

Stan zdrowia kobiet – zagrożenia, społeczne uwarunkowania¹

Antonina Ostrowska

Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa

Adres do korespondencji: Antonina Ostrowska, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa, aostrows@ifis.waw.pl

Abstract

Women's health – threats and social factors

The results of several epidemiological and clinical studies document male – female health differences. Apart from biological divergence, they reflect differences in social status of both sexes, their social roles and elements of life styles. The above indicates the necessity of discussing the health problems of men and women also separately. The article presents main characteristic of women's health in Poland, with special stress put on chronic diseases causing their excess mortality and leading to disability. The text is based on a broader report "Polish Women 2013 – Health and its threats."

Key words: women's health, social status and health, mortality, chronic diseases

Słowa kluczowe: zdrowie kobiet, śmiertelność, status społeczny, choroby przewlekłe

1. Zróżnicowanie stanu zdrowia a płeć

Przeglądając światowe statystyki medyczne, nieodmiennie i od lat napotykamy informacje uwzględniające podział na płeć. Konsekwencją tej standardowej praktyki jest istnienie ogromnego materiału na temat podobieństw i różnic między mężczyznami a kobietami w zakresie wielu zjawisk odnoszących się do zdrowia, choroby i funkcjonowania opieki medycznej. Jednak przez wiele lat zmienna „płeć” była niemal wyłącznie podstawą bardziej szczegółowych klasyfikacji; niewiele uwagi poświęcano zaobserwowanym różnicom między obydwoma płciami, nie próbując ich ani zrozumieć, ani zinterpretować.

Przeciętne, dłuższe trwanie życia kobiet było na ogół utożsamiane z lepszym stanem ich zdrowia i większą odpornością na choroby, za sprawą czego medycyna przez wiele lat koncentrowała się na zdrowiu mężczyzn. Za słabszą kondycją zdrowotną mężczyzn zdawały się także przemawiać inne fakty, jak choćby wyższa umieralność niemowląt płci męskiej niż żeńskiej, co interpretowano jako zaznaczającą się już na najwcześniejszych etapach

życia kruchość ich zdrowia. W Polsce dodatkowym impulsem do takiego podejścia było zarejestrowane w latach 70. ubiegłego wieku zjawisko nadumieralności mężczyzn: pogorszenie stanu zdrowia i wzrost umieralności mężczyzn w wieku 40–54 lata, a więc w wieku produkcyjnym, co stało się wyzwaniem wyraźnie formułowanym pod adresem polityki zdrowotnej [2]. Fakt ten przyczynił się w znacznym stopniu do rozwoju i modernizacji lecznictwa kardiologicznego – problemy nadumieralności mężczyzn wiązały się bowiem głównie z chorobami układu krążenia. Kobiety, jako specyficzny, odrębny przedmiot zainteresowań medycyny, pojawiały się na ogół w kontekście opieki prenatalnej czy chorób narządów rodnych.

W pewnej sprzeczności z opiniami na temat lepszego zdrowia kobiet pozostawały jednak wyniki badań prowadzonych na Zachodzie, które wskazywały, że zjawisko gorszego stanu zdrowia kobiet przy jednoczesnym dłuższym przeciętnym trwaniu ich życia występuje we wszystkich krajach uprzemysłowionych [3]. Co więcej, dokumentowały, że stan zdrowia kobiet przedstawia się gorzej niż mężczyzn we wszystkich porównywanych

grupach wieku, ze szczególnym natężeniem chorób i dolegliwości w najstarszych latach życia [4]. Z analiz tych wynikało, że pomimo dłuższego życia nie można uznać kobiet za zdrowszą część ludności. Utarło się nawet w języku angielskim powiedzenie, że *women are sicker, but men die quicker*.

Ta pozorna niespójność wskaźników wynikała z faktu, że statystyki koncentrujące się na przeciętnej długości życia nie uwzględniają utraty zdrowia wskutek chorób przewlekłych i niepełnosprawności. Jednak posłużenie się takimi miarami, jak na przykład DALY (*Disability Adjusted Life Years*), które oprócz długości życia pokazują ekwiwalent utraconych lat w zdrowiu z powodu chorób i niepełnosprawności, wskazuje na bardziej niekorzystną sytuację kobiet niż mężczyzn, niezależnie od rejonu świata i zamożności kraju [5]. W ciągu całego życia kobiety narażone są na więcej ostrych i przewlekłych chorób, które mogą prowadzić do niepełnosprawności lub odznaczają się znaczną uciążliwością, ale nie są związane z bezpośrednim ryzykiem zgonu [6].

Jako ilustrację powyższej tezy na podstawie danych polskich można wykorzystać materiały z ostatniego badania stanu zdrowia ludności, zrealizowane przez GUS (2011) [7]. W świetle tego badania u niemal co drugiego mieszkańca Polski (43%) wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne. W sposób oczywisty częstość ich wzrastała wraz z wiekiem, jednak zanotowane różnice dotyczyły także wyraźnie obu płci; kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych (39% mężczyzn i 47% kobiet). Także koncentracja przewlekłych dolegliwości wśród kobiet i mężczyzn prezentowała się odmiennie: średnia liczba deklarowanych schorzeń wśród mężczyzn wynosiła 1,2, podczas gdy wśród kobiet 1,7. Kobiety więc częściej uskarżały się na problemy zdrowotne wynikłe z więcej niż jednej dolegliwości. Na niekorzyść kobiet wypada także porównanie występowania ograniczeń sprawności. Ograniczenia takie (w zakresie codziennej aktywności) pojawiają się u 25,5% kobiet i u 21,8% mężczyzn.

Według ostatniego spisu powszechnego współczynnik niepełnosprawności wynosił 13,9 dla mężczyzn i 14,7 dla kobiet. Kobiety też częściej uskarżają się na występowanie negatywnych objawów z zakresu zdrowia psychicznego i stałego zmęczenia [7]. Badania GUS pozwalają również wskazać na znaczne różnice między zachorowalnością kobiet i mężczyzn na poszczególne jednostki chorobowe czy raportowane dolegliwości. Wskazują one nie tylko na wyższą zachorowalność wśród kobiet, lecz także na odmiennosc dominujących obrazów chorób dla obu płci i ich dynamiki, związanej z procesem starzenia się (**Tabela I**).

Z danymi na temat aktualnie doświadczanych chorób i dolegliwości korespondują ogólne oceny własnego zdrowia. Jako dobre i bardzo dobre ocenia je 69,1% mężczyzn i 62,7% kobiet, a z kolei jako złe i bardzo złe – 9,2% mężczyzn i 12,2% kobiet.

Relatywnie większemu pogorszeniu zdrowia i sprawności wraz z wiekiem odpowiadają wskaźniki przeciętnej trwania życia i oczekiwanej długości życia w dobrym zdrowiu dla kobiet i mężczyzn w wieku 50 lat. O ile oczekiwana długość życia dla kobiet tego wieku wynosi 32,3 roku, to tylko 16,8 spośród tych lat będą spędzone przez nie w dobrym zdrowiu. Odpowiednie wielkości dla mężczyzn wynoszą 25,6 i 14,6. Tak więc wprawdzie kobiety żyją dłużej, ale połowa tej „nadwyżki” upłynie im z towarzyszeniem chorób i ograniczeń sprawności [8].

Dłuższe życie kobiet nie uprawnia więc do przekonania o ich lepszym zdrowiu, choć ich większa chorobowość w kontekście przeciętnie dłuższego trwania życia nie zawsze jest łatwa do wyjaśnienia. Problem ten od wielu lat intryguje badaczy, szczególnie w krajach zachodnich, jednak brak tu konkludujących rozstrzygnięć. Istnieje jednak zgoda co do tego, że mamy do czynienia ze złożonym zjawiskiem, determinowanym zarówno czynnikami biologicznymi, jak i społecznymi, nawet jeżeli proporcje ich wpływu budzą kontrowersje. W przypadku tych ostatnich odmiennosci stanu zdrowia obu płci próbuje się wyjaśnić poprzez odwołanie się do

Choroba, dolegliwość	Ogółem		50–59 lat		80 lat i więcej ²	
	M	K	M	K	M	K
Astma	3,4	3,9	3,4	4,9	12,8	7,4
Choroba wieńcowa	7,9	11,2	10,3	10,2	36,5	48,3
Wysokie ciśnienie krwi	18	23,1	30,1	32,4	39,7	61,8
Reumatoidalne zapalenie stawów	5	10,8	7,1	14	16,6	30,9
Zapalenie stawów i kości	7,5	14,8	12,6	20,5	30,5	46,8
Cukrzyca	4,5	6	7,5	5,4	9,4	18,8
Alergia	6,9	9,9	4,9	10,9	6,3	6,5
Choroby tarczycy	1	7,9	1,2	10,8	1,8	8,2
Silne bóle głowy	5,4	8,5	7,4	11,3	6,8	10,3
Przewlekła depresja	1,8	3,1	2,6	5	2,4	3,6
Trwały uraz (wypadki)	3,6	1,5	4,5	1,6	5,6	3,9

Tabela I. Chorujący obecnie na wybrane choroby i dolegliwości przewlekłe, ogółem, w wieku 50–59 lat oraz 80 lat i więcej (% deklarowanych dolegliwości w poszczególnych kategoriach płci i wieku).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku, GUS, Warszawa 2011 [7].

zróznicowanych ról społecznych, wzorów zachowań i odmienności stylu życia, w konsekwencji prowadzących do różniącego się ryzyka dla zdrowia i różniących się orientacji pro- lub antyzdrowotnych. Podkreśla się, że istniejące różnice biologiczne między mężczyznami a kobietami są wzmacniane w procesie ich różnych doświadczeń życiowych, tak aby zgodnie z dominującym w naszej kulturze stereotypem męskości i kobiecości, a także zróznicowanym statusem społecznym obu płci, kształtować odmienne cechy, a wśród nich te, które są nieobojętne dla zdrowia [9].

Badania nad biologicznymi i społecznymi determinantami zdrowia nie są wyłącznie powodowane docieklivością badaczy; są one istotne przede wszystkim dla polityki zdrowotnej czy polityki społecznej w ogóle. Z punktu widzenia społecznej dystrybucji dóbr czy sprawiedliwości społecznej inna jest ocena różnic w stanie zdrowia wynikłych z naturalnych, biologicznych procesów, a inna różnic w zdrowiu związanych ze społecznym usytuowaniem jednostek. Znoszenie czy redukcja tych ostatnich może i powinno być celem i przedmiotem interwencji społecznych. Nie jest więc tu zasadny spór o to, czy stan zdrowia – mężczyzn czy kobiet – jest gorszy, ale raczej chodzi o poznanie tych różnic, mechanizmów ich powstawania, a szczególnie odmienności czynników ryzyka, na które w ciągu swego życia narażone są kobiety i mężczyźni, tak aby mogły służyć wypracowywaniu skuteczniejszych strategii oddziaływań prozdrowotnych.

2. Społeczna sytuacja kobiet – uwarunkowania zdrowia

Analiza zagrożeń zdrowia kobiet byłaby niepełna bez ogólnej charakterystyki ich zdrowia, a także osadzenia przedstawianych danych w choćby krótkiej społeczno-demograficznej charakterystyce kobiet polskich. Wiadomo bowiem, że wiek, warunki życia, pracy, posiadane wykształcenie, umiejętności, a także realizowane style życia i wzory zachowań mają niekwestionowany wpływ na zdrowie, a zatem są także współodpowiedzialne za jego niedobory. Dane społeczno-demograficzne stanowią tym samym kontekst dla rozważań na temat zdrowia kobiet i jego zagrożeń. W celu oceny skali przedstawianych zjawisk niektóre z nich odnoszone będą do analogicznych danych dla mężczyzn.

2.1. Charakterystyka demograficzna

W roku 2011 liczba kobiet w Polsce wynosiła 19 mln 868 tys. i przewyższała liczbę mężczyzn o 1 mln 424 tys. Na każdych 100 mężczyzn przypadało więc 107 kobiet. Różnice w liczebności obu płci zaznaczają się wyraźniej w starszych grupach wieku. W grupie wieku 45–64 lata na 100 mężczyzn przypada jeszcze 106,8 kobiet, w grupie wieku 65–84 na 100 mężczyzn przypada już 154,3 kobiet, natomiast powyżej 85. roku życia jest ich 284,5 [10]. Dane te pokazują wyraźnie, że starzenie się polskiego społeczeństwa dokonuje się przede wszystkim za sprawą proporcjonalnie większego przyrostu starszych kobiet. Przeciętnie dłuższe życie kobiet znajduje

też swoje odzwierciedlenie w strukturze stanu cywilnego Polaków. O ile zbliżone są do siebie liczby mężczyzn i kobiet pozostających w związkach małżeńskich/partnerskich (mężczyźni 9 mln 304 tys., kobiety 9 mln 317 tys.), to wdów jest ponadpięciokrotnie więcej niż wdowców (2 mln 606 tys. do 469 tys.) [11]. Dłuższe życie kobiet to na ogół dodane lata do życia we wdowieństwie, często w samotności i opuszczeniu przez innych.

2.2. Ogólne oceny zdrowia kobiet

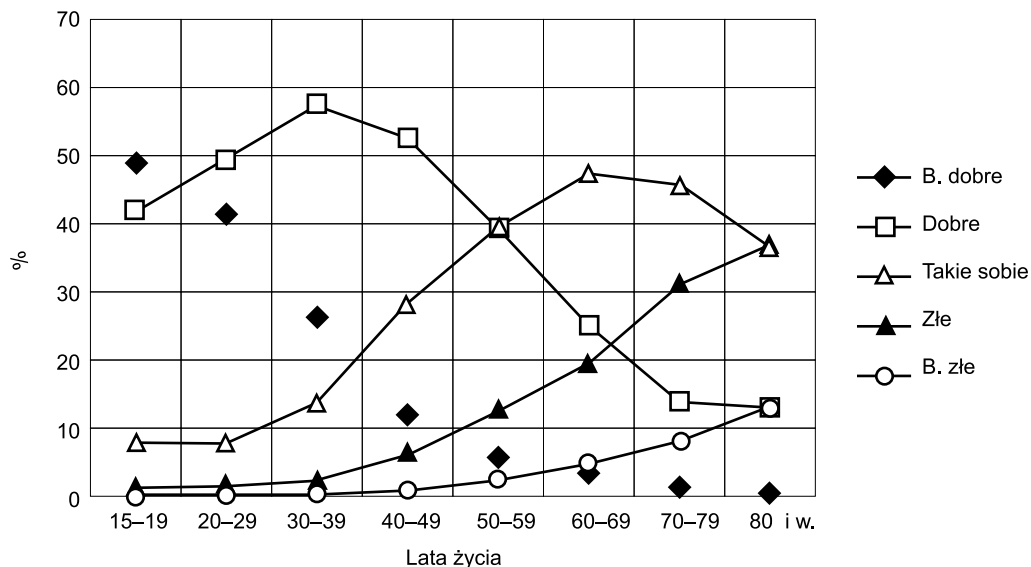
W sposób oczywisty oceny zdrowia kobiet kształtują się odwrotnie proporcjonalnie do wieku (**Wykres 1**). W grupie wiekowej 50–59 lat kobiety dobrze oceniające swój stan zdrowia stanowią już mniejszość.

Wraz ze wzrostem wieku pogorszeniu ulega też samopoczucie psychiczne kobiet – nasila się uczucie stałego zmęczenia i przygnębienia. Pogarszające się wskaźniki zdrowia psychicznego są widoczne w nasilaniu się takich objawów, jak lęki, zamartwianie się, obniżenie nastroju i aktywności, rozdrażnienie. Niekorzystne oceny stanu zdrowia psychicznego narastają wcześniej niż oceny zdrowia somatycznego i pojawiają się stosunkowo najczęściej w grupie wieku 45–54 lata [12]. Sytuację tę wiąże się często ze zmianami związanymi z menopauzą i doświadczaniem objawów wypadowych. W starszych grupach wieku częściej pojawiają się skargi na bezsenność; po 70. roku życia doświadcza jej już niemal połowa. Niezależnie od wysokiej korelacji ocen stanu zdrowia somatycznego i psychicznego na pogorszenie samopoczucia kobiet w wieku 50+ wpływa niewątpliwie także konfrontacja z psychologicznymi i społecznymi aspektami starzenia się: malejącą atrakcyjnością i przydatnością w wielu sferach życia społecznego, odczuwaną szczególnie wyraziście w kulturze młodości i sprawności, charakterystycznej dla naszego społeczeństwa. Samopoczuciu temu nie sprzyja też niski status społeczno-ekonomiczny starszych kobiet oraz niewielka wartość doświadczenia życiowego w konfrontacji z wymogami nowoczesności [13].

2.3. Status społeczny – wykształcenie, dochód

Związek wykształcenia i dochodu ze stanem zdrowia populacji jest dobrze udowodniony w wielu badaniach [14, 15]. Wykształcenie jest rodzajem kapitału, który reprezentuje lepszą wiedzę medyczną i świadomość zdrowotną – znajomość czynników ryzyka chorób, sposobów zapobiegania im, wzorów dbania o zdrowie. Pewien poziom zamożności natomiast gwarantuje lepsze wykorzystanie tej wiedzy w życiu. Na wykształcenie i zarobki obu płci warto więc patrzeć nie tylko z punktu widzenia położenia społecznego, ale też społecznych determinant zdrowia.

Struktura wykształcenia kobiet w Polsce przedstawia się korzystniej niż struktura wykształcenia mężczyzn. Jest to szczególnie widoczne w proporcjach mężczyzn i kobiet z wykształceniem wyższym (kobiety – 58,7%, mężczyźni – 41,3%). Pomimo że kobiety są przeciętnie lepiej wykształcone, ich aktywność ekonomiczna jest



Wykres 1. Oceny stanu zdrowia kobiet (w kolejnych dekadach wieku, w %).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku, GUS, Warszawa 2011 [7].

Poziom wykształcenia	Wynagrodzenie mężczyzn	Wynagrodzenie kobiet
Wyższe ze stopniem doktora oraz tytułem magistra, lekarza lub równorzędnym	6062,9	4955,8
Wyższe z tytułem inżyniera, licencjata, dypl. ekonomisty lub równorzędne	5152,8	3530,5
Policealne	3403,5	2971,5
Średnie zawodowe	3398,7	2741,4
Średnie ogólnokształcące	3166,3	2636,1
Zasadnicze zawodowe	2842,1	1968,8
Gimnazjalne	2174,7	1886,3
Podstawowe i niepełne podstawowe	2717,6	1963,8

Tabela II. Przeciętne wynagrodzenie (w zł brutto) mężczyzn i kobiet według poziomu wykształcenia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Kapitał ludzki w Polsce w 2010 roku, GUS, Warszawa 2013 [18].

niższa, a także niższe są ich wynagrodzenia za pracę. W roku 2011 wskaźnik aktywności zawodowej mężczyzn wynosił 61,2, a kobiet 46,1; wskaźnik zatrudnienia – odpowiednio 53,5 i 39,9. Stopa bezrobocia wynosiła wśród mężczyzn 12,5, a wśród kobiet 13,5. Niższe zatrudnienie kobiet jest przede wszystkim rezultatem konieczności sprawowania opieki nad dziećmi (szczególnie małymi) i osobami niepełnosprawnymi, ale wiąże się także z większymi trudnościami na rynku pracy dla kobiet. Nawet te z nich, które mają relatywnie wyższe wykształcenie, często zdobyły je w dziedzinach (np. pedagogika, humanistyka, nauki społeczne), które nie są szczególnie poszukiwane na rynku pracy [16]. Nie bez znaczenia są tu także stereotypy dotyczące niższej efektywności pracy kobiet ze względu na obowiązki rodzicielskie i rodzinne [17].

Przeciętne wynagrodzenie kobiet we wszystkich porównywalnych grupach wykształcenia jest niższe niż mężczyzn, przy czym największe różnice występują w kategorii osób z wykształceniem wyższym z tytułem inżyniera, licencjata, dyplomowanego ekonomisty lub

równorzędnym, w której wynagrodzenie kobiet wynosi około 2/3 wynagrodzenia mężczyzn (68,5%). Najmniejsze różnice występują natomiast wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym i policealnym. W roku 2010 wynagrodzenia mężczyzn i kobiet kształtowały się tak jak podano w Tabeli II [18].

2.4. Psychospołeczne zasoby dla zdrowia

Pomimo gorszych wskaźników zdrowia i samopoczucia, a także mniej korzystnego układu pozycji społecznych, kobiety dysponują w większym stopniu niż mężczyźni wsparciem społecznym, traktowanym jako istotny zasób w zmaganiu się z wszelkiego rodzaju przeciwnościami życiowymi i w konsekwencji wpływającym pozytywnie na zdrowie oraz długość życia. Chodzi tu przede wszystkim o możliwość uzyskiwania od swojego otoczenia (rodziny, przyjaciół) pomocy, oparcia emocjonalnego lub choćby rozmowy na problematyczne tematy [19]. Kobiety dysponują też na ogół lepszą wiedzą medyczną i świadomością zdrowotną, lepiej znają swoje cia-

ło i szybciej dostrzegają nietypowe objawy, mogące być zwiastunem choroby, a także częściej odwiedzają lekarzy.

Innym istotnym zasobem kobiet w stosunku do mężczyzn jest bardziej rygorystyczne przestrzeganie zasad prozdrowotnego stylu życia [20]. Bilans zachowań prozdrowotnych mężczyzn i kobiet pokazuje, że wzory zachowań sprzyjających zdrowiu układają się odmiennie dla obu płci. Najogólniej rzecz biorąc, mężczyźni są bardziej aktywni fizycznie, ale kobiety zdrowiej się odżywiają, a także rzadziej wdają się w praktyki ryzykowne dla zdrowia. Dominacja tych zasobów u kobiet, niezależnie od istniejących różnic biologicznych między mężczyznami a kobietami (np. uwarunkowań hormonalnych), jest przez wielu badaczy traktowana jako istotny „czynnik sprawczy” przeciętnie dłuższego życia kobiet (**Tabela III**).

Na praktyki pro- i antyzdrowotne należy jednak patrzeć w aspekcie dynamicznym. Procesy przemian społecznych i ekonomicznych, rzutujące na style życia, zwłaszcza w młodszych grupach wieku, prowadzą bowiem do zacierania się niektórych różnic w zachowaniach mężczyzn i kobiet (np. palenie papierosów, aktywność zawodowa nastawiona wyłącznie na sukces). Może to skutkować w przyszłości obniżeniem zasobów prozdrowotnych kobiet i zmianami ich chorobowości, a także zrównywaniem się ich długości życia z długością życia mężczyzn [21].

3. Choroby przewlekłe – zagrożenie życia i jego jakości wśród kobiet

Przedstawione uprzednio dane zestawiające występowanie chorób i dolegliwości wśród obu płci, pochodzące z autodeklaracji, zorientowane były raczej na lokalizację określonych dolegliwości niż diagnozy medyczne. Wynika to ze specyfiki badań ankietowych stanu zdrowia, zakładających, że właściwa diagnoza wyrażona w języku medycznym nie musi być znana respondentom, a także nie musi korespondować z ich własnymi interpretacjami objawów. W ocenach stanu zdrowia populacji mogą więc zachodzić pewne niezgodności między ocenami laików i profesjonalistów medycznych. Dają one jednak orientację na temat zdrowia subiektywnego, które

w znacznym stopniu reguluje zgłaszalność po opiekę medyczną, a jednocześnie jest sygnałem informującym o aktualnie doświadczanych problemach zdrowotnych populacji. Statystyki medyczne, opierające się na konkretnych rozpoznaniach, uwzględniają najczęściej przyczyny umieralności lub chorobowość hospitalizowaną (rzadziej zachorowalność), a więc odnoszą się na ogół do tych etapów chorób i dolegliwości, gdy są one już zaawansowane. Także te statystyki, podobnie jak relacje subiektywne, wskazują na istnienie odmienności wśród mężczyzn i kobiet, także w kwestii ich dynamiki.

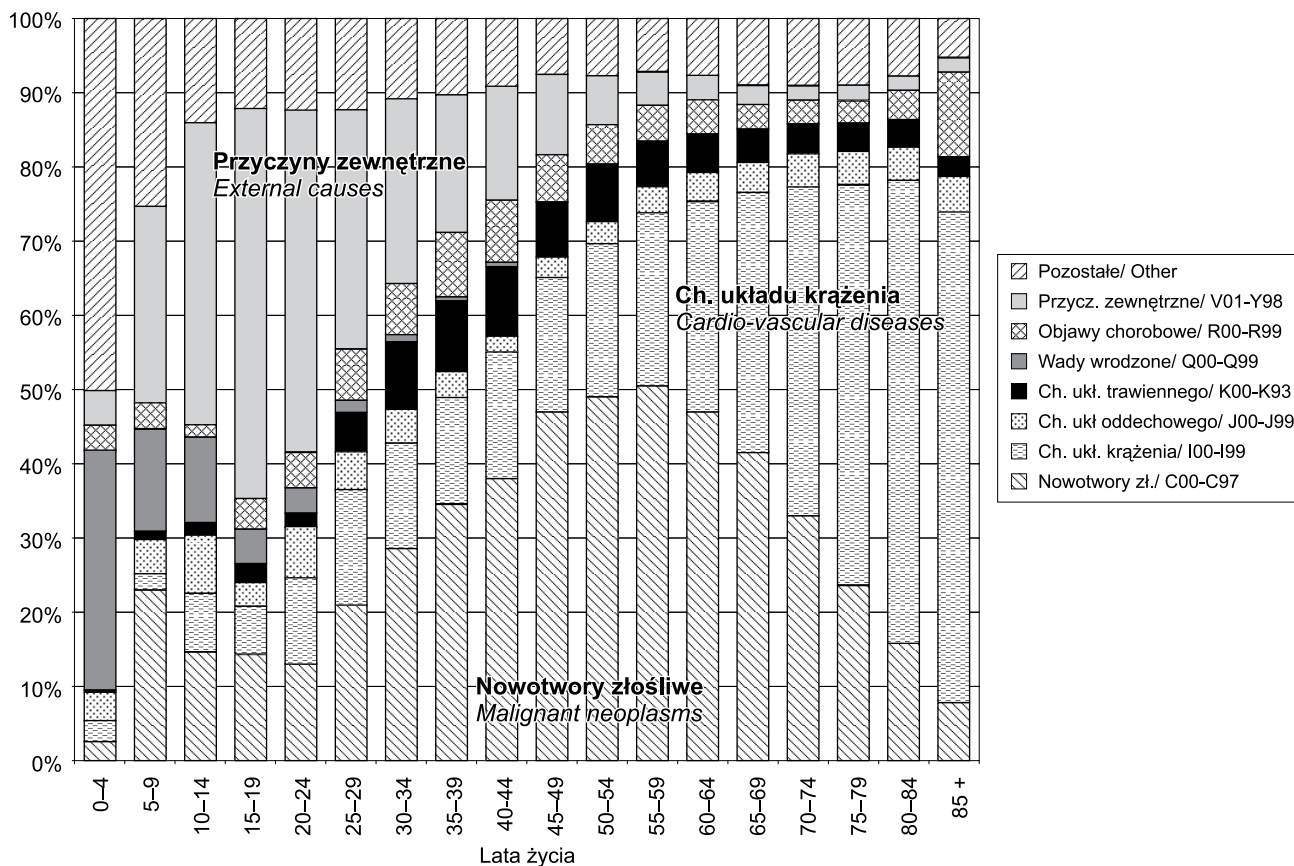
Występowanie poszczególnych chorób, największe ryzyko zachorowań i zgonów z różnych przyczyn są w wyraźny sposób połączone z wiekiem. Obserwując udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet według poszczególnych dekad wieku, można zidentyfikować trzy „fale zagrożenia” [22]. Wśród kobiet młodych, do 29. roku życia, dominującą przyczyną zgonów są tzw. czynniki zewnętrzne (wypadki, urazy, przemoc itp.). Począwszy od 30. roku życia najważniejszą przyczyną zgonów zaczynają być choroby nowotworowe, osiągając najwyższe wartości w grupie wieku 55–59 lat. Kolejną falę zagrożenia stanowią choroby układu krążenia, rosnące systematycznie od 60. roku życia, będące dominującą przyczyną zgonów wśród kobiet najstarszych, po 80. roku życia (**Wykres 2**).

Analizę przyczyn zgonów kobiet ilustruje znany fakt, że od lat największym zagrożeniem życia Polaków są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. Choroby te skupiają też na sobie najwięcej uwagi zarówno społeczeństwa, jak i środowisk medycznych. Nieco mniej uwagi poświęca się na ogół chorobom niestanowiącym bezpośredniej przyczyny zgonu, ale upośledzającym funkcjonowanie i obniżającym w sposób zasadniczy jakość życia. Są to choroby układu kostno-stawowego, depresje, choroby otępienne czy na ogół niedoceniane ze względu na uciążliwość zakażenia układu moczowo-płciowego. Dotykają też one znacznie częściej kobiet niż mężczyzn (co potwierdzają też samooceny stanu zdrowia – Tabela I). Warto więc zaprezentować tu – obok największych zagrożeń dla życia – mniej znane szkodliwości dla zdrowia, które nie zawsze są znane i oczywiste.

Częstsze praktyki korzystne dla zdrowia wśród mężczyzn	Aktywność fizyczna Czas wolny na odpoczynek, hobby Długość snu nocnego
Częstsze praktyki korzystne dla zdrowia wśród kobiet	Spożywanie owoców, surówek Realizacja badań kontrolnych (także u lekarzy dentyków) Utrzymywanie prawidłowej masy ciała (BMI)
Częstsze praktyki ryzykowne dla zdrowia wśród mężczyzn	Palenie tytoniu Picie alkoholu Spożywanie czerwonego mięsa i tłuszczów zwierzęcych
Częstsze praktyki ryzykowne dla zdrowia wśród kobiet	Brak
Praktyki zdrowotne nieróżnicujące statystycznie mężczyzn i kobiet	Codzienna higiena Spożywanie śniadania przed wyjściem z domu

Tabela III. Bilans zachowań prozdrowotnych kobiet i mężczyzn.

Źródło: Zestawienie na podstawie Ostrowska A., *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie*, IPISS, Warszawa 2009 [15].



Wykres 2. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w Polsce w poszczególnych grupach wieku w 2010 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Moskalewicz B., Goryński P., Wojtyński B., Podstawowe zagrożenia dla zdrowia kobiet w świetle statystyk, w: Ostrowska A. (red.), Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013 (przyciągam za [22]).

3.1. Choroby układu krążenia

Wbrew obiegowym stereotypom z powodu chorób układu krążenia umiera w Polsce rocznie około 82 tys. mężczyzn i 91 tys. kobiet (odpowiednio 43 i 55% wszystkich zgonów wśród obu płci). Świadomość zagrożeń dla zdrowia kobiet z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego nie jest jednak dostatecznie powszechna, a ranga problemu doceniana [23]. Istniejące dane wskazują ponadto na różnice w dostępności opieki kardiologicznej dla mężczyzn i kobiet – i nie jest to problem specyficzny dla Polski. Projekt *Euro Heart Survey* wykazał – dla przykładu – że kobiety z niewydolnością serca rzadziej niż mężczyźni były poddawane diagnostyce obrazowej (41 vs 58%), a u pacjentek z chorobą wieńcową rzadziej niż u mężczyzn wykonywano angiografię wieńcową (47 vs 60%). Może to mieć związek zarówno z nietypowymi wczesnymi objawami, jak i powszechnym, wspomnianym wcześniej, przekonaniem o częstszym występowaniu chorób krążenia u mężczyzn.

Innym schorzeniem o dramatycznym przebiegu jest udar mózgu. Częstość jego występowania jest wyższa wśród mężczyzn niż kobiet, jednak wskazuje się na cięższy jego przebieg w przypadku tych ostatnich. Wyższa jest także śmiertelność poudarowa wśród kobiet [23].

Dostępne dane sugerują jednocześnie, że kobiety i mężczyźni w ostrej fazie udaru nie są jednakowo traktowani – te pierwsze np. znacznie rzadziej są kwalifikowane do leczenia rt-Pa (jednogodzinny wlew dożylny leku rozpuszczającego skrzepliny blokujące przepływ w tętnicach domózgowych), choć wyniki wskazują na większą skuteczność tego zabiegu u kobiet i lepszą poprawę ich stanu neurologicznego [24].

3.2. Choroby nowotworowe

Nowotwory złośliwe są drugą z kolei przyczyną zgonów w Polsce, a nowotwory wśród kobiet stanowią około połowy ich liczby. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że począwszy od 2010 roku liczba notowanych zachorowań wśród kobiet przekracza liczbę zachorowań wśród mężczyzn, co wskazuje na rosnącą rangę problemu [25]. Nowotwory złośliwe są aktualnie najczęstszą przyczyną zgonów kobiet przed 65. rokiem życia. Najczęstszymi nowotworami złośliwymi występującymi wśród kobiet są rak piersi, rak jelita grubego i rak płuca. Ten ostatni – wbrew potocznym opiniom kojarzącym występowanie raka płuc wśród mężczyzn – jest rozpoznawany rocznie u ponad 6000 kobiet, a liczba zgonów kobiet z powodu tego nowotworu jest niemal identyczna z liczbą

bą rozpoznać [25]. Choroby nowotworowe specyficzne dla populacji kobiet to rak piersi oraz rak szyjki, trzonu macicy i jajnika. Rak piersi jest rozpoznawany u około 16 tys. kobiet rocznie, jednak w tym przypadku liczba zgonów jest niemal trzykrotnie niższa; uwidaczniają się w tej statystyce rezultaty działań prowadzonych w zakresie profilaktyki (wczesnego wykrywania) i działań edukacyjnych, w wyniku których kobiety częściej dokonują samobadania. Znaczną rolę pełnią tu organizacje typu „Amazonki”. Notowane jest także obniżenie zachorowalności na raka szyjki macicy, jednak nie towarzyszy mu równie wyraźny spadek zgonów, co – pomimo podejmowanych działań (skrining cytologiczny) – świadczy o braku efektywności profilaktyki w tym względzie. Najwyższe ryzyko zgonu z powodu raka szyjki macicy dotyczy u nas kobiet w wieku 45–65 lat, a więc znajdujących się w pełni aktywności społecznej. Kwestia ta oprócz wymiaru zdrowotnego ma także wymiar etyczny. Medycyna zna bowiem sposoby zarówno skutecznego zapobiegania chorobie, jak i całkowitego wyleczenia wczesnie wykrytych zmian, a więc żadna kobieta nie powinna z tego powodu umierać. Wzrastają jednocześnie liczby zachorowań i zgonów na raka trzonu macicy i jajnika; tu jednak możliwości zapobiegania (badania skriningowe) nie są określone [25].

3.3. Choroby układu kostno-stawowego

Wśród nieurazowych chorób układu ruchu dominują zapalenia stawów i innych tkanek układu ruchu. Występują one częściej u kobiet niż mężczyzn. Wśród nich trzykrotnie częściej występuje reumatoidalne zapalenie stawów – choroba prowadząca do destrukcji stawów i wielonarządowych zmian pozastawowych, stając się w konsekwencji przyczyną niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci kobiet. Przyczyny choroby nie są rozpoznane – co uniemożliwia profilaktykę; szansą dla chorych jest wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia. Szczyt zapadalności przypada na 4. i 5. dekadę życia. Po 5 latach trwania choroby ponad 70% procent chorych jest niepełnosprawnych, z czego 80% stanowią kobiety [26]. Choroba ma więc ogromny wpływ na obniżenie jakości życia i funkcjonowania społecznego kobiet. Są one widoczne także w wymiarze makrospołecznym, stanowiąc stale wzrastające koszty ubezpieczeń społecznych wskutek absencji chorobowej i świadczeń rentowych. Wśród starszych kobiet najczęstszą chorobą stawów jest choroba zwyrodnieniowa. Częstość jej występowania wzrasta w miarę starzenia się populacji. Wśród osób po 65. roku życia prawie połowa z nich ma zmiany zwyrodnieniowe stawów. Poważnym czynnikiem ryzyka jest otyłość, a wśród kobiet otyłych choroba przebiega bardziej dotkliwie. Zmora starszych kobiet jest także osteoporoza, sprowadzająca się do osłabienia wytrzymałości i podatnością na złamanie kości. Złamania osteoporotyczne są przyczyną stale odczuwanych dolegliwości bólowych i poważnej, ograniczającej niepełnosprawności. Często uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie kobiet, wymagających stałej opieki, a także przyczyniają się do wcześniejszych zgonów.

3.4. Depresja

Depresja i jej skutki stają się coraz wyraźniejszym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej na całym świecie. Szacuje się, że do 2020 roku będzie najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym. Występuje ona dwukrotnie częściej wśród kobiet niż mężczyzn. W grupie wieku 15–44 lata jest najczęstszą przyczyną zachorowań wśród kobiet w krajach rozwiniętych. Częstość występowania depresji nasila się w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym; w tym okresie wskaźnik zaburzeń afektywnych kobiet w stosunku do mężczyzn zwiększa się z 2 : 1 do 3–4 : 1 [27]. Grupą nasilonego ryzyka są osoby starsze, a szczególnie w wieku podeszłym.

Zburzenia depresyjne mają ciężki przebieg, do czego przyczynia się ich przewlekły charakter i nawrotowość. Same objawy depresji stwarzają nie tylko poważne obciążenie dla chorujących, ale wzmaga je wzrost zapadalności na inne choroby, a także obserwowany wśród chorujących wzrost śmiertelności. Wysoka współchorobowość depresji i chorób somatycznych stanowi więc rosnący problem zdrowotny. Jest on potęgowany przez fakt, że na skutek negatywnego stereotypu osób korzystających z pomocy psychiatrycznej wielu pacjentów unika konsultacji lekarskich i dalszego leczenia. Potwierdzają to wyniki badań europejskich, wskazujące na niskie wskaźniki zdiagnozowanej depresji w Polsce, pomimo częstych skarg na problemy depresyjne ujawniane w badaniach populacyjnych, a także mniejszy wskaźnik przyjmowania leków antydepresyjnych, niż ma to miejsce w innych krajach [28]. Wydaje się, że alternatywą staje się tu spożywanie alkoholu jako środka poprawiającego nastrój. Odsetki uzależnionych kobiet mają u nas charakter rosnący.

3.5. Choroba Alzheimera

Wraz ze starzeniem się populacji zwiększa się częstość występowania chorób specyficznych dla osób starszych. Wśród chorób ośrodkowego układu nerwowego postępują choroby o charakterze otępiennym, charakteryzujące się zaburzeniami poznawczymi – pamięci, orientacji, myślenia i rozumienia. Wśród nich najczęstszą przyczyną procesów otępiennych w starszym wieku jest choroba Alzheimera. Nie ma w Polsce danych, które pozwoliłyby określić liczbę chorych, wiadomo jednak, że tak u nas, jak i w innych krajach liczba chorych po 60. roku życia podwaja się co 5 lat. Ze względu na przeciętne dłuższe trwanie życia choroba ta jest przede wszystkim udziałem kobiet [29].

Charakter objawów, prowadzący do totalnego zagubienia w świecie, zmiany osobowości i niemożność podtrzymywania znaczących relacji z innymi sprawiają, że choroba ta stanowi ogromne obciążenie nie tylko dla chorego (zaburzenia snu, lęki i zagubienie), ale i dla bliskich osób. W miarę progresji choroby, gdy pojawiają się zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne, chorzy w coraz większym stopniu stają się całkowicie zależni od otoczenia i dotyczy to wszystkich czynności codziennych. Ze względu na to, że nie ma na rynku dostępnego

leku zapobiegającego, wstrzymującego lub spowalniającego przebieg choroby (dostępne leki działają wyłącznie objawowo), główna forma wspomaganie chorych to wyłącznie działania opiekuńcze [29]. Podobnie jak w przypadku innych chorób przewlekłych, silnie angażujących opiekuna, chorymi na Alzheimera opiekują się przede wszystkim osoby młodszej generacji (córki i synowie). Choroba więc upośledza kobiety i ich funkcjonowanie nie tylko bezpośrednio, ale i pośrednio.

3.6. Zakażenia układu moczowo-płciowego

Powaga problemów zdrowotnych niesionych przez zakażenia układu moczowo-płciowego może się wydawać niewspółmierna w porównaniu z uprzednio przedstawionymi tu chorobami i ich skutkami. Uporczywość dolegliwości i kłopotliwość zmian towarzyszących zakażeniom sprawiają jednak, że stanowią one poważne źródło dyskomfortu, przede wszystkim dla kobiet, jako że zapadają one na nie około 50 razy częściej niż mężczyźni [30]. Typowe objawy: ból i pieczenie przy oddawaniu moczu, parcie i konieczność jego częstego i natychmiastowego oddawania, pobołowanie w dole brzucha, a u starszych kobiet objawy nietrzymania moczu, są zarówno dokuczliwe dla kobiet, jak i często traktowane jako społecznie upośledzające i wstydlive. Szczególnie nietrzymanie moczu powoduje negatywną reakcję otoczenia i zażenowanie samej chorej. Także zakażenia dróg rodnych są powszechnym problemem dzisiejszej ginekologii. Stany zapalne narządów rodnych, a szczególnie pochwy, są jednym z najczęstszych powodów zgłaszania się do ginekologa, a według prognoz epidemiologicznych częstość tych schorzeń ma

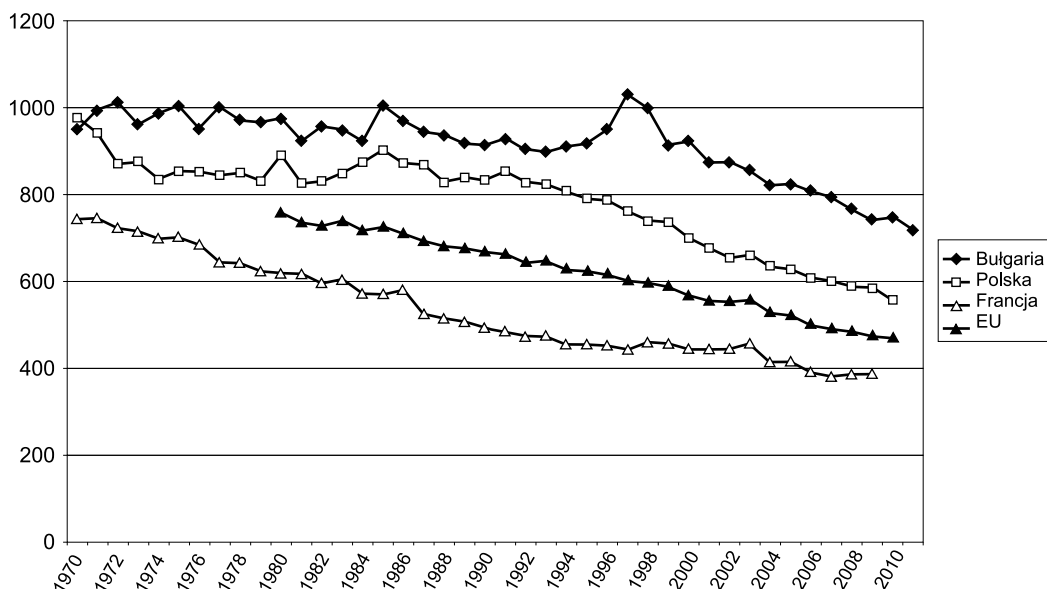
tendencję wzrastającą [30]. Czasami infekcjom dróg rodnych nie towarzyszą wyraźniejsze objawy, a jak wynika z badań [31], kobiety w Polsce ogólnie unikają wizyt u ginekologa, gdy nic im nie dokucza. Nieleczzone zakażenia mogą prowadzić do poważnych powikłań, a nawet bezpłodności.

3.7. Stan zdrowia Polek na tle Europejsek

Pod względem umieralności kobiet Polska zajmuje 21. miejsce wśród krajów członkowskich Unii Europejskiej. Pomimo że wskaźniki umieralności mają od 1991 roku tendencję spadkową, ciągle jeszcze mamy w tym względzie znaczące zapóźnienie w stosunku do przeciętnej europejskiej. Najlepsze wyniki osiąga Francja, wobec której mamy trzydziestoletnie zapóźnienie, już w 1980 roku bowiem wskaźnik umieralności kobiet wynosił tam 600/100 000, podczas gdy w Polsce osiągnął tę wartość w roku 2010 [22]. Aktualnie wśród krajów UE najwyższe wskaźniki umieralności kobiet notuje się w Bułgarii (zob. Wykres 3).

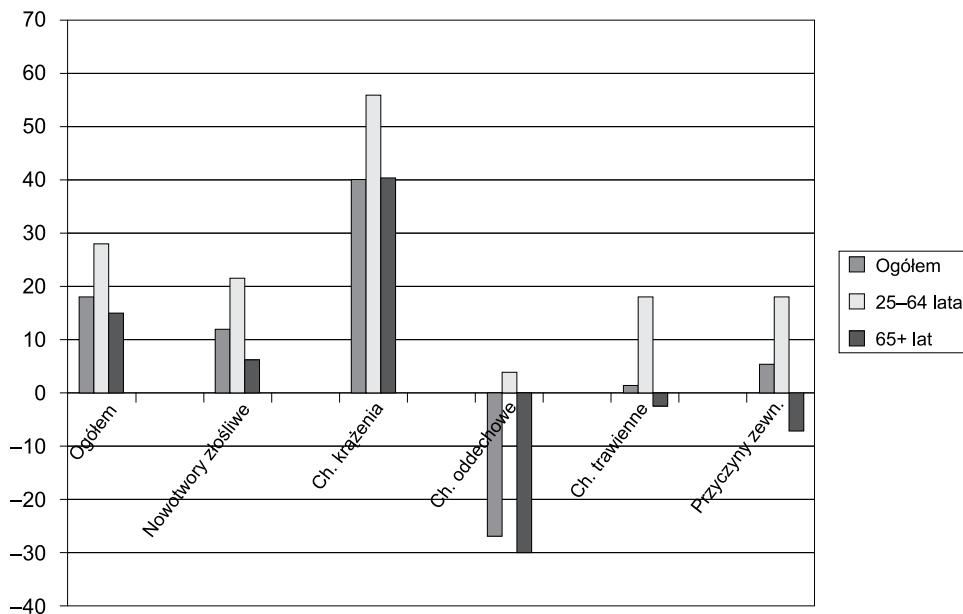
Analizując przyczyny, z powodu których sytuacja Polski – mimo poprawy – ciągle przedstawia się niekorzystnie na tle Europy, zauważmy, że dzieje się tak przede wszystkim za sprawą wyraźnej nadwyżki umieralności kobiet z powodu chorób układu krążenia. Zjawisko to jest szczególnie widoczne wśród kobiet w wieku 25–64 lata, a więc w okresie, w którym choroby układu krążenia nie są jeszcze dominującą przyczyną zgonów kobiet (zob. Wykres 4).

W kontekście powyższych danych warto też dodać, że na tle populacji kobiet Europy Polska zajmuje wysokie miejsce pod względem częstości występowania nad-



Wykres 3. Standaryzowane wskaźniki umieralności kobiet w Polsce i w Europie z powodu ogółu przyczyn.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Moskalewicz B., Goryński P., Wojtyniak B., Podstawowe zagrożenia dla zdrowia kobiet w świetle statystyk, w: Ostrowska A. (red.), Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013 [22].



Wykres 4. Nadwyżka (w %) umieralności kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu w krajach UE, w populacji ogółem, według głównych grup przyczyn zgonów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Moskalewicz B., Goryński P., Wojtyniak B., Podstawowe zagrożenia dla zdrowia kobiet w świetle statystyk, w: Ostrowska A. (red.), Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013 [22].

ciśnienia tętniczego. Choruje na nie 27,5% kobiet. Dla porównania, odsetek ten we Francji (najniższy wskaźnik) wynosi 15%. Mamy więc u nas do czynienia z wysokim ryzykiem zachorowań na chorobę wieńcową, udar mózgu, niewydolność serca i miażdżycę tętnic obwodowych [22].

Stosunkowo korzystnie (choć daleko od sytuacji w wiodących krajach europejskich) przedstawiają się wskaźniki umieralności kobiet powiązane z takimi czynnikami ryzyka, jak konsumpcja alkoholu i palenie papierosów. Ryzyko zgonów kształtuje się tu na poziomie zbliżonym do przeciętnej wartości w Europie. Na przeciętnym poziomie europejskim lokuje się też odsetek kobiet z otyłością (BMI > 30) [28]. Fakt, że w wielu krajach odsetki te przedstawiają się jednak korzystniej, pokazuje potrzebę zwiększonej działalności edukacyjnej kierowanej do kobiet i intensyfikacji roli lekarza pierwszego kontaktu, on bowiem ma największe możliwości bezpośredniego, a zatem skutecznego kształtowania zachowań związanych ze zdrowiem. Dotyczy to zwłaszcza kobiet z niższych warstw społecznych (a szczególnie mniej wykształconych), zamieszkałych w małych miejscowościach, do których przekazy masowej edukacji zdrowotnej (plakaty, ulotki) docierają w ograniczonym stopniu i w mniejszym zakresie są też przez nie absorbowane [31].

*

Przedstawione informacje zawierają wskazania wielu istotnych kierunków, na jakich powinno się koncentrować zarówno leczenie, jak i – przede wszystkim – profilaktyka chorób najczęściej występujących wśród kobiet. Wskazują też na zasadność analizowania proble-

mów związanych ze zdrowiem i chorobą z uwzględnieniem różnic płciowych i odrębnie dla obu płci. Wiedza na temat zdrowia kobiet i mechanizmów jego kształtowania jest ciągle jeszcze ograniczona, a ich problemy zdrowotne niedoszacowane. Dotyczy to zwłaszcza kobiet w starszym wieku. Wiele danych wskazuje, że przełomową dekadą, w której gwałtownie pogarszają się parametry zdrowotne kobiet, jest przedział 50–59 lat. Wiek ten, jako stanowiący istotny etap kształtowania dalszych przeciętnie dwudziestu kilku lat życia kobiet, choćby z tego tytułu zasługuje na szczególne zainteresowanie polityki zdrowotnej. Aktywna profilaktyka powinna go wyprzedzać. Działania te są szczególnie ważne z perspektywy starzenia się naszego społeczeństwa i oczekiwanego przedłużania aktywności zawodowej starszych osób.

Postulaty te mają też ogólniejszy wymiar. Przemiany struktury demograficznej społeczeństwa wymagają modyfikacji dotychczasowego sposobu myślenia o starości i bardziej aktywnego przygotowania do niej, zarówno ze strony obywateli, jak i polityki zdrowotnej. Z tej drugiej perspektywy niezbędne jest wprowadzenie i realizacja „scenariusza modernizacyjnego” [32], a więc odpowiedniej, długofalowej polityki społecznej wobec starzenia się i starości jako jednego z cykli życia, a nie jego schyłku. Inną ważną kwestią jest śledzenie różnic stanu zdrowia pomiędzy poszczególnymi klasami społecznymi. Dotyczy to w równym stopniu obu płci. W odróżnieniu od krajów zachodnich, gdzie do społecznych nierówności zdrowia przywiązuje się dużą wagę, w Polsce zbiera się niewiele danych o chorobowości relatywizowanych do pozycji społecznej i tym samym umykają one uwadze opinii spo-

łecznej i decydentów. Tymczasem wiadomo, że różnice w oczekiwanej długości życia osób z wykształceniem wyższym i podstawowym są w Polsce znaczące w przypadku obu płci. Nierówności te będą się pogłębiać, jeżeli nie zostaną zainicjowane szeroko zakrojone programy profilaktyczne i lecznicze, nastawione na ich niwelowanie. W innym przypadku poprawa stanu zdrowia w Polsce będzie się dokonywać głównie w klasie wyższej i średniej.

Przypisy

¹ Artykuł jest w znacznej mierze oparty na opracowaniu Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013 [1]. Raport przygotowała Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet przy współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny. Tam też Czytelnik znajdzie wiele informacji bardziej szczegółowych.

² Analizując przedstawione wyniki dla kategorii wieku powyżej 80 lat, należy uwzględnić fakt, że przeciętny wiek jest w tej grupie odmienny dla mężczyzn i kobiet.

Piśmiennictwo

- Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Bejnarowicz J., *Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowania*, *Wyzwania dla .promocji zdrowia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1994; 1–2: 9–36.
- Verbrugge L., *Gender and Health. An Update of Hypotheses and Evidence*, „Journal of Health and and Social Behavior” 1985; 8: 156–182.
- Lahelma E., Martikainen P., Rahkonen O., Silventpinen K., *Gender Differences in ill Health in Finland: Patterns, Magnitude and Change*, „Social Science and Medicine” 1999; 48: 7–19.
- Women and Health. Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*, World Health Organization, Genewa 2000.
- Waldron I., *What do we know about causes of sex differences in mortality?*, „Quarterly Journal of Economics” 2001; 107: 349–362.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, GUS, Warszawa 2011.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
- Ostrowska A., *Nierówności zdrowia z perspektywy gender*, w: Kowalska I., Mokrzycka A., *Namysły nad problemami polityki zdrowotnej*, Difin, Kraków 2013.
- Rocznik Statystyczny*, GUS, Warszawa 2013.
- Rocznik demograficzny 2012*, GUS, Warszawa 2012.
- Wciórka J., *Kondycja zdrowotna*, w: Moskalewicz B., Klejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2012.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu starszego wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- Mackenbach J., *Health Inequalities: Europe in Profiles. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of EU*, European Commission, Brussels 2005.
- Ostrowska A., *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie*, IPiSS, Warszawa 2009.
- Sztanderska U., Grotowska G., *Aktywność ekonomiczna kobiet*, w: Kotowska I.E., Sztanderska U., Wóycicka I. (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce*, Scholar, Warszawa 2007.
- Titkow A. (red.), *Szklany sufit. Bariery i ograniczenia karier kobiet*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2003.
- Kapitał ludzki w Polsce w 2010 roku*, GUS, Warszawa 2013.
- Wojtyniak B., Stokwiszewski J., *Wsparcie społeczne*, w: Moskalewicz B., Klejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2012.
- Ostrowska A., *Health inequalities – gender perspective*, „Przegląd Lekarski” 2012; 2: 61–66.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1999; 16: 68–83.
- Moskalewicz B., Goryński P., Wojtyniak B., *Podstawowe zagrożenia dla zdrowia kobiet w świetle statystyk*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Czarnecka D., *Choroby układu krążenia u kobiet*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Członkowska A., Litwin T., *Choroby układu nerwowego. Odrębności w przebiegu u kobiet*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Krzakowski M., *Najważniejsze nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Filipowicz-Sosnowska A., Majdan M., *Nieurazowe choroby układu ruchu*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Araszkiwicz A., *Depresja u kobiet*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- European Health Interview Survey*, Eurostat, 2008.
- Parnowski T., *Choroba Alzheimera*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Skrzypulec-Plinta V., *Zakażenia układu moczowo-płciowego u kobiet*, w: Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013.
- Ostrowska A., *Profilaktyka dla ubogich. Przypadek profilaktyki raka szyjki macicy*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011; 2: 105–112.
- Kotowska I.E., Sztanderska U., Wóycicka I., *Podsumowanie i rekomendacje*, w: Kotowska I.E., Sztanderska U., Wóycicka I., *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce*, Scholar, Warszawa 2007.