

Alicja Głębocka, Małgorzata Szarzyńska
Instytut Psychologii, Uniwersytet w Opolu

Stereotypy dotyczące osób otyłych a jakość życia ludzi w starszym wieku

Stereotypes of obesity and quality of life among the edlerly

Abstract

Background. Obesity has become a very serious social problem. The popularity of cheap and unhealthy food has promoted obesity, with up to 30% obese in some countries. American researchers claim that obesity is the second most serious health problem due to behavior, after cigarette smoking, and it is a major cause of mortality and morbidity in Western countries. Obesity has physical as well as psychological effects.

Material and methods. There have been many studies in recent years on stereotypes about obesity. This research has distinguished negative stereotypes, such as being lazy, self-indulgent, lacking self-control, and not caring about one's appearance. Positive stereotypes for the obese include being kind, friendly, and open.

Results. A second line of research concerns psychological factors among the obese and focuses mainly on negative self-esteem or poor emotional functioning. In much of this research, it is suggested that the obese often have negative mood and poor self-esteem.

Conclusions. To connect these two lines of research, it is necessary to assess how the obese view themselves (autostereotype), how people in general view them (heterostereotype), and how obese people believe that society views them (metastereotype).

key words: elderly, well-being, stereotypes of obesity

Wstęp

Obecnie otyłość jest poważnym problemem społecznym, którego w najbliższym czasie raczej nie uda się rozwiązać [1]. Społeczeństwa zachodnie będą miały powody do zadowolenia, jeżeli zdołają przynajmniej zatrzymać tendencje wzrostowe obserwowane od kilku dekad. Systematyczny przyrost osób, których wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) przekracza 30 kg/m², powoduje, że zwiększa się grupa, której jakość życia, zwłaszcza funkcjonowanie społeczne, jest obciążone negatywnymi zjawiskami stereotypizacji, braku akceptacji, poniżania, jednym słowem — dyskryminacji [2–7]. W Stanach Zjednoczonych osoby otyłe stanowią ponad 30% społeczeństwa, w Wielkiej Brytanii niewiele mniej. Przyczyniły się do tego tanie i popularne bary

oraz restauracje typu *fast food*, które kształtują niewłaściwe nawyki żywieniowe. W tych barach i restauracjach można jeść dużo i często, nieraz zbyt dużo i zbyt często, aż do utraty kontroli nad ilością spożywanego jedzenia. Oferowane posiłki zawierają głównie węglowodany oraz tłuszcze. W większości krajów Europy osoby otyłe stanowią około 10% populacji. Można więc sądzić, że otyłość nie stwarza tak poważnego problemu społecznego jak w Stanach Zjednoczonych. Nie ma jednak pewności, że wśród Europejczyków nie zwiększy się liczba osób otyłych. Rozumiejąc to zagrożenie, wielu naukowców uważa, że należy obecnie tworzyć programy prewencyjne, zgodnie z zasadą: „lepiej zapobiegać niż leczyć”. Trzeba pamiętać, iż powszechność otyłości nie tylko przekłada się na wskaźnik zachorowań na choroby układu krążenia, pokarmowego czy kostnego, ale — co znacznie bardziej interesujące dla psychologów — na sferę psychiki jednostki, jej emocje, samoocenę, zadowolenie z życia, motywację oraz kontakty międzyludzkie.

Adres do korespondencji: dr Alicja Głębocka
Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski
Pl. Staszica 1, 45–052 Opole
tel.: (077) 454 58 41 wew. 2204
e-mail: Alicja.Glebocka@uni.opole.pl

Niestety, w licznych badaniach potwierdzono negatywny związek między nadwagą a emocjami i sferą poznawczą osób otyłych [8]. Czują się one przeważnie gorsze, mniej atrakcyjne, mniej zadowolone oraz bardziej depresyjne od ludzi o prawidłowej masie ciała [9, 4]. Psychologowie twierdzą, że zaniżona samoocena oraz tendencje do przeżywania stanów obniżonego nastroju i braku poczucia własnej wartości mogą być efektem negatywnego wpływu otoczenia, które ich nie akceptuje. Nie jest tajemnicą, że osoby otyłe są zaliczane do mniejszości, wobec której funkcjonują negatywne stereotypy. Przeważnie są one oceniane jako leniwe, pobawione kontroli, o słabej woli, pobłażające sobie, głupie, niekompetentne i brzydkie [10, 3]. Badania nad stereotypami osób otyłych oraz ich psychicznym i fizycznym funkcjonowaniem są prowadzone głównie wśród dzieci i ludzi w młodym wieku. Tymczasem niemniej interesujące wydaje się eksplorowanie tego problemu w grupie osób powyżej 60. roku życia, które stanowią w Polsce grupę największego ryzyka zachorowania na otyłość. Osoby starsze mogą, ale nie muszą powielać schematów postaw wobec własnego ciała, zaobserwowanych wśród ludzi młodych [11]. Powodów takiego stanu rzeczy jest co najmniej kilka. Po pierwsze, nie są one z pewnością w równym stopniu podatne na wpływy mediów promujących współczesne standardy atrakcyjności fizycznej; po drugie, uroda odgrywa drugorzędą rolę u osób starszych, ustępując miejsca fizycznej wydolności i efektywności [12]; po trzecie, osoby starsze nie muszą podnosić własnej atrakcyjności w związku z pełnieniem ról zawodowych czy społecznych; po czwarte, doświadczenia indywidualne, zgromadzone w młodości i dojrzałym wieku, nie sprzyjają kształtowaniu restrykcyjnych, zbyt wygórowanych standardów urody, tak typowych dla współczesnych młodych ludzi.

Stereotypy

Stereotypy definiuje się jako „umysłową drogę na skróty”, którą wybieramy, kierując się zasadą szybkiego i bezwysiłkowego przetwarzania informacji. Pełnią one funkcję porządkującą i upraszczającą rzeczywistość. Cechują się trwałością, małą podatnością na zmiany (sztywnością). Jako uogólnione przekonania na temat grup społecznych, które odzwierciedlają opinie otoczenia o ich członkach, pozwalają na interpretacje jednoznacznych zachowań. Charakterystyczną właściwością stereotypów jest przypisywanie identycznych cech każdej osobie należącej do danej grupy. Taką skłonność do przeceniania jednorodności grupy nazywa się stereotypizacją [13]. Według Danuty Bocheńskiej [14] analiza perspektywy obiektów stereotypów,

zwykle członków grup mniejszościowych doświadczających uprzedzeń i dyskryminacji, ma długą tradycję, poczynając od Allporta, który opisał wiele strategii radzenia sobie z frustracją wywołaną uprzedzeniami, aż po współczesne badania nad samooceną stygmatyzowanych. Oznacza to, że psychologia interesuje się stereotypami nie tylko z punktu widzenia ludzi, którzy się nimi posługują, ale także tych, którzy stanowią obiekt stereotypów, w tym również osób otyłych. Badacze problematyki stereotypów różnią kilka ich typów: autostereotypy — przekonania o członkach własnej grupy; heterostereotypy — charakterystyki członków innych grup oraz metastereotypy — opinie o tym, co na temat pewnej grupy myślą inni [15]. Przedstawione powyżej formy stereotypów badano dotychczas w kontekście etnicznym. Mimo wielu wysiłków i poszukiwań, autorkom niniejszej pracy nie udało się dotrzeć do opracowań dotyczących podobnych badań nad osobami otyłymi. Z tego względu uważają, że dokonane przez nie pomiary mogą stanowić materiał pionierski. Przystępując do badań, postawiły sobie kilka pytań badawczych: Czy poszczególne formy stereotypów różnią się między sobą? Czy istnieje rozbieżność między stereotypami a samooceną badanych? Czy stereotypy we wskazanych formach mają związek z poziomem samooceny badanych? Czy osoby otyłe różnią się od osób nieotylech w kwestiach oceny własnej grupy oraz przewidywań dotyczących oceny dokonywanej przez innych? Czy dokonywane oceny są warunkowane płcią badanych czy też poziomem BMI? Jakie strategie regulacji nastroju stosują osoby otyłe?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na terenie Opola oraz Krosna wśród słuchaczy Uniwersytetu III wieku, aktywnych uczestników zajęć organizowanych na oddziałach dziennych Domu Pobytu Dziennego „Magda i Maria” oraz Domu „Złotej Jesieni”, a także pacjentów zgłaszających się do poradni internistycznych i laryngologicznych na badania kontrolne lub w związku z niegroźnymi dolegliwościami zdrowotnymi. W badaniach uczestniczyło 100 osób, w tym 64 kobiety oraz 31 mężczyzn. Pięć osób badanych nie odpowiedziało na pytanie dotyczące płci oraz poziomu wykształcenia. Wyższe wykształcenie posiadało 28,42% osób (26,57% kobiet i 32,26% mężczyzn), średnie — 27,37% (25% kobiet i 32,25% mężczyzn), zawodowe — 22,10% (20,31% kobiet i 25,81% mężczyzn) oraz podstawowe — 22,11% (28,12% kobiet i 9,68% mężczyzn). Średnia wieku wynosiła 67 lat, masa ciała — 73,88 kg, wzrost — 165,48 cm, a BMI — 26,87.

Przyjmując za Czyżewską [16] klasyfikację otyłości opartą na wskaźniku BMI, podzielono grupę badanych na kategorie: mieszczących się w normie wagowej, których BMI wynosił do 24,9, przekraczających normę, których BMI był równy lub większy od 25. Okazało się, że w normie wagowej mieściło się 28,42% osób (31,25% kobiet oraz 22,58% mężczyzn), a 71,58% badanych miało nadwagę (68,75% kobiet i 77,42% mężczyzn). Na podstawie dalszych analiz stwierdzono, że u 20% osób BMI przekraczało 30, a więc spełniało kryterium otyłości drugiego stopnia. Każdą badaną osobę proszono o wypełnienie kwestionariusza składającego się z czterech części. Na podstawie metody dyferencjału semantycznego dokonywała ona na 7-stopniowej skali charakterystyki: 1) typowej otyłej osoby — stereotyp, 2) tego, co otyli myślą o sobie — autostereotyp, 3) co otyli myślą na temat tego, jak oceniają ich inni — metastereotyp oraz 4) samooceny — jaki jestem? W każdej części znajdowały się 52 itemy, w których 10 odpowiadało stereotypowi osób otyłych (leniwy, zaniedbany, niechlujny, pozbawiony kontroli, brzydki, głupi, pobłażający sobie, nieograniczający się, nieatrakcyjny, niewytrwały)¹, a reszta pełniła rolę itemów buforowych. Wskaźnik rzetelności dla skali stereotypu osób otyłych był zadowalający i wynosił: Alfa Cronbacha — 0,79, Alfa Standaryzowana — 0,79.

Poza tym badani wypełniali Skalę Regulacji Nastroju Bogdana Wojciszke oraz Kartę Samoopisu Macieja Dymkowskiego. Skala regulacji, zawierająca 30 twierdzeń (skalowanych od 1 — nigdy, do 5 — zawsze), składała się z dwóch skal: Obniżania i Podwyższania Nastroju mierzących dwie niezależne strategie regulowania nastroju. Nastrój podwyższa się za pomocą emocji pozytywnych, a obniża się za pomocą emocji negatywnych.

W Karcie Samoopisu zadaniem badanych było określenie siebie, w porównaniu z innymi, na czternastu wymiarach dotyczących stanów, cech i umiejętności. Do każdego z wymiarów dołączono jedenastostopniową skalę, w której „-5” oznaczało minimalne natężenie danej cechy, „5” — maksymalne natężenie cechy, a „0” — osoba badana posiada tę cechę w stopniu przeciętnym, zbliżonym do innych ludzi.

Wyniki

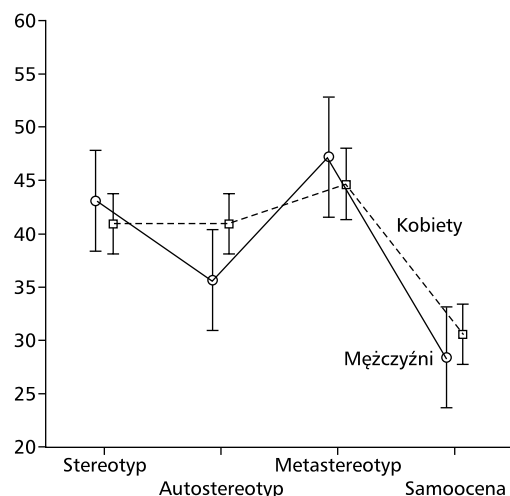
Analizy przeprowadzono przy użyciu Analizy Wariancji ANOVA dla powtarzanych pomiarów oraz czynników płęć (kobiety vs. mężczyźni) i BMI (norma wagowa vs. nadwaga). Porównując wartości średnich wyników sum itemów, składających się na stereotyp osób otyłych w czterech pomiarach (stereotypu, autostereotypu,

metastereotypu oraz samooceny), nie stwierdzono głównych efektów dla czynnika płęć $F(1, 68) = 0,216$, $p = 0,643$ oraz dla czynnika BMI $F(1, 68) = 3,024$, $p = 0,086$, a interakcja obydwu czynników także była nieistotna $F(1, 68) = 0,606$, $p = 0,438$. Uzyskano natomiast różnice istotne statystycznie dla średnich każdego rodzaju badanych stereotypów $F(3, 204) = 23,057$, $p < 0,0001$. Jednocześnie nie wystąpiły istotne efekty interakcji dla czynnika płęć $F(3, 204) = 1,6202$, $p = 0,185$ oraz dla czynnika BMI — $F(3, 204) = 1,4405$, $p = 0,232$.

Wyniki przedstawione na rycinie 1 wskazują, że osoby badane najwyżej oceniały siebie, a najbardziej były krytyczne przy określaniu metastereotypu (46,53) otyłych². W przeprowadzonym teście T dla prób zależnych wykazano, że samoocena osób badanych (29,45) jest zdecydowanie bardziej pozytywna od charakterystyk osób otyłych we wszystkich trzech formach stereotypów, a metastereotyp jest znacznie bardziej negatywny od trzech pozostałych zmiennych: stereotypu (41,51), autostereotypu (40,02) oraz samooceny ($p < 0,001$).

W analizie wskaźników korelacji ujawniono umiarkowany związek między stereotypem i autostereotypem (0,26) oraz stereotypem i metastereotypem (0,30) osób otyłych przy jednoczesnym braku korelacji między autostereotypem i metastereotypem.

Jeszcze ciekawsze wydają się wyniki analiz korelacyjnych między samooceną a poszczególnymi formami stereotypów. Okazuje się, że taki związek występuje jedynie w przypadku metastereotypu (-0,50). Samoocena koreluje także ujemnie ze Skalą Samoopisu Dym-



Rycina 1. Porównanie wyników kobiet i mężczyzn w kolejnych pomiarach stereotypów osób otyłych oraz wskaźników samooceny

Figure 1. The comparison among the stereotypes and self-esteem for female and male participants

kowskiego (-0,27), co oznacza, iż pozytywna charakterystyka w jednej skali współwystępuje z pozytywną charakterystyką w drugiej. Zbadano także związek między BMI a pomiarami stereotypów, jednak korelacje nie były znamienne statystycznie. Wskaźnik masy ciała korelował ujemnie ze Skalą Samooceny Dymkowskiego (-0,30), lecz nie korelował z czwartym pomiarem, czyli Samooceną (-0,02).

Oprócz danych z badań nad stereotypami oraz samooceną przeprowadzono także pomiary Skalą Regulacji Nastroju Wojciszke. Wyniki poddano Analizie Wariancji dla czynników płeć (kobiety vs. mężczyźni) oraz BMI (norma vs. nadwaga). Nie zaobserwowano efektów głównych dla czynnika płeć w obydwu użytych skalach: obniżania nastroju $F(1, 79) = 1,01, p = 0,913$ oraz podwyższania nastroju $F(1, 78) = 2,00, p = 0,161$. Istotne okazały się natomiast różnice dla czynnika BMI. Osoby o prawidłowej masie ciała, czyli BMI poniżej 25, osiągnęły wyższe wyniki w skali podwyższania nastroju (58,16) niż osoby z nadwagą (53,69; $F(1, 78) = 5,095, p = 0,026$) oraz wyższe wyniki (49,56) w skali obniżania nastroju niż osoby z nadwagą (44,03; $F(1, 79) = 5,090, p = 0,026$).

Wnioski

Przedstawione wyniki badań nad różnymi formami stereotypów pokazują, że nie są one jednorodne. W ocenie badanych stereotyp i autostereotyp są miarami tożsamymi, bez względu na to, kto je konstruuje: kobiety czy mężczyźni, osoby otyłe czy mieszczące się w normie. W pozostałych miarach: metastereotypu oraz samooceny czynnik płci oraz BMI także nie miały istotnego znaczenia. Ważne jest to, że metastereotyp osób otyłych był najbardziej nasycony negatywnymi charakterystykami, znacznie bardziej niż stereotyp czy autostereotyp. Powstaje pytanie, jakie znaczenie może mieć wykrycie metastereotypu osób otyłych? Co właściwie dzięki niemu mierzymy? Czy metastereotyp można uznać za wskaźnik faktycznych, lecz skrywanych, tłumionych, nie do końca akceptowanych lub nawet uświadamianych postaw wobec osób otyłych? Czy nie jest przypadkiem tak, że posługując się konstrukcją metastereotypu, pytamy badanych nie wprost: „co sądzisz o ludziach z nadwagą”? Tak postawione pytanie być może pozwala ominąć autocenzurę, warunkowaną „poprawnością polityczną”, która nakazuje nam skrywać negatywne oceny grup mniejszościowych. Grup, których oficjalnie nie wolno dyskryminować, lecz które faktycznie dyskryminuje się w wielu aspektach życia społecznego. Metastereotyp, rozumiany jako miara postaw wobec osób otyłych, wyjaśniałby zjawisko stygmatyzacji i pokazywałby, że

pytanie wprost o postawy wobec pewnych grup mniejszościowych prowadzi do mylnych wniosków. W dalszych pracach nad metastereotypami konieczne trzeba będzie sprawdzić, jaka jest ich zgodność z postawami osób badanych w warunkach eksperymentalnych przy użyciu procedur z pomiarem czasu reakcji, a więc postaw zautomatyzowanych, które nie podlegają świadomej kontroli [17]. Innym pytaniem, które wymaga dalszych eksploracji, jest pytanie o negatywny charakter metastereotypów i drogę ich kształtowania. Skąd biorą się tak skrajnie krytyczne oceny i dlaczego mają tak uniwersalny charakter, niezależny od płci oraz masy ciała, a jak pokazują inne badania autorek artykułu, także wieku i narodowości. Skoro obserwuje się tak daleko idącą zgodność odpowiedzi na pytanie: „co otyli myślą, że inni sądzą na ich temat”, należy postawić następne pytanie: „jaki wpływ na samoocenę osób otyłych ma metastereotyp”? Wyniki prezentowanych badań pokazują, że nie ma związku między samooceną otyłych starszych ludzi, a podawaną przez nich oceną osób otyłych we wszystkich skalach mierzących stereotyp. Jak to możliwe, że osoby otyłe, które krytycznie oceniają otyłych w skalach stereotypów, zupełnie inaczej, bo pozytywnie, oceniają siebie? Być może istotą tego rozbieżnego widzenia siebie i innych jest niespełnienie warunku przynależności do grupy. Może mylimy się, sądząc, że każdy człowiek z nadwagą myśli o sobie jak o kimś, kogo należy włączyć do kategorii „gruby”. Wydaje się, że przeważa myślenie, iż gruby to ktoś inny, obcy — na pewno nie ja. I zupełnie nie ma tu znaczenia, czy BMI danej osoby przekracza 25 [18]. Irracjonalność samooceny wiele razy opisywali psychologowie, na przykład Klein [19], który badał oceny „przeciętnego palacza”, dokonywane przez inne osoby palące. Chociaż zwykle palili oni znacznie więcej niż „przeciętny palacz”, to wbrew logice oceniali siebie znacznie łagodniej.

Zaprzeczanie przynależności do grupy osób otyłych może mieć znaczenie dla kształtowania motywacji do zmiany nawyków żywieniowych, stylu życia, a w konsekwencji wyglądu. Jeżeli ktoś, wbrew oczywistym faktom, nie czuje się otyły, trudno wyobrazić sobie, że będzie dążył do zmian korzystnych dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Tymczasem odpowiednia masa ciała jest jednym z podstawowych kryteriów jakości życia. Zachęcanie do racjonalnej diety ma nie tylko wymiar estetyczny, ale przede wszystkim zdrowotny. Wpływa na samoocenę, samopoczucie, kontakty społeczne, sprawność fizyczną i co najważniejsze — długość życia [4]. Funkcjonowanie psychiczne oraz fizyczne wśród osób

otyłych jest źródłem znacznie bardziej krytycznych ocen niż wśród osób o prawidłowej masie ciała. W licznych badaniach potwierdzono ich zaniżoną samoocenę oraz tendencje do przeżywania stanów obniżonego nastroju. U osób otyłych, zwłaszcza kobiet, częściej występuje depresja i lęk, dlatego interesujące wydaje się zbadanie ich sposobu kontrolowania stanów emocjonalnych. Skala Regulacji Nastroju Wojciszke pozwala odpowiedzieć na pytanie, czy osoby otyłe różnią się od osób o normalnym BMI strategiami regulowania nastroju. Autorki artykułu na podstawie swoich badań stwierdziły, że różnica występuje i polega na częstszym stosowaniu zabiegów regulacji nastroju, jego podnoszenia oraz obniżania przez osoby mieszczące się w normie wagowej. Osoby otyłe w znacznie mniejszym stopniu dążą do podtrzymania dobrego nastroju,

ale także do podtrzymania złego. Pomocny w wyjaśnieniu tego zjawiska wydaje się model Erbera [20], który zakłada, że celem zabiegów regulacji nastroju jest nie tyle jego podnoszenie, co raczej dostosowanie do aktualnej sytuacji społecznej, a nieraz dążenie do jego wyzerowania. Można jednak przyjąć, że osoby otyłe stosują inne, nieujęte w Skali Regulacji Nastroju, strategie, na przykład spożywanie dużej ilości pokarmów. Jedzenie może dawać im chwilowe poczucie bezpieczeństwa i spełnienia oraz zmniejszać stany napięcia psychicznego [18], a więc skutecznie podnosić nastrój. Jeżeli tak jest, uczenie nowych strategii regulacji nastroju stanowiłoby istotny element terapii otyłości i miałoby istotny wpływ na zapobieganie efektowi *jo-jo*. Hipoteza ta wymaga dalszych badań, które z pewnością autorki artykułu będą prowadziły.

Streszczenie

Wstęp. Obecnie otyłość jest poważnym problemem społecznym. Popularność i dostępność taniego i (niestety) niezdrowego pożywienia sprawia, że w niektórych krajach u ponad 30% osób występuje ta choroba. Amerykańscy naukowcy uważają, że jest ona drugą, po paleniu tytoniu, przyczyną zgonów w krajach zachodnich. Otyłość ma jednak nie tylko wymiar medyczny, ale także psychologiczny.

Materiał i metody. Od lat są prowadzone badania nad stereotypem osób z nadwagą. Ogólnie wyróżnia się stereotyp negatywny, obejmujący takie cechy, jak: leniwy, pobłażający sobie, pozbawiony zdolności samokontroli, niechlujny, oraz stereotyp pozytywny, w którym przeważają takie cechy, jak: ciepły, serdeczny, miły, przyjacielski.

Wyniki. Drugi nurt badań skupia się nad psychicznym funkcjonowaniem osób otyłych i dotyczy głównie negatywnych samoocen oraz emocjonalnego funkcjonowania osób z nadwagą. W większości prowadzonych badań potwierdzono tendencje do przeżywania stanów obniżonego nastroju, a w niektórych także niską samoocenę w wybranych aspektach.

Wnioski. Autorki niniejszego artykułu, chcąc połączyć te dwa nurty, zadały sobie pytanie, jak wygląda współzależność między autostereotypem — opisem własnej grupy i heterostereotypem — charakterystyką osób otyłych dokonywaną przez otoczenie oraz metastereotypem — przeświadczeniem osób otyłych dotyczącym ocen innych ludzi na ich temat.

słowa kluczowe: osoby w starszym wieku, jakość życia, stereotypy osób otyłych

Przypisy

¹ Stereotyp określono na podstawie badań przeprowadzonych wśród studentów studiów podyplomowych oraz studentów III roku psychologii Uniwersytetu Opolskiego, którym zadano pytanie otwarte, jaki jest stereotyp osób otyłych, co ludzie myślą o nich? Przy-

miotniki wyłonione w wyniku analiz pokrywają się z przymiotnikami podawanymi w literaturze przedmiotu [10, 3].

² Im wyższy był wynik w skalach stereotypów, tym bardziej była negatywna ocena.

PIŚMIENNICTWO

- Greenberg B.S., Eastin M., Hofschire L., Lachnan K., Brownell K.D.: *Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television*. Am. J. Pub. Health 2003; 93: 1342–1348.
- Teachman B.A., Gapinski K.D., Brownell K.D., Rawlins M., Jeyaram S.: *Demonstrations of implicit anti — fat bias. The impact of providing causal information and evoking empathy*. Health Psychology 2003; 22: 68–78.
- Chambliss H., Finley C., Blair S.: *Attitudes toward Obese Individuals among Exercise Science Students*. Medicine & Science in Sports & Exercise 2004; 36: 468–475.
- Głębocka A., Wiśniewska A.: *Psychologiczny portret kobiet otyłych*. Głębocka A., Kulbat J. (red.). Wizerunek ciała Portret Polek. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005.

5. Myers A., Rosen J.C.: *Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem*. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 1999; 23: 221–230.
6. Cossrow N.H.F., Jeffery R.W., McGuire M.T.: *Understanding weight stigmatization: a focus group study*. *J. Nutr. Educ.* 2001; 33: 208–215.
7. Wigton R.S., McGaghie W.C.: *The Effect of Obesity on Medical Students' Approach to Patients with Abdominal Pain*. *J. Gen. Int. Med.* 2001; 16: 262–266.
8. Klaczynski P.A., Goold K.W., Mundry J.J.: *Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the "thin ideal": A social identity perspective*. *J. Youth Adolesc.* 2004; 33: 307–317.
9. McCreary D.R., Sadava S.W.: *Gender differences in relationships among perceived attractiveness, life satisfaction, and health in adults as a function of body mass index and perceived weight*. *Psychol. Men Mascul.* 2001; 2: 108–116.
10. Teachman B.A., Brownell K.D.: *Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune?* *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2001; 25: 1525–1532.
11. Głębocka A., Kulbat J.: *Czym jest wizerunek ciała*. W: Głębocka A., Kulbat J. (red.). *Wizerunek ciała Portret Polek*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005.
12. Reboussin B.A., Rejeski W.J., Martin K.A. i wsp.: *Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle- and older aged adults: the activity counselling trial (ACT)*. *Psychol. Health* 2000; 15: 217–234.
13. Kenrick D., Neuberg S., Cialdini R.: *Psychologia społeczna*. GWP, Gdańsk 2002.
14. Bocheńska D.: *Zwierciadła etniczne: Z badań nad rolą metastereotypów w spostrzeganiu grup narodowych* W: Jakubowska U., Skarżyńska K. (red.). *Demokracja w Polsce. Doświadczenie zmian*. SWPS Academica, Warszawa 2005; 279–289.
15. Ostrowska A., Bocheńska D.: *Ethnic stereotypes among Polish and German Silesians*. W: Grad H., Blanco A., Georgas J. (red.). *Key issues in cross-cultural psychology*. Swets & Zeitlinger B.V., Lisse 1996; 102–114.
16. Czyżewska K.: *Patofizjologiczne podstawy wybranych chorób. Otyłość*. Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2000.
17. Bessenoff G.R., Sherman J.W.: *Automatic and controlled components of prejudice toward fat people: Evaluation versus stereotype activation*. *Social Cognition* 2000; 18: 329–353.
18. Rasheed P.: *Perception of body weight and self-reported eating and exercise behavior among obese and non-obese women in Saudi Arabia*. *Public Health* 1998; 112: 409–414.
19. Klein W.M.: *Objective standards are not enough: Affective, Self-Evaluative, and Behavioural Responses to Social Comparison Information*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1997; 72: 763–774.
20. Wojciszke B. *Skale regulacji nastroju*. W: Marszał-Wiśniewska M., Klonowicz T., Fajkowska-Stanik M. (red.). *Psychologia różnic indywidualnych*. Wybrane zagadnienia. GWP, Gdańsk 2003.