

Zdrowie czy uroda? Wizerunek ciała a postawy prozdrowotne kobiet w starszym wieku

Health or beauty? Body image and health attitudes among elderly women

Alicja Głębocka

Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie

Streszczenie

Wstęp. Starzenie się i związane z nim zmiany w wyglądzie są odpowiedzialne za kształtowanie negatywnych przekonań oraz emocji wobec własnego ciała wśród kobiet. **Cel.** Celem prezentowanych badań było ustalenie relacji między wskaźnikami wizerunku ciała (zadowoleniem z wyglądu, poznawczymi, emocjonalnymi, społecznymi oraz behawioralnymi wymiarami wizerunku ciała z uwzględnieniem postaw wobec zabiegów chirurgii estetycznej) a postawami prozdrowotnymi u starszych kobiet w porównaniu z kobietami młodszymi. **Material i metody.** W badaniach wzięły udział 264 kobiety – najmłodsza miała 20 lat, najstarsza 86, które wypełniły: Skalę Zadowolenia z Wyglądu i Parametrów Ciała, Kwestionariusz Wizerunku Ciała, Skalę Postaw wobec Operacji Plastycznych oraz Skalę Postaw Prozdrowotnych. **Wyniki.** Osiągnięte rezultaty potwierdzają, że wizerunek ciała starszych kobiet, w wielu kwestiach podobny do opisanego u młodszych kobiet, wykazuje jednak różnice: w poziomie zadowolenia z wybranych części ciała, internalizacji stereotypów urody i atrakcyjności fizycznej, uwrażliwieniu na krytykę ze strony otoczenia oraz postawach wobec operacji plastycznych. Wiek nie jest najważniejszym predyktorem postaw wobec własnego ciała, zdrowia oraz operacji plastycznych. Znacznie ważniejszym czynnikiem determinującym te wymiary jest waga ciała, pożądana waga oraz oglądanie przekazów medialnych prezentujących treści odnoszące się do cielesności i zdrowia. **Wnioski.** Potwierdzone zostały zależności między urodą a zdrowiem: im bardziej zadowolone z ciała są starsze kobiety, tym bardziej są aktywne fizycznie i odwrotnie. Przekonanie o tym, że zdrowy styl życia, sprzyja zdrowiu, silnie wiąże się z krytyczną postawą wobec operacji plastycznych, które są uważane przez starsze kobiety za niebezpieczne dla zdrowia. *Geriatrics 2016; 10: 5-14.*

Słowa kluczowe: wizerunek ciała, zadowolenie z wyglądu, zdrowie, operacje plastyczne, media

Abstract

Background. Aging and related changes in appearance are responsible for shaping negative beliefs and emotions towards one's own body among women. **Aim.** The aim of the study was to examine body image (body satisfaction, characteristics of cognitive and emotional processes, social and cultural influences, behaviors in respect to bodies, and attitudes toward plastic surgery) and health attitudes relationship among elderly women compared to young and mid-aged women. **Material and methods.** Two hundred sixty four participants, aged 20-86 years, completed: Body Satisfaction Scale, Body Image Questionnaire, Scale of Attitudes toward Plastic Surgery, and Pro-health Attitudes Scale. **Results.** The results indicated some similarities of body image indicators between elderly and younger women, but some differences were revealed as well in the level of body satisfaction, criticism of environment, stereotypes of beauty and ugliness, and the attitudes toward plastic surgery. Age wasn't the most important predictor of body image, health attitudes and attitudes toward plastic surgery. More important factors determining the variables were body weight, desirable body weight, and media exposures. **Conclusions.** The relation between beauty and health was confirmed: the body satisfaction correlated positively to the physical activity, and the belief that healthy life style support well-being and health were strongly connected with the negative attitudes toward plastic surgery, which were evaluated by elderly woman as dangerous for health. *Geriatrics 2016; 10: 5-14.*

Keywords: body image, body satisfaction, health, plastic surgery, media

Wstęp

Wygląd ciała każdego dorosłego człowieka zmienia się wraz z wiekiem i w przekonaniu wielu ludzi są to zmiany na gorsze. Wśród tych najbardziej typowych u kobiet należałoby wskazać przede wszystkim zwiększenie wagi, przyrost tkanki tłuszczowej w dolnych partiach tułowia oraz zmniejszenie masy mięśniowej [1]. Charakterystyczny dla starszych kobiet jest brak zadowolenia z pewnych części ciała, np. brzucha, bioder czy ud, oraz relatywnie wysoki poziom zadowolenia z innych, w tym: oczu, włosów, nóg czy twarzy [2]. Choć niezadowolenie z dolnych części ciała diagnozowane jest powszechnie także wśród młodych kobiet, to niektóre badania potwierdzają, że ludzie starsi są generalnie mniej zadowoleni z wyglądu niż osoby młode [3,4]. Na pytanie, czy zadowolenie z wyglądu zmienia się wraz z wiekiem, dają odpowiedź badania, w których proszono kobiety w wieku 39-56 lat, aby oceniły swoją atrakcyjność teraz w porównaniu z tym, co sądziły o niej dziesięć lat wcześniej. Okazało się, że 51,5% kobiet niżej oceniło swoją obecną atrakcyjność, 32,8% uznało, że nic się w tej kwestii nie zmieniło, a 15,7% było zdania, że są bardziej atrakcyjne niż kiedyś [2].

Pruis i Janowsky [1] podkreślają, że starzenie się i związane z nim zmiany w wyglądzie są odpowiedzialne za kształtowanie się negatywnego wizerunku ciała, który możemy rozumieć w aspekcie poznawczym, emocjonalnym, behawioralnym i społecznym. W aspekcie poznawczym mowa tu o trwałym systemie przekonań i samoocen o własnym wyglądzie, które kształtują się w oparciu o zinternalizowane wzorce urody oraz informacje płynące z otoczenia (aspekt społeczny), któremu towarzyszą specyficzne emocje (aspekt afektywny) oraz zachowania (aspekt behawioralny) [5]. Przekonania i opinie o własnym ciele rodzą określone emocje, czasem zadowolenia, czasem wstydu, smutku, czy lęku. Źródłem tych emocji może być rozbieżność między obrazem własnego ciała a ideałami urody, które w kulturze zachodniej sprowadzają się w dużej mierze do niskiej wagi. Starsze kobiety narażone są nie tylko na przeżywanie lęku związanego z niekontrolowanym przyrostem masy ciała, ale także, a może przede wszystkim, lęku związanego z objawami starzenia się organizmu. Lęki te pozostają w relacji do potrzeby utrzymywania niskiej wagi ciała i niezadowolenia z wyglądu [6]. Kobiety starają się przeciwdziałać tym zmianom i podobnie do kobiet młodych uciekają się do stosowania diet, uprawiania ćwiczeń fizycznych, zażywania środków przeczyszczających i suplementów

diety oraz palenia papierosów, aby być szczupłymi, a dzięki temu wyglądać młodo [7]. Wilcox [8] zauważył, że wśród kobiet aktywnych fizycznie zadowolenie z ciała jest pozytywnie skorelowane z wiekiem, podczas kiedy u kobiet niećwiczących występuje odwrotna zależność.

Niektóre badania porównawcze kobiet w różnym wieku wykazały, że kobiety nie różnią się poziomem zadowolenia z wyglądu – te starsze, wbrew potocznym opiniom, nie są wcale mniej zadowolone z własnego ciała, a jednocześnie mają mniejszą potrzebę utrzymywania niskiej wagi i odczuwają mniejszą niż kobiety młodsze presję otoczenia, aby wyglądać zgodnie z obowiązującymi standardami urody [1]. Mimo to kobiety w starszym wieku martwią się zmianami w wyglądzie swojego ciała i narzekają, że nie mogą skutecznie ukryć zmian i deformacji związanych ze starzeniem się [9].

W przeciwieństwie do kobiet młodych, u kobiet starszych nie ma istotnego związku między zadowoleniem z wyglądu a globalną samooceną. Whitbourne i Collins [10] są zdania, że kluczowe znaczenie ma tu budowanie poczucia własnej tożsamości przez pryzmat atrakcyjności fizycznej. Analizując zjawiska blisko związane z wizerunkiem ciała, należałoby wskazać, że wśród starszych kobiet, podobnie jak u młodych, zdarzają się zachorowania na anoreksję czy bulimie, a częstotliwość ich występowania jest w obu grupach wiekowych podobna. Badania przeprowadzone w 2005 roku w Austrii na grupie 1000 kobiet w wieku 60-70 lat pozwoliły na zdiagnozowanie objawów zaburzeń odżywiania u 3,8% respondentek [11]. Z kolei inne badania z użyciem Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (BSQ) Davida Garnera wykazały, że jedynym wymiarem, który różnicuje kobiety młodsze i starsze jest przymus bycia szczupłym, który cechuje kobiety młode. Predyktorem zaburzeń odżywiania okazała się u kobiet młodych waga ciała, podczas kiedy dla kobiet starszych nie miała ona znaczenia, zaś dla obu grup istotnym predyktorem zaburzeń odżywiania było odczuwanie presji społeczno-kulturowej, a niezadowolenie z wyglądu determinował wskaźnik BMI [1].

Porównania kobiet w starszym i średnim wieku także pozwalają na ustalenie różnic. Kobiety w średnim wieku charakteryzują się silniejszą potrzebą posiadania szczupłego ciała, tendencją do nieskrępowanego objadania się oraz niewłaściwego odbierania doznań interoceptywnych. To, co łączy obie grupy, to porównywalny poziom niezadowolenia z wyglądu i wskazania idealnych kobiecych sylwetek oraz tych najbardziej

atrakcyjnych w oczach mężczyzn [6]

Ludzie starsi wcale nie muszą przeżywać dyskomfortu w związku z własnym wyglądem, a źródłem zadowolenia jest dla nich nie tyle atrakcyjność fizyczna, co sprawne, zdrowe ciało [12]. Idee te propagowane są obecnie w ramach paradygmatu *successful ageing*, którego głównym założeniem jest koncentracja na zdrowiu i aktywnym uczestnictwie osób starszych w codziennym życiu. Odpowiednia dieta, ćwiczenia fizyczne mogą przyczynić się do utrzymania zdrowia i dobrej kondycji, a tym samym skutecznie przełamywać negatywne stereotypy starości. Z drugiej strony przekonywanie ludzi, że mogą wpływać na proces starzenia się, rodzi także negatywne konsekwencje – izolację wobec własnej grupy wiekowej (ludzie chcą utrzymywać kontakty tylko z młodymi, ponieważ sami czują się młodo) oraz postrzeganie starości w wymiarze estetycznym. To z kolei wzmacnia potrzebę usuwania wszelkimi sposobami fizycznych objawów starzenia się organizmu. Przymus zachowania pięknego, młodego, szczupłego ciała szczególnie silnie odczuwają kobiety, dla których atrakcyjność fizyczna jest istotnym elementem struktury Ja. Jak pisze Brooks [13] starzejące się kobiety narażone są na krytykę otoczenia nie tylko dlatego, że nie spełniają standardów urody, ale także dlatego, że nie podejmują skutecznych prób walki z objawami starzenia. Są więc obarczane winą za to, że nie wyglądają dostatecznie młodo i atrakcyjnie.

Naukowcy zwracają uwagę, że starsze kobiety są grupą docelową oddziaływań reklamowych, których celem jest nakłonienie ich do stosowania wszelakich metod walki ze starzeniem, od suplementów diety poczynając, a na operacjach plastycznych kończąc [13]. Być może między innymi dlatego z roku na rok rośnie liczba osób, które poprawiają swój wygląd dzięki zabiegom chirurgii kosmetycznej. Amerykańskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej [14] podaje, że spośród ponad 10 mln zabiegów przeprowadzonych w USA w 2014 roku najczęściej wykonywano liposukcję, powiększanie piersi i korektę powiek, a wśród metod nieinwazyjnych wstrzykiwanie botoksu oraz kwasu hialuronowego. Choć brak podobnych statystyk dla Polski, lekarze są zgodni, że rynek usług chirurgii plastycznej rozwija się bardzo dynamicznie – wzrost szacuje się na poziomie 20% rocznie. Oznacza to, że coraz więcej kobiet, które stanowią 80% pacjentów poddających się zabiegom chirurgii estetycznej, będzie podejmowało decyzję o poprawianiu urody.

Cel pracy

Czy kobiety w starszym wieku również są zainteresowane takimi zabiegami? Jak wygląda relacja między wartościowaniem zdrowia i urody, czy wśród starszych kobiet, podobnie do kobiet młodszych, bycie pięknym jest ważniejsze niż bycie zdrowym? [16]. Wreszcie, jakie specyficzne cechy można wskazać w wizerunku ciała starszych kobiet? To pytania, na które miały dać odpowiedź przeprowadzone i opisane poniżej badania. Przyjęto następujące hipotezy badawcze: (1) starsze kobiety będą posiadały bardziej negatywny wizerunek ciała niż kobiety młode; (2) kwestie zdrowia będą dla kobiet starszych bardziej istotne niż dla kobiet młodszych; (3) starsze kobiety będą mniej zainteresowane chirurgicznym poprawianiem wyglądu niż kobiety młode.

Materiał i metody

W badaniu posłużono się metodami kwestionariuszowymi mierzącymi różne aspekty wizerunku ciała. Kwestionariusz Wizerunku Ciała KWCO A. Głębockiej składał się z 40 twierdzeń tworzących cztery podskale: poznanie-emocje, zachowania, krytyki otoczenia oraz stereotypu ładny-brzydki. Podskala poznanie-emocje służy do pomiaru opinii na temat własnego wyglądu, presji ze strony najbliższego otoczenia odnośnie zmiany wyglądu na bardziej atrakcyjny oraz komponentu afektywnego, czyli uczuć przeżywanych w odniesieniu do swojego ciała i jego wyglądu, ogólnego nastroju, poczucia winy czy lęku. Podskala zachowania zawiera twierdzenia, które nawiązują do aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia. Podskala krytyki otoczenia pozwala określić subiektywny poziom akceptacji badanego przez otoczenie, czego wyrazem są uwagi krytyczne dotyczące jego wyglądu. Podskala stereotypu ładny-brzydki mierzy poziom internalizacji współczesnych standardów urody – szczupłego ciała oraz stereotypów atrakcyjności fizycznej, zgodnie z którymi urodziwi ludzie wiodą lepsze życie, a nieatrakcyjni, czyli otyli są dyskryminowani, a jakość ich życia niska. Badani odpowiadali na pytania na 5-stopniowej skali (1-zdecydowanie nie, 2- raczej nie, 3-trudno powiedzieć, 4-raczej tak, 5-zdecydowanie tak). Wybrane twierdzenia skali zostały przekodowane, toteż im wyższe wyniki osiąga badany, tym bardziej negatywny ma wizerunek ciała.

Skala Zadowolenia z Poszczególnych Części i Parametrów Ciała A. Głębockiej mierzy poziom satysfakcji z części ciała: np. twarzy, szyi, bioder, ud

oraz jego parametrów – wzrostu i wagi. Przedstawione powyżej metody były już wielokrotnie wykorzystywane do badań nad wizerunkiem ciała [6], pozostałe zostały stworzone specjalnie dla potrzeb tego badania.

W kolejnej skali badane odpowiadały od 1 – zdecydowanie nie, do 9 – zdecydowanie tak, na pytanie, czy, aby poprawić swój wygląd, zdecydowałyby się na zabiegi chirurgii kosmetycznej, takie jak: liposukcja, lifting, korekta piersi czy wstawienie implantów zębowych. Wskaźniki rzetelności dla Skali były zadowalające i wyniosły: Alfa Cronbacha: 0,87; Alfa standaryzowana: 0,87.

W badaniu wykorzystano także Kwestionariusz Postaw wobec Operacji Plastycznych, który składa się z dwóch podskal. Podskala osobistych przekonań na temat celowości i skuteczności operacji plastycznych składa się 10 twierdzeń, w tym: (1) *Nie ma lepszego sposobu na usunięcie oznak starzenia niż operacje plastyczne.* (2) *Liposukcja (odsysanie tłuszczu) jest bardzo dobrym sposobem na uzyskanie zgrabnej sylwetki bez dręczenia się dietami i ćwiczeniami.* (3) *Na operacje powinien zdecydować się każdy, komu coś w jego wyglądzie bardzo przeszkadza.* Podskala relacji między chirurgicznym poprawianiem wyglądu a zdrowiem zawiera 8 twierdzeń, w tym: (1) *Ludzie wolą być piękni niż zdrowi.* (2) *Ludzie poddający się operacjom plastycznym nie zdają sobie sprawy z tego, jakie niosą one zagrożenia dla zdrowia.* Kwestionariusz został opracowany specjalnie dla potrzeb tego badania. We wstępnej wersji posłużono się 34 twierdzeniami, o których wypełnienie poproszono 120 dorosłych, losowo wybranych osób. Uzyskane wyniki poddano Analizie Czynniskowej (Varimax Rotation), która pozwoliła na wyodrębnienie dwóch czynników. Do każdej z podskal włączono twierdzenia o wartości własnej czynnika $> 0,05$. Przeprowadzona analiz rzetelności wykazała wskaźnik Alfa-Cronbacha = 0,75; Alfa Standaryzowana = 0,75.

Drugim narzędziem przygotowanym według tej samej procedury był Kwestionariusz Postaw Prozdrowotnych. We wstępnej fazie zawierał on 33 twierdzenia, które dzięki Analizie Czynniskowej pozwoliły na wyodrębnienie dwóch podskal. Pierwsza (7 twierdzeń) bada ogólne przekonania na temat determinantów zdrowia, na przykład: (1) *Aby cieszyć się dobrym zdrowiem, trzeba regularnie uprawiać ćwiczenia fizyczne.* (2) *Aby pozostać sprawnym fizycznie do późnego wieku, należy być od najmłodszych lat aktywnym fizycznie.* (3) *Aby wyglądać atrakcyjnie i zdrowo,*

należy się prawidłowo odżywiać. Druga podskala zawiera pięć twierdzeń i mierzy oceny własnego stylu życia w relacji do czynników prozdrowotnych, np.: (1) *Zdrowo się odżywiam.* (2) *Chciałabym być bardziej aktywna fizycznie na co dzień.* Alfa Cronbacha dla całego narzędzia wynosi 0,70; Alfa standaryzowana 0,74.

▪ Opis grupy badanej

W badaniu wzięły udział 264 losowo dobrane kobiety w wieku od 20 do 86 lat, średnia $39,36 \pm 12,17$ lat. Grupę podzielono na trzy kategorie wiekowe: młodą, w której znalazły się 92 kobiety w wieku 20-39 lat (średnia wieku $30,8 \pm 4,58$); średnią, w której znalazło się 85 kobiet w wieku 40-59 (średnia wieku $49,26 \pm 4,55$) oraz starszą, w której znalazło się 87 kobiet w wieku 60 lat i więcej (średnia wieku $67,95 \pm 3,82$). Badania przeprowadzono na terenie Krakowa, Katowic i Opola. Badanie wyraziły zgodę na udział w badaniu, które było anonimowe.

▪ Analizy statystyczne

Analizy zebranych danych przeprowadzone zostały przy użyciu Wielowymiarowej Analizy Wariacji Lambda Wilksa dla czynnika grupującego wiek (młodsze vs średnie vs starsze kobiety) oraz zmiennych zależnych: zadowolenie z wyglądu, wskaźniki wizerunku ciała, postawy prozdrowotne i postawy wobec operacji plastycznych. Analizy post hoc przeprowadzono testem Scheffego.

Wobec braku normalności rozkładu dla zmiennych zależnych mierzących gotowość badanych do poddania się operacjom plastycznym zastosowano test ANOVA Friedmana i współczynnik zgodności Kendalla, χ^2 ANOVA oraz test Chi kwadrat.

Aby ustalić wartość predykcyjną takich zmiennych jak: wiek, pozostawanie w związku partnerskim, rozmiar odzieży, waga ciała, pożądana waga, oglądanie programu o operacjach plastycznych pt.: 10 lat mniej dla wymiarów składających się na wizerunek ciała oraz dla postaw prozdrowotnych i postaw wobec operacji plastycznych przeprowadzono analizę Regresji Wielorakiej.

Korelacja porządku rang Spearmana przeprowadzono dla zmiennych wizerunek ciała oraz postawy prozdrowotne.

Dla wszystkich przeprowadzonych analiz przyjęto za istotne statystycznie wartości $p < 0,05$.

Wyniki badań

Analizy rozpoczęto od przeprowadzenia Wielowymiarowej Analizy Wariancji poziomu zadowolenia z wyglądu i parametrów ciała dla czynnika grupującego wiek (młodsze vs średnie vs starsze kobiety). Uzyskano istotny statystycznie efekt główny Lambda Wilksa = 0,827, $F(24, 490) = 2,023$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,09$). Analizy post hoc wykazały, że starsze kobiety są mniej zadowolone z włosów, oczu, szyi i wzrostu w porównaniu z pozostałymi badanymi. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli I.

Następnie przeprowadzono Wielowymiarową Analizę Wariancji dla czynnika grupującego wiek w celu zbadania różnic we wskaźnikach wizerunku ciała mierzonych skalami: poznawczo-emocjonalną, zachowania, krytyki otoczenia oraz stereotypu ładny-brzydki Kwestionariusza Wizerunku Ciała. Wyniki wykazały brak istotnych różnic międzygrupowych $F(6, 714) = 1,219$; $p = 0,29$. Średnie wyniki dla grupy kobiet młodych wyniosły 2,97, dla kobiet w średnim wieku 2,92, a dla starszych 3,03. Analizy post hoc dla poszczególnych podskal ujawniły istotną statystycznie różnicę między starszymi kobietami (3,74) oraz kobietami w średnim wieku (3,36) i młodymi (2,45; $p < 0,05$) jedynie dla podskali stereotypu ładny-brzydki. Oznacza to, że starsze kobiety silniej od pozostałych badanych podzielały przekonania, że ładnym ludziom żyje się lepiej, brzydkim, czyli otyłym – gorzej, a stan-

dardy urody konstruowane są przez pryzmat niskiej wagi ciała.

Wielowymiarowa Analiza Wariancji dla zmiennej postawy zdrowotne, mierzonej Kwestionariuszem Postaw Prozdrowotnych, wykazała istotny statystycznie efekt główny $F(2, 253) = 4,019$; $p = 0,01$, $\eta^2 = 0,03$. Analizy post hoc nie wykazały różnic międzygrupowych między kobietami młodymi i w średnim wieku oraz między kobietami w średnim wieku i starszymi. Jednocześnie ujawniły się różnice istotne statystycznie między kobietami młodymi i starszymi ($p < 0,05$). Średnie wyniki dla grupy kobiet młodych wyniosły 3,76, dla kobiet w średnim wieku 3,85, a dla starszych 3,95. Tym samym można powiedzieć, że starsze kobiety wyżej niż młode wartościowały znaczenie zdrowia.

Dalsze analizy post hoc dotyczyły dwóch podskal, z których zbudowany jest Kwestionariusz Postaw Prozdrowotnych. W Skali przekonań na temat determinantów zdrowia najwyższe średnie zanotowano w grupie kobiet starszych (4,36), czym różniły się one od kobiet w średnim wieku (4,25) oraz kobiet młodych (4,14; $p < 0,001$). W Skali oceny własnego stylu życia w relacji do czynników prozdrowotnych starsze kobiety (3,55) także różniły się istotnie od kobiet w średnim wieku (3,47) oraz kobiet młodych (3,38; $p < 0,001$).

Pomiary dotyczące postaw wobec operacji plastycznych mierzono przy użyciu Skali Postaw wobec Operacji Plastycznych, która składa się z dwóch pod-

Tabela I. Poziom zadowolenia z części i parametrów ciała – średnie dla grup

Table I. Body Satisfaction Scale – mean scores for groups

Części i parametry ciała	Kobiety Młode	Kobiety w Średnim Wiek	Kobiety Starsze	Różnice między pomiarami
twarz	6,48	6,48	5,85	ni
włosy	6,61	6,27	4,45	1-3** i 2-3**
oczy	7,65	7,22	6,45	1-3*
szyja	7,04	6,64	5,25	1-3** i 2-3**
piersi	6,28	6,30	6,60	ni
talia	5,53	5,33	5,20	ni
brzuch	4,53	4,48	3,55	ni
biodra	5,24	5,59	5,15	ni
uda	5,12	5,52	4,70	ni
nogi	5,82	6,21	5,30	ni
wzrost	6,99	8,26	4,85	1-3* i 2-3*
waga	5,09	5,28	4,05	ni

Uwaga: * oznacza $p < 0,05$; ** oznaczają $p < 0,001$

skal: Podskali osobistych przekonań na temat celowości i skuteczności operacji plastycznych oraz Podskali relacji między chirurgicznym poprawianiem wyglądu a zdrowiem. Przeprowadzona Analiza Wariacji (Manova) dla czynnika grupującego wiek nie wykazała istotnych statystycznie efektów głównych, Lambda Wilksa = 0,996, $F(4, 514) = 0,257$; $p = 0,90$. Średnie dla każdej z badanych grup wyniosły odpowiednio: kobiety młode 2,88, w średnim wieku 2,88, starsze 2,92; $p > 0,05$.

Kolejne analizy dotyczyły pytania, czy badane poddałyby się wybranym zabiegom chirurgii estetycznej, aby poprawić swój wygląd. Testy nieparametryczne dla zmiennych zależnych ujawniły istotne statystycznie różnice – ANOVA Friedmana i współczynnik zgodności Kendalla, χ^2 ANOVA ($N = 259$, $df = 5$) = 156,85; $p = 0,0001$. Wszystkie badane kobiety najchętniej zdecydowałyby się na wstawienie implantów zębowych (4,03), następnie na lifting szyi (2,61) i twarzy (2,60), liposukcję (2,52), korektę powiek (2,48) oraz w najmniejszym stopniu na operacje powiększenia piersi (1,91). Uwzględniając skalę możliwych odpowiedzi, która mieściła się w przedziale od 1 do 9, należy podkreślić relatywnie niskie zainteresowanie osób badanych dokonywaniem operacyjnych korekt urody bez względu na wiek. Analizy wyborów kobiet w każdej z badanych grup wiekowych odnośnie konkretnych

zabiegów wykazały różnice dla następujących zmiennych: liposukcja χ^2 kwadrat = 15,072 $df = 2$ $p = 0,0005$ (średnie dla grup odpowiednio: młode kobiety 2,95, kobiety w średnim wieku 2,03, kobiety starsze 1,52) oraz powiększanie piersi χ^2 kwadrat = 15,220, $df = 2$, $p = 0,0005$ (średnie dla grup odpowiednio: młode kobiety 2,17, kobiety w średnim wieku 1,58, kobiety starsze 1,42). Zatem starsze kobiety w najmniejszym stopniu zainteresowane były operacyjną korektą urody.

Przeprowadzone dotychczas analizy pozwalają stwierdzić, że różnice odnośnie wskaźników wizerunku ciała (poziomu zadowolenia z wyglądu, postawy poznawczo-emocjonalno-behawioralnej wobec własnego ciała, doznawanej krytyki ze strony otoczenia oraz internalizacji współczesnych standardów urody i stereotypów atrakcyjności, a także postaw wobec operacyjnych metod poprawiania urody, jedynie w niektórych wymiarach osiągają poziom istotności statystycznej. Można zatem przyjąć, że wiek nie jest ich najważniejszym determinanem. Aby ustalić predyktory wymiarów składających się na wizerunek ciała oraz predyktory postaw prozdrowotnych oraz postaw wobec operacji plastycznych przeprowadzono analizę Regresji Wielorakiej. Jej wyniki (tabela II) pokazały, że najsilniejszymi predyktorami zmiennych zależnych odnoszących się do zdrowia oraz wizerunku ciała nie jest wiek, a aktualna i pożądana waga ciała,

Tabela II. Wyniki Regresji Wielorakiej dla zmiennych mierzących wizerunek ciała oraz postawy prozdrowotne
Table II. Exploratory Regression Analyses for Body Image and Health Attitudes

Zmienne wyjaśniane	wiek*	Pozostawanie w związku*	rozmiar odzieży*	waga*	pożądana waga*	oglądanie programu 10 lat mniej*
Zadowolenie z ciała			-0,20*	-0,76**	0,77**	
Podskala poznawczo-emocjonalne KWCO	ni	ni	ni	0,70**	-0,70**	ni
Podskala zachowań KWCO	ni	ni	-0,19*	Ni	Ni	ni
podskala krytyki otoczenia KWCO	-0,21**	ni	ni	0,30*	Ni	ni
Podskala stereotypu ładny-brzydki KWCO	ni	ni	ni	0,49*	-0,45**	0,15*
Operacje plastyczne jako sposób poprawiania wyglądu		0,20**			-0,30*	0,21**
I Podskala Postaw wobec Operacji Plastycznych	ni	0,16**	ni	0,35**	-0,43**	0,13**
II Podskala Postaw wobec Operacji Plastycznych	ni	ni	ni	0,26*	Ni	ni
I Podskala Postaw Prozdrowotnych	0,13*	ni	ni	0,42**	-0,51**	0,26*
II Podskala Postaw Prozdrowotnych	ni	ni	ni	Ni	Ni	ni

Uwaga: * oznacza $p < 0,05$; ** oznacza $p < 0,001$

Tabela III. Korelacje dla zmiennych wizerunek ciała oraz postawy wobec operacji plastycznych oraz postawy prozdrowotne

Table III. Correlations between the indicators for Body Image, Health Attitudes and Attitudes toward Plastic Surgery

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	poznanie-emocje	x	0,47 -0,48	-0,17 0,41	0,38	0,30	0,44	0,20	---	-0,41 -0,71 -0,60	0,27 0,52
2	zachowanie	-0,39	x	---	---	---	---	0,18 0,21	---	-0,20 0,40 0,67	0,66
3	krytyka otoczenia	0,31	---	x	---	---	---	---	---	-0,21 -0,40	---
4	stereotyp ładny-brzydki	0,42	---	---	x	0,43	---	0,34	0,27 0,24 -0,47	-0,31	0,37
5	I Podskala Postaw wobec Operacji Plastycznych	0,26	---	---	0,32	x	---	0,37	---	-0,21	0,62 0,66
6	II Podskala Postaw wobec Operacji Plastycznych	0,22	-0,14	---	0,30	---	x	0,24 0,60	---	---	---
7	I Podskala Postaw Prozdrowotnych	---	---	---	0,24	0,23	0,18	x	---	---	---
8	II Podskala Postaw Prozdrowotnych	---	0,21	---	---	---	---	0,23	x	---	---
9	Zadowolenie z ciała	-0,72	0,38	-0,22	-0,38	-0,20	-0,18	---	---	x	-0,19
10	Operacje plastyczne jako sposób poprawiania wyglądu	0,17			0,30	0,64	-0,15			-0,19	

Oznaczone współczynniki korelacji są istotne z $p < 0,05$.

Górna część tabeli: *I* – oznacza korelacje dla kobiet młodych; *B* – oznacza korelacje dla kobiet w średnim wieku; U – oznacza korelacje dla kobiet starszych.

Dolna część tabeli: *N* – oznacza korelacje dla całej grupy.

zaś predyktorem pozytywnych postaw wobec operacji plastycznych okazało się, poza wagą, bycie w związku oraz oglądanie programu 10 lat mniej¹. Oglądanie tego programu było także predyktorem ogólnych przekonań na temat determinantów zdrowia. Zatem przekaz medialny nie tylko promował różne formy poprawiania wyglądu łącznie z chirurgicznymi, ale także przekazywał wiedzę na temat czynników odpowiedzialnych za zdrowie, np. diety, unikania używek czy uprawiania sportu.

Wskaźniki korelacji (tabela III) między poszczególnymi wymiarami zostały obliczone dla wszystkich badanych łącznie oraz dla każdej z grup wiekowych odrębnie. Już pobieżna analiza pozwala zauważyć, że u kobiet starszych pojawiło się mniej istotnych statystycznie związków między zmiennymi niż w pozostałych grupach. Poznawczo-emocjonalny aspekt wizerunku ciała silnie ujemnie korelował z zadowoleniem z wyglądu oraz pozytywnie z gotowością do operacyjnego poprawiania urody, która z kolei wyka-

¹ W cyklicznie emitowanym w telewizji programie prezentowane są przypadki nieatrakcyjnych fizycznie osób, które najczęściej na skutek niezdrowego stylu życia wyglądają na znacznie starsze niż są. Grupa specjalistów: chirurgów plastycznych, dentystów, fryzjerów, makijażystów i stylistów każdorazowo opracowuje plan przywrócenia bohaterce atrakcyjnego wyglądu. Przeistoczenie się z osoby zaniedbanej i brzydkiej w elegancką, wyglądającą młodo i atrakcyjnie odbywa się na oczach widzów. Z najdrobniejszych szczegółami prezentowane są wszystkie zabiegi, łącznie z liftingiem twarzy, liposukcją czy wstawianiem implantów zębowych.

zywała silny związek z osobistymi przekonaniem na temat celowości i skuteczności operacji plastycznych. Zadowolenie z ciała pozytywnie korelowało z podskala mierzącą aspekt behawioralny wizerunku ciała, co oznacza, że im bardziej zadowolone z ciała są starsze kobiety, tym są bardziej aktywne fizycznie i odwrotnie. Internalizacja stereotypów atrakcyjności ujemnie korelowała z podskala oceny własnego stylu życia w relacji do czynników prozdrowotnych, zatem im bardziej badane podzielały opinie, że atrakcyjne jest szczupłe ciało, a osobom, które je posiadają, lepiej wiedzie się w życiu, tym bardziej krytycznie oceniały swój styl życia w aspekcie zdrowotnym. Podskala relacji między chirurgicznym poprawianiem wyglądu a zdrowiem silnie korelowała z podskala ogólnych przekonania na temat determinantów zdrowia, co oznacza, że świadomość wpływu na własne zdrowie poprzez odpowiedni styl życia, dietę i aktywność fizyczną wiąże się z ogólnie krytyczną postawą wobec operacji plastycznych.

Omówienie wyników

Wyniki badań potwierdziły hipotezę badawczą, która mówiła o tym, że poziom zadowolenia z wyglądu i parametrów ciała u starszych kobiet będzie niższy niż u kobiet młodszych. Starsze kobiety były szczególnie niezadowolone w porównaniu z młodszymi z włosów, oczu, szyi i wzrostu, a więc tych wymiarów, które ulegają istotnym przeobrażeniom w procesie starzenia się organizmu, ale nie wiążą się z wagą i nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w dolnych partiach ciała. Uzyskane wyniki nie potwierdziły wcześniejszych badań, które wskazywały na brak różnic w poziomie zadowolenia z ciała kobiet w różnym wieku, albo wykazywały różnice w odniesieniu do tych części ciała, które zmieniają swój kształt wraz z przyrostem wagi. Jednakże to właśnie brzuch był tą częścią ciała, z której starsze kobiety najmniej były zadowolone, a piersi tą, z której zadowolone były najbardziej. Generalnie profil wskaźników zadowolenia z kształtu i parametrów ciała starszych kobiet odpowiada profilowi obserwowanemu u kobiet młodszych, a występujące rozbieżności odnoszą się do tych części ciała, w których zmiany spowodowane starzeniem są szczególnie widoczne [por.5].

Chcąc określić pozostałe wskaźniki wizerunku ciała, zapytano osoby badane o ich postawy wobec jego poznawczego, emocjonalnego, behawioralnego i społecznego wymiaru. Okazało się, że tylko w jednym pomiarze starsze kobiety różniły się od młodszych – internalizacji stereotypu ładny-brzydki. Przy

obecnym stanie wiedzy trudno wyjaśnić ten wynik, bowiem w literaturze przedmiotu podkreśla się, że standardy urody, w których szczupłe ciało uważane jest za atrakcyjne, są szczególnie łatwo internalizowane przez młode kobiety. To do nich głównie adresowane są przekazy medialne, w których promowane są szczupłe ideały urody. Z drugiej strony podskala stereotypu ładny-brzydki mierzy także stopień akceptacji poglądów o lepszym, łatwiejszym życiu ludzi atrakcyjnych fizycznie. Nie można wykluczyć, że to przekonanie u starszych kobiet pozostawało na tym samym poziomie na przestrzeni życia, a różnice międzygrupowe biorą się nie tyle z nasilenie takich opinii wraz z wiekiem, co raczej z mniejszej akceptacji stereotypów urody wśród młodszych kobiet. Niewykluczone, że zauważają one inne czynniki, niezwiązane z wyglądem zewnętrznym, które determinują jakość życia współczesnej kobiety, takich chociażby jak: niezależność finansowa, rozwój osobisty czy kariera zawodowa.

Brak różnic międzygrupowych w pozostałych wskaźnikach wizerunku ciała można wyjaśnić w odniesieniu do teorii rozbieżności Ja Torry Higginsa oraz teorii porównań społecznych Leona Festingera [5]. Pierwsza zakłada, że samoocena pozytywna, bądź negatywna zależy od postrzeganej przez jednostkę rozbieżności między Ja aktualnym (jaka jestem), a Ja idealnym (jaka pragnę być) czy też Ja powinnościowym (jaka muszę być). Im mniejsza rozbieżność, tym wyższa samoocena. Badania nad akceptowanym rozmiarem sylwetki przez kobiety w różnym wieku pokazują, że kobiety bez względu na wiek mają podobne preferencje. Z tym jednak, że u kobiet starszych maksymalna wielkość ich sylwetek, którą byłyby w stanie zaakceptować, pokrywa się z ich obecną sylwetką [1]. Samoocena zależy zatem nie tylko od tego, jak postrzegamy swoje ciało, ale także od tego, z jakimi obiektami porównujemy jego wygląd. Naturalne jest, że kobiety młode porównują swój wygląd z innymi młodymi kobietami, które są dla nich obiektem relevantnym – podobnym do nich pod wieloma względami. Często obiektami porównań są dla nich modelki, których ciała, uosabiające ideał urody, chętnie pokazują media. Zgodnie z teorią porównań społecznych, starsze kobiety powinny być mniej predysponowane do dokonywania porównań własnych sylwetek z figurami młodych kobiet, gdyż te drugie nie są obiektami relevantnymi, czyli nie posiadają podobnych charakterystyk w innych sferach. Mechanizmy te potwierdzają badania, w których wykazano, że środki

masowego przekazu nie wpływają na wizerunek ciała starszych kobiet poprzez promocję wysportowanych, szczupłych sylwetek. Kobiety nie traktują przekazów medialnych jako nacisków kierowanych do nich w kwestii dopasowania wyglądu do ideałów, a jedynie czerpią z nich informacje. Jak słusznie zauważają Pruis i Jankowsky [1], starsze kobiety są być może mniej narażone na presję przekazów medialnych w kwestii wagi ciała, ale nie w innych wymiarach wizerunku ciała. Tym najistotniejszym wymiarem może być młody wygląd. Nie ulega wątpliwości, że właśnie presji wiecznej młodości poddawane są starsze kobiety, którym wmawia się, że jeśli tylko będą dostatecznie mocno chcieli, jeśli tylko zadbają o siebie w odpowiedni sposób (dieta, aktywność fizyczna, kosmetyki, suplementy, zabiegi chirurgii estetyczne) będą mogły wyglądać młodo przez całe życie. A jeśli tak nie jest, same ponoszą odpowiedzialność za swój nieatrakcyjny wygląd. W tym kontekście interesujące wydają się wskazania badanych odnośnie gotowości korygowania chirurgicznego objawów starzenia i niedostatków urody. Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, że wraz z wiekiem maleje, i tak niezbyt duże, zainteresowanie operacjami plastycznymi. Na umiarkowanym poziomie utrzymuje się jedynie deklarowana chęć uzupełniania ubytków w uzębieniu poprzez wstawienie implantów. Pozostałe zabiegi cieszą się we wszystkich grupach wiekowych relatywnie małym zainteresowaniem. Jeśli przyjmiemy, że wizerunek ciała, jako strukturę Ja, cechuje stabilność i niezmienność [17], można by zakładać, że wraz z wiekiem nie zmienia się podejście do korygowania wyglądu, ale zmienia się ono z pokolenia na pokolenia. Być może dlatego, że współczesna medycyna daje po prostu takie możliwości młodym kobietom. Wygląda na to, że ich córki będą przejawiały jeszcze większą otwartość wobec zabiegów chirurgii estetycznej. Może być również tak, że ogólna niechęć starszych kobiet do zabiegów chirurgii estetycznej wynika z przekonania o ich niskiej skuteczności w starszym wieku.

Celem prezentowanych badań było ustalenie relacji między wskaźnikami wizerunku ciała a zdrowiem z uwzględnieniem wieku. Wyniki wyraźnie wskazują, że wartościowanie zdrowia zwiększa się wraz z wiekiem, co wydaje się dość oczywiste, skoro, jak pisze Wiesław Łukaszewski [16], dbanie o zdrowie w późnym wieku nie tylko pozytywnie wpływa na dobrostan jednostki, ale daje szansę na dłuższe życie. Tymczasem przeprowadzone przez niego badania nad

podejmowaniem działań prozdrowotnych (badaniami profilaktycznymi piersi) w różnych grupach wiekowych nie wykazały korelacji między wiekiem a postawami prozdrowotnymi. Stwierdzono natomiast dodatnie korelacje między działaniami prozdrowotnymi a niezadowolaniem z wyglądu. Zatem podejmowanie działań prozdrowotnych może mieć swoje źródła w dążeniu do atrakcyjnego wyglądu, a nie w chęci utrzymania czy poprawy własnego zdrowia. Choć w prezentowanych badaniach stwierdzono istotne różnice między grupowe dla obu podskal Kwestionariusza mierzącego Postawy Prozdrowotne, to wskaźniki korelacji osiągnęły poziom istotny jedynie między wiekiem a podskalą Determinantów Działania Prozdrowotnych. Można zatem powiedzieć, że z wiekiem rośnie świadomość zachowań sprzyjających zdrowiu. Jeśli chodzi o korelacje między wiekiem a wymiarami wizerunku ciała, istotne zależności wystąpiły tylko dla Podskali Krytyki Otoczenia Kwestionariusza Wizerunku Ciała. Wynik ten wskazuje, że wraz z wiekiem maleje subiektywne przekonanie o tym, że otoczenie krytycznie ocenia wygląd osób badanych.

Wnioski

1. Wizerunek ciała starszych kobiet, choć w wielu kwestiach zdaje się być podobny do opisywanego u młodszych kobiet, jednak wykazuje pewne różnice: w poziomie zadowolenia z wybranych części ciała, internalizacji stereotypów urody i atrakcyjności fizycznej, uwrażliwieniu na krytykę wyglądu dokonywaną przez otoczenie czy wreszcie postawach wobec operacji plastycznych.
2. Wiek, mimo dość powszechnym przekonaniom, nie jest najważniejszym predyktorem postaw wobec własnego ciała, zdrowia oraz operacji plastycznych. Znacznie ważniejszym czynnikiem determinującym te wymiary jest waga ciała, pożądana waga ciała oraz oglądanie przekazów medialnych prezentujących treści odnoszące się do cielesności i zdrowia – 10 lat mniej.
3. Zależności między zdrowiem a urodą znalazły swoje odzwierciedlenie w wynikach badania. Im bardziej zadowolone z ciała są starsze kobiety, tym bardziej są aktywne fizycznie i odwrotnie, im bardziej są aktywne fizycznie, tym są bardziej zadowolone z części i parametrów ciała.
4. Przekonanie o tym, że zdrowy styl życia, czyli odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, unikanie nałogów sprzyja zdrowiu, silnie wiąże się z kry-

tyczną postawą wobec operacji plastycznych, także dlatego, że są one uważane przez starsze kobiety za niebezpieczne dla zdrowia.

Źródło finansowania

Badania dofinansowano ze środków przeznaczonych na działalność naukową Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Adres do korespondencji:

✉ Alicja Głębocka
Katedra Psychologii Klinicznej
Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych
Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego
ul. Herlinga Grudzińskiego 1; 30-705 Kraków
☎ (+48 22) 627 39 86
✉ aaglebocka@afm.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Pruis TA, Janowsky JS. Assessment of body image in younger and older women. *J Gen Psychol.* 2010;137(3):225-38.
2. Koch P, Mansfield PK, Thureau D, Carey, M. "Feeling Frumpy": The relationships between body image and sexual response changes in midlife women. *J Sex Res.* 2005;42(3):215-23.
3. Guaraldi GP, Orlandi E, Boselli P, Tartoni PL. Body size perception and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychother Psychosom.* 1995;64(3-4):149-55.
4. Altabe MN, Thompson JK. Body Image: A cognitive self-schema? *Cognitive Ther Res.* 1996;20(2):171-93.
5. Głębocka A. Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi. Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2009.
6. Lewis D, Cachelin F. Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eat Disord.* 2001;9(1):29-39.
7. Bedford JL, Johnson CS. Societal influences on body image dissatisfaction in younger and older women. *J Women Aging.* 2006;18(1):41-55.
8. Wilcox S. Age and gender in relation to body attitudes. Is the double standard of aging? *Psychol Women Quart.* 1997;21(4):549-65.
9. Clarke LH, Griffin M. Visible and invisible ageing: beauty work as a response to ageism. *Ageing Soc.* 2008;28(05):653-74.
10. Whitbourne SK, Collins KC. Identity and physical changes in later adulthood: Theoretical and clinical implications. *Psychotherapy.* 1998;35:519-30.
11. Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A i wsp. Never Too Old for Eating Disorders or Body Dissatisfaction: A Community Study of Elderly Women. *Int J Eat Disord.* 2006;39(7):583-6.
12. Reboussin BA, Rejeski WJ, Martin KA i wsp. Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle- and older aged adults: The activity counseling trial (ACT). *Psychol Health.* 2000;15(2): 239-54.
13. Brooks A. Aesthetic anti-ageing surgery and technology: women's friend or foe? *Social Health Illness.* 2010;32(2):238-57.
14. Brak danych!!!
15. American Society of Aesthetic Plastic Surgery: <http://www.surgery.org/media/news-releases/the-american-society-for-aesthetic-plastic-surgery-reports-americans-spent-more-than-12-billion-in-2014--pro>
16. Łukaszewski W. *Udręka życia.* Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa; 2010.
17. Tiggemann M. Body Image across the adult life span: stability and change. *Body Image.* 2004;1(1):29-41.