

Beata Ziółkowska

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego Bydgoszcz

Związek obrazu ciała i poczucia jakości życia u niewidzących młodych kobiet

Standardy estetyczne dotyczące wyglądu, lansowane głównie przez media, oddziałują na obraz ciała kobiet. Subiektywna ocena ciała staje się zaś istotnym wymiarem samooceny i wyznacznikiem jakości życia. Młode niewidzące kobiety nie formują obrazu własnego ciała w oparciu o informacje wzrokowe. Interesujące jest zatem, jaki jest obraz ich ciała i jakie ma znaczenie dla jakości życia. Celem badań było sprawdzenie związku pomiędzy obrazem ciała a poczuciem jakości życia u niewidomych młodych kobiet. Zastosowano: *Kwestionariusz Wizerunku Ciała KWCO* oraz *WHOQOL – BREF* w wersji skróconej. Grupę właściwą stanowiło 30 kobiet niewidzących, a kontrolną 50 kobiet widzących. U kobiet niewidomych występuje związek między obrazem ciała a jakością życia. Nie wykazano istotnych różnic w postrzeganiu swojego ciała przez kobiety niewidome i widzące. Jakość życia w sferach psychologicznej i socjalnej kobiet niewidomych ma związek z krytyką otoczenia – im silniejsza krytyka tym gorsza ocena jakości życia. Częściowo potwierdzono związek między BMI badanych kobiet a obrazem ciała. U kobiet widzących i niewidomych nadwaga lub otyłość mają istotny związek z negatywną oceną własnego ciała. Założenia dotyczące obrazu ciała oraz jego związku z jakością życia powinny zostać poddane dalszym analizom, aby zweryfikować ich słuszność.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, kobiety, wczesna dorosłość, obraz ciała, jakość życia

The relationship between body image and the sense of quality of life in blind young women

Introduction: Aesthetic standards of appearance affect the body image of women. The subjective assessment of the body becomes an important dimension of self-esteem and a determinant of the quality of life. "Young blind women do not form their own body image based on visual information". It is therefore interesting what the image of their body is and what it means for the quality of life. Purpose and method: The aim of the research was to check the relationship between body image and the sense of quality of life in blind young women. The following was used: KWCO Body Image Questionnaire and WHOQOL – BREF in the shortened version. The proper group consisted of 30 blind women, and the control group consisted of 50 sighted women. Results: In blind women, there is a relationship between body image and quality of life. There were no differences in the perception of their body by blind and sighted women. The quality of life in the psychological and social spheres of blind women is related to the criticism of the environment – the stronger the criticism, the worse the assessment of the quality of life. The relationship between the BMI of the studied women and the body image was partially confirmed. In sighted and blind

women, overweight or obesity is associated with a negative assessment of their own body. Conclusions: The assumptions about the body image and its relationship to quality of life should be further analyzed to verify their validity.

Keywords: disability, women, early adulthood, body image, quality of life

Wprowadzenie

W obecnej rzeczywistości społeczno-kulturowej, szczególnie kobiety podlegają naciskom związanym z realizowaniem standardów estetycznych, a internalizując wymagania dotyczące atrakcyjności fizycznej poddają własne ciało surowej ocenie, a także dyscyplinie. Z uwagi na znaczenie wizerunku, jaki nadają mu przede wszystkim media i ich użytkownicy, rzesze młodych osób żywią przekonanie, że dbałość o fizyczność zapewni im życiowy sukces, szczęście i dobrobyt.

Równocześnie koncentrowanie się na cielesności w stadium wczesnej dorosłości wydaje się normatywne. Wiele zadań rozwojowych i ról społecznych tego okresu ściśle wiąże się bowiem z ludzką *physis*, zaś subiektywna ocena atrakcyjności ciała staje się istotnym wymiarem samooceny, determinantą poczucia własnej wartości czy wyznacznikiem jakości życia. Tymczasem „zaangażowanie w wygląd (będący głównym kryterium samooceny) prowadzi do selektywnej (wybiórczej) uwagi dotyczącej informacji związanych z obrazem ciała” [Brytek-Matera 2008: 16]. Stąd poznawcza reprezentacja ciała w ludzkim umyśle bywa często nieadekwatna, co staje się czynnikiem ryzyka dla podejmowania niekonstruktywnych zachowań (np. restrykcyjnych diet) w celu kontroli wyglądu.

Jana Kocourkova z zespołem [2011] analizując przypadek niewidomej pacjentki wnioskuje, że pomimo niepełnosprawności w zakresie wzroku koncentracja na fizyczności i niezadowolenie z ciała mogą być tak znaczne, że stają się czynnikiem psychopatologicznym. Mimo iż szczególne znaczenie w kształtowaniu obrazu ciała przypisuje się kulturze wizualnej, to upośledzenie sensoryczne nie chroni przed brakiem satysfakcji z własnego wizerunku. Obraz ciała jest konstruktem mentalnym, na którego formowanie mają bowiem wpływ także inne niż wzrok zmysły [Kocourkova i in. 2011]. Inni autorzy uważają wręcz, że rozwój obrazu ciała nie opiera się wyłącznie na doświadczeniach sensorycznych [Kaplan-Myrth 2000].

Przyjrzyjmy się kluczowym konstruktom teoretycznym, które legły u podstaw projektu badań własnych.

Obraz ciała

W latach 30. Paul Schilder [za: Wiśniewska 2014] wprowadził termin „obraz ciała”. Pojęcie to zdefiniował jako „obraz naszego ciała, który tworzymy we własnym umyśle, to znaczy sposób, w jaki nasze ciało nam się przedstawia” [za: Grogan 2008: 3]. Termin ten doczekał się wielu interpretacji, a kontynuatorzy myśli P. Schildera wprowadzili szereg pojęć pokrewnych (m.in. schemat ciała, wizerunek ciała, atrakcyjność ciała). Współcześnie, w rozumieniu Katarzyny Schier [2009: 9], „obraz ciała to złożony proces doświadczania siebie w sposób cielesny, zjawisko na pograniczu świata wewnętrznego danej osoby i jej relacji z innymi ludźmi”.

Philip Myers i Frank Biocca [1992] przyjęli, że ludzie uwewnętrzniają społeczny ideał wyglądu ciała, przy czym wraz ze zmianą wzorców estetycznych rewidują ocenę swego wizerunku. Zasadności tej tezy dowiodły Jane Odgen i Kate Munday [1996] przeprowadzając eksperyment, w którym badani deklarowali, że czują się szczuplejsi po obejrzeniu fotografii osób z nadwagą, z kolei po ekspozycji zdjęć szczupłych modeli – grubszy. Tendencję do przeszacowywania rozmiarów i masy własnego ciała zaobserwowano przede wszystkim u kobiet, co pozostaje w zgodzie z wynikami szeregu badań [Wardle, Foley 1989; Rucker, Cash 1992].

Analiza źródeł literaturowych wskazuje, iż istnieje niewiele doniesień na temat postrzegania swojego ciała przez osoby niewidome; dodatkowo, ich wyniki pozostają w sprzeczności. Dla przykładu: na podstawie jakościowej analizy wywiadów z 13 niewidomymi kobietami i nastolatkami z Anglii [Kaplan-Myrth 2000] obalono stojące u podstaw badań założenie, że osoby niewidome są w zasadzie bardzo zainteresowane swoim wyglądem (są skrajnie samoświadome). Badania Eleni-Mariny Ashikali i Helgi Dittmar [2010] dowodzą, że kobiety z dysfunkcją wzroku wykazują znacznie niższy poziom niezadowolenia z ciała, przywiązując mniejszą wagę do swojego wyglądu, a wizerunek nie wpływa na ich poczucie własnej wartości. Carolin Gebauer z zespołem [2019] wykazała, że kobiety niewidome czują się dużo bardziej atrakcyjne, niż kobiety widzące. Martin Pinguard i Jens Pfeiffer [2012] porównywali adolescentów z dysfunkcją wzroku i bez niej. Autorzy dowiedli, że młodzież niewidoma – szczególnie zaś płci żeńskiej – jest ogólnie mniej zadowolona ze swojego ciała. Krzysztof Grec [2018] badał niewidome od urodzenia dorosłe osoby. Autor dowiódł empirycznie, że nie występują żadne istotne statystycznie różnice między osobami niewidomymi a widzącymi pod względem negatywnych emocji dotyczących ciała. Wykazał natomiast, że osoby niewidome częściej interpretują komunikaty z otoczenia jako krytykę, bardziej niż osoby widzące angażują się w pielęgnację i upiększanie ciała, co jednak nie wpływa na poprawę subiektywnego postrzegania własnej atrakcyjności.

Jakość życia

Choć pojęcie „jakość życia” definiowano już w starożytności, to na lata 60. XX wieku przypada rozkwit zainteresowania tym konstruktem, utożsamianym początkowo z dobrobytem [Daszykowska 2010]. Obecnie jakość życia (opisywana też jako dobrostan, szczęście, czy zadowolenie z życia [Derbis 2007; Rożnowska 2009]), rozważa się w kontekście egzystencjalnego położenia jednostki, w którym najważniejsze są jej subiektywne doświadczenia dotyczące gratyfikacji potrzeb i realizacji pragnień w zgodzie z prywatną hierarchią wartości [Tatala 2003]. Według Małgorzaty Bilewicz [2016: 70], „jakość życia to kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań”.

W kontekście badań własnych szczególnie istotna wydaje się jakość życia osób z niepełnosprawnością. R.L. Schalock ze współpracownikami [Zabłocki, Woźniak 2013] przedstawił propozycję koncepcji, wskazując, że jakość życia osób niepełnosprawnych kształtują: stosunki interpersonalne, stan fizyczny, emocjonalny oraz materialny, autonomia, prawa jednostki, integracja społeczna a także rozwój osobisty. Atutem tego ujęcia jest wielowymiarowość i dynamizm. Idea koncepcji zasadza się bowiem na relacjach jednostki z szeroko rozumianym otoczeniem (w tym z instytucjami oferującymi usługi osobom niepełnosprawnym), które przecież nie pozostają statyczne i niezmiennie.

Małgorzata Bilewicz [2006] porównała poczucie jakości życia młodzieży niedowidzącej i widzącej. Zauważyła, że zdecydowana większość osób z obu grup jest średnio zadowolona z życia, przy czym młodzież z niepełnosprawnością w zakresie wzroku wykazuje nieco niższy poziom ogólnego zadowolenia i satysfakcji z życia od swoich widzących rówieśników. Gorka Vuletić z zespołem [2016] udowodniła z kolei, że osoby słabowidzące cechuje wyższa jakość życia niż niewidome. W badaniu tym udokumentowano jednak, że wrodzona ślepotą wykazuje związek z wyższą jakością życia niż nabyta utrata wzroku.

Stanisława Steuden [2002] porównywała z kolei osoby z jaskrą przed i po podjęciu leczenia. Okazało się, że ogólne poczucie jakości życia badanych osób utrzymywało się na podobnym, umiarkowanym poziomie przed leczeniem i po jego wdrożeniu. „Brak wyraźnego trendu zmian, odzwierciedlającego poprawę wymiarów psychologicznych odpowiednio do poprawy ostrości wzroku, może sugerować, że u wielu chorych subiektywna ocena choroby i jakości życia w chorobie nie zawsze jest zgodna z jej oceną obiektywną” [Steuden, 2002: 123]. Tymczasem Jacques Duncan ze współpracownikami [2017] badał pacjentów poddanych zabiegowi wszczepienia protezy siatkówki. Okazało się, że pacjenci, których wzrok negatywnie wpłynął na jakość życia (w tym: na kontuzje, radzenie sobie z wyzwaniem życiowymi i wypełnianie swoich ról życiowych) zgłaszali znaczną poprawę jakości życia po wszczepieniu protezy siatkówki, a psychospołeczne

korzyści z tego zabiegu nie uległy pogorszeniu w żadnym momencie podczas 36-miesięcznej obserwacji.

Maria Oleś [2002] weryfikowała jakość życia dzieci z chorobą zezową. Wyniki analiz dowiodły, że choroba ta nie prowadzi u dzieci do obniżenia jakości życia i nie powoduje ograniczenia samodzielności. Zastanawiające jest jednak, że najniższy średni wynik odnotowano w skali „Przynależność do grupy/Integracja”, co może świadczyć o niewystarczającej satysfakcji badanych dzieci z relacji społecznych.

Cel i metoda badań

Celem badań¹ było sprawdzenie związku między obrazem ciała a jakością życia niewidomych młodych kobiet w porównaniu do kobiet widzących. Do pomiaru obrazu ciała, w tym jego aspektów poznawczych, behawioralnych i emocjonalnych, wykorzystano *Kwestionariusz Wizerunku Ciała* (KWCO) Alicji Głębockiej [2009]. Kwestionariusz składa się z 40 twierdzeń, a zadaniem osoby badanej jest odniesienie się do każdego z nich poprzez wybór jednej spośród pięciu odpowiedzi (od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”). W narzędziu wyodrębniono cztery podskale: 1) „poznanie – emocje” (PE), 2) „stereotyp ładny – brzydki” (ST), 3) „krytyka otoczenia” (KO) oraz 4) „zachowanie” (ZA) [Głębocka 2009].

Do oceny jakości życia posłużono się kwestionariuszem WHOQOL – BREF w wersji skróconej. Narzędzie składa się z 26 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się wskazując odpowiedź na pięciostopniowej skali. Kwestionariusz składa się z czterech domen [Gnacińska-Szymańska i in. 2012]: 1) fizycznej (DOM1), 2) psychologicznej (DOM2), 3) relacji społecznych (DOM3), 4) środowiska funkcjonowania (DOM4). Dodatkowo, za pomocą kwestionariusza uzyskujemy informacje na temat „indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia” oraz „indywidualnej ogólnej percepcji własnego zdrowia” osoby badanej [Gnacińska-Szymańska i in. 2012].

Badania trwały od stycznia do maja 2020 roku. Przeprowadzono je *online* z uwagi na pandemię *SarsCov2*. Próbę dobrano w sposób celowy, a składała się ona z dwóch podgrup: 1) niewidomych młodych kobiet w wieku 18–22 lat (grupa właściwa, n=30); 2) widzących młodych kobiet w wieku 18–22 lat (grupa kontrolna, n=50). Osoby z grupy właściwej – niewidzące – były użytkowniczkami portalu *Niewidomi i niedowidzący – Bądźmy razem!*, zaś grupę kontrolną zrekrutowano poprzez platformę *Bydgoszczanie*. Uczestniczki zostały poinformowane o celu badań, dobrowolności udziału w projekcie badawczym oraz wyraziły świadomą zgodę. Dla grupy osób niewidomych przygotowano kwestionariusz w formie audio.

¹ Rekrutację osób do badań i badania zrealizowała studentka V roku psychologii niestacjonarnej Wydziału Psychologii UKW w Bydgoszczy (aktualnie absolwentka), Pani Marta Siedlecka.

Wśród niewidomych badanych 43,3% stanowiły kobiety niewidzące od urodzenia, a 56,7% takie, u których utrata wzroku wystąpiła nagle. Średnia wieku w badanej próbie wyniosła 20,4 lata, a średnia wartość wskaźnika BMI – 22,69 (normowaga). Najniższa wartość wskaźnika masy ciała (15,96) wskazała na wychudzenie graniczące z wygłodzeniem, a najwyższa (40,57) na skrajną otyłość.

Średnia wieku w grupie kontrolnej to 20,92 lat, a średnia wartość wskaźnika BMI – 23,37 (normowaga). Najniższy wynik w zakresie BMI w tej podgrupie przyjął wartość 15,62 (niedobór masy ciała), a najwyższy – 35,16 (otyłość II stopnia).

Do statystycznego opracowania wyników wykorzystano program statystycznym PSPP oraz *Środowisko statystyczne R* w wersji 3.6.0. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.

Wyniki

Po pierwsze przystąpiono do ustalenia, czy porównywane grupy – kobiet niewidomych i widzących, różnią się z uwagi na obraz ciała (tab. 1).

Tabela 1. Spostrzeganie własnego ciała w porównywanych próbach

Zmienna	Kobieta	<i>t/U</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
PE	widząca	1,30	78	0,239	47,92	14,50			
	niewidoma				43,30	16,83			
ZA	widząca	-0,65	78	0,519	13,30	3,27			
	niewidoma				13,83	4,01			
KO	widząca	699,00		0,611			6,00	24,00	12,00
	niewidoma						7,00	21,00	13,50
ST	widząca	1,52	78	0,131	44,60	7,17			
	niewidoma				41,90	8,45			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; PE – poznanie – emocje, ZA – zachowanie, KO – krytyka otoczenia, ST – stereotyp ładny – brzydki

Źródło: opracowanie własne.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami widzącymi a niewidomymi w zakresie obrazu ciała. Kobiety niewidome charakteryzowały się nieznacznie niższym od kobiet widzących wynikiem w zakresie oceny własnego ciała (PE) oraz internalizacji stereotypów urody (ST), a także nieznacznie wyższym w zakresie aktywności fizycznej (ZA) oraz spostrzegania krytyki otoczenia (KO). Nie były to jednak różnice istotne statystycznie. Następnie analizowano jakość życia w porównywanych podgrupach (tab. 2).

Tabela 2. Jakość życia w porównywanych próbach

Zmienna	Kobieta	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
DOM1	widząca	743,00	0,944	6,00	88,00	63,00
	niewidoma			31,00	88,00	63,00
DOM2	widząca	642,50	0,281	19,00	94,00	63,00
	niewidoma			31,00	88,00	69,00
DOM3	widząca	507,50	0,015*	0,00	100,00	75,00
	niewidoma			25,00	100,00	62,50
DOM4	widząca	744,50	0,956	19,00	88,00	63,00
	niewidoma			31,00	88,00	63,00

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; DOM1 – domena fizyczna, DOM2 – domena psychologiczna, DOM3 – domena relacji społecznych, DOM4 – domena środowiska funkcjonowania

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami widzącymi a niewidomymi w sferze socjalnej (DOM3). Kobiety widzące charakteryzowały się zdecydowanie wyższą w tej sferze jakością życia niż niewidome.

W celu analizy związku pomiędzy obrazem ciała a poczuciem jakości życia u badanych młodych kobiet zastosowano cztery modele regresji liniowej (tab. 3). Sprawdzone, czy każda ze składowych postrzegania swojego ciała dobrze tłumaczy kolejne wymiary poczucia jakości życia.

Tabela 3. Związek między postrzeganiem swojego ciała a poczuciem jakości życia w porównywanych próbach – analiza wariancji

Model	SS	<i>Df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Kobieta widząca						
DOM1	regresja	3781,859	4	945,465	4,461	0,004**
	reszta	9537,361	45	211,941		
	ogółem	13319,220	49			
DOM2	regresja	8703,250	4	2175,813	16,011	< 0,001***
	reszta	6115,250	45	135,894		
	ogółem	14818,500	49			
DOM3	regresja	3939,755	4	984,939	3,111	0,024*
	reszta	14249,225	45	316,649		
	ogółem	18188,980	49			
DOM4	regresja	2497,692	4	624,423	3,918	0,008**
	reszta	7172,388	45	159,386		
	ogółem	9670,080	49			

Kobieta niewidząca						
DOM1	regresja	2482,904	4	620,726	5,202	0,003**
	reszta	2982,963	25	119,319		
	ogółem	5465,867	29			
DOM2	regresja	4166,888	4	1041,722	8,133	< 0,001***
	reszta	3202,079	25	128,083		
	ogółem	7368,967	29			
DOM3	regresja	6316,694	4	1579,173	6,844	0,001**
	reszta	5768,273	25	230,731		
	ogółem	12084,967	29			
DOM4	regresja	2787,707	4	696,927	4,775	0,005**
	reszta	3648,993	25	145,960		
	ogółem	6436,700	29			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; DOM1 – domena fizyczna, DOM2 – domena psychologiczna, DOM3 – domena relacji społecznych, DOM4 – domena środowiska funkcjonowania

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki testu F wskazują, że modele dotyczące sfery somatycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej wśród kobiet widzących i niewidomych są istotne statystycznie. Innymi słowy, we wszystkich przypadkach modele dobrze wyjaśniają zmienność poczucia jakości życia.

Następnie dokonano szczegółowej analizy współczynnika regresji (tab. 4), aby sprawdzić związki pomiędzy wymiarami spostrzegania swojego ciała a domenami jakości życia. W grupie kobiet niewidomych wykazano istotny związek aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia (ZA) z jakością życia w sferze somatycznej. Wraz ze wzrostem nasilenia zdrowego trybu życia odnotowano u badanych wzrost poczucia jakości życia w sferze somatycznej. W grupie tej potwierdzono także istotny związek aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia (ZA) z jakością życia w sferze somatycznej.

Z kolei u kobiet widzących wykazano istotny związek opinii na temat własnego wyglądu (PE) z jakością życia w sferze psychologicznej. Wraz ze wzrostem nasilenia negatywnych opinii innych osób na temat ciała następuje spadek poczucia jakości życia w sferze psychologicznej. W grupie tej odnotowano również związek aktywności fizycznej i zdrowego trybu życia (ZA) z jakością życia badanych w sferach socjalnej oraz środowiskowej.

Tabela 4. Związek między spostrzeganiem swojego ciała a poczuciem jakości życia – współczynniki regresji

Model		B	SE	B	t	p
Kobieta widząca						
DOM1	(Stała)	102,272	16,052		6,371	< 0,001***
	PE	-0,013	0,236	-0,012	-0,056	0,955
	ZA	-0,333	0,663	-0,066	-0,501	0,618
	KO	-1,625	0,618	-0,472	-2,629	0,012*
	ST	-0,295	0,353	-0,128	-0,837	0,407
DOM2	(Stała)	119,960	12,854		9,333	< 0,001***
	PE	-0,412	0,189	-0,343	-2,178	0,035*
	ZA	-0,879	0,531	-0,165	-1,654	0,105
	KO	-1,594	0,495	-0,439	-3,221	0,002**
	ST	-0,129	0,282	-0,053	-0,456	0,650
DOM3	(Stała)	138,261	19,621		7,047	< 0,00***
	PE	0,195	0,289	0,147	0,676	0,502
	ZA	-1,781	0,811	-0,303	-2,197	0,033*
	KO	-1,116	0,755	-0,278	-1,478	0,146
	ST	-0,829	0,431	-0,309	-1,925	0,061
DOM4	(Stała)	100,567	13,921		7,224	< 0,001***
	PE	0,208	0,205	0,215	1,018	0,314
	ZA	-1,235	0,575	-0,288	-2,147	0,037*
	KO	-1,619	0,536	-0,552	-3,022	0,004**
	ST	-0,229	0,306	-0,117	-0,749	0,457
Kobieta niewidząca						
DOM1	(Stała)	90,439	11,274		8,022	< 0,001***
	PE	-0,085	0,169	-0,104	-0,505	0,618
	ZA	-1,407	0,568	-0,411	-2,477	0,020*
	KO	-1,286	0,722	-0,388	-1,782	0,087
	ST	0,345	0,285	0,212	1,211	0,237
DOM2	(Stała)	112,684	11,680		9,647	< 0,001***
	PE	-0,142	0,175	-0,150	-0,812	0,424
	ZA	-0,885	0,588	-0,223	-1,505	0,145
	KO	-1,887	0,748	-0,491	-2,524	0,018 *
	ST	-0,080	0,295	-0,042	-0,270	0,789
DOM3	(Stała)	122,109	15,677		7,789	< 0,001***
	PE	0,017	0,235	0,014	0,071	0,944
	ZA	-1,023	0,790	-0,201	-1,295	0,207
	KO	-2,836	1,003	-0,576	-2,826	0,009**
	ST	-0,193	0,396	-0,080	-0,489	0,629

DOM4	(Stała)	96,215	12,469		7,716	< 0,001***
	PE	-0,380	0,187	-0,429	-2,036	0,053
	ZA	-0,852	0,628	-0,229	-1,357	0,187
	KO	-0,619	0,798	-0,172	-0,775	0,445
	ST	0,086	0,315	0,049	0,274	0,786

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; DOM1 – domena fizyczna, DOM2 – domena psychologiczna, DOM3 – domena relacji społecznych, DOM4 – domena środowiska funkcjonowania; PE – poznanie – emocje, ZA – zachowanie, KO – krytyka otoczenia, ST – stereotyp ładny – brzydki

Źródło: opracowanie własne.

Wraz ze wzrostem nasilenia zdrowego trybu życia następuje wzrost poczucia jakości życia w sferach socjalnej oraz środowiskowej. Podobnie istotny okazał się związek spostrzeganej ze strony otoczenia krytyki na temat wyglądu (KO) z jakością życia badanych w sferach somatycznej, psychologicznej oraz środowiskowej. Wraz ze wzrostem poziomu spostrzeganej krytyki spada poziom jakości życia w sferach somatycznej, psychologicznej oraz środowiskowej. W następnym kroku analiz zastosowano model dopasowania (tab. 5).

Tabela 5. Związek między składowymi postrzegania swojego ciała a składowymi poczucia jakości życia – model dopasowania

Kobieta	Model	R^2	Skorygowane R^2	S_e
widząca	DOM1	0,284	0,220	14,558
	DOM2	0,587	0,551	11,657
	DOM3	0,217	0,147	17,795
	DOM4	0,258	0,192	12,625
niewidoma	DOM1	0,454	0,367	10,923
	DOM2	0,565	0,496	11,317
	DOM3	0,523	0,446	15,190
	DOM4	0,433	0,342	12,081

DOM1 – domena fizyczna, DOM2 – domena psychologiczna, DOM3 – domena relacji społecznych, DOM4 – domena środowiska funkcjonowania

Źródło: opracowanie własne.

Skorygowane współczynniki dopasowania modeli dotyczących poszczególnych domen jakości życia dowodzą, że związek spostrzegania swojego ciała z jakością życia wśród kobiet niewidomych był wyraźnie mniejszy. Przestrzeganie zdrowego trybu życia było dobrym predykatorem poczucia jakości życia w sferze somatycznej, a spostrzeganie krytyki ze strony otoczenia było dobrym predykatorem poczucia jakości życia w sferach psychologicznej oraz socjalnej.

Wśród kobiet widzących opinia na temat własnego wyglądu była dobrym predykatorem poczucia jakości życia w sferze psychologicznej; przestrzeganie zdrowego trybu życia było dobrym predykatorem poczucia jakości życia w sferach socjalnej oraz środowiskowej; spostrzeganie krytyki ze strony otoczenia było zaś dobrym predykatorem poczucia jakości życia aż w trzech sferach – somatycznej, psychologicznej oraz środowiskowej.

Istotnym elementem obrazu ciała jest jego masa. Z tego względu sprawdzono związek między wartością wskaźnika BMI badanych kobiet a obrazem własnego ciała (tab. 6).

Tabela 6. Związek indeksu masy ciała BMI ze spostrzeganie własnego ciała

Zmienna	Przedział BMI	t/U	Df	P	M	SD	Min	Maks	Me
Kobieta widząca									
PE	niedowaga/ prawidłowe	-3,40	47	0,001**	43,44	14,20	21,00	73,00	47,00
	nadwaga/ otyłość				57,33	10,38	36,00	72,00	60,00
ZA	niedowaga/ prawidłowe	-0,69	47	0,495	13,03	3,49	6,00	22,00	12,00
	nadwaga/ otyłość				13,73	2,79	9,00	18,00	13,00
KO	niedowaga/ prawidłowe	195,50		0,195	12,88	4,97	6,00	24,00	11,50
	nadwaga/ otyłość				14,53	4,47	7,00	22,00	16,00
ST	niedowaga/ prawidłowe	-0,34	47	0,739	44,44	6,96	31,00	59,00	45,00
	nadwaga/ otyłość				45,20	8,03	27,00	60,00	43,00
Kobieta niewidząca									
PE	niedowaga/ prawidłowe	-2,37	28	0,025*	40,28	15,58	19,00	69,00	37,00
	nadwaga/ otyłość				58,40	16,01	36,00	74,00	61,00
ZA	niedowaga/ prawidłowe	-0,34	28	0,736	13,72	4,19	6,00	23,00	14,00
	nadwaga/ otyłość				14,40	3,29	11,00	18,00	15,00
KO	niedowaga/ prawidłowe	-1,89	28	0,069	13,12	3,96	7,00	19,00	13,00
	nadwaga/ otyłość				16,80	4,02	12,00	21,00	19,00

ST	niedowaga/ prawidłowe	0,24	4	0,823	42,16	7,19	23,00	55,00	42,00
	nadwaga/ otyłość				40,60	14,33	23,00	54,00	45,00

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; PE – poznanie – emocje, ZA – zachowanie, KO – krytyka otoczenia, ST – stereotyp ładny – brzydki

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano istotne różnice w ocenie własnego ciała (PE) pomiędzy kobietami z niedowagą bądź prawidłową masą ciała a kobietami z nadwagą bądź otyłością zarówno wśród widzących, jak i niewidomych kobiet. Przeprowadzone analizy pozwalają wnioskować, że wszystkie kobiety z nadwagą bądź otyłością zdecydowanie bardziej negatywnie oceniały własne ciało (wyższy wynik w skali PE) niż kobiety z niedowagą bądź prawidłowym wskaźnikiem BMI.

Dyskusja wyników w świetle literatury przedmiotu

Badania własne potwierdziły, że u kobiet niewidomych występuje istotny związek między obrazem ciała a jakością życia. Jednocześnie, analizując literaturę przedmiotu, nie znaleziono badań weryfikujących związek pomiędzy tytułowymi zmiennymi w grupie osób niewidzących.

Wykazano natomiast brak różnic w postrzeganiu swojego ciała przez kobiety niewidome w porównaniu do kobiet widzących. Podobny wynik uzyskała K. Grec [2018]. Tymczasem M. Pinguard i J. Pfeiffer [2012] dowiedli, że niewidome adolescentki są na ogół mniej zadowolone ze swojego ciała, niż ich widzące rówieśniczki, co może przybrać zdaniem Jany Kocourkovej [2011] na tyle silną postać, że skutkuje psychopatologią. Z kolei z wyników badań E. Ashikali oraz H. Dittmar [2010], a także C. Gebauer i współpracowników [2019] wynika, że kobiety niewidome czują się dużo atrakcyjniejsze, niż kobiety widzące, a ponadto mniej skłonne do podejmowania diety w celu kontroli własnego ciała.

Badanie własne oraz K. Greca [2018] prowadzone były na próbie polskich respondentów, w porównaniu do pozostałych, które realizowano na terenie Niemiec [Pinguard, Pfeiffer 2012], Wielkiej Brytanii [Ashikali, Dittmar 2010], Austrii [Gebauer i in. 2019] i Czech [Kocurkova 2011]. Być może o zróżnicowaniu wyników zdecydowały nie tylko metodologia badań (jakościowe i ilościowe), dobór próby (osoby zdrowe i z zaburzeniami odżywiania; adolescentki i dorosłe), ale także różnice kulturowe w odniesieniu do postrzegania wizerunku ciała przez osoby niewidome.

Wyniki badań własnych dokumentują, że jakość życia w sferach psychologicznej i socjalnej kobiet niewidomych ma związek z krytyką otoczenia – im bardziej ją spostrzegano, tym gorzej oceniano jakość życia. Wniosek ten pozostaje w zgodzie z wynikami badań K. Greca [2018]. Udowodniono ponadto, że kobiety niewidome charakteryzują się niższą jakością życia w sferze relacji społecznych niż ich pełnosprawne rówieśniczki. W skład owej sfery wchodzi czynniki takie, jak: związki osobiste, aktywność seksualna, czy wsparcie społeczne. Odnotowane różnice w tej dziedzinie potwierdzają wyniki innych badań [por. Oleś 2002; Niemiec 2015; Grec 2018; Gebauer i in. 2019]. Dla niewidomych kobiet rozpoczęcie kontaktów seksualnych i wchodzenie w intymne relacje może być znacznie trudniejsze, prawdopodobnie tak, jak i dla osób z innymi formami niepełnosprawności, a aktywność seksualna w ich przypadku może być dużo mniej satysfakcjonująca w porównaniu do kobiet pełnosprawnych [Gebauer i in. 2019]. Społeczne postrzeganie istniejącej niepełnosprawności fizycznej i/lub swoistej odmienności może doprowadzić do osłabienia kobiecej tożsamości, a zatem do zubożenia doświadczeń seksualnych.

W badaniach własnych częściowo potwierdzono także występowanie związku między wskaźnikiem BMI badanych kobiet a obrazem własnego ciała w skali „poznanie – emocje”, badającej opinię respondentów na temat swojego wizerunku oraz mierzącej komponent afektywny (uczucia żywione względem swojego ciała). Ciekawy wydaje się fakt, że obie grupy – zarówno kobiet widzących, jak i niewidomych otrzymały wyniki świadczące o tym, że nadwaga lub otyłość mają istotny związek z negatywną oceną własnego ciała. Kobiety z niedowagą oraz prawidłową wartością wskaźnika BMI oceniały swoje ciało pozytywnie. Wyniki otrzymane w badaniu własnym są częściowo zbieżne z rezultatami badań prowadzonych przez M. Oleś [2002], M. Niemiec [2015], K. Greca [2018] oraz C. Gebauer i współpracowników [2019].

Wydaje się jednak, że założenia dotyczące obrazu ciała oraz jego związku z jakością życia powinny zostać poddane szczegółowym analizom, aby zweryfikować ich słuszność. Konieczność tę potęguje fakt, że wyniki badań dotyczące obrazu ciała kobiet niewidzących są sprzeczne, a jednocześnie obserwuje się niepokojące zachowania wobec ciała (w tym np. głodówki). Zatem zarówno wyjaśnienie mechanizmu formowania obrazu ciała u osób z niewidzących (zwłaszcza od urodzenia), jak i ustalenie znaczenia obrazu ciała dla kształtowania samooceny, tożsamości i jakości życia mogą mieć kluczowe znaczenie w profilaktyce nieprawidłowych zachowań wobec własnego ciała (w tym: zaburzeń odżywiania, samookaleczeń, uzależnień).

Bibliografia

- Ashikali E., Dittmar H. (2010), *Body image and restrained eating in blind and sighted women: a preliminary study*, „Body Image”, 7(2): 172–175.
- Bilewicz M. (2016), *Sytuacja życiowa i funkcjonowanie w rolach społecznych młodzieży z niepełnosprawnością wzroku*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Brytek-Matera A. (2008), *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*, Difin, Warszawa.
- Daszykowska J. (2010), *Jakość życia dziecka w perspektywie pedagogicznej [w:] Jakość życia i jakość szkoły. Wprowadzenie w zagadnienia jakości i efektywności pracy szkoły*, Nowosad I., Mortag I., Ondráková J. (red.), Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra.
- Derbis R. (2007), *Poczucie jakości życia a zjawiska afektywne [w:] Społeczne konteksty jakości życia*, S. Kowalik (red.), Wydawnictwo Uczelniane WSG, Bydgoszcz.
- Duncan J.L., Richards T.P., Arditi A., da Cruz L., Dagnelie G., Dorn J.D., Ho A.C., Olmos de Koo L.C., Barale P.O., Stanga P.E., Thumann G., Wang Y., Greenberg R.J. (2017), *Improvements in vision-related quality of life in blind patients implanted with the Argus II Epiretinal Prosthesis*, „Clinical and Experimental Optometry”, 100(2): 144–150.
- Gebauer C., Guenther V., Stuerz K. (2019), *Differences in the Body Images of Blind and Sighted Women*, *European Journal of Health Psychology*, 26(2): 50–55.
- Głębocka A. (2009), *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Gnacińska-Szymańska M., Dardzińska J., Majkowiec M., Małgorzewicz S. (2012), *Ocena jakości życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL-BREF*, *Endokrynologia*, „Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, 8(4): 136–142.
- Grec K. (2018), *Self-Image and Body Image Characteristics in Blind People: an Empirical Study [w:] Resilience and health: challenges for an individual, family and community*, T. Ostrowski, B. Piasecka, K. Gerc (red.), Jagiellonian University Press, Kraków.
- Grogan S. (2008), *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*, Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kaplan-Myrth N. (2000), *Alice without a looking glass: Blind people and body image*, „Anthropology and Medicine”, 7(3): 277–299.
- Kocourkova J., Soltysova M., Mohaplova M., Hrdlicka M. (2011), *Anorexia nervosa in a blind girl*, „Neuro Endocrinology Letters”, 32(6): 748–750.
- Myers Ph., Biocca F. (1992), *The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women*, „Journal of Communication”, 42(3): 108–133.
- Niemiec M. (2015), *Funkcjonowanie społeczne młodzieży z niepełnosprawnością wzroku*, Uniwersytet Śląski, Katowice (niepublikowana rozprawa doktorska).
- Odgen J., Munday K. (1996), *The Effect of the Media on Body Satisfaction: the Role of Gender and Size*, „European Eating Disorders Review”, 4(3): 171–182.
- Oleś M. (2002), *Psychologiczna problematyka choroby zezowej u dzieci i dorosłych [w:] Jak świata mniej widzę: Zaburzenia widzenia a jakość życia*, P. Oleś, S. Steuden, J. Toczółowski (red.), Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Pinquart M., Pfeiffer J. (2012), *Body image in adolescents with and without visual impairment*, „British Journal of Visual Impairment”, 30 (3):188–131.

- Rożnowska A. (2009), *Podmiotowe obszary jakości życia osób z różnych grup społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej, Słupsk.
- Rucker C.E., Cash T.F. (1992), *Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among African-American and White college women*, „International Journal of Eating Disorders”, 12: 291–300.
- Schier K. (2009), *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*, SCHOLAR, Warszawa.
- Steuden S. (2002), *Poczucie jakości życia u pacjentów chorych na jaskrę, Jak świata mniej widzę [w:] Zaburzenia widzenia a jakość życia*, P. Oleś, S. Steuden, J. Toczolowski (red), Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin.
- Tatala M. (2003), *Kryzysy rozwojowe w świetle problematyki jakości życia*, „Psychologia Rozwojowa”, 8(4): 81–89.
- Vuletić G., Šarlija T., Benjak T. (2016), *Quality of life in blind and partially sighted people*, „Journal of Applied Health Sciences”, 2(2): 101–112.
- Wardle J., Foley E. (1989), *Body image: Stability and sensitivity of body satisfaction and body size estimation*, „International Journal of Eating Disorders”, 8(1): 55–62.
- Wiśniewska L. (2014), *Kobiece ciało – kobieca psychika. Ja-cielesne a psychospołeczne funkcjonowanie młodych kobiet*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Zabłocki K., Woźniak W. (2013), *Jakość życia osób z niepełnosprawnością*, „Łódzkie Studia Teologiczne”, 22: 223–228.