

SAMOCENA I SATYSFAKCJA Z WYGLĄDU WŁASNEGO CIAŁA U KOBIET OCZEKUJĄCYCH NARODZIN DZIECKA I BEZDZIETNYCH

Anna Mańkowska¹, Stanisława Steuden²

SELF-PERCEPTION AND SATISFACTION WITH BODY IMAGE IN EXPECTANT AND CHILDLESS WOMEN

Summary. During pregnancy, a woman's body changes. The physical changes are visible to the woman and those around her. The perception of one's own body, satisfaction with it, and self-assessment of appearance of pregnant women is puzzling. The main aim of the study was to compare overall satisfaction with body (taking into account the aspect of importance and satisfaction with individual body parts) and self-assessment of appearance (taking into account: sense of defect, masking defect, obsessive preoccupation with defect, controlling defect checking) in three groups of women – first and second pregnancy and childless women. 142 women participated in the study – including 50 with a first pregnancy (aged between 19–41, $M = 29.18$, $SD = 5.01$), 51 pregnant women (aged between 23–39, $M = 31.20$, $SD = 4.29$) and 41 childless women (aged between 20–26, $M = 23.46$, $SD = 1.38$). The subjects were asked to complete the following questionnaires: Drawing Appearance Self-Evaluation Worksheet (RASW; capturing overall satisfaction with body including importance and satisfaction with particular parts of their bodies) and the Self Appearance Questionnaire (KSW; including: sense of defect, masking defect, obsessive preoccupation with defect, controlling defect check). No significant differences in overall satisfaction with body were found between the studied groups of women in the body drawing test. However, in the group of childless women, differences were found in the assessment of importance and satisfaction with individual body parts. As far as self-assessment of appearance (KSW) is concerned, significant differences between groups concern sense of defect – childless women have higher sense of defect than other groups. The results are interesting,

¹ Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie (Institute of Psychology, John Paul II Catholic University of Lublin), ORCID: 0000-0001-7701-7802.

² Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie (Institute of Psychology, John Paul II Catholic University of Lublin), ORCID: 0000-0003-0078-5613.

Adres do korespondencji: Anna Mańkowska,
e-mail: ania.mankowska@onet.pl

because contrary to expectations, they show that the change in body shape caused by pregnancy (both the first and subsequent pregnancies) does not significantly affect the sense of importance, satisfaction and overall satisfaction with the body, or self-esteem of appearance. On the other hand, childless women revealed a higher sense of body defect compared to pregnant women.

Key words: pregnancy, body image, satisfaction with body

Wprowadzenie

Współczesna psychologia społeczna zajmująca się relacjami interpersonalnymi i poczuciem atrakcyjności wskazuje, że ludzie w większości sytuacji, nawiązując interakcję z drugą osobą, kierują się jej atrakcyjnością. W sposób szczególny dotyczy to kobiet, które „są oceniane pod względem atrakcyjności przede wszystkim przez pryzmat wyglądu” (za: Machaj, Stankowska, 2011, s. 324). Sytuacja ta sprawia, że kobiety starają się dorównać aktualnym kanonom piękna, poświęcając często swoje zdrowie, rodzinę i zainteresowania (Izydorczyk, Rybicka-Klimczyk, 2009). W postrzeganiu siebie ważną rolę odgrywa ocena własnego ciała oraz satysfakcja z jego wyglądu. Rozróżnienie pomiędzy samooceną własnego ciała a poczuciem satysfakcji, na którą składają się ważność i zadowolenie, nie jest proste. Głębocka (2010) uważa, że samoocena wyglądu związana jest z aspektem poznawczym i emocjonalnym, dotyczącym także przekonań na temat własnego wyglądu oraz stopnia zadowolenia z niego. Satysfakcja z wyglądu własnego ciała jest funkcją ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała.

Z badań prowadzonych nad obrazem ciała wynika, że kobiety generalnie mają tendencję do dewaloryzacji takich części swojego ciała, jak: uda, talia, biodra, spostrzegając je jako nadmiarowe (Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008). W odniesieniu do tego można postawić pytanie, czy nadmierna koncentracja na tych częściach ciała i ich ocena nie jest w jakiś sposób modyfikowana opinią społeczną. Kreowany przez kobiety wizerunek własnego ciała ma charakter subiektywny i wpływa na emocje, samoocenę, podejmowane działania oraz modyfikuje plany życiowe (Machaj, Stankowska, 2011). Wizerunek własnego ciała pozostaje także w relacji do oddziaływań społecznych, wydarzeń życiowych, w związku z tym ma charakter niestabilny.

Kształtowanie obrazu ciała dokonuje się na kolejnych etapach życia człowieka, począwszy od okresu wczesnego dzieciństwa (Kościuk i in., 2014). Obraz własnego ciała nie jest konstruktem stabilnym, ale jest podatny na wpływy zewnętrzne (np. opinie społeczeństwa, doświadczenia) oraz wewnętrzne (np. samopoczucie osoby, doświadczenia życiowe, własne przekonania, emocje). Jego kształtowanie może być prawidłowe bądź zaburzone, podobnie można mówić o pozytywnym lub negatywnym obrazie ciała (Nitsch i in., 2012). Zarenek i Szymańska (2005) uważają, że pozytywny obraz własnego ciała wpływa na funkcjonowanie społeczne i psychiczne osoby. Pozytywny i adekwatny obraz własnego ciała związany jest z wyższą sa-

mooceną, poczuciem szczęścia, atrakcyjnością i pewnością siebie. Zaś negatywny obraz własnego ciała może generować zaburzenia w funkcjonowaniu osobistym i społecznym (Kułak-Bejda i in., 2017; Brandt-Salmeri, Przybyła-Basista, 2018). Ich przejawem może być wycofywanie się osób z życia społecznego i towarzyskiego. Łączy się z tym także ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych o charakterze kompensacyjnym (takich jak: restrykcyjne diety, skrajnie wyczerpujące ćwiczenia fizyczne), a także autodestrukcyjnych bezpośrednich, polegających na uszkodzeniu własnego ciała (okaleczenia ciała, a także próby samobójcze) (Ross, Gowers, 2011; Kułak-Bejda i in., 2017). Nieadekwatny obraz własnego ciała może być także przyczyną pojawienia się cech dysmorfofobicznych, które mogą prowadzić do zaburzeń o charakterze dysmorfofobicznym (czyli nadmiernego zaabsorbowania wyimaginowanym defektem wyglądu, niezadowolenia z własnego ciała) (Dębska-Ratuszniak, Kamińska-Winciorek, Śpiewak, 2012; Okonishnikova i in., 2021).

Obiektywną okolicznością, która zmienia obraz własnego ciała, jest ciąża, w czasie której ciało kobiety podlega regularnym zmianom, choć każda kobieta doświadcza te zmiany w sposób właściwy dla siebie. Do powszechnych oznak ciąży zalicza się m.in. wzrost masy ciała, powiększenie piersi. U niektórych kobiet zmiany te mogą wiązać się z obawą o wygląd zewnętrzny, a przez to wpływać na samopoczucie i funkcjonowanie zawodowe i społeczne. Z samooceną wyglądu oraz obrazem własnego ciała u kobiet w ciąży łączą się określone stany emocjonalne. Z badań prowadzonych przez Szymonę-Pałkowską (2005) wynika, że emocje związane z ciążą mają charakter zmienny i oscylują między skrajnymi biegunami – pozytywnym i negatywnym. Doświadczane emocje wpływają na codzienne funkcjonowanie oraz spostrzeganie siebie w nowej roli społecznej, rodzinnej, zawodowej.

Machaj i Stankowska (2011) przeprowadziły badania dotyczące postrzegania siebie kobiet w ciąży. Uzyskane wyniki wskazały, że percepcja swojego ciała na kolejnych etapach ciąży ma charakter zróżnicowany. W okresie poprzedzającym ciążę oraz w czasie jej trwania kobiety oceniały siebie jako atrakcyjne, ale znamiennej cechą dla okresu ciąży była waloryzacja piersi (Machaj, Stankowska, 2011). Podobne badania zostały przeprowadzone przez Erbert i Kulbat (2005) – uzyskane rezultaty wykazały brak istotnych różnic w zadowoleniu z własnego wyglądu pomiędzy kobietami w ciąży i kobietami bezdzietnymi (Erbert, Kulbat, 2005). Kontynuację i poszerzenie problematyki dotyczącej oceny własnego ciała i satysfakcji z wyglądu u kobiet w ciąży przedstawiono w projekcie badań własnych w niniejszym artykule.

Głównym celem badań jest porównanie trzech grup kobiet – w pierwszej i kolejnej ciąży oraz kobiet bezdzietnych pod względem satysfakcji z wyglądu (ocena ważności i zadowolenia poszczególnych części ciała) oraz samooceny wyglądu (ze wskazaniem braku lub obecności cech dysmorfofobicznych, ujętych w takich wymiarach, jak: poczucie defektu, maskowanie defektu, obsesyjne zaabsorbowanie defektem, kontrolowanie sprawdzania defektu). O ile satysfakcja z wyglądu dotyczy poszczególnych części ciała w aspekcie ich ważności i zadowolenia, to samoocena wyglądu bardziej koncentruje się na braku bądź obecności cech o charakterze

dysmorfofobicznym. Choć ciąża kobiety jest wydarzeniem naturalnym i często oczekiwanym, to jednak u niektórych kobiet może pojawiać się poczucie zagrożenia i lęku przed utratą atrakcyjności fizycznej, a w konsekwencji może wiązać się to z potrzebą maskowania ciąży, kontrolowania wagi, stosowania restrykcyjnych ćwiczeń. Można postawić pytanie, czy zachowania te mają charakter czasowy i służą adaptacji do nowej sytuacji, czy też odzwierciedlają cechy dysmorfofobiczne o mniejszym bądź większym nasileniu.

Problem niniejszych badań zawiera się w następujących pytaniach:

1. Czy i jakie występują różnice w satysfakcji z wyglądu pomiędzy ważnością i zadowoleniem z poszczególnych części ciała u kobiet w pierwszej i kolejnej ciąży oraz kobiet bezdzietnych?
2. Czy kobiety w pierwszej i kolejnej ciąży oraz kobiety bezdzietne różnią się między sobą pod względem satysfakcji z wyglądu, ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała?
3. Czy i jakie zachodzą różnice między badanymi kobietami w pierwszej i kolejnej ciąży oraz kobietami bezdzietnymi w zakresie samooceny wyglądu?

Samoocena i satysfakcja z wyglądu są zmiennymi, które w istotny sposób wpływają na siebie. Trudno jest doszukiwać się, która z tych zmiennych ma charakter wyjaśniany czy wyjaśniający, natomiast ciekawe wydaje się poszukiwanie wzajemnych zależności. Poszukiwanie odpowiedzi zawiera się w poniższym pytaniu:

4. Czy i jakie zachodzą związki pomiędzy satysfakcją z wyglądu oraz samooceną wyglądu w trzech badanych grupach kobiet?

W odniesieniu do pytań formułuje się następujące hipotezy:

- H1: U kobiet w pierwszej i kolejnej ciąży nie ma różnic pomiędzy oceną ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała – są one oceniane podobnie. Natomiast występują różnice między ważnością a zadowoleniem z poszczególnych części ciała w grupie kobiet bezdzietnych, ważność z poszczególnych części ciała jest wyżej oceniana od zadowolenia.
- H2: Kobiety będące w pierwszej i kolejnej ciąży nie różnią się pomiędzy sobą w zakresie ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała, natomiast różnią się w tych wymiarach od kobiet bezdzietnych, które uzyskują wyższe wyniki w aspekcie ważności i zadowolenia.
- H3: Kobiety bezdzietne w porównaniu z kobietami w ciąży ujawniają wyższe natężenie cech o charakterze dysmorfofobicznym.

Metoda

Osoby badane i procedura

W badaniu wzięło udział $N = 142$ kobiet. Przebadane kobiety podzielono na trzy grupy badawcze: kobiety spodziewające się pierwszego dziecka $n = 51$ ($M = 29,18$; $SD = 5,01$; 35,2%) kobiety spodziewające się kolejnego dziecka $n = 50$ ($M = 31,20$;

$SD = 4,29$; 35,9%) oraz kobiety bezdzietne $n = 41$ ($M = 23,46$; $SD = 1,38$; 28,9%). Pomiaru dokonano na oddziałach szpitalnych. Dodatkowo część próby uzyskano za pomocą kontaktów koleżeńskich oraz portali społecznościowych, które służyły do przekazania adresów zamieszkania kobiet, na które zostały wysłane bądź doniesione kwestionariusze. Badane były proszone o wypełnienie następujących kwestionariuszy: Rysunkowy Arkusz Samooceny Wyglądu (RASW), Kwestionariusz Samooceny Wyglądu (KSW) oraz ankietę własną. Wypełnienie kwestionariuszy trwało około 20 minut. Badania trwały od marca 2017 roku do marca 2018 roku. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Kobiety do badań miały stosunek pozytywny.

Narzędzia

Rysunkowy Arkusz Samooceny Wyglądu (RASW) został utworzony przez Janowskiego, Staniewskiego oraz Jedynaka (2011). Podane w arkuszu poszczególne części wyglądu, których jest 25 (np. oczy, głowa, brzuch, uda, łydki), są oceniane przez badanych na skali 10-stopniowej, w dwóch wymiarach: ważności oraz zadowolenia. W każdym z wymiarów mamy odpowiednie opisy skali: dla ważności 0 oznacza odpowiednio „*wygląd danej części ciała jest dla Ciebie całkowicie nieważny*”, natomiast 10 oznacza „*wygląd danej części ciała jest dla Ciebie niezwykle ważny*”. Dla zadowolenia 0 oznacza odpowiednio „*z wyglądu danej części ciała jesteś całkowicie niezadowolona*”, natomiast 10 oznacza „*z wyglądu danej części ciała jesteś całkowicie zadowolona*”. Osoba badana udziela odpowiedzi w wyznaczonych miejscach, które znajdują się obok wizualizacji ciała kobiety (Janowski, Staniewski, Jedynak, 2011). Rzetelność metody w badaniu jest dobra i wynosi ,719.

Kwestionariusz Samooceny Wyglądu (KSW) Awruk, Janowskiego oraz Staniewskiego (2011) służy do pomiaru nasilenia cech dysmorfofobicznych. Kwestionariusz został skonstruowany na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-IV, dotyczących zaburzeń dysmorfofobicznych. Arkusz jest zbudowany z 33 zdań twierdzących. Badany zaznacza znakiem „x” swoją odpowiedź na skali 5-stopniowej, gdzie: 5 oznacza „zawsze”, a 1 – „nigdy”. Wyniki uzyskane w arkuszu grupują się w cztery obszary: poczucie defektu w wyglądzie (np. *Sądzę, że defekty mojego wyglądu zwracają szczególną uwagę innych ludzi*), maskowanie defektu (np. *Poddaje się zabiegom kosmetycznym, ponieważ nie mogę znieść defektów swojego wyglądu*), obsesyjne zaabsorbowanie defektem (np. *Defekty mojego wyglądu zmuszają mnie do wizyt u dermatologa*), kontrolowanie sprawdzania defektu (np. *Gdy tylko mam okazję, przeglądam się w lustrze, żeby sprawdzić defekty swojej urody*). Rzetelność metody w badaniu jest dobra i wynosi ,765.

Wyniki

Celem pierwszych analiz statystycznych było poszukiwanie różnic oraz związków pomiędzy badanymi grupami w odniesieniu do postawionych pytań

badawczych i hipotez. Wyniki analiz potwierdziły istotne różnice oraz korelacje. Szczegółowe dane dla badanych grup zostały umieszczone w poniższych tabelach.

Kobiety w pierwszej ciąży

Pierwsze dokonane analizy grupy kobiet w pierwszej ciąży dotyczyły poszukiwania różnic w aspekcie satysfakcji z wyglądu, uwzględniając aspekt ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała – uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 1.

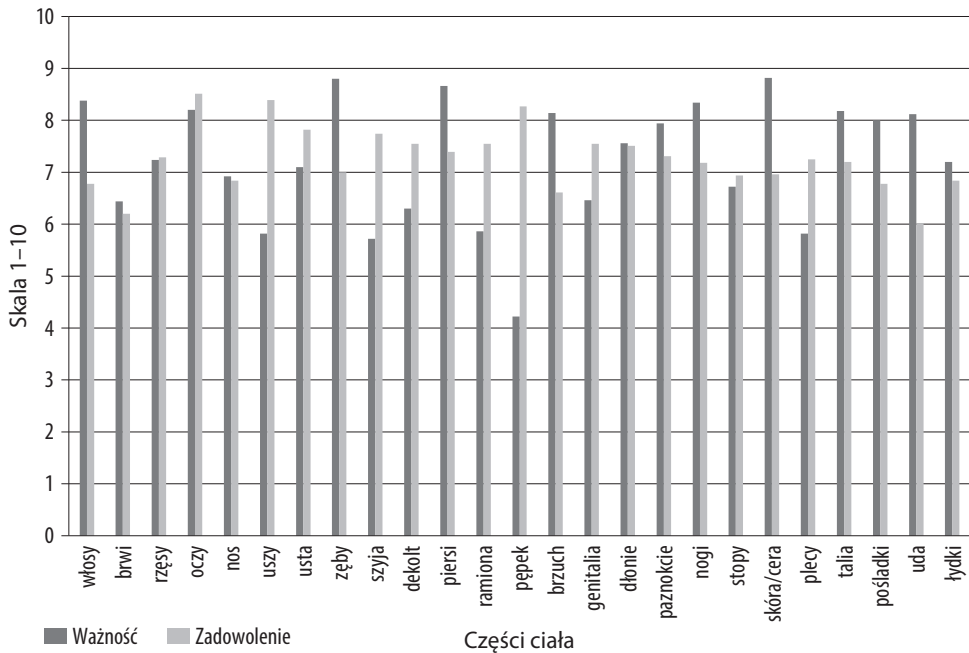
Tabela 1. Porównanie satysfakcji z wyglądu uwzględniając aspekty ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała u kobiet w pierwszej ciąży

RASW	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ważność (1)	7,45	1,74		
Zadowolenie (2)	7,28	1,25	,57	,570
Satysfakcja (3)	7,37	1,12		

W aspekcie ważności własnego ciała kobiety w pierwszej ciąży uzyskały wyniki na poziomie optymalnym ($M_1 = 7,45$, $SD_1 = 1,74$) na skali 10-stopniowej. Aspekt zadowolenia oraz wskaźnik wyniku ogólnego u badanych także utrzymuje się na podobnym poziomie ($M_1 = 7,28$, $SD_1 = 1,25$; $M_1 = 7,37$, $SD_1 = 1,12$). Analiza powyższych danych wskazuje, że kobiety w pierwszej ciąży pozytywnie spostrzegają swój wygląd. Nie stwierdzono różnic pomiędzy aspektem ważności i zadowolenia w badanej grupie ($t_1 = ,57$; $p = ,570$). Ocenę zadowolenia i ważności poszczególnych części ciała przedstawia wykres 1.

Analizując wyniki dla poszczególnych części ciała, możemy stwierdzić, że dla kobiet w pierwszej ciąży najważniejsze są: włosy ($M_1 = 8,38$; $SD_1 = 1,90$), oczy ($M_1 = 8,20$; $SD_1 = 2,47$), zęby ($M_1 = 8,80$; $SD_1 = 1,75$), piersi ($M_1 = 8,66$; $SD_1 = 4,92$), brzuch ($M_1 = 8,14$; $SD_1 = 2,18$), nogi ($M_1 = 8,34$; $SD_1 = 1,93$), skóra/cera ($M_1 = 8,82$; $SD_1 = 1,61$), talia ($M_1 = 8,18$; $SD_1 = 2,01$), pośladki ($M_1 = 8,00$; $SD_1 = 1,90$) oraz uda ($M_1 = 8,12$; $SD_1 = 1,89$). Natomiast kobiety najbardziej zadowolone są z oczu ($M_1 = 8,51$; $SD_1 = 1,91$), uszu ($M_1 = 8,39$; $SD_1 = 2,02$), pępka ($M_1 = 8,27$; $SD_1 = 2,11$). Najmniej ważny jest pępek ($M_1 = 4,22$; $SD_1 = 3,42$), natomiast najmniej zadowolone są z ud ($M_1 = 6,02$; $SD_1 = 2,24$).

Następnie przeprowadzono analizę korelacji pomiędzy satysfakcją z wyglądu, uwzględniając aspekt ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała, a samooceną wyglądu, uwzględniając natężenie cech dysmorfofobicznych. Wyniki analizy przedstawia tabela 2.



Wykres 1. Wykaz średnich (M) dla ważności i zadowolenia poszczególnych części ciała u kobiet w pierwszej ciąży uzyskanych w RASW

Tabela 2. Wyniki korelacji r -Pearsona dla grupy 1

	1	2	3	4	5	6	7	8
RASW								
Ważność (1)	1							
Zadowolenie (2)	,071	1						
Satysfakcja (3)	,818**	,632**	1					
KSW								
Poczucie defektu (4)	,173	-,491**	-,149	1				
Maskowanie defektu (5)	,129	-,413**	-,138	,751**	1			
Obsesyjne (6)	,023	-,224	-,112	,645**	,569**	1		
Kontrolowanie (7)	,161	-,292*	-,043	,743**	,563**	,509**	1	
Samoocena wyglądu (8)	,165	-,468**	-,142	,983**	,816**	,717**	,804**	1

Istotne zależności w grupie pierwszej stwierdzono pomiędzy zadowoleniem a poczuciem defektu ($r = -,491$; $p < ,001$), maskowaniem defektu ($r = -,491$; $p = ,000$), kontrolowaniem defektu ($r = -,292$; $p = ,039$) oraz samooceną wyglądu ($r = -,468$; $p = ,001$). Najwyższą korelację uzyskano pomiędzy poczuciem defektu a zadowoleniem ($r = -,491$; $p < ,001$), znów najniższą istotną korelację odnotowano pomiędzy kontrolowaniem defektu a zadowoleniem ($r = -,292$; $p = ,039$). Uzyskane wyniki wskazują, że im kobieta jest mniej zadowolona z konkretnej części ciała, tym bardziej odczuwa poczucie defektu, stara się go zamaskować, obsesyjnie myśleć o nim oraz podejmować zachowania kontrolujące defekt. Samoocena wyglądu w kontekście natężenia cech dysmorfofobicznych wzrasta wraz ze spadkiem zadowolenia.

Kobiety w kolejnej ciąży

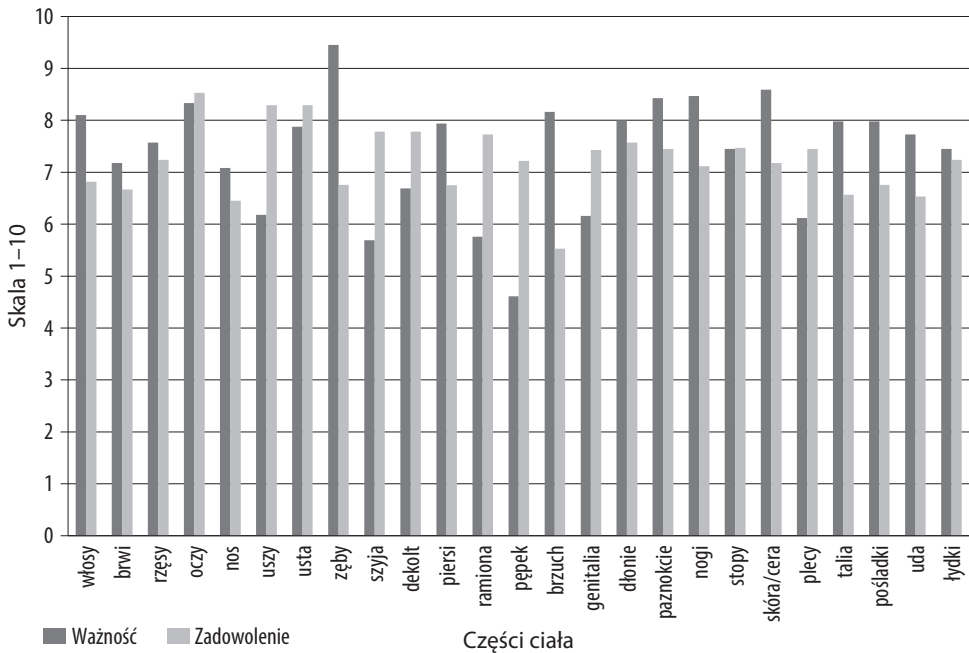
Wyniki oraz analizy dotyczące satysfakcji z wyglądu, uwzględniając ważność i zadowolenie z poszczególnych części ciała u kobiet będących w kolejnej ciąży, przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Porównanie satysfakcji z wyglądu przy uwzględnieniu aspektów ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała u kobiet w kolejnej ciąży

RASW	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ważność (1)	7,59	2,03		
Zadowolenie (2)	7,24	1,56	1,04	,305
Satysfakcja (3)	7,41	1,35		

Na podstawie uzyskanych wyników kobiety w kolejnej ciąży pozytywnie spostrzegają swoje ciało, jest ono dla nich ważne ($M_2 = 7,59$; $SD_2 = 2,03$), są z niego raczej zadowolone ($M_2 = 7,24$; $SD_2 = 1,56$). Ogólny wskaźnik utrzymuje się na optymalnym poziomie ($M_2 = 7,41$; $SD_2 = 1,35$). Na podstawie dokonanych analiz statystycznych nie stwierdzono różnic pomiędzy aspektem ważności i zadowolenia ($t_2 = 1,04$; $p = ,305$). Poniżej zamieszczony wykres 2 przedstawia wyniki analizy dla poszczególnych części ciała.

Na podstawie danych przedstawionych na wykresie możemy stwierdzić, że dla kobiet w kolejnej ciąży najważniejsze są: włosy ($M_2 = 8,10$; $SD_2 = 2,13$), oczy ($M_2 = 8,33$; $SD_2 = 2,69$), zęby ($M_2 = 9,45$; $SD_2 = 1,06$), brzuch ($M_2 = 8,16$; $SD_2 = 2,15$), dłonie ($M_2 = 8,00$; $SD_2 = 2,43$), paznokcie ($M_2 = 8,43$; $SD_2 = 2,33$), nogi ($M_2 = 8,47$; $SD_2 = 2,12$), skóra/cera ($M_2 = 8,59$; $SD_2 = 2,16$). Kobiety te najbardziej zadowolone są z oczu ($M_2 = 8,53$; $SD_2 = 2,00$), uszu ($M_2 = 8,29$; $SD_2 = 2,56$), ust ($M_2 = 8,29$; $SD_2 = 1,95$). Najmniej ważny dla badanych jest pępek ($M_2 = 4,61$; $SD_2 = 3,72$), a najmniej zadowolone są z brzucha ($M_2 = 5,53$; $SD_2 = 3,15$).



Wykres 2. Wykaz średnich (*M*) dla ważności i zadowolenia poszczególnych części ciała u kobiet w kolejnej ciąży uzyskanych w RASW

Przeprowadzone analizy korelacji pomiędzy satysfakcją z wyglądu, uwzględniając ważność i zadowolenie z poszczególnych części ciała, a samooceną wyglądu dotyczącą natężenia cech dysmorfofobicznych wykazały istotne związki. Istotne dodatnie korelacje w grupie kobiet będących w kolejnej ciąży stwierdzono pomiędzy ważnością z poszczególnych części ciała a maskowaniem defektu ($r = ,342; p = ,014$). Korelacje ujemne stwierdzono między zadowoleniem z poszczególnych części ciała a poczuciem defektu ($r = -,568; p = ,000$), maskowaniem defektu ($r = -,399; p = ,004$), obsesyjnym zaabsorbowaniem defektem ($r = -,466; p = ,001$), kontrolowaniem sprawdzania defektu ($r = -,395; p = ,004$), samooceną wyglądu ($r = -,547; p = ,000$). Najwyższą istotną korelację odnotowano pomiędzy zadowoleniem z poszczególnych części ciała a poczuciem defektu ($r = -,568; p < ,001$), natomiast najniższą pomiędzy ważnością z poszczególnych części ciała a maskowaniem defektu ($r = ,342; p = ,014$). Uzyskane wyniki wskazują, że im dla kobiety konkretna część ciała jest ważniejsza, tym bardziej może ona być narażona na podejmowanie działań maskujących defekt. Ponadto jeśli kobieta w kolejnej ciąży nie odczuwa zadowolenia z poszczególnych części ciała, wówczas może odczuwać większe poczucie defektu, podejmować działania maskujące i kontrolujące defekt, być zaabsorbowana defektem konkretnej części ciała, a jej samoocena wyglądu w kontekście natężenia cech dysmorfofobicznych wzrasta. Tabela 4 przedstawia wyniki uzyskanych analiz korelacji *r*-Pearsona.

Tabela 4. Wyniki korelacji r -Pearsona dla grupy 2

Obraz ciała	1	2	3	4	5	6	7	8
RASW								
Ważność (1)	1							
Zadowolenie (2)	,076	1						
Satysfakcja (3)	,806**	,651**	1					
KSW								
Poczucie defektu (4)	,202	-,568**	-,183	1				
Maskowanie defektu (5)	,342*	-,399**	,024	,772**	1			
Obsesyjne (6)	,263	-,466**	-,076	,789**	,677**	1		
Kontrolowanie (7)	,209	-,395**	-,075	,824**	,641**	,649**	1	
Samoocena wyglądu (8)	,242	-,547**	-,140	,990**	,829**	,823**	,865**	1

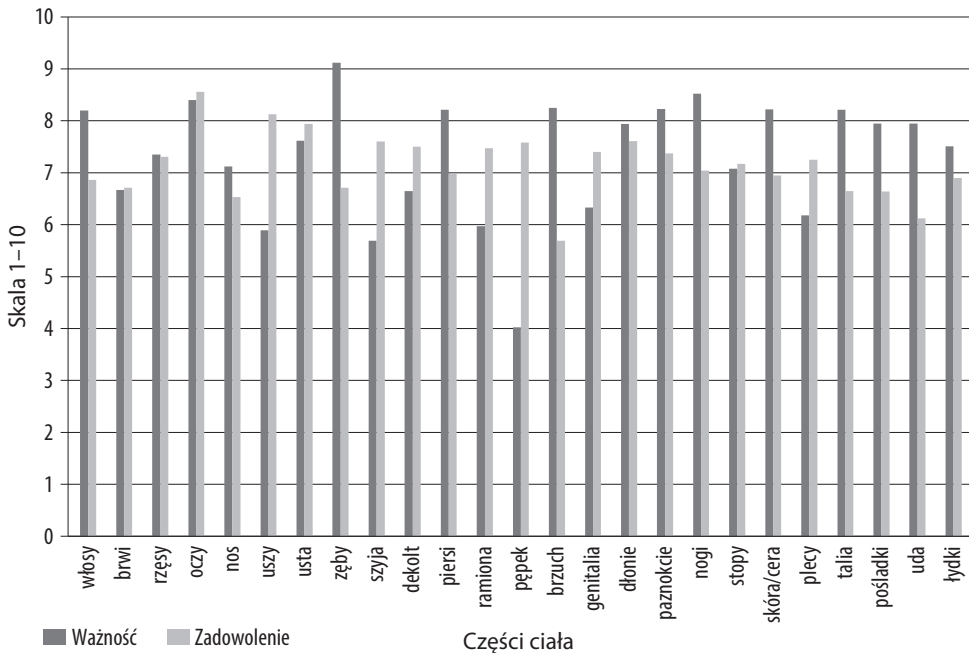
Kobiety bezdzietne

Pierwsze dokonane analizy grupy kobiet bezdzietnych dotyczyły poszukiwania różnic w aspekcie satysfakcji z wyglądu, uwzględniając aspekt ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała – uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Porównanie satysfakcji z wyglądu przy uwzględnieniu aspektów ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała u kobiet bezdzietnych

RASW	M	SD	t	p
Ważność (1)	7,61	1,29		
Zadowolenie (2)	6,91	1,28	2,69	,010
Satysfakcja (3)	7,26	,99		

Na podstawie wyników średnich możemy stwierdzić, że dla kobiet bezdzietnych ciało jest bardzo ważne ($M_{3W} = 7,61$; $SD_{3W} = 1,29$) i chciałyby być z niego bardziej zadowolone ($M_3 = 6,91$; $SD_3 = 1,28$). Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały istotne różnice pomiędzy aspektem ważności i zadowolenia ($t_3 = 2,29$; $p = ,010$). Wynik ogólny świadczy o tym, że kobiety bezdzietne swoje ciało postrzegają stosunkowo poprawnie ($M_3 = 7,26$; $SD_3 = ,99$). Poniżej na wykresie 3 zostały przedstawione średnie dla poszczególnych części ciała.



Wykres 3. Wykaz średnich (M) dla ważności i zadowolenia poszczególnych części ciała u kobiet niebędących w ciąży uzyskanych w RASW

Na podstawie powyższego wykresu możemy stwierdzić, że dla kobiet niebędących w ciąży najważniejsze są: włosy ($M_3 = 8,10$; $SD_3 = 1,98$), oczy ($M_3 = 8,75$; $SD_3 = 1,84$), zęby ($M_3 = 9,10$; $SD_3 = 1,19$), piersi ($M_3 = 8,00$; $SD_3 = 2,09$), brzuch ($M_3 = 8,50$; $SD_3 = 1,66$), dłonie ($M_3 = 8,33$; $SD_3 = 1,61$), paznokcie ($M_3 = 8,35$; $SD_3 = 1,48$), nogi ($M_3 = 8,80$; $SD_3 = 1,45$), skóra/cera ($M_3 = 9,13$; $SD_3 = 1,28$) oraz talia ($M_3 = 8,55$; $SD_3 = 1,87$). Kobiety te najbardziej zadowolone są z oczu ($M_3 = 8,67$; $SD_3 = 1,44$), ust ($M_3 = 7,62$; $SD_3 = 2,06$) i dłoni ($M_3 = 7,79$; $SD_3 = 1,76$). Najmniej ważny dla kobiet jest pępek ($M_3 = 3,03$; $SD_3 = 2,95$), natomiast najmniej zadowolone są z brzucha ($M_3 = 4,47$; $SD_3 = 3,02$).

Ze względu na istotne różnice pomiędzy aspektem ważności i zadowoleniem z poszczególnych części ciała przeprowadzono dodatkowe analizy statystyczne. Test T dla grup niezależnych wykazał rozbieżności pomiędzy ważnością a zadowoleniem z takich części ciała, jak: włosy ($t = 3,13$; $p = ,003$), brwi ($t = -2,47$; $p = ,018$), uszy ($t = -3,97$; $p < ,001$), zęby ($t = 8,03$; $p < ,001$), szyja ($t = -3,36$; $p = ,002$), piersi ($t = 3,10$; $p = ,004$), pępek ($t = -6,71$; $p < ,001$), brzuch ($t = 6,74$; $p < ,001$), paznokcie ($t = 4,53$; $p < ,001$), nogi ($t = 4,46$; $p < ,001$), skóra/cera ($t = 6,04$; $p < ,001$), talia ($t = 4,54$; $p < ,001$), pośladki ($t = 3,28$; $p = ,002$), uda ($t = 4,42$; $p < ,001$) oraz łydki ($t = 2,75$; $p = ,009$).

Z powyższych wyników możemy wywnioskować, że dla kobiet bezdietych wiele obszarów własnego ciała jest ważnych, ale nie są z nich zadowolone.

Kolejne analizy w grupie kobiet bezdzietnych dotyczyły poszukiwania związków pomiędzy satysfakcją z wyglądu, uwzględniając aspekt ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała oraz samooceną wyglądu, uwzględniając natężenie cech o charakterze dysmorfofobicznym. Wyniki przedstawia tabela 6. W grupie kobiet bezdzietnych wykazano istotne ujemne korelacje pomiędzy zadowoleniem a poczuciem defektu ($r = -,772$; $p = ,000$), maskowaniem defektu ($r = -,453$; $p = ,003$), obsesyjnym zaabsorbowaniem defektem ($r = -,469$; $p = ,002$), kontrolowaniem defektu ($r = -,611$; $p = ,000$) i samooceną z wyglądu ($r = -,742$; $p = ,000$). Ponadto uzyskano ujemne korelacje pomiędzy satysfakcją z wyglądu a poczuciem defektu ($r = -,411$; $p = ,008$), kontrolowaniem defektu ($r = -,322$; $p = ,040$) oraz samooceną wyglądu ($r = -,371$; $p = ,017$). Najwyższe korelacje odnotowano pomiędzy zadowoleniem a poczuciem defektu ($r = -,772$; $p < ,001$), natomiast najniższe pomiędzy satysfakcją z wyglądu a kontrolowaniem defektu ($r = -,322$; $p = ,040$). Oznacza to, że im kobieta jest mniej zadowolona z poszczególnych części ciała, tym częściej odczuwa poczucie defektu, podejmuje zachowania obsesyjne maskujące, kontrolujące defekt oraz odczuwa wzrost w kontekście natężenia cech dysmorfofobicznych. Ponadto kobieta bezdzietna może odczuwać mniejszą satysfakcję z wyglądu wraz z większym natężeniem poczucia defektu, podejmowaniem zachowań kontrolujących defekt oraz wzrostem samooceny wyglądu w kontekście natężenia cech dysmorfofobicznych. Wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Wyniki korelacji r -Pearsona dla grupy 3

Obraz ciała	1	2	3	4	5	6	7	8
RASW								
Ważność (1)	1							
Zadowolenie (2)	,166	1						
Satysfakcja (3)	,762**	,765**	1					
KSW								
Poczucie defektu (4)	,148	-,772**	-,411**	1				
Maskowanie defektu (5)	,275	-,453**	-,118	,711**	1			
Obsesyjne (6)	,221	-,469**	-,164	,639**	,657**	1		
Kontrolowanie (7)	,122	-,611**	-,322*	,861**	,627**	,487**	1	
Samoocena wyglądu (8)	,178	-,742**	-,371*	,990**	,789**	,694**	,884**	1

Porównania międzygrupowe

Następnie wykonano analizy statystyczne mające na celu porównanie grup kobiet pod względem satysfakcji z wyglądu oraz samooceny wyglądu. Do pomiaru różnic w obrazie własnego ciała użyto testu Anova. Na podstawie wyników nie stwierdzono różnic w obrazie ciała w aspekcie ważności, zadowolenia oraz satysfakcji z wyglądu w badanych grupach. Stwierdzono różnicę w skali poczucie defektu pomiędzy kobietami w ciąży (grupa 1 i 2) a kobietami bezdzietnymi (grupa 3) ($F = 4,07; p = ,019$). Oznacza to, że kobiety w pierwszej ciąży i kolejnej ciąży doświadczają mniejszego poczucia defektu aniżeli kobiety bezdzietne. Szczegółowe dane zawiera tabela 7.

Tabela 7. Wyniki testu Anova dla badanych grup i wymiarów

	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 1, 2, 3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
RASW								
Ważność	7,45	1,74	7,59	2,03	7,61	1,29	,12	,884
Zadowolenie	7,82	1,25	7,24	1,56	6,91	1,28	,94	,392
Satysfakcja	7,37	1,12	7,41	1,35	7,26	,99	,20	,820
KSW								
Poczucie defektu	40,96	13,28	41,88	15,15	49,88	19,91	4,07* b, c	,019
Maskowanie defektu	11,34	3,04	11,25	3,17	11,80	3,80	,35	,706
Obsesyjne zaabsorbowanie defektem	6,20	2,20	5,67	1,89	5,71	1,90	1,07	,345
Kontrolowanie defektu	8,80	3,02	8,59	3,31	9,98	3,56	2,28	,107
Samoocena wyglądu	67,30	19,54	67,39	22,04	77,37	27,17	2,81	,064

Objaśnienia do tabeli: Porównania grup: 1–2 a; 1–3 b; 2–3 c.

Dyskusja wyników

Celem badania było porównanie trzech grup kobiet: w pierwszej i kolejnej ciąży oraz bezdzietnych, pod kątem poziomu samooceny wyglądu i satysfakcji z wyglądu. Satysfakcja z wyglądu dotyczyła oceny ważności i zadowolenia z poszczegól-

gólnych części ciała. Do pomiaru samooceny wyglądu wykorzystano wskazanie obecności lub braku cech dysmorfofobicznych, ujętych w wymiarach: poczucie defektu, maskowanie defektu, obsesyjne zaabsorbowanie defektem, kontrolowanie sprawdzania defektu.

Hipoteza pierwsza, dotycząca braku różnic w ocenie ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała u kobiet w pierwszej i kolejnej ciąży, a obecności tych różnic w grupie kobiet bezdzietnych, została potwierdzona. Nie stwierdzono rozbieżności między ważnością a zadowoleniem z poszczególnych części ciała w grupie kobiet w ciąży. Może to sugerować wniosek, że kobiety w ciąży bardziej niż bezdzietne pozytywnie oceniają swoje ciało, a aspekt ważności i zadowolenia z poszczególnych jego części jest na podobnym poziomie. Potwierdzają to również badania Machaj i Stankowskiej (2011), w których kobiety w ciąży oceniały siebie jako atrakcyjne same w sobie. Może to także wskazywać, że dla kobiet w ciąży ważniejsza niż wygląd jest ochrona i zdrowie dziecka (Topół-Pamuła, Schier, 2017). Kobiety będące w ciąży mogą bardziej emocjonalnie podchodzić do oceny własnego ciała z racji zmiany priorytetów życiowych, co sugeruje odniesienie także do poznawczego aspektu koncentracji na kreowaniu wizerunku kobiety-przyszłej matki, zmienianiu go, upiększaniu (Sikorska, 2010). To spostrzeżenie potwierdza koncepcja Schier (2010), zgodnie z którą dla określenia postrzegania własnego ciała należy odnieść się do „całego wielkiego obszaru doświadczeń cielesnych na powierzchni ciała i w jego wnętrzu, z włączeniem także funkcji ciała”. Zgodnie z tymi założeniami samoocena to nie tylko postrzeganie własnego wyglądu, lecz również ocena sposobu odżywiania jako fizjologicznego aspektu funkcjonowania jednostki o dużym znaczeniu dla jej zdrowia. Przywiązanie wagi do wyglądu i funkcjonowania ciała w okresie ciąży wydaje się schodzić na dalszy plan w kontekście zdrowia przyszłego potomstwa.

W grupie kobiet bezdzietnych stwierdzono różnice pomiędzy aspektem ważności i zadowoleniem z poszczególnych części ciała, co wskazuje, że poszczególne części ciała są dla nich ważne, chociaż nie są z nich zadowolone. Pokazuje to pewną prawidłowość populacyjną, co potwierdzają badania Kułak-Bejdy i współpracowników (2017), którzy przeprowadzili badania na grupie 409 kobiet, odnosząc się do zadowolenia z wyglądu. W badaniach stwierdzono, że 57,2% kobiet było niezadowolonych z poszczególnych części swojego ciała, 26,9% uważało, że ma nadwagę, a 15,2% było zadowolonych z tego, jak wygląda (Kułak-Bejda i in., 2017).

W odniesieniu do kolejnej hipotezy zakładano, że kobiety będące w pierwszej i kolejnej ciąży nie różnią się pomiędzy sobą w zakresie ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała, natomiast różnią się w tych wymiarach od kobiet bezdzietnych. Hipoteza ta została częściowo potwierdzona, ponieważ kobiety w ciąży rzeczywiście nie wykazały znaczących różnic w swojej grupie. Nie zano-towano tychże różnic w zakresie satysfakcji z wyglądu oraz jej składowych także w porównaniu kobiet w ciąży do kobiet bezdzietnych. Uzyskane wyniki pokrywają się z wynikami przedstawionymi przez Erbert i Kubalt (2005), którzy wykaza-

li, że kobiety w ciąży i kobiety bezdzietne nie różnią się pod względem zadowolenia z ciała.

Hipoteza dotycząca ujawniania wyższego natężenia cech o charakterze dysmorfobicznym przez kobiety bezdzietne została potwierdzona. Wykazano różnicę w aspekcie samooceny wyglądu pomiędzy kobietami w ciąży a kobietami bezdzietnymi, które częściej mogą odczuwać poczucie defektu. Może być to związane ze wspomnianym już wcześniej kreowaniem wizerunku przez współczesne media oraz kulturę (Kułak-Bejda i in., 2017). Inne badania także pokazują, że mass media kreują wizerunek kobiety, który często jest nierealny do osiągnięcia (Rasińska, Nowakowska, Głowacka-Rębała, 2013). Wiele kobiet jednak stara się go osiągnąć, a wszelkie nieudane próby mogą budzić frustrację i obniżenie satysfakcji z wyglądu czy wpływać na wyższy poziom natężenia cech o charakterze dysmorfobicznym. Kolejnym istotnym czynnikiem większego poczucia defektu u kobiet bezdzietnych może być stwierdzenie, że podczas ciąży: „funkcja reprodukcyjna jest [...] silniej akcentowana społecznie niż atrakcyjność seksualna i dlatego „zawieszono” zostają wobec nich oczekiwania dotyczące szczupłej sylwetki” (Topór-Pamuła, Schier, 2017, s. 60). Może to wskazywać, że kobiety bezdzietne w bardziej rygorystyczny sposób mogą spostrzegać swój wygląd.

Odpowiadając na pytanie odnośnie do związków pomiędzy satysfakcją z wyglądu oraz samoocena wyglądu w badanych grupach, możemy potwierdzić ich występowanie. Zasadne wydaje się twierdzenie, że satysfakcja z wyglądu, uwzględniając ważność i zadowolenie z poszczególnych części ciała, jest związana z samooceną wyglądu opierającą się na natężeniu cech dysmorfobicznych. Niezadowolenie z wyglądu ciała wpływa na jakość życia osoby i może prowadzić do zaburzeń o charakterze dysmorfobicznym (Okonishnikova i in., 2021).

Zauważono, że ograniczeniem przeprowadzonego badania mogła być liczebność i specyfika badanej grupy, co można wziąć pod uwagę w przypadku kontynuacji eksploracji tego zagadnienia. W kontekście uzyskanych rezultatów oraz przyszłych badań można postawić pytanie, czy istotne znaczenie w ocenie satysfakcji z własnego wyglądu miałyby takie zmienne sytuacyjne kobiet w ciąży, jak: trymestr ciąży, waga kobiety oraz jej stosunek do poczęcia dziecka. Rezultaty badań mogą w przyszłości stanowić ciekawy materiał do analiz mediacyjno-moderacyjnych efektu percepcji samooceny w odniesieniu do komponentów zadowolenia i satysfakcji z wyglądu dla kompleksowego ukazania zależności w życiu kobiet.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania oraz poruszone zagadnienia stanowią jedną z nielicznych publikacji dotyczących podejmowanych zagadnień obrazu ciała kobiet w ciąży. Uzyskane wyniki są interesujące, pokazują, że wbrew wstępnym oczekiwaniom zmiana sylwetki spowodowana faktem ciąży nie wpływa w sposób istotny na poczucie ważności i zadowolenia oraz ogólnej satysfakcji z wyglądu, ani też na

samoocenę wyglądu. Stwierdzono natomiast, że kobiety bezdzietne w porównaniu z kobietami będącymi w ciąży ujawniają wyższe poczucie defektu własnego ciała. Rezultaty badań rzucają światło na problemy młodych kobiet niebędących jeszcze matkami, które swoje ciało postrzegają w sposób bardziej rygorystyczny. Media społecznościowe kreujące idealne typy sylwetek mogą wzbudzać w kobietach chęć podążania za nieosiągalnymi kanonami współczesnego wizerunku. Ważne jest, by prowadzić dalsze badania oraz budować programy wsparcia dla kobiet w aspekcie satysfakcji z wyglądu oraz minimalizacji wpływu cech dysmorfobicznych.

Literatura cytowana

- Awruk, K., Janowski, K., Staniewski, M. (2011). *Kwestionariusz Samooceny Wyglądu – konstrukcja metody do pomiaru symptomów dysmorfobicznych*. II Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Psychologia w medycynie – medycyna w psychologii”. Jakość życia w zdrowiu i chorobie. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie.
- Brandt-Salmeri, A., Przybyła-Basista, H. (2018). Obraz ciała a samoocena kobiet z rakiem piersi – rola akceptacji ciała. *Psychoonkologia*, 22(1), 1–10.
- Dębska-Ratuszniak, O., Kamińska-Winciorek, G., Śpiewak, R. (2012). Dysmorfobia w oczach studenta kosmetologii. *Dermatologia Kliniczna*, 14(4), 171–174.
- Erbert K., Kulbat J. (2005). Wizerunek ciała w okresie ciąży: konsekwencje zmian wyglądu dla zadowolenia z własnego ciała i dobrostanu psychicznego. W: A. Głębocka, J. Kulbat (red.), *Wizerunek ciała. Portret Polek* (s. 45–62). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Głębocka, A. (2010). *Niezadowolony z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Izydorczyk, B., Rybicka-Klimczyk, A. (2009). Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem kobiet polskich (analiza badań własnych). *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 3(28), 20–32.
- Janowski, K., Staniewski, M., Jedynek, T. (2011). *Rysunkowy Arkusz Samooceny Wyglądu*.
- Kościuk, U., Krajewska-Kułak, E., Tołłoczko, H., Paszko-Patej, G. (2014). Percepcja własnego ciała i motywacja do ćwiczeń wśród uczestniczek Magic-Gym. *Hygeia Public Health*, 49(4), 870–878.
- Krzemionka-Brózda, D. (2010). Sekret ciała. Doświadczenie przez młode kobiety własnego ciała jako piętna jawnego (nadwaga) bądź ukrytego (zaburzenia odżywiania) a określenie własnej tożsamości. W: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki własnego ciała* (s. 28–45). Warszawa: Difin.
- Kułak-Bejda, A., Harasim-Piszczatowska, E., Bejda, G., Waszkiewicz, N., Krajewska-Kułak, E. (2017). Postrzeganie własnego ciała przez kobiety. *Hygeia Public Health*, 52(2), 177–182.

- Machaj, A., Stankowska, I. (2011). Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebyciu ciąży i okresu karmienia. *Nowiny Lekarskie*, 80(5), 323–333.
- Nitsch, K., Prajs, E., Kurpisz, J., Tyburski, E. (2012). Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 12(3), 176–182.
- Okonishnikova, E., Bryukhin, A., Lineva, T., Belokrylov, I. (2021). Dysmorphophobia as a factor that worsens the affective state and the life quality of patients with eating disorders. The final data of the study. *European Psychiatry*, 64(S1), 356–356.
- Rasińska, R., Nowakowska, I., Głowacka-Rębała, A. (2013). Postrzeganie własnego ciała przez młodzież akademicką [Students' perception of their own body]. *Zdrowie i Dobrostan*, 3, 113–124.
- Ross, J., Gowers, S. (2011). Zaburzenie obrazu ciała. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17, 142–149.
- Rybicka-Klimczyk, A., 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.
- Schier, K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sikorska, I. (2010). Ciało i zdrowie w okresie późnej adolescencji. W: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki własnego ciała* (s. 131–148). Warszawa: Difin.
- Szymona-Pałkowska, K. (2005). *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Topór-Pamuła, M., Schier, K. (2017). Związek między obrazem ciała u kobiet w pierwszej ciąży a reprezentacją relacji z rodzicem, partnerem i dzieckiem. *Psychologia Rozwojowa*, 22(1), 59–75.
- Zarenek, A., Szymańska, M. (2005). Differences and similarities in body image in twins. *Gemellological Review*, 6(1), 33–37.

Streszczenie. Podczas ciąży ciało kobiety zmienia się. Zmiany fizyczne są widoczne dla kobiety i jej otoczenia. Zastanawiający jest sposób spostrzegania własnego ciała, satysfakcji z niego oraz samooceny wyglądu kobiet ciężarnych. Głównym celem badań było porównanie ogólnej satysfakcji z wyglądu (uwzględniając aspekt ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała) oraz samoocenę wyglądu (uwzględniając: poczucie defektu, maskowanie defektu, obsesyjne zaabsorbowanie defektem, kontrolowanie sprawdzania defektu) w trzech grupach kobiet – będących w pierwszej i kolejnej ciąży oraz kobiet bezdzietnych. W badaniach udział wzięło 142 kobiety – w tym 50 w pierwszej ciąży (w wieku między 19 a 41, $M = 29,18$, $SD = 5,01$), 51 w kolejnej ciąży (w wieku między 23 a 39,

$M = 31,20$, $SD = 4,29$) oraz 41 bezdzietnych (w wieku między 20 a 26, $M = 23,46$, $SD = 1,38$). Badane poproszono o wypełnienie następujących kwestionariuszy: Rysunkowy Arkusz Samooceny Wyglądu (RASW; ujmujący ogólną satysfakcję z wyglądu obejmującą ważność i zadowolenie z poszczególnych części własnego ciała) oraz Kwestionariusz Samooceny Wyglądu (KSW – uwzględniający: poczucie defektu, maskowanie defektu, obsesyjne zaabsorbowanie defektem, kontrolowanie sprawdzania defektu). Pomiedzy badanymi grupami kobiet w teście rysunkowym własnego ciała nie wykazano istotnych różnic w ogólnej satysfakcji z wyglądu. Natomiast w grupie kobiet bezdzietnych stwierdzono różnice w ocenie ważności i zadowolenia z poszczególnych części ciała. W zakresie samooceny wyglądu (KSW) istotne różnice pomiędzy grupami dotyczą poczucia defektu – kobiety bezdzietne mają większe poczucie defektu aniżeli pozostałe grupy. Uzyskane wyniki są interesujące, wbrew oczekiwaniom ukazują bowiem, że zmiana sylwetki spowodowana faktem ciąży (zarówno pierwszej, jak i kolejnej) nie wpływa w sposób istotny na poczucie ważności i zadowolenia oraz ogólnej satysfakcji z wyglądu, ani też na samoocenę wyglądu. Stwierdzono natomiast, że kobiety bezdzietne w porównaniu z kobietami będącymi w ciąży ujawniają wyższe poczucie defektu własnego ciała.

Słowa kluczowe: ciąża, obraz ciała, satysfakcja z wyglądu

Data wpłynięcia: 30.04.2021

Data wpłynięcia po poprawkach: 20.09.2021

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 21.09.2021