

Uniwersytet Gdański  
Wydział Nauk Społecznych  
Instytut Psychologii



**Natalia Mazurkiewicz**

Poczucie własnej atrakcyjności  
i przystosowanie do przewlekłej choroby stygmatyzującej  
u młodych kobiet

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem  
dr hab. Małgorzaty Lipowskiej, prof. UG

Gdańsk 2021

## SPIS TREŚCI

Spis publikacji naukowych stanowiących rozprawę doktorską .....	3
Streszczenie .....	4
Abstract .....	6
Skrócony opis rozprawy doktorskiej przedstawionej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych	
Wprowadzenie	
Stygmat społeczny i jego konsekwencje dla jednostki .....	8
Źródła i typy stygmatyzacji.....	9
Determinanty kształtowania się obrazu własnego ciała.....	10
Atrakcyjność fizyczna w przewlekłej, stygmatyzującej chorobie.....	11
Cel badań własnych.....	12
Procedura badań	
Osoby badane .....	14
Narzędzia badawcze wykorzystywane na wszystkich etapach badań.....	14
Wyniki badań własnych	
Jakość życia w chorobie a poczucie stygmatyzacji .....	16
Rola poczucia humoru w radzeniu sobie z przewlekłą chorobą stygmatyzującą wśród kobiet z otyłością.....	20
Postawy wobec wyglądu i piętno związane z ciałem wśród kobiet z otyłością lub łuszczycą .....	24
Ogólna dyskusja wyników.....	28
Bibliografia.....	31
Oświadczenia współautorów publikacji wchodzących w skład rozprawy doktorskiej ..	38
Wydruki publikacji wchodzących w skład rozprawy doktorskiej.....	41

## SPIS PUBLIKACJI NAUKOWYCH STANOWIĄCYCH ROZPRAWĘ DOKTORSKĄ

Lipowska, M., Bidzan, M., Mazurkiewicz, N., & Lipowski, M. (2015). Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 303-323.

Punktacja ministerialna 12 pkt

Mazurkiewicz, N., Lipowski, M., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). “Better If They Laugh with Me than at Me”: The Role of Humor in Coping with Obesity-Related Stigma in Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7974. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157974>

Impact Factor 3.392; Punktacja ministerialna 140 pkt

Mazurkiewicz, N., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). Attitudes Towards Appearance and Body-Related Stigma Among Young Women With Obesity and Psoriasis. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1995). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.788439>

Impact Factor 4.157; Punktacja ministerialna 100 pkt

## STRESZCZENIE

Prezentowany zbiór artykułów tworzących rozprawę doktorską koncentruje się na próbie poznania roli atrakcyjności fizycznej oraz mechanizmów przystosowania do przewlekłej choroby stygmatyzującej, która bezpośrednio na tę fizyczność wpływa. Głównym celem badań własnych było określenie, czy kobiety o różnych, obiektywnych stygmatach związanych z cielesnością różnią się pod względem subiektywnego poczucia stygmatyzacji oraz czy, i w jaki sposób zasoby osobowe kobiet z widoczną chorobą przewlekłą wpływają na ich poczucie stygmatyzacji.

Do badań zaprosiliśmy kobiety w okresie wczesnej dorosłości (18 – 30 lat), z uwagi na to, że jest to okres rozwojowy, w którym obraz ciała jest bardzo istotny, a jego ocena krytyczna. Uczestniczki zakwalifikowaliśmy do jednej z dwóch grup klinicznych z uwagi na przewlekłą chorobę stygmatyzującą: otyłość lub łuszczycę, oraz do grupy kontrolnej (kobiety w normowadze i bez chorób skóry). Ze względu na temat rozprawy, do analiz we wszystkich prezentowanych artykułach wykorzystaliśmy: *Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji (PSQ)*, elementy *ankiety socjodemograficznej* oraz dane uzyskane za pomocą analizatora składu ciała *Tanita BC-601*.

*Artykuł 1* sporządziliśmy na podstawie badań pilotażowych, w których łącznie wzięły udział 102 kobiety (z otyłością  $n=30$ , z chorobami skóry  $n=31$ , w grupie kontrolnej  $n=42$ ). Celem tej pracy była weryfikacja założenia, że rodzaj stygmatu różnicuje poziom odczuwania stygmatyzacji oraz ocenę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia młodych kobiet. Dlatego w badaniu wykorzystaliśmy również *Kwestionariusz Oceny Jakości Życia (SF-36v.II)*. Uzyskane wyniki częściowo potwierdziły wstępne założenie. Kolejnym etapem było zweryfikowanie umiejętności radzenia sobie z tym stygmatem. Dlatego celem *Artykułu 2* było zweryfikowanie roli humoru w procesie radzenia sobie ze stresem wśród młodych kobiet, stygmatyzowanych ze względu na otyłość. Poza *PSQ* i analizatorem składu ciała użyliśmy *Mini-Cope* oraz *Kwestionariusza Stylów Humorów*. W badaniu udział wzięło 127 kobiet (z otyłością  $n=54$  oraz w normie wagowej  $n=73$ ). Następnym krokiem było zweryfikowanie roli subiektywnej oceny obrazu ciała dla relacji między obiektywnymi wskaźnikami wyglądu (kształt i masa ciała vs choroba skóry), a poczuciem stygmatyzacji wśród młodych kobiet (*Artykuł 3*). W tym celu poza *PSQ* i analizatorem składu ciała wykorzystaliśmy *Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała*. Obliczyliśmy również obiektywne parametry dotyczące sylwetki (*WHR* i *ICO*). W badaniu wzięło udział 188 kobiet w okresie

wczesnej dorosłości, w tym kobiety z otyłością ( $n=54$ ), kobiety z łuszczycą ( $n=57$ ) i grupa kontrolna ( $n=77$ ).

Jak wykazały powyższe badania, kobiety o różnych obiektywnych stygmatach związanych z cielesnością różnią się pod względem subiektywnego poczucia stygmatyzacji. We wszystkich prezentowanych badaniach kobiety z otyłością silniej odczuwały poczucie stygmatyzacji niż pozostałe uczestniczki badań (*Artykuły 1-3*). Wyniki dla kobiet z otyłością były niższe w ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem, najniżej oceniały swoje funkcjonowanie fizyczne, częściej doświadczały zachowań wrogich (*Artykuł 1*). Wyniki prezentowane w *Artykule 2* wskazały, że jedynie u kobiet otyłych poczucie stygmatyzacji oraz jego elementy składowe pośredniczą w relacji między stylem humoru, a sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Badane te częściej wykorzystywały poczucie humoru jako strategię radzenia sobie z trudnościami. Jednocześnie, odczuwając wrogie zachowanie, częściej wybierały nieadaptacyjne style humoru (tj. styl samodeprecjonujący i agresywny). Również w ocenie własnej atrakcyjności i obrazu ciała, kobiety z otyłością uzyskały niższe wyniki niż pozostałe grupy (*Artykuł 3*). Co ciekawe, kobiety z chorobami skóry (*Artykuł 1*) i łuszczycą (*Artykuł 3*), a także panie z grupy kontrolnej (*Artykuł 1 – 3*), znacznie lepiej oceniały omawiane parametry. Nie zaobserwowaliśmy różnic w postrzeganiu jakości życia związanej ze zdrowiem pomiędzy kobietami z chorobami skóry a grupą kontrolną (*Artykuł 1*). Ponadto kobiety z łuszczycą najlepiej oceniały swoje zdrowie, jako element oceny ciała, co może wpływać na mniejsze poczucie stygmatyzacji w tej grupie (*Artykuł 3*).

Wszystkie badane kobiety pragnęły zredukować swoją masę ciała (*Artykuł 1 i 2*), bez względu na obiektywne wymiary i masę ciała. Wyniki zawarte w *Artykule 3* zwróciły uwagę na istotną rolę masy ciała i jej składowych na poczucie stygmatyzacji. Jednocześnie subiektywna ocena ciała i postawy wobec niego wpływają na poczucie stygmatyzacji, niezależnie od obiektywnego kształtu czy stygmatu.

Prezentowany cykl badań może zwrócić uwagę na to, jak poczucie stygmatyzacji z powodu nadmiernej masy ciała wpływa na kobiety. Wiedza ta może mieć znaczenie w praktyce lekarzy rodzinnych, psychiatrów, pedagogów i innych specjalistów wspierających zdrowie i rozwój kobiet. W pracy z kobietami z nadwagą i otyłością warto dbać o ich pozytywny obraz siebie, a w programach społecznych uwzględniać stygmat związany z masą jako konieczny do redukcji.

## ABSTRAKT

Presented series of articles included in the doctoral dissertation, focuses on an attempt to understand the role of physical attractiveness and the mechanisms of adaptation to chronic stigma disease, which directly affects that physicality. Main goal of the own research was to determine whether women with different, objective body-related stigmas differ in terms of a subjective sense of stigma and whether and how the personal resources of women with a visible chronic disease affect their sense of stigma.

We invited women in early adulthood (18 - 30 years of age) to participate in this study, due to the fact that it is a developmental period in which the body image is very important and its assessment is critical. Participants were qualified to one of two clinical groups due to chronic stigmatizing disease: obesity or psoriasis, and to the control group (women with normal weight and without skin diseases). Due to the topic of the dissertation, for the analysis in all the presented articles we used: the *Perceived Stigmatization Questionnaire* (PSQ), elements of the sociodemographic survey and data obtained with the body composition analyzer - *Tanita BC-601*.

*Article 1* was prepared on the basis of a pilot study in which 102 women (with obesity  $n = 30$ , with skin diseases  $n = 31$ , in the control group  $n = 42$ ) participated. The aim of the research was to verify an assumption that the type of a chronic disease as dependent on the patient, differentiates the sense of an experienced stigmatization and the assessment of the health-related quality of life with young women. Therefore, we also used the *Quality of Life Questionnaire* (SF-36v.II) in the study. The obtained results partially confirmed the initial assumption. The next step was to verify the ability to cope with this stigma. Therefore, the aim of *Article 2* was to verify the role of perceived stigmatization in the relationship between humor styles and coping with stress among young women suffering from stigma due to obesity. In addition to the *PSQ* and body composition analyzer, we used the *Mini-Cope* and the *Humor Styles Questionnaire*. 127 women (with overfat,  $n = 54$ , and with the healthy fat,  $n = 73$ ) participated in this study. The following step was to investigate the role of subjective assessment of one's body in the relationship between objective indices of one's appearance (body shape, body mass, presence of a skin condition) and the sense of stigma among young women (*Article 3*). For this purpose, in addition to the *PSQ* and body composition analyzer, we used *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*. Objective parameters of body shape were also calculated (*WHR* and *ICO*). Study involved 188 women in their early

adulthood, including women with obesity (n = 54), women with psoriasis (n = 57) and a control group (n = 77).

As the above studies have shown, women with different objective stigmas related to corporeality differ in terms of their subjective sense of stigma. In all the presented studies, women with obesity felt the feeling of stigmatization more strongly than other study participants (*Articles 1-3*). The results for women with obesity were lower in terms of health-related quality of life, they rated their physical functioning the lowest, and experienced hostile behavior more often (*Article 1*). The results presented in *Article 2* indicated that only in women with obesity the sense of stigma and its components mediate the relationship between the style of humor and the ways of coping with stressful situations. These subjects more often used sense of humor as a coping strategy. At the same time, when perceiving hostile behaviors toward themselves, they were more likely to choose maladaptive styles of humor (i.e., self-deprecating and aggressive styles). Also, in assessing their attractiveness and body image, women with obesity scored lower than the other groups (*Article 3*). Interestingly, women with skin diseases (*Article 1*) and psoriasis (*Article 3*), as well as women from the control group (*Articles 1-3*), rated the parameters much better. We did not observe any differences in perceptions of health-related quality of life between women with skin conditions and control group (*Article 1*). In addition, women with psoriasis rated their health the best as part of body evaluation, which may result in a lower sense of stigma in this group (*Article 3*).

All of the women in this line of research wished to reduce their body weight (*Articles 1 and 2*), regardless of objective dimensions and actual body weight. The results contained in *Article 3* highlighted a significant role of body mass and its components on the feeling of stigmatization. At the same time, a subjective assessment of the body and attitude towards it influence the feeling of stigmatization, regardless of the objective shape or stigma. The presented series of studies may draw attention to how the feeling of stigmatization affects women due to excess body weight.

The data about weight-related stigmatization and its consequences for women with obesity found in this study may have great importance for the practice of general practitioners, psychiatrists, pedagogues, and other specialists who support the health and development of women (from the earliest years). When working with stigmatized women, it is worth focusing on their resources and skills, which will increase their self-esteem and self-efficacy. Social programmes should take the necessary steps to reduce stigma related to body mass.

**SKRÓCONY OPIS OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO  
PRZEDSTAWIONEGO W FORMIE SPÓJNEGO TEMATYCZNIE ZBIORU ARTYKUŁÓW  
OPUBLIKOWANYCH W CZASOPISMACH NAUKOWYCH**

**WPROWADZENIE**

Ciało i odczuwanie go jest kluczowe dla kształtowania się osobowości, a doznania, które za jego pomocą odbieramy, są podstawą poczucia własnej tożsamości (Allport, 1998). Obraz własnego ciała, jego ocena i postawy wobec niego są istotnym elementem kształtowania się „Ja” (Cash, 2002). Porównywanie własnych kształtów z wyznaczonym modelem determinuje poziom satysfakcji z ciała, co silnie wpływa na ogólną samoocenę jednostki (Davison & McCabe, 2006). Istnieje bowiem powszechne przekonanie, że „piękny znaczy dobry” – osobom atrakcyjnym częściej przypisujemy pozytywne wewnętrzne cechy, takie jak: dobro, bycie pomocnym czy nieskazitelność (Lammers i wsp., 2016), a także szanse na sukces życiowy, jak np. lepsze zamążpójście, czy awans zawodowy (Bush i wsp., 2001; Buss, 2007). Dlatego często to, co nie pasuje do obowiązującego kanonu piękna poddane jest społecznej stygmatyzacji.

**Stygmat społeczny i jego konsekwencje dla jednostki**

Potrzeba definiowania i kategoryzowania otaczającego nas świata, czy rozdzielanie obiektów na „swoich” i „obcych”, jest naturalną potrzebą w funkcjonowaniu społecznym i poznawczym (Kudlińska, 2011; Phelan i wsp., 2008). Jednocześnie ma to znaczenie zarówno w poczuciu przynależności do grupy, rodziny, religii, czy narodowości, jak i w procesie dyskryminacji, marginalizacji, wykluczenia społecznego, czy stygmatyzacji (Major & Schmader, 2018). Goffman (1963), który wprowadził pojęcie: „*Stygmat społeczny*”, definiuje *Stygmat* jako głęboko piętnującą cechę, znamię, społeczny atrybut, który dyskredytuje osobę ją posiadającą, przez co często postrzegana jest jako odmienna, umniejszona, a nawet odczłowieczona. Piętno to bywa irracjonalne, przez co może być związane z nieświadomym nadaniem mu negatywnych uczuć, często też powiązane ze stereotypem. Posiadający piętno doświadczą wykluczenia, odrzucenia, odtrącenia, a ta ułomność staje się jego głównym atrybutem. Często również nawet po obiektywnym ustaniu przyczyny stygmatyzacji (gdy piętno zniknie), dalej może być ten status utrzymany (Czykwin, 2007; Zhang i wsp., 2020)



## **Źródła i typy stygmatyzacji**

Goffman (1963) wyróżnił trzy źródła, z powodu których jednostka może doznać stygmatyzacji: ze względu na ułomność ciała (np. wypryski na twarzy, bycie za wysokim, niskim, grubym, chudym, głuchym, jękającym się, chromym itp.), słabości woli lub wady charakteru (np. lenistwo, choroba psychiczna, nieuczciwość czy pobyt w więzieniu) oraz, plemienne piętno rasy, religii, narodowości, którego źródłem jest już sama przynależność. Autor zwrócił również uwagę, że osoba może posiadać więcej niż jeden atrybut ją piętnujący, kiedy może być stygmatyzowana na przykład, zarówno z ułomności charakteru, jak i ułomności ciała.

Stygmata może być jawny, ukryty lub przeniesiony (Goffman, 1963). O przeniesionym stygmacie mówimy wtedy, kiedy osoba zostaje napiętnowana nie ze względu na własny atrybut, lecz w związku ze stygmatem innej osoby, na przykład rodzice niepełnosprawnego dziecka (Chrostowska, 2018), członkowie rodziny osoby chorującej psychicznie (Świtaj, 2005), czy dzieci osób skazanych na pozbawienie wolności (Kacprzak, 2012). Zatem, choć stygmat nie dotyczy ich bezpośrednio, dalej narażeni są na konsekwencje w życiu społecznym.

Posiadanie piętna, naznaczenie, może być nieoczywiste, niewidoczne przy pierwszej lub krótkotrwałej ekspozycji, niejawne, a więc dyskredytowalne (możliwe do zdyskredytowania) (Chaudoir i wsp., 2013). Wtedy osoba je posiadającą może decydować, czy i w jakich warunkach ujawni informacje na jego temat, np. przewlekła choroba skóry, proteza kończyny, czy orientacja seksualna.

Nie wszystkie jednak negatywne naznaczenia daje się ukryć przed innymi. Widoczna, nie dająca się ukryć cecha, taka jak np. niski wzrost, otyłość, czy kolor skóry, przez swoją wyraźną ekspozycję jest zdyskredytowana (Chaudoir i wsp., 2013; Czykwin, 2007). W tym przypadku osoba posiadająca tę cechę może manipulować sytuacją i jej warunkami, aby zmniejszyć napięcie związane z jej posiadaniem. Bowiem piętno samo w sobie związane jest ze stresem i potrzebą manipulowania sytuacją w celu jego redukcji (Chaudoir i wsp., 2013; Goffman, 1963). Rozróżnienie piętna zdyskredytowanego i dyskredytowalnego powoduje, że ocena oraz napiętnowanie jednostki różni się w zależności od rozumianego kontekstu i posiadanego stygmatu.

## **Determinanty kształtowania się obrazu własnego ciała**

Postawy, jakie przyjmujemy wobec własnego ciała kształtują się i zmieniają na różnych etapach życia. Ocena własnego ciała obniża się znacząco w czasie dorastania i wczesnej dorosłości, głównie w związku z opiniami docierającymi z otoczenia (Bucchianeri i wsp., 2013; Mitchell i wsp., 2012; Suelter i wsp., 2018), w czasie średniej dorosłości wzrasta powoli (Izydorczyk i wsp., 2018), a u progu starości gwałtownie spada (Bellard i wsp., 2021; Ferraro i wsp., 2008). Najwyższy poziom krytycyzmu odnośnie do własnego ciała przypada na czas młodości (Gestsdottir i wsp., 2018), a niedoskonałości młodego ciała często wykorzystywane są przez rówieśników, narażając na odrzucenie czy upokorzenia (Puhl & Lessard, 2020; Tuszyńska-Bogucka & Bogucki, 2016). Thomas Cash (2002) uważa, że na obraz ciała wpływa m.in.: socjalizacja kulturowa, emocje z nim związane, czy strategie samoregulacji i stanowi reprezentację własnego ciała w umyśle.

Wygląd zewnętrzny stanowi ważny element kreowania własnej tożsamości (Cwojdzńska, 2009). Dla kobiet i dziewcząt obraz ciała stanowi znacznie istotniejszą część „Ja” niż u mężczyzn, a zarazem bezpośrednio i bardziej intensywnie kształtuje ich poziom ogólnej samooceny (Lipowska & Lipowski, 2015; Tiggemann & McCourt, 2013). W porównaniu z mężczyznami, kobiety częściej negatywnie oceniają obraz własnego ciała i przejawiają większe zaangażowanie wyglądem (Muth & Cash, 1997), co związane jest również z tym, że u kobiet „nieadekwatny wygląd” spotyka się z większą, niż u mężczyzn dezaprobatą społeczną. Kobieta od najmłodszych lat wychowywana jest w świadomości, że jej ciało musi być idealne, a więc bez wad. Doświadcza zatem stygmatyzacji i negatywnej oceny związanej, m.in. z nadmierną masą ciała (Jenull i wsp., 2021; Puhl & King, 2013) oraz silną presją ze strony mediów w zakresie zmiany kształtu ciała (Czepczor i wsp., 2016). Kultura odgrywa bowiem znaczącą rolę w akceptacji i konstruowaniu standardów dotyczących ciała (Izydorczyk i wsp., 2020; Thompson i wsp., 2004). Kultura zachodnia promuje ideały ciała reprezentowane przez wysokie, szczupłe sylwetki kobiet (Chisuwa & O'Dea, 2010; Jill Thompson i wsp., 2000), ze stałą proporcją między piersiami, a talią, a także niskim stosunkiem obwodu talii do bioder (Dixson i wsp., 2010; Harrison, 2003), zaś idealne ciało mężczyzny przedstawiane jest jako muskularne, mezomorficzne ciało (ciało w kształcie litery V, z szerokimi ramionami i wąską talią) (Coy i wsp., 2014; Knauss i wsp., 2007; Lipowski & Lipowska, 2015)

## **Atrakcyjność fizyczna w przewlekłej, stygmatyzującej chorobie**

Choroba przewlekła to brzemień, z którym jednostka musi sobie radzić przez długi czas lub nawet całe życie. Jeśli w dodatku wiąże się ona z chorobowymi zmianami wyglądu, to wpływa na poczucie bycia ocenianym przez pryzmat tych zmian.

Przykładami przewlekłych problemów zdrowotnych, które znacznie obniżają atrakcyjność fizyczną, wpływając na jakość życia chorującego i stygmatyzując są choroby dermatologiczne oraz otyłość (Dalgard i wsp., 2018; Godoy-Izquierdo i wsp., 2020; Lipowska i wsp., 2015; Miniszewska i wsp., 2020; Ograczyk i wsp., 2014; van Beugen i wsp., 2017). Inaczej jednak postrzegamy osobę z widoczną chorobą skóry (np. łuszczycą czy atopowym zapaleniem skóry), a inaczej osobę z otyłością („grubą”) – różnica ta wynika z przypisywania przez otoczenie „winy” za pojawienie się problemu (Lipowska i wsp., 2015).

Otyłość, jako przewlekła choroba, traktowana jest przez społeczną widownię surowiej niż inne choroby, gdyż ma znamiona wolitywności (w powszechnym rozumieniu można bowiem zmienić swój wygląd, masę ciała, poprzez ćwiczenia, dietę czy leki, a w przypadkach najcięższych poprzez zabiegi operacyjne). Zatem osoba otyła oceniana jest jako słaba, leniwa, nie dbająca o własne zdrowie, o niskiej motywacji, a zatem nie dążąca do zmiany swojej masy ciała (Puhl & Heuer, 2009; Puhl & King, 2013; Schwartz i wsp., 2003). Otyłość stygmatyzowana jest zatem wielowymiarowo, zarówno z powodu wyglądu, czyli ułomności ciała, jak i ułomności charakteru (Czykwin, 2007; Dovidio i wsp., 2003).

Szczególnie na odrzucenie z powodu nadmiaru kilogramów narażona jest młodzież w okresie dojrzewania (Puhl & King, 2013), kiedy ich ciało się zmienia, a opinia na temat atrakcyjności wśród rówieśników i porównywanie się z nimi jest szczególnie istotne (Jones, 2001). Pomimo tego, że w mediach społecznościowych coraz więcej mówi się o akceptowaniu swojego ciała („body positivity movement”) (Cohen i wsp., 2021; Lazuka i wsp., 2020), badania z zakresu otyłości zwracają uwagę na efekt pozostającego poczucia otyłości, nawet pomimo utraty masy ciała (Annis i wsp., 2004). Poczucie stygmatyzacji wpływa na podejmowanie wysiłków w celu redukcji masy ciała (Mensing & Meadows, 2017). Jednak pozbycie się nadmiaru kilogramów wymaga czasu i pracy (Myers & Rosen, 1999; Ossowski, 2012). Jednocześnie brak zmiany sytuacji wymaga od jednostki umiejętności poradzenia sobie z nią i jej konsekwencjami (Lazarus & Folkman, 1984). Stres i zaburzenia nastroju mogą być zarówno przyczyną, jak i rezultatem otyłości (Kędzińska i wsp., 2013). Bywa, że w wyniku trudnych sytuacji „zajadamy” negatywne emocje, czy złe samopoczucie (Pietrzykowska &

Wierusz-Wysocka, 2008; Robbins & Fray, 1980; Yau & Potenza, 2013), co może również świadczyć o trudnościach w radzeniu sobie ze stresem u kobiet z zaburzeniami odżywiania (Brytek-Matera, 2009). Sposób radzenia sobie ze stygmatem otyłości może polegać na próbie zmiany stygmatyzującego stanu poprzez utratę masy ciała, dumę z tego stanu, czy mobilizowanie do działań społecznych w celu zapobiegania dyskryminacji (Puhl & Brownell, 2003).

Skóra, jako widoczny i zarazem największy organ naszego ciała, również odgrywa istotną rolę w kontaktach międzyludzkich, wpływa na samoocenę i może stanowić źródło niezadowolenia z ciała, a nawet powodować skrupowanie (Miękoś-Zydek i wsp., 2006; Miniszewska & Adamska, 2014; Rosińska i wsp., 2017). Choroby dermatologiczne, jak łuszczyca, czy atopowe zapalenie skóry, są chorobami uwarunkowanymi genetycznie, których wystąpienie jest niezależne od chorego (Capon, 2017; DeStefano & Christiano, 2014). Łuszczyca jest chorobą przewlekłą, z okresami remisji, podczas których zmiany skórne łagodnieją lub zanikają, bez możliwości całkowitego wyleczenia, z tendencją do nawrotów (Rosińska i wsp., 2017). Posiadanie zmienionej chorobowo skóry może utrudniać również zabiegi związane z poprawą własnego wizerunku, m.in. poprzez farbowanie włosów, depilację, czy używanie niektórych kosmetyków (Rzepa, 2011). Choroba dermatologiczna obniża zatem jakość życia chorującego (de Korte i wsp., 2004; Miniszewska i wsp., 2013), a także może potęgować stres (Hawro, 2007; Stangier i wsp., 2003), który może wpływać na słabsze wyniki leczenia (Basińska & Kasprzak, 2012; Fortune i wsp., 2003). Jednocześnie badania wykazują, że poczucie zadowolenia z własnego ciała oraz wysokie poczucie posiadania zasobów pozwala osiągnąć taką samą satysfakcję z życia chorym na łuszczycę, jak osobom z populacji ogólnej (Rzeszutek i wsp., 2021).

## **CEL BADAŃ WŁASNYCH**

Do tej pory badania dotyczące stygmatyzacji koncentrowały się zdecydowanie w obrębie tego samego typu piętna np.: choroby psychicznej (Hack i wsp., 2020), bezrobocia (Shah i wsp., 2020), otyłości (Godoy-Izquierdo i wsp., 2020; Himes & Thompson, 2007) czy choroby dermatologicznej (Ograczyk i wsp., 2012; Sommer i wsp., 2021).

Poniższy projekt koncentruje się na próbie poznania roli atrakcyjności fizycznej w przewlekłej chorobie, która bezpośrednio na tę fizyczność wpływa, a także mechanizmów przystosowania do przewlekłej choroby stygmatyzującej. Jest też próbą porównania dwóch

przewlekłych chorób związanych z wyglądem ciała, zróżnicowanych pod względem typu oraz ilości stygmatów. Poniższe badania łączą w sobie wiedzę z wielu subdyscyplin (psychologia zdrowia i psychologia rozwojowa, medycyna, dietetyka).

Niewątpliwą wartością poniższego projektu są również faktyczne pomiary antropometryczne, a zatem obiektywne dane dotyczące ciała i wyglądu badanych kobiet, dokonane za pomocą miary krawieckiej oraz analizatora składu ciała. Możliwa zatem była weryfikacja subiektywnych odczuć względem własnego ciała uczestniczek, jak i ich obiektywny wygląd. Jest to o tyle istotne, że u kobiet niezadowolenie z własnego ciała wydaje się być normatywne (Urbańska & Dziurawiec, 2019).

Artykuły wchodzące w skład rozprawy doktorskiej prezentują dwa etapy badań. Najpierw wykonaliśmy badania pilotażowe, następnie przystąpiliśmy do etapu właściwego. W obu etapach uczestniczki wypełniały ten sam zestaw testów i kwestionariuszy. Ze względu na temat rozprawy do analiz we wszystkich prezentowanych artykułach wykorzystano: *Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji* (Lawrence i wsp., 2006), elementy ankiety socjodemograficznej oraz dane antropometryczne uzyskane za pomocą analizatora składu ciała.

Głównym celem badań własnych było określenie, czy kobiety o różnych obiektywnych stygmatach, związanych z cielesnością, różnią się pod względem subiektywnego poczucia stygmatyzacji oraz czy, i w jaki sposób zasoby osobowe kobiet z widoczną chorobą przewlekłą wpływają na ich poczucie stygmatyzacji.

Sformułowaliśmy także cele szczegółowe, którymi były:

(1) weryfikacja założenia, że efekt tzw. społecznej widowni i ocena przewlekłej choroby, jako zależnej od chorującego różnicuje poziom odczuwania stygmatyzacji oraz ocenę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia młodych kobiet (*artykuł 1*),

(2) zweryfikowanie roli humoru w procesie radzenia sobie ze stresem wśród młodych kobiet stygmatyzowanych ze względu na otyłość (*artykuł 2*),

(3) zweryfikowanie roli subiektywnej oceny obrazu ciała dla relacji między obiektywnymi wskaźnikami wyglądu (kształt i masa ciała vs choroba skóry), a poczuciem stygmatyzacji wśród młodych kobiet (*artykuł 3*).

## PROCEDURA BADAŃ WŁASNYCH

### Osoby badane

Do badań zaprosiliśmy kobiety w okresie wczesnej dorosłości (18 – 30 lat). Wiek badanych dobrany został celowo z uwagi na to, że jest to okres rozwojowy, w którym obraz ciała jest bardzo istotny, a jego ocena krytyczna (Gestsdottir i wsp., 2018). Wybraliśmy dwie grupy kobiet posiadające obiektywne defekty urody związane ze stanem chorobowym: otyłością ( $BMI \leq 30$ ) lub łuszczycą (kryterium włączające min. rok od diagnozy, zmiany skórne w widocznym miejscu). Zbadaliśmy również kobiety w normowadze i bez chorób skóry (grupa kontrolna). Procedura rekrutacyjna była dwuetapowa. W pierwszym etapie zrekrutowaliśmy 30 kobiet, które spełniały kryteria włączenia do badania. W drugim etapie kobiety, które spełniły kryteria włączenia do tego projektu badawczego, zostały poproszone o zaproszenie znajomych do udziału; tj. nielosowa metoda doboru próby („technika próbkowania kuli śnieżnej”). Z tego powodu też liczebność badanych różniła się na poszczególnych etapach analizy uzyskanych danych.

### Narzędzia badawcze wykorzystywane na wszystkich etapach badań

Do pomiaru subiektywnego poczucia stygmatyzacji wykorzystaliśmy *Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji* (*Perceived Stigmatization Questionnaire, PSQ*). W celu stworzenia polskiej wersji *PSQ*, za zgodą autora, Johna W. Lawrence’a (2006), przetłumaczyliśmy kwestionariusz. Po wybraniu najlepszej polskiej wersji, została ona poddana tłumaczeniu na język angielski przez native speakera. Następnie oceniliśmy zgodność tłumaczenia w oparciu o oryginalny kwestionariusz. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń, które badany ocenia, na 5-punktowej skali Likerta, jak często ludzie zachowują się względem niego w określony sposób, gdzie 1 oznacza *nigdy*, 5 oznacza *zawsze*, zaś 3 – *czasami*. Stwierdzenia tworzą 3 podskale: *brak przyjaznych zachowań*, *zakłopotanie/gapienie się*, *wrogie zachowanie* oraz *wynik ogólny* mierzący ogólne, subiektywne poczucie stygmatyzacji.

By uzyskać dane antropometryczne badanych użyliśmy *Analizatora Składu Ciała – Tanita BC-601*, wyprodukowanego przez Tanita Corporation Japan. Jest to profesjonalny sprzęt, wykorzystywany w gabinetach dietetycznych, w celu określenia parametrów składu ciała. Narzędzie pozwala na uzyskanie informacji na temat: masy ciała w kilogramach, masy tkanki tłuszczowej w procentach, masy tkanki mięśniowej w kilogramach, całkowitej zawartości wody w organizmie w procentach, masy kości w kilogramach, wieku metabolicznego, wskaźnika trzewnej tkanki tłuszczowej oraz wskaźnika dziennego

zapotrzebowania na kalorie. Wylicza również BMI (Body Mass Index), jednak coraz częściej, poza tym wskaźnikiem, podkreśla się znaczenie trzewnej tkanki tłuszczowej (Elffers i wsp., 2017; Nawarycz & Ostrowska-Nawarycz, 2007; Sweeting, 2007), dlatego w analizach wzięto pod uwagę ten wskaźnik, pomimo pierwotnego założenia włączającego do grup na podstawie BMI.

**Ankieta socjodemograficzna** własnego autorstwa, która składała się z pytań ogólnych, części dermatologicznej oraz części dietetycznej. W części ogólnej pytania dotyczyły wieku, wzrostu, stanu cywilnego, długości związku w miesiącach, liczby dzieci, zawodu wykonywanego. W części dermatologicznej zapytaliśmy o stopień natężenia choroby, fazę choroby, miejsce pojawiania się łuszczycy, korzystanie z porad dermatologa, oraz sposoby korygowania widocznych zmian skórnych i zabiegi kosmetyczne z tym związane. W części dietetycznej zebraliśmy dane na temat pomiarów ciała, które posłużyły do obliczenia wskaźników antropometrycznych. Zapytaliśmy również o stosowanie diety, konsultacje z dietetykiem lub innym lekarzem specjalistą, wymarzoną masę ciała oraz choroby współwystępujące. Na podstawie danych z ankiety własnej obliczyliśmy również *Indeks Centralnego Otluszczenia (ICO)*, czyli stosunek obwodu talii do wzrostu. Pozwala on określić stosunek tłuszczu trzewnego do całkowitej tkanki tłuszczowej. Jest dokładniejszym parametrem w ocenie zdrowia ze względu na stopień otluszczenia okolic brzucha. Jest również istotny dla parametrów kształtu figury (Parikh i wsp., 2012). Obliczyliśmy również proporcję *Talia-Biodra (WHR)*, która pozwala oszacować stosunek talii do obwodu bioder, który jest bezpośrednio związany z kształtem ciała. Przyjmuje on najczęściej wartości pomiędzy 0.6 a 1.0 i jest wskaźnikiem obrazującym kształt i sylwetkę badanego. Niższy wynik charakteryzuje się węższą talią w stosunku do szerszych bioder (kształt klepsydry) (Dixson i wsp., 2010; Pawłowski & Dunbar, 2005).

Opisana praca została wykonana zgodnie z Kodeksem Etyki Światowego Towarzystwa Medycznego (Deklaracja Helsińska) dla eksperymentów z udziałem ludzi z wykorzystaniem gromadzenia danych. Protokół badania został zatwierdzony przez Komisję Etyki ds. Projektów Badawczych Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego (decyzja nr 12/2018)

## WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

### Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet

Opublikowane w:

Lipowska, M., Bidzan, M., Mazurkiewicz, N., & Lipowski, M. (2015). Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 303-323.

Jakość życia związana ze zdrowiem (health related quality of life – HRQL), rozumiana jest jako subiektywny odbiór choroby oraz konsekwencji wynikających z leczenia (Bidzan, 2008). Choroba dermatologiczna oraz otyłość, które poprzez swoją widoczność w sposób szczególny narażają jednostkę na stygmatyzację, wpływa na poczucie jakości życia. Choroby te mają charakter długotrwały, mogą wymagać reorganizacji życia, czy zmian pełnionych dotychczasowo ról, a w rezultacie – zmian „JA” (Świątkiewicz-Mośny, 2010). Jednocześnie różnią się pod względem oceny przyczyny i możliwości redukcji skutków związanych z chorobą. Społecznie uważa się bowiem, że w odróżnieniu do niezależnej od osoby choroby skóry, osoba otyła może zmienić swój stan (Czykwin, 2007).

Dlatego celem prezentowanego badania była weryfikacja założenia, że efekt tzw. „społecznej widowni” i ocena przewlekłej choroby jako zależnej od chorującego, różnicuje poziom odczuwania stygmatyzacji oraz jakość życia młodych kobiet. Dodatkowo założyliśmy, że w zależności od typu schorzenia (choroba dermatologiczna vs otyłość), poczucie stygmatyzacji będzie odmiennie wpływało na poczucie jakości życia.

Do tego badania zaprosiliśmy klientki gabinetów psychologicznych, dietetycznych i dermatologicznych na terenie Trójmiasta, a następnie metodą „śnieżnej kuli” wśród osób przez nie wskazanych. W badaniu udział wzięły 102 kobiety w okresie wczesnej dorosłości ( $M=25.08$ ,  $SD=3.01$ ,  $min=18$ ,  $max=30$ ), które zostały zakwalifikowane do jednej z dwóch grup klinicznych: widocznej i przewlekłej otyłości (zgodnie z wytycznymi WHO,  $BMI \geq 30$ ,  $n=30$ ) i widocznej, przewlekłej choroby skóry (min. rok od diagnozy,  $n=31$ ). Ustanowiliśmy również grupę porównawczą (kobiety w normie wagowej, bez chorób skóry,  $n=42$ ). Badanie to miało charakter pilotażowy.

W badaniu użyliśmy opisany wcześniej *Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji* (Lawrence i wsp., 2006), a także do oceny jakości życia w chorobie wykorzystaliśmy *Kwestionariusz Oceny Jakości Życia (SF-36v.II)* autorstwa (2000), w adaptacji Żołnierczyk-



Zrezy i współpracowników (2009). Kwestionariusz ten składa się z 36 pytań, tworzących 8 podskal: *funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia roli – problemy fizyczne, ból, zdrowie ogólne, witalność, funkcjonowanie społeczne, ograniczenie roli – problemy emocjonalne, samopoczucie*. Wskaźnik oceny jakości życia, który tworzy suma punktów uzyskanych przez badanego we wszystkich skalach, umożliwia ogólną, subiektywną ocenę stanu zdrowia badanego.

W celu sprawdzenia, czy badane kobiety różnią się poziomem odczuwania stygmatyzacji oraz jakości życia, wykonaliśmy analizę wariancji ANOVA. W zakresie *jakości życia (SF-36v.II)* badane różnią się tylko w zakresie *funkcjonowania fizycznego* ( $F(2,101)=4.31$ ,  $p=.016$ ). Po wykonaniu analizy *post-hoc* (test Tukey'a dla różnych  $n$ ) okazało się, że grupą odstającą w zakresie tego wymiaru są kobiety otyłe, które oceniają swoje funkcjonowanie fizyczne niżej niż pozostałe grupy kobiet ( $p_s=.008$ ,  $p_n=.016$ ). W zakresie poczucia stygmatyzacji ANOVA wykazała, że kobiety z otyłością bardziej odczuwają *wrogie zachowania* niż pozostałe grupy ( $p_s=.033$ ,  $p_n=.009$ ).

Kolejna analiza skupiła się na poszukiwaniu związków korelacyjnych pomiędzy poziomem odczuwania stygmatyzacji, a subiektywną jakością życia. Co ciekawe, najwięcej korelacji dotyczy *wrogiego zachowania* z poszczególnymi wymiarami oceny jakości życia w grupie porównawczej (tab. 1.). U kobiet otyłych zaś jedynie wymiar stygmatyzacji, jakim jest *zakłopotanie/gapienie się* skorelowany jest ujemnie z *funkcjonowaniem społecznym*.

W celu sprawdzenia, czy poszczególne wymiary stygmatyzacji w istotny sposób wyjaśniają wariancję jakości życia uczestniczek badania, przeprowadziliśmy analizę regresji wielokrotnej, gdzie zmiennymi wyjaśniającymi były poszczególne wymiary stygmatyzacji, zaś wyjaśnianymi – kolejne wymiary poczucia jakości życia. Nie zaobserwowaliśmy takiego zjawiska w przypadku kobiet z otyłością, zaś u kobiet z przewlekłą chorobą dermatologiczną tylko w jednym przypadku uzyskana została regresja wyjaśniająca 32% wariancji i dotyczyła efektu zmiennej *wrogie zachowanie* na *ograniczenia roli – problemy fizyczne* ( $F(2,101)=4.30$ ;  $p=.013$ ;  $\beta=-0.49$ ;  $p=.046$ ). Jednocześnie w przypadku grupy porównawczej wystąpiło najwięcej współzależności, gdzie *wrogie zachowanie* istotnie wyjaśniało zarówno *zdrowie ogólne* ( $R^2=.25$ ;  $F(2,101)=4.09$ ;  $p=.013$ ;  $\beta=-0.42$ ;  $p=.015$ ), *ograniczenia roli – problemy emocjonalne* ( $R^2=.22$ ;  $F(2,101)=3.47$ ;  $p=.026$ ;  $\beta=-0.53$ ;  $p=.003$ ), jak i *samopoczucie* ( $R^2=.20$ ;  $F(2,101)=3.08$ ;  $p=.039$ ;  $\beta=-0.45$ ;  $p=.012$ ).

**Tabela 1.**

Korelacje pomiędzy poziomem odczuwania stygmatyzacji a subiektywną jakością życia w trzech grupach: przewlekła otyłość (o), przewlekła choroba skóry (s) i grupa porównawcza (n)

Ocena jakości życia <i>SF-36v. II</i>	Grupa	Brak przyjaznych zachowań		Zakłopotanie/gapienie się		Wrogie zachowanie	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Funkcjonowanie fizyczne	o	.10		-.01		.22	
	s	-.18		-.15		-.29	
	n	.02		-.12		-.23	
Ograniczenia roli – problemy fizyczne	o	.09		-.12		.11	
	s	.17		-.43	.017	-.54	.002
	n	.00		-.15		-.16	
Ból	o	-.29		.07		.08	
	s	-.03		-.37	.039	-.23	
	n	-.11		.04		-.23	
Zdrowie ogólne	o	.01		-.30		-.07	
	s	.28		-.14		-.22	
	n	-.29		-.25		-.48	.001
Witalność	o	-.27		-.34		-.17	
	s	.05		-.33		-.40	.026
	n	-.20		-.18		-.37	.008
Funkcjonowanie społeczne	o	-.27		-.41	.026	-.28	
	s	.13		.15		-.06	
	n	-.12		-.16		-.41	.017
Ograniczenia roli – problemy emocjonalne	o	-.13		-.08		-.13	
	s	.27		.09		-.08	
	n	.01		-.09		-.42	.006
Samopoczucie	o	-.05		-.33		-.08	
	s	.06		-.34		-.49	.005
	n	-.15		-.19		-.45	.003

Uzyskane wyniki częściowo potwierdziły wstępne założenie, bowiem badane kobiety z otyłością istotnie różniły się poziomem odczuwanego poczucia stygmatyzacji oraz najniżej oceniały swoje funkcjonowanie fizyczne. Potwierdza to jednak, że osoba dotknięta stygmatyzującą chorobą przewlekłą, może inaczej odbierać swoją sytuację, w zależności od rodzaju stygmatu.

Zaskakujący jest uzyskany w badaniu wynik, który wskazuje na brak różnic w zakresie odczuwanej jakości życia, związanej ze zdrowiem między kobietami dotkniętymi przewlekłymi chorobami skóry i kobietami zdrowymi. Pomimo tego, że, zgodnie z literaturą (Ograczyk i wsp., 2014), problemy dermatologiczne wpływają na jakość życia chorego, widoczne zmiany skórne mogą być silniej związane z poczuciem atrakcyjności fizycznej, niż z poziomem jakości życia związanej ze zdrowiem.

W zakresie poczucia stygmatyzacji młode kobiety z otyłością uzyskały zupełnie odmienne wyniki od pozostałych badanych grup. Kobiety te częściej doświadczają zachowań wrogich w porównaniu z kobietami z przewlekłymi chorobami skóry i kobietami z grupy porównawczej.

Choć kobiety z chorobą skóry oceniały wyżej swoją jakość życia oraz niżej poczucie stygmatyzacji niż badane z otyłością, to związek tych wymiarów ze sobą był w tej grupie najistotniejszy. Badane z problemami skórnymi wyraźnie wskazywały, że sposób odnoszenia się otoczenia do ich problemów ma związek z ograniczeniem ról, zatem odczuwają trudność w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym. To z kolei może skutkować niepodejmowaniem niektórych ról społecznych bądź odczuwaniem niezadowolenia z tych, które już pełnią. Jak wynika z literatury, osoby chorujące na łuszczycę mogą brak pracy czy konieczność jej zmiany przypisywać swojej chorobie (de Korte i wsp., 2004; Miniszewska i wsp., 2013; Rzepa, 2011).

Poczucie jakości życia związanej z chorobą najistotniej obniżane było przez odczuwanie wrogiego zachowania. Wyniki wykazały, że najwięcej związków poczucia stygmatyzacji z subiektywną jakością życia wystąpiło u młodych, zdrowych kobiet (grupa porównawcza). Jest to zgodne z twierdzeniem, że w okresie wczesnej dorosłości kobiety postrzegają siebie jako obiekt obserwacji i ewaluacji (Lipowska & Lipowski, 2006; Tiggemann & McCourt, 2013), a efekt oceny atrakcyjności ciała w dużej mierze wiąże się ze znacznie wyższym poziomem niezadowolenia z ciała wśród kobiet (Franzoi i wsp., 2012; Mandal, 2004). Być może w badanych grupach klinicznych samo występowanie obiektywnego stygmatu aktywizowało strategię radzenia sobie z sytuacją spowodowaną chorobą i adaptacji do wywoływanych przez to sytuacji. Na przykład osoby otyłe mogą ignorować dziedziny życia związane z masą ciała, a satysfakcję czerpać z innych jego aspektów (Bradford & Dolan, 2010). Z kolei kobiety z widoczną chorobą skóry mogą nauczyć się skutecznie maskować skutki choroby (Zegarska i wsp., 2007). W efekcie kobiety, które są świadome swojej „niedoskonałości”, prawdopodobnie nie odczuwają tak mocno obniżenia jakości życia z samego tylko powodu nieprzyjaznych zachowań.

Zważywszy na to, że jakość życia badanych była inna w zależności od posiadanego stygmatu, a główne hipotezy badania pilotażowego się potwierdziły, kolejnym etapem było zweryfikowanie umiejętności radzenia sobie z tym stygmatem.

## **Rola poczucia humoru w radzeniu sobie z przewlekłą chorobą stygmatyzująca wśród kobiet z otyłością**

*Opublikowane w:*

Mazurkiewicz, N., Lipowski, M., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). "Better If They Laugh with Me than at Me": The Role of Humor in Coping with Obesity-Related Stigma in Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7974.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18157974>

Otyłość jako przewlekła, zdyskredytowana, a więc widoczna choroba, stygmatyzowana jest wielowymiarowo – z powodu wyglądu, ułomności ciała, jak i ułomności charakteru (Czykwin, 2007; Dovidio i wsp., 2003; Goffman, 1963). Choć obiektywnie otyłość naraża jednostkę na wyższy poziom stresu, również subiektywnie spostrzegana jest przez kobiety jako źródło stresu psychologicznego i przyczynia się do ujawniania zwiększonego napięcia lękowego (Marcysiak, 2001). Społeczna dezaprobatą otyłości i poczucie stygmatyzacji (głównie u kobiet) wiąże się z koniecznością poszukiwania mechanizmów, sposobów zwiększenia akceptacji społecznej. Osoby które wykorzystują humor, jako sposób radzenia sobie ze stresem, mają mniejsze poczucie stresu (Kruczek & Basińska, 2018b). Ponadto istnieje społeczne przekonanie że „grube” osoby są śmieszniejsze, bardziej zabawne, wesołe (Burmeister & Carels, 2014).

Humor może sprzyjać łamaniu stereotypu osoby chorej, nie w pełni sprawnej, np. otyłej (Winiarska, 2019), ułatwiać radzenie sobie z samotnością (Schermer i wsp., 2017), wpływać na samopoczucie w konfrontacji z negatywnymi bodźcami (De Clercq & Belausteguigoitia, 2020), zwiększać zdolności adaptacyjne jednostki w obliczu stresu w pracy (Kruczek & Basińska, 2018a)

Humor jest narzędziem, poprzez które jednostka może wyrazić siebie i może być używany interpersonalnie (skupiony na innych, relacyjnie) lub intrapersonalnie (skupiony na sobie). Humor może funkcjonować zarówno w adaptacyjnym wymiarze, jak i nie adaptacyjnym (Martin i wsp., 2003). Humor afiliacyjny związany jest ze skłonnością do opowiadania zabawnych historii i dowcipów oraz spontanicznego, humorystycznego przekomarzania się i rozbawiania innych w celu nawiązywania więzi między ludźmi i redukcji napięcia (Lefcourt, 2001), zatem pełni ważną rolę w relacjach społecznych.

Dlatego celem prezentowanego artykułu było zweryfikowanie roli humoru w procesie radzenia sobie ze stresem wśród młodych kobiet, stygmatyzowanych ze względu na otyłość.

W związku z tym postawiliśmy następujące hipotezy szczegółowe:

- 1: Im wyższy poziom adaptacyjnego poczucia humoru, tym więcej przystosowawczych strategii radzenia sobie ze stresem – silniejsze zależności występują u kobiet otyłych
- 2: Poczucie stygmatyzacji jest mediatorem relacji pomiędzy poczuciem humoru a radzeniem sobie ze stresem

Również w tym badaniu wykorzystaliśmy opisany wcześniej **Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji** (Lawrence i wsp., 2006), a analizę wzbogaciliśmy o dane pochodzące z kwestionariusza **Mini-Cope** oraz **Kwestionariusza Stylów Humoru**.

Sposób radzenia sobie ze stresem zmierzaliśmy za pomocą kwestionariusza **Mini-Cope**, skróconej wersji Inwentarza COPE (Carver, 1997). Metodę tę wykorzystuje się do oceny charakterystycznych dla jednostki sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach trudnych, związanych z doświadczaniem stresu. Korzystaliśmy z polskiej wersji w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009), która składa się z 28 pytań pozwalających umiejscowić ich odpowiedzi w jednej z 14 skal: *aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie*.

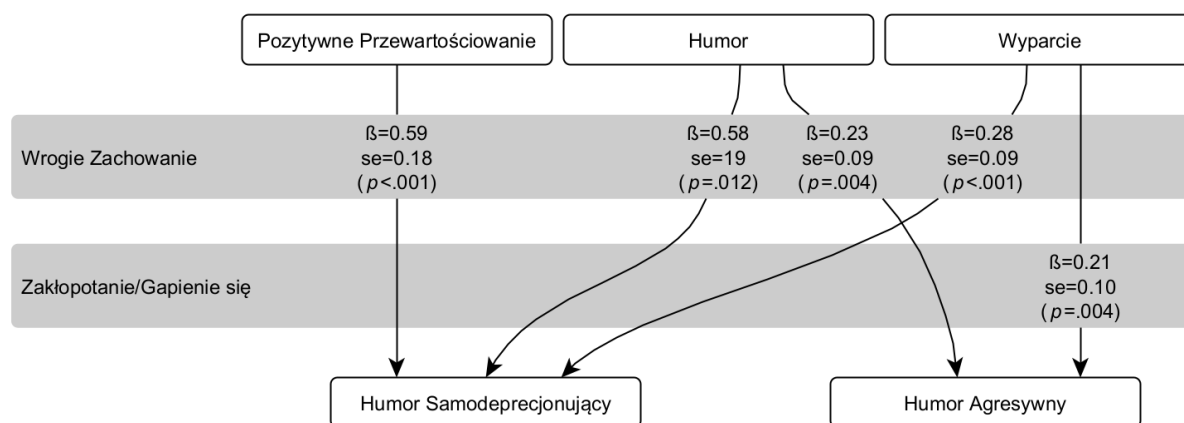
Do pomiaru stylów humoru użyliśmy **Kwestionariusza Stylów Humoru** stworzonego przez Martin i współpracowników (2003), w polskiej adaptacji Hornowskiej i Charytonik (2011). Kwestionariusz składa się z 32 pozycji, które tworzą 4 podskale: *humor w służbie ego, humor agresywny, humor afiliacyjny i humor samodeprecjonujący*. Każdą pozycję uczestnicy oceniają na 7-punktowej skali, jak często dotyczy ich opisana sytuacja związana z humorem. Humor afiliacyjny i w służbie ego, zostały uznane za ważne dla dobrego samopoczucia jednostki. Natomiast pozostałe dwa, humor agresywny i samodeprecjonujący uważane są za szkodliwe i nieadaptacyjne.

Na początku wykonaliśmy działania statystyczne celem określenia, czy odpowiednio dobraliśmy uczestniczki badania do grup. Obie grupy różniły się ze sobą pod względem wskaźnika otluszczenia (%BF), trzewnej tkanki tłuszczowej, masy ciała i BMI. Również procent wymarzonej, subiektywnej redukcji masy ciała do upragnionej masy ciała różnicuje obie grupy.

Badane grupy istotnie różniły się pod względem odczuwania stygmatyzacji ( $t(125)=2.687$  dla  $p=.009$ ), co wynika z różnic w podskalach *zakłopotanie/gapienie się* ( $t(125)=2.929$  dla  $p=.004$ ), *wrogie zachowanie* ( $t(125)=3.760$  dla  $p=.000$ ). Zaobserwowaliśmy korelacje wskaźnika otłuszczenia (%BF) z ogólnym wynikiem poczucia stygmatyzacji u obu grup badanych. Kobiety otyłe, częściej od kobiet w normie wagowej, czują się stygmatyzowane, w tym odczuwają gapienie się i wrogie zachowania. Można jednocześnie zauważyć, że kobiety w normie wagowej nie doświadczają braku pozytywnych zachowań pomimo posiadania wyższego wskaźnika otłuszczenia.

Wyniki wskazują, że badane grupy różnią się między sobą jedynie pod względem stosowania *humoru* jako sposobu radzenia sobie ze stresem ( $t(125)=2,75$ ;  $p=.007$ ). Jednocześnie wraz ze wzrostem wskaźnika otłuszczenia (%BF) oraz trzewnej tkanki tłuszczowej, kobiety częściej uciekają się do *planowania*, *zaprzeczania* i stosowania *wsparcia instrumentalnego* jako sposobu radzenia sobie z sytuacją stresową.

Weryfikując hipotezę zakładającą, że poczucie stygmatyzacji jest mediatorem relacji pomiędzy poczuciem humoru, a radzeniem sobie ze stresem, zaobserwowaliśmy efekt mediacji *wrogiego zachowania* jedynie w relacji między *humorem samodeprecjonującym* a *humorem* jako sposób radzenia sobie ze stresem (Rysunek 1).



**Rysunek 1.** Poczucie stygmatyzacji jako mediator między stylem humoru a sposobami radzeniem sobie ze stresem.

Jednocześnie zaobserwowaliśmy wpływ poczucia stygmatyzacji na relację między stylami poczucia humoru, a sposobami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zwłaszcza w grupie otyłych kobiet. Najsilniejszy efekt zaobserwowaliśmy w relacji, gdzie mediatorem jest *wrogie zachowanie* – pomiędzy *pozytywnym przewartościowaniem*, a *humorem samodeprecjonującym* oraz *poczuciem humoru* z *humorem samodeprecjonującym* u kobiet

otyłych. Ponadto poczucie stygmatyzacji miało wpływ na relację między *humorem*, jako sposobem radzenia sobie ze stresem, a jego nieadaptacyjnymi stylami. Nie wystąpiły istotne statystycznie efekty w grupie kobiet w normowadze.

Uzyskane wyniki częściowo potwierdziły postawione hipotezy. Poczucie stygmatyzacji oraz jego elementy składowe pośredniczyły w relacji między stylem humoru, a sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych, jedynie u kobiet otyłych. Przewidywaliśmy, że istnieje związek między obiektywnymi wymiarami ciała, a poczuciem stygmatyzacji, co się potwierdziło. Ponadto wyniki prezentowanych badań wykazały, że wszystkie badane kobiety pragnęły zredukować swoją masę ciała, co sugeruje, że wśród badanych kobiet żadna nie była zadowolona ze swojej masy ciała. Pomimo tego, że wszystkie uczestniczki pragnęły schudnąć, to u kobiet w normowadze, nie było to związane z odczuwaniem stygmatyzacji. Brak komplementów i pozytywnych zachowań wobec kobiet, które nie są otyłe, nie jest problemem nawet w przypadku wyższego wskaźnika otłuszczenia.

Otyłe kobiety bardziej od kobiet w normowadze czuły się stygmatyzowane, a związany z tym dyskomfort wyraźnie wiązał się z subiektywnym poczuciem „bycia grubym”, gdyż im większa była różnica procentowa między obecną a upragnioną masą ciała, tym bardziej badane czuły się stygmatyzowane. Rola masy ciała dla kształtowania poczucia stygmatyzacji zauważalna jest także w badaniach międzykulturowych, gdzie polskie kobiety w porównaniu z Wietnamkami czuły się mniej stygmatyzowane jeśli masa ciała nie była brana pod uwagę. Co ciekawe, brak przyjaznych zachowań ze strony otoczenia, czyli brak komplementów, jako element stygmatyzacji, wpływa na postrzeganie własnego ciała w obu kulturach (Lipowska i wsp., 2019). Założyliśmy, że strategie radzenia sobie ze stresem będą różne dla obu grup badanych, jednak powyższe badania tego nie wykazały. Jednocześnie, otyłe kobiety częściej wykorzystywały humor do redukcji stresu, zwłaszcza w sytuacji, w której czuły się stygmatyzowane. Co ciekawe, humor ten często był wymierzony w siebie, jako humor samodeprecjonujący. Zwłaszcza w sytuacji zagrożenia, kiedy odczuwają wobec siebie wrogie zachowanie, stosując humor, jako sposób radzenia sobie ze stresem – wybierały nieadaptacyjny styl humoru. Jednocześnie w społeczeństwie osoby otyłe często są obiektem żartów, w mediach rozrywkowych zostają wykorzystane jako zabawny element, przez co są celem kpin i humoru, a wzmianki o własnej wadze spotykane są ze śmiechem (Himes & Thompson, 2007). U podłoża samodeprecjonującego stylu poczucia humoru leży potrzeba zdobycia aprobaty za cenę ośmieszania samego siebie. Można zatem przypuszczać, że łatwiej kobiecie otyłej wyśmiać siebie i swoją sytuację, niż pozostać z poczuciem stygmatyzacji i odrzucenia.

Powyższa wiedza na temat stygmatyzacji i jej konsekwencji dla otyłych kobiet może mieć olbrzymie znaczenie w praktyce lekarzy rodzinnych, psychiatrów, pedagogów i innych specjalistów wspierających zdrowie i rozwój kobiet (już od najmłodszych lat). Ważne są rozmowy o skutkach dyskryminacji, wsparcie osób zarówno w procesie odchudzania, jak i akceptacja dla sytuacji w jakiej znajduje się osoba otyła. Społeczne przyzwolenie na stygmatyzację otyłości wcale nie wspiera procesu redukcji masy ciała i zdrowienia u osób dotkniętych tą chorobą.

Kolejnym krokiem w procesie analizy zjawiska stygmatyzacji ze względu na cielesność było zweryfikowanie poczucia stygmatyzacji pod względem subiektywnej oceny obrazu ciała oraz obiektywnymi wskaźnikami, dotyczącymi wymiarów ciała.

### **Postawy wobec wyglądu i piętno związane z ciałem wśród kobiet z otyłością lub łuszczycą**

*Opublikowane w:*

Mazurkiewicz, N., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). Attitudes Towards Appearance and Body-Related Stigma Among Young Women With Obesity and Psoriasis. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1995). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.788439>

Jak wynika z badań, ważniejszym komponentem oceny ciała jest to, jak je subiektywnie odbieramy, niż to, jak ono obiektywnie wygląda (Grilo i wsp., 2019; Wojtyła-Buciora i wsp., 2018). Jednocześnie ocena własnego ciała i poczucie atrakcyjności silnie wiąże się z samooceną (Davison & McCabe, 2006; Williams & Currie, 2000), well-being (Datta Gupta i wsp., 2016), szczęściem (Kim, 2018; Ossowski, 2013), satysfakcją z życia (Westfall i wsp., 2019) i wpływa na jakość życia związaną ze zdrowiem (Chang i wsp., 2019; Lipowska i wsp., 2015; Sola i wsp., 2012). Nieatrakcyjny wygląd jest jednym z źródeł stygmatyzacji (Goffman, 1963).

Rozróżnienie piętna zdyskredytowanego i dyskredytowanego powoduje, że ocena atrakcyjności oraz stygmatyzacja jednostki różni się w zależności od rozumianego kontekstu choroby. Dlatego celem naszego badania jest zweryfikowanie roli subiektywnej oceny obrazu ciała dla relacji między obiektywnymi wskaźnikami wyglądu (kształt i masa ciała vs choroba skóry), a poczuciem stygmatyzacji wśród młodych kobiet.



W tym celu postawiliśmy szczegółowe hipotezy:

- 1: Nasilenie poczucia stygmatyzacji uzależnione jest od rodzaju stygmatu: młode kobiety z otyłością przejawiają najsilniejsze poczucie stygmatyzacji ze względu na obciążenie podwójnym stygmatem, najniższe zaś badane z grupy kontrolnej
- 2: Stosunek do ciała jest moderatorem relacji między obiektywnymi parametrami choroby stygmatyzującej a poczuciem stygmatyzacji

Analogicznie, jak w dwóch poprzednich badaniach, natężenie poczucia stygmatyzacji określiliśmy za pomocą **Kwestionariusza Poczucia Stygmatyzacji** (Lawrence i wsp., 2006). Do pomiaru obrazu ciała wykorzystaliśmy **Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała** autorstwa Thomasa F. Casha (2000) w polskiej adaptacji Brytek-Matery i Rogoży (2015). Kwestionariusz ten składa się z 69 pozycji, ocenianych za pomocą pięciostopniowej skali Likerta (od 1 – „*nigdy*”, do 5 – „*bardzo często*”). Obejmuje on 10 podskal, skupionych w 4 obszarach: wygląd — *ocena wyglądu* (AE), *zorientowanie na wygląd* (AO) oraz *satysfakcja z obszarów ciała* (BAS); sprawność — *ocena sprawności* (FE) i *zorientowanie na sprawność* (FO); zdrowie — *ocena zdrowia* (HE) i *zorientowanie na zdrowie* (HO); *zorientowanie na choroby* (IO); masa ciała — *zaabsorbowanie nadwagą* (OP) oraz *ocena własnej wagi* (SCW).

Badane grupy różniły się parametrami, które były kluczowe w doborze do grup. Parametry dotyczące masy ciała i BMI najwyższe były w grupie kobiet z otyłością (analiza *post-hoc* Dunn  $p < .001$ ), zaś dotyczące fazy i natężenia choroby w grupie kobiet z łuszczycą ( $p < .001$ ). Badane grupy nie różniły się pod względem wieku i wzrostu.

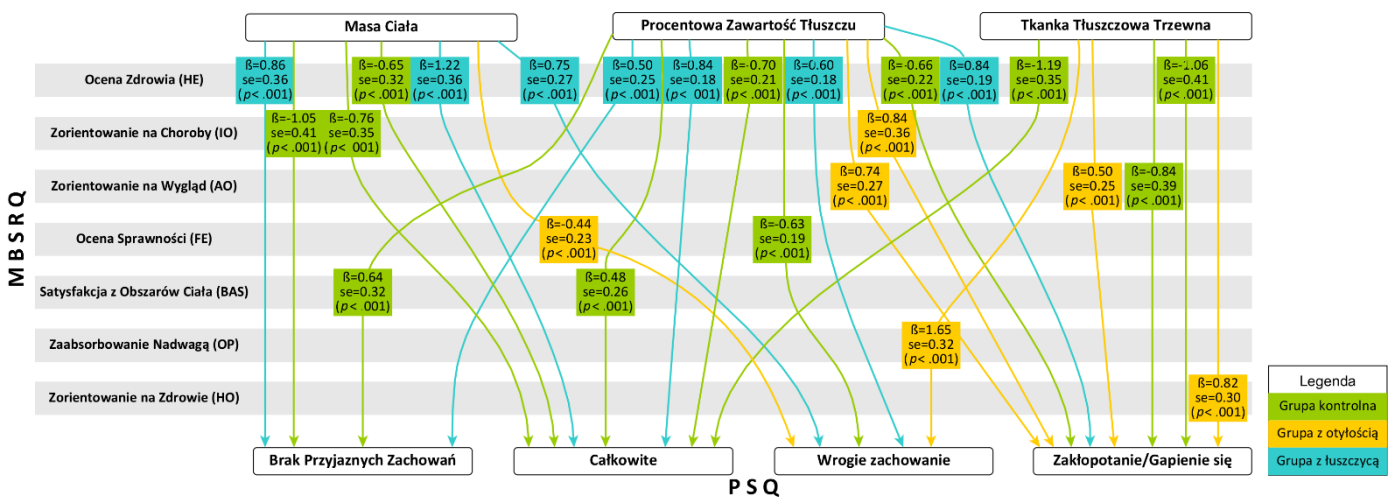
Najniższą *satysfakcję z własnego ciała* (analiza *post-hoc* Tukey w porównaniu z kobietami z łuszczycą  $p > .002$  oraz z grupą kontrolną  $p = .001$ ) oraz najniższą *ocenę własnego wyglądu* wykazały kobiety z otyłością (analiza *post-hoc* Dunn  $p > .001$ ). Było to związane z *oceną własnej masy ciała* (*post-hoc* Tukey  $p > .001$ ) i *zaabsorbowanie nadwagą* jako aspektem oceny wyglądu (*post-hoc* Dunn  $p < .001$ ). Zdrowie, rozumiane jako aspekt stosunku do ciała, najwyżej oceniane było przez kobiety z łuszczycą (analiza *post-hoc* Tukey  $p = .010$ )

Ogólne poczucie stygmatyzacji odczuwane było bardziej przez kobiety z otyłością niż kobiety z łuszczycą ( $p = .012$ ), czy w grupie kontrolnej ( $p = .044$ ). Dalsza analiza nie wykazała różnic między kobietami z łuszczycą, a grupą kontrolną ( $p = .493$ ).

W kolejnym kroku zweryfikowaliśmy relację pomiędzy wskaźnikami antropometrycznymi a poczuciem stygmatyzacji. Zaskakującym wynikiem okazał się brak związku pomiędzy obiektywnymi wskaźnikami dotyczącymi sylwetki (WHR, ICO)

i natężeniem choroby, a poczuciem stygmatyzacji. Jednocześnie wystąpiły korelacje pomiędzy poczuciem stygmatyzacji, a parametrami związanymi z masą ciała i otłuszczeniem organizmu. Najwięcej zależności zaobserwowaliśmy w grupie kobiet z otyłością. Co ciekawe, istotne relacje ujawnione w grupie kobiet z łuszczycą i grupie kontrolnej były ujemne, co oznacza, że im wyższa masa ciała (ale taka, która nie przekracza kryterium nadwagi), tym mniejsze odczuwana stygmatyzacja.

Aby zweryfikować rolę subiektywnej oceny ciała w relacji pomiędzy obiektywnymi wymiarami ciała a poczuciem stygmatyzacji przeprowadziliśmy analizę moderacji (Rysunek 2).



**Rysunek 2.** Efekt moderacji obrazu ciała na relację pomiędzy obiektywnymi wymiarami ciała, a poczuciem stygmatyzacji.

Najczęściej występującym moderatorem związanym z subiektywnym stosunkiem do swojego ciała, w relacji pomiędzy wymiarami ciała (masą ciała, %BF i wskaźnikiem wisceralnej tkanki tłuszczowej), a poczuciem stygmatyzacji była *ocena zdrowia*. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że był to jedyny moderujący czynnik w grupie kobiet z łuszczycą, jednocześnie nie występował w ogóle w grupie kobiet z otyłością. Co ciekawe, w grupie kobiet z otyłością stosunek do własnego ciała istotnie wpływał na poczucie bycia obserwowanym przez innych oraz doświadczanie nierzyjemnych zachowań w relacjach społecznych, gdy masa ciała czy stopień otłuszczenia był wyższy.

Założyliśmy również, że kobiety z łuszczycą będą różnić się poczuciem stygmatyzacji od kobiet z grupy kontrolnej, jednak ta część hipotezy się nie potwierdziła. Również natężenie choroby, jej faza i stopień zajmowania skóry nie wpłynął na poczuciem stygmatyzacji.

Ponadto wyniki potwierdziły istotną rolę masy ciała i jej składowych (procentowej tkanki tłuszczowej oraz tkanki tłuszczowej trzewnej) w relacji do własnego ciała i poczucia stygmatyzacji. Dodatkowo, zaabsorbowanie wyglądem silniejsze było u kobiet z otyłością niż w pozostałych grupach i odgrywało istotną rolę w relacji pomiędzy obiektywnymi rozmiarami ciała (otłuszczeniu ciała i trzewnej tkanki tłuszczowej), a poczuciem bycia obserwowanym z powodu wyglądu. Podobne wyniki uzyskano w opisanym wyżej badaniu (Mazurkiewicz i wsp., 2021), gdzie wszystkie badane kobiety, bez względu na masę ciała i stopień otłuszczenia organizmu wyraziły niezadowolenie z własnej masy ciała i chęć jej redukcji.

Nasze analizy nie potwierdziły związku między parametrami dotyczącymi kształtu ciała, a poczuciem stygmatyzacji, również w relacji moderowanej subiektywną oceną ciała. Podobne wyniki na Polsko-Wietnamskiej próbie młodych osób uzyskano w badaniach Lipowskiej i współpracowników (2019), gdzie zaobserwowano, że obiektywne wymiary ciała nie miały wpływu na poczucie stygmatyzacji u kobiet. Stwierdzono również brak zależności między wskaźnikami antropometrycznymi a oceną ciała, a stosunek bioder do talii wiązał się z satysfakcją z masy ciała i sprawności fizycznej. Ponadto niewielki wpływ na ocenę ciała u Polskich młodych kobiet wpływ miało BMI. Zatem ponownie potwierdza to, że masa i jej składowe, a nie kształt ciała ma wpływ na to, jakie postawy wobec własnego ciała przyjmujemy, a także czy odczuwamy stygmatyzację z powodu wyglądu.

Nieoczekiwanym wynikiem prezentowanego badania, była pozytywna ocena własnego zdrowia u kobiet z łuszczycą, która zdaje się obniżać poczucie stygmatyzacji, nawet w sytuacji, gdy ich masa ciała, czy otłuszczenie organizmu było większe. Jest to zgodne z wynikami badań Alexandrova-Karamanova (2020), gdzie młodzi ludzie, którzy pozytywnie oceniali swoje zdrowie wykazywali bardziej pozytywne odczucia i postawy wobec ciała i własnego wyglądu. Jest to tym bardziej zaskakujące, że łuszczyca wpływa istotnie na poczucie atrakcyjności fizycznej i brak akceptacji własnego ciała (Sakson-Obada & Wycisk, 2017). Zupełnie inne podejście do swojego ciała i stygmatyzacji ujawniło się u badanych kobiet z otyłością. Prawdopodobnie w tej grupie kobiet otyłość nie jest traktowana jako choroba *per se*. Otyłość niesie ze sobą wiele konsekwencji dla zdrowia fizycznego pod postacią różnych jednostek chorobowych (Finer, 2015; Kłósek, 2016; Park, 2019), jednak często nie są one jednoznacznie połączone z otyłością (osoby bez nadmiernej masy również na nie chorują). Możliwe zatem, że jednostka nie odbiera ich jako związanych z otyłością, lecz jako niezależne od wyglądu stany chorobowe, przez co inaczej oceniają swój stan zdrowia i mniej poświęcają uwagi na jego ewaluację w kontekście wyglądu bądź stygmatyzacji. Choroby dermatologiczne wymagają

leczenie na wielu płaszczyznach, dbania o skórę, niwelowania świądu, regularnych wizyty u specjalistów, czy korzystania z możliwości kamuflowania chorej skóry (Kornhaber i wsp., 2018; Sommer i wsp., 2021). Przekonanie o wewnętrznej kontroli zdrowia jest związane z akceptacją choroby w przypadku łuszczycy, co wiąże się ze stosowaniem do zaleceń specjalistów, co z kolei pozwalana na leczenie jej objawów (Miniszewska & Adamska, 2014). Pozytywna ocena zdrowia może zatem ułatwiać skuteczniejsze radzenie sobie z fizycznymi objawami łuszczycy i wspierać redukcję stresu zaostrzającego zmiany skórne (Polak i wsp., 2020).

### **Ogólna dyskusja wyników**

Podsumowując, jak wykazały omówione badania, kobiety o różnych obiektywnych stygmatach związanych z cielesnością różnią się pod względem subiektywnego poczucia stygmatyzacji. We wszystkich prezentowanych badaniach kobiety z otyłością silniej odczuwały poczucie stygmatyzacji niż pozostałe uczestniczki badań. Ponadto wyniki dla kobiet z otyłością były niższe zarówno w ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem, a konkretniej w zakresie funkcjonowania społecznego (*artykuł 1*), jak i w ocenie własnej atrakcyjności i obrazu ciała (*artykuł 3*). Co ciekawe, kobiety z chorobami skóry (*artykuł 1*) i łuszczycą (*artykuł 3*), a także panie z grupy kontrolnej (*artykuł 1 – 3*), znacznie lepiej oceniały omawiane parametry.

Biorąc pod uwagę prezentowane wyniki, w zakresie odczuwanej jakości życia związanej ze zdrowiem (*artykuł 1*) oraz poczuciem stygmatyzacji (*artykuł 3*), między kobietami dotkniętymi przewlekłymi chorobami skóry i kobietami zdrowymi nie wystąpiły różnice. Można zatem stwierdzić, że w obliczu prezentowanych pomiarów, badane kobiety z chorobami skóry nie różniły się w swoich postawach od kobiet z grupy kontrolnej. Jest to zgodne z badaniami Rzeszutek i wsp. (2021), które wykazały, że niektórzy chorzy na łuszczycę nie różnią się w swoich postawach od osób zdrowych. Ponadto wyższe zadowolenie z własnego ciała i posiadanie zasobów pozwala osobom z łuszczycą osiągnąć satysfakcję z życia, podobnie jak populacja ogólna. Potwierdzają to również badania Sakson-Obada i wsp. (2017), gdzie akceptacja choroby, pozytywny wizerunek ciała i doświadczenia z nim związane zmniejszyły negatywne konsekwencje łuszczycy.

Niewątpliwą wartością badania jest analiza obiektywnych wymiarów ciała, w tym *Indeksu Centralnego Otluszczenia (ICO)*, czyli stosunek obwodu talii do wzrostu oraz proporcję *Talia-*

*Biodra (WHR)*. Bez względu na obiektywny stygmat i kształt (proporcje) ciała, zaabsorbowanie własną masą ciała oraz kontrola nad nią okazała się czynnikiem wpływającym na obraz ciała oraz poczucie stygmatyzacji (*artykuł 3*). Można zatem przypuszczać, że to, w jakim stopniu kobieta czuje się atrakcyjna, jakie ma postawy względem swojego ciała i czy odczuwa z tego powodu stygmatyzację jest uwarunkowane w dużej mierze tym, ile waży. Bez względu na to jak obiektywnie nasze badane wyglądały, każda z nich była niezadowolona z własnej masy ciała i pragnęła schudnąć (*artykuł 1 i 2*). Jak wiemy, niezadowolenie z własnego ciała jest normatywne, zwłaszcza u młodych kobiet (Burgess & Broome, 2012; Lipowska & Lipowski, 2006; Slevac & Tiggemann, 2011), jednocześnie nasze analizy nie potwierdziły związku między kształtem ciała, a subiektywnym poczuciem stygmatyzacji.

Badane grupy w zakresie radzenia sobie z sytuacją trudną różniły się między sobą jedynie pod względem częstszego u kobiet z otyłością wykorzystywania poczucia humoru (*artykuł 2*). Ponadto zaobserwowaliśmy, że kobiety z otyłością, kiedy odczuwały wrogie zachowanie, częściej jako reduktor napięcia wybierały nieadaptacyjne formy humoru. Otyłość, jako zdyskredytowana cecha, a zatem widoczna i trudna, czy wręcz niemożliwa do ukrycia, stając się obiektem stygmatyzowania, często bywa przedmiotem drwin. Długotrwały kontakt ze społecznym piętnowaniem zwiększa prawdopodobieństwo zinternalizowania przez osoby z nadmierną masą negatywnych informacji o sobie i może powodować odczuwanie dyskomfortu psychicznego w związku z własnym wyglądem zewnętrznym (Annis i wsp., 2004).

Prezentowany cykl badań może mieć istotne znaczenie w zwróceniu uwagi na to, jak poczucie stygmatyzacji wpływa na kobiety otyłe, a także jak implikuje ich zachowanie, zarówno względem siebie, jak innych. Stosowanie bowiem strategii radzenia sobie ze stresem oraz używanie poczucia humoru (*artykuł 2*) w sposób destrukcyjny, wpływa na samą stygmatyzowaną, jak i na jej otoczenie i relacje z najbliższymi. Często osoba posługująca się tym rodzajem humoru może być postrzegana jako zabawna i dowcipna (np. „błazen klasowy”), choć jednocześnie często ukrywa ona swoje potrzeby emocjonalne i ma niską samoocenę, a posługując się humorem, stosuje go jako formę obronnego zaprzeczania lub wyśmiewania własnej ułomności (Fabrizi & Pollio, 1987; Kubie, 1971; Martin i wsp., 2003; Schermer i wsp., 2017).

Powyzsza wiedza na temat stygmatyzacji i jej konsekwencji może mieć olbrzymie znaczenie w praktyce lekarzy rodzinnych, psychiatrów, pedagogów i innych specjalistów

wspierających zdrowie i rozwój kobiet (już od najmłodszych lat). Warto zatem, by w pracy z osobami z nadwagą i otyłością dbać o ich pozytywny obraz siebie, a w programach społecznych uwzględniać stygmat związany z masą jako konieczny do redukcji. Jednocześnie dopóki media będą lansować modę na szczupłą kobiecą sylwetkę, niezadowolenie z własnego ciała w porównaniu z tym modelem będzie obniżać samoocenę, sprzyjając jednocześnie licznym zaburzeniom związanym z odżywianiem i konieczności stosowania mechanizmów obronnych.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexandrova-Karamanova, A. (2020). Appearance Self-Attitudes and Health and Well-Being of Bulgarian Adolescents. *Central European Journal of Paediatrics*, 16(1), 69-82.
- Allport, G. (1998). *Osobowość i religia*. Instytut Wydawniczy Pax.
- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167.
- Basińska, M. A., & Kasprzak, A. (2012). Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny*, 99(6), 692-700.
- Bellard, A., Urgesi, C., & Cazzato, V. (2021). Self-body recognition and attitudes towards body image in younger and older women. *Archives of Women's Mental Health*. 1-13, <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01164-x>
- Bidzan, M. (2008). *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bradford, W. D., & Dolan, P. (2010). Getting used to it: The adaptive global utility model. *Journal of Health Economics*, 29(6), 811-820.
- Brytek-Matera, A. (2009). Konfrontacja ze stresem u kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 5(4), 213-219.
- Brytek-Matera, A., & Rogoza, R. (2015). Validation of the Polish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire among women. *Eating and Weight Disorders*, 20(1), 109-117. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0156-x>
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10(1), 1-7.
- Burgess, J. N., & Broome, M. E. (2012). Perceptions of weight and body image among preschool children: A pilot study. *Pediatric Nursing*, 38(3), 147-152, 176.
- Burmeister, J. M., & Carels, R. A. (2014). Weight-related humor in the media: Appreciation, distaste, and anti-fat attitudes. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 223-238. <https://doi.org/10.1037/ppm0000029>
- Bush, H. M., Williams, R. G. A., Lean, M. E. J., & Anderson, A. S. (2001). Body image and weight consciousness among South Asian, Italian and general population women in Britain. *Appetite*, 37(3), 207-215. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0424>
- Buss, D. M. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, 39(3), 502-512.
- Capon, F. (2017). The Genetic Basis of Psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijms18122526>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Cash, T. (2000). *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. MB-SRQ users' manual*. Old Dominion University.
- Cash, T. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. W: Thomas Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body Image. A handbook of theory, research and clinical practice*. (s. 478-486). Guilford Press.
- Chang, S.-R., Yang, C. F., & Chen, K.-H. (2019). Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: A cross-sectional study. *Maturitas*, 126, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.218>
- Chaudoir, S. R., Earnshaw, V. A., & Andel, S. (2013). "Discredited" Versus "Discreditable": Understanding How Shared and Unique Stigma Mechanisms Affect Psychological and Physical Health Disparities. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 75-87. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746612>
- Chisuwa, N., & O'Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54(1), 5-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.11.008>

- Chrostowska, B. (2018). Potencjał grup samopomocowych w radzeniu sobie ze stygmatyzacją przeniesioną wśród rodziców dzieci z niepełnosprawnością. *Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne*(32), 13-28.
- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2021). The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. *Journal of Health Psychology*, 26(13), 2365–2373. <https://doi.org/10.1177/1359105320912450>
- Coy, A. E., Green, J. D., & Price, M. E. (2014). Why is low waist-to-chest ratio attractive in males? The mediating roles of perceived dominance, fitness, and protection ability. *Body Image*, 11(3), 282-289. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.04.003>
- Cwojdzńska, A. (2009). Obraz ciała w anoreksji psychicznej. W: B. Ziółkowska, A. Cwojdzńska, M. Chołody (red.), *Ciało w kulturze i nauce* (s. 106-112). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Czeczor, K., Kościcka, K., & Brytek-Matera, A. (2016). Społeczno-kulturowe postawy wobec własnego wyglądu i niezadowolenie z ciała u kobiet i mężczyzn w okresie późnej adolescencji: badania wstępne. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(3), 364–377. <https://doi.org/10.14656/PFP20160303>
- Czykwini, E. (2007). *Stygmat społeczny*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dalgard, F. J., Bewley, A., Evers, A. W., Gieler, U., Lien, L., Sampogna, F., Ständer, S., Tomas-Aragones, L., Vulink, N., & Kupfer, J. (2018). Stigmatisation and body image impairment in dermatological patients: protocol for an observational multicentre study in 16 European countries. *BMJ Open*, 8(12), 1-5, e024877. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024877>
- Datta Gupta, N., Etcoff, N. L., & Jaeger, M. M. (2016). Beauty in Mind: The Effects of Physical Attractiveness on Psychological Well-Being and Distress. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 1313-1325. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9644-6>
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2006). Adolescent Body Image and Psychosocial Functioning. *Journal of Social Psychology*, 146(1), 15-30. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>
- De Clercq, D., & Belausteguigoitia, I. (2020). Coping and laughing in the face of broken promises: implications for creative behavior. *Personnel Review*, 49(4), 993-1014. <https://doi.org/10.1108/PR-11-2018-0441>
- de Korte, J., Sprangers, M. A., Mommers, F. M., & Bos, J. D. (2004). Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 9(2), 140-147. <https://doi.org/10.1046/j.1087-0024.2003.09110.x>
- DeStefano, G. M., & Christiano, A. M. (2014). The genetics of human skin disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 4(10), 1-41. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a015172>
- Dixon, B., Li, B., & Dixon, A. (2010). Female waist-to-hip ratio, body mass index and sexual attractiveness in China. *Current Zoology*, 56(2), 175-181.
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and overview. W: T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (red.), *The social psychology of stigma* (s. 1-28). The Guilford Press.
- Elffers, T. W., de Mutsert, R., Lamb, H. J., de Roos, A., Willems van Dijk, K., Rosendaal, F. R., Jukema, J. W., & Trompet, S. (2017). Body fat distribution, in particular visceral fat, is associated with cardiometabolic risk factors in obese women. *Plos One*, 12(9), 1-10, e0185403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185403>
- Fabrizi, M. S., & Pollio, H. R. (1987). A naturalistic study of humorous activity in a third, seventh, and eleventh grade classroom. *Merrill-Palmer Quarterly*, 33(1), 107-128.
- Ferraro, F., Muehlenkamp, J., Paintner, A., Wasson, K., Hager, T., & Hoverson, F. (2008). Aging, Body Image, and Body Shape. *Journal of General Psychology*, 135, 379-392. <https://doi.org/10.3200/GENP.135.4.379-392>
- Finer, N. (2015). Medical consequences of obesity. *Medicine*, 43(2), 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.11.003>
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Corrin, A., Taylor, R. J., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2003). Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(3), 211-224. <https://doi.org/10.1023/a:1023408503807>
- Franzoi, S. L., Vasquez, K., Sparapani, E., Frost, K., Martin, J., & Aebly, M. (2012). Exploring Body Comparison Tendencies: Women Are Self-Critical Whereas Men Are Self-Hopeful. *Psychology of Women Quarterly*, 36(1), 99-109. <https://doi.org/10.1177/0361684311427028>



- Gestsdottir, S., Svansdottir, E., Sigurdsson, H., Arnarsson, A., Ommundsen, Y., Arngrimsson, S., Sveinsson, T., & Johannsson, E. (2018). Different factors associate with body image in adolescence than in emerging adulthood: A gender comparison in a follow-up study. *Health Psychology Report*, 6(1), 81-93. <https://doi.org/10.5114/hpr.2018.71201>
- Godoy-Izquierdo, D., González-Hernández, J., Rodríguez-Tadeo, A., Lara, R., Ogallar, A., Navarrón, E., Ramírez, M. J., López-Mora, C., & Arbinaga, F. (2020). Body Satisfaction, Weight Stigma, Positivity, and Happiness among Spanish Adults with Overweight and Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4186. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124186>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., & Machado, P. P. P. (2019). Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1002/eat.23161>
- Hack, S. M., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., & Lucksted, A. A. (2020). Stigma and discrimination as correlates of mental health treatment engagement among adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 106-110. <https://doi.org/10.1037/prj0000385>
- Harrison, K. (2003). Television Viewers' Ideal Body Proportions: The Case of the Curvaceously Thin Woman. *Sex Roles*, 48(5-6), 255-264. <https://doi.org/10.1023/A:1022825421647>
- Hawro, T., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Sysa-Jędrzejowska, A., Zalewska, A. (2007). Lęk i depresja, a wsparcie społeczne u chorych na łuszczycę. *Przegląd Lekarski*, 64(9), 568-571.
- Himes, S. M., & Thompson, J. K. (2007). Fat stigmatization in television shows and movies: a content analysis. *Obesity (Silver Spring)*, 15(3), 712-718. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.635>
- Hornowska, E., & Charytonik, J. (2011). Polska adaptacja kwestionariusza stylów humoru (HSQ) R. Martina, P. Puhlik-Doris, G. Larsena, J. Gray i K. Weir. *Studia Psychologiczne*, 49(4), 5 – 22. <https://doi.org/10.2478/v10167-010-0032-x>
- Izydorczyk, B., Truong Thi Khanh, H., Lizińczyk, S., Sitnik-Warchulska, K., Lipowska, M., & Gulbicka, A. (2020). Body Dissatisfaction, Restrictive, and Bulimic Behaviours Among Young Women: A Polish-Japanese Comparison. *Nutrients*, 12(3), 666. <https://doi.org/10.3390/nu12030666>
- Izydorczyk, B. C., Rąba, M., & Sitnik-Warchulska, K. (2018). Resilience, self-esteem, and body attitude in women from early to late adulthood. *Health Psychology Report*, 6(3), 193-206. <https://doi.org/10.5114/hpr.2018.74698>
- Jenull, B., Mayer, C., Knobel, P., & Birnbacher, R. (2021). Weight-Stigma and Body Satisfaction among Preschool Children. *Journal of Pediatrics, Perinatology and Child Health*, 5, 112-125. <https://doi.org/10.26502/jppch.74050069>
- Jill Thompson, A., Poyrazli, S., & Miller, E. (2000). Western media and body image dissatisfaction in young women in developing nations. *Eurasian Journal of Educational Research*, 90, 45-66. <https://doi.org/10.14689/ejer.2020.90.3>
- Jones, D. C. (2001). Social Comparison and Body Image: Attractiveness Comparisons to Models and Peers Among Adolescent Girls and Boys. *Sex Roles*, 45(9), 645-664. <https://doi.org/10.1023/A:1014815725852>
- Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2009). Mini-COPE - Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem. W: Z. Juczyński & N. Ogińska-Bulik (reds.), *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. (s. 45–55). Pracownia Testów PTP.
- Kacprzak, A. (2012). Dzieci osób skazanych na karę pozbawienia wolności: przegląd badań i analiz problematyki. W: W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), *Bieda dzieci, zaniedbanie, wykluczenie* (s. 89-106). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kędzierska, J., Ponikowska, I., Makowska-Ofiarska, K., Adamczyk, P., Ossowski, R., & Sobieralska-Michalak, K. (2013). Zaburzenia nastroju u osób z otyłością. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8(3), 333-345.
- Kim, Y. A. (2018). Emotional evidence: influences on happiness from the frequent positive visual exposure. W: *International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics*, (s.227-237). Springer, Cham.

- Kłósek, P. (2016). Zależności między stresem psychologicznym a powstawaniem otyłości. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 10(3), 145-152.
- Knauss, C., Paxton, S. J., & Alsaker, F. D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*, 4(4), 353-360. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.06.007>
- Kornhaber, R., Visentin, D., Thapa, D. K., West, S., McKittrick, A., Haik, J., & Cleary, M. (2018). Cosmetic camouflage improves quality of life among patients with skin disfigurement: A systematic review. *Body Image*, 27, 98-108. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.004>
- Kruczek, A., & Basińska, M. A. (2018a). Coping humor for the relationship between a sense of stress at work and job satisfaction. *Medycyna Pracy*, 69(6), 621-631. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00753>
- Kruczek, A., & Basińska, M. A. (2018b). Humour, Stress and Coping in Adults. *Advances in Psychiatry and Neurology*, 27(3), 181-195. <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.78712>
- Kubie, L. S. (1971). The destructive potential of humor in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 127(7), 861-866. <https://doi.org/10.1176/ajp.127.7.861>
- Kudlińska, I. (2011). Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych). *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica*, 38, 51-72.
- Lammers, W. J., Davis, S., Davidson, O., & Hogue, K. (2016). Impact of Positive, Negative, and No Personality Descriptors on the Attractiveness Halo Effect. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 21(1), 29-34. <https://doi.org/10.24839/2164-8204.JN21.1.29>
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L. J., Doctor, M., & Thombs, B. D. (2006). The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psychological Assessment*, 18(1), 106-111. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.1.106>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazuka, R. F., Wick, M. R., Keel, P. K., & Harriger, J. A. (2020). Are We There Yet? Progress in Depicting Diverse Images of Beauty in Instagram's Body Positivity Movement. *Body Image*, 34, 85-93. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.05.001>
- Lefcourt, H. M. (2001). *Humor: The psychology of living buoyantly*. Kluwer Academic Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4287-2>
- Lipowska, M., Bidzan, M., Mazurkiewicz, N., & Lipowski, M. (2015). Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 303-323.
- Lipowska, M., Khanh Ha, T., Lipowski, M., Różycka-Tran, J., Bidzan, M., & Thu, T. (2019). The Body as an Object of Stigmatization in Cultures of Guilt and Shame: A Polish-Vietnamese Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2814. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162814>
- Lipowska, M., & Lipowski, M. (2006). Poziom optymizmu a akceptacja własnego ciała przez kobiety w okresie adolescencji. *Psychologia Rozwojowa*, 11(3), 89-96.
- Lipowska, M., & Lipowski, M. (2015). Narcissism as a Moderator of Satisfaction with Body Image in Young Women with Extreme Underweight and Obesity. *Plos One*, 10(5), e0126724. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126724>
- Lipowski, M., & Lipowska, M. (2015). Poziom narcyzmu jako moderator relacji pomiędzy obiektywnymi wymiarami ciała a stosunkiem do własnej cielesności młodych mężczyzn. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(1), 31-46. <https://doi.org/10.14656/PFP20150103>
- Major, B., & Schmader, T. (2018). Stigma, social identity threat, and health. W: *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health*. (s. 85-103). Oxford University Press.
- Mandal, E. (2004). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z plcią*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Marcysiak, I. M. (2001). Otyłość jako źródło lęku i stresu u kobiet. *Studia Psychologica*, 2, 129-136.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles

- Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48-75. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00534-2](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00534-2)
- Mazurkiewicz, N., Lipowski, M., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). "Better If They Laugh with Me than at Me": The Role of Humor in Coping with Obesity-Related Stigma in Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7974. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157974>
- Mensingher, J. L., & Meadows, A. (2017). Internalized weight stigma mediates and moderates physical activity outcomes during a healthy living program for women with high body mass index. *Psychology of Sport and Exercise*, 30, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.01.010>
- Miękoś-Zydek, B., Ryglewska-Cho, A., Lassota-Falczyńska, M., Czyż, P., & A., K. (2006). Jakość życia pacjentów z łuszczycą. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 23(6), 273-277.
- Miniszewska, J., & Adamska, M. (2014). Beliefs about health, illness and acceptance of the limitations of chronic somatic disease in people with psoriasis. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(3), 202-212. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2014.0029>
- Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Ograczyk-Piotrowska, A., & Zalewska-Janowska, A. (2020). Life satisfaction and health related quality of life – the same or a different construct? A survey in psoriasis patients. *Health Psychology Report*, 8(3), 219-227. <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.95909>
- Miniszewska, J., Juczyński, Z., Ograczyk, A., & Zalewska, A. (2013). Health-related quality of life in psoriasis: important role of personal resources. *Acta Derm Venereol*, 93(5), 551-556. <https://doi.org/10.2340/00015555-1530>
- Mitchell, S. H., Petrie, T. A., Greenleaf, C. A., & Martin, S. B. (2012). Moderators of the internalization–body dissatisfaction relationship in middle school girls. *Body Image*, 9(4), 431-440.
- Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27(16), 1438-1452. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x>
- Myers, A., & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23(3), 221-230. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765>
- Nawarycz, T., & Ostrowska-Nawarycz, L. (2007). Otyłość brzuszna u dzieci i młodzieży - doświadczenia łódzkie. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 3(1), 1-9.
- Ograczyk, A., Malec, J., Miniszewska, J., & Zalewska-Janowska, A. (2012). Psychological aspects of atopic dermatitis and contact dermatitis: Stress coping strategies and stigmatization. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 29, 14-18.
- Ograczyk, A., Miniszewska, J., Kępska, A., & Zalewska-Janowska, A. (2014). Original paper Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Advances in Dermatology and Allergology*, 31(5), 299-304. <https://doi.org/10.5114/pdia.2014.40927>
- Ossowski, R. (2012). Psychologiczne problemy walki z otyłością. W: A. D. Irena Ponikowska (red.), *Od otyłości do maratonu : jak pokonać własne słabości* (s. 49-56). Uzdrowski Szpital Kliniczny.
- Ossowski, R. (2013). Psychologiczne problemy w redukcji wagi ciała. W: B. K. Przemysław Paweł Grzybowski (red.), *Seniorzy w działaniu: słuchacze Kazimierzowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku i działalność wolontaryjna* (s. 60-69). Fundacja dla Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Parikh, R., Mohan, V., & Joshi, S. (2012). Should waist circumference be replaced by index of central obesity (ICO) in definition of metabolic syndrome? *Diabetes/metabolism research and reviews*, 28(1), 3-5.
- Park, A. (2019). Pathophysiology and aetiology and medical consequences of obesity. *Medicine*, 47(3), 169-174. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.12.010>
- Pawłowski, B., & Dunbar, R. I. (2005). Waist-to-hip ratio versus body mass index as predictors of fitness in women. *Human Nature*, 16(2), 164-177.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358-367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Pietrzykowska, E., & Wierusz-Wysocka, B. (2008). Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 24, 472-476.

- Polak, D., Teległów, A., & Piotrowska, A. (2020). Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym. *9*, 455-460.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, *4*(1), 53-78. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(02\)00096-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(02)00096-X)
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*, *17*(5), 941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *27*(2), 117-127. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.12.002>
- Puhl, R. M., & Lessard, L. M. (2020). Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Current Obesity Reports*, *9*(4), 402-411. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00408-8>
- Robbins, T. W., & Fray, P. J. (1980). Stress-induced eating: Fact, fiction or misunderstanding? *Appetite*, *1*(2), 103-133. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(80\)80015-8](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(80)80015-8)
- Rosińska, M., Rzepa, T., Szramka-Pawlak, B., & Żaba, R. (2017). Obraz własnego ciała oraz objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatria Polska*, *51*(6), 1145-1152. <https://doi.org/10.12740/PP/68948>
- Rzepa, T. (2011). Choroby skóry jako niszczące piętno. W: J. Szepietowski, T. Rzepa, R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 12-21). Wydawnictwo Cornetis.
- Rzesutek, M., Podkowa, Pięta, M., Pankowski, D., & Cyran-Stemplewska, S. (2021). Comparative study of life satisfaction among patients with psoriasis versus healthy comparison group: the explanatory role of body image and resource profiles. *Quality of Life Research*, *30*. 181-191. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02621-3>
- Sakson-Obada, O., Pawlaczyk, M., Gerke, K., & Adamski, Z. (2017). Acceptance of psoriasis in the context of body image, body experience, and social support. *Health Psychology Report*, *5*(3), 251-257. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.63824>
- Sakson-Obada, O., & Wycisk, J. (2017). Łuszczycza jako czynnik ryzyka dla zakłóceń w ja cielesnym – moderująca rola płci. *Polskie Forum Psychologiczne*, *22*(3), 459-477. <https://doi.org/10.14656/PFP20170307>
- Schermer, J. A., Martin, R. A., Vernon, P. A., Martin, N. G., Colodro Conde, L., Statham, D., & Lynskey, M. T. (2017). Lonely people tend to make fun of themselves: A behavior genetic analysis of humor styles and loneliness. *Personality and Individual Differences*, *117*, 71-73. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.042>
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O. N., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, *11*(9), 1033-1039. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.142>
- Shah, R., Saeed, S., Aslam, S., Ali, I., & Jafeer, Q. U. A. (2020). Unemployment and social stigma: Naming, blaming and shaming of educated youth in rural Khyber Pakhtunkhwa province of Pakistan [Article]. *International Journal of Sociology and Social Policy*, *40*(7-8), 543-558. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-10-2019-0206>
- Slevec, J., & Tiggemann, M. (2011). Media Exposure, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Middle-aged Women: A Test of the Sociocultural Model of Disordered Eating. *Psychology of Women Quarterly*, *35*(4), 617-627. <https://doi.org/10.1177/0361684311420249>
- Sola, M., Gajewska, E., & Manikowski, W. (2012). Wpływ otyłości na jakość życia związaną ze stanem zdrowia wśród dziewcząt i chłopców. *Nowiny Lekarskie*, *8*(14), 321-329.
- Sommer, R., Augustin, M., Hilbring, C., Ständer, S., Hubo, M., Hutt, H. J., von Stülpnagel, C. C., & da Silva, N. (2021). Significance of chronic pruritus for intrapersonal burden and interpersonal experiences of stigmatization and sexuality in patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *35*(7), 1553-1561. <https://doi.org/10.1111/jdv.17188>
- Stangier, U., Ehlers, A., & Gieler, U. (2003). Measuring adjustment to chronic skin disorders: validation of a self-report measure. *Psychological Assessment*, *15*(4), 532-549. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.532>

- Suelter, C. S., Schvey, N., Kelly, N. R., Shanks, M., Thompson, K. A., Mehari, R., Brady, S., Yanovski, S. Z., Melby, C. L., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, J. A., & Shomaker, L. B. (2018). Relationship of pressure to be thin with gains in body weight and fat mass in adolescents. *Pediatric Obesity*, 13(1), 14-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijpo.12179>
- Sweeting, H. N. (2007). Measurement and Definitions of Obesity In Childhood and Adolescence: A field guide for the uninitiated. *Nutrition Journal*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-6-32>
- Świątkiewicz-Mośny, M. (2010). *Tożsamość napiętnowana*. Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Świtaj, P. (2005). Piętno choroby psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 131-136.
- Thompson, J. K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., & Heinberg, L. J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): development and validation *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 293-304. <https://doi.org/10.1002/eat.10257>
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624-627. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>
- Tuszyńska-Bogucka, W., & Bogucki, J. (2016). „Slim, Smart and Happy?” Stigmatization of Obesity Among Preschool Children. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 22(1), 7-24. <https://doi.org/10.12775/PBE.2015.058>
- Urbańska, A., & Dziurawiec, K. Ž. v. (2019). Obesity and body image. *Current Problems of Psychiatry*, 20(4), 301-308. <https://doi.org/doi:10.2478/cpp-2019-0022>
- van Beugen, S., van Middendorp, H., Ferwerda, M., Smit, J. V., Zeeuwen-Franssen, M. E. J., Kroft, E. B. M., de Jong, E. M. G. J., Donders, A. R. T., van de Kerkhof, P. C. M., & Evers, A. W. M. (2017). Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 176(3), 687-694. <https://doi.org/10.1111/bjd.14875>
- Ware, J., Kosinski, M., & Dewey, J. (2000). *How to score version two of the sf-36 health survey*. Quality Metric, Incorporated, Lincoln, RI.
- Westfall, R. S., Millar, M. G., & Lovitt, A. (2019). The Influence of Physical Attractiveness on Belief in a Just World. *Psychological Reports*, 122(2), 536-549. <https://doi.org/10.1177/0033294118763172>
- Williams, J. M., & Currie, C. (2000). Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence::Pubertal Timing and Body Image. *Journal of Early Adolescence*, 20(2), 129-149. <https://doi.org/10.1177/0272431600020002002>
- Winiarska, J. (2019). Żart jako próba przełamania stereotypu niepełnosprawności. *Etnolingwistyka. Problemy Języka i Kultury*, 31, 211-225. <https://doi.org/10.17951/et.2019.31.211>
- Wojtyła-Buciora, P., Klimberg, A., & Wojtyła, A. (2018). Samoocena własnej sylwetki a wskaźnik masy ciała młodzieży w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 99(2), 146-154.
- Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinol*, 38(3), 255-267.
- Zegarska, B., Tabaczyński, O., & Woźniak, M. (2007). Zastosowanie makijażu i kamuflażu w niwelowaniu defektów kosmetycznych oraz zmian skórnych w przebiegu różnych schorzeń dermatologicznych - doświadczenia własne. *Dermatologia Estetyczna*, 50(3), 159-166.
- Zhang, M., Barreto, M., & Doyle, D. (2020). Stigma-Based Rejection Experiences Affect Trust in Others. *Social Psychological and Personality Science*, 11(3), 308-316. <https://doi.org/10.1177/1948550619829057>
- Żołnierczyk-Zreda, D., Wrześniewski, K., Bugajska, J., & Jędryka-Góral, A. (2009). *Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia*. CIOP-PIB.

#### OŚWIADCZENIE WSPÓLAUTORÓW PUBLIKACJI

**PUBLIKACJA:** Lipowska, M., Bidzan, M., Mazurkiewicz, N., & Lipowski, M. (2015). Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny*, 58(3), 303-323.

**KANDYDAT DO STOPNIA DOKTORA:** Natalia Mazurkiewicz

Jako współautorzy powyższej publikacji oświadczamy, iż Natalia Mazurkiewicz wniosła indywidualny wkład w powstanie pracy wynoszący 50% i polegający na opracowaniu koncepcji, przeprowadzeniu badań, opracowaniu i interpretacji wyników, przygotowaniu tekstu publikacji, sporządzeniu bibliografii.

#### WKŁAD WSPÓLAUTORÓW PUBLIKACJI

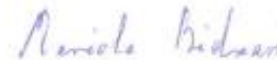
dr hab. Małgorzata Lipowska, prof. UG  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

*30%: pomysł badawczy, interpretacja wyników,  
przygotowanie publikacji, sporządzanie bibliografii*



prof. dr hab. Mariola Bidzan  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

*10%: interpretacja wyników, przygotowanie publikacji,  
sporządzanie bibliografii*



dr hab. Mariusz Lipowski, prof. AWFIS  
Zakład Psychologii,  
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku

*10%: pomysł badawczy, analiza statystyczna,  
interpretacja wyników, przygotowanie publikacji*



Jednocześnie wyrażamy zgodę na przedłożenie w/w pracy przez Natalię Mazurkiewicz, jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów naukowych opublikowanych w czasopiśmie naukowych.

## OŚWIADCZENIE WSPÓLAUTORÓW PUBLIKACJI

**PUBLIKACJA:** Mazurkiewicz, N., Lipowski, M., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). "Better If They Laugh with Me than at Me": The Role of Humor in Coping with Obesity-Related Stigma in Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7974. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157974>

**KANDYDAT DO STOPNIA DOKTORA:** Natalia Mazurkiewicz

Jako współautorzy powyższej publikacji oświadczamy, iż Natalia Mazurkiewicz wniosła indywidualny wkład w powstanie pracy wynoszący 70% i polegający na opracowaniu koncepcji, przeprowadzeniu badań, opracowaniu i interpretacji wyników, przygotowaniu tekstu publikacji, sporządzeniu bibliografii.

### WKŁAD WSPÓLAUTORÓW PUBLIKACJI

dr hab. Mariusz Lipowski, prof. AWFis  
Zakład Psychologii,  
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku

*10%: pomysł badawczy, analiza statystyczna,  
interpretacja wyników, przygotowanie publikacji*

Jarosław Krefta  
Creative Code Studio, Gdynia

*5%: analiza statystyczna, przygotowanie publikacji*

dr hab. Małgorzata Lipowska, prof. UG  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

*15%: pomysł badawczy, interpretacja wyników,  
przygotowanie publikacji, sporządzanie bibliografii*



Jednocześnie wyrażamy zgodę na przedłożenie w/w pracy przez Natalię Mazurkiewicz, jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów naukowych opublikowanych w czasopismach naukowych.

## OŚWIADCZENIE WSPÓLAUTORÓW PUBLIKACJI

**PUBLIKACJA:** Mazurkiewicz, N., Krefta, J., & Lipowska, M. (2021). Attitudes Towards Appearance and Body-Related Stigma Among Young Women With Obesity and Psoriasis. *Frontiers in Psychiatry, 12*(1995). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.788439>

**KANDYDAT DO STOPNIA DOKTORA:** Natalia Mazurkiewicz

Jako współautorzy powyższej publikacji oświadczamy, iż Natalia Mazurkiewicz wniosła indywidualny wkład w powstanie pracy wynoszący 80% i polegający na opracowaniu koncepcji, przeprowadzeniu badań, opracowaniu i interpretacji wyników, przygotowaniu tekstu publikacji, sporządzeniu bibliografii.

### WKŁAD WSPÓLAUTORÓW PUBLIKACJI

Jarosław Krefta  
Creative Code Studio, Gdynia

*5%: analiza statystyczna, przygotowanie publikacji*



dr hab. Małgorzata Lipowska, prof. UG  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

*15%: pomysł badawczy, interpretacja wyników, przygotowanie publikacji, sporządzanie bibliografii*



Jednocześnie wyrażamy zgodę na przedłożenie w/w pracy przez Natalię Mazurkiewicz, jako część rozprawy doktorskiej w formie spójnego tematycznie zbioru artykułów naukowych opublikowanych w czasopismach naukowych.



## Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet

Małgorzata Lipowska\*

Mariola Bidzan

Natalia Mazurkiewicz

*Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii*

Mariusz Lipowski

*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku*

*Zakład Psychologii Zdrowia*

### QUALITY OF LIFE IN CHRONIC VISIBLE ILLNESS AND THE SENSE OF STIGMATIZATION IN YOUNG WOMEN

**Abstract.** The aim of the research is to verify an assumption that the effect of the so called 'social audience' and the assessment of a chronic disease as dependent on the patient, differentiates the sense of the experienced stigmatization and the assessment of the health-related quality of life with young women. In addition, it could be assumed that in the three study groups the sense of stigmatization will affect the sense of the quality of life in a different way. 102 women in the period of early adulthood ( $M = 25.08$ ,  $SD = 3.01$ ,  $\min = 18$ ,  $\max = 30$ ), comprising two clinical groups: with the visible and chronic obesity ( $n = 30$ ) and the visible, chronic skin disease ( $n = 31$ ). The comparison group consisted of women of normal weight, with no skin diseases ( $n = 42$ ). The study groups were of the same age ( $F = 2.37$ ,  $p = .098$ ). The majority of the respondents resided in Tricity and its surroundings. The sense of stigmatization was assessed using the Perceived Stigmatization Questionnaire, PSQ. The quality of life was assessed using the Quality of Life Questionnaire – SF-36v.II. In addition the respondents' height and weight were measured in order to calculate the anthropometric indicator – BMI. Chronic disease and its kind differentiate young women in terms of the perceived quality of life and the sense of stigmatization. Obese women assessed their physical functioning the lowest. No difference in terms of the perceived health-related quality of life was observed between women with chronic skin diseases and healthy women. As far as the sense of stigmatization was concerned, the group of young obese women assessed the experienced behaviours as hostile more often, than women with

---

\* Adres do korespondencji: MAŁGORZATA LIPOWSKA – Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański, ul. Bażyńskiego 4, 80-952 Gdańsk; e-mail: malgorzata.lipowska@ug.edu.pl

chronic skin diseases and those from the comparison group. With obese women, only the stigmatization dimension *Embarrassment/staring* correlated negatively with *Social functioning*.

**Key words:** obesity, skin disease, body image, health related quality of life, early adulthood.

W ostatnich latach można zaobserwować zwiększone zainteresowanie badaniami nad problematyką jakości życia. Obejmują one związek jakości życia m.in. z wiekiem (Baumann, 2006; Olszewski, 2013), płcią (Krawczyk-Wasielewska, Gajewska i Samborski, 2012; Rollero, Gattino i DePiccoli, 2014), poczuciem atrakcyjności i obrazem własnego ciała (Cash i Fleming, 2001; Gouveia, Frontini, Canavarro i Moreira, 2014), pracą (Kowalewska i in., 2010; Rostowska, 2008), rodziną (Rostowska, 2006; Limbers i Skipper, 2014; Silva, Crespo, Carona, Bullinger i Canavarro, 2014), a także zdrowiem. Jakość życia związana ze zdrowiem (*health related quality of life* – HRQL) jest ujmowana jako subiektywny odbiór choroby i konsekwencji płynących z jej leczenia (Schipper, Clinch i Olweny, 1996; Żelazny, Nowicki, Majkowicz i Samet, 2004; Pąchalska, 2007; Bidzan, 2008). Zgodnie z propozycją Komisji Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) choroba przewlekła definiowana jest jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, albo według wszelkich oczekiwań będą wymagać długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki” (Pilecka, 2007, s. 15).

Choroba przewlekła wpływa na jakość życia osób chorych. Badania dotyczące HRQL odnosiły się m.in. do osób cierpiących na: obturacyjną chorobę płuc (Bąk-Drabik i Ziora, 2004, 2010; Jones i Wijkstra, 2006), cukrzycę (Suwalska, Górna, Łojko i Rybakowski, 2004; Kurowska i Szomszor, 2011; Svenningsson, Marklund, Attavall i Gedda, 2011; Väättäinen i in., 2014; Ziarko, 2014), choroby nowotworowe (Ganz i in., 2002; Majkowicz, 2005), nadciśnienie tętnicze (Kawecka-Jaszcz, Klocek i Tobiasz-Adamczyk, 2006; Woźnicka, Posadzy-Mańczyńska, Leśkiewicz i Głuszek, 2008), astmę (Chełmińska i in., 2007; Silva i in., 2014), schizofrenię (Kopyciński i Czernikiewicz, 2011; Górna i in., 2014), wysiłkowe nietrzymanie moczu (Bidzan, 2008), przewlekłą chorobę nerek (Bargiel-Matusiewicz, 2014) czy reumatoidalne zapalenie stawów (Basińska, 2006; Bączyk, 2008; Salafii, Carotti, Gasparini, Intorcchia i Grassi, 2009; Bidzan, Aponowicz, Bidzan i Szulman-Wardal, 2010; Wisłowska, Konecki, Tyszko i Kapała, 2010; Krawczyk-Wasielewska i in., 2012; Ziarko, 2014). Obniżenie oceny jakości życia osób w powyższych przypadkach jest związane zarówno z czasem trwania choroby, jej nasileniem, stresem wywołanym objawami choroby, jak i jej wpływem na różne sfery życia, koniecznością brania leków i poddawania się innym formom leczenia, często długotrwałego i uciążliwego (zabiegi operacyjne, dializoterapia – w przypadku przewlekłych chorób nerek), a także stałym kontaktem z lekarzem i innymi specjalistami (Hołub,

2007), oraz ma związek z funkcjonowaniem chorego – zarówno w życiu społecznym, zawodowym, jak i prywatnym.

Dodatkowo niektóre z chorób przewlekłych w sposób widoczny zniekształcają ciało, co dodatkowo wywołuje poczucie wstydu, a sam aspekt widoczności choroby znacząco wpływa na obniżenie poczucia atrakcyjności fizycznej. To z kolei może wpływać na negatywny obraz własnego ciała (Cash, 2002). Ocena własnego wyglądu ma ścisły związek z samooceną i w dużej mierze jest uzależniona od wieku i płci.

Ogólny trend rozwojowy wskazuje, że w okresie dorastania i wczesnej dorosłości ocena własnego ciała obniża się znacząco głównie w związku z opiniami docierającymi z otoczenia (Mitchell, Petrie, Greenleaf i Martin, 2012; Standley, Sullivan i Wardle, 2009; Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg i Neumark-Sztainer, 2013), w czasie średniej dorosłości wzrasta powoli (Ziebland, Robertson, Jay i Neil, 2002; McLaren, Hardy i Kuh, 2003; Kochan-Wójcik i Piskorz, 2010), a u progu starości gwałtownie spada w konfrontacji z widocznymi oznakami starzenia się oraz ogólną opinią na temat starości (Ferraro i in., 2008). Paradoksalnie najwyższy poziom krytycyzmu odnośnie do własnego ciała przypada na czas młodości (Lipowska i Lipowski, 2006).

Kobiety i mężczyźni różnią się odmiennymi postawami wobec ciała: kobiety zwykle traktują ciało jako *obiekt*, a mężczyźni jako *proces* (Franzoi, 1995). Ciało odczuwane jako *obiekt* to zbiór niezależnych, statycznych elementów (twarz, ręce, sylwetka itp.), z których każdy podlega niezależnej ocenie. Pojmowanie ciała jako procesu oznacza, że najistotniejsze jest jego funkcjonowanie, a nie wygląd, dzięki czemu traktowane jest ono jako spójna, sprawnie działająca całość. W konsekwencji obraz ciała dziewcząt i kobiet stanowi znacznie istotniejszą część „Ja” i bezpośrednio oraz bardziej intensywnie kształtuje ich poziom ogólnej samooceny niż w przypadku mężczyzn (Mandal, 2004; Franzoi i in., 2012; Lipowski i Lipowska, 2015).

Twarz i sylwetka traktowane są jako główne wyznaczniki atrakcyjności fizycznej. Sylwetka, jako kryterium atrakcyjności, oceniana jest pod względem proporcji oraz masy. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, 2013) w latach 1980-2008 zanotowano dwukrotny wzrost liczby osób otyłych, a w 2008 r. 35% populacji dorosłych powyżej 20. roku życia miało nadwagę (34% mężczyzn i 35% kobiet). Statystyki pokazują, że nadwagę w Polsce ma 46% kobiet oraz 64% mężczyzn (Główny Urząd Statystyczny, 2012). Źródłem niezadowolenia z własnego ciała może być zatem jego masa (Gumble i Carels, 2012; Lipowska i Lipowski, 2015), a nawet samo przekonanie, że jest ona zbyt duża (Cooper, Deepak, Grocutt i Bailey, 2007). Jak wynika z badań, masa ciała jest niebagatelna dla kobiet, gdyż tłumaczy aż 53% wariacji atrakcyjności u kobiet, u mężczyzn zaś jedynie 13% wariacji (Maisey, Vale, Cornelissen i Tovee, 1999). Otyłe nastolatki w oczach rówieśników są oceniane nie tylko jako zewnętrznie nieatrakcyjne, ale również pozbawione kompetencji do podtrzymywania relacji interpersonalnych (Radoszewska, 2009), a dzieci, opisując „grubych”, często określają ich jako leniwych czy niechlujnych (Puhl i Latner, 2007). Otyłość, jako widoczna, przewlekła choroba, ma zatem negatywny wpływ na jakość życia, może wpływać na ogólną

samoocenę (Makara-Studzińska i Zaborska, 2009), a także na relacje intymne (Erenel i Kilińc, 2013).

W kontekście atrakcyjności twarzy ocenie podlegają takie parametry, jak cechy wyraźnego dymorfizmu płciowego, symetrii twarzy, uśrednienia cech twarzy (Danel i Pawłowski, 2009), ale również zdrowa i gładka cera. Na przewlekłe choroby skóry, według raportu Głównego Urzędu Statystycznego (2006), choruje 2% Polaków (2% mężczyzn, 2,1% kobiet oraz 1,1% dzieci w wieku do 14 lat). Wygląd skóry może również stanowić źródło poczucia niezadowolenia z własnego ciała. Skóra, jako widoczny i zarazem największy organ naszego ciała, odgrywa istotną rolę w kontaktach międzyludzkich, wpływa na samoocenę i wizerunek własnego ciała (Miękoś-Zydek, Ryglewska-Cho, Lassota-Falczewska, Czyż i Kaszuba, 2006; Orzechowska, Talarowska, Wysokiński, Gruszczyński i Zboralski, 2009). Widoczne przewlekłe choroby skóry często obniżają jakość życia chorujących oraz ich poczucie atrakcyjności, mogą utrudniać kontakty społeczne, wpływać na obniżenie samooceny, powodować skrepowanie (Janowski, Steuden, Kuryłowicz i Nieśpiałowska-Steuden, 2009; Tyc-Zdrojewska, Trznadel-Grodzka i Kaszuba, 2011; Basińska i Kasprzak, 2012; Miniszewska i Adamska, 2015), a także potęgować stres (Stangier, Echlers i Gieler, 2003; Hawro, Janusz, Zalewska i Miniszewska, 2007), który może wpływać na gorsze wyniki leczenia (Fortune i in., 2003). Widoczna, zmieniona chorobowo skóra może utrudniać również zabiegi związane z poprawą własnego wizerunku, m.in. poprzez farbowanie włosów, depilacje czy używanie niektórych kosmetyków (Rzepa, 2011). Choroby dermatologiczne są niekiedy zaostrzane poprzez – zazwyczaj długotrwałe – problemy psychiczne (Orzechowska i in., 2009). Te z kolei mogą wynikać między innymi z poczucia stygmatyzacji i wykluczenia społecznego, związanego z przekonaniem, że zmiany skórne są zakaźne, to zaś rodzi lęk u innych (Miękoś-Zydek i in., 2006; Hawro i in., 2011). Samo poczucie stygmatyzacji może pojawić się zwłaszcza wówczas, gdy choroba obejmuje widoczne części ciała (Walker i Papadopoulos, 2005; Oglódek, Araszkiwicz i Placek, 2009). Ponadto świadek, który często towarzyszy osobom przewlekłym chorym dermatologicznie, bywa uporczywy i długotrwały, ma silnie negatywny wpływ na stan psychiczny chorego i może budzić poczucie bezsilności wobec braku możliwości kontroli nad nim (Reich i Szepietowski, 2011).

Mający piętno często bywa wykluczony, odtrącony, a wręcz szykanowany z powodu swojej „ułomności”. Osoba stygmatyzowana jest często postrzegana jako odmienna, splamiona, umniejszona, a nawet jako „nie w pełni człowiek” (Goffman, 2005). „A zatem piętno zwiększa częstość i/lub intensywność zagrożeń dla JA” (Miller i Major, 2008, s. 226). Zarówno choroba dermatologiczna, jak i otyłość są przewlekłymi, widocznymi chorobami stygmatyzującymi, należą zatem do grupy stygmatyzacji z powodu wyglądu, ułomności ciała (Goffman, 2005). Poprzez swoją widoczność narażają osobę chorą na stygmatyzowanie i wytykanie, co silnie łączy się z poczuciem wstydu. Ponadto, z uwagi na swoją długotrwałość, wymagają często reorganizacji życia, zmiany tożsamości, weryfikacji pełnienia ról społecznych, a w konsekwencji – zmiany koncepcji siebie (Świątkiewicz-Mośny, 2010). Jakość życia może być zatem obniżana

w omawianych przypadkach zarówno poprzez widoczne objawy stygmatyzujące (takie jak np. brzydka cera, otyłość), jak i przez sam wygląd ciała, odbiegający od preferowanego w danym okresie i kulturze wzorca.

Warto w tym miejscu wspomnieć o tzw. efekcie społecznej widowni. Zdaniem Goffmana „każde społeczeństwo ustanawia własne sposoby kategoryzowania ludzi, a przedstawiciele poszczególnych kategorii wyposaża w zestawy atrybutów uchodzących za ich cechy typowe i naturalne” (2005, s. 31). Ponadto Goffman twierdzi, że w sposób niezauważalny tworzymy własną teorię piętna, pewną ideologię, która tłumaczy naznaczenie posiadacza dyskredytującej cechy i automatycznie uzasadnia, wręcz usprawiedliwia niechęć, jaką do niego czujemy. Ocena taka następuje bez podjęcia wysiłku zdobycia wiedzy na temat samego piętna lub osoby je noszącej, często w zgodzie z tożsamością kulturową grupy, z którą oceniający się identyfikuje. Efekt społecznej widowni daje również zwodnicze poczucie rozproszenia odpowiedzialności, a co za tym idzie – braku odpowiedzialności jednostki za sam fakt piętnowania (Kosche, 2011). Widownia zatem stale tworzy opinie po to, by podkreślić ważne społecznie podobieństwa czy różnice między „nami” a „nimi” (Czykwin, 2007).

Choroby dermatologiczne i otyłość różnią się jednak w percepcji oraz w stygmacie, jaki przypisany jest osobom naznaczonym. Inaczej bowiem odbieramy kobietę z widoczną chorobą skóry (np. łuszczycą czy trądzikiem różowatym), a inaczej kobietę otyłą („grubą”) – różnica ta wynika z przypisywania przez otoczenie „winy” za pojawienie się problemu. Łuszczycy czy atopowe zapalenie skóry są chorobami uwarunkowanymi genetycznie (Barańska-Rybak, Nowicki, Jakuszkowiak i Cubala, 2005), niezależnymi od chorego. Otyłość zaś ma znamiona wolitywności (w opinii obserwatora można przecież zmienić swój wygląd, masę, poprzez ćwiczenia, dietę czy leki, a w przypadkach najcięższych poprzez zabiegi operacyjne). Co ciekawe, nawet studenci medycyny, którzy mają wiedzę w zakresie otyłości, wykazywali niski poziom empatii wobec osób otyłych (Kuschner, Zeiss, Feinglass i Yelen, 2014). Można więc uznać, że otyłość jest podwójnie stygmatyzowana, pod względem ułomności ciała oraz z powodu wady charakteru, jaką jest na przykład nieumiarkowanie w jedzeniu (Czykwin, 2007).

### **Cel badań**

Celem prezentowanego badania jest weryfikacja założenia, że efekt tzw. społecznej widowni i ocena przewlekłej choroby jako zależnej od chorującego różnicuje poziom odczuwania stygmatyzacji oraz ocenę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia młodych kobiet.

Dodatkowo można przypuszczać, że w zależności od typu schorzenia (choroba dermatologiczna vs otyłość) poczucie stygmatyzacji będzie odmiennie wpływało na poczucie jakości życia.

## METODA

### Osoby badane i procedura badania

Do badań zostały włączone wyłącznie kobiety w okresie wczesnej dorosłości ( $M = 25,08$ ;  $SD = 3,01$ ;  $\min = 18$ ,  $\max = 30$ ). Badane ( $N = 102$ ) zostały zakwalifikowane do jednej z dwóch grup klinicznych: widocznej i przewlekłej otyłości ( $n = 30$ ) i widocznej, przewlekłej choroby skóry ( $n = 31$ ). Grupę porównawczą stanowiły kobiety w normie wagowej, bez chorób skóry ( $n = 42$ ). Badane grupy nie różniły się wiekiem ( $F = 2,37$ ;  $p = 0,098$ ). Większość badanych to mieszkanki Trójmiasta i okolic. Rekrutacja odbywała się wśród klientek gabinetów psychologicznych, dietetycznych oraz dermatologicznych, a następnie – metodą „śnieżnej kuli” – wśród osób przez nie wskazanych.

Jako kryterium otyłości przyjęliśmy wskaźnik wagowo-wzrostowy – BMI (*Body Mass Index*), oparty na dokonanych obiektywnych pomiarach wzrostu i masy ciała. BMI, dawniej zwany wskaźnikiem Queteleta, uzyskuje się poprzez wyliczenie stosunku masy ciała do wysokości:

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} / \text{wysokość ciała (m)}^2$$

Wskaźnik ten jest powszechnie stosowany, pomimo jego ograniczeń, na przykład w odniesieniu do badania sportowców, dzieci czy ciężarnych kobiet, gdyż nie bierze pod uwagę składu masy ciała, w tym proporcji masy mięśniowej do tkanki tłuszczowej w organizmie. Zgodnie z przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, 2015) klasyfikacją, dla osób dorosłych powyżej 20 roku życia wskaźnik ten poniżej 18,5 oznacza niedowagę; 18,5-24,9 – prawidłową masę ciała, powyżej 25 – nadwagę, zaś 30 i więcej – otyłość. Jako kryterium przewlekłej, widocznej choroby skóry przyjęliśmy wystąpienie objawów takich chorób, jak m.in. łuszczyca, trądzik różowaty, bielactwo czy atopowe zapalenie skóry, w widocznych częściach ciała (twarz, ręce, dekolt) nie krócej niż na rok przed badaniem.

### Metody badań

Do oceny poczucia stygmatyzacji użyto Kwestionariusza Poczucia Stygmatyzacji – PSQ (Lawrence, Fauerbach, Heinberg, Doctor i Thombs, 2006), ocenę jakości życia badano za pomocą Kwestionariusza Oceny Jakości Życia – SF-36v.II (Ware, Kosinski i Dewey, 2000). Ponadto badani byli mierzeni w zakresie m.in.: wysokości i masy ciała, co dało możliwość obliczenia wskaźnika antropometrycznego, jakim jest BMI.

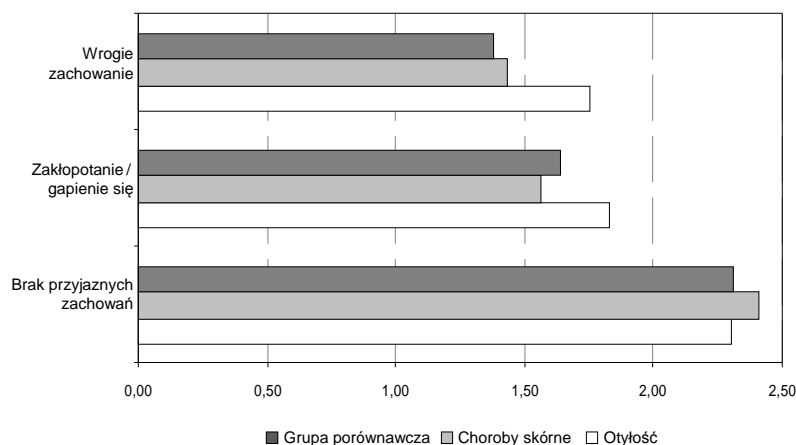
**Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji** (*Perceived Stigmatization Questionnaire* – PSQ) (Lawrence i in., 2006) pozwala na określenie poczucia stygmatyzacji. Jego rzetelność potwierdza wysoki wskaźnik  $\alpha$  Cronbacha = 0,93. W celu stworzenia polskiej wersji PSQ, za zgodą autora, dokonano translacji. Kwestionariusz z języka angielskiego został przetłumaczony niezależnie przez psychologa oraz anglistę. Po wybraniu najlepszej polskiej wersji została ona poddana tłumaczeniu na język angielski przez native speakera. Następnie oceniono zgodność tłumaczenia na podstawie oryginalnego kwestionariusza. Kwestionariusz składa się z 21 stwierdzeń, które tworzą trzy podskale: Brak

przyjaznych zachowań, Zakłopotanie/gapienie się, Wrogie zachowanie oraz Wynik ogólny, mierzący ogólne, subiektywne poczucie stygmatyzacji. Badany ocenia, jak często ludzie zachowują się względem niego w określony sposób, na 5-punktowej skali Likerta, gdzie „1” oznacza „nigdy”, „5” – „zawsze”, zaś „3” – „czasami”. W prezentowanych badaniach uzyskane zostały w poszczególnych skalach zadowalające wskaźniki rzetelności: brak przyjaznych zachowań ( $\alpha = 0,72$ ), zakłopotanie/gapienie się ( $\alpha = 0,76$ ) i wrogie zachowanie ( $\alpha = 0,85$ ).

**Kwestionariusz Oceny Jakości Życia (SF-36v.II)** (Ware i in., 2000, w polskiej adaptacji: Żołnierczyk-Zreda, Wrześniewski, Bugajska i Jędryka-Góral, 2009) składa się z 36 itemów, tworzących osiem podskal: Funkcjonowanie fizyczne, Ograniczenia roli – problemy fizyczne, Ból, Zdrowie ogólne, Witalność, Funkcjonowanie społeczne, Ograniczenie roli – problemy emocjonalne, Samopoczucie. Wskaźnik oceny jakości życia, który tworzy suma punktów uzyskanych przez badanego we wszystkich skalach, umożliwia ogólną, subiektywną ocenę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia badanego.

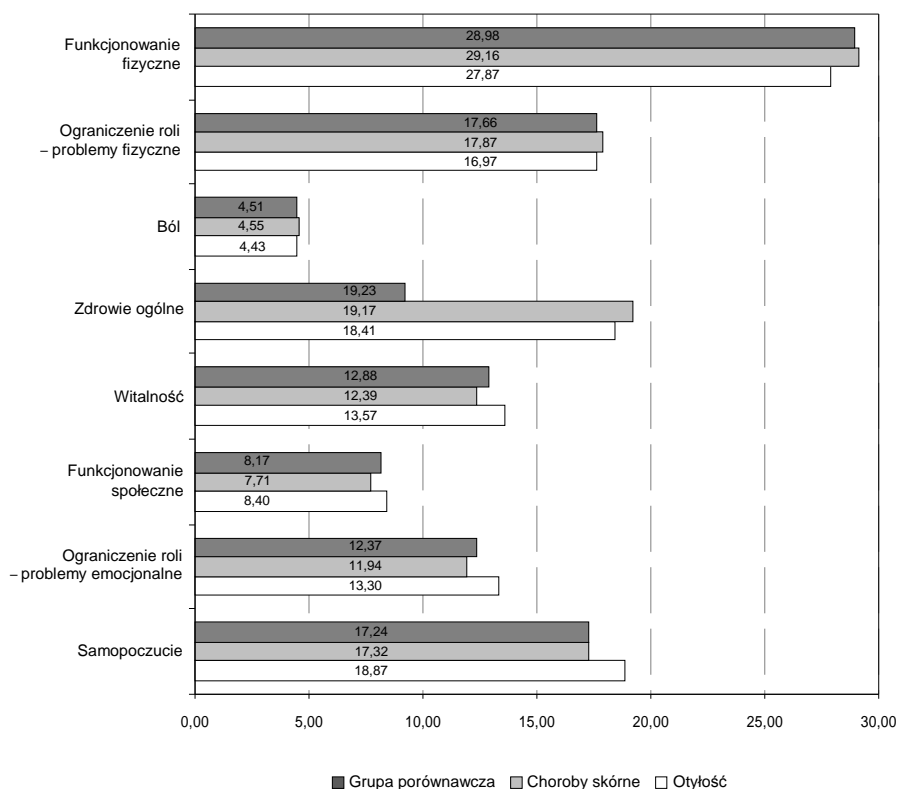
## Wyniki

W pierwszej kolejności wykonana została analiza wariancji ANOVA. Miała ona na celu sprawdzenie, czy poziom odczuwania stygmatyzacji różnicuje badane grupy kobiet. W tym zakresie ANOVA ukazała różnice w zakresie wrogiego nastawienia. Po wykonaniu analizy *post-hoc* (test Tukeya dla różnych  $n$ ) okazało się, że grupą odstającą w zakresie tego wymiaru są kobiety otyłe (Rysunek 1): wyżej oceniają one wrogie zachowania w porównaniu z kobietami z chorobami skórnymi ( $p = 0,033$ ) i kobietami z grupy porównawczej ( $p = 0,009$ ).



Rysunek 1. Poziom odczuwania stygmatyzacji w badanych grupach kobiet.

Z kolei w zakresie jakości życia (SF-36v.II) badane grupy różnią się istotnie tylko w zakresie funkcjonowania fizycznego ( $F = 4,31$ ,  $p = 0,016$ ). Po wykonaniu analizy *post-hoc* okazało się, że grupą odstającą w zakresie tego wymiaru są (jak w przypadku stygmatyzacji) kobiety otyłe (Rysunek 2) – oceniają swoje funkcjonowanie fizyczne niżej niż kobiety z chorobami skórnymi ( $p = 0,008$ ) i kobiety z grupy porównawczej ( $p = 0,016$ ).



Rysunek 2. Subiektywny poziom jakości życia badanych kobiet.

Kolejna analiza skupiła się na poszukiwaniu związków korelacyjnych pomiędzy poziomem odczuwania stygmatyzacji a subiektywną oceną jakości życia. Co ciekawe, najwięcej korelacji dotyczy Wrogiego zachowania z poszczególnymi wymiarami oceny jakości życia w grupie porównawczej (Tabela 1). U kobiet otyłych zaś jedynie wymiar stygmatyzacji, jakim jest Zakłopotanie/gapienie się, był skorelowany ujemnie z Funkcjonowaniem społecznym.



**Tabela 1.**  
**Korelacje pomiędzy poziomem odczuwania stygmatyzacji a subiektywną jakością życia w trzech grupach: przewlekła otyłość (o), przewlekła choroba skóry (s) i grupa porównawcza (n)**

Ocena jakości życia SF-36v.II	Grupa	Brak przyjaznych zachowań		Zakłopotanie/gapienie się		Wrogie zachowanie	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Funkcjonowanie fizyczne	o	0,10		-0,01		0,22	
	s	-0,18		-0,15		-0,29	
	n	0,02		-0,12		-0,23	
Ograniczenia roli – problemy fizyczne	o	0,09		-0,12		0,11	
	s	0,17		-0,43	0,017	-0,54	0,002
	n	0,00		-0,15		-0,16	
Ból	o	-0,29		0,07		0,08	
	s	-0,03		-0,37	0,039	-0,23	
	n	-0,11		0,04		-0,23	
Zdrowie ogólne	o	0,01		-0,30		-0,07	
	s	0,28		-0,14		-0,22	
	n	-0,29		-0,25		-0,48	0,001
Witalność	o	-0,27		-0,34		-0,17	
	s	0,05		-0,33		-0,40	0,026
	n	-0,20		-0,18		-0,37	0,008
Funkcjonowanie społeczne	o	-0,27		-0,41	0,026	-0,28	
	s	0,13		0,15		-0,06	
	n	-0,12		-0,16		-0,41	0,017
Ograniczenia roli – problemy emocjonalne	o	-0,13		-0,08		-0,13	
	s	0,27		0,09		-0,08	
	n	0,01		-0,09		-0,42	0,006
Samopoczucie	o	-0,05		-0,33		-0,08	
	s	0,06		-0,34		-0,49	0,005
	n	-0,15		-0,19		-0,45	0,003

W celu sprawdzenia, czy poszczególne wymiary stygmatyzacji w istotny sposób wyjaśniają wariację jakości życia badanych, przeprowadzona została analiza regresji wielokrotnej, gdzie zmiennymi wyjaśniającymi były poszczególne wymiary stygmatyzacji, zaś wyjaśnianymi – kolejne wymiary poczucia jakości życia. U kobiet otyłych żadna ze zmiennych wyjaśniających nie stanowiła istotnego predyktora któregośkolwiek z wymiarów jakości życia. U kobiet z przewlekłymi chorobami skóry tylko w jednym przypadku uzyskana została regresja wyjaśniająca 32% wariacji ( $F = 4,30$ ;  $p = 0,013$ ) – dotyczyła efektu zmiennej Wrogie zachowanie na Ograniczenia roli – problemy fizyczne ( $\beta = -0,49$ ;  $p = 0,046$ ). Interesujące, że w przypadku grupy porównawczej wystąpiło największe współzależności. W tym przypadku Wrogie zachowanie istotnie wyjaśniało Zdrowie ogólne ( $R^2 = 0,25$ ;  $F = 4,09$ ;  $p = 0,013$ ;  $\beta = -0,42$ ;  $p = 0,015$ ), Ograniczenia roli – problemy emocjonalne ( $R^2 = 0,22$ ;  $F = 3,47$ ;  $p = 0,026$ ;  $\beta = -0,53$ ;  $p = 0,003$ ) i Samopoczucie ( $R^2 = 0,20$ ;  $F = 3,08$ ;  $p = 0,039$ ;  $\beta = -0,45$ ;  $p = 0,012$ ).

## DYSKUSJA

Uzyskane wyniki częściowo potwierdziły wstępne założenie odnoszące się tylko do grupy kobiet z otyłością, że typ choroby przewlekłej różnicuje odczuwany przez młode kobiety poziom jakości życia oraz poczucie stygmatyzacji. Najniżej swoje funkcjonowanie fizyczne oceniły kobiety z otyłością. Wynik taki jest zgodny z doniesieniami medycznymi. Zwiększona masa ciała może powodować problemy ze sprawnością fizyczną i utrudniać poruszanie się (Barańska, Gajewska i Sobieska, 2012), a także wywoływać kolejne problemy zdrowotne, takie jak na przykład obturacyjny bezdech senny (Hoffmann i Pupek-Musialik, 2007; Kłosiewicz-Latoszek, 2010; Masters, Powers i Link, 2013). Na szczególną uwagę zasługuje związek otyłości brzusznej z cukrzycą typu 2, a także zwiększonym ryzykiem wystąpienia takich chorób układu sercowo-naczyniowego, jak zawał mięśnia sercowego (Jasiel-Wojculewicz, Chrostowska i Narkiewicz, 2007), choroba niedokrwienna serca, choroba wieńcowa serca, miażdżycy, nadciśnienie tętnicze czy zespół metaboliczny (Kinalska, Popławska-Kita, Telejko, Kinalski i Zonenberg, 2006; Cymers i Olek, 2011). Co ciekawe, Päivi E. Korhonen wraz ze współpracownikami (2014) wykazali, że u kobiet, bardziej niż u mężczyzn, współczynnik BMI ma wpływ na subiektywną ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem. Im wyższy wskaźnik masy ciała, tym niższe wyniki fizycznych komponentów poczucia jakości życia. Kobiety wykazują się też większym krytycyzmem wobec własnego ciała, zwłaszcza w strategii porównawczej – częściej porównują się do innych kobiet, które w ich ocenie są ładniejsze (Franzoi i in., 2012). Otyłość, jako widoczna, przewlekła choroba, a zarazem odbiegająca od panującego ideału kobiecego piękna, ma zatem negatywny wpływ na jakość życia, a także może wpływać na ogólną samoocenę (Makara-Studzińska i Zaborska, 2009). O ile zadowolenie z wyglądu, pomimo niekorzystnych obiektywnych wskaźników pomiarów antropometrycznych, może mieć pozytywne, długotrwałe oddziaływanie na poziom jakości i zadowolenia z życia, to bagatelizowanie wskazówek związanych z bezpośrednim zagrożeniem zdrowia wynikającym z otyłości ma ewidentnie szkodliwe konsekwencje. Już niewielkie obniżenie masy ciała (o 5-10%) może być korzystne dla zdrowia (Zamboni i in., 2005).

Zaskakujący jest uzyskany w badaniu wynik, który wskazuje na brak różnic w zakresie odczuwanej jakości życia związanej ze zdrowiem między kobietami dotkniętymi przewlekłymi chorobami skóry i kobietami zdrowymi. Doniesienia medyczne wskazują, że choć w tej grupie jakość życia związana z chorobą jest porównywalna z jakością życia osób z takimi chorobami, jak nowotwór, zapalenie stawów, nadciśnienie, choroby serca, cukrzyca i depresja (Rapp, Feldman, Exum, Fleischer i Reboussin, 1999) czy astma, to choroby dermatologiczne rzadko zagrażają bezpośrednio życiu chorego (Żelazny i in., 2004). Można więc wnioskować, że widoczne zmiany skórne będą raczej związane z poczuciem atrakcyjności fizycznej niż z poziomem jakości życia związanej ze zdrowiem. Poczucie atrakcyjności jest znacznie obniżane poprzez widoczne aspekty choroby skóry. Krostki, grudki, przebarwienia czy łuszczące się fragmenty skóry nie pasują bowiem do obowiązującego wzorca atrakcyjno-

ści. Można zatem uznać, że poprzez swoje oszpecenie chorujący będzie oceniany jako nieatrakcyjny (Rolka, Krajewska-Kułak, Dyduch i Kowalczyk, 2010), to z kolei może wpływać na jego funkcjonowanie w świecie społecznym (Timms, 2013). Jednakże również funkcjonowanie fizyczne w przypadku niektórych chorób skóry może być utrudnione poprzez towarzyszące im uporczywe objawy świądu, które niekorzystnie wpływają na sen, stan psychiczny, a także mogą wpływać negatywnie na życie seksualne (Magin, Heading, Adams i Pond, 2010; Reich i Szepietowski, 2011).

Warto podkreślić, że również w zakresie poczucia stygmatyzacji grupa młodych kobiet z otyłością uzyskała odmienne wyniki niż inni badani, czyli osoby ze schorzeniami skóry oraz osoby zdrowe. Wyniki pokazują jednak, że kobiety otyłe częściej oceniają zachowania, których doświadczają, jako wrogie w porównaniu z kobietami z przewlekłymi chorobami skóry i kobietami z grupy porównawczej. Otyłość jako choroba przewlekła jest zaburzeniem widocznym, zatem osoba otyła ma trudność z ukryciem swojego wyglądu, mogącego stanowić powód stygmatyzowania, przez co często bywa przedmiotem drwin. Hunzing i współpracownicy (2009) w swoich badaniach wykazali, że nawet lekarze krytyczniej oceniają osoby otyłe niż te z prawidłową masą ciała. Taka postawa wynika z tzw. efektu Golema, który polega na automatycznej tendencji przypisywania osobom negatywnych cech na podstawie negatywnego wrażenia, jakie wywołuje osoba mająca te cechy. Jak opisuje Świątkiewicz-Mośny (2010), „osoba, która już w dzieciństwie była grubsza, dobrze wie, że «pulpecik», «grubas», «puszysty» to jej drugie imię” (s. 55). Otyłość społecznie jest wiązana z brakiem samodyscypliny: „od jedzenia trawy się nie tyje” i trzeba po prostu „wziąć się za siebie”. Paradoksalnie osobom otyłym trudniej jest podjąć decyzję o odchudzaniu się niż szczuplejszym. Wynika to z faktu, że w wypadku osób z ewidentną nadwagą utrata kilku czy kilkunastu kilogramów wymaga bardzo intensywnego zaangażowania, a pomimo redukcji masy ciała (nawet po operacji bariatrycznej), osoby te nadal są spostrzegane jako grube (Adamczyk, 2014). Po co więc się starać tak bardzo, jeśli w efekcie będzie się tylko „szczuplejszym grubasem”. W wypadku osób otyłych nie wystarczy jedynie zmniejszenie liczby przyswajanych kalorii, stosowanie rygorystycznych diet czy dążenie do korekty masy ciała, konieczne jest także zmodyfikowanie stylu życia, który związany jest z poprawą kondycji fizycznej i zdrowia (Lipowski, Buliński i Krawczyński, 2009). Decyzja o rozpoczęciu odchudzania się często nie jest związana z faktyczną fizjologiczną czy medyczną potrzebą, stosowanie diet staje się stylem życia, kobiecie wypada odmawiać jedzenia, ponieważ świadczy to o jej wysokiej samokontroli i dbałości o ciało. Znaczenie czasu choroby i związanego z nim stygmatyzowania potwierdzają badania dotyczące samooceny kobiet w ostatnim trymestrze ciąży, u których odnotowano generalnie pozytywny stosunek do ciała związany z pozytywną samooceną (Kaźmierczak i Goodwin, 2011). Nie ma wątpliwości, że ostatnie tygodnie ciąży wiążą się z ewidentnie wysoką masą ciała i niezgrabną figurą, ale nie ze społecznie negatywną oceną wyglądu kobiety. Świadomość szansy na relatywnie szybką utratę dodatkowych kilogramów i oczekiwanie na przyjście na świat dziecka

to czynniki chroniące ciężarną przed obniżeniem samooceny związanej z wyglądem.

Ponadto badania wskazały, że u kobiet otyłych jedynie wymiar stygmatyzacji, jakim jest Zakłopotanie/gapienie się, jest skorelowany ujemnie z Funkcjonowaniem społecznym. Masa ciała kobiet jest jednym w najsilniejszych predyktorów zadowolenia z własnego wyglądu – najniższy poziom satysfakcji przejawiają osoby o najwyższej masie (Gumble i Carels, 2012). Wiele badań wskazuje, że współczesna kultura stygmatyzuje osoby otyłe, zwłaszcza gdy łączy postrzeganie otyłości z „obżarstwem” (Bannon, Hunter-Reel i Karlin, 2009), co może skutkować wstydem przed jedzeniem w miejscach publicznych (Falk, 2001). Długotrwały kontakt ze społecznym piętnowaniem zwiększa prawdopodobieństwo zinternalizowania przez osoby z nadmierną masą negatywnych informacji o sobie i może powodować odczuwanie dyskomfortu psychicznego w związku z własnym wyglądem zewnętrznym (Annis, Cash i Hrabosky, 2004).

Interesujące są dane wskazujące, w jaki sposób poszczególne wymiary stygmatyzacji korelują z jakością życia badanych. Wprawdzie kobiety z widoczną, przewlekłą chorobą skóry oceniały wyżej swoją jakość życia oraz niżej poczucie stygmatyzacji niż badane z otyłością, to związek tych wymiarów ze sobą był w tej grupie najistotniejszy. Badane z problemami skórnymi wyraźnie wskazywały, że sposób odnoszenia się otoczenia do ich problemów ma związek z ograniczeniem ról. Oznacza to, że badane kobiety z chorobami skóry odczuwają trudność w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym, co może skutkować niepodjęciem niektórych ról społecznych bądź odczuwaniem niezadowolenia z tych, które pełnią. Jest to zgodne z wynikami badań, które pokazują m.in., że osoby chorujące na łuszczycę mogą brak pracy czy konieczność jej zmiany przypisywać swojej chorobie (de Korte, Sprangers, Mombers i Bos, 2004; Miniszewska, Juczyński, Ograczyk i Zalewska, 2013). Ponadto, jak twierdzi Rzepa (2011, s. 13), „choroba skóry staje się kompleksem przyciągającym jak magnes niechętne spojrzenia, niemiłe słowa, docinki, negatywne komentarze, dramatyczne i rozpaczliwe myśli”. Wstyd i poczucie napiętnowania związane z poczuciem dostrzegania przez otoczenie zmian skórnych, a także obawa przed byciem odrzuconym czy izolowanym przez osoby „zdrowe” oraz niska samoocena może prowadzić do wielu zaburzeń psychicznych: depresji, uzależnień czy zaburzeń lękowych (Hong, Koo i Koo, 2008). „Trudno też wyobrazić sobie osobę przyjmującą «na dzień dobry» przyjazny i oczekujący aprobaty wyraz mimiczny, jeśli ta osoba wie, że właśnie ktoś natrętnie przygląda się grudkom i krostom, rozszerzonym naczynekom, zmarszczkom czy ogólnej szarości jej twarzy” (Rzepa, 2011, s. 12).

Odbierane przez badane wrogie zachowanie ze strony otoczenia jest tym wymiarem stygmatyzacji, który najistotniej obniża poczucie jakości życia związanej ze zdrowiem. Zaskakujące wydają się dane wskazujące, że najwięcej związków poczucia stygmatyzacji z subiektywną jakością życia wystąpiło u młodych zdrowych kobiet. Wynik ten potwierdza doniesienia wielu badaczy, że właśnie w okresie wczesnej dorosłości kobiety postrzegają siebie jako obiekt obserwacji i ewaluacji (por. Lipowska i Lipowski, 2006; Tigemann i McCourt,

2013; Rybicka-Klimczyk i Brytek-Matera, 2008). Permanentne poczucie bycia ocenianym ze względu na wygląd kształtuje się u kobiet już w okresie wczesnego dzieciństwa. Odmienność w spostrzeganiu roli atrakcyjności ciała przez kobiety i mężczyzn legła u podłoża sformułowanej przez Frederickson i Roberts (1997) koncepcji uprzedmiotowienia ciała. Koncepcja ta zakłada wręcz, że ze względu na kontekst społeczno-kulturowy, w którym kobiety są przedstawiane jako obiekty seksualne, wiele dziewcząt i kobiet, spostrzegając własne ciało, przyjmuje perspektywę obserwatora i traktuje ciało jedynie jako obiekt oceny i porównań. Efekt oceny atrakcyjności ciała będzie w dużej mierze decydował o wartości społecznej kobiety (Swami i in., 2010), co wielu autorów wiąże ze znacznie wyższym poziomem niezadowolenia z ciała wśród kobiet (Franzoi i in., 2012; Mandal, 2004). Dlaczego jednak w grupach badanych z widoczną chorobą relacja ta nie okazała się tak istotna? Można zakładać, że występowanie obiektywnego stygmatu ma prawdopodobnie również związek z trzema komponentami sytuacji każdej osoby z chorobą przewlekłą, tj. obciążenia fizycznego (czyli oceną własnego położenia egzystencjalnego czy – inaczej – obiektywnych ograniczeń), właściwościami jednostki (takimi jak percepcja siebie, czynniki osobowościowe) oraz percepcją świata zewnętrznego (przede wszystkim wsparcie społeczne) (Pilecka, 2007), a co za tym idzie – z aktywowanymi strategiami radzenia sobie z sytuacją trudną spowodowaną chorobą. Może to być związane z faktem, że w chorobie przewlekłej, jaką jest otyłość czy widoczna choroba skóry, młode kobiety, które doświadczają różnych nieprzyjemnych zachowań z powodu choroby, mogą adaptować się do sytuacji. W efekcie, na przykład osoby otyłe, mogą ignorować dziedziny życia związane z masą ciała, a satysfakcję czerpać z innych jego aspektów (Bradford i Dolan, 2010; Adamczyk, 2014), z kolei kobiety z widoczną chorobą skóry mogą nauczyć się skutecznie maskować skutki choroby (Zegarska, Tabaczyński i Woźniak, 2007). Można zatem przypuszczać, że kobiety, które są świadome swojej „niedoskonałości”, prawdopodobnie nie odczuwają tak mocno obniżenia jakości życia z samego tylko powodu nieprzyjemnych zachowań.

#### LITERATURA CYTOWANA

- Adamczyk, K. (2014). *Otyłość patologiczna a cechy osobowości człowieka*. Niepublikowana praca doktorska, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk.
- Annis, N. M., Cash, T. F. i Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image, 1*(2), 155-167.
- Bannon, K. L., Hunter-Reel, D., Wilson, G. T. i Karlin, R. A. (2009). The effects of causal beliefs and binge eating on the stigmatization of obesity. *International Journal of Eating Disorder, 42*, 118-124.
- Barańska, E., Gajewska, E. i Sobieska, M. (2012). Otyłość i wynikające z niej problemy narządu ruchu a sprawność motoryczna dziewcząt i chłopców z nadwagą i otyłością prostą. *Nowiny Lekarskie, 81*(4), 337-341.
- Barańska-Rybak, W., Nowicki, R., Jakuszkowiak, K. i Cubała, W. J. (2005). Psycho-dermatologia: nowa dziedzina medycyny. *Przewodnik Lekarski, 1*, 50-55.

- Bargiel-Matusiewicz, K. (2014). *Przewlekły stres związany z dializoterapią. Zastosowanie interwencji psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Basińska, M. A. (2006). *Reumatoidalne zapalenie stawów: obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M. A. i Kasprzak, A. (2012). Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny*, 99(6), 692-700.
- Baumann, K. (2006). Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny, *Gerontologia Polska*, 14(4), 165-171.
- Bączyk, G. (2008). Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 46(6), 372-379.
- Bąk-Drabik, K. i Ziara, D. (2004). Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumologia i Alergologia Polska*, 72, 128-133.
- Bąk-Drabik, K. i Ziara, D. (2010). Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumologia i Alergologia Polska*, 78(1), 3-13.
- Bidzan, M. (2008). *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bidzan, M., Aponowicz, I., Bidzan, L. i Szulman-Wardal, A. (2010). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis from the bio-psycho-social perspective. [W:] J. Bergier (red.), *Environmental factors shaping wellness in sickness and disability* (s. 21-35). Lublin: NeuroCentrum.
- Bradford, W. D. i Dolan, P. (2010). Getting used to it: The adaptive global utility model. *Journal of Health Economics*, 29, 811-820.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. i Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10(1), 1-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. [W:] T. F. Cash i T. Pruzinsky (red.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 38-46). New York–London: The Guilford Press.
- Cash, T. F., Fleming, E. C. (2001). The impact of body image experiences: Development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 455-460. doi: 10.1002/eat.10033
- Chełmińska, M., Werachowska, L., Niedożytko, M., Bolałek, M., Szymanowska, A., Damps-Konstańska, I., Słomiński, J. M. i Jassem, E. (2007). Jakość życia chorych na astmę dobrze i źle kontrolowaną. *Pneumologia i Alergologia Polska*, 75, 70-75.
- Cooper, M. J., Deepak, K., Grocutt, E. i Bailey, E. (2007). The experience of ‘feeling fat’ in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 366-372. doi: 10.1002/erv.785
- Cymers, M. i Olek, E. (2011). Ocena nawyków żywieniowych i stylu życia wśród chorych z otyłością brzuszna. *Przegląd Kardiologiczny*, 6(4), 287-293.
- Czykwin, E. (2007). *Stygmat społeczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Danel, D. i Pawłowski, B. (2009). Biologiczne znaczenie atrakcyjności twarzy. [W:] B. Pawłowski (red.), *Biologia atrakcyjności człowieka* (s. 166-205). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- De Korte, J., Sprangers, M., Mommers, F. i Bos, J. (2004). Quality of life in patients with psoriasis: A systematic Literature Review. *The Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 9(2), 140-147.
- Erenel, A. Ş i Kılınc, F. N. (2013). Does obesity increase sexual dysfunction in women? *Sexuality and Disability*, 31(1), 53-62. doi: 10.1007/s11195-012-9274-4
- Falk, G. (2001). *Stigma. How we treat outsiders*. New York: Prometheus Books.
- Ferraro, F. R., Muehlenkamp, J. J., Paintner, A., Wasson, K., Hager, T. i Hoverson, F. (2008). Aging, body image, and body shape. *Journal of General Psychology*, 135(4), 379-392.
- Fortune, D., Richards, H., Corrin, A., Taylor, R., Griffiths, C. i Main, C. (2003). Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(3), 211-224.
- Franzoi, S. L. (1995). The body-as-object versus body-as-process: Gender differences and gender considerations. *Sex Roles*, 56, 13-21.
- Franzoi, S. L., Vasquez, K., Sparapani, E., Frost, K., Martin, J. i Aebly, M. (2012). Exploring body comparison tendencies: Women are self-critical whereas men are self-hopeful. *Psychology of Women Quarterly*, 36(1), 99-109. doi: 10.1177/0361684311427028
- Frederickson, B. L. i Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meherowitz, B. E. i Belin T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of National Cancer Institute*, 94(1), 39-49. doi: 10.1093/jnci/94.1.39
- Główny Urząd Statystyczny (2006). *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.* Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Główny Urząd Statystyczny (2012). *Zdrowie i ochrona w 2011.* Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gouveia, M. J., Frontini, R., Canavarro, M. C. i Moreira, H. (2014). Quality of life and psychological functioning in pediatric obesity: The role of body image dissatisfaction between girls and boys of different ages. *Quality of Life Research*, 23(9), 2629-2638.
- Górna, K., Jaracz, K., Jaracz, J., Kiejda, J., Grabowska-Fudala, B. i Rybakowski, J. (2014). Funkcjonowanie społeczne i jakość życia u chorych na schizofrenię – zależność z remisją objawową i czasem trwania choroby. *Psychiatria Polska*, 48(2), 277-288.
- Gumble, A. i Carels, R. (2012). The harmful and beneficial impacts of weight bias on well-being: The moderating influence of weight status. *Body Image*, 9(1), 101-107.

- Hawro, T., Janusz, I., Zalewska, A. i Miniszewska, J. (2011). Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świadomości u osób chorych na łuszczycę. [W:] T. Rzepa, J. Szepietowski i R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 42-51). Wrocław: Wydawnictwo Cornetis.
- Hawro, T., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Sysa-Jędrzejowska, A. i Zalewska, A. (2007). Lęk i depresja a wsparcie społeczne u chorych na łuszczycę. *Przegląd Lekarski*, 64(9), 568-571.
- Hoffmann, K. i Pupek-Musialik, D. (2007). Obturacyjny bezdech senny. [W:] D. Pupek-Musialik (red.), *Otyłość i zespół metaboliczny. Od teorii do praktyki* (s. 54-65). Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Hołub, G. (2007). Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Medycyna Praktyczna*, 2, 166-168.
- Hong J., Koo B. i Koo J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatology and Therapy*, 21, 54-59.
- Huizinga, M. M., Cooper, L. A., Bleich, S. N., Clark, J. M. i Beach, M. C. (2009). Physician respect for patients with obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1236-1239.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J. i Nieśpiałowska-Steuden, M. (2009). The Disease-Related Appraisals Scale: A tool to measure subjective perception of the disease situation. [W:] K. Janowski i S. Steuden (red.), *Biopsychosocial aspects of health and disease* (vol. 1, s. 108-125). Lublin: CPPP Scientific Press.
- Jasiel-Wojculewicz, H., Chrostowska, M. i Narkiewicz, K. (2007). Otyłość – niektóre aspekty epidemiologiczne i rokownicze. *Kardiologia na co Dzień*, 3(2), 79-83.
- Jones, P. W. i Wijkstra, P. J. (2006). Quality of life patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Monograph*, 38, 375-386.
- Kawecka-Jaszcz, K., Klocek, M. i Tobiasz-Adamczyk, B. (2006). *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego — metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia.
- Każmierczak, M. i Goodwin, R. (2011). Pregnancy and body image in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 1-9.
- Kinalska, I., Popławska-Kita, A., Telejko, B., Kinalski, M. i Zonenberg, A. (2006). Otyłość a zaburzenia przemiany węglowodanowej. *Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii*, 2(3), 94-101.
- Kłosiewicz-Latoszek, L. (2010). Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(3), 339-343.
- Kochan-Wójcik, M. i Piskorz, J. (2010). Zmiany w zakresie postrzegania i oceny własnego ciała wśród kobiet od okresu dojrzewania do dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 15(3), 21-32.
- Kopyciński, Z. i Czernikiewicz, A. (2011). Wpływ deficytów poznawczych na jakość życia w schizofrenii. *Current Problems of Psychiatry*, 12(4), 415-419.
- Korhonen, P. E., Seppälä, T., Järvenpää, S. i Kautiainen, H. (2014). Body mass index and health-related quality of life in apparently healthy individuals. *Quality of Life Research*, 23(1), 67-74.



- Kosche, M. (2011). Ocena stygmatyzacji w świetle zasad życia społecznego. *Seminare*, 29, 123-136.
- Kowalewska, B., Krajewska-Kułak, E., Baranowska, A., Rolka, H., Kolwalczuk, K., Klimaszewska, K., Kondzior, D., Jankowiak, B. i Łukaszuk, C. (2010). Problem stygmatyzacji w dermatologii. *Dermatologia Kliniczna*, 12(3), 181-184.
- Krajewska-Kułak, E., Krajewska, K. i Popik, M. (2006). Zastosowanie wskaźnika DLQI w ocenie jakości życia młodzieży z trądzikiem pospolitym. *Dermatologia Kliniczna*, 8, 23-26.
- Krawczyk-Wasielewska, A., Gajewska, E. i Samborski, W. (2012). Płeć jako jeden z czynników mogących determinować jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 347-353.
- Kurowska, K. i Szomszor, M. (2011). Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. *Diabetologia Praktyczna*, 12(4), 142-150.
- Kuschner, R. F., Zeiss, D. M., Feinglass, J. M. i Yelen, M. (2014). An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Medical Education* 14(53). doi: 10.1186/1472-6920-14-53
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L. J., Doctor, M. i Thombs, B. D. (2006). The Reliability and Validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult Burn survivor sample. *Psychological Assessment*, 18(1), 106-111.
- Limbers, C. A. i Skipper, S. (2014). Health-related quality of life measurement in siblings of children with physical chronic illness: A systematic review. *Familie, System and Health*, 32(4), 408-15. doi: 10.1037/fsh0000077
- Lipowska, M. i Lipowski, M. (2006). Ocena własnej atrakcyjności przez kobiety w różnym wieku. [W:] A. Chybicka i M. Kaźmierczak (red.), *Kobieta w kulturze – kultura w kobiecie* (s. 385-402). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lipowska, M. i Lipowski, M. (2013). Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report*, 1, 72-81. doi: 10.5114/hpr.2013.40471
- Lipowska, M. i Lipowski, M. (2015). Narcissism as a moderator of satisfaction with body image in young women with extreme underweight and obesity. *PLoS ONE*, 10(5), e0126724. doi: 10.1371/journal.pone.0126724
- Lipowski, M. i Lipowska, M. (2015). Poziom narcyzmu jako moderator relacji pomiędzy obiektywnymi wymiarami ciała a stosunkiem do własnej cielesności młodych mężczyzn. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(1), 31-46.
- Lipowski, M., Buliński, L. i Krawczyński, M. (2009). Physical activities among other types of health-related behaviour in people losing weight. *Medical Science Monitor*, 15(8), 423-428.
- Magin, P., Heading, G., Adams, J. i Pond, D. (2010). Sex and the skin: A qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Psychology, Health and Medicine*, 15(4), 454-463. doi: 10.1080/13548506.2010.484463
- Maisey, D. M., Vale, E. L. E., Cornelissen, P. L. i Tovee, M. J. (1999). Characteristics of male attractiveness for women. *The Lancet*, 353(9163), 1500. doi: 10.1016/S0140-6736(99)00438-9

- Majkiewicz, M. (2005). Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 3, supl. 2, 162-163.
- Makara-Studzińska, M. i Zaborska, A. (2009). Otyłość a obraz własnego ciała. *Psychiatria Polska*, 43(1), 109-114.
- Mandal, E. (2004). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Masters, K. R., Powers, D. A. i Link, B. G. (2013). Obesity and US mortality risk over the adult life course. *American Journal of Epidemiology*, 177(5), 431-442. doi: 10.1093/aje/kws325
- McLaren, L., Hardy, R. i Kuh, D. (2003). Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: A prospective study. *Health Psychology*, 22(4), 370-377. doi: 10.1037/0278-6133.22.4.370
- Miękoś-Zydek, B., Ryglewska-Cho, A., Lassota-Falczewska, M., Czyż, P. i Kaszuba, A. (2006). Jakość życia pacjentów z łuszczycą. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 23(6), 273-277.
- Miller, C. T. i Major, B. (2008). Radzenie sobie z piętnem i uprzedzeniem. [W:] T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl i J. G. Hull (red.), *Spoleczna psychologia piętna* (s. 225-250). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Miniszewska, J. i Adamska, M. (2015). Determinants of the acceptance of an illness in the case of patients suffering from psoriasis treated in the hospital and outpatient clinic settings. *Health Psychology Report*, 3(4). doi: 10.5114/hpr.2015.53958
- Miniszewska J., Juczyński Z., Ograczyk, A. i Zalewska A. (2013). Health-related quality of life in psoriasis: Important role of personal resources. *Acta Dermatovenerologica*, 93(5), 551-556.
- Mitchell, S. H., Petrie, T. A., Greenleaf, C. A. i Martin, S. B. (2012). Moderators of the internalization-body dissatisfaction relationship in middle school girls. *Body Image*, 9(4), 431-440. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.07.001
- Ogłodek, E., Araszkiwicz, A. i Placek, W. (2009). Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę. *Zdrowie Publiczne*, 119(3), 335-337.
- Olszewski, H. (2013). Starzenie się a jakość życia. [W:] H. Olszewski (red.), *Senior – osoba i obywatel* (s. 123-138). Gdańsk: Wydawnictwo Ateneum – Szkoła Wyższa.
- Orzechowska, A., Talarowska M., Wysokiński, A., Gruszczyński, W. i Zboralski, K. (2009). Wybrane czynniki psychologiczne w łuszczycy i trądziku różowatym. *Dermatologia Kliniczna*, 11(1), 17-20.
- Pachalska, M. (2007). *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. T. I. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pilecka, W. (2007). Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby dziecka – perspektywa ekologiczna. [W:] B. Cytowska i B. Wilczura (red.), *Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne* (s. 13-38). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Puhl, R. M. i Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133, 557-580.
- Radoszewska, J. (2009). Otyły nastolatek w oczach rówieśników. *Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 15(3), 167-171.

- Rapp, S. R., Feldman, S. R., Exum, M. L., Fleischer, A. B. J. i Reboussin, D. M. (1999). Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 41, 401-407.
- Reich, A. i Szepietowski, J. (2011). Psychologiczne aspekty świada. [W:] T. Rzepa, J. Szepietowski i R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 93-98). Wrocław: Wydawnictwo Cornetis.
- Rolka, H., Krajewska-Kułak, E., Dyduch, M. i Kowalczyk, K. (2010). Ocena stopnia akceptacji choroby u młodzieży z trądzikiem. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(1), 47-52.
- Rollero, C., Gattino, S. i De Piccoli, N. (2014). A gender lens on quality of life: The role of sense of community, perceived social support, self-reported health and income. *Social Indicators Research*, 116(3), 887-898.
- Rostowska, T. (2006). Rozwojowe aspekty jakości życia rodzinnego. [W:] T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (s. 11-27). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rybicka-Klimczyk, A. i Brytek-Matera, A. (2008). Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 4(4), 143-151.
- Rzepa, T. (2011). Choroby skóry jako niszczące piętno. [W:] T. Rzepa, J. Szepietowski i R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 12-21). Wrocław: Wydawnictwo Cornetis.
- Salafii, F., Carotti, M., Gasparini, S., Intorcchia, M. i Grassi, W. (2009). The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: A comparison with a selected sample of healthy people. *Health Quality of Life Outcomes*, 7, 25-31.
- Schipper, H., Clinch, J. J. i Olweny, Ch. L. M. (1996). Quality of life studies. Definitions and conceptual issues. [W:] B. Spilker (red.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2<sup>nd</sup> ed (s. 11-23). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Silva, N., Crespo, C., Carona, C., Bullinger, M. i Canavarro, M. C. (2014). Why the (dis)agreement? Family context and child-parent perspectives on health-related quality of life and psychological problems in paediatric asthma. *Child: Care, Health and Development*, 41(1), 112-121. doi: 10.1111/cch.12147
- Standley, R., Sullivan, V. i Wardle, J. (2009). Self-perceived weight in adolescents: Over-estimation or under-estimation? *Body Image*, 6(1), 56-59. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.08.004
- Stangier, U., Echlers, A. i Gieler, U. (2003). Measuring adjustment to chronic skin disorders: Validation of a self-report measure. *Psychological Assessment*, 15(4), 532-549. doi: 10.1037/1040-3590.15.4.532
- Suwalska, A., Górna, K., Łojko, D. i Rybakowski, J. (2004). Jakość życia chorujących na cukrzycę – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Lekarski*, 61, 940-941.

- Swami, V., Coles, R., Wilson, E., Salem, N., Wyrosunska, K. i Furnham, A. (2010). Oppressive beliefs at play: Associations among beauty ideals and practices and individual difference in sexism, objectification of others, and media exposure. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 365-379.
- Svenningsson, I., Marklund, B., Attvall, S. i Gedda, B. (2011). Type 2 diabetes: Perceptions of quality of life and attitudes towards diabetes from a gender perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 688-695.
- Świątkiewicz-Mośny, M. (2010). *Tożsamość napiętnowana. Socjologiczne studium mechanizmów stygmatyzacji i autostygmatyzacji na przykładzie kobiet z zespołem Turnera*. Kraków: NOMOS.
- Tiggemann, M. i McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624-627. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.07.003
- Timms, R. M. (2013). Moderate acne as a potential barrier to social relationships: Myth or reality? *Psychology, Health & Medicine*, 18(3), 310-320. doi: 10.1080/13548506.2012.726363
- Tyc-Zdrojewska, E., Trznadel-Grodzka, E. i Kaszuba, A. (2011), Wpływ przewlekłych chorób skóry na jakość życia pacjentów. *Dermatologia Kliniczna*, 13(3), 155-160.
- Väätäinen, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Saramies, J., Uusitalo, H., Tuomilehto, J. i Martikainen, J. (2014). Quality of life along the diabetes continuum: A cross-sectional view of health-related quality of life and general health status in middle-aged and older Finns. *Quality of Life Research*, 23(7), 1935-1944.
- Ware, J. E. Jr., Kosinski, M., Dewey, J. E. (2000). *How to score version two of the SF-36 Health Survey*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Wisłowska, M., Kanecki, K., Tyszko, P. i Kapala, A. (2010). Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*, 48(2), 104-111.
- World Health Organization (2013). *World Health Statistics 2013*. Geneva.
- World Health Organization (2015). *Body mass index – BMI*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (2.02.2015).
- Woźnicka, L., Posadzy-Małaczyńska, A., Leśkiewicz, G. i Głuszek, J. (2008). Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze według ankiety SF-36. *Nadciśnienie Tętnicze*, 12(2), 109-117.
- Zamboni, M., Mazzali, G., Zoico, E., Harris, T. B., Meigs, J. B., Di Francesco, V., Fantin, F., Bissoli, L. i Bosello, O. (2005), Health consequences of obesity in the elderly: A review of four unresolved questions. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1011-1029.
- Zegarska, B., Tabaczyński, O. i Woźniak, M. (2007). Zastosowanie makijażu i kamuflażu w niwelowaniu defektów kosmetycznych oraz zmian skórnych w przebiegu różnych schorzeń dermatologicznych – doświadczenia własne. *Dermatologia Estetyczna*, 3(50), 159-166.
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wyd. Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

- Ziebland, S., Robertson, J., Jay, J. i Neil, A. (2002). Body image and weight change in middle age: A qualitative study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(8), 1083-1091.
- Żelazny, I., Nowicki, R., Majkowicz, M. i Samet, A. (2004). Jakość życia w chorobach skóry. *Przewodnik Lekarza*, 9, 60-65.
- Żołnierczyk-Zreda, D., Wrześniewski, K., Bugajska, J. i Jędryka-Góral, A. (2009). *Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia*. Warszawa: CIOP-PIB.

#### JAKOŚĆ ŻYCIA W PRZEWLEKŁEJ WIDOCZNEJ CHOROBIE A POCZUCIE STYGMATYZACJI U MŁODYCH KOBIET

**Streszczenie.** Celem podjętych badań jest weryfikacja założenia, że efekt tzw. społecznej widowni i ocena przewlekłej choroby jako zależnej od chorującego różnicują poziom odczuwania stygmatyzacji oraz ocenę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia młodych kobiet. Dodatkowo można przypuszczać, że w trzech grupach badanych poczucie stygmatyzacji będzie odmiennie wpływało na poczucie jakości życia. Zbadano 102 kobiety w okresie wczesnej dorosłości ( $M = 25,08$ ,  $SD = 3,01$ ,  $\min = 18$ ,  $\max = 30$ ), stanowiące dwie grupy kliniczne: z widoczną i przewlekłą otyłością ( $n = 30$ ) i widoczną, przewlekłą chorobą skóry ( $n = 31$ ). Grupę porównawczą stanowiły kobiety w normie wagowej, bez chorób skóry ( $n = 42$ ). Badane grupy nie różniły się wiekiem ( $F = 2,37$ ,  $p = 0,098$ ). Większość badanych to mieszkanki Trójmiasta i okolic. Do oceny poczucia stygmatyzacji użyto *Perceived Stigmatization Questionnaire, PSQ* (Lawrence i in., 2006). W ocenie jakości życia wykorzystano Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36v.II (Ware i in., 2000). Ponadto badane były mierzone w zakresie m.in.: wysokości i masy ciała, co dało możliwość obliczenia wskaźnika antropometrycznego, jakim jest BMI. Choroba przewlekła, ale także jej typ różnicują odczuwany przez młode kobiety poziom jakości życia oraz poczucie stygmatyzacji. Najniżej swoje funkcjonowanie fizyczne oceniły kobiety z otyłością. Nie wystąpiły różnice w zakresie odczuwanej jakości życia związanej ze zdrowiem pomiędzy kobietami dotkniętymi przewlekłymi chorobami skóry i kobietami zdrowymi. Także w zakresie poczucia stygmatyzacji grupa młodych kobiet z otyłością częściej ocenia zachowania, których doświadczają, jako wrogie w porównaniu z kobietami z przewlekłymi chorobami skóry i kobiet z grupy porównawczej. U kobiet otyłych jedynie wymiar stygmatyzacji, jakim jest Zakłopotanie/gapienie się jest skorelowany ujemnie z Funkcjonowaniem społecznym.

**Słowa kluczowe:** otyłość, choroby skóry, obraz ciała, jakość życia związana ze zdrowiem, wczesna dorosłość.



Article

# “Better If They Laugh with Me than at Me”: The Role of Humor in Coping with Obesity-Related Stigma in Women

Natalia Mazurkiewicz <sup>1</sup>, Mariusz Lipowski <sup>2</sup> , Jarosław Krefta <sup>3</sup> and Małgorzata Lipowska <sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup> Institute of Psychology, University of Gdańsk, 80-309 Gdańsk, Poland; psycholog.mazurkiewicz@gmail.com

<sup>2</sup> Department of Psychology, Gdańsk University of Physical Education and Sport, 80-336 Gdańsk, Poland; mariusz.lipowski@awf.gda.pl

<sup>3</sup> Creative Code Studio—Jarosław Krefta, 81-602 Gdynia, Poland; j.k.krefta@gmail.com

\* Correspondence: malgorzata.lipowska@ug.edu.pl

**Abstract:** This study investigated the role of perceived stigmatization in the relationship between humor styles and coping with stress among young women suffering from stigma due to obesity. In the 21st century, obesity is an increasing global health issue with many physical and mental consequences for obese women. As a chronic stigmatizing disease, it requires that the affected individuals cope with social consequences; women with obesity are more prone to such consequences than men. Humor fosters the breaking of stereotypes and alleviating the consequences of stigmatization. A total of 127 young adult women (age  $M = 25.74$ ,  $SD = 2.73$ ) participated in the study ( $n = 54$  with overfat and  $n = 73$  with healthy fat). Participants filled out the Humor Styles Questionnaire, Perceived Stigmatization Questionnaire, and the Brief COPE Scale. Anthropometric data were gathered using a body composition analyzer. Results indicate that, when perceiving hostile behaviors toward themselves and using humor as a coping strategy, women with overfat select maladaptive styles of humor (i.e., self-defeating and aggressive styles). Women with overfat were also more likely to use humor as a coping strategy in difficult situations. Furthermore, none of the participants were satisfied with their body mass. At the same time, among women without obesity, a lack of compliments was not treated as a problem, even if they had high body fat.

**Keywords:** obesity; coping with stress; stigmatization; humor style; body esteem



**Citation:** Mazurkiewicz, N.; Lipowski, M.; Krefta, J.; Lipowska, M. “Better If They Laugh with Me than at Me”: The Role of Humor in Coping with Obesity-Related Stigma in Women. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 7974. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157974>

Academic Editors: Chung-Ying Lin and Hector Tsang

Received: 28 June 2021  
Accepted: 26 July 2021  
Published: 28 July 2021

**Publisher’s Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

According to the World Health Organization (WHO), obesity is the most common metabolic disease, a global issue in the 21st century, and its prevalence is continually increasing [1]. In 2014, the Central Statistical Office of Poland reported that half of all adults (defined as persons aged over 15) in Poland were overweight [2], while, in 2019, 51% were overweight and 21% obese [3]. Worldwide data from 2016 placed Poland 67th in terms of the percentage of individuals with obesity (23.1%) [4]. A report prepared by the Parliamentary Bureau of Research indicates that the obesity rate continues to increase and is now one of the most common lifestyle-related health problems, posing a challenge to the health care system in Poland [5].

Obesity is not just a problem with a broad, worldwide scope—it also has many consequences for physical [6–8] and mental health [9–11]. Moreover, obesity lowers the quality of life [12] creating a vicious cycle of problems; for example, some types of depression can cause obesity, while in other situations, obesity can lead to depression [13,14]. This relation is stronger in women, for whom obesity is met with greater social censure than men. The body image of girls and women is a much more significant part of their “self” and has more bearing on their overall self-esteem than for men [15,16]. Women are also more prone to being overweight or obese than men [17], which has a far-reaching influence on their health, including in the context of reproduction—women with obesity are more at risk of

gestational diabetes, preeclampsia, cesarian section, and neonatal morbidity [18]. Excess weight is a challenge for both the health system and the individual with obesity.

### 1.1. Obesity and Stigma

Stigma is one of the difficulties faced by overweight individuals. An individual who possesses an attribute that is socially stigmatized is themselves stigmatized and perceived as less valuable [19]. A stigma may be invisible or discreditable, and its disclosure may be at the discretion of the stigmatized person. However, obesity is chronic and discredit and thus visible. It is stigmatized in a multidimensional way, i.e., not just as a problem of one's appearance or body but also as a problem of one's character [19–21]. Body types outside the norms propagated by society and culture are met with discrimination and judgment [22]. Media all over the world promote slim, well-kept body types that are not attainable for every woman, increasing the risk of eating disorders [23–25]. Individuals with obesity experience rejection, animosity, and isolation and are perceived as less attractive, possessing inferior character, lazy, unsuccessful, and unintelligent [26–29]. People with obesity are judged and stigmatized by strangers, as well as their families and friends [30]. The "anti-fat" bias is common in healthcare facilities, which paradoxically increases the risk of obesity. Patients feel stigmatized and feel that they are receiving inferior care. Internalization of the weight stigma is often associated with high levels of alcohol consumption and psychoactive substances to cope also with stigma. [31]

Both stigma and body image depend to a large extent on the culture and customs regarding the understanding and perception of body types in a given region, as well as on an individual's perception of other people's opinions on body appearance [32,33]. Whether and to what extent obesity impairs social functioning and to what extent an individual needs to cope with the stigma depends on this perception and the image of self.

### 1.2. Coping with Obesity-Related Stigma

Stigma in itself is associated with stress and the need to manipulate one's situation or perceptions in order to reduce its consequences [19]. Satisfaction with one's body image partially mediates the relationship between the amount of excess weight and depression and self-esteem, independently of gender [34]. Obesity poses an objective risk for increased stress. It is also subjectively perceived by women as a source of psychological stress and contributes to increased anxiety [35]. Stress can be both the cause and the result of obesity: eating is a common response to negative emotions or low mood [36,37].

Activities undertaken to cope with stress may also depend on one's emotional well-being. A person may try to cope with obesity stigma by addressing the proximate cause of the stigma by losing weight or by taking pride in the condition and mobilizing others to prevent discrimination [38].

Women experience psychological discomfort related to their own appearance more often than men because their unattractive appearance is met with greater social disapproval. In both girls and women, self-image is more closely related to body image and affects self-esteem more than it affects their male counterparts [15,16]. Therefore, women with obesity, to cope with weight-related stigma, can use numerous maladaptive strategies, such as ignoring stigmatizing comments, extreme denial, involved self-criticism, and avoidance of distressing situations, or even overeating [38–41].

On the other hand, individuals with overweight are more likely to be presented in entertainment as engaging in unhealthy and stereotypical behaviors (e.g., eating or binging on unhealthy foods); referring to one's own weight is met with laughter from audiences and obese individuals are a target of ridicule and humor [42]. Humor can serve to reduce tension and release repressed energy [43–45]. Humor and laughter can regulate one's psychophysical balance, leading to reduced tension and psychosomatic problems, while also increase psychological well-being, and reduce chronic pain and stress [46–48]; it is also associated with one's sense of happiness and even the ability to forgive [49]. Humor may facilitate the breaking of stereotypes about people who are ill or have some condition,

such as obesity [50], and may even help to reduce stigmatization in case of revealing mental problems [51]; it can help to cope with loneliness [52], influence one's mood when confronting negative stimuli [53], and increase one's adaptive abilities in the face of stress at work [54]. According to a study by Abel [46], students qualified as people with a high sense of humor rated less stress and reported less current anxiety than those with a low sense of humor, despite having experienced a similar number of daily problems in the past two months. Humor is a tool through which an individual may express themselves, and it can be used interpersonally (focused on others, relational) or intrapersonally (focused on oneself). It is a relatively stable personality trait, which can also be thought of as one's characteristic style of humor [55–57]. Humor can function both adaptively and maladaptively. Martin et al. [56] identified affiliative humor and self-enhancing humor as being important to the well-being of the individual. While the other two, aggressive humor and self-defeating humor, are considered harmful and maladaptive.

Social disapproval of obesity and the associated sense of stigma (mainly in women) is associated with the need to seek mechanisms or ways to increase one's social acceptance. Kruczek and Basińska [57] showed that individuals who use humor as a way of coping with stress perceived less stress.

Summing up, a sense of humor used in difficult situations as a coping strategy enables handling obesity stigma difficulties. Women, who are more prone to social disapproval of excess body fat than men, must therefore use coping strategies.

Thus, the goal of the presented study was to investigate the role of perceived stigmatization as a mediator between humor style and preferred strategies of coping with stress among young women.

The following hypotheses were made:

**Hypothesis 1.** *The higher a person's level of adaptive humor style is, the more adaptive their strategies of coping with stress (see Section 2.2.3. Procedure) will be; this relationship will be stronger in women with overfat than in women with healthy fat.*

**Hypothesis 2.** *Perceived stigmatization will mediate the relationship between humor style and preferred strategies of coping with stress.*

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Participants

A total sample of 127 females was recruited for this study. Data were collected between 2018 and 2019. We only invited women to participate in our research, because, for them, the weight-related stigma is of particular importance [58]. According to the research, body weight explains as much as 53% of the variance of attractiveness in women, while in men, only 13% of the variance [59]. Women in early adulthood (age:  $M = 25.74$ ,  $SD = 2.73$ ,  $min = 19$ ,  $max = 30$ ) were included in the study based on BMI, in accordance with the WHO classification [1]. Individuals with a BMI of  $\geq 30$  were included in the group with obesity ( $n = 54$ ). In order to verify whether the aspect under examination is specific only for people with overfat, a control group ( $n = 73$ , with BMIs between 18.5 and 24.5) was also taken into account in the study. A body composition analyzer was used to perform the classifications.

### 2.2. Procedure

The recruitment procedure had two stages. During the first stage, 30 females participating in a larger project described elsewhere [60] who met the inclusion criteria for the study were recruited. During the second stage, females who met inclusion criteria for this research project were asked to invite acquaintances to participate, i.e., a non-random method of sample selection ("snowball sampling technique"), as our research group consisted of non-standard individuals [61]. Participants completed self-rated, paper-and-pencil questionnaires at home within two weeks or in a psychologist's or dietician's office, where the body mass measurement was later performed.



The protocol of this study was approved by the Ethics Board for Research Projects at the Institute of Psychology, University of Gdansk, Poland (decision no. 12/2018).

We collected several different kinds of information using the Humor Styles Questionnaire, the Perceived Stigmatization Questionnaire, and the Brief COPE Scale. Participants filled out also a short questionnaire with questions about age, ideal weight, height, presence of other chronic diseases. The objective body parameters of all participants were controlled by using a body composition analyzer. The data used for this study were part of a larger survey, and the questionnaires that formed this study took around 20 minutes to complete.

### 2.2.1. Humor Styles Questionnaire (HSQ)

The Humor Styles Questionnaire by Martin et al. [56], in its Polish adaptation by Hornowska and Charytonik [62], allows the assessment of style of humor. The questionnaire is composed of 32 items that form 4 subscales: *Self-enhancing humor*, *Aggressive humor*, *Affiliative humor*, and *Self-defeating humor*. For each item, participants assess on a 7-point scale how often the described humor-related situation applies to them. Cronbach's alpha were as follows: *Self-enhancing humor*  $\alpha = 0.66$ , *Aggressive humor*  $\alpha = 0.64$ , *Affiliative humor*  $\alpha = 0.65$ , and *Self-defeating humor*  $\alpha = 0.75$ .

### 2.2.2. Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ)

The Perceived Stigmatization Questionnaire by Lawrence et al. [63] measures the overall subjective sense of stigma. The questionnaire includes 21 items across 3 subscales: *Absence of friendly behavior*, *Confused/staring behavior*, *Hostile behavior*, and *Total Score*. Participants use a 5-point Likert-like scale to rate how often people behave in certain ways around them, where 1 indicates never, 5 indicates always, and 3 indicates sometimes. To develop a Polish version of the PSQ, with the author's consent, the questionnaire was translated into Polish independently by an interpreter and a psychologist. After selecting the best Polish version, it was back-translated into English by a native speaker. Then, the quality of the translation was assessed by comparing the back translation with the original questionnaire. Cronbach's alpha were as follows: *Absence of friendly behavior*  $\alpha = 0.63$ ; *Confused/Staring behavior*  $\alpha = 0.70$ ; *Hostile behavior*  $\alpha = 0.77$ .

### 2.2.3. Brief COPE Scale

Strategies of coping with stress behavior was determined by using the Brief COPE Scale, an abbreviated version of the COPE Inventory [64]. We used the Polish version adapted by Juczyński and Bulik [65]. The questionnaire includes 28 items on 14 subscales, which might be clustered into adaptive or maladaptive strategies. The adaptive strategies include *Active coping*, *Emotional support*, *Use of informational support*, *Positive reframing*, *Planning*, *Humor*, *Acceptance*, *Religion*. In turn, *Self-distraction*, *Denial*, *Substance use*, *Behavioral disengagement*, *Self-blame*, and *Venting* are considered maladaptive strategies. Cronbach's alpha were as follows: *Active coping*  $\alpha = 0.65$ ; *Planning*  $\alpha = 0.88$ ; *Positive reframing*  $\alpha = 0.68$ ; *Acceptance*  $\alpha = 0.67$ ; *Humor*  $\alpha = 0.83$ ; *Religion*  $\alpha = 0.94$ ; *Use of emotional support*  $\alpha = 0.92$ ; *Use of instrumental support*  $\alpha = 0.87$ ; *Self-distraction*  $\alpha = 0.85$ ; *Denial*  $\alpha = 0.76$ ; *Venting*  $\alpha = 0.70$ ; *Substance use*  $\alpha = 0.59$ ; *Behavioral disengagement*  $\alpha = 0.70$ ; *Self-blame*  $\alpha = 0.91$ .

### 2.2.4. Body Composition Analyzer

In order to gather the participants' anthropometric data, a BC-601 Tanita Segmental Body Composition Monitor produced by Tanita Corporation Japan was used. The importance of taking visceral fat into account, and not just body mass index (BMI), is increasingly emphasized [66,67]; therefore, we also considered visceral fat, despite basing the initial inclusion criteria on BMI. For adults, the analyzer allows the measurement of indices of obesity adjusted for muscle mass content, fat percentage (%BF), recommended daily energetic intake, basal metabolic rate, metabolic age, bone mass, and visceral fat

content [68]. The age of participants was taken into account when determining body-fat status (i.e., overfat, healthy, or underfat) [69].

### 2.3. Statistical Analysis

The analyses were performed in Python 3.8.5 programming language (Python Software Foundation, Fredericksburg, VA, USA), using JupiterLab 2.2.6 as the computation environment. The following Python libraries were used:

- pandas 1.1.3
- scipy 1.5.2
- numpy 1.19.2
- pingouin 0.3.9

Test data were contained in pandas.DataFrame. DataFrame is a two-dimensional, size-mutable, potentially heterogeneous tabular data type. Its structure contains labeled axes (rows and columns). Arithmetic operations align on both row and column labels [70]. It can be considered a mathematical database. This study used DataFrame to index and align data. Each row contained all data collected from a single participant.

Student's t-test was performed using scipy.stats.ttest\_ind function. Mann–Whitney U test was performed using scipy.stats.mannwhitneyu function. Spearman's Rho correlations were calculated using scipy.stats.spearmanr function. Mediation analysis was performed using pingouin.mediation\_analysis function. Z-Score was calculated by executing pandas.DataFrame.apply(numpy.mstats.zscore).

Validity of group selection was determined by using mean analysis and Student's t-tests on weight, visceral fat, fat percentage, BMI, age, height, and desired weight reduction. Moreover, Mann–Whitney U was used to determine differences between groups for PSQ, HSQ, and Brief COPE Scale. Spearman's Rho correlations were calculated between the fat index and PSQ, visceral fat and PSQ, desired weight reduction in percent, and PSQ. It was also used to determine the correlation between fat percentage and Brief COPE Scale, visceral fat and Brief COPE Scale, desired weight reduction in percent, and Brief COPE Scale. Bias-correct, nonparametric, bootstrap mediation was used to determine the relationship between humor styles and coping strategies with stigma as a mediator.

## 3. Results

### 3.1. Anthropometric Differences

First, we wanted to verify if the selection of respondents was adequate; thus, we examined the significance of differences between groups distinguished on the basis of whether the women were overfat or at healthy fat levels in terms of all variables included in the research (Table 1).

**Table 1.** Descriptive statistics and differences between groups.

Feature/Index	Healthy Fat ( <i>n</i> = 73)				Overfat ( <i>n</i> = 54)				Differences ( <i>df</i> = 125)	
	<i>M</i>	min	max	<i>SD</i>	<i>M</i>	min	max	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
%BF	28.82	19.60	37.40	3.60	43.44	29.80	52.80	4.91	18.52	<0.001
Visceral Fat	1.89	1.00	4.00	0.79	8.63	5.00	15.00	2.47	19.29	<0.001
Weight	61.36	52.20	71.00	5.93	98.17	64.50	143.00	15.14	16.93	<0.001
Height	167.55	148.00	182.00	6.14	167.37	153.00	180.00	5.36	0.17	0.863
Age	25.41	19.00	30.00	2.79	26.19	21.00	30.00	2.62	1.60	0.110
BMI	21.84	18.70	24.50	1.63	35.01	30.10	45.70	4.15	22.11	<0.001
Desired weight reduction in %	8.82	0.55	17.46	4.37	27.41	10.21	43.96	8.97	14.04	<0.001

The two groups differed in terms of fat percentage (further described in the tables as %BF), visceral fat, weight, and BMI. The percent of reduction of body weight in order to

attain one's dream weight differed between groups. The study groups did not differ in terms of height and age.

### 3.1.1. Perceived Stigmatization

The groups differed significantly in terms of perceived stigmatization ( $t(125) = 2.69$ ,  $p = 0.009$ ), which derives from the differences on the confused/staring behavior ( $t(125) = 2.93$ ,  $p = 0.004$ ) and hostile behavior ( $t(125) = 3.76$ ,  $p < 0.001$ ) subscales. A correlation was observed between the percentage and overall score for perceived stigmatization in both groups (Table 2).

**Table 2.** Correlations of PSQ scales with %BF, visceral fat, and desired weight reduction (in %).

PSQ Scales	%BF		Visceral Fat		Desired Weight Reduction in %	
	Overfat	Healthy Fat	Overfat	Healthy Fat	Overfat	Healthy Fat
Absence of Friendly Behavior	0.05	−0.34 **	−0.01	−0.18	0.04	−0.17
Confused/Staring Behavior	0.38 **	−0.14	0.34 *	−0.20	0.42 **	0.08
Hostile Behavior	0.32 *	−0.11	0.25	−0.06	0.17	0.00
Total	0.38 **	−0.28 *	0.31 *	−0.21	0.31 *	−0.06

Note: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .

Women with overfat perceive stigmatization, including staring and aggressive behaviors more often than women whose weight is within norms. It can also be observed that women whose weight is average do not experience a lack of positive behavior even if their levels of fat are high.

### 3.1.2. Coping with Stress Situation and Sense of Humor

The results indicate that the groups did not differ in terms of strategies of coping with stressful situations, except in terms of using humor to cope with stress ( $t(125) = 2.8$ ,  $p = 0.007$ ). At the same time, due to the correlation of %BF and visceral fat with coping strategies, women in the overfat group were more likely to use Planning, denial, and use of informational support as ways to cope with stressful situations (Table 3).

Moreover, the bigger the difference between the current weight and the goal (ideal) weight, the more frequently the women with overfat used self-blame and behavioral disengagement, while women with healthy fat leaned towards denial and away from religion.

The groups did not differ significantly in terms of the style of humor used. However, there was a correlation between fat percentage and aggressive humor ( $r = 0.32$ ,  $p = 0.020$ ) and self-defeating humor ( $r = 0.31$ ,  $p = 0.023$ ) in the obese group.

### 3.1.3. Perceived Stigmatization as a Mediator between Humor Styles and Coping with the Stress

In investigating the hypothesis that perceived stigmatization mediates the relationship between sense of humor and strategies of coping with stress, a mediating effect of hostile behavior was observed in group women with overfat, only for the relationship between self-defeating humor and humor as a way to cope with stress (Figure 1).

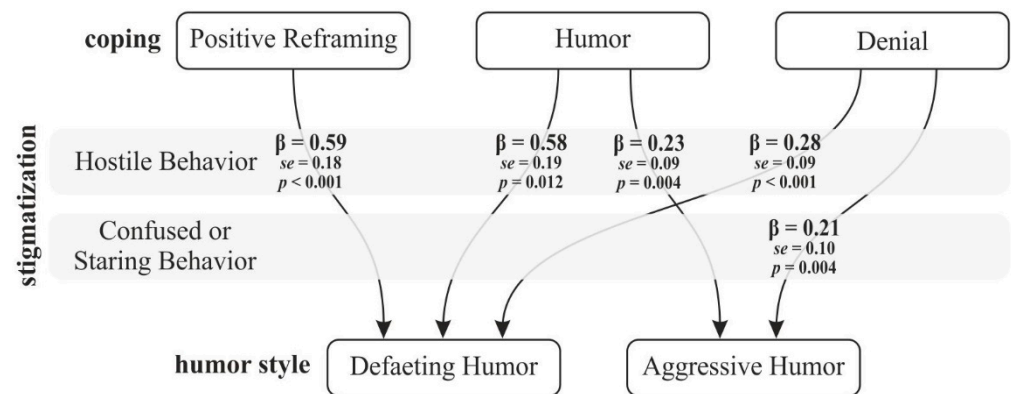
At the same time, we observed the influence of stigmatization on the relationship between styles of humor and ways of coping with difficult situations, only in the groups of women with overfat. The strongest effect was observed in the relationships where hostile behavior was the mediator—between positive reappraisal and self-defeating humor as well as between humor and self-defeating humor in women with overfat. Moreover, perceived stigmatization influenced the relationship between humor as a way to cope with stress and its maladaptive styles. No statistically significant effects were observed in the group

of women with healthy fat. This relationship did not occur in the group of women with healthy fat.

**Table 3.** Table of correlation between Brief COPE Scale and %BF, visceral fat, and desired weight reduction in%.

Brief Cope Scales	%BF		Visceral Fat		Desired Weight Reduction in%	
	Overfat	Healthy Fat	Overfat	Healthy Fat	Overfat	Healthy Fat
Active Coping	0.22	−0.04	0.23	−0.02	0.12	−0.21
Planning	0.30 *	−0.06	0.32 *	0.03	0.20	−0.01
Positive reframing	0.18	−0.02	0.20	−0.04	0.24	−0.25 *
Acceptance	−0.03	−0.16	−0.01	−0.15	−0.01	−0.05
Humor	0.02	−0.04	0.07	−0.20	0.06	−0.25 *
Religion	0.07	−0.01	−0.07	−0.06	0.00	−0.28 *
Use of emotional support	0.22	−0.05	0.14	−0.01	0.04	0.03
Use of informational support	0.29 *	−0.15	0.29 *	−0.15	0.13	0.04
Self-distraction	−0.03	0.21	−0.06	0.09	0.27 *	0.11
Denial	0.32 *	0.06	0.37 **	0.07	0.26	0.28 *
Venting	−0.04	0.02	0.05	0.02	0.17	0.13
Substance Use	−0.06	0.05	−0.18	−0.03	0.00	0.10
Behavioral disengagement	0.00	−0.23 *	0.06	−0.23	0.35 **	0.19
Self-blame	0.16	0.02	0.15	0.09	0.40 **	0.13

Note: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .



**Figure 1.** Perceived stigma as a mediator between humor style and ways of coping with stress in group women with overfat.

#### 4. Discussion

Our results partially confirmed hypothesis 2. Perceived stigmatization mediated the relationship between the style of humor and ways of coping with stressful situations only in the group of women with overfat. Hypothesis 1 was not confirmed in our study.

##### 4.1. Anthropometric Variables

All the participants in this study desired to reduce their body mass. This suggests that none of the participating women were satisfied with their bodies. This is in contrast to the results of Annis et al. [29], who found that, in a sample of 165 women, women with overweight reported greater dissatisfaction with their appearance. Similarly, a study by Siervo et al. [71] found that dissatisfaction with one’s body and the desire to reduce one’s body mass were greater among women with obesity than those without. Dissatisfaction with one’s own body may accompany women throughout their lives, starting in the earliest

years. However, this can depend on culture, as Asian American respondents have been found to not fit this pattern—most commonly reported problems in this group are weight gain, desire to lose weight, and mild dissatisfaction with one's body [72].

Interestingly, for men, body fat is not necessarily associated with aspirations to change one's weight (either increasing or decreasing one's body mass) [73]. In one sample of 996 male participants aged 19–26, 29.72% wanted to decrease their body mass and 53.21% wanted to increase it, by 8.57 kg on average ( $SD = 5.85$ ). On the other hand, the better their assessment of their physical fitness is, the lower their declared desire is to reduce weight. This is in line with research by Franzoi [74], who emphasized that understanding one's body as an object is more characteristic of women, who tend to assess their body parts separately, while men tend to understand their bodies as a process, where the body's functionality is what is assessed. Franzoi et al. [15] also observed that men are more self-hopeful, and women are more self-critical with regard to their bodies. Particularly when comparing themselves to others, women are more likely to compare themselves to other women who they perceive as more attractive.

#### 4.2. Obesity and the Subjective Perception of Stigmatization

A person with obesity is unable to hide their condition, which puts them at risk of being judged by people around them, even if the sense of being judged is just a subjective perception. In our study, women with overfat considered themselves more stigmatized than women whose weight was average, and the associated discomfort was significantly related to the sense of “being fat,” because the larger the difference between current weight and the desired weight was, the more stigmatization the women perceived. The role of body mass for perceived stigmatization, as we can see in our results, is also visible in cross-cultural studies: Polish women felt less stigmatized than Vietnamese women if their body mass was not taken into account [32]. Interestingly, lack of friendly behaviors from the environment, that is to say, a lack of compliments, as a component of stigmatization, influences perceptions of one's body in both cultures. In our research, women with healthy fat do not focus on compliments understood as friendly behaviors. An experiment by Blodorn et al. [75] had participants make a speech describing why they would make a good date and were told that a potential partner would either see or hear a recording of them making the speech. It turned out that women with higher body mass had higher expectations of social rejection when they would be seen (versus unseen). Obesity is stigmatized from the earliest years of life [76,77].

Our research showed that there is a relationship between the objective dimensions of a person's body and perceived stigmatization. In our previous research, obese women perceived greater stigmatization through hostile behaviors than women of normal weight or women with skin diseases; they also assessed their quality of life as lower [11]. It is in accordance with a study by Annis et al. [29], which showed that body image dissatisfaction/distress, dysfunctional appearance investment, and overweight preoccupation are more associated with stigmatizing experiences at various ages in currently overweight women than in formerly overweight women. The authors also noted the phenomenon of “phantom fat”, i.e., an effect where an individual still perceives themselves as obese even after losing weight, which is also associated with stigmatization. This can indicate that the environment plays an important role in perceived stigmatization. Participants in a two-week-long study by Vartanian et al. [30] described their experiences with weight stigma. Over this period, 91% of participants experienced stigmatization at least once, and the overall frequency of stigmatizing experiences was not associated with BMI. It seems interesting that the most frequent sources of stigmatization, just after strangers, were those closest to the participants—spouses, partners, friends, and parents. Interestingly, media and advertisements were causes of perceived stigmatization in 54% of respondents.

Despite the fact that all participating women wanted to lose weight, it seems that in the group of women who were not overfat, this was not related to the experience of stigmatization. Lack of compliments and positive behaviors toward women who are not

obese were not perceived as problems, even if they had a high body fat percentage. This is in contrast to the data gathered by Lipowska et al. [32], who found that independently of body mass, lack of perception of friendly behaviors is considered an important element of stigmatization by young women, and compliments play an important role in building self-esteem.

#### 4.3. *The Role of Humor in Dealing with Obesity Stigma*

There exists a social belief that “fat” individuals are funnier, more entertaining, and merrier [78]. As shown by our study, women with overfat more often use humor to reduce stress, especially in situations where they feel stigmatized. Interestingly, this humor is often aimed at themselves, as self-depreciation. At the same time, obese individuals are often the objects of jokes and are used as a source of humor in entertainment media; they are thus an object of ridicule, and references to one’s own weight are typically met with laughter [42].

Obesity, as a stigmatizing condition, to a large extent exposes an individual to psychological stress, and it is a difficult situation one needs to cope with. As a chronic disease, it is long-term and generates the need to cope with it and its consequences.

Research by Rahnavard et al. [39] on 24 obese women waiting for Sleeve surgery who experienced weight-related stigmatization indicate that in order to deal with this stigma, respondents used social resistance, passivity, psychological problems and hysteria, extreme denial of self-body image, social isolation, and ignorance of what others say. Research by Himmelstein [79] suggests that in people experiencing stigma related to weight, stigma-specific coping responses mediated the relationship between experienced weight stigma and all investigated health indicators, although the indirect effects of weighting on health differed with coping strategies.

Assuming that obesity, as a source of anxiety, leads to increased tension and that women with overfat experience stress associated with attractiveness and appearance more often than those whose weight is within norms [35], we hypothesized that strategies for coping with stress would be different for the two groups of participants. However, the results did not support this hypothesis.

Our research shows that obese women, especially when they want to lose a significant amount of weight, use maladaptive coping strategies. This is in line with the studies by Varela et al. [80], in which people with excess weight more often used passive strategies of coping with stress, such as self-criticism, wishful thinking, social withdrawal, and emotional eating, and restrained eating. These lead to unhealthy eating behavior and are more likely to contribute to the emergence and maintenance of a high BMI. Brytek-Matera [23] showed that women with obesity, focusing on their own emotional states and thus not taking action to solve the existing problem, avoid situations that have led to emotional tension.

We expected that sense of humor as a way to cope with difficulties would be characteristic of women with overfat, and the results supported this. The originators of the concept of humor styles [56] indicate that humor may have an adaptive character, but that it can also be harmful and maladaptive. Thus, it is not the sense of humor in itself but rather the ways one uses it and the goals one has when using it that are important for understanding its role in everyday functioning. Maladaptive styles of humor are associated with aggression and being snide. Aggressive humor is directed outwardly; it is associated with raising one’s status and mood by demeaning and ridiculing other people, making fun of them [56,62]. Self-defeating humor is based on the need for approval through paying the price of ridiculing oneself. It is expressed through attempts to make people laugh by telling self-ridiculing stories [81]. Oftentimes, an individual who uses this kind of humor can be perceived as funny or witty (e.g., “the class clown”). At the same time, they often hide their emotional needs and have low self-esteem, and the humor is used as a form of defensive denial or for ridiculing one’s shortcomings [52,56,81,82]. According to this view, as also shown by our study, when women with overfat face threatening situations where

they perceive behaviors that are hostile toward them, using humor to cope with stress, they select maladaptive styles of humor.

It can be thus supposed that it is easier for a woman with overfat to laugh at herself and her situation than to be left with a sense of stigmatization and rejection. Interestingly, a cross-cultural study [83] found that Polish men are characterized by higher levels of the self-defeating humor style than Polish women. In this same study—on 8,361 participants from 28 countries—men were characterized by higher levels of self-enhancing humor, self-defeating humor, and aggressive humor. Affiliative humor did not differ between the genders in any of the 28 countries. Affiliative humor and self-enhancing (i.e., adaptive) styles of humor in stigmatizing situations did not affect the styles of coping with stress among the participants of our study.

Women who desire to lose weight often blame themselves or give up when facing difficulties [26]. This is often associated with blaming oneself for the lack of results of attempts to lose weight; they feel guilty because their efforts did not effectively change their situation. They need support from loved ones and institutions. At the same time, research shows that even healthcare providers, including medical students, can stigmatize obesity. In an interventional study by Kushner et al. [84] medical students initially revealed stereotypical thinking regarding obesity and their lack of empathy toward patients with this condition. Only after a session in which they entered the role of an obese patient did their assessment of obese patients significantly change. In a follow-up a year later, and it turned out that the students still showed empathy toward obese patients; however, stereotypes returned to the levels from the first measurement. Phelan et al. [85] conducted a narrative review of the literature regarding research on the effects of stigma on the healthcare received by people who are obese. They observed that attitudes toward obesity as a risk factor for health exacerbated and masked negative attitudes toward obese individuals, while health sector workers often perceive obesity as an avoidable risk factor. This shows how many stigmatizing situations are experienced by people with overfat on a daily basis, which requires them to launch coping strategies to function in society. Such behavior does not support the prevention or therapy of obesity. This is because treating obesity does not depend solely on body mass reduction. Support by close ones may expedite, strengthen, and make the effects of weight loss therapy more lasting. Similar conclusions were drawn from a study by Powers et al. [86], in which college women who had themselves chosen to lose weight reported greater weight loss if they had the support of family and friends. The positive effects of support persisted even if the support itself decreased with time.

#### *4.4. Limitation and Future Perspectives*

The limitation of this study is undoubtedly the number of women with overfat. Despite the fact that the number of people with overfat is constantly increasing, not all women invited to the study agreed to anthropometric tests and measurements. The sample presented in this research limits the number and depth of analysis that can be performed. While we can correlate anthropometric variables to humor and coping strategies, only experimental and longitudinal studies may establish clear causation. It is worth continuing the study to assess whether similar results will be obtained in a larger group. This research focuses only on a group of young women due to the social disapproval of excess body fat in this group, but it is worthwhile to include also young men with overfat in the research in order to verify the role of gender differences. Moreover, the method of participants recruitment—a purposive sampling—might be a limitation of the study. Moreover, the results of our study cannot be generalized to all overfat women because of the sample size.

It is also worth assessing whether the role of a sense of humor or the specificity of coping with the stigma of obesity is related to gender. We also find it worthwhile to expand the study with questionnaires focusing on coping with weight-related stigma to examine the above problems from a more holistic perspective.

## 5. Conclusions

Our research confirmed that the sense of stigma affects the relationship between the styles of sense of humor and the ways of coping with difficult situations in women with overfat. Results indicate that, when perceiving hostile behaviors toward themselves and using humor as a coping strategy, women with overfat select maladaptive styles of humor (i.e., self-defeating and aggressive styles). Moreover, a sense of humor as a strategy of coping with a stressful situation was more often used by women with overfat.

Despite the fact that women with overfat felt stigmatized much more often than women with healthy fat, it was surprising that none of the participants were satisfied with their body mass. At the same time, among women without obesity, a lack of compliments was not treated as a problem, even if they had high body fat.

This study highlights how perceived stigmatization affects women with overfat and also how it is implicated in their behaviors toward themselves and others. Using strategies for coping with stress and using humor in a destructive manner affect the stigmatized woman herself and her environment and relationships with those who are close to her.

The data about weight-related stigmatization and its consequences for women with obesity found in this study may have great importance for the practice of general practitioners, psychiatrists, pedagogues, and other specialists who support the health and development of women (from the earliest years). It is important to have conversations about the consequences of discrimination to support people who are obese both in the process of weight loss and in accepting their circumstances. The social acceptance of obesity stigma does not support the processes of weight loss and recovery in individuals affected by this condition.

It is important to lower the levels of stigmatization through the following strategies:

- (a) Prevention, starting at the earliest years, at school and at home, in terms of education about health, physical activity, and sugar and fat metabolism;
- (b) Providing support and comprehensive help for individuals who have excess weight, including psychological and medical help;
- (c) Providing support for families of obese individuals and teaching appropriate behaviors with regard to improving the health and quality of life of the affected individuals.

Stigmatization does not help people “to not be fat”; instead, it fosters a sense of blame and lack of agency about one’s appearance, potentially leading to increased unhealthy eating behaviors and thus to weight gain in some individuals. One’s way of thinking has a significant influence on the course of obesity and the effects of the prevention and therapy thereof.

**Author Contributions:** Conceptualization, N.M. and M.L. (Małgorzata Lipowska); methodology, N.M. and M.L. (Mariusz Lipowski); software, J.K.; validation, J.K. and M.L. (Mariusz Lipowski); formal analysis, J.K. and M.L. (Mariusz Lipowski); investigation, N.M.; data curation, N.M.; writing—original draft preparation, N.M., M.L. (Małgorzata Lipowska) and M.L. (Mariusz Lipowski); writing—review and editing, N.M., M.L. (Małgorzata Lipowska) and M.L. (Mariusz Lipowski); supervision, M.L. (Małgorzata Lipowska); project administration, N.M.; funding acquisition, M.L. (Małgorzata Lipowska) and M.L. (Mariusz Lipowski). All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** The work of Małgorzata Lipowska was supported by grant 2015/17/B/HS6/04144 from the National Science Centre, Poland; University of Gdansk and Gdansk University of Physical Education and Sport covered the costs of open access publishing.

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and the protocol of this study was approved by the Ethics Board for Research Projects at the Institute of Psychology, University of Gdansk, Poland (decision no. 12/2018).

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.



**Data Availability Statement:** The data from this study are available from the corresponding author upon request.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

## References

- World Health Organization. *Obesity and Overweight*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2016. Available online: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (accessed on 10 May 2021).
- Central Statistical Office. *Health Status of Population in Poland in 2014*; Statistical Publishing Establishment: Warsaw, Poland, 2016.
- Public Opinion Research Center. *Do Poles Have Problem with Overweight*; CBOS: Warszawa, Poland, 2019.
- ProCon.org. B. Global Obesity Levels. Available online: [https://obesity.procon.org/global-obesity-levels/?fbclid=IwAR0VXuyTgcWhWaVEc8nY3DWZiY4l6hPH7Z\\_tyB26pLcKLnZCfl1uLHHe0ho#oecd](https://obesity.procon.org/global-obesity-levels/?fbclid=IwAR0VXuyTgcWhWaVEc8nY3DWZiY4l6hPH7Z_tyB26pLcKLnZCfl1uLHHe0ho#oecd) (accessed on 20 January 2021).
- Zgliczyński, W.S. Overweight and obesity in Poland. *INFOS Socio Econ. Issues* **2017**, *227*, 1–4.
- Riffer, F.; Sprung, M.; Münch, H.; Kaiser, E.; Streibl, L.; Heneis, K.; Kautzky-Willer, A. Relationship between psychological stress and metabolism in morbidly obese individuals. *Wien. Klin. Wochenschr.* **2019**, *132*, 139–149. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Finer, N. Medical consequences of obesity. *Medicine* **2015**, *43*, 88–93. [[CrossRef](#)]
- Park, A. Pathophysiology and aetiology and medical consequences of obesity. *Medicine* **2019**, *47*, 169–174. [[CrossRef](#)]
- Gerlach, G.; Loeber, S.; Herpertz, S. Personality disorders and obesity: A systematic review. *Obes. Rev.* **2016**, *17*, 691–723. [[CrossRef](#)]
- Darimont, T.; Karavasiloglou, N.; Hysaj, O.; Richard, A.; Rohrmann, S. Body weight and self-perception are associated with depression: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005–2016. *J. Affect. Disord.* **2020**, *274*, 929–934. [[CrossRef](#)]
- Sarwer, D.B.; Hanson, A.J.; Voeller, J.; Steffen, K. Obesity and Sexual Functioning. *Curr. Obes. Rep.* **2018**, *7*, 301–307. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Lipowska, M.; Bidzan, M.; Mazurkiewicz, N.; Lipowski, M. Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet [Quality of life chronic visible illness and the sense of stigmatization in young women]. *Prz. Psychol.* **2015**, *58*, 303–323.
- Patist, C.M.; Stapelberg, N.J.C.; Du Toit, E.F.; Headrick, J.P. The brain-adipocyte-gut network: Linking obesity and depression subtypes. *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.* **2018**, *18*, 1121–1144. [[CrossRef](#)]
- Luppino, F.S.; de Wit, L.; Bouvy, P.F.; Stijnen, T.; Cuijpers, P.; Penninx, B.W.J.H.; Zitman, F.G. Overweight, Obesity, and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* **2010**, *67*, 220–229. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Franzoi, S.L.; Vasquez, K.; Sparapani, E.; Frost, K.; Martin, J.; Aebly, M. Exploring Body Comparison Tendencies. *Psychol. Women Q.* **2011**, *36*, 99–109. [[CrossRef](#)]
- Lipowska, M.; Lipowski, M. Narcissism as a Moderator of Satisfaction with Body Image in Young Women with Extreme Underweight and Obesity. *PLoS ONE* **2015**, *10*, e0126724. [[CrossRef](#)]
- Garawi, F.; Devries, K.; Thorogood, N.; Uauy, R. Global differences between women and men in the prevalence of obesity: Is there an association with gender inequality? *Eur. J. Clin. Nutr.* **2014**, *68*, 1101–1106. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Mitchell, S.; Shaw, D. The worldwide epidemic of female obesity. *Best Pr. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* **2015**, *29*, 289–299. [[CrossRef](#)]
- Goffman, E. *Stigma; Notes on the Management of Spoiled Identity*; Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ, USA, 1963.
- Czykwin, E. *Stygmat Społeczny [Social Stigma]*; Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa, Poland, 2007.
- Dovidio, J.F.; Major, B.; Crocker, J. Stigma: Introduction and overview. In *The Social Psychology of Stigma*; Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R., Hull, J.G., Eds.; The Guilford Press: New York, NY, USA, 2003; pp. 1–28.
- Wadden, T.A.; Stunkard, A.J. Social and Psychological Consequences of Obesity. *Ann. Intern. Med.* **1985**, *103*, 1062–1067. [[CrossRef](#)]
- Brytek-Matera, A. Body image among obese women: Consequences and degree of body dissatisfaction, relationship with low self-esteem and coping strategies. *Psychiatr. Polska* **2010**, *44*, 267–275.
- Izydorzyc, B.; Sitnik-Warchulska, K.; Lizińczyk, S.; Lipowska, M. Socio-Cultural Standards Promoted by the Mass Media as Predictors of Restrictive and Bulimic Behavior. *Front. Psychiatry* **2020**, *11*. [[CrossRef](#)]
- Harrison, K. The Body Electric: Thin-Ideal Media and Eating Disorders in Adolescents. *J. Commun.* **2000**, *50*, 119–143. [[CrossRef](#)]
- Makara-Studzińska, M.; Buczyjan, A.; Moryłowska, J. Jedzenie—przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości. [Eating—a friend and an enemy. Psychological correlates of obesity]. *Zdr. Publ.* **2007**, *117*, 392–396.
- Puhl, R.M.; Heuer, C.A. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am. J. Public Health* **2010**, *100*, 1019–1028. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Puhl, R.M.; King, K.M. Weight discrimination and bullying. *Best Pr. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* **2013**, *27*, 117–127. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Annis, N.M.; Cash, T.F.; I Hrabosky, J. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image* **2004**, *1*, 155–167. [[CrossRef](#)]

30. Vartanian, L.; Pinkus, R.T.; Smyth, J. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *J. Context. Behav. Sci.* **2014**, *3*, 196–202. [[CrossRef](#)]
31. Tomiyama, A.J.; Carr, D.; Granberg, E.M.; Major, B.; Robinson, E.; Sutin, A.R.; Brewis, A. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Med.* **2018**, *16*, 1–6. [[CrossRef](#)]
32. Lipowska, M.; Khanh, H.T.T.; Lipowski, M.; Różycka-Tran, J.; Bidzan, M.; Ha, T.T. The Body as an Object of Stigmatization in Cultures of Guilt and Shame: A Polish–Vietnamese Comparison. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 2814. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Izydorczyk, B.; Truong Thi Khanh, H.; Lizińczyk, S.; Sitnik-Warchulska, K.; Lipowska, M.; Gulbicka, A. Body Dissatisfaction, Restrictive, and Bulimic Behaviours among Young Women: A Polish–Japanese Comparison. *Nutrients* **2020**, *12*, 666. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Friedman, K.E.; Reichmann, S.K.; Costanzo, P.R.; Musante, G.J. Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress. *Obes. Res.* **2002**, *10*, 33–41. [[CrossRef](#)]
35. Marcysiak, I.M. Otyłość jako źródło lęku i stresu u kobiet [Obesity as a source of stress in women]. *Studia Psychol.* **2001**, *2*, 129–136.
36. Yau, Y.H.C.; Potenza, M.N. Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinol.* **2013**, *38*, 255–267.
37. Robbins, T.; Fray, P. Stress-induced eating: Fact, fiction or misunderstanding? *Appetite* **1980**, *1*, 103–133. [[CrossRef](#)]
38. Puhl, R.; Brownell, K.D. Ways of coping with obesity stigma: Review and conceptual analysis. *Eat. Behav.* **2003**, *4*, 53–78. [[CrossRef](#)]
39. Rahnavard, F.; Sadati, A.K.; Amini, M. How do Obese Women Cope with Social Stigma? A Phenomenological Study. *J. Health Sci. Surveill. Syst.* **2014**, *2*, 151–157.
40. Myers, A.; Rosen, J. Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *Int. J. Obes.* **1999**, *23*, 221–230. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
41. Puhl, R.M.; Brownell, K.D. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity* **2006**, *14*, 1802–1815. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
42. Himes, S.M.; Thompson, J.K. Fat Stigmatization in Television Shows and Movies: A Content Analysis. *Obesity* **2007**, *15*, 712–718. [[CrossRef](#)]
43. Freud, S. Humour. *Int. J. Psychoanal.* **1928**, *9*, 1–6.
44. Suls, J. Cognitive Processes in Humor Appreciation. In *Handbook of Humor Research*; McGhee, P.E., Goldstein, J.H., Eds.; Springer: New York, NY, USA, 1983. [[CrossRef](#)]
45. Rynkiewicz, J. Kognitywne spojrzenie na poczucie humoru [The Cognitive Views on a Sense of Humour]. *Via Mentis* **2012**, *1*, 86–98.
46. Abel, M.H. Humor, stress, and coping strategies. *Humor Int. J. Humor Res.* **2002**, *15*. [[CrossRef](#)]
47. Pérez-Aranda, A.; Hofmann, J.; Feliu-Soler, A.; Ramírez-Maestre, C.; Andrés-Rodríguez, L.; Ruch, W.; Luciano, J.V. Laughing away the pain: A narrative review of humour, sense of humour and pain. *Eur. J. Pain* **2018**, *23*, 220–233. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
48. Cann, A.; Collette, C. Sense of Humor, Stable Affect, and Psychological Well-Being. *Eur. J. Psychol.* **2014**, *10*, 464–479. [[CrossRef](#)]
49. Satici, B. Exploring the relationship between coping humor and subjective happiness: Belongingness and forgiveness as serial mediators. *Health Psychol. Rep.* **2020**, *8*, 228–237. [[CrossRef](#)]
50. Winiarska, J. Jokes in contrast to stereotypes. *Ethnolinguistics Probl. Lang. Cult.* **2019**, *31*, 211. [[CrossRef](#)]
51. Corrigan, P.W.; Powell, K.J.; Fokuo, J.K.; Kosyluk, K.A. Does Humor Influence the Stigma of Mental Illnesses? *J. Nerv. Ment. Dis.* **2014**, *202*, 397–401. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
52. Schermer, J.A.; Martin, R.A.; Vernon, P.A.; Martin, N.G.; Conde, L.C.; Statham, D.; Lynskey, M.T. Lonely people tend to make fun of themselves: A behavior genetic analysis of humor styles and loneliness. *Pers. Individ. Differ.* **2017**, *117*, 71–73. [[CrossRef](#)]
53. De Clercq, D.; Belausteguigoitia, I. Coping and laughing in the face of broken promises: Implications for creative behavior. *Pers. Rev.* **2019**, *49*, 993–1014. [[CrossRef](#)]
54. Kruczek, A.; Basińska, M.A. Coping humor for the relationship between a sense of stress at work and job satisfaction. *Med. Pr.* **2018**. [[CrossRef](#)]
55. Martin, R.A. Approaches to the sense of humor: A historical review. In *The Sense of Humor*; Ruch, W., Ed.; De Gruyter Mouton: Berlin, Germany, 2015; pp. 15–60. [[CrossRef](#)]
56. Martin, R.A.; Puhlik-Doris, P.; Larsen, G.; Gray, J.; Weir, K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *J. Res. Pers.* **2003**, *37*, 48–75. [[CrossRef](#)]
57. Kruczek, A.; Basińska, M.A. Humour, stress and coping in adults. *Adv. Psychiatry Neurol.* **2018**, *27*, 181–195. [[CrossRef](#)]
58. Voges, M.M.; Giabboni, C.-M.; Schöne, B.; Waldorf, M.; Hartmann, A.S.; Vocks, S. Gender Differences in Body Evaluation: Do Men Show More Self-Serving Double Standards Than Women? *Front. Psychol.* **2019**, *10*. [[CrossRef](#)]
59. Tovee, M.; Maisey, D.; Vale, E.; Cornelissen, P. Characteristics of male attractiveness for women. *Lancet* **1999**, *353*, 1500. [[CrossRef](#)]
60. Lipowska, M.; Lipowski, M.; Jurek, P.; Jankowska, A.M.; Pawlicka, P. Gender and Body-Fat Status as Predictors of Parental Feeding Styles and Children’s Nutritional Knowledge, Eating Habits and Behaviours. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2018**, *15*, 852. [[CrossRef](#)]
61. Leighton, K.; Kardong-Edgren, S.; Schneidereith, T.; Foisy-Doll, C. Using Social Media and Snowball Sampling as an Alternative Recruitment Strategy for Research. *Clin. Simul. Nurs.* **2021**, *55*, 37–42. [[CrossRef](#)]

62. Hornowska, E.; Charytonik, J. Polska adaptacja kwestionariusza stylów humoru (HSQ), r.; Martina, p.; Puhlik-Doris, g.; Larsena, j.; Gray, i.k. Weir [Polish Adaptation of the Humor Styles Questionnaire by R. Martin, P. Puhlik-Doris, G. Larsen, J. Gray And K. Weir]. *Psychol. Stud.* **2011**, *49*, 5–22. [[CrossRef](#)]
63. Lawrence, J.W.; Fauerbach, J.A.; Heinberg, L.J.; Doctor, M.; Thombs, B.D. The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psycho-Log. Assess.* **2006**, *18*, 106–111. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
64. Carver, C.S. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *Int. J. Behav. Med.* **1997**, *4*, 92–100. [[CrossRef](#)]
65. Juczyński, Z. *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia [Instruments for Measurements in Health Promotion and Psychology]*; Pracownia Testów PTP: Warsaw, Poland, 2001.
66. Sweeting, H.N. Measurement and Definitions of Obesity in Childhood and Adolescence: A field guide for the uninitiated. *Nutr. J.* **2007**, *6*, 32. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
67. Elffers, T.W.; De Mutsert, R.; Lamb, H.J.; De Roos, A.; Van Dijk, K.W.; Rosendaal, F.R.; Jukema, J.W.; Trompet, S. Body fat distribution, in particular visceral fat, is associated with cardiometabolic risk factors in obese women. *PLoS ONE* **2017**, *12*, e0185403. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
68. Maffetone, P.B.; Rivera-Dominguez, I.; Laursen, P.B. Overfat and Underfat: New Terms and Definitions Long Overdue. *Front. Public Health* **2017**, *4*, 279. [[CrossRef](#)]
69. Gallagher, D.; Heymsfield, S.B.; Heo, M.; Jebb, S.A.; Murgatroyd, P.R.; Sakamoto, Y. Healthy percentage body fat ranges: An approach for developing guidelines based on body mass index. *Am. J. Clin. Nutr.* **2000**, *72*, 694–701. [[CrossRef](#)]
70. Source, O. Pandas. Available online: [https://pandas.pydata.org/docs/reference/api/pandas.DataFrame.html?fbclid=IwAR1AmU3AEnjmaWbhLWXQO8tdSueCGoeUhnSoa07dtg0Nj\\_93YVOACs47Ig](https://pandas.pydata.org/docs/reference/api/pandas.DataFrame.html?fbclid=IwAR1AmU3AEnjmaWbhLWXQO8tdSueCGoeUhnSoa07dtg0Nj_93YVOACs47Ig) (accessed on 4 February 2021).
71. Siervo, M.; Montagnese, C.; Muscariello, E.; Evans, E.; Stephan, B.; Nasti, G.; Papa, A.; Iannetti, E.; Colantuoni, A. Weight loss expectations and body dissatisfaction in young women attempting to lose weight. *J. Hum. Nutr. Diet.* **2013**, *27*, 84–89. [[CrossRef](#)]
72. Smart, R.; Tsong, Y. Weight, body dissatisfaction, and disordered eating: Asian American women's perspectives. *Asian Am. J. Psychol.* **2014**, *5*, 344–352. [[CrossRef](#)]
73. Lipowski, M.; Lipowska, M. Poziom narcyzmu jako moderator relacji pomiędzy obiektywnymi wymiarami ciała a stosunkiem do własnej cielesności młodych mężczyzn [The role of narcissism in the relationship between objective body measurements and body self-esteem of young men]. *Polskie Forum Psychol.* **2015**, *20*, 31–46. [[CrossRef](#)]
74. Franzoi, S.L. The body-as-object versus the body-as-process: Gender differences and gender considerations. *Sex Roles* **1995**, *33*, 417–437. [[CrossRef](#)]
75. Blodorn, A.; Major, B.; Hunger, J.; Miller, C. Unpacking the psychological weight of weight stigma: A rejection-expectation pathway. *J. Exp. Soc. Psychol.* **2016**, *63*, 69–76. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
76. Asbury, M.B.; Woszidlo, A. Understanding the relationship between family communication and the development of weight stigma. *Health Psychol. Rep.* **2016**, *3*, 213–223. [[CrossRef](#)]
77. Anesbury, T.; Tiggemann, M. An attempt to reduce negative stereotyping of obesity in children by changing controllability beliefs. *Health Educ. Res.* **2000**, *15*, 145–152. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
78. Burmeister, J.M.; Carels, R.A. Weight-related humor in the media: Appreciation, distaste, and anti-fat attitudes. *Psychol. Popul. Media Cult.* **2014**, *3*, 223–238. [[CrossRef](#)]
79. Himmelstein, M.S.; Puhl, R.M.; Quinn, D.M. Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychol.* **2018**, *37*, 139–147. [[CrossRef](#)]
80. Varela, C.; Andrés, A.; Saldaña, C. The behavioral pathway model to overweight and obesity: Coping strategies, eating behaviors and body mass index. *Eat. Weight. Disord. Stud. Anorex. Bulim. Obes.* **2019**, *25*, 1277–1283. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
81. Kubie, L.S. The Destructive Potential of Humor in Psychotherapy. *Am. J. Psychiatry* **1971**, *127*, 861–866. [[CrossRef](#)]
82. Fabrizi, M.S.; Pollio, H.R. A naturalistic study of humorous activity in a third, seventh, and eleventh grade classroom. *Merrill-Palmer Q.* **1987**, *33*, 107–128.
83. Schermer, J.A.; Rogoza, R.; Kwiatkowska, M.M.; Kowalski, C.M.; Aquino, S.; Ardi, R.; Bolló, H.; Branković, M.; Chegeni, R.; Crusius, J.; et al. Humor styles across 28 countries. *Curr. Psychol.* **2019**, 1–16. [[CrossRef](#)]
84. Kushner, R.F.; Zeiss, D.M.; Feinglass, J.M.; Yelen, M. An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Med. Educ.* **2014**, *14*, 53. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
85. Phelan, S.M.; Burgess, D.J.; Yeazel, M.W.; Hellerstedt, W.L.; Griffin, J.M.; Van Ryn, M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes. Rev.* **2015**, *16*, 319–326. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
86. Powers, T.A.; Koestner, R.; Gorin, A.A. Autonomy support from family and friends and weight loss in college women. *Fam. Syst. Health* **2008**, *26*, 404–416. [[CrossRef](#)]



# Attitudes Towards Appearance and Body-Related Stigma Among Young Women With Obesity and Psoriasis

Natalia Mazurkiewicz<sup>1</sup>, Jarosław Krefta<sup>2</sup> and Małgorzata Lipowska<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Institute of Psychology, University of Gdańsk, Gdańsk, Poland, <sup>2</sup> Creative Code Studio, Gdynia, Poland

## OPEN ACCESS

### Edited by:

Violeta Enea,  
Alexandru Ioan Cuza  
University, Romania

### Reviewed by:

Barbara Bętkowska-Korpala,  
Jagiellonian University Medical  
College, Poland  
Taofeng Liu,  
Zhengzhou University, China

### \*Correspondence:

Małgorzata Lipowska  
malgorzata.lipowska@ug.edu.pl

### Specialty section:

This article was submitted to  
Psychopathology,  
a section of the journal  
Frontiers in Psychiatry

**Received:** 02 October 2021

**Accepted:** 18 October 2021

**Published:** 11 November 2021

### Citation:

Mazurkiewicz N, Krefta J and  
Lipowska M (2021) Attitudes Towards  
Appearance and Body-Related  
Stigma Among Young Women With  
Obesity and Psoriasis.  
*Front. Psychiatry* 12:788439.  
doi: 10.3389/fpsy.2021.788439

The goal of this study was to investigate the role of the subjective assessment of one's body image in the relationship between objective indices of appearance and perceived stigma in young women affected by obesity and psoriasis. These are chronic diseases that decrease one's physical attractiveness and are associated with stigmas related to body defects. A total of 188 women in early adulthood took part in the study ( $M = 25.58$ ;  $SD = 2.90$ ), including obese women ( $n = 54$ ), women suffering from psoriasis ( $n = 57$ ), and a control group ( $n = 77$ ). The participants completed the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, Perceived Stigmatisation Questionnaire, and a socio-demographic questionnaire. Anthropometric data were gathered using a body composition analyzer. Objective parameters of body shape were calculated (WHR and ICO). Subjective assessment of one's body and attitudes towards one's body were found to influence perceived stigma, independently of the condition causing the stigma and of the objective appearance of the participant. This study did not support the existence of a relationship between parameters regarding body shape and sense of stigma, even when subjective body assessment acted as a moderator. At the same time, body mass was a strong predictor of levels of perceived stigma. Women affected with obesity perceived a higher level of stigma than the other groups. The severity of psoriasis did not impact the perceived stigma. Moreover, women with psoriasis assessed their health—as a part of the assessment of their bodies—the highest, which may explain the lower perceived stigma in this group.

**Keywords:** body attitude, body image, body stigma, obesity, skin disease

## INTRODUCTION

Body image, assessment of one's body, and attitudes towards one's body are important elements of the development of the “self” (1). Research suggests that how we perceive our body is more important for our body image than its actual appearance (2, 3). This is important, because one's body image and sense of attractiveness are strongly associated with self-esteem (4, 5), well-being (6), happiness (7, 8), life satisfaction (9), and it influences health-related quality of life (10–12). Our attitudes towards our bodies are shaped and change throughout the different stages of our lives. Assessment of one's body decreases significantly during adolescence and early adulthood—mainly because of judgement from one's environment (13–15)—increases slowly during mid-adulthood (16), and then rapidly drops when one reaches old age (17, 18). People tend to be most critical of their bodies during adolescence and young adulthood (19), and the imperfections typical of

teenage bodies are often used by peers as a source of mockery or rejection (20, 21). The shaping of one's body image is influenced by attitudes and beliefs regarding one's body (subjective opinions and perceptions, such as satisfaction or dissatisfaction with one's looks), physical factors (objective body measurements, proportions, body mass, height), interpersonal factors (opinions from one's environment; e.g., family members, peers), and cultural factors (e.g., from the media) (1, 22). The latter have a huge influence over the "ideal" an individual tries to attain, because they play a significant role in the acceptance and construction of standards for bodies (23). Western culture promotes body ideals characterised by tall, slim female bodies (24, 25), with constant breasts-to-waist ratio and a low hip-to-waist ratio (26, 27), while perfect male bodies are muscular and mesomorphic (V-shaped, with broad shoulders and a narrow waist) (28, 29).

Thus, the way a person views their body depends not only on their culture (30–33) and age (16, 17), but also on their gender (34). Body image is a much more important part of the "self" for girls and women than it is for men, and thus it directly and strongly shapes their overall levels of self-esteem (35, 36). In comparison to men, women are more prone to negative body-image evaluations and pay more attention to their looks (37); furthermore, they are subject to greater pressure from the media regarding their body shape (31). Physical attractiveness also influences the way that an individual is treated. The so-called "halo effect" is when a person who possesses one positive feature is perceived as therefore having other positive features (38). Thus, individuals who would be considered unattractive or physically ugly are more likely to be perceived as having negative features. Even in children's stories, ugliness or a visible disability is often a marker of evil (39–41).

Fear of being unattractive, not fitting into the norms, or even being rejected due to one's looks may lead to serious mental disorders. Attitudes towards one's body are an important element of disorders such as anorexia and bulimia nervosa (42) as well as body dysmorphic disorder (43, 44). Shame and the sense of humiliation associated with the perception that one's environment can see one's flaws—skin problems, for example—and the fear of being rejected or isolated by "healthy" individuals may lead to mental health problems such as depression, addiction, or anxiety disorders (45). Individuals suffering from depression tend to focus more on their body mass and they may ruminate about their extra weight (46). There also exists a relationship between increased body mass and decreased mental health (47). Moreover the difference between actual ("real self") and idealised ("ideal self") body shape among young women increases emotional discomfort, anxiety, fear, and internal tension (48). Unattractive looks that do not "fit the norm" may thus be a major source of stigma (49).

A feature, mark, or social attribute may be the cause of deep stigmatisation. People suffering from such stigmas may be perceived as different, lesser, or even dehumanised (50). Unattractive looks and body imperfections (such as pimples, being too tall, too short, too fat, too skinny, etc.) are one of the most important sources of stigma, alongside character imperfections (laziness, mental illness, dishonesty) and identity

(attached to identification with a particular race, ethnicity, religion, ideology, etc). Certain bodily imperfections (e.g., chronic skin diseases or prosthetic limbs) can be hidden, not immediately visible, and thus discreditable. In such situations, a person may decide whether and under what circumstances they will disclose their imperfection. A visible feature that cannot be disguised, such as height, obesity, or skin colour, is discredited because of its being clearly visible (51, 52). Someone who is thus stigmatised often experiences exclusion or rejection and their imperfection can become their defining attribute (53).

The difference between discredited and discreditable stigmas means that the assessment of attractiveness and the level of stigma differ depending on the context. Dermatological conditions and obesity are chronic health problems that impact one's sense of attractiveness, significantly lowering one's physical attractiveness and influencing quality of life (11, 54–58). However, a person with a visible skin condition (e.g., psoriasis or atopic dermatitis) is perceived differently than are obese ("fat") individuals: the environment "blames" an individual for being obese (11). Psoriasis or atopic dermatitis are genetic conditions whose occurrence is outside the control of the person affected (59, 60). Psoriasis is a chronic disease that may undergo periods of remission, during which the condition improves and the associated problems may even disappear completely; however, it is impossible to completely cure it and prevent relapse (45). Obesity is a chronic disease characterised by the ratio between one's body mass and height squared being above 30 (61), and an individual's choices can play a role in the aetiology of the condition (it is commonly perceived that one can change their looks/body mass through exercise, diet, medication, or, in the most serious cases, by surgery). Thus, the stigma around obesity is two-fold: both the appearance (bodily imperfection) and character imperfection are stigmatised (49, 52).

Therefore, the goal of the current study was to investigate the role of subjective assessment of one's body in the relationship between objective indices of one's looks (body shape, body mass, presence of a skin condition) and the sense of stigma among young women.

To this end, the following hypotheses were formulated:

1. The level of perceived stigma will depend on the type of stigma: young women who are obese will experience the greatest sense of stigma due to being affected by a double stigma; the lowest levels of stigma will be experienced by the women in the control group.
2. Attitude towards one's body will be a moderator of the relationship between the objective parameters of the stigma-causing condition and the sense of stigma.

## MATERIALS AND METHODS

### Participants

A total of 188 young adult women took part in the study (age:  $M = 25.58$ ;  $SD = 2.90$ ; min = 19, max = 30); we chose a young study group on purpose, as this is a developmental period in which body image is very important and assessments thereof are the most critical (19). We selected two groups of women who

have conditions that affect how one looks: obesity and psoriasis. Despite the fact that these conditions often co-occur (62), we focused on groups of women with only obesity [as per WHO BMI  $\geq 30$ ,  $n = 54$ ; (61)] or psoriasis (the inclusion criteria were at least 1 year having elapsed since diagnosis and visible skin lesions;  $n = 57$ ). In order to assess whether the investigated phenomena occur only for the group with the visible stigmatising conditions, women with normal weight and no skin conditions were also included in the study (control group;  $n = 77$ ). None of the study participants underwent bariatric surgery or laser skin therapy.

## Procedure

The recruitment procedure had two stages. During the first stage, females participating in a larger project, described elsewhere (63), who met the inclusion criteria for this study were recruited. During the second stage, females who met the inclusion criteria for this research project were asked to invite acquaintances to participate—i.e. a non-random method of sample selection [“snowball sampling technique”; (64)]. A total sample of 188 females was recruited for this study. Data were collected between 2018 and 2019.

Participants completed the following questionnaires: *the Perceived Stigmatisation Questionnaire*, *the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*, and a short survey to collect medical and sociodemographic variables. These questionnaires were completed during a visit to a dietician, dermatologist, or psychologist, or at home (in this case, participants had 2 weeks to complete the questionnaires). Additionally, we collected objective body measurements: body mass, height, and sizes of individual body parts. This allowed us to calculate anthropometric indices for all participants, such as Body Mass Index (BMI), Index Of Central Obesity (ICO), and Waist-to-Hip Ratio (WHR). Moreover, the objective body parameters connected with body mass were controlled using a body composition analyzer. The data used for this study were part of a larger survey and the questionnaires that formed this study took around 25 min to complete.

The protocol of this study was approved by the Ethics Board for Research Projects at the Institute of Psychology, University of Gdansk, Poland (decision no. 12/2018).

## Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

We used the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (65), in its Polish adaptation (66), to measure the participants' body-image. This questionnaire is composed of 69 statements that assess the participants' attitudes towards their body's appearance. The scale has 10 subscales clustered into four areas: Appearance—*Appearance Evaluation* (AE), *Appearance Orientation* (AO), and *Body Areas Satisfaction* (BAS); Fitness—*Fitness Evaluation* (FE) and *Fitness Orientation* (FO); Health—*Health Evaluation* (HE) and *Health Orientation* (HO); *Illness Orientation* (IO); and Body Weight—*Overweight Preoccupation* (OP) and *Self-classified Weight* (SCW). Participants give their responses on a five-point Likert type scale ranging from 1 (*definitely disagree*) to 5 (*definitely agree*).

The indicators are slightly different for some items: 1 (*never*), 2 (*rarely*), 3 (*sometimes*), 4 (*often*), and 5 (*very often*).

## Perceived Stigmatisation Questionnaire

The Perceived Stigmatisation Questionnaire was used to assess sense of stigma in the young women (67). The questionnaire is composed of 21 items that form 3 subscales: *Absence of Friendly Behaviour*, *Confused/Staring Behaviour*, *Hostile Behaviour*, and *Total Score*. Participants assess on a five-point Likert-like scale how often people behave in certain ways around them, where 1 indicates *never*, 3 indicates *sometimes*, and 5 indicates *always*. In order to develop a Polish version of the PSQ, the questionnaire was translated into Polish independently by an interpreter and a psychologist with the author's consent. After selecting the best Polish version, it was back-translated into English by a native speaker. Then, the quality of translation was assessed by comparing the back-translation with the original questionnaire.

## Sociodemographic Questionnaire

The sociodemographic questionnaire was composed of questions about age, height, marital status, place of residence (city, town, village), concomitant diseases, the diets one follows, as well as visits to specialist physicians and dieticians. With regards to dermatology, we asked about the severity of the condition and methods used to conceal or treat the visible skin lesions. In the part regarding body mass and shape, we used the body measurement data to calculate anthropometric indices.

## Body Composition Analyzer

In order to measure the objective dimensions of the body and its components, we used the Segmental Body Composition Monitor—Tanita BC-601, produced by Tanita Corporation, Japan. BMI was calculated only as an inclusion criterion for the obesity group. The importance of body composition and visceral fat levels is increasingly emphasised (68, 69), which is why BMI was not used in further analyses. For adults, the analyzer allows the measurement of indices of obesity level adjusted for muscle mass content, fat percentage (%BF), recommended daily energetic intake, basal metabolic rate, metabolic age, bone mass, and visceral fat content (70).

## Anthropometric Indices

Indices related to body shape were calculated based on a questionnaire prepared for the purposes of this study.

*Index of central obesity (ICO)*: the ratio between waist circumference and height. This allows the assessment of the ratio between visceral fat and the total fat content. It is a more precise parameter for gauging one's health, because it takes visceral fat levels into account. It is also important for the parameters of one's body shape (71).

We also calculated the *Waist-to-hip ratio (WHR)*, which is an index of body shape. It usually takes values between 0.6 and 1.0—the lower the index, the slimmer the waist in comparison to the hips (hourglass figure; (26, 72).

## Statistical Analysis

The analyses were performed in Python 3.8.5 programming language (Python Software Foundation, USA, 512 Lafayette

**TABLE 1** | Anthropometric differences between the groups.

Anthropometric parameters	Control group (n = 77)		Women with obesity (n = 54)		Women with psoriasis (n = 57)		ANOVA			
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta^2$	DIFF
Body mass	61.07	6.00	98.17	15.14	60.92	7.90	267.72	<0.001	<b>0.07</b>	O > C; O > P
BMI	21.74	1.64	35.01	4.14	22.04	2.21	442.46	<0.001	<b>0.08</b>	O > C; O > P
WHR	0.79	0.07	0.89	0.08	0.81	0.09	26.62	<0.001	<b>0.02</b>	O > C; O > P
ICO	0.45	0.04	0.63	0.07	0.47	0.05	221.03	<0.001	<b>0.07</b>	O > C; O > P
%BF	28.56	3.75	43.44	4.91	27.23	6.07	193.88	<0.001	<b>0.06</b>	O > C; O > P
Visceral fat	1.86	0.79	8.62	2.47	2.07	1.19	352.18	<0.001	<b>0.08</b>	O > C; O > P
Age	25.56	2.81	26.19	2.62	25.04	3.18	2.22	0.11	<b>0.02</b>	–
High	167.52	6.07	167.37	5.36	166.00	5.45	1.31	0.27	<b>0.01</b>	–
Disease severity	1.01	0.72	1.02	0.84	5.51	1.73	303.75	<0.001	<b>0.07</b>	O > C; P > O; P > C

C, Control Group; O, Women with obesity; P, Women with Psoriasis;  $\eta^2$ , magnitude of effect.

Boulevard, Suite 2, Fredericksburg, Virginia 22401) programming language, using JupiterLab 2.2.6 (Open Source Software) as the computation environment.

The following python libraries were used:

- pandas 1.1.3 (Open Source Software);
- scipy 1.5.2 (Open Source Software);
- numpy 1.19.2 (Open Source Software);
- pingouin 0.3.9 (Open Source Software).

Test data were contained in pandas.DataFrame. DataFrame is a two-dimensional, size-mutable, potentially heterogeneous tabular data type. Its structure contains labelled axes (rows and columns). Arithmetic operations align on both row and column labels. It can be considered a mathematical database. This study used DataFrame to index and align data. Each row contained all data collected from a single participant.

Wilk-Shapiro test was performed using scipy.stats.shapiro function. One way Anova test was performed using pingouin.anova function. Kurskal test was performed using scipy.stats.kruskal. Spearman's Rho correlations were calculated using scipy.stats.spearmanr function. Pearson's Rho correlations were calculated using scipy.stats.pearsonr function. Z-Score was calculated by executing pandas.DataFrame.apply(numpy.mstats.zscore). Moderation was calculated using python implementation of prof. Hayes, A. F. PROCESS macro. Wilk-Shapiro test was used to verify parametric assumptions on data used in the document.

As a result, non-parametric variables were found: Absence of Friendly Behaviour, Appearance Orientation (AO), Fitness Orientation (FO), Health Orientation (HO), Illness Orientation (IO).

For parametric variables, the validity of group selection was determined by using mean analysis, ANOVA, and Dunn's multiple comparison test. For non-parametric variables, the validity of group selection was determined by using mean analysis, Kruskal-Wallis *H*-test, and Tukey's range test.

Pearson Rho correlation were calculated for parametric variables, between groups for Anthropometric Indices, PSQ, and

MBSRQ while Spearman Rho correlations were calculated for non-parametric variables.

Bias-correct, no-nparametric, bootstrap PROCESS MACRO moderation was used to determine the relationship of Anthropometric Indices, and PSQ with MBSRQ as relation moderator.

## RESULTS

### Objective Body Dimension Differences

First, we assessed whether groups had been selected appropriately. Their characteristics and anthropometric differences are presented in **Table 1**.

The collected data indicate that the groups were selected appropriately. The groups differed in terms of the parameters that were key to the sampling process. Parameters regarding body mass and BMI were the highest in the group of women affected with obesity (Dunn *post hoc* analysis:  $p < 0.001$ ), while those regarding the phase and the severity of disease were highest in the group affected by psoriasis ( $p < 0.001$ ). The groups did not differ in terms of age and height.

### Participants' Attitudes Towards Their Own Body and Their Perceived Stigma

Attitudes towards one's own body differed between the groups (**Table 2**).

Women affected by obesity had the lowest satisfaction with their bodies (Tukey comparison with psoriasis:  $p > 0.002$ ; and the control group:  $p = 0.001$ ) and the lowest assessment of their looks (Dunn *post hoc* analysis:  $p > 0.001$ ). It is not surprising that this was associated with the assessment of one's body mass (*post hoc* Tukey:  $p > 0.001$ ) and with being preoccupied with one's weight as an aspect of the assessment of one's appearance (Dunn *post hoc* analysis:  $p < 0.001$ ). Health, understood as an aspect of one's attitude one's own body, was assessed the highest by women with psoriasis (*post hoc* Tukey:  $p = 0.01$ ).

**TABLE 2** | Differences in the assessments of one's body (MBSRQ) between the groups.

MBSRQ		Control group (n = 77)		Overfat group (n=54)		Skin disease group (n = 57)		ANOVA			
		M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta^2$	DIFF
Appearance	Appearance evaluation (AE)	21.62	3.10	19.26	4.62	21.60	3.47	19.10	<0.001	<b>0.01</b>	-
	Appearance orientation (AO)	39.61	4.85	38.67	6.04	39.51	5.24	2.76	0.25	<b>0.01</b>	O > C; O > P
	Body areas satisfaction (BAS)	31.21	5.61	26.69	5.80	30.47	5.94	20.40	<0.001	<b>0.10</b>	C > O; P > O
Fitness	Fitness evaluation (FE)	15.27	2.99	13.81	3.78	14.96	3.36	7.13	0.03	<b>0.03</b>	-
	Fitness orientation (FO)	35.04	3.48	35.69	5.40	35.04	4.22	0.43	0.65	<b>0.01</b>	-
Health	Health evaluation (HE)	18.95	2.31	18.57	3.21	19.65	2.13	6.57	0.04	<b>0.03</b>	C > O
	Health orientation (HO)	35.40	4.65	35.37	5.79	35.23	5.40	0.02	0.98	<b>0.01</b>	-
	Illness orientation (IO)	12.74	2.53	12.69	3.39	13.09	3.46	0.29	0.74	<b>0.01</b>	-
Body Weight	Overweight preoccupation (OP)	9.82	2.80	13.96	3.73	10.11	6.15	16.76	<0.001	<b>0.15</b>	O > C; O > P
	Self-classified weight (SCW)	6.30	1.36	9.31	0.86	6.05	1.67	101.09	<0.001	<b>0.05</b>	O > C; O > P

C, Control Group; O, Women with obesity; P, Women with Psoriasis;  $\eta^2$ , magnitude of effect.

**TABLE 3** | Differences in perceived stigma between the groups.

PSQ	Control group (n = 77)		Women with obesity (n = 54)		Women with psoriasis (n = 57)		ANOVA			
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	$\eta^2$	DIFF
Absence of friendly behavior	2.24	0.39	2.19	0.45	2.08	0.47	5.25	0.07	<b>0.02</b>	P > C
Confused/staring behavior	1.70	0.37	1.97	0.62	1.64	0.43	7.75	<0.001	<b>0.08</b>	O > C; O > P
Hostile behavior	1.42	0.37	1.88	0.83	1.59	0.50	10.15	<0.001	<b>0.10</b>	O > C
Total score	1.84	0.29	2.03	0.49	1.79	0.35	6.27	0.002	<b>0.06</b>	O > C

C, Control Group; O, Women with obesity; P, Women with Psoriasis;  $\eta^2$ , magnitude of effect.

Some statistically significant differences were also observed for perceived stigma (**Table 3**).

Overall sense of stigma was greater in women affected by obesity than those affected by psoriasis ( $p = 0.012$ ) or the control group ( $p = 0.044$ ). Further analyses did not reveal any differences between women with psoriasis and women from the control group ( $p = 0.493$ ).

## Objective Body Dimensions and Perceived Stigma

In the next step, we investigated the relationships of anthropometric indices and body dimension with perceived stigma. There was a surprising lack of relationship between perceived stigma and objective indices regarding body shape (WHR, ICO) as well as the severity of psoriasis (Disease Severity). However, there were correlations between sense of stigma and parameters associated with body mass and fat levels (**Table 4**).

The greatest number of significant correlations were observed in the group of women affected by obesity. Interestingly, significant relationships revealed in the psoriasis group were negative, which means that the higher one's body mass, the lesser the perceived stigma (provided one does not reach the threshold of being overweight).

## Moderating Role of the Body Image for Perceived Stigma

Moderation analysis was performed in order to investigate the role of subjective assessment of one's body in the relation between objective body measurements and perceived stigma (**Figure 1**).

No moderation effect was observed in the relation between objective indices regarding body shape (WHR and ICO) as well as the severity of psoriasis (Disease Severity) and perceived stigma. *Health Evaluation* was the most common moderator associated with the subjective attitude towards one's own body



in the relationship between body dimensions (body mass, %BF, and visceral fat) and perceived stigma. It is worth noting that this was the only moderating factor in the group of women with psoriasis, while it did not moderate any of the relationships in the case of women with obesity. Interestingly, in the group of

women affected with obesity, attitude towards one's own body significantly influenced the sense of being stared at and the experience of hostile behaviours in social relations when body mass or body fat levels were higher.

### DISCUSSION

The main objective of this research was to verify the subjective role of the assessment of one's body in the relationship between objective indices of appearance and the perceived stigma among young women. The above-presented analyses largely supported the hypotheses.

### Sense of Stigma Among Young Women With Conditions That Decrease One's Physical Attractiveness

We hypothesised that the level of perceived stigma would depend on the type of stigma. The fact of being chronically ill itself, irrespective of the type of illness, results in stigma (73). However, our study found that not every illness leads to the same levels of perceived stigma. In line with the hypotheses, obese women were more likely to have a sense of stigma than women in other groups. This agrees with our previous results: a study on a smaller number of women (11) found that obese women were more likely to experience hostility as part of their stigma than women with skin conditions or those without an objective stigma. Lin et al. (74) asked 464 teenagers who were either overweight or non-obese about depressive symptoms, perceived stigma associated with body mass, and internalised stigma; they also measured actual and perceived weight status. They concluded that weight-related self-stigma is a problem even for people who are not overweight, because perceived weight stigma was associated with weight-related self-stigma regardless of body mass status. Strong associations between perceived weight stigma and weight-related self-stigma have been observed. In a study by Vartanian et al. (75), with 598 participants, pictures of women who were either obese

TABLE 4 | Correlation between body dimension and perceived stigma.

PSQ	Group	Body dimension		
		Body mass	%BF	Visceral fat
Absence of friendly behavior	Control group (n = 77)	-0.22*	-0.31**	-0.16
	Women with obesity (n = 54)	0.06	0.10	0.08
	Women with psoriasis (n = 57)	-0.24	-0.24	-0.05
Confused/staring behavior	Control group (n = 77)	-0.07	-0.29**	-0.30**
	Women with obesity (n = 54)	0.40**	0.33*	0.39**
	Women with psoriasis (n = 57)	0.02	-0.08	0.16
Hostile behavior	Control group (n = 77)	-0.22	-0.24*	-0.12
	Women with obesity (n = 54)	0.48***	0.39**	0.36**
	Women with psoriasis (n = 57)	-0.31*	-0.18	0.00
Total score	Control Group (n = 77)	-0.22	-0.37***	-0.27*
	Women with obesity (n = 54)	0.41**	0.35**	0.36**
	Women with psoriasis (n = 57)	-0.21	-0.22	0.04

\*\*\*p < 0.001, \*\*p < 0.01, \*p < 0.05.

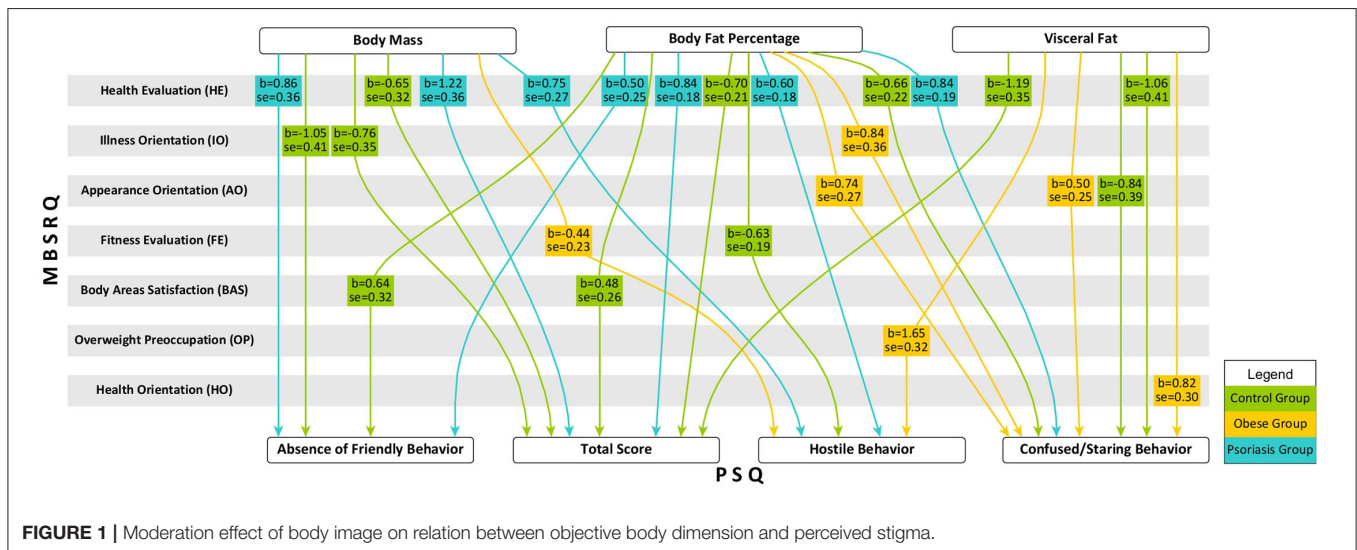


FIGURE 1 | Moderation effect of body image on relation between objective body dimension and perceived stigma.

or non-obese were shown to the participants, who assessed them with regards to emotions, attitudes, stereotypes, or desire for social distance. Images of obese individuals inspired more disgust and negative attitudes and stereotypes as well as greater desire for social distance. The researchers concluded that disgust plays an important role in prejudices and discrimination towards obese individuals and that it may partially explain prejudice against overweight people.

We also hypothesised that women affected with psoriasis would differ from the control group in terms of their perceived stigma; however, this hypothesis was not supported by the collected data. Moreover, the severity of the disease, its phase, and the size of affected skin surface also did not impact levels of perceived stigma. This is in line with the research by Rzeszutek et al. (76), which showed that some people affected by psoriasis do not differ in their attitudes from healthy individuals. Moreover, higher satisfaction with their own body and resources allows individuals with psoriasis levels of life satisfaction similar to those of the general population. This is also in line with the research by Sakson-Obada and Wycisk (77), who found that accepting one's illness and positive body image and body experiences decreased the negative impact of psoriasis. Thus, positive body image may also facilitate more successful coping with physical symptoms of psoriasis and increase the well-being of patients (78), thereby decreasing perceived stigma.

Interestingly, women who were not overweight and did not suffer from any skin condition, even those with high body fat levels, did not perceive a lack of positive behaviours towards them or lack of compliments. This is in line with previous research (79) that found that women who were not overweight did not associate increased body mass or body fat with lack of friendly behaviours towards them. Contrasting results were observed by Lipowska et al. (33), where lack of perceived friendly behaviours was deemed an important component of stigma and compliments played an important role in building the body esteem of the young female participants, independently of their body mass.

## The Role of Attitudes Towards One's Body in the Relationship Between Objective Body Measurements and Perceived Stigma

We hypothesised that the attitude towards one's body would be a moderator of the relationship between the objective parameters of the stigmatising illness and perceived stigma. Attitudes towards one's body are developed from the earliest years of life, starting with the stage of getting to know one's own body. After that, these attitudes are shaped and internalised through comparisons with people around us, their opinions, and attitudes towards us. For girls and women, body image comprises a much bigger part of the "self" than is the case for men, and it strongly influences their overall self-esteem (35, 36). From the earliest years of life, women experience stigma and negative judgements associated with increased body mass. One study on a group of children aged 3 to 7 (80) in which participants were asked to describe their preferences for the appearance of playmates as well as to ascribe features attributed to normal

and overweight figures revealed that girls are more strict in their judgements of overweight individuals than boys. As per Carof's report (81), despite the fact that European countries vary in their cultures' approaches to overfat and obesity, attitudes towards excess body mass are generally negative and are also often associated with moral judgements of the individual. This is why it is worth emphasising that our results indicate that body mass and its components (fat percentage and visceral fat) play an important role in the relationship with one's own body and perceived stigma. Independently of the objective stigma and body shape (proportions), preoccupation with one's body mass and control over it is a factor that influences one's body image and perceived stigma. Moreover, preoccupation with one's appearance was stronger in the group of obese women than in the remaining groups, and it played an important role in the relationship between objective body dimensions (body fat, visceral fat) and the sense of being stared at because of one's appearance. It can be thus supposed that weight is an important factor in determining to what extent a woman feels attractive, what attitudes she has towards her own body, and whether she perceives weight-related stigma. This is in line with the research of Tovée et al. (82), according to whom body weight explained as much as 53% of the variance in attractiveness among women, while in the case of men it was only 13%. Interestingly, according to the Faries and Bartholomew (83) study, fat percentage seems to be a strong indicator of attractiveness, and the influence of WHR and BMI on attractiveness is partially dependent on it. Despite the fact that multiple studies indicate that women are more preoccupied with their weight than are men (84) and women with higher body mass are more dissatisfied with their appearance (85–87), dissatisfaction with one's appearance and body mass appears to be a universal phenomenon for women (88). Similar results were observed in a study in which all female participants, independently of their body mass and body fat levels, expressed dissatisfaction with their body mass and a desire to reduce it (79). Interestingly, in the study Blodorn et al. (89), women with higher weight, when they were to describe during the study why they would make a good date, and their potential partner would see or hear their recording, felt greater expectations of social rejection when weight was seen (vs. unseen). Experimental studies (90) additionally revealed that showing women who are initially dissatisfied with their bodies images of a very slim "perfect" body significantly increased their levels of dissatisfaction, and led them to judge themselves more harshly. This effect was not observed in women who were initially satisfied with their bodies. Body weight is therefore one of the strongest predictors of satisfaction with one's appearance in women - the lowest level of satisfaction is shown by people with the highest body mass (91).

Moreover, our analyses did not support the existence of a relationship between parameters related to body shape and perceived stigma when the subjective assessment of one's body was tested as a moderator of this relationship. Similar results were observed for a group of Polish and Vietnamese young people (33), for whom objective body measurements did not influence sense of stigma among women. No relationship between anthropometric indices and assessment of one's own body was observed and waist to hip ratio was associated with

one's satisfaction with body mass and physical fitness. Moreover, in Polish women, BMI had little influence over assessment of their bodies. This again supports the claim that body mass and its components, and not body shape, influences our attitudes towards our own bodies, and whether we perceive stigma related to our appearance.

A surprising result of the presented study was the positive assessment of one's own health by women affected with psoriasis. This positive assessment seems to lower the levels of perceived stigma, even when body mass or body fat levels are higher. This is in line with the results of a study by Alexandrova-Karamanova (92), who found that young people who assessed their health positively also exhibited more positive feelings and attitudes towards their bodies and appearance. This is even more surprising because psoriasis significantly impacts one's sense of physical attractiveness and acceptance of one's own body (77). A completely different approach towards one's own body and stigma was revealed in the case of obese women. It is likely that women do not treat obesity as an illness *per se*. Obesity is associated with a number of consequences for one's physical health (93–95); however, these medical conditions are often not directly associated with obesity (in the sense that people not affected by obesity also suffer from these conditions). Thus, it is possible that an individual does not perceive such diseases as associated with obesity, but rather as conditions independent of their appearance, which is why they assess their health differently and pay less attention to the evaluation thereof in the context of their appearance or stigma. Skin conditions require treatment on many levels, such as taking good care of one's skin, alleviating itchiness, regular visits to a specialist, and concealing the affected areas (96, 97). In the case of psoriasis, believing that one has internal control over one's health is associated with the acceptance of the condition, which facilitates adherence to guidelines given by specialists, which, in turn, allows for relatively successful treatment of symptoms (98). Thus, a positive assessment of one's health may allow one to better cope with the physical symptoms of psoriasis and helps reduce stress (which exacerbates the condition) (99).

## CONCLUSION

Summing up, the main conclusion of our study is the fact that subjective assessment of one's body and attitudes towards one's body influence perceived stigma, independently of objective body shape or the type of condition causing the stigma. At the same time, body mass is a strong predictor of perceived stigma for all women.

Levels of perceived stigma differ between women with psoriasis and women affected by obesity. Obese women feel stigmatised more strongly than the rest of the group. Patients suffering from psoriasis assessed their health as most important element of body evaluation, which may result in a lower sense of stigmatisation in this group. Therefore, perceived stigma should be taken into account when working with obese individuals and actions could be taken to help improve their body image. Furthermore, social programmes should take the necessary steps

to reduce stigma related to body mass, through prophylaxis in the field of health, sugar and lipid economy, physical activity as well as psychological and medical support. When working with stigmatised women, it is also worth focusing on their resources and skills, which will increase their self-esteem and self-efficacy. At the same time, as long as the media portrays very slim female bodies with smooth skin as desirable, comparing one's own body to that model will lower body satisfaction and foster eating disorders.

## LIMITATIONS

Our research involved young women who are particularly vulnerable to social disapproval and criticism for having an unattractive appearance and appearance that does not meet age norms. Moreover, as we mentioned, body image is a much more important element of "Self" for girls and women than for men. At the same time, it would be worthwhile to also study young men affected by obesity and psoriasis in order to assess the role that gender plays in these phenomena. This will broaden our understanding of the role of body image in the sense of stigma in those affected by appearance-related diseases. Another limitation is related to the selection of participants based on just two medical conditions: it is possible that extending the study to other visible conditions that may cause stigma could reveal more general tendencies regarding the relationship between one's body, attitudes towards one's body, and perceived stigma.

The sample size is another limitation of our study. Despite the fact that both excess body mass and skin conditions affect a large number of women, not all the women who were invited to take part in the study agreed to the collection of anthropometric data (e.g., stepping on the scale). Therefore, the results of our study cannot be generalised to all women with obesity and psoriasis. The sample size also limits the number and depth of analyses that could be conducted. While we can correlate anthropometric variables with sense of stigma, a longitudinal study would allow us to better determine causality. It would be worthwhile to extend the study to see whether similar results can be observed in a bigger sample. The way that participants were recruited (deliberate sample selection) may also be a limitation. Moreover, place of residence, marital status, and parental status were not taken into account in the study, thereby limiting the possible analyses. It may be that pregnancy or place of residence influence the perceived stigma or the attention paid to particular body imperfections.

## DATA AVAILABILITY STATEMENT

The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

## ETHICS STATEMENT

The studies involving human participants were reviewed and approved by the Ethics Board for Research Projects at the Institute of Psychology, University of Gdansk, Poland (decision

no. 12/2018). Written informed consent for participation was not required for this study in accordance with the national legislation and the institutional requirements.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

NM and ML: conceptualisation, methodology, writing—original draft preparation, and writing—review and editing. JK: software and validation. JK and ML: formal analysis. NM: investigation,

data curation, and project administration. ML: supervision and funding acquisition. All authors contributed to the article and approved the submitted version.

## FUNDING

The work of ML was supported by grant 2015/17/B/HS6/04144 from the National Science Centre, Poland; the University of Gdansk covered the costs of open access publishing.

## REFERENCES

- Cash T. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: Thomas C, Pruzinsky T, editors. *Body Image. A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. New York, NY: The Guilford Press (2002). p. 478–86.
- Grilo CM, Crosby RD, Machado PPP. Examining the distinctiveness of body image concerns in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. (2019) 52:1229–36. doi: 10.1002/eat.23161
- Wojtyła-Buciora P, Klimberg A, Wojtyła A, Katedra, Fizjologii Z, Marcinkowskiego. Społecznej K. Samoocena własnej sylwetki a wskaźnik masy ciała młodzieży w Polsce Self-rating of body shape vs. body mass index in Polish youth. *Probl Hig Epidemiol*. (2018) 99:146–54.
- Davison TE, McCabe MP. Adolescent body image and psychosocial functioning. *J Soc Psychol*. (2006) 146:15–30. doi: 10.3200/SOCP.146.1.15-30
- Williams JM, Currie C. Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *J Early Adolesc*. (2000) 20:129–49. doi: 10.1177/0272431600020002002
- Datta Gupta N, Etcoff NL, Jaeger MM. Beauty in mind: the effects of physical attractiveness on psychological well-being and distress. *J Happiness Stud*. (2016) 17:1313–25. doi: 10.1007/s10902-015-9644-6
- Kim YA. Emotional evidence: influences on happiness from the frequent positive visual exposure. In: *International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics*. Washington, DC (2018)
- Ossowski R. Psychologiczne problemy w redukcji wagi ciała. In: Przemysław Paweł Grzybowski BK, editor. *Seniorzy w działaniu: słuchacze Kazimierzowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku i działalność wolontaryjna*. Fundacja dla Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz (2013). p. 60–9.
- Westfall RS, Millar MG, Lovitt A. The Influence of physical attractiveness on belief in a just world. *Psychol Rep*. (2019) 122:536–49. doi: 10.1177/0033294118763172
- Chang S-R, Yang CF, Chen K-H. Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: a cross-sectional study [Article]. *Maturitas*. (2019) 126:45–50. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.04.218
- Lipowska M, Bidzan M, Mazurkiewicz N, Lipowski M. Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet [Quality of life chronic visible illness and the sense of stigmatization in young women]. *Przegląd Psychologiczny*. (2015) 58:303–23.
- Sola M, Gajewska E, Manikowski W. Wpływ otyłości na jakość życia związana ze stanem zdrowia wśród dziewcząt i chłopców. *Nowiny Lekarskie*. (2012) 81:321–9.
- Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*. (2013) 10:1–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
- Mitchell SH, Petrie TA, Greenleaf CA, Martin SB. Moderators of the internalization–body dissatisfaction relationship in middle school girls. *Body Image*. (2012) 9:431–40. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.07.001
- Suelter CS, Schvey N, Kelly NR, Shanks M, Thompson KA, Mehari R, et al. Relationship of pressure to be thin with gains in body weight and fat mass in adolescents. *Pediatric Obesity*. (2018) 13:14–22. doi: 10.1111/jipo.12179
- Izydorczyk BC, Raba M, Sitnik-Warchulska K. Resilience, self-esteem, and body attitude in women from early to late adulthood. *Health Psychol Rep*. (2018) 6:193–206. doi: 10.5114/hpr.2018.74698
- Bellard A, Urgesi C, Cazzato V. Self-body recognition and attitudes towards body image in younger and older women. *Arch Womens Mental Health*. (2021) doi: 10.1007/s00737-021-01164-x. [Epub ahead of print].
- Ferraro F, Muehlenkamp J, Paintner A, Wasson K, Hager T, Hoverson F. Aging, body image, body shape. *J Gen Psychol*. (2008) 135:379–92. doi: 10.3200/GENP.135.4.379-392
- Gestsdottir S, Svansdottir E, Sigurdsson H, Arnarsson A, Ommundsen Y, Arngrimsson S, et al. Different factors associate with body image in adolescence than in emerging adulthood: A gender comparison in a follow-up study. *Health Psychol Rep*. (2018) 6:81–93. doi: 10.5114/hpr.2018.71201
- Puhl RM, Lessard LM. Weight stigma in youth: prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Curr Obes Rep*. (2020) 9:402–11. doi: 10.1007/s13679-020-00408-8
- Tuszyńska-Bogucka W, Bogucki J. Slim, smart and happy? Stigmatization of obesity among preschool children. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, (2016) 1:7. doi: 10.12775/PBE.2015.058
- Cash TF. Multidimensional body–self relations questionnaire (MBSRQ). In: Wade T, editor. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Singapore: Springer (2017). p. 551–555.
- Thompson JK, van den Berg P, Roehrig M, Guarda AS, Heinberg LJ. The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *Int J Eat Disord*. (2004) 35:293–304. doi: 10.1002/eat.10257
- Chisuwa N, O’Dea JA. Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*. (2010) 54:5–15. doi: 10.1016/j.appet.2009.11.008
- Jill Thompson A, Poyrazli S, Miller E. Western media and body image dissatisfaction in young women in developing nations. *Eur J Educ Res*. (2020) 90:45–66. doi: 10.14689/ejer.2020.90.3
- Dixon B, Li B, Dixon A. Female waist-to-hip ratio, body mass index and sexual attractiveness in China. *Curr Zool*. (2010) 56:175–81. doi: 10.1093/czoolo/56.2.175
- Harrison K. Television viewers’ ideal body proportions: the case of the curvaceously thin woman. *Sex Roles*. (2003) 48:255–64. doi: 10.1023/A:1022825421647
- Coy AE, Green JD, Price ME. Why is low waist-to-chest ratio attractive in males? The mediating roles of perceived dominance, fitness, protection ability. *Body Image*. (2014) 11:282–9. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.04.003
- Knauss C, Paxton SJ, Alsaker FD. Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*. (2007) 4:353–60. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.06.007
- Cash TF, Henry PE. Women’s body images: The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*. (1995) 33:19–28. doi: 10.1007/BF01547933
- Czepczor-Bernat K, Kościcka K, Brytek-Matera A. Społeczno-kulturowe postawy wobec własnego wyglądu i niezadowolony z ciała u kobiet i mężczyzn w okresie późnej adolescencji: badania wstępne [The Sociocultural Attitudes Towards Appearance And Body Dissatisfaction Among Late Adolescence: a Pilot Study]. *Polskie Forum Psychologiczne*. (2016) 21:364–77. doi: 10.14656/PFP20160303
- Izydorczyk B, Truong Thi Khanh H, Lizińczyk S, Sitnik-Warchulska K, Lipowska M, Gulbicka A. Body dissatisfaction, restrictive, and bulimic behaviours among young women: a polish-japanese comparison. *Nutrients*. (2020) 12:666. doi: 10.3390/nu12030666

33. Lipowska M, Truong Thi Khanh H, Lipowski M, Rózycka-Tran J, Bidzan M, Ha TT. The Body as an object of stigmatization in cultures of guilt and shame: a polish–Vietnamese comparison. *Int J Environ Res Public Health*. (2019) 16:2814. doi: 10.3390/ijerph16162814
34. Franzoi SL, Vasquez K, Sparapani E, Frost K, Martin J, Aebly M. Exploring body comparison tendencies: women are self-critical whereas men are self-hopeful. *Psychol Women Quart*. (2012) 36:99–109. doi: 10.1177/0361684311427028
35. Lipowska M, Lipowski M. Narcissism as a moderator of satisfaction with body image in young women with extreme underweight and obesity. *PLoS ONE*. (2015) 10:e0126724. doi: 10.1371/journal.pone.0126724
36. Tiggemann M, McCourt A. Body appreciation in adult women: relationships with age and body satisfaction. *Body Image*. (2013) 10:624–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.07.003
37. Muth JL, Cash TF. Body-image attitudes: what difference does gender make?. *J Appl Soc Psychol*. (1997) 27:1438–52. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x
38. Lammers WJ, Davis S, Davidson O, Hogue K. Impact of positive, negative, and no personality descriptors on the attractiveness halo effect. *Psi Chi J Psychol Res*. (2016) 21:29–34. doi: 10.24839/2164-8204.JN21.1.29
39. Eagly AH, Ashmore RD, Makhijani MG, Longo LC. What is beautiful is good, but...: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychol Bull*. (1991) 110:109–28. doi: 10.1037/0033-2909.110.1.109
40. Leary M. *Wywieranie wrażenia na innych, o sztuce prezentacji*. Gdańsk, GWP (2004).
41. Xu M. Analysis on the Influence of Female Characters in Disney Films. In: *2021 5th International Seminar on Education, Management and Social Sciences (ISEMSS 2021)*. Chengdu (2021).
42. Izydorczyk B. Psychoterapia zaburzeń obrazu ciała w anoreksji i bulimii psychicznej: podejście integracyjne (zastosowanie terapii psychodynamicznej i technik psychodramy). *Psychoterapia*. (2017) 1:5–22.
43. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. (2004) 3:12–7..
44. Turner C, Cadman J. When adolescents feel ugly: cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder in youth. *J Cogn Psychother*. (2017) 31:242–54. doi: 10.1891/0889-8391.31.4.242
45. Rosińska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Zaba R. Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. *Psychiatr Pol*. (2017) 51:1145–52. doi: 10.12740/PP/68948
46. Rzeszutek M, Schier K. Tak bolesne, że aż obce? - *Zwiazek pomiedzy depresja a obrazem ciała u młodych dorosłych*. *Psychoterapia*. (2008) 4:5–16.
47. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: a meta-analysis. *Obes Rev*. (2020) 21:e12935. doi: 10.1111/obr.12935
48. Izydorczyk B, Truong Thi Khanh H, Lipowska M, Sitnik-Warchulska K, Lizinczyk S. Psychological risk factors for the development of restrictive and bulimic eating behaviors: a polish and vietnamese comparison. *Nutrients*. (2021) 13:910. doi: 10.3390/nu13030910
49. Dovidio JF, Crocker J, Pietno: wprowadzenie i zarys ogólny. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editors. *Spoleczna psychologia pietna*. Wydawnictwo Naukowe PWN (2008). p. 23–46.
50. Goffman E. *Stigma; Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (1963).
51. Chaudoir SR, Earnshaw VA, Anel S. Discredited versus discreditable: understanding how shared and unique stigma mechanisms affect psychological and physical health disparities. *Basic Appl Soc Psychol*. (2013) 35:75–87. doi: 10.1080/01973533.2012.746612
52. Czykwin E. *Stygmat społeczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN (2007).
53. Zhang M, Barreto M, Doyle D. Stigma-based rejection experiences affect trust in others. *Soc Psychol Pers Sci*. (2020) 11:308–16. doi: 10.1177/1948550619829057
54. BeugEn S, Middendorp H, Ferwerda M, Smit JV, ZeeuwEn - FransEn MEJ, Kroft EBM, et al. Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. (2017) 176:687–94. doi: 10.1111/bjd.14875
55. Dalgard FJ, Bewley A, Evers AW, Gieler U, Lien L, Sampogna E, et al. Stigmatisation and body image impairment in dermatological patients: protocol for an observational multicentre study in 16 European countries. *BMJ Open*. (2018) 8:e024877. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024877
56. Godoy-Izquierdo D, González-Hernández J, Rodríguez-Tadeo A, Lara R, Ogallar A, Navarrón E., et al. Body satisfaction, weight stigma, positivity, and happiness among Spanish adults with overweight and obesity. *Int J Environ Res Public Health*. (2020) 17:4186. doi: 10.3390/ijerph17124186
57. Miniszewska J, Chodkiewicz J, Ograczyk-Piotrowska A, Zalewska-Janowska A. Life satisfaction and health related quality of life – the same or a different construct? A survey in psoriasis patients. *Health Psychol Rep*. (2020) 8:219–27. doi: 10.5114/hpr.2020.95909
58. Ograczyk A, Miniszewska J, Kepska A, Zalewska-Janowska A. Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Postepy Dermatologii i Alergologii*. (2014) 31:299–304. doi: 10.5114/pdia.2014.40927
59. Capon F. The genetic basis of psoriasis. *Int J Mol Sci*. (2017) 18:2526. doi: 10.3390/ijms18122526
60. DeStefano GM, Christiano AM. The genetics of human skin disease. *Cold Spring Harbor perspect Med*. (2014) 4:a015172. doi: 10.1101/cshperspect.a015172
61. WHO. *Obesity and Overweight*. (2021). World Health Organization. Available online at: [www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight) (accessed January 10, 2021).
62. Al-Mutairi N, Nour T. The effect of weight reduction on treatment outcomes in obese patients with psoriasis on biologic therapy: a randomized controlled prospective trial. *Expert Opin Biol Ther*. (2014) 14:749–56. doi: 10.1517/14712598.2014.900541
63. Lipowska M, Lipowski M, Jurek P, Jankowska AM, Pawlicka P. Gender and body-fat status as predictors of parental feeding styles and children's nutritional knowledge, eating habits and behaviours. *Int J Environ Res Public Health*. (2018) 15:852. doi: 10.3390/ijerph15050852
64. Leighton K, Kardong-Edgren S, Schneidreith T, Foisy-Doll C. Using social media and snowball sampling as an alternative recruitment strategy for research. *Clin Simulat Nurs*. (2021) 55:37–42. doi: 10.1016/j.ecns.2021.03.006
65. Cash T. *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*. MB-SRQ Users' Manual. VA Vol. 3. Norfolk: Old Dominion University (2000).
66. Brytek-Matera A, Rogoza R. Validation of the polish version of the multidimensional body-self relations questionnaire among women. *Eating Weight Disord*. (2015) 20:109–17. doi: 10.1007/s40519-014-0156-x
67. Lawrence JW, Fauerbach JA, Heinberg LJ, Doctor M, Thombs BD. The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psychol Assess*. (2006) 18:106–11. doi: 10.1037/1040-3590.18.1.106
68. Elffers TW, de Mutsert R, Lamb HJ, de Roos A, Willems van Dijk K, Rosendaal FR, et al. Body fat distribution, in particular visceral fat, is associated with cardiometabolic risk factors in obese women. *PLoS ONE*. (2017) 12:e0185403. doi: 10.1371/journal.pone.0185403
69. Sweeting HN. Measurement and definitions of obesity in childhood and adolescence: a field guide for the uninitiated. *Nutr J*. (2007) 6:32. doi: 10.1186/1475-2891-6-32
70. Maffetone PB, Rivera-Dominguez I, Laursen PB. Overfat and underfat: new terms and definitions long overdue [hypothesis and theory]. *Front Public Health*. (2017) 4:279. doi: 10.3389/fpubh.2016.00279
71. Parikh R, Mohan V, Joshi S. Should waist circumference be replaced by index of central obesity (ICO) in definition of metabolic syndrome? *Diab/Metab Res Rev*. (2012) 28:3–5. doi: 10.1002/dmrr.1227
72. Pawłowski B, Dunbar RI. Waist-to-hip ratio versus body mass index as predictors of fitness in women. *Hum Nat*. (2005) 16:164–77. doi: 10.1007/s12110-005-1002-7
73. Markiewicz A, Gryglicka H, Hozyasz KK. Napietnowanie społeczne w chorobach przewlekłych. *Pediatrics Polska*. (2017) 92:316–20. doi: 10.1016/j.ppepo.2016.11.005
74. Lin C-Y, Tsai M-C, Liu C-H, Hsieh Y-P, Strong C. Psychological pathway from obesity-related stigma to anxiety via internalized stigma and self-esteem among adolescents in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. (2019) 16:4410. doi: 10.3390/ijerph16224410
75. Vartanian LR, Trewartha T, Vanman EJ. Disgust predicts prejudice and discrimination toward individuals with obesity. *J Appl Soc Psychol*. (2016) 6:369. doi: 10.1111/jasp.12370
76. Rzeszutek M, Podkowa Pieta M, Pankowski D, Cyran-Stemplewska S. Comparative study of life satisfaction among patients with psoriasis versus

- healthy comparison group: the explanatory role of body image and resource profiles. *Qual Life Res.* (2021) 30:181–91. doi: 10.1007/s11136-020-02621-3
77. Sakson-Obada O, Wycisk J. Łuszczycza jako czynnik ryzyka dla zakłóceń w ja cielesnym–moderująca rola płci. *Polskie Forum Psychol.* (2017). 22:459–77. doi: 10.14656/PFP20170307
78. Gündüz A, Topçuoğlu V, Usta Gündüz EB, Ergun T, Gencosmanoğlu DS, Sungur MZ. Significant effects of body image on sexual functions and satisfaction in psoriasis patients. *J Sex Marital Ther.* (2020) 46:160–9. doi: 10.1080/0092623X.2019.1654582
79. Mazurkiewicz N, Lipowski M, Krefta J, Lipowska M. Better if they laugh with me than at me: the role of humor in coping with obesity-related stigma in women. *Int J Environ Res Public Health.* (2021) 18:7974. doi: 10.3390/ijerph18157974
80. Jenull B, Mayer C, Knobel P, Birnbacher R. Weight-Stigma and Body Satisfaction among Preschool Children. *J Pediatr Perinatol Child Health.* (2021). 5:112–25. doi: 10.26502/jppch.74050069
81. Carof S. Is there a National body? How national cultures shape the 'fat' body and the food practices. *Stud Ethnic National.* (2017) 17:57–67. doi: 10.1111/sena.12219
82. Tovée MJ, Maisey DS, Vale EL, Cornelissen PL. Characteristics of male attractiveness for women. *Lancet.* (1999) 353:1500. doi: 10.1016/S0140-6736(99)00438-9
83. Faries MD, Bartholomew JB. The role of body fat in female attractiveness. *Evolut Hum Behav.* (2012) 33:672–81. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2012.05.002
84. Bibiloni MdM, Coll JL, Pich J, Pons A, Tur JA. Body image satisfaction and weight concerns among a Mediterranean adult population. *BMC Public Health.* (2017) 17:39. doi: 10.1186/s12889-016-3919-7
85. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image.* (2004) 1:155–67. doi: 10.1016/j.bodyim.2003.12.001
86. Radwan H, Hasan HA, Ismat H, Hakim H, Khalid H, Al-Fityani L, et al. Body mass index perception, body image dissatisfaction and their relations with weight-related behaviors among University Students. *Int J Environ Res Public Health.* (2019) 16:9. doi: 10.3390/ijerph16091541
87. Siervo M, Montagnese C, Muscariello E, Evans E, Stephan B, Nasti G, et al. Weight loss expectations and body dissatisfaction in young women attempting to lose weight. *J Hum Nutr Diet.* (2014) 27:84–9. doi: 10.1111/jhn.12078
88. Urbańska A, Dziurawiec KZ. Obesity and body image. *Curr Prob Psychiatry.* (2019) 20:301–8. doi: 10.2478/cpp-2019-0022
89. Blodorn A, Major B, Hunger J, Miller C. Unpacking the psychological weight of weight stigma: a rejection-expectation pathway. *J Exp Soc Psychol.* (2016) 63:69–76. doi: 10.1016/j.jesp.2015.12.003
90. Posavac H, Posavac S, Posavac E. Exposure to media images of female attractiveness and concern with body weight among young women. *Sex Roles.* (1998) 38:187–201. doi: 10.1023/A:1018729015490
91. Gumble A, Carels R. The harmful and beneficial impacts of weight bias on well-being: the moderating influence of weight status. *Body Image.* (2012) 9:101–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.07.005
92. Alexandrova-Karamanova A. Appearance self-attitudes and health and well-being of Bulgarian adolescents. *Central Eur J Paediatr.* (2020) 16:69–82. doi: 10.5457/p2005-114.258
93. Finer N. Medical consequences of obesity. *Medicine.* (2015) 43:88–93. doi: 10.1016/j.mpmed.2014.11.003
94. Klósek P. Zależności między stresem psychicznym a powstawaniem otyłości. *Forum Medycyny Rodzinnej.* (2016) 10:145–52.
95. Park A. Pathophysiology and aetiology and medical consequences of obesity. *Medicine.* (2019) 47:169–74. doi: 10.1016/j.mpmed.2018.12.010
96. Kornhaber R, Visentin D, Thapa DK, West S, McKittrick A, Haik J, et al. Cosmetic camouflage improves quality of life among patients with skin disfigurement: a systematic review. *Body Image.* (2018) 27:98–108. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.08.004
97. Sommer R, Augustin M, Hilbring C, Ständer S, Hubo M, Hutt HJ, et al. Significance of chronic pruritus for intrapersonal burden and interpersonal experiences of stigmatization and sexuality in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2021) 35:1553–61. doi: 10.1111/jdv.17188
98. Miniszewska J, Adamska M. Beliefs about health, illness and acceptance of the limitations of chronic somatic disease in people with psoriasis. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna.* (2014) 14:202–12. doi: 10.15557/PiPK.2014.0029
99. Polak D, Teległów A, Piotrowska A. Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym. (2020) 9:455–60. doi: 10.6084/m9.figshare.13151012

**Conflict of Interest:** The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

**Publisher's Note:** All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

Copyright © 2021 Mazurkiewicz, Krefta and Lipowska. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.