

Cristina ANDREESCU

„Bărbații lipsă”: posibile cauze culturale ale mortalității ridicate a băieților și bărbaților

I. Introducere

La sfârșitul anilor '80, Amartya Sen¹ a introdus termenul de „femei lipsă” (*missing women*) pentru a atrage atenția asupra problemelor de gen cu care se confruntă țările din Asia, în special India și China. Estimarea sa de (aproximativ) o sută de milioane de „femei lipsă” se baza pe diferența dintre raportul femei/bărbați în Asia față de Africa (aleasă ca referință „conservatoare”). Atragerea atenției asupra sutei de milioane de „femei lipsă” era o metodă cu mare impact emoțional de a sublinia seriozitatea problemei avorturilor selective, infanticidului și a tratamentului inferior de care au parte fetele și femeile în Asia.

Formula a fost apoi preluată pe scară largă în studii feministe, de dezvoltare sau economice interesate de statutul femeilor în țările Sudului. În unele cazuri s-a încercat o estimare mai exactă a numărului de femei lipsă²; alte studii iau inechitatea raportului femei/bărbați ca un fapt dat (acuratețea estimării fiind mai puțin importantă), care apoi este folosit ca argument în construcția unei teorii despre statutul inferior al femeilor³; altele doar amintesc formula în trecere, ca pe un termen atât de înrădăcinat și larg acceptat în domeniu încât produce asocierile dorite fără să necesite explicații adiționale⁴. Este interesant însă că mortalitatea mai ridicată a bărbaților, implicată în calcul, nu pare să ridice semne de întrebare. În măsura în care o explicație este oferită în trecere, ea se referă la posibile diferențe biologice (de exemplu, într-o publicație ONU⁵ sunt amintite „avantajele genetice și biologice ale fetelor”, fără însă a preciza în ce constau acestea sau ce proporție din diferențele de gen este explicată de ele). Impactul culturii asupra mortalității bărbaților pare complet ignorat. În opinia mea, în spatele acestei lipse de interes în explicațiile culturale ale diferenței de gen în mortalitate se află asumptia că bărbații, ca grup dominant, nu pot fi dezavantajați cultural.

¹ A. Sen, (1990) More than 100 million women are missing, în *New York Review of Books*, 20 December, p. 61-66.

² E. Oster, (2009) Proximate sources of population sex imbalance in India, în *Demography*, 46(2); S. Klasen, C. Wink, (2003) „Missing Women”: Revisiting the Debate, în *Feminist Economics*, 9(2-3), p. 263-299; E.J. Croll, (2001) Amartya Sen's 100 Million Missing Women, în *Oxford Development Studies*, 29(3).

³ M. Nussbaum, (2000) Women's Capabilities and Social Justice, în *Journal of Human Development*, 1(2); L. Watson, (2007) Constituting Politics: Power, Reciprocity, and Identity, în *Hypatia*, 22(4)

⁴ S.M. Okin, (2003) Poverty, Well-Being, and Gender: What Counts, Who's Heard? În *Philosophy & Public Affairs*, 31(3), p. 280-316; A.M. Jaggar, (2005) „Saving Amina”: Global Justice for Women and Intercultural Dialogue, în *Ethics & International Affairs*, 19(3), p. 55-75,119.

⁵ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011) *Sex Differentials in childhood mortality*. New York: UN.

O voce solitară și puternic atacată care remarcă „problema” raportului femei/bărbați luat ca standard (*i.e.*, că presupune „ca fiind de dorit” o mortalitate mai ridicată a bărbaților) și ridică întrebări privind „bărbații lipsă” (*missing men*) ca parte a unui șir de argumente în favoarea existenței unui *al doilea sexism*, este Benatar⁶. Autorul vorbește despre o discriminare subtilă, neintenționată a bărbaților, amintind inclusiv de mortalitatea mai mare a acestora (*e.g.*, datorită violenței). El interpretează lipsa de interes pentru „bărbații lipsă”, alături de alte manifestări cu rădăcini culturale adânci (*e.g.*, tratarea uciderii *femeilor și copiilor* ca în mod special oribilă), ca efectul devalorizării vieților bărbaților comparativ cu ale femeilor; în opinia mea o explicație simplistă chiar dacă este și cea mai parcimonioasă în limitele setului de exemple oferite în articol. Dacă ținem însă seama de experiența mai largă legată de statutul femeilor și al bărbaților, raportul dominanță-inferioritate în relația bărbați-femei (inclusiv valorizarea curajului în cazul bărbaților și, respectiv, presupusa inferioritate fizică a femeilor) este un factor suficient pentru a explica dezavantajele masculine folosite ca argument pentru existența unui *al doilea sexism*.

Pe de altă parte, Benatar⁷ aduce câteva argumente valide că anumite *feministe* (este vorba de „feministe” ca stereotip și mai rar de referințe exacte) folosesc standarde duble în tratarea dezavantajului feminin versus dezavantajul masculin. Cel mai important argument mi se pare cel legat de respingerea existenței unui dezavantaj masculin datorită poziției dominante a bărbaților în societate, argument pe care l-am amintit și eu înainte. Autorul amintește că feministe acceptă că femeile însele pot fi instrumentele propriei discriminări, pot fi cele principale responsabile pentru continuarea unei tradiții care le produce un dezavantaj considerabil (*e.g.*, mutilarea genitală); că „puterea” celui discriminat asupra continuării unei manifestări nu este un argument contra caracterului discriminatoriu al acesteia. Similar, doar pentru că bărbații au un rol dominant în crearea și perpetuarea societății în forma ei actuală, nu înseamnă că existența unui dezavantaj masculin poate fi respinsă de la bun început. Dacă *feministele* nu acceptă existența alegerii individuale (*e.g.*, de a nu urma anumite cariere) ca absolvind societatea de responsabilitate pentru segregarea profesională, atunci de ce se acceptă alegerile privind stilul de viață (alcool, țigări) ca explicație absolută a mortalității ridicate a bărbaților? Dacă diferențele biologice trebuie „depășite” când vine vorba de rolul femeilor (*e.g.*, de mame), de ce ele nu trebuie depășite pentru a îmbunătăți situația bărbaților (*e.g.*, mortalitatea explicată de diferențele de agresivitate)? Un alt argument interesant al studiului privește poziția unor *feministe* care susțin justiția socială, inclusiv ca redistribuție; potrivit lui Benatar⁸, o poziție consecventă ar cere ca resursele (*e.g.*, ale sistemului de sănătate) să fie alocate preferențial bărbaților, până când speranța lor de viață va fi egală cu cea a femeilor; un argument asemănător este făcut și pentru măsurile afirmative.

Cât privește criticile aduse acestui text, Quinn și Tong⁹ fac o analiză a argumentelor oferite de Benatar în sprijinul teoriei sale privind *al doilea sexism* și îi reproșează neînțelegerea pozițiilor feministe, demonstrând în același timp că neînțelegerea este reciprocă. Din păcate, autoarele tratează problema standardului „corect” pentru raportul femei/bărbați neglijent (amintind că Benatar nu a fost comprehensiv în descrierea situației, ceea ce în opinia

⁶ D. Benatar, (2003) The second sexism, în *Social Theory and Practice*; 29(2), p. 177-210.

⁷ D. Benatar, (2003) The second sexism, în *Social Theory and Practice*; 29(2), p. 177-210.

⁸ Ibidem.

⁹ C. Quinn & R. Tong, (2003) The consequences of taking The Second Sexism seriously, în *Social Theory and Practice*, 29(2), p. 233-245.

mea nu este un argument împotriva construcției logice a acestuia din urmă) și din punctul meu de vedere nu aduc nici o contribuție la analiza acestei teme. Este adevărat însă că problema „bărbaților lipsă” este marginală în construcția argumentului lui Benatar.

O altă critică la adresa *celui de-al doilea sexism* vine din partea lui Sterba¹⁰, care deviază de la decizia sa de a discuta doar exemplul principal din Benatar – privind accesul în serviciile armate – pentru a analiza problema raportului bărbați/femei în contextul discuției despre „femeile lipsă”. Însă singurul argument oferit este că importanța factorului biologic nu poate fi estimată (*i.e.*, poate în lipsa totală a discriminării raportul ar fi și mai nefavorabil bărbaților). Din nou, autorul nu pare impresionat de posibilitatea ca factorii nebiologici să aibă un rol important în diferențele de mortalitate, atât timp cât aceștia nu sunt clar estimați.

Voci mai puțin solitare vorbesc despre „bărbații lipsă” nu atât ca prezență fizică (datorită mortalității ridicate), cât ca prezență conceptuală în studiile de gen sau dezvoltare¹¹ sau în politicile publice. Aici interesul este mai curând pentru calitatea demersului teoretic sau pentru eficiența politicilor publice decât pentru posibila dezavantajare a bărbaților; în general textele reafirmă poziția dominantă a bărbatului, chiar dacă uneori deplâng modelul simplist al bărbatului-ca-opresor.

Pe meleagurile noastre, Anemțoaicei¹² vorbește și el despre invizibili bărbați din politicile publice (europene și românești), și despre efectul negativ pe care ignorarea bărbaților ca grup îl are asupra idealurilor de egalitate de gen. Autorul afirmă că „absența bărbaților ca target al politicilor de gen în România este strâns legată de modul cum egalitatea de gen este conceptualizată și implicat de modul cum este teoretizat genul atât în România cât și la nivel european”¹³ și are ca efect imposibilitatea „egalizării” statutului diverselor grupuri, inclusiv a unei egalități reale femei – bărbați. Soluția autorului pare să fie introducerea unor politici în educație care să aibă ca țintă bărbații. Scopul și în acest caz este însă îmbunătățirea situației femeilor și nu atât ameliorarea unor dezavantaje cu care s-ar putea confrunta bărbații (subiect care nu este nici măcar adus în discuție).

Există însă și voci românești care au remarcat dezavantajul bărbaților în privința mortalității (cel puțin la nivelul României). Vladimir Pasti și Cristina Ilinca vorbesc în „Ultima Inegalitate”¹⁴ despre mortalitatea mai ridicată a bărbaților români (față de femeile române), și în special despre diferențele de gen în evoluția mortalității în perioada tranziției (*i.e.*, mortalitatea ambelor sexe a crescut, dar mortalitatea masculină a crescut mai mult decât cea feminină). Mai mult decât atât, autorii fac referire la factorii culturali care sunt responsabili (parțial) pentru noul nivel al mortalității masculine când afirmă că „în România bărbații au suportat mult mai greu și mai prost perioada tranziției. Ei s-au adaptat mai greu situației de a fi șomeri [...] și au căzut în alcoolism și violență, în procente incomparabil mai mari decât femeile aflate în aceeași situație”¹⁵. Mortalitatea în România nu este comparată

¹⁰ J.P. Sterba, (2003) The wolf again in sheep's clothing, în *Social Theory and Practice*, 29(2), p. 219-232.

¹¹ A. Cornwall, (2000) Missing Men? Reflections on Men, Masculinities and Gender in GAD, în *IDS Bulletin*, 31(2).

¹² O. Anemțoaicei, (2009) Minoritarul discurs al egalității de gen și invizibili bărbați. Minorități, instituționalizări și metadiscursuri aferente, în *Sfera Politicii*, p. 138.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Pasti, V. (2003) *Ultima inegalitate. Relațiile de gen în România*, Ed. Polirom.

¹⁵ Ibidem.

însă cu mortalitatea din țările europene, deci nu putem ști dacă nu cumva noile rate ale mortalității din România (și mai inegale din punct de vedere al genului decât cele de la sfârșitul perioadei comuniste) sunt „noua normalitate”. De asemenea, în ciuda repetatelor menționări ale dezavantajelor masculine în privința speranței de viață, imaginea despre societatea românească este, în opinia mea, tot una a dominației universale a bărbaților, care sunt întotdeauna câștigători în orice competiție între genuri. Asta deși autorii reproșează mișcării feministe autohtone faptul că ignoră dezavantajele bărbaților „pentru că, pe de o parte, problematica de gen este privită aproape exclusiv ca referitoare la problemele femeilor, pe de altă parte pentru că [...] ideologia prevalentă a dominației bărbaților în societate orientează lucrurile spre monitorizarea situației femeilor”¹⁶.

În concluzie, studiile feministe și în domeniul dezvoltării recunosc în general existența unui dezavantaj masculin în privința mortalității și tendința acestuia de a crește odată cu dezvoltarea economică, fără a considera însă că acest fapt merită atenție din punct de vedere al politicilor publice. Chiar dacă studiile nu afirmă asta explicit, poziția lor este exprimată implicit prin absența clasificării diferențelor de gen în mortalitate în defavoarea bărbaților ca problemă socială, cu atât mai mult cu cât diferențele de gen în direcția opusă (*i.e.*, mortalitate feminină superioară celei masculine) sunt privite ca o problemă majoră a țărilor în care apar. Atunci când absența bărbaților din politicile publice este deplânsă, îngrijorarea este tot pentru efectele negative asupra situației femeilor.

II. Posibile cauze ale diferențelor de gen în privința mortalității

După cum o arată studiile prezentate în capitolul anterior, mortalitatea masculină mai ridicată este un fapt universal cunoscut (cel puțin în cazul țărilor Nordice), chiar dacă rar considerat relevant în studiile de gen. Poate mai puțin cunoscut este faptul că bărbații sunt în dezavantaj la toate vârstele și indiferent de ceilalți factori care influențează mortalitatea (*e.g.*, indiferent de categoria socio-economică, bărbații dintr-o anumite categorie au speranța de viață mai scăzută decât femeile din aceeași categorie). De asemenea, amploarea diferențelor (în cazul țărilor Nordului, cel puțin) poate să surprindă. Cauzele diferențelor pot fi biologice sau culturale, și o estimare exactă a importanței relative a acestora ar fi în momentul de față imposibilă. Dar, în opinia mea, posibilitatea existenței unor cauze culturale este suficientă pentru ca studiile de gen și politicile publice să trebuiască să ia în considerare tema diferențelor de gen în privința mortalității.

În continuare voi încerca să arăt că existența unor cauze culturale ale diferențelor în mortalitate nu este doar posibilă, ci chiar probabilă, dacă urmărim lanțul de conexiuni dezvoltate de studii din medicină, psihologie, sociologie ș.a. Voi discuta mortalitatea separat pentru trei categorii de vârstă, care împreună acoperă marea majoritate a duratei de viață: copilăria timpurie (0-5 ani), maturitatea (aprox. 18-60 ani) și bătrânețea (peste 65 ani). Pentru fiecare categorie voi prezenta întâi situația mortalității (și morbidității în cazul adulților) în lume și în regiunile relevante pentru țara noastră (Nordul, Europa), ca apoi să mă concentrez pe câte o posibilă cauză majoră a diferențelor de gen în mortalitate. În final voi discuta pe scurt implicațiile asupra politicilor publice.

¹⁶ Ibidem.

Mortalitatea copiilor între 0-5 ani

Cum am menționat anterior, prima categorie de vârstă la care mă voi referi cuprinde copilăria timpurie (0-5 ani), când rolul părinților este încă major. Mă voi concentra pe diferențele în funcție de genul copilului în activitățile parentale și în alăptare (ca o componentă de mare impact a activității parentale) și efectul pe care acestea îl au (probabil) asupra mortalității datorate infecțiilor. Dintre cauzele înregistrate ale mortalității voi urmări în special infecțiile pentru că multe dintre explicațiile „biologice” ale diferențelor de mortalitate întâlnite în studii fac referire la „sensibilitatea naturală” a băieților la infecții. Voi încerca întâi să schițez o imagine a diferențelor între ratele mortalității ale băieților și fetelor în funcție de regiune geografică și cauze ale mortalității, ca apoi să discut studii care cercetează diferențele de gen în alăptare și în activitatea parentală, și rezultatele care le asociază pe acestea din urmă cu mortalitatea.

Mortalitatea și evoluția sa sunt de mult timp un subiect de interes pentru organizațiile internaționale, motiv pentru care există o cantitate impresionantă de date pe această temă. Națiunile Unite în mod special, prin organizațiile sale (cum ar fi Departamentul pentru Afaceri Economice și Sociale sau UNICEF), dețin și publică periodic informații despre nivelul mortalității în toate țările cu populații importante numeric¹⁷. Mortalitatea copiilor (sub 1 an și sub 5 ani) este de un interes special, mai ales după ce scăderea acesteia a devenit unul dintre scopurile principale ale Millennium Development Goals (MDG). Există astfel baze de date și publicații dedicate exclusiv mortalității copiilor sub 5 ani și cauzelor sale, și evoluția acesteia poate fi urmărită pe parcursul mai multor decade și de-a lungul întregii lumi. Din nefericire însă în multe cazuri datele nu sunt segregate pe sexe, și astfel tratarea comparativă nu este posibilă. Alegerea de a nu ține seama de diferențele de sex poate avea motive tehnice, pentru că desegregarea datelor implică o creștere a erorilor de estimare deja importante. Dar vine și din asumțiile normative privind tratamentul diferențiat în funcție de sex, care fac ca diferențele de mortalitate în funcție de sex să fie studiate pe larg în țări precum China și India (unde există un avantaj masculin) în timp ce diferențele de mortalitate în țările *dezvoltate* (unde există un avantaj feminin) să nu fie de interes.

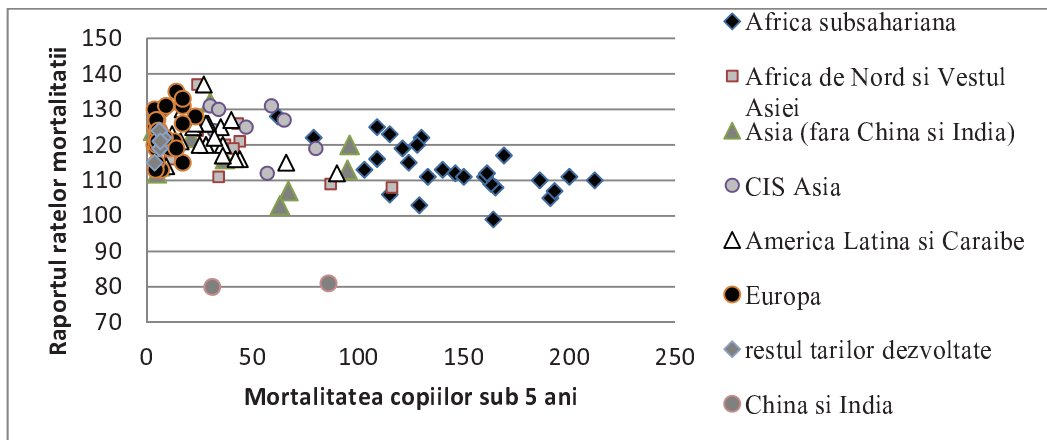
O statistică utilă pentru studierea diferențelor de mortalitate în funcție de gen este raportul dintre mortalitatea băieților sub 5 ani relativ la mortalitatea fetelor din aceeași categorie de vârstă (înmulțită cu 100).

$$r = \frac{\text{rata mortalității băieților}}{\text{rata mortalității fetelor}} \times 100$$

Astfel o valoare a lui r de 100 corespunde lipsei unor diferențe de mortalitate în timp ce valori de peste 100 semnaleză un *dezavantaj masculin*, *i.e.* mortalitatea băieților este mai ridicată. În Figura 1 este reprezentată valoarea raportului ratelor mortalității copiilor sub 5 ani.

¹⁷ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011) Sex Differentials in childhood mortality. New York: UN.

Figura 1. Raportul ratelor mortalității copiilor sub 5 ani



Sursă: ONU

Este de remarcat faptul că din 122 de țări reprezentate doar 3 prezintă un avantaj masculin în mortalitate, în timp ce marea majoritate a țărilor prezintă un avantaj feminin, în multe cazuri mortalitatea băieților fiind cu 25-30% mai ridicată. Singurele țări cu estimări ale mortalității mai ridicate pentru fete decât pentru băieți sunt China, India și Burkina Faso (în cazul acestora este de presupus că avem de-a face cu o eroare de estimare – valoarea raportului este foarte aproape de 100 și este bazată pe foarte puține date). China și India pe de altă parte sunt cunoscute ca țări cu probleme în privința discriminării copiilor de sex femeiesc și de aceea mortalitatea mult mai ridicată a acestora (cam cu 25% pentru copiii sub 5 ani) este de presupus că ar fi efectul acestui tratament diferențiat. La cealaltă extremă, 26 de țări au raportul dintre ratele mortalității de peste 125, adică o mortalitate a băieților cu peste 25% mai mare. Desigur, estimările la nivel național sunt inexacte și publicația Națiunilor Unite amintește că valorile trebuie privite cu scepticism. Pe de altă parte, nu există motive să se presupună existența unei erori sistematice (bias) în direcția supraestimării acestui raport, mai ales în țările dezvoltate. Iar mediile regionale, care sunt mai sigure, arată că mai peste tot, și mai ales în țările dezvoltate, există un dezavantaj masculin clar în privința mortalității (Tabelul 1). România are un raport crescut al ratelor mortalității, 126, foarte apropiat însă de media europeană.

Tabel 1. Raportul ratelor mortalității copiilor sub 5 ani, pe regiuni, anii '2000

| Regiune | Raportul ratelor mortalității (r) |
|--|-----------------------------------|
| Global cu excepția Chinei și Indiei | 112 |
| Nivel de dezvoltare | |
| Tarile mai puțin dezvoltate cu excepția Chinei și Indiei | 112 |
| Tarile mai dezvoltate | 125 |

| Regiune | Raportul ratelor mortalității (r) |
|---|-----------------------------------|
| Regiune geografică | |
| Africa sub-sahariană | 111 |
| Africa de Nord și Vestul Asiei | 114 |
| Asia de Est și Sud-est cu excepția Chinei | 120 |
| Asia de Sud cu excepția Indiei | 111 |
| CIS Asia | 126 |
| America Latina și Caraibe | 122 |

Sursă: ONU

Dacă urmărim evoluția ratelor mortalității între anii '70 și anii '2000 se poate observa că aceasta a fost în general în direcția unei creșteri a dezavantajului masculin, cu unele excepții: de exemplu în *țările dezvoltate* raportul ratelor mortalității a scăzut în medie (nu trebuie însă uitat că țările respective aveau deja în anii '70 valori mari ale acestuia, *i.e.* 128). Există și *țări în curs de dezvoltare* care au cunoscut o scădere a raportului ratelor mortalității infantile, în cazul unora este posibil ca această evoluție să fie și efectul îmbunătățirii raportării nașterii fetelor care nu au supraviețuit primului an de viață.

Existența unui *avantaj feminin* în privința mortalității infantile și a copiilor sub 5 ani pare să fie un fapt acceptat. Se consideră că acesta este rezultatul unui „avantaj biologic în supraviețuire [al fetelor nou-născute] față de băieții nou-născuți, cu o vulnerabilitate mai scăzută la probleme perinatale [...], anomalii congenitale și boli infecțioase cum ar fi infecțiile intestinale și ale sistemului respirator inferior”¹⁸. Evoluția spre o creștere a raportului ratelor mortalității ar fi și ea predictibilă datorită apariției unei tranziții epidemiologice în care bolile infecțioase scad în importanță printre cauzele mortalității¹⁹. În consecință, o mortalitate a fetelor dintr-o regiune/țară chiar numai puțin mai ridicată decât a băieților este considerată un semn de discriminare a celor dintâi, pentru că este diferită de relația obișnuită dintre ratele mortalității. Pe de altă parte, o mortalitate a băieților cu până la 30% mai mare (în cazul mortalității infantile în țările cu mortalitate scăzută) este considerată „nediscriminatorie”²⁰. În cazurile în care mortalitatea băieților depășește acest nivel (în cazul mortalității infantile aceasta se întâmplă în 18 țări, dintre care 6 în Europa), explicația luată în considerare este că țările respective nu au făcut complet „tranziția epidemiologică” și infecțiile reprezintă încă o sursă importantă a mortalității. Cum se afirmă în mod direct, „în țările dezvoltate [se presupune că] accesul copiilor la resurse nu diferă mult în funcție de sex”²¹. Presupunerile ce par

¹⁸ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011) Sex Differentials in childhood mortality. New York: UN.

¹⁹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011) Sex Differentials in childhood mortality. New York: UN.

²⁰ K. Hill & D.M. Upchurch, (1995) Gender differences in child health: evidence from the Demographic and Health Surveys. Population and Development Review, 21(1), p. 127-151.

²¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011) Sex Differentials in childhood mortality. New York: UN.

generalizate privind *sensibilitatea* diferită a fetelor și băieților la diverse tipuri de boli fac interesantă o analiză a cauzelor mortalității la copiii sub 5 ani. Am calculat raportul dintre mortalitatea băieților și respectiv a fetelor sub 5 ani utilizând estimările OMS²² și ONU²³ privind numărul de decese și, respectiv, numărul de nașteri; rezultatul se află în Tabelul 2.

Tabel 2. Cauzele mortalității copiilor pentru anul 2012

| Regiune | Cauza | Raport |
|-----------------|--------------------------------|--------|
| Global | Toate cauzele | 108 |
| Global | Comunicabile și altele Grupa I | 109 |
| Global | Boli infecțioase și parazitare | 97 |
| Global | Infecții respiratorii | 114 |
| Global | Răniri | 116 |
| Țări dezvoltate | Toate cauzele | 123 |
| Țări dezvoltate | Comunicabile și altele Grupa I | 127 |
| Țări dezvoltate | Boli infecțioase și parazitare | 132 |
| Țări dezvoltate | Infecții respiratorii | 118 |
| Țări dezvoltate | Răniri | 151 |
| Asia de sud | Toate cauzele | 98 |
| Asia de sud | Comunicabile și altele Grupa I | 99 |
| Asia de sud | Boli infecțioase și parazitare | 87 |
| Asia de sud | Infecții respiratorii | 96 |
| Asia de sud | Răniri | 103 |

Sursă: OMS și valori calculate pe baza datelor OMS și ONU

Ca și înainte, o valoare peste 100 sugerează un avantaj feminin în privința mortalității (*i.e.*, mortalitate mai redusă a fetelor), în timp ce o valoare de 100 arată că nu există diferențe între sexe în privința acesteia. Dintre categoriile de cauze ale mortalității utilizate de OMS am ales să menționez cinci categorii: toate cauzele, boli comunicabile și altele Grupa I, boli infecțioase și parazitare, infecții respiratorii și răniri. Problemele neonatale sunt o categorie importantă, cauzând aproximativ 45% din decese, dar nu le voi discuta aici pentru că se presupune că sunt în multe cazuri legate de probleme perinatale sau prenatale. În urmărirea rezultatelor din tabel nu trebuie uitat că cele 5 categorii nu sunt complementare.

Se poate observa că la nivel global fetele se bucură de un avantaj în toate categoriile mai puțin *bolile infecțioase și parazitare*. Este posibil ca avantajul masculin în acest caz să fie,

²² WHO „Global Health Observatory Data Repository” (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.686?lang=en>, consultat 1.06.2015).

²³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2012) World Population Prospects: the 2012 Revision (<http://esa.un.org/wpp/>, consultat 1.06.2015).

chiar dacă doar parțial, explicat de diferențe în vaccinare în funcție de sex – s-a arătat, de exemplu, că fetele de sub 5 ani din India au mortalitate mai ridicată datorită vaccinării preferențiale a băieților²⁴. În schimb, avantajul feminin este evident mai ales în cazul infecțiilor respiratorii și rănilor (care cauzează aproximativ 18% și, respectiv, 7% din decese). În cazul țărilor dezvoltate, avantajul feminin este și mai accentuat și se extinde la toate categoriile de cauza alese aici. Interesant, valoarea maximă apare în cazul bolilor infecțioase și parazitare, care însă reprezintă o cauză a mortalității minore în aceste țări (sub 5%). Nu există statistici segregate în funcție de sex pentru țări individuale, așa că influența unei țări ca India (cu posibile diferențe în vaccinarea copiilor în funcție de sex) trebuie ghicită din statisticile pentru Asia de Sud. Se poate observa că, într-adevăr, avantajul masculin este important în cazul bolilor infecțioase; dată fiind proporția importantă din populația globală reprezentată de India, este de așteptat ca mortalitatea feminină ridicată din această țară să influențeze valoarea raportului la nivel global.

În concluzie, există diferențe importante în mortalitatea copiilor sub 5 ani în funcție de sex, fetele bucurându-se în aproape toate țările lumii de un avantaj în această privință (*i.e.*, mortalitate mai mică). Evoluția din ultimele decenii, în special a țărilor dezvoltate, sugerează că acest avantaj va crește pe măsură ce mortalitatea scade. Din punct de vedere al cauzelor mortalității, băieții par să fie dezavantajați în special în cazul bolilor respiratorii și al rănilor. Pentru a pune lucrurile în perspectivă, dacă băieții de sub 5 ani ar avea aceeași mortalitate ca și fetele, global ar muri anual aproape 275.000 mai puțini băieți din această categorie de vârstă. Dacă ar exista paritate doar în cazul bolilor respiratorii, ar muri cu aproape 70.000 mai puțini băieți.

Am văzut că mortalitatea mai ridicată a băieților este prezentată în general în publicațiile internaționale ca o stare de fapt naturală, care nu necesită explicații. În măsura în care o explicație este oferită, ea amintește de „sensibilitatea” ridicată la infecții a băieților. Diferențele neobișnuit de mari sunt presupuse a fi erori, sau efectul unei incidențe ridicate a bolilor la care băieții sunt „sensibili”. În opinia mea, această lipsă de curiozitate în privința cauzelor vine din două surse: asumția că societățile umane, fiind patriarhale, nu au cum să discrimineze împotriva băieților, și cea că în societățile dezvoltate nu are cum să existe o discriminare a copiilor în privința îngrijirii (mai ales că la această categorie de vârstă discriminarea ar trebui să vină în primul rând din partea propriilor părinți).

În continuare voi încerca să arăt că este posibil ca diferențele de mortalitate să fie parțial datorate tratamentului diferit de care au parte băieții și fetele din momentul în care se nasc. Mă voi concentra pe cazul țărilor dezvoltate, din trei motive: în primul rând pentru că România se aseamănă mai curând acestora din punct de vedere al patternurilor mortalității și al contextului cultural; în al doilea rând, pentru că trendul global pare să aducă restul lumii spre modelul acestora; și, în al treilea rând, pentru că în cazul altor regiuni apar factori perturbatori (*e.g.*, omorârea fetițelor, diferențele de profil epidemiologic ș.a.) care nu pot decât să complice încercarea de a izola cauzele culturale. Voi încerca să-mi susțin ipoteza că diferențele de mortalitate au și cauze culturale indirecte, plecând de la factorii nebiologici cunoscuți ca afectând incidența condițiilor responsabile pentru diferențele în mortalitate și urmărind apoi în ce măsură aceștia sunt influențați de gen.

²⁴ E. Oster, (2005) Hepatitis B and the case of the „missing women”. *Journal of Political Economy*, 113(6).

În continuare mă voi concentra doar pe una din cele două categorii majore responsabile de diferențele de mortalitate la vârste mici (0-5 ani): infecțiile. Ne putem imagina mulți factori non-biologici care ar putea influența incidența infecțiilor sau gravitatea lor (*e.g.*, condițiile din creșe/grădinițe sunt asociate cu incidența infecțiilor; apoi, există diferențe de gen chiar și la copiii mici între modul în care starea de boală este tratată ș.a.), dar mă voi limita în continuare la doi factori cunoscuți ca având efecte importante asupra susceptibilității la boală: alăptarea și activitatea parentală.

Numeroase studii arată că laptele matern are efecte pe termen lung asupra metabolismului și incidenței bolilor. Există dovezi că alăptarea reduce incidența diareei acute, infecțiilor sistemului respirator inferior, infecțiilor urechii, astmului, infecțiilor urinare, diabetului, chiar și unor tipuri de cancer manifestat în copilărie. Copiii hrăniți cu biberonul au un răspuns imunitar mai redus la vaccinuri. Pe termen lung, se pare că alăptarea influențează dezvoltarea cognitivă și susceptibilitatea la boli cardiovasculare, artrită, unele cancere²⁵. Este de remarcat că multe dintre exemple sugerează o conexiune cu sistemul imunitar, iar printre bolile afectate de alăptare se află și acele infecții ale sistemului respirator inferior menționate în documentele ONU²⁶ ca un motiv al diferențelor de mortalitate. Nu se cunosc bine mecanismele prin care laptele matern produce aceste efecte, dar s-a arătat că laptele matern conține peste 200 de molecule bioactive, inclusiv molecule cu efecte anti-microbiale, anti-inflamatorii și imunomodulatoare; că stimulează sistemul imunitar al nou-născutului; că timusul (organul imunologic principal la nou-născuți și copii) este mai mare la copiii alăptați. Există dovezi că laptele matern promovează maturarea mucoasei gastrointestinale și afectează microflora intestinului. În plus, copiii alăptați au o expunere mai redusă la antigeni străini prin dietă, iar procesul alăptării are efecte asupra apropierii emoționale dintre copil și mamă²⁷. O trecere în revistă a articolelor pe această temă²⁸ arată că alăptarea a fost corelată cu reducerea incidenței infecțiilor gastrointestinale, infecțiilor urechii, obezității, hipertensiunii, astmului și eczemelor, diabetului și leucemiei. Alăptarea are efecte protectoare chiar și asupra mamei. Se presupune că laptele de imediat după naștere este în mod particular răspunzător pentru aceste efecte, pentru că are o concentrație ridicată de IgA (imunoglobulina A, un anticorp implicat în imunitate la nivelul mucoaselor). Același mecanism ar explica și posibilul efect protector împotriva infecțiilor respiratorii în general.

Chiar dacă mecanismele nu sunt perfect înțelese, importanța alăptării este afirmată fără rețineri: potrivit unui studiu, estimările arată că „o creștere globală a ratei alăptării de 40% ar reduce mortalitatea datorată infecțiilor respiratorii cu 50% la copiii mai mici de 18 luni”²⁹; iar OMS afirmă că viețile a aproximativ 800.000 copii sub 5 ani ar putea fi salvate în fiecare an dacă toți copiii între 0 și 23 de luni ar fi alăptați în mod optim. În concluzie, pentru sănătatea

²⁵ *W.H. Oddy*, (2002) The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeeding Review*, 10(3), p. 5-18.

²⁶ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011) *Sex Differentials in childhood mortality*. New York: UN.

²⁷ *W.H. Oddy*, (2002) The impact of breastmilk on infant and child health, in *Breastfeeding Review*, 10(3), p. 5-18.

²⁸ *C.T.M. van Rossum et al.*, (2006) Quantification of health effects of breastfeeding, in *Review of the literature and model simulation*. RIVM Report.

²⁹ *W.H. Oddy et al.*, (2003) Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: A birth cohort study, in *Archives of Disease in Childhood*, 88(3).

copilului este important dacă alăptarea a fost inițiată, dar și care este durata alăptării exclusive (*i.e.*, când a fost introdusă prima dată mâncarea suplimentară) și durata alăptării în general (*i.e.*, când a fost înțarcat copilul). Probabil există și diferențe mai de detaliu, calitative, dar nu mă voi referi la ele aici. Recomandarea la nivel internațional este, în general, de 6 luni de alăptare exclusivă, dar ea este rar respectată chiar și în țările cu programe importante de susținere a alăptării. Cu alte cuvinte, chiar și în țările dezvoltate, unii copii se bucură de alăptare (aproape) optimă în timp ce alții nu, deci există probabil diferențe de mortalitate asociate cu alăptarea. Pentru a arăta însă că diferențele de mortalitate între fete și băieți sunt (parțial) datorate alăptării, ar trebui demonstrat că există diferențe de gen în inițierea sau durata alăptării.

Există nenumărate studii care măsoară rata alăptării la diverse vârste, evoluția ei în timp, efectul diverselor programe de suport al alăptării, factorii care influențează ratele de alăptare. Deși un subset important dintre aceste studii urmăresc factori de identitate (în special etnia și statutul socio-economic) și destul de multe urmăresc influența altor membri ai familiei (tată, bunici), deseori genul copilului nici măcar nu este luat în considerare. Atunci când este luat în considerare, genul are în general rolul de factor perturbator (confounding) care trebuie inclus pentru a măsura corect importanța factorilor „într-adevăr interesanți”; de multe ori nu se găsește un efect semnificativ statistic al acestuia³⁰. În opinia mea, este de așteptat ca un factor cu efect relativ mic cum este acesta să nu fie semnificativ într-o analiză care nu include simultan alți factori cu efecte mai mari (statut socio-economic, etnie ș.a.), mai ales în eșantioane construite să varieze mult din punct de vedere al acestora din urmă. Am remarcat, de altfel, că atunci când articolele care nu găsesc diferențe semnificative raportează ratele de alăptare în funcție de gen diferențele tind să fie în favoarea fetelor (*i.e.*, sunt alăptate în proporție mai mare). De exemplu, un studiu³¹ a găsit că fetele sunt alăptate în procent mai mare, dar nu semnificativ, la 3, 6 și 12 luni, deși băieții au un mic avantaj nesemnificativ la inițierea alăptării; un altul³² observă că un procent puțin mai mare, dar nesemnificativ statistic, de băieți primește mâncare suplimentară înainte de 4 luni. Există însă și studii care au găsit efecte semnificative ale genului copilului: în familiile aborigene din Australia, fetele au șanse puțin (dar statistic semnificativ) mai mari să fie alăptate mai mult de 3 luni decât băieții³³; tot în Australia, băieții au șanse mai mari să fie înțarcați mai devreme³⁴; în Norvegia băieții au

³⁰ E. Riva *et al.*, (1999) Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy, în *Acta Paediatr.*, p. 88, 411-5; K.F. Michaelsen *et al.*, (1994) The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors, în *Acta Paediatr.*, p. 83, 565-571; M.J. Lozano de la Torre *et al.*, (2001) Breast-feeding in Spain, în *Public Health Nutrition*, 4(6A), p. 1347-1351; M. Kohlhuber *et al.*, (2008) Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study, în *British Journal of Nutrition*, 99(05), p. 1127-1132; M. Giovannini *et al.*, (2004) Feeding practices of infants through the first year of life in Italy, în *Acta Paediatr.*, 93(4), p. 492-497.

³¹ G.K. Singh *et al.*, (2006) Nativity/Immigrant Status, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Determinants of Breastfeeding Initiation and Duration in the United States, 2003 (www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2006-2089G).

³² Scott J.A. *et al.*, (2009) Predictors of the early introduction of solid foods in infants: results of a cohort study, în *BMC Pediatr.*, p. 9.

³³ E.A.S. Cromie *et al.*, (2012) Breastfeeding Duration and Residential Isolation amid Aboriginal Children in Western Australia. *Nutrients*, p. 4, 2020-2034.

³⁴ Scott J.A. *et al.*, (1999) Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia, în *Acta Paediatr.*, p. 88, 416-421.

probabilitatea mai mare să înceapă să mănânce mâncare solidă înainte de 4 luni³⁵, în timp ce fetele au șanse mai mari să fie alăptate exclusiv la 4 luni, deși la 6 luni nu a fost detectată o asociere semnificativă³⁶; în Finlanda, printre nou-născuții cu risc ridicat de diabet, mai puțini băieți decât fete sunt alăptați până la 4 luni (neseemnificativ pentru 6 luni), și primesc lapte praf respectiv mâncare suplimentară mai devreme decât fetele³⁷; și în Canada băieții primesc mâncare suplimentară mai devreme decât fetele³⁸. Unul dintre studii³⁹ observă că efectul genului copilului este mai pronunțat în cazul mamelor cu educație mai limitată.

Mi s-a părut interesantă sugestia că poate mamele întrerup alăptarea (exclusivă) a băieților mai devreme pentru că îi văd pe aceștia ca având mai mare nevoie de o mâncare consistentă (aceasta în conjuncție cu unele studii care arată că părinții introduc mai târziu mâncarea suplimentară dacă consideră că greutatea copilului este suficientă). Explicația se potrivește cu rezultatul menționat mai sus privind gradul de educație al mamei, pentru că mamele mai informate în privința alăptării ar face mai rar eroarea de a considera alăptarea exclusivă insuficientă. Asocierile au fost detectate în jurul vârstei de 4 luni, dar nu la inițiere, când decizia mamei de a alăpta nu este influențată de interacțiunea cu nou-născutul (sau poate mama nu își face încă probleme că laptele matern ar putea fi insuficient). Ele însă nu au fost detectate nici mai târziu, la 6 luni, când este posibil ca majoritatea mamelor care încă alăptează să fie foarte convinse de importanța alăptării (sau poate testele statistice pierd din putere deoarece rata alăptării scade mult).

În concluzie, există argumente că genul copilului afectează decizia mamei de a alăpta pe o perioadă mai îndelungată, cu efecte pe termen lung asupra sănătății acestuia. De aceea, ar putea fi important ca genul copilului să fie luat în calcul atunci când organizațiile internaționale produc statistici privind ratele alăptării, atunci când se fac studii privind factorii care influențează alăptarea și, nu în ultimul rând, atunci când se construiesc politici de promovare a alăptării.

Un alt factor cu posibile efecte importante asupra susceptibilității la boală este activitatea parentală. Cantitatea și calitatea interacțiunii copilului, mai ales în primii ani de viață, cu ambii părinți afectează direct sau indirect (prin efectul asupra temperamentului copilului sau a relațiilor acestuia cu alții) sănătatea copilului și, mai târziu, a adultului. Numeroși alți factori mediază aceste efecte (*e.g.*, calitatea îngrijirii în creșă/grădiniță, relația dintre părinți, statutul socio-economic etc.), dar în continuare mă voi referi doar la efectul activității parentale.

Din păcate, studiile asupra activității parentale sunt limitate în mai multe privințe. Majoritatea studiilor urmăresc exclusiv relația copilului cu mama, deși există informații care

³⁵ A.L. Kristiansen et al., (2010) Factors associated with exclusive breast-feeding and breastfeeding in Norway, în *Public Health Nutrition*, 13(12), p. 2087-2096.

³⁶ B. Lande et al., (2003) Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr*, p. 92, 152-161.

³⁷ M. Erkkola et al., (2005) Infant feeding patterns in the Finnish type I diabetes prediction and prevention nutrition study cohort, *Eur J Clin Nutr*, p. 59, 107-113.

³⁸ F. Tatone-Tokuda et al., (2009) Psychosocial determinants of the early introduction of complementary foods, în *Health Educ Behav*, p. 36, 302-320.

³⁹ B. Lande et al., (2003) Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey, în *Acta Paediatr*, p. 92, 152-161.

sugerează că relația cu tatăl este cel puțin la fel de importantă⁴⁰; în cazul familiilor cu risc ridicat studiile se concentrează pe efectul asupra fiilor⁴¹. Inițial această alegere este posibil să fi fost motivată de asumția că, mai ales la vârste foarte mici, rolul mamei îl depășește substanțial pe al tatălui. În cazul articolelor mai recente o parte a explicației este poate inerția, pentru că studiile în domeniu tind să fie conservatoare în privința metodelor. Este posibil, de asemenea, ca mamele să fie mai înclinate să participe la studii, și sunt mai ușor de contactat atunci când selectarea participanților se face în maternitate sau prin creșă/grădiniță (două metode des întâlnite). Interesant, atunci când sunt amintiți, tații sunt uneori incluși în marea categorie altă îngrijire („other child care”) alături de creșe și bunici⁴². Studiile despre activitatea parentală au de asemenea tendința să se concentreze mai curând pe sănătatea mentală decât pe cea fizică, poate pentru că legăturile sunt mai directe. În general, chiar dacă activitatea parentală este „măsurată” la vârste foarte mici, efectele sale asupra sănătății sunt estimate mai târziu pentru adulți, adolescenți sau chiar copii de vârstă școlară și în puține cazuri în copilăria timpurie⁴³. De asemenea, se dă mai multă atenție impactului asupra sănătății al „evenimentelor” (divorț, pierderea unui părinte etc.) decât al stresului emoțional cronic⁴⁴. Din aceste motive în continuare nu mă voi limita la studiile despre grupa de vârstă relevantă (*i.e.*, 0-5 ani) sau despre categoria restricționată de boli (*i.e.*, bolile infecțioase), deoarece o privire mai de ansamblu poate sugera legături între activitatea parentală și incidența infecțiilor, chiar dacă nu le poate demonstra.

Mai multe studii privind gradul de sănătate la vârsta adultă observă corelații între acesta și calitatea relației cu părinții, auto-raportată în adolescență sau la maturitate⁴⁵, chiar și după ce sunt luați în considerare alți factori (diferențele de gen, clasă socială, sănătate mentală, problemele de sănătate și lipsurile materiale din copilărie)⁴⁶. În mod interesant, dacă relația cu cei 2 părinți este „măsurată” separat, atunci când se corectează pentru influența celuilalt părinte numai relația cu tatăl are un efect semnificativ. De asemenea, efectul relației parentale este mai puternic asupra femeilor decât asupra bărbaților (nu trebuie uitat însă că această diferență va fi influențată de modul diferit în care femeile și bărbații își amintesc relația cu părinții, *i.e.*, ar putea fi un artefact al faptului că bărbații minimalizează retrospectiv problemele avute cu părinții). O situație specială este cea a copiilor crescuți în familii cu risc ridicat, care trec în copilăria timpurie prin experiența unui mediu toxic. Un articol-sinteză⁴⁷ privind

⁴⁰ A.P. Copeland & F.K. Grossman, (1984) Gender Effects in Parenting. Paper presented at the Annual Meeting of the National Council on Family Relations (San Francisco, CA, October 16-20, 1984).

⁴¹ R.L. Repetti *et al.*, (2002) Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), p. 330-366.

⁴² L. DeHaan, (2006) Child Care and Development: Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Journal of Marriage and Family*, 68(1), p. 252-253.

⁴³ M. Mäntymaa *et al.*, (2003) Infant – mother interaction as a predictor of child’s chronic health problems, în *Child Care Health Dev.*, 29(3), p. 181-91.

⁴⁴ S.L. Stewart-Brown *et al.*, (2005) Parent – child relationships and health problems in adulthood in three UK national birth cohort studies, în *European Journal of Public Health*, 15(6), p. 640-646.

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ J.I. Elstad, (2005) Childhood adversities and health variations among middle-aged men: a retrospective lifecourse study, în *European Journal of Public Health*, 15(1), p. 51-58.

⁴⁷ R.L. Repetti *et al.*, (2002) Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), p. 330-366.

efectele asupra sănătății fizice și mentale a copiilor crescuți în astfel de familii arată că există motive să presupunem că îngrijirea deficitară (răceala, lipsa de susținere, neglijența) și conflictul familial deschis (furia și agresiunea) au efecte negative asupra sănătății, creând o cascadă de riscuri care începe de foarte timpuriu. Ca diferențe de gen, se observă că în familiile cu risc ridicat băieții mai curând externalizează (*i.e.*, prin agresivitate ridicată) în timp ce fetele mai curând internalizează (*i.e.*, au incidență ridicată a depresiei) dificultățile. Mi se pare interesant că această explicație presupune că experiența fetelor și a băieților în aceste familii este similară, că ei nu sunt tratați diferit datorită genului pe care îl au.

În cazul copiilor preșcolari, studiile arată că *afectivitatea* maternă este cel mai important predictor (și singurul semnificativ statistic) al gradului de sănătate la intrarea la școală⁴⁸. Interacțiunea deficitară cu mama la 8-11 luni este un predictor semnificativ al problemelor de sănătate cronice sau recurente (majoritar infecții, astm sau alergii) la 2 ani⁴⁹.

Mecanismele prin care aceste diferențe în activitatea parentală afectează sănătatea copiilor sunt prost înțelese, poate și pentru că sunt numeroase și interacționează puternic. Dintre acestea există dovezi pentru mai multe tipuri majore: perturbări în funcționarea fiziologică și endocrinologică (mai ales în răspunsul la stres), crearea de deficite în procesarea emoțiilor, în competența socială și în auto-reglarea comportamentului⁵⁰. Stresul contribuie semnificativ la morbiditate, și din ce în ce mai multe studii observă efectele stresului asupra sistemului imunitar și cardiovascular. Procesarea emoțiilor afectează sănătatea fizică datorită legăturilor cu răspunsul fiziologic la stres și cu psihopatologia. Competența socială este și ea asociată cu nivelul stresului, probabil chiar mai mult la copiii decât la adulți pentru că primii sunt „forțați” să-și petreacă o mare parte a timpului în contexte sociale (grădiniță, școală, activități sportive). Stresul este deci de multe ori veriga de legătură între activitatea parentală și efectele asupra sănătății, în particular incidența infecțiilor. Pentru un nou-născut, situațiile ce par stresante depind foarte mult de relația cu îngrijitorul (*i.e.*, mama). Interacțiuni mamă-nou-născut constant deficitare cresc vulnerabilitatea copilului la condiții și experiențe stresante. Pe de altă parte, o interacțiune nou-născut-îngrijitor pozitivă ajută la construirea unei relații de atașament sigur față de îngrijitor, ceea ce poate contribui la diminuarea efectelor fiziologice negative ale stresului⁵¹.

Spuneam mai sus că nivelul de stres poate fi afectat și indirect, prin efectele activității parentale asupra capacității copilului de a procesa emoțiile și asupra competenței sociale a acestuia. Mai multe studii găsesc asocieri între calitatea atașamentului față de mamă⁵² sau

⁴⁸ J. Belsky et al., (2006) Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years, in *European Journal of Public Health*, 17(5), p. 508-513.

⁴⁹ M. Mäntymaa et al., (2003) Infant – mother interaction as a predictor of child’s chronic health problems, in *Child Care Health Dev.*, 29(3), p. 181-91.

⁵⁰ R.L. Repetti et al., (2002) Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring, in *Psychological Bulletin*, 128(2), p. 330-366.

⁵¹ M. Mäntymaa et al., (2003) Infant – mother interaction as a predictor of child’s chronic health problems, in *Child Care Health Dev.*, 29(3), p. 181-91.

⁵² D.J. Laible & R.A. Thompson, (1998) Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental Psychology*, 34(5), p. 1038-1045; C.L. Booth et al., (1994) Predicting social adjustment in middle childhood: The role of preschool attachment security and maternal style, in *Social Development*, p. 3, 189-204.

tipul de interacțiune mamă-copil⁵³ (e.g., responsivitate caldă, control) și capacitatea de a procesa emoțiile sau competențele sociale de mai târziu ale copiilor⁵⁴. Potrivit altor studii, intervențiile pentru îmbunătățirea activității parentale a mamei rezultă în comportamente mai sociale ale nou-născuților⁵⁵. O variabilă strâns legată de competența socială este statusul social. Un alt studiu⁵⁶ observă că statusul social al copiilor din clasa I este corelat semnificativ cu tipul interacțiunii cu mama (*i.e.*, mamele copiilor cu statut social mai bun interacționează cu aceștia mai pozitiv și plăcut, respectiv demonstrează mai puțin control și negativitate). Sunt observate și diferențe de gen în privința procesării emoțiilor (*i.e.*, băieții performează mai bine decât fetele în determinarea cauzalității). Unele studii observă și corelații semnificative între genul copilului și atitudinea mamei: băieții au șanse mai mari să aibă experiența negativității mamei⁵⁷.

Multe studii raportează și efecte ale activității parentale asupra sănătății mentale. O recenzie⁵⁸ a studiilor în domeniu susține ideea că depresia crește riscul morbidității fizice și al mortalității, mai ales datorită bolilor asociate cu sistemul imunitar, posibil datorită efectului depresiei asupra numărului diverselor tipuri de celule implicate în răspunsul imunitar. Meta-analiza autorilor arată că există asocieri semnificative statistic între depresie și numărul acestor celule (e.g., limfocite, celule T, anumiți anticorpi ș.a.).

Toate aceste date sugerează că activitatea parentală, prin numeroase mecanisme care se intersectează și se amplifică unele pe altele, afectează starea de sănătate a copiilor, mai vizibil la vârste mai mari când multitudinea de mici efecte s-a acumulat suficient pentru a depăși pragul morbidității sau mortalității, dar probabil începând de foarte devreme. Se ridică însă întrebarea dacă există diferențe (motivate cultural) în activitatea parentală în funcție de genul copilului. O enigmă cu atât mai greu de rezolvat cu cât activitatea parentală nu este complet independentă de subiectul ei (*i.e.*, stilul parental depinde de temperamentul și înclinațiile copilului). În continuare, voi încerca să prezint dovezi că fetele și băieții sunt, din motive culturale, tratați diferit de părinți în moduri care, așa cum am văzut, le pot afecta sănătatea.

Ca și în cazul studiilor privind relația dintre activitatea parentală și sănătate, studiile privind influența genului copilului asupra activității parentale se concentrează în general pe relația cu mama. În plus, se observă că, în condiții de laborator, tații tind să se comporte similar cu mamele, deși nu o fac în mediul natural⁵⁹, ceea ce scade puterea informativă a studiilor care îi includ pe tați, dar îi urmăresc în medii artificiale.

⁵³ S.H. Landry et al., (1998) The Relation of Change in Maternal Interactive Styles to the Developing Social Competence of Full-Term and Preterm Children, în *Child Development*, 69(1).

⁵⁴ J. Mize & G.S. Pettit, (1997) Mothers' social coaching, Mother-Child Relationship Style, and Children's Peer Competence: Is the Medium the Message?, în *Child Development*, 68(2), p. 312-332.

⁵⁵ C.D. van den Boom, (1994) The Influence of Temperament and Mothering on Attachment and Exploration: An Experimental Manipulation of Sensitive Responsiveness among Lower-Class Mothers with Irritable Infants, în *Child Development*, 65(5), p. 1457-1477.

⁵⁶ M. Putallaz, (1987) Maternal behavior and children's sociometric status, în *Child Development*, 58(2), p. 324-340.

⁵⁷ A.A. Hane et al., (2008) The Role of Maternal Behavior in the Relation between Shyness and Social Reticence in Early Childhood and Social Withdrawal in Middle Childhood, în *Social Development*, 17(4), p. 795-811.

⁵⁸ T.B. Herbert & S. Cohen, (1993) Depression and immunity: A Meta-Analytic Review, în *Psychological Bulletin*, 113(3), p. 472-486.

⁵⁹ A.P. Copeland & F.K. Grossman, (1984) Gender Effects in Parenting. Paper presented at the Annual Meeting of the National Council on Family Relations (San Francisco, CA, October 16-20, 1984).

Există o serie de experimente, deja vechi de zeci de ani, care arată că adulții (inclusiv cei care au copii) interpretează diferit reacțiile copiilor foarte mici în funcție de genul declarat al copilului. Într-un astfel de experiment, femei și bărbați au urmărit aceleași imagini video care prezentau un copil de 9 luni reacționând la diverse situații, dar unora li s-a spus că acel copil este o fată iar altora că este băiat. S-a observat că adulții descriu mai des emoția arătată de copil ca fiind furie dacă copilul a fost identificat ca fiind băiat, și respectiv ca frică dacă copilul a fost identificat ca fiind fată; de asemenea, copilul este descris mai des ca fiind activ dacă a fost identificat ca băiat⁶⁰. Diferențe apar și în modul de a interacționa. Într-un studiu asupra mamelor de copii între 5-10 luni, acestea se joacă diferit cu un „copil-actor” de 6 luni care este identificat ca fiind băiat față de situația în care copilul este identificat ca fiind fată, încurajând mai des copilul „băiat” înspre activități fizice⁶¹. S-a observat că tații își întrerup fiii și îi tachinează mai mult decât pe fiice și, oricum, în general pe copii, prin comparație cu mamele⁶². Alți cercetători au observat că părinții își laudă sau critică fiii mai mult decât pe fiice, iar stilul de joacă variază în funcție de genul copilului. Contează și exemplul de rol de gen pe care îl dau părinții, chiar dacă mesajul direct este că băieții și fetele sunt egali.

Genul copilului nu are efecte doar independent, ci și în interacțiune cu genul părintelui: există dovezi că părinții sunt mai severi cu un copil de același gen și mai indulgenți cu un copil de gen opus (de exemplu, tații folosesc mai mult imperativul cu fiii decât cu fiicele), deși, în cazul activităților de joacă, interacționează mai mult cu copilul de același gen. Tații raportează că petrec mai mult timp ocupându-se de fiul cel mai mare decât de fiica cea mai mare sau de fiii sau fiicele mai mici. Tații în mod special par să diferențieze între copiii în funcție de gen, mai ales în cazul copiilor mici. Totuși, diferențele datorate genului copilului par să fie mai mici decât cele datorate genului părintelui⁶³. Fetele își descriu mai des tatăl ca fiind exagerat de protector („overprotective”) în comparație cu băieții⁶⁴. Pe de altă parte stilul parental autoritar este folosit mai des cu băieții, în timp ce stilul democratic este folosit mai des cu fetele⁶⁵, și pedepsele corporale sunt aplicate semnificativ mai des băieților⁶⁶.

În concluzie, băieții par să fie în general tratați diferit față de fete, mai ales de către tați, în moduri (relație deficitară cu părintele, mai multă negativitate) care le pot afecta negativ

⁶⁰ J. Condry & S. Condry, (1976) Sex Differences: A Study of the Eye of the Beholder, in *Child Development*, 47(3), p. 812-819.

⁶¹ C. Smith & B. Lloyd, (1978) Maternal Behavior and Perceived Sex of Infant: Revisited, in *Child Development*, 49(4), p. 1263-1265.

⁶² A.P. Copeland & F.K. Grossman, (1984) Gender Effects in Parenting. Paper presented at the Annual Meeting of the National Council on Family Relations (San Francisco, CA, October 16-20, 1984).

⁶³ A.P. Copeland & F.K. Grossman, (1984) Gender Effects in Parenting. Paper presented at the Annual Meeting of the National Council on Family Relations (San Francisco, CA, October 16-20, 1984).

⁶⁴ M.A. Stephens, (2009) Gender Differences in Parenting Styles and Effects on the Parent Child Relationship. Honors Thesis, Presented to the Honors Committee of Texas State University-San Marcos.

⁶⁵ A. Russell et al., (1998) Sex-based differences in parenting styles in a sample with preschool children. *Australian Journal of Psychology*, p. 50, 89-99.

⁶⁶ H. Lytton & D.M. Romney, (1991) Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, p. 109, 267-296; K. Lloyd & P. Devine, (2006) Parenting practices in Northern Ireland: Evidence from the Northern Ireland household panel survey. *Child Care in Practice*, 12(4), p. 365-376.

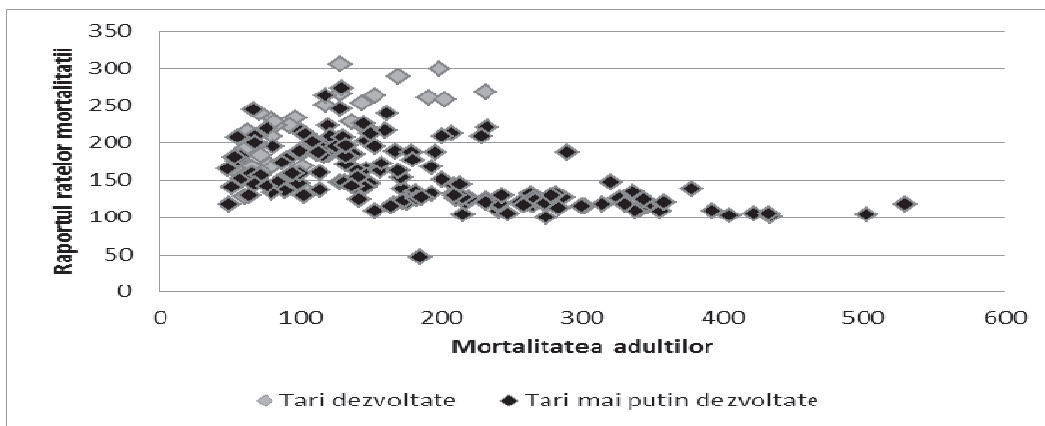
sănătatea. Parțial, tratamentul diferit poate să fie efectul modului diferit în care sunt văzuți băieții față de fete (cele din urmă, fiind mai „fricoase”, ar avea nevoie de mai multă căldură și susținere, iar fiind mai puțin „active”, ar avea nevoie de mai puțin control). Dar mai ales în cazul interacțiunilor extrem de negative (e.g., pedeapsa corporală) există probabil și o condiționare culturală (*i.e.*, este mai confortabil psihologic să lovești un băiat decât o fată).

Mortalitatea adulților între 18-60 ani

În continuare voi vorbi despre mortalitatea și morbiditatea adulților (aproximativ 18-59 ani) și voi urmări interacțiunea dintre gen și regiuni geografice, respectiv cauze ale mortalității. În acest caz am ales să urmăresc nu doar mortalitatea, ci și morbiditatea adulților în funcție de gen, pentru că relația dintre cele două este relevantă pentru tema pe care o voi explora mai departe: diferențele de gen în relația cu sistemul medical.

Mortalitatea bărbaților continuă să fie superioară mortalității femeilor la vârsta adultă. Valorile raportului ratelor mortalității estimate de OMS⁶⁷ (*i.e.*, probabilitatea de muri între 15 și 60 de ani per 1.000 locuitori, estimare pentru 2013), pentru fiecare țară dintre cele 194 pentru care există estimări, sunt reprezentate în Figura 2.

Figura 2. Raportul ratelor mortalității adulților între 15 și 60 de ani



Sursă: valori calculate pe baza datelor OMS

O singură țară are un raport al ratelor mortalității sub 100 (Tonga, 47, *i.e.*, mortalitatea femeilor este dublă față de cea a bărbaților; dată fiind populația foarte redusă este probabil ca estimările să aibă un grad ridicat de nesiguranță, mai ales că raportul este inversat pentru anii 2000 și 1999). Țările mai dezvoltate nu au o gamă de raporturi foarte diferite de cele globale, cu o excepție: țările foste membre ale URSS, care au raporturi foarte ridicate (*i.e.*, o mortalitate masculină de 2,5-3 ori mai mare decât mortalitatea feminină). Lista țărilor mai dezvoltate cu raporturi de peste 250 include toate țările foste membre ale URSS (Belarus, Estonia, Lituania, Letonia, Moldova, Rusia și Ucraina) și trei țări fost comuniste (Polonia,

⁶⁷ WHO „Global Health Observatory Data Repository” (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.686?lang=en> consultat 1.06.2015).

Slovacia și, nu în ultimul rând, România, cu un raport de 253); țara cea mai „periculoasă” pentru bărbați pare să fie Estonia, cu un raport al ratelor mortalității de 305. Este de presupus că una din explicațiile acestui tipar este consumul foarte ridicat de alcool în rândul bărbaților din estul Europei.

Cât privește cauzele mortalității, OMS oferă estimări segregate pe trei categorii de vârstă (din intervalul de interes): 15-29 ani, 30-49 ani și 50-59 ani. Global, mortalitatea totală a bărbaților este sensibil mai ridicată la toate cele trei categorii de vârstă (Tabel 3). Dintre cele trei categorii mari de cauze ale mortalității (*Comunicabile și altele Grupa I*, *Boli necomunicabile și Răniri*), doar una (*Comunicabile și altele Grupa I*) are un raport sub 100, și doar pentru grupa de vârstă 15-29 ani. Deoarece mortalitatea maternă este inclusă în această categorie, iar grupa de vârstă respectivă este cea mai relevantă pentru mortalitatea maternă, este de presupus că aceasta explică măcar parțial mortalitatea mai ridicată a femeilor.

Tabel 3. Cauzele mortalității adulților

| Regiune | Cauza | Raportul ratelor mortalității 2012 (r) | | |
|-----------------|--|--|-----------|-----------|
| | | 15-29 ani | 30-49 ani | 50-59 ani |
| Global | Toate cauzele | 135 | 151 | 165 |
| Global | Comunicabile și altele Grupa I | 67 | 107 | 154 |
| Global | Comunicabile fără mortalitatea maternă | 93 | 129 | 154 |
| Global | Boli necomunicabile | 122 | 143 | 158 |
| Global | Răniri | 268 | 314 | 258 |
| Țări dezvoltate | Toate cauzele | 275 | 216 | 215 |
| Țări dezvoltate | Comunicabile și altele Grupa I | 146 | 217 | 302 |
| Țări dezvoltate | Boli necomunicabile | 198 | 180 | 200 |
| Țări dezvoltate | Răniri | 394 | 361 | 338 |

Sursă: valori calculate pe baza datelor OMS

În cazul țărilor dezvoltate, diferențele de mortalitate sunt și mai accentuate. Dacă sunt incluse toate cauzele, mortalitatea masculină este de peste 2 ori mai ridicată decât cea a femeilor la toate grupele de vârstă; este aproape de 2 ori mai mare în cazul bolilor necomunicabile și de peste 3 ori mai mare în cazul rănilor. În cazul bolilor comunicabile, diferența bărbați/femei variază mult cu vârsta: este mai mică în tinerețe, dar după 50 ani mortalitatea masculină este de 3 ori mai mare decât cea feminină. Toate tipurile de răniri au o mortalitate masculină relativă foarte ridicată (la extremă, $r = 840$ pentru *inec* la categoria de vârstă 15-29) și toate tipurile de boli comunicabile cu excepția *cauzelor materne* au o mortalitate masculină relativă mai ridicată. Tipurile de cancer aproape exclusiv feminine sunt foarte prezente în atenția publicului, dar cauzează mai puțin de 3% din mortalitatea feminină la 50-59 de ani. În schimb, tipurile de cancer asociate cu consumul de țigări (cancerul gurii, faringelui și esofagului și cancerul vezicii urinare) și consumul de alcool (cancerul ficatului) cauzează

aproape 6% din mortalitatea masculină la categoria de vârstă 50-59 de ani și au mortalități masculine de aproximativ 4-6 ori mai ridicate decât cele feminine. De altfel, mortalitatea masculină cauzată de dependența de alcool este de 6, respectiv 4 ori mai mare la categoriile de vârstă 15-29 și 50-59, iar mortalitatea masculină cauzată de dependența de droguri este de 3,5 ori mai mare relativ la cele feminine. Anumite boli cardiovasculare au o mortalitate masculină de 3-4 ori mai mare la toate categoriile de vârstă, iar ulcerul peptic are o mortalitate masculină de 3-4 ori mai mare la categoriile de vârstă cu mortalitate estimată > 0 (30-49 și 50-59). Multe dintre cauzele cu cel mai mare dezechilibru de gen sunt deci asociate cu diferențe în stilul de viață (*i.e.*, activități care implică mai multe accidente sau violență, consum mai ridicat de alcool sau țigări, stres cronic prost gestionat).

În concluzie, indiferent de vârstă, bărbații adulți mor mai frecvent datorită bolilor decât femeile. Dar încă din anii '70 a fost remarcat în țările vestice un fenomen cunoscut ca „paradoxul genului”: deși mortalitatea bărbaților este mai mare, morbiditatea lor pare mai redusă decât a femeilor⁶⁸. Între timp relevanța actuală a acestui „paradox” a fost pusă sub întrebare, și este subliniată necesitatea studierii interacțiunii genului cu vârsta, etnia, statutul socio-economic etc.⁶⁹ Potrivit estimărilor Eurostat⁷⁰ din 2013, femeile par să aibă o morbiditate auto-declarată mai ridicată la nivelul UE, singura țară cu un raport sub 100 fiind Finlanda ($r = 97$). Nu trebuie uitat că această măsură a morbidității este foarte subiectivă și va fi influențată de factori cum ar fi „stoicismul” respondenților. De exemplu, potrivit ei, România are cei mai sănătoși bărbați din Europa, iar sănătatea femeilor românce este depășită doar de cea a estonienelor. O măsură a morbidității mai puțin subiectivă estimează procentul de persoane care declară că au probleme de sănătate de lungă durată. În acest caz, un raport peste 100 ar corespunde unei morbidități mai ridicate a bărbaților. Datele Eurostat⁷¹ pentru EU28 și, respectiv, media simplă a rapoartelor pentru cele 33 de țări cu date complete indică o diferență importantă de gen în direcția unei morbidități mai ridicate a femeilor. Împreună cu statisticile anterioare, aceasta ar sugera că, de fapt, femeile sunt mai „stoice” în privința problemelor de sănătate comparativ cu bărbații (contrar asumpțiilor majorității studiilor). Pe de altă parte, estimările Eurostat⁷² privind *speranța de viață fără dizabilități* la naștere și la 50 de ani indică o morbiditate similară a bărbaților și femeilor (dar există multă variație între țări). Împreună cu statistica anterioară, aceasta ar sugera că bărbații, deși au mai puține probleme de sănătate de lungă durată, au în general probleme mai grave (*i.e.*, care duc mai des la dizabilitate). Aceste neconcordanțe între mortalitate și morbiditate (sau între diversele măsuri ale morbidității) sunt interesante pentru că pot indica existența anumitor cauze culturale în spatele diferențelor de gen în mortalitate. Astfel, dacă de fapt există o asociere puternică între mortalitate și morbiditatea *reală* (cum ne-am așteptat), atunci faptul că toate măsurile noastre pentru morbiditate subestimează morbiditatea bărbaților (relativ la cea a

⁶⁸ A. Singh-Manoux et al., (2008) Gender Differences in the Association between Morbidity and Mortality among Middle-Aged Men and Women, în *American Journal of Public Health*, 98(12).

⁶⁹ K. Hunt & E. Annandale, (1999) Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health, în *Social Science & Medicine*, p. 48, 1-5.

⁷⁰ Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00001>, consultat 25.06.2015).

⁷¹ Ibidem.

⁷² Ibidem.

femeilor) sugerează că sistemul medical îi discriminează (subestimându-le nevoile) și ei înșiși își supraestimează starea de sănătate.

Diferențele de gen în mortalitate și în sănătate se pot datora diferențelor biologice sau diferențelor generale de comportament și de roluri între bărbați și femei, diferențelor în comportamentul în caz de boală, în raportarea bolilor, în accesul, tratamentul și utilizarea sistemului medical⁷³. Cu excepția diferențelor biologice, toate acestea sunt produse culturale și, de aceea, relația lor cu mortalitatea este de interes pentru politicile publice. În continuare mă voi concentra pe posibilele diferențe de gen în relația cu sistemul medical.

După cum am afirmat mai sus, putem studia influența genului asupra relației cu sistemul medical studiind relației dintre mortalitate și morbiditate sau dintre diverși indicatori ai morbidității. Am văzut că morbiditatea generală este asociată diferit cu mortalitatea la bărbați și femei. Dar este această diferență datorată subestimării (relative) a morbidității bărbaților (și implicit un eșec al sistemului medical), sau doar o diferență biologică în sensibilitatea la boli (*i.e.*, bărbații mor mai frecvent de aceleași boli) sau o diferență în tipul de boli care compun morbiditatea (din motive biologice sau nu)? În ultimul caz, nu ar trebui să existe diferențe de gen în asocierea dintre mortalitate și morbiditate pentru măsuri obiective ale morbidității pentru boli specifice.

Mai multe studii au găsit diferențe de gen în asocierea morbiditate-mortalitate doar pentru măsurile subiective, auto-estimate ale morbidității și pentru zilele de concediu medical⁷⁴. Rezultatele se potrivesc deci cu imaginea generală că bărbații își subestimează problemele de sănătate (diferența în măsura „obiectivă”, zilele de concediu medical, este explicată ca fiind tot rezultatul subestimării problemelor de sănătate, cât și al unui „atașament” mai ridicat față de locul de muncă, inclusiv în sensul că femeile folosesc concediul medical și ca să rezolve „alte treburi”). Singura interacțiune semnificativă statistic dintre gen și asocierea morbiditate-mortalitate a fost pentru eșantionul britanic pentru zile de concediu medical auto-estimate. Acest rezultat ar sugera că, cel puțin pentru problemele de sănătate incluse în studiu (bolile cardiovasculare, hipertensiunea, bolile respiratorii), fie morbiditatea bărbaților nu este subestimată, fie studiul nu a avut putere statistică suficientă pentru a detecta diferențele.

Totuși, un studiu mai vechi, dar comprehensiv⁷⁵, care trece în revistă diferențele de morbiditate dintre femei și bărbați observă că, bazat pe interviuri și date medicale, femeile au o incidență mai mare a problemelor de sănătate atât acute, cât și cronice (deși situația variază de la o problemă de sănătate individuală la alta) și mai multe zile de limitare a activității (*e.g.*, zile petrecute la pat) per boală. În schimb, problemele de sănătate cu incidență mai mare la bărbați sunt tocmai cele din vârful topului cauzelor mortalității (boli cardiovasculare, ulcer peptic). Femeile au rate mai ridicate ale cancerului, dar bărbații au mortalitate mai ridicată datorită acestuia. Femeile au mai multe probleme de vedere, dar bărbații au mai multe probleme severe de vedere. În general, bărbații au aparent condiții cronice mai severe, deși mai puțin frecvente. Acest pattern poate fi rezultatul unor diferențe biologice, dar este probabil ca relația cu boala și sistemul medical să fie și ea un factor (*i.e.*, dacă femeile își recunosc problemele de sănătate mai repede și/sau merg la medic mai devreme în evoluția bolii, este de așteptat ca incidența acestora să pară mai ridicată, în timp ce gravitatea lor pare

⁷³ A. Singh-Manoux *et al.*, (2008) Gender Differences in the Association between Morbidity and Mortality among Middle-Aged Men and Women, in *American Journal of Public Health*, 98(12).

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ L.M. Verbrugge, (1982) Sex differentials in health, in *Public Health Rep.*, 97(5), p. 417-437.

mai scăzută). În privința accesului la serviciile medicale, studiul observă că femeile au mai multe vizite la medic și dentist și este mai probabil să viziteze regulat medicul. Dar pentru vârste sub 65 de ani bărbații stau mai mult în spital per internare, iar la vârste de peste 50 de ani rata de internare în spital este și ea mai ridicată la bărbați. În privința medicamentelor, femeile folosesc mai multe medicamente, atât cu rețetă, cât și fără, deși plătesc la fel de mult pentru ele (*i.e.*, medicamentele cumpărate de bărbați sunt în medie mai scumpe, se presupune pentru că tratează probleme mai grave). În privința medicinei preventive, femeile iau mai multe suplimente alimentare, merg mai des la doctor când se simt bine, își iau tensiunea mai des (bărbații au avantaj doar în privința cardiogramelor); au scoruri mai bune privind „obișnuințele pozitive pentru sănătate” (în special datorită consumului mai redus de alcool și țigări). Toate aceste observații se potrivesc cu ipoteza că femeile apelează mai repede la sistemul medical, în timp ce bărbații îl accesează când problemele de sănătate s-au agravat. Ca posibile surse ale diferențelor de morbiditate, autoarea⁷⁶ amintește că pot exista diferențe biologice (de exemplu, este posibil ca estrogenul să protejeze împotriva anumitor boli degenerative), dar și culturale (activitățile bărbaților îi pun în situații mai riscante). Pe de altă parte contactul mai mare cu copiii crește pentru femei riscul de a lua anumite boli contagioase; se pare că studiile sunt contradictorii în privința genului care are un grad mai mare de stres, dar sunt de acord că femeile reacționează mai bine la acesta. Din punct de vedere al prevenției, se speculează că bărbații sunt învățați să-și ignore simptomele, în timp ce femeile vorbesc mai mult atât cu prietenii și familia, cât și cu medicii; există studii care arată că femeile au mai multă încredere în medici și medicamente. Din punct de vedere al diferențelor de roluri, poate conta faptul că femeile sunt responsabile și pentru sănătatea altora și programul femeilor este în general mai flexibil, chiar dacă este mai încărcat. Mi s-a părut interesantă și explicația (posibilă) că femeile văd lucrurile în general ca fiind mai personale (și deci mai dependente de alegerile lor), în timp ce bărbații le văd ca având mai curând cauze sociale (*i.e.*, externe).

Mai multe studii au estimat că femeile merg mai des la medic⁷⁷, dar multitudinea de factori relevanți face imposibil de determinat dacă accesarea superioară a serviciilor medicale este motivată de nevoi (*i.e.*, femeile au în mod real o morbiditate mai mare) sau de diferențe de gen în relația cu sistemul medical. De exemplu, un studiu a observat și că, pentru categoria „foarte bolnavă”, bărbații merg mai des la medic decât femeile (care au morbiditate mai mare per total)⁷⁸. Rezultatul ar contrazice una din explicațiile oferite pentru „paradoxul genului” – că femeile accesează serviciile medicale mai des și mai devreme în evoluția bolii (și de aceea ar avea mortalitate mai mică chiar dacă nu există diferențe de sensibilitate biologică). Există însă câțiva factori care ar putea afecta concluziile studiului. Dacă procentul bărbaților care nu merg deloc la medic este semnificativ mai mare decât cel al femeilor (cum o indică alte studii), e posibil ca morbiditatea relativă a primilor la nivelul întregii populații să fie subestimată, poate chiar să fie mai mare decât cea a femeilor. Apoi, relația de cauzalitate dintre morbiditate și numărul mediu de vizite la medic este neclară: este posibil ca femeile, tocmai pentru că merg mai des la medic, să aibă mai multe diagnostice (*i.e.*, o morbiditate mai

⁷⁶ L.M. Verbrugge, (1982) Sex differentials in health, în Public Health Rep., 97(5), p. 417-437.

⁷⁷ Y. Wang et al., (2013) Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. BMJ Open, 3(8).

⁷⁸ M.T. Carretero et al., (2014) Primary health care use from the perspective of gender and morbidity burden. BMC Women's Health, p. 14, 145.

ridicată, potrivit acestei măsuri). Nu în ultimul rând, studiul nu ia în calcul gravitatea bolilor – accesarea diferită a serviciilor medicale (e.g., bărbații merg la medic doar în stadiile mai avansate ale bolii, sau în cazul unor diagnostice mai grave) ar explica utilizarea ridicată a serviciilor de către bărbații cu morbiditate foarte ridicată (pe de altă parte, autorii amintesc că există studii care arată că asocierea între mersul la medic și severitatea problemei a fost detectată doar la femei și nu la bărbați).

Există și alte diferențe de gen în interacțiunea directă cu medicii. Studiile au arătat că medicul primar ține seama de gen când interpretează simptome ale bolilor cardiovasculare⁷⁹ și că femeile primesc mai ușor rețete⁸⁰. O trecere în revistă a studiilor privind diferențele de gen (și rasă) în relația cu sistemul medical⁸¹ amintește studii care au observat diferențe în atitudinea medicilor față de simptome de depresie (bărbații sunt mai des internați în spital decât femeile) sau de dependență (femeile sunt internate mai des). În plus, personalul medical petrece mai puțin timp cu bărbații decât cu femeile, le oferă acestora mai puține servicii, mai puțină informație și mai puține sfaturi, și le vorbesc mai rar despre nevoia de a își schimba stilul de viață. Ca exemplu este citat un studiu care a arătat că femeile din categoria de vârstă cu risc ridicat primeau instrucțiuni privind auto-examinarea sânilor în proporție de 86% în timp ce bărbații în situația echivalentă primeau instrucțiuni privind auto-examinarea testiculelor doar în proporție de 29%.

Dacă interpretăm toate aceste rezultate ca indicând (printre altele) că bărbații merg mai rar la medic preventiv sau în fazele incipiente ale bolii, sunt de interes posibilele motive culturale din spatele acestui comportament. Am menționat deja câteva posibile explicații: că bărbații sunt învățați să fie mai stoici, că vorbesc mai puțin despre probleme personale, că au mai puțină încredere în sistemul medical, că rolul de gen îi pune mai puțin în contact cu sistemul medical (și în general cu îngrijirea). Mai multe studii arată că bărbații mai conservatori în privința rolurilor de gen apelează mai puțin la servicii medicale, mai ales pentru probleme nenormative (e.g., depresie). Dar, relevant pentru politicile publice în domeniu, aceștia au șanse mai mari să ceară ajutorul dacă acesta este prezentat într-un mod mai potrivit cu imaginea lor despre masculinitate (e.g., în termeni cognitivi, în loc de termeni sentimentali)⁸².

În concluzie, există date care sugerează că mortalitatea ridicată a bărbaților adulți (relativ la femeile adulte) este parțial datorată interacțiunii ineficiente cu sistemul medical, atât datorită diferențierilor făcute de către personalul medical, cât mai ales dificultăților (psihologice sau de cunoaștere) pe care le întâmpină bărbații în utilizarea serviciilor medicale. Din punct de vedere al politicilor publice, mai multe intervenții par necesare: pregătirea personalului medical în a fi conștient de propriile stereotipuri de gen și, în același timp, de diferențele de nevoi, programe de prevenție care să ia în calcul statutul de *grup vulnerabil* pe care îl au bărbații, și o adecvare a mesajelor din partea sistemului medical.

⁷⁹ S. Arber et al., (2006) Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and treatment strategies related to CHD: a US/UK comparison, în *Social Science and Medicine*, p. 62, 103-15.

⁸⁰ G.P. Sayer & H. Britt, (1997) Sex differences in prescribed medications: another case of discrimination in general practice, în *Soc Sci Med*, p. 45, 1581-1587.

⁸¹ D.R. Williams, (2008) The health of men: structured inequalities and opportunities, în *Am J Public Health*, 98(9 Suppl).

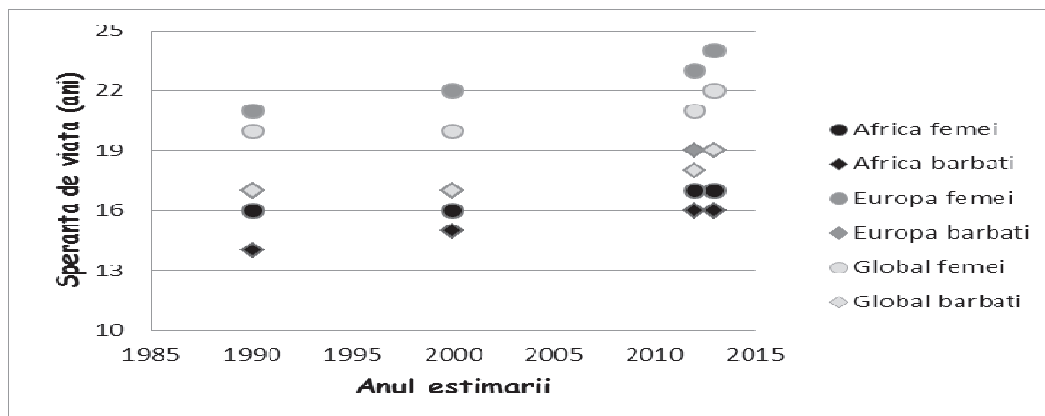
⁸² M.E. Addis & J.R. Mahalik, (2003) Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking, în *American Psychologist*, 58(1).

Mortalitatea bătrânilor după 65 ani

Ultima categorie de vârstă la care mă voi referi este cea a bătrânilor care au depășit vârsta pensionării (*i.e.*, peste 65 de ani). Datorită faptului că acest interval de vârstă este deschis, voi folosi ca indicator al mortalității speranța de viață (în loc de rata mortalității, care nu poate fi utilizată în acest caz). De asemenea, voi urmări un nou factor (alături de gen și regiune) care devine foarte relevant la această categorie de vârstă: statutul marital. În final voi explora relația dintre speranța de viață și statutul marital, rețelele sociale și suportul social.

O măsură a diferențelor de gen în mortalitate la vârsta a treia este speranța de viață (la 60 de ani); estimările OMS⁸³ pentru anul 2013 arată că atât global cât și la nivelul fiecărei regiuni există un avantaj feminin în privința speranței de viață la 60 de ani, și el este cel mai accentuat în cazul Europei. Pentru că există estimări pentru 4 ani (1990, 2000, 2012 și 2013) putem urmări și evoluția în timp a speranței de viață (Figura 3; doar global, Europa și Africa). Ca tendințe generale, se observă o creștere universală a speranței de viață și un dezavantaj masculin universal. Aș vrea să mai remarc încă două detalii: la distanța de doar un an (2012-2013) apare o creștere a speranței de viață pentru femeile europene (dar nu și pentru bărbații europeni) și la nivel global (atât pentru femei, cât și pentru bărbați), potențial legată de o schimbare a metodologiei de estimare care ar fi interesat de explorat (datorită diferenței de gen în efectul schimbării metodologiei); speranța de viață a bărbaților europeni este egală cu speranța de viață la nivel global (cu excepția anului 2012), în timp ce femeile europene au cea mai mare speranță de viață dintre toate categoriile (și aceasta a crescut constant de-a lungul perioadei urmărite).

Figura 3. Speranța de viață la 60 de ani



Sursă: OMS

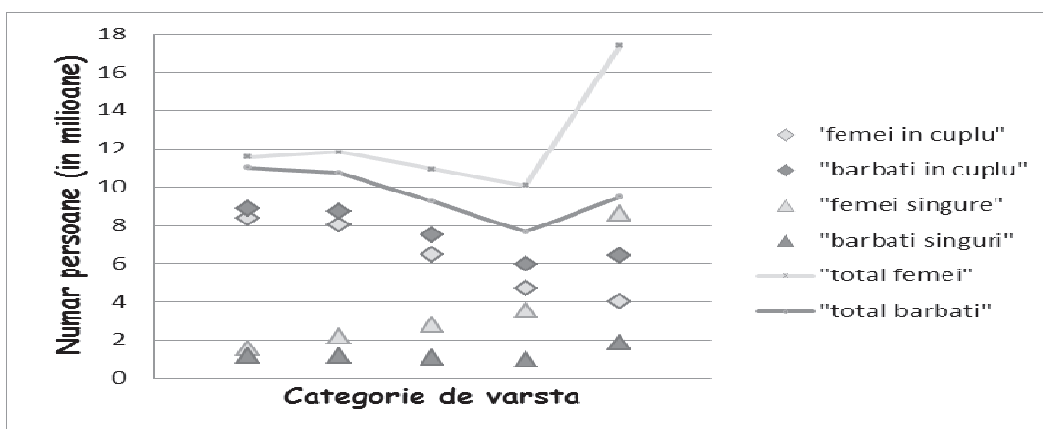
În cazul persoanelor de peste 65 de ani devine foarte interesantă și relația dintre mortalitate și statutul marital. Se știe că statutul marital afectează sănătatea persoanelor în vârstă⁸⁴, iar la

⁸³ WHO „Global Health Observatory Data Repository” (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.686?lang=en> consultat 01/06/15).

⁸⁴ L. Manzoli et al., (2007) Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis, în *Social Science & Medicine*, 64(1), p. 77-94.

vârste mai înaintate numărul femeilor văduve, divorțate sau singure îl depășește substanțial pe cel al bărbaților din situații echivalente (datorită mortalității mai ridicate a acestora din urmă și a faptului că, în medie, soții sunt mai în vârstă decât soțiile lor). Dacă urmărim evoluția cu vârsta a numărului de femei și de bărbați singure/î, și respectiv căsătorite/ți la nivel european putem observa că, deși scăderea numărului de femei în cuplu este doar puțin mai rapidă decât cea a bărbaților în cuplu, numărul femeilor singure crește vertiginos în timp ce numărul bărbaților singuri variază foarte puțin (Figura 4). Aceasta ar putea sugera că mortalitate bărbaților singuri este mai ridicată decât cea a bărbaților căsătoriți (fapt afirmat de altfel și de diverse studii), în timp ce efectul statutului marital este mai redus la femei, dacă nu în sens invers (*i.e.* femeile căsătorite au mortalitate mai ridicată decât cele singure).

Figura 4. Număr de persoane în cupluri versus singure în EU27



Sursă: Eurostat și valori calculate pe baza datelor Eurostat

Potrivit unei meta-analize a articolelor pe acest subiect (Manzoli et al., 2007), statutul de persoană căsătorită pare să confere o protecție împotriva mortalității atât la bărbați, cât și la femei, deși efectul în cazul ultimelor este mai redus. Există însă studii care găsesc un efect opus în cazul femeilor singure⁸⁵ (*i.e.*, mortalitate mai scăzută decât a femeilor căsătorite sau văduve) sau că efectele depind de poziția soțului în gospodărie (în Bangladesh)⁸⁶ sau de calitatea mariajului. Văduvii au mortalitate cu 25% mai mare și suferă de dizabilități cu 80% mai mult, în timp ce, în cazul văduvelor, efectul este statistic nesemnificativ⁸⁷. Femeile singure au starea de sănătate cea mai bună. Studiul observă însă că factorul cel mai important este nivelul contactelor sociale, inclusiv participarea la activități religioase. În interpretarea rezultatelor trebuie luat în considerare și faptul că starea de sănătate pare să afecteze

⁸⁵ T.M. Gustafsson et al., (1998) Mortality in elderly men and women in a Swedish municipality. Age and Ageing, p. 27, 585-593.

⁸⁶ M.O. Rahman, (1999) Age and gender variation in the impact of household structure on elderly mortality, in International Journal of Epidemiology, p. 28, 485-491.

⁸⁷ N. Goldman et al., (1995) Marital status and health among the elderly, in Social Science & Medicine, 40, 1717-1730

probabilitatea de divorț (*i.e.*, persoanele mai sănătoase divorțează mai puțin)⁸⁸, ceea ce poate cauza o asociere „înșelătoare” între statutul marital și mortalitate. Alte studii au găsit că diferențele în starea de sănătate asociate cu statutul marital par să fie mai curând efectul tensiunilor aferente dizolvării mariajului decât al beneficiilor mariajului⁸⁹. Totuși, cel puțin în țările europene și nord-americane, femeile par să fie mai puțin afectate de absența unui partener, cum o indică și faptul că au în continuare o mortalitate mai mică decât a bărbaților, deși sunt proporțional mult mai singure (este adevărat că avantajul feminin în privința mortalității este mai redus la aceste vârste față de cele anterioare, dar nu trebuie uitat nici că situația materială inferioară a femeilor, relativ la cea a bărbaților, contează mai mult la aceste categorii de vârste).

Una din posibilele explicații pentru sănătatea mai bună a persoanelor căsătorite este că partenerul de viață controlează comportamentele legate de sănătate. Trecerea de la statutul de căsătorit la cel de necăsătorit (dar nu invers) este asociată cu o creștere a comportamentelor cu efecte negative asupra stării de sănătate. Soțiile își „controlează” mai mulți soții decât vice-versa, ceea ce ar explica efectul mai important al statutului marital asupra bărbaților⁹⁰.

O altă posibilă explicație care merită investigată este asocierea dintre rețelele sociale și diferențele de gen în mortalitate, pentru că suportul social este cunoscut ca unul din factorii care influențează starea de sănătate și morbiditatea. Asocierile dintre izolarea socială și starea de sănătate, respectiv mortalitate, sunt cunoscute de mult timp⁹¹ dar direcția de cauzalitate și mecanismele nu sunt întotdeauna foarte clare. Există deja un număr important de studii care demonstrează că existența relațiilor sociale are ca efect o mortalitate mai scăzută. Recent, mai multe studii au urmărit importanța suportului social în cazul unor boli specifice care afectează persoanele în vârstă (de exemplu, au arătat că nivelul de suport afectează starea de sănătate a bărbaților cu probleme de inimă; efectul în cazul femeilor nu a fost semnificativ statistic⁹²). Cât privește tipul de rețele sociale relevante, de exemplu, mortalitatea este semnificativ mai scăzută printre persoanele care merg la biserică regulat⁹³. Un rezultat interesant apare atunci când sunt separate efectele oferirii suportului și ale primirii suportului, când se observă că doar oferirea suportului este asociată semnificativ cu mortalitatea⁹⁴. De altfel efectele pozitive asupra sănătății derivate din ajutarea celor din jur au fost observate în multe alte contexte. Datele ar sugera, deci, că educarea femeilor spre a arăta „grijă” față de cei din jur pare să contribuie la longevitatea mai mare a acestora.

Pentru ca diferențele de gen în mortalitatea la aceste vârste să fie (parțial) explicate de diferențele în rețele sociale (și suport social), ar trebui demonstrat că femeile au rețele sociale

⁸⁸ *I.M. Joung et al.*, (1998) A longitudinal study of health selection in marital transitions, în *Social Science & Medicine*, 46, 425-435.

⁸⁹ *K. Williams & D. Umberson*, (2004) Marital Status, Marital Transitions, and Health: A Gendered Life Course Perspective, în *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1).

⁹⁰ *D. Umberson*, (1992) Gender, marital status and the social control of health behavior, în *Social Science & Medicine*, 34(8), p. 907-917.

⁹¹ *J.S. House et al.*, (1988) Social Relationships and Health, în *Science*, 241(4865), p. 540-545.

⁹² *D.M. Berard et al.*, (2012) Gender differences in the influence of social support on one-year changes in functional status in older patients with heart failure, în *Cardiology Research and Practice*, 1(1).

⁹³ *H.G. Koenig et al.*, (1999) Does Religious Attendance Prolong Survival?, în *A Six-Year Follow-Up Study of 3,968 Older Adults*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 54 (7), M370-M376.

⁹⁴ *S.L. Brown et al.*, (2003) Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality, în *Psychological Science*, 14, p. 320-327.

mai ample și/sau de mai bună calitate, mai ales cele în afara familiei nucleare. Dacă femeile sunt în principal cele „responsabile” de întreținerea legăturilor cu familia mai îndepărtată, prietenii și comunitatea (de exemplu prin mersul la biserică), acest fapt ar explica în parte profundul efect negativ pe care văduvia îl are asupra unui bărbat, respectiv efectul mai redus asupra femeilor.

Studiile arată într-adevăr că femeile au rețele sociale mai mari și mai variate și primesc mai mult suport, atât în general, cât și specific de la copii și, respectiv, prieteni⁹⁵. În mod interesant, bărbații primesc mai mult suport decât femeile din partea *soției/soțului*. În privința relațiilor cu comunitatea, femeile merg mai des la biserică, dar există și studii care au observat că bărbații ar fi mai implicați în alte tipuri de grupuri⁹⁶. Aceste diferențe de gen între rețelele sociale există în condițiile în care, cu înaintarea în vârstă, dimensiunea rețelelor scade și suprapunerea dintre diversele rețele crește⁹⁷.

În concluzie, femeile se bucură pe parcursul întregii vieți de rețele sociale mai extinse și suport social mai bun (mai ales în afara relației de cuplu), iar acestea vor conta în mod special după vârsta de 65 de ani, când rețelele sociale se contractă și mortalitatea este puternic asociată cu nivelul de suport. Politicile publice ar trebui deci să încerce să diminueze deficiența de suport cu care se confruntă bărbații de peste 65 de ani, mai ales văduvii. La un nivel mai general, o obișnuință a *grijii* față de alții ar trebui susținută poate în cazul bărbaților și pentru efectul pozitiv pe care îl are asupra stării de sănătate a celui care ajută.

III. Concluzii

Sper că am reușit să arăt în secțiunea anterioară că avem suficiente argumente în acest moment pentru a susține probabilitatea existenței unor cauze culturale cu efecte importante asupra diferențelor de mortalitate dintre femei și bărbați. Am arătat că genul copilului influențează, cel puțin în anumite țări dezvoltate, decizia mamei de a alăpta pe o perioadă mai îndelungată, băieții fiind defavorizați în această privință, în condițiile în care durata alăptării are efecte pe termen lung asupra sănătății copilului (și adultului de mai târziu). Alăptarea este însă numai o fațetă a activității parentale, aleasă pentru că efectul ei asupra sănătății copilului este mai ușor de demonstrat și de descris în detaliu. Multe alte diferențe în interacțiunea părinți-copil, unele care implică și tatăl, nu doar mama, au și ele efecte demonstrate asupra morbidității și mortalității viitoare a copilului. În general, de tratamentele cu efecte negative (e.g., violență, control negativ, lipsă de afecțiune demonstrativă) au parte preponderent băieții. Deși în aceste cazuri sunt mai greu de separat factorii care țin de diferențierea făcută de părinți și cei care țin de diferențele de personalitate ale copiilor, prejudecățile demonstrate ale adulților în interpretarea comportamentului copiilor de genuri diferite sugerează că diferențele

⁹⁵ T.C. Antonucci & H. Akiyama, (1987) An Examination of Sex Differences in Social Support Among Older Men and Women. *Sex Roles*, 17(11/12).

⁹⁶ M.V. Zunzunegui et al., (2003) Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults, in *Journal of Gerontology*, 58B(2), S93-S100.

⁹⁷ E.J. Smith et al., (2015) The relationship of age to personal network size, relational multiplexity, and proximity to alters in the western United States, in *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), p. 91-99.

de gen în temperamentul copiilor nu sunt singura explicație a diferențelor de gen în activitatea parentală.

În cazul adulților, am arătat că mortalitatea și morbiditatea sunt probabil semnificativ influențate de relația diferită pe care femeile și bărbații o au cu sistemul medical, care răspunde mult mai puțin nevoilor acestora din urmă. Probleme există atât la nivelul programelor publice, în special cele de prevenție, cât și la nivelul interacțiunii individuale cu personalul medical.

În final am arătat că suportul social are un efect important asupra speranței de viață la vârsta a treia, și că din nou femeile sunt avantajate în privința dimensiunii și complexității rețelelor sociale din care fac parte, într-o perioadă în care acestea suferă o diminuare atât la bărbați cât și la femei.

În aceste condiții, în opinia mea, este necesar ca politicile publice să țină seama de dezavantajul masculin în morbiditate și mortalitate și să încerce să îl diminueze. Apare atunci și o problemă a alocării fondurilor (*i.e.*, ar trebui luați bani de la proiecte cu beneficiari majoritar femei, cum ar fi programele de prevenire a cancerului la sân, pentru a-i cheltui pe proiecte cu beneficiari majoritar bărbați, cum ar fi programe de prevenire a consumului de alcool), problemă pe care nu o voi discuta însă aici, decât ca să afirm că în opinia mea nu este obligatorie alegerea de a „împărți” bani în așa fel încât să se obțină mortalități/morbidități similare pentru bărbați și femei (chiar și corectate pentru diferențele biologice).

În primul rând, este foarte necesar ca toate statisticile privind factori care afectează sănătatea (*e.g.*, ratele alăptării, accesarea serviciilor medicale etc.) să fie segregate pe genuri. Spre surprinderea mea acest lucru nu se întâmplă la ora actuală nici măcar la nivelul Uniunii Europene (cel puțin în privința statisticilor disponibile public). Ar trebui de asemenea să fie studiat mai mult dezavantajul masculin în morbiditate și mortalitate și ca genul să primească mai multă atenție ca factor în studiile privind comportamente cu efecte asupra sănătății. În particular, ar trebui să li se dea mai multă atenție taților (relativ la situația actuală, de ignorare aproape generalizată) în studiile privind activitatea parentală.

În al doilea rând, politicile publice din sănătate deja existente trebuie să țină cont mai mult (decât deloc, în majoritatea cazurilor) de situația specială a băieților și a bărbaților. De exemplu, politicile de promovare a alăptării trebuie să informeze mamele de băieți în mod special în privința nevoilor nutriționale ale acestora (deoarece mamele renunță deseori la alăptarea exclusivă datorită temerilor privind insuficiența nutrițională a laptelui matern, mai ales în cazul sugarilor de gen masculin). Programele pentru sănătatea mentală (*e.g.*, consiliere pentru depresie) trebuie să ofere și mesaje, respectiv opțiuni, care răspund nevoilor bărbaților (*e.g.*, accentul pus mai puțin pe discuții și mai mult pe efortul personal de schimbare). În particular, personalul medical și decidenții din sănătate trebuie informați în privința propriilor stereotipuri de gen și, în același timp, a diferențelor reale de nevoi dintre femei și bărbați, nu doar în cazurile în care sunt afectate negativ femeile, ci și în cazurile în care bărbații sunt cei dezavantajați.

O schimbare mai generală în educație ar putea avea efecte importante asupra dezavantajului masculin în mortalitate. De exemplu o educare a băieților spre a arăta grijă față de alții poate avea efecte benefice directe asupra lor (alături de efectele benefice pe care le-ar avea asupra societății în general).

Nu în ultimul rând, trebuie create noi programe care să răspundă unor nevoi neglijate până acum tocmai pentru că afectează genul considerat „mai puternic” și „mai autonom”. Un exemplu ar fi programe pentru implicarea persoanelor în vârstă în organizații civice.

Situația „bărbaților lipsă” poate fi un punct de plecare pentru o discuție interesantă privind echivalența dintre „bărbații lipsă” și „femeile lipsă”. Fenomenul „femeilor lipsă” este explicat prin poziția de putere, dominanța bărbaților într-o societate patriarhală. În această logică, „femeile lipsă” reflectă situația de vulnerabilitate a femeilor ca grup, întărită de o serie de stereotipii – precum cele legate de indisponibilitatea femeilor la statutul de ființă autonomă. Totuși, există și factori biologici care interacționează cu factorii externi în determinarea mortalității ridicate (e.g., maternitatea sau susceptibilitatea mai ridicată la boală a aparatului genital).

Bărbații sunt un grup dominant, ca urmare, vulnerabilitatea lor ca grup nu este în general privită ca o explicație a fenomenului „bărbaților lipsă”. Sunt preferate mai curând explicațiile biologice, cum ar fi susceptibilitatea lor ridicată la infecții. Totuși, în inventarul făcut am arătat că „bărbați lipsă” apar și datorită unor factori externi, asociați vulnerabilității (e.g., decizia mamelor în privința întreruperii alăptării sau inadecvarea mesajelor transmise de sistemul medical). Este interesant că mulți dintre factori externi care intervin în cazul „bărbaților lipsă” au la bază stereotipii despre ce sunt și cum trebuie să fie bărbații, cu efectele negative expuse în capitolul anterior.

Prin urmare, în opinia mea, fenomenele „bărbații lipsă” și „femeile lipsă” sunt similare ca produs al unei interacțiuni susceptibilitate biologică – stereotipii (deși susceptibilitățile, respectiv stereotipiile diferă în funcție de gen), care produce vulnerabilitate indiferent de statutul de grup dominant sau nedominant. Bărbații ca grup nu pot fi oprimați de vreme ce sunt dominanți⁹⁸, iar unii autori consideră că nu pot fi victime ale discriminării (pe criteriul genului) din același motiv. În opinia mea ei pot fi totuși un grup vulnerabil care trebuie tratat ca atare de politicile publice.

⁹⁸ K. Clatterbaugh, (1996) Are Men Oppressed? în L. May, R. Strikwerda & P.D. Hopkins (eds.), *Rethinking Masculinity: Philosophical Explorations in the Light of Feminism*, 2nd ed (p.289-305). Lanham, Md.: Rowman and Littlefield.