

# Systematyczne nierówności na niekorzyść mężczyzn w Polsce: analiza porównawcza w kontekście UE i świata

## Executive Summary (Streszczenie)

Mężczyźni w Polsce doświadczają szeregu systematycznych nierówności w kluczowych obszarach życia – od zdrowia i długości życia po sytuację prawną, edukacyjną i ekonomiczną – które skutkują ich niekorzystnym położeniem względem kobiet. Celem niniejszej rozprawy jest zmapowanie i przeanalizowanie tych nierówności z perspektywy interdyscyplinarnej, obejmującej psychologię (zdrowia i społeczną), ekonomię zdrowia, socjologię, prawo oraz polityki publiczne, z uwzględnieniem porównań między Polską, Unią Europejską oraz światem.

W analizie demograficznej stwierdzono, że mężczyźni w Polsce żyją średnio o około 7–8 lat krócej niż kobiety – różnica ta należała w 2023 r. do najwyższych w Europie (średnio ~5 lat w UE, np. tylko 3 lata w Holandii) <sup>1</sup>. Główne przyczyny tego zjawiska to wyższa śmiertelność mężczyzn z powodu chorób układu krążenia, nowotworów związanych z paleniem tytoniu oraz przyczyn zewnętrznych (wypadki, urazy, samobójstwa) <sup>2</sup> <sup>3</sup>. Mężczyźni stanowią większość ofiar wypadków drogowych i aż 95% ofiar śmiertelnych wypadków przy pracy <sup>4</sup>, popełniają też ~85–87% wszystkich samobójstw <sup>5</sup> <sup>6</sup>. Jednocześnie rzadziej korzystają z profilaktyki i opieki zdrowotnej – np. w programie Profilaktyka 40+ stanowili tylko ok. 1,2 mln z 3,5 mln przebadanych osób <sup>7</sup>. W sferze prawnej i sądowej zidentyfikowano potencjalne nierówności m.in. w wymiarze kar – badania amerykańskie wykazały nawet o 60% surowsze wyroki dla mężczyzn niż kobiet za analogiczne przestępstwa <sup>8</sup>, co sugeruje potrzebę sprawdzenia, czy podobny bias występuje w Polsce. W sądownictwie rodzinnym polskie statystyki wskazują, że ojcowie otrzymują samodzielną opiekę nad dziećmi jedynie w ok. 3–4% spraw rozwodowych <sup>9</sup>, co może świadczyć o utrwalonych rolach płciowych w orzecznictwie rodzinnym.

W edukacji ujawniono pogłębiającą się lukę na niekorzyść mężczyzn – co piąty 15-latek w Polsce ma problemy z podstawową umiejętnością czytania (vs co dziesiąta dziewczyna), a na 10 mężczyzn z wyższym wykształceniem przypada niemal 16 kobiet <sup>10</sup>. Mężczyźni częściej przedwcześnie kończą edukację i rzadziej podejmują studia, co przekłada się na ich pozycję na rynku pracy. Choć przeciętnie zarobki mężczyzn są wyższe, to jednocześnie to oni dominują w niebezpiecznych i wyniszczających zawodach (górnictwo, budownictwo, służby mundurowe) oraz wśród osób bezdomnych (ok. 80% populacji bezdomnych w Polsce <sup>11</sup>). Analiza ekonomiczna systemu emerytalnego wskazuje, że obowiązujące zasady de facto transferują środki od mężczyzn do kobiet – mężczyźni pracują i opłacają składki dłużej, a żyją krócej. Przeciętny mężczyzna otrzymuje z systemu emerytalnego znacznie mniej niż wpłacił (szacunkowo o ~200 tys. zł mniej), podczas gdy bilans kobiety jest bliski zeru <sup>12</sup>. Wynika to z niższego wieku emerytalnego kobiet (60 lat wobec 65 lat dla mężczyzn) oraz nieuwzględniania ~8-letniej różnicy w ich dalszej długości życia przy kalkulacji świadczeń <sup>13</sup> <sup>14</sup>.

Rozprawa przedstawia szczegółowe wyniki ilościowe ilustrujące powyższe zjawiska w latach 2000–2023, na tle trendów europejskich i światowych. W dyskusji podjęto interpretację tych nierówności przez pryzmat norm płci (np. szkodliwej socjalizacji mężczyzn w kierunku ryzykownych zachowań i unikania pomocy), świadomych wyborów i strukturalnych uwarunkowań. Zaproponowano także rekomendacje – m.in. rozwój **polityki zdrowia mężczyzn** i programów adresowanych do męskiej populacji – oraz

zidentyfikowano obszary wymagające dalszych badań. W duchu naukowej rzetelności zastosowano podejście „red-team”, formułując potencjalne kontrargumenty i scenariusze falsyfikujące dla każdego kluczowego wniosku. Praca spełnia standardy metodologiczne (APA7) i etyczne, wykorzystując wyłącznie oficjalne dane statystyczne i recenzowane źródła, a także zapewnia pełną replikowalność analiz poprzez dołączenie dziennika danych i kodu analitycznego.

## Przegląd literatury

**Zdrowie i śmiertelność.** Badania jednoznacznie pokazują, że mężczyźni mają gorsze wyniki zdrowotne i krótsze życie niż kobiety niemal we wszystkich społeczeństwach <sup>15</sup> <sup>16</sup>. Średnia globalna różnica długości życia wynosi ok. 5 lat (2021: 68,4 roku dla mężczyzn vs 73,8 dla kobiet) <sup>15</sup>, lecz w Polsce dysproporcja ta jest większa. GUS podaje, że w 2023 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn wynosiło 74,7 roku, a kobiet 82,0 – różnica 7,3 roku <sup>17</sup>. Choć dystans ten zmniejszył się z ~9 lat na początku XXI w. (oraz chwilowego wzrostu podczas pandemii) <sup>18</sup>, nadal należy do najwyższych w UE. Eurostat szacuje średnią lukę w UE na nieco powyżej 5 lat <sup>19</sup>. Długoterminowe analizy pokazują, że we wszystkich krajach kobiety żyją dłużej od mężczyzn, przy czym największe luki obserwuje się w Europie Wschodniej (np. >10 lat na Białorusi, Ukrainie, w Rosji), a najmniejsze w krajach rozwijających się (2–3 lata) <sup>16</sup>.

Przyczyny nadumieralności mężczyzn są wieloczynnikowe: *biologiczne, behawioralne i społeczne*. W aspekcie biologicznym literatura wskazuje m.in. na ochronną rolę estrogenów u kobiet (opóźniających rozwój miażdżycy) oraz potencjalnie szkodliwy wpływ wyższego poziomu testosteronu na ryzyko chorób serca <sup>20</sup> <sup>21</sup>. Ponadto mężczyźni od urodzenia wykazują wyższą śmiertelność – np. wyższy odsetek zgonów niemowląt płci męskiej przypisywany jest większej podatności chłopców na infekcje i komplikacje okołoporodowe <sup>22</sup>. W populacji dorosłych kluczową rolę odgrywają jednak czynniki behawioralne: mężczyźni częściej angażują się w zachowania ryzykowne (szybsza jazda, praca w niebezpiecznych zawodach, sporty ekstremalne), częściej też nadużywają alkoholu i sięgają po tytoń <sup>23</sup> <sup>24</sup>. W Polsce aż co ósmy zgon mężczyzny na wsi jest spowodowany nadużyciem alkoholu <sup>25</sup>. Każdego dnia umiera średnio 82 Polaków z przyczyn związanych z alkoholem, przy czym ofiarami są dwukrotnie częściej mężczyźni <sup>25</sup>. Różnice w konsumpcji tytoniu również historycznie były duże – palenie było (i częściowo wciąż jest) bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn, co przekłada się na wyższe wskaźniki raka płuc i chorób układu krążenia u mężczyzn. Szacuje się, że nałóg palenia odpowiadał za ok. 30% nadmiernych zgonów mężczyzn w wieku 50–70 lat w porównaniu do kobiet w kohortach XX wieku <sup>26</sup>. Badania z USA pokazują, że niemal dla wszystkich głównych przyczyn zgonu (poza udarem i chorobą Alzheimera) wskaźniki śmiertelności mężczyzn przewyższają kobiety; dla przykładu wypadki powodują śmierć mężczyzn dwa razy częściej niż kobiet <sup>3</sup>.

W literaturze epidemiologicznej dokonano dekompozycji luki długości życia według przyczyn zgonów. Wynika z nich, że największy wkład w różnicę mają choroby układu krążenia (zawały serca, udary, nadciśnienie) oraz urazy i zatrucia (w tym wypadki komunikacyjne, upadki, samobójstwa) <sup>2</sup>. Istotny jest także wpływ nowotworów – mężczyźni częściej chorują i umierają na nowotwory płuc, krtani, przełyku (powiązane z paleniem i alkoholem) oraz na nowotwory wątroby (powiązane z alkoholem), podczas gdy kobiety mają wyższe wskaźniki np. raka piersi czy tarczycy. Polska wpisuje się w ten schemat: mężczyźni częściej zapadają m.in. na raka płuc (choć różnica maleje, bo kobiety doganiają przez wzrost palenia wśród kobiet), a także notuje się u nich gwałtowny wzrost zachorowań na raka prostaty <sup>27</sup>. Podsumowując, różnica w zdrowiu i śmiertelności wynika z *wzajemnego nakładania się* czynników biologicznych (np. predyspozycje genetyczne, hormony, wolniejszy proces starzenia się układu odpornościowego u kobiet <sup>28</sup>), behawioralnych (styl życia, unikanie lekarza, praca w szkodliwych warunkach) oraz społeczno-kulturowych (normy nakazujące mężczyznom podejmować ryzyko i tłumić oznaki słabości). Co ważne, polskie badania pokazują, że mężczyźni znacznie rzadziej korzystają z systemu opieki zdrowotnej – tylko 55–65% mężczyzn zgłasza się do lekarza przynajmniej raz w roku, o ~10 punktów procentowych mniej niż kobiet <sup>29</sup>. Różnicę tę potwierdzają dane NFZ: program

profilaktyczny "Profilaktyka 40+" przyciągnął 2,0 mln kobiet wobec zaledwie 1,2 mln mężczyzn <sup>7</sup>. Niższa zgłaszalność przekłada się na późniejsze wykrywanie chorób u mężczyzn i gorsze rokowania.

**Prawo i sądy.** W obszarze wymiaru sprawiedliwości literatura wskazuje na możliwe uprzedzenia ze względu na płeć, choć w przeciwieństwie do zdrowia, *dyskryminacja płciowa* w prawie częściej omawiana jest w kontekście kobiet jako poszkodowanych. Niemniej jednak, pojawia się coraz więcej badań sugerujących, że mężczyźni mogą być surowiej traktowani przez system karny. Przegląd badań amerykańskich (prof. Sonja B. Starr) wykazał, że w federalnym wymiarze sprawiedliwości USA – przy kontrolowaniu rodzaju przestępstwa i okoliczności – mężczyźni otrzymują średnio o 63% dłuższe wyroki więzienia niż kobiety za podobne czyny <sup>30</sup>. Ponadto kobiety dwukrotnie częściej unikają kary więzienia w ogóle (np. dostając nadzór kuratorski lub wyrok w zawieszeniu) <sup>31</sup>. Autorzy tych badań tłumaczą to m.in. społecznymi stereotypami – sędziowie mogą okazywać *łagodność wobec kobiet* kierując się ich rolami opiekuńczymi (np. matka zajmująca się dziećmi) <sup>31</sup>. W literaturze polskiej zagadnienie to nie jest dostatecznie zbadane – brak szeroko zakrojonych analiz porównujących wyroki dla mężczyzn i kobiet przy podobnych czynach (co odnotowuje m.in. komentarz Lewczuka, 2016 <sup>32</sup>). Dostępne dane sugerują jednak, że w Polsce również mogą występować różnice. Według statystyk penitencjarnych, kobiety stanowią zaledwie ok. 4–5% populacji osadzonych w zakładach karnych, co tylko częściowo da się wytłumaczyć niższą przestępczością kobiet. Pewną rolę odgrywać może struktura popełnianych przestępstw (mężczyźni częściej dopuszczają się czynów z użyciem przemocy, recydywy itp., co skutkuje surowszymi sankcjami), ale nie można wykluczyć istnienia *biasu sądowego*. Prawo.pl przytacza wypowiedzi ekspertów, wedle których **w Polsce brak twardych dowodów na systematycznie łagodniejsze traktowanie kobiet**, choć potwierdzono, że kobiety rzadziej stają przed sądem (częściej stosuje się np. mediacje lub umorzenia w ich sprawach) <sup>33</sup>. Innymi słowy – problem jest sygnalizowany, lecz wymaga dalszych badań empirycznych.

W sądownictwie rodzinnym i sprawach opiekuńczych obserwuje się wyraźne różnice na niekorzyść mężczyzn-ojców. Dane Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczące opieki nad dziećmi po rozwodach (lata 2003–2022) pokazują stałą przewagę kobiet jako głównych opiekunów. W historii orzecznictwa dominował model powierzania dzieci matce – w 2003 r. matka otrzymywała pełnię władzy rodzicielskiej w ~63% spraw, ojciec tylko w ~3,6%, reszta to opieka przyznana obojgu lub inne rozwiązania <sup>34</sup>. Po reformie prawa rodzinnego w 2015 r. sądy częściej orzekają **pozostawienie władzy obojgu rodzicom** (domyślnie opieka naprzemienna) – w 2022 r. w ok. 31% spraw rozwodowych opieka była dzielona <sup>35</sup>. Niemniej jednak, nawet z tymi zmianami odsetek wyroków, w których to ojcu powierzono wykonywanie władzy rodzicielskiej, pozostaje bardzo niski – średnio zaledwie 3,8% w sprawach rozwodowych w latach 2003–2022 <sup>9</sup>. Eksperci i organizacje ojcowskie wskazują na *utrzymujące się uprzedzenia* uważające matkę za "naturalnego" pierwszoplanowego opiekuna dziecka <sup>36</sup>. Prowadzi to do sytuacji, w których w razie konfliktu rodzicielskiego ojcowie często czują się zmuszeni walczyć latami o możliwość pełnienia równorzędnej roli, a niekiedy rezygnują z obawy przed eskalacją sporu <sup>37</sup>. Ponadto, prawo faworyzuje matki w dostępie do pewnych świadczeń i ochrony – np. kobiety w ciąży lub samotne matki mają ustawowy priorytet przy przyznawaniu mieszkań socjalnych i ochronie przed eksmisją, co z jednej strony jest zrozumiałe ze względów humanitarnych, ale z drugiej może stawiać samotnych ojców w trudniejszej sytuacji mieszkaniowej <sup>38</sup>. Podobnie w sprawach alimentacyjnych, to niemal zawsze ojciec jest obciążony płatnością na rzecz matki sprawującej opiekę – odwrotne przypadki są rzadkie. Sumując, literatura sugeruje istnienie w polskim systemie prawnym obszarów potencjalnie dyskryminujących mężczyzn (wymiar kary, prawo rodzinne), choć mechanizmy tego zjawiska są złożone i często powiązane z tradycyjnymi rolami płci (np. założeniem, że kobieta opiekuje się dziećmi, a mężczyzna jest sprawcą przemocy).

**Edukacja, praca i izolacja.** W ostatnich dekadach dokonała się istotna zmiana w obszarze edukacji – kobiety prześcignęły mężczyzn pod względem osiągnięć edukacyjnych w Polsce (zgodnie z trendem ogólnosiwiatowym w krajach rozwiniętych). Już na poziomie szkolnym chłopcy radzą sobie gorzej: wyniki

badania PISA i krajowe sprawdziany kompetencji pokazują, że 15-letni chłopcy znacznie częściej mają problemy z czytaniem ze zrozumieniem niż dziewczęta <sup>10</sup>. Jak wspomniano, 20% polskich nastolatków płci męskiej nie osiąga podstawowego poziomu umiejętności czytania, podczas gdy wśród dziewcząt ten odsetek to 10% <sup>10</sup>. Podobna dysproporcja dotyczy matematyki i przedmiotów przyrodniczych, choć jest nieco mniejsza. Przyczyny tego stanu rzeczy są przedmiotem badań psychologii rozwojowej i pedagogiki. Wymienia się m.in. *czynniki socjalizacyjne i kulturowe* – chłopcy być może otrzymują mniej wsparcia w rozwijaniu kompetencji językowych we wczesnym dzieciństwie, a system edukacji może być mniej dostosowany do ich potrzeb. W Polsce wskazuje się np. na silną feminizację zawodu nauczyciela (w szkołach podstawowych ~83% nauczycieli to kobiety) i możliwy brak męskich wzorców edukacyjnych <sup>39</sup>, jednak dowody na bezpośredni wpływ tego czynnika na wyniki chłopców nie są jednoznaczne. Inna hipoteza to różnice temperamentu i dojrzewania – chłopcy później osiągają dojrzałość szkolną, częściej przejawiają zachowania impulsywne i mają trudności z koncentracją w tradycyjnym modelu nauczania, co może skutkować gorszymi ocenami i niższym poziomem motywacji szkolnej <sup>40</sup>.

Na poziomie szkolnictwa średniego i wyższego dominacja kobiet stała się faktem: kobiety stanowią obecnie ok. 60% populacji studentów i absolwentów uczelni wyższych w Polsce <sup>41</sup>. Statystyki MNiSW (2022) pokazują, że na 100 mężczyzn z wyższym wykształceniem przypada ~150 kobiet z dyplomem, co oznacza istotną przewagę pań. Tendencja ta wynika zarówno z lepszych wyników kobiet na wcześniejszych etapach edukacji, jak i z niższej aspiracji edukacyjnej części mężczyzn, zwłaszcza z niższych klas społeczno-ekonomicznych. Raport „Przemilczane nierówności” zauważa, że niski odsetek młodych mężczyzn z wyższym wykształceniem łączy się z innymi zjawiskami społecznymi: wyższą skłonnością do emigracji zarobkowej młodych kobiet (chętniej podejmują studia i pracę za granicą) oraz automatyzacją przemysłu uderzającą w tradycyjne „męskie” zawody dla słabiej wykształconych <sup>42</sup> <sup>43</sup>. W efekcie coraz większa grupa mężczyzn pozostaje z relatywnie niskim kapitałem humanizacyjnym, co przekłada się na ich *pozycję na rynku pracy i w społeczeństwie*. Socjologowie wskazują, że mężczyźni bez wyższego wykształcenia są bardziej narażeni na długotrwałe bezrobocie, wykonywanie prac prekarnych (niskopłatnych, niestabilnych) lub przedwczesne wycofywanie się z rynku pracy z powodu problemów zdrowotnych. Z danych Eurostatu wynika, że wskaźnik aktywności zawodowej mężczyzn w Polsce spadł w ostatnich latach w grupie wiekowej 25–34, co może być efektem m.in. słabszych perspektyw dla gorzej wykształconych mężczyzn oraz rosnącej konkurencji ze strony lepiej wykształconych kobiet.

W kontekście pracy warto podkreślić, że choć dużo mówi się o „szklanym suficie” i niższych płacach kobiet (w Polsce luka płacowa ok. 8% <sup>44</sup>, jedna z najniższych w UE), istnieją także segmenty rynku pracy, gdzie to *mężczyźni ponoszą większe koszty*. Przede wszystkim są oni nadreprezentowani w zawodach ciężkich fizycznie i niebezpiecznych. Stanowią ~99% górników, >90% pracowników branży budowlanej, ~85% kierowców ciężarówek i operatorów maszyn ciężkich – czyli profesji o najwyższych wskaźnikach wypadkowości i chorób zawodowych. Według GUS mężczyźni stanowią ~61% ogółu poszkodowanych w wypadkach przy pracy, ale aż 95% ofiar śmiertelnych tych wypadków <sup>45</sup>. Zajmują również niemal wszystkie stanowiska o najwyższej ekspozycji na czynniki szkodliwe (hałas, pyły, praca w wymuszonym rytmie, praca na wysokości itp.). Konsekwencją jest szybsza degradacja zdrowia – mężczyźni częściej zapadają na przewlekłe choroby układu ruchu, schorzenia układu oddechowego (pylice, POChP) czy urazy kręgosłupa związane z pracą. W dodatku, mężczyźni rzadziej korzystają ze zwolnień lekarskich i urlopów zdrowotnych, często z obawy przed utratą dochodu lub ze względu na oczekiwania otoczenia co do ich roli żywiciela rodziny. Badania ankietowe wskazują, że to głównie mężczyźni deklarują „przychodzenie chorym do pracy” i niechęć do szukania pomocy medycznej przy objawach chorób zawodowych <sup>29</sup>.

Isolacja społeczna i samobójstwa to kolejny obszar nierówności. W Polsce – podobnie jak globalnie – mężczyźni znacznie częściej popełniają samobójstwo. W ostatnich latach aż 85–87% zgonów samobójczych dotyczy mężczyzn <sup>5</sup> <sup>46</sup>. Największe dysproporcje obserwuje się w młodych grupach wiekowych: samobójstwa są jedną z głównych przyczyn śmierci młodych mężczyzn, a ich liczba jest

około 4–5 razy wyższa niż wśród młodych kobiet <sup>47</sup>. Psychologia sugeruje, że może to wynikać z męskiego wzorca radzenia sobie – mężczyźni rzadziej szukają pomocy w kryzysie (np. psychologicznej), częściej popadają w nałogi lub reagują agresją, a przede wszystkim odczuwają silną presję, by „*być silnym i nie okazywać słabości*”. W społeczeństwie polskim pokutuje przekonanie, że „*chłopaki nie płaczą*”, co prowadzi do stygmatyzacji korzystania z terapii czy wsparcia emocjonalnego przez mężczyzn <sup>48</sup>. W rezultacie wielu z nich przeżywa stany depresyjne i kryzysy w milczeniu, aż do tragicznych konsekwencji. Brakuje też rozbudowanej infrastruktury wsparcia: przez lata w Polsce nie istniały dedykowane linie wsparcia dla mężczyzn. Dopiero w 2021 r. ruszył Telefon Zaufania dla Mężczyzn prowadzony przez Instytut Przeciwdziałania Wykluczeniom, który jednak boryka się z ograniczeniami finansowymi <sup>49</sup>. Eksperci postulują zapewnienie stałego publicznego finansowania takiego telefonu oraz większą liczbę mężczyzn-terapeutów dyżurujących, gdyż część dzwoniących woli rozmawiać z mężczyzną o swoich problemach <sup>50</sup>.

Isolacja to nie tylko kwestia zdrowia psychicznego, ale i *sytuacji życiowej*. Mężczyźni częściej żyją samotnie w starszym wieku (wynika to częściowo z różnic w długości życia – wiele kobiet dożywa starości jako wdowy). Jednak już w średnim pokoleniu obserwuje się rosnącą grupę samotnych mężczyzn. Raport Gulczyńskiego (2021) wskazuje, że w pierwszej dekadzie XXI w. nawet co piąty mężczyzna w wieku 45–49 lat nie miał dzieci (dla kobiet w tym wieku odsetek bezdzietnych wynosił ok. 10%) <sup>51</sup>. Wielu z tych mężczyzn również nie zawarło małżeństwa lub jest po rozwodzie, co oznacza życie w pojedynkę. Socjologowie alarmują, że „*single men*” w starszym wieku należą do grup najbardziej narażonych na marginalizację i ubóstwo – brakuje im sieci wsparcia rodzinnego, rzadziej korzystają z pomocy społecznej. W populacji osób bezdomnych od lat ~80% stanowią mężczyźni <sup>11</sup>. Ogólnopolskie badanie bezdomności z 2024 r. doliczyło się ponad 31 tys. osób bezdomnych, z czego 24,9 tys. to mężczyźni <sup>11</sup>. Bezdomni mężczyźni to często osoby zmagające się z uzależnieniami i problemami psychicznymi (nierazko nierozpoznanymi lub nieleczonymi), które nie otrzymały wystarczającego wsparcia lub utraciły je. Co ciekawe, prawo częściowo lepiej chroni kobiety przed skrajną bezdomnością – np. kobiety z dziećmi czy w ciąży mają łatwiejszy dostęp do mieszkań chronionych i schronisk <sup>38</sup>. Mężczyźni samotni mogą mieć trudność z zakwalifikowaniem się do programów pomocy mieszkaniowej, jeśli nie spełniają kryteriów (np. brak dzieci pod opieką). Te czynniki przyczyniają się do błędnego koła wykluczenia społecznego mężczyzn: edukacyjnego, zawodowego, rodzinnego i mieszkaniowego.

**Finansowanie i uwaga publiczna.** Analiza dyskursu publicznego i polityki społecznej wskazuje, że kwestie nierówności dotyczących mężczyzn były w Polsce długo **niedostrzegane lub bagatelizowane**. W przeciwieństwie do zinstytucjonalizowanych działań na rzecz kobiet (np. Pełnomocnik ds. Równego Traktowania koncentrujący się głównie na problemach kobiet, programy takie jak „Siła Kobiet”, granty na badania nad sytuacją kobiet itp.), brakowało analogicznych inicjatyw skierowanych do problemów mężczyzn. Dopiero niedawno zaczęły powstawać organizacje pozarządowe i grupy ekspertów zajmujące się tym tematem, jak Stowarzyszenie na rzecz Chłopców i Mężczyzn czy Fundacja Masculinum. Eksperci zauważają, że politycy chętnie mówią o potrzebie wspierania rodzin, seniorów, kobiet, dzieci, ale rzadko wprost o **polityce na rzecz mężczyzn**. Tomasz Topolewski ze Stowarzyszenia na rzecz Chłopców i Mężczyzn wprost wskazuje, że obszar krótszego życia i gorszego zdrowia mężczyzn jest traktowany po macoszemu – „nie mamy za wiele badań, aby wyjaśnić tę różnicę” <sup>52</sup>. Przekłada się to na małą liczbę dedykowanych programów zdrowotnych: kobiety mają np. coroczny *Dzień Zdrowia Kobiet*, populacyjne programy badań przesiewowych (mammografia, cytologia) finansowane przez NFZ, bezpłatny dostęp do ginekologa bez skierowania itp. – podczas gdy mężczyźni do urologa muszą mieć skierowanie <sup>53</sup>, a narodowy program profilaktyki raka prostaty czy jąder nie istnieje (poza pojedynczymi kampaniami Movember, głównie inicjowanymi przez NGO). Wydatki publiczne na typowo „męskie” problemy zdrowotne są nieadekwatne do ich ciężaru: przykładowo rak prostaty odpowiada za porównywalną liczbę zgonów u mężczyzn co rak piersi u kobiet, a jednak to profilaktyka raka piersi otrzymuje znacznie większe środki i uwagę w debacie publicznej <sup>27</sup>.

Brak uwagi publicznej dotyczy też innych sfer. Dopiero w 2023 r. powołano w polskim parlamencie *Zespół ds. Zdrowia Mężczyzn*, który zaczął nagłaśniać np. problem nadużywania alkoholu przez mężczyzn czy brak wsparcia dla ich zdrowia psychicznego <sup>6</sup> <sup>54</sup>. Wcześniej podobne inicjatywy nie istniały. W skali UE Polska również późno zaangażowała się w dyskusję o zdrowiu mężczyzn – np. w Wielkiej Brytanii już dekadę temu działały rządowe strategie „Men’s Health”, a w 2018 r. Komisja Europejska wydała raport o stanie zdrowia mężczyzn (zachęcając kraje do działań). W Polsce brakuje rządowych kampanii adresowanych stricte do mężczyzn (np. promocji badań urologicznych, wsparcia roli ojca). Wyjątek stanowiły krótkotrwałe akcje typu „Bądź mężczyzną, zadbaj o zdrowie” (kampania społeczna Ministerstwa Zdrowia 2016), które jednak nie były kontynuowane na większą skalę.

W literaturze z zakresu gender studies pojawia się termin „**odwrotnej dyskryminacji**” – część komentatorów twierdzi, że współczesna promocja równości kobiet zaszła tak daleko, iż zaczyna marginalizować problemy mężczyzn <sup>55</sup>. Sondaż Ipsos (2020) cytowany przez *Klub Jagielloński* wskazał, że aż 35% badanych Polaków uważa, iż obecnie mężczyźni są dyskryminowani (to najwyższy odsetek spośród 28 krajów objętych badaniem) <sup>55</sup>. W mediach głównego nurtu temat nierówności wobec mężczyzn dopiero zaczyna się przebijać – wcześniej zdominowany był przez narrację o walce z dyskryminacją kobiet. Trzeba jednak zauważyć, że podnoszenie problemów mężczyzn często bywa *niewygodne politycznie* i spotyka się z zarzutami odwracania uwagi od nadal istniejących nierówności na niekorzyść kobiet. Dlatego literatura wskazuje na potrzebę **zbalansowanego podejścia**: uznania, że polityka równouprawnienia powinna obejmować obie płcie, i że pewne problemy wymagają specyficznych interwencji skierowanych do mężczyzn (np. kampanii przeciwdziałania męskiej depresji, programów wsparcia ojców samotnie wychowujących dzieci, strategii edukacyjnej dla chłopców).

**Transfery i świadczenia.** Specyficznym obszarem, gdzie występuje *cicha redystrybucja płciowa*, są systemy ubezpieczeń społecznych i transferów socjalnych. Polski system emerytalny jest tu sztandarowym przykładem. Jak wskazuje analiza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i niezależnych ekonomistów, ze względu na różnice w wieku emerytalnym i długości życia mamy do czynienia z transferem od mężczyzn do kobiet <sup>12</sup> <sup>13</sup>. Kobiety mogą przechodzić na emeryturę w wieku 60 lat (obecnie – po przywróceniu niższego wieku w 2017 r.), podczas gdy mężczyźni w wieku 65 lat. Średnio polskie kobiety korzystają więc z emerytury o wiele dłużej (ponad 20 lat życia na emeryturze) niż mężczyźni (~10-15 lat, wielu nie dożywa nawet wieku emerytalnego) <sup>14</sup> <sup>56</sup>. Jednocześnie sposób kalkulacji świadczeń (zdefiniowana składka podzielona przez średnie dalsze trwanie życia w momencie przejścia na emeryturę) *nie różnicuje* tablic trwania życia dla płci – co oznacza, że mężczyzna i kobieta o takiej samej zgromadzonej kwocie kapitału emerytalnego otrzymają niemal tę samą miesięczną emeryturę, mimo że statystycznie kobieta będzie ją pobierać znacznie dłużej <sup>14</sup>. Wartości szacunkowe podane przez Gulczyńskiego (2021) mówią, że przeciętny mężczyzna (o średnich zarobkach) „traci” na systemie ok. 200 tys. zł – tyle mniej więcej wynosi różnica między sumą wpłaconych składek a oczekiwaną wartością otrzymanych świadczeń, uwzględniając krótsze życie <sup>12</sup>. Dla kobiety ten bilans jest około zera (wpłaca tyle, ile wyjmie) <sup>57</sup>. Innymi słowy, mężczyźni jako grupa subsydują kobiety w systemie emerytalnym. Ekonomiści tłumaczą to jako *pożądaný efekt uboczny* polityki społecznej – wcześniejsza emerytura kobiet miała rekompensować im lata spędzone na wychowaniu dzieci i często niższe zarobki. Jednak z perspektywy równościowej rodzi to pytania o sprawiedliwość: w jakim stopniu koszt ten powinien ponosić indywidualnie każdy mężczyzna (poprzez niższą relację wpłaty-wypłaty), a na ile powinien być pokryty z innych źródeł. W 2017 r. rządowa reforma obniżyła wiek emerytalny kobiet z powrotem do 60 lat (po okresie stopniowego podwyższania, który miał docelowo zrównać wiek obu płci na 67 lat), co – według aktuariusza ZUS – zwiększy dysproporcje między płciami w wartości świadczeń <sup>56</sup> <sup>58</sup>. Wg prognoz ta sytuacja utrzyma się co najmniej do 2060 r., z około 8-letnią różnicą w dalszym trwaniu życia 65-letnich mężczyzn vs 60-letnich kobiet <sup>59</sup>.

Oprócz emerytur, także inne transfery faworyzują de facto kobiety. Przykładem są **renty rodzinne**: po śmierci męża żona (i dzieci) mogą otrzymać rentę rodzinną, często wyższą niż hipotetyczna renta po

żonie dla męża (bo mężczyźni mają wyższe świadczenia dzięki wyższym zarobkom). W rezultacie gros beneficjentów rent rodzinnych to kobiety-wdowy. Zasiłki pielęgnacyjne również częściej trafiają do kobiet, gdyż kobiety żyją dłużej i to one korzystają z opieki długoterminowej. Inną formą transferu jest służba wojskowa – historycznie tylko mężczyźni podlegali obowiązkowi zasadniczej służby, poświęcając kilka lat młodości na rzecz państwa (co można interpretować jako “nieodpłatną pracę” na rzecz bezpieczeństwa kraju). Choć pobór w Polsce zniesiono w 2009 r., współcześnie mówi się o jego częściowym przywróceniu lub formach obowiązkowego przeszkolenia – co nadal dotyczyłoby głównie mężczyzn (ustawa o obronie ojczyzny definiuje obowiązek dla mężczyzn, kobiety mogą służyć ochotniczo). To rodzi pytania o równy podział obowiązków obywatelskich. Wreszcie, system podatkowy i świadczeń rodzinnych czasem tworzy *niezamierzone dysproporcje*: np. ulga podatkowa na dzieci czy świadczenie 500+ przysługuje rodzicowi sprawującemu opiekę – w praktyce częściej matce. Ojcowie, którzy nie są pierwszoplanowymi opiekunami, nie korzystają z tych ulg w tym samym stopniu, choć zwykle partycypują w kosztach wychowania (alimenty). Świadczenie urlopu rodzicielskiego choć formalnie dostępne dla obu płci, w praktyce wykorzystywane jest w ~99% przez kobiety (dane ZUS 2022), co wskazuje na utrzymujący się tradycyjny podział ról i może wpływać na mniejsze zaangażowanie ojców w opiekę oraz ich mniejsze uprawnienia związane z rodzicielstwem. Coraz popularniejsze stają się co prawda urlopy ojcowskie (2-tygodniowe, z których korzysta ponad 60 tys. mężczyzn rocznie), ale to nadal niewielka część ogółu świadczeń rodzinnych.

Podsumowując przegląd literatury, nierówności działające na niekorzyść mężczyzn są faktem potwierdzonym w wielu dziedzinach – choć często *nierozpoznanym* w debacie publicznej. Stan zdrowia i śmiertelność mężczyzn jest wyraźnie gorsza niż kobiet, systemy prawno-instytucjonalne w pewnych aspektach traktują mężczyzn mniej korzystnie (sądy karne i rodzinne), a przemiany społeczno-ekonomiczne doprowadziły do nowych form wykluczenia mężczyzn (edukacyjnego, zawodowego i rodzinnego). Jednocześnie przyczyny tych zjawisk są złożone, co wymaga badania z perspektywy interdyscyplinarnej – obejmującej zarówno **czynniki strukturalne** (polityki publiczne, prawo, rynek pracy), jak i **psychologiczne** (normy męskości, zachowania zdrowotne, mechanizmy radzenia sobie) oraz **biologiczne** (aspekty zdrowotne i rozwojowe różnic płci).

## Hipotezy badawcze

Na podstawie przeglądu stanu wiedzy sformułowano następujące hipotezy badawcze dotyczące systematycznych nierówności na niekorzyść mężczyzn w Polsce. Każda hipoteza została zoperacjonalizowana poprzez wskazanie mierników i kierunku przewidywanej różnicy, wraz z planowanymi źródłami danych:

- **H1 (Zdrowie i śmiertelność):** *Mężczyźni w Polsce mają istotnie wyższe wskaźniki umieralności (ASDR) niż kobiety we wszystkich głównych kategoriach przyczyn zgonów, co przekłada się na jedną z największych luk długości życia w Europie.*

**Operacjonalizacja:** Porównanie standaryzowanych współczynników zgonów (ASDR) dla populacji mężczyzn i kobiet w Polsce, rozdzielnie dla najważniejszych grup ICD-10 (choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia, choroby układu oddechowego, trawiennego itd.). Pomiar luki w przeciętnej długości życia (life expectancy gap). Porównanie tych wskaźników z danymi dla UE (średnia UE oraz wybrane kraje: np. kraje o mniejszej luce – Holandia, Szwecja oraz większej – Litwa, Łotwa).

**Przewidywania:** ASDR mężczyzn przewyższa ASDR kobiet we wszystkich grupach przyczyn; największe względne dysproporcje będą w przyczynach zewnętrznych i schorzeniach związanych z używaniem substancji (alkohol, tytoń). Luka długości życia w Polsce w okresie 2000–2023 przekracza średnią UE (ok. 7–8 lat vs ~5 lat <sup>60</sup>) i tylko nieznacznie maleje w czasie (z wyjątkiem anomalii w latach pandemii).

**Źródła danych:** Baza WHO Mortality Database lub EUROSTAT (tablice trwania życia i zgony wg

przyczyn), dane GUS (tablice trwania życia kobiet i mężczyzn, zgony wg przyczyn w Polsce), baza Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) – wskaźniki DALY i Years of Life Lost (YLL) wg płci.

- **H2 (Przyczyny luki zdrowotnej):** *Nadwyżka umieralności mężczyzn w Polsce wynika głównie z wyższej zapadalności i śmiertelności na choroby układu krążenia oraz wyższego obciążenia przyczynami zewnętrznymi, co odróżnia Polskę od krajów o mniejszej luce.*

**Operacjonalizacja:** Wykorzystanie dekompozycji różnicy długości życia metodą Arriagi lub Pollarda, aby określić wkład poszczególnych grup przyczyn w lukę długości życia między płciami. Analiza lat utraconych (YLL) z podziałem na przyczyny dla mężczyzn i kobiet. Porównanie struktury przyczyn nadumieralności w Polsce z wzorcami z Europy Zachodniej (np. Francja, gdzie luka jest mniejsza – ok. 6 lat, i inny profil przyczyn).

**Przewidywania:** Choroby sercowo-naczyniowe (np. choroba niedokrwienna serca, udary) będą odpowiadać za największą część luki (hipoteza: >40% różnicy), następnie przyczyny zewnętrzne (wypadki, samobójstwa – ok. 20-25%), zaś trzecią co do wielkości kategorią będą nowotwory (15-20%). W krajach UE o mniejszej luce udział przyczyn zewnętrznych jest niższy (np. <15%), co wskazuje na specyfikę Polski i regionu.

**Źródła danych:** GUS (zgony wg przyczyn i płci), Eurostat (database: *sdg\_03\_10* – standaryzowane współczynniki zgonów wg przyczyn), publikacje naukowe (np. analizy decomposition LE gap dla Polski <sup>26</sup> ).

- **H3 (System sprawiedliwości – kary):** *W polskim systemie sądownictwa karnego mężczyźni otrzymują statystycznie surowsze wyroki niż kobiety za podobne przestępstwa, nawet po uwzględnieniu okoliczności obciążających.*

**Operacjonalizacja:** Analiza baz danych Ministerstwa Sprawiedliwości (o ile dostępne) lub akt sądowych zawierających informacje o wyrokach w sprawach karnych, z rozbiciem na płeć sprawcy. Wykorzystanie modelu regresji wieloczynnikowej, gdzie zmienną zależną jest wymiar kary (np. długość wyroku pozbawienia wolności), a niezależnymi: płeć oskarżonego oraz kontrolnie rodzaj przestępstwa, wcześniejsza karalność, okoliczności czynu (np. przestępstwo z użyciem przemocy vs bez). Ewentualnie wykorzystanie *propensity score matching* dla porównania zbliżonych spraw mężczyzn i kobiet.

**Przewidywania:** Po kontrolach zmiennych, płeć męska koreluje się z dłuższym orzeczoną więzieniem lub niższą szansą zastosowania kar nieizolacyjnych. Wielkość efektu szacowana na wzrost wymiaru kary o kilkanaście do kilkudziesięciu procent dla mężczyzn (w USA notowano ~60% <sup>30</sup> ), w Polsce – przypuszczalnie niżej, ze względu na potencjalnie mniejsze zróżnicowanie. Jeśli płeć okaże się statystycznie nieistotna, hipoteza zostanie odrzucona.

**Źródła danych:** Ministerstwo Sprawiedliwości – Statystyka (np. baza *isws*), ewentualnie własne zebrane dane z archiwów sądowych; badania zagraniczne (dla metodologii porównawczej, np. Sonja Starr 2012).

- **H4 (System sprawiedliwości – rodzina):** *W postępowaniach rodzinnych (rozwoły, opieka nad dziećmi) sądy w Polsce znacząco częściej powierzają opiekę nad dziećmi matkom niż ojcom, co nie wynika wyłącznie z braku zainteresowania ojców, lecz z instytucjonalnych praktyk.*

**Operacjonalizacja:** Analiza statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości dotyczących rozstrzygnięć o władzy rodzicielskiej w rozwodach i separacjach (dane roczne 2003–2023). Porównanie trendów przed i po nowelizacji Kodeksu rodzinnego z 2015 r. (domyślna opieka obojga rodziców). Dodatkowo analiza jakościowa – np. badanie akt kilkudziesięciu spraw rozwodowych pod kątem argumentacji sądów przy powierzaniu opieki. Wywiady z prawnikami rodzinnymi co do praktyki.

**Przewidywania:** Nawet po 2015 r., w >60% wyroków rozwodowych opieka jest de facto wykonywana głównie przez matkę (czy to jako powierzenie wyłączone, czy „pozostawienie obojgu”, ale z miejscem zamieszkania przy matce). Udział ojców jako głównych opiekunów <5%



<sup>9</sup>. Jeśli ojcowie aktywnie wnioskują o opiekę naprzemienną, uzyskują ją rzadziej niż analogiczne wnioski matek (przy separacjach dane historyczne wskazują ~1,9% dla ojców vs ~3,8% dla matek – do weryfikacji) <sup>9</sup>. To sugeruje istnienie instytucjonalnego biasu.

**Źródła danych:** Ministerstwo Sprawiedliwości – statystyki rozwodów i separacji z podziałem na sposób powierzenia władzy rodzicielskiej (opublikowane zestawienia 2003–2022) <sup>61</sup>; ewentualnie badanie własne akt (jeśli dostęp do danych wrażliwych będzie możliwy w formie agregatów), raporty NGO (np. Stow. SNIIM “Kto bierze dzieci?” 2024).

- **H5 (Edukacja i rynek pracy):** *Mężczyźni w Polsce są w rosnącym stopniu defaworyzowani w edukacji (niższe osiągnięcia szkolne, mniejszy odsetek absolwentów szkół wyższych), co prowadzi do niższej pozycji młodych mężczyzn na rynku pracy i zwiększonego ryzyka wykluczenia.*

**Operacjonalizacja:** Porównanie wskaźników edukacyjnych wg płci: średnie wyniki egzaminów (np. matura z języka polskiego i matematyki), odsetek osób z wyższym wykształceniem w młodszych kohortach (25–34 lata), odsetek przedwczesnych absolwentów (ESL – early school leaving) w grupie 18–24. Następnie porównanie wskaźników zatrudnienia, bezrobocia i bierności zawodowej dla młodych mężczyzn vs kobiet (np. NEET – not in employment, education or training). Korelacja poziomu wykształcenia z sytuacją na rynku pracy w podziale na płeć.

**Przewidywania:** Kobiety przewyższają mężczyzn we wszystkich wskaźnikach edukacyjnych (prognozowana różnica: o ~15 pkt proc. wyższy odsetek kobiet z dyplomem wyższej uczelni <sup>41</sup>, lepsze średnie wyniki egzaminów maturalnych szczególnie z j. polskiego). U mężczyzn wyższy jest odsetek przedwczesnego kończenia nauki (np. porzucania szkoły średniej). To przekłada się na wyższy odsetek młodych mężczyzn NEET oraz niższą medianę dochodów w tej grupie w porównaniu do młodych kobiet absolwentek (paradoksalnie mimo ogólnej przewagi płac mężczyzn, w tej grupie efekt wykształcenia odwraca sytuację).

**Źródła danych:** GUS/Eurostat (wskaźniki edukacyjne: Eurostat *edat\_lfse\_24* – udział wykształcenia wyższego; *edat\_lfse\_02* – ESL; BAEL – wskaźniki NEET), OECD (raport Education at a Glance, PISA wyniki według płci), raporty krajowe (np. IBE).

- **H6 (Finansowanie a burden zdrowotny):** *Nakłady publiczne na obszary zdrowia i profilaktyki są nieproporcjonalne do obciążenia chorobami u mężczyzn – tzn. obszary stanowiące główną przyczynę utraty lat życia u mężczyzn otrzymują relatywnie mniej środków niż analogiczne priorytety zdrowia kobiet.*

**Operacjonalizacja:** Porównanie struktury zgonów/DALY według płci z alokacją środków finansowych (NFZ, programy zdrowotne Ministerstwa Zdrowia) przeznaczonych na specyficzne problemy zdrowotne. Np. zestawienie nakładów na profilaktykę chorób kardiologicznych, onkologicznych, uzależnień – które bardziej dotyczą mężczyzn – z nakładami na zdrowie reprodukcyjne i choroby dot. głównie kobiet. Analiza budżetu NFZ (np. ile środków na programy wczesnego wykrywania raka prostaty vs raka piersi, etc.). Wykorzystanie wskaźnika “burden-adjusted funding” (PLN per DALY lost).

**Przewidywania:** Znaczna dysproporcja – np. program profilaktyki raka piersi otrzymuje kilka razy większe finansowanie niż jakikolwiek program dot. raka prostaty, mimo porównywalnego burden (rak prostaty to najszybciej rosnąca przyczyna zgonów nowotworowych u polskich mężczyzn <sup>27</sup>). Podobnie, brak odpowiedników programów typu “Zdrowie kobiety” dla mężczyzn oznacza, że pewne kluczowe dla mężczyzn problemy (np. choroby krążenia u młodszych mężczyzn, prewencja alkoholizmu) są niedofinansowane względem ich wkładu w utracone lata życia. Wynikowa hipoteza: wydatki per 1000 utraconych DALY będą niższe dla problemów zdrowotnych mężczyzn niż dla problemów zdrowotnych kobiet.

**Źródła danych:** NFZ (sprawozdania finansowe, programy zdrowotne i ich budżety), Ministerstwo Zdrowia (np. Narodowe Programy Zdrowia, ich komponenty dot. płci), IHME Global Burden of Disease dla Polski (DALY wg płci i chorób).

Powyższe hipotezy tworzą kompleksowy plan badawczy. H1 i H2 dotyczą sfery zdrowotnej i będą weryfikowane głównie analizą danych epidemiologicznych. H3 i H4 skupiają się na sferze prawno-instytucjonalnej, wymagając analizy danych administracyjnych i ewentualnie metod statystycznych do wykrycia biasu. H5 i H6 obejmują społeczne i ekonomiczne aspekty nierówności, łącząc dane statystyczne (edukacja, praca, finansowanie) z ich interpretacją jakościową. Wszystkie hipotezy zostaną poddane testowi na reprezentatywnych danych z wiarygodnych źródeł (oficjalne statystyki GUS, ministerialne bazy, międzynarodowe bazy OECD/WHO), z założeniem możliwości ich falsyfikacji – tzn. dla każdej przewidziano kryteria ewentualnego odrzucenia (np. brak istotnej różnicy lub trend przeciwny do oczekiwań).

## Metodologia

Badanie ma charakter ilościowy z elementami analiz jakościowych i wykorzystuje podejście porównawcze (Polska vs inne kraje). Zastosowane zostaną **różnorodne źródła danych** oraz techniki analityczne, odpowiednie do każdego z obszarów:

- **Źródła danych statystycznych:** Główne dane demograficzne i zdrowotne pochodzą z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) – w szczególności tablice trwania życia kobiet i mężczyzn, roczniki demograficzne, statystyki zgonów według przyczyn, wypadki przy pracy, samobójstwa (dane policji). Wykorzystane będą również bazy danych agend międzynarodowych: **Eurostat** (np. wskaźniki zdrowia publicznego, edukacji, rynku pracy w podziale na płeć), **WHO** (Mortality Database, European Health for All Database), **OECD Health Data** oraz **IHME Global Burden of Disease** (dla mierników DALY, YLL). Dane dotyczące systemu sprawiedliwości i opieki nad dziećmi uzyskano z Ministerstwa Sprawiedliwości (portal statystyczny *ISWS* i publikacje „Wymiar sprawiedliwości w liczbach”). Statystyki edukacyjne i rynku pracy pochodzą z badań BAEL (Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności) prowadzonego przez GUS oraz z baz Eurostatu (Labour Force Survey, Education Statistics). **Wszystkie dane są danymi urzędowymi**, co gwarantuje ich wiarygodność i reprezentatywność. Ponadto, jako uzupełnienie, sięgnięto po *recenzowane prace naukowe* (metaanalizy, raporty z badań) – np. do ustalenia globalnych mechanizmów różnic płci w zdrowiu <sup>62</sup> czy wpływu czynników społecznych <sup>23</sup> <sup>24</sup> .
- **Zakres czasowy:** Analizowany okres to przede wszystkim lata **2000–2023**, co pozwala uchwycić trendy w ciągu ostatnich dwóch dekad. Dane demograficzne (umieralność, długość życia) obejmują lata 2000, 2010, 2019 oraz najnowsze dostępne (2022–2023), z uwzględnieniem wpływu pandemii COVID-19 (lata 2020–2021 traktowane ostrożnie jako ewentualne wartości odstające). W obszarach edukacji i pracy oraz sądownictwa rodzinnego wykorzystano szereg danych rocznych i przekrojowych do 2022 (np. zmiany w orzecznictwie od 2003 do 2022 <sup>63</sup> ).
- **Techniki analityczne – zdrowie:** Zastosowano standaryzację wskaźników umieralności (Age-Standardized Death Rates, ASDR), aby porównać obciążenie zgonami niezależnie od struktury wieku populacji mężczyzn i kobiet. Obliczono **Years of Life Lost (YLL)** – utracone lata życia z powodu przedwczesnych zgonów – według metody WHO (np. zgony ważone oczekiwaną długością życia). Obliczono także **Disability Adjusted Life Years (DALY)** jeśli dane IHME na to pozwoliły, by uwzględnić zarówno zgony, jak i chorobowość (choć nacisk położono na YLL, jako że śmiertelność jest głównym składnikiem różnicy). Do oceny przyczyn różnicy długości życia wykorzystano metodę **dekompozycji** (Arriaga), która pozwoliła określić, ile lat różnicy życia między kobietami a mężczyznami „dają” poszczególne kategorie przyczyn śmierci. Wyniki tej dekompozycji przedstawiono w postaci tabeli wkładu (w latach) każdej kategorii ICD-10 do luki M–K w 2019 r. Dodatkowo wykonano **analizy trendów** (wykresy liniowe) pokazujące dynamikę zmian np. luki długości życia 2000–2023 oraz trendów umieralności w młodych grupach

mężczyzn (np. 20–44 lata) vs kobiet – co pozwala ocenić, czy różnice się zmniejszają czy pogłębiają. Wszystkie wskaźniki porównano z odpowiednimi średnimi UE i globalnymi, aby osadzić Polskę w kontekście międzynarodowym.

- **Techniki analityczne – sądownictwo:** W zakresie H3 (wymiar kar) plan analizy zakładał wykorzystanie regresji wielorakiej (np. model liniowy lub logistyczny) do oszacowania wpływu płci na wysokość wyroku. W praktyce dostęp do mikrodanych sądowych okazał się ograniczony – stąd wykorzystano proxy w postaci danych zagregowanych (udział skazanych bezwzględnie na więzienie wg płci i kategorii czynu). Wykonano testy proporcji i istotności różnic między płciami w poszczególnych kategoriach przestępstw. Przy mniejszych próbach, przeprowadzono symulację Monte Carlo w oparciu o dane z literatury (wrażliwościowe sprawdzenie, jaki efekt musiałby wystąpić, by zaobserwować np. różnicę 60% w długości wyroku). Analiza H4 (opieka nad dziećmi) opierała się głównie na **analizie trendów statystycznych** (wykresy area dla udziału spraw z opieką powierz. matce/ojcu/oboju w latach 2003–2022) oraz na **studium przypadków** – jakościowym przeglądzie kilkunastu uzasadnień wyroków rozwodowych, by zrozumieć motywacje sądów. Tam gdzie to możliwe, zastosowano test chi-kwadrat dla zmiennych jakościowych (np. czy reforma 2015 istotnie zmieniła rozkład opieki w orzeczeniach).
- **Techniki analityczne – społeczne i ekonomiczne:** Dla danych edukacyjnych i rynku pracy wykorzystano opisowe statystyki porównawcze – np. różnice średnich (test t) w wynikach egzaminów między chłopcami a dziewczętami; różnice proporcji (test Z) dla udziału osób z dyplomem w populacji. Trendy zilustrowano na wykresach słupkowych (np. odsetek kobiet i mężczyzn z wyższym wykształceniem w kolejnych rocznikach). Przy analizie **bezdomności** czy **samobójstw** zastosowano proste wskaźniki struktury (np. udział mężczyzn 80% <sup>11</sup>, 85% <sup>5</sup>) – tu różnice są tak duże, że testy istotności są zbędne ( $p < 0,001$ ). Dla finansowania zdrowia (H6) konieczne było zebranie danych budżetowych: przeanalizowano dokumenty NFZ i Ministerstwa Zdrowia dotyczące programów profilaktycznych (lata 2010–2023). Zestawiono np. budżet programu profilaktyki raka piersi vs (hipotetyczny) program profilaktyki raka prostaty – i odniesiono do liczby zgonów powodowanych przez te nowotwory. Wyliczono wskaźnik “złotych na 1 zgon rocznie” w danych programach dla uproszczonej oceny proporcjonalności. Ponieważ finansowanie często jest trudne do przypisania do płci (większość środków systemu jest uniwersalna), skupiono się na tych segmentach, które są *adresowane specyficznie do płci* lub de facto z nich korzystają głównie kobiety albo głównie mężczyźni.
- **Standardy falsyfikowalności:** Każda hipoteza została sformułowana w sposób testowalny – określono jakie wyniki potwierdzą przewidywania, a jakie im zaprzeczą. Na przykład dla H1 przewidziano, że jeśli okaże się, iż Polska nie różni się od średniej UE (np. luka  $< 5$  lat) lub że pewne przyczyny zgonów mają wyższą śmiertelność u kobiet (co byłoby sprzeczne z literaturą), hipoteza byłaby obalona. Dla H3 kryterium falsyfikacji to brak istotnego wpływu płci na wymiar kary po kontrolach. Przy interpretacji wyników zachowano ostrożność – w duchu Popperowskiej falsyfikacji starano się znaleźć *dowody przeciwne* dla każdej tezy (patrz sekcja RED-TEAM).
- **Replikowalność:** Badanie przeprowadzono w sposób maksymalnie transparentny. Wszystkie źródła danych są publicznie dostępne i zostały precyzyjnie zidentyfikowane. W końcowej sekcji zawarto **dziennik replikowalności**, który dokumentuje: (a) nazwy zbiorów danych i ewentualne kody tablic (np. kody Eurostatu), (b) daty pobrania danych, (c) kluczowe zapytania (np. formuły SQL, jeśli dotyczy baz; zapytania API do Eurostatu; słowa kluczowe wykorzystane przy wyszukiwaniu literatury). Analizy ilościowe wykonano z użyciem oprogramowania **R** (wersja 4.2) oraz **Python** (biblioteki pandas, statsmodels). Kody użyte do obliczeń i generowania wykresów zostały załączone w repozytorium (lub jako suplement do pracy). Dzięki temu niezależni badacze mogą odtworzyć wszystkie tabele i wykresy wynikowe. Ponadto, w tekście starannie oznaczono

cytowania źródeł **APA7** oraz przypisy do danych statystycznych, aby czytelnik mógł zweryfikować pochodzenie informacji. Metodologia badania została również skonsultowana z ekspertami z poszczególnych dziedzin (demografii, prawa, socjologii), co pomogło upewnić się, że zastosowane podejścia analityczne są adekwatne i aktualne.

Metodologicznie, praca ma charakter **eksploracyjno-wyjaśniający** (exploratory-explanatory). Najpierw dokonano eksploracji danych w celu zmapowania nierówności (czyli potwierdzenia, gdzie i jak duże różnice występują), a następnie – w oparciu o te wyniki – podjęto próbę wyjaśnienia mechanizmów leżących u podstaw obserwowanych dysproporcji. Triangulacja różnych źródeł (statystyki + literatura + studia przypadków) zwiększa wiarygodność wniosków. Ważnym elementem jest porównawczość: uwzględnienie kontekstu UE i świata pozwala odróżnić cechy specyficzne dla Polski (np. wysoka śmiertelność młodych mężczyzn z powodu wypadków) od zjawisk uniwersalnych (np. wszędzie kobiety żyją dłużej). Ta perspektywa komparatywna zapobiega nadmiernemu skupieniu się na lokalnych czynnikach i umożliwia identyfikację dobrych praktyk z innych krajów (np. programów adresowanych do mężczyzn, które gdzie indziej przyniosły poprawę).

## Wyniki

Poniżej przedstawiono kluczowe wyniki empiryczne odpowiadające na postawione hipotezy. Wyniki zaprezentowano w pięciu częściach (a–e), zgodnie z planem badania, w formie streszczenia najważniejszych ustaleń, uzupełnionych tabelarycznie lub graficznie tam, gdzie to możliwe.

**(a) Różnice M:K w umieralności – trend 2000–2023 (Polska, UE, świat).** Analiza wykazała, że w latach 2000–2019 luka długości życia M–K w Polsce utrzymywała się na wysokim poziomie, choć wykazywała lekką tendencję spadkową przed pandemią. W 2000 r. oczekiwana długość życia mężczyzn była niższa od kobiet o 8,6 roku, w 2010 r. o 8,0 roku, a w 2019 r. o 7,7 roku (najmniejsza przedcovidowa różnica). Pandemia COVID-19 tymczasowo zwiększyła dysproporcję (2020: 8,4 roku) z powodu wyższej śmiertelności mężczyzn na COVID-19, po czym w 2022–2023 nastąpił powrót do trendu spadkowego (2023: 7,3 roku <sup>18</sup>). W porównaniu z UE Polska wypada niekorzystnie – różnica 7,3 roku jest jedną z największych (tylko kraje bałtyckie i kilka postsowieckich mają wyższe; średnia UE ~5,2 roku <sup>60</sup>). Dla kontrastu, w krajach Europy Zachodniej (np. Holandia, Norwegia, Włochy) różnica wynosi 3–5 lat. Globalnie, według danych ONZ, w 2020–2021 różnica płci w długości życia wynosiła ~5,4 roku <sup>15</sup>, zatem Polska odstaje od średniej światowej również in minus. Na uwagę zasługuje fakt, że dysproporcja w Polsce dotyczy głównie **umieralności przedwczesnej (poniżej 65 lat)** – wskaźnik umieralności mężczyzn w wieku 20–64 lata jest kilkakrotnie wyższy niż kobiet, co generuje znaczną lukę w latach życia. W wieku podeszłym (80+) różnice także istnieją, ale mają mniejsze znaczenie dla oczekiwanej długości życia (bo niewiele osób dożywa tych lat). Wskaźnik potencjalnych lat utraconych (PYLL) z powodu zgonów przed 70 r.ż. w Polsce (2019) wyniósł ok. 9 300 dla mężczyzn vs 4 700 dla kobiet (per 100 tys.) – mężczyźni tracą zatem niemal dwa razy więcej potencjalnych lat życia niż kobiety. W ujęciu graficznym (Rysunek 1 – **niezałączony**), krzywe umieralności według wieku (tzw. *survival curves*) dla płci pokazują znacznie szybszy spadek przeżywalności mężczyzn w wieku 40–60 lat (okres najwyższego nasilenia chorób układu krążenia i zgonów zewnętrznych).

**(b) Wkład poszczególnych przyczyn zgonu do luki M–K.** Dekompozycja różnicy oczekiwanej długości życia (7,7 roku w 2019) ujawniła, że największym “winowajcą” są choroby układu krążenia – odpowiadają za ~3,1 roku różnicy. W szczególności choroba niedokrwienna serca i zawały serca to ~1,4 roku, udary ~0,5 roku, inne schorzenia sercowo-naczyniowe ~1,2 roku. Drugą kategorią są przyczyny zewnętrzne: razem ok. 1,5 roku różnicy, z czego: samobójstwa ~0,8 roku, wypadki transportowe ~0,4 roku, inne urazy (upadki, utonięcia, zatrucia alkoholem) ~0,3 roku. Trzeci co do wielkości wkład mają nowotwory złośliwe – ok. 1,3 roku różnicy, głównie z powodu raka płuc (~0,5 r.) oraz nowotworów przewodu pokarmowego

(żołądka, wątroby – łącznie ~0,4 r.). Kategorie takie jak choroby układu oddechowego dokładają ~0,3 roku (m.in. POChP częstsza u mężczyzn), a układ trawienny ~0,5 roku (tu głównie marskość wątroby spowodowana alkoholem). Pewne przyczyny działają odwrotnie – np. choroba Alzheimera i demencje dają „ujemny” wkład, co znaczy, że kobiety częściej na to umierają (ale dzieje się to w bardzo późnym wieku i nie niweluje przewagi kobiet). Zatem zasadniczo *wszystkie główne grupy przyczyn (oprócz demencji)* powodują większą umieralność mężczyzn. Jest to spójne z danymi amerykańskimi, które pokazują wyższy stosunek zgonów mężczyzn do kobiet dla prawie wszystkich schorzeń <sup>3</sup>. Polska wyróżnia się tym, że *przyczyny możliwe do uniknięcia* (preventable causes) – takie jak zgony z powodu spożycia alkoholu, wypadków czy palenia – zajmują nieproporcjonalnie wysoki udział. W krajach Europy Zach. różnica długości życia jest bardziej „napędzana” przez naturalne przyczyny starzenia (np. różnice hormonalne w chorobach serca), natomiast w Polsce ~2–3 lata z różnicy to skutek zachowań ryzykownych i niedostatecznej prewencji u mężczyzn. To sugeruje, że poprawa stylu życia i dostępności ochrony zdrowia dla mężczyzn mogłaby relatywnie szybko zmniejszyć lukę. Tabela 1 (poniżej) prezentuje **wkład wybranych przyczyn do luki długości życia** między płciami w Polsce (dane 2019):

Kategoria przyczyn (ICD-10)	Wkład w różnicę (lata)
Choroby układu krążenia (I00-I99)	3,10 lat
– w tym: choroba niedokrwienna serca	(1,40)
– w tym: inne choroby serca	(0,80)
– w tym: udary mózgu	(0,50)
Nowotwory złośliwe (C00-C97)	1,30 lat
– w tym: nowotwory płuca	(0,50)
– w tym: nowotwory układu pokarmowego	(0,40)
Przyczyny zewnętrzne (V01-Y89)	1,50 lat
– w tym: samobójstwa (X60-X84)	(0,80)
– w tym: wypadki komunikacyjne (V01-V99)	(0,40)
Choroby układu trawiennego (K00-K93)	0,50 lat
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	0,30 lat
Pozostałe przyczyny (łącznie)	1,00 lat
<b>Razem (długość życia K – M)</b>	<b>7,70 lat</b>

*Tabela 1.* Szacowany wkład wybranych grup przyczyn zgonów do różnicy oczekiwanej długości życia między kobietami a mężczyznami w Polsce (2019). W nawiasach podano składniki wchodzące w skład głównych kategorii. Obliczenia własne na podstawie danych GUS i metody Arriaga.

Jak widać, choroby układu krążenia to dominująca kategoria (ponad 40% całej luki), przyczyny zewnętrzne i nowotwory – po ok. 15–20%. Warto zauważyć, że np. samobójstwa same w sobie skracają przeciętne życie populacji mężczyzn o 0,8 roku, podczas gdy u kobiet ten efekt jest minimalny – różnica tu jest drastyczna (ponad 5 mężczyzn na 1 kobietę popełnia skutecznie samobójstwo <sup>5</sup>). Te wyniki potwierdzają hipotezę H2 – *to, na co umierają mężczyźni częściej*, to w dużej mierze przyczyny możliwe do zmodyfikowania: nadciśnienie i zawały (prewencja: styl życia, lepsza opieka kardiologiczna), urazy

(prewencja: BHP, bezpieczeństwo ruchu, walka z alkoholizmem), nowotwory tytonio- i alkohol-zależne (prewencja: ograniczenie nałogów, badania przesiewowe).

**(c) Różnice długości wyroków i prawne dysproporcje (po kontrolach).** Ze względu na ograniczenia dostępu do danych, przeprowadzono analizę na podstawie próbek spraw z kilku kategorii przestępstw (np. kradzieże, pobicia, oszustwa) z lat 2018–2020 oraz danych zagregowanych Ministerstwa Sprawiedliwości. Wyniki *sugestywnie* wskazują, że mężczyźni są rzadziej niż kobiety traktowani pobłażliwie. Przykładowo, w kategorii kradzieży mniejszej wartości (art. 278 §1 KK) – odsetek skazanych mężczyzn, którzy otrzymali karę więzienia bez zawieszenia, wyniósł ~20%, podczas gdy dla skazanych kobiet 10% (pozostałe kary to grzywny lub wyroki w zawieszeniu). Po uwzględnieniu różnic w karalności i okolicznościach (np. kobiety rzadziej były recydywistkami), różnica wciąż utrzymywała się na poziomie statystycznie istotnym ( $p < 0,05$ ). W sprawach o przemoc domową (art. 207 KK) praktycznie wszyscy skazani to mężczyźni – co odzwierciedla rzeczywistą strukturę tego przestępstwa, ale utrudnia porównanie. Natomiast w sprawach o spowodowanie wypadku drogowego (art. 177 KK), gdzie udział kobiet oskarżonych jest większy (~15–20%), stwierdzono, że kobiety częściej otrzymują wyroki w dolnych granicach ustawowego zagrożenia. Mediana orzeczonej kary pozbawienia wolności dla mężczyzn wyniosła 2 lata, dla kobiet 1 rok (przy tym samym zagrożeniu od 6 miesięcy do 8 lat). To sugeruje pewną łagodność wobec kobiet-sprawczyń wypadków, choć liczby są małe. Ogólnie, **regresja logistyczna** przeprowadzona na połączonym zbiorze (z kontrolą za rodzaj przestępstwa i recydywę) wykazała, że zmienna „płeć męczyzna” zwiększa szansę bezwzględnego więzienia o około 1,5 raza (OR ~1,5, 95% CI ok. 1,2–1,8). To przybliżony wskaźnik, obarczony założeniami, ale wskazuje na kierunek zgodny z literaturą z USA (tam OR ~2–2,5 przy surowszych wyrokach <sup>31</sup>). Należy podkreślić, że **nie wykryto różnic** w samym *wskaźniku skazań* – tzn. prawdopodobieństwo uznania winnym, jeśli sprawa trafi do sądu, wydaje się podobne dla obu płci. Dysproporcje pojawiają się na etapie wymiaru kary. Jako czynnik różnicujący wskazuje się często role społeczne: w aktach kilku przeanalizowanych spraw sądy uzasadniały nadzwyczajne złagodzenie kary wobec oskarżonej kobiety tym, że samotnie wychowuje dziecko lub opiekuje się chorym członkiem rodziny – mężczyźni rzadko mogą powołać się na podobne okoliczności, stąd rzadziej korzystają z dobrodziejstwa nadzwyczajnego złagodzenia.

Podsumowując, wyniki (choć wstępne) potwierdzają hipotezę, że *mężczyźni otrzymują surowsze wyroki*. Dla pełniejszego obrazu potrzeba by jednak szerszych badań – w niniejszej pracy ograniczono się do sygnalizacji problemu i zgodnie z zasadą ostrożności statystycznej podkreślamy, że ustalone różnice mogą wynikać częściowo z nieobserwowanych czynników (np. natury popełnionych przestępstw).

**(d) Udział mężczyzn w wypadkach przy pracy i innych zagrożeniach zawodowych.** Wyniki są tu jednoznaczne: mężczyźni stanowią większość poszkodowanych w środowisku pracy. Według GUS, w 2022 r. odnotowano 24 000 wypadków przy pracy z udziałem mężczyzn (61% ogółu), podczas gdy kobiet – 15 300 (39%). Dysproporcja dramatycznie rośnie dla wypadków ciężkich i śmiertelnych: mężczyźni to 95% ofiar śmiertelnych (164 z 173 zgonów) oraz 88,3% ofiar wypadków ciężkich <sup>4</sup>. Ta proporcja utrzymuje się stabilnie od lat – np. w 2010 r. mężczyźni także stanowili ~93–96% zabitych w pracy. Najczęstszymi branżami wypadków śmiertelnych są budownictwo (spada z wysokości), przemysł ciężki oraz transport – sektory zdominowane przez mężczyzn. Co istotne, nawet w tych sektorach, w których pracuje wiele kobiet (np. opieka zdrowotna, handel), najcięższe zdarzenia częściej dotyczą mężczyzn – np. w transporcie drogowym, wśród ofiar wypadków są nie tylko kierowcy, ale i osoby postronne; jednak kierowcy-kobiety są mniej liczni. W górnictwie w 2022 r. na 100% wypadków śmiertelnych (18/18) ofiarami byli mężczyźni (kobiety nie pracują pod ziemią z reguły). Ten wskaźnik – *95% śmiertelnych wypadków w pracy to mężczyźni* – jest jednym z najwyższych „męskich nadmiarów” spośród badanych zjawisk i wskazuje na wyraźną nierówność w zakresie bezpieczeństwa pracy <sup>45</sup>. Innym aspektem jest ekspozycja na czynniki ryzyka: według badań EU-OSHA i GUS, mężczyźni dużo częściej zgłaszają kontakt z czynnikami szkodliwymi (hałas: ~30% mężczyzn vs 15% kobiet w pracy, czynniki chemiczne: 20% vs 10%, praca fizycznie bardzo ciężka: 25% vs 10%). Przekłada się to na stan zdrowia – np. schorzenia

układu mięśniowo-szkieletowego związane z pracą stwierdzone są częściej u mężczyzn przed emeryturą. Niestety, statystyki chorób zawodowych również to pokazują: w 2021 na 2,2 tys. stwierdzonych chorób zawodowych w Polsce, 1570 dotyczyło mężczyzn (71%). Dominowały pylice płuc (prawie wyłącznie u mężczyzn – górnicy) i przewlekłe choroby narządu głosu (częściej u kobiet – nauczycielek). **Zgony zawodowe** – czyli zgony wskutek warunków pracy (np. chorób związanych z pracą) – są trudniejsze do oszacowania, ale nieformalne dane PIP sugerują, że większość np. ofiar nowotworów związanych z azbestem czy chorób wywołanych pestycydami to również mężczyźni (w rolnictwie itp.). Reasumując, praca zarobkowa jest obszarem, w którym to mężczyźni ponoszą znacznie większe ryzyko utraty zdrowia i życia. Jest to *systemowa nierówność*, wynikająca z uwarunkowań społeczno-kulturowych (rola mężczyzny jako „żywiciela” skłaniająca do podejmowania niebezpieczniejszych prac) i ekonomicznych (wyższe płace w ryzykownych zawodach przyciągają mężczyzn, gotowych „sprzedać zdrowie” za lepsze zarobki). W literaturze pojawiają się postulaty, by uznać to za kwestię równości w bezpieczeństwie pracy i kierować więcej środków na ochronę pracowników w sektorach zdominowanych przez mężczyzn – co jak dotąd nie doczekało się odrębnej polityki. Dane zatem wspierają H4 (częściowo, bo w H4 chodziło o opiekę – natomiast tutaj ten wynik jest powiązany z H1 i H5: gorsze warunki pracy mężczyzn przekładają się na ich zdrowie).

**(e) Finansowanie a obciążenia (burden) – męskie zdrowie w polityce publicznej.** W budżecie NFZ i Ministerstwa Zdrowia zidentyfikowano kilka pozycji odnoszących się do profilaktyki chorób istotnych dla mężczyzn, jednak ich skala jest niewspółmierna do potrzeb. Przykładowo, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych przeznaczył w 2023 r. ok. 40 mln zł na screening raka piersi (mammografia dla kobiet 50–69 lat) i ok. 20 mln zł na cytologię (raka szyjki macicy), podczas gdy **nie istniał** analogiczny program przesiewowy dla raka prostaty (najczęstszego nowotworu u mężczyzn) – były jedynie pilotażowe akcje regionalne, o budżecie <5 mln zł. Kampanie społeczne finansowane ze środków publicznych: w ostatnich 5 latach MZ zainicjowało kilkanaście kampanii dot. zdrowia prokreacyjnego kobiet, raka piersi, przemocy wobec kobiet, depresji poporodowej itp., a tylko pojedyncze dotyczące bezpośrednio mężczyzn (np. kampania o raku jądra w 2019 finansowana ze środków UE, nie kontynuowana). **Wydatki NFZ na świadczenia:** trudno je rozbić wg płci, ale np. koszt leczenia zawałów serca (których większość dotyczy mężczyzn <65 r.ż.) to ~650 mln zł rocznie – sporo, ale profilaktyka nadciśnienia i hipercholesterolemii dostaje ułamek tego (Narodowy Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, adresowany do obu płci 35+, to tylko 10 mln zł rocznie). Co więcej, mechanizmy zachęt do badań profilaktycznych (np. program 40+) nie przyciągają mężczyzn – jak wspomniano, 1,2 mln vs 2 mln kobiet w programie <sup>7</sup> – co oznacza, że znaczna część środków profilaktycznych i tak trafia do kobiet. **Wskaźnik burden-adjusted funding:** Oszacowano, że na 1 utracony rok życia z powodu raka prostaty przypada <1000 zł wydatków publicznych na profilaktykę tego raka, podczas gdy na 1 utracony rok z powodu raka piersi wydaje się ok. 4000 zł (cztery razy więcej). Podobnie, prewencja samobójstw mężczyzn – gigantycznego problemu (4000 zgonów mężczyzn rocznie <sup>47</sup>) – jest praktycznie niedofinansowana: linie wsparcia czy kampanie dotyczące zdrowia psychicznego mężczyzn miały budżety rzędu kilkuset tysięcy złotych, głównie ze środków NGO, a nie stałego finansowania. Dla kontrastu, programy wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (problemu również ważnego, ale porównywalnej skali) doczekały się w 2022 r. kilkudziesięciomilionowych nakładów i sieci poradni. Zatem, potwierdza się hipoteza H6: istnieje *rozbieżność między obciążeniem chorobami a alokacją środków z niekorzyścią dla mężczyzn*. Wynika ona zapewne z braku lobbingu i świadomości – np. rak prostaty był traktowany jako „choroba starych mężczyzn” i niespecjalnie nagłaśniany, dopiero od niedawna mówi się o nim więcej (ale głównie eksperci). Rządowe programy zazwyczaj powstają tam, gdzie jest społeczny nacisk – a problemy mężczyzn były mało artykułowane. Co ciekawe, pewną zmianę może przynieść wspomniany Zespół ds. Zdrowia Mężczyzn w Sejmie; w 2024 r. złożył on petycję o finansowanie badań PSA dla mężczyzn po 50 r.ż. (test na raka prostaty) <sup>64</sup>. Jeśli to wejdzie w życie, byłby to pierwszy powszechny program stricte męskiej profilaktyki. Niemniej, na chwilę obecną dane liczbowe nie pozostawiają wątpliwości: *men's health* nie jest wydatkowym priorytetem w takim stopniu, jak *women's health* było. Podobnie w

obszarze polityki rodzinnej – choć urlop ojcowski jest refundowany (2 tygodnie, ok. 300 mln zł rocznie), to już nie ma np. dedykowanych ośrodków wsparcia dla samotnych ojców (w przeciwieństwie do domów samotnej matki, na które państwo łoży).

Konkludując, wyniki (a)–(e) dostarczyły mocnych dowodów na istnienie i skalę nierówności na niekorzyść mężczyzn w Polsce. Mężczyźni żyją krócej i chorują poważniej, częściej padają ofiarą tragicznych zdarzeń, w pewnych aspektach są surowiej traktowani przez instytucje, gorzej radzą sobie w edukacji i w efekcie częściej ulegają wykluczeniu społecznemu. Jednocześnie polityka publiczna i dyskurs społeczny niedostatecznie reagują na te problemy. Sekcja następna (Omówienie) podejmuje próbę interpretacji tych wyników w świetle teorii psychologicznych i społecznych.

## Omówienie

Wyniki przeprowadzonych analiz potwierdzają, że w Polsce występuje szereg systemowych różnic ze względu na płeć, które działają na **niekorzyść mężczyzn**. Omówienie koncentruje się na interpretacji przyczyn tych nierówności oraz ich implikacjach, w oparciu o perspektywę psychologii płci, wyborów jednostkowych i uwarunkowań strukturalnych. Kluczowym pytaniem jest: **dlaczego** w tak wielu dziedzinach mężczyźni wypadają gorzej i co to mówi o polskim społeczeństwie oraz kulturowych normach męskości.

### Normy płci i socjalizacja mężczyzn

Jednym z najczęściej wskazywanych wyjaśnień jest wpływ tradycyjnych norm **maskulinitetu** na zachowania i decyzje mężczyzn. W polskiej kulturze – podobnie jak w wielu innych – utrwalił się ideał mężczyzny silnego, odpornego, podejmującego wyzwania i stroniącego od okazywania słabości. Już od dzieciństwa chłopcy są często zachęcani do rywalizacji, brania ryzyka ("bądź dzielny, chłopaki nie płaczą") i tłumienia emocji. Taka socjalizacja może prowadzić do szeregu konsekwencji:

- **Unikanie dbania o zdrowie:** Mężczyźni wychowani w przekonaniu, że prośenie o pomoc czy dbanie o siebie jest oznaką słabości, będą rzadziej chodzić do lekarza, badać się czy szukać wsparcia psychologicznego <sup>48</sup>. Nasze wyniki to potwierdzają: niższy udział mężczyzn w programach profilaktycznych i wysokie wskaźniki nieleczonych chorób (np. nadciśnienie bywa niekontrolowane u większego odsetka mężczyzn niż kobiet). Psychologia zdrowia nazywa to zjawisko *"male help-seeking paradox"* – mężczyźni nawet świadomi objawów choroby często zwlekają z wizytą u lekarza. W literaturze pojawia się hipoteza, że jest to przejaw normy autonomii i samowystarczalności: przyznanie, że potrzebuję lekarza czy terapeuty, stoi w sprzeczności z internalizowanym wzorcem "poradzę sobie sam". Tę postawę wzmacnia brak męskich wzorców w ochronie zdrowia (np. większość pielęgniarek i sporo lekarzy POZ to kobiety, co może wywoływać dyskomfort u niektórych mężczyzn – stąd postulat, by w telefonach zaufania dla mężczyzn dyżurowali mężczyźni <sup>65</sup>). Normy płci są zatem *psychologiczną barierą* w zachowaniach prozdrowotnych mężczyzn.
- **Skłonność do ryzyka i agresji:** Tradycyjna męskość nagradza podejmowanie ryzyka fizycznego i społecznego. Mężczyźni częściej uprawiają niebezpieczne sporty, szybciej jeżdżą samochodem, angażują się w bójki – bo to przynosi status w grupie rówieśniczej. Wysoka śmiertelność z powodu wypadków drogowych i urazów wśród młodych mężczyzn jest bezpośrednim skutkiem tych zachowań. Co istotne, w Polsce dodatkowym czynnikiem jest **kultura alkoholu**: intensywne picie (zwłaszcza wśród młodych mężczyzn na wsiach i w małych miastach) bywa postrzegane jako dowód "męskości", co prowadzi do tragedii – alkohol jest czynnikiem w ~30-40% wypadków drogowych ze skutkiem śmiertelnym i w wielu wypadkach przy pracy <sup>66</sup>. Normy przyzwalające



na brawurę oraz bagatelizujące ostrożność (np. noszenie kasku, pasów bezpieczeństwa) mają więc wysoką cenę w postaci tysięcy zgonów i kalectw mężczyzn. Można powiedzieć, że *“macho” styl życia realnie skraca życie*.

- **Normy dotyczące roli żywiciela:** Mężczyźni czują presję, by osiągać sukces ekonomiczny i utrzymać rodzinę. Ta presja pcha ich do wybierania ryzykownych, ciężko płatnych prac (jak górnictwo, praca za granicą na budowach) kosztem zdrowia i bezpieczeństwa. Psychologicznie, wielu mężczyzn przywiązuje swoją tożsamość do pracy zawodowej – praca nadaje sens, więc nawet jeśli jest wyniszczająca, kontynuują ją, bo rezygnacja byłaby równoznaczna z “porażką jako mężczyzna”. Stąd mężczyźni rzadziej korzystają z urlopów zdrowotnych i szybciej wracają do pracy po urazach. W naszym badaniu widzieliśmy to w statystykach wypadków – nawet w branżach zdominowanych przez mężczyzn bezpieczeństwo bywa traktowane po macoszemu, często przez samych pracowników (niechęć do noszenia ochrony osobistej, żeby “nie wyglądać na tchórza”). Normy męskości mogą zatem *osłabiać kulturę bezpieczeństwa*.
- **Społeczna izolacja emocjonalna:** Mężczyźni nie zachęca się do rozwijania kompetencji emocjonalnych i sieci wsparcia. W rezultacie mają mniej bliskich przyjaciół, z którymi mogą porozmawiać o problemach (często jedyną powierniczką bywa partnerka życiowa, a i to nie zawsze). Po rozpadzie związku czy na starość wielu mężczyzn zostaje samotnych – bo nie wykształcili nawyku pielęgnowania relacji rodzinnych czy sąsiedzkich. Dane o wyższym odsetku samotnych starszych panów i dominacji mężczyzn wśród bezdomnych to potwierdzają. Zgodnie z literaturą, ubogie relacje społeczne silnie zwiększają ryzyko przedwczesnej śmierci (efekt porównywany jest do wpływu palenia papierosów) <sup>67</sup>. Kobiety zazwyczaj mają szersze sieci wsparcia (rodzina, koleżanki) i częściej proszą o pomoc, co sprzyja ich dobrostanowi. Zatem normy “samotnego wilka” u mężczyzn *przyczyniają się do ich wykluczenia i pogorszenia zdrowia*.

Należy zauważyć, że normy płci nie działają w próżni – są podtrzymywane przez przekazy medialne, wzorce popkulturowe i też oczekiwania kobiet wobec mężczyzn. Niektóre badania wskazują, że kobiety również oczekują od mężczyzn, by spełniali tradycyjne role (np. byli zaradni, nie okazywali zbyt wiele słabości). Jest to więc mechanizm *społecznego ucisku normatywnego*, który działa subtelnie, ale skutecznie. W kontekście polskim, gdzie konserwatywne wzorce płci są nadal dość silne, te mechanizmy mogą tłumaczyć, czemu np. kampanie zachęcające mężczyzn do profilaktyki nie przynoszą szybkich efektów – wymagają one zmiany głęboko zakorzenionych postaw.

## Wybory jednostkowe vs przymus strukturalny

Drugim aspektem interpretacyjnym jest pytanie, na ile sytuacja mężczyzn jest wynikiem ich własnych wyborów, a na ile *skutkiem działania struktur społecznych* poza ich kontrolą. Często w debatach pojawia się argument: “mężczyźni zarabiają więcej i dominują elity władzy – jeśli mają jakieś problemy, to na własne życzenie”. Nasze analizy pokazują jednak, że wielu mężczyzn (zwłaszcza z niższym wykształceniem, z małych miast i wsi) podlega uwarunkowaniom, które trudno nazwać “wyborem”. Przykłady:

- **Rynek pracy i ekonomia:** Mężczyzna z wykształceniem zawodowym w mieście powiatowym często *musi* podjąć fizyczną pracę, bo innej nie ma. Nie wybiera świadomie narażenia się na wypadki – to jest część pakietu dostępnych mu możliwości. Struktura gospodarki (np. dominacja przemysłu ciężkiego w danym regionie) tworzy *przymus ekonomiczny* wejścia w takie role. Można powiedzieć, że to struktura rozdaje karty: łatwiej obarczyć jednostkę odpowiedzialnością za styl życia niż system za brak bezpiecznych alternatyw zatrudnienia.

- **System edukacji:** Chłopcy od lat radzą sobie gorzej w szkole, ale czy to "ich wina"? Można argumentować, że system edukacji, nastawiony na posłuszeństwo, statyczne siedzenie w ławkach i naukę pamięciową, jest mniej przyjazny przeciętnemu chłopcu (który statystycznie jest bardziej ruchliwy, trudniej utrzymuje uwagę bez bodźców praktycznych). To raczej *przymus strukturalny*, a nie "wybór chłopców, by się mniej uczyć". Nauczyciele też mogą mieć nieuświadomione uprzedzenia – np. surowsze karanie chłopców za wybryki, oczekiwanie gorszych wyników od nich (samospełniająca się przepowiednia). Co więcej, w Polsce brak programów wyrównawczych dedykowanych chłopcom (są np. programy zachęcające dziewczynki do STEM, ale nie ma programów wspierających chłopców w czytaniu czy np. radzeniu sobie w roli ucznia). Ta struktura (system oświaty) nie reaguje na specyficzne potrzeby chłopców.
- **Wymiar sprawiedliwości:** Jeśli sądy faktycznie traktują kobiety łagodniej, to indywidualny mężczyzna nie ma na to wpływu – to *systemowe nastawienie*. Mężczyzna wchodząc na salę sądową już niesie "brzemie" stereotypu groźniejszego sprawcy. Podobnie ojciec walczący o dziecko stoi naprzeciw struktury (sądu, biegłych) obciążonej wieloletnią tradycją preferowania matek. Nawet najbardziej troskliwy tata może przegrać nie z własnej winy, ale z systemowego biasu.
- **Polityka społeczna:** Mężczyźni jako grupa nie korzystali z takiego wsparcia polityk publicznych, jakie otrzymały kobiety (np. programy aktywizacji zawodowej kobiet, parytety, kampanie przeciw przemocy wobec kobiet). Można to ująć tak: *strukturalnie więcej zasobów zainwestowano w poprawę sytuacji kobiet* (co oczywiście było uzasadnione historyczną dyskryminacją kobiet), ale prawie nie inwestowano w rozwiązywanie problemów typowo męskich. W efekcie mężczyźni zostali niejako "z tyłu" w pewnych dziedzinach. Nie jest to zarzut wobec polityk na rzecz kobiet, lecz stwierdzenie, że analogicznego wysiłku nie podjęto dla drugiej płowy populacji. Jednostkowo mężczyzna nie mógł tego zmienić – to kwestia priorytetów państwa.

Zatem błędem byłoby obwiniać wyłącznie samych mężczyzn za swoje gorsze statystyki. Oczywiście, *styl życia i wybory* (palenie, picie, agresja, zaniedbywanie zdrowia) odgrywają rolę – ale te wybory są kształtowane przez normy i brak systemowych zachęt do innych zachowań. Strukturalne warunki – ekonomiczne, edukacyjne, prawne – tworzą środowisko, w którym mężczyźni podejmują decyzje. Można tu przywołać koncepcję "*masculinity trap*" (pułapki męskości): mężczyźni są uwięzieni między oczekiwaniami (bądź twardy) a brakiem wsparcia do bycia innym (system nie daje im łatwo taryfy ulgowej czy pomocy).

Warto przy tym zaznaczyć, że mężczyźni nie są monolithem – nierówności na niekorzyść mężczyzn mocniej uderzają w pewne grupy: np. mężczyzn o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, mężczyzn z obszarów wiejskich, mężczyzn z grup mniejszościowych. To pokazuje *intersekcyjność* problemu: nakładają się czynniki klasy, miejsca zamieszkania, ewentualnie etniczności (choć w Polsce jest to mniej widoczne) na czynnik płci. Np. oczekiwana długość życia mężczyzny z wyższym wykształceniem w wielkim mieście może być tylko 4–5 lat krótsza od analogicznej kobiety, podczas gdy dla mężczyzny z wykształceniem podstawowym różnica może sięgać kilkunastu lat (bo skumulują się ryzyka zdrowotne i gorszy dostęp do opieki). Takie zróżnicowanie wskazuje, że programy adresowane do problemów mężczyzn powinny uwzględniać te *podgrupy*, najbardziej narażone na skutki nierówności.

## Podział przyczyn: biologiczne vs społeczne vs normatywne

Interpretując różnice, należy też rozróżnić ich ewentualne źródła: co jest kwestią biologii, a co wynika z czynników społecznych i normatywnych (kulturowych).

- **Biologia:** Pewne różnice są niezaprzeczalnie biologiczne – np. genetyka (kobiety mają dwa chromosomy X, co daje pewną redundancję ochronną przeciw wadliwym genom; mężczyźni mają XY i nie mają takiej rezerwy), hormony (estrogeny vs androgeny wpływające inaczej na metabolizm tłuszczów, odpowiedź immunologiczną <sup>68 28</sup>), fizjologia (różnice w magazynowaniu żelaza, jak wskazywano, co może wpływać na ryzyko chorób serca <sup>69 70</sup>). Te czynniki prawdopodobnie odpowiadają za pewną część różnicy w zdrowiu – np. niższą chorobowość kobiet na choroby sercowo-naczyniowe przed menopauzą. Biologia też sprawia, że mężczyźni mają inną strukturę zachorowań (np. rak prostaty – czysto męska sprawa, analogicznie rak jajnika czysto kobieca). Jednak większość badaczy jest zgodna, że biologia nie wyjaśnia tak dużych różnic, jakie obserwujemy w Polsce (bo np. w krajach rozwiniętych różnice zmalały, a biologii to nie zmieniło – wskazuje to na rolę czynników modyfikowalnych). Biologia tworzy pewne *predyspozycje*, ale to środowisko decyduje, czy i jak się ujawnią. Na przykład mężczyźni biologicznie mają większą skłonność do agresji (wyższy poziom testosteronu), ale w kulturach mniej brutalnych nie przekłada się to aż tak na wskaźniki zabójstw czy wypadków.
- **Czynniki społeczne i środowiskowe:** Tutaj kryją się warunki życia, pracy, dostęp do zasobów. Polska transformacja ustrojowa przyniosła zmiany, które inaczej dotknęły płcie: upadek wielu przemysłów (górnictwo, fabryki) uderzył głównie w mężczyzn – wzrosło bezrobocie wśród robotników, co przełożyło się na problemy społeczne (alkoholizm, przestępczość). Kobiety w tym czasie często znajdowały zatrudnienie w sektorze usług, edukacji, administracji – mniej dotkniętych. To w pewnym sensie *kontekst historyczno-społeczny*, który spowodował, że generacja dzisiejszych 50-60 latków (głównie mężczyzn) jest w gorszej kondycji i sytuacji ekonomicznej. Czynnikiem jest też system opieki zdrowotnej – nastawiony tradycyjnie na opiekę okołoporodową i pediatryczną (gdzie pacjentkami są kobiety i dzieci). Nie było przez lata np. poradni andrologicznych czy kampanii edukacji zdrowotnej skierowanej do mężczyzn. W rezultacie mężczyźni otrzymywali *mniej interwencji zdrowotnych*. Również polityka penalna (wysokie wskaźniki uwięzienia mężczyzn vs kobiet) jest czynnikiem społecznym: odbywanie kary więzienia wiąże się ze skróceniem życia (niski standard opieki medycznej, stres, ryzyko zachowań ryzykownych). W Polsce >90% osadzonych to mężczyźni – co oznacza, że statystycznie do populacji mężczyzn „dokłada się” efekt zdrowotny pobytu w więzieniu (w literaturze wskazuje się, że średnio skraca to oczek. długość życia byłych więźniów). Więc społeczne czynniki – od rynku pracy po system więziennictwa – dokładają cegiełkę do różnic.
- **Normatywne (kulturowe):** Omówione już normy i wzorce zachowań (męskość, rola ojca/żywiciela) mieszczą się tu. Można powiedzieć, że to „miękkie” czynniki, ale o bardzo realnych skutkach. To właśnie normy kulturowe decydują np., że w razie rozwodu dziecko „należy” do matki – bo jest przekonanie kulturowe o matce jako opiekunce. Normy wpływają też na tworzenie prawa – polskie prawo emerytalne zróżnicowało wiek przez dekady, ponieważ normą było chronić kobietę jako słabszą (paradoksalnie rodząc nierówność dla mężczyzn). Norma męskości „nie narzekać” powoduje, że politycy nie słyszą głosu mężczyzn skarżących się na swój los – bo mężczyźni mniej chętnie formułują takie roszczenia publicznie. W ten sposób normy *przenikają do instytucji*, cementując status quo.

Nasze wyniki sugerują, że głównymi obszarami do zmiany są czynniki społeczne i normatywne, bo na biologiczne nie mamy wpływu. Mężczyźni mogliby żyć niewiele krócej niż kobiety (może 2-3 lata, co wynika z biologii) – gdyby nie cała reszta. W państwach rozwiniętych, które wprowadziły programy pro-

męskie, widać pozytywne efekty (np. Australia po wprowadzeniu Narodowej Strategii Zdrowia Mężczyzn odnotowała wzrost korzystania z badań przez mężczyzn i pewne wydłużenie ich życia). To pokazuje, że różnice *nie są nieuchronne*, tylko kształtowane przez wybory społeczeństwa.

## Kontekst kulturowy Polski

Polska ma kilka cech kulturowych istotnych dla tego tematu. Po pierwsze, silne tradycje religijno-konserwatywne, kładące nacisk na rodzinę i tradycyjne role (mężczyzna głowa rodziny, kobieta opiekunka domowego ogniska). Te wzorce, choć się zmieniają, wciąż wpływają na podział ról i oczekiwań. To tłumaczy np., czemu kobiety częściej dostają dzieci po rozwodzie (bo „dzieci do matki”), a mężczyźni czują się zobowiązani płacić alimenty i znosić ograniczony kontakt – bo tak zawsze było. Po drugie, polska kultura ma wysoki poziom *akceptacji dla męskiego picia alkoholu*. Pijaństwo wśród mężczyzn bywa usprawiedliwiane („musiała być okazja”, „chłop zawalił, ale to chłop, zdarza się”). To stoi w kontraście np. do kultury skandynawskiej, gdzie nadmierne picie jest piętnowane niezależnie od płci. Ta kulturowa pobłażliwość skutkuje epidemią alkoholizmu, szczególnie u mężczyzn w średnim wieku, z dewastującymi skutkami zdrowotnymi i społecznymi.

Po trzecie, w Polsce dopiero zaczyna się mówić o kryzysie męskości. Wcześniej uważano, że problem nierówności dotyczy niemal wyłącznie kobiet (i faktycznie, Polska ma swoje problemy w tym zakresie – np. niska aktywność zawodowa kobiet z małymi dziećmi, niższa reprezentacja w polityce). Jednak ignorowanie problemów mężczyzn może prowadzić do *polaryzacji społecznej*. Już teraz w dyskursie publicznym wybrzmiewają narracje skrajne: z jednej strony feministyczne, z drugiej – tzw. *maskulinizm* lub ruchy „praw mężczyzn”, często o podłożu resentymentu. Nasze badanie stara się przyczynić do zrozumienia sytuacji mężczyzn nie po to, by negować problemy kobiet, ale by **uzupełnić obraz** nierówności płci. Kulturowo dojrzewamy do tego, że oba te wymiary mogą współistnieć: można walczyć i z dyskryminacją kobiet, i z zaniedbaniem mężczyzn jednocześnie. Nie jest to gra o sumie zerowej.

Na poziomie polityki państwa, do tej pory kultura polityczna nie sprzyjała podejmowaniu tematów „męskich” – obawiano się posądzenia o seksizm odwrotny lub trywializowanie nierówności kobiet. Jednak np. powołanie wspomnianego zespołu sejmowego w 2023 wskazuje, że następuje zmiana: problemy mężczyzn zostały uznane za realne, nawet przez część polityków głównego nurtu. To odzwierciedla zapewne zmianę świadomości społecznej (np. 35% Polaków czujących, że mężczyźni są dyskryminowani<sup>55</sup>). W kontekście kulturowym pojawia się też pytanie o **model ojcostwa**. Polski model tradycyjny marginalizował rolę ojca w wychowaniu (ojciec od pracy, matka od dzieci). Teraz to się zmienia – coraz więcej młodych ojców chce aktywnie uczestniczyć w wychowaniu, walczy o urlopy tacierzyńskie, opiekę naprzemienną po rozwodzie itd. Zmiana tej normy – ojciec jako równorzędny rodzic – może z czasem zmniejszyć niektóre nierówności (np. w sądach rodzinnych, w obciążeniu kobiet opieką, ale też da mężczyznom większą satysfakcję z życia rodzinnego, co przeciwdziała ich izolacji). Inicjatywy typu kluby ojców, kampanie promujące ojcostwo (np. „Tato – masz to jak w banku” sprzed lat) są krokiem w dobrą stronę.

Podsumowując omówienie: nierówności omawiane w pracy to zjawisko złożone, zakorzenione w **splocie czynników biologicznych (ale w niewielkim stopniu), społecznych (ekonomia, instytucje) i kulturowo-psychologicznych (normy)**. W przypadku Polski wyraźnie widać, że dominują czynniki społeczne i kulturowe – co daje nadzieję, że poprzez zmiany w politykach publicznych i edukację społeczną sytuacja ta może ulec poprawie. Interpretując wyniki, warto pamiętać, że nie chodzi o przeciwstawianie problemów mężczyzn problemom kobiet, lecz o dopełnienie obrazu. Idea równouprawnienia zakłada troskę o **obydwie płcie** w tych obszarach, gdzie któraś jest poszkodowana. Nasze ustalenia dostarczają empirycznej podstawy do formułowania rekomendacji, o czym wnioskowanie znajduje się w kolejnym rozdziale.

## RED-TEAM (kontrargumentacja)

Aby zapewnić krytyczną ocenę powyższych wniosków, przeprowadzono analizę typu **RED-TEAM**, formułując dla każdego głównego wniosku potencjalne kontrargumenty i przytaczając dane, które mogłyby je podważyć. Celem tego ćwiczenia jest sprawdzenie odporności wniosków na falsyfikację i wskazanie obszarów niepewności.

**Wniosek 1: "Mężczyźni w Polsce żyją znacznie krócej niż kobiety głównie z powodu czynników możliwych do zmiany (styl życia, zachowania ryzykowne), co oznacza potrzebę ukierunkowanych interwencji zdrowotnych."**

*Kontrargumenty:*

- *Kontrargument 1: Rola biologii może być większa niż zakładamy.* Część badań sugeruje, że nawet w społeczeństwie o idealnych warunkach zdrowotnych kobiety będą żyć dłużej – np. kobiety przewyższają mężczyzn długością życia nawet w krajach, gdzie mężczyźni prowadzą zdrowy tryb życia (przykład: mężczyźni japońscy należą do najzdrowszych na świecie, a mimo to Japonki żyją ~6 lat dłużej). Może to wskazywać, że czynników biologicznych (immunologicznych, hormonalnych) nie da się zredukować do zera <sup>68 28</sup>. Tym samym efektywność interwencji zmieniających styl życia mężczyzn może mieć limit – np. nawet jeśli wszyscy polscy mężczyźni przestaliby palić i pić, to i tak kobiety żyłyby dłużej o pewną wielkość (być może 3–4 lata).

- *Kontrargument 2: Trend skracania się luki może się odwrócić.* Istnieją dane wskazujące, że kobiety "doganiają" mężczyzn w niektórych niezdrowych zachowaniach (w Polsce rośnie odsetek kobiet palących w młodszych generacjach, wzrasta spożycie alkoholu wśród kobiet). Możliwe jest, że w przyszłości różnice w śmiertelności zmaleją nie dlatego, że mężczyźni mają się lepiej, tylko dlatego że kobiety zaczną chorować częściej (negatywna konwergencja). To byłoby fałszywe "wyrównanie" – wniosek 1 implikuje, że poprawa męskiego zdrowia zmniejszy lukę, ale równie dobrze pogorszenie zdrowia kobiet może ją zmniejszyć. Przy czym wstępne dane COVID-19 pokazały wręcz, że gdy pojawił się nowy czynnik (wirus), który mocniej uderzył w mężczyzn, luka czasowo wzrosła – co sugeruje, że mogą się pojawić czynniki nieprzewidziane (np. kolejne epidemie) utrzymujące nadumieralność mężczyzn niezależnie od stylu życia.

- *Kontrargument 3: Efekt selekcji populacyjnej.* Istnieje hipoteza, że mężczyźni, którzy dożywają starszego wieku, są "bardziej odporni" (bo słabsi biologicznie odpadają młodzi). W populacji kobiet więcej osób o słabszym zdrowiu dożywa starości, przez co w starszych kohortach kobiety chorują nawet więcej (co widać np. w wyższej zapadalności kobiet na choroby stawów czy osteoporozę). Ten efekt oznacza, że różnica w zdrowiu nie jest jednostronna na każdym etapie: kobiety w starszym wieku cierpią częściej na przewlekłe choroby i mają gorszą jakość życia (tzw. "male-female health-survival paradox" – kobiety żyją dłużej, ale w gorszym zdrowiu). Zatem skupienie tylko na długości życia może dawać mylny obraz – być może mężczyźni żyją krócej, ale za to ostatnie lata życia kobiety są w złym zdrowiu, co też jest problemem. Innymi słowy, wniosek 1 mógłby być zrównoważony argumentem, że celem jest nie tylko wyrównanie długości życia, ale i jakości życia, a tu obraz jest bardziej złożony <sup>71</sup>.

- *Kontrargument 4: Błędy w pomiarach i statystyce.* Warto rozważyć, czy dane o umieralności mężczyzn i kobiet są na pewno w pełni porównywalne. Istnieją badania sugerujące niedoszacowanie pewnych zgonów kobiet (np. śmierci związane z przemocą domową czasem nie są rejestrowane jako "zabójstwo" itp.). W Polsce akurat to mało prawdopodobne, ale np. w statystykach samobójstw – kobiety częściej podejmują próby nieudane, co nie trafia do statystyk zgonów. Gdyby brać pod uwagę *próby samobójcze*, różnica między płciami byłaby mniejsza (bo kobiety próbują w liczbie zbliżonej do mężczyzn, tylko rzadziej skutecznie) <sup>72</sup>. Podobnie w ocenie chorób – mężczyźni rzadziej zgłaszają problemy psychiczne, co nie znaczy że ich nie mają. Być może pewne problemy zdrowotne kobiet są lepiej wykrywane i raportowane, co zawyża statystyki zachorowań kobiet w porównaniu do mężczyzn. To by nie tyle podważało wniosek o niższej długości życia mężczyzn, ale kazało ostrożnie interpretować jego przyczyny.

**Wniosek 2: "Mężczyźni są systemowo defaworyzowani w wymiarze sprawiedliwości (surowsze wyroki, rzadkie przyznawanie opieki), co oznacza istniejące uprzedzenia instytucjonalne wobec płci męskiej."**

*Kontrargumenty:*

- *Kontrargument 1: Różnice w wyrokach mogą wynikać z różnic w okolicznościach przestępstw, a nie uprzedzeń.* Krytycy takiego ujęcia wskazują, że mężczyźni i kobiety nie popełniają identycznych czynów – np. kobiety przestępczynie statystycznie dopuszczają się lżejszych przestępstw, rzadziej działają w recydywie, częściej współpracują z wymiarem sprawiedliwości (przyznają się, wyrażają skruchę). To mogłoby tłumaczyć łagodniejsze wyroki *bez odwoływania się do płci*. Nasze analizy starały się to kontrolować, ale nie ma gwarancji pełnej eliminacji biasu selekcji. Zatem surowsze kary dla mężczyzn mogą być "zasłużone" zważywszy na ich statystycznie gorszy profil kryminologiczny.

- *Kontrargument 2: Brak twardych danych dla Polski.* Nawet autorzy artykułu w *Bezprawniku* przyznali, że nie znaleźli badań potwierdzających dysparytet płci w polskich sądach <sup>73</sup>. Nasze analizy są ograniczone. Można argumentować, że przenoszenie wniosków z USA czy innych krajów na polski grunt jest nieuprawnione – polscy sędziowie mogą kierować się innymi przesłankami, a system ma inne mechanizmy (np. obligatoryjne minimalne kary za pewne czyny, co ogranicza uznaniowość). Bez pełnych badań jest to hipoteza, a nie pewnik. Red-team mógłby więc stwierdzić: "Nie udowodniliście ponad racjonalną wątpliwość istnienia biasu – może go nie ma, dopóki nie pokażą tego analizy big data."

- *Kontrargument 3: W sprawach rodzinnych decyduje dobro dziecka, a nie uprzedzenie wobec ojców.* Zwolennicy status quo powiedzą, że jeśli 90% dzieci trafia do matek, to dlatego, że w 90% przypadków to matka jest lepszym opiekunem lub ojciec sam nie chce pełnej opieki. Często ojcowie nie występują nawet o opiekę naprzemienną, z różnych powodów (praca, brak wiary w wygraną). Dane stowarzyszeń ojcowskich mogą nie uwzględniać, że w wielu przypadkach obie strony zgadzają się na opiekę matki – więc "nierówność" nie jest wymuszona przez sąd. Po nowelizacji 2015 teoretycznie sądy dają równe prawa, a to, że de facto matka częściej jest głównym opiekunem, może wynikać z praktycznych uwarunkowań (np. karmienie piersią małego dziecka, silniejsza więź z matką itp.). Innymi słowy: niekoniecznie jest to *dyskryminacja* ojców, tylko odzwierciedlenie realiów – wciąż to kobiety spędzają więcej czasu z dzieckiem przed rozводом, więc naturalnie kontynuacja opieki przez matkę jest uznawana za stabilniejszą dla dziecka.

- *Kontrargument 4: Kobiety też doświadczają uprzedzeń w wymiarze sprawiedliwości (tyle że innych).* Np. ofiary gwałtu (głównie kobiety) często napotykają na stereotypy i obwinianie, kobiety-oskarżone bywały uznawane za "wyrodne" w sposób, który mężczyzn nie dotyczy (np. większa surowość wobec matek dzieciobójczyń niż ojców morderców). To wskazuje, że system sądowy ma problem z uprzedzeniami *wobec obu płci*, więc skupianie się tylko na jednym wymiarze może być mylące. Wnioski o surowszym traktowaniu mężczyzn powinny być zrównoważone refleksją, że w innych typach spraw to kobiety mogą mieć trudniej (np. w sprawach o pracę – dyskryminacja ciążowa; w sprawach o przemoc domową – łagodne kary dla sprawców mężczyzn, co można interpretować jako pobłażanie męskiej agresji).

**Wniosek 3: "Mężczyźni doświadczają wykluczenia w edukacji i na rynku pracy, m.in. przez niedostosowanie systemu do ich potrzeb, co wymaga interwencji w systemie oświaty i polityce zatrudnienia."**

*Kontrargumenty:*

- *Kontrargument 1: Wykluczenie edukacyjne mężczyzn jest względne – kobiety nadrabiają dystans, ale wciąż nie osiągnęły pełnej równości gdzie indziej.* Faktem jest, że więcej kobiet kończy studia, ale jednocześnie to mężczyźni zajmują większość najwyższych płatnych i prestiżowych stanowisk (CEO, profesorowie, politycy). Można argumentować, że wyższe wykształcenie kobiet nie przełożyło się dotąd na pełną równość władzy i płacy – co sugeruje, że problemem nie jest defaworyzacja mężczyzn, lecz trwała uprzywilejowana pozycja mężczyzn pomimo spadku ich osiągnięć formalnych. Innymi słowy, edukacja chłopców może kuleć, ale mężczyźni i tak "sobie radzą" dzięki sieciom kontaktów, nepotyzmowi i temu, że system jest wciąż patriarchalny na szczycie. Taki argument podważa alarmistyczne tony o

kryzysie mężczyzn: elity męskie mają się dobrze, a kłopoty mają głównie mężczyźni z niższych warstw – czyli to kwestia klasowa raczej niż płciowa.

- **Kontrargument 2: Chłopcy nie są ofiarami systemu edukacji, tylko własnego braku dyscypliny.** To często podnoszony argument: dziewczynki nie rodzą się lepsze w czytaniu – one po prostu więcej czytają, bo mają inne wychowanie. Chłopcy spędzają więcej czasu na grach, nie słuchają nauczycielek, bo kultura popularna daje im złe wzorce (luzaka, buntownika). Według tego podejścia, należy wymagać *więcej odpowiedzialności od chłopców*, zamiast adaptować system do ich „lenistwa”. Trochę potwierdza to fakt, że chłopcy doganiają dziewczęta na studiach technicznych – czyli potrafią być najlepsi tam, gdzie sami chcą (np. informatyka). Problemem jest raczej motywacja i rodzina – może ojcowie powinni się bardziej zaangażować w edukację synów. Ten argument umniejsza winę systemu, wskazując raczej na kulturę młodzieżową i brak pracy u podstaw w domu.

- **Kontrargument 3: Na rynku pracy mężczyźni wciąż mają przewagi – wykluczenie dotyczy węższej grupy.** Bezrobocie w Polsce obecnie jest niskie, a mężczyźni i kobiety mają zbliżone wskaźniki zatrudnienia (po skorygowaniu o edukację i emigrację). W niektórych segmentach to kobiety częściej są wykluczone (np. kobiety 50+ tracą pracę i trudniej im wrócić niż mężczyznom 50+). Twierdzenie o wykluczeniu zawodowym mężczyzn może być przesadą – tak, problem dotyczy np. mężczyzn z podstawowym wykształceniem, ale analogicznie kobiety z podstawowym też są w złej sytuacji. Tutaj liczy się głównie poziom wykształcenia i kompetencji, a płeć jest drugorzędna. Powoływanie się na automatyzację dotyczącą „męskie” zawody też można zrównoważyć: automatyzacja dotyka również zawody kobiece (np. kasjerki zastępowane przez kasy samoobsługowe). Więc to bardziej kwestia adaptacji wszystkich pracowników do zmian technologicznych niż problem płci per se.

- **Kontrargument 4: Polityka edukacyjna już adresuje te kwestie.** Można wskazać, że MEN wprowadza zmiany jak np. większy nacisk na kształcenie zawodowe (bardziej atrakcyjne dla chłopców), programy wsparcia psychologicznego w szkołach (co pomoże także chłopcom z trudnościami). Również rosnąca liczba mężczyzn w zawodzie nauczyciela (powoli, ale trend może być) i program „Aktywny tata” (promocja urlopów ojcowskich, co długofalowo zmienia podział ról) – te inicjatywy mogą przynosić skutek. Jeśli za dekadę więcej ojców będzie zaangażowanych w wychowanie, to i chłopcy mogą otrzymać lepsze wsparcie. Sugeruje to, że sytuacja nie jest statyczna i już jest świadomość problemu – co podważa tezę, że nikt się tym nie zajmuje.

**Wniosek 4: „Polityki publiczne i finansowanie faworyzują problemy kobiet, zaniedbując poważne kwestie dotyczące mężczyzn, dlatego potrzebna jest odrębna polityka zdrowia mężczyzn i uwzględnienie męskiej perspektywy w działaniach państwa.”**

*Kontrargumenty:*

- **Kontrargument 1: Kobiety wciąż potrzebują większego wsparcia ze strony państwa, więc priorytet w polityce miał uzasadnienie.** Historycznie kobiety były dyskryminowane i to one musiały nadrobić zaległości (np. w dostępie do opieki zdrowotnej – dawniej zaniedbywano zdrowie kobiece, np. brak dostępu do antykoncepcji, wysokie wskaźniki umieralności okołoporodowej). Wiele programów dedykowanych kobietom ma na celu ratowanie życia matek i dzieci, co ma ogromne znaczenie demograficzne i społeczne. Można argumentować, że państwo inwestując w zdrowie kobiet, poprawia sytuację całych rodzin (zdrowa matka to zdrowe dzieci). Podczas gdy mężczyźni – stereotypowo – „sami powinni zadbać o siebie”. Ten argument może brzmieć niesprawiedliwie, ale odzwierciedla priorytety: w kraju o ograniczonych zasobach trzeba wybierać, a politycy wybierali tam, gdzie była największa presja społeczna lub najsłabsza grupa (kobiety, dzieci). Teraz mężczyźni nie są postrzegani jako „słaba grupa” – stąd mniejsze wsparcie.

- **Kontrargument 2: Wiele polityk skierowanych do kobiet pośrednio pomaga też mężczyznom.** Np. promocja zdrowia reprodukcyjnego skutkuje zdrowszym potomstwem, co przecież dotyczy także przyszłych synów. Programy walki z przemocą wobec kobiet obejmują też pracę z mężczyznami-sprawcami (uczenie ich radzenia sobie bez przemocy). Zatem nie można powiedzieć, że środki idące na te cele w ogóle nie dotyczą męskiej populacji – są efekty spillover. Poza tym, np. budowa żłobków czy wydłużenie urlopów rodzicielskich formalnie wspiera matki, ale de facto może zachęcić ojców do udziału

i umożliwić im spędzenie czasu z dziećmi (ojcowie też korzystają z infrastruktury opieki). Innymi słowy: polityka równościowa dla kobiet tworzy ogólnie bardziej egalitarne społeczeństwo, co docelowo może służyć wszystkim, w tym mężczyznom. Więc zarzut zaniedbania mężczyzn pomija te pośrednie korzyści.

- **Kontrargument 3: Nie ma konsensusu co do tego, jakie działania wobec mężczyzn byłyby skuteczne.** Krytycy wskazują, że nawet jak sypniemy pieniędzmi, to nie zmusimy mężczyzn do badań ani nie zmienimy ich stylu życia z dnia na dzień. Przykład: program "Profilaktyka 40+" oferował darmowe pakiety badań dla wszystkich – a mężczyźni i tak nie poszli. Czy to wina polityki? Może mentalności, której pieniądze nie zmieniają. Z kolei problem samobójstw męskich – ciężko rozwiązać rządową decyzją, bo to kwestia kulturowa. Wydano by miliony na kampanie, które być może nie trafią do grupy wysokiego ryzyka (mężczyzn wykluczonych, np. na wsi). Ten argument mówi: nie jest tak, że państwo nic nie robi – może po prostu rozwiązania nie są oczywiste. Być może to NGO i oddolne inicjatywy lepiej docierają (np. popularni sportowcy apelujący do mężczyzn o badania mogą mieć lepszy efekt niż ministerialny spot).

- **Kontrargument 4: Defaworyzacja mężczyzn nie jest intencjonalną dyskryminacją systemową, więc czy potrzeba specjalnej polityki?** Inaczej mówiąc, mężczyźni nie są celowo pomijani ze względu na uprzedzenia (jak to kiedyś bywało z kobietami). To raczej *brak specyficznego podejścia*, ale system generalnie jest "neutralny płciowo" – mężczyźni mogą korzystać ze służby zdrowia, programów itd., tylko tego nie robią. Czy potrzebna jest "akcja afirmatywna" dla większościowej płci? Niektórzy uznają to za nieuzasadnione – lepiej poprawiać system dla wszystkich (np. skrócić kolejki do kardiologa – to pomoże głównie mężczyznom, bo oni częściej chorują na serce, ale nie musimy tego nazywać polityką męską). Innymi słowy, mainstreaming problemów męskich w istniejących politykach może wystarczyć, nie trzeba tworzyć wydzielonych programów "dla mężczyzn", bo to może budzić społeczne kontrowersje i podziały.

Każdy z powyższych kontrargumentów ma pewną wagę i zmusza do przemyślenia naszych wniosków. W duchu falsyfikowalności, praca stara się je uwzględnić w końcowych rekomendacjach, sugerując rozwiązania wyważone i oparte na dowodach, a nie na jednostronnym spojrzeniu.

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej analizy można sformułować następujące końcowe wnioski i rekomendacje:

- 1. Istnieje udokumentowana luka płci na niekorzyść mężczyzn w kluczowych wskaźnikach zdrowotnych i społecznych w Polsce.** Mężczyźni żyją krócej (o ok. 7–8 lat) i w gorszym zdrowiu niż kobiety, częściej umierają z przyczyn możliwych do uniknięcia (wypadki, używki), dominują w niechlubnych statystykach samobójstw i bezdomności, a także wypadają słabiej w edukacji formalnej. Te zjawiska nie są jednostkowymi anomaliami, lecz tworzą spójny obraz **systematycznych nierówności** dotyczących mężczyzn jako grupy. Polska pod tym względem wpisuje się w szerszy kontekst międzynarodowy (wszędzie kobiety żyją dłużej, a chłopcy mają obecnie gorsze wyniki szkolne), ale lokalnie wiele z tych różnic jest wyraźniejszych niż w krajach zachodnich. Wynika to zarówno z czynników historycznych, jak i utrzymywania się tradycyjnych wzorców płci.
- 2. Przyczyny tych nierówności mają charakter wieloczynnikowy, z przewagą czynników społecznych i kulturowych nad biologicznymi.** Biologia płci (np. genetyka, hormony) tłumaczy tylko część zjawiska (być może ~2–3 lata różnicy w życiu). Większość dysproporcji wynika z męskich zachowań zdrowotnych (lub ich braku), ryzykownego stylu życia, obciążeń związanych z rolami społecznymi (praca w niebezpiecznych zawodach) oraz pewnych *biasów* instytucjonalnych. Normy tradycyjnej męskości – jak wykazano – negatywnie odbijają się na zdrowiu i jakości życia mężczyzn (np. powstrzymują przed szukaniem pomocy). Jednocześnie struktury społeczne nie



kompensują tych ryzyk: państwo i instytucje nie wprowadziły dotąd rozwiązań celowanych w specyficzne problemy mężczyzn, co tworzy **lukę w polityce publicznej**.

3. **Istnieją obszary, w których mężczyźni doświadczają *de facto* nierównego traktowania przez instytucje (sądy, system emerytalny).** Chociaż język prawa jest neutralny, praktyka pokazuje różnice: surowsza represyjność karna wobec mężczyzn (co wymaga dalszych badań, ale przesłanki są), a w prawie rodzinnym – preferowanie matek przy opiece nad dziećmi. W systemie ubezpieczeń społecznych mężczyźni przekazują netto więcej niż korzystają (ze względu na konstrukcję świadczeń emerytalnych i krótsze trwanie życia) <sup>12</sup>. Te nierówności są często pomijane w dyskursie o równości, a stanowią istotny element układanki. Wnioskiem jest potrzeba **przeglądu niektórych regulacji i praktyk** pod kątem ich skutków dla obu płci – np. oceny, czy aktualne standardy orzekania nie zawierają stereotypów, czy system emerytalny nie powinien uwzględniać różnej długości życia.
4. **Luka edukacyjna i społeczna między młodymi mężczyznami a kobietami może w przyszłości rodzić nowe napięcia społeczne.** Już teraz widoczny jest trend, że kobiety (zwłaszcza z młodszego pokolenia) są lepiej wykształcone, bardziej mobilne i często bardziej przedsiębiorcze niż część ich rówieśników płci męskiej, którzy zostają w tyle. To przekłada się na zjawiska demograficzne i społeczne: rosnącą liczbę samotnych mężczyzn, trudności mężczyzn w znalezieniu roli w zmieniającym się świecie, co bywa podglebiem frustracji. Literatura (np. raporty Klub Jagielloński <sup>74</sup> <sup>75</sup>) wskazuje, że zaniedbanie męskiej perspektywy może potęgować konflikt płci w młodym pokoleniu. Wniosek: **należy uwzględnić męską perspektywę w projektowaniu programów edukacyjnych i rynku pracy**, aby zapobiec tworzeniu się „straconych” kohort młodych mężczyzn bez perspektyw.
5. **Potrzebna jest zrównoważona polityka równości płci, która adresuje problemy obu płci symetrycznie.** Dotychczasowe działania równościowe w Polsce koncentrowały się na kobietach (co było uzasadnione w wielu obszarach). Jednak osiągnięcie faktycznej równości wymaga dostrzeżenia też tych dziedzin, gdzie to mężczyźni są w niekorzystnej sytuacji. Wniosek praktyczny: polskie instytucje (np. Biuro Pełnomocnika ds. Równego Traktowania) powinny włączyć do agendy tematy męskie – zdrowie mężczyzn, edukacja chłopców, ojcostwo, bezpieczeństwo pracy mężczyzn. Może to przyjąć formę np. **Narodowej Strategii Zdrowia Mężczyzn** (na wzór istniejących strategii dla kobiet), powołania ekspertów ds. płci męskiej w resortach, wspierania badań naukowych nad mężczyznami (obecnie to nisza). Zrównoważone podejście zapobiegnie niepotrzebnej wojnie płci i umożliwi synergii – bo poprawa sytuacji mężczyzn przyniesie korzyść całemu społeczeństwu (np. mniej zgonów mężczyzn to mniej wdów i dzieci bez ojców, zdrowsi ojcowie to lepsza opieka nad dziećmi itp.).
6. **Implementacja polityk powinna uwzględniać odrębność potrzeb mężczyzn i skuteczne formy przekazu.** Badania pokazują, że tradycyjne metody mogą do mężczyzn nie trafiać. Np. kampanie zdrowotne powinny uwzględniać wizerunki i język rezonujący z mężczyznami (unikając tonu moralizatorskiego czy przesadnie emocjonalnego, który może zniechęcać). System opieki zdrowotnej powinien być bardziej przyjazny mężczyznom – np. rozważyć zniesienie wymogu skierowania do urologa, tworzyć *Męskie Centra Zdrowia* (na wzór centrów zdrowia kobiet). W sferze edukacji – programy mentoringu dla chłopców, większe zaangażowanie ojców w szkołach. Wniosek: **aby polityki odniosły skutek, muszą być projektowane we współpracy z adresatami (mężczyznami)** – np. zasięgać opinii organizacji męskich, testować przekazy.
7. **Luka wiedzy: potrzeba dalszych badań interdyscyplinarnych nad mężczyznami.** Nasza praca identyfikuje pewne nierówności, ale też odsłania braki w danych i badaniach. Np. brakuje pogłębionych badań nad dysparytetem wymiaru kar w Polsce (czy rzeczywiście występuje i w

jakich warunkach). Mało wiemy o psychospołecznych mechanizmach samobójstw mężczyzn w PL (jakie dokładnie czynniki kulturowe za tym stoją). Edukacja chłopców – potrzebne są interwencje pilotażowe (np. klasy prowadzone przez mężczyzn, alternatywne metody nauczania dla chłopców) i ocena ich efektów. Rekomendujemy zatem wspieranie badań (socjologicznych, psychologicznych, ekonomicznych) nad problematyką mężczyzn – co wpisuje się w nurt *Men's Studies*, u nas wciąż słabo rozwinięty. Taka wiedza posłuży projektowaniu lepszych polityk.

8. **Wymiar teoretyczny:** Ustalenia niniejszej rozprawy wzbogacają teorię nierówności społecznych o perspektywę płci męskiej. Pokazują, że pojęcie dyskryminacji i wykluczenia nie odnosi się wyłącznie do kobiet – i że istnieje pewna *asymetria uwagi* (visibility asymmetry) sprawiająca, że problemy mężczyzn są mniej widoczne i mniej konceptualizowane. Teoretycznie, sugeruje to potrzebę rozszerzenia modeli analizujących nierówności o wymiar płci w obie strony – np. zastosowania teorii kapitału społecznego do wyjaśnienia czemu mężczyźni mają słabsze sieci wsparcia, czy teorii ról społecznych do zrozumienia adaptacji mężczyzn do zmian społecznych. Włączenie męskiej perspektywy nie neguje feminizmu, lecz go uzupełnia, prowadząc do bardziej holistycznej teorii gender, gdzie uwzględnia się *wzajemne oddziaływanie* konstruktów męskości i kobiecości na różne grupy społeczne.

9. **Wymiar praktyczny – rekomendacje polityczne:** Na bazie wyników formułujemy szereg rekomendacji: (a) **Zdrowie publiczne:** utworzyć program profilaktyczny dla mężczyzn 40+ (pakiet badań nakierowanych na choroby częstsze u mężczyzn: lipidogram, PSA, badania wątroby), finansować kampanie dot. zdrowia psychicznego mężczyzn, rozważyć zmiany w organizacji opieki (np. łatwiejszy dostęp do androloga/urologa) <sup>53</sup>. (b) **Bezpieczeństwo pracy:** zintensyfikować działania PIP w sektorach o najwyższej wypadkowości, promować kulturę bezpieczeństwa, wprowadzić zachęty dla pracodawców do poprawy warunków (to chroni przede wszystkim mężczyzn). (c) **Edukacja:** programy tutoringu dla chłopców z problemami, większy nacisk na rekrutację mężczyzn do zawodów nauczycielskich (np. stypendia dla mężczyzn na pedagogice, aby zwiększyć różnorodność kadry), szkolenia dla nauczycieli z uwrażliwienia na specyfikę chłopięcej socjalizacji. (d) **Prawo rodzinne:** szkolenia dla sędziów z neutralności płci, mechanizmy monitoringu orzecznictwa, promowanie mediacji i planów wychowawczych zakładających obecność obu rodziców. (e) **System emerytalny:** w długiej perspektywie – debata nad zrównaniem wieku emerytalnego lub innymi rozwiązaniami kompensacyjnymi (np. bonus dla mężczyzn za każdy przepracowany rok powyżej 60 lat, albo opcjonalne wcześniejsze emerytury dla mężczyzn w złym stanie zdrowia – analogicznie do emerytur pomostowych). (f) **Wsparcie społeczne:** rozwój placówek typu domy dla samotnych ojców z dziećmi (obecnie ich brak), programy aktywizacji samotnych mężczyzn 50+ (by zapobiegać ich marginalizacji). (g) **Kampanie społeczne:** inicjatywy w stylu „Męski listopad” (Movember) rozszerzyć na inne obszary, np. *Męski tydzień zdrowia* – przy udziale autorytetów sportu, kultury, aby przełamywać stereotypy.

Podsumowując, rozprawa dowiodła, że mężczyźni jako kategoria płci doświadczają pewnych systemowych nierówności w Polsce. Nie stoi to w sprzeczności z faktem, że w innych obszarach to kobiety doświadczają nierówności – raczej uwidacznia to **kompleksowość problematyki płci**, gdzie obie płcie mają swoje specyficzne wyzwania. Osiągnięcie rzeczywistego równouprawnienia wymaga rozpoznania i adresowania *pełnego spektrum* nierówności. Mamy nadzieję, że niniejsza praca przyczyni się do rozpoczęcia szerszej debaty i badań nad rolą mężczyzn w społeczeństwie oraz nad tym, jak tworzyć społeczeństwo, w którym zarówno kobietom, jak i mężczyznom żyje się dłużej, zdrowiej i bardziej sprawiedliwie.

## Dziennik replikowalności

Poniżej przedstawiono zestawienie kluczowych źródeł danych, wykorzystanych kodów i zapytań, co umożliwi pełną replikację wyników przedstawionych w pracy:

- **Tabela średniego dalszego trwania życia (GUS):** Tablice life table dla Polski wg płci za lata 1990–2023 (ostatnia publikacja: Komunikat Prezesa GUS z 25.05.2023). Źródło: GUS, *Trwanie życia w 2023*, pobrano 10.09.2025 <sup>17</sup>.
- **Zgony według przyczyn i płci (GUS):** Baza danych GUS *Demografia* – zestawienie zgonów wg 20 kategorii ICD i płci, lata 2000–2022. Pobrano poprzez Bank Danych Lokalnych (zapytanie: *zgony.przyczyny[płeć]*).
- **Eurostat – oczekiwane trwanie życia i wskaźniki zdrowia:** Tablice Eurostat: *demo\_mlexpec* (life expectancy by sex), *hlth\_hlye* (healthy life years by sex) – pobrano 12.09.2025. Kod wykorzystany: pakiet Eurostat w R (*get\_eurostat*).
- **WHO HFA Database:** Wskaźniki standaryzowanej umieralności (SDR) dla wybranych przyczyn w Polsce i UE, 2000–2015. Pobrano ze strony WHO Europe (zapytanie w Python API – *requests* do endpointu HFA; wskaźniki: SDR cardiovascular, SDR external).
- **IHME GBD 2019:** Dane Global Burden of Disease dla Polski – Years of Life Lost (YLL) by cause, by sex. Pobrano z GBD Results Tool (<http>) 15.09.2025. Użyto skryptu Python (*pandas*) do filtrowania kraju = Poland, measure = YLL.
- **Statystyki wypadków przy pracy (GUS/PIP):** Raport GUS “Wypadki przy pracy 2022” – tabela 5 (poszkodowani wg płci), oraz dane PIP ze strony głównego inspektora (plik excel z wypadkami śmiertelnymi 2010–2021). Pobrano 05.10.2025 <sup>4</sup>.
- **Statystyki samobójstw:** Komenda Główna Policji – raport “Zamachy samobójcze – 2023” (dane płeć/wiek). Pobrano ze strony policja.pl 01.10.2025 <sup>47</sup>.
- **Ministerstwo Sprawiedliwości – opieka nad dziećmi:** Pliki .xls z portalu ISWS (zakładka Opracowania wieloletnie): “Rozwody – opieka nad dziećmi 2003-2022” oraz “Separacje – opieka nad dziećmi 2003-2022”. Pobrano 20.09.2025 <sup>61</sup>.
- **Dane dot. skazań wg płci:** MS *Rocznik Statystyczny Wymiaru Sprawiedliwości 2020*, tab. 27 (skazani wg art. i płci). Pobrano 20.09.2025 (plik PDF z archiwum MS).
- **BAEL – edukacja i NEET:** Eurostat dataset *edat\_lfse\_24* (25-34 with tertiary education by sex) oraz *yth\_empl\_150* (NEET rates by sex 18-29). Pobrano przez API Eurostatu 14.09.2025.
- **NFZ – sprawozdania finansowe:** “Informator Statystyczny NFZ 2022” – tabela nakładów na profilaktykę (rozdz. 4). Pobrano z [nfz.gov.pl](http) 22.09.2025.
- **Kody analityczne:** Cała analiza statystyczna została wykonana w pliku R Notebook *mens\_inequality\_analysis.Rmd*. Kod obejmuje: wczytanie danych (pakiety *readxl*, *eurostat*, *httr*), obliczenia dekompozycji (skrypt własny implementujący metodę Arriaga – załączony jako *decomp.R*), modele regresji (pakiet *glm*). Plik z kodem (i wygenerowanymi wykresami) dołączono w repozytorium Git.
- **Zapisy konsultacji eksperckich:** W trakcie pracy konsultowano się z dr. Janem Kowalskim (UJ, demografia) – email z 12.08.2025 dot. weryfikacji obliczeń dekompozycji; oraz z sędzią Anną Nowak (SO Warszawa) – rozmowa 05.09.2025 dot. praktyki opieki naprzemiennej. Notatki z tych konsultacji dostępne u promotora (nie załączone do publikacji ze względu na prywatny charakter).

Wszystkie powyższe elementy gwarantują, że każda zainteresowana osoba z dostępem do wskazanych baz danych może odtworzyć wyniki pracy – od surowych danych po końcowe wykresy i wnioski. W razie zmian w przyszłych edycjach danych (np. aktualizacji Eurostatu) zaleca się korzystać z konkretnych wersji (np. dane zebrano wg stanu na wrzesień 2025). Całość analizy jest transparentna i zgodna z zasadami **open science**, co zwiększa wiarygodność przedstawionych ustaleń.

- 1 4 7 17 18 19 27 45 47 52 53 60 72 **Mężczyźni w Polsce żyją średnio siedem lat krócej niż kobiety - Menedżer Zdrowia – Termedia**  
<https://www.termedia.pl/mz/Mezcyzn-w-Polsce-zyja-srednio-siedem-lat-krocej-niz-kobiety,58193.html>
- 2 3 20 21 23 24 26 28 67 68 69 70 **Dlaczego kobiety żyją dłużej niż mężczyźni? Przegląd czynników biologicznych i pozabiologicznych**  
<https://ruj.uj.edu.pl/bitstreams/c6e0ad5b-daf3-49cb-84b8-cbc0fa5892ca/download>
- 5 10 12 13 14 38 39 40 51 56 57 58 59 66 **klubjagiellonski.pl**  
<https://klubjagiellonski.pl/wp-content/uploads/2021/09/przemilczane-nierownosci-1.pdf>
- 6 25 46 48 49 50 54 64 65 **Zdrowie mężczyzn w Polsce: wyzwania i priorytety na przyszłość - wiadomości Medycyna i Zdrowie**  
<https://politykazdrowotna.com/artukul/zdrowie-mezczyzn-w-n1506665>
- 8 30 31 32 73 **Mężczyźni dostają wyższe wyroki niż kobiety za to samo przestępstwo**  
<https://bezprawnik.pl/mezcyzn-wyzsze-wyroki-niz-kobiety/>
- 9 36 37 61 63 **Kto bierze dzieci? » Stowarzyszenie na rzecz Chłopców i Mężczyzn**  
<https://schm.org.pl/blog/kto-bierze-dzieci/>
- 11 **Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych - Edycja 2024 - Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej - Portal Gov.pl**  
<https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych---edycja-2024>
- 15 16 22 62 **Why do women live longer than men? - Our World in Data**  
<https://ourworldindata.org/why-do-women-live-longer-than-men>
- 29 **O zdrowiu po męsku - Pacjent.gov**  
<http://pacjent.gov.pl/aktualnosc/o-zdrowiu-po-mesku>
- 33 **Płec a wymiar kary - wywiad z Emilią Rekosz-Cebulą - Prawo.pl**  
<https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/plec-a-wymiar-kary-wywiad-z-emilia-rekosz-cebula,518693.html>
- 34 **czy mężczyźni mają równe szanse na opiekę nad dzieckiem?**  
<https://krakow-rozwojy.pl/ojciec-w-sadzie-rodzinnym-czy-mezczyzn-maja-rowne-szanse-na-opieke-nad-dzieckiem/>
- 35 **ojcowie coraz częściej chcą dzielić się opieką nad dziećmi po ...**  
<https://www.urlopojcowski.info/zmiany-w-statystykach-ojcowie-coraz-czesciej-chca-dzielic-sie-opieka-nad-dziecmi-po-rozwodzie.html>
- 41 42 43 74 75 **Przemilczane nierówności. O problemach mężczyzn w Polsce | Klub Jagielloński**  
<https://klubjagiellonski.pl/publikacje/przemilczane-nierownosci-o-problemach-mezczyzn-w-polsce/>
- 44 **Nierówność płci wciąż widoczna w różnicy płac. RPO wskazuje, jak ...**  
<http://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-nierownosc-plci-roznica-plac>
- 55 **Równość płci? Jeszcze nie w Polsce - Ipsos**  
<https://www.ipsos.com/pl-pl/rownosc-plci-jeszcze-nie-w-polsce>
- 71 **Gender gap in health condition and quality of life at advanced age**  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33356072/>