

Dr Katarzyna A. Knopp
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Warszawa

Porównanie zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych

Wprowadzenie

Różnice w funkcjonowaniu psychicznym kobiet i mężczyzn są oczywiste. W potocznej opinii kobietom przypisuje się właściwości związane z dbaniem o dobro innych ludzi (np. większą wrażliwość, empatię, altruizm), mężczyznom zaś cechy instrumentalne lub sprawcze związane ze sprawowaniem kontroli (np. asertywność, opanowanie, autonomię, ale także agresję) (por. Deaux i Kite, 2002). Pomimo swej niedoskonałości te stereotypowe przekonania najczęściej znajdują odniesienie do obiektywnych różnic w zachowaniu oraz działaniach kobiet i mężczyzn w codziennym życiu.

Jedną z właściwości przypisywanych na ogół mężczyznom jest ich siła, przy czym chodzi tu nie tylko o ich przewagę fizyczną nad kobietami, ale również większą odporność psychiczną. Należy dodać, że postrzeganie mężczyzn jako silniejszej płci jest charakterystyczne dla różnych kręgów kulturowych (por. Williams i Best, 1982, za: Deaux i Kite, 2002).

Jeśli weźmiemy pod uwagę funkcjonowanie psychiczne obu płci, wspomniane przekonania nie są pozbawione podstaw. Liczne badania prowadzone w różnych krajach konsekwentnie wykazują, że mężczyźni cieszą się lepszym stanem zdrowia psychicznego niż kobiety (por. Boardman, 1987; D'Arcy, 1982; Goldberg i Bridges, 1987). Rzadziej niż kobiety korzystają oni też z opieki medycznej (Russo, Amaro i Winter, 1987). Należy jednak dodać, że w świetle tych ostatnich danych trudno formułować ostateczne wnioski, ponieważ niejasne jest czy rzadsze wizyty u lekarzy wynikają z obiektywnie lepszego stanu zdrowia, czy też z mniejszej niż u kobiet wrażliwości na symptomy choroby oraz słabszej motywacji do poszukiwania pomocy.

Jednakże na podstawie innych badań można stwierdzić, że istnieją istotne różnice we wzorcach zaburzeń psychicznych, i że kobiety są bardziej narażone na ryzyko niektórych typów zaburzeń. W ramach szeroko zakrojonego programu ECA (*Epidemiological Catchment Area Program*) zgromadzono dane na temat występowania zaburzeń psychicznych w populacjach w wieku od 18 roku życia wzwyż. Według opracowanych raportów, odsetek osób przejawiających zaburzenia depresyjne, fobie, zaburzenia emocjonalne, lęk, schizofrenię i symptomy somatyczne był istotnie wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn (Robins i in., 1984). To, że kobiety są bardziej od

mężczyzn narażone na depresję stwierdzano także w innych badaniach (Hankin i in., 1998; Nolen-Hoeksema, 1987). Na podstawie przeglądu literatury naukowej, można stwierdzić, że kobiety najczęściej cierpią na zaburzenia związane z niepokojem i zachowaniami polegającymi na unikaniu. Wśród nich można wymienić na przykład napady lękowe, zaburzenia nastroju, fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (por. np. Boyd i Weissman, 1981; Russo i Green, 2002). Z kolei u mężczyzn częściej stwierdza się różnego rodzaju uzależnienia, np. od alkoholu lub narkotyków, a także osobowość antyspołeczną (por. np. Robins i in., 1984).

W badaniach stwierdza się także znaczącą przewagę kobiet w grupie osób z zaburzeniami odżywiania. Przyjmuje się, że około 90% osób cierpiących na anoreksję i bulimię to kobiety (Halmi, Falk i Schwartz, 1981). Jeszcze mniej korzystne dla kobiet statystyki przytacza Travis (1988), który twierdzi, że proporcja kobiet i mężczyzn wśród osób chorych na anoreksję wynosi 15:1. Na zaburzenia odżywiania najczęściej zapadają osoby w wieku dojrzewania lub młode osoby dorosłe. Niektórzy badacze nazywają te problemy syndromem kulturowym, ponieważ czynniki kulturowe odgrywają tu ważną rolę etiologiczną (por. Nasser, 1988). Propagowany przez kulturę Zachodu model piękna promuje szczupłą sylwetkę ciała oraz napiętnuje otyłość, a presja wywierana jest szczególnie silnie na kobiety, stąd być może ich nadreprezentacja w grupie osób z zaburzeniami odżywiania.

Wyjaśnienia różnic międzypłciowych w zakresie zdrowia psychicznego koncentrują się na zmiennych biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych (Herman, 1983; Nolen-Hoeksema, 1987), przy czym badacze najczęściej opowiadają się za jednym z czterech podejść. Pierwszym z nich jest podejście skoncentrowane na podatności *versus* odporności na zaburzenia psychiczne z powodu charakterystycznych dla danej płci biologicznych lub psychicznych cech, które czynią ją mniej lub bardziej wrażliwą na stresujące wydarzenia życiowe. Drugie podejście skoncentrowane jest na czynnikach wywołujących stres lub źródłach radzenia sobie, które są związane z charakterystycznymi dla danej płci rolami społecznymi i warunkami życia. Z kolei przedstawiciele podejścia trzeciego, interakcyjnego, starają się integrować założenia dwóch wcześniej wymienionych. W końcu ostatnie podejście – metodologiczne – stwierdza w badaniach różnice w zdrowiu psychicznym między kobietami i mężczyznami stara się tłumaczyć jako artefakt spowodowany niedokładnościami pomiaru, doborem próby, itp. (Russo i Green, 2002).

1. Problematyka badań własnych

Jedno z przytoczonych wcześniej podejść w wyjaśnianiu różnic międzypłciowych w zakresie zdrowia psychicznego koncentruje się na uzależnionych od płci źródłach stresu, jego intensywności i sposobach radzenia sobie z nim. Badacze są na ogół zgodni, że stres jest jednym z głównych czynników wpływających na kondycję psychiczną człowieka (por. Terelak, 1999; Tylka, 2000, 2008). Tymczasem wyniki badań wskazują, że kobiety są bardziej od mężczyzn narażone na stresujące sytuacje życiowe. Częściej doświadczają one problemów finansowych, mają niższy status społeczny i zawodowy,

częściej są ofiarami przemocy, itp. (Aneshensel i in., 1981; Belle, 1990; Cleary i Mechanic, 1983; Newman, 1986). Jednocześnie mają one bardziej ograniczone osobiste, społeczne i ekonomiczne możliwości radzenia sobie (MCGarth i in., 1990; za: Russo i Green, 2002). Stąd też konsekwencje zdrowotne stresu mogą być u nich bardziej dotkliwe niż u mężczyzn.

Z tego powodu podejmując prezentowane tu badania dotyczące różnic międzypłciowych w zakresie zdrowia psychicznego celowe wydawało się rozpatrywanie tego zagadnienia w kontekście sytuacji zawodowej osób badanych, która może generować stres i istotnie przyczyniać się do zaburzeń psychicznych. W badaniach wzięto więc pod uwagę dwie grupy – osoby aktywne zawodowo oraz osoby bezrobotne.

Przyjęto, że choć wykonywanie obowiązków zawodowych może być źródłem stresu (por. np. Kozak, 2008; Makowska i Merecz, 2001; Terelak, 1997; Tylka, 2008), to utrata pracy i bezrobocie są sytuacją szczególnie trudną i stresującą. Przy czym w badaniach oparto się na definicji bezrobocia jako zjawiska braku pracy zarobkowej dla osób zdolnych do pracy i poszukujących jej (Kornacka-Skwara, 2004). Stąd też dobierając próbę osób bezrobotnych, kierowano się nie tylko kryterium braku zatrudnienia, ale również aktywnego jego poszukiwania.

Badacze zgodnie podzielają opinię, że bezrobocie - podobnie jak inne sytuacje trudne - niesie ze sobą szereg negatywnych konsekwencji, zaburzając funkcjonowanie człowieka na różnych płaszczyznach (por. Goldberg i Williams, 2001; Szyłko-Skoczny, 1993; Terelak, 1993, 1995; Wojtasik, 1997). Z badań empirycznych wynika, że dla 50% polskich bezrobotnych bezrobocie jest katastrofą życiową (Szyłko-Skoczny, 1993). Najbardziej oczywistym skutkiem utraty zatrudnienia jest pogorszenie kondycji finansowej danej osoby i jej rodziny. Jednakże osoby bezrobotne doświadczają konsekwencji braku pracy także w innych dziedzinach swego życia. Bezrobocie powoduje bowiem niedostatki w relacjach i doświadczeniach społecznych, ograniczenie kontaktów i więzi z osobami z otoczenia społecznego, braki związane z zaangażowaniem społecznym, zmianę statusu zawodowego i społecznego, brak konieczności strukturyzacji czasu i związane z tym przypadkowe organizowanie czynności (Jahoda, 1982; Ossowski, 1993; Pielkova, 1997; Szuman, 1994; Terelak, 1993). Warr (1987) twierdzi, że bezrobocie ma negatywne skutki ponieważ w jego przypadku jednostka nie doświadcza pozytywnych korzyści płynących z zatrudnienia: możliwości kontroli, wykorzystania swych umiejętności, zewnętrznie generowanych celów, różnorodności, jasności środowiskowej, zarabiania pieniędzy, bezpieczeństwa psychicznego, możliwości kontaktów społecznych, cenionej pozycji społecznej. Bezrobocie wpływa również na jakość związków z innymi ludźmi, w tym relacji rodzinnych (Atkinson, Liem, Liem, 1986; Aubry, Tefft, Kingsbury, 1990; Dach, 1993; Domagała, 1992; Kessler, House, Turner, 1987; Szyłko-Skoczny, 1993). Jeśli chodzi o wpływ bezrobocia na zdrowie, wyniki badań prowadzonych w różnych krajach jednoznacznie wskazują brak zatrudnienia wiąże się z chorobami psychicznymi, somatycznymi i zaburzeniami osobowości (Bańka, 1992; Catalano i Dodey, 1983; Jackson, 1999; Keefe, 1984; Kokko, Pulkkinen, Puustinen, 2004; McKee-Ryan i in., 2005; Szyłko-Skoczny, 1993, Terelak, 1993). W świetle literatury przedmiotu można stwierdzić, że choć doświadczanie

sytuacji bezrobocia może być inne u kobiet i mężczyzn, których dotyka ten problem, jego negatywne skutki występują u obu płci.

Celem przeprowadzonych badań była odpowiedź na następujące pytania:

- 1) Czy w grupie osób aktywnych zawodowo występują różnice międzypłciowe w zakresie zaburzeń zdrowia psychicznego?
- 2) Czy w grupie osób bezrobotnych występują różnice międzypłciowe w zakresie zaburzeń zdrowia psychicznego?
- 3) Czy kobiety bezrobotne doświadczają większych zaburzeń zdrowia psychicznego niż kobiety aktywne zawodowo?
- 4) Czy mężczyźni bezrobotni doświadczają większych zaburzeń zdrowia psychicznego niż mężczyźni aktywni zawodowo?

2. Badane osoby i zastosowane metody

Badaniami objęto ogółem 317 osób w wieku od 35 do 45 lat, z wykształceniem średnim lub wyższym. Była to grupa 157 osób aktywnych zawodowo (85 kobiet i 72 mężczyzn) oraz grupa 160 osób bezrobotnych (85 kobiet i 75 mężczyzn) pozostających bez pracy od 1 roku do 2 lat. Badani pochodzili z różnych miejsc Polski. W przypadku osób pozostających bez zatrudnienia, staż bezrobocia wynosił od roku do 2 lat. Przed tym okresem wszyscy oni byli zatrudnieni przynajmniej przez 5 lat, zaś utrata pracy nastąpiła w wyniku przyczyn niezależnych od nich (głównie likwidacji lub restrukturyzacji firmy). Jednocześnie te osoby były zarejestrowane w Urzędach Pracy i deklarowały chęć podjęcia zatrudnienia.

W celu oceny zdrowia psychicznego użyto Kwestionariusza GHI-28 D. Goldberga w polskiej adaptacji Z. Makowskiej i D. Merecz (2001). Narzędzie służy do oceny ogólnego stanu zdrowia psychicznego. Pozwala na wyłonienie osób, u których stan psychiczny uległ załamaniu w wyniku doświadczanych trudności i problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego. W zastosowanej w badaniach 28-pytaniowej wersji kwestionariusza (GHQ-28) uzyskuje się wynik ogólny będący wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego (czy wyższy wynik, tym większe nasilenie zaburzeń zdrowia psychicznego) oraz wyniki w szczegółowe w czterech skalach: symptomy somatyczne, niepokój i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania oraz symptomy depresji. Narzędzie charakteryzuje się wysokimi współczynnikami zgodności wewnętrznej oraz zadawalającą stabilnością bezwzględną, a także dobrymi wskaźnikami trafności.

Badania miały charakter indywidualny. Każdy z badanych otrzymywał kwestionariusz, który uzupełniał w obecności osoby prowadzącej badania. Czas nie był ograniczony, jednak zazwyczaj zamykał się w granicach 5-15 minut.

3. Prezentacja wyników

Pierwsze z przeprowadzonych analiz dotyczyły różnic międzypłciowych w zakresie zdrowia psychicznego w grupie osób aktywnych zawodowo. Wyniki

uzyskane przez mężczyzn i kobiety w kwestionariuszu GHQ-28 przedstawiono w tabeli 1. Jak widać, średnie większości wskaźników zaburzeń zdrowia psychicznego są nieco wyższe u mężczyzn niż u kobiet. Jednakże porównanie obu grup przy użyciu statystyki t-Studenta nie ujawniło by różnice te były istotne statystycznie.

Tabela. 1. Porównanie aktywnych zawodowo mężczyzn (N=72) i kobiet (N=85) pod względem zaburzeń ich zdrowia psychicznego

Skale kwestionariusza GHQ-28	Mężczyźni aktywni zawodowo		Kobiety aktywne zawodowo		t (df=155)
	M	SD	M	SD	
Ogólny poziom zaburzeń psychicznych	21,44	8,86	20,28	8,85	n.i.
Symptomy somatyczne	6,33	2,72	5,69	3,24	n.i.
Niepokój i bezsenność	6,30	2,82	5,95	3,79	n.i.
Zaburzenia funkcjonowania	7,06	3,16	6,76	2,39	n.i.
Symptomy depresji	1,75	2,75	1,87	2,76	n.i.

M - średnia; SD - odchylenie standardowe

Dalsze analizy dotyczyły porównania osób aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych pod kątem zaburzeń ich zdrowia psychicznego. Obliczeń dokonano oddzielnie dla każdej z płci. Zostały one przedstawione w tabelach 2 i 3.

Tabela. 2. Porównanie mężczyzn aktywnych zawodowo (N=72) i bezrobotnych (N=75) pod względem zaburzeń ich zdrowia psychicznego

Skale kwestionariusza GHQ-28	Mężczyźni aktywni zawodowo		Mężczyźni bezrobotni		t (df=145)
	M	SD	M	SD	
Ogólny poziom zaburzeń psychicznych	21,44	8,86	24,09	13,19	n.i.
Symptomy somatyczne	6,33	2,72	6,76	3,87	n.i.
Niepokój i bezsenność	6,30	2,82	6,77	4,87	n.i.
Zaburzenia funkcjonowania	7,06	3,16	7,28	3,49	n.i.
Symptomy depresji	1,75	2,75	3,28	3,63	2,89*

*p<0,05 M - średnia; SD - odchylenie standardowe

Porównanie mężczyzn aktywnych zawodowo i bezrobotnych wykazało istotną statystycznie różnicę jedynie w przypadku symptomów depresji, które były bardziej nasilone u mężczyzn, którzy pozostawali bez zatrudnienia.

Tabela. 3. Porównanie kobiet aktywnych zawodowo (N=85) i bezrobotnych (N=85) pod względem zaburzeń ich zdrowia psychicznego

Skale kwestionariusza GHQ-28	Kobiety aktywne zawodowo		Kobiety bezrobotne		t (df=168)
	M	SD	M	SD	
Ogólny poziom zaburzeń psychicznych	20,28	8,85	28,72	13,78	4,75***
Symptomy somatyczne	5,69	3,24	7,75	4,03	3,67***
Niepokój i bezsenność	5,95	3,79	8,51	5,41	3,56***
Zaburzenia funkcjonowania	6,76	2,39	9,07	3,41	5,10***
Symptomy depresji	1,87	2,76	3,40	3,81	2,99**

Porównanie aktywnych zawodowo i bezrobotnych kobiet (patrz: tabela 3) dowiodło, że obie grupy istotnie różnią się pod względem stanu zdrowia psychicznego. Kobiety bezrobotne charakteryzują się zarówno wyższym ogólnym wskaźnikiem zaburzeń zdrowia psychicznego, jak też bardziej nasilonymi symptomami somatycznymi, niepokojem i bezsennością, zaburzeniami funkcjonowania oraz symptomami depresji.

Ostatnim etapem analiz było porównanie kobiet i mężczyzn bezrobotnych. Informacje o średnich i odchyleniach standardowych w obu grupach, a także o wynikach testu t-Studenta zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Porównanie bezrobotnych mężczyzn (N=75) i bezrobotnych kobiet (N=85) pod względem zaburzeń ich zdrowia psychicznego

Skale kwestionariusza	Mężczyźni bezrobotni		Kobiety bezrobotne		t (df=158)
	M	SD	M	SD	
Ogólny poziom zaburzeń psychicznych	24,09	13,19	28,72	13,78	2,16*
Symptomy somatyczne	6,76	3,87	7,75	4,03	n.i.
Niepokój i bezsenność	6,77	4,87	8,51	5,41	2,12*
Zaburzenia funkcjonowania	7,28	3,49	9,07	3,41	3,28**
Symptomy depresji	3,28	3,63	3,40	3,81	n.i.

*p<0,05; **p<0,01 M - średnia; SD – odchylenie standardowe

Bezrobotni mężczyźni i bezrobotne kobiety różnią się istotnie ogólnym poziomem zaburzeń zdrowia psychicznego, a także niepokojem i bezsennością oraz zaburzeniami funkcjonowania. W każdym z wymienionych przypadków wskaźniki są wyższe u bezrobotnych kobiet niż u bezrobotnych mężczyzn.

4. Dyskusja wyników

Zaprezentowane wyniki badań pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

- 1) W próbie osób pracujących nie występują różnice międzypłciowe w zakresie zdrowia psychicznego.
- 2) Osoby bezrobotne charakteryzują się gorszym stanem zdrowia psychicznego niż osoby aktywne zawodowo. Różnice te zaznaczają się jednak głównie w próbie kobiet. O ile mężczyźni bezrobotni różnią się od mężczyzn pracujących jedynie nasileniem symptomów depresyjnych, u kobiet istotne różnice pomiędzy osobami pozostającymi bez pracy i zatrudnionymi występują w odniesieniu do wszystkich wskaźników zaburzeń zdrowia psychicznego. Kobiety bezrobotne charakteryzują się gorszym niż kobiety pracujące ogólnym stanem zdrowia psychicznego, jak również bardziej nasilonymi symptomami depresyjnymi i somatycznymi, niepokojem i bezsennością oraz zaburzeniami funkcjonowania.

- 3) Biorąc pod uwagę próbę osób bezrobotnych, mężczyźni charakteryzują się lepszym ogólnym stanem zdrowia psychicznego niż kobiety. Ponadto u kobiet bezrobotnych częściej występują zaburzenia funkcjonowania, niepokój i bezsenność.
- 4) Brak różnic międzypłciowych w zakresie stanu zdrowia psychicznego w próbie osób aktywnych zawodowo jest zaskakujący. W większości opisywanych w literaturze przedmiotu badań, nawet tych w których używano kwestionariusza GHQ, mężczyźni charakteryzowali się lepszym zdrowiem psychicznym niż kobiety (Vezquez-Barquero i in., 1996, za: Makowska, Merecz, 2001; D’Arcy, 1982, za: Makowska, Merecz, 2001; Siciliani i in., 1985, za: Makowska, Merecz, 2001). Trudno wyjaśnić uzyskane wyniki. W opisywanych badaniach własnych analizowano stan zdrowia w kontekście sytuacji zawodowej. Jest jednak oczywiste, że kondycja psychiczna człowieka zależy od wielu czynników pozazawodowych. Wśród nich wymienić można chociażby relacje interpersonalne, sytuację rodzinną, jakość i ilość wsparcia społecznego, itp. Nawet sama sytuacja zawodowa osób pracujących jest różna. Na różnych stanowiskach pracy odmienne jest obciążenie stresem, środowisko pracy, itp. Wszystkich czynników mogących determinować stan zdrowia psychicznego i ewentualne problemy w tym zakresie nie sposób kontrolować w pojedynczych badaniach. Być może brak różnic międzypłciowych w badanej próbie osób pracujących wynika z podobnego obciążenia stresem, podobnej sytuacji życiowej lub zawodowej niezależnie od ich płci.
- 5) Wystąpienie różnic w stanie zdrowia psychicznego osób pracujących i bezrobotnych jest zgodne z oczekiwaniami formułowanymi na podstawie przytoczonych wcześniej danych dostępnych w literaturze naukowej. Istnieją także dowody empiryczne, że wśród bezrobotnych wyniki GHQ są na ogół wyższe niż wśród zatrudnionych (por. Markowska i Merecz, 2001). Zaskakująca jest jednak gorsza kondycja psychiczna bezrobotnych kobiet niż mężczyzn. W świetle teorii ról społecznych wydawałoby się, że brak pracy będzie sytuacją trudniejszą dla mężczyzn niż dla kobiet (DeGoede, Maassen, 1988; za: DeWitte, 1999). Dla mężczyzn utrzymanie rodziny jest bowiem nadal główną rolą społeczną, kobiety zaś mają alternatywne role – głównie opiekę nad domem i wychowanie dzieci, co powoduje, że brak zatrudnienia powinien być dla nich mniej obciążający (por. DeWitte, 1999). Badania dowodzą, że nie u wszystkich bezrobocie powoduje identyczne konsekwencje (por. Łuczak, Wiśniewska-Czaja, 2002). Wspomniane stereotypowe role płciowe i wynikające z nich oczekiwania społeczne powodują wprawdzie, że bezrobocie jest sytuacją trudniejszą dla mężczyzn niż dla kobiet, jednakże w świetle uzyskanych wyników wydaje się, że ważniejszym czynnikiem w generowaniu zaburzeń psychicznych jest nie tyle trudność samej sytuacji braku pracy, ile inne czynniki, np. cechy podmiotowe lub doświadczane wsparcie społeczne, które pozwalają sobie z ową sytuacją poradzić. Psychologiczne konsekwencje utraty pracy zależą więc nie tylko od funkcji, jakie praca pełni w życiu jednostki, ale także od reakcji otoczenia na fakt pozostawania bez zatrudnienia oraz od konstrukcji psychicznej danego człowieka (Kessler, House, Turner, 1987; Skarżyńska, 1992; Warr, 1984, za: Kornacka-Skwara, 2004). Ta ostatnia zaś jest u kobiet taka, że w sytuacjach obciążających czyni je

szczególnie predysponowanymi do wystąpienia zaburzeń psychicznych (por. Kessler i in., 1985). Badania dowodzą na przykład, że przy jednakowym narażeniu na stres kobiety częściej od mężczyzn odczuwają silny niepokój (Cronkite i Moos, 1985). Są badacze, którzy twierdzą nawet, że u kobiet w procesie socjalizacji wykształciły się takie cechy osobowości i style radzenia sobie, które nie tylko nie sprzyjają adaptacji, ale wręcz przyczyniają się do powstawania zaburzeń psychicznych w reakcji na stres (por. Nolen-Hoeksema, 1987). Dowiedziono również, że reakcje kobiet zależą od ich ról rodzinnych i sytuacji materialnej (Morris, 1990; za: Łuczak, Wiśniewska-Czaja, 2002). W radzeniu sobie ze stresem szczególnie istotne jest otrzymywane wsparcie społeczne (por. Chirkowska-Smolak, Wilczyńska-Kwiatek, Chudzicka-Czupała, 2004; Terelak, 1995, 1999, Titkow, 1993). Być może owo wsparcie, właśnie ze względu na stereotypy ról płciowych i związane z nimi postrzeganie kobiet jako mniej potrzebujących pracy zawodowej, jest mniejsze w ich przypadku niż w przypadku mężczyzn.

Wydaje się, że w przyszłych badaniach nad różnicami międzypłciowymi w zakresie zdrowia psychicznego należałoby opowiedzieć się za podejściem interakcyjnym i wziąć pod uwagę zarówno czynniki wywołujące stres, jak również cechy podmiotowe warunkujące sposoby radzenia sobie z nim oraz doświadczane wsparcie ze strony otoczenia społecznego. Warto byłoby zagadnienia te rozpatrywać z punktu widzenia sytuacji zawodowej kobiet i mężczyzn, szczególnie w kontekście sytuacji bezrobocia.

W świetle zaprezentowanych badań, jak również danych empirycznych dostępnych w literaturze przedmiotu, można stwierdzić, że mężczyźni rzeczywiście cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym niż kobiety. Odpowiedź na postawione w tytule pytanie, czy naprawdę są oni „silniejszą płcią” nie jest jednak tak prosta, jak to się na początku wydaje. Nadal nierozstrzygnięta pozostaje bowiem kwestia, czy ich lepsza kondycja psychiczna wynika z silniejszej konstrukcji psychosomatycznej, czy też ze sprzyjających im płci uwarunkowań społecznych i kulturowych.

Bibliografia:

- Aneshensel, C., Frerichs, S. R., Clark, V. (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 379-393.
- Atkinson, T., Liem, R., Liem, J. (1986). The social costs of unemployment: implications for social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 317-331.
- Aubury, T., Tefft, B., Kingsbury, N. (1990). Behavioral and psychological consequences of unemployment in Blue-Collar Couples. *Journal of Community Psychology*, 18, 99-109.
- Bańka, A. (1992). *Bezrobocie: podręcznik pomocy psychologicznej*. Poznań: Print-B.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45(3), 385-389.
- Boardman, A. P. (1987). The General Health Questionnaire and the detection of emotional disorder by general practitioners: a replicated study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 373-381.
- Boyd, J. H., Weissman, M. M. (1981). Epidemiology of affective disorders: a reexamination and future directions. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039-1046.
- Catalano, R., Dooley, D. (1983). Health effect of economic instability: a test of economic stress hypothesis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 41-60.

- Chirkowska-Smolak, T. (1992). Zaburzenia zachowania, ich interpretacja i przeciwdziałanie u bezrobotnych. W: A. Bańka. (red.), *Bezrobocie: podręcznik pomocy psychologicznej*. Poznań: Print-B.
- Chirkowska-Smolak, T., Wilczyńska-Kwiatek, A., Chudzicka, A. (2004). Pomoc psychologiczna dla bezrobotnych – uwarunkowania i formy. W: T. Chirkowska-Smolak i A. Chudzicka (red.), *Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia* (s. 153 – 169). Poznań: UAM.
- Chudzicka-Czupała, A. (2004). *Bezrobocie: różne oblicza wsparcia*. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Cleary, P. D., Mechanic, D. (1983). Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 111-121.
- Cronkite, R. C., Moos, R. H. (1985). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 372-393.
- D'Arcy, C. (1982). Prevalence and correlates on nonpsychotic psychiatric symptoms in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 316-324.
- Dach, Z. (1993). *Bezrobocie w okresie przemian systemowych gospodarki polskiej*. Wrocław-Warszawa-Kraków: Ossolineum.
- Deaux, K., Kite, M. (2002). Stereotypy płci. W: B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmiennie spojrzenia na różnice* (354-382). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- DeWitte, H. (1999). Job insecurity and psychological well-being: review of the literature and exploration of some unresolved issues. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(2), 155-177.
- Domagała, G. (1992). Psychologiczne uwarunkowania bezrobocia. *Polityka Społeczna*, 19, 5-6, 24-25.
- Ferrie, J., Shipley, M., Marmot, M., Stansfeld, S., Smith, G. (1995). Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal*, 311, 1264-1269.
- Goldberg, D., Bridges, K. W. (1987). Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, 15-28.
- Goldberg, D., Williams, P. (2001). Podręcznik dla użytkowników kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia. W: Z. Makowska i D. Merecz (red.), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga* (s. 13 – 190). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera.
- Halmi, K. A., Falk, J. R., Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychological Medicine*, 11, 697-706.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
- Herman, M. F. (1983) Depression and women: theories and research. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 11, 493-512.
- Jackson, T. (1999). Differences in psychological experiences of employed, unemployed and students samples of young adults. *The Journal of Psychology*, 133(1), 49-60.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: a social psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Keefe, T. (1994). The stresses of unemployment. *Social Work*, May-June, 264-268.
- Kessler, R. C., House, J. S., Turner, J. B. (1987). Unemployment and health in a community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 51-59.
- Kessler, R. C., Price, R. H., Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kokko, K., Pulkkinen, L., Pustinen, M. (2000). Selection into long-term unemployment and its psychological consequences. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 310-320.

- Kornacka-Skwara, E. (2004). Psychologiczna analiza systemów rodzinnych mężczyzn bezrobotnych. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Kozak, S. (2009). *Patologie w środowisku pracy: zapobieganie i leczenie*. Warszawa: Difin.
- Łuczak, E., Wiśniewska-Czaja, A. (2002). Główne tendencje w badaniach nad konsekwencjami bezrobocia. *Forum Oświatowe*, 2(27), 67-83.
- Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Polska adaptacja kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: Z. Makowska i D. Merecz (red.), *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga* (s. 191-264). Łódź; Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76.
- Nasser, M. (1988). Culture and weight consciousness. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 573-577.
- Newmann, J. P. (1984). Gender, life strains and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 161-178.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282.
- Ossowski, R. (1993). Psychologiczne i socjologiczne aspekty pracy zawodowej i bezrobocia w okresie przemian. *Szkoła Zawodowa*, 7, 12-13.
- Pielkova, J. A. (1997). Postrzeganie przez męża bezrobotnego własnej pozycji w obrębie rodziny. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 9, 233-240.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Russo, N. F., Amaro, H., Winter, M. (1987). The use of impatient mental health services by Hispanic women. *Psychology of Women Quarterly*, 11(4), 427-442.
- Russo, N. F., Green, B. L. (2002). Kobiety a zdrowie psychiczne. W: B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice* (302-353). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Skarżyńska, K. (1992). Psychologiczne aspekty bezrobocia. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 17-28.
- Szuman, A. (1994). Pełnienie funkcji opiekuńczo-wychowawczej w rodzinach matek czynnych zawodowo i niepracujących. *Problemy Rodziny*, 2(194), 25-29.
- Szylo-Skoczny, M. (1993). Społeczne skutki bezrobocia na lokalnych rynkach pracy. W: E. Frączak i in. (red.), *Bezrobocie – wyzwanie dla polskiej gospodarki*. Warszawa: GUS.
- Terelak, J. F. (1993). *Psychologia pracy i bezrobocia*. Warszawa: Wydawnictwa ATK.
- Terelak, J. F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Terelak, J. F. (1997). *Studia z psychologii stresu. Radzenie sobie ze stresem: uwarunkowania i strategie*. Warszawa: Wydawnictwa ATK.
- Terelak, J. F. (1999). *Psychologia menedżera: wybrane zagadnienia psychologii organizacji i zarządzania*. Warszawa: Difin.
- Titkow, A. (1993). *Stres i życie społeczne: polskie doświadczenia*. Warszawa: PIW.
- Travis, C. B. (1988). *Women and health psychology: mental health issues*. Hillsdale: Erlbaum.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka: wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: UKSW.
- Tylka, J. (2008). *Zdrowie menedżera: styl życia a zdrowie i choroba*. Warszawa: Difin.
- Warr, P. B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Winefield, A. H., Winefield, H. R., Tiggemen, M., Goldney, R. D. (1991). A longitudinal study of the psychological effects of unemployment and unsatisfactory employment on young adults. *Journal of Applied Psychology*, 76, 424-431.
- Wojtasik, B. (1997). *Warsztat doradcy zawodu: aspekty pedagogiczno-psychologiczne*. Warszawa: PWN.