa na uświadomienie sobie własnego uprzedmiotowienia i rozbudzenie potrzeby podmiotowości (Malinowska 1995).

Koncentrując się na analizie sformułowanego tu problemu, rozpatrywanego w odniesieniu do mężczyzn, należy zatem zidentyfikować zarówno przejawy uwewnętrznienia podmiotowości, jak i przejawy indywidualizacji podmiotowości mężczyzny obiektywizującej się w dążeniach emancypacyjnych od skonstruowanej z myślą o nim patriarchalnej koncepcji męskości. Na behawioralny aspekt postawy mężczyzn wobec własnego wyglądu proponujemy spojrzeć z takiej właśnie perspektywy teoretycznej.

Zmienną różnicującą jest przynależność mężczyzny do określonej kategorii wieku: do młodych, będących w wieku średnim i do starych mężczyzn. Jest to związane z hipotezą, iż najbliższe patriarchalnemu

ideałowi męskości będą wzory zachowań związanych z dbaniem o wygląd realizowane przez pokolenie najstarsze, jako poddawane bardziej konsekwentnej i najdłużej trwającej patriarchalnej socjalizacji (pomimo transformacji społeczeństwa polskiego zachowuje ono patriarchalny charakter). Mężczyźni z młodego pokolenia będą natomiast ulegali presji indywidualistycznej i innym zmianom kulturowym płynącym z patriarchalnej ponowoczesności.

Opisując zachowania związane z dbaniem o swój wygląd, mężczyźni biorący udział w badaniu informowali o działaniach związanych z dbaniem o ubiór oraz o zabiegach dotyczących ciała, w tym o swej aktywności fizycznej. Jeśli chodzi o ubiór, charakteryzując działania na rzecz korzystnego wyglądu, mężczyźni zwracali uwagę głównie na trzy rzeczy: posiadanie własnego stylu, dostosowanie ubioru do sytuacji i na czynnik dla nich równie ważny, jakim jest wygoda ubrania.

Potrzebę uwzględnienia wpływu silnego trendu indywidualistycznego w studiach nad ubiorem podkreśliła G. Bokszańska, pisząc: „Dominacja perspektywy indywidualistycznej we współczesnym społeczeństwie manifestuje się także na poziomie indywidualnych zachowań w dziedzinie ubioru, zwłaszcza jego koncepcji i przypisywanych mu funkcji" (Bokszańska 2004: 107). Wyniki naszych badań zdają się potwierdzać to spostrzeżenie. W wypowiedziach mężczyzn na temat sposobu ubierania, bez względu na ich wiek, dominował właśnie indywidualistyczny punkt widzenia. Mówiąc o stylu podkreślano, że to „własny" styl. Mówiąc o wybieraniu stroju zaznaczano „swoje" preferencje, a o kryteriach stosowanych przy kupowaniu odzieży – podkreślano „swoją" wygodę. Wskazując względy estetyczne jako przemawiające za dbaniem o wygląd – myślano o „własnych" przyjemnościach estetycznych, a nie o dostarczaniu zadbanym wyglądem przyjemności otoczeniu. Nawet przyznając się do konformizmu wynikającego z uznawanej przez nich zasady, iż należy ubierać się stosownie do sytuacji, mężczyźni dodawali chętnie własną definicję typu sytuacji albo odpowiedniości stroju. W jakimś zakresie każdy dąży do indywidualizacji sposobu ubierania, ale kobiety znacznie mniej niż mężczyźni eksponowały swoje „ja", a także zdarzało im się stawiać siebie na drugim planie, jak na przykład wtedy, gdy kupowały coś ładnego/modnego kosztem wygody, gdyż dbając o swój wygląd, brały pod uwagę standardy estetyczne innych, licząc się z problemem akceptacji ze strony otoczenia (rzecz jasna, nie bez wyjątku). Ma to oczywiście związek z kompletnie różnym znaczeniem i funkcją wyglądu w patriarchalnych koncepcjach kobiecości i męskości, ale pozostaje aktualne już tylko w najstarszym i w średnim pokoleniu (one powinny, a oni nie muszą się podobać innym) (por. podrozdz. 3.1.3).

W przypadku zbiorowości mężczyzn, podobnie zresztą jak było to wśród kobiet, wiek różnicował wypowiedzi. Przykładem może być rodzaj preferowanego stylu ubierania oraz jego definiowanie. I tak, starzy mężczyźni wymienili przede wszystkim styl tradycyjny, utożsamiając go z odrzucaniem mody lub z „trzymaniem się klasyki". Młodszym mężczyznom bardziej zależało na byciu modnym, ale cenili przede wszystkim własny styl: „[...] uważam, że wyrobiłem sobie swój styl, taki zdefiniowany w mojej głowie i tego stylu się trzymam, jak idę do jakiegoś sklepu, bo muszę sobie coś kupić, to wybieram rzeczy, które bardzo mi się podobają i tworzą jakąś spójną całość" (MM_15_37). Mężczyźni w średnim wieku opisali preferowany przez siebie styl jako luźny: „[...] tak, jak teraz, na krótko, krótkie spodenki, na lajcie totalnym, [...]" (MSR_9_54), ale także jako szczególne połączenie stroju sportowego z formalnym: „[...] więc dla mnie idealny jest taki ciuch na pograniczu elegancki i *casualu*, w tym czuję się absolutnie najlepiej" (MSR_1_38). Młodzi mężczyźni najczęściej określali swój styl jako luźny i młodzieżowy, informując, że zazwyczaj noszą bluzy, t-shirty lub jeansy. Rzadziej hołdowali tradycyjnej elegancji: tylko dwóch spośród piętnastu respondentów zadeklarowało wybór „gustownych" marynarek i koszul, ich zdaniem będących symbolem elegancji.

Przypomnijmy po raz kolejny, stosowane już przez nas za G. Bokszańską jako przydatne z punktu widzenia omawianej problematyki, jedno z kryteriów pozwalających klasyfikować ubiory. Chodzi o „stosunek do reguł, standardów i wzorów obowiązujących w danej zbiorowości" czy też ogólniej – w danym porządku społecznym. Przy jego pomocy można wyróżnić ubiory świadczące o konformizmie i nonkonformizmie. Styl spokojny, klasyczny jest uważany za oznakę akceptacji obowiązujących norm i zasad, wyraża konserwatyzm (Bokszańska 2004: 29). Preferując klasyczny, stonowany styl ubierania, starzy mężczyźni ujawnili zatem akceptację patriarchatu jako porządku społecznego. Jest to racjonalne, skoro ów reżim gwarantuje im status podmiotu, status grupy dominującej. Mężczyźni w średnim wieku wydali się przywiązani do patriarchalnej koncepcji męskości (ta atrakcyjna podmiotowość!), ale i otwarci na zmiany (być może dlatego, aby uchodzić za młodszych niż wskazuje na to ich wiek), zaś młodzi mężczyźni okazali się konformistyczni i nonkonformistyczni jednocześnie: przejęci byli dokonywaną właśnie w tym okresie życia poważną już aktywacją swego podmiotowego statusu, a jednocześnie poddawali się presji indywidualizacji oraz nowej koncepcji męskości uwzględniającej atrakcyjny wygląd jako składnik również męskiego kapitału ludzkiego.

Zdecydowanie najwięcej mężczyzn z każdej kategorii w wieku deklarowało jednak ubieranie się stosownie do sytuacji. Porządkując owe

sytuacje, nawiązywali do pełnionych przez siebie ról społecznych i/lub typologizowali przestrzeń społeczną, w której ogrywali te role. Powtórnie przypomnijmy tutaj, że, jak pisze G. Bokszańska, umiejętność dostosowywania ubrania do wymogów określonej sytuacji lub miejsca wymaga znajomości konkretnych kodów kulturowych i konwencji dotyczących komponowania strojów. Strój może być jednak nie tylko integralnym elementem wizerunku, ale także nośnikiem informacji na temat pozycji społecznej, statusu ekonomicznego, a także przynależności jednostki do określonych grup i subkultur. Decyzje dotyczące zakresu komunikowanych informacji o sobie należą jednak do jednostki. Może ona zatem wykazywać się konformizmem, a więc ubierać się zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami i konwencjami estetycznymi, lub też w sposób oryginalny i odbiegający od konwencji, co często stanowi wyraz indywidualizmu i potrzeby manifestacji swojej odrębności (Bokszańska 2004: 40). Mężczyźni biorący udział w badaniu realizowali głównie pierwszy typ zachowań, różnicując ubiór przede wszystkim w zależności od sytuacji, ale także od sfery aktywności: prywatnej lub publicznej. W pierwszym przypadku wymieniano „ubiór domowy", w drugim – ubiór „wyjściowy". Strój odpowiadający wyłącznie sferze prywatnej charakteryzowała przede wszystkim funkcjonalność i prostota formy. Można powiedzieć, że przynależność do kategorii wieku nie różnicowała stylu; najwyżej inaczej określano ten sam typ ubioru (np. „koszulka" albo „t-shirt"). Drugi rodzaj przestrzeni odnoszono przede wszystkim do pracy, ale również do spotkań towarzyskich – także w cudzych domach oraz „wyjść", np. do teatru. Wielu respondentów biorących udział w badaniu opisywało sposób ubierania się do pracy, nawiązując do panującego, a nawet narzuconego pracownikom odgórnie, *dress codu*: „jak prowadzę szkolenie – to na pewno nie przyjdę w t-shirtcie, tylko zawsze to musi być koszula: czy koszula z krawatem, czy bez krawata – nad tym się zastanawiam. I [...] dla kogo prowadzę [...], z kim się spotykam, czy mam porady indywidualne, czy nie mam. Czy będę jechał daleko w trasę, czy nie będę jechał" (MSR_4_40). Czasem jednak dawano wyraz swemu gustowi oraz sygnalizowano, że nawet ubierając się „formalnie", realizuje się indywidualne upodobanie lub potrzebę. Chodziło tu zwłaszcza o to, aby „uniform" był jednak wygodny (o czym wspominali głównie mężczyźni w średnim wieku).

O stroju odpowiednim do charakteru pracy i stanowiska (a jak wynika z niektórych wywiadów nawet lepszym niż oczekiwany, jakby w myśl zasady „jeśli chcesz awansować na kierownika – wpierw wyglądaj jak kierownik") i o eleganckim ubiorze w sytuacjach ważniejszych wyjść, na przykład do teatru, mężczyźni w starszym wieku mówili jak o zinternalizowanym standardzie estetycznym. Niektórzy z nich podkreślali

dbanie o odpowiedni ubiór właśnie po to, aby zaznaczyć swoją pozycję społeczną (a snując refleksję na temat genezy postawy wobec swego wyglądu, wspominali z młodości swoje aspiracje dotyczące awansu społecznego utożsamianego przez nich z innym stylem ubierania) (por. podrozdz. 3.1.3). W najstarszym pokoleniu dostrzeżono także zmianę w sposobie komponowania oficjalnego, wyjściowego ubioru oraz konieczność unowocześnienia realizowanego dotąd wzoru zachowania: „No tak, w tej chwili tak się moda zmieniła, że już do teatru założę marynarkę, załóżmy bez krawata i w dżinsach pójdę. A przedtem trzeba było już ten garnitur i taki pełen rynsztunek, a dzisiaj już nie i trzeba to też podpatrywać ludzi" (MST_9_70).

Młodzi respondenci także wyraźnie oddzielali strefę prywatną – domową od publicznej i zaznaczali, że ich sposób ubierania się jest inny w zależności od miejsca i okazji, w której biorą udział. Młodzi bardzo dokładnie opisywali sposób ubierania się w „sytuacjach oficjalnych"; strój składał się wtedy z koszuli, odpowiednich spodni oraz eleganckich butów. Pojęcie „sytuacje oficjalne", oznaczało dla nich przede wszystkim spotkania i wyjścia w miejsca publiczne, do urzędów i pracy. Co wydaje się istotne, jeden z tych respondentów zaznaczył ponadto, że „[...] można ubiorem podkreślić swoją atrakcyjność" (MM_6_27). W ten sposób kulturowo typowo kobiece przekonanie o istotnym i pozytywnym społecznym znaczeniu dobrego wyglądu staje się częścią realizowanego wzoru męskości.

Również kilku mężczyzn w średnim wieku podniosło kwestię dostosowania swojego ubioru do określonej sytuacji. Podobnie jak młodzi mężczyźni, również ci respondenci wyraźnie oddzielali sferę prywatną od publicznej, podkreślając, że przestrzegają ogólnie uznanych norm dotyczących „formalnego" sposobu ubierania się. Wydaje się, że przywiązują oni do tej sprawy duże znaczenie, stąd asekuracyjnie bywają przygotowani nawet do szybkiej reakcji na zmieniające się sytuacje i oczekiwania co do ich ubioru: „jak mam spotkanie oficjalne to wiadomo, że jest marynarka, krawat dyżurny w samochodzie i biała koszula w samochodzie cały czas czeka. [...] podwójne ubranie wożę [...]. Natomiast jeśli jest w planie jakiekolwiek spotkanie o którejkolwiek godzinie, no to jeszcze czasami przybory do golenia tzn. sprzęt do higieny codziennej ze sobą" (MSR_12_58). Inny z mężczyzn w średnim wieku zwrócił ponadto uwagę na odpowiednie ubranie się na spotkanie z kobietą.

Tak więc, choć mężczyźni w każdej grupie wiekowej byli świadomi znaczenia różnicy między strojami oficjalnymi i nieoficjalnymi, to o potrzebie dostosowania ubioru do wymogów sytuacyjnych mówili głównie młodzi respondenci i respondenci w średnim wieku. Po pierwsze jest to związane z ich aktywnością zawodową, która wycisza się lub wygasa już

w przypadku starych mężczyzn. Młodzi i średni wiekiem zauważyli także wpływ wyglądu na atrakcyjność zawodową i towarzyską, a w związku z tym także taki „drobiazg", że odpowiednio dobrany strój może podkreślić walory sylwetki lub maskować jej mankamenty: „[...] oczywiście [...] na pewno to jest i ten przejaw, że odkąd mam brzuszek to staram się chodzić z koszulami na wierzchu rozpuszczonymi, które w jakimś sensie ten brzuszek maskują" (MSR_15_61). Mężczyźni w starszym wieku w ogóle nie wspomnieli natomiast o wybieraniu takich ubrań, które podkreślałyby ich sylwetkę, jednak niektórzy zaznaczyli, że starają się ubierać stosowanie do swojego wieku. Przede wszystkim dotyczyło to tradycyjnych, eleganckich ubrań, pozbawionych ekstrawagancji: „ubieram się tak, jak starszemu panu wypada w tym wieku. Spodnie w kant, koszula, jakaś marynarka, buty klasyczne" (MST_8_70).

Jak już wspomniano, wygoda ubrań była dla mężczyzn jednym z trzech najistotniejszych (obok własnego stylu i dostosowania stroju do sytuacji) czynników, którymi kierowali się przy kupnie i komponowaniu stroju. Wiek różnicował te wypowiedzi: najczęściej o wygodzie mówili młodzi i starzy mężczyźni.

Pod określeniem „wygodny ubiór" młodzi mężczyźni rozumieli bluzy, t-shirty, dopasowane obuwie. Komfort był dla nich nie tylko ważnym, ale często najistotniejszym kryterium doboru ubrań: „dla mnie najważniejsza jest wygoda. Atrakcyjność jest rzeczą [...] drugoplanową. Jak powiedziałem, ja się nie wyróżniam z tłumu i nie chcę się wyróżniać z tłumu [...], mam mieć wygodne buty, rzeczy, w których się dobrze czuję […]" (MM_5_26). Taka wypowiedź potwierdza aktualność modelu patriarchalnej koncepcji męskości, w którym wygląd mężczyzny ma niewielkie znaczenie wobec określonych cech jego osobowości. Może także świadczyć o tym, że respondent nie ma problemu z atrakcyjnością swego wyglądu (wie, że jest akceptowany i sam go akceptuje), a wobec tego, może go uznać za drugorzędny. Empirycznym faktem jest natomiast, że w przeciwieństwie do młodych mężczyźni w starszym wieku pojęcie „wygodny strój" odnosili zasadniczo do ubrań noszonych w domu i jego najbliższym otoczeniu.

Dbanie o ciało, jeszcze bardziej niż starania o atrakcyjne ubieranie się, jest współcześnie przejawem procesu androgynizacji wzorów genderowych. Zacieranie się niektórych różnic między kobiecością a męskością wydaje się jednak dotyczyć głównie młodego pokolenia. Między innymi z tego względu podjęto referowane tutaj badania dotyczące uwzględniania w kulturowych definicjach płci, kategorii wieku kobiet i mężczyzn (*gendered age*). Powracając do przedmiotu analizy – w tym fragmencie rozdziału interesuje nas współwystępowanie z wiekiem respondentów (w kategoriach młodzi, średni, starzy) zróżnicowania

zachowań związanych z dbaniem o ciało czyli do niedawna kulturowo kobiecą sferą działań.

Mężczyźni biorący udział w badaniach, bez względu na wiek, pielęgnację ciała utożsamiali najczęściej z utrzymywaniem higieny osobistej (regularne kąpiele, mycie zębów) oraz wykonywaniem codziennie takich czynności, jak golenie się i używanie kosmetyków po goleniu: „na przykład po goleniu korzystam ze świetnych balsamów, bo one rzeczywiście pomagają itd. natomiast te wyższe stopnie tej, tej [...] to już niestety finansowy problem" (MSR_15_61). Deklarowali także dbanie o włosy i fryzurę. W przypadku młodych mężczyzn dbanie o włosy dotyczyło zarówno ich mycia, jak i strzyżenia, wykonywanych przede wszystkim w zaciszu domowym: samodzielnie albo z pomocą bliskiej osoby, na przykład żony. Zdecydowanie rzadziej na ten temat wypowiadali się mężczyźni w średnim wieku, przy czym w ich przypadku pielęgnacja włosów dotyczyła utrzymywania odpowiedniej długości włosów, regularnego strzyżenia; niektórzy regularnie korzystali z usług fryzjera. Mężczyźni w starszym wieku mówili natomiast zarówno o strzyżeniu, o używaniu odpowiednich kosmetyków do włosów oraz zapewniali o regularnych wizytach u fryzjera. Jeden z respondentów zaznaczył ponadto, że nie używa kobiecych kosmetyków do włosów: „szampon dobry do mycia włosów, odpowiednio dobrany do moich włosów, gdzie nie będzie o jakiś zapachach różanych się kojarzyło" (MST_11_77).

Mężczyźni, bez względu na wiek, rzadko jednak wspominali o wykonywaniu określonych zabiegów związanych z pielęgnacją włosów. Być może właśnie dlatego, że jak wskazują niektórzy badacze (Synnott 1987), ten rodzaj troski o wygląd jest działaniem kulturowo przypisywanym kobietom, a po drugie – istnieje większa kulturowa akceptacja dla poddawania się przez kobiety zabiegom pielęgnacyjnym dotyczącym włosów niż w przypadku mężczyzn. Wydaje się, że to ustalenie nie dotyczy już przynajmniej młodego pokolenia. Jest jednak faktem potwierdzonym również w naszych badaniach, że mężczyźni najczęściej deklarowali jedynie wykonywanie elementarnych zabiegów. Zupełnie inaczej można natomiast interpretować wspominaną przez respondentów dbałość o zarost, który jest jedną z zewnętrznych oznak męskości, a nawet jednym z podstawowych atrybutów, często przeciwstawianym temu co kobiece (Synnott 1987).

Zabiegi pielęgnacyjne dotyczące całego ciała najczęściej i najdokładniej opisywali mężczyźni w młodym wieku, mówiąc na przykład o stosowaniu wybranych kremów do twarzy, w tym także produktów specjalistycznych do peelingu oraz maseczek i żelów oczyszczających.. Zaznaczali przy tym często, że korzystają tu z pomocy swoich partnerek: „Tak, kremy do twarzy i mam o tyle dobrze, że może raz w miesiącu,

a może dwa razy w miesiącu, jak żona ma czas to mi nałoży jakąś maseczkę i sobie oglądam telewizję, także ona działa. I tak naprawdę zdarza nam się z żoną, jak się gdzieś tam wyjedzie, to jakiś masaż złapać" (MM_11_31). Mężczyźni w średnim wieku zdecydowanie rzadziej wypowiadali się na temat używania kremów i produktów pielęgnacyjnych przeznaczonych do skóry twarzy. Wspomniano na przykład o sporadycznym używaniu kremów pod oczy: „Czasem zdarzało mi się używać kremu pod oczy, kiedy jestem mocno zaspany, ale to też nauczyłem się tego od kobiet po prostu" (MSR_1_38) oraz o stosowaniu balsamów do twarzy: „Na twarzyczkę balsamy, żona też, żeby jakieś tam zmarszczki już tam ukrywać" (MSR_7_49). Podobnie jak to było w przypadku młodych mężczyzn, w wypowiedziach panów w średnim wieku można odnaleźć potwierdzenie wpływu ich partnerek życiowych na zmianę sposobu codziennej pielęgnacji ciała. Kobiety stanowiły zarówno wzór do naśladowania, jak i występowały w roli konsultantek. Jeśli chodzi o mężczyzn w starszym wieku, tylko nieliczni wspomnieli o używaniu kosmetyków do twarzy; podobnie jak w poprzednich przypadkach, niektórzy zaznaczali kierowanie się opiniami i wskazówkami kobiet, w tym córek.

W naszej kulturze perfumowanie się jest tradycyjnie uważane za zachowanie właściwe kobietom (Melosik 2006: 23). Jeśli chodzi o mężczyzn biorących udział w badaniu, najczęściej deklarowali używanie ulubionych zapachów młodzi mężczyźni; zaznaczali, że jest to dla nich istotna część codziennej pielęgnacji ciała: „Używam stosownych, według mojego uznania [...]. Wody po goleniu nie jakiejś tam najtańszej z kiosku ruchu, chociaż akurat nic nie mam do tej wody, ale uważam, że [...] zapach jest istotny" (MM_7_28). Zdecydowanie rzadziej na temat używania perfum wypowiadali się respondenci w średnim wieku i tylko pojedynczy panowie z kategorii najstarszej wiekiem. Dla wszystkich respondentów wody kolońskie i perfumy były dodatkiem mającym na celu uatrakcyjnienie wyglądu i wpłynięcie na pozytywne postrzeganie przez innych ludzi, w tym przede wszystkim przez kobiety. Nie tyle perfumowanie, co ów powód, dla którego nieliczni mężczyźni deklarowali używanie „pachnideł", jest przejawem feminizacji męskiego kulturowego wzoru dbania o wygląd, a więc zarazem nonkonformizmu i indywidualizacji sposobu podejścia do swej fizyczności.

Mężczyzn w różnym wieku pytano także o dbanie o kondycję fizyczną, a więc o aktywność sprzyjającą utrzymywaniu sprawności, siły, zdrowia – typowo męskich, zgodnie z kulturową koncepcją tej płci, atrybutów. Nad doskonaleniem sprawności ruchowej pracowali przede wszystkim młodzi mężczyźni – ćwicząc w domu oraz na siłowni. Młodzi respondenci szczegółowo i wyczerpująco wypowiadali się na temat aktywności, którą podejmują, zarówno każdego dnia, jak i rzadziej: w większości dotyczyło

to różnych form sportów rekreacyjnych, takich jak pływanie, gra w siatkówkę, jazda rowerem i bieganie. Wskazywali ponadto na potrzebę szeroko rozumianego treningu swojego ciała, który prowadzi zarówno do korygowania wagi ciała i sylwetki oraz do utrzymania odpowiedniej kondycji fizycznej i zdrowia. Z wiekiem było jednak coraz gorzej. Mężczyźni w średnim wieku wymieniali różne rodzaje aktywności fizycznej: były to zarówno ćwiczenia wykonywane w domu, jak i te odbywające się w ramach różnych zajęć ruchowych (np. fitness), a także spacery i jazda rowerem, ale najczęściej wykonywane od przypadku do przypadku, nieregularnie. Celem tej aktywności było przede wszystkim utrzymanie odpowiedniej kondycji: „Dbałość o kondycję fizyczną, czyli uprawianie sportów czynnych: jeżdżenie, bieganie, siłownia w domu, jakieś ćwiczenia fizyczne, żeby zachować formę fizyczną" (MSR_2_39). Tylko połowa starych mężczyzn zadeklarowała wykonywanie jakichkolwiek ćwiczeń pozwalających im utrzymywać sprawność ruchową: „Ja zawsze, jak mówię, troszeczkę te kości trzeba rozruszać rano, jak wstaję, więc jakieś tam ćwiczenia robię gimnastyczne" (MST_7_67). Ich aktywność fizyczna przyjmowała także inne, „łagodne" formy, jak np. spacerowanie: „Lubię spacery w ogóle, lubię spacery czasami wolne, ale ja w ogóle dość szybko chodzę, to też jest to" (MST_7_67). Starsi mężczyźni zdecydowanie częściej niż inni mówili natomiast o ograniczeniach, z jakimi muszą się mierzyć z racji swojego wieku: dotyczyło to zarówno problemów ruchowych, jak i związanych z procesem zmian zachodzących w ciele: „ćwiczę żeby nie mieć fałdów, *celulitisu*, jak się rozbiorę żeby moje ciało nie zwisało, czy pofałdowane, to dbam o to. Miałem okres, że wszystko mnie bolało, musiałem przerwać ćwiczenia" (MST_10_71). Wydaje się, że mężczyźni – zwłaszcza w średnim wieku i starzy – więcej mówili niż czynili w zakresie kultury fizycznej.

Jak wspomniano, uprawianie sportu i szeroko rozumiana aktywność fizyczna, w zależności od wieku miała inne motywacje. W przypadku młodych mężczyzn było to uatrakcyjnienie swojego wyglądu, dbałość o estetykę wyglądu i ciała. Młodzi mężczyźni biorący udział w badaniu motywowali uprawianie sportów przede wszystkim potrzebą spalenia tkanki tłuszczowej i rozwinięcia tkanki mięśniowej. Utrata masy ciała może mieć oczywiście zarówno charakter prozdrowotny, jak i służyć uatrakcyjnieniu wyglądu. Ćwiczenia ukierunkowane na wypracowanie mięśni mają natomiast charakter typowo estetyczny, zmierzający do uatrakcyjnienia wyglądu, a także, w szerszym znaczeniu, są przejawem realizowania tradycyjnego wzorca męskości. Uprawianie sportów i szeroko rozumiana aktywność fizyczna staje się więc współcześnie, szczególnie dla młodych mężczyzn, nie tyle wyrazem dbałości o kondycję i zdrowie, co akceptacją „mody na fitness". Uprawianie sportów ulega

komercjalizacji, staje się elementem stylu życia, przynajmniej częściowo zatracając swoją prozdrowotną rolę. Zupełnie inaczej sport postrzegany jest przez mężczyzn w starszym wieku. Po pierwsze nie chodzi im o podobanie się innym, co przewijało się zresztą w różnych fragmentach wywiadów, dotyczących różnych szczegółowych kwestii. Istotne stają się dla nich natomiast pewne aspekty zdrowotne – utrzymanie odpowiedniej sprawności ruchowej jest metodą przezwyciężania dolegliwości ruchowych wynikających z procesów starzenia się: „Bo teraz jak ma człowiek wolne, o, jak teraz wyjść na ogródek, coś tam porobić, nawet pochodzić z tą kosiarką, [...] dla mnie tym bardziej, jak ja ruchowo jestem trochę [...] po prostu blokowany ruchowo, bo mam blokadę tych, tych nóg" (MST_6_66).

Interesującym wskaźnikiem indywidualizacji i feminizacji wzoru zachowań mężczyzn związanym z dbaniem o wygląd były ich deklaracje dotyczące korzystania z usług kosmetyczek i salonów piękności. Kilku mężczyzn w młodym wieku wspomniało o poddawaniu się profesjonalnym zabiegom kosmetycznym: jeden z nich przyznał, że korzysta z usług manicurzystek i pedicurzystek, inny zadeklarował chodzenie na saunę, która pozytywnie wpływa na kondycję jego skóry. Mężczyźni w średnim wieku, podobnie jak młodzi respondenci, sporadycznie wymieniali korzystanie ze SPA oraz wykonywanie manicure u kosmetyczki, ale przede wszystkim za namową żony. Panowie w starszym wieku zdecydowanie preferowali natomiast samodzielną pielęgnację ciała w zaciszu domowym – żaden z mężczyzn z tej kategorii wieku nie wymienił takiej formy dbania o wygląd, jak korzystanie z usług kosmetyczek i salonów piękności.

Podsumowując, przytoczone w tej części rozdziału wyniki badania pokazały, że przynależność mężczyzn do określonej kategorii wieku współwystępowała ze zmianą realizowanego sposobu dbania o wygląd. Starzy mężczyźni demonstrowali konserwatyzm w podejściu do patriarchalnie zdefiniowanej męskości, a tym samym wykazywali gotowość do reprodukcji tego porządku zapewniającego im, nawet nienazywane wprost, ale i tak miłe, poczucie podmiotowości. W analizowanym aspekcie postawy wobec własnego wyglądu przejawiało się to przede wszystkim w koncentracji na własnych wartościach i normach estetycznych oraz egoistycznej potrzebie samoakceptacji połączonej z psychiczną dyspozycją do przedmiotowego traktowania innych, zwłaszcza kobiet. Mężczyźni w średnim wieku ujawnili pewną skłonność do zmiany patriarchalnego wzoru działań na rzecz swego wyglądu. Dotyczyło to nieśmiałych prób feminizacji podejścia do ubioru (poza konformizmem wobec standardów obwiązujących w sferze pracy) i do dbania o ciało, w przypadku gdy ulegali już pewnym oczekiwaniom ze strony kobiet i korzystali z elementów

kobiecego wzoru. Indywidualizacja tej sfery zachowań wystąpiła najwyraźniej wśród młodych mężczyzn. Ambiwalencja analizowanego aspektu postawy polegała w ich przypadku na tym, że młodzi równocześnie uświadamiali sobie dopiero atrakcyjne znaczenie podmiotowego statusu mężczyzny w patriarchalnej kulturze.

3.3.2. Płeć kulturowa i upłciowiony wiek a działania niekorzystnie wpływające na wygląd (Joanna Brzezińska)

W wywiadach swobodnych kobiety i mężczyzn w różnym wieku pytano również o to, czy podejmują jakieś działania, które są niekorzystne dla ich wyglądu, aby ustalić, czy zdarza się badanym robić coś, co szkodzi ich prezencji. Uczestnicy badania obu płci często niechętnie i nie bez wahania przyznawali się do różnego rodzaju złych nawyków, zdając sobie sprawę z ich negatywnego wpływu na własną aparycję. Jak zauważa bowiem Stefan Nowak w swojej definicji postawy: „model zachowania zawarty w komponencie behawioralnym i opatrzony odpowiednim ładunkiem afektywnym ma charakter instrumentalny, gdy nie tyle sposób zachowania się, co jego skutki są dla jednostki istotne" (Nowak 1973: 37). Wypowiedzi badanych wskazywały na wyraźnie emocjonalny stosunek do własnych zachowań ze względu na ich przykre konsekwencje właśnie.

Biorąc pod uwagę ogół odpowiedzi udzielonych na pytanie o działania szkodliwe dla wyglądu, można zauważyć, iż respondenci i respondentki odpowiadali podobnie. Wśród czynności wymienianych najczęściej zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn znalazły się: złe nawyki żywieniowe, siedzący tryb życia i brak ruchu, korzystanie z używek, deficyt snu czy przepracowanie. Katalog działań niekorzystnych dla wyglądu w dużej mierze pokrywa się z działaniami, które negatywnie wpływają na zdrowie człowieka (patrz rozdział dot. postaw wobec wyglądu), a do których Polacy przyznają się ogółem (CBOS 2012c).

Podobieństwo zachowań uczestników badania okazuje się jednak pozorne, jeśli uwzględni się w analizie tego elementu postawowe kategorie płci, wieku oraz upłciowiony wiek (*gendered age*). W pierwszej kolejności omówione zostaną przejawy genderyzacji postaw wobec własnego wyglądu na podstawie porównania wypowiedzi kobiet i mężczyzn na temat czynności niekorzystnych dla ich fizjonomii.

Przede wszystkim należy zauważyć, że nie wszyscy badani przyznawali się do podejmowania działań o negatywnych skutkach dla ich wyglądu zewnętrznego. Co wydaje się interesujące, zdecydowanie częściej do tego typu zachowań przyznawały się respondentki, podczas gdy rzadziej takie deklaracje składali panowie. Zgodnie z patriarchalną koncepcją płci

kulturowo wygląd zewnętrzny był i w dużej mierze wciąż jest traktowany bardziej jako atrybut kobiety aniżeli mężczyzny. Poprzez swoją atrakcyjną powierzchowność kobieta nie tylko buduje własną tożsamość, ale i uzyskuje akceptację społeczeństwa oraz pozytywną samoocenę. Upiększenie i poprawa określonych elementów twarzy i ciała ma służyć wyeksponowaniu jej kobiecości. W związku z tym patriarchalna koncepcja męskości zakłada znacznie mniejsze zainteresowanie mężczyzn własną aparycją, co znajduje swoje odzwierciedlenie również w świadomości ewentualnych działań niekorzystnych dla ciała człowieka, jakie podejmują respondenci płci męskiej. Fakt, iż blisko jedna czwarta respondentów wywiadów swobodnych (którzy udzielili odpowiedzi na omawiane pytanie) uznała, że nie zdarza im się robić nic, co mogłoby źle wpłynąć na ich powierzchowność, nie oznacza bowiem, że tego typu działań nie podejmują. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można przypuszczać, iż znaczna część mężczyzn nie uświadamia sobie niekorzystnych skutków pewnych czynności dla ich wyglądu, gdyż wygląd sam w sobie oraz troska o niego – w myśl patriarchalnej koncepcji męskości – nie mają dla nich tak istotnego znaczenia.

Kobiety, niezależnie od wieku, najczęściej przyznawały się do nieodpowiednich praktyk żywieniowych, głównie do nieregularnego spożywania posiłków: „jadam nieregularnie" (KM_2_24); „Albo nie jem cały boży dzień [...], potem rzucę się na jedzenie wieczorem (KSR_3_42)" oraz do wyboru złej jakości jedzenia, niezdrowych produktów i dań typu fast food: „no na pewno sposób odżywiania się np. rano kawa, to na pewno nie wpływa dobrze, albo cola [...] właśnie takie produkty właśnie żywnościowe, które mogą szkodzić później w przyszłości. Fast foody" (KM_7_28); „źle się odżywiam" (KSR_7_49), w tym – na co wskazywano zauważalnie często, szczególnie w grupie młodych – do nadmiernego spożywania słodyczy: „jem słodycze" (KM_3_24; KM_10_30); „jem bardzo dużo słodyczy. Jestem absolutnie uzależniona od słodyczy" (KM_6_28); „Objadanie się słodyczami. To zdecydowanie" (KM_14_35); „No i jak się naopycham słodyczami, to sobie wtedy mówię, no Dorotka poszalałaś, znowu się najadłaś słodkiego" (KSR_8_53). Kilka spośród wypowiedzi kobiet wskazuje na to, iż niezdrowe praktyki żywieniowe mają znaczenie dla respondentek ze względu na ich negatywne oddziaływanie na sylwetkę. Niewłaściwa dieta nieodzownie jest bowiem asocjowana z nadwagą, czyli obfitym, nieatrakcyjnym ciałem, które zgodnie z patriarchalną koncepcją kobiecości powinno być szczupłe i zgrabne. Współcześnie najbardziej pożądany kulturowy wzorzec kobiecej figury w odniesieniu do rygorystycznych ograniczeń cielesności dobitnie charakteryzuje Sandra Lee Bartky: „Dzisiaj kobiece ciało, które jawi się jako masywne, silne czy też obfite, przyjmowane jest z niesmakiem. Modne jest ciało jędrne,

o niewielkich piersiach i wąskich biodrach, tak szczupłe, że niemal zanikające; to sylwetka wydająca się właściwsza dla dorastającego chłopca albo dziewczynki w okresie dojrzewania niż dla dorosłej kobiety" (Bartky 2007: 53). Jak stwierdzają bowiem wprost respondentki, przyznając się do podejmowania działań sprzyjających tyciu lub dostrzegając taką zależność: „Jadam nieregularnie, mało piję, to jest niszczące dla organizmu, ale również może przyczynić się do otyłości. A otyłość jest zarówno niezdrowa, ale również nieestetycznie wygląda" (KM_2_24); „lubię czasami zjeść tak na tłusto, (a to jedzenie – przyp. aut.) odkłada się tam, gdzie nie powinno (KM_9_30)".

Uczestniczki wywiadów swobodnych zadeklarowały ponadto do niską aktywność fizyczną, co przede wszystkim negatywnie odbija się na ich sylwetce. Choć było to drugie najczęściej wymieniane niekorzystne dla wyglądu działanie, to należy zauważyć, że na brak ruchu sprzyjający pogorszeniu się figury wskazały wyłącznie kobiety młode oraz w średnim wieku: „Niestety nie ćwiczę [...]. Niestety nie uczęszczam na żadne fitnessy, które raczej są mi potrzebne, nie tylko dla wyglądu (KM_13_34)"; „żeby mieć dobrą fajną sylwetkę, to trzeba byłoby chodzić na siłownię codziennie, po kilka godzin się męczyć" (KSR_2_41); „jestem za gruba [...] nie uprawiam sportu, bo nie mam na to czasu ostatnio" (KST_7_49). Brak regularnego ruchu respondentki rzadziej wiązały z chęcią zachowania dobrej kondycji organizmu i sprawności fizycznej, co znajduje potwierdzenie również w badaniach społecznych w Polsce, z których wynika, że kobiety i mężczyźni odmiennie motywują swoje zaangażowanie w sport. Panie częściej niż panowie twierdzą, że ćwiczą dla urody – żeby dobrze wyglądać, mieć ładną sylwetkę (28% wobec 19%) (CBOS 2013a). Zdaniem Naomi Wolf piękno ciała stało się jednym z ważniejszych elementów konstruujących obowiązującą współcześnie patriarchalną koncepcję kobiecości. Nieustanna dbałość o dietę, restrykcyjne przeliczanie wartości energetycznej posiłków, mniej lub bardziej regularne ćwiczenia fizyczne oraz poddawanie się zabiegom kosmetycznym dla zachowania lub zdobycia nienagannej figury to przykłady działań służących utrzymaniu piękna kobiecego ciała. Podejmując szereg czynności związanych z troską o własną sylwetkę, kobiety chcą nie tylko przypodobać się mężczyznom i spełnić ich standardy estetyczne, ale również zostać społecznie dostrzeżone i zapobiec swojej marginalizacji (Wolf 2014). Sylwetka kobieca nadal jest poddawana większej presji piękna niż ciało męskie. Mężczyźni znacznie miej uwagi przykuwają do swojej diety, apetyt traktują jaką swoistą potrzebę ludzką, a ich korpulencja nie jest publicznie piętnowana, podczas gdy kobiece apetyty i ponadwymiarowe kształty stają się społecznym wyrazem wstydu. W rozmowach na temat nadwagi związanych z folgowaniem własnym pokusom jedzeniowym oraz brakiem

ruchu kobiety ujawniają poczucie winy. Ideał piękna nie może wszak się obyć bez grzechu, co potwierdzają uczestniczki wywiadów:

> No pizzę lubię jeść. [...] później żałuję, że to jadłam, bo się znowu ciężko (czuję – przyp. aut.), bo znowu tyle kalorii (KST_3_65). Nie podoba mi się [...] mój brzuch i moje powiedzmy uda, powiedzmy od pępka w dół do kolan, o, może te partie, które troszeczkę mniej, ale to jest też częściowo moja wina, bo nie ćwiczę. I straciło to wszystko na jędrności i atrakcyjności (KM_8_29).

Jak bowiem zauważa autorka *Mitu urody*, my, kobiety „czujemy się winne z powodu tuszy, ponieważ w głębi duszy zdajemy sobie sprawę z tego, że w warunkach mitu urody nasze ciała nie są nasze, lecz należą do społeczeństwa, szczupłość zaś nie jest prywatną estetyką, lecz społecznym wymogiem" (Wolf 2014: 237). To swego rodzaju kulturowe uwikłanie ciała w patriarchalnej koncepcji kobiecości trafnie podsumowuje psycholożka Ellyn Kaschack, zdaniem której „wygląd nie jest po prostu jej (kobiety – przyp. aut.) cechą, jak w przypadku mężczyzny; ona jest swoim wyglądem" (Kaschack 2001: 77).

Respondentki inaczej niż respondenci wyjaśniały swoją niską aktywność fizyczną, podając jako źródło subiektywną cechę własną – niemoc bądź niechęć, a nie czynnik obiektywny. Rzadziej wymawiały się brakiem czasu, a częściej przyznawały się do własnej słabości i lenistwa, co niewątpliwie wpisuje się w model patriarchalny, który zakłada orientację do wewnątrz, bierność i pasywność kobiety:

> Nie potrafię się wziąć za siebie, nie potrafię trenować. Ćwiczenia i aktywność fizyczna nie sprawiają mi przyjemności (KM_2_24). Niestety nie ćwiczę [...]. Niestety nie uczęszczam na żadne fitnessy, które raczej są mi potrzebne, nie tylko dla wyglądu, ale i dla mojego zdrowia. (Próbowałam – przyp. aut.) kilkukrotnie, ale zawsze coś się zadziało, że albo nie miałam czasu, albo coś ze zdrowiem było nie tak, albo jeszcze czasami z lenistwa [...] i pochodziłam trochę, a potem rezygnowałam (KM_13_34). No właśnie z tym mam trochę problem, mam słaby zapał, słomiany, jak to się mówi, z tańcem faktycznie to bym chętnie wróciła, ale był czas, że chodziłam na aerobik i cały czas mam w głowie, żeby do tego wrócić, żeby jednak się trochę poruszać, ale nie jest to regularne, nie (KSR_2_41).

Inna z pań w średnim wieku, wyrażając swoje zatroskanie skłonnością do tycia, zauważa ponadto związek między metabolizmem a metryką, a także stanem zdrowia człowieka: „Przede wszystkim jestem świadoma, że w moim wieku już ciężej jest spalić, inne jest przyswajanie tego, co się je, inne przetwarzanie materii. Jestem też świadoma problemów z tarczycą, które miałam, które w każdej chwili mogą powrócić, z wagą, której nie chcę" (KSR_1_38). W społeczeństwie konsumpcyjnym

i kulturze patriarchalnej szczupła sylwetka wiąże się z subiektywnym poczuciem atrakcyjności fizycznej kobiety, również z atrakcyjnością seksualną. Automatycznie sprawia to, że wraz ze wzrostem masy ciała – towarzyszącym często procesowi starzenia się – kobiety tracą we własnych oczach, gdyż nadwaga oddala je od społecznego ideału piękna (Montemurro, Gillen 2013).

Kobiety w różnym wieku, znacznie częściej niż mężczyźni, odnotowały wpływ palenia papierosów na wygląd zewnętrzny i wyjaśniały, w jaki sposób działanie to niekorzystnie odbija się na przedmiocie postawy. Dostrzegano zarówno negatywne skutki biernego palenia dla wyglądu zewnętrznego i całego organizmu osoby przebywającej w towarzystwie palaczy: „jak się siedzi w jakichś zatłoczonych miejscach może dym papierosów, bierne palenie w jakiś sposób wpływa źle na nasz organizm" (KM_3_24), jak i niekorzystne oddziaływanie palenia czynnego przede wszystkim na kondycję skóry:

> Palę czasem papierosy. To zdecydowanie niekorzystnie wpływa na mój wygląd [...], wysusza mi się bardzo skóra. Jeżeli palę papierosy i mam po prostu takie przesuszone ciało (KM_4_27). Kiedyś paliłam niestety papierosy, ale to już od dobrych dziesięciu albo więcej lat nie palę i to mi bardzo dobrze zrobiło. To jednak wie pani, niszczy bardzo, zwłaszcza kobiecą cerę i wygląd (KST_8_70).

Fakt, iż respondentki częściej i bardziej wyczerpująco opisywały nałóg palenia i przebywanie w bliskości dymu papierosowego jako zachowania negatywne względem ich wyglądu wynika z większej świadomości zdrowotnej kobiet oraz większej wiedzy na temat czynników niekorzystnie oddziałujących na cerę człowieka od wewnątrz i zewnętrznie, co jest zgodne z patriarchalną koncepcją ich płci. Kobiety bowiem częściej i z większą łatwością były w stanie powiązać zależność między zdrowiem a wyglądem zewnętrznym, poprzez odwoływanie się do zachowań związanych ze zdrowym stylem życia i wskazywaniem praktyk szkodliwych bezpośrednio dla zdrowia, a pośrednio dla wyglądu. Z podobnego względu respondentki częściej przyznawały się do spożywania alkoholu w niedużych ilościach i raczej okazjonalnie, ale ze świadomością ogólnego niekorzystnego wpływu napojów wyskokowych na organizm człowieka: „na pewno piję alkohol, nie w mega wielkich dawkach, ale tak, jest to szkodliwe (dla wyglądu – przyp. aut.)" (KM_10_30); „Czasami piję alkohol" (KSR_14_61); „Papierosów nie palę, no alkohol, no przecież jak się pójdzie na wesele, to trzeba za zdrowie młodych też wypić" (KST_14_86).

Mężczyźni zapytani o podejmowanie działań o negatywnym skutku dla ich aparycji nieco rzadziej niż biorące udział w badaniu kobiety

przyznawali się do tego typu czynności. Znaczna część badanych, którzy odpowiedzieli na przedmiotowe pytanie, uznała, iż nie robi nic, co mogłoby mieć negatywny wpływ na ich powierzchowność. Pozostali wymieniali różne zachowania szkodzące ładnemu wyglądowi, a mimo to przez nich realizowane. Najpowszechniejszym grzechem – podobnie jak w przypadku kobiet – okazało się niewłaściwe, niezdrowe odżywianie się, w tym spożywanie posiłków typu fast food i słodyczy:

> Nie przywiązuję uwagi do diety, chociaż staram się nieraz [...]. Bo nie umiem sobie odmówić na przykład, powiedzmy fast foodów, co jest niezdrowe (MM_9_30). Objadam się słodyczami, neurotycznie. Jak wpadnę w taką pułapkę, to mogę zeżreć całą czekoladę 100g. Albo objadam się fast foodami, wszystkie Big Maki, Whoopery nie są mi obce, wręcz przeciwnie. Także słodkie i fast foody to są dwie rzeczy (MSR_3_40).

Jednak krytyczne wypowiedzi mężczyzn w tym kontekście – w porównaniu do argumentów przytaczanych przez respondentki wywiadów swobodnych – były i rzadsze, i mniej zdecydowane, a dotyczyły przede wszystkim nieregularności i obfitości posiłków: „Nie, raczej nie (robię nic, co sprawia, że wyglądam gorzej – przyp. aut.), chyba. O ile traktować niezdrowe jedzenie czasem jako coś, co może zepsuć (wygląd – przyp. aut.)" (MM_1_21); „Słodycze, ale mi nie przeszkadzają w ogóle. Nie kojarzę dalej [...]" (MM_11_31).

Niektóre wypowiedzi świadczą nie tylko o większej nonszalancji, z jaką panowie traktują odżywianie, ale i zdecydowanie mniejszej dyscyplinie względem jakości i wartości energetycznej posiłków, które mają być przede wszystkim smaczne (o co również dbają kobiety – matka w przypadku jednego z młodych uczestników badania), a nie niskokaloryczne i pożywne, na co znacznie częściej zwracają uwagę osoby płci żeńskiej. Respondenci reprezentujący wszystkie kategorie wiekowe zdają się mniej zważać na kwestie dietetyki, mimo iż mają świadomość negatywnego wpływu niewłaściwego odżywiania się na wygląd człowieka:

> Lubię polską kuchnię, żeby podsmażyć, lubię takie smażone. Wiem, że jest niezdrowe, ale lubię (MM_2_22). Jedno. Wraca się bardzo późno i to jedzenie wieczorne. Głód robi swoje (MSR_14_61). No, w życiu trzeba było różnych rzeczy spróbować, nie, już nie mówię o tych, o narkotykach, czy tego [...]. No ale, ja wiem, no [...] przede wszystkim jak młodszy człowiek był, jeszcze jak ja sam byłem na wyjeździe, to niezdrowe odżywianie, bo to wszystko bary, knajpy, naprędce, a co, się najeść (MST_6_66). Siedzenie przed telewizorem i do tego jakieś dobre piwo i ta pierś marynarza się powiększa (MST_11_71).

Powyższe wypowiedzi świadczą o dużej swobodzie, z jaką badani podchodzą do sposobu odżywania się, co wpisuje się w patriarchalny model

ich płci, zgodnie z którym reżim odchudzania i ciągłej kontroli wagi i posiłków nie obowiązuje mężczyzn – ci mają większe społeczne przyzwolenie na folgowanie swoim pokusom w zakresie jedzenia. Kobieca otyłość wzbudza publiczne namiętności, podczas gdy tusza mężczyzny nie jest tak społecznie piętnowana i przez nich samych dostrzegana (tylko jeden z badanych, z najstarszej grupy wiekowej wskazał bezpośrednio na przyrost masy ciała, a ściślej na otyłość brzuszną w kontekście wysokokalorycznego alkoholu). W myśl koncepcji patriarchalnej krępa sylwetka mężczyzny nie zawsze niesie negatywne konotacje, świadcząc np. o materialnym dobrobycie i powodzeniu. Według Naomi Wolf kulturowy nacisk na szczupłość kobiet nie wynika z obsesji na punkcie urody dla niej samej, ale na punkcie kobiecego posłuszeństwa. Nadwaga czy przysadzista budowa, szczególnie u dojrzałych mężczyzn, nie ma znaczenia, gdyż męskość traktowana jako indywidualność może wyrażać się na różne sposoby, a dysproporcja społecznych oczekiwań względem ideałów sylwetki kobiecej i męskiej podkreśla relację władzy i podległości między płciami (Wolf 2014: 57, 236). Wzorzec ten wzmacniają również kobiety z najbliższego otoczenia badanych, pełniąc tradycyjną rolę matki – opiekunki i karmicielki, troszczącej się o zaspokojenie potrzeb żywieniowych i sytość posiłków ich podopiecznych, jak w przypadku jednego z cytowanych wyżej młodych respondentów.

Mężczyźni rzadziej przyznawali się również do korzystania z używek, dostrzegając ich ujemny wpływ na powierzchność. Spośród tych, którzy zadeklarowali palenie papierosów jako zły dla wyglądu nawyk, żaden nie dostrzegł negatywnych skutków bycia biernym palaczem. Wspominając o spożywaniu alkoholu, respondenci ze wszystkich grup wiekowych wskazywali raczej na szerszy trend związany z określonym „męskim" stylem życia, w który wpisuje się okazjonalne, sporadyczne „imprezowanie": „Palę na imprezach [...] Spożywam alkohol, palę papierosy na imprezach" (MM_5_26); „Imprezy, imprezy całonocne z dużą ilością picia, kiedyś wystarczyło 2–3 godziny żeby się regenerować, teraz potrzebuję cały dzień, jak rano wstanę i w lustro popatrzę to masakra, napuchnięty, przekrwione oczy, straszne" (MSR_9_54). W świetle powyższej argumentacji daje się zauważyć, iż uczestnicy wywiadów swobodnych, w przeciwieństwie do badanych kobiet, nie dostrzegają w równie ostry sposób negatywnego wpływu środków odurzających na wygląd zewnętrzny człowieka i wydają się bagatelizować ich skutki dla urody jednostki.

Mężczyźni deklarowali ponadto niską aktywność fizyczną jako działanie, a raczej jego brak, które może mieć negatywny wpływ na ich wygląd. W nieco odmienny sposób uzasadniali jednak swoją bierność w tym zakresie. Częściej odwoływali się do czynników zewnętrznych, wymawiając się brakiem czasu związanym z aktywnością zawodową lub siedzącym

trybem pracy, rzadziej zaś niską motywacją własną jako przyczyną wewnętrzną:

> Uważam, że na przykład, no każdy powinien wykazywać jakiś ruch fizyczny, poćwiczyć, co może wydawać się też komiczne, bo na przykład ja, no tak średnio to robię, bo nawet [...] no nie mam czasu, jak mam czas to już nie mam ochoty, bo jestem zmęczony (MM_1_21). Czasami staram się (poruszać się – przyp. aut.). Nie ma czasami po prostu czasu [...], czyli jakby z braku czasu, można powiedzieć, że zaniedbuję swoje obowiązki, które sam sobie narzuciłem, ale staram się jakieś tam ćwiczenia podstawowe wykonywać. Czasami po prostu w domu sobie ćwiczę, jeżeli mi się przypomni i nie zapomnę (MM_4_24). Pewno to wszystkiego jest po trochę, na pewno łakomstwo i brak ruchu. Bo zależnie, gdy pracowałem, to ten brak ruchu, bo praca siedząca (MST_11_71).

W przypadku jednego respondenta brak czasu na uprawianie sportu wynikał z innej jeszcze „zewnętrznej" przyczyny, jaką było zaangażowanie się w nową rolę rodzicielską, która wymaga większej obecności ojca w domu: „Trochę z braku czasu zaprzestałem większej aktywności fizycznej, tak jak było kiedyś. Ze względu na to, że pojawiło się dziecko i więcej czasu spędzam w domu. Pewnie bym więcej ćwiczył, wygląd ciała by się poprawił" (MM_12_32).

Uwzględniając wiek respondentów w analizie wypowiedzi kobiet i mężczyzn, daje się zauważyć, że osoby młode, w średnim wieku i stare różnią się w swoich deklaracjach działań podejmowanych ze szkodą dla wyglądu zewnętrznego. W pierwszej kolejności omówione zostaną różnice w wypowiedziach względem przedmiotu postawy w zbiorowości kobiet, a następnie w zbiorowości mężczyzn w trzech wyodrębnionych kategoriach wiekowych.

Analizując wypowiedzi respondentek udzielonych na omawiane pytanie, od razu można dostrzec, iż reprezentantki najmłodszej kategorii wiekowej oceniły swoją postawę wobec wyglądu najbardziej krytycznie. W tej grupie badanych wszystkie uczestniczki zadeklarowały, że podejmują działania szkodliwe dla aparycji i wymieniały ich zdecydowanie najwięcej. W odróżnieniu od nich kobiety w wieku średnim i stare miały większą trudność ze sformułowaniem ewentualnych zarzutów do własnego zachowania względem wyglądu zewnętrznego. Niektóre ze starszych badanych uznały bowiem, że nie zdarza im się robić niczego, co mogłoby negatywnie odbić się na ich powierzchowności, a wiele kobiet z tej grupy wiekowej podało jedną, maksymalnie dwie niekorzystne w tym ujęciu czynności i to po chwilowym zastanowieniu.

Młode kobiety, rozważając działania podejmowane przez siebie na niekorzyść wyglądu, jako jedyne wskazały na własną nerwowość i uleganie

sytuacjom stresowym, co negatywnie odbija się na ich wizerunku, wpływając również na procesy starzenia się skóry: „Przejmuję się niektórymi rzeczami, jestem nadal osobą nerwową i chyba już mi zmarszczki z tego powodu wychodzą" (KM_8_29); „Działania, jakie szkodzą mojemu wyglądowi to, to przede wszystkim dużo pracy, stresów, niewysypianie się i objadanie słodyczami, a w stresie objadanie się czym popadnie" (KM_13_34). Fakt, iż wyłącznie część młodych respondentek odwołała się do stresu jako czynnika szkodzącego wyglądowi, być może wynika z tego, że współcześnie w mediach więcej mówi się o negatywnych jego skutkach, stąd i większa świadomość uczestniczek z tej grupy wiekowej.

Ponadto pojawiły się również głosy świadczące o zmianie stosunku młodych kobiet do ich wyglądu. W badaniu wzięły udział i takie respondentki, które otwarcie i bez wyrzutów sumienia przyznały się do niskiej aktywności na rzecz dbania o własny wygląd, szczególnie w zakresie pielęgnacji skóry twarzy i ciała:

> Mnie często brakuje czasu, bo mi go np. szkoda na te wszystkie zabiegi [...], bardzo często zapominam się smarować (twarz kremem – przyp. aut.), albo jestem po kąpieli zmęczona i mi się nie chce (KM_2_24). O ciało nie dbam w ogóle, nienawidzę balsamów, brzydzę się nimi i ogólnie wszystko się do mnie przykleja, więc o ciało prawie że w ogóle nie (dbam – przyp. aut.) (KM_6_28).

S.L. Bartky, odwołując się do rozważań Foucault na temat „praktyk dyscyplinarnych", jakim poddawane jest ciało kobiet i mężczyzn, wpływając na ich postawy względem tego zasobu (Foucault 1998), analizowała katalog działań podejmowanych przez kobiety, które ich podatnym ciałom nadają płeć kulturową. Zdaniem amerykańskiej badaczki kulturowe wymogi dotyczące kobiet i kobiecego ciała i związane z nimi praktyki dobitnie pokazują, jak ciało to podlega kontroli społecznej i jest zarządzane przez surowy reżim kobiecości. Bartky wyróżnia trzy kategorie praktyk dyscyplinarnych, których celem jest: 1) wyprodukowanie ciała o określonym rozmiarze i kształcie, 2) wyrobienie specyficznych gestów, postaw i sposobów poruszania się, 3) przedstawienie ciała jako ozdobnej powierzchni (Bartky 2007). Mając na uwadze zarówno wyżej wymienione kategorie praktyk, jak i deklaracje respondentek o niepodejmowaniu działań pielęgnacyjnych oraz wcześniej przytoczone liczne wypowiedzi młodych respondentek karcących siebie za niewłaściwą dietę i brak aktywności fizycznej (sprzyjającym tyciu), można pokusić się o refleksję, że być może młode kobiety przestają godzić się na tę formę społecznego podporządkowania w kulturze patriarchalnej. Część z nich zaprzestaje realizacji owych praktyk dyscyplinarnych stanowiących element procesu, w ramach jakiego z ciała kobiety konstruowane jest „idealne ciało

kobiece", w które „został już wpisany podrzędny status" (Bartky 2007: 60) i odrzucając określony styl ciała, być może niebezpośrednio i nieświadomie kwestionuje normatywny porządek społeczny z nim asocjowany, deprecjonujący płeć żeńską.

Z drugiej jednak strony wciąż znacząca ilość kobiet młodych oraz tych w średnim wieku zdaje się być podporządkowana patriarchalnemu modelowi swojej płci i w sferze deklaratywnej obnaża chęć i powinność dążenia do ideału piękna. Zdaniem S. Nowaka, „kiedy komponent afektywny jest związany z komponentem behawioralnym postawy, znajduje to wyraz werbalny w postaci takich terminów normatywnych jak »należy«, »powinienem« lub terminów wolnych od normatywnego znaczenia jak »chcę«, »zamierzam« itp." (Nowak 1973: 33–34). W przypadku wypowiedzi respondentek wywiadów swobodnych na temat ich ciała i działań niekorzystnie na nie wpływających, zdecydowanie częściej pojawiały się deklaracje pierwszego typu, jako że ciało – przede wszystkim kobiece – jest efektem i miejscem oddziaływania surowych norm społecznych. Uczestniczki badania z grupy młodych i w średnim wieku mówiły bowiem:

> *Powinnam* chyba uważać na to, co jem. Tak przeczytałam w gazecie (KM_1_21). Nie zawsze się zdrowo odżywiam, tak jak *powinnam*, bo to też jest różnie i z jakością tego jedzenia i z częstotliwością i ze wszystkim (KM_4_27). Nie *powinnam* jeść, bo za gruba jestem, a jem (KSR_15_62). Mało fizycznie się ruszam, brak tego ruchu i mam tego świadomość i tego nie robię, a *powinnam* bardziej (KSR_2_41). *Powinnam* mieć więcej ruchu (KSR_5_47).

Niemniej wypowiedzi dotyczące ewentualnie podejmowanych działań – w tym przypadku powstrzymywania się od określonego działania – sformułowane nakazowo jako powinności, również mogą świadczyć o niepoddawaniu się praktykom dyscyplinarnym przez kobiety młode i w średnim wieku. Ich deklaracje „niewypełniania obowiązku" względem własnego ciała mogą bowiem świadczyć nie tylko o znajomości korzyści płynących z wykonywania pewnych czynności, ale i o wewnętrznej odmowie realizacji tego kulturowego wzorca zachowań, choć odmowa ta niesie ze sobą koszt emocjonalny.

Respondentki wywiadów swobodnych reprezentujących wszystkie przedziały wiekowe przyznawały również, że niedobór snu może niekorzystnie oddziaływać na wygląd zewnętrzny. Co wydaje się jednak interesujące, jedynie kobiety w średnim wieku i stare wspominały o negatywnym wpływie niedostatecznej ilości snu wynikającej z przemęczenia, przepracowania:

> Powinnam więcej wypoczywać, więcej spać, mniej ślęczeć nad książkami i w pomieszczeniach, więcej być na zewnątrz (KSR_5_47). Brak snu

> zdecydowanie i długa praca. Jeżeli mam dużo pracy, to jestem zmęczona. To właśnie to zmęczenie. No wynika to też z wieku, bo to kiedyś mogłam pracować 10 godzin i nie odczuwałam tego, a teraz jednak widać po mnie, że pracowałam i buzię mam szarą (KST_7_70).

Druga z cytowanych wyżej uczestniczek badania dostrzega również zależność między wyglądem a metryką, która przejawia się w wolniejszej regeneracji organizmu i skóry twarzy po wielogodzinnej pracy i nieprzespanej nocy. Wydaje się, iż podstawowym czynnikiem różnicującym odpowiedzi dotyczące niedoboru snu w zbiorowości kobiet jest prowadzony styl życia, związany również z niższą bądź wyższą aktywnością zawodową na określonym etapie życia. W przypadku młodych respondentek niewysypianie się wynika najczęściej z bardziej elastycznego trybu życia, który z racji braku zobowiązań rodzinnych pozwala na większą swobodę, w tym nocne rozrywki. Kobiety w średnim wieku i stare deklarowały intensywniejsze zaangażowanie zawodowe i konieczność godzenia kilku ról społecznych. Jedna kobieta w średnim wieku, opisując swoje złe praktyki żywieniowe, odwołała się do roli społecznej matki, opiekunki, która to wymaga na niej podporządkowanie się kaprysom smakowym dzieci i nie pozwala na zachowanie zdrowej diety: „Czasami jakieś frytki głupie, bez sensu zjem. Jakiś tam McDonald, bo dzieci jedzą, to ja też (KSR_3_42)".

Z kolei najstarsze uczestniczki badania, na tle młodszych grup badanych, wyróżniły się wyraźnie niższym zainteresowaniem własnym wyglądem zewnętrznym, o czym świadczą wypowiedzi o niepodejmowaniu działań niekorzystnych dla powierzchowności oraz ich skromniejszy katalog w przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej. Stare kobiety jako jedyne odwoływały się do sposobu ubierania się jako rodzaju zachowania negatywnie wpływającego na ich atrakcyjność. Wskazywały jednak na kwestie związane z dyskomfortem noszenia określonej odzieży (butów) oraz niedostosowanie ubioru do warunków pogodowych, a nie np. do sylwetki, typu urody czy trendów modowych:

> Czasami po prostu, jak się robi bardzo zimno, a ja mam takie rękawiczki, że mi bardzo ręce zmarzną, to myślę, że mogłabym mieć cieplejsze rękawiczki [...]. Może nieraz założenie szpilek nie wpływa dobrze (KST_6_69). Czasami mam stopy zmęczone i muszę założyć nie te buty, które chciałabym założyć na przykład i wtedy no nie mam tego komfortu (KST_4_66).

Nacisk na względy praktyczne – pozornie na względy estetyczne – określonych elementów garderoby świadczy o instrumentalnym stosunku do odzieży obserwowanym w grupie starych respondentek, które najdłużej i najskuteczniej podlegały patriarchalnej socjalizacji, promującej uprzedmiotowienie kobiet. W pewnych sytuacjach wymaga się

bowiem od kobiet określonego typu stroju, jak noszenie butów na obcasie, zgodnego z kanonem kobiecej mody, do jakiego najstarsze uczestniczki wywiadów starają się dostosować.

Analizując wypowiedzi mężczyzn należących do trzech kategorii wiekowych na temat podejmowanych przez nich działań szkodzących wyglądowi zewnętrznemu, również można dostrzec wiele różnic w ich stosunku do przedmiotu postawy.

Młodzi mężczyźni, podobnie jak młode kobiety, wyróżnili się najbardziej krytyczną oceną własnych zachowań, mających negatywny wpływ na atrakcyjność. Podawali przy tym inne przykłady czynności ujemnie odbijających się na ich powierzchowności. Tylko w tej grupie wiekowej badani zwrócili uwagę na szpecący nawyk obgryzania paznokci, m.in.: „Obgryzam paznokcie [...]. Dużo ludzi mi to mówi, że nie należy tego robić, to brzydko wygląda i biorę to trochę do serca i walczę ze sobą" (MM_4_24). Co wydaje się interesujące, młodzi wskazywali na tę manierę nie tyle z samokrytyki płynącej z wewnątrz, ile z racji jej powszechnego piętnowania przez osoby z otoczenia.

Ponadto również w grupie młodych mężczyzn – analogicznie jak to miało miejsce w grupie kobiet z tej kategorii wiekowej – wyjątkowo często wymieniano nieprawidłowe odżywianie się jako działanie szkodliwe dla wyglądu, podkreślając nadmierne spożycie słodyczy: „Jem bardzo dużo słodyczy, co jest niekorzystne dla wyglądu, jak i dla zdrowia (MM_12_32)"; „Tak, tak, uwielbiam słodycze i wcinam je na potęgę (MM_15_37)". Można wnioskować ogólniej, iż najbardziej krytycznie do własnej diety odnosili się ludzie młodzi. W tej grupie wiekowej zdecydowanie najczęściej wymieniano zachowania żywieniowe zazwyczaj piętnowane przez dietetyków, co wpisuje się w szerszy trend obserwowany w społeczeństwie polskim. Zgodnie z badaniem CBOS negatywne oceny własnego sposobu odżywiania się są nieco częstsze wśród młodszych ankietowanych, w tym uczniów i studentów, niż wśród starszych (mających 55 lat i więcej). Co więcej, między posiłkami po słodkie przegryzki stosunkowo częściej sięgają ludzie młodzi niż respondenci ze starszych grup wiekowych (CBOS 2014).

Ponieważ najwięcej mężczyzn z grupy młodych wspomniało o złych praktykach żywieniowych i niskiej aktywności ruchowej w kontekście własnego ciała, można pokusić się o stwierdzenie, że perspektywa najmłodszego pokolenia respondentów w odniesieniu do własnego wyglądu ulega zmianie i oddala się od koncepcji patriarchalnej. Większość badanych z najmłodszej kategorii wiekowej w swoich odpowiedziach ujawniło wysokie poczucie własnej cielesności i zadeklarowało powinność utrzymania sylwetki o określonym kształcie. Jak zauważa Zbyszko Melosik, współczesna reklama coraz częściej jest adresowana do mężczyzn,

przedstawiając ich wizerunki jako obiekty seksualnego pożądania, uprzedmiotawiając niejako również męskie ciało, co dotychczas dotyczyło wyłącznie kobiet. W społeczeństwie konsumpcyjnym jednostki są oceniane przez pryzmat swojej prezencji, przez co mężczyźni coraz częściej zaczynają zwracać uwagę na swoje ciało i stosować te same techniki upiększania co kobiety (Melosik 2002).

Choć młodość jako etap w życiu człowieka charakteryzuje się dużą swobodą działań, czasem wolnym na zainteresowania i rozrywki oraz „imprezowym" stylem życia w ogóle, to respondenci w średnim wieku oraz z grupy najstarszych częściej przyznawali się do spożywania alkoholu i palenia papierosów, wymieniając podejmowane przez siebie działania niekorzystne dla wyglądu, aniżeli ci z najmłodszej grupy badanych (wyłącznie jeden młody respondent przyznał się do korzystania z używek). Trudno wnioskować na temat młodych mężczyzn i hipotetyzować, czy jako młodsza generacja, prowadząc aktywne życie towarzyskie przy dobrym zdrowiu i młodzieńczym wyglądzie, nie dostrzegają podobnej zależności. Niemniej jednak, zgodnie z patriarchalną koncepcją męskości, z pewnością silniej oddziałującą na pokolenia starsze, wypowiedzi badanych w średnim wieku i starych obnażały ich niskie poczucie winy w tym względzie i (mimo świadomości pewnych negatywnych zależności) wyraźnie swobodny stosunek do danego nawyku, którego skutki nieświadomie minimalizowali: „Palę. I tylko to" (MSR_8_53); „Podobno picie alkoholu nie jest korzystne dla wyglądu, ale to ma tyle samo przeciwników, co i zwolenników" (MSR_1_38); „No co, działania, działania? Człowiek niby, wszystkie działania mogą być niekorzystne, tylko człowiek nie ma tego świadomości, nie? Pić alkohol też jest niekorzystne, nie?" (MST_6_66). Wyłącznie jeden respondent, spośród starych, wyraźnie potępił siebie za palenie papierosów, lecz wydaje się, że jego krytycyzm wynika z problemów zdrowotnych związanych z nałogiem, a nie z troski o wygląd: „Tylko najgorsze, że palę papierochy. To jest najgorsze [...]. Rano się kaszle itd. na zdrowie, po zawale tym bardziej" (MST_1_63).

Pojedyncze wypowiedzi w zbiorowości badanej mężczyzn dotyczyły również nadmiaru pracy i zmęczenia wynikającego z przepracowania, które zmniejszają atrakcyjność fizyczną. W tym tonie wypowiadali się jednak wyłącznie respondenci młodzi i w średnim wieku: „Czasami za dużo pracuję, No jak mam zarwany cały tydzień, to wyglądam jak zdjęty z krzyża (MM_5_26)"; „Za dużo pracuję, ale muszę [...]. Raczej nie podejmuję takich działań poza nadmierną pracą" (MSR_10_56). Żaden ze starych uczestników badania nie wskazał na taką zależność.

W odpowiedziach najstarszych respondentów pojawiły się z kolei pojedyncze argumenty dotyczące oszczędnej pielęgnacji ciała – w jednym przypadku wynikającej z ograniczonych potrzeb badanego: „Nie, no

chyba nie [robię nic niekorzystnego dla wyglądu – przyp. aut.]. No, może córka mówi czasami, że mógłbym też jakichś kremów na twarz stosować. Ale woda, balsam po goleniu mi wystarczą. Jakoś mi te kremy nie pasują" (MST_8_70), na co zwraca uwagę kobieta z rodziny, powielając patriarchalny model męskości i relacji płci, zgodnie z którym mężczyzna ma mniejszą wiedzę na temat zabiegów upiększających i niższe poczucie obowiązku dbania o wygląd, podczas gdy kobieta – spokrewniona z nim, najbliżej związana – troszczy się o ten jego zasób za niego. W drugim przypadku było to działanie celowe, choć negatywne w skutkach, wynikające z braku obowiązkowości czy regularności w podejmowaniu działań pielęgnacyjnych: „No nie wiem, może tak jak nie jestem ze dwa, trzy dni ogolony. No bo, bo trzeba czasem dać i skórze odpocząć, no to wtedy może tak. Albo włosy już za długie. Bo trzeba je po prostu, częściej bywać tam u fryzjera z tym, z tą głową" (MST_9_70).

Rozważając wypowiedzi uczestników wywiadów swobodnych w podziale na kategorie wiekowe bez uwzględnienia zmiennej płci, daje się zaobserwować kilka ogólnych różnic ich stosunku wobec przedmiotu postawy. Najbardziej wyraźnie zaznaczają się – wspomniane już wcześniej – dysproporcje w krytycznej ocenie własnych zachowań mających negatywny wpływ na wygląd zewnętrzny. Najsurowiej oceniali siebie ludzie młodzi, niezależnie od płci, najłagodniej zaś osoby należące do grupy starych, które z najmniejszą swobodą wymieniały ewentualne działania negatywnie wpływające na ich atrakcyjność.

Młodzi zdecydowanie najczęściej ganili siebie za niewłaściwą dietę i nadmierną konsumpcję słodyczy, a w dalszej kolejności za brak ruchu. Choć niską aktywność fizyczną deklarowali reprezentanci każdej z grup wiekowych, oczywiste jest, iż wszelkiego rodzaju ruch wiąże się wiekiem i wydolnością organizmu, przez co sport jest domeną ludzi młodych (CBOS 2009a). Stąd i obydwa działania relatywnie często pojawiają się w wypowiedziach respondentów w wieku średnim, ale już marginalnie w grupie najstarszych badanych. Młodzi wydają się najbardziej skupieni na posiadaniu sylwetki o określonym kształcie – choć nie zawsze przekłada się to na regularną realizację praktyk dyscyplinarnych temu służących. Wydaje się, iż w tym przypadku różnice w postawach badanych reprezentujących różne przedziały wiekowe mogą wynikać zarówno z kulturowych koncepcji wieku: młodości, wieku średniego i starości, związanych ściśle z wizerunkiem ciała w określonym wieku biologicznym, jak i z różnic pokoleniowych wynikających z procesu socjalizacji w innych warunkach społeczno-kulturowych. Młodzi ludzie dorastali w świecie, w którym w mediach eksponowano kult ciała i młodości w szczególny sposób, przez co mają większą świadomość istoty tego zasobu dla funkcjonowania społecznego i odczuwają silniejszy imperatyw dbania o niego, szczególnie

w kontekście otyłości. Mimo iż badani nieczęsto mówią wprost o powodach zatroskania niezdrową dietą oraz brakiem ruchu, można śmiało założyć, iż wymieniając te praktyki na szkodę własnego wyglądu zewnętrznego, mają na myśli groźbę przybrania na wadze i własną niechęć wobec tęgiej sylwetki. Kulturowy gorset szczupłego ciała, choć ciaśniej oplata kobiety, dotyczy również sylwetki męskiej, współcześnie bowiem coraz częściej stygmatyzuje społecznie przedstawicieli obu płci (Owen 2015).

Niewiele podobieństw znaleźć można wśród badanych należących do osób w wieku średnim. W tej grupie wiekowej – tak kobiety, jak mężczyźni – opisując podejmowane przez siebie działania o negatywnym wpływie na atrakcyjność własną, często odwoływali się do nadmiernego obciążenia pracą i ogólnego przemęczenia. Taki rozkład odpowiedzi wynika najprawdopodobniej z faktu, iż osoby w tym wieku znajdują się na szczytowym etapie swojej kariery zawodowej i muszą nierzadko pogodzić odmienne role społeczne w sferze publicznej i prywatnej – obowiązki zawodowe i role rodzicielskie. Być może również z tego względu w pojedynczych wypowiedziach reprezentantów wieku średniego pojawiły się refleksje dotyczące trudnych sytuacji życiowych i napięcia uniemożliwiającego zdrowy sen:

> No w nocy nie śpię i wtedy wstaję z worami. Zdarza mi się, że są takie momenty, kiedy mało śpię i jak to jest dłużej, no to wtedy niekorzystnie wyglądam, jak trup (KSR_8_53). Generalnie braki snu zawsze się odbijają na tym, jak się wygląda. Czasami mówią o mnie, że wyglądam jakoś tak szaro, więc myślę, że to też jest skutek niedospania, a czasem też jest takiej sytuacji, w jakiej stawia życie, stresowych, ekstremalnych i tego typu historii (MSR_1_38).

Na podstawie wypowiedzi badanych można wychwycić tendencję, iż z wiekiem maleje znaczenie wyglądu zewnętrznego jako elementu kapitału społecznego człowieka, jak również spada krytycyzm względem działań własnych podejmowanych na niekorzyść utrzymania tego zasobu. Starzy respondenci wykazali bowiem najmniej surowy stosunek do przedmiotu postawy. Część z badanych w tej kategorii wiekowej stwierdziła, że nie zdarza im się robić niczego, co może źle wpływać na wygląd zewnętrzny. Pozostali, którzy wymienili działania o negatywnym skutku dla wyglądu, podali mniej przykładów w porównaniu do badanych z młodszych grup wiekowych. Wyłącznie osoby stare odwoływały się do doboru niestosownego ubioru jako działania niekorzystnego. O ile jednak stare kobiety ujawniały podporządkowanie patriarchalnym rygorom kobiecego stroju, wymagającym m.in. noszenia obuwia na obcasie, o tyle jeden ze starych mężczyzn zwrócił uwagę na niewłaściwy dobór dodatków: „No na pewno, jak nieodpowiedni ubiór, a szczególnie, może nie tak ogólnie, tylko dodatki" (MST_13_77). Ten sam badany

wnioskował ponadto, iż niestosowne zachowanie może obniżać atrakcyjność człowieka w oczach innych ludzi: „No negatywny wpływ to jest właśnie nieodpowiednie zachowanie. Będzie palił papierosa, rzuci i ktoś to zauważy na pewno i sobie pomyśli o nim nie najlepiej, prawda, źle świadczy już od razu" (MST_13_77). Z kolei jedna stara kobieta powiązała nie tyle własne postępowanie, co cechującą ją i trudną do opanowania skłonność do płaczu jako czynność o negatywnym skutku dla urody: „No, niestety mam oczy na mokrym miejscu. Jestem typem płaczki i zdecydowanie szkodzi mojemu wyglądowi, bo mam oczy czerwone jak królik" (KST_5_67). Powyższe wypowiedzi świadczą przede wszystkim o niższej refleksyjności ludzi starszych w kwestii ich wyglądu, który nie jest postrzegany *stricte* jako cielesność, o jaką należy w sposób szczególny się troszczyć. Ewentualne działania szkodzące wizerunkowi człowieka nie dotyczą bowiem praktyk dyscyplinujących sylwetkę i zabiegów pielęgnacyjnych w takiej intensywności, jak to przejawia się w wypowiedziach respondentów z grupy młodych i w wieku średnim. Ludzie młodzi skupiają się na wybranych elementach wyglądu zewnętrznego człowieka, przede wszystkim na ciele, które stanowi atrybut urody zarówno młodej kobiety, jak i młodego mężczyzny. Starzy ludzie postrzegają atrakcyjność człowieka w szerszej perspektywie, zwracając uwagę np. na ubiór, zachowanie czy własne cechy osobowe, a deklarowane przez nich działania na niekorzyść aparycji wydają się być częściej skorelowane z dolegliwościami i fizycznym dyskomfortem (u starych kobiet zmęczenie nóg w butach na obcasie, zmarznięte dłonie bez rękawiczek), i szerzej ze zdrowiem aniżeli z wyglądem, o czym świadczą wypowiedzi o: „niezdrowym odżywianiu się", „niezdrowym biernym paleniu" czy paleniu czynnym źle wpływającym „na zdrowie" szczególnie „po zawale".

Podsumowując analizę wypowiedzi kobiet i mężczyzn reprezentujących trzy kategorie wiekowe: młodości, wieku średniego i starości na temat podejmowanych przez siebie działań, które negatywnie wpływają na wygląd zewnętrzny, można wnioskować, iż kobiety są bardziej świadome znaczenia wyglądu jako zasobu jednostki, a tym samym bardziej refleksyjne i krytyczne, jeśli chodzi o swoje zachowania względem tego zasobu. Liczne i różnorodne czynności o skutkach niekorzystnych dla ciała i prezencji człowieka, do jakich wykonywania przyznawały się kobiety – wobec mniej zróżnicowanych odpowiedzi mężczyzn na ten temat – świadczą przede wszystkim o większej aktywności kobiet względem przedmiotu postawy. Mężczyźni prezentują mniejsze zainteresowanie troską o własny wygląd, który nie jest podstawą definicyjną ich wzorca płci. W przekroju kategorii wiekowych okazuje się jednak, że płeć słabo różnicuje postawy ludzi młodych i nieznacznie wpływa na postawy osób w starszym wieku. Młode respondentki i respondenci w swoich

wypowiedziach jawią się jako androgyniczni, gdyż zarówno kobiety, jak i mężczyźni z najmłodszej grupy badanych mają wysoką świadomość negatywnych skutków realizowanych bądź nierealizowanych przez siebie praktyk dyscyplinujących ciało i tym samym prezentują aktywne postawy wobec wyglądu. Kobiety i mężczyźni w średnim wieku i starzy, wymieniając skromniejszy katalog działań niekorzystnych dla wyglądu, ujawniają bardziej pasywny stosunek do przedmiotu postawy. Należy jednak zauważyć, że realizując patriarchalne wzorce kobiecości i męskości, kobiety z dwóch starszych kategorii wiekowych wykazały większą refleksyjność w tym zakresie aniżeli ich rówieśnicy.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.05

Rozdział 4
Kulturowa geneza postawy wobec własnego wyglądu w świadomości kobiet i mężczyzn w różnym wieku
(Ewa Malinowska)

Pozostając w zgodzie z założeniem wstępnym przyjętym w koncepcji badań stanowiących empiryczną podstawę niniejszej książki, które głosi uniwersalne, powszechne i fundamentalnie ważne funkcjonowanie płci jako zmiennej różnicującej i stratyfikującej (Mauss 1969 [1932]) oraz podkreślając płciowe zróżnicowanie procesu socjalizacji (por. Bourdieu 2004: 96) przyjęto, że również analizowane tutaj postawy wobec wyglądu kształtowały się pod wpływem kulturowych koncepcji kobiecości i męskości.

Celem analizy było udzielenie odpowiedzi na następujące pytania: Jak genderowe uwarunkowania analizowanych postaw funkcjonują w świadomości badanych: 1) czy i w jaki sposób kobiety i mężczyźni, wyjaśniając genezę swych postaw, odwołują się do patriarchalnego modelu relacji władzy; 2) do których elementów kulturowych koncepcji płci odwoływały się kobiety, a do których mężczyźni wyjaśniając genezę badanych postaw; 3) czy i w jaki sposób wiek różnicuje świadomość badanych kobiet i badanych mężczyzn o genderowym uwarunkowaniu ich postaw wobec własnego wyglądu i zdrowia?

Przedmiotem analizy były wypowiedzi udzielone w 90 wywiadach swobodnych, w tym – w 46 przeprowadzonych z kobietami i w 44 z mężczyznami (wszyscy spełniali również pozostałe kryteria doboru do próby omówione w pierwszej części książki (podrozdz. 1.2). W celu analizy wyjaśnień udzielanych przez respondentów odnośnie do ich stosunku do wyglądu i zdrowia proponujemy wykorzystanie kategorii analizy wynikających z przyjętej koncepcji teoretycznej, tj. patriarchalnego modelu stosunków władzy między kobietami i mężczyznami (męska dominacja i kobiece podporządkowanie) oraz kulturowych koncepcji kobiecości i męskości (zawierających płciowo różnicowany repertuar ról społecznych, pożądane cechy osobowości i wyglądu kobiety i mężczyzny).

4.1. Geneza postawy wobec swego wyglądu w świadomości kobiet w różnym wieku

Analiza wypowiedzi najstarszych kobiet na temat genezy ich postaw wobec własnego wyglądu ukazała, że odwoływały się zarówno do patriarchalnego modelu relacji władzy między kobietami i mężczyznami, jak i do niektórych czynników pochodzących z kulturowego modelu kobiecości, oczywiście na ogół nie określając ich w ten sposób.

Przede wszystkim najstarsze uczestniczki wywiadów podkreślały socjalizacyjną rolę matki jako wpajającej córce zasadę i obowiązek dbania o wygląd oraz uczącej o szczególnym znaczeniu dobrego wyglądu w przypadku kobiety: „Mama również przywiązywała dużą wagę do swojego wyglądu [...]. Poza tym wpajała mi, że jest bardzo ważne, żeby kobieta była zadbana" (KST_5_67). Dla większości (ale nie wszystkich) najstarszych respondentek matka była ponadto głównym i naśladowanym wzorem, jeśli chodzi o sposób dbania o wygląd i styl ubierania się: „To się wzięło z domu, dlatego że moja mama zawsze o siebie dbała, zawsze była pięknie uczesana, zawsze dbała o siebie" (KST_2_64); „No tak, mama miała też bardzo dobry gust, bardzo ładnie się ubierała [...]" (KST_9_71). Generalnie starsze kobiety kształtowały swoje postawy wobec wyglądu, czerpiąc inspirację przede wszystkim z przykładów dostępnych bezpośredniej obserwacji. Oprócz analizowania stylu własnej matki przyglądały się także kobietom z najbliższego otoczenia społecznego, tj. z rodziny, szkoły, sąsiedztwa, a już jako dorosłe – ze swojego środowiska pracy: „Były koleżanki takie modnisie, które było na więcej stać. Przyglądałam się i potem brałam to pod uwagę przy zakupie, czy do uszycia" (KST_16_89). Tylko niektóre respondentki przyznały, iż wzory kobiecego wyglądu czerpały również z przekazów kulturowych: „Skądś się to wzięło, pewno z książek, z filmów, które kochałam i oglądałam, z teatru" (KST_8_70).

Jest jednak charakterystyczne, że w wypowiedziach kobiet z tej kategorii wieku (zupełnie inaczej ta kwestia będzie wyglądała w przypadku najmłodszych uczestniczek badania) wpływ mediów lub profesjonalnych pokazów mody był wymieniany rzadko i przypominano sobie o nim pod koniec tej części wywiadu. Wydaje się, że w przypadku najstarszych respondentek to ostatnie źródło inspiracji nabierało znaczenia w miarę jak relacje z pokazów mody można było częściej oglądać w telewizji lub w czasopismach. Oznacza to, że postawy tego pokolenia respondentek wobec swego wyglądu na ogół były już ukształtowane we wcześniejszych fazach życia.

Za interesującą z punktu widzenia naszych poszukiwań należy uznać wypowiedź kobiety, która jako osobę znaczącą w procesie wyrabiania swej

postawy wobec wyglądu wskazała ojca: „Mój tata bardzo dobry miał gust, bardzo dobrze się ubierał. Świetnym był kolorystą, mama może mniej, zawsze był atrakcyjny, wykąpany, pachnący i człowiek jak w takim klimacie jest, to już tak jakoś chłonie i to już się ma jak swoje" (KST_4_66). W tym przypadku zatem to mężczyzna był źródłem normy nakazującej permanentne dbanie o dobry wygląd oraz wyznacznikiem standardów estetycznych; wyrocznią w tych sprawach nie była natomiast matka, gdyż jej gust był przedmiotem krytyki ze strony naszej rozmówczyni. W związku z tym przypadkiem nasuwa się pytanie, czy jest on tylko nietypowym przykładem szczególnej wrażliwości plastycznej dziewczynki/kobiety, zbieżnej w dodatku z estetyką ojca? Czy może był to przejaw męskiej dominacji, przejawiającej się w panowaniu także w dziedzinie, która zgodnie z kulturowymi koncepcjami płci jest domeną kobiet? Pełniejsza wiedza na temat funkcjonowania tej rodziny, *de facto* zdominowanej przez matkę, pozwala sformułować jeszcze inną hipotezę: postawa córki mogła być przejawem jej nieświadomego dążenia do wzmocnienia słabej w tej rodzinie społecznej pozycji ojca.

Niektóre z najstarszych uczestniczek badań dostrzegły ponadto podleganie władzy mężczyzn – partnerów życiowych dyktujących im autorytarnie swoje oczekiwania dotyczące zachowań związanych z dbaniem o wygląd. Jedna z badanych opisała na przykład, jak mąż wymagał od niej posłuszeństwa w kwestii stosowania przez nią makijażu: „Wie pani co, (mąż – przyp. aut.) miał (wpływ na mój wygląd – przyp. aut.) i to bardzo duży. Bo na przykład on nie znosił jak się kobieta malowała, był tak wychowany w domu [...]. Natomiast, wie pani, zawsze były awantury o to, żebym ja się nie malowała do pracy, wyrzucał mi różne rzeczy" (KST_3_65). Uświadomiony, silny, ale i akceptowany przez kobietę wpływ mężczyzny na jej stosunek do własnego wyglądu można było odnaleźć również w wypowiedzi opisującej zmianę postawy respondentki po owdowieniu: „Może, wiesz, gdybym była z kimś związana, bo kiedyś bardziej dbałam o siebie, tzn. czyniłam więcej, żeby być ciekawszą wizualnie osobą, to wtedy kiedy jeszcze żył Andrzej. Natomiast potem jakoś przestało mi na tym zależeć i tak zostało po prostu" (KST_7_70).

Tak więc kobiety współtworzące najstarszą wiekiem kategorię respondentek w analizowanej kwestii doświadczały męskiej dominacji na kilka sposobów: po pierwsze w postaci uzurpowania sobie przez mężczyznę prawa do narzucania kobiecie własnej koncepcji jej wizerunku (ubiór, makijaż, fryzura itp.) w zależności od tego, w jakiej roli społecznej jest przez niego aktualnie postrzegana i czy jest to rola odgrywana przed nim, w jego obecności czy też nie. Po drugie – uczyły się posłuszeństwa wobec męskich norm estetycznych i dążyły do spełnienia męskich wyobrażeń na temat wyglądu kobiety. Po trzecie – uzależnione emocjonalnie

odczuwały paraliżujący wpływ, nawet należącego do przeszłości, związku z mężczyzną na różne (emocjonalny i behawioralny) aspekty postawy wobec własnego wyglądu.

Kolejny, wyraźnie występujący w wypowiedziach kobiet po 63 roku życia, typ wyjaśnień genezy postawy wobec wyglądu ukazał brak świadomości na temat kulturowego charakteru i społecznego uwarunkowania procesu jej formowania:

> Mnie się wydaje, że [...] w moim przypadku jakoś samoistnie się to (dbanie o wygląd – przyp. aut.) urodziło. Zawsze mi było dobrze w tym, jak mi się coś podobało, dobrze wyglądałam, bardzo mi było dobrze, jak byłam wykąpana i jakieś tam perfumki (KST_4_66). Raczej to ja sama mam taki, a nie inny gust (KST _10_71). No w życiu mam wrodzone to (dbanie o wygląd – przyp. aut.) (KST_13_85).

Tak rozumiana „naturalizacja" kulturowych wpływów na postawę wobec wyglądu cechowała zaledwie jedną piątą zbiorowości starych kobiet, ale miała miejsce. Warto dodać, że wyjaśnienia genezy analizowanej postawy nie zawsze były spójne i rozłączne; zdarzało się też, iż jedna kobieta podawała więcej niż jedno uzasadnienie.

Kobiety w średnim wieku, podobnie jak było to w opisanym wyżej przypadku najstarszych uczestniczek badania, przede wszystkim uświadamiały sobie socjalizacyjny wpływ matek na kształtowanie ich postawy wobec wyglądu. Matki podejmowały bowiem patriarchalnie zdefiniowaną rolę kobiety jako osoby zajmującej się wyglądem dzieci (i męża) oraz spełniały funkcję wzoru kobiecości. Były wręcz podziwiane przez nasze rozmówczynie za zadbany, ładny i modny wizerunek, pomimo niejednokrotnie skromnych warunków materialnych, w jakich żyły, czy wykonywania fizycznie obciążającego zawodu i pracy na zmiany w „lekkim", z nazwy, łódzkim przemyśle tekstylnym. Respondentki podkreślały rolę matek w uczeniu dbałości o urodę i ubiór oraz chętne naśladowanie realizowanych przez nie wzorów: „Ja to wyniosłam po prostu z domu. Mama jest moja niesamowitą estetką, bardzo dbającą o szczegóły, wręcz pedantką. Pewne wartości zostały mi już zaszczepione i ja sobie inaczej, nie wyobrażam postrzegania siebie, jak właśnie w ten sposób [...]" (KSR_9_54). Podobnie wypowiadało się jeszcze wiele innych respondentek w średnim wieku: „Ja to wyssałam z mlekiem matki. Moja matka była tkaczką, pracowała na trzy zmiany, zawsze miała włosy uczesane, zawsze miała modną sukienkę" (KSR_14_61); „Myślę, że z domu. To jest na pewno wzór mamy" (KSR_7_4). Również matkom „zawdzięczają" swoją postawę wobec wyglądu te, spośród nielicznych respondentek w średnim wieku, które przyznawały, iż nie przywiązują doń zbyt wielkiej wagi: „No mama moja też była taka raczej skromna. Na wsi mieszkała.

Fartuch, chustka na głowie. Z domu raczej nie wychodziła, tzn. poza podwórko. Domatorka. Może to po niej takie, że tak powiem niewywyższanie się" (KSR_15_62).

W niektórych wypowiedziach podkreślano mobilizujący wpływ środowiska studenckiego, a następnie koleżanek z pracy: „Rywalizacja w pracy, no wiadomo, każda się stara jak najładniej wyglądać. Każda chce mieć nowy ciuch i się zaprezentować koleżankom. Więc ja też starałam się jakoś, jakoś też dopasować do otoczenia, żeby nie odstawać" (KSR_15_62). Niemal wszystkie wypowiedzi badanych świadczą o dużym znaczeniu, jakie kobiety w średnim wieku przywiązują do wyglądu. Jest to zgodne z utrwaloną przez wieki patriarchalną koncepcją kobiecości, w myśl której wygląd stanowi kluczowy zasób kapitału ludzkiego kobiety, a podobanie się innym (głównie mężczyznom) jest jej powinnością. Ta ostatnia kwestia znalazła zresztą odzwierciedlenie w wypowiedziach wskazujących szczególną rolę mężczyzn w kształtowaniu postaw kobiet wobec swego wyglądu.

Powracając do kulturowego modelu kobiecości i jego wpływu na badane postawy warto wspomnieć, że niektóre respondentki podkreślały wpływ wizerunku znanych kobiet oraz mediów, zwłaszcza prasy kolorowej, na kształtowanie swego stosunku do wyglądu i sposobu dbania o ubiór i ciało. W kilku przypadkach kobiety dały wyraz temu, że są świadome nie tylko usilnego lansowania przez media kolejnych modnych wizerunków kobiety, ale także utwierdzania kobiet w przekonaniu, że muszą sprostać pokazywanym tam standardom:

> Też i moda. Bo, zobacz, wszędzie, gdzie się nie obejrzysz, to są szczupłe laski, modelki, prezenterki [...]. No musisz dążyć to tego ideału, wręcz takie są wymagania. Ja staram się tę figurę utrzymać (KSR_4_45). Tak, na pewno to jest inspirujące, [...] takie gdzieś podglądanie jakichś celebrytek, osób, które fajnie wyglądają, są jeszcze w twoim wieku i to zawsze inspiruje, daje poczucie, że można, że to jest do zrobienia [...] (KSR_2_41). A jeszcze dzisiaj do tego wszystkiego dochodzi ten cały kult piękna, młodości itd., czyli te wszystkie okładki, które nas bombardują fotoszopem [...] (KSR_5_47).

Jedna z rozmówczyń podzieliła się ogólniejszą refleksją o tym, że w patriarchalnej kulturze obowiązek bycia piękną jest egzekwowany wyłącznie/głównie od kobiet: „[...] bo w ogóle kobiety, w tej patriarchalnej, w tym naszym sposobie wychowania, socjalizacji [...], przekazujemy to jakoś tak, że kobieta to właśnie ma być taka" (KSR_5_47).

Poszukując genezy swego stosunku do wyglądu, kobiety w średnim wieku uświadamiały sobie ponadto znaczącą rolę mężczyzn w tym procesie. Postrzegały ją różnie na kolejnych etapach swego życia i w zależności od kontekstów sytuacyjnych. Niektóre z tych wypowiedzi świadczą

o zinternalizowaniu przez rozmówczynie nie tylko patriarchalnej koncepcji kobiecości, ale także patriarchalnego wzoru relacji między płciami. Z okresu dzieciństwa niektóre respondentki zapamiętały na przykład rolę ojca lub dziadka jako na co dzień dbających o swój wygląd i zadbanych, co uczyło je systematycznego dbania o higienę (nie wspominały jednak o tym, by ojciec lub dziadek czynnie dbał o wygląd dzieci lub wnucząt). Jedna z ówczesnych dziewczynek do dziś pamięta na przykład typowo męski rytuał, jakim było codzienne golenie w wykonaniu ojca (a przed epoką elektrycznej maszynki golenie było widowiskowym zespołem skomplikowanych i nieco niebezpiecznych czynności). Inna respondentka zachowała z dzieciństwa, i to w dobrej pamięci, o czym świadczyły treść i ton jej wypowiedzi, szczególny wzór relacji między swoimi rodzicami – ojca, który aranżował ubiór matki, można wręcz powiedzieć, że dyktował jej pewien styl:

> [...], bo mój tata bardzo dbał o moją mamę, bardzo zwracał uwagę na stroje, w których ona chodziła, bardzo ją rozpieszczał, [...] kupował jej raz do roku albo na dwa lata piękny kupon milanowskiego jedwabiu, na Piotrkowskiej był sklep, była krawcowa, która mamie to szyła, bo nie każdy jedwab naturalny umie uszyć, mama zawsze miała tak elegancką, wyjściową sukienkę, która była niepowtarzalna, zwracał bardzo uwagę na mamy wygląd, był takim pedantem, estetą (KSR_13_61).

Nie mając informacji o stosunku matki respondentki do opisanych działań podejmowanych przez ojca, można wyrazić zaniepokojenie o podmiotowość tej kobiety w takim typie relacji. Jedna z tez radykalnego feminizmu przestrzega przed tego rodzaju „symboliczną przemocą". Mówi ona, że „kobieta nie może żyć w patriarchacie bez szkody dla siebie" (M. Daly, za: Tong 2002: 79). Zdaniem Mary Daly w tej kulturze kobieta kreowana jest według upodobań mężczyzny i przez niego. Zniewolona w ten sposób – traci siebie. Kobiety, które

> [...] pozwoliły by „Tatuś" wystroił je w różne ozdoby, by je »ukosmetycznił« i wyperfumował, ubrał w rusztowania pod krynoliny, włożył na nie salopy i gorsety [...] to są kobiety, w których „Tatuś" zniszczył prawdziwą, naturalną kobietę, tzn. tę, która nie zgadza się być tym, czym patriarchat chce, aby była, która za wszelką cenę chce być sobą, która ze swojego ciała i umysłu usuwa kolory, w jakie pomalował ją patriarchat (Tong 2002: 80).

By pozostać sobą, by samodzielnie kreować siebie, trzeba jednak być podmiotem, a nie istotą uprzedmiotowioną, co w modelu patriarchalnym jest niemożliwe w relacjach między mężczyznami i kobietami z definicji tego porządku (Z socjologicznego punktu widzenia jest interesujące, że ten wzór relacji między rodzicami z uznaniem opisywała respondentka

należąca do pokolenia wykształconych, aktywnych zawodowo i przynajmniej niecałkowicie zależnych od swych mężów, a więc potencjalnie upodmiotowionych kobiet).

Symboliczna, nieuświadamiana dominacja mężczyzn nad kobietami, zinternalizowana przez respondentki w średnim wieku, była ponadto widoczna w wypowiedziach tych spośród nich, które opowiadały o chęci podobania się swoim ojcom, o dążeniu do spełniania ojcowskich kryteriów atrakcyjnej kobiecości jako czynnikach generujących postawę wobec własnego wyglądu: „No może trochę tak, może to jednak wpłynęło na mnie. Na to, że zwracam uwagę na sylwetkę. Bo jeśli tata lubił szczupłe kobiety, czy też mówił, że kobieta szczupła jest ładna – no może nie tak bezpośrednio mówił, ale jednak jakby dawał do zrozumienia – to może to jednak [...] wpłynęło na mnie" (KSR_4_45).

Pojawiła się także pojedyncza wśród respondentek z tej kategorii wieku wypowiedź opisująca świadome wykorzystywanie swojego wyglądu jako środka służącego do zrealizowania określonych celów życiowych: „Tak na dobrą sprawę to malowałam się tak na 100%, jak męża nie miałam, a później jak już tego męża miałam, to jakby mi to było obojętne" (KSR_8_53). (O instrumentalnym posługiwaniu się wyglądem zdecydowanie śmielej mówią młode kobiety biorące udział w badaniu).

W średnim pokoleniu kobiet ujawniły się także emancypacyjne dążenia dotyczące poszukiwania własnej koncepcji na temat sposobu ubierania się i robienia makijażu. Przede wszystkim kilka respondentek opisało swoje wysiłki zmierzające do wyzwolenia się spod wpływu matek: „Mamusia mnie od dzieciństwa ubierała przepięknie, w te szyte przez siebie sukieneczki, później mnie też ubierała przez długi okres czasu, póki nie wyszłam i nie poszukałam swojego własnego gdzieś tam jakiegoś stylu" (KSR_11_60).

W tej grupie kobiet pojawiło się także przeświadczenie o braku społecznych wpływów na postawę wobec własnego wyglądu, choć podkreślano rolę gromadzonych doświadczeń: „Ja myślę, że to wyszło z czasem, gdzieś doświadczalnie, że czegoś doświadczasz i na podstawie tego buduje ci się. [...] nie, po prostu sama, nikt, nikt" (KSR_2_41).

W jednym przypadku zaprzeczono natomiast społecznej genezie postawy wobec wyglądu, choć zaznaczono, że dotyczy to własnego przypadku:

> To znaczy nikt mi nigdy nie powtarzał żebym wyglądała jakoś ani [...] gdzieś tam w toku socjalizacji nie byłam (uczona – przyp. aut.) tak, że mam być piękna czy nie być piękna, [...] (choć bywa – przyp. aut.), że mówi się dziewczynkom, że tak, masz być. Czyli nie, nie. Otoczenie w żaden sposób nie wpływało na mnie, ani na plus ani na minus, to gdzieś tam się (działo – przyp. aut.) we mnie samej (KSR_4_45).

Porównując wypowiedzi na ten temat kobiet starych i w średnim wieku, wydaje się, że te ostatnie śmielej naturalizowały genezę swoich postaw wobec wyglądu.

Analiza wypowiedzi młodych kobiet na temat genezy ich postawy wobec własnego wyglądu ukazuje przede wszystkim panowanie kultu młodości i atrakcyjnego wyglądu – wręcz demonizowanie znaczenia wyglądu dla osiągania celów życiowych:

> Ja się odmładzam np. strojem. Zauważyłam że po trzydziestce zaczęłam nosić krótsze spódniczki, no może bez przesady, ale zaczęłam nosić sukienki – o tak. Wcześniej nosiłam tylko spodnie. Więc mam świadomość tego, że muszę bardziej zawalczyć o te spojrzenia męskie, czyli poprzez strój, bo mam dużą konkurencję wśród nastolatek (KM_15_36). [...] Doskonale wiemy, że ładny wygląd jest podstawą sukcesu jak nie w życiu prywatnym to w pracy (KM_9_30).

Jedna z rozmówczyń okazała się natomiast zdecydowanie krytyczna wobec przypisywania wyglądowi tak wysokiej rangi, a zwłaszcza wobec oceniania ludzi głównie/tylko na podstawie wyglądu:

> Kilka lat temu odchudzałam się i sporo schudłam i zamiast się tym cieszyć, to najbardziej mnie denerwowało, że ludzie mi mówili, że jaką teraz jestem fajną dziewczyną! Nie mogłam tego znieść. I to są ludzie, których już znałam długo. Fajnie, że lepiej wyglądałam, ale żeby od razu inny charakter i w ogóle?! U nich liczyła się tylko powierzchowność. Masakra [...] (KM_13_34).

Z tych wypowiedzi wynika, że w patriarchacie znaczenie wyglądu dla przebiegu życia kobiety wydaje się nie maleć (por. Malinowska 2011), co błyskotliwie skomentował kiedyś nawet słynny detektyw Herkules Poirot: „Dla kobiet to ważne, często decyduje o ich losie" (H. Poirot, odcinek pod tytułem *ABC*). Poirot mówił jednak o kobiecie i społeczeństwie sprzed stu lat (i, jako fikcyjna postać wykreowana przez kobietę, dobrze wiedział, o czym mówi). Pojawia się zatem pytanie, czy rzeczywiście nic nie zmieniło się w tym zakresie na przestrzeni dziesięcioleci? Biorąc pod uwagę wyniki naszych badań, można zaryzykować hipotezę, że zauważalna zmiana polega na tym, iż współcześnie kulturowy nakaz posiadania młodego i atrakcyjnego wyglądu dotyczy (w różnym stopniu) wszystkich, bez względu na płeć i wiek, choć relatywizacji podlegają standardy urody.

Powracając do młodych kobiet, genezę postawy wobec swego wyglądu wyjaśniały właśnie przede wszystkim odczuwaniem społecznej presji, panowaniem swoistego imperatywu „bycia piękną", kierowanego głównie pod adresem kobiet:

> Mężczyzna, nawet jak nie używa grzebienia, to nikomu to nie przeszkadza. A kobieta, nawet jak ma krótkie włosy, to musi je odpowiednio ułożyć, zadbać o paznokcie, umalować się, ubranie musi być odpowiednio dobrane wszystkie jego części. Mężczyzna jak założy jakieś niepasujące do siebie elementy to mało osób na to zwróci uwagę (KM_2_24). [...] Więc wydaje mi się, że warto dbać o swój wygląd, zwłaszcza u kobiet, ponieważ jesteśmy troszeczkę napiętnowane tym sformułowaniem »płeć piękną«, ale nie warto też popadać w jakąś chorą obsesję (KM_9_30). Myślę, że kobiety muszą włożyć więcej wysiłku na to, żeby zadbać o siebie [...] (KM_11_34).

Wszystkie respondentki z tej kategorii wieku były świadome wpływu mediów lansujących określone modele kobiecości na swoje postawy wobec wyglądu: „No na pewno też to, co się w ogóle dzieje, w mediach gdzieś tam. No to na pewno na nas wpływa" (KM_4_27); „[...] patrzę na przykład w modzie w Internecie, jakie są modne ciuchy, czy nawet, jak idzie się do sklepu, to też patrzy się na wystawy, co w tym sezonie jest modne, a co nie (KM_7_28). Podkreślały jednak także wpływ kobiet z najbliższego otoczenia – babki, matki, a z własnego pokolenia – siostry, przyjaciółki:

> Właśnie wpływ moich przyjaciół, mojej przyjaciółki, która dba bardzo o siebie, tak myślę, że bardziej kobiet z otoczenia. Ale niekoniecznie (KM_15_36). Sądzę, że od mamy. Bo mama zawsze o siebie dbała. I przez całe życie podpatrzyłam to, w jaki sposób ona o siebie dba [...]. Moja mama lubiła mi dobrać jakieś rzeczy kolorowe i chyba od niej nauczyłam się dobierania w miarę kolorów, co do czego pasuje. Tak samo ona nauczyła mnie dobierać do sylwetki, oczywiście ja się buntowałam i miałam etapy, pożal się boże, jak patrzę teraz na zdjęcia i żałuję teraz, że jej nie słuchałam. Ona lubiła, żeby wyglądać skromnie, ale ładnie, więc może dlatego wyzywające ciuchy nie przemawiają do mnie w żaden sposób. Żeby pokazywać i z umiarem i żeby pokazywać to, co ma się ładne, a ukrywać mankamenty. To sądzę, że tak mama to głównie to we mnie wpoiła (KM_3_24). Siostra często stara się mnie motywować do tego, aby mi się chciało pielęgnować ciało, bo ona dba o nie bardziej ode mnie (KM_2_24).

Równocześnie jednak zaznaczały krytyczny stosunek do lansowanych wzorów.

Młode kobiety często i otwarcie mówiły o wpływie na swą postawę wobec wyglądu, chęci podobania się mężczyźnie – ojcu, partnerowi lub potencjalnemu partnerowi. Kulturowo określona powinność kobiety bywa więc tak zinternalizowana, że wydaje się być własnym pragnieniem. (Na tym m. in. polega zjawisko określone przez Pierra Bourdieu mianem przemocy symbolicznej). Wygląd przede wszystkim może uczynić kobietę zauważalną, a także pomóc utrzymać zainteresowanie mężczyzny: „Każda kobieta chce w jakiś sposób się podobać partnerowi. Jesteśmy świadome,

że faceci lubią ładne kobiety i swoich nie doceniają [...]. Więc wydaje mi się, że każda chce być ładna dla swojego faceta, a czasami też dla innych (KM_9_30). Czasem młode kobiety, które chcą się podobać mężczyźnie, rezygnują z własnej koncepcji, a sposób aranżacji swego wyglądu podporządkowują gustom i opiniom mężczyzn: „Mają na pewno wpływ osoby, które mnie otaczają, jeżeli pójdę z kimś do sklepu, np. z chłopakiem i mnie się coś podoba, a on powie, że źle w tym wyglądam, [...] to zaufam jemu, bo on widzi mnie częściej niż ja siebie (KM_2_24); Czasem „robią coś" dla siebie i dla męża: „Ja się chcę tak poczuć sama dla siebie. Seksownie, ładnie, no może też kobieco. Ale dla męża, to na wieczór się ubieram ładnie, do sypialni, to wtedy dla niego, tak". (KM_14_35).

Respondentki mówiły także o kierowaniu się kanonami estetycznymi ojców, braci:

> Na przykład jak oglądamy telewizję, to mój tata komentuje coś w wyglądzie kobiet. [...] przynajmniej, jak byłam dzieckiem, mogło to mieć wpływ na to, jak postrzegam atrakcyjność kobiety [...]. To mogło mieć, tak myślę, wpływ na to, jak teraz dbam o siebie, jak do tego podchodzę, tak myślę (KM_1_21). Znaczące dla mnie jest też to, żeby nie miało za dużego dekoltu lub np. spódnica nie była za krótka. [...] wolę się przykryć. Tego mnie nauczył tata, [...]. Powiedział kiedyś, że im więcej kobieta ma zakryte, tym jest bardziej tajemnicza i bardziej pociąga mężczyznę i bardziej by chciał ją poznać [...] (KM_2_24). Na pewno w znacznym stopniu ukształtował to mój brat. [...] te wszystkie jego krytyczne uwagi na mnie mocno wpływały i zresztą wpływają do tej pory (KM_4_27). Tata miał takie zasady, że dziewczyna powinna w spódniczce lub sukience. Bardziej on niż moja mama [...]. O spódniczkę przede wszystkim mu chodziło (KM_14_35).

Jak już wspomniano, z wypowiedzi młodych kobiet wynika, że nie były konformistyczne wobec wizerunku kobiety lansowanego przez media. Podobnie krytyczny bywał ich stosunek do gustu matek i innych kobiet ze starszego pokolenia. To samo dotyczyło niektórych uwag ojców. Jeśli zaś chodzi o to, czy w wypowiedziach młodych kobiet znajduje odzwierciedlenie zinternalizowanie patriarchalnej podległości mężczyznom, odpowiedź nie wydaje się prosta. Deklarowały przecież chęć podobania się mężczyznom, ale nie polegało to na oczekiwaniu, że zostaną przez nich zaakceptowane i wybrane. W koncepcji młodych kobiet aranżacja wyglądu nie jest więc wyrazem bierności i posłuszeństwa, przeciwnie – okazuje się postawą aktywną, gdyż polega na instrumentalnym posługiwaniu się własnym wyglądem w walce o zainteresowanie ze strony wybranego przez nie kandydata. Nie jest realizacją abstrakcyjnego ideału kobiecości, lecz odpowiedzią konkretnej kobiety na rozpoznane wpierw standardy estetyczne konkretnego mężczyzny. Pozwala to wysunąć hipotezę o wyzwalaniu się młodych kobiet spod patriarchalnej

koncepcji kobiecości i spod męskiej dominacji. Jeśli w niektórych, opisywanych przez respondentki sytuacjach, kobieta dawała pierwszeństwo gustowi mężczyzny, wyglądało to raczej na świadomie czynione ustępstwo, wynikające z brania pod uwagę patriarchalnych realiów kulturowych, w których przyszło jej realizować swoje cele. Bardzo dobrą ilustracją tego problemu (niedotyczącą jedynie wyglądu) jest film *Moje wielkie greckie wesele*. W takim kontekście powstaje jednak inny problem, tj. autoakceptacji przez kobietę jej samouprzedmiotowienia oraz kwestia tego, czy prezentowane zmiany wzorów zachowań, w dalszej perspektywie nie okażą się jedynie korektą, która w patriarchalnej ponowoczesności *de facto* będzie sprzyjać utrzymaniu, fundamentalnego dla systemu, patriarchalnego modelu relacji władzy między kategoriami płci.

Młode kobiety okazały się świadome wielu i wielorakich wpływów kulturowych kształtujących ich postawę wobec własnego wyglądu (nie można jednak wykluczyć, że genderowo pozostają ślepe); innym faktem jest, że ani jedna z nich wspomniała o „naturalnym", „z samej siebie" pochodzeniu tej postawy.

Porównanie wyników przedstawionej wyżej analizy pozwala na podjęcie próby odpowiedzi na pytanie, czy i w jaki sposób wiek kobiet różnicował ich świadomość na temat źródeł postawy wobec wyglądu. Okazało się, że wszystkie kobiety biorące udział w badaniu odwoływały się przede wszystkim do kulturowych koncepcji kobiecości, ale miały także świadomość lub uświadamiały sobie w trakcie wywiadów znaczenie w badanym kontekście swego podporządkowania mężczyźnie.

Wiek różnicował przede wszystkim zdolność kobiet do wyzwalania się spod wpływu patriarchalnych wzorców dotyczących dbania o wygląd przekazywanych im w procesie socjalizacji głównie przez matki oraz do wyzwalania się spod władzy mężczyzn, inaczej do autonomizacji koncepcji swego wyglądu: krytycyzm i niezależność od innych w zakresie postaw dotyczących własnego wyglądu wydają się wzrastać w kolejnych pokoleniach. Najbardziej cechuje to młode kobiety, które w dodatku zaczynają dominować nad młodymi mężczyznami jako ekspertki w sprawie ich wyglądu, odbierając niedawny prymat matkom chłopców, a ponadto przejmują niektóre męskie wzory ubierania się (np. stosując wygodę jako ważne kryterium stosowane przy kupowaniu odzieży). Wysilanie się tej kategorii respondentek na niezależność przejawiało się także w tym, że częściej niż inne z badanych były one krytyczne wobec mediów i lansowanych przez nie ideałów kobiecej sylwetki i urody.

Warto podkreślić, że młode kobiety najbardziej otwarcie przyznawały się do instrumentalnego traktowania swego wyglądu; nie ukrywały, że wykorzystują go w rywalizacji o „męskie spojrzenia", w walce o utrzymanie przy sobie partnera, podczas gdy kobiety w średnim wieku zaledwie

wspominały o zabieganiu o uznanie i względy mężczyzn, a najstarsze respondentki – zaledwie walczyły o akceptację dla swojej aparycji, zwłaszcza przez bliskie osoby, a ich postawy wobec własnego wyglądu w znacznej mierze wyrastały z konformizmu wobec upodobań matek i mężów.

Z wiekiem wzrastała także świadomość kobiet o społecznej genezie ich postaw wobec wyglądu; naturalizacja tego procesu tkwiła tylko w świadomości niektórych kobiet starych i będących w średnim wieku. Różny wiek kobiet współwystępował natomiast z zakresem dostrzeganych społecznych wpływów kulturowych na postawę wobec swego wyglądu: najstarsze kobiety czerpały wzorce z bezpośredniej obserwacji ideału kobiecego wyglądu w rodzinie, sąsiedztwie, w szkole, w środowisku pracy; kobiety w średnim wieku i młode mówiły już o wpływie różnych kręgów rówieśniczych – szkoła, studia oraz o przemożnym mediów – o tym ostatnim czynniku mówiły zwłaszcza kobiety młode.

Im młodsze były respondentki, tym więcej miały do powiedzenia na temat postaw wobec swego wyglądu i ich uwarunkowań. Także najmłodsze najbardziej doceniały wpływ (pozytywny, ale również negatywny) atrakcyjnego wyglądu na przebieg różnych sytuacji, na osiąganie celów w życiu prywatnym i zawodowym. Niektóre z młodych kobiet przypisywały wyglądowi nadmierne znaczenie, a inne były świadome nad-oceniania znaczenia tego czynnika.

4.2. Geneza postawy wobec swego wyglądu w świadomości mężczyzn w różnym wieku

Podobnie, jak było to w przypadku kobiet, także w wypowiedziach mężczyzn na temat genezy ich stosunku do własnego wyglądu poszukiwano, mniej lub bardziej uświadomionych, przejawów oddziaływania patriarchalnej kultury: modelu relacji władzy zapewniającego męską dominację oraz koncepcji płci zawierającej przewidywany dla mężczyzny repertuar ról społecznych, pożądane cechy męskiej osobowości i idealne cechy wyglądu mężczyzny. Analizowano wypowiedzi mężczyzn starych, w średnim wieku i młodych.

Poszukiwanie przez starych mężczyzn źródeł stosunku do swego wyglądu wywoływało u nich głównie skojarzenie z męską dominacją: władzą ojca i z wymogami społecznego statusu mężczyzny. W kilku wypowiedziach nawiązywano do wysokiej pozycji mężczyzny w rodzinie i jego władzy związanej z rolą głowy rodziny jako głównego (jeśli nie jedynego)

żywiciela. I tak, w jednym z przypadków, jako mające zasadniczy wpływ na dzisiejszą postawę respondenta wobec swego wyglądu wskazano zachowania ojca dotyczące wydatków na ubrania dla synów

> [...] mój ojciec był człowiekiem bogatym, ale skąpym. I specjalnie bardzo oszczędzał na swoich synach. W związku z czym synowie chodzili w rzeczach używanych, cerowanych, w starych butach itd. itd., jeden po drugim. No i wiesz, ja byłem drugi, a S. był trzeci [...]. I ja pamiętam takie jakieś płaszczyki koszmarki, jakieś buty za duże i to mi się bardzo nie podobało. I sobie myślałem, boże, jak to będzie zależało ode mnie, to nigdy tak nie będzie [...]. To mogło też mieć wpływ w moim przypadku (MST_1_63).

Inny z rozmówców dostrzegł z kolei różnicę w wyglądzie swoim i kolegi pochodzącego z rodziny inteligenckiej. Wyższa pozycja społeczna tamtej rodziny niż rodziny własnej, odzwierciedlała się w ubiorze kolegi, w całym jego wyglądzie. Dla młodego wówczas mężczyzny było to imponujące i rozbudziło w nim potrzebę awansu społecznego: „Tak, takiego kolegę miałem, który zawsze w marynarce chodził, elegancko. U niego w domu to rodzice byli wykształceni. Tzn. matka w szkole uczyła, a ojciec w biurze pracował. U niego inaczej się żyło. Tak myślę teraz, że mi to chyba imponowało jakoś. Też tak może chciałem. Może to z tego się wzięło. Tak teraz myślę, że to taki może początek był" (MST_13_77). Dla starych mężczyzn wzorem do naśladowania w kwestii ubioru i w ogóle wyglądu był własny ojciec. Kolejny z badanych podkreślił na przykład wyraźnie, że naśladował jego „konserwatywny" styl ubierania się: „(Ojciec – przyp. aut.) codziennie obowiązkowo się golił, zawsze był przystrzyżony, zawsze koszula czysta, zawsze garnitur. Ja właśnie chyba po nim taki bardzo konserwatywny sposób do ubierania się przejąłem" (MST_12_72). Przyjmując, że klasyczny styl ubierania cechuje ludzi akceptujących dany porządek społeczny (Bokszańska 2004), możemy przypuszczać, że ojciec i syn doceniali swój status społeczny, w patriarchacie zresztą z definicji wysoki (przede wszystkim w porównaniu ze statusem kobiet). Czasem wzorem dla naszych rozmówców był inny mężczyzna z rodziny: „Ja miałem kuzyna w operetce. No i Zbyszek zawsze mnie zachęcał, mnie tak dopingował, żeby być eleganckim" (MST_8_70).

Starzy mężczyźni, zwłaszcza w porównaniu z respondentami z pozostałych kategorii wiekowych, niemal w ogóle nie zauważali szczególnej roli matki w rozbudzaniu w nich potrzeby dbania o wygląd czy też jako osoby mającej wpływ na kształtowanie ich gustu. Raczej podkreślali wpływ rodziców:

> Ja myślę, że podstawowe rzeczy takie się wynosi z domu. I wydaje mi się, że te rzeczy nam rodzice przekazali" (MST_5_54). Nie, nie chyba nie, nikt mi tak tego nie tłumaczył, ale to (dbanie o wygląd – przyp. aut.) chyba było naturalne

> w moim domu zawsze. […] (wzorowałem się – przyp. aut.) na rodzicach (MST_11_71). Tak, tak. (Rodzice – przyp. aut.) dbali o to, żeby być schludnie, czysto ubranym. To pamiętam. Zawsze to było nam wpajane, jak cię widzą, tak cię piszą (MST_6_66).

Rodzi się tu wiele pytań, jak na przykład czy rzeczywiście w rodzinach naszych rozmówców dbania o wygląd uczyli swe dzieci ojciec i matka, czy też jako dzieci nie zauważyli oni szczególnych wysiłków socjalizacyjnych podejmowanych na tym polu przez matki? A może pomniejszając rolę matki, badani (pod)świadomie dążyli do relatywnego podniesienia znaczenia ojca w rodzinie? A może w świadomości niektórych mężczyzn, dziś współtworzących już kategorię ludzi starych, nadal funkcjonuje patriarchalne przeświadczenie o ograniczonej zdolności kobiet do wywierania wpływu na innych, do oddziaływania na ich zachowania (nawet jeśli byłoby to związane z pełnieniem przez kobietę roli w genderowo przypisanej jej sferze aktywności)? O funkcjonowaniu takiego mechanizmu pisała dawno Virginia Woolf: „Możliwe, że obstając odrobinę zbyt uporczywie przy niższości kobiet, profesor nie miał wcale na uwadze niższości kobiet właśnie, ale raczej swoją własną wyższość. To ją właśnie starł się ochronić [...]" (Woolf 1997 [1929]: 53). A może w świadomości niektórych mężczyzn, dziś współtworzących już kategorię ludzi starych, funkcjonuje patriarchalne przeświadczenie o niezdolności kobiet do kreowania czegokolwiek (tu: wyrabiania postaw), nawet związanego z aktywnością w genderowo im przypisanej sferze życia prywatnego?

W wypowiedziach starych mężczyzn pojawiły się też wyjaśnienia podkreślające „samoistne" przyczyny takiego, a nie innego stosunku do własnego wyglądu. Generalnie jednak starzy mężczyźni nie mówili wiele na temat genezy swych postaw.

Z wypowiedzi mężczyzn w średnim wieku wynika, że główną rolę w wyrabianiu w nich określonej postawy wobec wyglądu odgrywały i odgrywają kobiety. Najpierw matka, wdrażając w nawyki dotyczące higieny osobistej i ogólnie dbania o siebie: „Mama zawsze ode mnie oczekiwała, że mężczyzna ma być estetyczny. Nie ma, że ładny, ma być estetyczny. Czyli ma być doprasowane, dopięte, powinno być podobnego koloru" (MSR_14_61). Genderowo określona rola kobiety wypełniania przez matkę, była następnie podejmowana przez kolejne kobiety pojawiające się w życiu respondentów – sympatie, żony, córki: „Zdecydowanie żona. Wcześniej dziewczyny, zdecydowanie. Gdybym miał porównać siebie i dbałość o wygląd to taką granicą na pewno była sympatia w szkole, a dzisiaj jest to zdecydowanie żona i córka. Jeśli sam nie zauważę, to wychwycą każdy błąd, wskażą, nie pozwolą wyjść z domu" (MSR_12_58). Wyrabiane u kobiety, w procesie różnicującej płciowo socjalizacji, poczucie odpowiedzialności za wygląd innych członków rodziny, a zwłaszcza mężczyzn,

okazuje się zatem głęboko zinternalizowane i ten obowiązek jest przez nią wykonywany przez całe życie w ramach jej różnych ról społecznych: sympatii, żony, matki, córki i wobec wszystkich mężczyzn pojawiających się w jej życiu w kolejnych, ważnych dla niej rolach: brata, narzeczonego, męża, syna, starego ojca itp. Jak wiadomo, patriarchalny kulturowy ideał męskości nie nadaje wyglądowi mężczyzny takiego znaczenia, jak jest to w przypadku kobiecości. Inne są bowiem w tej kulturze podstawy społecznego statusu mężczyzny, tj. dochód, władza. Nie musi się on podobać fizycznie, aby go określano mianem atrakcyjnego. Zresztą z racji swego podmiotowego statusu sam ustala normy estetycznej oceny kobiet i osób swojej płci, w tym rangę i kanony męskiej urody. Biorąc pod uwagę wypowiedzi badanych, warto jednak zauważyć, że mężczyźni w średnim wieku bardziej niż starzy doceniali znaczenie wyglądu w kontaktach z kobietami i mówili nawet o rywalizacji między mężczyznami o bardziej atrakcyjny wygląd. Ich zdaniem, staje się to znaczące w sytuacji starania się o względy płci przeciwnej. W tym pokoleniu mężczyzn dbanie o wygląd oznaczało jednak głównie utrzymywanie higieny na dość elementarnym poziomie.

Mężczyźni w średnim wieku przyznawali także, że na ich postawy wobec własnego wyglądu wpłynął proces socjalizacji w określonej rodzinie oraz oczekiwania i nakazy płynące ze strony rodziców i dziadków:

> Z procesu socjalizacji. To rodzice mają ogromny wpływ na to, czy dziecko pójdzie brudne do szkoły czy czyste. I to oni są odpowiedzialni w tym młodszym wieku i myślę, takie zachowania wpływają potem na dorosłego człowieka (MSR_4_40). [...] zawsze podkreślam, że właśnie to życie z dziadkami, było tak ważne w moim życiu, że po prostu ta cała estetyka wyglądu zewnętrznego, zachowania zewnętrznego to została mi wpojona od samego urodzenia, to znaczy już do trzylatka się mówiło o tym (MSR_15_61).

Inne wypowiedzi badanych raz jeszcze potwierdziły zinternalizowanie znaczenia społecznego statusu mężczyzny w patriarchacie. Na ich postawy wobec wyglądu wpływ miała bowiem zajmowana pozycja społeczna, a wzór zachowania kreowali pod wpływem troski o odpowiedniość swego wizerunku do zajmowanego stanowiska, z uwzględnieniem oczekiwań danego środowiska zawodowego:

> Ma znaczenie, że się nie zapuszczam, najem się regularnie, staram się, myję. No, muszę, bo jestem kierownikiem, mam jakichś tam ludzi, obracam się wśród kobiet, to też jest większa determinacja zawsze, tak. Żeby nie było plotek, że ten kierownik śmierdzi jak zboże, a jest parę osób u nas takich. Dlatego tak w tym sensie determinuje, ale nie jest to pierwszorzędne, ale wpływ jest (MSR_3_40).

Wydaje się, że zgodnie z koncepcją Marylin French, „struktura" i „posesywność" również w XXI wieku pozostają naczelnymi wartościami

męskimi w patriarchalnej kulturze opartej na „władzy – nad" i „hierarchii" (French, za: Tong 2002: 75–76). Przywiązywanie do nich wagi pozwala zrozumieć, dlaczego niektórzy z rozmówców akcentowali pozytywny wpływ na postawę wobec własnego wyglądu szkoły, będącej wówczas, gdy do niej uczęszczali, instytucją określającą wygląd chłopca formalnie, w regulaminie: „Ja chodziłem do klasycznej szkoły i w moich czasach musieliśmy nosić tarcze, musieliśmy mieć uprasowaną koszulę, zmieniać kapcie w szkole i mieć granatowy mundurek. Jakieś ślady tego we mnie pozostały. Pracuję na wyższej uczelni, więc w jakiś sposób na pewno ona na mnie oddziałuje" (MSR_10_56). Znaczenie drugiej z wartości wymienionych przez M. French – posesywności, a zwłaszcza posiadania choćby najmniejszego zakresu władzy, jak choćby możliwość decydowania o swoim wyglądzie, znajduje odzwierciedlenie w wypowiedzi respondenta, który zakwestionował wzór realizowany przez swego ojca, a postępując zupełnie inaczej, symbolicznie odebrał mu cząstkę ojcowskiej dominacji: „Ojciec był bardziej pedantyczny niż matka. Ja zawsze byłem taki trochę niepokorny, może dlatego, że byłem wychowany przez dziadków. Ojciec jak na przykład wychodził z wanny, to musiał sobie nogę włożyć w kapcia, nie mógł stanąć na posadzce, albo nie mógł paradować na boso. Ja [...], wręcz przeciwnie, z przekory robiłem inaczej" (MSR_3_40).

Tak więc mężczyźni w średnim wieku okazali się świadomi kulturowych uwarunkowań swej postawy wobec wyglądu (oczywiście nie formułując tego w ten sposób), przede wszystkim opisując znaczenie zgodnej z modelem kobiecości, roli kobiet w tym procesie. Niektórzy uświadamiali sobie (bądź uświadomili w trakcie wywiadu) wpływ na badaną postawę znaczenia przypisywanego przez nich statusowi społecznemu mężczyzny, ukazując równocześnie przywiązywanie wagi do osiągniętej pozycji społecznej, kierowanie się, również w dbaniu o wygląd, typowymi dla kultury patriarchalnej, męskimi wartościami.

Grupę młodych mężczyzn charakteryzowała z kolei pełna świadomość kulturowego uwarunkowania ich postaw wobec własnego wyglądu. Dostrzegali wpływ wielu różnych czynników – nawiązując bezpośrednio do kulturowych koncepcji płci oraz do patriarchalnych stosunków władzy. Ich wypowiedzi ukazały ponadto wzrastające znaczenie wyglądu we współcześnie realizowanych koncepcjach męskości (Melosik 2002), czyli jej feminizację.

Prawie wszyscy respondenci z tej grupy wieku uświadamiali sobie i opisywali wpływ kobiet na ich postawy wobec wyglądu. Był on dwojakiego rodzaju. Pierwszy to socjalizacyjny wpływ matek lub innych kobiet z rodziny. Wzory ubiorów przekazywane przez matki nawiązywały do stylu klasycznego, tzn. zgodnie z patriarchalną koncepcją męskości nie podkreślały rangi ładnego wyglądu w przypadku mężczyzny lecz

informowały o znajomości i stosowaniu się do reguły „ubranie stosowne do okazji":

> [...] na przykładzie mojej mamy, zawsze jak była jakaś uroczystość, [...] w szkole, czy [...] wyjście do teatru, no to najpierw ubierała mnie, a później mówiła, żebym no ubierał się elegancko, [...] czasem [...] wyglądałem jak, powiedzmy, pingwin w stadzie [...] innych ptaków. [...] ja byłem wystrojony, a inne dzieci no normalnie, jak do szkoły chodziły (MM_1_21). Myślę, że na pewno (mama była moją inspiracją w kwestii ubierania się – przyp. aut.). Z moją mamą potrafię rozmawiać np. o ciuchach. Rozmawia ze mną jak z najlepszą koleżanką. To też jest ciekawe, że dzięki mojej mamie ja wiem bardzo dużo o tkaninach. Wiem, co jest z czego zrobione i wiem, jak która tkanina wygląda [...] (MM_6_27).

Siostry, najwyraźniej wdrożone w procesie wychowania zgodnego z ideałem kobiecości do zajmowania się potrzebami innych, pomagały natomiast młodym mężczyznom w dbaniu o siebie: „Były takie sytuacje [...]. Siostra mi prasowała wszystkie rzeczy. To była ulubiona siostra" (MM_13_32). Te klasyczne wzorce, a zwłaszcza starania matek o ich kontynuację, były przez respondentów coraz bardziej kwestionowane, a przez niektórych wręcz odrzucane jako nieaktualne. Taka reakcja miewała zresztą emancypacyjny kontekst dążenia do wyzwolenia się z dziecięcej zależności od matki dominującej w tej, kulturowo przypisanej jej, dziedzinie aktywności:

> Kiedyś mama mówiła: »masz kupić to« – »nie chcę tego«; »masz kupić to« i ona mi kupuje, a teraz to jest trochę inaczej, bo ja mówię, że »tego nie chcę, to sobie kupię sam« [...]. Ubieram się tak, jak chcę [...]. Mama wiadomo, że coś czasem powie: »ubierz się tak«, a ja mówię, że »masz tatę, ty go sobie ubieraj, mnie nie będziesz ubierała« – i się skończyła dyskusja" (MM_2_22).

Drugi rodzaj wpływów, którym w znakomitej większości i świadomie poddawali się młodzi mężczyźni, polegał na uwzględnianiu sugestii i poddawaniu się praktykom zalecanym im przez te młode kobiety, którym respondenci chcą się podobać (co genderowo jest typowo kobiecym zachowaniem), a które występują w rolach „dziewczyny", sympatii, narzeczonej, partnerki, żony. Wzory zachowań i zalecenia dotyczyły sylwetki, skóry twarzy, pozbycia się nadwagi, sposobu ubierania się: „(Dziewczyna mówi mi – przyp. aut.) »nie, tego nie będziesz jadł, bo musisz trochę dbać o siebie« [...]. Bo ona ćwiczy troszkę, widać to" (MM_2_22).

Jest paradoksalne, że niektóre z młodych kobiet zachowywały się wobec swoich partnerów/mężów jak matki wobec synów, a niektórzy młodzi mężczyźni poddawali się posłusznie tej dominacji i być może nie uświadamiali sobie wcale, że uwalniając się od władzy matki, przechodzili

pod takie samo panowanie żon, przyjaciółek, partnerek. „Pokoleniowo" zmieniły się natomiast oczekiwania wobec mężczyzn i wzory lansowane przez młode kobiety z klasycznych – męskich na nowoczesne, łudząco podobne lub identyczne z kulturowo kobiecymi sposobami dbania o urodę, sylwetkę, o ciało, a nawet o ubiór, jak na przykład akcentowanie jego kolorystyki: „Ja np. wiem od jakiegoś czasu, że w zielonym kolorze jest mi bardzo źle, ja wyglądam jak trup, jest kiepsko. Nauczyłem się w takie kolory nie ubierać" (MM_6_27).

Na różne sposoby młodzi mężczyźni biorący udział w naszych badaniach uświadamiali sobie również wpływ innych mężczyzn na ich postawy wobec wyglądu. Naśladowani byli starsi bracia, zwłaszcza ubiór starszego już chłopca: „Upodobałem sobie brata. Imponował mi. Wzorowałem się na jego zachowaniu, na jego sposobie bycia, na jego ubiorze. Tak jakoś od zawsze było. Był dla mnie wzorem. Jest nadal też. Tego jak powinien się chłopak ubierać. Trochę sportowo, trochę elegancko. W zależności od okazji" (MM_4_24). W innym przypadku był to wujek, w kwestii wyglądu będący zupełnym przeciwieństwem negatywnie postrzeganego przez rozmówcę wzoru, realizowanego przez jego ojca: „Mój wujek, który bardzo przywiązuje do tego wagę, który ma lat tyle, co moja mama, tata, a bardzo jest wysportowanym człowiekiem [...]" (MM_10_31). Wzór realizowany przez ojca był akceptowany i naśladowany, jeśli wyrażał aspiracje związane z, istotnym dla patriarchalnego mężczyzny, pragnieniem awansu w hierarchii społecznej: „Mój ojciec zawsze chodził do pracy w koszulach, pomimo tego że pracował jako elektromonter. Tak, że wychodził z domu, zakładał koszulę, no dżinsy czy tam jakieś spodnie, ale zawsze była ta koszula [...]" (MM_13_32).

Część respondentów zauważyła wpływ mody i mediów na ich postawy wobec wyglądu, podkreślając lansowanie ogólnych, ważnych niezależnie od płci zasad oraz rodzaj nacisku wywieranego na mężczyzn i kobiety:

> Ważna jest schludność, postawa. W mediach, w Internecie też ciągle o tym mówią, więc chyba tak jest [...]. Media przekazują jakiś wzór piękna, wzór tego jak wyglądać i jak się ubierać i myślę, że w kwestii wyglądu ludzie właśnie dążą do tego narzuconego nam ideału [...]. Przyzwyczailiśmy się do tego, że media nami poniekąd kierują i nie zauważamy tego. Bo myślę, że ludzie do końca nie kupują tego, co chcą, lecz to, co im narzucą [...]" (MM_3_22).

Zwrócono uwagę także na popularność mody sportowej i jej walor unisexualny: „No przede wszystkim to chyba moda (miała wpływ na mój wygląd – przyp. aut.). Moda sportowa [...], bardziej taka luźna. Był swego czasu taki trend, że wszyscy na sportowo chodzili i tak zostało [...]" (MM_8_29).

Prawie wszyscy młodzi mężczyźni będący naszymi rozmówcami wskazali wpływ rodziców na ich postawy wobec wyglądu, w tym

na konieczność posłuszeństwa w dzieciństwie, ale i na naśladowanie rodziców ze względu na aprobowanie ich stylu:

> [...] wiadomo, jak człowiek był dzieckiem, to wtedy raczej nie miał wyboru, musiał ubierać się w to, co rodzice w tamtych czasach już nawet nie ubierali, tylko co zdobyli [...]. Przede wszystkim na wczesnym etapie życia, a później to już samemu, tak? (MM_8_29). [...] rodzice mają bardzo duży wpływ na to jak zaczynasz się ubierać, [...] i jak się zachowujesz odnośnie swojego wyglądu, no bo to jest jakby pierwszy etap socjalizacji, tak? Socjalizacja pierwotna. Jeszcze w szkole mają na ciebie wpływ, zależy, czy z nimi mieszkasz czy nie. Jeżeli się na studiach wyprowadzisz, to potem starasz się bardziej znaleźć i wpasować w środowisko, w którym się obracasz. Czyli w tym momencie twoi rodzice tracą wpływ na to, jak się ubierasz, zachowujesz i wyglądasz [...]. (Teraz – przyp. aut.) nie mają żadnego wpływu. Sam na siebie zarabiam, sam się utrzymuję, nie mają nic do gadania (MM_5_26).

Wskazano na wpływ środowiska rówieśników, nie tylko tej samej płci:

> Chodzę (na zakupy po ubrania – przyp. aut.) z koleżankami i kolegami, którzy mówią mi w czym mam chodzić (MM_5_26). [...] jako nastolatek myślę, że już próbowałem coś zamanifestować swoim wyglądem, wtedy chodziłem w koszulkach z metalowymi zespołami, podartych spodniach [...]. Nie wiem, pewnie (chciałem zamanifestować – przyp. aut.) jakąś przynależność do grupy. Miałem takich znajomych, których się tak ubierali. To nas tak identyfikowało (MM_6_27).

Podobnie jak mężczyźni w średnim wieku, także młodzi przyznali się do pewnego konformizmu w ramach swojej postawy wobec wyglądu, wyegzekwowanego głównie przez środowisko pracy.

Tak więc postawa młodych mężczyzn wobec własnego wyglądu formowała się pod wpływem oddziaływania patriarchalnej koncepcji męskości, równocześnie podlegając wpływowi standardów atrakcyjnego wyglądu pochodzących z patriarchalnej koncepcji kobiecości. Tak rozumiana androgynizacja nowo formowanych postaw wobec wyglądu przejawiała się przede wszystkim we wzroście rangi aparycji w systemie wartości młodego mężczyzny. Oba rodzaje wpływów były uświadamiane sobie przez biorących udział w badaniu, podobnie jak ogromna rola kobiet w tym procesie. Z wypowiedzi młodych mężczyzn wynikało ponadto, że w analizowanym procesie starły się niejako dwie tendencje: kulturowo męskie dążenie do autonomii za sprawą uwolnienia się od wpływu matek i zachowania rozsądku wobec medialnych wpływów oraz, kulturowo przecież kobieca, gotowość do podporządkowania się dominacji, tu: panowania młodych kobiet z ich wizją sfeminizowanego ideału mężczyzny.

Nowo formującej się postawie mężczyzn wobec własnego wyglądu towarzyszyło ponadto pełne uświadomienie sobie kulturowego uwarunkowania tego procesu. Dodajmy, że żaden z respondentów z tej grupy płci i wieku nie wspomniał o „naturalnej" genezie swej postawy.

Podsumowując, przypomnijmy, iż pierwsza część hipotezy dotyczącej sposobu wyjaśniania przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku genezy postaw wobec swego wyglądu (i zdrowia) zakładała, że ludzie odwołują się między innymi do kulturowych koncepcji płci i wieku. W procesie socjalizacji jednostki przyswajają społeczne oczekiwania dotyczące m.in. określonego stosunku do wyglądu (i zdrowia) oraz dbałości o te zasoby. Starają się im sprostać, mając świadomość istnienia kontroli społecznej. Analizując wypowiedzi mężczyzn i kobiet biorących udział w badaniu, poszukiwano zatem przejawów dostrzegania lub doświadczania przez nich genderyzacji przekonań, odczuć i zachowań wobec wyglądu. Typologia uzasadnień obejmowała odwoływanie się do: 1) patriarchalnych stosunków władzy, 2) elementów patriarchalnego ideału kobiecości, 3) elementów patriarchalnego ideału męskości.

Okazało się, że w świadomości badanych funkcjonowały wzory patriarchalnych stosunków władzy, tzn. męskiej dominacji i kobiecego podporządkowania, oraz inne rodzaje stosunków dominacji właściwych temu społeczeństwu, jak np. władza ojcowska, władza rodzicielska, dominacja matki nad dziećmi, a nawet żony nad mężem. Należy tu wyraźnie podkreślić, że dwa ostatnie rodzaje dominacji, czyli kobiet jako matek i ewentualnie jako żon w patriarchacie dotyczyć mogą i dotyczyły wyłącznie dziedziny związanej z wypełnianiem przez kobietę ról społecznych pochodzących z patriarchalnego modelu kobiecości, a zatem realizowanych w sytuacji generalnego podporządkowania kobiet władzy mężczyzny.

Z kolei elementy składowe patriarchalnego modelu płci pojawiały się w świadomości tych badanych, którzy poszukując genezy postawy wobec wyglądu, odwoływali się do zróżnicowanych genderowo oczekiwań co do cech wyglądu, do szczególnego znaczenia wyglądu jako kapitału ludzkiego kobiet, ukazywali płciowo zróżnicowane role odgrywane w procesie socjalizacji młodego pokolenia (tu: w kwestiach dotyczących dbania o wygląd) oraz opisywali zmiany kulturowe w tym zakresie (wprowadzane lub obserwowane przez siebie).

W wypowiedziach niektórych osób biorących udział w badaniu nie udało się natomiast zauważyć żadnych przejawów uświadamiania sobie poszukiwanych tu kulturowych wpływów na deklarowane postawy. Przeciwnie, te respondentki i ci respondenci byli przekonani o „naturalnym" pochodzeniu swych przekonań, stosowanych norm estetycznych oraz wzorów zachowania. Genezę analizowanej postawy opisywali wręcz

w kategoriach jednostkowych odczuć, ocen, decyzji itp. Brak świadomości na temat kulturowych uwarunkowań postaw nie jest oczywiście tożsamy z brakiem tychże. Wprost przeciwnie, przyjmujemy za P. Bourdieu, że nic tak nie sprzyja reprodukcji patriarchatu jak owa nieświadomość: „męska dominacja jest [...] nieustannie podtrzymywana przez nieświadomość przyzwalającą na stosowanie wobec grup zdominowanych, kategorii myślenia wytworzonych przez samą relację dominacji [...]" (Bourdieu 2004: 97), a „kategorie skonstruowane przez grupy dominujące są stosowane przez zdominowanych nawet do postrzegania i opisu samej relacji dominacji, co sprawia, że ową relację postrzegają jako naturalną" (Bourdieu 2004: 47). W świetle powyższych ustaleń pierwsza część hipotezy dotyczącej uwarunkowań postaw kobiet i mężczyzn wobec wyglądu wydaje się uzasadniona tylko częściowo.

Druga część sprawdzanej tu hipotezy badawczej stwierdzała natomiast, iż istnienie (patriarchalnej) kontroli społecznej nie oznacza, że jednostki przyjmują kulturowe koncepcje płci i wieku bez zastrzeżeń i nie podejmują prób ich modyfikacji. Dotyczyć to będzie przede wszystkim osób młodych, świadomych ograniczającego wpływu kultury na człowieka. Osoby starsze będą przyjmować społeczne oczekiwania wobec kobiet i mężczyzn bezdyskusyjnie, postrzegając ich źródło w „naturze", zgodnie z patriarchalnym modelem społeczeństwa. Poszukując wyjaśnień swego stosunku do wyglądu, wszyscy badani sięgali pamięcią do czasów dzieciństwa; każde pokolenie respondentów było zatem w innej sytuacji. Można przypuszczać, że z tego punktu widzenia stosunkowo najtrudniejsze zadanie mieli najstarsi uczestnicy wywiadów. Z drugiej jednak strony sytuacja tej właśnie kategorii, jako poddanej w dzieciństwie najbardziej konsekwentnie prowadzonej patriarchalnej socjalizacji (podobnie ukierunkowywanej przez główne agendy socjalizujące), była relatywnie najłatwiejsza.

Na podstawie wyników referowanych badań można stwierdzić, że najbardziej konserwatywni wydali się być ludzie starzy, uwierzytelniając zinternalizowanie patriarchalnego modelu stosunków władzy między kategoriami płci i kulturowe koncepcje płci. Stare kobiety głównie podkreślały rolę matek (i nie tylko) w reprodukcji płciowo zróżnicowanych patriarchalnych ideałów kobiecości i męskości oraz, w pewnych przypadkach, godziły się świadomie na męskie zdominowanie w analizowanym tu aspekcie rzeczywistości społecznej. Najstarsi mężczyźni natomiast pomniejszali rolę kobiet w kulturowo im przypisanej dziedzinie aktywności, symbolicznie potwierdzając ich podporządkowanie, brak podmiotowości również w tym zakresie.

Próby modyfikacji patriarchalnych kulturowych koncepcji płci podejmowane były natomiast głównie przez ludzi młodych, zarówno kobiety,

jak i mężczyzn. W tym procesie zmiany kulturowej mężczyźni wydają się odgrywać rolę bierną i nieświadomie działać destrukcyjnie na patriarchalny porządek społeczny. Ich postawa wobec własnego wyglądu ulega bowiem feminizacji. Młode kobiety, jako aktorki tej zmiany, feminizując koncepcję dotyczącą wyglądu współczesnego młodego mężczyzny, stają się grupą dominującą nad mężczyznami jako poddającymi się temu wpływowi. Jest to jednak pozorne panowanie kobiet, ponieważ równocześnie nad-oceniają one znaczenie wyglądu również we własnych działaniach. Młode kobiety nie zabiegają generalnie o męską akceptację (a na pewno nie tyle, co kobiety w wieku średnim). Chodzi im raczej o akceptację ze strony „upatrzonego" mężczyzny. Według ich własnych słów, „walcząc" o tę estymę, zmierzają po prostu do realizacji wytyczonych sobie celów. Trzeba tu jednak zauważyć, że redukując siebie do własnej powierzchowności, młoda kobieta zmienia status osoby na status obiektu, a więc przedmiotu. Pytanie o to, czy jest to działanie świadome, ma charakter kwestii empirycznej. Podobnie, jak pytanie o to, czy samouprzedmiotowienie jest łatwiejsze do zaakceptowania przez człowieka niż uprzedmiotowienie go przez innych. W takim kontekście należy także przypomnieć, że warunkiem koniecznym istnienia patriarchalnego systemu społecznego jest właśnie zdominowanie (uprzedmiotowienie) kobiet.

http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.06

Rozdział 5
Postawy kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego zdrowia

5.1. Komponent poznawczy

5.1.1. Pojmowanie zdrowia przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku (Krystyna Dzwonkowska-Godula)

W wywiadach swobodnych pytano kobiety i mężczyzn w różnym wieku, jak rozumieją pojęcie „zdrowia", co oznacza dla nich „być zdrowym". Potoczne myślenie o zdrowiu, określane też mianem „świadomości zdrowotnej" ma wpływ na postępowanie ludzi wobec tego ich zasobu, „choć oczywiście nie pozwala całkowicie zrozumieć naszych zachowań" (Puchalski 1997: 7). Jak podkreślała nestorka polskiej socjologii medycyny, Magdalena Sokołowska, sposób pojmowania zdrowia zależy od wielu społecznych czynników, w tym społecznego statusu człowieka:

> Słowa zdrowie i choroba nie mogą być [...] precyzowane w sposób uniwersalny czy statyczny. Mają one sens tylko wtedy, gdy dotyczą określonej osoby przebywającej w określonym środowisku fizycznym i społecznym [...]. W takim ujęciu zdrowie przestaje być jakimś monolitem, jakąś uniwersalną normą dla wszystkich ludzi. Zależy od płci, wieku, rodzaju pracy zawodowej, sytuacji rodzinnej – słowem jest to »zróżnicowane zdrowie«, pojęcie względne, mające różne znaczenie dla różnych ludzi (Sokołowska 1980: 126).

Tu skupiamy się na dwóch pierwszych – kluczowych w naszym przekonaniu – cechach społeczno-demograficznych, różnicujących sposób rozumienia zdrowia przez jednostki. Interesuje nas jednak nie biologiczny, a kulturowy wymiar płci i wieku (kulturowe koncepcje płci i wieku oraz „upłciowionego wieku" zawierające społeczne oczekiwania stawiane kobietom i mężczyznom zaliczanym do określonych kategorii wiekowych, dotyczące m.in. stosunku do zdrowia).

Uczestniczki i uczestnicy omawianego badania w podobny sposób określali zdrowie, definiowali je, używając tych samych określeń.

Charakteryzowali zdrowie ogólnie, abstrakcyjnie jako idealny stan organizmu człowieka (brak choroby, dolegliwości, problemów zdrowotnych) lub konkretnie, odnosząc się nie tyle do pojęcia zdrowia, co „zdrowego człowieka". W tym drugim przypadku stosowali obiektywne i subiektywne kryteria bycia zdrowym. A zatem zdrowy człowiek w świetle wypowiedzi badanych normalnie funkcjonuje na co dzień, jest sprawny fizycznie, ma dobre wyniki badań lekarskich, nie potrzebuje stałej opieki lekarzy i nie musi przyjmować lekarstw, ponadto dobrze się czuje i jest w dobrej kondycji psychicznej.

Ta identyczność definicji zdrowia okazuje się jednak pozorna, gdy uwzględnimy w analizie postaw płeć oraz „upłciowiony wiek". W pierwszej kolejności przyjrzymy się genderyzacji sposobu pojmowania zdrowia, porównując definicje podawane przez kobiety i mężczyzn.

Rozmówczynie w swoich określeniach zdrowia wydawały się wykazywać większą wiedzą medyczną, przejawiającą się w kompleksowym spojrzeniu na ludzki organizm – podkreślaniu znaczenia zdrowia fizycznego i psychicznego („ciała i ducha"), wymienianiu dysfunkcji konkretnych organów oraz chorób, których występowanie świadczy o braku zdrowia (np. choroby stawów, serca, problemy z układem pokarmowym) oraz wskazywaniu na dobre wyniki badań lekarskich jako wskaźnik dobrej kondycji organizmu. Wypowiedzi kobiet świadczyły o tym, że są one oswojone z medyczną terminologią: „Brak takich wskaźników typowo bólowych, że coś ci dolega" (KSR_2_41); „Uwzględniłabym aspekt i ten fizyczny, somatyczny i ten psychiczny. [...] brak no, znowu jakichś poważnych dolegliwości, dysfunkcji" (KSR_5_47); „Podatność na różne rzeczy, na różnego rodzaju wirusy, bakterie, zarazki" (KSR_1_38). Może to wynikać z częstszych kontaktów kobiet (w porównaniu z mężczyznami) z lekarzami oraz szukania informacji dotyczących zdrowia także w innych (nieprofesjonalnych, alternatywnych) źródłach wiedzy jak Internet (Nowak, Chalimoniuk-Nowak 2015: 38). Wiąże się to z ich rolą „domowego lekarza", zapewnianiem przez nie opieki zdrowotnej dzieciom i innym członkom rodziny (Tobiasz-Adamczyk 2000: 61). W związku z tym „muszą" one znać określone symptomy chorobowe, rozpoznawać niepokojące objawy, umieć opisać je lekarzowi. Ponadto wskazuje się, że większe zainteresowanie kobiet własnym stanem zdrowia i ich większa świadomość zdrowotna wynika z procesu socjalizacji: „w okresie dojrzewania rodzice poświęcają więcej uwagi problemom dziewczynek niż chłopców. Powoduje to, że dziewczęta są bardziej wyczulone na wszelkie dolegliwości" (Synowiec-Piłat 2002: 90) oraz zmiany zachodzące w ich ciałach (Ostrowska2006: 117). Co więcej, zdaniem A. Buczkowskiego, opisującego proces medykalizacji kobiecego ciała, kobiety „postrzegane

przez pryzmat swoich organów reprodukcyjnych" podlegają „stałemu dozorowi medycznemu" (Buczkowski 2005: 144).

Uczestniczki badania więcej miejsca niż mężczyźni poświęcały w swoich wypowiedziach zdrowiu psychicznemu, bardziej szczegółowo je opisywały, wymieniając problemy związane z depresją, odczuwaniem smutku, rozdrażnienia, zdenerwowania, braku sensu itp. Pojawiały się tu uwagi, że zdrowie fizyczne (prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego układów i narządów, brak objawów chorobowych) nie zawsze idzie w parze ze zdrowiem psychicznym i że pożądana jest równowaga pomiędzy oboma wymiarami zdrowia: „Przede wszystkim (zdrowie – przyp. aut.) z naukowego punktu widzenia są to wyniki badań, ale nie zawsze, czasem wyniki badań są super, a człowiek chodzi i mówi, jaki jest schorowany, jak mu jest źle w życiu, że wszystko jest bez sensu, że nie wiadomo, co tam się dzieje" (KM_5_28). Miarą prawidłowo funkcjonującej sfery „duchowej" było dla respondentek poczucie życiowej równowagi, przekonanie jednostki, że jej się „układa w życiu", brak zmartwień, optymizm, czyli ogólnie rzecz biorąc zadowolenie z życia, a także zadowolenie z siebie, energia życiowa oraz normalne relacje z innymi ludźmi. Mężczyźni z reguły ograniczali się do stwierdzenia, że definiując zdrowie, należy także uwzględniać kwestię psychiki, ewentualnie utożsamiali zdrowie psychiczne z byciem zadowolonym z siebie i z życia, chęcią do życia, a także sprawnością umysłową. Zwraca uwagę fakt, że używanie pojęcia „sprawności" (przede wszystkim fizycznej, ale i psychicznej) do opisu zdrowego człowieka jest charakterystyczne dla mężczyzn i odpowiada stereotypowi męskości.

To przywiązywanie wagi przez kobiety do zdrowia psychicznego i równowagi „duch–ciało" wiązać można ze stwierdzaną w badaniach naukowych subiektywnie ocenianą gorszą kondycją psychiczną przedstawicielek płci żeńskiej (CBOS 2012a: 93, 96) oraz ich większą podatnością na takie choroby psychiczne jak depresja czy zaburzenia lękowe (Tobiasz-Adamczyk 2000: 124; Ostrowska 2006: 120; Frąckowiak-Sochańska 2011: 396). Wskazuje się, że wynika to z doświadczanych przez nie społecznych stresów związanych m.in. z obciążeniem obowiązkami domowymi, problemami finansowymi (feminizacja ubóstwa), niedocenianiem ich pracy domowej i brakiem satysfakcjonującej gratyfikacji za pracę zawodową (ograniczony awans zawodowy, niższe zarobki w porównaniu z mężczyznami), mniejszymi możliwościami samorealizacji (Ostrowska 2006: 120). Jak stwierdza Antonina Ostrowska: „kobiety częściej ulegają depresji, ponieważ mają ku temu powody. Są one związane głównie z niekorzystnym układem ról społecznych i strukturą szans w społeczeństwie" (Ostrowska 2006: 120).

Częstsze włączanie przez kobiety kwestii psychiki do ogólnych definicji zdrowia oraz wskazywanie przez nie różnych, także negatywnych aspektów kondycji psychicznej może również wynikać z faktu, że w procesie socjalizacji rozwijają one większą w porównaniu z mężczyznami umiejętność dzielenia się z otoczeniem swoimi problemami i szukania wsparcia, także w przypadku dolegliwości natury psychicznej (Ostrowska 2006: 121; Tobiasz-Adamczyk 2000: 127). Umieją je nazwać i mówić o nich otwarcie. W tradycyjnym modelu męskości wszelkie zaburzenia i dolegliwości, tym bardziej sfery „duchowej" traktowane są jako słabość, nie wspomina się o nich. Uczestniczący w badaniu mężczyźni, choć uwzględniali psychikę w swoich opisach zdrowia, utożsamiali je jednak raczej ze sprawnością fizyczną.

Kobiety w swoich definicjach zdrowia, gdy odwoływały się do „sprawności funkcjonalnej" (Sokołowska 1980: 126) rzadko wspominały o pracy zawodowej, odnosiły się raczej do możliwości wykonywania codziennych czynności, „robienia, co się chce", sprawnego funkcjonowania bez ograniczeń dotyczących odżywiania się, poruszania się, także uprawiania sportu: „Robię, nie narzekam, nie meczę się" (KSR_15_62); „No być zdrowym, to nie mieć żadnych dolegliwości i móc być aktywnym, latać, biegać i bez jakichś ograniczeń" (KST_8_70). W kobiecych definicjach zdrowia pojawiło się określenie „mieć siłę" – do życia, do wstania z łóżka, do działania – odnoszące się zarówno do siły fizycznej, jak i chęci do życia:

> No właśnie być zdrowym do pracy, mieć siłę do wstania rano, cieszenia się życiem. Mieć po prostu siłę do życia (KST_10_71). Czyli to, że człowiek wstaje rano bez problemu. [...] znaczy nie ma problemów, może zrobić to, co chce, czyli ma siłę, możliwość zrobienia bez problemu, np. no nie wiem pójść pograć w piłkę, na basen i wraca powiedzmy z tego basenu i ma siłę coś tam jeszcze zrobić (KM_2_24).

Traktowanie „siły" jako wyznacznika zdrowia przez kobiety mogłoby świadczyć o rzeczywistej „słabości" kobiecej płci albo poczuciu takiej słabości w obliczu obciążenia wieloma obowiązkami – żeby im podołać, potrzeba siły. Ponadto w kobiecych definicjach pojawiły się wskazania, (które nie pojawiły się w wypowiedziach mężczyzn biorących udział w badaniu), że zdrowie oznacza samodzielność, niezależność od innych w codziennej aktywności oraz możliwość pomagania innym – „bycie użyteczną dla innych" (KST_6_69). Badane obawiały się, że w związku ze złym stanem zdrowia mogłyby potrzebować wsparcia, podczas gdy ich społeczne kobiece role wiążą się z służeniem pomocą, a nie korzystaniem z niej.

Zapytani mężczyźni nieco częściej niż biorące udział w badaniu kobiety odwoływali się w tworzonych przez siebie definicjach zdrowia

do kryterium normalnego codziennego funkcjonowania, przy czym wskazywali oni na możliwość bycia aktywnym zawodowo oraz uprawiania sportu czy realizowania innego hobby:

> Bycie zdrowym [...] to można wtedy wszystko. To znaczy pracować, nie wiem, biegać, nie wiem, skakać, wszystko (MM_9_30). Możliwość rozwoju własnych hobby, zainteresowań [...]. Jeżeli pozwala nam na rozwijanie się, robienie tego, czego chcemy również w sportach, to uważam, że to jest ogólne zdrowie (MSR_4_40). Być zdrowym. Pracować, urzędować, i zabawić się i maszerować i zwiedzać, to być zdrowym (MST_12_72).

Charakterystyczne dla uczestniczących w badaniu mężczyzn określanie zdrowia przez zawodową aktywność przejawiało się także w podkreślaniu przez nich, że zdrowy człowiek nie bierze zwolnień lekarskich – pracuje i zarabia.

Wskazywanie różnych aspektów „sprawności funkcjonalnej" jako przejawu zdrowia przez kobiety i mężczyzn może wynikać z patriarchalnej dychotomii płci prywatne–publiczne. Kobiety mają być zdrowe, by wypełniać swoje role domowe, muszą być same sprawne, by nie obciążać sobą innych, a wręcz przeciwnie, móc im jak najdłużej pomagać (np. jako babcie w opiece nad wnukami). Mężczyznom z kolei zdrowie jest potrzebne przede wszystkim do funkcjonowania w sferze publicznej, co wiąże się z rolą żywiciela rodziny, ewentualnie, by móc rozwijać także inne formy pozadomowej aktywności, ukierunkowanej na zaspokojenie ich własnych potrzeb (rozwijanie zainteresowań).

Uczestniczący w badaniu mężczyźni w swoich definicjach zdrowia odwoływali się także do innego aspektu kulturowego modelu męskości – sprawności fizycznej. Wyznacznikiem zdrowia była dla nich dobra kondycja fizyczna, przejawiająca się w zdolności do różnego rodzaju aktywności ruchowej i sportowej. O byciu zdrowym świadczy w ich przekonaniu np. możliwość przebiegnięcia określonego odcinka, podniesienia ciężaru, wykonania gimnastycznego ćwiczenia:

> Potrafić też bez problemu przebiec i wykonać podstawowe ćwiczenia fizyczne, które robiło się na WF-ie w sposób właściwy i w wymaganej liczbie powtórzeń (MM_5_26). Być wysportowanym (MSR_13_60). Ja mam dobrą kondycję, ja to wytrzymuję, [...] jeżeli w swoim wieku jeszcze potrafię jeszcze wiele rzeczy, właśnie na tym parkiecie (grając w siatkówkę – przyp. aut.) sobie pozwolić, to chyba znaczy, że jestem zdrowy. No w miarę zdrowy (MST_5_64).

Zdrowie – rozumiane jako fizyczna siła i sprawność – przejawia się także w seksualnej aktywności mężczyzny: „No być zdrowym to znaczy być sprawnym. Sprawnym fizycznie i psychicznie. Już nie mówiąc o takich sprawach intymnych, jak tam seks czy coś tam tego rodzaju, ale to

też ma wpływ" (MST_13_77). Zdrowie mężczyzny, zgodnie z patriarchalnym modelem płci, utożsamiane jest zatem z fizyczną siłą, wytrzymałością oraz witalnością.

Gdy w analizie wypowiedzi kobiet i mężczyzn uwzględnimy wiek, okazuje się, że osoby młode, w średnim wieku i stare różnią się w sposobie pojmowania zdrowia. Przyjrzyjmy się najpierw definicjom zdrowia tworzonym przez respondentki w trzech kategoriach wiekowych.

W badanej zbiorowości kobiet młode uczestniczki wyróżniały się utożsamianiem zdrowia z dbaniem o nie, działaniami na jego rzecz. W świetle ich definicji zdrowy jest człowiek, który dba o zdrowie, prowadzi zdrowy styl życia. Badane zwracały uwagę nie tylko na takie prozdrowotne działania jak odpowiednie odżywianie się, czy aktywność fizyczna, ale także działania szkodzące zdrowiu, np. stosowanie używek. Wypowiedzi te świadczą o przekonaniu części młodych kobiet, że o „jakości" zdrowia jako zasobu człowieka decyduje on sam i jego wybory dotyczące stylu życia: „Bycie zdrowym fizycznie to wiadomo posiadanie dobrych wyników, aktywny tryb życia, zdrowy tryb życia" (KM_10_30); „[...] to jest podejście [...]. Zdrowie dla mnie łączy się ze zdrowym trybem życia i z odżywianiem, odpowiednimi produktami" (KM_5_28). Taki sposób pojmowania zdrowia przez młode kobiety wynikać może z faktu, że dorastały one w kulturze kultu zdrowia, mody na zdrowy styl życia oraz propagowanej przez media indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Stąd młodzi – dotyczy to również mężczyzn – są bardziej niż osoby starsze podatni na ideologię healthismu, zgodnie z którą to jednostka ponosi odpowiedzialność za stan swojego zdrowia, a zdrowie jest nadrzędną wartością, której podporządkowane powinny być wszystkie sfery życia (Crawford 1980 za: Borowiec, Lignowska 2012). Pociąga to za sobą wymóg zdrowego stylu życia i podejmowania prozdrowotnych działań.

Charakterystyczne dla młodych uczestniczek badania było także stosunkowo częstsze niż w przypadku starszych respondentek podkreślanie znaczenia zdrowia psychicznego w definiowaniu zdrowego człowieka. Tylko w ich wypowiedziach pojawiły się uwagi dotyczące wpływu kondycji psychicznej jednostki na jej relacje z innymi ludźmi oraz konieczności korzystania z usług specjalisty, by określić stan zdrowia psychicznego:

> Być zdrowym to czuć się dobrze, nie zagrażać sobie ani innym [...]. No tutaj bardziej mi przyszło do głowy jakieś zdrowie psychiczne, tak? No bo czuć się dobrze i jednocześnie musieć co rano dźgnąć kogoś nożem, no to już niekoniecznie jest zdrowe. Więc mam na myśli właśnie to, żeby funkcjonować sobie jak gdyby dobrze, ale jednocześnie nie ingerować w przestrzeń innych osób (KM_4_27). Zdrowie, to też zdrowie psychiczne, tego niestety sami sobie nie zbadamy (KM_2_24).

Młode kobiety podkreślały, że określając kogoś mianem zdrowego, należy brać pod uwagę nie tylko dolegliwości i choroby ciała, ale także psychiki. Z kolei z wypowiedzi uczestniczek badania w średnim wieku oraz najstarszej kategorii wiekowej można wywnioskować, że dla części z nich pozytywny stan psychiczny jest konsekwencją dobrego zdrowia fizycznego: jeśli nic ci nie dolega, sprawnie funkcjonujesz, nie męczysz się, „masz siłę", to nie narzekasz i cieszysz się życiem: „Jak człowiekowi nic nie dolega to myślę, że jest w porządku, ok. [...] Lepszy humor jest" (KSR_14_53); „No i jest radosny człowiek, nic nie dolega" (KST_3_65). Z drugiej strony, stare respondentki zwracały uwagę, że psychika odgrywa ważną rolę w leczeniu chorób i radzeniu sobie z licznymi w ich wieku dolegliwościami, nie pozwala „poddać się", bo „jak jest chęć życia, to i zdrowie jest" (KS_1_64).

To stosunkowo częstsze wskazywanie przez młode osoby (zaobserwowane także w grupie mężczyzn) znaczenia zdrowia psychicznego dla funkcjonowania jednostki może być efektem ich większej świadomości i wiedzy w porównaniu z osobami starszymi na temat problemów psychicznych dokuczających współczesnym ludziom. Młodzi dorastali i funkcjonują w świecie, w którym negatywne skutki stresu, problemy z układem nerwowym, depresją i innymi chorobami psychicznymi są nagłaśniane przez media, oferuje się różnego rodzaju medykamenty o działaniu uspokajającym, poprawiającym nastrój, bez których „nie można się obejść", intensywnie rozwijają się usługi psychoterapeutyczne w różnych formach. Ponadto „społeczeństwo ryzyka" sprzyja pojawianiu się problemów psychicznych w związku z rosnącym poczuciem niepewności, lęku, nieradzenia sobie z wymogami rynku pracy, konkurencji itp.

Młode rozmówczynie zauważały, że obiektywne, „naukowe" stwierdzenie dobrego stanu zdrowia nie zawsze idzie w parze z subiektywnym poczuciem bycia zdrowym. Tym samym podkreślały złożoność i trudność określenia zdrowia, które wymaga np. uwzględnienia zdrowia fizycznego i psychicznego. Ponadto według młodych uczestniczek badania nie wszystkie dolegliwości i kłopoty zdrowotne oznaczają brak zdrowia i bycie chorym. Oznaką braku zdrowia jest ich zdaniem poważna lub przewlekła choroba, wymagająca specjalistycznego leczenia i utrudniająca życie:

> Dla mnie niezdrowy, to już jak by ktoś miał, nie wiem, ciężką faktycznie taką chroniczną, trudną do wyleczenia chorobę, to jest [...]. Ale ja siebie uważam generalnie za osobę zdrową, mimo że tam mam różne hormonalne, czy miałam bardziej, problemy, takie typowo kobiece (KM_12_34). (Być zdrowym to – przyp. aut.) nie być pod opieką jakiegoś specjalisty, powiedzmy na stałe (KM_8_29).

Uczestniczki badania w średnim wieku równie często definiowały zdrowie poprzez brak choroby i dobre samopoczucie. Natomiast stare respondentki wydawały się bardziej zdawać na medycynę profesjonalną w ocenie stanu zdrowia, traktując lekarską diagnozę czy wyniki badań jak wyrocznię. To relatywnie duże „zaufanie" do lekarzy przedstawicielek tej kategorii badanych potwierdzają wyniki sondażu przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie Polaków, pokazujące że kobiety w wieku 60 lat i więcej traktują lekarzy jako autorytety w sprawie zdrowego stylu życia (Nauka w Polsce 2012). Ta „uległość wobec autorytetu" starych kobiet może być traktowana jako wyraz ich „kobiecej" – ukształtowanej w wyniku patriarchalnej płciowej socjalizacji – większej skłonności do konformizmu oraz „lokowania się" w relacji władzy na podporządkowanej pozycji.

Jeżeli chodzi o uczestniczki badania w średnim wieku, to tylko w ich grupie znalazła się respondentka, która wskazywała, że o zdrowiu człowieka „informuje" jego wygląd: „myślę że ten dobry wygląd świadczy o tym, że jest się zdrowym, bo ludzie chorzy, no jest też oznaka [...] po wyglądzie, że coś się tam dzieje" (KSR_14_53). Zwraca uwagę określenie „dobry wygląd", który w ustach kobiety i w odniesieniu do kobiety, i to w średnim wieku (nie młodej – „z definicji" atrakcyjnej) może wskazywać na zinternalizowane oczekiwanie, że trzeba „dobrze wyglądać". Stwierdzenie takie nie znalazło się w wypowiedziach młodych uczestniczek badania, które ze względu na wiek mają prawdopodobnie poczucie, że ich młody wygląd świadczy o ich dobrym zdrowiu. Nie wspominały o tym także stare kobiety, zdające sobie sprawę, że upływający czas i odczuwane, związane z wiekiem dolegliwości odbijają się na ich wizerunku.

To, co zwraca uwagę w definicjach zdrowia tworzonych przez kobiety w średnim wieku, to stosunkowo częste utożsamianie bycia zdrowym z brakiem bólu. Ból był przez nie traktowany jako sygnał ostrzegawczy, informujący, że coś złego dzieje się w organizmie i że trzeba zareagować – pójść do lekarza. Był postrzegany jako ograniczenie w normalnej aktywności i wiązany często z problemami z układem pokarmowym:

> No tak prozaicznie, że cię nic nie boli [...], brak takich wskaźników typowo bólowych, że coś ci dolega i nie możesz ruszyć się z domu (KSR_2_41). Ja myślę, że oznaką, że coś się dzieje to jest właśnie ból, jeżeli ten ból nie ustępuje, to idziemy, bo nie możemy sobie poradzić, idziemy do lekarza no i jest tam jakaś tego konsekwencja. Bo chyba nie ma bólu bez jakichś przyczyn chorobowych (KSR_14_53).

Stwierdzenia te świadczą o wspominanym wsłuchiwaniu się kobiet we własny organizm, wyczuleniu na symptomy choroby, związanym z ich

większą w porównaniu z mężczyznami świadomością zdrowotną. Wynika to także z osobistych doświadczeń respondentek w średnim wieku, zmagających się z różnymi dolegliwościami bólowymi. Młodych kobiet w związku z lepszą kondycją organizmu ten problem nie dotyczył, czy też dotyczył w mniejszym stopniu, stąd też rzadziej pojawiał się w ich definicjach zdrowia (zdrowie definiowane było przez nie przede wszystkim jako brak problemów zdrowotnych i chorób, nie bólu). Z kolei stare respondentki wydawały się być z bólem oswojone, dlatego też rzadziej o nim wspominały, opisując zdrowie. Jak stwierdziła jedna z nich, „w moim wieku, to jest takie powiedzenie, że jak się wstaje rano i coś boli, to znaczy, że żyję jeszcze" (KST_3_65). Jeżeli wspominały one o bólu, to przede wszystkim o bólu żołądka czy brzucha.

To, co łączyło definicje zdrowia podawane przez kobiety w średnim wieku i stare, to właśnie wskazywanie braku dolegliwości i schorzeń układu pokarmowego oraz możliwości jedzenia tego, co się chce jako oznaki bycia zdrowym: „Być zdrowym to znaczy, że jem wszystko, nic mnie nie boli i robię wszystko (KSR_15_62); „Nie mam żadnych dolegliwości, że nagle zjem coś i umieram na żołądek [...]" (KSR_9_54); „Móc jeść wszystko, co ci się podoba, a nie tylko sałatkę i suchy chleb z masełkiem" (KST_7_70). Wskazywać to może na doświadczane przez nie, związane z wiekiem, problemy zdrowotne i ograniczenia w sposobie odżywiania. Jak pokazuje analiza działań prozdrowotnych (zaprezentowana w dalszej części książki), fakt, że młode respondentki w ogóle o tym nie wspominały, może wynikać nie tylko z lepszej kondycji ich organizmu, w tym układu pokarmowego, ale także z większej wiedzy na temat właściwej diety, zasad odżywiania się itp.

Charakterystyczne dla definicji zdrowia podawanych przez stare uczestniczki badania było określanie go poprzez brak konkretnych chorób, przede wszystkim związanych z określonymi narządami, np. układem kostno-stawowym, sercem czy też wspominanym układem pokarmowym. Badane odnosiły się przede wszystkim do zdrowia fizycznego, które w ich wieku jest przedmiotem troski i opieki lekarskiej. Nieliczne z nich traktowały samopoczucie jako kryterium zdrowia, zdawały się raczej na diagnozę lekarską w określaniu kondycji organizmu. To zaufanie starszych do medycyny naprawczej może mieć charakter pokoleniowy. Przekonanie, że to nauka i instytucjonalna służba zdrowia jest remedium na choroby człowieka, wiąże się z biomedycznym modelem zdrowia, dominującym do lat siedemdziesiątych XX wieku, gdy „odkryto" znaczenie stylu życia i społeczno-kulturowych uwarunkowań zdrowia (Ostrowska 1998; 2009). Jeżeli stare respondentki odwoływały się do subiektywnych kryteriów, to dobre samopoczucie nie było określane przez nie w kategoriach pozytywnych, jak w przypadku respondentek młodych i w średnim

wieku, a utożsamiane z brakiem dolegliwości: zdrowy człowiek nie tyle „dobrze się czuje", co nie czuje bólu, dyskomfortu (nic go nie boli, nie myśli o zdrowiu, bo nie odczuwa żadnych dolegliwości).

Uczestniczki badania w trzech kategoriach wiekowych różniły się także w rozumieniu sprawności fizycznej jako kryterium zdrowia. Młode rozmówczynie utożsamiały ją ze sprawnym poruszaniem się, uprawianiem sportu (dostosowanego do „możliwości organizmu"), zdolnością do wysiłku fizycznego: „I mieć takie warunki fizyczne, żeby zrobić to, na co ma się ochotę, wycieczki rowerowe czy piesze. Znać możliwości swojego organizmu" (KM_9_30). W wypowiedziach badanych w średnim wieku zwracało uwagę kojarzenie sprawności z „niemęczeniem się" w trakcie wykonywania codziennych czynności i wysiłku fizycznego związanego np. z wejściem na schody. Stare uczestniczki badania wskazywały na „bycie w ruchu" na co dzień, choć zdaniem jednej z badanych miarą zdrowia (utożsamianego ze sprawnością ruchową czy fizyczną) jest także aktywność rekreacyjna (chodzenie po górach, piesze wycieczki): „Że nie mam na przykład takich ograniczeń, że nie mogę kawałek pobiec, że nie mogę wsiąść na rower, że nie mogę na jakąś górę wejść, bo wchodzę na różne góry. Nie mam takich ograniczeń w tej chwili jeszcze" (KST_4_66).

Stare respondentki wyróżniały się na tle młodszych uczestniczek badania, wskazując w swoich definicjach zdrowia na znaczenie samodzielności, niezależności od innych w codziennych domowych obowiązkach, higienie osobistej. To w tej kategorii badanych znalazła się kobieta definiująca zdrowie poprzez możliwość „bycia użytecznym", pomocy innym, aktywne uczestnictwo w życiu bliskich osób. W wypowiedziach tych znajduje wyraz przekonanie, że rolą kobiety jest pomagać i służyć bliskim, a nie samej takiej pomocy oczekiwać. Kobiety mają być zdrowe nie tyle dla siebie, co dla innych, by nie absorbować ich swoją osobą, a wręcz przeciwnie, być do dyspozycji.

Różnice w definiowaniu zdrowia zaobserwowano także, analizując wypowiedzi mężczyzn z uwzględnieniem ich wieku. Tylko młodzi respondenci wskazywali na związek zdrowia z wyglądem. W ich przekonaniu zdrowy człowiek wygląda „dobrze" czy „normalnie": „Kiedy człowiek wygląda i zachowuje się normalnie i nie odczuwa przy tym żadnego bólu, czyli nie nękają go żadne dolegliwości, to znakiem tego, że jest zdrowy" (MM_3_22); „Dobrze wyglądać też. Zdrowie to jest brak nadwagi [...]" (MM_10_31). Zwrócenie przez nich uwagi na kwestię „dobrego wyglądu" jest przejawem opisywanej wcześniej (patrz rozdział dot. postaw wobec wyglądu) androgynizacji postaw młodych ludzi wobec wyglądu – młodzi mężczyźni, podobnie jak kobiety, mają poczucie, że wygląd stanowi istotny zasób ich kapitału ludzkiego i należy o niego dbać. Przy czym, jak już

zauważono, w grupie kobiet tylko jedna z respondentek w średnim wieku wspomniała o związku wyglądu i zdrowia.

To, co charakterystyczne dla definicji zdrowia tworzonych na użytek badania przez młodych mężczyzn, co pojawiło się również w wypowiedziach ich rówieśniczek, to określanie zdrowia poprzez dbanie o nie, kojarzenie go ze zdrowym stylem życia, odwoływanie się do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Młodzi badani obu płci zauważali również, że mianem zdrowej osoby można określić także człowieka cierpiącego na jakieś schorzenie, ale umiejącego z nim żyć, radzącego sobie ze zdrowotnymi ograniczeniami: „(Być zdrowym to – przyp. aut.) nie mieć jakichś poważnych chorób, a nawet jeżeli ludzie mają, to potrafią z tym żyć, czują się młodo, aktywni się czują, nie wykluczają się z wielu obszarów życia codziennego" (MM_10_31). Znajduje tu wyraz przeświadczenie młodych, że to w dużej mierze od człowieka zależy, jak się czuje i jak żyje, czy pozwala na to, by problemy zdrowotne go w jakiś sposób ograniczały.

Młodzi mężczyźni częściej niż starsi respondenci definiowali zdrowie poprzez sprawność funkcjonalną, normalne codzienne funkcjonowanie, związane z możliwością wykonywania różnych czynności bez ograniczeń, pełnienia ról rodzinnych i zawodowych: „Codziennie funkcjonować normalnie, być dostępny dla rodziny" (MM_13_32); „Bycie zdrowym [...], to można wtedy wszystko. To znaczy pracować, nie wiem, biegać, nie wiem, skakać, wszystko" (MM_9_30). Zwraca tu uwagę fakt podkreślenia aktywności mężczyzny nie tylko w sferze publicznej, związanej z pracą zawodową, ale także w sferze prywatnej, w rolach rodzinnych. Aspekt ten pojawił się jedynie w wypowiedziach młodych badanych, co może być wynikiem zmian zachodzących we współczesnych rodzinach, dotyczących m.in. zmiany układu ról płciowych. Przejawia się to w tzw. „nowym", „aktywnym" ojcostwie (Dzwonkowska-Godula 2015; Grygiel 2010; Sikorska 2009). Młodzi mężczyźni są bardziej zaangażowani w życie rodzinne niż przedstawiciele wcześniejszych pokoleń.

Charakterystyczne dla młodych rozmówców było także traktowanie sprawności i kondycji fizycznej oraz możliwości uprawiania sportu jako kryteriów definicyjnych zdrowia. To oni wskazywali na konkretne „mierniki" tak określanego zdrowia:

> Że jak chcę podbiec do autobusu, to mogę podbiec, że jak chcę coś podnieść, to mogę to podnieść, jak chcę wstać, to mogę wstać (MM_6_27). Bycie zdrowym oznacza brak barier do wykonania jakiejś czynności, którą sobie wymyślisz tak? Chcesz wykonać przewrót w przód, jesteś w stanie go zrobić, ok fajnie, to znaczy nie jest jeszcze z tobą tak źle, tak? (MM_7_28).

W ich przekonaniu sprawny organizm i dobra kondycja fizyczna wzmacniają odporność, ograniczają ryzyko zachorowań na różnego rodzaju infekcje. Starsi uczestnicy badania (w średnim wieku i starzy) również wspominali o „byciu wysportowanym" czy aktywności sportowej, ale rzadziej i nie wymieniając szczegółowo form ruchowej aktywności.

Respondenci w średnim wieku definiowali zdrowie, przede wszystkim odwołując się do kondycji psychicznej. A zatem w ich przekonaniu zdrowy człowiek cechuje się witalnością, energią do działania i pracy, zadowoleniem z życia, optymizmem:

> Zdrowie to pewnego rodzaju taka witalność. Taki zespół czynników, który powoduje, że wszystko jest we mnie w porządku [...], po prostu chce mi się (MSR_1_38). Jeśli nie mam problemu, jeśli dobrze wstaję, [...] jak otwieram oczy rano, to się budzę z uśmiechem, [...] uwielbiam wstawać rano w poniedziałek i iść do pracy. [...] takie budzenie rano jest takim fajnym osobistym cudem, że hurra. I to otworzenie oczu to jest włączenie silnika. Takiego do życia (MSR_12_58). Oprócz tych obiektywnych wskaźników to zdrowie to jest to, że jestem zadowolony z życia, z całości. Jestem optymistą, śmiało patrzę w przyszłość (MSR_3_40).

Oni także stosunkowo najczęściej w grupie objętych badaniem mężczyzn określali zdrowie, odnosząc się do subiektywnego kryterium: dobrego samopoczucia. Z drugiej strony, kluczowe było dla nich także „kryterium medyczne" (Puchalski 1997: 106), przy czym bycie zdrowym definiowali nie przez dobre wyniki badań lekarskich, ale poprzez brak konieczności chodzenia do lekarza, brania lekarstw oraz korzystania ze zwolnień chorobowych. A zatem według uczestników badania w średnim wieku zdrowy człowiek to człowiek, który dobrze się czuje, jest w dobrej kondycji psychicznej oraz nie musi chodzić do lekarza i leczyć się. Można w tej definicji odnaleźć odniesienia do patriarchalnej koncepcji męskości, w świetle której mężczyzna nie choruje, nie ma zatem potrzeby korzystania z medycyny profesjonalnej, jakiekolwiek problemy zdrowotne i dolegliwości, szczególnie natury psychicznej mu „nie przystoją", są bowiem traktowane jako przejaw słabości.

Uczestniczący w badaniu mężczyźni z pozostałych kategorii wiekowych również odnosili się do psychiki w swoich definicjach zdrowia, utożsamiając ją m.in. ze wspominanym pozytywnym nastawieniem, zadowoleniem z życia i z siebie. Jedynie młodzi mężczyźni rozumieli zdrowie psychiczne także jako brak chorób psychicznych („bycie wariatem", depresja), co wiąże się z zaobserwowaną także u ich rówieśniczek większą świadomością zdrowotną młodych ludzi dotyczącą psychiki jednostki, jej znaczenia dla ogólnie rozumianego zdrowia oraz dolegliwości i chorób psychicznych. Starzy respondenci z kolei jako jedyni wśród objętych

badaniem mężczyzn odnosili zdrowie psychiczne do sprawnego umysłu, np. dobrej pamięci, co z kolei wynika z obserwowanego przez nich pogarszania wraz z wiekiem zdrowia w tym wymiarze.

Ponadto tym, co wyróżniało starych rozmówców, było uwzględnianie przez nich w definicjach zdrowia ekonomicznego aspektu bycia zdrowym. Wskazywali oni nie tylko na możliwość pracy, a więc zarabiania pieniędzy przez zdrowego człowieka, ale także brak kosztów związanych z leczeniem: „Jak zaczyna już coś dolegać, zaczyna się już coś dziać to znaczy, że nie jestem zdrowy, a co za tym idzie trzeba iść do lekarza, trzeba ponieść odpowiednie koszty, tzn. leki, żeby znowu wrócić do jakiejś przyzwoitej normy" (MST_11_71). Tylko w tej grupie badanych wspomniano także o sprawności seksualnej jako wskaźniku zdrowia. Nie mówili o tym ani młodzi ani respondenci w średnim wieku, nie chcąc prawdopodobnie w żadnym razie podawać w wątpliwość męskiej potencji, świadczącej o byciu „prawdziwym" mężczyzną. Wypowiadający się na ten temat respondent z najstarszej kategorii wiekowej zaznaczał, że jego „już to tak bardzo nie interesuje, bo w moim wieku to już [...] nie ten" (MST_13_77). Jednak dał wyraz przekonaniu, że mężczyzna musi się także „sprawdzać w łóżku".

Wreszcie starzy mężczyźni uczestniczący w badaniu, definiując zdrowie, mówili ogólnie o dolegliwościach („coś dolega"), rzadziej o chorobach jako wyznaczniku bycia niezdrowym. Przypomnijmy, że ich rówieśniczki wymieniały konkretne schorzenia świadczące o braku zdrowia. Te bardziej „ogólnikowe" i lakoniczne wypowiedzi starych respondentów mogą świadczyć o ich gorszej w porównaniu z kobietami w ich wieku wiedzy na temat zdrowia i różnego rodzaju chorób, także tych związanych z wiekiem lub też o braku przywiązywania wagi do problemów zdrowotnych, zgodnie z zasadą „mężczyźni nie chorują". Ponadto, co jest charakterystyczne dla starych uczestników badania obu płci, określanie zdrowego człowieka jako takiego, „któremu nic nie dolega" odnosiło się przede wszystkim do zdrowia fizycznego: sprawnego funkcjonowania organizmu, nieodczuwania bólu, braku chorób różnych narządów.

Reasumując, analiza definicji zdrowia podawanych przez kobiety i mężczyzn w trzech kategoriach wiekowych pozwala zauważyć wpływ socjalizacji płciowej i kulturowych koncepcji płci na sposób określania, co to znaczy być zdrowym. Zgodnie z kulturowymi ideałami kobiecości i męskości zdrowie jest przedmiotem troski kobiet, którym daje się większe przyzwolenie na odczuwanie, a przede wszystkim przyznawanie się do różnego rodzaju dolegliwości i problemów zdrowotnych i u których rozwija się większą świadomość zdrowotną. Wypowiadający się przedstawiciele płci męskiej dawali wyraz przekonaniu, że zdrowy mężczyzna to ten, który jest sprawny fizycznie i psychicznie, zdolny do pracy, nie korzysta z opieki lekarskiej, dobrze się czuje.

Uwzględniając wiek badanych, można zauważyć, że młodzi są do siebie bardziej podobni w rozumieniu zdrowia niż kobiety i mężczyźni w starszych kategoriach wiekowych. Młodych łączyło m.in. definiowanie zdrowia poprzez odwołanie do zdrowego stylu życia, większe przywiązywanie wagi do zdrowia psychicznego i większa świadomość zdrowotna w tym zakresie. Zaobserwowane różnice definicji zdrowia formułowanych przez osoby w różnym wieku mogą wynikać z jednej strony z kulturowych koncepcji wieku: młodości, wieku średniego i starości, tworzonych na podstawie charakterystyk wieku biologicznego. A zatem np. różnice w ujmowaniu sprawności fizycznej jako kryterium definicyjnego zdrowia są konsekwencją różnic w fizycznych możliwościach młodego i starego organizmu. Z drugiej strony możemy tu mieć do czynienia z różnicami generacyjnymi, wynikającymi z socjalizacji kolejnych pokoleń w odmiennych warunkach społeczno-kulturowych. Na przykład częstsze wskazywanie przez młodych na znaczenie zdrowia psychicznego może być efektem ich większej wiedzy na temat problemów psychicznych dokuczających współczesnym ludziom, w wyniku nagłaśniania przez media kwestii związanych z stresem, problemami z układem nerwowym, depresją i innymi chorobami psychicznymi. Podobnie utożsamianie zdrowia z dbaniem o zdrowie przez młodych ludzi wynikać może z faktu, że dorastali oni w kulturze, w której propaguje się ideologię healthismu i modę na zdrowy styl życia. Wydaje się także, co potwierdzają rozważania dotyczące innych aspektów postaw wobec zdrowia, prezentowane w kolejnych rozdziałach, że dostrzeżone różnice w sposobie myślenia o zdrowiu wypowiadających się kobiet i mężczyzn ze starszych grup pokoleniowych, mogą wynikać z patriarchalnego modelu ich socjalizacji, opartego na odmiennych oczekiwaniach stawianych przedstawicielom obu płci. Podobieństwo przekonań w młodym pokoleniu może być przejawem „nowoczesnego" sposobu definiowania kobiecości i męskości, prowadzącego do depolaryzacji płci i androgynizacji (Arcimowicz 2003; Dzwonkowska-Godula 2015). Przykładem mogą tu być wypowiedzi młodych mężczyzn, niemających problemu z mówieniem o psychicznych aspektach zdrowia czy też zwracających uwagę na związek zdrowia z wyglądem, co w świetle patriarchalnej koncepcji płci można by traktować jako „niemęskie". Można zatem uznać za zasadne postawienie hipotezy, że płeć słabo różnicuje postawy wobec zdrowia młodych ludzi, co zaobserwowano tu w odniesieniu do jednego z aspektów komponentu poznawczego tej postawy: sposobu rozumienia tego zasobu. Przekonania osób w średnim wieku i starych są zróżnicowane ze względu na płeć, co wynika z realizowania przez nie w większym zakresie patriarchalnych wzorów kobiecości i męskości.

5.1.2. Czynniki wpływające na stan zdrowia według kobiet i mężczyzn w różnym wieku (Krystyna Dzwonkowska-Godula)

Komponent poznawczy postaw wobec zdrowia „obejmuje przekonania i wiedzę o obiekcie postawy, jego naturze i własnościach" (Nowak 1973: 43). W wywiadach swobodnych przeprowadzanych z kobietami i mężczyznami w różnym wieku znalazło się pytanie o czynniki warunkujące stan zdrowia. Badani określali, od czego, ich zdaniem, zależy zdrowie. Przekonania na ten temat stanowią istotny element świadomości zdrowotnej i leżą u podstaw aktywności/bierności w zakresie dbałości o ten zasób kapitału ludzkiego. Jeżeli bowiem jednostki mają poczucie, że ich zdrowie zależy od nich samych, od ich stylu życia, podejmowanych działań, można spodziewać się, że będą one czuły się odpowiedzialne za stan własnego zdrowia i będą „brały sprawy we własne ręce". Osoby przekonane, że stan zdrowia nie zależy od nich, ale jest „dany", „zastany" oraz uwarunkowany zewnętrznymi, niezależnymi od nich czynnikami, mogą okazywać się bierniejsze w zakresie działań prozdrowotnych.

W naukowym dyskursie na temat czynników kształtujących zdrowie dominuje (od końca lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku) koncepcja „pól zdrowia" Marca Lalonde'a, według której największy wpływ na stan zdrowia człowieka ma jego styl życia (50–60%), następnie czynniki środowiskowe (przy czym ma się tu na względzie wpływ środowiska fizycznego na poziomie 5–10% oraz otoczenia społecznego na poziomie 25%), czynniki genetyczne (biologiczne) (5–15%) oraz medycyna, opieka zdrowotna (10–20%) (Ostrowska 1998: 149; Piątkowski 2002: 23). Mówi się o „społecznej naturze zdrowia", odchodząc od medycznej perspektywy postrzegania zdrowia i koncentrując się na społecznych determinantach stanu i ochrony zdrowia (Słońska 2010: 65). Wśród nich zwraca się uwagę na znaczenie „sfery wiedzy, poglądów, opinii i zachowań związanych ze zdrowiem", „laickich koncepcji zdrowia, laickich poglądów na temat dbania o zdrowie i jego ochrony oraz zachowań zdrowotnych" (Słońska 2010: 66).

Czynniki, od których zależy zdrowie człowieka, wskazywane przez uczestników badania – kobiety i mężczyzn w różnym wieku – odpowiadały w większości wymienianym wyżej polom. Przedstawiciele obu płci i wszystkich kategorii wieku dostrzegali znaczenie uwarunkowań zdrowia zarówno zależnych, jak i niezależnych od człowieka, takich jak: styl życia (w tym sposób odżywiania się, aktywność fizyczna, stosowanie używek), dbanie o zdrowie, obciążenia genetyczne oraz zdrowie psychiczne (co oznacza, że zdrowie jest utożsamiane w pierwszej kolejności ze zdrowiem fizycznym, traktowanym jako zależne od sfery psychicznej, duchowej). Inne wymieniane (już nie we wszystkich grupach badanych)

czynniki wpływające na stan zdrowia to środowisko życia (w sensie fizycznym: miejsce zamieszkania czy stan środowiska naturalnego oraz w sensie społecznym: rodzina, relacje z innymi ludźmi), narażenie na stres i umiejętność radzenia sobie z nim, czynniki ekonomiczne, praca zawodowa, służba zdrowia, wypadki losowe, przebyte choroby oraz wiek.

Analiza wypowiedzi badanych pokazuje, że płeć i upłciowiony wiek różnicują przekonania na temat uwarunkowań zasobów zdrowotnych. Przyjrzyjmy się najpierw poglądom kobiet i mężczyzn. Rozmówczynie nieco częściej od przedstawicieli płci przeciwnej wskazywały na znaczenie genów dla stanu zdrowia jednostki. Zaznaczały, że niektóre schorzenia, predyspozycje do określonych chorób, czy odporność na infekcje i długowieczność, są dziedziczone i człowiek nie ma na to wpływu. Niektóre z nich odwoływały się do własnych doświadczeń: „No, niezaprzeczalnie geny. Tak, że pochodzę ze zdrowej rodziny. W mojej rodzinie nie ma jakichś problemów zdrowotnych" (KM_15_35); „Jeśli chodzi o moje nogi, które bolą w nocy, to na pewno mam po ojcu" (KST_1_64). Kobiety wymieniały uwarunkowane genetycznie (w ich przekonaniu) konkretne choroby czy dysfunkcje organizmu (choroby przewlekłe jak cukrzyca, choroby nowotworowe), wykazując się wiedzą medyczną, a także poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie. Uczestniczki podkreślały bowiem, że świadomość takich genetycznych obciążeń pozwala na przeciwdziałanie pogorszeniu stanu zdrowia, podjęcie odpowiednich środków zaradczych (np. stosowanie określonej diety, czy regularna kontrola lekarska). Wyrażały przekonanie, że wiedza o ewentualnym ryzyku zachorowania zobowiązuje je do profilaktyki. Pojawiły się jednak także uwagi, że część chorób trudno wykryć we wczesnym stadium mimo badań profilaktycznych. Ta większa świadomość zdrowotna kobiet i troska o zdrowie w porównaniu z mężczyznami (przejawiająca się w różnych aspektach postawy wobec zdrowia, zarówno w komponencie poznawczym, jak i behawioralnym, co pokazują kolejne rozdziały niniejszego opracowania) wynika z procesu socjalizacji płciowej oraz roli opiekunki i domowego lekarza pełnionych przez kobiety w rodzinie.

Mężczyźni uczestniczący w badaniu, wskazujący na genetyczne wyposażenie jednostki jako czynnik wpływający na zdrowie, zdawali się bagatelizować jego wpływ (młodzi respondenci) albo podkreślali bezradność człowieka i nieuchronność choroby mimo podejmowanych działań, usprawiedliwiając tym samym bierność w dbaniu o zdrowie (badani w średnim wieku). W przypadku pierwszej grupy badanych ten lekceważący stosunek do biologicznych uwarunkowań stanu zdrowia mógł wynikać z tego, że młodzi respondenci nie zaobserwowali u siebie wynikających z nich dolegliwości bądź nie były to poważne schorzenia, utrudniające im życie: „Nadciśnienie u nas jest rodzinne, mój dziadek

ma, tata ma i ja mam, to jest genetyczne, ale bez przesady" (MM_2_22). Wyrażali oni przekonanie, że to jednak przede wszystkim ich zachowania determinują stan ich zdrowia. W przypadku drugiej grupy uczestników badania podawano przykłady przegranej w walce z chorobami uwarunkowanymi genetycznie, dochodząc niejako do wniosku, że nie warto się starać, bądź że nie należy spodziewać się zbyt wiele po podejmowanych prozdrowotnych działaniach: „[...] Bo jak ktoś ma choroby jakieś dziedziczne w rodzinie, to musi uważać, a czasami, to, że uważa, to nic nie pomoże, bo jak ma jakieś takie tendencje, to nie ma zmiłuj" (MSR_13_60).

Tym, co odróżniało wypowiedzi kobiet od wypowiedzi mężczyzn, było także częstsze wymienianie przez uczestniczki badania miejsca zamieszkania i środowiska życia jako czynnika wpływającego na zdrowie. Respondentki mówiły o negatywnym wpływie życia w mieście, zanieczyszczonym powietrzu, zagrożeniach związanych z odchodzeniem od natury i wszechobecną „chemią", elektrowniami atomowymi: „Na pewno środowisko, środowisko, to na pewno nie wpływa korzystnie. Może też to, gdzie mieszkamy czy na przykład w mieście, czy poza miastem" (KM_7_28); „[...] to może to, ogólny stan cywilizacyjny kraju, o, że to może mieć wpływ [...]. No te, te elektrownie atomowe i te różne takie, i ta chemia" (KST_14_86). Ich obserwacje potwierdzają wrażliwość kobiet na kwestie ekologiczne, przywiązywanie przez nie wagi do ochrony środowiska, wskazywane przez Geerta Hofstede, który traktował taką postawę jako jeden ze wskaźników kobiecego wymiaru kultury (Hofstede 2000; Malinowska 2003: 97).

Kobiety, wypowiadając się na temat czynników warunkujących stan zdrowia, nieco częściej niż mężczyźni mówiły także o znaczeniu zdrowia psychicznego dla ogólnej kondycji zdrowotnej człowieka. Wymienianie zdrowia psychicznego wśród czynników wpływających na stan zdrowia przez badanych (także mężczyzn) wskazuje, że zdrowie jest przez nich kojarzone w pierwszej kolejności z fizycznym dobrostanem, na który wpływa m.in. psychika. Jak zauważono we wcześniejszym podrozdziale poświęconym analizie sposobu rozumienia zdrowia przez badanych, to zaobserwowane większe przywiązywanie przez kobiety wagi do zdrowia psychicznego w porównaniu z mężczyznami może wynikać z ich subiektywnie ocenianej gorszej kondycji psychicznej oraz ich większej podatności na takie choroby psychiczne jak depresja czy zaburzenia lękowe (CBOS 2012a: 93, 96; Tobiasz-Adamczyk 2000: 124; Ostrowska 2006: 120; Frąckowiak-Sochańska 2011: 396). Odpowiadając na pytanie, od czego zależy zdrowie, respondentki z jednej strony wskazywały, że stan psychiki i nastawienie jednostki mają wpływ na zdrowie fizyczne i funkcjonowanie organizmu (np. wrzody żołądka spowodowane podatnością na stres),

a także radzenie sobie z chorobą (podawano przykłady hipochondrii i wmawiania sobie chorób, mogące działać jak samospełniające się proroctwo):

> Sądzę, że spokój psychiczny ma największy wpływ (KM_8_29). To na pewno jest naukowo udowodnione, że te, kiedy się uśmiechamy, to się nam wydzielają jakieś hormony, które podtrzymują nasz, nasze funkcjonowanie też, naszego organizmu, tak. Czyli to że jesteśmy radośni, śmiejemy się, jesteśmy optymistyczni, to wpływa też na stan zdrowia somatyczny, tak (KSR_5_47).

Z drugiej strony badane wypowiadały się na temat uwarunkowań zdrowia psychicznego, wymieniając relacje z ludźmi, ułożone życie rodzinne i zawodowe, dające poczucie komfortu psychicznego i szczęścia, dobrze wpływające na zdrowie: „[...] ogólnie relacje z ludźmi, praca, stan umysłu dookoła, to czy jesteśmy szczęśliwi, to wpływa na psychikę" (KM_10_30); „Poza tym dom, rodzina, ciepło rodzinne, dzieci udane to wszystko to wpływa na moje zdrowie fizyczne i ja to wszystko mam" (KST_5_67). W przytaczanych stwierdzeniach zwraca uwagę podkreślanie przez kobiety znaczenia rodziny w ich życiu i jej wpływu na ich psychiczną kondycję. Z części wypowiedzi wynika, że choroby bliskich osób, szczególnie dzieci, stanowią dla respondentek psychiczne obciążenie, co wynika z opiekuńczej roli kobiety oraz kształtowanego w procesie socjalizacji poczucia odpowiedzialności za zdrowie członków rodziny i kobiecej empatii. Ponadto konieczność sprawnego godzenia obowiązków rodzinnych i zawodowych przez kobietę była wskazywana przez badane jako czynnik motywujący je do dbania o zdrowie: „Może to zabrzmi śmiesznie. W tym momencie mój organizm wie, że sobie nie mogę pozwolić na chorowanie, bo przy ilości rzeczy, które się dzieją w moim życiu, przy dwójce dzieci, pracy i natężeniu tego, co się dzieje w ciągu dnia, jakbym miała się rozchorować, to by było mi ciężko" (KSR_1_38). Przytoczona wypowiedź była typowa dla respondentek, stwierdzających w wywiadach, że „one nie mogą być chore, bo kto by się zajął domem i dziećmi". Odwoływały się one do przypisanych kobietom ról opiekunki domowego ogniska, żony i matki. Kobieta zatem, jeśli dba o własne zdrowie, to nie dla siebie, a dla innych, by móc odgrywać swoje społeczne role.

Nie tylko jednak kobiety mówiły o znaczeniu relacji społecznych i życia rodzinnego dla zdrowia człowieka, chociaż „orientacja interpersonalna" jest powszechnie traktowana jako kobieca właściwość (Wiliams, Best 1982, za: Miluska 1996: 75). Respondenci – mężczyźni także podkreślali, że jakość życia prywatnego, rodzinnego wpływa na samopoczucie człowieka, a tym samym jego stan zdrowia:

> Jeśli w swojej aktualnej rodzinie jest toksycznie, masz tam kiepskie relacje, no to też raczej nie wpływa (dobrze – przyp. aut.) na twoje zdrowie, tak (MSR_3_40). (Czynniki – przyp. aut.) międzyludzkie, to znaczy, żeby był głównie spokój w domu. No spokój, nie denerwować się, nie kłócić, nie czepiać się rzeczy błahych, a robić z tego wielką awanturę. No to ma bardzo duży wpływ [...]. Tak, sytuacja rodzinna [...]" (MST_13_77).

Przy czym, co można zauważyć w przytoczonych wyżej wypowiedziach, badane wskazywały raczej na pozytywny wpływ rodziny i ułożonego życia prywatnego, podczas gdy mężczyźni, przede wszystkim ci w średnim wieku i starzy, mający za sobą więcej doświadczeń niż młodzi, mówili o negatywnym wpływie na zdrowie nie najlepszych relacji w rodzinie i konfliktów z bliskimi.

Uczestniczący w badaniu mężczyźni częściej niż respondentki wymieniali pracę zawodową jako czynnik wpływający na stan zdrowia człowieka. Niektórzy wskazywali na pozytywną rolę samego faktu bycia aktywnym zawodowo, inni podkreślali znaczenie rodzaju i warunków wykonywanej pracy, w tym atmosfery i relacji międzyludzkich:

> Praca, jedzenie, sposób życia i twoje zainteresowania jako hobby (mają wpływ na zdrowie – przyp. aut.) (MM_5_25). Na pewno praca, którą miałem, miała duży wpływ na stan zdrowia, bo pracowałem w warunkach szkodliwych, także chemikalia na pewno dały dużo negatywnego (MST_11_71). W pracy też były różne (stresujące – przyp. aut.) historie, bo różne donoszenia, skarżenia, niesłuszne jakieś tam donosy. Różnie to bywało (MST_13_77).

Uwzględnianie przez mężczyzn pracy zawodowej wśród uwarunkowań zdrowia świadczy o znaczeniu aktywności w sferze publicznej w ich życiu (jak wskazuje pierwsza z przytoczonych wyżej wypowiedzi, według niektórych ma ona pierwszoplanowe znaczenie dla kondycji zdrowotnej), co odpowiada patriarchalnemu modelowi męskości. Praca niektórych mężczyzn miała charakter fizyczny, wymagała siły i sprawności, co respondenci postrzegali jako atut, bo, przypomnijmy, że kryterium definicyjnym zdrowia dla wielu z nich była właśnie dobra kondycja fizyczna, którą udawało im się osiągać, po prostu wykonując swoje zawodowe obowiązki. W przypadku wypowiedzi kobiet, jeśli pojawiały się w nich wzmianki o pracy zawodowej, to dotyczyły one raczej jej negatywnego wpływu na zdrowie człowieka (a dokładnie samych rozmówczyń, bo odwoływały się one do swoich doświadczeń). Badane mówiły o pracy jako źródle stresów, niekorzystnym siedzącym trybie życia w związku z pracą przy komputerze czy zagrożeniu częstymi infekcjami towarzyszącym pracy z dziećmi. Zdaniem Beaty Tobiasz-Adamczyk:

> Relację pomiędzy karierami zawodowymi kobiet a ich stanem zdrowia (kondycją fizyczną, stresem psychicznym), można rozpatrywać w odniesieniu do narażenia na uwarunkowania środowiska pracy, przede wszystkim napięcia towarzyszącego wykonywanej pracy, szczególnie z racji wysokich wymagań i równocześnie niskiej autonomii (Tobiasz-Adamczyk 2009: 444).

Autorka wskazuje, że źródłem stresu dla kobiet może być także wielość pełnionych przez nie ról, często pozostających ze sobą w konflikcie, bo opartych na sprzecznych oczekiwaniach, wymagających „czasu, energii i psychologicznego zaangażowania" (Tobiasz-Adamczyk 2009: 444).

Wśród wymienianych przez wypowiadających się mężczyzn czynników wpływających na zdrowie pojawiły się także przyczyny ekonomiczne, związane bezpośrednio z pozycją na rynku pracy. Mówili o nich respondenci z każdej grupy wiekowej, w przypadku kobiet – tylko najstarsze respondentki. Przy czym wskazywały one przede wszystkim na wpływ posiadanych zasobów finansowych na dietę – „odpowiednie" czy „lepsze" odżywianie (KST_16_89; KST_9_71).

Mężczyźni natomiast podkreślali konieczność „inwestowania w zdrowie", co wiąże się z określonymi kosztami opłacenia „specjalistów, lekarzy, rehabilitantów, SPA, basenów i różnych dziwnych rzeczy" (MM_7_28), przyspieszenia wizyty lekarskiej, wykonania badań profilaktycznych od ręki, bez czekania w kolejkach (MSR_8_53). Ich wypowiedzi świadczą o traktowaniu przez nich zdrowia jako kapitału, zasobu, o który trzeba dbać, co wymaga określonych nakładów finansowych. Wskazywali oni tym samym na istnienie nierówności społecznych w sferze zdrowia, wynikających z różnic w statusie ekonomicznym:

> No i ten stan posiadania, możemy tak gadać, że nie, ale na pewno tak? No jeżeli masz ten zasób portfela trochę większy, to jesteś w stanie więcej dać sobie, tak? (MM_7_28). Niewątpliwie stan zasobów finansowych też ma wpływ na nasze zdrowie, prawda? Wtedy możemy sobie pozwolić na więcej, żeby to zdrowie zabezpieczyć w jakiś sposób (MSR_8_53).

Powyższe wypowiedzi korespondują z koncepcją „kapitału zdrowia" zaproponowaną przez Joannę M. Zabielską (Zabielska 2010: 343). Jednym z jego wymiarów jest „taka część dochodów, która wydatkowana jest na podwyższanie ogólnego stanu zdrowia (np. nieobowiązkowe, a płatne szczepienia, badania okresowe)" (Zabielska 2010: 343). Jak pokazują wyniki badania, w grupie respondentów to mężczyźni byli bardziej skłonni do „wyceniania" dbałości o zdrowie. Może to być z jednej strony przejaw ich „męskiej" racjonalności i instrumentalizmu. Z drugiej strony uzależnianie stanu zdrowia od statusu majątkowego pozwala części z nich „zrzucić winę" za złą kondycję psychofizyczną na czynniki zewnętrzne

– „nie mam pieniędzy, to nie chodzę do lekarza, nie leczę się, nie stać mnie, by o siebie zadbać", itp.

Charakterystyczne dla respondentów było także częstsze w porównaniu z uczestniczkami badania wymienianie przez nich stosowania używek – papierosów i alkoholu – wśród czynników wpływających na zdrowie. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że, jak pokazują badania społeczne, mężczyźni dominują w zbiorowości palaczy oraz osób spożywających wysokoprocentowe alkohole (Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012: 124–125). Jest to uwarunkowane kulturowo i wiąże się z mniejszym społecznym przyzwoleniem dla kobiet spożywających alkohol i palących papierosy (używki są uznawane za „niekobiece", negatywnie wpływające na urodę), podczas gdy męskość od wieków kojarzona jest z używaniem tego typu substancji psychoaktywnych (Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012: 125).

Uwzględniając w analizie zebranego materiału upłciowiony wiek, tj. kulturowe koncepcje kobiecości i męskości zróżnicowane w odniesieniu do ludzi będących w różnych fazach życia, dostrzegamy jego różnicujący wpływ na przekonania respondentów dotyczące czynników wpływających na zdrowie. W wyniku procesu socjalizacji i odmiennych społecznych oczekiwań kobiety i mężczyźni w różnym wieku zwracają uwagę na inne aspekty determinujące zdrowie człowieka. Przyjrzyjmy się najpierw zróżnicowaniu przekonań w zbiorowości badanych kobiet, by następnie porównać poglądy dotyczące uwarunkowań zdrowia wyrażane przez uczestniczących w badaniu mężczyzn reprezentujących różne kategorie wiekowe.

Młode respondentki stosunkowo częściej niż starsze badane wyrażały przekonanie o indywidualnej odpowiedzialności człowieka za własną psychofizyczną kondycję. To one przede wszystkim mówiły o znaczeniu stylu życia dla zdrowia, wskazując różne jego elementy:

> Jeśli bym cały czas siedziała w domu i po prostu opychała się fast foodami, to nie sądzę, żeby to było dla mnie zdrowe [...]. No na pewno jak ktoś pije alkohol tak często, no to też biedna wątroba też chyba nie da rady. No i jak się pali, no i jeśli ktoś nadużywa narkotyków, jeśli bierze takie inwazyjne, już nie mówię o jakiejś marihuanie, która nic nie robi w sumie, jakieś heroina itd. jak się patrzy na zdjęcia ludzi, to widać, co to z nimi robi. Też jak się człowiek prowadzi, jeśli się sypia z kim się popadnie, no to też można załapać, co się nie chce załapać. Więc sądzę, że takich rzeczy należy unikać (KM_3_24).

Młode rozmówczynie wyróżniały się przywiązywaniem wagi do sposobu odżywiania jako czynnika wpływającego na zdrowie: „Odżywiamy się niezdrowo, to jesteśmy niezdrowi" (KM_9_30). W ich wypowiedziach pojawiały się uwagi, że „jesteśmy tym, co jemy" oraz przykłady

stosowanych przez nie diet np. wegetarianizmu czy też określonych zasad żywienia (dotyczących wielkości oraz składu posiłków oraz częstotliwości ich spożywania). Badane zwracały uwagę, że niewłaściwa dieta wpływa niekorzystnie na wygląd, powoduje nadwagę i może prowadzić do różnych problemów zdrowotnych (podwyższenie poziomu cholesterolu, cukrzyca, ale także problemy z płodnością, o czym wspomniała jedna z respondentek). Biorąc pod uwagę wyniki badania dotyczące dbałości o wygląd, w których młode kobiety podkreślały znaczenie sposobu odżywiania się dla atrakcyjności fizycznej, można stwierdzić, że to priorytetowe traktowanie diety powodowane jest nie tyle zdrowotnymi względami, co chęcią bycia atrakcyjnym, tj. spełnienia ideału pięknej, czyli szczupłej kobiety. Ta „tyrania szczupłości" (Bartky2007, Wolf 2014), której poddawane są przede wszystkim młode kobiety, prowadzi do częstszego odchudzania się przez przedstawicielki „płci pięknej", także przy pomocy różnego rodzaju środków farmakologicznych (CBOS 2009a).

Młode rozmówczynie stosunkowo częściej niż badane ze starszych kategorii wiekowych mówiły o wpływie używek na zdrowie człowieka. Może to być wynikiem częstszego ich stosowania przez przedstawicieli tego pokolenia w porównaniu ze starszymi osobami[5], ale także zmiany modelu kobiecości, przejawiającej się m.in. w zwiększającym się społecznym przyzwoleniu dla palących i pijących alkohol kobiet w miejscach publicznych. Przedstawicielki młodego pokolenia jako jedyne w zbiorowości badanych kobiet zwracały także uwagę na konieczność dbania o zdrowie psychiczne. Wśród czynników warunkujących psychofizyczną kondycję człowieka wymieniały działania, mające na celu wyciszenie, rozwijanie sfery duchowej np. poprzez medytację: „Jakaś medytacja, którą zaczęłam się interesować w ostatnim roku, [...] czy jakaś taka potrzeba takiego wyciszenia się i takie zadbanie nie tylko o taką strefę zewnętrzną, estetyczną, ale też i duchową" (KM_15_35).

Młode badane w swoich wypowiedziach dawały wyraz przekonaniu, że to sama jednostka jest w stanie przyczynić się do zachowania, czy polepszenia swojego stanu zdrowia, bądź jego pogorszenia czy utraty. W niektórych przypadkach to poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie przybierało skrajne formy. Wśród młodych kobiet uczestniczących w badaniu znalazły się osoby przekonane o tym, że właściwie wszystko, co robią, wszystkie dokonywane przez nie wybory i podejmowane działania w każdej sferze życia mają wpływ na ich psychofizyczną kondycję. Ich wypowiedzi świadczą o dużej refleksyjności i świadomości zdrowotnej, a także zainteresowaniu własnym zdrowiem i możliwościami wpływu

5 Dotyczy to przede wszystkim picia alkoholu oraz zażywania narkotyków (CBOS 2010; 2011; 2012d).

na nie. Jako czynnik rzutujący na zdrowie badane wymieniały, obok stylu życia, dbanie o własną kondycję psychofizyczną, podkreślając konieczność świadomego rozwijania/utrzymywania tego zasobu przez jednostkę. Niektóre z nich wyrażały opinie, odwołując się niekiedy do wiedzy naukowej, że człowiek poprzez swoje działania – odpowiedni styl życia (dietę, aktywność fizyczną), dbanie o zdrowie – może nawet ograniczać ryzyko zachorowania na choroby, którymi jest genetycznie obciążony: „Większość chorób nowotworowych, które są dziedziczone, to też możemy przeciwdziałać. Czytałam ostatnio artykuł, że osoby, które uprawiają sport, mają mniejsze ryzyko zachorowania na nowotwory. Również na te niby genetycznie dziedziczone" (KM_9_30). Ich wypowiedzi świadczą o przenikaniu wiedzy naukowej do wiedzy potocznej o zdrowiu i jej wykorzystywaniu przez laików do analizy własnych problemów, sytuacji życiowych oraz podejmowania takich a nie innych działań (Giddens 2001: 32). Przede wszystkim wskazują one jednak, że młode uczestniczki badania szukają informacji na temat zdrowia i możliwości dbania o nie, korzystając ze specjalistycznej wiedzy. Możemy zauważyć tu zjawisko profesjonalizacji postaw wobec zdrowia. Same respondentki zwracały uwagę na to, że dbanie o zdrowie wymaga wiedzy, przy czym podkreślały, że powinna ona pochodzić z wiarygodnych źródeł. Ich opinie są z jednej strony wyrazem bezradności wobec wielości często sprzecznych ze sobą głosów na temat zdrowia i efektów prozdrowotnych działań (np. rozmaitych diet), a z drugiej strony wyrazem ostrożności i sceptycyzmu wobec wszechobecnych „ekspertów":

> Bardzo duży wpływ mają media i trzeba ustosunkować się do tego, co jest w telewizji, Internecie. Podchodzić do tego z dystansem i znajdować wiarygodne źródła wiedzy [...]. Ja staram się unikać Internetu. Jeżeli chcę się czegoś dowiedzieć, to wolę wziąć książkę, czyli takie źródło wiedzy, które wiem, że zostało napisane przez jakiegoś profesora, doktora, magistra i jeszcze musiało przejść przez jakiegoś redaktora i zostać sprawdzone (KM_2_24).

Dla respondentek w średnim wieku, w porównaniu z młodszymi i starszymi badanymi, charakterystyczne było wskazywanie na znaczenie zdrowia psychicznego jako czynnika wpływającego na zdrowie człowieka. Przypomnijmy, że młode uczestniczki badania wspominały o konieczności dbania o ten aspekt funkcjonowania organizmu, podczas gdy przedstawicielki „średniego" pokolenia uznawały samo zdrowie psychiczne za jedno z uwarunkowań kondycji psychofizycznej. Może to wynikać z fazy życia, w jakiej znalazły się respondentki. Wiek średni jest wskazywany jako czas, w którym człowiek dokonuje bilansu dotychczasowych osiągnięć i uświadamia sobie skończoność życia (Chmura-Rutkowska, Ostrouch 2007: 41). Towarzyszyć mu może „poczucie

przygnębienia i smutku z powodu utraty takich atrybutów młodości jak: witalność, siła, uroda, sprawność seksualna, wolność czy radość życia" (Chmura-Rutkowska, Ostrouch 2007: 43). W przypadku kobiet znaczenie ma także syndrom „pustego gniazda", związany z opuszczaniem przez dzieci domu rodzinnego, a także niesprzyjający im (ze względu na płeć i wiek) rynek pracy (Backes 2006, za: Tobiasz-Adamczyk 2009: 442). W swoich wypowiedziach respondentki mówiły o znaczeniu umiejętności radzenia sobie ze stresem i „uodporniania się" na różne stresujące wydarzenia życiowe: „w moim zawodzie to są na okrągło te stresy, ale człowiek się na pewne rzeczy uodparnia. [...] znam osoby, które tak, stres jest powodem wielu chorób. Łącznie z psychicznymi. Ludzie sobie nie radzą, no tak, tak. Śmialiśmy się z Amerykanów, że mają tych analityków, a teraz sami do nich zapylamy" (KSR_14_53).

Jak już wspomniano, kobiety mają większą łatwość mówienia o odczuwanych problemach natury duchowej czy psychicznej w porównaniu z mężczyznami. W wypowiedziach badanych w średnim wieku pojawiły się odwołania do takich osobistych, negatywnych doświadczeń: „Mam stres. No wiadomo, że każdy ma. Takie doły psychiczne no wiesz. Czasami się budzę i myślę, że jestem w czarnej dziurze i mi się wyjść nie chce, jakaś depresja, ale jednak mija" (KSR_3_42). Tę kategorię wiekową respondentek łączyło ze starymi uczestniczkami badania podkreślanie znaczenia rodziny jako czynnika wpływającego na zdrowie człowieka, którego w ogóle nie wymieniały młode uczestniczki badania. Ta pokoleniowa różnica we wskazywaniu tego rodzaju uwarunkowań może wynikać z faktu, że część najmłodszych respondentek nie założyła jeszcze własnej rodziny. Z kolei badane ze starszych grup wiekowych doceniały wsparcie ze strony najbliższych, zarówno w związku ze wspominanymi kłopotami natury psychicznej, jak i ze stopniową wraz z wiekiem utratą samodzielności i niezależności. One także doświadczyły negatywnego wpływu tego, co dzieje się w rodzinie (np. choroby dziecka) na własne zdrowie, stąd też wskazywanie przez nie życia prywatnego jako istotnego uwarunkowania kondycji psychofizycznej.

W grupie wypowiadających się kobiet tylko wśród badanych w średnim wieku pojawiły się uwagi dotyczące konieczności ciągłego rozwoju umysłowego, co może być przejawem lęku przed różnego rodzaju słabościami i dysfunkcjami umysłu pojawiającymi się wraz z wiekiem: „No zdecydowanie umysłowa (aktywność ma także wpływ na zdrowie – przyp. aut.), zdecydowanie umysłowa, czyli czytamy, oglądamy tyle, ile wrażeń jesteśmy w stanie skumulować, różnorodnych, czy to z wystaw, z wycieczek czy ze spotkań z ludźmi, to jest ważne. Czyli nasz intelektualny rozwój, czyli harmonia powinna być [...]" (KSR_11_60). Powyższą wypowiedź respondentki, będącej u progu metrykalnej starości, można

także odczytać jako wyraz niezgody na negatywny stereotyp starego człowieka jako biernego, niesprawnego fizycznie i umysłowo, a także na stereotyp starej kobiety mającej zajmować się wnukami, zamkniętej w domu, skupionej przede wszystkim na zaspokajaniu potrzeb najbliższych.

Przedstawicielki starego pokolenia uczestniczące w badaniu wyróżniały się wśród respondentek wskazywaniem wieku jako czynnika warunkującego zdrowie człowieka. Mówiły o „zużywaniu się organizmu", ogólnym osłabieniu i ograniczeniu sprawności, pojawieniu się dolegliwości i schorzeń związanych z podeszłym wiekiem. Wypowiadając się na temat diety jako czynnika wpływającego na zdrowie, wskazywały głównie na konieczność zmiany nawyków żywieniowych w związku z wiekiem i związanymi z nim zmianami w przemianie materii i problemami zdrowotnymi. Wspominały o konieczności unikania tłustych, ciężkostrawnych potraw, a także słodyczy oraz o umiarze w jedzeniu, ze względu na obciążenie układu pokarmowego, ale i skłonność do nadwagi.

Ze względu na gorszy stan zdrowia (oceniany obiektywnie i subiektywnie) i związane z wiekiem problemy zdrowotne stare respondentki przywiązywały dużą wagę do medycyny profesjonalnej, wskazując na jej znaczenie dla zdrowia człowieka. Wspominały o badaniach profilaktycznych, systematycznym chodzeniu do lekarza, o konieczności leczenia zdiagnozowanych chorób, zażywaniu leków jako działaniach mających wpływ na zdrowie: „Uważam, że masz życie po to, żeby je przeżyć dobrze. A żeby je przeżyć dobrze, to powinnaś się leczyć. Powinnaś chodzić i sprawdzać swój stan zdrowia" (KST_7_70); „(Zdrowie zależy – przyp. aut.) od leczenia, od leków. Biorę dużo leków też, na ciśnienie, na krążenie, na takie sprawy, bo jednak postępuje" (KST_16_89). Jak pokazują wyniki sondażu CBOS, blisko połowa (45%) badanych Polaków w wieku 65 lat i więcej uznaje, że regularne wizyty u lekarza są jednym z najważniejszych prozdrowotnych działań (osoby młode i w średnim wieku wskazywały je znacznie rzadziej) (CBOS 2012a: 87–88). Ponadto starzy ludzie stosunkowo najczęściej przejawiają roszczeniową postawę wobec państwa w zakresie opieki zdrowotnej, wyrażającą się w przekonaniu, że „ochrona naszego zdrowia jest obowiązkiem przede wszystkim państwa, odpowiednich władz" (CBOS 2012a: 15). Ten sposób myślenia wynika z jednej strony z bycia skazanym na służbę zdrowia ze względu na pogarszające się funkcjonowanie organizmu. Z drugiej strony seniorzy dużą część swojego życia przeżyli w czasach dużego zaufania do medycyny[6]

6 Fala krytyki wobec instytucji medycyny miała miejsce pod koniec lat siedemdziesiątych, do czego przyczyniły się wyniki badań nad determinantami zdrowia, pokazujące, że „medycyna ma w skali ogólnospołecznej stosunkowo niewielki wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego [...]. Te same badania wskazały

traktowanej jako „podstawowy klucz do zdrowia i długowieczności" (Ostrowska 1999: 8). Stąd też ich wiara w medycynę naprawczą i przekonanie o jej istotnym wpływie na zdrowie człowieka. Stare respondentki, w związku z koniecznością leczenia się, stosowania odpowiedniej diety itp. mówiły także, co wyróżniało je w grupie uczestniczących w badaniu kobiet, o uwarunkowaniach ekonomicznych zdrowia (dbanie o zdrowie wymagające pieniężnych nakładów) oraz o znaczeniu sprawnej, dostępnej, przyjaznej człowiekowi służby zdrowia, umożliwiającej kontrolowanie stanu zdrowia i leczenie chorób: „Uważam, że każdy człowiek, bez względu na wiek, powinien mieć jakieś kompleksowe badania. Tylko, że nasza służba zdrowia jest taka, że cię to zniechęca" (KST_7_70).

Wiek różnicował również przekonania uczestniczących w badaniu mężczyzn na temat czynników wpływających na zdrowie. Charakterystyczne dla młodych respondentów było wspominane, cechujące młodych badanych bez względu na płeć, poczucie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, wskazywanie stylu życia, w tym odżywiania jako kluczowych uwarunkowań kondycji psychofizycznej człowieka: „Jeśli dbamy o siebie, o swój styl życia, powiedzmy, kontrolujemy, co robimy danym dniu, to wydaje się, że możemy też kontrolować tym, czy będziemy zdrowi [...]. (Styl życia – przyp. aut.) przede wszystkim świadczy o [...], albo może mówić, dlaczego zachorowaliśmy na daną chorobę" (MM_4_24). Wspominali oni o konieczności ograniczania tzw. śmieciowego jedzenia, fast foodów, jedzenia na mieście, mówili o odpowiednim doborze produktów, wielkości posiłków i częstotliwości/regularności ich spożywania. Podobnie jak respondentki z ich pokolenia podkreślali znaczenie podejmowania przez jednostkę prozdrowotnych działań, co nazywali dbaniem o zdrowie. W ich przekonaniu to przede wszystkim zachowania człowieka determinują stan jego zdrowia: „Myślę, że można to swoje zdrowie kształtować, można mu zaszkodzić, można mu pomóc po prostu za pomocą przeróżnych decyzji i wyborów" (MM_6_27). Co ciekawe, dbanie o zdrowie w świetle ich wypowiedzi ograniczało się do ubierania się stosownie do pogody, żeby się nie złapać jakiejś infekcji, gdy młode kobiety wspominały o badaniach profilaktycznych: „Głupie założenie szalika czy rękawiczek, które uchroni mnie przed przeziębieniem" (MM_4_24). Respondenci zwracali uwagę, że poprzez swoje zachowania mogą uniknąć choroby i utraty zdrowia bądź wręcz przeciwnie przyczynić się do pogorszenia stanu zdrowia: „Naszymi działaniami

natomiast na istotny wpływ takich czynników, jak elementy stylu życia, wzory odżywiania, aktywność fizyczną, kontakt z używkami (szczególnie alkoholem i tytoniem), materialne środowisko życia i pracy, a także wpływ stresów i posiadania zasobów niezbędnych do uporania się z nimi" (Ostrowska 1999: 7).

możemy spowodować, wpędzić się w chorobę, tak? Wystarczy, nie wiem, no używki, właśnie złe ubieranie się do pogody, przemarzanie, jedzenie jakiegoś świństwa, no to, to wszystko, nasze działanie może nas wpędzić w chorobę" (MM_1_21).

To, co charakterystyczne dla młodych mężczyzn uczestniczących w badaniu, co też czyniło ich podobnymi do rówieśniczek, to dostrzeganie związku między dbałością o zdrowie i dbałością o wygląd. Z ich wypowiedzi wynika, że takie prozdrowotne działania jak odpowiednie odżywianie czy uprawianie sportu, są motywowane przede wszystkim przez chęć bycia nie tyle zdrowym, co atrakcyjnym fizycznie: „Kwestia dbania o swoją sylwetkę" (MM_14_35). To dowodzi, że część uczestniczących w badaniu mężczyzn z młodego pokolenia przywiązuje dużą wagę do wyglądu, co jest przejawem odchodzenia od patriarchalnej koncepcji męskości, zgodnie z którą „uroda" mężczyzny ma drugorzędne znaczenie – jak głosi porzekadło może on być „trochę ładniejszy od diabła" (Malinowska 2011: 12).

Rozmówcy w średnim wieku wyróżniali się w grupie badanych mężczyzn stosunkowo częstym wskazywaniem na znaczenie genów jako czynnika wpływającego na zdrowie. Może to być efekt uświadomienia sobie przez nich predyspozycji do pewnych schorzeń np. w związku z chorobami rodziców oraz odczuwanymi dolegliwościami, pojawiającymi się wraz z wiekiem. Jednak, jak już zauważono, respondenci – mężczyźni w przeciwieństwie do uczestniczących w badaniu kobiet częściej traktowali takie genetyczne obciążenie chorobą jako wyrok, wyrażając przekonanie, że nic się z tym nie da zrobić i usprawiedliwiając tym samym swoją bierność w zakresie dbałości o zdrowie: „Wiadomo, że wiele chorób jest związanych z naszą strukturą organizmu. Można chcieć być bardzo zdrowym, a nie móc" (MSR_10_56). Tylko wśród respondentów w tej grupie wiekowej wspomniano także o zdarzeniach losowych – wypadkach jako niezależnych od jednostki czynnikach mających wpływ na ich zdrowie. Warto zauważyć, że częstsze uleganie wypadkom, narażanie się na różnego rodzaju urazy jest statystycznie częstsze wśród mężczyzn w porównaniu z kobietami, co wynika z kulturowej koncepcji męskości. „Ryzykowanie zdrowia i życia, prezentacja odwagi, zręczności i szybkości stanowią zachowania stereotypowo postrzegane jako męskie, natomiast ostrożność, unikanie ryzyka, dbanie o zdrowie, jako zachowania niemęskie" (Królikowska 2011: 391). Respondenci w średnim wieku wskazywali także na funkcjonowanie służby zdrowia – jakość lecznictwa i umiejętności lekarzy – jako, również niezależne od jednostki, uwarunkowania zdrowia. Zwrócili uwagę na znaczenie rozwoju medycyny, wskazując, że obecnie człowiek ma dostęp do różnego rodzaju nowoczesnych badań diagnostycznych oraz możliwości leczenia czy rehabilitacji, czego nie było przed kilkunastu czy kilkudziesięciu laty.

Uczestnicy badania w średnim wieku stosunkowo najczęściej w porównaniu z mężczyznami z pozostałych grup wiekowych wypowiadali się na temat zdrowia psychicznego jako czynnika wpływającego na kondycję zdrowotną człowieka (jak już wspomniano, dotyczyło to także respondentek w średnim wieku). Pojawiły się uwagi na temat znaczenia nastawienia do życia w radzeniu sobie z chorobą: „ja jestem życiowym optymistą [...]. Dlatego staram się nie pieścić, staram się chodzić [...] i to mi pomaga, bo wtedy to się zapomina o tych chorobach i ta rehabilitacja tu postępuje" (MSR_15_61). Poza uwzględnianiem takich aspektów jak podejście do życia, poczucie życiowej satysfakcji i zadowolenia z siebie, wymieniali oni także znaczenie sprawnego umysłu i aktywności umysłowej, o czym nie wspominali młodsi i starsi od nich badani. Wskazywali przy tym na konieczność ciągłego stymulowania mózgu, pobudzania szarych komórek np. poprzez posiadanie jakichś pasji, rozwój zawodowy i rozwój własnych zainteresowań, co pozwala też radzić sobie ze stresem i ograniczać stosowanie używek.

> Myślę też, że podejście psychiczne [...], bo ja nie uważam, że człowiek w pewnym momencie musi się zatrzymać, na czymkolwiek, czy na rozwoju zawodowym, czy hobbistycznym, czy własnych, nie wiem, zainteresowań [...]. Jeżeli się rozwija, to muszą komórki szare pracować. Czyli jest ten rozwój, jest ta fascynacja dalej albo i zawodem, albo pasją hobbistyczną. I to daje nam pewne zdrowie psychiczne, nieuciekanie właśnie w jakieś środki odurzające typu: narkotyki albo w jakąś ilość alkoholu, która powoduje, nie wiem, ucieczkę chwilową. I to uważam jest zdrowie psychiczne (MSR_4_40).

Jak wynika z powyższej wypowiedzi, ta szeroko rozumiana aktywność i samorozwój jest alternatywą dla tradycyjnego, męskiego sposobu radzenia sobie ze stresem polegającego na stosowaniu substancji odurzających (Tobiasz-Adamczyk 2000: 124; Ostrowska 2006: 121). Wydaje się, że wskazywanie przez badanych w średnim wieku na znaczenie aktywności umysłowej czy szerzej aktywnego trybu życia i ciągłego rozwoju osobistego jako czynników wpływających na zdrowie wynikać może z lęku przed starzeniem się, przejawiającym się m.in. w dysfunkcjach psychicznych (np. problemy z pamięcią). Być może także średni wiek i związane z nim zadania rozwojowe (Chmura-Rutkowska I., Ostrouch J., 2007) sprzyjają zwiększaniu aktywności na różnych płaszczyznach, podejmowaniu nowych wyzwań, po to, by przekonać samego siebie i innych, że „jeszcze wszystko przede mną".

Tym z kolei, co wyróżniało starych respondentów wypowiadających się na temat czynników wpływających na zdrowie na tle pozostałych mężczyzn uczestniczących w badaniu, było, podobnie jak w przypadku starych kobiet, wskazywanie wieku jako jednego z uwarunkowań kondycji

psychofizycznej człowieka. Mówiono o zwiększeniu prawdopodobieństwa pojawienia się różnego rodzaju schorzeń czy dolegliwości związanych z wiekiem. Co jednak nie pojawiało się w wypowiedziach starych kobiet, tu zwrócono uwagę na ograniczenia szeroko rozumianej aktywności starego chorego człowieka, jego „spowolnienie": „bo na przykład nie możesz prowadzić samochodu, to też już jest pewna aktywność, która cię też ogranicza, bo nie [...]. Mając samochód, czy tego, to też możesz sobie, jak to jest świat, jak ktoś jeszcze, pojechać gdzieś, czy tego, mieć kontakty, nie? A tak też, nawet jak tutaj, do kina nie pojedziesz, na imprezę [...]" (MST_3_63). Wskazywano tu zatem na takie konsekwencje starości i pogorszenia zdrowia, które prowadzić mogą do społecznej izolacji jednostki i jej wykluczenia z pewnych obszarów życia społecznego, z kluczowej dla mężczyzny sfery publicznej.

Charakterystyczne dla starych mężczyzn biorących udział w badaniu były także wypowiedzi dotyczące odpowiedzialności jednostki za szkodzenie własnemu zdrowiu, zaniedbywanie go, wpisane w kulturowy model męskości. Respondenci z perspektywy czasu krytycznie oceniali swoje postawy wobec zdrowia, doświadczając negatywnych skutków własnych antyzdrowotnych działań: „No i takie drobiazgi jak czasami siedzący tryb życia, niezajmowanie się własnym zdrowiem, »a bo to samo przejdzie«, na tej zasadzie" (MST_11_71). Obserwowali tym samym szkodliwość patriarchalnego modelu męskości, niepozwalającego im na troskę o zdrowie, skłaniającego ich do ignorowania problemów zdrowotnych, mogących przeszkodzić im np. w aktywności zawodowej (Tobiasz-Adamczyk 2000: 62).

Podsumowując, jak pokazuje analiza wypowiedzi dotyczących czynników wpływających na zdrowie człowieka, kulturowe koncepcje płci i socjalizacja płciowa różnicują przekonania jednostek na ten temat. Uczestniczące w badaniu kobiety zdawały się wykazywać większą świadomością zdrowotną, co przejawiało się w odwoływaniu się przez nie do wiedzy medycznej (np. gdy mówiły o chorobach genetycznych), bardziej kompleksowym spojrzeniu na uwarunkowania zdrowia (np. wskazywanie środowiska naturalnego) oraz poczuciu odpowiedzialności za własną kondycję psychofizyczną. Wskazywały one na konieczność dbania o zdrowie, w tym zdrowie psychiczne, które w ich przekonaniu zależy w dużej mierze od „dobrze ułożonego" życia prywatnego, co utożsamiały z posiadaniem potomstwa. W wypowiedziach mężczyzn pojawiły się odwołania do patriarchalnej koncepcji męskości: wspominali oni o znaczeniu pracy zawodowej oraz pozycji materialnej dla zdrowia jednostki. Ponadto wskazywali na takie „męskie" zachowania, jak szkodzenie własnemu zdrowiu poprzez ignorowanie problemów zdrowotnych czy stosowanie używek. Część badanych zdawała się usprawiedliwiać niedbanie

o zdrowie, podkreślając znaczenie niezależnych od człowieka czynników na nie wpływających (np. źle funkcjonująca służba zdrowia, brak pieniędzy, genetyczne choroby traktowane jako wyrok, z którym nic nie można już zrobić).

Przekonania na temat czynników rzutujących na zdrowie różnicuje nie tylko płeć, ale i wiek, co wiązać można z jednej strony z odmiennymi oczekiwaniami stawianymi kobietom i mężczyznom w różnych fazach życia. Z drugiej strony – z socjalizacją pokoleniową, przebiegającą w innych warunkach społeczno-kulturowych. Młodzi uczestnicy badania częściej niż rozmówcy w średnim wieku i starzy wyrażali przekonanie o indywidualnej odpowiedzialności człowieka za własną psychofizyczną kondycję. To oni przede wszystkim mówili o znaczeniu prowadzonego stylu życia. Osoby ze starszych kategorii wiekowych rzadziej posługiwały się tym pojęciem, mówiąc raczej o „trybie życia", „sposobie życia", „prowadzeniu się", „higienie życia" czy „higienicznym trybie życia". Powszechne stosowanie przez młodych określenia „styl życia" świadczy o tym, że w pokoleniu najmłodszych badanych weszło ono „naturalnie" do ich codziennego języka, co jest konsekwencją m.in. obecności tego pojęcia w mediach i mody na „zdrowy styl życia". Zjawisko to może być jednak także przejawem „prymatu stylu życia" we współczesnym świecie, jak ujmuje to Anthony Giddens (Giddens 2001: 112). Jego zdaniem w późnonowoczesnym społeczeństwie „styl życia stał się czymś koniecznym", jednostka musi dokonywać nieustannego wyboru „w co się ubrać, co zjeść, jak zachowywać się w pracy, z kim spotkać się wieczorem. Wszystkie takie wybory (wraz z tymi poważniejszymi i brzemiennymi w skutki) są nie tylko decyzjami, co robić, ale kim być" (Giddens 2001: 112, 113). Młodzi zdają się być lepiej dostosowani do takiej społecznej rzeczywistości i lepiej rozumieją (jak można by wnioskować z ich wypowiedzi), że tym, co dziś charakteryzuje człowieka, decyduje o jego społecznym statusie i tożsamości, jest właśnie określony styl życia. A ponieważ dorastali oni w czasach upowszechniania się ideologii healthismu, w świetle której zdrowie jest nadrzędną wartością, której podporządkowane powinny być wszystkie sfery życia (Crawford 1980, za: Borowiec, Lignowska 2012), jest dla nich „naturalne", że styl życia musi uwzględniać dbałość o własne zdrowie, na co wskazuje określanie go w kategoriach „zdrowy" czy „prozdrowotny" (Szpunar 2009). Zdaniem R. Crawforda (1980 za: Borowiec, Lignowska 2012) healthism staje się narzędziem kontroli społecznej: ludzie oceniają siebie nawzajem ze względu na przejawiane postawy wobec zdrowia, „zdrowy/niezdrowy" styl życia. Internalizacja hasła promocji zdrowia „twoje zdrowie w twoich rękach" pociąga za sobą przekonanie o odpowiedzialności za chorobę i poczucia, że choruje się „na własne życzenie". Eksperci zwracają uwagę na niebezpieczne

konsekwencje pojawienia się koncepcji „choroby z wyboru", powiązanej z mechanizmem obwiniania ofiary („sam jesteś sobie winny, że jesteś chory") (Słońska 2010: 218; 2015: 108).

W wypowiedziach młodych wyraz znalazło także poczucie odpowiedzialności za własny wygląd, co wynika z kojarzenia młodości z fizyczną atrakcyjnością. Zauważali oni, że dbanie o zdrowie ściśle wiąże się z dbałością o wygląd, obejmuje bowiem również higienę osobistą czy kształtowanie sylwetki poprzez odpowiednie odżywianie i aktywność fizyczną. Analizując postawy młodych respondentów wobec obu tych zasobów, można odnieść wrażenie, że w pierwszej kolejności dbają oni o atrakcyjność fizyczną, przy okazji osiągając pozytywne efekty zdrowotne.

Pokoleniową różnicę dostrzec można także w wypowiedziach przedstawicieli różnych kategorii wiekowych na temat sposobu odżywiania jako czynnika wpływającego na zdrowie. Osoby w średnim wieku rzadko, stare w ogóle, nie mówiły np. o „jedzeniu na mieście", szkodliwości fast foodów i zaletach domowego jedzenia, bo prawdopodobnie rzadziej spożywają posiłki poza domem i w ich diecie nie pojawia się pizza, hamburgery, frytki itp. Ponadto młodzi dorastali w czasach, w których w mediach, zarówno tradycyjnych (prasa, radio, telewizja), jak i nowych (Internet), wiele miejsca poświęca się zagadnieniom „zdrowego odżywiania się", co wiąże się m.in. z coraz powszechniejszym problemem nadwagi i otyłości, także u dzieci i młodzieży, a pojęcia diety i odchudzania się należą do często używanych. Ponadto, intensywnie rozwija się rynek produktów i usług z zakresu prawidłowego żywienia (produkty określane jako „zdrowe", „fit", „ekologiczne", rozmaite suplementy diety, doradztwo w zakresie żywienia, dietetyki, odchudzania, wczasy odchudzające itp.). Nawet jeśli nie przekłada się to na zachowania prozdrowotne w tej dziedzinie, to na pewno przyczynia się do wzrostu świadomości i poczucia powinności w zakresie odżywiania się, czego dowodem są wypowiedzi młodych respondentów obu płci. Starsze osoby (w średnim wieku i stare), wypowiadając się na temat diety jako czynnika wpływającego na zdrowie, wskazywały głównie na konieczność zmiany wzorów odżywiania w związku z wiekiem i pojawiającymi się problemami zdrowotnymi. Ich wypowiedzi dotyczące odżywiania się (także dotyczące podejmowanych działań prozdrowotnych) są uboższe i bardziej ogólnikowe w porównaniu z wypowiedziami na ten temat młodych uczestników badania.

Uczestnicy reprezentujący trzy kategorie wiekowe różnie wypowiadali się także na temat ruchu jako czynnika wpływającego na zdrowie. Wynika to z różnych możliwości motorycznych organizmu uwarunkowanych wiekiem. Młodzi, a także osoby w średnim wieku (tu głównie mężczyźni) podkreślali znaczenie bycia aktywnym fizycznie, wymieniali rodzaje zajęć ruchowych czy sportów, jakie sami uprawiali. Starzy

badani mówili nie tyle o podejmowaniu aktywności fizycznej, co zachowaniu fizycznej sprawności poprzez bycie w ruchu „w miarę możliwości". Jak pokazują wyniki sondażu CBOS, osoby po 65 roku życia najrzadziej wskazywały „regularne uprawianie gimnastyki, biegi itp." jako „działanie, które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia ludzi", podczas gdy respondenci do 35 roku życia traktowali je priorytetowo, zaraz po „zdrowym odżywianiu się" (CBOS 2012a: 87–88). Poza biologicznymi uwarunkowaniami aktywności fizycznej należy jednak wziąć także pod uwagę negatywne stereotypy starości, w świetle których osoby w podeszłym wieku nie są sprawne, a zatem sport nie powinien leżeć w kręgu ich zainteresowań, „nie wypada" im pokazywać się na basenie czy w fitness klubach (nieestetyczne stare ciało wobec kultu młodości). Jak stwierdza Ewa Miszczak:

> W Polsce pokutuje »odpowiedni« wzorzec człowieka starego: zajmującego się wnukami, działką, spędzającego wiele czasu w kościele, bez reszty poświęcającego się pomocy rodzinie i niczego w zamian nie oczekującego. Z obawy przed środowiskowym potępieniem i negatywnymi ocenami, wielu z seniorów nie podejmuje aktywności innej niż ta »z rozdzielnika« (Miszczak 2010: 26).

Osoby w średnim wieku i stare, częściej niż młodzi wypowiadały się na temat medycyny i służby zdrowia jako czynnika warunkującego zdrowie. Wynika to z częstszego korzystania z niej w związku z pojawiającymi się wraz z wiekiem schorzeniami, a także większego zaufania czy polegania na medycynie badanych ze starszych pokoleń. Młodzi, jak już wspomniano, to w sobie samych i w swoim stylu życia widzą główny czynnik „odpowiedzialny" za ich kondycję psychofizyczną.

5.1.3. Powody dbania o zdrowie wskazywane przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku (Emilia Garncarek)

Kontynuując rozważania nad postawami kobiet i mężczyzn wobec zdrowia, w niniejszym podrozdziale poruszono kwestię powodów dbania o ten zasób. Uczestnicy badania zostali zapytani między innymi o to, czy i dlaczego należy dbać o zdrowie. Wszyscy rozmówcy, bez względu na płeć i wiek odpowiedzieli twierdząco na pierwsze pytanie. Warto zauważyć, że były to pozytywne deklaracje typu: „tak", „absolutnie", „oczywiście", „zdecydowanie tak", „jak najbardziej". Jednak z analizy zebranych danych wynika, że pomimo pozytywnych deklaracji, można wskazać na występowanie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w przywiązywaniu wagi do zasobu, jakim jest zdrowie. Kobiety, bez względu

na wiek, wyrażały nie tylko większe zainteresowanie dbaniem o zdrowie, ale także nie wykazywały żadnych wątpliwości w tym aspekcie. U wypowiadających się mężczyzn, pomimo pozytywnych deklaracji, pojawiły się pewne wątpliwości, czy należy dbać o zdrowie. Stwierdzono również rozdźwięk pomiędzy dbaniem o zdrowie na poziomie deklaratywnym a dbaniem o zdrowie w praktyce: „Myślę, że tak, chociaż póki co nie przykładam do niego tak dużej wagi" (MM_3_22). Tylko wśród mężczyzn pojawiły się stwierdzenia zawierające pewne zastrzeżenia, dotyczące tego, czy i jak należy zdrowie pielęgnować. Część z nich zaznaczyła, że oczywiście należy dbać o zdrowie, ale nie mają oni na myśli takiej troski, którą można uznać za przesadną: „Tak (należy dbać o zdrowie – przyp. aut.), ale nie należy popadać w przesadę [...]. No, bo wtedy można wylądować w wariatkowie" (MSR_6_47); „Dbać trzeba, ale bez przesady. Ja po lekarzach nie chodzę, a zdrowy jestem" (MSR_13_60).

Jak już wspomniano, kobiety podkreślały ważność kapitału, jakim jest zdrowie, a także wyrażały większe zainteresowanie dbaniem o nie w praktyce. Ta świadomość znaczenia zdrowia może wynikać m.in. ze specyfiki socjalizowania kobiet, którym to od najmłodszych lat wpaja się jego znaczenie. Kobiety mają być zdrowe, m.in. aby wypełnić przypisane im w patriarchacie role – żony, matki, opiekunki domu. W myśl tego schematu dbanie o zdrowie to domena kobiet, które powinny zajmować się nie tylko własnym zdrowiem, ale także dbaniem o zdrowie swoich najbliższych (dzieci, partnera/męża, starszych rodziców), o czym wspominała większość rozmówców i rozmówczyń, którzy wzięli udział w badaniu (kwestie te będą szerzej omówione w kolejnych podrozdziałach). Pomimo tego że mężczyźni mieli świadomość, że o zdrowie należy dbać, to można tu wskazać na pewną powściągliwość i umniejszanie przez nich tego zasobu kapitału ludzkiego dla funkcjonowania człowieka. Zgodnie z patriarchalnym schematem mężczyzna powinien być silny i sprawny fizycznie, nawet gdy dokuczają mu jakieś dolegliwości zdrowotne. Zatem w pierwszej kolejności powinien dbać o tężyznę fizyczną, która umożliwi mu aktywność zawodową, pozwoli na bycie opiekunem rodziny czy też rywalizowanie z innymi mężczyznami (na niwie zawodowej bądź sportowej), a nie o zdrowie (m.in. Mandal 2003, Renzetti, Curran 2005).

Realizując badanie, zapytaliśmy uczestników nie tylko o to, czy należy dbać o zdrowie, ale również o powody tej troski. Ze szczegółowej analizy wypowiedzi, uwzględniającej płeć badanych, ich wiek oraz „upłciowiony wiek" wynika, że podobnie jak w przypadku poprzednich aspektów składających się na postawy wobec zdrowia, także tutaj wystąpiły różnice pomiędzy poszczególnymi kategoriami badanych. W pierwszej kolejności wskażemy na powody dbania o zdrowie podawane przez kobiety (bez względu na wiek). Będą one przedstawiane według częstotliwości

występowania – od najczęściej wskazywanych, po te, które były wymienione przez nieliczne badane (analogicznie zostaną przedstawione powody dbania o zdrowie podawane przez mężczyzn).

Odpowiadając na pytanie „dlaczego należy dbać o zdrowie", rozmówczynie najczęściej wskazywały na strach przed chorobą, która może uniemożliwić normalne, codzienne funkcjonowanie człowieka. Przykładowe wypowiedzi wskazujące na tę przyczynę dbania o zdrowie: „Żeby mieć możliwość normalnego funkcjonowania, tak? Wszystkie uszczerbki na zdrowiu nas ograniczają" (KSR_3_42); „Zdrowie jest dla mnie elementarną sprawą związaną z moim funkcjonowaniem w życiu" (KSR_9_54). Kolejną ważną przyczyną dbania o zdrowie wskazywaną przez badane było zachowanie sprawności fizycznej i niezależność od innych:

> Dla mnie to jest bardzo ważne, żeby być zdrowym, bo przeraża mnie wizja bycia chorym. Przeraża mnie wizja, że kiedyś w jakiś sposób mogę doprowadzić do tego, że będę przykuta do łóżka i zależna od kogoś [...]. Widzę, w jaki sposób osoby w moim otoczeniu mają problem ze zdrowiem, są zależne od innych i to mnie przeraża, że za każdym razem będę musiała dzwonić do kogoś po pomoc, żeby ktoś mi kupił leki, bo nie będę mogła wyjść z domu albo żeby ktoś mi coś pomógł, bo nie będę mogła tego zrobić (KM_3_24).

Kobiety podkreślały, że dbanie o zdrowie pozwala zachować niezależność, jednocześnie, zachowując zdrowie nie przysparzamy kłopotów innym – zarówno osobom najbliższym, jak i społeczeństwu: „[...] A jeżeli już zachodzą takie zmiany zwłaszcza w mózgu jakaś kompletna sklerozа czy Alzhaimer, że się nikogo nie poznaje, nic się nie wie. No to jest taki ciężar dla społeczeństwa, nie mówiąc już o rodzinie. A jeżeli ktoś nie ma, to jest jeszcze gorzej. Przecież w tych domach opieki też nie jest za przyjemnie" (KST_16_89). Równie ważną przyczyną dbania o zdrowie wskazywaną przez badane było postrzeganie omawianego zasobu jako najwyższej wartości w życiu człowieka: „No bo zdrowie to podstawa. Jak człowiek jest chory, to mu się nic nie chce. Chory, to słaby. No trzeba o nie dbać" (KSR_15_62).

Rozmówczynie podkreślały także, że należy pielęgnować zdrowie, ponieważ nie jest ono dane człowiekowi raz na zawsze. Charakteryzował je pewien rodzaj refleksyjności jeśli chodzi wskazywanie powodów dbania o zdrowie. Ich zdaniem zdrowie jest zasobem, który się wyczerpuje, w związku z tym należy się nim przejmować już w młodym wieku, nawet kiedy nic nam nie dolega:

> Zdecydowanie tak, bo jeżeli się o nie (zdrowie – przyp. aut.) nie dba, to bardzo łatwo je stracić (KM_2_24). Myślę, że bardzo trzeba dbać, tylko trzeba mieć świadomość. Szczególnie ludzie młodzi powinni mieć świadomość,

> bo nie wiedzą, nie rozumieją tego, tak, że, że trzeba dbać o zdrowie. Czyli trzeba prawidłowo się odżywiać, wysypiać, nie używać różnych używek, no powiedzmy. Bo gdzieś tam w przyszłości daje efekt jakiś negatywny. Jeżeli będziemy źle postępować w młodości, to na pewno (KSR_10_56).

Badane zaznaczały także, że świadomość ważności tego zasobu pojawia się wraz z wiekiem: „Jak najbardziej (zdrowie jest czymś, o co należy dbać – przyp. aut.). Ale to z wiekiem przychodzi. Bo jak jesteśmy młodzi, to jesteśmy wszyscy zdrowi, nic się nie dzieje i specjalnie się tym nie przejmujemy, a z wiekiem faktycznie uświadamiamy sobie, że zdrowie jest bardzo istotne i należy o nie dbać" (KM_15_35). Równocześnie wskazywały na znaczenie działań profilaktycznych mających wpływ na utrzymanie zdrowia, były przekonane, że należy brać odpowiedzialność za własne zdrowie, m.in. korzystać z porad lekarzy i kontrolować je poprzez badania profilaktyczne. Ich zdaniem, takie zachowania wpływają także na dobrostan jednostki:

> Uważam, że masz życie po to, żeby je przeżyć dobrze. A żeby je przeżyć dobrze, to powinnaś się leczyć. Powinnaś chodzić i sprawdzać swój stan zdrowia (KST_7_70). No bo jeżeli coś zaniedbujemy, to w przyszłości [...]. Jeżeli w coś inwestujemy, to procentuje. Jeżeli zaniedbamy jakieś objawy, to potem może się okazać, za rok, czy za dwa, że jest to coś niebezpiecznego. Czyli lepsza profilaktyka niż leczenie (KSR_6_48).

Następną w kolejności przyczyną dbania o zdrowie wskazywaną przez kobiety było planowanie macierzyństwa lub pełnienie roli matki. Badane podkreślały, że chcą i powinny być zdrowe także dla swoich dzieci, żeby móc wywiązywać się z roli macierzyńskiej, ale także by przekazywać dzieciom „prozdrowotną" postawę: „Teraz odkąd mam dzieci doszedł jakby kolejny argument, dodatkowo jakby powinnam dbać o zdrowie dla dzieci [...]. Poza tym też jestem przykładem dla nich. I to jest też ważne. Bo to jak ja się zachowuję, to jednocześnie uczę ich" (KM_14_35); Zdaniem kobiet troska o zdrowie jest wręcz obowiązkiem, nie tylko wobec siebie. Należy o nie dbać, ponieważ kiedy jest się zdrowym, można pomagać bliskim: „[...] żeby mieć siłę dla dzieci też, dla wnuka w drodze" (KSR_4_45); „No bo chociażby samo to związane z tym, że jeżeli mamy dzieci, to nie możemy niszczyć swojego zdrowia. Czyli uważam, że powinniśmy o niego dbać, dlatego, że jesteśmy potrzebni naszym dzieciom, tak, czy naszym bliskim" (KSR_5_47).

Powyższe cytaty wskazują na odwoływanie się kobiet do genderowo określonej kobiecej powinności/obowiązku dbania o zdrowie, nie tylko swoje, ale także najbliższych. Zgodnie z nią kobiety powinny pielęgnować swoje zdrowie, aby wypełniać przypisane im w patriarchacie role – matki i opiekunki „ogniska domowego". Jak wynika z analizy

zebranych danych, kobiety mają silnie zinternalizowane poczucie powinności dbania o nie. Bardziej aktywna postawa zdrowotna kobiet wynika z wspomnianej już socjalizacji płciowej. Ich częstsze kontakty (w porównaniu z mężczyznami) z lekarzami oraz pogłębiona wiedza dotycząca zdrowia wiąże się także z realizowaną rolą „domowego lekarza", zapewnianiem przez nie opieki zdrowotnej dzieciom i innym członkom rodziny, które przypisane są do tradycyjnego wzorca kobiecości (Tobiasz-Adamczyk 2000). Nieliczne rozmówczynie wspominały, że dbają o zdrowie, żeby dobrze się czuć. Ich zdaniem, zdrowie fizyczne jest podstawą dobrego samopoczucia i zdrowia psychicznego („W zdrowym ciele, zdrowy duch" – KM_7_28), co pociąga za sobą pozytywne nastawienie do życia oraz dobre relacje z innymi ludźmi (KM_7_28). „[...] dbanie o zdrowie procentuje nam tym, że czujemy się dobrze, że mamy energię, siły, chęci do życia po prostu. Do robienia różnych rzeczy" (KM_14_35). Kobiety podkreślały także, że należy dbać o zdrowie również ze względu na fakt, że stanowi ono warunek życia, a także chęć życia jak najdłużej: „Jeśli jesteśmy zdrowi, i fizycznie i psychicznie, to chce się nam żyć, to chce się nam iść do przodu, jakoś myśleć o przyszłości" (KSR_4_45).

W odróżnieniu od mężczyzn, którzy wzięli udział w badaniu, tylko nieliczne kobiety wskazały na konieczności troski o zdrowie ze względu na realizowanie różnych ról w życiu publicznym. Część z nich wspominała o dbaniu o zdrowie ze względu na studiowanie oraz pracę zawodową (kobiety młode) lub w kontekście różnego rodzaju prac wykonywanych w domu oraz w kontekście pracy zawodowej: „Dlaczego należy o nie dbać? Bo jak człowiek jest zdrowy to wszystko może. Dobrze pracować, dobrze funkcjonować w domu, w pracy, no wszystko może" (KSR_14_53). Pojedyncze wypowiedzi dotyczyły przyczyn ekonomicznych. Badane wspomniały, że należy dbać o zdrowie, ponieważ chorowanie wiąże się z wydatkami: „Głównie to, żeby nie być zależną od innych, żeby nie mieć problemu, żeby nie wydawać multum pieniędzy na lekarstwa, żyjemy w takim kraju, że one są cholernie drogie, więc wolałbym pozostać jak najdłużej w pełni sił" (KM_3_24). Należy tu zwrócić uwagę na wskazania, które pojawiły się tylko w wypowiedziach kobiet. Dotyczyły one konieczności pielęgnowania swojego zdrowia ze względu na to, że życie i zdrowie są darami od Boga. W związku z tym człowiek zobligowany jest dbać o zdrowie, by z tego daru korzystać jak najdłużej, by go nie zmarnować: „O zdrowie należy dbać z różnych względów. Zaczynając od względów religijnych, że dostaliśmy to życie od Boga i jest naszym obowiązkiem dbanie o to, żeby to ciało było w dobrej kondycji, to po pierwsze" (KM_14_35). W porównaniu do mężczyzn kobiety nie wspominały o dbaniu o zdrowie, aby

ustrzec się konieczności kontaktowania się ze służbą zdrowia. Jak wynika z analizy wypowiedzi badanych, są one przyzwyczajone do tego typu kontaktów i korzystanie z porad lekarskich nie jest dla nich tak problematyczne jak dla mężczyzn.

Jeśli chodzi o mężczyzn, którzy odpowiadali na pytanie „dlaczego należy dbać o zdrowie", to należy podkreślić, że częściej niż kobiety odwoływali się do sloganów typu „zdrowie jest najważniejsze", „człowiek ma tylko jedno zdrowie". Rozmówcy zwracali uwagę na znaczenie zdrowia w kontekście wartości, życiowego priorytetu, jednakże nie wskazywali tak szczegółowo jak kobiety, dlaczego należy dbać o ten zasób: „No w sumie zdrowie jest najważniejsze. Bo jak zdrowia nie ma, to nic nie ma" (MM_9_33); „Myślę, że jest ważne, ale mam podejście jak we fraszce Kochanowskiego, nie wiesz, czym jest zdrowie, póki go nie stracisz, i to tak chyba u mnie jest, szczerze mówiąc" (MSR_3_40). Podobnie jak kobiety, które wzięły udział w badaniu, większość z wypowiadających się mężczyzn deklarowała, że należy dbać o zdrowie, aby uniknąć chorób i problemów zdrowotnych, które mogą utrudnić normalne funkcjonowanie człowieka. Jednak to kobiety, częściej niż mężczyźni, wskazywały na ten powód dbania o zdrowie. Charakterystycznym jest również to, że kobiety zwracały uwagę na inne aspekty tzw. „normalnego" działania człowieka niż mężczyźni. U mężczyzn pojawiły się uwagi dotyczące funkcjonowania w środowisku zawodowym, na co wskazywały jedynie nieliczne rozmówczynie. Normalne, codzienne działanie było wiązane przez mężczyzn przede wszystkim z funkcjonowaniem w środowisku pracy, a także wiązało się z realizowaniem różnych planów życiowych:

> Myślę, że zdrowie to jest podstawa, bo jeżeli człowiek jest chory, to wszystko się wiąże z tym. Nie może pracować, nie może w koło siebie robić, nie może pracować w domu, pomagać rodzinie, jest zależny od drugiego człowieka" (MSR_2_39). „[...] np. żeby gdzieś pojechać, gdzieś pójść, do tego wszystkiego jest potrzebne ogólne zdrowie, jakieś takie. Nie mówię już do przesady, ale aby cokolwiek zrealizować np. pojechać na wakacje, to też jest potrzebne zdrowie (MSR_6_47).

Charakterystyczne dla tej grupy badanych było podkreślanie, że dbają o zdrowie nie tylko dla samego zdrowia, lecz dla przyjemności i satysfakcji z działań podejmowanych na rzecz swojego zdrowia. Dla niektórych mężczyzn dbanie o zdrowie stanowiło źródło lepszego samopoczucia, nie tylko fizycznego, także psychicznego. Warto w tym miejscu przypomnieć, że badani mężczyźni kojarzyli troskę o zdrowie przede wszystkim z dbaniem o sprawność fizyczną. Wskazywali, że należy pilnować zdrowia, by móc jak najdłużej prowadzić aktywny tryb życia, uprawiać sport, a także mieć siłę do rywalizacji z innymi (na niwie zawodowej i/lub sportowej):

> Także do tych wszystkich diet i ćwiczeń jestem bardziej motywowany chęcią takiego selfesteemu niż zdrowiem. Zdrowie jest dużo mniejsze dla motywacji. Bardziej żeby się lepiej czuć (MSR_3_40). Lepiej się czuję, jak pójdę na basen. No po prostu moje ciało mówi mi: »Wymęczony jesteś człowieku, ale zobacz, jak fajnie teraz jest«. I rzeczywiście tak jest. Jak załatwię jakąś rzecz, z którą mam problem, to znowu psychika mówi: »Daliśmy sobie radę! I kolejnym razem też damy radę!«" (MSR_4_40).

Zdaniem mężczyzn należy dbać o zdrowie również dlatego, że od jego stanu zależy życiowa satysfakcja: „Będąc zdrowym, wysportowanym, atrakcyjnym ta ochota do życia i do wyjścia do ludzi jest chyba zdecydowanie większa, a chyba o to chodzi w naszej egzystencji, żeby no jednak się socjalizować i w ogóle w tym całym [...]" (MM_7_28). O ile kobiety charakteryzowała większa refleksyjność w odniesieniu do omawianego aspektu, o tyle postawy mężczyzn były bardziej reaktywne. Dbanie o zdrowie wiązali przeważnie z działaniami służącymi przezwyciężeniu zaistniałych problemów, a także odczuwaniem dyskomfortu psychofizycznego. Warto tu jeszcze dodać, że pojedyncze wypowiedzi badanych dotyczyły powiązania pielęgnacji zdrowia z funkcjonowaniem w życiu rodzinnym. Nieliczni mężczyźni zaznaczyli, że kiedy jest się sprawnym, można być aktywnym w życiu dzieci, bawić się z nimi, np. grać z nimi w piłkę:

> [...] żeby dalej uczestniczyć aktywnie w życiu dzieci to myślę, że takie coś jest ważne" (MM_12_32). [...] będąc dłużej w zdrowiu, na przykład będąc już starszy, będę mógł dzieci uczyć gry w piłkę, nauczyć ich wielu innych rzeczy, na które pozwala właśnie zdrowie, a nie leżeć w łóżku i chorować na jakieś choroby. Tylko po prostu będę mógł aktywnie spędzać czas ze znajomymi, z dziećmi (MM_3_22).

Również w przypadku tych wypowiedzi zaobserwowano różnice pomiędzy postawami kobiet i mężczyzn – kobiety częściej dbają o zdrowie, żeby móc pomagać dzieciom bądź wnukom, natomiast mężczyźni – by móc się z nimi bawić, uprawiać z nimi sport. Zgodnie z płciowym podziałem ról i sfer aktywności w polskich rodzinach to kobiety przede wszystkim zajmują się prowadzeniem domu i opieką nad dziećmi, natomiast mężczyźni w dużej mierze skupiają się na obszarze życia zawodowego, a opiekę nad potomstwem powierzają żonie/partnerce. Zaangażowanie ojców pojawia się dopiero wtedy, kiedy dziecko jest starsze, nie ma problemu z komunikowaniem się, wtedy też ojcowie zaczynają budować z nim relację, bardzo często opartą na wspólnej zabawie (m.in. Titkow, Duch-Krzysztoszek, Budrowska 2004, Sikorska 2009, 2012, CBOS 2013b, Dzwonkowska-Godula 2015). Z analizy zebranych danych wynika, że wskazując na powody dbania o zdrowie, badani odwoływali się

do stereotypowego podziału, w którym to mężczyzna/ojciec jest „od zabawy" (gra z dzieckiem w piłkę, chodzi z nim na basen, jeździ na rowerze itp.), a kobieta/matka od „wychowywania/opieki nad dzieckiem" (przygotowuje posiłki, karmi, dba o czystość, pilnuje szczepień oraz wizyt lekarskich itp.). Nieliczni mężczyźni podkreślali również, że dbając o zdrowie, unikamy problemów zdrowotnych, możemy jak najdłużej prowadzić aktywny tryb życia i tym samym być niezależnym od innych. Zachowanie dobrej kondycji psychofizycznej stanowi podstawę zachowania niezależności. Choroba, zdaniem mężczyzn, powoduje, że stajemy się ciężarem dla innych osób, jesteśmy obciążeniem dla najbliższych. W przypadku choroby bądź niedołężności obarczamy ich obowiązkiem fizycznej opieki nad nami, tym samym przysparzamy członkom rodziny zmartwień: „Myślę, że zdrowie to jest podstawa, bo jeżeli człowiek jest chory, to wszystko się wiąże z tym. Nie może pracować, nie może w koło siebie robić, nie może pracować w domu, pomagać rodzinie, jest zależny od drugiego człowieka. Myślę, że zdrowie jest dla każdego, przynajmniej powinno być dla każdego najważniejsze" (MSR_2_39).

Wśród powodów dbania o zdrowie wskazywano także chęć uniknięcia chorób i problemów zdrowotnych, które mogą się wiązać z ograniczeniami i koniecznością zmiany dotychczasowego stylu życia:

> Jak się już raz je (zdrowie – przyp. aut.) straci, no to już jest trudno to odzyskać, tak? Generalnie nawet jest już to w pewnych momentach niemożliwe, ponieważ jak się rozwali jakoś nerkę albo wątrobę, to już potem trzeba cały czas trzymać dietę i spożywać jakieś suplementy diety i tego typu rzeczy, tak? Żeby wszystko mniej więcej działało tak jak powinno (MM_5_26).

Nieliczni rozmówcy wskazali, że należy dbać o zdrowie, ponieważ jest ono zasobem, który można stracić, jeśli się o niego nie dba. Jednakże w przeciwieństwie do wypowiadających się kobiet, które zwróciły uwagę, że świadomość zdrowotną nabywa się z wiekiem, mężczyźni zdają sobie sprawę, że należy dbać o zdrowie dopiero wtedy, kiedy je tracą, podupadają na zdrowiu: „Myślę, że powinno się o to dbać. Ja dopiero sobie zdaję sprawę, jak podupadłem na zdrowiu, to zacząłem sobie zdawać sprawę, że tego nie można, tego można, no i dążyłem do tego, żeby nie przeholować, żeby nie pogorszyć sprawy." (MST_12_72). Część badanych zwróciła także uwagę na ekonomiczne aspekty zdrowia i choroby. Ich zdaniem, jeśli nie dbamy o zdrowie, to w przypadku choroby leczenie może wiązać się z ponoszeniem dużych nakładów finansowych:

> To jest jakby nawiązanie do finansowej strony, pomijając już sprawę zdrowotną jako taką, to na pewno koszty większe na doprowadzenie się do porządku, czyli na leki, na jakieś zabiegi, różne, rehabilitacyjne (MST_11_71).

Należy zaznaczyć, że żaden z wypowiadających się mężczyzn nie wyraził przekonania o tym, że o zdrowie należy dbać, ponieważ jest darem od Boga, a także, żeby móc pomagać swoim dzieciom bądź wnukom (ewentualnie, aby móc spędzać z nimi wolny czas, bawić się z nimi). Mężczyźni nie wskazali również na chęć życia jak najdłużej jako przyczyny dbania o zdrowie. Jak już wspomniano, powody te wymieniały kobiety, które wzięły udział w badaniu.

Z analizy zebranych danych wynika, że wskazując na powody dbania o zdrowie, mężczyźni nawiązują do tradycyjnego/patriarchalnego wzorca męskości, w którym to omawiany zasób nie stanowi tak znaczącej wartości jak np. siła fizyczna i możliwość jej wykorzystania, przede wszystkim podczas aktywności zawodowej, sportowej bądź towarzyskiej. Kobiety zaś wskazywały na znaczenie zdrowia jako ważnego zasobu kapitału ludzkiego mającego wpływ na ich funkcjonowanie w różnych obszarach życia, zwłaszcza rodzinnego. Zatem wyniki analizy wypowiedzi kobiet i mężczyzn, reprezentujących różne kategorie wiekowe, na temat powodów dbania o swoje zdrowie, weryfikują postawioną przez nas hipotezę mówiącą o tym, że kobiety chętniej niż mężczyźni postrzegają zdrowie jako zasób kapitału ludzkiego mający wpływ na ich społeczne funkcjonowanie.

Istotna różnica pomiędzy kobietami a mężczyznami wypowiadającymi się na temat powodów dbania o zdrowie pojawiła się również na poziomie języka. Kobiety odwoływały się do takich określeń jak „strach", „obawa" przed chorobą, natomiast mężczyźni – dbam o zdrowie, ponieważ chcę „uniknąć chorób" bądź „problemów zdrowotnych". Zgodnie ze schematem tradycyjnych ról kobiecych wzorzec reakcji w sytuacjach trudnych polega na analizowaniu uczuć; kobiety mają również większe przyzwolenie na jawne wyrażanie lęku, natomiast manifestowanie lęku przez mężczyzn kojarzone jest ze słabością i może być interpretowane jako niemęskie (por. Frąckowiak-Sochańska 2011).

Gdy w analizie wypowiedzi badanych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, uwzględnimy wiek, okazuje się, że osoby młode, w średnim wieku i stare wskazują na nieco inne powody dbania o zdrowie. W pierwszej kolejności zostaną omówione przyczyny troski o zdrowie wskazywane przez kobiety reprezentujące wyodrębnione trzy kategorie wiekowe.

Młode uczestniczki badania zwracały szczególną uwagę na możliwość normalnego funkcjonowania, jednakże „normalne funkcjonowanie" było rozumiane przez nie jako sposobność „korzystania z życia", oznaczało również brak wydatków na leczenie oraz możliwość prowadzenia samodzielnego, niezależnego życia. Zdaniem młodych kobiet, choroba może zakłócić funkcjonowanie człowieka i przyczynić się do wielu ograniczeń (np. związanych z konieczności rezygnacji ze studiowania,

świadczenia/wykonywania pracy zawodowej lub z aktywności towarzyskiej). Również kobiety w średnim wieku zwróciły uwagę na tę przyczynę dbania o zdrowie, ale powiązały „normalne funkcjonowanie" przede wszystkim z perspektywą codziennej aktywności – w życiu prywatnym (m.in. dbanie dom, opieka nad dziećmi) oraz w życiu zawodowym. Podkreślały także, że dbają o zdrowie, aby móc zachować niezależność oraz nie być zdanym na pomoc innych: „Tylko i wyłącznie w kontekście chyba tylko tego egoistycznego podejścia żebym nie musiała być zdana na łaskę i nie łaskę innych. Żebym mogła sam zrobić to co chcę" (KSR_7_49). Ta sama przyczyna była wskazywana także przez kobiety starsze. Jednakże „normalne funkcjonowanie" było przez nie rozumiane jako dobre samopoczucie oraz „korzystanie jeszcze z życia". „Jeśli jest się zdrowym i to zdrowie zagospodarowuje na uciechy, przyjemności" (KST_6_69); „No bardzo ważne zdrowie jest, wie pani. No bo człowiek po co żyje, po to żeby umilał ten czas jeszcze, no nie?" (KST_3_65). Tylko dwie starsze kobiety zwróciły uwagę na fakt, że należy zdecydowanie dbać o zdrowie, ponieważ daje ono siłę do życia oraz pracy: „Bo to nam daje siłę do życia, do pracy przede wszystkim" (KST_10_71). Jak wskazały badane, na podejście do zdrowia i troskę o nie wpływa również fakt bycia matką. Młode kobiety podkreślały, że chcą i powinny być zdrowe także dla swoich dzieci, żeby móc wywiązywać się z roli rodzicielskiej, ale także by przekazywać im „prozdrowotną" postawę, natomiast kobiety będące w średnim wieku oraz kobiety starsze podkreślały zaś, że należy dbać o zdrowie, aby móc jak najdłużej pomagać swoim dzieciom, wnukom bądź nie być dla nich obciążeniem. Wśród wypowiadających się młodych kobiet znalazły się również pojedyncze stwierdzenia, że należy dbać o zdrowie, ponieważ jest ono darem od Boga, o który należy się troszczyć. Do tej przyczyny dbania o zdrowie nawiązywały również nieliczne reprezentantki najstarszej kategorii wiekowej kobiet (na tę przyczynę dbania o zdrowie nie wskazywały kobiet będące w średnim wieku). Młode rozmówczynie wspominały także, że zdrowie nie jest dane człowiekowi raz na zawsze, jest kruchym zasobem, który można stracić, jeśli nie będzie się o nie dbać. Pojawiły się tutaj uwagi, że świadomość ta przychodzi z wiekiem oraz gdy zaczynają się pojawiać jakieś zdrowotne problemy czy dolegliwości. Na tę przyczynę dbania o zdrowie wskazywały również kobiety w średnim wieku, które wspominały jednocześnie, że powinno się stosować profilaktykę i dbać o zdrowie już w młodym wieku. Same jednak zaznaczyły, że świadomość i ważność profilaktyki zdrowotnej pojawia się dopiero w późniejszym wieku. Respondentki reprezentujące najstarszą kategorię wiekową nie wspominały o tej przyczynie dbania o zdrowie. Jak wynika z deklaracji starszych kobiet, ten kruchy zasób został już częściowo utracony, a kobiety te, w porównaniu

do młodszych badanych, obecnie przywiązują więcej wagi do medycyny profesjonalnej. Młode kobiety podkreśliły, że należy dbać o zdrowie fizyczne, ponieważ jest podstawą dobrego samopoczucia i zdrowia psychicznego. Nieliczne reprezentantki średniego wieku również łączyły te dwa zasoby zdrowia. Zarówno kobiety w średnim wieku, jak i kobiety starsze odwołały się do pewnego rodzaju oczywistych stwierdzeń, podkreślających że zdrowie jest najwyższą wartością w życiu człowieka, jest „wartością fundamentalną" (KST_6_69); „Zdrowie jest najważniejsze w życiu, wszystko inne się nie liczy, najważniejsze jest zdrowie" (KSR_14_53); „No bo zdrowie to podstawa. Jak człowiek jest chory, to mu się nic nie chce. Chory to słaby. No trzeba o nie dbać" (KSR_15_62). Podobnie jedna z kobiet zauważyła, że dbanie o zdrowie stanowi warunek życia i właśnie to jest powodem, dla którego należy to robić: „Jeśli jesteśmy zdrowi, i fizycznie i psychicznie, to chce się na żyć, to chce się nam iść do przodu, jakoś myśleć o przyszłości" (KSR_4_45).

Charakterystyczne dla młodych kobiet w omawianym aspekcie postawy wobec zdrowia było niewskazywanie jako przyczyn dbałości o zdrowie chęci uniknięcia kontaktu z lekarzami czy też polską służbą zdrowia. Natomiast żadna z reprezentantek średniego wieku nie wyraziła przekonania o tym, że o zdrowie należy dbać, ponieważ jest ono źródłem lepszego samopoczucia lub przyjemności (takie wskazania znalazły się u młodszych i starszych kobiet oraz u mężczyzn), jak również, że dzięki dbaniu o zdrowie można uniknąć kontaktu z negatywnie ocenianą polską służbą zdrowia. Wskazały natomiast, że dbają o zdrowie z powodu chęci życia jak najdłużej: „Ma znaczenie, no zdrowie mi się jakoś tak kojarzy z umieraniem, więc im będę zdrowsza, tym będę dłużej żyła. Mam tyle rzeczy do zrobienia, że chciałabym bardzo długo żyć" (KSR_8_53). Jak już wspomniano wcześniej, również z chęci bądź konieczności pomagania swoim bliskim.

Należy zaznaczyć, że starsze badane miały problemy z udzieleniem szczegółowej odpowiedzi na pytanie „dlaczego należy dbać o zdrowie? Nie potrafiły one wskazać konkretnych powodów. Bardziej zrozumiałym dla rozmówczyń w tym wieku było pytanie o to, czy zdrowie jest ważne bezpośrednio dla badanej i dlaczego jest istotne (kwestia ta została omówiona w komponencie afektywnym postawy wobec zdrowia). Odpowiadając na pytanie „dlaczego należy dbać o zdrowie", część z nich wskazała na znaczenie dbania o zdrowie w celu zapobiegania chorobom i tym samym nie przysparzania kłopotów innym – nie tylko najbliższym, ale także społeczeństwu, na co nie wskazywały młodsze badane. Również nieliczne starsze kobiety podkreśliły, że należy troszczyć się o zdrowie, ponieważ wpływa ono na dobrostan jednostki. Ich zdaniem, aby utrzymać dobre zdrowie, należy korzystać z porad lekarzy i kontrolować je

poprzez badania profilaktyczne: „Uważam, że masz życie po to, żeby je przeżyć dobrze. A żeby je przeżyć dobrze, to powinnaś się leczyć. Powinnaś chodzić i sprawdzać swój stan zdrowia" (KST_7_70).

Analizując przytoczone powody dbania o zdrowie, można wskazać na występowanie generacyjnych różnic w postawach wobec zdrowia kobiet reprezentujących różne kategorie wiekowe. Wynikają one nie tylko ze stanu zdrowia – kobiety starsze, ze względu na gorszy stan zdrowia i związane z wiekiem problemy zdrowotne, więcej wagi przywiązują do kwestii związanych z samopoczuciem, odczuwaniem bądź brakiem bólu, natomiast kobiety młodsze, definiując „normalne funkcjonowanie", nawiązują do pełnionych ról społecznych, tj. pracownica, matka. Jak wynika z analizy zebranych danych, przede wszystkim reprezentantki średniego wieku nawiązują do wcześniej już wskazanych genderowo określonych kobiecych powinności (obowiązku dbania o zdrowie, nie tylko swoje, ale także najbliższych, opieki nad dziećmi oraz łączenia pracy zawodowej z obowiązkami domowymi). Można je również zakwalifikować do „pokolenia przegubowego"/ „sandwich generation". Określenie to zostało ukute przez Dorothy Miller. Pierwotnie odnosiło się do kobiet trzydziesto- i czterdziestoletnich, które dbają o swoje dzieci, ale jednocześnie dbają o potrzeby starzejących się rodziców, a także dalszej rodziny bądź przyjaciół (Miller 1981). Współcześnie to grupa czterdziesto- i pięćdziesięciolatków, żyjących niejako „w kanapce", rozdartych pomiędzy opieką nad starszymi rodzicami a własnymi dziećmi bądź wnukami. Najbardziej w tę „kanapkę" uwikłane są kobiety ok. pięćdziesiątego roku życia. To one troszczą się o zniedołężniałych rodziców i teściów, wspierają własne, dorastające dzieci, bawią wnuki, zajmują się nie tylko własnym gospodarstwem domowym – sprzątają, gotują, robią zakupy również dla starzejących się rodziców bądź nie do końca usamodzielnionych dzieci (Diller 2012). Uwikłanie w genderowo określone powinności powoduje, że niektóre z nich często zmuszone są do porzucenia pracy zawodowej, nawet na kilka lat przed planowaną emeryturą. Z powodu zaangażowania w życie rodzinne dla niektórych kobiet to również okres, w którym przestają dbać o swoje zdrowie (kwestie te zostaną omówione w komponencie behawioralnym postaw wobec zdrowia).

Również w przypadku mężczyzn wystąpiło kilka charakterystycznych powodów dbania o zdrowie, na które wskazywali reprezentanci poszczególnych kategorii wiekowych. Jeśli chodzi o młodych mężczyzn, to zaznaczali oni, że zdrowie umożliwia aktywność zawodową (powód wskazywany również przez pozostałych badanych), a także utrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi, przede wszystkim ze znajomymi, no co nie zwracali uwagi pozostali mężczyźni, a także kobiety, które

wzięły udział w badaniu. Młodzi mężczyźni skupiali się również na takich aspektach jak życiowa satysfakcja, energia, dobre psychiczne samopoczucie, zadowolenie z siebie, a także sprawność. Zauważali, że od stanu zdrowia zależy jakość oraz długość życia. Ich zdaniem należy dbać o zdrowie, ponieważ w przypadku wystąpienia choroby jesteśmy zmuszeni do zmiany stylu życia, możemy mieć problem ze zrealizowaniem planów i marzeń. Wskazywanie przez młodych mężczyzn na psychofizyczne aspekty zdrowia oraz na styl życia jako ważnych elementów w omawianym aspekcie oraz wyrażanie przekonania o indywidualnej odpowiedzialności za własną kondycję psychofizyczną, może wynikać z faktu, że dorastali oni w kulturze, w której propaguje się modę na zdrowy styl życia oraz ideologię healthismu. Mężczyźni ci, w przeciwieństwie do reprezentantów starszego pokolenia, mają większą świadomość znaczenia zdrowia, a część z nich wykorzystuje tę wiedze również w praktyce. Należy podkreślić, że wśród mężczyzn tylko młodzi badani zwrócili uwagę na fakt pełnienia roli ojca jako przyczyny dbania o zdrowie. Ich zdaniem należy być zdrowym, alby móc zająć się swoimi dziećmi. Jednakże skupiali się oni przede wszystkim na wadze bycia aktywnym ojcem, tzn. takim, który ma zdrowie i siłę na zabawę z dziećmi. Tym samym młodzi mężczyźni wskazywali nie tylko na aktywność w sferze publicznej, m.in. związaną z pracą zawodową, ale także zaangażowanie w życie rodzinne. Analiza wypowiedzi respondentów, którzy wzięli udział w naszym badaniu, a także wyniki innych badań nad problematyką współczesnych wzorów kobiecości i męskości, pokazuje, że współcześni młodzi mężczyźni coraz częściej angażują się właśnie w pełnienie roli rodzicielskiej i życie rodzinne (m.in. Sikorska 2009, 2012, Szlendak 2010, Dzwonkowska-Godula 2015). Wśród powodów dbania o zdrowie młodzi mężczyźni wskazywali także na chęć uniknięcia chorób i problemów zdrowotnych, które utrudniają życie, nie tylko własne, ale także najbliższych. Wyrażono również przekonanie, że zdrowie jest zasobem, o który należy dbać, bo w przeciwnym razie się go straci. Powody te były wymieniany również przez mężczyzn będących w średnim wieku.

Charakterystycznym dla reprezentantów średniego wieku powodem dbania o zdrowie była przede wszystkim chęć zachowania dobrej kondycji psychofizycznej, umożliwiającej zachowanie niezależności od innych. Mężczyźni ci chcieliby ustrzec się przed obciążeniem bliskich osób ewentualnym obowiązkiem fizycznej opieki nad nimi oraz przed przysporzeniem członkom rodziny zmartwienia, które może negatywnie wpływać także na ich zdrowie. Takie stwierdzenia nawiązują do tradycyjnej koncepcji męskości, w której mężczyzna nie okazuje słabości. Chorowanie nie mieści się w tradycyjnym wizerunku mężczyzny

– silnego, twardego, nie potrzebującego pomocy (m.in. Mandal 2003, Ostrowska 2006, Królikowska 2011). „Bo dzięki temu, że ja powiedzmy jestem zdrowy i w miarę się jakoś trzymam, nie narzekam, bo nie dosięgły mnie jakieś poważne choroby. No to nie przysparzam komuś jakichś tam problemów, kłopotów, jakichś zmartwień" (MSR_8_53). Tylko mężczyźni będący w średnim wieku zaznaczyli, że dbanie o zdrowie stanowi źródło lepszego samopoczucia (psychicznego), a także, że może być źródłem przyjemności. Jest to kategoria, która nie wystąpiła u pozostałych badanych obojga płci. Część mężczyzn reprezentujących tę kategorię wiekową wspomniała, że dba o zdrowie nie dla samego zdrowia, lecz dla przyjemności i satysfakcji z działań podejmowanych na rzecz swojego zdrowia. Należy tutaj wziąć pod uwagę jak mężczyźni rozumieją pojęcie zdrowia – przede wszystkim jako aktywność fizyczną i sportową. Analizując kwestie przyczyn dbania o zdrowie, tę przyjemność i satysfakcję z działań na rzecz zdrowia łączyli z możliwością rywalizacji, m.in. na niwie sportowej: „Ja to robię, także ja mam w tym przyjemność. Wymyślam, namawiam, proponuję, a to jakąś siatkę do speedtona, staram się to na tyle uatrakcyjnić, żeby to był element poznawczy, stąd też rower, to jest po coś" (MSR_14_61). Reprezentanci średniego wieku zaznaczali również, że zdrowie stanowi priorytetową wartość w życiu człowieka, jest także „warunkiem życia w ogóle", na co nie wskazywali pozostali badani mężczyźni. W dodatku u większości mężczyzn w średnim wieku pojawia się uwaga dotycząca funkcjonowania w środowisku zawodowym, na co zwracali uwagę tylko nieliczni młodzi i starsi badani:

> Myślę że zdrowie to jest podstawa, bo jeżeli człowiek jest chory, to wszystko się wiąże z tym. Nie może pracować, nie może w koło siebie robić, nie może pracować w domu, pomagać rodzinie, jest zależny od drugiego człowieka (MSR_2_39). No tak, jest ważne (zdrowie – przyp. aut.). Gdybym nie był zdrowy, np. miałbym chory kręgosłup, to nie mógłbym pracować [...] (MSR_6_47).

Analizując zebrane wypowiedzi, również tutaj spostrzeżono nawiązywanie mężczyzn w średnim wieku do aktywność w sferze publicznej, zawodowej, co odpowiada patriarchalnemu modelowi męskości. Żaden z rozmówców w tej kategorii wiekowej nie wyraził przekonania o tym, że o zdrowie należy dbać, ponieważ chce się pomagać swoim dzieciom, bądź, że chce żyć jak najdłużej, na co wskazywały kobiety z tej samej kategorii wiekowej.

Charakterystycznym dla starszych mężczyzn było natomiast wskazywanie na lekceważenie swojego zdrowia w młodości i zainteresowanie się nim dopiero wtedy, kiedy pojawiły się poważne problemy

zdrowotne: „Myślę, że powinno się o to dbać. Ja dopiero sobie zdaję sprawę jak podupadłem na zdrowiu, to zacząłem sobie zdawać sprawę [...]" (MST_12_72). Jak podkreślali niektórzy z nich, nawet kiedy zaczęli borykać się z różnymi dolegliwościami, to część z nich lekceważyła je. Dopiero dzięki namowom rodziny – żony lub córki, zaczęli diagnozować swoje zdrowie oraz stosować się do zaleceń lekarskich. Część badanych, zapytanych o to, czy i dlaczego należy dbać o zdrowie, odwoływała się do innych osób, które namawiają ich do tego działania lub zajmują się ich zdrowiem: „Tak, oczywiście. Myślę, że my dbamy. Tzn. ja z żoną. No ona może bardziej, bo na tę tarczycę też choruje, ale ja też. Ona mnie też zawsze przypilnuje. Z tymi ziołami, z dietą [...]" (MST_8_70). Również tylko starzy mężczyźni zwrócili uwagę na kwestie ekonomiczne związane z dbaniem o zdrowie. Nie pojawiły się one u pozostałych mężczyzn, którzy wzięli udział w badaniu. Reprezentanci najstarszego pokolenia podkreślali, że o zdrowie należy dbać, żeby ustrzec się wydatków związanych z leczeniem w razie wystąpienia choroby/chorób: […] to jest jakby nawiązanie do finansowej strony, pomijając już sprawę zdrowotną jako taką, to na pewno koszty większe na doprowadzenie się do porządku, czyli na leki, na jakieś zabiegi, różne, rehabilitacyjne" (MST_11_71). To, co odróżniało starszych mężczyzn od pozostałych badanych, to porównywanie swojego zdrowia oraz dbania o nie z dbaniem o samochód: „Oczywiście tylko nie dbamy. Ja to zawsze tak tłumacze. Bardziej dbamy o samochód, żeby mieć pieniądze [...]" (MST_6_66).

W analizie powodów dbania o zdrowie wskazywanych przez kobiety i mężczyzn uwzględniliśmy także „upłciowiony wiek". Jak wynika z zebranych danych, kobiety i mężczyźni reprezentujący różne kategorie wiekowe wskazują na nieco inne powody dbania o zdrowie. O ile młodzi ludzie (bez względu na płeć) mają podobną świadomość znaczenia zasobu jakim jest zdrowie, a także wyrażają przekonanie o indywidualnej odpowiedzialności za własną kondycję psychofizyczną i częściowo podają podobne powody dbania o zdrowie (m.in. wskazują na znaczenie prowadzenia samodzielnego, niezależnego życia oraz możliwość aktywności w życiu rodzinnym i zawodowym), o tyle u starszych badanych różnice w omawianym aspekcie stają się bardziej wyraźne. Wskazując powody dbania o zdrowie, kobiety będące w średnim wieku podkreślały przede wszystkim, że dbają o ten zasób, aby być aktywnym w obszarze życia rodzinnego, natomiast mężczyźni w obszarze życia zawodowego oraz towarzyskiego. Różnice wystąpiły również między kobietami i mężczyznami reprezentującymi najstarszą kategorię wiekową. Starsze rozmówczynie troszczyły się o zdrowie, żeby ustrzec się chorób, nie sprawiać kłopotów innym, a także być ciągle aktywną – pomagać bliskim lub uczestniczyć w życiu towarzyskim. Ich rówieśnicy obawiali się zwłaszcza niedołężności

i uzależnienia od innych oraz ponoszenia kosztów związanych z leczeniem.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, płeć słabo różnicuje postawy wobec zdrowia młodych ludzi. Mamy tu do czynienia z androgynizacją w obszarze postaw wobec zdrowia, przede wszystkim w zakresie świadomość znaczenia zdrowia dla kapitału jednostki. Młodzi ludzie traktują zdrowie jako jego ważny zasób. Nieco inaczej wygląda aspekt behawioralny postawy wobec zdrowia w tej kategorii wiekowej. Na zachowania zdrowotne młodych ludzi nadal wpływają patriarchalne wzorce kobiecości i męskości (aspekt ten zostanie omówiony w kolejnych podrozdziałach). Postawy wobec zdrowia osób w średnim wieku i starych są zdecydowanie silniej zróżnicowane ze względu na płeć. Wynika to z realizowania przez nie patriarchalnych wzorów kobiecości i męskości. O ile zdrowie stanowi bardzo ważny zasób dla kobiet, o tyle wśród mężczyzn nie stanowi on takiej wartości, jak np. siła fizyczna, aktywność i możliwość pracy zawodowej (bez względu na stan zdrowia).

5.2. Komponent afektywny

5.2.1. Ocena własnego zdrowia a płeć i wiek (Krystyna Dzwonkowska-Godula)

Jak pisała M. Sokołowska:

> Kryteria zdrowia są historyczne, zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, z normami i zwyczajami określonych zbiorowości społecznych. Są też zależne od dążeń i wartości, jakie kierują życiem ludzi. W związku z tym ocena zdrowia i choroby zmienia się w zależności od jednostki, gdyż jest uwarunkowana bardzo indywidualnymi potrzebami subiektywnymi i reakcjami (Sokołowska 1980: 125–126).

Wyniki badań sondażowych pokazują, że między innymi płeć i wiek należą do zmiennych różnicujących zadowolenie z własnej kondycji psychofizycznej (CBOS 2012a). Kobiety stosunkowo częściej niż mężczyźni oceniają swój stan zdrowia jako zły (odpowiednio 16% i 9%). Tylko nieco połowa z nich (52%) określa go jako dobry w porównaniu z 62% męskiej zbiorowości badanych. Wynika to między innymi z faktu, że w populacji kobiet więcej jest osób starszych (w związku z większą umieralnością i krótszym życiem mężczyzn) i duża część z nich zmaga się z przewlekłymi

chorobami (44% w stosunku do 26% mężczyzn)[7]. Starzeniu się i związanym z nim pogarszaniu się kondycji psychofizycznej towarzyszy narzekanie na własne zdrowie, podczas gdy osoby młode deklarują powszechnie zadowolenie w tym względzie (CBOS 2012a).

Interesujące jest jednak nie tylko to, jak ludzie oceniają stan swojego zdrowia, ale dlaczego tak go oceniają, jakimi kryteriami się przy tym posługują. W realizowanym badaniu jakościowym pytano o to kobiety i mężczyzn w różnym wieku. We wszystkich grupach badanych jako czynnik decydujący o dobrej kondycji psychofizycznej wskazywano brak choroby, problemów zdrowotnych, dolegliwości, ale też radzenie sobie ze schorzeniami. A zatem cierpienie na jakąś chorobę nie wyklucza określenia siebie mianem zdrowego, jeśli schorzenie jest leczone, kontrolowane przez człowieka oraz nie utrudnia codziennego, normalnego funkcjonowania. W wypowiedziach respondentów obu płci w różnym wieku powtarzało się również odwołanie do samopoczucia jako podstawy autooceny stanu zdrowia, ale też poleganie na kryteriach medycznych – diagnozie lekarskiej, wynikach badań, przyjmowaniu leków – jako wyznacznikach „jakości" kondycji psychofizycznej. Powszechne, wskazywane w każdej grupie badanych, było również porównywanie własnego stanu zdrowia z „formą" innych osób w tym samym wieku bądź też z własną kondycją przed laty. Warto przy tym zauważyć, że te same czynniki były podstawą odmiennej oceny stanu zdrowia różnych respondentów, np. leczona choroba była dla niektórych podstawą do określania własnej zdrowotnej kondycji jako dobrej (choroba nie utrudniała życia i nie stanowiła zagrożenia, bo była pod kontrolą), w przypadku innych wpływała natomiast na obniżenie tej oceny (jeśli definiuje się zdrowie jako brak choroby, to jej istnienie nie pozwala na pozytywną ocenę kondycji psychofizycznej) (Łuczak 2015).

Analiza wypowiedzi respondentów pozwala dostrzec różnice, zarówno w ocenie zdrowia, jak i w podawanych jej uzasadnieniach przez kobiety i mężczyzn reprezentujących różne kategorie wiekowe. Przyjrzyjmy się najpierw, jak płeć różnicuje afektywny komponent postawy wobec własnego zdrowia.

Wyniki badania potwierdziły stosunkowo lepsze oceny własnej kondycji psychofizycznej mężczyzn w porównaniu z kobietami. W grupie młodych respondentów wszyscy uczestniczący w badaniu mężczyźni ocenili ją pozytywnie (mimo jednoczesnego wskazywania różnego rodzaju dolegliwości), podczas gdy wśród młodych rozmówczyń były

7 Te różnice w deklaracjach mogą wynikać częściowo z braku świadomości takich schorzeń u mężczyzn, którzy rzadziej poddają się badaniom profilaktycznym i unikają lekarzy.

osoby określające swój stan zdrowia jako średni czy przeciętny. Przy tym zadowolenie mężczyzn ze stanu swojego organizmu rzadko oznaczało jednoznaczną bardzo dobrą ocenę, towarzyszyły mu zastrzeżenia typu: „na razie dobry", „w miarę dobry", „całkiem nieźle", „nie jest najgorzej", „jest ok, ale się pogarsza". Wśród badanych w średnim wieku nie było mężczyzn, którzy negatywnie ocenili swoje zdrowie (dominowały oceny pozytywne wobec kilku „średnich"), takie stanowiska natomiast pojawiły się wśród uczestniczek badania w tej kategorii wiekowej. Różnic tego typu w ocenie własnej kondycji psychofizycznej nie było w najstarszej kategorii badanych: w grupie przedstawicieli obu płci znalazły się osoby określające swoje zdrowie jako dobre, średnie oraz złe (podobieństwo autooceny zdrowia starych ludzi zaobserwowali także inni badacze – por. np. Tobiasz-Adamczyk 2000: 61).

Różnice między kobietami i mężczyznami w ocenie własnego stanu zdrowia wyjaśnić można socjalizacją płciową i kulturowymi koncepcjami kobiecości i męskości. Bardziej krytyczna w przypadku kobiet autoocena kondycji psychofizycznej może wiązać się z ich większą otwartością w mówieniu o różnego rodzaju odczuwanych dolegliwościach, co z kolei wynika z „wyższej społecznej akceptacji faktu chorowania przez kobiety" (Tobiasz-Adamczyk 2000: 61). Jako przedstawicielkom „słabej płci" przyzwala im się na narzekanie na zdrowie, uczy się obserwacji własnego ciała i rozpoznawania dolegliwości (np. w okresie menstruacji) (Tobiasz-Adamczyk 2000: 61; Królikowska 2011: 390). Ponadto, w związku z opieką nad zdrowiem całej rodziny mają one większą wiedzę na temat chorób, towarzyszących im objawów oraz sposobów leczenia. W rezultacie kobiety szybciej niż mężczyźni reagują na symptomy choroby, nawet te „mało ważne", oraz zwracają uwagę na odczuwany dyskomfort fizyczny, co może przekładać się na gorsze oceny własnego zdrowia (Tobiasz-Adamczyk 2000: 61). W przypadku mężczyzn skarżenie się na dolegliwości jest traktowane jako słabość i nie mieści się w kulturowym wizerunku silnego mężczyzny, którego zdrowie „jest niekwestionowane, gdyż »mocna płeć« ma mieć je z definicji" (Malinowska 2011: 11). Większe niezadowolenie kobiet ze swego stanu zdrowia może również wynikać z ich obiektywnie gorszej kondycji psychofizycznej, czego dowodzą statystyki pokazujące częstsze występowanie poszczególnych chorób, dysfunkcji i zaburzeń psychicznych wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami (Ostrowska 2006, 2012; Frąckowiak-Sochańska 2011; Renzetti, Curran 2005: 525).

Uzasadniając autooceny stanu zdrowia, respondentki dokładniej niż uczestniczący w badaniu mężczyźni opisywały dotykające ich schorzenia i odczuwane dolegliwości, co świadczy o ich większej świadomości zdrowotnej. Potwierdzają to obserwacje innych badaczy. Jak zauważyła B. Tobiasz-Adamczyk:

> Sposób opisywania zdrowia i choroby jest odmienny u mężczyzn i kobiet. Zaobserwowano, że kobiety używają innych określeń niż mężczyźni dla opisania tych samych stanów chorobowych, podają więcej szczegółowych objawów, a dodatkowo informują o swojej chorobie poprzez pryzmat emocji towarzyszących zmianom chorobowym, tzn. opis objawów chorobowych obejmuje zarówno fizyczny, jak i psychiczny kontekst choroby (Tobiasz-Adamczyk 2000: 61).

Uczestniczki badania zwracały uwagę na złożoność i trudność określenia stanu zdrowia, wskazując np. na obiektywny i subiektywny wymiar takiej oceny. Niektóre z nich dopytywały, do czego konkretnie mają się odnieść w autoocenie zdrowia: „Jaka jest skala? W jaki sposób mam określić? Jakie są kryteria oceny?" (KM_11_34); „Ale w jakichś kategoriach?" (KM_12_34). Część rozmówczyń formułowała ambiwalentne oceny własnej kondycji psychofizycznej, dostrzegając rozbieżność między obiektywnymi wskaźnikami zdrowia a własnym samopoczuciem:

> [...] obawiałam, że jest niedobrze, [...] no ale zrobiłam badania i wyszły nawet spoko, no więc mój stan zdrowia na ten moment okazuje się nawet dobry" (KM_5_28). [...] nie czuję się chora, natomiast wiem, że jestem chora [...]. To są problemy związane z chorobą jelit. [...] badałam się, miałam stwierdzoną chorobę i miałam operację. (Teraz czuję się – przyp. aut.) dobrze. Nieadekwatnie do tego, co mówią lekarze (KM_14_35).

Według jednej z respondentek porównanie swojej kondycji psychofizycznej z innymi wpływa na zmianę autooceny stanu zdrowia: „Subiektywnie oceniłabym go kiepsko, natomiast porównując się do swoich znajomych w tym samym przedziale wiekowym, to nie jest źle" (KSR_7_49). Pojawiły się także uwagi, że ocena ta jest zmienna i względna: „Zależy od dnia, nieraz jest tak, że bardzo dobrze, no ale w tej chwili to psychicznie to jest taki zlepek różnych rzeczy niezależnych ode mnie" (KSR_13_61). Badane zwracały uwagę na konieczność uwzględnienia zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego w ocenie kondycji swojego organizmu: „Jeżeli chodzi o zdrowie fizyczne, to czuję się bardzo dobrze, mam kondycję, w miarę [...]. Natomiast zdecydowanie gorzej jest z moim zdrowiem psychicznym" (KST_5_67).

Takie ambiwalentne autooceny zdrowia pojawiły się także u uczestniczących w badaniu mężczyzn, ale jedynie tych w średnim wieku. Można odnieść wrażenie, że mimo wyraźnych wskaźników ich złego stanu zdrowia (o których mówili), bronili się oni przed jednoznacznie negatywną oceną, co może wynikać z kulturowej koncepcji męskości, nieprzyzwalającej mężczyznom na narzekanie na zdrowie i chorowanie traktowane jako wyraz słabości:

> Można powiedzieć tak, że jestem bardzo zdrowy i jednocześnie bardzo chory. Mój układ ruchowy odmawia mi posłuszeństwa, dotyczy to stawów, stan kolanowy, stan biodrowy, które mi uprzykrzają życie totalnie, ograniczają mnie (MSR_11_57). Chyba lepiej (oceniam swój stan zdrowia – przyp. aut.) niż jest naprawdę. Tak, że oceniam dobrze, a myślę, że nie jest tak dobrze (MSR_12_58).

Badani zdawali się szukać argumentów, że „nie jest jeszcze z nimi aż tak źle": „No moje zdrowie bym ocenił na zasadzie takiej, że [...] jest ono słabe, ale pozwala mi na realizację mojego życia, tak jak chcę" (MSR_15_61).

Analizując wypowiedzi pytanych mężczyzn, zauważono, że potrzebowali oni konkretnych kryteriów czy miar, żeby móc wypowiedzieć się na temat stanu własnego zdrowia, co można wiązać z męską racjonalnością. Niektórzy z nich stosowali skale do oceny swojej kondycji psychofizycznej: „W skali od jednego do dziesięciu osiem" (MM_13_32); „Ja jestem w tej chwili już blisko jedynki (w skali 1–5 – przyp. aut.). Optymistycznie chciałbym powiedzieć, że dwójka, ale to pewnie jest jedynka" (MSR_11_57); „Swój stan zdrowia oceniam [...] na trójkę" (MST_14_82). Inni posługiwali się „profesjonalnymi" wskaźnikami: „Tu się pochwalę, mam 46 lat, robiłem skład masy ciała i mam 16% tkanki tłuszczowej, 79 kg mięśni i wiek biologiczny 28 lat" (MSR_5_46).

Jak pokazały wyniki badania poznawczego komponentu postaw wobec zdrowia, wypowiadający się mężczyźni traktowali sprawność fizyczną jako definicyjną cechę zdrowia. Także pytani o ocenę stanu własnej kondycji psychofizycznej odwoływali się do sprawności i wydolności organizmu. Możliwość bycia aktywnym fizycznie, uprawiania sportu była dla nich kryterium dobrego stanu zdrowia, natomiast kontuzje i ograniczenia ruchowe wskazywały na jego pogorszenie:

> Jestem w pełni sprawny i wydaje mi się, że mój organizm jest dostatecznie wydolny, wysportowany, i też dobrze się czuję z tym (MM_3_22). Nie mam żadnych problemów w sensie wydolności, możliwości (MSR_14_61). Stąd wnioskuję, że raczej moje ciało jest na tyle zdrowe, skoro mogę uprawiać sport, to jest ok (MSR_4_40). Obecnie mam tylko jedną kontuzję, która powoduje, że nie mogę regularnie uprawiać sportu (MM_15_37).

Niektórzy badani wymieniali konkretne rodzaje sportów czy ruchowej aktywności:

> Jeżdżę, uprawiam aktywnie sporty, jeżdżę na rowerze, biegam, przynajmniej kilka razy w roku wyjeżdżam w góry, nie tylko po to, by pochodzić po Krupówkach, tylko żeby pochodzić po szczytach, po szlakach. Wyjeżdżam w góry po to, by popływać pontonem po rzekach, uprawiam rafting tak zwany (MSR_2_39). Powiedzmy przebiegnę i nie narzekam, że muszę za chwilę

> odpocząć [...]. Trochę popływam, tak, że nie jest najgorzej ze sprawnością fizyczną (MSR_7_49).

Wypowiedzi te potwierdzają znaczenie sportu, siły i kondycji fizycznej dla męskości. Uczestniczki badania nie odwoływały się do tych aspektów w ocenie własnego zdrowia.

Mimo pewnych podobieństw autoocen zdrowia w grupie wypowiadających się kobiet oraz w grupie biorących udział w badaniu mężczyzn, wiek różnicował zarówno zadowolenie z własnej kondycji psychofizycznej, jak i podawane uzasadnienia dokonywanej oceny. Wśród młodych respondentek nie było osób negatywnie oceniających swoje zdrowie. Tym, co wyróżniało je na tle starszych uczestniczek badania, było traktowanie dbania o zdrowie jako jego „miary". A zatem o dobrym stanie psychofizycznej kondycji świadczy, w przekonaniu badanych, zdrowy styl życia – regularne badania profilaktyczne, aktywność fizyczna, odpowiednie odżywianie:

> (Oceniam swój stan zdrowia na – przyp. aut.) dobry. Dobry plus. Że raczej kontroluję się, tzn. regularnie badania krwi, cytologię. I raczej ostatnio, jeżeli coś mnie zaniepokoi, to raczej kontroluję. Dbam o zdrowie (KM_15_35). Prowadzę taki aktywny tryb życia, który się przekłada na zdrowie, jestem aktywna, nie mam jakichś nałogów, w zasadzie żadnych nie mam nałogów, więc [...] no głównie aktywność, to jest dużo, [...] i w miarę dobra dieta (KM_10_30).

Z kolei zaniedbywanie zdrowia i antyzdrowotne zachowania były wskazywane przez młode respondentki jako podstawa obniżenia autooceny kondycji psychofizycznej „(Swój stan zdrowia oceniam jako – przyp. aut.) nie bardzo dobry, a dobry dlatego, że cały czas palę papierosy" (KM_9_30). Jak stwierdziła jedna z badanych, określająca stan swojego zdrowia jako „średni": „Tak oceniam swoje zdrowie, bo czuję, że nie dbam o siebie tak jak powinnam i ciągle coś mnie boli" (KM_13_34). Młode uczestniczki badania wyrażały tym samym przekonanie, że to one ponoszą odpowiedzialność za swoje samopoczucie i funkcjonowanie organizmu. Tendencję tę, dotyczącą młodych respondentów (i kobiet, i mężczyzn) zauważono już, omawiając wyniki badania dotyczące poznawczego komponentu postaw wobec zdrowia (sposobu pojmowania zdrowia oraz przekonań na temat wpływających na nie czynników). Dostrzec tu można wpływ promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej podkreślających „dominującą rolę jednostki w osiąganiu zdrowia", a w rezultacie obarczających ją odpowiedzialnością za swoje zdrowie (Borowiec, Lignowska, Makowska 2009: 170). Młodzi respondenci, a przynajmniej część z nich, w swoich wypowiedziach dawała wyraz przekonaniu, że „zdrowie można osiągnąć przez wysiłek i samodyscyplinę, z koncentracją na doskonaleniu i chronieniu ciała,

kształtowaniu jego masy i rozmiarów" (Crawford 1980, za: Lizak, Seń, Kochman 2014: 150).

Co ciekawe, uczestniczki badania, mimo swojej metrykalnej młodości, w którą wpisane jest niejako zdrowie i witalność, odwoływały się, podobnie jak starsze respondentki, do swojego wieku, podkreślając, że „dobrze się trzymają", w porównaniu z innymi bądź przeciwnie, obserwując pogorszenie swojej kondycji psychofizycznej:

> [...] sądzę, że tak to całkiem w porządku jak na mój wiek [...]. Znaczy moi znajomi, ale to głównie przez to, że palą, oni mają już np. problemy z płucami i to dość sporo osób ma problemy z płucami, jakieś torbiele dziwne im się porobiły, więc uważam że w mojej grupie znajomych trzymam się całkiem w porządku (KM_3_24). Mój stan zdrowia jest średni, zawsze gdzieś, coś dolega, strzyka i łamie w krzyżu. No człowiek już się trochę sypie (KM_13_34).

Uczestniczki badania w średnim wieku, co w ich przypadku wydaje się bardziej naturalne, zauważały wpływ starzenia się na kondycję psychofizyczną. Jednak dotyczyło to respondentek mających więcej niż pięćdziesiąt lat. Porównywały one swój obecny stan zdrowia do stanu wcześniejszego, zauważając spadek siły i sprawności czy pojawienie się pewnych schorzeń:

> Starzeję się, [...] głos mi siada [...]. Coraz trudniej jest ze zdrowiem (KSR_8_53). [...] już nie jestem taka sprawna jak kiedyś [...]. Czyli już nie ma siły. Już człowiek przyjdzie ze sklepu, to już się zmęczę. Już usiądę i odpoczywam godzinę, co kiedyś tego nie robiłam, a teraz muszę odpocząć [...]. No nie chce mi się różnych rzeczy robić. Może mogłabym jeszcze coś zrobić więcej i ta choroba zabiera mi tę siłę. To już życie się kończy i się nie chce robić (KSR_15_62).

Charakterystyczne dla badanych z tej grupy wiekowej (nie tylko pięćdziesiąt plus) było zwrócenie uwagi na problemy z kręgosłupem czy ogólniej układem kostno-stawowym oraz zaburzenia snu: „Bolą mnie kości, kolana, biodra, ciśnienie, nie można spać" (KSR_15_62); „[...] czasami mam problem z plecami, to faktycznie bolą mnie plecy, to tak, to mnie bolą" (KSR_2_41); „Jak na przykład w nocy nie śpię albo kumulują się tematy, o których myślę, budzę się o godzinie czwartej rano i już bym zaczynała dzień" (KSR_13_61). Można odnieść wrażenie, że respondentki niejako spodziewały się pogorszenia zdrowia w związku z wiekiem i niektóre z nich wyrażały zdziwienie swoją dobrą kondycją zdrowotną:

> Nie mam problemów z ciśnieniem, śpię w nocy, zasypiam, wstaję (KSR_1_38). To znaczy wszystko jest dobrze, czuję się rewelacyjnie, zastanawiam się czy jeszcze żyję, bo nic mnie boli. I coraz częściej myślę o tym, żeby zrobić jakieś badania, żeby zobaczyć, czy wszystko jest ok. [...] wydaje się że jestem zdrowa,

> aczkolwiek pewnie tak nie jest (KSR_9_54). Nic mnie nie boli, mam dobre samopoczucie, no to chyba (mój stan zdrowia – przyp. aut.) jest dobry, nie? [...] zdaję se sprawę, że coś tam w końcu [...] przyjdzie, no bo jak samochód jeździ i w którymś momencie, no niestety zużywa się część i to na pewno (KSR_14_53).

W ostatniej cytowanej wypowiedzi zwraca uwagę porównanie organizmu do samochodu, które pojawiało się także w grupie mężczyzn. Badane w autoocenach zdrowia porównywały się nie tylko ze swoimi rówieśnikami, ale także z młodszymi od siebie osobami: „Wiem, że ludzie młodsi mają dużo poważniejsze problemy zdrowotne niż ja" (KSR_6_48); „Generalnie należę do osób, którym nie dolega nic poważnego [...]. Bo niektórzy już mają tam nadciśnienie w tym wieku, tam niejeden już, takie mają różne schorzenia, a ja no nie mam i, odpukać, nie chcę mieć" (KSR_14_53).

Charakterystyczne dla starych respondentek było pogodzenie się z „normalnymi" w ich przekonaniu dolegliwościami, schorzeniami, ograniczeniami w funkcjonowaniu organizmu, przyzwyczajenie do nich. Badane, kontrolując stan zdrowia, stosując się do zaleceń lekarzy dotyczących przyjmowania lekarstw oraz trybu życia, miały poczucie radzenia sobie ze zdrowotnymi problemami, co pozwalało im na pozytywną ocenę kondycji psychofizycznej:

> Mam dolegliwości, które są przynależne każdemu człowiekowi. Dokucza mi czasami jedno, czasami drugie, ale to jest wszystko do ogarnięcia (KST_7_70). (Oceniam swój stan zdrowia – przyp. aut.) jako niezły, bo tak: ciśnienie mam opanowane, od kilku lat mam opanowane [...]. Biorę leki, wspomagane też na serce (KST_14_86). [...] mam trochę słuch przytępiony w jednym uchu. [...] to przeszkadza, bo to tak buczy, buczy, ale to się tak przyzwyczaiłam tyle lat. [...] trzeba z tym żyć (KST_10_71).

Dlatego, jak zauważyła jedna z nich: „Ja nie robię z igły widły [...]. Mam te leki i używam" (KST_14_86). Respondentki wyrażały przekonanie, że muszą doceniać zdrowie, jakie mają, bo mogłoby być gorzej. Zaznaczały, że „nie mają prawa narzekać", bo „jak na swój wiek, to nie jest źle", „mogłoby być lepiej, ale gorzej też". One także porównywały się z innymi, wskazując jako pewne osiągnięcie nie tylko nie najgorszą kondycję psychofizyczną, ale sam fakt, że jeszcze żyją: „[...] tak się składa, że ciągle chodzę na pogrzeby ludzi z mojej półki" (KST_16_89). Ze względu na liczbę oraz różnorodność schorzeń, w tym tych związanych z wiekiem, a także stosunkowo dobrze zdiagnozowany stan zdrowia w związku z regularnymi wizytami u lekarza, w wypowiedziach starych uczestniczek badania pojawiało się najwięcej szczegółów „medycznych": nazw chorób czy rodzajów przyjmowanych leków: „Kłopoty zdrowotne,

takie z przewodem moczowym, kamienie nerkowe. Zaćma, osteoporoza, zaczynają się kolana, stawy [...]. No to, to że w szpitalu byłam, badania robiłam w kierunku tych nerek, kamieni. U okulisty byłam" (KST_1_64). Badane zwracały uwagę przede wszystkim na problemy ze zdrowiem fizycznym, powodujące dyskomfort i utrudniające normalne funkcjonowanie. Samodzielność i radzenie sobie z codziennymi obowiązkami oraz możliwość pozadomowej aktywności była w tej grupie wiekowej respondentek wskazywana jako istotne kryterium oceny kondycji psychofizycznej:

> No, zdrowie, które mam, które mi pozwala w miarę normalnie funkcjonować samodzielnie, chociaż, jak już wspomniałam, nie jest ono całkiem dobre, ale dopóki jestem samodzielna i mogę brać udział w jakimś życiu takim zewnętrznym, no to jestem zadowolona z tego" (KST_9_71). [...] jest bardzo dużo osób, które gorzej się czują i zapadły na takie postępujące choroby i gorzej już chodzą albo w ogóle już nie wychodzą (KST_16_89).

Tylko w tej grupie wiekowej kobiet znalazła się respondentka podkreślająca znaczenie zdrowia psychicznego, które w jej przekonaniu jest bagatelizowane. Na własnym przykładzie pokazywała ona, że sprawność i dobre funkcjonowanie organizmu nie musi iść w parze z dobrą kondycją psychiczną.

W badanej zbiorowości mężczyzn młodzi rozmówcy wyróżniali się pozytywnymi ocenami swojego zdrowia, co można wyjaśniać ich wiekiem i związaną z nim prawdopodobnie dobrą kondycją psychofizyczną. Analiza ich wypowiedzi wskazuje, że część z nich zmagała się z różnego rodzaju dolegliwościami, jednak nie wpływały one na ich ogólną pozytywną autoocenę zdrowia. Zwraca uwagę fakt posługiwania się przez część badanych „fachowymi" nazwami schorzeń czy rodzajów badań, mimo że, jak już zauważono, to kobiety cechuje większa świadomość zdrowotna i medyczna wiedza. Jak wynika z ich wypowiedzi, respondenci doświadczający jakichś problemów ze zdrowiem, pozostają pod kontrolą lekarza bądź poszukują informacji medycznych na własną rękę i są kompetentni w ocenie własnej kondycji psychofizycznej: „Mam podwyższony cholesterol, a reszta rzeczy w normie. [...] ponieważ mam alergię, wzrok mi w ciągu roku pojechał o pół dioptrii, ale jeszcze nie noszę okularów. [...] wycięto mi wyrostek robaczkowy" (MM_5_26); „Miałem problemy troszeczkę, okazało się, że niedużą mam niedoczynność tarczycy, w związku z czym też się leczę" (MM_10_31). Ponieważ miarą zdrowia jest dla nich sprawność fizyczna, jako problem zdrowotny wskazywali oni kontuzje, uniemożliwiające czy też ograniczające uprawianie sportu bądź wspominali o otyłości, również wpływającej na aktywność ruchową, ale także na wygląd, do którego młodzi mężczyźni przywiązywali dużą wagę.

Młodzi respondenci zaznaczali, że w autoocenie kondycji zdrowotnej opierają się głównie na własnych subiektywnych odczuciach: „Uważam, że z moim zdrowiem jest dobrze" (MM_10_31); „Wydaje mi się, że jestem osobą zdrową" (MM_4_24); „No, myślę, że (moje zdrowie – przyp. aut.) jest [...] dobre" (MM_1_21); „Ogólnie uważam, że nie jest najgorzej, tak? Nigdy nie narzekałem na jakieś poważniejsze choroby, nie doświadczyłem jakiś większych kłopotów zdrowotnych" (MM_7_28). Niektórzy z nich wyrażali zdziwienie, że ich subiektywne oceny znajdują potwierdzenie w dobrych wynikach badań lekarskich, inni potrzebowali takich obiektywnych wskaźników, by móc określić stan własnego zdrowia: „(Mój stan zdrowia jest – przyp. aut.) dobry, bardzo dobry. Nawet na podstawie badań jak robiłem wszystkie wyniki były ok" (MM_12_32); „(Oceniam swój stan zdrowia jako dobry – przyp. aut.) na podstawie samopoczucia własnego i potwierdzenia tego w badaniach" (MM_14_35).

Tym, co wyróżniało młodych uczestników badania w grupie wypowiadających się mężczyzn, było traktowanie dbania o zdrowie jako podstawy jego oceny. Respondenci przyjmowali zatem, że o dobrym zdrowiu świadczy podejmowanie prozdrowotnych działań, takich jak stosowanie się do zaleceń lekarskich, kontrola stanu zdrowia, zmiana sposobu odżywiania, czy aktywność fizyczna:

> Myślę, że (mój stan zdrowia jest – przyp. aut.) dobry, staram się w miarę możliwości dbać o swoje zdrowie, co jakiś czas robić badania profilaktyczne. Oczywiście z wiekiem na inne rzeczy zwraca się uwagę, bardziej na to, co się powinno jeść, na poziom cholesterolu, cukrów, na inne trochę rzeczy [...] (MM_14_35). Rzadko choruję, staram się dbać jakoś [...]. Staram się dbać o kondycję fizyczną, żeby to jakoś wyglądało (MM_9_30). Dobre pytanie, bo rok temu miałem problem z ciśnieniem troszkę, ale zmieniłem trochę dietę, zacząłem jeść gorzką czekoladę i pić dużo niegazowanej wody i mi przeszło, czyli tak no stan jest dobry, nie jest bardzo dobry, jest dobry (MM_2_22).

Jak już zauważono, takie poczucie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie wyrażały, w odpowiedzi na pytanie o kryteria oceny swej kondycji psychofizycznej, także młode kobiety uczestniczące w badaniu.

Porównując wypowiedzi młodych respondentów i badanych w średnim wieku, można odnieść wrażenie, że ci drudzy lepiej oceniali swoje zdrowie. Gdy młodzi stosowali określenie „dobry" do opisu własnego stanu zdrowia, zastrzegając, że nie jest ono idealne czy też, że jest to ich osobiste przekonanie, uczestnicy badania w średnim wieku stosunkowo częściej oceniali swoją kondycję jako bardzo dobrą, nie mając żadnych zastrzeżeń:

> Myślę, że mój stan zdrowia jest dobry z naciskiem na bardzo dobry (MSR_1_38). Bardzo dobrze (oceniam swój stan zdrowia – przyp. aut.) (MSR_9_54). Nie choruję. Zdrowy jestem (MSR_13_60). Sprawny, mobilny (MSR_2_39). Nie mam żadnych problemów w sensie wydolności, możliwości. Życzyłbym wielu osobom, żeby miały taką wydolność, takie możliwości (MSR_14_61).

Jak można zauważyć w powyższych wypowiedziach, dla części z nich podstawowym kryterium zdrowia była fizyczna sprawność organizmu. Niektórzy z rozmówców wyrażali dumę z własnej kondycji psychofizycznej, podkreślając, że „nigdy" czy „w ogóle" nie chorowali, nie cierpią na żadne przewlekłe choroby: „Nie pamiętam kiedy ostatni raz byłem u lekarza" (MSR_9_54). Istotne dla nich było porównanie z młodszymi od siebie osobami: „Widzę swoich rówieśników i młodszych ludzi, którzy się gorzej czują ode mnie. Kręgosłupy ich bolą, nogi ich bolą, a ja jakoś sobie chodzę i jakoś bardzo mnie nic nie boli, mimo że mam swoje 47 lat" (MSR_6_47). Przy czym trzeba zauważyć, że niektórzy z badanych nie wymagali zbyt wiele od własnego organizmu, by móc pozytywnie ocenić swoje zdrowie: „Jeszcze żyję w pozytywnym sensie tego znaczenia. Nie narzekam na takie wielkie problemy [...]. Co mam odpowiedzieć? Mam dwie nogi, mam dwie ręce, że nie wymiotuję, że nie boli mnie głowa, całokształt" (MSR_10_56).

Można odnieść wrażenie, że część respondentów w średnim wieku miała potrzebę podkreślenia, udowodnienia własnej witalności i dobrej kondycji fizycznej „mimo wieku". Mógł to być wyraz tęsknoty za młodością lub też przejaw trudności pogodzenia się z upływem czasu, próby zatrzymania go (Chmura-Rutkowska, Ostrouch 2007: 69). Świadczyć może o tym wypowiedź jednego z badanych, chwalącego się w wywiadzie dobrymi wskaźnikami stanu własnego organizmu, w tym jego biologicznego wieku (ocenianego na 28 lat przy metrykalnym wieku 46 lat): „I przyznam się szczerze, że to mi sprawia największą frajdę, bo pewnej młodości nie da się zachować, no ale tym się można pochwalić i ja tak też mentalnie się czuję jako trzydziestolatek, a nie jako czterdziestopięciolatek" (MSR_5_46). Respondenci podkreślali konieczność podtrzymywania dobrej formy własnego ciała głównie poprzez aktywność ruchową. Przy czym uprawianie sportu, w tym także sportów ekstremalnych, było samo w sobie dla niektórych z nich wyznacznikiem stanu zdrowia (utożsamianego ze sprawnością fizyczną).

Ci mężczyźni w tej grupie wiekowej badanych, którzy nieco gorzej, ale nadal pozytywnie oceniali swoje zdrowie, nie zawsze wyjaśniali skąd ta „obniżona" nieco ocena: „Uważam, że jest [...], całkiem nieźle. Bardzo dobrze, bardzo dobrze to może nie, ale całkiem nieźle" (MSR_4_40); „Powiem tak – no nie jest źle" (MSR_6_47); „Jak oceniam swój stan? Jako

dobry, może nie jako bardzo dobry, ale jako dobry" (MSR_8_53). Nie byli oni zatem tak szczerzy i otwarci w mówieniu o swoich schorzeniach czy dolegliwościach, jak młodzi respondenci. Być może świadczy to o tym, że dla młodego pokolenia mężczyzn przyznanie się do dysfunkcji własnego organizmu nie jest już oznaką słabości i „niemęskości". Z drugiej strony wśród badanych w średnim wieku znalazł się respondent opowiadający o swoich zdrowotnych problemach natury psychicznej: „Myślę, że mam problemy na tle nerwowym. Nie cierpię na żadne choroby przewlekłe, natomiast często nie panuję nad swoimi emocjami. Też chodzę na terapię z tym związaną. [...] bardziej mam problemy egzystencjalne. [...] one wpływają na moje zdrowie, bo zastanawiam się nad sensem życia i za bardzo go nie widzę" (MSR_3_40). Jednak jako czterdziestolatek należał on do młodszych osób w tej kategorii wiekowej, pokoleniowo bliżej mu było do trzydziestolatka niż sześćdziesięciolatka, stąd może ten niemieszczący się w patriarchalnej koncepcji męskości stosunek do własnego zdrowia.

Przypomnijmy, że to w grupie mężczyzn w średnim wieku, biorących udział w badaniu, znaleźli się rozmówcy formułujący ambiwalentne autooceny kondycji psychofizycznej, co wyróżniało ich na tle pozostałych mężczyzn. Przy czym problemem dla badanych były ograniczenia sprawności ruchowej, uniemożliwiające normalne funkcjonowanie i wykluczające ich z pewnych aktywności „Ja byłem człowiekiem dość żywotnym, lubiłem grać w piłkę, lubiłem biegać, lubiłem chodzić, chodzić, a teraz [...] unikam tego, unikam tego, pewne rzeczy w ogóle są niedostępne dla mnie, jak gra w piłkę, jak jakieś tam uprawianie sportu. To w ogóle jest dla mnie niedostępne, ale jest problem z chodzeniem [...]. To jest lipa" (MSR_11_57). Jeden z nich, mający po wypadku trwale uszkodzoną rękę oraz problem z chodzeniem, określił się mianem „inwalidy", pokazując na własnym przykładzie siłę determinacji i woli w pokonywaniu takich zdrowotnych problemów: „[...] staram się nie pieścić, staram się chodzić, [...] i to mi pomaga, bo wtedy to się zapomina o tych chorobach i ta rehabilitacja tu postępuje [...]. Ale, ale tak jak mówię chyba najbardziej zawdzięczam to sobie, że staram się, [...] z tym, co mam, z tymi możliwościami moimi fizycznymi robić to, co mogę robić" (MSR_15_61). Zauważył on genderowe uwarunkowanie takiej postawy, podkreślając, że „ze względu na wrodzony optymizm i umiejętność radzenia sobie z dolegliwościami mężczyzna jest w stanie »żyć jak chce«" (MSR_15_61). W przekonaniu badanego przedstawiciele jego płci nie poddają się chorobie, nie pozwalają, by cokolwiek przeszkodziło im w realizacji celów. Mamy tu odwołanie do takich stereotypowo przypisywanych mężczyźnie cech jak: aktywność, autonomiczność, niezależność czy wiara w siebie (Lisowska 2008: 76–77).

Również starzy respondenci starali się robić dobrą minę do złej gry, tj. zapewniali, że mimo problemów zdrowotnych z ich zdrowiem „nie jest najgorzej" i starali się nie narzekać. Próbę wycofania się z jednoznacznie negatywnej oceny własnego zdrowia zaobserwować można było w jednym z wywiadów, w którym badany tak określił stan swojej psychofizycznej kondycji: „Ja to sądzę, że źle. Ani nie bardzo źle, ani nie bardzo dobrze, tylko źle. Tak, no tak średnio" (MST_13_77). Dla niektórych kryterium zdrowia było uniknięcie w ciągu swojego życia pobytu w szpitalu i operacji, co traktowali jako sukces. Badani porównywali swoją kondycję psychofizyczną do stanu własnego organizmu przed laty bądź do młodszych osób: „Ja na ten moment oceniam pozytywnie, pomimo, po tych sześciu zawałach, ale ja widzę naprawdę młodych ludzi, którzy zdrowie mają gorzej niż osiemdziesięciolatki. I to mnie przeraża" (MST_7_67). Przy czym zauważono, że to cechowało mężczyzn niezależnie od wieku, to fakt, że zdrowie utożsamiali oni często z fizyczną sprawnością. Zdolność do określonego wysiłku i ruchowej aktywności była dla nich miarą jakości tego ich zasobu: „Wiadomo, człowiek nie jest sprawny, kiedyś potrafiłem zrobić ileś tam pompek, podciągnąć się, dwadzieścia czy ileś razy na drążku, teraz jakby się udało dziesięć, to bym się cieszył" (MST_11_71). Jednak w uzasadnieniach autoocen zdrowia starych uczestników badania pojawiły się także uwagi na temat pogarszania się sprawności umysłowej – kłopotów z pamięcią, czy działania zmysłów: „I wzrok, już nie mówiąc o słuchu. Skleroza, pamięć – pamięta się to co było pięćdziesiąt lat, a nie pamięta się co było dzień czy godzinę temu się nieraz zapomina" (MST_13_77). Tym, co wyróżniało respondentów z tej kategorii wiekowej było wskazywanie na znaczenie wieku dla ich kondycji psychofizycznej: „Nie narzekam. Można to tak w skrócie powiedzieć. Aczkolwiek wiadomo, że z wiekiem to i wzrok i jakieś tam sprawy krążeniowe siadają (MST_11_71); „Nie jest tak najgorzej, ale to, niestety, już nie to zdrowie, co kiedyś" (MST_2_63). Badani nie odwoływali się natomiast do kryteriów medycznych – nie wspominali o przyjmowanych lekach czy zdiagnozowanych chorobach. W przeciwieństwie do rówieśniczek uczestniczących w badaniu, nie opisywali szczegółowo swoich problemów zdrowotnych, lakonicznie stwierdzając, że są chorzy bądź używając potocznych, eufemistycznych określeń: „[...] serce mi dokucza, idę troszkę szybciej, to strasznie mi wali" (MST_14_82). Posługiwali się porównaniami, specyficznymi „miarami" jakości zdrowia: „No, no ściachany (stan zdrowia – przyp. aut.), no tak jak ten, jak samochód po dwustu tysiącach przejazdów" (MST_3_63); „No nie jest dobrze. Mój stan zdrowia to jest jedna czwarta zdrowia" (MST_11_71). Można zatem odnieść wrażenie, że badani mówili o swoich schorzeniach i dolegliwościach niechętnie, co może wynikać z ich przekonania ukształtowanego w patriarchalnej

socjalizacji, że mężczyźnie nie wypada narzekać na zdrowie, okazywać słabości.

Podsumowując, analiza wyników badania dotyczących afektywnego komponentu postaw wobec zdrowia, potwierdza zasadność postawienia hipotez dotyczących różnicującego wpływu płci i „upłciowionego wieku" na oceny stanu zdrowia. W grupie uczestników badania kobiety okazywały się być bardziej krytyczne od mężczyzn wobec stanu własnej kondycji psychofizycznej. Wypowiadający się mężczyźni rzadziej określali ją jako średnią czy złą, stosowali pozytywne określenia, mimo jednoczesnego wskazywania różnych odczuwanych dolegliwości bądź formułowali oceny ambiwalentne, jakby unikali narzekania na własne zdrowie, jako nieprzystającego męskości. Wpływ kulturowych koncepcji kobiecości i męskości można zauważyć w podawanych przez badanych kryteriach oceny stanu zdrowia. Uczestniczące w badaniu kobiety bardziej szczegółowo opisywały swoje problemy zdrowotne, odwołując się do medycznych określeń, co wynika z ich większego zainteresowania sprawami zdrowotnymi, kształtowanego w procesie socjalizacji. Charakterystyczne dla mężczyzn było traktowanie sprawności fizycznej i wydolności organizmu jako kryterium oceny własnej kondycji psychofizycznej, co można wiązać z kulturowym wizerunkiem męskości, w który wpisana jest fizyczna siła i sprawność. Z kolei ich potrzeba stosowania konkretnych miar (np. skal czy innych liczbowych wskaźników – np. liczby podciągnięć na drążku, które jest się stanie zrobić) dla określenia stanu zdrowia może być interpretowana jako wyraz męskiej racjonalności.

Potwierdzenie znalazła hipoteza o coraz gorszej ocenie własnego zdrowia wraz z wiekiem. Jednak jak zauważono, młodzi ludzie, choć z reguły wyrażali zadowolenie z własnej kondycji psychofizycznej, dostrzegali u siebie wiele różnych dolegliwości czy problemów zdrowotnych. W autoocenach zdrowia czynili zastrzeżenia, że ich stan zdrowia „jest dobry, ale nie bardzo dobry". Dotyczyło to także młodych mężczyzn, którzy wyróżniali się na tle starszych przedstawicieli swojej płci uczestniczących w badaniu brakiem oporów w mówieniu o słabościach swojego organizmu. Można tu zatem dostrzec pokoleniową zmianę w pojmowaniu męskości – młode osoby nie traktują już choroby jako czegoś, o czym mężczyźnie nie wypada mówić. Co więcej, w opisywaniu swoich dolegliwości posługiwali się oni fachowymi, medycznymi terminami, świadczącymi o ich zainteresowaniu zdrowiem i „medycznej" wiedzy. Wypowiadający się młodzi mężczyźni podobni byli do swoich rówieśniczek także w przekonaniu o indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, co można wiązać z ich pokoleniową socjalizacją w duchu ideologii healthismu, w czasach mody na zdrowy styl życia (Crawford 1980, za: Borowiec, Lignowska 2012; Szpunar 2009). A zatem można tu zauważyć słaby

wpływ płci na sposób oceniania własnego zdrowia przez młodych uczestników badania.

W analizie komponentu afektywnego postaw wobec zdrowia badanych w średnim wieku i starych różnicujący wpływ płci jest bardziej zauważalny. W grupie respondentów w średnim wieku mężczyźni starali się podkreślać dobry czy nawet bardzo dobry stan swojego zdrowia, wskazując na utrzymywanie sprawności i kondycji organizmu mimo wieku. Wskazywać to może na ich przekonanie, że mężczyzna, zgodnie z patriarchalną koncepcją męskości, jest z definicji zdrowy i silny, a przynajmniej nie powinien narzekać na własne zdrowie, „pieścić się", jak określił to jeden z badanych. Świadczy o tym także wyrażana przez nich duma, że „nigdy" czy „w ogóle" nie chorowali. Jeśli chodzi o starych respondentów, z których część nie mogła pozytywnie ocenić swojego zdrowia ze względu na odczuwane problemy zdrowotne, bardzo niechętnie, skrótowo i bez szczegółów wypowiadali się oni na temat swojej złej kondycji psychofizycznej. Ich obserwacje kontrastują z relacjami rówieśniczek, które dokładnie opisywały swoje schorzenia i dolegliwości, dowodząc troski o własne zdrowie oraz regularnego korzystania z opieki lekarskiej (wskazywały nazwy chorób, rodzaj przyjmowanych leków, badania, którym się poddają).

5.3. Komponent behawioralny

5.3.1. **Zachowania prozdrowotne a płeć i wiek** (Emilia Garncarek)

Zachowania zdrowotne definiowane są m.in. jako szeroko pojęte działania ukierunkowane na cele zdrowotne. Jeżeli wykazują one pozytywny wpływ na zdrowie, wtedy zwane są zachowaniami prozdrowotnymi, jeżeli natomiast prowadzą do powstania licznych zaburzeń w prawidłowym życiu człowieka, mówimy o zachowaniach antyzdrowotnych (Tobiasz-Adamczyk 2000). Badając postawy jednostek wobec zdrowia, postanowiono poznać nie tylko sposób myślenia ludzi o zdrowiu w powiązaniu z płcią i wiekiem, ale także ich zachowania wobec tego zasobu. W pierwszej kolejności zajmiemy się zachowaniami prozdrowotnymi.

Badacze zajmujący się problematyką zachowań zdrowotnych wskazują na różne formy aktywności celowej ukierunkowane na ochronę lub osiągnięcie poprawy zdrowia (Puchalski 1989). Beata Tobiasz-Adamczyk wyróżnia pięć klas zachowań prozdrowotnych, do których zalicza: unikanie

używek, pozytywne praktyki zdrowotne (m.in. aktywność fizyczna, dbanie o higienę ciała, odpowiednia ilość snu), zwyczaje żywieniowe (m.in. zbilansowana dieta, unikanie podjadania pomiędzy posiłkami, przestrzeganie liczby posiłków w ciągu dnia, utrzymywanie określonej diety), bezpieczne prowadzenie samochodu; zachowania związane z działalnością prewencyjną/profilaktyką zdrowotną (m.in. regularne wizyty kontrolne u lekarzy, wykonywanie badań profilaktycznych, tj. cytologia, badanie piersi, jader, a także samokontrola organizmu) (Tobiasz -Adamczyk 2013: 27). Do ostatniej z klas, wymienionych przez autorkę, można dodać również stosowanie się do zaleceń lekarskich, co nie zawsze miało miejsce w przypadku naszych rozmówców, a na co będziemy wskazywać w dalszej części opracowania. Cytując model zachowań zdrowotnych Kasla i Cobba, Tobiasz-Adamczyk podkreśla, że autorzy przypisują znaczenie także samokontroli, która pozwala jednostce na uniknięcie czynników ryzyka (m.in. takich jak: nikotynizm, nadmierne spożywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej czy też niewłaściwa dieta) (Kasl, Cobb 1966, za: Tobiasz-Adamczyk 2013: 26).

Realizując badanie, zapytaliśmy kobiety i mężczyzn, w jaki sposób dbają o swoje zdrowie, jakie działania prozdrowotne realizują. Większość działań sprzyjających zdrowiu podejmowanych przez rozmówczynie pokrywała się z działaniami, które podejmują mężczyźni, m.in. aktywność fizyczna, odpowiednie odżywianie się, wykonywanie badań profilaktycznych, dbanie o higienę. Ze szczegółowej analizy wypowiedzi, uwzględniającej płeć badanych, ich wiek oraz „upłciowiony wiek" wynika, że podobnie jak w przypadku poprzednich aspektów składających się na postawy wobec zdrowia także tutaj wystąpiły różnice między poszczególnymi kategoriami badanych. Część zachowań sprzyjających zdrowiu stanowiła dla niektórych kategorii płci i wieku rodzaj głównych działań prozdrowotnych i była wymieniana przez wszystkich badanych reprezentujących daną kategorię, natomiast część zachowań była wskazywana tylko przez nielicznych reprezentantów danej kategorii płci i wieku. Należy podkreślić, że te same działania prozdrowotne były również inaczej rozumiane przez poszczególnych respondentów/ki. W pierwszej kolejności zajmiemy się działaniami podejmowanymi na rzecz zdrowia przez kobiety (bez względu na wiek), następnie przez mężczyzn (również bez względu na wiek). W dalszej części opracowania zostaną przedstawione różnice w zachowaniach prozdrowotnych kobiet i mężczyzn reprezentujących poszczególne kategorie wiekowe, natomiast na zakończenie przyjrzymy się dbaniu o zdrowie w poszczególnych kategoriach wieku. Podejmowane przez naszych rozmówców/rozmówczynie działania prozdrowotne będą przedstawiane według częstotliwości ich występowania – od najczęściej wskazywanych, po te, które były wymienione przez nielicznych badanych/badane.

Analiza zebranych danych pokazała, że większość rozmówczyń wskazywała na podejmowanie aktywności fizycznej jako ważnego działania prozdrowotnego. Kobiety deklarowały, że ćwiczą w domu lub w fitness clubach, uprawiają sport, dużo spacerują, starają się być w ruchu. Należy podkreślić, że kobiety wskazywały na nieco inne rodzaje aktywności fizycznej niż mężczyźni, którzy wzięli udział w badaniu. Badane wymieniały m.in.: pływanie, jazdę konną, jazdę na rowerze, ćwiczenia na siłowni, gimnastykę (również w domu), spacery, taniec bądź ćwiczenia oparte na elementach tańca, które wzmacniają jędrność ciała i jego elastyczność, ćwiczenia dla umysłu czy też uzyskania lepszego samopoczucia psychicznego:

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

Aktywność fizyczną podejmują przede wszystkim dla zachowania zdrowia bądź aby zniwelować problemy zdrowotne już istniejące, np.: basen przy problemach z kręgosłupem (KSR_3_42), zajęcia ruchowe/gimnastyczne przy siedzącej pracy (KSR_5_47), ćwiczenia w domu jako remedium na odczuwanie dolegliwości bólowych (KSR_7_49), *tai chi* dla większej sprawności i energii do życia odczuwanej po aktywności (KSR_8_53). Natomiast część kobiet wspomniała, że podejmuje aktywność fizyczną również na rzecz wyglądu – utrzymania zgrabnej sylwetki, bądź jej poprawy: „[...] chyba, że za bardzo przeforsuję się na rowerze, to wtedy tak, muszę wtedy sobie na trochę odpuścić. Ale tez wiem, że muszę to robić regularnie, żeby utrzymać formę i sylwetkę. [...] rower, aktywność fizyczna, trochę basen" (KSR_4_45). Jak zaznacza Sabina Królikowska, funkcjonujące w naszej kulturze stereotypy wyglądu kobiet i mężczyzn przejawiać się mogą np. „w preferowanych przez każdą z płci formach aktywności fizycznych, w sposobach odżywiania oraz w stosowaniu różnorodnych diet, a także w zaburzeniach odżywiania" (Królikowska 2011: 391). Ogólnopolskie badania pokazują, że preferowanymi formami aktywności fizycznej wśród mężczyzn są: jazda na rowerze, siatkówka, koszykówka, pływanie, piłka nożna, pływanie, tenis, sporty wodne oraz ćwiczenia na siłowni. Kobiety wybierają natomiast różne formy gimnastyki, takie jak np. aerobik, czy callanetics (CBOS 2013a). Kobiety zgodnie ze stereotypem wyglądu zewnętrznego częściej wolą ćwiczenia, które pozwolą im wymodelować i/lub wyszczuplić sylwetkę, natomiast

mężczyźni mają potrzebę budowania masy mięśniowej, wytrzymałości, szybkości, zręczności. Podział na preferowane przez mężczyzn i kobiety formy aktywności fizycznej odzwierciedla stereotypowy podział na „silnego mężczyznę" i „słabą kobietę". Postrzeganie ciała kobiet i mężczyzn wpisane jest wyraźnie w stereotypy płci (Królikowska 2011). Nasze rozmówczynie również preferowały aktywności, które w naszej kulturze przypisuje się kobietom, a dbanie o zdrowie łączyły z dbaniem o wygląd. Należy w tym miejscu dodać, że w nawiązaniu do aktywności fizycznej nieliczne kobiety wspomniały również, że korzystają z masaży, wizyt w SPA bądź rehabilitacji.

Kolejnym działaniem prozdrowotnym podejmowanym przez kobiety było odpowiednie odżywianie się, zamiennie nazywane „zdrowym odżywianiem się". Zwracały one uwagę na odpowiedni dobór spożywanych produktów, unikanie ciężkostrawnych potraw, lekką i nietłustą dietę, bogatą w warzywa i owoce, ograniczanie jedzenia fast foodów, unikanie lub ograniczanie chemicznych substancji w jedzeniu. Kobiety wspominały również o wartości naturalnego, zdrowego jedzenia: „Nie jem chemii prawie w ogóle. To znaczy nie używam ani do gotowania żadnych glutaminianów, ani jakiś przypraw gotowych miksów. Lubię sama gotować. [...] staram się zdrowo odżywiać. Co nie oznacza, że czasami nie skuszę się na coś. Ale żyje się raz" (KM_8_29). Badane zaznaczały, że starają się ograniczać słodycze i spożywać jak najmniej przetworzone jedzenie. Niektóre z nich podkreślały wartość „domowego jedzenia", regularność posiłków, a także jedzenia odpowiednich, nie za dużych porcji (jedzenia często, ale mało). Część z nich wskazywała, że wyeliminowała ze swojej diety jedzenie, które może szkodzić zdrowiu bądź powoduje u nich jakieś dolegliwości zdrowotne, a także problemy z nadwagą, tym samym mając wpływ na ich wygląd:

> Zdrowie dla mnie łączy się ze zdrowym trybem życia i z odżywianiem, odpowiednimi produktami, w moim przypadku to jest tak pół na pół, odeszłam tam od jakichś ciężkich potraw, zastąpiłam sałatkami (KM_5_28). Staram się dobrze odżywiać, mniej mięsa, staram się jeść dużo warzyw (KM_15_35). Napoje gazowane zamieniłam na soki, na aloes, uzależniłam się od aloesu totalnie, nawilża dziesięć razy lepiej niż woda i ja to czuję, czuję, że mi się poprawia cera, poprawiają mi się włosy od momentu, kiedy jadłam to samo i żyłam tak samo, ale zaczęłam pić więcej tego aloesu i nagle się okazuje, że jest jakaś tam różnica, więc jak widzę że coś działa, to sobie to zatrzymuję w moim trybie życia (KM_5_28).

W porównaniu do mężczyzn, którzy wzięli udział w naszym badaniu, kobiety opisywały wspomniane działanie prozdrowotne bardziej szczegółowo. Wskazywały na znaczenie odpowiedniego doboru spożywanych

produktów i urozmaiconej diety, jedzenia ekologicznych produktów. Niektóre zaznaczały, że zwracają baczną uwagę na skład kupowanych produktów spożywczych. Charakterystyczne dla kobiet było również podkreślanie, że dieta może pomóc w leczeniu różnych chorób i dolegliwości, a nawet, że spożywanie specjalnych produktów żywnościowych może być lekarstwem na niektóre dolegliwości zdrowotne, na co nie wskazywali mężczyźni: „Stosuję takie, te, jak to się mówi, takie »super pokarmy«, czyli jagody goi albo jakieś tam wodorosty, ale to się wiąże z dietą, tak, nasiona chia [...], dodaję sobie na przykład do koktajli albo do jakichś posiłków, takie różne dodatkowe substancje (KM_12_34). Powyższe wypowiedzi nawiązują do funkcjonujących w naszej kulturze kulturowych wzorców kobiecości i męskości, w tym wybieranych przez mężczyzn i kobiety sposobów odżywiania. Jak wynika z badań CBOS, mężczyźni częściej od kobiet jedzą tłuszcze zwierzęce, w tym tłuste wędliny i mięsa, natomiast w diecie kobiet częściej znajdują się owoce i warzywa, ale także węglowodany oraz cukry proste. Idealny obiad dla polskiego mężczyzny składa się z mięsa, ziemniaków i piwa, a dla kobiety z dań jarskich: pierogów, makaronów, placków czy kasz (CBOS 2005, 2014). Dodatkowo należy tu wspomnieć, że pomimo obserwowania nieprawidłowości w sposobach żywienia Polaków, to kobiety, bardziej niż mężczyźni, otwarte są na zmiany w zachowaniach zdrowotnych, przede wszystkim w odniesieniu do odżywiania wpływającego na podnoszenie potencjału zdrowotnego człowieka (Wojnarowska 2007). Jak wynika z ogólnopolskich badań, stosowanie specjalistycznych diet, zarówno z powodów zdrowotnych, jak i dla poprawienia sylwetki, częściej cechuje kobiety niż mężczyzn (CBOS 2005, 2014). Współczesne kulturowe wzory kobiecości, w powiązaniu z „tyranią szczupłego ciała" (m.in. Melosik 1999, Wolf 2014), mają swoje konsekwencje nie tylko w stylach żywieniowych kobiet, ale również w zapadaniu przez nie na różnego rodzaju zaburzenia odżywiania (m.in. anoreksję, bulimię, ortoreksję). Jak zaznacza Królikowska, wzory zachowań propagowane przez współczesną kulturę popularną nakładają się na stereotypowe postrzeganie kobiecego ciała. Według stereotypu wyglądu zewnętrznego kobieta powinna być drobna, delikatna, lekka, co koresponduje z zachowaniami zdrowotnymi praktykowanymi przez kobiety. Wybierają one takie aktywności fizyczne, sposoby odżywiania, specjalistyczne diety, aby sprostać wizerunkowi kobiety szczupłej i zadbanej. Jak zaznacza autorka, podejmowanie różnego rodzaju diet, m.in. odchudzających, może prowadzić do problemów ze zdrowiem (Królikowska 2011).

Następnym w kolejności działaniem prozdrowotnym, które było wskazywane zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn (bez względu na wiek) było unikanie bądź ograniczanie używek (m.in. papierosów,

alkoholu). Większość rozmówczyń zadeklarowała, że stara się ograniczać wszelkiego rodzaju używki:

> Nie palę, staram się nie pić w strasznie dużych ilościach ani też nie imprezować w jakiś mocny sposób, więc jak raz na jakiś czas wyjdę gdzieś i powiedzmy wypiję dwa piwa czy kilka »shotów«, to nie uważam, żeby to było w jakiś sposób strasznie negatywne dla mojego organizmu (KM_3_24). Nie palę papierosów, mam tego świadomość, (że to jest szkodliwe – przyp. aut) (KM_10_30). [...] no staram się [...] nie pić alkoholu, nie palić papierosów. To nie znaczy, że nie zdarza mi się odejście o tego, ale wiem, że nie powinnam, tak, powinnam unikać (KSR_5_47).

Niektóre rozmówczynie wspominały, że nie stosują żadnych używek, przede wszystkim, że nigdy nie paliły papierosów: „No nie palę, wręcz niedobrze mi, jak ktoś zapali, nie znoszę tego zapachu, alkohol też bardzo rzadko (KSR_9_54); „Papierosów nie palę, no alkohol, no przecież jak się pójdzie na wesele to trzeba za zdrowie młodych też wypić [...]" (KST_14_86).

Część respondentek wspomniała, że rzuciły palenie. Przede wszystkim ze względów zdrowotnych: „Nadużywałam alkoholu i papierosów. [...] bez żadnej świadomości (że to jest wbrew mojemu zdrowiu – przyp. aut.) [...]. I jedno i drugie absolutnie nie służy mi. Jedno rzuciłam znacznie wcześniej, bo 20 lat temu, papierochy, a drugie stosunkowo niedawno. Bo jedno, tamto mi nie służyło i alkohol też nie" (KSR_11_60). Nieliczne z nich wspomniały, że oprócz dolegliwości zdrowotnych związanych z paleniem papierosów argumentem do rzucenia tego nałogu była namowa najbliższej rodziny:

> [...] coraz więcej tutaj miałam muzyki w klatce piersiowej. Takie świsty, gwizdy. A i jeszcze o tego mojego wnusia. Mówił – »babcia śmierdzisz papierosami, babcia śmierdzisz papierosami«. Ja mówię, żeby dziecko mi mówiło »babcia śmierdzisz papierosami«. I wchodziłam do domu, proszę pani, smród w całym domu. Skończyłam [...]. A wie Pani z czego jestem dumna? Właśnie z tego, że nie palę papierosów i z tego, że zostawiłam mojego męża (KST_3_65).

Warto tutaj dodać, że na podstawie analizy wypowiedzi na temat zachowań prozdrowotnych oraz odpowiedzi na inne pytania zadane podczas wywiadów można było odnieść wrażenie, że wśród kobiet, które wzięły udział w naszym badaniu, więcej rozmówczyń nie stosowało używek. Prawdopodobnie jednak pytane o to, jak dbają o zdrowie, raczej myślały o pozytywnych działaniach podejmowanych przez siebie, a nie unikaniu określonego ryzyka, bądź też brak nałogu traktowały jako coś normalnego, naturalnego w ich przypadku i nie pomyślały, by wspomnieć o tym jako o podejmowanym działaniu na rzecz swojego zdrowia. Biorąc

pod uwagę kulturowe koncepcje kobiecości i męskości, zachowania antyzdrowotne, do których należą m.in. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu czy też ryzykowne zachowania na drodze, wpisują się bardziej w tradycyjny wzorzec męskości niż kobiecości. Przede wszystkim papieros jawi się jako stereotypowy symbol „prawdziwego mężczyzny". Picie czy nawet nadużywanie alkoholu przez mężczyzn jest też znacznie bardziej akceptowane społecznie niż stosowanie używek przez kobiety.

Kolejne działania kobiet podejmowane na rzecz ich zdrowia, to czynności związane z profilaktyką zdrowotną, tj. regularne kontrole lekarskie, profilaktyczne badania: „Chodzę na okresowe badania i wzroku, bo noszę okulary, i dentystyczne, te zwykłe u internisty, morfologie i inne dziwne rzeczy [...]. Po prostu badam się regularnie, jak już idę do lekarza, to wszystko po kolei idzie do sprawdzenia [...]" (KM_3_24). Charakterystyczne dla kobiet było wymienianie szczegółowych działań profilaktycznych, które przeprowadzają na rzecz swojego zdrowia – wspominały o wykonywaniu badań krwi, badaniach ginekologicznych (cytologia, badanie piersi, mammografia), USG różnych narządów, kontroli ciśnienia krwi (podczas specjalistycznych wizyt, jak również samodzielnie, w domu): „Robię sobie co roku badania krwi – raczej pełny pakiet, bo usg piersi, cytologia, ginekolog" (KM_13_34). Kobiety deklarowały korzystanie z porad wielu specjalistów, m.in. okulisty, stomatologa, endokrynologa, neurologa. Badane bardziej zdawały się na lekarzy i ich diagnozy w określaniu stanu zdrowia niż na wsłuchiwanie się we własny organizm oraz samodzielne decydowanie o rozpoczęciu leczenia, ewentualnie zastosowaniu alternatywnych form leczenia, na co częściej wskazywali mężczyźni:

> Chodzę do lekarza, jak coś mi jest lub jak źle się czuję (KM_1_21). Staram się dostosować do wskazówek lekarzy (KM_9_30). [...] Jeśli mam chorobę zdiagnozowaną lub coś mi dolega, to zwracam się z tym do lekarza i przyjmuję leki, które są potrzebne. (KM_11_34). W momencie, kiedy wiem, że coś jest z moim organizmem nie tak, to idę do lekarza i drążę temat (KM_13_34). No i biorę wszelkiego rodzaju leki i systematycznie dbam o wszystkie wizyty u endokrynologa (KST_3_65).

Część kobiet zaznaczyła, że postępuje według ustalonego harmonogramu, który realizuje od lat, niektóre wspominały, że na badania chodzą zawsze systematycznie:

> No i staram się sukcesywnie do lekarzy chodzić i sprawdzać to, co się ze moim stanem zdrowia dzieje. [...] mam taki harmonogram, że idę na pewno do endokrynologa, mam badania osteoporozy. To w zależności. Jedne są co pół roku kontrolne, drugie są co rok itd. Mam taki harmonogram działań, który realizuję już od lat (KSR_7_49). [...] robię sobie takie profilaktyczne, standardowe

> badania. [...] robię sobie USG piersi, robię sobie cytologię, teraz robię badania z krwi i takie podstawowe i już. Jak coś jest, to drążę, i okulistę, bo mam wadę wzroku, to więc musze sobie tam kontrolować. Bo się sypie trochę czasami (KSR_3_42).

Niektóre badane mówiły, że profilaktyka zdrowotna, korzystanie z porad lekarskich oraz stosowanie się do zaleceń lekarzy należą do ich głównych działań na rzecz zdrowia. W tym przypadku wystąpiły różnice pomiędzy kobietami reprezentującymi różne kategorie wiekowe, co zostanie szczegółowo omówione w dalszej części opracowania. Tylko nieliczne rozmówczynie przyznały, że nie wykonują badań kontrolnych w sposób regularny: „[...] właśnie zbieram się od pół roku, żeby to zrobić, codziennie postanawiam, że pójdę i się zapiszę" (KSR_2_41); „Wiem, że powinnam iść do lekarza, odkładam, odkładam, ale w końcu idę" (KSR_5_47). Również w tym przypadku miał znaczenie wiek respondentki.

Kobiety częściej niż mężczyźni podkreślały, że oprócz regularnego kontrolowania swojego zdrowia starają się nie bagatelizować niepokojących objawów, dlatego też zasięgają porad lekarzy i stosują się do ich zaleceń. Przede wszystkim leczą zdiagnozowane choroby, co nie zawsze miało miejsce w przypadku mężczyzn. Żadna z kobiet nie wspomniała, że wystarczające są dla niej wizyty lekarskie bądź badania, które należy wykonać ze względu na aktywność zawodową – tzw. badania okresowe w pracy. Wręcz przeciwnie, część kobiet uznała, że tego typu działania, nie są wystarczające i należy zadbać o zdrowie we własnym zakresie:

> Chodzę regularnie na wszystkie kontrole, które mi są wyznaczane we wszystkich tych chorobach, które mam, stosuję się do zaleceń lekarzy i to mi pozwala w sumie egzystować, nie powiem, że czuję się cudownie, że dostaję tak cudowne leki, że wszystko mi mija, bo tak nie jest, ale na pewno polepsza to komfort mojego życia (KST_2_64). Co roku robię badania. No może co półtora roku idę do ginekolożki, robię cytologię. Co roku robię sobie te badania, morfologię, krew itd., różne kreatyniny i [...] co roku chodzę do przychodni endokrynologicznej, z osteoporozą. I tego pilnuję. Osteoporozy pilnuję istotnie, bo biorę leki systematycznie i tyle. [...] trzeba od czasu do czasu to sprawdzić. [...] W pracy to jest raz na 5 lat i to jest bicie piany, a nie badania. Nawet nie zrobią ci głębokich badań krwi, tylko podstawowe [...]. Uważam, że co roku jak sobie zrobię te badania jakieś tam, prywatnie to jest ok (KST_7_70).

Jak wynika z analizy zebranych danych, kobiety cechowało większe niż mężczyzn zainteresowanie własnym ciałem i stanem zdrowia. Jak już wspomniano w poprzednich podrozdziałach, ze względu na specyfikę procesu socjalizacji, mają one od mężczyzn większą wiedzę na temat zapobiegania i leczenia chorób, co wykorzystują nie tylko

w odniesieniu do swojego zdrowia, ale także zdrowia innych (dzieci, mężów, starszych rodziców). Jak zaznacza Tobiasz-Adamczyk, kobiety częściej też mają tendencje do szybszego reagowania na pierwsze symptomy chorób (Tobiasz-Adamczyk 2000). Ich społeczne role, a przede wszystkim rola matki, wiążą się z szeregiem zachowań związanych ze zdrowiem, które są częściej praktykowane przez kobiety niż przez mężczyzn. W polskich gospodarstwach domowych, niezależnie od modelu życia małżeńsko-rodzinnego, osobą odpowiedzialną za prowadzenie domu jest częściej kobieta, co jest zgodne ze stereotypem kobiecych ról płciowych. Działania składające się na prowadzenie gospodarstwa domowego pośrednio lub bezpośrednio wiążą się ze zdrowiem, a także należą do czynności wykonywanych niemalże codziennie. Kobiety więc systematycznie biorą odpowiedzialność za zdrowie, nie tylko swoje, ale także członków rodziny (Ostrowska 1999, Tobiasz-Adamczyk 2000, Titkow, Duch-Krzysztoszek, Budrowska 2004, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2015).

W każdej z badanych kategorii wiekowych kobiet pojawiły się wskazania na temat przyjmowania suplementów diety oraz witamin. Rozmówczynie deklarowały, że stosują je szczególnie w okresie zwiększonego ryzyka infekcji. Kobiety bardziej szczegółowo niż mężczyźni opisywały ten rodzaj zachowania prozdrowotnego. Wspominały, że starają się dbać o podniesienie odporności czy wzmacniać swój organizm, szczególnie w walce z jakimiś infekcjami, właśnie poprzez przyjmowanie witamin i minerałów:

> No na pewno jakieś tabletki, żeby odporność [...], jakąś witaminę C, czy różne takie właśnie (KM_7_28). Oczywiście biorę jakieś witaminy, witaminę C, magnez, teraz jak mam ten sport, no to magnez jest bardzo ważny dla mnie, wapno czasami, bo mam jakieś alergie, więc to jest mi potrzebne od czasu do czasu, jak coś zjem i przypadkiem wysypie mnie gdzieś [...] (KM_3_24). Biorę witaminę A+E czy rutinoscorbin (KST_12_84).

Do działań prozdrowotnych niektóre kobiety zaliczały odpowiedni tryb życia i higienę, z którą wiązały przestrzeganie czystości, stosowanie odpowiednich kosmetyków, a także odpowiednią liczbę godzin przeznaczonych na wypoczynek i sen: „O czystość, o higienę życia, o higienę jedzenia. [...] wstaję rano, po przespanej nocy, myję się, biorę regularnie leki, rozwiązuję dużo krzyżówek, aby ćwiczyć umysł, spaceruję lub ćwiczę, takie rzeczy, co mówiłam też wcześniej, dbanie o higienę, odżywiam się regularnie" (KST_12_84). Mężczyźni biorący udział w badaniu, w przeciwieństwie do kobiet, mówili o higienie bardzo ogólnie. Kojarzono ją jedynie z przestrzeganiem czystości. Nie dokonywano jednak szczegółowego opisu dbania o nią, tak jak to miało miejsce

w przypadku kobiet. Mówiąc o higienie osobistej jako prozdrowotnym działaniu, część kobiet wskazała również, że odpowiednio dobiera kosmetyki i środki czystości: „Chociażby taka higiena osobista, bo to też ma wpływ. Codzienne mycie ciała, dbanie o swoje włosy, te wszystkie odżywki, kosmetyki to też nie jest dbanie jedynie o wygląd zewnętrzny, ale ma też wpływ na nasze wnętrze" (KM_9_30). Jedna z badanych podkreśliła, że stosuje tylko ekologiczne produkty, inna – że ze względu na problemy zdrowotne musiała wyeliminować niektóre kosmetyki, zawierające szkodzące jej składniki: „Kosmetyki, które używam, wszystkich, prawie wszystkich, ekologicznych, środki czystości to samo" (KM_12_34).

Pojedyncze deklaracje badanych kobiet dotyczyły konieczności zapewnienia własnemu organizmowi odpowiedniej ilości snu jako przykładu zachowania prozdrowotnego. Podkreślano znaczenie trzymania się stałych godzin pójścia spać ze względu na różnego rodzaju procesy fizjologiczne i regenerację organizmu. Jedna z kobiet dbała także o jakość snu poprzez zapewnienie sobie odpowiednich warunków do wypoczynku:

> Dbam o to, żeby w pomieszczeniach, w którym śpię było ciemno, nie było komputera, telefonu, telefonu nie, ale na przykład innych sprzętów typu telewizor. O to dbam, dbam o to, aby spać dobrze, z odpowiednią ilością snu (KM_11_34). Pilnuję też czasu, znaczy godziny pójścia, kładzenia się spać, tak, żeby między dziesiątą a jedenastą się położyć i to, jak zaczęłam tego pilnować, to faktycznie też od razu się zaczęłam lepiej czuć, bardziej wypoczęta [...]. Bo od tej jedenastej mniej więcej regeneruje się wątroba i pęcherzyk żółciowy, czyli te wszystkie procesy [...] (KM_12_34).

Nieliczni badani (niezależnie od płci i wieku) wskazywali na alternatywne sposoby leczenia jako pomagające zachować im dobre zdrowie bądź wspomóc konwencjonalne leczenie różnych dolegliwości. Niektórzy zaznaczali, że leczą się również różnymi domowymi/„babcinymi" sposobami. Kobiety jednak zdecydowanie rzadziej niż mężczyźni deklarowały stosowanie alternatywnych sposobów leczenia. W nawiązaniu do wcześniej wymienionych działań prozdrowotnych nasze rozmówczynie częściej powierzały swoje zdrowie w ręce specjalistów.

Do specyficznych działań prozdrowotnych, czyli realizowanych jedynie przez kobiety, zaliczono dbanie o zdrowie psychiczne poprzez relaks, stosowanie medytacji, słuchanie relaksującej muzyki. Tylko kobiety (nieliczne) wspomniały, że korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych – stacjonarnych oraz wyjazdowych (pobyty w sanatoriach) bądź SPA, na co nie wskazywali mężczyźni, którzy wzięli udział w badaniu. Pojedyncze badane podkreśliły, że dbają o zdrowie, odpowiednio ubierając się, spacerując na świeżym powietrzu, a także utrzymując aktywność

umysłową (rozwiązują krzyżówki, korzystają z różnego rodzaju kursów, uczestniczą w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku). Należy podkreślić, że tylko nieliczne kobiety wspomniały, że część działań na rzecz zdrowia zrealizowały za namową osoby bliskiej. Mąż jednej z nich namówił ją do zmiany antyperspirantu na bezpieczniejszą wersję. W drugim przypadku – narzekanie wnuczki na dym papierosowy było jedną z przyczyn, dla której kobieta rzuciła palenie. Jednakże, jak podkreśliła badana, na zerwanie z nałogiem zdecydowała się przede wszystkim z powodu niekorzystnych dolegliwości zdrowotnych. Nieco inaczej wyglądała sytuacja mężczyzn, bowiem niezależnie od wieku badanego mężczyźni potwierdzili, że bardzo często podejmują działania zdrowotne za namową bliskich.

Jeśli chodzi o mężczyzn, którzy wzięli udział w naszym badaniu, to podobnie jak w przypadku kobiet, najczęściej wskazywano na podejmowanie aktywności fizycznej / ruchu jako działania na rzecz własnego zdrowia. W przypadku mężczyzn pojawiły się m.in. takie wskazania jak: piłka nożna, siatkówka, pływanie, ćwiczenia na siłowni, ćwiczenia w domu (trening siłowy), jazda na rowerze, bieganie, jazda na łyżwach, spacery, praca w ogrodzie, wspinaczka wysokogórska:

> Zdrowie to bieganie (MM_9_30). Pływam, jeżdżę na rowerze (MM_13_32). No powiem tak na pewno dwa razy w tygodniu gram w siatkówkę i staram się mniej więcej dwa, trzy, może cztery razy w tygodniu biegać. Jakby to jest praktycznie zawsze. Miałem taką ambicję i w końcu gdzieś tam na siłownię chodziłem, ale teraz brakuje mi czasu (MM_11_31). Ja uprawiam turystykę wysokogórską, więc dość trudno by było to zrobić bez kondycji, starsza córka jest alpinistką – himalaistką, na 7000 ponad włazi [...] (MSR_14_61).

Ponadto mężczyźni deklarowali, że starają się być aktywnymi fizycznie, a także że chcieliby częściej uprawiać sport, jednak brakuje im czasu, silnej woli, ewentualnie chęci do regularnego wysiłku fizycznego, a także, że nie pozwalają im na to kontuzje bądź aktualny stan zdrowia:

> No na pewno ćwiczyć dużo [...] uprawiać sport w ogóle. [...] ja niestety jestem trochę leniem w tych sprawach, jak mi się zachce, to będę biegał, biegał, pobiegam troszkę – ale mi się nie chce potem, ale jak na siłownię kupię karnet, to wychodzę, bo wiadomo, to jest w głowie, że zapłaciłem, to muszę zrobić. [...] na pewno aktywność fizyczna, bo troszeczkę się ruszam, na rowerze ciągle teraz jeżdżę, praktycznie komunikacją, samochodem się nie poruszam, chyba że deszcz spadnie (MM_2_22). Jeszcze niedawno, jakieś 1,5 miesiąca temu, ćwiczyłem w domu, miałem specjalnie ułożony plan treningowy, trzymałem się go przez co najmniej pół roku. W ostatnim czasie to porzuciłem, ale już planuję do tego wrócić (MM_6_27). Ale staram się sam dbać o siebie, czyli wymachy rąk, nóg też, takie huśtawki, do góry na ile

> podniosę, skłony nie-skłony, troszeczkę też no, no, biegu ale też przysiady. Tym bardziej, że teraz coś mi się z kręgosłupem działo, ale już wyszło (MST_7_67).

Charakterystyczne dla mężczyzn w przypadku omawianego aspektu postawy wobec zdrowia było nawiązywanie do innych osób (znajomych) uprawiających jakiś sport oraz wskazywanie na ich mobilizujący wpływ na badanego. Rozmówcy wspominali, że porównują swoje plany treningowe i sportowe osiągnięcia (np. przebiegnięte dystanse, czy liczbę przejechanych na rowerze kilometrów):

> Na pewno też znajomi, którzy uprawiają sport, na pewno to jest mobilizujące, bo w maju mieliśmy wydarzenie – Łódź, Warszawa i inne stolice w Europie, ile kilometrów, która zrobi. To bardzo coś takiego mobilizuje. Wtedy celowo rowerem do pracy jechałem, żeby nabijać kilometry. [...] znajomi bardzo wpływają na te rywalizacje, plany treningowe. [...] lubię się pokazywać tam (na imprezach sportowych – przyp. aut.), to biegi, to rowerowe imprezy (MM_10_31).

O ile kobiety były aktywne fizycznie przede wszystkim dla zdrowia, dobrego samopoczucia oraz wyglądu, to mężczyźni oprócz tych przyczyn, wspominali również o możliwości sprawdzenia się i rywalizacji z innymi osobami uprawiającymi jakiś rodzaj aktywności fizycznej bądź porównywania osiągnieć sportowych. Sprzyjała ona również kontaktom i spotkaniom towarzyskim. W pojedynczych wypowiedziach aktywność fizyczną/ruch rozumiano również jako pracę na działce bądź aktywność zawodową, która pozwala na utrzymanie dobrej kondycji i zdrowia: „[...] zresztą tak, praca mnie nakręca, ale ten ruch jak najbardziej" (KM_10_30); „Staram się jeździć rowerem, chodzić na spacery, pracuję na działce, generalnie staram się być aktywnym" (MSR_10_56). Zatem w przypadku mężczyzn mamy nieco inne rodzaje aktywności fizycznej niż u kobiet. Jak już wspomniano, funkcjonujące w naszej kulturze stereotypy wyglądu kobiet i mężczyzn przejawiać się mogą w preferowanych przez każdą z płci formach aktywności. Zgodnie z patriarchalnym schematem mężczyźni powinni budować masę mięśniową, wzmacniać wytrzymałość, szybkość i zręczność. Podział na preferowane przez mężczyzn i kobiety formy aktywności fizycznej odzwierciedla tu stereotypowy podział na „silnego mężczyznę" i „słabą kobietę". Tego typu działania kobiet podyktowane są nie tylko zdrowiem, także chęcią osiągnięcia (zgodnie z wcześniej przedstawionym schematem) pożądanego wyglądu. Jak wynika z analizy zebranych wypowiedzi, mężczyźni skupiają się również na elementach rywalizacji, która napędza ich do rozpoczęcia, kontynuacji bądź zaprzestania aktywności fizycznej.

Kolejnym zachowaniem prozdrowotnym podejmowanym przez mężczyzn było odpowiednie/zdrowe odżywianie się. Badani wspominali o właściwym dobieraniu spożywanych produktów, zwracaniu uwagi na skład kupowanych produktów spożywczych, a także na nieprzejadanie się i ograniczanie bądź rezygnację z tłustego jedzenia i słodyczy: „Poza tym staram się jakoś tam dobrze odżywiać. Nie jem słodyczy. [...] z premedytacją. Bo wiem, że nie jest zdrowy cukier. Więc nie jem tego. No staram się jeść regularnie" (MSR_13_60). Niektórzy wspominali, że „starają się" bądź dopiero od niedawna zaczęli przywiązywać wagę do sposobu odżywiania się. Kilku mężczyzn zaznaczało, że do zmiany diety zmusiły ich problemy zdrowotne przejawiające się w złych wynikach badań, wykrytych chorobach bądź odczuwanych dolegliwościach:

> Rozsądnie staram się jeść. Nawet trochę z rozsądku mam usunięty pęcherzyk żółciowy, ponieważ jak się pojawiło nadciśnienie, wymyślano rożne rzeczy, z kolegą chirurgiem porozmawialiśmy, że jak się zagęszczenie pokazuje, to może usunąć to. Pracę skończyłem w piątek o 13, w sobotę poszedłem, wycieli i w niedzielę rano poszedłem do domu i poniedziałek do pracy. To był taki element prozdrowotny (badany jest lekarzem – przyp. aut.) (MSR_14_61). Miałem tendencję do podwyższonego cukru. Jeżeli w młodym wieku, 30 lat mam już, to znaczy, że mój styl życia, czyli mało aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, jakieś słodkie rzeczy, za dużo węglowodanów, pizzy, fast foodów, muszę coś z tym zrobić, bo wiadomo na co umrę, mając 50 czy 60 lat, będąc już tym starszym człowiekiem. Wziąłem się od razu do działania, teraz z pogardą patrzę na słodkie (MM_10_31).

Część badanych podkreślała, że stara się stosować zdrową dietę, jednakże przy okazji rożnych spotkań rodzinnych i towarzyskich odstępuje od niej:

> No chyba, że idę sobie do mamy i wtedy: kotlet schabowy, kapusta okraszona, ziemniaki ze skwarkami (MSR_9_54).

Rozmówcy wspominali, że duże znaczenie dla zdrowia ma także regularność spożywanych posiłków i jedzenie określonych potraw, np. przygotowanych w domu. Niektórym z nich udaje się to osiągnąć, ponieważ nadal mieszkają z rodzicami, którzy przygotowują im jedzenie, o pozostałych dbały żony lub córki. Poleganie na innych, nie tylko w kwestii sposobów odżywiania, było charakterystyczne dla płci męskiej (niezależnie od wieku badanego). Warto tutaj podkreśli, że niektórzy mężczyźni byli namawiani do zmiany sposobów żywienia przez bliskich. Część z nich stwierdziła jednak, że niektóre propozycje nie do końca im odpowiadały:

> Zdrowo się odżywiać, no właśnie pod wpływem dziewczyny, co wspomniałem, ona tu serwuje jakieś obiady, dziś też idziemy wieczorem na festiwal jedzenia, no właśnie, tu i tu, że chcę to – »nie tego nie będziesz jadł, bo musisz trochę dbać o siebie«. [...] healthy food [...] do Green Waya mi każe chodzić, ale nie smakował mi ten Green Way, powiem szczerze, to nie jest dla mnie takie jedzenie (MM_2_22).

Inni mężczyźni, opowiadając o tym, jak zdrowo się odżywiają, często mówili w liczbie mnogiej, mając na myśli całą rodzinę, a w szczególności matki i żony, z którymi razem stosują te same zasady żywienia:

> To jest raczej zdrowe jedzenie, domowe zdrowe jedzenie. Tak bym to ocenił. [...] wydaje mi się, że mama wykonuje zdrowe jedzenie i staram się również uzupełniać o jakieś różnego rodzaju witaminy [...] (MM_4_24). Żona raczej zdrowo gotuje [...]. Cholesterol mamy trochę podwyższony, więc od jakiegoś czasu staramy się zwracać na to uwagę. Na to, co jemy właśnie. Żona od córki przyniosła jakieś diety, gazety z przepisami jakimiś. Córka w Internecie wyszukuje też [...] (MST_8_70).

Jednocześnie mężczyźni, częściej niż kobiety, przyznawali się, że ich świadomość znaczenia diety dla zdrowia nie przekłada się na działanie: „Nie przywiązuję uwagi do diety, chociaż staram się nieraz, chociaż staram się nieraz tę dietę [...] trzymać ją, żeby po prostu dbać, ale jest ciężko z tym. Bo nie umiem sobie odmówić na przykład, powiedzmy fast foodów, co jest niezdrowe" (MM_9_30). Część z nich przyznawała, że nie są zbyt restrykcyjni w sposobie odżywiania się i zdarza im się spożywać „niezdrowe" jedzenie. Warto tu jeszcze dodać, że niektórzy badani zaznaczali, iż starają się prawidłowo odżywiać nie tylko dla zdrowia, ale również dla utrzymania prawidłowej sylwetki. Nie stosowano tutaj określenia „dla wyglądu", które pojawiło się w wypowiedziach kobiet. Mężczyźni mieli tu na myśli sylwetkę, która jest umięśniona bądź pozbawiona odstającego brzucha. Powyższe wypowiedzi nawiązują do funkcjonujących w naszej kulturze kulturowych wzorców kobiecości i męskości, w tym wybieranych przez mężczyzn i kobiety sposobów odżywiania, a także preferowanego wyglądu.

Równie często badani deklarowali unikanie, ograniczanie bądź rezygnację ze stosowania używek. Przede wszystkim wspominali o ograniczaniu palenia papierosów (np. zamianę na papierosa elektronicznego:

> Rzuciłem fajki, [...] (zamieniłem – przyp. aut.) na elektroniczne, ekologiczne. [...] wiesz co, palenie to jest drogi sport i niezdrowy to raz, a dwa, że kiedyś wróciłem z pracy i dziecko powiedziało do mnie: »tata, fuj«. No, poważnie, syn tak do mnie powiedział i na drugi dzień od razu zacząłem palić elektronika. Tak, że tutaj dzieciak był takim motorem, żeby rzucić fajki (MM_13_32).

> Oczywiście zero używek, ja ani nie palę, ani nie piję [...] piję, ale w bardzo, bardzo rozsądnych ilościach, okazjonalnie [...]. Generalnie nienawidzę uzależnień, jeśli jest jakaś osoba uzależniona od alkoholu, narkotyków, kawy, papierosów, to też jest to dla mnie słaba osoba, używki mają wpływ na zdrowie i na wygląd przede wszystkim (MM_15_37).

Nieliczni badani mówili o całkowitej rezygnacji z palenia papierosów, nie tylko ze względów zdrowotnych, także ekonomicznych („ponieważ są drogie"). W odniesieniu do napojów wysokoprocentowych część młodych mężczyzn wspominała, że w ogóle nie pije alkoholu, bądź pije go „z umiarem". Takie picie wiązało się w ich opinii z piciem „w rozsądnych ilościach", okazjonalnie bądź „nieupijaniem się w trupa":

> Ja nigdy w życiu papierosa nie zapaliłem i nie chcę, alkoholu też, ale wiadomo, czasem trzeba się napić, ale z umiarem (MM_2_22). Alkohol – też nie unikam, ale to tak czasami, zależy od okazji, nie upijam się już w trupa. [...] staram się nie nadużywać alkoholu [...]. Palę na imprezach (MM_5_26). No nie palę, bo to szkodzi. Alkohol zdarza się okazjonalnie (MM_9_30).

Nieliczni mężczyźni wspomnieli, że w ogóle nie piją alkoholu. Jeden z badanych zwrócił uwagę na kwestie moralne związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (mężczyzna ten działał w harcerstwie):

> Paliłem papierosy przez parę lat i rzuciłem. Tak, że to ważny ruch dla mojego zdrowia. Ostatnio też nie piję w ogóle alkoholu, chociaż to nie był taki ruch związany z moją dbałością o zdrowia, ale z moją pracą w harcerstwie, to było takie wyzwanie bardziej moralne. Wydaje mi się, że to też ma dobry wpływ na zdrowie. Jak człowiek po imprezie budzi się z kacem, a bez kaca to na pewno czuję się 100 razy zdrowszy. Ostatnio mi się wydaję, jak nie piję tego alkoholu z 3–4 miesiące, może mi się węch trochę poprawia, smak. Nie wiem, czy to jest wrażenie, czy rzeczywiście tak jest (MM_6_27).

Jak już wspomniano, w grupie kobiet pojawiło się więcej wskazań nawiązujących do całkowitej rezygnacji z używek. Tylko mężczyźni wspominali, że ograniczanie picia alkoholu nie jest wskazane, a niektórym wręcz nie mieści się w głowie. W naszej kulturze papieros nadal stanowi symbol męskości, a spożywanie alkoholu przy różnego rodzaju okazjach jest normą. Odmówienie wypicia toastu może zostać uznane za niestosowne. W patriarchalnej kulturze, męskość od wieków kojarzona jest z używaniem wspomnianych substancji psychoaktywnych, tj. papierosy czy wysokoprocentowe alkohole, a także istnieje większe przyzwolenie dla mężczyzn je stosujących. (min. Ostrowska 2006, Królikowska 2011), czego przykładem są następujące wypowiedzi badanych:

> No pić, to jak to alkohol, to też ograniczyć, no a [...] nie całkiem, bo to też niezdrowo podobnież (śmiech), nawet lekarze mówią [...] mam takich znajomych, że jak zaczną tego, to ze skrajności w skrajność [...]. Koń jak gonitwę zrobi, to się go też od razu do stajni nie zamyka, tylko się jeszcze go puszcza, żeby pochodził, nie? (MST_3_63). I aktywny styl życia. I oczywiście nieunikanie żadnych, że tak powiem uciech życia codziennego. Chociażby dobre winko do obiadu czy tam od czasu do czasu dobra wódeczka to jest wszystko normalne. Zresztą, jak mój ojciec jeszcze żył, to ten nasz znajomy lekarz u nas był, jakaś impreza była, tata mówi: »O jak ja bym się koniaku kiedyś napił«. Mama: »gdzie ty z tym swoim [...]« (Lekarz – przyp. red.): »Pani J., jak się ma 92 lata, kieliszek koniaku nikomu nie zaszkodzi, a wręcz odwrotnie, nawet może pomoże« (MST_5_64). Przede wszystkim ja zawsze podchodzę nawet do tych moich chorób i jakiś innych rzeczy z humorem. Humor jest bardzo ważny. Mówią »śmiech to zdrowie« i rzeczywiście tak jest. Mało tego, słucham organizmu i chcę na przykład winogrono, to biorę winogrono, chcę się lampkę wina napić, to się napiję, alkoholu bardzo mało pije, ograniczone ilości, ale mam ochotę na rybę, na flaczki [...] (MST_7_67).

Badania profilaktyczne i kontrole lekarskie oraz leczenie chorób i dolegliwości to kolejne działania podejmowane na rzecz zdrowia przez mężczyzn (realizowane z różną częstotliwością przez poszczególne kategorie wiekowe mężczyzn). Należy tu jednak zaznaczyć, że były one deklarowane rzadziej niż przez kobiety, nie mówiono również o regularności kontroli lekarskich, na co zwracały szczególną uwagę rozmówczynie. Część mężczyzn zaznaczała, że wykonują badania raz na kilka lat, nawiązywano również do tzw. „badań okresowych" w związku z aktywnością zawodową. Dla niektórych mężczyzn badania okresowe w pracy były jedynym kontaktem ze służbą zdrowia. Ich zdaniem tego typu badania są łatwo dostępne, a także nie wymagają ponoszenia dodatkowych kosztów (związanych z czasem i pieniędzmi): „Profilaktyka jest najważniejsza. Czyli obserwować siebie i jeżeli są jakieś objawy niepokojące, to od razu się testować. Eee ja, znaczy w pewnych wypadkach warto robić badania okresowe, ja akurat ze względu na pracę takie badania robię co 2,3 lata. Ale to zależy, teraz mam pozwolenie na 5 lat. Bo miałem dobre wyniki wszystkie" (MST_4_64). Nieliczni rozmówcy deklarowali wykonywanie badań profilaktycznych „na własną rękę" lub korzystanie z prywatnych wizyt lekarskich. Takie zachowania tłumaczono trudnościami w otrzymaniu świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego bądź brakiem wytrwałości w szukaniu i oczekiwaniu na pomoc lekarską w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Mężczyźni wspominali, że bardzo często namawiani są przez swoich bliskich do wykonywania badań. Widać tu przede wszystkim znaczącą rolę kobiet w kształtowaniu postaw mężczyzn wobec zdrowia. Jak już wspominano, zgodnie z patriarchalną

koncepcją płci to do kobiet należy dbanie o zdrowie bliskich. Część rozmówców zaznaczyła, że na kontrole lekarskie umawiani są przez żony bądź córki:

> No tylko ten okulista. No i do lekarza pierwszego kontaktu, ale to rzadko. No jak jakaś większa grypa czy jakieś tam zapalenie, to wtedy trzeba wziąć antybiotyk. Ale tak, to nie chodzę. Żona o mnie bardzo dba [...]. No w pracy, kiedyś się robiło (badania okresowe – przyp. aut.), ale to było dawno. A teraz to tak raz na rok, no chyba, że jakoś słabiej się czuję [...]. Córka się dowie, to wtedy mnie wygania i muszę iść. Raz to mnie nawet sama zabrała. Prywatnie byliśmy. I mnie zrobiono taki komplet badań [...] (MST_7_70).

Mężczyźni częściej niż kobiety mówili także o wsłuchiwaniu się we własny organizm oraz samodzielnym decydowaniu o rozpoczęciu leczenia, ewentualnie stosowaniu alternatywnych form leczenia jako pomagających zachować im dobre zdrowie bądź wspomóc konwencjonalne leczenie różnych dolegliwości. Zdaniem badanych działania prozdrowotne w przypadku choroby nie muszą oznaczać pójścia do lekarza, równie dobrze mogą polegać na leczeniu się domowymi sposobami. Jak już wspomniano, mężczyźni deklarowali stosowanie różnego rodzaju nalewek alkoholowych, które w ich opinii mogą pomóc w zwalczaniu określonych dolegliwości zdrowotnych (np. gorące piwo z sokiem, wódka, różnego rodzaju nalewki na bazie alkoholu):

> Bardzo i wsłuchiwać się w swój własny organizm, wsłuchiwać się. To znaczy, jak cię coś boli, to się tym tak nie przejmować, bo boleć ma prawo, tylko jeżeli zaczyna coś boleć i to dokucza przez parę dni, no to już trzeba na to zwrócić uwagę, prawda (MST_4_64). [...] poszedłem do domu, do mamy, to mi dała polopirynę, to mówię do mamy »dwie mi daj«, i szklankę bimbru wypiłem. I dwie godziny pod pierzyną, cały przykryty przeleżałem, dwa razy się przebrałem, po tych dwóch godzinach kaszel mi minął. [...] teraz, jak się przeziębię, to biorę piwo, sok malinowy do tego grzeję i to sobie wypije, wygrzeje się, wypocę się i mi starczy (MST_6_66). [...] nie chodzę do lekarzy, do lekarza, tylko wolę przesiedzieć te trzy dni w domu, no bo, no z głupim przeziębieniem aż czasem głupio pójść do lekarza (MM_1_21).

Część mężczyzn przyznała, że idą do lekarza dopiero wtedy, gdy zauważają u siebie jakieś bardzo niepokojące objawy, nie zawsze stosują się do zaleceń lekarzy oraz że nie starcza im zapału, żeby kontynuować leczenie: „Migreny mi dokuczają, cyklicznie nieraz coś tam wyskoczy, że mnie natchnie i dobra, idę się przebadać, zrobię sobie albo tomograf i tak dalej. Ale to jest tak rozciągnięte w czasie, że [...]. Lekarz mi przepisał tabletki, no to jak mi się przypomniało, to je brałem. Tak, że, no, to też kuleje" (MM_13_32).

Powyższe wypowiedzi nawiązują do patriarchalnej koncepcji męskości, w której choroba traktowana jako słabość, do której nie należy się przyznawać. Mężczyźni unikają kontaktów z lekarzami, często bagatelizują objawy choroby, a w przypadku wystąpienia uciążliwych dolegliwości zdrowotnych stosują samoleczenie. Widać tutaj wyraźną różnicę w omawianym aspekcie postawy wobec zdrowia występującą między kobietami a mężczyznami. Panie bardziej zdawały się na specjalistów i ich diagnozy w określaniu stanu zdrowia, również bardziej szczegółowo niż mężczyźni wymieniały rodzaje badań profilaktycznych i narządów, o które dbają.

Mężczyźni, podobnie jak kobiety, które wzięły udział w badaniu, deklarowali przyjmowanie suplementów diety oraz witamin, jako działań, które służą ich zdrowiu. Stosują je szczególnie w okresie zwiększonego ryzyka infekcji. Jednak rozmówcy nie opisywali rodzajów przyjmowanych suplementów diety tak szczegółowo jak kobiety. Nieliczni badani wspominali również, że starają się dbać o higienę osobistą. Działanie to było jednak częściej i dokładniej opisywane przez kobiety niż mężczyzn. Mówiąc o higienie osobistej, mężczyźni mieli na myśli mycie się bądź „niezapuszczanie się". Nie wspominali o higienie jedzenia, jak również nie wskazywano na znaczenie stosowania/doboru odpowiednich środków czystości i kosmetyków do specyficznych potrzeb skóry: „No staram się też nie zapuścić. Golę się codziennie. Jem regularnie" (MST_8_70). Z deklaracji badanych obojga płci wynika, że to kobiety bardziej dbają o higienę ciała. W przypadku mężczyzn mamy do czynienia z podstawowymi zasadami higieny. Większość z nich nie deklarowała stosowania specjalistycznych kosmetyków do pielęgnacji, w takim stopniu jak kobiety.

Warto także zwrócić uwagę, że część badanych wskazała na czytanie artykułów prasowych lub w Internecie na tematy dotyczące zdrowia. Jeśli chodzi o prasę, to były to czasopisma pożyczane od żon/partnerek (prasa kobieca, „lifestylowa") lub skierowane do mężczyzn (np. *Men's Health*).

> Szukam w Internecie jakichś porad. To znaczy, jakich wartości mi może brakować, co mi potrzeba, przy moim odżywianiu się. Szukam w Internecie przeważnie. Albo też zaczerpuję opinii ludzi z podobnymi problemami, wyszukuję w Internecie opinii ekspertów. [...] radzę się również znajomych, pytam, co oni biorą w konkretnych przypadkach itd. (MM_3_22).
>
> Czytam miesięczniki, można przeczytać w Internecie, w wiadomościach jakichś, o danym stanie zdrowia, na co mężczyzna powinien zwrócić szczególną uwagę, gdy przechodzi na przykład w wieku po trzydziestce, kończy trzydzieści pięć, w okolicach czterdziestki, na co powinno się zwrócić uwagę (MSR_2_39).

Gdy w analizie uwzględniono „upłciowiony wiek" tj. kulturowe koncepcje kobiecości i męskości zróżnicowane w odniesieniu do ludzi będących w różnych fazach życia, również dostrzeżono pewne różnice w stosunku badanych do omawianego przedmiotu postawy. Wynikają one przede wszystkim z socjalizowania badanych w określonych warunkach społeczno-kulturowych i tym samym specyficznych wobec nich oczekiwań. Okazuje się, że osoby młode, w średnim wieku i stare wskazują na nieco inne działania służące ich zdrowiu. W tej część opracowania spróbujemy zidentyfikować empiryczne przejawy genderyzacji wieku na przykładzie zachowań prozdrowotnych kobiet (w trzech kategoriach wiekowych), następnie zaś w zbiorowości mężczyzn (również w trzech kategoriach wiekowych).

Analizując wypowiedzi kobiet w różnym wieku na temat podejmowanych przez nie zachowań prozdrowotnych, dostrzeżono pewne różnice w ich stosunku do omawianego przedmiotu postawy. Charakterystyczne dla działań na rzecz zdrowia podejmowanych przez młode kobiety było łączenie ich z dbaniem o wygląd. Podobne wskazania pojawiły się również wśród kobiet będących w średnim wieku. Kobiety młode wykazywały się dużą wiedzą na temat zdrowego odżywiania, różnego rodzaju diet. Tylko one wspominały o spożywaniu ekologicznych produktów oraz „super pokarmów", tj. nasion chia, jagód goji itp. Młode badane wymieniały także różne rodzaje kosmetyków stosowanych w higienie ciała (w tym specjalistyczne i ekologiczne). Charakterystyczne dla tej grupy kobiet było zwracanie szczególnej uwagi na znaczenie aktywności sportowej i w przeciwieństwie do kobiet reprezentujących starsze kategorie wiekowe, przynajmniej w świetle deklaracji, młode respondentki czynnie uprawiały różnego rodzaju aktywność fizyczną. Jako jedyne wspominały również o stosowaniu relaksacji oraz medytacji. Z analizy zebranych danych można wnioskować o większej świadomości młodych kobiety w zakresie dbania o zdrowie niż kobiet będących w średnim wieku i starszych (zwłaszcza o wpływie aktywności fizycznej na stan zdrowia). Świadomość ta ma odzwierciedlenie także w praktyce (zachowaniach prozdrowotnych). W dużej mierze wynika to z faktu, że młodsze kobiety dorastały w kulturze, w której propaguje się modę na zdrowy styl życia (m.in. dzięki informacjom czerpanym z prasy, programów telewizyjnych itp.).

Jeśli chodzi o reprezentantki średniego wieku, to do najczęściej przez nie wskazywanych działań prozdrowotnych należało leczenie występujących chorób oraz korzystanie z porad różnego rodzaju specjalistów. Równie często badane mówiły o unikaniu bądź rezygnacji z używek. Kobiety będące w średnim wieku dbają o zdrowie przede wszystkim z powodu podupadającej kondycji fizycznej/zdrowotnej (podobne wskazania pojawiły się również w najstarszej grupie wiekowej kobiet). Jednocześnie

wśród kobiet będących w średnim wieku pojawiło się najwięcej wypowiedzi na temat niesystematyczności w dbaniu o zdrowie. Tłumaczyły ją przede wszystkim wieloma obowiązkami wynikającymi z łączenia przez nie rodzinnych i zawodowych ról. To w tej grupie badanych zauważono osoby, które można zaliczyć do tzw. „sandwich generation" (Miller 1981). Kobiety wspominały, że bardzo często pełnią rolę tzw. „domowego lekarza" – dbając o rodzinę (dzieci i starzejących się rodziców), brakuje im czasu bądź siły, aby zadbać o siebie. O tym zjawisku wspominały nie tylko reprezentantki omawianej tu kategorii wieku, ale również inne kobiety i mężczyźni, którzy wzięli udział w naszym badaniu. W tej grupie badanych kobiet pojawiły się uwagi dotyczące dbania nie tylko o ciało, ale również o umysł. Kobiety będące w średnim wieku zwróciły uwagę na konieczności ciągłego rozwoju umysłowego dla psychofizycznej sprawności człowieka: „[...] czyli czytamy, oglądamy, tyle ile wrażeń jesteśmy w stanie skumulować, różnorodnych, czy to z wystaw, z wycieczek czy ze spotkań z ludźmi, to jest ważne. Czyli nasz intelektualny rozwój, czyli harmonia powinna być [...]" (KSR_11_60). Również kobiety stare nawiązywały do aktywności umysłowej (m.in. rozwiązywania krzyżówek, uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku).

Charakterystyczne dla najstarszej grupy kobiet było wskazywanie na regularne kontrole lekarskie, stosowanie się do zaleceń lekarzy oraz leczenie zdiagnozowanych chorób jako działań prozdrowotnych. Rozmówczynie przywiązywały dużą wagę do medycyny profesjonalnej. Takie zachowania wynikały przede wszystkim z pogarszania się ich stanu zdrowia, ocenianego zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie, oraz z szeregu problemów zdrowotnych i odczuwanych dolegliwości. Jak wynika z analizy zebranych danych, były to dla tej grupy kobiet główne działania prozdrowotne. Badane wspominały również o tym, że dbają o higienę i zdrowy tryb życia. Wskazywały głównie na zmianę sposobu żywienia w związku z występującymi problemami zdrowotnymi. Część z nich zaznaczyła, że zażywa ruchu (m.in. spacery, gimnastyka). W przeciwieństwie do młodszych badanych nie łączyły dbania o zdrowie z dbaniem o wygląd. Jak wspomniała jedna z kobiet – „z wiekiem kobiety stają się „przezroczyste", „niewidoczne", „nie mają już dla kogo dbać o siebie" (MST_7_70) (kwestia ta została rozwinięta w rozdziale dotyczącym zachowań na rzecz wyglądu).

Analizując wypowiedzi mężczyzn należących do trzech kategorii wiekowych na temat podejmowanych przez nich zachowań prozdrowotnych, również w tym przypadku dostrzeżono pewne różnice w ich stosunku do omawianego przedmiotu postawy. Charakterystycznym dla młodych mężczyzn było łączenie dbania o zdrowie z aktywnością fizyczną/uprawianiem sportu. Jak już wspomniano w rozdziale omawiającym

komponent poznawczy postawy wobec zdrowia, było ono rozumiane właśnie jako sprawność i kondycja fizyczna. Co ciekawe, mobilizacyjny wpływ na to działanie prozdrowotne mieli znajomi badanych. Wyraźnie widać w omawianym typie zachowania znaczenie rywalizacji. Pojawiło się ono również u niektórych badanych będących w średnim wieku. Młodzi mężczyźni wspominali także o właściwym/zdrowym odżywianiu się jako zachowaniu pozytywnie wpływającym na ich stan zdrowia. Jednak warto zauważyć, że znaczącą rolę w przypadku tego działania odgrywały ich matki bądź żony/partnerki. To one przygotowywały posiłki bądź namawiały mężczyzn do zmiany stylu żywienia. Młodzi mężczyźni wskazywali również na wartość domowego jedzenia. Wspominali także o unikaniu używek, aczkolwiek, jak wynika z analizy zebranych danych, świadomość szkodliwości różnego typu substancji psychoaktywnych nie do końca przejawiała się w praktyce/zachowaniach prozdrowotnych tej grupy badanych. Młodzi mężczyźni wspominali o tym, że czytają artykuły na tematy związane z dbaniem o zdrowie/prowadzeniem zdrowego stylu życia. W porównaniu do badanych będących w średnim wieku i starych można mówić o znacznie większej świadomości zdrowotnej młodych mężczyzn, przede wszystkim w zakresie zdrowego odżywiania, znaczenia aktywności fizycznej, jak również profilaktyki zdrowotnej. Wydaje się, że można dostrzec częściową androgynizację w sposobach myślenia o zdrowiu młodych mężczyzn. Należy zaznaczyć, że podobnie jak młode kobiety, byli/są oni socjalizowani w czasach, w których propaguje się modę na zdrowy styl życia, jednakże, w porównaniu z rówieśnicami, mężczyźni młodzi nadal rzadziej niż kobiety wykorzystują zdobytą wiedzę w praktyce.

Mężczyźni będący w średnim wieku również łączyli dbanie o zdrowie z aktywnością fizyczną. Oprócz uprawiania wymienionych już rodzajów sportu w tej kategorii wiekowej pojawiła się także aktywność związana z prowadzeniem ogrodu bądź pracą na działce. Jak wynika z analizy zebranych danych, aktywność fizyczna mężczyzn w średnim wieku staje się coraz mniej intensywna, a także, w porównaniu do rozmówców z młodszej kategorii wiekowej, stosuje ją mniej liczna grupa osób. W omawianej grupie wiekowej zauważono również rezygnowanie z jakiejkolwiek aktywności fizycznej (m.in. z przyczyn zdrowotnych, braku czasu, lenistwa). Badani wspominali także o leczeniu chorób i różnych dolegliwości zdrowotnych (wskazania te pojawiały się częściej niż u młodszych respondentów). Mężczyźni będący w średnim wieku wspominali o właściwym/zdrowym odżywianiu się jako zachowaniu pozytywnie wpływającym na ich stan zdrowia. Przede wszystkim mówili o nieprzejadaniu się i unikaniu ciężkostrawnych/tłustych potraw, nie tylko dla zdrowia, również dla utrzymania szczupłej sylwetki (przede wszystkim szczupłego

brzucha). Także w tej grupie znaczącą rolę w przypadku omawianego działania odgrywały kobiety (żony/partnerki), które przygotowywały posiłki lub namawiały mężczyzn do zmiany diety. Badani wskazywali również na wartość domowego jedzenia. Podobnie jak młodsi mężczyźni zwrócili uwagę na unikanie używek. Jak wynika z analizy wypowiedzi badanych, świadomość szkodliwości różnego typu substancji psychoaktywnych nie do końca przejawiała się w ich zachowaniach prozdrowotnych.

Specyfika najstarszej kategorii wiekowej mężczyzn dotyczy przede wszystkim dbania o odpowiednie odżywianie się (nieprzejadanie się i unikanie tłustych potraw). W tej grupie mężczyzn pojawiły się deklaracje stosunkowo niewielkiej aktywności fizycznej (spacery, praca na działce, praca zawodowa/dorabianie do emerytury). Aktywność fizyczna była rozumiana przede wszystkim jako „bycie w ruchu w ogóle". Mężczyźni ci, podobnie jak reprezentanci średniego wieku, wspominali o stosowaniu alternatywnych form leczenia, także na bazie alkoholu. To, co zdecydowanie odróżniało ich o młodszych rozmówców, to prawie całkowita zależność jeśli chodzi o dbanie o zdrowie od innych/bliskich osób, zwłaszcza żon i córek. Najstarsi rozmówcy wskazywali na ich ogromną rolę m.in. w stosowaniu odpowiedniej/zdrowej diety, umawianiu wizyt, badań oraz przestrzeganiu zaleceń lekarskich.

Na zakończenie przyjrzymy się zachowaniom podejmowanym na rzecz zdrowia w poszczególnych kategoriach wieku. Zacznijmy od pokolenia ludzi młodych, spośród których niemal wszyscy przywiązywali dużą wagę do zdrowia. Na pierwszy miejscu w tej kategorii wiekowej pojawiła się aktywność fizyczna jako działanie pozytywnie wpływające na stan zdrowia. Większość młodych osób kojarzyła aktywność fizyczną ze sportem. Należy tutaj przypomnieć, że młode kobiety i młodzi mężczyźni wskazywali na nieco inne rodzaje aktywności fizycznej, a tylko u mężczyzn młodych pojawił się elementy rywalizacji w omawianym aspekcie, na co nie wskazywały ich rówieśniczki. Ludzie młodzi wiązali aktywność fizyczną nie tylko z działaniem na rzecz zdrowia, również na rzecz wyglądu. Analizując ich wypowiedzi, zwłaszcza kobiet młodych, można odnieść wrażenie, że w pierwszej kolejności dbają one o wygląd, natomiast wartością dodaną jest dobre samopoczucie i zdrowie. Aktywność fizyczna maleje z wiekiem badanych. Osoby będące w średnim wieku oraz osoby należące do najstarszej kategorii wiekowej wskazywały również na inne rodzaje aktywności fizycznej, tj. bycie w ruchu, ruch (w ogóle), prace wykonywane na działce. Najmniej aktywni fizycznie byli mężczyźni reprezentujący najstarszą kategorię wiekową. Brak bądź niewielka tego typu aktywność osób starszych wynikała nie tylko z możliwości ich organizmu uwarunkowanych wiekiem oraz określonych problemów zdrowotnych. Należy tu również zwrócić uwagę

na uwarunkowania natury społeczno-kulturowej, zwłaszcza na występowanie w naszej kulturze określonych stereotypów starości, która wiązana jest z niedołężnością, a jedyna aktywność, na którą może sobie „pozwolić" starsza osoba, to opieka nad wnukami, ewentualnie spędzanie czasu na działce. W związku z tym starszym osobom (bez względu na płeć), nie wypada być tak aktywnym jak młodym ludziom. Pojawia się wiele obaw przed negatywnymi ocenami nietypowej aktywności ludzi w podeszłym wieku, zatem część z nich nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej/sportowej bądź towarzyskiej. W miarę możliwości pomagają jedynie swoim dzieciom lub wnukom. Sytuacja ta powoli jednak ulega zmianie. Przede wszystkim dzięki różnego rodzaju ogólnopolskim i lokalnym programom aktywizującym starych ludzi, (m.in. „Dni Seniora", „Seniorzy w Akcji", „Latające Babcie" itp.). Coraz częściej mówi się o nich w telewizji, pojawiają się na ten temat artykuły w prasie. Jednak w różne formy aktywności relatywnie częściej angażują się kobiety, zaś potencjał starszych mężczyzn jest nadal wykorzystywany w mniejszym stopniu (Szimanek, Wejcman 2012–2013).

Również w przypadku sposobów odżywiania się dostrzeżono pokoleniowe różnice. Młodzi ludzie wskazywali na znaczenie odpowiedniej diety i doboru spożywanych produktów. Niektórzy zaznaczali, że zwracają uwagę na skład kupowanych produktów spożywczych, jak również na unikanie ciężkostrawnych potraw. Podkreślali także wartość domowego jedzenia, które ich zdaniem jest zdrowsze od tego, które jest serwowane na mieście, przede wszystkim w różnego rodzaju sieciach fast foodowych. Badani będący w średnim wieku rzadziej wspominali o szkodliwości jedzenia na mieście, natomiast najstarsi w ogóle nie mówili o spożywaniu produktów typu fast food. Im starsi rozmówcy, bez względu na płeć, tym częściej wskazywano na rezygnacje z ciężkostrawnych produktów spożywczych (tzw. kuchni polskiej) oraz konieczności zmiany wzorów odżywiania, stosowania odpowiedniej diety w związku z wiekiem i pojawiającymi się dolegliwościami i problemami zdrowotnymi. W kwestii odpowiedniego odżywiania się zauważono jednak różnice wynikające z płci badanych. O wymienionych działaniach prozdrowotnych częściej wspominały kobiety niż mężczyźni. Mężczyźni (bez względu na wiek) częściej niż kobiety przyznawali się, że ich świadomość znaczenia diety dla zdrowia nie przekłada się na zachowania.

Jeśli chodzi o kwestię unikania bądź rezygnacji z różnego rodzaju używek jako działania na rzecz zdrowia jednostki, to również w tym przypadku wystąpiły mniejsze różnice pokoleniowe, natomiast znaczenie miała tu płeć badanych. Większość rozmówczyń wspomniała, że nie stosuje żadnych używek, przede wszystkim, że nigdy nie paliły papierosów. Z analizy zebranych danych wynika, że brak nałogów traktowany był

jako coś normalnego, naturalnego, dlatego też część z nich nie pomyślała, by wspomnieć o tym jako o podejmowanym działaniu na rzecz zdrowia.

Na wykonywanie badań profilaktycznych częściej wskazywali ludzie młodzi niż osoby w średnim wieku i stare. Warto tutaj zaznaczyć, że młodzi ludzie (bez względu na płeć) przywiązywali wagę przede wszystkim do realizowanego stylu życia (wspomnianego już odpowiedniego odżywiania się, aktywności fizycznej oraz właśnie wykonywania badań profilaktycznych) jako działań korzystnie wpływających na ich stan zdrowia. Przeprowadzanie badań profilaktycznych miało jednak nieco większe znaczenie dla kobiet, niż mężczyzn. Natomiast im starsze osoby, tym częściej wspominano o leczeniu występujących z wiekiem dolegliwości zdrowotnych i chorób. W kategorii osób starych zauważono również większe przywiązywanie, a także zaufanie do medycyny profesjonalnej, przede wszystkim deklarowane przez kobiety. Warto zwrócić uwagę na różnice pokoleniowe dotyczące dbania o higienę jako jednego z działań na rzecz zdrowia. Młodzi ludzie częściej niż osoby w średnim wieku i starsze wspominali o doborze odpowiednich kosmetyków i środków czystości, zwłaszcza młode kobiety odnosiły się do wspomnianego działania. Dla pozostałych badanych dbanie o higienę w kontekście zdrowia znaczyło przede wszystkim przestrzeganie czystości. Charakterystyczne dla reprezentantów średniego wieku było zaniedbywanie swojego zdrowia, jednakże miało ono inne podłoże. O ile kobiety wspominały o problemie godzenia obowiązków związanych z realizowaniem ról rodzinnych i zawodowych, o tyle mężczyźni nawiązywali do zaangażowania w życie zawodowe, pojawiające się problemy zdrowotne, a także niechęć czy też brak cierpliwości jako przeszkody w zajmowaniu się swoim zdrowiem. Jak już wspomniano, charakterystycznym dla najstarszej kategorii badanych było „złożenie" swojego zdrowia w ręce lekarzy specjalistów i zdanie się na medycynę profesjonalną – częściej jednak wskazywane przez kobiety niż mężczyzn. U tych drugich pojawiły się również przykłady korzystania z alternatywnych form leczenia (np. stosowanie nalewek na bazie alkoholu), rzadziej wskazywane przez młodych ludzi. W porównaniu do młodszych respondentów starsi mężczyźni byli uzależnieni od innych w aspekcie dbania o zdrowie. Z wypowiedzi starszych mężczyzn, którzy wzięli udział w badaniu, wynika, że w dużej mierze wpływ na ich sposoby odżywiania się, regularne kontakty z lekarzami oraz zażywanie odpowiednich lekarstw, mają żony lub córki. Jak wspominała część badanych, to one dbają o określoną dietę, częstość wizyt lekarskich, a także przypominają im o zażywaniu stosownych leków.

Co ciekawe, pomiędzy reprezentantami wyodrębnionych tu kategorii wiekowych (bez względu na płeć) wystąpiły również różnice na poziomie używanego przez nich języka. Ludzie młodzi, wymieniając

podejmowane działania korzystne dla swojego zdrowia, mówili o odpowiednim „stylu życia", natomiast im starsi rozmówcy/rozmówczynie, tym częściej pojawiały się odwołania do „trybu życia", „dobrego prowadzenia się", jak również „higieny życia". Wspomniane różnice wynikają przede wszystkim z socjalizacji badanych w innych warunkach społeczno-kulturowych. Warto tu również dodać, że im młodsi badani, tym częściej pojawiały się przekonania o indywidualnej odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Podsumowując dotychczasowe rozważania oraz odnosząc się do postawionych hipotez, należy zaznaczyć, że osoby młode mają większą świadomość znaczenia zdrowia dla kapitału jednostki, przywiązują również dużą wagę do realizowanego stylu życia. Wskazywanie przez młodych ludzi na znaczenie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie może wynikać z faktu, że dorastali oni w kulturze, w której propaguje się modę na zdrowy styl życia. W porównaniu do starszego pokolenia mają oni większą świadomość znaczenia zdrowia, a część z nich, zwłaszcza młode kobiety, częściej niż rówieśnicy przekuwają tę świadomość z czyny. Kulturowa koncepcja kobiecości w odniesieniu do młodych kobiet akcentuje znaczenie zdrowia (m.in. w związku z rolą reprodukcyjną) i wymaga od nich dbałości o ten zasób. Z kolei w koncepcji męskiej młodości dobrą kondycję i witalność traktuje się jako naturalne atrybuty mężczyzny, pozwalające im na rzadsze zajmowanie się zdrowiem. W kulturowej koncepcji kobiecości odnoszącej się do kolejnych faz życia utrwala się wyuczony w dzieciństwie nawyk dbania o zdrowie. Jednak w związku z „przepisami" roli kobiety troszczy się ona przede wszystkim o zdrowie najbliższych, rzadziej własne („kobiety nie mają czasu chorować"). Z wiekiem następuje większa profesjonalizacja dbania o zdrowie (w każdej kategorii płci). Przy czym zachowania osób w średnim wieku i starych wobec zdrowia są zróżnicowane ze względu na płeć, co wynika z realizowania przez nie patriarchalnych wzorów kobiecości i męskości. Kulturowe koncepcje męskości powiązane ze średnim wiekiem i starością cechuje przywiązywanie mniejszej wagi do zdrowia w porównaniu do rówieśnic. Należy również podkreślić, że im starsi badani, tym częściej polegają na innych (żonach, córkach) w omawianym tu aspekcie postawy.

5.3.2. **Zachowania antyzdrowotne a płeć i wiek** (Emilia Garncarek)

W wywiadach swobodnych zapytaliśmy badanych/ne również o ich zachowania antyzdrowotne, czyli takie, które mogą prowadzić do niszczenia zdrowia, jego osłabienia czy też do świadomego wprowadzania się

w stan choroby. Biorąc pod uwagę ogół uzyskanych wypowiedzi, zauważono, że większość rozmówców odpowiadała podobnie na pytanie o to, czy podejmują jakieś działania szkodzące ich zdrowiu. Jednak ze szczegółowej analizy wypowiedzi uwzględniającej płeć badanych, ich wiek oraz „upłciowiony wiek" (*gendered age*) wynika, że podobnie jak w przypadku poprzednich aspektów składających się na postawy wobec zdrowia, także tutaj wystąpiły różnice pomiędzy poszczególnymi kategoriami badanych.

W pierwszej kolejności zajmiemy się zachowaniami antyzdrowotnymi kobiet (bez względu na wiek). Będą one przedstawiane według częstotliwości występowania – od najczęściej wskazywanych, po te, które były wymieniane przez nieliczne badane (analogicznie zostaną scharakteryzowane działania antyzdrowotne podejmowane przez mężczyzn).

Kobiety zatem najczęściej wskazywały na niewłaściwe odżywianie się jako działanie niesprzyjające ich zdrowiu. Część z nich mówiła o spożywaniu niezdrowych produktów, np. „śmieciowego jedzenia/jedzenia typu fast food":

> No wiem, że się nie za dobrze odżywiam. To na pewno ma wpływ na moje zdrowie. [...] no tzw. śmieciowe jedzenie. Wiem, że może powinnam bardziej [...] jakoś tak odżywiać się, ale na razie mi nie wychodzi. Z różnych względów. Czasu, ochoty, no tak właśnie (KM_1_21). Czasami jakieś frytki głupie, bez sensu zjem. Jakiś tam McDonald, bo dzieci jedzą, to ja też. Albo nie jem cały boży dzień, chociaż wiem, że nie powinnam tego robić, bo potem rzucę się na jedzenie wieczorem" (KSR_3_42).

Badane wspominały także o nieregularności spożywanych posiłków: braku stałych pór posiłków, niejedzeniu śniadań, objadaniu się na noc:

> To, że nie jadam śniadań; to że jeżeli już coś jem, to na szybko i tak trochę, może mało wartościowo (KM_4_27). Być może niehigieniczny tryb życia, bo ja nie jem rano, jem wieczorem, ale ja rano nie mogę zjeść, bo ja nie nauczyłam się nigdy jeść rano, czasami mi się o 15 przypomni, że jeszcze dzisiaj nic nie jadłam i wtedy usiądę i coś tam zjem, ale bardzo często jak wrócę do domu o 19-tej (KSR_8_53).

Niezależnie od wieku większość kobiet wspomniała również o jedzeniu zbyt dużej ilości słodyczy, część z nich podkreślała, że spożywanie słodyczy jest ich największą słabością: „Uwielbiam słodycze ale też czuję, że niestety mnie gubią. Więc też muszę się ograniczać. [...] jestem tylko człowiekiem i mam swoje słabości, nie raz się rzucę na coś czego nie powinnam (KSR_3_42). Jak podkreśla Antonina Ostrowska, istnieją kulturowe zróżnicowania oczekiwań co do sposobu odżywiania się kobiet i mężczyzn – np. ulubionych potraw. W kulturze patriarchalnej,

mężczyźnie bardziej przystoi spożywanie golonki, a kobiecie – ciastek i lodów. Wdrożenie tych oczekiwań kształtuje odpowiednio gusty i wybory konsumpcyjne obu płci (Ostrowska 1999). Nieliczne respondentki wspominały również o jedzeniu zbyt dużej ilości posiłków (np. mówiły, że od czasu do czasu „folgują sobie z jedzeniem"), jak również piciu zbyt dużej ilości kawy:

> Jak nieraz pofolguję sobie z jedzeniem, z którym nie powinnam, no ale w końcu, wie pani, coś tam siedzi u człowieka w głowie (KST_3_65). [...] może w święta się troszkę przejadam, ale potem raczej wracam do normy i raczej nie ma nic takiego świadomego, żebym wiedziała, że mi to szkodzi, ale mimo wszystko [...] (KST_5_67). Wiem, że mi szkodzi kawa, ale ją piję. Bo z kawy nie zrezygnuję, ale z ekspresu i piję raz dziennie. Więc nawet pan doktor kardiolog mnie rozgrzeszył (KST_5_67).

Pojedyncze wypowiedzi kobiet w ramach omawianego tu działania dotyczyły braku konsekwencji w stosowaniu przez nie diety ze względu na zdiagnozowane problemy zdrowotne:

> No jeżeli chodzi o tą dietę, to nie jestem taka konsekwentna, żeby tej diety przestrzegać, bo mam cukrzycę typu drugiego i powinnam bardziej zwracać uwagę na to, co jem, staram się, nie powiem, że nie, cukier w tej chwili mam w normie, w związku z tym zeszczuplałam co jest na plus przy tej chorobie, ale nie raz sobie pozwalam, ale nie na słodkie rzeczy, bo ich nie lubię, to są sporadyczne przypadki, żebym coś słodkiego zjadła, ale inne rzeczy, wędliny nie takie jak powinnam jeść, skusze się, mam po prostu słabą wolę (KST_2_64).

Zdaniem kobiet niewłaściwe odżywianie nie tylko wpływa na stan zdrowia, oddziałuje także, zwłaszcza w negatywny sposób, na wygląd:

> Jadam nieregularnie, mało piję, to jest niszczące dla organizmu, ale również może przyczynić się do otyłości. A otyłość jest zarówno niezdrowa, ale również nieestetycznie wygląda (KM_2_24). No nie robię (żeby być szczuplejszą – przyp. aut). Słaba jestem. Wiesz, jakoś nie mam takiej motywacji. Nie mam tej silnej woli, żeby na przykład nie jeść słodyczy. Bo jak mi się zachce, to jem. [...] nie powinno się jeść za dużo, a człowiek z łakomości je słodycze na przykład (KSR_15_62).

Część kobiet wspominała, że nie potrafi prowadzić właściwej diety bądź przejść na dietę odchudzającą. Kobiety mówiły o różnych powodach tego stanu, m.in. o braku silnego charakteru lub lenistwie: „[...] nie podoba mi się, że nigdy nie mogę zeszczupleć, walczę z tym, ale tak na wpół walczę, bo nie mam silnego charakteru, żeby wprowadzać jakieś diety, bo to wszystko krótko trwa. [...] no troszeczkę zeszczupleć

(bym chciała – przyp. aut.), to czułabym się lepiej" (KSR_13_61). Jak wynika z powyższych wypowiedzi, w omawianym tu aspekcie postawy wobec zdrowia, kobiety zwracały uwagę nie tylko na zdrowie, również na wygląd. Potwierdzenie znajduje tu hipoteza o wpływie kulturowych koncepcji płci zarówno na zdrowie, jak i wygląd – przede wszystkim szczupłość należy do kanonu pożądanych cech kobiety. Wymogi stawiane współczesnemu ciału dotyczą w większym stopniu kobiet. Ocena kobiety dokonuje się właśnie na podstawie jej wyglądu, a o wiele rzadziej na podstawie tego, kim jest i co mówi (Buczkowski 2005: 285). Jak zaznacza Honorata Jakubowska, współcześnie ciało człowieka zostało uwolnione od władzy natury, do końca nie jest jednak obszarem autonomii jednostki, bowiem staje się terenem, który zawłaszcza sobie szeroko rozumiana władza, obecna w dużej mierze w systemach produkcji i konsumpcji. Ciało jest konstruktem kulturowym i społecznym, jest przedmiotem kontroli społecznej, która obejmuje różne aspekty (Jakubowska 2009a). Ogromną rolę w upowszechnianiu współczesnych kanonów piękna i urody odgrywają media. W środkach masowego przekazu prezentowane są zwykle szczupłe, wypielęgnowane ciała kobiet, które są wzorcem nie tylko dla młodzieży. Na każdym kroku kobiety nawoływane są do intensywnej pracy nad własną sylwetką. Prasa popularna, telewizyjne spoty reklamowe są pełne wystylizowanych obrazów ciał. Kobiety zachęca się do zmiany wyglądu poprzez kosmetyki, diety, różnego rodzaju treningi czy też operacje plastyczne, informuje się je o tym, co należy robić, aby choć trochę przybliżyć się do ideału (Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012). Jak wynika z analiz Michela Foucaulta, cielesność nie jest czymś naturalnym, przypadkowym. Ciało jest przede wszystkim uwikłane w relacje władzy, jest przedmiotem działania ideologii, służy dyscyplinowaniu jednostki, a także całej populacji (Foucault 1998). Władza tego typu występuje w wielu instytucjach; jednostka doświadcza jej w procesie socjalizacji, w rodzinie, następnie w szkole, pracy, korzystając z opieki medycznej itp. Zdaniem Foucaulta ciało poddane jej kontroli wpisane zostaje bezpośrednio w sferę polityki, gdzie działają na nie stosunki władzy (tamże). Jak wynika z analizy zebranego materiału, również polskie kobiety nie są w stanie uciec od ograniczeń, które tkwią w ich samych, a które zostały im „podyktowane", np. w procesie socjalizacji.

Kolejne wypowiedzi kobiet dotyczyły szkodzenia własnemu zdrowiu przez stosowanie używek – picie alkoholu lub palenie papierosów. Należy podkreślić, że w tym przypadku wystąpiły różnice pomiędzy kobietami reprezentującymi różne kategorie wiekowe (kwestia ta zostanie omówiona w dalszej części rozdziału). Badane (ogółem) podkreślały, że piją alkohol jedynie okolicznościowo, przy okazji spotkań towarzyskich,

imprez: „Czasami zdarzy mi się wypić jakieś drinki na spotkaniach ze znajomymi" (KM_9_30); „[...] czasami alkohol, ale to raczej nie w takich ilościach nałogowo, że tak powiem, ale to nawet lekarze zalecają nieduże ilości, więc od czasu do czasu" (KSR_6_48). Nieliczne kobiety wskazywały także na palenie papierosów jako działanie, które negatywnie wpływa na ich zdrowie. Podobnie jak w przypadku picia napojów alkoholowych także tutaj kobiety wspominały o niewielkiej ilości wypalanych papierosów bądź nieregularnym paleniu: „Papierosy, ale to jakby weekendowo" (KM_6_28). Jedna z rozmówczyń, artysta-plastyk, prezentowała przekonanie, że „Nie ma twórczości bez zapalenia papierosa" (KSR_12_60), dlatego była przekonana, że choć chwilowo nie pali, to do palenia z pewnością powróci. Pozostałe kobiety nie tłumaczyły swoich motywów palenia, wskazywały jedynie, że jest to coś jednoznacznie negatywnego: „Niestety palę papierosy no, [...], także myślę, że najgorsze są te papierosy" (KSR_9_54). Kilka badanych wspomniało również o szkodliwości bycia biernym palaczem, co trudno uznać za antyzdrowotne działanie samej jednostki. Tym bardziej, że niektóre z nich starały się ograniczać wpływ tego negatywnego czynnika na własne zdrowie:

> No to bierne palenie chyba mi jednak zaszkodziło, bo mam problemy z drogami oddechowymi w tej chwili, czego wtedy nie było, ale pojawiło się z wiekiem. [...] to znaczy, musiałam, byłam zmuszona, bo w pracy palili, w pokoju, no to trudno było ich [...], poza tym mąż dużo palił, także też byłam zmuszona ten dym wdychać, no i to, to chyba było wbrew mojej woli, że tak powiem i zaszkodziło (KST_9_71).

Wyniki ogólnopolskich badań i sondaży (m.in. CBOS 2010, Diagnoza Społeczna 2011) również pokazują, że mamy do czynienia z mniejszym odsetkiem kobiet wśród spożywających alkohol oraz wśród palaczy. Niewskazywanie przez kobiety na stosowanie substancji psychoaktywnych w takim stopniu, jak czynią to mężczyźni (także w naszym badaniu), można tłumaczyć zróżnicowaną siłą prozdrowotnych presji społecznych wywieranych na kobiety i mężczyzn. W polskim społeczeństwie istnieje mniejsze przyzwolenie dla kobiet palących papierosy czy spożywających wysokoprocentowe napoje alkoholowe. Z obiegowych opinii wynika, że te, które stosują tego typu używki, są uznawane za niekobiece, a palenie negatywnie wpływa zwłaszcza na ich urodę. Należy również dodać, że kobiety częściej niż mężczyźni uświadamiane są w zakresie szkodliwości palenia papierosów i picia alkoholu. Różnego rodzaju poradniki (czasopisma, programy telewizyjne dla kobiet), a także kampanie społeczne informują je o tym, iż palenie wpływa na płodność czy też ryzyko wystąpienia szeregu chorób i stanowi przeszkodę w osiągnieciu ładnego

wyglądu (Malinowska, Dzwonkowska-Godula, Garncarek 2012: 125). Siła tych presji może skutkować nie tylko unikaniem lub rzadszym stosowaniem różnego rodzaju substancji psychoaktywnych, ale również zatajaniem swoich nałogów.

Badane wspominały ponadto o niepodejmowaniu aktywności fizycznej jako działaniu antyzdrowotnym: „Niestety teraz nie uprawiam żadnych sportów oprócz spacerów [...]. Zaobserwowałam, że bardzo dużo ludzi biega po osiedlu, w ogóle w mieście. Sporo na rowerze jeździ. Ludzie dbają o siebie, chcą być piękni i zadbani. Niby też bym tak chciała, ale jakoś nie mogę się przełamać, nie mam motywacji, czy [...] sama już nie wiem dlaczego. Takie zamknięte koło" (KM_13_34). Niepodejmowanie aktywności ruchowej tłumaczono m.in. brakiem czasu lub sił w związku z łączeniem roli zawodowej i roli matki oraz siedzącym trybem pracy:

> Może to wymówka, ale nie mam czasu (aby dbać o swoje zdrowie inaczej niż staranie się jeść zdrowo i regularnie – przyp. aut). Niby mogę ćwiczyć w domu, ale często jest tak, że o godzinie dziewiątej już zasypiam razem ze starszą córką, a jeszcze mam dużo obowiązków typowo domowych, przy dwójce dzieci mam codziennie stertę prania, stertę naczyń i gotowania i czasami mi się nie chcę, nie mam siły. Też nie mam czasu, bo z mężem wymieniamy się dziećmi około godziny wpół do siódmej, kiedy jest już czas na kolację i kiedy dzieci idą spać. Przychodzę z pracy i na drugi etat pracuję (KSR_1_38).
>
> W tej chwili z kręgosłupem mam problem, ale to też przez to, że dużo siedzę przy komputerze, przy biurku, nie taka postawa i sobie pogorszyłam na własne życzenie (KSR_8_53).

Na brak aktywności fizycznej wskazywały przede wszystkim kobiety będące w średnim wieku i kobiety stare. Ten brak aktywności można tłumaczyć podwójnym obciążeniem kobiet obowiązkami. Z jednej strony pełnią one role rodzinne, z drugiej związane z zawodową sferą życia. Czasami pomiędzy nimi brakuje już czasu bądź siły na dodatkową aktywność fizyczną, nawet jeśli posiada się świadomość pozytywnego jej wpływu na stan zdrowia jednostki. Kobiety stare zaś nie mają nawyku dbania o zdrowie w ten sposób. Część z nich nie uprawia żadnej aktywności fizycznej także z powodu różnego rodzaju dolegliwości zdrowotnych.

Kolejnym wymienianym przez kobiety działaniem wpływającym negatywnie na ich własne zdrowie był brak odpowiedniej ilości snu. Badane mówiły m.in. o zbytnim zaangażowaniu w pracę, przepracowywaniu się, które skutkuje zmęczeniem: „Czasem długa praca, po 10 godzin, na pewno to nie jest korzystne tyle pracować i krótki sen, krótko śpię (KM_7_28)"; „Może za późno chodzę spać. Ale nigdy wyrobić nie

mogę. Wstaję przed 7, jak trzeba to wcześniej" (KST_6_69). Część badanych wspomniała, że wieczorami spędza czas na czytaniu lub oglądaniu telewizji, w związku z tymi czynnościami przeznacza zbyt mało czasu na spanie: „Może to jest szkodliwe, że ja długo w nocy siedzę. Powinnam na przykład przed dwunastą iść spać, no ale jak się zabiorę za jakąś książkę i jest ciekawa, no to nie mogę odłożyć. A jak jest ładny film, to też nie mogę, obejrzę" (KST_3_65). Jedna z kobiet przyznała, że jej zmęczenie wynika także z nocnego imprezowania i braku umiejętności odpoczynku i regeneracji organizmu:

> Sporo imprezuję, mam stresujący i wyczerpujący tryb życia, mam problem z odpoczynkiem, jak mam czas wolny i sobie zaplanuję odpoczynek, to się okazuje, że to jest aktywny odpoczynek i jak sobie to wszystko podsumowałam, to nie ma takiego czasu, żeby usiąść i nic nie robić i się przestraszyłam, czy wszystko jest ok, szczególnie, że po długim, trudnym tygodniu jak sobie planuję, że sobie poleżę, to jakoś tak wychodzi, że idę na imprezę i znowu tańczę całą noc i jestem coraz bardziej wyczerpana (KM_5_28).

Jak wynika z powyższych cytatów, problem braku odpowiedniej ilości snu uzależniony jest od wieku respondentki. Występują tutaj różnice generacyjne, a wraz z nimi realizowanie specyficznych stylów życia, w tym sposobów spędzania wolnego czasu.

Do zachowań antyzdrowotnych kobiety zaliczyły także stresujące sytuacje. Wyrażały przekonanie o szkodliwym wpływie stresu związanego przede wszystkim z zaangażowaniem w pracę zawodową. Wspominały także o specyfice współczesnego życia, które stawia jednostkę przed wieloma wyzwaniami, zmuszając ją niejednokrotnie do poszukiwania nowych sposobów radzenia sobie z różnymi problemami: „Stresuję się czasami, zdarzało się i że nie spałam, bo coś tam, nie wiem, bo termin goni, bo szefostwo naciska albo są jakieś nieprzyjemne sytuacje" (KM_8_29). Część rozmówczyń wskazywała na wpływ stresu wynikającego z łączenia ról rodzinnych i zawodowych jako nie do końca celowe działanie, ale bez wątpienia niekorzystnie wpływające na ich zdrowie:

> Staram się o siebie dbać na tyle, na ile daję radę. No wiadomo, że nie jest tak, że człowiek się niczym nie przejmuje, bo co rusz, to są jakieś kłopoty, w rodzinie np., ale staram się jakoś tak bardziej racjonalnie do tego wszystkiego podchodzić. [...] wcześniej, bardziej się przejmowałam, stresowałam. To niestety odbijało się na zdrowiu, przede wszystkim psychicznym, niestety (KSR_4_45).

Badane częściej niż mężczyźni wskazywały na odczuwanie stresu. Tę deklarację można tłumaczyć faktem łączenia przez nie pracy zawodowej z życiem rodzinnym (to kobiety przede wszystkim odpowiedzialne

są za opiekę nad dziećmi i pracę w gospodarstwie domowym (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004). Konieczność radzenia sobie przez kobiety z licznymi obowiązkami (domowymi, rodzinnymi, zawodowymi) czasami przerasta, w ich odczuciu, siły i możliwości. Jak zaznaczają Claire Renzetti i Daniel Curran, współczesne kobiety nadal socjalizowane są głównie do tradycyjnych ról społecznych. Uspołecznianie kobiet często prowadzi do ich pasywnych reakcji w sytuacji stresu, natomiast u mężczyzn odwrotnie – wzmacnia się zachowania asertywne w sytuacjach stresogennych. Jak zaznaczają autorzy, doświadczające stresu kobiety częściej popadną w depresję, natomiast mężczyźni będą próbowali rozwiązać problemy poprzez podjęcie konkretnych działań (Renzetti, Curran 2005). Z analiz A. Ostrowskiej wynika również, że:

> w przypadku kobiet wykonujących pracę zawodową w grę wchodzi także nieadekwatność płacy za pracę (niższa płaca kobiet w porównaniu z płacami mężczyzn na analogicznych stanowiskach) i niedoceniana praca domowa. Istnieją publikacje (Garmanikov et al. 1983), które w sytuacji tej upatrują przyczyn częstszego niż wśród mężczyzn występowania depresji wśród kobiet. Traktuje się w nich niektóre postacie depresji jako zmedykalizowane zjawisko społeczne. Kobiety częściej ulegają depresji, ponieważ mają ku temu powody. Są one związane głównie z niekorzystnym układem ról społecznych i strukturą szans w społeczeństwie (Ostrowska 2006: 120).

Analizując tę kwestię, autorka cytuje badania Schwartza (1991), który zaznacza, że

> to raczej zespół oczekiwań społecznych, a nie aktualnie pełnione role, stanowią podatny grunt dla powstawania depresji. Oczekiwania te – wywodzące się z kultury patriarchalnej – w sposób spójny łączą takie cechy, jak: dyspozycja do podporządkowania się, zależność, posłuszeństwo, zewnętrzną sterowność, tłumienie negatywnych emocji. Cechy te, w mniejszym lub większym stopniu, są elementami socjalizacji do roli kobiety, wpajanymi już we wczesnym dzieciństwie. W modelu takim jest mało miejsca na realizację własnych dążeń i pragnień czy ogólnie rozumianą samorealizację; sukcesy kobiet są tu raczej mierzone osiągnięciami innych – męża czy dzieci, dla których zgodnie z panującymi oczekiwaniami powinny się one »poświęcić« (Schwartz 1991, za Ostrowska 2006: 120).

Następnymi w kolejności zachowaniami niekorzystnymi dla zdrowia wymienianymi przez kobiety, które wzięły udział w naszym badaniu, były: niewykonywanie badań profilaktycznych oraz lekceważenie objawów chorobowych: „To, że lekceważę różne objawy, które wynikają gdzieś tam w funkcjonowaniu, gdzie tam mój organizm je przejawia" (KM_4_27). Część wypowiadających się przyznała, że nie robi badań

profilaktycznych tak często jak należy lub robi je tylko w ograniczonym zakresie – najczęściej są to profilaktyczne badania ginekologiczne. Powody niewykonywania badań profilaktycznych na jakie wskazywały kobiety to m.in. strach przed bólem (np. w czasie badań mammograficznych – KSR_8_53), „skrajna głupota" (KSR_9_54) lub nieodczuwanie potrzeby badań profilaktycznych (KSR_4_45).

> Powinnam iść na mammografię, dostaję non stop, że mnie zapraszają. Z jednej strony bardzo bym chciała sprawdzić, czy jest wszystko w porządku. (Nie idę – przyp. aut.), bo to boli i nie chcę. Ja wiem, że ból jest rzeczą osobistą, jednego boli, drugiego nie boli, ale jakoś tak sobie zakodowałam, że będzie mnie to bolało. Wiem, że powinnam to zrobić no i myślę, że jak jeszcze ze 2 zaproszenia dostanę, to pójdę (KSR_8_53). Taki racjonalny wyrzut sumienia to jest ten, że kiedyś powinnam iść do lekarza i się przebadać. Bo odkąd urodziłam dzieci nie byłam u lekarza [...] (KSR_9_54). A badanie krwi, cholesterol, to już 10 lat nie robię. [...] no trochę z nygustwa, a to kiedy indziej, i to się tak odwleka. [...] no nie, nie dokucza mi coś, co by mogło mi zaszkodzić. No jak byłam przeziębiona, no i zapalenie oskrzeli miałam, to i poszłam zrobić prześwietlenie płuc i chodziłam do lekarza, no bo byłam bardzo chora. A jak jestem tyle o ile, to mówię – później i później, bo zawsze coś jest do zrobienia innego, a to w domu [...]. To tak lecą miesiąc, miesiące (KST_1_64).

Jak wynika z powyższych wypowiedzi, niektóre kobiety lekceważą kwestię badań profilaktycznych, ponieważ jeszcze nie odczuwają większych dolegliwości zdrowotnych (zwłaszcza kobiety młode), z lenistwa, braku czasu, strachu przed zdiagnozowaniem ew. choroby (zwłaszcza kobiety w średnim wieku). W większości były one jednak świadome znaczenia profilaktyki dla zdrowia człowieka. Częściej również niż mężczyźni wskazywały na brak profilaktyki jako zachowanie antyzdrowotne. Były również bardziej refleksyjne i krytyczne, jeśli chodzi o działania szkodzące zdrowiu niż mężczyźni.

Pojedyncze wypowiedzi dotyczyły przepracowywania się jako działania, które niekorzystnie wpływa na zdrowie:

> Może te ciężkie roboty jakie podejmuje [...]. No ogródek prawda kopany, nieraz coś piłowane jest. Szczególnie na te ręce, robię różne rzeczy, remonty kiedyś, przestawianie gratów, jeszcze jedną wersalkę przestawiałam (KST_6_69). Praca, to zdecydowanie (za dużo pracuję, jeszcze zawodowo). To że się nie ruszam, że jestem leniwa, że nie ćwiczę niczego, wiem, że jak na wakacjach, kiedyś miałam taki zwyczaj, że chodziłam dużo, teraz trochę mniej, w związku z pracą, bo wracam trochę później i jest mi ciężko się zebrać, żeby gdzieś tam lecieć, ale lepiej się czuję jak się ruszam. Za mało się na pewno ruszam. To najbardziej wynika ze zmęczenia. Bo na wakacjach to chodzę kilometry, jak mam czas i jestem wypoczęta (KST_7_70).

Jedna z kobiet wspomniała o niekorzystaniu z zalecanych zwolnień lekarskich jako zachowaniu antyzdrowotnym: „[...] nie dbam o zdrowie, bo nie idę na badania jak powinnam, lekarz mi mówi, że powinnam iść na zwolnienie, nie biorę tego zwolnienia. [...] no bo muszę iść do pracy. Jakoś tak no nie dbam, [...] no troszkę robię, ale mówię, to robię jak już tak czuję, że nie mam siły i że dotarłam do tej granicy. [...] tak, że dalej po prostu tego już się nie da lekceważyć" (KSR_8_53).

Nieliczne rozmówczynie wskazały na brak zachowań szkodzących ich zdrowiu, bądź wyeliminowanie antyzdrowotnych działań ze swojego życia (poza okolicznościowym spożywaniem alkoholu): „Ale, praktycznie oprócz tego (picia alkoholu okolicznościowo – przyp. aut.), no to wyeliminowałam wszystkie takie rzeczy, które wiem, że na pewno są szkodliwe" (KM_12_34); „Raczej unikam takich rzeczy. To nie jem, jak mi coś szkodzi. To już mam tak zakodowane w swojej głowie, że wiem, co mogę, a czego nie mogę" (KST_13_85).

Jeśli chodzi o mężczyzn, którzy wzięli udział w naszym badaniu, to podobnie jak u kobiet najczęściej wskazywano na niewłaściwe odżywanie się jako zachowanie szkodzące zdrowiu. Mężczyźni mówili o stosowaniu nieodpowiedniej diety, objadaniu się, zwłaszcza ciężkostrawnymi produktami – zbyt tłustymi i smażonymi, spożywaniu jedzenia typu fast food:

> Lubię polską kuchnię, żeby podsmażyć, lubię takie smażone, wiem, że jest niezdrowe, ale lubię, jedzenie to jest moja największa słabość (MM_2_22). Niekorzystne to łakomstwo, lubię słodkie, lubię rzeczy dobre i tłuste, które no tak jak mówię, typowa polska kuchnia, kapusta, jakieś tłuste żeberka czy golonka, aczkolwiek golonki samo jako takiej to niespecjalnie, ale dobra jakaś kiełbasa, czyli tłustawa raczej. [...] no tak dieta niekorzystna (MST_11_71). surową kiełbasę [...]. No tak, taki występek to raz w tygodniu mi się zdarzy (MST_12_72).

Z analizy uzyskanych wypowiedzi wynika, że mężczyźni zdają się mniej zważać na kwestie dietetyki niż kobiety. Pomimo tego, że mają świadomość negatywnego wpływu niewłaściwego odżywiania się na swoje zdrowie, to nie rezygnują z produktów wysokokalorycznych i tłustych: „[...] powinienem być trochę na diecie, bo trochę cukier za wysoki, ale lubię sobie golonkę zjeść, dobre żeberka, dobre piwo wypić, dobry koniaczek itd. [...]" (MST_1_63). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, jak mężczyźni wyjaśniają skłonność do jedzenia fast foodów. Jeden z panów wspomniał o przeczytanym w Internecie artykule przekonującym do tego, że jakość mięsa w pewnej sieci fast foodowej jest bardzo wysoka, o czym ma świadczyć dobry smak (MSR_1_38). Inny badany dostrzegł zależność między skłonnością do jedzenia fast foodów

a wiekiem, twierdząc, że jego pokolenie jest szczególnie narażone na uległość wobec zachęt sieci fast foodowych, postrzeganych jako „synonim luksusu z Zachodu", który pojawił się w Polsce po 89 roku, czyli w czasach, gdy miał 12 lat:

> Albo objadam się fast foodami, wszystkie »bigmacki«, »whoopery« nie są mi obce, wręcz przeciwnie. [...] chociaż, jeśli chodzi o fast foody, to ten pierwszy etap u siebie to, że tak powiem przejadłem. Już to nie jest taką atrakcją, jak kiedyś to jedzenie. Chociaż troszeczkę jest to zdeterminowane datą urodzenia, bo do 1989 roku nie było takich rzeczy w Polsce, to był synonim luksusu. Pierwszy McDonald został otwarty w 1994 roku na Placu Wolności. Pamiętam jak byłem w 1991 roku w Budapeszcie, te kolory tak biły po oczach, że ja sobie wziąłem wszystko, co na tej tacy zostało. Moje pokolenie miało tego deficyt, to się nam kojarzyło z luksusem, Zachodem, innym życiem. Trochę już się to nam przejadło, aczkolwiek lubię czasami ugryźć podwójnego »Whoopera«. [...] obżeranie się, słodycze, fast foody (MSR_3_40).

Mężczyźni wspominali również o niespożywaniu domowego jedzenia jako działaniu antyzdrowotnym. Zdaniem badanych domowe jedzenie jest zdrowsze od tego, które spożywa się na mieście: „No mieszkając na studiach w akademiku też, no żywienie nie jest takie jak domowe, więc no na pewno to jakoś wpływa na układ pokarmowy, duże ilości kawy czasem" (MM_1_21). Mówili również o niejedzeniu owoców i warzyw jako wpływających negatywnie na zdrowie:

> To znaczy myślę, że odżywiam się tak sobie. [...] ale ja nie odczuwam żadnych dolegliwości związanych z moim odżywianiem się. [...] po prostu moja dieta jest uboga w niektóre elementy, które są normą w dietach innych ludzi. Czyli na przykład pewne owoce lub warzywa [...]. To znaczy inni tak uważają, że ja się źle odżywiam, a ja myślę, że moja dieta jest odpowiednia. Może faktycznie powinienem spożywać więcej pewnych produktów, ale tragedii nie ma. Kobieta moja czepia się, że moja dieta jest [...] niewzbogacona o owoce i warzywa. Uważa, że nieregularnie spożywam posiłki. Faktycznie tak jest, ale osobiście nie widzę w tym problemu (MM_3_22).

Część mężczyzn zwróciła również uwagę na problem nieregularnego spożywania jedzenia jako działania, które szkodzi ich zdrowiu:

> Ja myślę, że odżywiam się dobrze, natomiast za dużo. Ja powiem, że to jest dobre jedzenie, zdrowe, że tak powiem, natomiast zdecydowanie za dużo i nieregularnie. W związku z uprawianym zawodem jest tak, że zaczynam pierwsze żywienie po 20. Czyli 12 czy 13 godzin absolutnie bez niczego (MSR_12_58). Wraca się bardzo późno i to jedzenie wieczorne. Głód robi swoje (MSR_14_61).

Do nieodpowiedniego odżywania zaliczano także spożywanie zbyt dużych ilości słodyczy. Na to działanie antyzdrowotne, podobnie jak w przypadku kobiet, wskazywało większość naszych rozmówców. Jedzenie słodyczy mężczyźni wyjaśniali słabą wolą, uleganiem takim pokusom jak spotkania okolicznościowe z suto zastawionym stołem bądź, że mają do słodyczy ogromną słabość:

> Jem snickersy. [...] słodycze, mam słabość do snickersów (MM_2_22). Te słodycze. Raz się żyje. Myślę, że słodycze nie są takim zagrożeniem jak nikotyna czy inne rzeczy (MM_12_32). Myślę że każdy człowiek, nie jest w stanie uniknąć pokusy i może wpłynąć niekorzystnie na swój organizm. [...] no pokusy są w koło. [...] myślę, że (pokusy, którym ja ulegam, to – przyp. aut.) słodycze, niesprzyjający jest alkohol, przyjęcia, jakieś spotkania rodzinne, okolicznościowe gdzie jest wiadomo ustawiony suto stół. To są pokusy, które mogą wpłynąć niekorzystnie na mój stan zdrowia (MSR_2_39).

Niektórzy zaś wspominali o rezygnacji z palenia papierosów, co wiązało się ze spożywaniem większej ilości słodyczy: „Słodycze. Nadmiar słodyczy, nie można się od tego uwolnić. Rzuciłem fajki, także to też dodatkowo wzmogło" (MM_13_ 32). Powyższe wypowiedzi na temat sposobów odżywiania się mężczyzn wpisują się w tradycyjny model męskiego żywienia, polegający na spożywaniu obfitych, wysokokalorycznych posiłków, a także na większe społeczne przyzwolenie na folgowanie swoim pokusom w zakresie jedzenia (nie tylko w domu, ale również podczas przyjęć, spotkań towarzyskich poza domem, w restauracjach). Jak zaznacza A. Ostrowska, w naszej kulturze, istnieją zróżnicowane oczekiwania co do sposobu odżywiania się mężczyzn i kobiet – np. ulubionych potraw. Wdrożenie tych oczekiwań kształtuje odpowiednio gusty i wybory konsumpcyjne obu płci (Ostrowska 2006: 117).

Do wymienianych przez mężczyzn (bez względu na wiek) działań antyzdrowotnych należało także picie alkoholu oraz palenie papierosów. W odniesieniu do spożywania napojów alkoholowych mężczyźni zaznaczali, że piją je okazjonalnie oraz, że preferują spożywanie trunków w towarzystwie. Z wypowiedzi badanych wynika również, że spożywają oni napoje alkoholowe częściej i w większych ilościach niż kobiety:

> Jest tak, w ogóle nie powinno się alkoholu pić. Mówię tutaj o piwie czy o wódce. Czasami zdarza się wypić, a jest to niezdrowe dla organizmu. [...] piję od czasu do czasu, jeżeli na przykład ktoś [...], nie mam czegoś takiego, że muszę się napić, ale jeżeli mam się z kimś napić, to pije tylko z kimś. Nigdy sam. [...] wydaje mi się, że piję alkohol raz w tygodniu. [...] jeżeli wyjeżdżam na działkę, to jest to obowiązkowo wódka, bo babcia niestety nie popuści. Musi czasami polać i to nie może być jeden kieliszek, a musi być z 4 albo

> i więcej. Chyba że nie jedziemy na działkę, no to czasami jest to w weekend jakiś piwo czy 2 albo jeżeli gdzieś wychodzimy z taką paczką kolegów, to wtedy zależy, co to jest. Po prostu czasami mam ochotę się napić i piję, a czasami po prostu nie mam i nie piję tydzień lub dwa tygodnie. I tyle (MM_4_24). Może nie nadużywam alkoholu, ale być może za często go piję, szczególnie jeśli chodzi o piwo, które jest absolutnie alkoholem, który jest najbardziej szkodliwy (MM_7_28). [...] lubię czasem sobie wypić piwo, a to nie za dobre jest przy nadciśnieniu. Ale nie pije codziennie, ale od czasu do czasu lubię (MSR_6_47).

Część mężczyzn zastanawiała się nawet, czy rzeczywiście spożywanie alkoholu jest niezdrowe: „No i czasami spożywam alkohol. No ale ostatnio słyszy się, że to nawet zdrowe. Więc sam nie wiem, do czego to zaliczyć (MM_3_22); „No, używki, no to czasem zdarzy się właśnie, mieszkając w akademiku, czy w ogóle być w tym wieku, bo to jest normalne" (MM_1_21).

Jeśli chodzi o palenie papierosów, wśród wypowiadających się mężczyzn byli i nałogowi palacze i osoby palące okazjonalnie, na imprezach:

> Oprócz palenia czy piwka chyba nie podejmuję innych działań mogących źle wpływać na moje zdrowie – przyp. aut.) (MSR_7_49). Palę sobie, w sumie to popalam, dużo nie palę, tam do paczki dziennie, to chyba nie jest dużo. [...] ale to też. Jak człowiek jest w pracy, to bardziej chodzi chyba o to, żeby mieć coś w ręku niż bardziej o sam fakt palenia, bo jak człowiek pracuje, to jakoś nie mam takiego parcia, jak to się mówi, że muszę o, w danej chwili iść i muszę zapalić, biec już teraz. Bardziej tak w czasie wolnym, jakby brakowało zajęć, to nie wiem dlaczego tak zastępuję sobie tą jakby to powiedzieć – aktywność tym papierosem (MM_8_29).

Jeden z palaczy wspomniał, że zamienił tradycyjne papierosy na papierosa elektronicznego, który, w jego przekonaniu, nie jest szkodliwy, jednak chętnie uwolniłby się od tego nałogu: „(Palenie zamieniłem na – przyp. aut.) na elektroniczne, ekologiczne [...]. Ja to traktuję jako inhalację, aczkolwiek no uwolniłbym się od tego też. Normalne fajki rzuciłem" (MM_13_32). Część badanych wspomniała, że paliła papierosy przez większość swojego życia, ale zrezygnowała z nałogu i obecnie nie pali papierosów: „No, jak byłem młodszy to i alkohol, prawda, i papierosy. To było na pewno przeciwko zdrowiu. Teraz już coraz częściej, od wielu lat już nie, no tak było przez 30, 40 lat [...]" (MST_2_63). Jeden z mężczyzn wspomniał także o byciu biernym palaczem, które jego zdaniem może szkodzić zdrowiu: „[...] jeśli mam kontakt z dymem tytoniowym, to jest to kontakt [...], który jest w knajpie albo u kogoś w domu" (MSR_4_40). Inny z rozmówców, mówiąc o stosowaniu używek, nawiązał do spożywania dużej ilości kawy jako działania, które może wpływać na jego stan zdrowia: „Czy kawa [...], faktycznie mógłbym wskazać ewentualnie kawę,

która może być takim elementem problematycznym. [...] no potrafię wypić 5–7 kaw dziennie" (MSR_1_38).

Jak już wspomniano, wymienione używki częściej stosują mężczyźni niż kobiety. W naszej kulturze papieros nadal stanowi symbol męskości, spożywanie alkoholu przy różnego rodzaju okazjach (imprezy, przyjęcia, wesela) jest normą, a odmówienie wypicia za zdrowie jubilata bądź młodej pary może zostać uznane za niestosowne do okoliczności zachowanie. W patriarchalnej kulturze męskość od wieków kojarzona jest z używaniem wspomnianych substancji psychoaktywnych, tj. papierosy czy wysokoprocentowe alkohole, a także istnieje większe przyzwolenie dla mężczyzn je stosujących (m.in. Ostrowska 2006, Królikowska 2011). Warto w tym miejscu zwrócić również uwagę na zachowania, które mężczyźni uznają za prozdrowotne. Napoje zawierające alkohol, tj. piwo bądź nalewki, często występują w roli lekarstwa na różnego rodzaju dolegliwości zdrowotne:

> Jak pracowałem, gdzieś w młynie, jak byłem przeziębiony, to nie chodziłem do lekarza, ja się wypociłem w domu, ze trzy razy zmieniłem koszule i byłem zdrowy. [...] poszedłem do domu, do mamy, to mi dała polopirynę, to mówię do mamy »dwie mi daj«, i szklankę bimbru wypiłem. I dwie godziny pod pierzyną, cały przykryty przeleżałem, dwa razy się przebrałem, po tych dwóch godzinach kaszel mi minął. [...] teraz, jak się przeziębię, to biorę piwo, sok malinowy do tego grzeję i to sobie wypije, wygrzeje się, wypocę się i mi starczy (MST_6_66).

Mężczyźni wspominali także o braku aktywności fizycznej/ruchu, co niekorzystnie odbija się na ich zdrowiu: „Ostatnio mało się ruszam" (MM_2_22). Winą za taki stan rzeczy obarczali przede wszystkim rodzaj pracy i siedzący tryb życia: „No może za mało się ruszam, powinienem więcej z pewnością, spędzam za dużo czasu w tej samej pozycji, siedząc przy komputerze czy chociażby nad książkami" (MM_1_21); jak również zbyt częste korzystanie z samochodu, którym jeżdżą zamiast chodzić: „Nie raz tego ruchu jest za mało niż bym oczekiwał, tak. Dzisiaj przyjechałem tutaj samochodem, chociaż mogłem się przejść" (MSR_3_40); własne lenistwo, brak samozaparcia czy determinacji, dobrej organizacji swojego czasu oraz zmęczenie:

> Pewnie mógłbym więcej ćwiczyć niż ćwiczę, pewnie mógłbym więcej jeździć rowerem, więcej pływać. Nie robię tego. Szczerze mówiąc, pewnie jestem za leniwy, bo nie powiem, że mam za dużo pracy, to jest tylko kwestia organizacji. Jeśli mamy samozaparcie, to możemy sobie zawsze zorganizować czas tak, żeby podołać wszystkiemu, ale widzę pewne ograniczenia, które są we mnie i czasami bywam zmęczony. I jeżeli nie muszę, to nie staram się pokonywać tego zmęczenia za wszelką cenę (MSR_10_56).

Cześć rozmówców tłumaczyła brak aktywności fizycznej słabym stanem zdrowia, jak również złą sytuację ekonomiczną, które ich zdaniem uniemożliwiają aktywność fizyczną:

> Ruch, poprzez moje ograniczenia, spadł do no, do zera prawie. Do tego, co jest koniecznością. Jeśli chodzi o uprawianie czegokolwiek, no to wykluczone jest w moim przypadku już teraz całkowicie. A tryb życia jest taki, że urąga w ogóle wszelkim normom. [...] ekonomia, ekonomia. [...] może gdybym się zoperował, gdybym mógł wrócić do czynnego życia takiego jak kiedyś, gdybym mógł żyć zdrowiej, bo mógłbym się ruszać, to bym mógł zdrowszy tryb życia prowadzić. A w tej chwili jedno, łańcuszek cały powoduje [...] (MSR_11_57).

Należy w tym miejscu podkreślić, że w patriarchalnej koncepcji męskości aktywność zawodowa i pozycja materialna są wyznacznikiem życiowego sukcesu mężczyzny. Wynika z nich nie tylko konieczność zapewnienia swojej rodzinie odpowiednich warunków życia, ale także wpływa ona na podejście mężczyzn do zachowań zdrowotnych. Z analizy zebranych danych, omówionych w poprzednich rozdziałach, wynika, że mężczyźni częściej niż kobiety zwracali uwagę na ekonomiczne uwarunkowania swoich działań zdrowotnych.

Następnym w kolejności działaniem wpływającym negatywnie na stan zdrowia było przepracowywanie się. Badani nawiązywali również do wykonywanych przez siebie zawodów i niekorzystnego wpływu pracy wykonywanej w określonych warunkach na ich zdrowie: „Za dużo pracuję ale muszę. [...] raczej nie podejmuję takich działań poza nadmierną pracą" (MSR_10_56); „[...] przekraczanie możliwości fizycznych, których nie powinienem przekraczać (MST_10_71); „[...] tak jak ja, jak mi mówili, że [...] człowiek zaczynał pracować w swoim zawodzie, że piętnaście lat i można już emeryturę [...] (MST_3_63). Jak wynika z powyższych cytatów, badani mają świadomość wpływu przepracowywania się na zdrowie, jednak można było odnieść wrażenie, że są pogodzeni z tą sytuacją i aktywność zawodowa, nawet w nadmiarze, jest czymś oczywistym dla mężczyzn. Praca zawodowa stanowi kluczową płaszczyznę aktywności mężczyzny i stanowi istotny element patriarchalnej koncepcji męskości. Wypowiedzi respondentów, nie tylko w omawianym tu aspekcie postawy, potwierdzają tę zależność. Jak wynika z analiz poczynionych m.in. przez A. Ostrowską, mężczyźni poświęcają znacznie więcej czasu na aktywność zawodową niż kobiety. Źródła tego faktu badaczka upatruje m.in. w pełnionych przez kobiety i mężczyzn rolach społecznych, odmiennych wzorach zachowania, procesach socjalizacji, stylach życia, a także warunkach i rodzaju wykonywanej pracy (Ostrowska 2006: 124).

Badani zadeklarowali ponadto nieodpowiednią długość snu jako działanie, które szkodzi ich zdrowiu. Cześć z nich mówiła o „zarywaniu nocy" ze względu na długie godziny spędzane przed komputerem:

> Niewyspanie się, a nieraz takie coś było, że wolałem wstać wcześniej, żeby pograć (na komputerze – przyp. aut.) (MM_9_30). Myślę, że dużo godzin przed komputerem powoduje pogorszenie mojego wzroku i to wszystko, nie widzę innych złych czynników, bo staram się faktycznie ograniczać złe czynniki (MM_15_37). [...] ja chodzę bardzo późno spać, około godziny 24, 1 czy 2 w nocy, a wstaję o 6.30 (MSR_9_54).

Równie często mężczyźni deklarowali lekceważenie objawów chorobowych i niewykonywanie badań profilaktycznych oraz unikanie wizyt lekarskich:

> Brak wizyt u lekarza w celu wyeliminowania bieżących dolegliwości (MM_13_32). Nie (robię badań kontrolnych – przyp. aut.). [...] no kiedyś, w pracy, za komuny, to były, tzn. okresowe robiłem, ale teraz nie, nie mam takiej potrzeby (MSR_13_60). Jakbyśmy zrobili listę, co należałoby, a czego nie, to podejrzewam, że w tej grupie »czego nie należałoby«, to miałbym wszystkie pozycje zaznaczone, natomiast »co by należało to« [...], regularne chodzenie do lekarzy na badanie się, sprawdzanie poziomu cholesterolu i innych tych rzeczy – niczego tego nie robię [...] (MSR_9_54).

Mężczyźni zwrócili także uwagę na brak wytrwałości w dbaniu o zdrowie (chodzeniu do lekarza, zdobywaniu skierowań na badania itp.), ponieważ, jak zauważył jeden z rozmówców, wytrwałość w dbaniu o zdrowie jest uzależniona od płci. Wśród badanych kobiet, nie odnotowano wypowiedzi w tej kategorii. Aby pokazać szerszy kontekst, poniżej zamieszczono dłuższy fragment wypowiedzi mężczyzny:

> Ale pierwsza sprawa to jest badanie, bo jak jest badanie, to może być jakaś diagnoza, wychwycenie jakiejś choroby. Najlepiej ją wychwycić we wczesnym stadium, bo wtedy jest większa szansa, że się wyleczymy. Ale, kurczę, jak nie będzie tego dostępu do tego badania łatwego, no to nie ma diagnozy. Nie ma wczesnego leczenia. No i koniec i potem [...], kobiety może są bardziej wytrwałe w tym wszystkim [...]. No walczą, jakoś potrafią się przebić i jest taka sytuacja, że kobiety chorują, a mężczyźni umierają [śmiech] (MSR_11_57).

Jak wynika z analizy wypowiedzi kobiet, są one przyzwyczajone do tego typu kontaktów – korzystanie z porad lekarskich i wykonywanie badań profilaktycznych nie jest dla nich tak problematyczne jak dla mężczyzn. Warto tu zwrócić uwagę na stale pokutujący stereotyp, zgodnie z którym mężczyzna powinien być niezniszczalny i postępować zgodnie

ze starym powiedzeniem „prawdziwy mężczyzna nigdy nie płacze". Paradoks tradycyjnego wzorca męskości polega również na tym, że mężczyzna „nie może" chorować, ale „nie może" też zadbać o zdrowie. Potwierdzają go również autorzy raportu *Zdrowie – męska rzecz* opracowanego pod patronatem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (Raport Siemensa 2012).

Pojedyncze wypowiedzi mężczyzn dotyczyły braku działań antyzdrowotnych. Kilku badanych wspomniało, że stara się nie szkodzić swojemu zdrowiu zwracając uwagę na rodzaj spożywanych produktów: „To znaczy świadomie to na pewno nie, a nieświadomie to może. Jakieś w sposób taki dla mnie nieświadomy. [...] nie no, oczywiście, że tak, że to, co miało mi zaszkodzić, to po prostu nie jadłem" (MST_13_77). Jeden z mężczyzn zaznaczył, że nie wykonuje żadnych działań, które mogłyby szkodzić jego zdrowiu: „No nie. Chyba nie. Teraz to chyba nie. Raczej staramy się z żoną dbać o zdrowie. [...] no raczej zdrowo się trzymamy" (MST_8_70). W swojej wypowiedzi odwoływał się jednak do działań realizowanych wspólnie z żoną (odpowiadając na pytanie o działania prozdrowotne również nawiązywał do różnego rodzaju czynności, którymi zajmuje się jego żona, a które pozytywnie wpływają na zdrowie respondenta). Jak już wspomniano, w poprzednim podrozdziale zachowania prozdrowotne mężczyzn są wynikiem działań ich żon bądź córek, które zajmują się zdrowiem swoich mężów i/lub ojców: „Ona dbała. Dbała o dzieci, no i o mnie. O dom bardzo żona dba. Widzę, że to ma dobre skutki" (MST_8_70).

Jeden z młodych mężczyzn również wspomniał, że nie robi nic przeciwko swojemu zdrowiu. Jednak zdrowie łączył przede wszystkim z kondycją fizyczną i miał na myśli działania skierowane właśnie na nią. Jak już wspomniano we wcześniejszych podrozdziałach, mężczyźni, zwłaszcza młodzi, utożsamiają dbanie o zdrowie właśnie z dbaniem o kondycję fizyczną. Poniższy cytat doskonale ukazuje tę zależność:

> Dobrze wykonuję ćwiczenia – z pulsometrem, więc chyba jest wszystko ok. Obecnie nie mogę się dopatrzeć, że robię coś źle. Mam do czynienia z osobami, które są bardzo mocno zakorzenione w sporcie i uważają, że na niewłaściwym tempie trenuje, na tętnie, z pulsometrem teraz biegam. [...] kiedyś dużo niewłaściwych rzeczy, nie raz się napiłem, przesadziłem, papierocha, nie tylko papierocha się zapaliło, nie zawsze się zdrowo żyło. Ale obecnie trudno mi powiedzieć, że robię coś złego i niewłaściwego zdrowiu mojemu (MM_10_31).

Gdy w analizie wypowiedzi badanych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, uwzględnimy wiek, okazuje się, że osoby młode, w średnim wieku i stare wskazują na nieco inne działania szkodzące ich zdrowiu. W pierwszej kolejności zostaną omówione różnice w wypowiedziach względem

omawianego tu przedmiotu postawy w zbiorowości kobiet (w trzech kategoriach wiekowych), następnie zaś w zbiorowości mężczyzn (również mając na uwadze trzy wyodrębnione kategorie wiekowe).

Zarówno kobiety młode, jak i reprezentantki średniego wieku najczęściej wymieniały niewłaściwe odżywianie jako zachowanie szkodzące ich zdrowiu. To one również stanowiły najliczniejszą grupę kobiet, które wskazały na spożywanie fast foodów, słodyczy oraz nieregularne posiłki. Najstarsze respondentki mówiły natomiast o braku konsekwencji w stosowaniu odpowiednich diet, które powinny mieć na uwadze ze względu na występujące dolegliwości zdrowotne (nadkwasota żołądka, wysoki cholesterol, cukrzyca). Stare kobiety zwracały również uwagę na spożywanie zbyt obfitych, jak na ich możliwości, posiłków: „Jak nieraz pofolguję sobie z jedzeniem, z którym nie powinnam, no ale w końcu, wie Pani, coś tam siedzi u człowieka w głowie" (KST_3_65). Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na różnice generacyjne i style żywieniowe ludzi reprezentujących różne kategorie wiekowe. Zachowania żywieniowe ukształtowane w dzieciństwie i młodości decydują w dużej mierze o sposobie żywienia w dalszych latach życia i trudno poddają się modyfikacjom (Sochacka-Tatara, Stypuła 2010: 592). O ile starsze pokolenie przyzwyczajone jest do tradycyjnej polskiej kuchni, przyrządzanej zazwyczaj w domu, to młodsi ludzie reprezentują pokolenie, które często jada na mieście, także w popularnych sieciach fast foodowych. Można przypuszczać, że to jedna z przyczyn częstotliwości wskazań przez młodszych respondentów spożywania jedzenia tego typu. Pomimo tego że część młodszych badanych ma świadomość szkodliwości tych produktów, to zinternalizowane w procesie socjalizacji sposoby żywienia i ulubione smaki, silnie oddziałują na ich obecne style żywieniowe. Inną przyczyną są niewątpliwie spoty reklamowe tego typu żywności, skierowane zwłaszcza do młodych ludzi i asocjowane z określonym stylem życia.

Tylko młode kobiety oraz kobiety w średnim wieku wskazywały na stresujące sytuacje jako wpływające na ich stan zdrowia. Badane z najstarszej grupy wiekowej nie zwróciły uwagi na to działanie antyzdrowotne. O ile najmłodsze rozmówczynie wiązały stres z aktywnością zawodową, o tyle kobiety będące w średnim wieku zwróciły uwagę na negatywny dla ich zdrowia wpływ stresu związanego przede wszystkim z łączeniem ról rodzinnych i zawodowych, czasami przerastających, w ich odczuciu, ich siły i możliwości. Jak już wspomniano w poprzednich podrozdziałach, to przede wszystkim kobiety odpowiedzialne są za opiekę nad dziećmi i prace w gospodarstwie domowym (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004).

Kobiety, bez względu na wiek, wspominały także o nieodpowiedniej długości snu jako działaniu szkodzącym ich zdrowiu. Również

w przypadku tej deklaracji mamy do czynienia różnicami w obrębie badanych kategorii wiekowych. Młode kobiety wskazywały tu na nadmierną aktywność zawodową i przepracowywanie się jako przyczynę problemów ze snem. Część z nich wspomniała również o nadmiernym imprezowaniu jako działaniu, które negatywnie wpływa na higienę snu, tym samym na zdrowie. Kobiety będące w średnim wieku nawiązywały nie tylko do aktywności zawodowej, ale także różnego rodzaju obowiązków domowych (m.in. sprzątanie, opieka na dziećmi), które zajmują im wiele czasu i wpływają na nieregularny bądź zbyt krótki sen. Kobiety starsze zaś ilość snu wiązały z realizowaniem takich aktywności jak czytanie książek, oglądanie telewizji w godzinach nocnych. Wskazane różnice wynikały przede wszystkim z etapów życia, na których znajdowały się rozmówczynie, związanych z realizowaniem określonych ról społecznych i wypełnianiem specyficznych obowiązków.

Stosowanie substancji psychoaktywnych także uzależnione jest od wieku badanych. Większość kobiet zadeklarowała spożywanie alkoholu przy okazji spotkań towarzyskich i imprez okolicznościowych, jednak to młodsze rozmówczynie częściej przyznawały się do tego typu antyzdrowotnego zachowania, rzadziej kobiety w średnim wieku i starsze. Badane reprezentujące najstarszą kategorię wiekową w większości zadeklarowały całkowitą rezygnację z picia alkoholu. Stwierdzono również zależność pomiędzy paleniem papierosów a wiekiem. Młode kobiety przyznawały się do okolicznościowego palenia papierosów, natomiast kobiety w średnim wieku (nieliczne) wskazały, że są nałogowymi palaczkami. Jak wynika z ogólnopolskich badań poświęconych zachowaniom antyzdrowotnym Polaków, w tym paleniu papierosów, najrzadziej palą osoby starsze, powyżej 65 roku życia (13%) oraz młode – między 25 a 34 rokiem życia (26%). Największą popularnością papierosy cieszą się wśród osób w średnim wieku, czyli mających od 35 do 54 lat (40%). Niemal we wszystkich grupach wiekowych zdecydowanie częściej palą mężczyźni niż kobiety, z wyjątkiem osób w wieku 18–24 lata, wśród których przeważają palaczki (CBOS 2012d). Mimo że mężczyzn częściej charakteryzują opisane wzory zachowań, to proces androgynizacji kobiet (odbywający się na różnych poziomach życia społecznego, także w aspekcie zachowań zdrowotnych) w społeczeństwach wysoko rozwiniętych sprawia, iż młode kobiety coraz częściej sięgają po substancje psychoaktywne.

Charakterystyczne dla reprezentantek średniego wieku było niepodejmowanie aktywności fizycznej, lekceważenie objawów chorobowych i niewykonywanie badań profilaktycznych jako działań szkodzących ich zdrowiu. Kobiety te tłumaczyły swoje zachowania przede wszystkim nadmiarem obowiązków i brakiem czasu aby zająć się sobą i swoim zdrowiem, a także strachem przed wykryciem ewentualnej choroby. Jak już

wspomniano w rozdziale dotyczącym powodów dbania o zdrowie, reprezentantki średniego wieku nawiązują do genderowo określonych kobiecych powinności (obowiązku dbania o zdrowie, nie tylko swoje, ale także najbliższych, opieki nad dziećmi oraz łączenia pracy zawodowej z obowiązkami domowymi). Można je również zakwalifikować do wspomnianego już „pokolenia przegubowego"/„sandwich generation", żyjącego niejako „w kanapce" i rozdartego pomiędzy opieką nad starszymi rodzicami, a własnymi dziećmi bądź wnukami (Diller 2012). Uwikłanie w genderowo (patriarchalnie) określone powinności powoduje, że wielu reprezentantkom średniego wieku brakuje czasu, żeby zadbać o swoje zdrowie.

Specyficzne dla kobiet starszych było zaś wskazywanie na brak działań antyzdrowitnych. Reprezentantki tej kategorii wiekowej częściej deklarowały pozytywne zachowania zdrowotne niż takie, które mogą szkodzić ich zdrowiu.

Analizując wypowiedzi mężczyzn należących do trzech kategorii wiekowych na temat podejmowanych przez nich zachowań antyzdrowotnych, również w tym przypadku dostrzeżono pewne różnice w ich stosunku do omawianego przedmiotu postawy.

Mężczyźni młodzi i będący w średnim wieku wskazywali na spożywanie jedzenia typu fast food oraz dużej ilości słodyczy (na takie działania szkodzące zdrowiu nie zwracali uwagi najstarsi respondenci). Jeśli chodzi o nieodpowiednie jedzenie, to charakterystycznym dla mężczyzn w średnim wieku oraz mężczyzn starych było spożywanie produktów ciężkostrawnych, tłustych, tzw. tradycyjnej kuchni polskiej: „[...] lubię rzeczy dobre i tłuste, które, no tak jak mówię, typowa polska kuchnia, kapusta, jakieś tłuste żeberka czy golonka" (MST_11_71). Podobnie jak w przypadku kobiet, takie zachowania antyzdrowotne możemy również tłumaczyć różnicami generacyjnymi, dotyczącymi stylów żywieniowych osób będących w różnym wieku.

Jeśli chodzi o kolejne zachowania antyzdrowotne, na które wskazywali mężczyźni – stosowanie substancji psychoaktywnych (palenie papierosów oraz spożywanie napojów alkoholowych), to i w tym przypadku wystąpiły różnice pomiędzy reprezentantami poszczególnych kategorii wiekowych. Jak wynika z ogólnopolskich badań dotyczących omawianego zachowania antyzdrowotnego, pomimo tego że popularność palenia jest bardzo silnie zróżnicowana ze względu na płeć (wśród kobiet pali 21%, a wśród mężczyzn palacze stanowią 40%), to istotnym czynnikiem jest również wiek. Najrzadziej palą respondenci najmłodsi (18–24 lata) i najstarsi (65 lat i więcej). Również wśród naszych badanych, to młodzi mężczyźni i mężczyźni starzy rzadziej niż mężczyźni w średnim wieku deklarowali palenie papierosów. W przypadku młodych mężczyzn takie zachowania można wytłumaczyć m.in. współczesną modą na niepalenie

i niejednokrotnie wspomniany zdrowy styl życia (healthism), natomiast mężczyźni starzy rezygnują z palenia papierosów przede wszystkim ze względów zdrowotnych oraz finansowych.

Jeśli chodzi o spożywanie napojów alkoholowych, to w przypadku mężczyzn nie zauważono znaczących różnic w trzech kategoriach wiekowych. Zarówno mężczyźni młodzi, w średnim wieku, jak i starzy, wskazywali na omawiane zachowanie szkodzące ich zdrowiu. Badani wspominali, że spożywają alkohol przeważnie podczas imprez bądź spotkań towarzyskich:

> [...] jeżeli chodzi nawet o takie przyjemności jak dobry alkohol. Nie wiem, czy pan też lubi, ale chyba wszyscy lubią dobry alkohol. [...] bardzo lubię whisky na przykład sobie od czasu do czasu szklaneczkę wypić. I doszedłem do tego momentu, że stwierdziłem, że w tym wieku już należy, na przykład tak jak kiedyś wszyscy się śmiali, że taka przysłowiowa dawka była taka, jak spotkaliśmy się, kiedyś jak wszyscy byliśmy jeszcze młodsi, to ta półlitrowa butelka to była na osobę. To teraz mam taką normę, której nie przekraczam, to ćwiartka i wiem, że jak tego nie przekroczę, to na drugi dzień czuję się doskonale. A osiągnąłem to w taki sposób, że zamiast pić cały kieliszek, to piję pół. I naprawdę przychodzę do domu, świetnie się czuję i na drugi dzień w ogóle nie ma żadnego problemu. Jeszcze zdarza się, że gdzieś na przykład w niedzielę pojechać samochodem, to sobie potwierdzam to alkomatem i jest wszystko ok. I to jest takie świadome działanie, żeby na drugi dzień, brzydko mówiąc, nie zdychać. Co się zdarzało kiedyś (MST_5_64). [...] picie alkoholu nie jest korzystne dla zdrowia, generalnie. Ale, jak powiedziałem, lubię sobie, zwłaszcza w gronie przyjaciół wypić, i to nie jednego głębszego, tylko kilka, prawda. Ale na to też zwracam uwagę, bo to jest przyjemność bycia razem i ten alkohol jest jakimś czynnikiem do ciekawej, fajnej rozmowy, do, no prostu, do bycia wspólnie, przeżywania czegoś fajnie. Nie jest celem. Natomiast wiadomo, że każde doświadczenie nadmierne z alkoholem, no to wiesz tam, czy głowa boli, ale to są takie oczywistości, że trudno nawet o tym mówić (MST_4_64).

Jak wynika z powyższych wypowiedzi, spożywanie alkoholu podczas różnego rodzaju spotkań towarzyskich stanowi normę w naszej kulturze. Męskość od wieków kojarzona jest z używaniem tego typu substancji psychoaktywnych. A. Ostrowska podkreśla, że „Wzór kulturowy wskazuje, co jest właściwe i niewłaściwe dla mężczyzn i kobiet w takich kwestiach jak palenie papierosów (choć ostatnio różnice zacierają się tu coraz bardziej) i picie alkoholu. Pijana kobieta wyzwala znacznie więcej niechęci i krytyki społecznej niż pijany mężczyzna" (Ostrowska 2006: 117).

Niepodejmowanie aktywności fizycznej jako działanie antyzdrowotne było wskazywane zwłaszcza przez mężczyzn młodych i będących w średnim wieku. Uzasadniając swoją bierność, mężczyźni odwoływali się

zwłaszcza do czynników zewnętrznych – braku czasu, zaangażowania w życie zawodowe. Charakterystyczne dla reprezentantów średniego wieku było również ograniczanie bądź zaprzestanie aktywności fizycznej ze względów zdrowotnych. Mężczyźni starzy nie zwracali uwagi na ten rodzaj działania szkodzącego ich zdrowiu. Nawiązując do wcześniej omówionego aspektu (zachowań prozdrowotnych), starsi rozmówcy nie podejmują także aktywności fizycznej, tak często jak młodsi badani. Jak wynika z badań ogólnopolskich, wraz z wiekiem obserwowany jest spadek aktywności w zakresie wszystkich form rekreacji fizycznej (CBOS 2013a).

Niewykonywanie badań profilaktycznych oraz lekceważenie objawów chorobowych również wskazywane było przez mężczyzn młodych i będących w średnim wieku. O zachowaniach tych nie wspominali reprezentanci najstarszej kategorii wiekowej. Występujące różnice generacyjne wynikały m.in. z zaangażowania w pełnione role w życiu prywatnym i publicznym (np. student, pracownik) i braku czasu ze względu na różnego rodzaju zobowiązania z nimi związane. Starzy mężczyźni ze względu na występowanie różnych problemów zdrowotnych niejako byli zmuszeni do ich niwelowania, m.in. przeprowadzania badań, wizyt lekarskich. Jak już wspomniano, bardzo często za namową swoich bliskich (żon, córek). Wskazane różnice wynikają przede wszystkim z określonych etapów życia, na których znajdują się mężczyźni, a także ich stanu zdrowia. Niebagatelne znaczenie ma również, wspomniany już wcześniej, funkcjonujący w naszej kulturze stereotyp roli mężczyzny w społeczeństwie i rodzinie. Mężczyzna nie choruje, nie skarży się na różnego rodzaju dolegliwości oraz nie chodzi do lekarza.

Jedynie mężczyźni będący w średnim wieku zwrócili uwagę na znaczenie przepracowywania się jako działania antyzdrowotnego. I w tym przypadku zależnego od określonego etapu życia, na którym znajduje się jednostka. Tylko część młodych badanych była aktywna zawodowo (niektórzy z nich jeszcze uczyli się/studiowali), także tylko nieliczni reprezentanci najstarszej kategorii wiekowej pracowali. Zawodowa aktywność odgrywała kluczowe znaczenie w przypadku wskazania wspomnianego działania antyzdrowotnego. Jak już nadmieniono, centralnym punktem patriarchalnej koncepcji męskości jest właśnie aktywność zawodowa, na którą mężczyźni poświęcają więcej czasu niż kobiety. Ten istotny element życia mężczyzny przyczynia się także do kształtowania jego zdrowotnej postawy. Mężczyźni będący w średnim wieku wiedli prym we wskazywaniu różnego typu zachowań antyzdrowotnych, także braku wytrwałości w dbaniu o zdrowie. Jak sami zauważyli, kobiety są stworzone do dbania o zdrowie, nie tylko swoje, ale także najbliższych. Przykłady opieki ze strony żon/partnerek bądź córek pojawiały się w każdej kategorii wiekowej badanych, natomiast najliczniej wśród najstarszych mężczyzn.

Część z nich zadeklarowała również brak działań antyzdrowotnych. Z ich wypowiedzi wynika, że nie czynią nic, co mogłoby szkodzić ich zdrowiu, ponieważ są pod opieką bliskich, a w związku z tym nie mają sposobności do zachowań antyzdrowotnych: „Tak, oczywiście. Myślę, że my dbamy. Tzn. ja z żoną. No ona może bardziej, bo na tę tarczycę też choruje, ale ja też. Ona mnie też zawsze przypilnuje. Z tymi ziołami, z dietą [...]" (MST_8_70).

Nawiązując do postawionych hipotez, kobiety rzadziej niż mężczyźni szkodzą swojemu zdrowiu, a także, jak już zostało wskazane w poprzednim podrozdziale, częściej niż mężczyźni są aktywniejsze w dbaniu o nie. Biorąc pod uwagę „upłciowiony wiek", kobiety i mężczyźni reprezentujący różne kategorie wiekowe wskazują na nieco inne działania szkodzące ich zdrowiu. Najbardziej podobni w swoich deklaracjach byli młodzi ludzie. Zarówno młode kobiety, jak i młodzi mężczyźni wskazywali na te same zachowania negatywnie wpływające na ich zdrowie. Różnica dotyczyła przede wszystkim spożywania alkoholu – młodzi mężczyźni częściej niż ich rówieśniczki przyznawali się do tego typu antyzdrowotnego zachowania, wypijali również większe ilości tego typu napojów. Jak już zauważono, w polskim społeczeństwie istnieje mniejsze przyzwolenie dla kobiet palących papierosy czy spożywających wysokoprocentowe napoje alkoholowe. Należy tu również przypomnieć, że kobiety, częściej niż mężczyźni, uświadamiane są w zakresie szkodliwości stosowania substancji psychoaktywnych. Ta zróżnicowana siła prozdrowotnych presji społecznych przekłada się zatem na podejmowanie przez kobiety i mężczyzn określonych zachowań pro- i antyzdrowotnych.

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

Rozdział 6

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

(Krystyna Dzwonkowska-Godula)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.08

Zakończenie

Zaprezentowane wyniki badań jakościowych, zrealizowanych w ramach projektu *Kulturowe koncepcje płci i wieku a postawy kobiet i mężczyzn wobec swego zdrowia i wyglądu* poszerzają ogólną wiedzę o genderowych uwarunkowaniach zjawisk społecznych oraz pogłębiają wiedzę na temat wpływu kulturowych czynników na postawy ludzi wobec własnego zdrowia i wyglądu. W dotychczasowych, wcześniej prowadzonych badaniach wskazywano różnice w przekonaniach, ocenach i zachowaniach w odniesieniu do tych zasobów między przedstawicielami różnych kategorii społecznych (uwzględniając m.in. płeć badanych, wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania), nie podejmowano jednak problemu pochodzenia owych różnic. W zrealizowanym projekcie skoncentrowano się natomiast na niebadanych dotąd kulturowych uwarunkowaniach postaw, tj. tworzonych w ramach danego społeczeństwa definicjach kobiecości i męskości powiązanych z definicjami młodości, wieku średniego i starości. Nowatorskie zestawienie ze sobą kulturowych koncepcji płci i wieku i wprowadzenie nowej kategorii socjologicznej „upłciowionego wieku" (*gendered age*) pozwoliło na pełniejszą interpretację przekonań, ocen i zachowań kobiet i mężczyzn reprezentujących różne pokolenia w odniesieniu do własnego wyglądu i zdrowia. W dorobku nauk społecznych można odnaleźć prace poświęcone wybranym fazom życia, (przy czym dominują opracowania dotyczące starości i ludzi starych, ewentualnie wczesnej dorosłości i młodości, pominięty wydaje się natomiast wiek średni), brakuje jednak refleksji nad nadawaniem im określonych znaczeń w ramach danej kultury. Przede wszystkim zaś kulturowe koncepcje płci oraz kulturowe koncepcje wieku analizuje się w oderwaniu od siebie, ignorując tym samym ich wzajemne przenikanie.

Wyniki przeprowadzonego badania jakościowego dowodzą funkcjonowania w społecznej świadomości „upłciowionego wieku" – koncepcji kobiecości i męskości, zróżnicowanych w odniesieniu do ludzi będących w różnych fazach życia. Zjawisko genderyzacji wieku przejawia się w rozróżnianiu cech fizycznych i cech osobowości oraz ról społecznych przypisywanych kobietom i mężczyznom określanym jako osoby młode, w średnim wieku i stare. Dostrzec je można, porównując tworzone przez respondentki i respondentów wizerunki kobiet i mężczyzn w różnych przedziałach wiekowych, ale także zestawiając ze sobą społeczne obrazy osób młodych, w średnim wieku i starych reprezentujących obie płcie (młoda kobieta a młody mężczyzna itd.). Analiza wypowiedzi badanych pozwoliła zauważyć różnice pokoleniowe w sposobie pojmowania i realizowania kobiecości i męskości przez przedstawicieli różnych kategorii wiekowych w badanym aspekcie życia społecznego.

Zrealizowany projekt badawczy jest oryginalny także ze względu na uczynienie przedmiotem analizy postaw jednostek wobec zdrowia oraz wyglądu jako coraz ważniejszych współcześnie indywidualnych zasobów. Dotychczasowe badania były poświęcone albo problematyce zdrowia albo problematyce wyglądu. W ramach rozwijającej się socjologii zdrowia prowadzonych jest wiele badań poświęconych m.in. „zdrowiu jako wartości deklarowanej i realizowanej", „subiektywnemu stanowi zdrowia", postawom i zachowaniom wobec zdrowia (Piątkowski 2002: 30, 32). Uwzględnia się w nich z reguły płeć oraz wiek badanych i wskazuje różnice np. w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych (np. Ostrowska 1999; Seredyńska 2009). Jednak nie sięga się „głębiej", by wyjaśnić, skąd biorą się owe różnice. Stwierdza się wpływ kultury na postawy i zachowania jednostek w sferze zdrowia, nie czyniąc go jednak przedmiotem analizy (Taranowicz 2002). Brakuje kulturowej interpretacji postaw i zachowań związanych ze zdrowiem przedstawicieli różnych kategorii wiekowych. Z kolei w odniesieniu do wyglądu człowieka, począwszy od lat 90. XX wieku, daje się zauważyć wzrost liczby teoretycznych i empirycznych studiów socjologicznych dotyczących kwestii ciała i cielesności. Natomiast dopiero od niedawna problematyka ta pojawia się w pracach polskich badaczy. Dominują w nich rozważania teoretyczne (m.in. Buczkowski 2005, Jakubowska 2009a) oraz nieliczne jeszcze badania empiryczne. Dotyczą one przede wszystkim analiz przekazów medialnych (m.in. Arcimowicz 2003, Łaciak 2005, Melosik 2010), obrazu ciała, obrazu siebie oraz cielesności w chorobie, wizerunku ciała w anoreksji i bulimii (m.in. Głębocka, Kulbat 2005, Brytek-Matera 2010), obyczajów dotyczących ciała i cielesności, dbania o sylwetkę (m.in. Kurczewski i in. 2006; Szczepański i in, 2008), postrzegania ciała w określonej fazie życia – przez młode bądź stare kobiety (Zierkiewicz,

Łysak 2005; Garncarek 2010). Przedmiotem zainteresowania jest przede wszystkim ciało, rzadziej wygląd, który w omawianym projekcie rozumiano jako kategorię szerszą niż cielesność (także atrakcyjność fizyczna, seksapil, działania nakierowane na osiągnięcie atrakcyjności fizycznej – sposób ubierania, ozdabiania i modyfikowania ciała, dbania o nie itd.). Należy podkreślić, że brak było jak dotąd szeroko zakrojonych badań uwzględniających znaczenie wyglądu dla społecznego funkcjonowania jednostek – kobiet i mężczyzn w różnym wieku, a przede wszystkim nie prowadzono badań odnoszących się do kwestii uwarunkowań kulturowych wpływających na postawy jednostek wobec własnego wyglądu jako elementu kapitału ludzkiego.

W projekcie zrealizowanym w Zakładzie Socjologii Płci i Ruchów Społecznych Uniwersytetu Łódzkiego, którego wynikom poświęcona została niniejsza publikacja, podjęto się zbadania postaw kobiet i mężczyzn wobec własnego zdrowia i wyglądu, uwzględniając jednocześnie trzy komponenty postawy: poznawczy, afektywny oraz behawioralny. Jak już wspominano, materiał badawczy stanowiły swobodne wypowiedzi respondentek i respondentów dotyczące przekonań, ocen i działań wobec dwóch wskazanych wyżej przedmiotów postawy. Wyborowi technik badawczych opartych na komunikowaniu do badania postaw zawsze towarzyszą wątpliwości co do możliwości wnioskowania o wiedzy, emocjach i zachowaniach ludzi na podstawie składanych przez nich deklaracji. Jednak istotne z punktu widzenia badanej problematyki nie było otrzymanie „twardych" danych dotyczących stosunku ludzi do własnego zdrowia i wyglądu, lecz uchwycenie podobieństw i różnic w sposobach myślenia, oceniania i zachowania kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec tych ich zasobów oraz poznanie ich stanu świadomości na temat wpływu kulturowych koncepcji płci i wieku oraz upłciowionego wieku na ich postawy. Tak sformułowana problematyka i eksploracyjny charakter badania wymagały zastosowania jakościowych technik badawczych. W celowo dobranej próbie znalazły się osoby, które można uznać za należące do klasy średniej (ze względu na poziom wykształcenia, rodzaj wykonywanej pracy oraz status materialny). Ujednolicenie badanej zbiorowości (także pod względem miejsca zamieszkania) wynikało z chęci skupienia się na wpływie płci i wieku na badane postawy.

Należy tu podkreślić skalę zrealizowanego badania jakościowego (12 sesji zogniskowanych wywiadów grupowych oraz 90 pogłębionych wywiadów indywidualnych), zwłaszcza biorąc pod uwagę małą liczebność zespołu badawczego. Niniejsza książka nie pokazuje całego bogactwa zebranego materiału, pozwala jednak podzielić się z czytelnikami najważniejszymi wnioskami płynącymi z przeprowadzonych dotąd analiz.

Uzyskane rezultaty pokazały zasadność postawienia hipotezy dotyczącej różnicującego wpływu płci i wieku (w ich kulturowym wymiarze), a przede wszystkim upłciowionego wieku na badane postawy.

W odniesieniu do postaw wobec wyglądu zaobserwowano trwałość patriarchalnej koncepcji kobiecości przejawiającą się m.in. w przywiązywaniu dużego znaczenia do własnej atrakcyjności fizycznej przez respondentki bez względu na wiek i w ich poczuciu obowiązku dbania o wygląd. Jak pokazały wyniki badania, kobiety, w porównaniu z mężczyznami, podejmują więcej rozmaitych działań na rzecz własnego wyglądu, (co może być również konsekwencją ich bardziej krytycznej oceny, tego jak wyglądają). Z drugiej strony, gdy w analizie wypowiedzi badanych dotyczących różnych aspektów ich postaw wobec wyglądu uwzględnimy upłciowiony wiek, zauważymy upodabnianie się do siebie młodych kobiet i młodych mężczyzn w wartościowaniu atrakcyjności fizycznej i dbałości o nią. Można traktować to jako jeden z przejawów androgynizacji ideału męskości, w którym atrakcyjny, zadbany wygląd, w społeczeństwie patriarchalnym traktowany jako kobiecy zasób, staje się obecnie – dla przedstawicieli młodych generacji – także ważnym męskim kapitałem. Porównania w obrębie badanej zbiorowości kobiet i mężczyzn pokazują odmienność wzorów kobiecości i męskości realizowanych przez jednostki reprezentujące różne pokolenia, jeśli chodzi o stosunek do własnego wyglądu. Uczestnicy badania z najstarszej kategorii wiekowej zdawali się być najbardziej „wierni" patriarchalnym koncepcjom płci, co znajdowało wyraz m.in. w różnicach w dbaniu o ubiór i ciało między przedstawicielami tego pokolenia obu płci, jak i między nimi a młodszymi respondentami. Kobiety i mężczyźni w średnim wieku okazywali się być często zawieszeni pomiędzy tradycyjnym – patriarchalnym a „nowoczesnym" rozumieniem kobiecości i męskości. Można to interpretować jako efekt socjalizacji, z jednej strony przez patriarchalnie ukształtowanych rodziców (odpowiadających najstarszym respondentom w badaniu), z drugiej strony – przez swoje dzieci (metrykalnie zaliczane do kategorii osób młodych w badanej zbiorowości), prezentujące bardziej „nowoczesny" sposób myślenia o płci i negujące podziały płciowe (np. we wspominanej dbałości o wygląd).

Podobne spostrzeżenia dotyczą wyników badań na temat postaw wobec zdrowia, pokazujących, że młodzi respondenci są do siebie bardziej podobni niż kobiety i mężczyźni w starszych kategoriach wiekowych, jeśli chodzi o definiowanie zdrowia i wpływających nań czynników, w autoocenie własnej kondycji psychofizycznej i w podejmowanych działaniach pro- i antyzdrowotnych. Nie znalazła jednak potwierdzenia hipoteza, że osoby młode, z racji z reguły dobrego samopoczucia, ignorują sprawy zdrowotne. Wyrażali oni przekonanie o indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, co można wiązać z ich pokoleniową socjalizacją

w duchu ideologii healthismu i uwzględniającej już modę na zdrowy styl życia. Choć porównanie postaw respondentek i respondentów w tej kategorii badanych pokazuje jednak większą „orientację na zdrowie" kobiet, co odpowiada patriarchalnie definiowanej kobiecości. W grupach rozmówców w średnim wieku i starych różnicujący wpływ płci na stosunek do własnego zdrowia był jeszcze bardziej zauważalny. Kobiety wykazywały się większą świadomością zdrowotną (przejawiającą się m.in. w określonej wiedzy na temat własnego ciała, chorób i sposobów ich leczenia) oraz większą troską o własne zdrowie, a także zdrowie członków rodziny. Ich rówieśnicy zdawali się hołdować patriarchalnemu ideałowi męskości, zgodnie z którym mężczyzna ma być (jest) zdrowy i silny, a zatem nie chodzi do lekarza, bo choroba jest oznaką słabości, a dbałość o zdrowie sprowadza się do dbania o sprawność fizyczną. Hipoteza, że z wiekiem wzrasta dbałość o zdrowie, okazała się sensowna jedynie w odniesieniu do kobiet.

Jak już podkreślano, przedmiotem zainteresowania w omawianym projekcie były kulturowe uwarunkowania stosunku jednostek do własnego wyglądu i zdrowia. Różnicujący wpływ kulturowych koncepcji płci, wieku oraz upłciowionego wieku dało się zauważyć w postawach uczestniczących w badaniu kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec tych zasobów. Ważną częścią projektu była również analiza stanu świadomości na temat owego wpływu, której rezultaty zaprezentowano w rozdziale 4 i 6 niniejszej książki. Potwierdziły one zasadność postawienia hipotezy stwierdzającej, iż ludzie, uzasadniając swoje postawy wobec wyglądu i zdrowia, odwołują się m.in. do kulturowych koncepcji płci i wieku, bo w procesie socjalizacji przyswajają społeczne oczekiwania dotyczące m.in. określonego stosunku do tych zasobów oraz dbałości o nie. Wyjaśniając genezę swoich postaw, badani odwoływali się do patriarchalnych stosunków władzy, tzn. męskiej dominacji i kobiecego podporządkowania (co szczególnie wyraźnie dostrzec można w ich wypowiedziach dotyczących uwarunkowań postawy wobec wyglądu, np. ustalania przez mężczyzn kanonów kobiecego piękna i wpajania kobietom powinności bycia atrakcyjną dla przedstawicieli płci przeciwnej). Odnosili się także do patriarchalnych koncepcji kobiecości i męskości, wskazując na swoją płeć albo na płeć socjalizujących ich osób jako znaczącą dla kształtowania ich stosunku do wyglądu i zdrowia, dostrzegali określone społeczne oczekiwania wobec kobiet i mężczyzn dotyczące ich wyglądu, cech osobowości czy ról społecznych (co odpowiada strukturze kulturowego modelu płci). Były jednak respondentki i respondenci, głównie w zbiorowości badanych w średnim wieku i starych, nieświadomi kulturowych wpływów na własne postawy, traktujący swoje przekonania i zachowania jako „naturalne". Dostrzegane przez nich różnice między postawami kobiet

i mężczyzn wobec zdrowia i wyglądu były, w ich odczuciu, efektem „naturalnych" różnic płciowych (twierdzenia, że kobiety czy mężczyźni „tak mają", np. że dbają czy nie dbają o zdrowie), czego potwierdzeniem miało być np. obserwowane przez nich „dziedziczenie" z pokolenia na pokolenie określonych zachowań czy ról (np. rola domowego lekarza) przez kobiety i mężczyzn.

Analiza zebranego materiału pozwoliła na ustosunkowanie się co do zasadności postawienia hipotezy o wpływie wieku czy też przynależności do określonego pokolenia na stosunek jednostki do kulturowych koncepcji płci i wieku. Respondenci z najstarszej generacji, poddani w dzieciństwie najbardziej konsekwentnie prowadzonej patriarchalnej socjalizacji, wydawali się przyjmować społeczne oczekiwania wobec kobiet i mężczyzn bezdyskusyjnie. Młodzi badani bardziej krytycznie podchodzili do patriarchalnych wzorów płci, podejmując, bardziej lub mniej świadomie, próby ich modyfikowania, co przejawiało się m.in. w feminizacji postaw młodych mężczyzn wobec wyglądu.

Podsumowując, rezultaty projektu pozwalają dostrzec, w jaki sposób kultura warunkuje różny stosunek jednostek do zdrowia i wyglądu oraz ich zachowania wobec tych elementów kapitału ludzkiego. Zagadnienie to jest istotne w warunkach współczesnego społeczeństwa, w którym „rośnie stopień indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i zwiększa się społeczna aktywność na rzecz utrzymania i konserwacji »zapasu« zdrowia" (Piątkowski 2002: 31). Dotyczy to także wyglądu. Ze względu na wydłużanie się trwania życia, a także okresu aktywności zawodowej oba zasoby muszą być jak najdłużej funkcjonalne i w związku z tym wymagają określonych działań jednostek na rzecz ich rozwijania, utrzymywania, przywracania itp. Jak pokazują wyniki badań, wygląd i zdrowie mają współcześnie większe znaczenie dla funkcjonowania jednostek w różnych obszarach życia społecznego niż wykształcenie czy status ekonomiczny (Hakim 2010). Zatem posiadanie atrakcyjnego wyglądu i dobrego stanu zdrowia lub brak któregoś z nich ma znaczenie dla przebiegu procesów stratyfikacji społecznej.

Analiza kulturowych koncepcji płci i wieku (*gendered age*) pozwala na pełniejszą interpretację przekonań i zachowań kobiet i mężczyzn w różnym wieku, nie tylko w odniesieniu do własnego zdrowia i wyglądu. Proponowana perspektywa teoretyczno-badawcza może zostać zastosowana w badaniach innych obszarów życia społecznego, pozwalając na lepsze zrozumienie i wyjaśnienie działań jednostek. Inspiracją dla dalszych badań może być także nowe podejście w analizie zdrowia i wyglądu jako ściśle ze sobą związanych komponentów kapitału ludzkiego, wpływających na społeczne funkcjonowanie człowieka.

Autorki

Bibliografia

Arcimowicz K. (2003), *Obraz mężczyzny w polskich mediach. Prawda-Fałsz--Stereotyp*, GWP, Gdańsk.

Badinter E. (1993), *XY tożsamość mężczyzny*, WAB, Warszawa.

Bakke M. (2000), *Ciało otwarte*, Wyd. UAM, Poznań.

Barabasz A. (2007), *Mężczyzna metroseksualny i mężczyzna überseksualny – czyli jaki? Internetowe wzorce męskości – próba analizy socjologicznej*, (w:) K. Piątek (red.), *Męskość (nie)męska. Współczesny mężczyzna w zmieniającej się rzeczywistości społecznej*, Wyd. ATH w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała.

Beck U. (2004), *Społeczeństwo ryzyka*, Scholar, Warszawa.

Barbee A.P., Cunningham M.R., Roberts A.R., Druen P.B, Wu C.-H. (1995), *Their ideas of beauty are, on the whole, the same as ours: Consistency and Variability in the cross-cultural perception of female physical attractiveness*, „Journal of Personality and Social Psychology", t. 68, s. 261–279.

Bartkowska K. (2000), *Twarzą w twarz. Lustrem w lustro*, „OŚKa", nr 3 (12).

Bartky S.L. (2007), *Foucault, kobiecość i unowocześnienie władzy patriarchalnej*, (w:) R. Hryciuk, A. Kościańska (red.), *Gender – perspektywa antropologiczna*, t. 2, „Kobiecość, męskość, seksualność", Wyd. UW, Warszawa.

Bauman Z. (1995), *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Wyd. UMK, Toruń.

Bauman Z. (2008), *Zindywidualizowane społeczeństwo*, GWP, Gdańsk.

Beall A.L. (2002), *Społeczno-konstruktywistyczne podejście do rodzaju*, (w:) B. Wojciszke, (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*, GWP, Gdańsk.

Beauvoir (de) S. (2009), *Druga płeć*, Czarna Owca, Warszawa.

Berry B. (2008), *The Power of Looks: Social Stratification of Physical Appearance*, Aldershot, Ashgate.

Bokszańska G. (2004), *Ubiór w teatrze życia społecznego*, Wyd. PŁ, Łódź.

Borowiec A., Lignowska I. (2012), *Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce?*, „Kultura i Społeczeństwo", nr 3.
Borowiec A., Lignowska I., Makowska M. (2009), *Czy działania edukacyjne prowadzone w ramach profilaktyki i promocji zdrowia kreują „nowych dewiantów"?*, „Problemy Polityki Społecznej", nr 12.
Bourdieu, P. (2004), *Męska dominacja*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
Bożek R., Rychłowska I. (2001), *Szczupła, chuda, chudsza... Kulturowe uwarunkowania anoreksji i bulimii. O jedzeniu i niejedzeniu w czasopismach kobiecych*, „Kultura i Społeczeństwo", nr 2.
Brannon L. (2002), *Psychologia rodzaju*, GWP, Gdańsk.
Brytek-Matera A. (2010), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała,* Wydawnictwo Difin, Warszawa.
Buczkowski A. (2005), *Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*, Universitas, Kraków.
Budrowska B. (2001), *Regulamin i improwizacje, czyli o kulturowym skrypcie bycia matką*, „Kultura i Społeczeństwo", nr 2.
CBOS (2005), Komunikat z badań: *Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków*.
CBOS (2009a), Komunikat z badań: *Polak zadbany – troska o sylwetkę i ciało*.
CBOS (2009b), Komunikat z badań: *Jak cię widzą, tak cię piszą – Polacy o znaczeniu wyglądu w życiu*.
CBOS (2010), Komunikat z badań: *Postawy wobec alkoholu*.
CBOS (2011), Komunikat z badań: *Postawy wobec narkotyków*.
CBOS (2012a), *Zdrowie w wymiarze osobistym i instytucjonalnym. Samooceny, zachowania, opinie*, N. Hipsz, R. Boguszewski (red.), „Opinie i Diagnozy", nr 24.
CBOS (2012b), Komunikat z badań: *Polacy wobec własnej starości*.
CBOS (2012c), Komunikat z badań: *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*.
CBOS (2012d), Komunikat z badań: *Postawy wobec palenia papierosów*.
CBOS (2013a), Komunikat z badań: *Aktywność fizyczna Polaków*.
CBOS (2013b), *Kobieta w rodzinie, w pracy, w przestrzeni publicznej*, „Opinie i Diagnozy", nr 25.
CBOS (2014), Komunikat z badań: *Zachowania żywieniowe Polaków*.
Chmura-Rutkowska I., Ostrouch J. (2007), *Mężczyźni na przełęczy życia. Studium socjopedagogiczne*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
Czernecka J. (2011), *Wielkomiejscy single*, Poltext, Warszawa.
Deaux K., Kite M. (2002), *Stereotypy płci*, (w:) B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*, GWP, Gdańsk.
Dench G. (1998), *Pocałunek królewny. Problem mężczyzn*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
Diagnoza społeczna (2011). www.diagnoza.com (data dostępu: 2.03.2012)

Diller V. (2012), *The 'Over-Stuffed' Sandwich Generation*, https://www.psychologytoday.com/blog/face-it/201210/the-over-stuffed-sandwich-generation (dostęp: 02.04.2016).
Doquin M. (1989), *Fashion and Fitness: Images in Women's Magazine Advertisments*, „Arena Review", nr 2, t. 1.
Duch-Krzystoszek D. (2007), *Kto rządzi w rodzinie*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
Dziekanowska M. (2008), *Męska płeć kulturowa w perspektywie socjologicznej*, (w:) A. Radomski, B. Truchlińska (red.), *Męskość w kulturze współczesnej*, Wyd. UMCS, Lublin.
Dzwonkowska-Godula K. (2015), *Tradycyjnie czy nowocześnie? Wzory macierzyństwa i ojcostwa w Polsce*, Wyd. UŁ, Łódź.
Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E. (2015), *Factors affecting health in young and old men and women's beliefs*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Sociologica", nr 55.
Etcoff N. (2002), *Przetrwają najpiękniejsi*, CiS, WAB, Warszawa.
Ferraro F.R., Muehlenkamp J.J., Paintner A., Wasson K., Hager T., Hoverson F. (2008), *Aging, Body Image, and Body Shape*, „The Journal of General Psychology", nr 135 (4), s. 379–392.
Foucault M. (1998), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Aletheia, Warszawa.
Foucault M. (2000), *Historia seksualności*, Czytelnik, Warszawa.
Frąckowiak-Sochańska M. (2011), *Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego" i „chorób psychicznych"*, „Nowiny lekarskie", nr 80 (5).
Gardian R. (2007), *Zjawisko sponsoringu jako forma prostytucji kobiecej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
Garmanikov E., Morgan D., Purvis J., Taylorson D.(1983), Gender, Class and Work, Heinemann, New York
Garncarek E. (2010), *Kobiece ciało jako przedmiot kontroli społeczne*j, „Przegląd Socjologiczny", tom LIX/3.
Giddens A. (2001), *Nowoczesność i tożsamość*, PWN, Warszawa.
Giza-Poleszczuk A. (2004), *W poszukiwaniu „nowego przymierza" wzajemne oczekiwania mężczyzn i kobiet w Polsce*, (w:) M. Marody (red.), *Zmiana czy stagnacja? Społeczeństwo polskie po czternastu latach transformacji*, Scholar, Warszawa.
Gladwell M. (2008), *Outliers: The Story of Success*, Little, Brown and Company, New York.
Głębocka A. (2009), *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
Głębocka A., Kulbat J. (red.) (2005), *Wizerunek ciała. Portret Polek*, Wyd. UO, Opole.

Grygiel A. (2010), *Nowy model ojcostwa*, (w:) M. Dąbrowska, A. Radomski (red.), *Męskość jako kategoria kulturowa. Praktyki męskości*, Wydawnictwo Portalu Wiedza i Edukacja, Lublin.

Guionnet Ch., Neveu E., (2004), *Feminins/Masculins. Sociologie du genre*, Armand Colin, Paris.

Hakim C. (2010), *Erotic Capital*, „European Sociological Review", t. 26, nr 5, s. 499–518.

Hamermesh D., Biddle J. (1994), *Beauty and the Labor Market*, „The American Economic Review", t. 84, nr 5, s. 1174–1194.

Handman M-E. (2010), *Marcel Mauss et la division par sexes des societies: un programme inacompli*, (w:) D. Chabaud-Rychter i in. (red.) *Sous les sciences sociales, le genre*, La Decouverte, Paris.

Hofstede G. (2000), *Kultury i organizacje*, PWE, Warszawa.

Jakubowska H. (2009a), *Socjologia ciała*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań.

Jakubowska H. (2009b), *Sport jako pole (re)produkowania płci kulturowej*, (w:) T. Sahaj (red.), *Pogranicza współczesnego sportu*, Wyd. AWF w Poznaniu, Poznań.

Kaschack E. (2001), *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Kimmel M. (2004), *The Gendered Society*, Oxford University Press, New York.

Kowalczyk I. (2000), *Kobieta, ciało, tożsamość*, „OŚKa", nr 3 (12).

Krekula C. (2007), *The Intersection of Age and Gender: Reworking Gender Theory and Social Gerontology*, „ Current Sociology", nr 55 (2), s. 155–171.

Królikowska S. (2011), *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia*, „Nowiny lekarskie", nr 80 (5).

Kuczyńska A. (1992), *Inwentarz do oceny płci psychologicznej*. *Podręcznik do testu*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.

Kurczewski J.M., Łaciak B., Herman A., Dzido D., Suflida A. (2006), *Praktyki cielesne*, Trio, Warszawa.

Laz Ch. (1998), *Act Your Age*, „Sociological Forum", t. 13,nr 1, s. 85–113.

Lisowska E. (2008), *Równouprawnienie kobiet i mężczyzn w społeczeństwie*, Wyd. SGH, Warszawa.

Lizak D., Seń M., Kochman M. (2014), *Healthizm – afirmacja promocji zdrowia czy współczesne zagrożenie behawioralne?*, (w:) R. Żarów (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie. Promocja zdrowia. Leczenie i rehabilitacja*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Tarnów.

Łuczak K. (2015), *Relatywność oceny własnego stanu zdrowia kobiet i mężczyzn w średnim wieku*, wystąpienie na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Wygląd i zdrowie w przekonaniach, zachowaniach i doświadczeniach kobiet i mężczyzn w różnym wieku", 10.06.2015, Zakład Socjologii Płci i Ruchów Społecznych Uniwersytetu Łódzkiego w Łodzi.

Majcher M. (2012), *Próba uchwycenia wizerunków płci i ich przemian: Cechy przypisywane kobietom i mężczyznom oraz ich miejsce wśród pożądanych cech Ja*, praca doktorska, https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/163/mmajcher-%20rozprawa%20doktorska%20finalna_21.01.2013.pdf?sequence=4 (dostęp 01.05.2016).

Malinowska E. (2000), *Feminizm europejski, demokracja parytetowa a polski ruch kobiet. Socjologiczna analiza walki o równouprawnienie płci*, Wyd. UŁ, Łódź.

Malinowska E. (2003), *Mężczyźni i kobiety w społeczeństwie jutra*, „Kultura i Społeczeństwo", nr 4.

Malinowska E. (2011), *Kapitał ludzki w ujęciu genderowym – koncepcja teoretyczna*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Sociologica", nr 39.

Malinowska E. (2012), *Prawa obywatelskie i cechy osobowości jako składnik kapitału ludzkiego mężczyzny i kobiety*, (w:) P. Starosta (red.) *Zróżnicowanie zasobów kapitału ludzkiego i społecznego w regionie łódzkim*, Wyd. UŁ, Łódź.

Malinowska E. (1995), *Socio-political changes in Poland and the problem of sex discrimination*, „Women's International Forum", t. 18, nr 1, January-February.

Malinowska E. (2008), *Płeć kulturowa a pozycja ekologiczna jednostki*, (w:) Z. Rykiel (red.), *Nowa Przestrzeń społeczna w badaniach socjologicznych*, Wyd. UR, Rzeszów.

Malinowska E. (2016), *Zwyczaje dbania o wygląd wśród kobiet i mężczyzn starszego pokolenia,* (w:) Z. Rykiel, J. Kinal (red.), *Socjologia codzienności jako niebanalności*, Stowarzyszenie Naukowe Przestrzeń Społeczna i Środowisko, Rzeszów.

Malinowska E., Dzwonkowska-Godula K., Garncarek E. (2012), *Wykształcenie, zdrowie i wygląd jako komponenty kapitału ludzkiego kobiet i mężczyzn*, (w:) P. Starosta (red.) *Zróżnicowanie zasobów kapitału ludzkiego i społecznego w regionie łódzkim*, Wyd. UŁ, Łódź.

Malinowski B. (1980), Dzieła, Tom II, PWN, Warszawa

Mandal E. (2000), *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*, Wyd. UŚ, Katowice.

Mandal E. (2003), *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*, Wyd. Naukowe „Żak", Warszawa.

Mandal E., Gawor A., Buczny J. (2010), *Między płcią a rodzajem – teorie, badania, aplikacje,* Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.

Mauss M. 1969 [1932], *La cohesion sociale dans la societe polysegmentaires*, (w:) M. Mauss, *Oeuvres*, t. 3, „Cohesion sociale et division de la sociologie", Minuit, Paris.

Mead M. (1935), Sex and Temperament in Three Primitives Societies, Dell Pub., New York.

Melosik Z. (1996), *Tożsamość, ciało i władza*, Edytor, Toruń.
Melosik Z. (2002), *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*, Wolium, Poznań.
Melosik Z. (2006), *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
Miller D. (1981), *The 'Sandwich' Generation: Adult Children of the Aging*, „ Social Work", t. 26, nr 5, https://www.jstor.org/stable/23712207?seq=1#page_scan_tab_contents (dostęp: 02.04.2016).
Miluska J. (1996), *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań.
Miluska J., (2008), *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań.
Miszczak E., (2010), *Aktywność seniorów sposobem przeciwdziałania negatywnym skutkom starzenia się*, (w:) D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI w. Ku aktywności*, Biblioteka, Łódź.
Montemurro B., Gillen M. (2013), *Wrinkles and Sagging Flesh: Exploring Transformations in Women's Sexual Body Image*, „Journal of Women & Aging", nr 25 (1), s. 3–23.
Moore H. L. (2005), *Płeć kulturowa i status – wyjaśnienie sytuacji kobiet*, (w:) M. Kempny, E. Nowicka (red.), *Badanie kultury. Elementy teorii antropologicznej*, PWN, Warszawa.
Nauka w Polsce – serwis PAP poświęcony polskiej nauce, *Sondaż: lekarz nie zawsze autorytetem w sprawie zdrowego stylu życia*, (2012), http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,391180,sondaz-lekarz-nie-zawsze-autorytetem-w-sprawie-zdrowego-stylu-zycia.html (dostęp: 03.12.2015).
Nowak P.F., Chalimoniuk-Nowak M. (2015), *Potencjał mediów społecznościowych w edukacji zdrowotnej*, (w:) A. Wolska-Adamczyk (red.) *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*, WSIiZ, Warszawa.
Nowak S. (red.), (1973), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa.
Nowakowska L. (2012), *W stronę socjologii lecznictwa niemedycznego – zarys przedmiotu badań*, „HYGEIA public health", nr 47 (3).
Ortega y G. (1982), *Bunt mas i inne pisma socjologiczne*, PWN, Warszawa.
Ostrowska A. (1998), *Nierówności w sferze zdrowia*, „Kultura i Społeczeństwo", nr 2.
Ostrowska A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
Ostrowska A. (2006), *Kobiety i mężczyźni. Jak styl i warunki życia różnicują zdrowie*, „Rocznik Lubuski", t. 32, cz. 2.
Ostrowska A. (2009), *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie. Wyniki badań warszawskich*, IPiSS, Warszawa.
Ostrowska A. (2012), *Gender and social determinants of health*, „ Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica", nr 43.

Owen L.J. (2015), *Monstrous Freedom: Charting Fat Ambivalence*, „Fat Studies", t. 4 (1), s. 1–13.
Paluch A. (2000), *Współczesne ciało w dwóch odsłonach*, „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej", nr 1 (2).
Pankowska D. (2005), *Wychowanie a role płciowe*, GWP, Gdańsk.
Paprzycka E., Orlik D. (2015), *Czy wygląd ma znaczenie? Kapitał seksualny a sukces rekrutacyjny w opiniach kobiet i mężczyzn*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica", nr 55.
Piątek K. (2007), *Nowy wymiar ojcostwa jako nowy wymiar męskości*, (w:) K. Piątek (red.), 2007, *Męskość (nie)męska. Współczesny mężczyzna w zmieniającej się rzeczywistości społecznej*, Wyd. ATH w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała.
Piątkowski W. (2002), *W stronę socjologii zdrowia*, (w:) W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wyd. UMCS, Lublin.
Puchalski K. (1989), *Pojęcie zachowań związanych ze zdrowiem. Geneza i próba typologii, w: Socjologia zdrowia i medycyny. Konwersatorium 1986–88. Materiały*, PTS, IFIS PAN, Warszawa
Puchalski K. (1997), *Zdrowie w świadomości społecznej*, Instytut Medycyny Pracy, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź.
Radkowska M. (1999), *Aneks do dzieła stworzenia*, (w:) D. Czaja (red.), *Metamorfozy ciała, Świadectwa i interpretacje*, Contaga, Warszawa.
Raport Siemensa (2012), *Zdrowie – męska rzecz*, http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport_siemensa_2012.pdf (dostęp: 20.07.2016).
Renzetti C.M., Curran D.J. (2005), *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, PWN, Warszawa.
Russell Ch., (2007), *What Do Older Women and Men Want? Gender Differences in the "Lived Experience" of Ageing*, „Current Sociology", nr 55 (2), s. 173–192.
Seredyńska D. (2009), *Orientacje zdrowotne dorosłych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
Sikorska M. (2012), *Życie rodzinne*, (w:) A. Giza, M. Sikorska (red.), *Współczesne społeczeństwo polskie*, PWN, Warszawa.
Sikorska M. (2009), *Nowa matka, nowy ojciec, nowe dziecko. O nowym układzie sił w polskich rodzinach*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
Singh D. (1993), *Adaptive significance of female physical attractiveness: role of waist-to-hip ratio*., „J Pers Soc Psychol", t. 65, nr 2, s. 293–307.
Skrok Z. (2009), *Mądrość prawieków. O czym przypominają nam pradawni*, Iskry, Warszawa.
Słońska Z. (2010), *Społeczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, (w:) W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
Słońska Z. (2015), *Wkład polskiej socjologii w rozwój promocji zdrowia. Od socjologii medycyny do socjologii w promocji zdrowia*, (w:) A. Ostrowska,

M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.

Sochacka-Tatara E., Stypuła A. (2010), *Zaburzenia odżywiania wśród uczniów szkół krakowskich – część ogólnopolskich badań zaburzeń odżywiania wśród młodzieży*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", t. 91, nr 4.

Sokołowska M. (1980), *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa.

Sontag S. (1972), *The Double Standard of Aging*, „The Saturday Review", September 23, s. 29–38.

Staniszewska M. (2016), *Iris Apfel. Maksymalistka*, „Wysokie Obcasy Extra", nr 7.

Synnott A. (1987), *Shame and Glory: A Sociology of Hair*, „The British Journal of Sociology", t. XXXVIII, nr 3.

Synowiec-Piłat M. (2002), *Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie*, (w:) J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba*. *Wybrane problemy socjologii medycyny*. Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław

Sztur-Jaworska B. (2005), Wprowadzenie, (w:) B. Tokarz (red.), Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa

Szczepański M., Pawlica B., Śliz A., Zarębska-Mazan A. (2008), *Ciało spieniężone?: szkice antropologiczne i socjologiczne*, WSZiN im. ks. Emila Szramka, Opole, Tychy.

Szimanek T., Wejcman Z. (2012–2013), *Aktywni seniorzy – inspirator dla organizacji*, http://www.isp.org.pl/uploads/pdf/17728630.pdf (dostęp: 14.07.2016

Szkudlarek T. (1993), *Wiedza i wolność w pedagogice amerykańskiego postmodernizmu*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.

Szlendak T. (2010), *Socjologia rodziny*, PWN, Warszawa.

Szpunar M. (2009), *Dbałość o zdrowie jako styl życia współczesnego człowieka*, (w:) W. Muszyński (red.) *Małe tęsknoty? Style życia w czasie wolnym we współczesnym społeczeństwie*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.

Sztur-Jaworska B. (2005), *Wprowadzenie*, (w:) B. Tokarz (red.), *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa.

Tillman K.J. (1996), *Teorie socjalizacji*, PWN, Warszawa.

Titkow A., Duch-Krzystoszek D., Budrowska B. (2004), *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.

Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. UJ, Kraków.

Tobiasz-Adamczyk B. (2009), *Uwarunkowania społeczno-kulturowe zdrowia kobiet w średnim wieku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", nr 90 (4).

Tobiasz-Adamczyk B. (red.) (2013), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*, Wyd. UJ, Kraków.

Tokarz B. (2005), *Postawy wobec starości i ludzi starszych*, (w:) B. Tokarz (red.), *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa.

Tong R.P., (2002), *Myśl feministyczna. Wprowadzenie*, PWN, Warszawa.

Toniak E. (2000), *Nowa twarz Kopciuszka*, „OŚKa", nr 3 (12).

Trafiałek E. (2003), *Starość w dobie przemian*, Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice.

Twigg J. (2004), *The Body, Gender and Age: Feminist Insights in Social Gerontology*, „Journal of Aging Studies", nr 18 (1), s. 59–73.

Wieczorkiewicz A. (2000), *Muzeum ludzkich ciał*, słowo/obraz terytoria, Gdańsk.

Wilińska M. (2010), *Because Women Will Always Be Women and Men Are Just Getting Older: Intersecting Discourses of Aging Studies*, „Current Sociology", nr 58, s. 879–896.

Wiśniewska L.A. (2014), *Kult ciała a starość. Refleksje psychologiczne*, „Rocznik Andragogyniczny", t. 21, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń, https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3229/RA.2014.019,Wisniewska.pdf?sequence=1 (dostęp: 13.03.2016).

Wojciszke B. (2003), *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Scholar, Warszawa.

Wojnarowska B. (2007), Edukacja zdrowotna, PWN, Warszawa

Wolf N. (2000), *Mit piękności*, „OŚKa", nr 3 (12).

Wolf N. (2014), *Mit urody*, Czarna Owca, Warszawa.

Woolf V. (1997, pierwsze wydanie 1929), *Własny pokój*, Sic!, Warszawa.

Zabielska J.M. (2010), *„Stan portfela" a stan zdrowia – jak bieda wpływa na poziom zdrowia*, (w:) K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Wyd. KUL, Lublin.

Zawadzka A. (2000), *Czy ciało jest miejscem określania mojej tożsamości?*, „OŚKa", nr 3 (12).

Zierkiewicz E., Łysak A. (2005), *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, MarMar, Wrocław

Zych A.A. (2001), *Trzy szkice o starości*, (w:) A.A. Zych (red.), *Demograficzne i indywidualne starzenie się. Wyzwania edukacyjne*, Wyd. Akademii Świętokrzyskiej, Kielce.