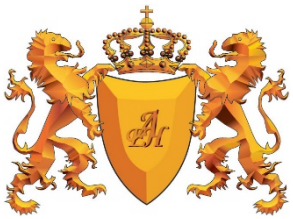
Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna
w Warszawie

Wydział Nauk o Człowieku



Katarzyna Bosowska

Rozprawa doktorska
w dziedzinie nauk społecznych
w dyscyplinie psychologia

Rozprawa doktorska na temat:

ROLA SPOSOBU PORODU

W KSZTAŁTOWANIU SIĘ SAMOOCENY KOBIET

Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem:

Promotor
Dr hab. Wioletta Tuszyńska-Bogucka prof. Lubelskiej Akademii WSEI

Warszawa, rok 2024

…….
imię i nazwisko
autora rozprawy doktorskiej

OŚWIADCZENIE

Świadom(a) odpowiedzialności prawnej oświadczam, że złożona rozprawa doktorska na

temat **ROLA SPOSOBU PORODU**

W KSZTAŁTOWANIU SIĘ SAMOOCENY KOBIETY

I. Została przygotowana przeze mnie przy wykorzystaniu wykazanej w tej rozprawie literatury przedmiotu i materiałów źródłowych.

II. Oświadczam jednocześnie, że rozprawa ta nie narusza praw autorskich, dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym oraz nie zawiera informacji i danych uzyskanych w sposób niedozwolony prawem i nie była dotychczas przedmiotem żadnej procedury, związanej z uzyskaniem dyplomów lub tytułów zawodowych uczelni wyższej.

III. Oświadczam ponadto, że niniejsza wersja rozprawy doktorskiej jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.

IV. Wyrażam zgodę na udostępnianie egzemplarza mojej rozprawy doktorskiej w czytelni Biblioteki Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie.

Data ……... …….
Czytelny własnoręczny podpis autora rozprawy

Oświadczenie promotora rozprawy:

Niniejsza rozprawa jest gotowa do oceny przez recenzentów.

Data ……... …….
Czytelny własnoręczny podpis promotora rozprawy

Streszczenie

Celem badań była analiza wpływu rodzaju porodu na samoocenę kobiet jako matek oraz zbadanie, jak aspekty psychologiczne (wrażliwość, stres, lęk, depresja, prężność psychiczna) wpływają na ich postrzeganie siebie. W badaniu uczestniczyło 249 kobiet (134 po cesarskim cięciu, 115 po porodzie naturalnym), które wypełniały kwestionariusze dotyczące wrażliwości, prężności psychicznej, depresji poporodowej, lęku i samooceny.

Wyniki wykazały, że poród naturalny sprzyjał wyższej samoocenie matek, a wysoka wrażliwość wiązała się z wyższym poziomem lęku i z obniżoną samooceną. Kobiety po cesarskim cięciu wykazywały zwiększoną podatność na negatywne komentarze dotyczące sposobu, w jaki urodziły dziecko, natomiast wyższa prężność psychiczna wspomagała je w radzeniu sobie z lękiem i chroniła przed negatywnymi następstwami wrogich komentarzy.

Badania podkreślają potrzebę wsparcia psychologicznego dla kobiet po cesarskim cięciu, przeciwdziałania mowie nienawiści oraz wzmacniania prężności psychicznej.

Słowa kluczowe:

samoocena, prężność psychiczna, style przywiązaniowe, wysoka wrażliwość, lęk, depresja poporodowa, matki, cesarskie cięcie, poród naturalny

Abstract

The aim of the study was to analyze the impact of the type of childbirth on women's self-esteem as mothers and to examine how psychological aspects (sensitivity, stress, anxiety, depression, psychological resilience) affect their self-perception. The study involved 249 women (134 after a cesarean section and 115 after a natural birth), who completed questionnaires on sensitivity, psychological resilience, postpartum depression, anxiety, and self-esteem.

The results showed that natural childbirth was associated with higher maternal self-esteem, and high sensitivity was related to higher levels of anxiety and lower self-esteem. Women who had undergone a cesarean section demonstrated increased vulnerability to negative comments about how they gave birth, while higher psychological resilience helped them cope with anxiety and protected them from the negative consequences of hostile remarks.

The study highlights the need for psychological support for women after cesarean sections, efforts to counteract hate speech, and the importance of strengthening psychological resilience.

Keywords:

self-esteem, psychological resilience, attachment styles, high sensitivity, anxiety, postpartum depression, mothers, cesarean section, natural birth

Spis treści

STRESZCZENIE **3**

ABSTRACT **4**

SPIS TREŚCI **5**

WSTĘP **11**

ROZDZIAŁ I. PSYCHOSPOŁECZNE DETERMINANTY KSZTAŁTOWANIA SIĘ SAMOOCENY MATEK **17**

I.1. CIĄŻA I PORÓD. NOWY ETAP ŻYCIA DZIECKA I MATKI 17

I.2. PORÓD W UJĘCIU MEDYCZNYM 22

I.2.1. Ciąże wysokiego ryzyka *25*

I.3. CESARSKIE CIĘCIE. OD ROZPACZY DO EUFORII 32

I.4. PRĘŻNOŚĆ PSYCHICZNA 36

I.5. LĘK I CIĄŻA – PSYCHOLOGICZNE WYZWANIA 41

I.5.1. Lęk a układ hormonalny *43*

I.5.2. Okołoporodowe zaburzenia lękowe *46*

I.6. STRES 49

I.7. DEPRESJA POPORODOWA 54

I.8. STYLE PRZYWIĄZANIA 59

I.9. WYSOKA WRAŻLIWOŚĆ 67

I.10. MOWA NIENAWIŚCI 75

I.11. SAMOOCENA W UJĘCIU OGÓLNYM 84

I.12. POZNAWCZO-DOŚWIADCZENIOWA TEORIA JA EPSTEINA (CEST) 89

I.13. SAMOOCENA MATEK 91

I.13.1. Wymiary samooceny *94*

ROZDZIAŁ II. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH 98

II.1. PROBLEM BADAWCZY 98

II.2. ZMIENNE, OPERACJONALIZACJA I WSKAŹNIKI 99

II.3. PYTANIA BADAWCZE 102

II.4. HIPOTEZY BADAWCZE 105

II.5. METODY BADAWCZE 108

II.5.1. Skala Prężności Psychicznej Ego - Resiliency Scale (ER89-R12) 108

II.5.2. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) 109

II.5.3. Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI) 110

II.5.4. Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych (KSP) 111

II.5.5. Kwestionariusz Wysoko Wrażliwej Osoby (HSPS) 113

II.5.6. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI) 115

II.5.7. Narzędzia do badania podatności na mowę nienawiści i monitorowania mediów (Brand24) 120

II.5.8. Generator Chmury Słów (WordItOut) 122

II.6. ANALIZA MEDIACYJNA 122

II.7. BADANA GRUPA 127

II.8. SPOSÓB PROWADZENIA BADAŃ 132

ROZDZIAŁ III. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH 135

III.1. OBRAŹLIWE ZACHOWANIA W WIRTUALNEJ PRZESTRZENI A POZIOM SAMOOCENY KOBIET W ZALEŻNOŚCI OD SPOSOBU URODZENIA DZIECKA 135

III.1.1. Mowa nienawiści jako predyktor niskiej Ogólnej Samooceny matek 135

III.1.2. Mowa nienawiści jako predyktor obniżonej Samokontroli matek 137

III.1.3. Mowa nienawiści jako predyktor niskiej Samoakceptacji Moralnej matek 138

III.1.4. Mowa nienawiści jako predyktor zaniżonego poczucia Atrakcyjności Fizycznej matek *141*

III.1.5. Mowa nienawiści jako predyktor obniżonej Witalności matek *142*

III.1.6. Mowa nienawiści jako predyktor Integracji Tożsamości matek *144*

III.1.7. Mowa nienawiści jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny matek *146*

III.2. POŚREDNICZĄCA ROLA PRĘŻNOŚCI PSYCHICZNEJ POMIĘDZY PODATNOŚCIĄ NA OBRAŹLIWE ZACHOWANIA W SIECI, A SAMOOCENĄ KOBIET WYBIERAJĄCYCH DANYCH RODZAJ PORODU 148

III.2.1 Relacja pomiędzy mową nienawiści a prężnością psychiczną matek *148*

III.2. 2. Relacja pomiędzy prężnością psychiczną a samooceną matek *151*

III.2.2.1. Prężność psychiczna jako predyktor Ogólnej Samooceny 152

III.2.2.2. Prężność psychiczna jako predyktor Samokontroli 155

III.2.2.3. Prężność psychiczna jako predyktor Samoakceptacji Moralnej 157

III.2.2.4. Prężność psychiczna jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej 160

III.2.2.5. Prężność psychiczna jako predyktor Witalności 162

III.2.2.6. Prężność psychiczna jako predyktor Integracji Tożsamości 164

III.2.2.7. Prężność psychiczna jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny 169

III.2. 3. Relacja pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek 175

III.2.4. Analiza mediacyjna pośredniczącej roli prężności psychicznej pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek 176

III.2.4.1. Prężność psychiczna i jej rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących poprzez cesarskie cięcie 177

III.2.4.2. Prężność psychiczna i jej rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących w sposób naturalny 180

III.3. POŚREDNICZĄCA ROLA LĘKU POMIĘDZY PODATNOŚCIĄ NA OBRAŹLIWE ZACHOWANIA W SIECI A SAMOOCENĄ KOBIET WYBIERAJĄCYCH DANY RODZAJ PORODU 182
III.3.1. Relacja pomiędzy mową nienawiści a lękiem 182
III.3. 2. Relacja pomiędzy lękiem a samooceną matek..... 185
III.3.2.1. Lęk jako predyktor Ogólnej Samooceny..... 186
III.3.2.2. Lęk jako predyktor Samokontroli 189
III.3.2.3. Lęk jako predyktor Samoakceptacji Moralnej 192
III.3.2.4. Lęk jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej 196
III.3.2.5. Lęk jako predyktor Witalności..... 200
III.3.2.6. Lęk jako predyktor Integracji Tożsamości..... 203
III.3.2.7. Lęk jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny..... 207
III.3. 3. Relacja pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek 211
III.3.4. Analiza mediacyjna pośredniczącej roli lęku pomiędzy mową nienawiści a samooceną..... 212
III.3.4.1. Lęk jako cecha i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących poprzez cesarskie cięcie..... 213
III.3.4.2. Lęk jako stan i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących poprzez cesarskie cięcie..... 216
III.3.4.3. Lęk jako cecha i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących w sposób naturalny 219
III.3.4.4. Lęk jako stan i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących w sposób naturalny 222
III.4. SAMOOCENA MATEK I JEJ ZRÓŻNICOWANIE ZE WZGLĘDU NA POZIOM WYSOKIEJ WRAŻLIWOŚCI I PODATNOŚCI NA OBRAŹLIWE ZACHOWANIA W SIECI 225

III.4.1. Samoocena matek i jej zróżnicowanie ze względu na poziom wysokiej wrażliwości 225

III.4.1.1. Matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 225

III.4.1.2. Matki rodzące w sposób naturalny 231

III.4.2. Samoocena matek i jej zróżnicowanie ze względu na podatność na obraźliwe zachowania w sieci 237

III.4.2.1. Matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 237

III.4.2.2. Matki rodzące w sposób naturalny 242

III.5. WYSOKA WRAŻLIWOŚĆ I PODATNOŚĆ NA OBRAŹLIWE ZACHOWANIA W SIECI A ICH ZRÓŻNICOWANIE W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU PORODU 247

III.5.1. Wysoka wrażliwość i jej zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu 247

III.5.2. Podatność na mowę nienawiści i jej zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu 250

III.6. STYLE PRZYWIĄZANIOWE I ICH ZRÓŻNICOWANIE W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU PORODU 253

III.7. WYBRANE ZMIENNE DEMOGRAFICZNE I ICH ZRÓŻNICOWANIE W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU PORODU 256

III.7.1. Wiek matek i jego zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu 256

III.7.2. Wykształcenie matek i jego zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu 259

III.7.3. Miejsce zamieszkania matek i jego zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu 262

III.8. MOWA NIENAWIŚCI W PRZESTRZENI INTERNETOWEJ, A RODZAJ PORODU WYBRANY PRZEZ MATKI 265

IV. DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH 273

IV.1. WERYFIKACJA HIPOTEZ 273

IV.2. Dyskusja wyników 279

ZAKOŃCZENIE 301

BIBLIOGRAFIA 306

SPIS RÓWNAŃ 348

SPIS RYSUNKÓW 349

SPIS TABEL 350

ZAŁĄCZNIKI 366

1. Metryczka 366
2. MSEI 370
3. Ego – Resiliency Scale ER89 – R12 374
4. HSPS 375
5. EPDS 378
6. STAI 379
7. KSP 381
8. Zgody autorów narzędzi badawczych na ich wykorzystanie 383
9. Dowód zakupu narzędzi badawczych 389

Wstęp

Celem planowanych w ramach pracy doktorskiej badań było ukazanie, w jaki sposób kształtuje się samoocena kobiety jako matki ze względu na rodzaj porodu, jaki wybiera. Podstawę teoretyczną niniejszych badań oparto o poznawczo-doświadczalną teorię „Ja" (*Cognitive Experiential Self Theory-CEST*) Epsteina (O'Brien i Epstein, 2009), która zakłada, że każdy człowiek jest twórcą własnej teorii rzeczywistości, składającej się z trzech elementów: teorii „Ja" (*self theory*), teorii świata (*world theory*) i teorii wzajemnej relacji „Ja-świat" (Pracka, 2012). Epstein uważał, że struktura „Ja" (*self-system*) służy jak najlepszemu uporządkowaniu własnych doświadczeń, aktywnie pobierając i przetwarzając informacje napływające z zewnątrz i organizując je w spójny system wiedzy. To dzięki temu każdy z nas może lepiej zrozumieć samego siebie i otaczającą go rzeczywistość (Fecenec, 2016). Zgodnie z założeniami CEST, jednostki przetwarzają informacje w dwóch równoległych, interaktywnych systemach, będących składowymi osobowości: przedświadomym systemie doświadczeniowym, a także świadomym systemie racjonalnym (Denes-Raj i Epstein, 2022). Każdy z tych dwóch systemów regulacji daje człowiekowi odmienne możliwości odbioru otaczającego go świata, a elastyczność w wykorzystywaniu każdego z nich oraz ich adaptacyjność ułatwiają poszukiwanie powiązań pomiędzy osobowością, a intelektem (Pracka, 2012).

Teoria Epsteina dotyka tak istotnych obszarów ludzkiego funkcjonowania jak potrzeby, wartości i obraz siebie, które w niniejszej rozprawie zajmują ważne teoretycznie miejsce w rozważaniach badacza na temat egzystencjalnych aspektów życia, celów, pragnień, poszukiwania relacji z innymi i sobą samym. Planując badać kobiety, które stały się matkami, zdecydowały o tak odpowiedzialnej roli w życiu, które podjęły trud oczekiwania, troski, urodzenia dziecka i musiały wreszcie zdecydować o tym, w jaki sposób to dziecko przyjdzie

na świat, wydaje się ciekawym i zasadnym sprawdzić na podłożu tej ważnej historycznie teorii, jak kształtował się obraz siebie matek, w zależności od rodzaju porodu, jaki wybrały.

Dziecko może przyjść na świat dwoma sposobami: poprzez poród siłami natury lub cięcie cesarskie, a rodzaj porodu może mieć ważny wpływ nie tylko na satysfakcję okołoporodową kobiet, ale też na ich dalsze życie. Poród jest procesem fizjologicznym, który ma na celu wydanie dziecka na świat. Przez wieki jedynym sposobem przyjścia na świat żywego dziecka był poród naturalny, a dziś alternatywą dla niego jest poród operacyjny za pomocą cesarskiego cięcia. Obydwa rodzaje porodów (poród naturalny vs cesarskie cięcie) znacząco różnią się od siebie w wielu kwestiach, a głównie w zakresie oddziaływań na dziecko.

Pierwsze wzmianki opisujące technikę cesarskiego cięcia pochodzą z czasów starożytnych i przedstawiają wydobywanie płodu od zmarłej kobiety. Ale dopiero w XIX wieku postęp w kierunku technik operacyjnych pozwolił na zastosowanie cesarskiego cięcia w bezpieczniejszej formie. Zmniejszeniu uległa wówczas śmiertelność dzieci i kobiet, które nie mogły urodzić siłami natury. Z kolei rozwój nowoczesnej medycyny pozwolił na szersze i jeszcze bezpieczniejsze zastosowanie cesarskiego cięcia. Dziś wiemy, że sposób, w jaki dziecko przychodzi na świat nie pozostaje bez wpływu na jego samopoczucie, psychikę i zdrowie, a od wielu lat pojawia się coraz więcej informacji na temat możliwych negatywnych skutków ubocznych zbyt pochopnie podjętej decyzji, jaką może okazać się zabieg cięcia cesarskiego, gdy nie ma do niego szczególnych wskazań medycznych (Wielgoś, 2018).

Niewątpliwie rodzaj narodzin dziecka ma wpływ nie tylko na jego zdrowie, ale też na zdrowie matki. Jak podają liczne źródła naukowe i jak pokazuje obserwacja, zarówno poród siłami natury, jak i cięcie cesarskie mają swoje zalety, ale posiadają też wady, które jako reperkusje pojawić się mogą również w odległym czasie kilku miesięcy czy nawet lat po urodzeniu dziecka (Bartnicka, 2016).

W dzisiejszej dobie wirtualnej rzeczywistości, dostępności informacji, stron internetowych i ogromu porad łatwo wpaść w pułapkę tych, które niekoniecznie mogą być wspierające. Takim źródłem krzywdy stają się często strony i fora internetowe, które zamiast wspierać – niszczą. Jedne z takich grup/społeczności internetowej określa się jako „antymadka". Odtwarzają one treści (komunikaty) odwołujące się do uproszczonych i jednostronnych mentalnych reprezentacji tej kategorii społecznej, nierzadko kategoryzując matki ze względu na sposób urodzenia dziecka i dając sobie prawo do odbierania tego statusu kobietom, które z różnych powodów zdecydowały się na poród przez cesarskie cięcie - w okrutnym języku niektórych rodzących naturalnie matek nazywany „wydobycinami" (Wileczek i Raczyński, 2021).

Zjawisko nienawiści w Internecie staje się coraz bardziej powszechne, a pomimo rosnącej liczby badań na ten temat, wciąż wiadomo zbyt mało na temat cech osobowości osób, angażujących się w krzywdzące komunikaty (Shepherd, Harvey, Jordan, Srauy i Miltner, 2015). Termin „mowa nienawiści" wywodzi się od angielskiego wyrażenia *hate speech*, a według Nijakowskiego ma na celu przypisanie danej kategorii społecznej szczególnie negatywnych cech lub wzywaniu innych do dyskryminujących działań (2008). Hejt internetowy jest wrogim i agresywnym komentarzem, który może wystąpić wszędzie tam, gdzie istnieje możliwość wyrażania opinii i oceny treści internetowych. Opiera się na poniżaniu, oczernianiu i postponowaniu czegoś lub kogoś (Weresa, 2019). Szersze ujęcie tego zjawiska przedstawia Łobodziński (2003) określając w swoich pracach mowę nienawiści jako oskarżające ustne i pisemne wypowiedzi, a także przedstawienia ikoniczne wyszydzające, lżące, poniżające i oskarżające jednostki oraz grupy z powodów etnicznych, preferencji seksualnych, kalectwa, zawodu, płci, przynależności do grupy społecznej czy innych powodów, niezależnych w dużej mierze od adresatów. Ponadto istnieje wyraźna granica pomiędzy hejtowaniem w sieci, a innymi rodzajami obraźliwych zachowań. Badacze zwracają

swoją uwagę na tzw. trolle internetowe (Buckels, Trapnell i Paulhus, 2014) oraz cyberprzemoc (Fearn, 2017). Trollowanie (*trolling*) jest formą antyspołecznego zachowania w cyfrowym świecie i polega na ośmieszaniu oraz obrażaniu użytkowników portali społecznościowych oraz innych miejsc służących dyskusji w Internecie (Olszewski, 2014). Natomiast cyberprzemoc badacze tematu definiują jako ciąg aktów agresji podejmowanych celowo i w sposób powtarzalny kierowanych przeciwko innej osobie, która nie może się obronić (doświadczając bezradności w tym zakresie). Zaangażowani w nią sprawcy, ofiary i świadkowie są głównie młodymi osobami, funkcjonującymi w jakiejś grupie działającej na bazie *online* lub *offline* (Barlińska, Szuster i Winiewski, 2018). Z kolei hejt internetowy to wypowiedź, która zawiera przekaz nienawiści, a której podstawą jest nietolerancja, niezależnie od tego, do jakiej grupy przynależy jego adresat. Zatem słowo „hejt" można stosować zamiennie z określeniem „mowa nienawiści" (Grudecki, 2017). W polskiej przestrzeni publicznej obecne są różne definicje, oscylujące wokół terminów z językoznawstwa, retoryki czy komunikacji społecznej. Definicja Rady Europy mówi, że mowa nienawiści (*hate speech*) polega na używaniu języka w celu rozbudzenia, rozpowszechniania czy usprawiedliwiania nienawiści i dyskryminacji, jak również przemocy wobec konkretnych osób bądź grup. Podkreśla się też jej kryminogenny potencjał, gdyż mowa nienawiści, niosąc ze sobą upokorzenie i krzywdę może też prowadzić do przestępstw z nienawiści (*hate crimes*) (Brzezińska-Waleszczyk, 2015).

Jak powiedział psychiatra Andreoli, „…żyjemy w kulturze wrogości, zdominowanej przez brak współczucia, bezwzględną walkę i rywalizację ze wszystkimi o wszystko, brak solidarności, podejrzliwość, indywidualizm, poniżanie innych, a nawet radość z zadawanego cierpienia" (2009, s. 42).

Na tym polu badań ludzkiej natury nasuwają się różnorakie pytania: jak na przykład osoby podatne na społeczny wpływ, zewnątrzsterowne, posiadające deficyty komunikacyjne

czy relacyjne, inrowertywne, nieśmiałe czy nadwrażliwe są postrzegane przez resztę świata? Z jakimi reakcjami się spotykają? Jakie mają na nie odpowiedzi? Jak bardzo i w jakich sytuacjach doświadczają własnej odmienności, albo kiedy uświadomiły sobie tą własną odmienność? Jak osoby te funkcjonują w społeczeństwie zdominowanym dziś przez wrogą kulturę, niosącą upokorzenie i odrzucenie? I w jaki wreszcie sposób rzeczywistość, w której funkcjonują, wpływa na ich zachowania i doświadczanie poczucia Ja. A jak czyni to rzeczywistość wirtualna? Tak łatwo udzielająca wsparcia, przyciągająca osoby potrzebujące bliskości, a często tak podatne na wpływ i nie zdające sobie sprawy ze sposobów przemocy, jakiej mogą doświadczyć od innych użytkowników (Zeff, 2008). W jaki sposób ta mowa nienawiśc*i* wpływa na kobiety rodzące przez cesarskie cięcie? Jak zaburza, kształtuje, weryfikuje ich poczucie wartości? Jaki wytycza kierunek w relacji do siebie, a co za tym idzie dziecka i najbliższego otoczenia? Dlaczego tak się dzieje?

Jung uważał, że większa wrażliwość jest jedną z fundamentalnych cech dziedziczonych. Na temat osób wysoko wrażliwych pisał, że ich wrodzona wrażliwość kształtuje unikalną prehistorię oraz specyficzny sposób przeżywania doświadczeń w okresie niemowlęcym, a osoby te nigdy nie zapominają o wydarzeniach związanych z intensywnymi doznaniami; które pozostawiają trwały ślad w ich pamięci (Limont, 2014). Dziś psychologowie mówią o osobach ponadprzeciętnie wrażliwych, wyjątkowo wrażliwych, wysoko wrażliwych, czy wysoko reaktywnych (Sand, 2016). Sand uznaje, że według Junga, co czwarta osoba na świecie jest introwertykiem, a introwersję można w wielu punktach przyrównać do wysokiej wrażliwości. Jung mówił też o podwyższonej wrażliwości emocjonalnej, że: stanowi ona z reguły wzbogacenie naszej osobowości, lecz w nieznanych nam lub trudnych sytuacjach, w których tracimy panowanie nad sobą potrafi przerodzić się w wadę, która wyzwala nieadekwatne do sytuacji emocje. Zdaniem Junga ogromnym błędem jest twierdzenie,

że wysoka wrażliwość jest patologicznym elementem osobowości, bo gdyby tak było, to trzeba by przyjąć, iż ok. 25% ludzi na całym świecie to przypadki patologiczne (Sand, 2016).

Bardziej obszerne ujęcie tej cechy wprowadziła Aron, która zapoczątkowała ciągle rozszerzający się termin *wysokiej wrażliwości*, który nie posiada płci ani wieku i może dotyczyć zarówno dzieci, dorosłych, kobiet jak i mężczyzn. Niektóre osoby przejawiają więcej cech wysokiej wrażliwości, inne posiadają jedynie ich namiastkę. Wiele osób podkreśla jednak, że wiedza na temat tego, że należą do grona osób wysoko wrażliwych, pomaga im w lepszym rozumieniu siebie i otaczającego świata, ale często generuje również poczucie samotności i niezrozumienia (e-lubliniec.pl, 2021).

Niniejsza praca składa się z czterech rozdziałów, poprzedzonych Wstępem, zwieńczonych Zakończeniem, Spisami i Bibliografią. Rozdział I pt. *Psychospołeczne determinanty kształtowania się samooceny matek* zawiera syntetyczny przegląd literatury dotyczącej definiowania i rozumienia samooceny matek w kontekście rodzaju porodu jaki wybrały w oparciu o poznawczo - doświadczalną teorię Ja Epsteina. Rozdział II pt. *Metodologia badań własnych* składa się z syntetycznego omówienia problematyki i metodologii badań własnych, zastosowanych metod badawczych, a także prezentuje grupę badaną i procedurę prowadzenia tych badań. Rozdział III pt. *Analiza wyników badań własnych* składa się z siedmiu części i prezentuje oraz omawia za pomocą zastosowanych metod analitycznych, w tym analizy mediacyjnej, wyniki badań własnych. W Rozdziale IV pt. *Dyskusja wyników badań własnych* przeprowadzono dyskusję tych wyników oraz wskazano propozycje ich aplikacji w praktyce psychologicznej. Całość pracy zamyka Zakończenie, w którym przedstawiono podsumowanie wniosków oraz wskazano dalsze, możliwe kierunki badań.

Rozdział I. Psychospołeczne determinanty kształtowania się samooceny matek

I.1. Ciąża i poród. Nowy etap życia dziecka i matki

„Dokądkolwiek pójdę, zaniosę ze sobą twój pierwszy krzyk…”

Gwyneth Paltrow

Matce w polskiej kulturze przypada rola szczególna. Jest rodzicielką, wzorem, symbolem, nośnikiem znaczeń, których słownikowe definicje nie wyczerpują istoty pojęcia (Bartmiński, 2006). Prób określenia idei *matki* podejmowali się liczni autorzy, między innymi Lakoff i Johnson (1988), Wierzbicka (2006), Karwatowska (1997), Kukołowicz (1993) i wielu innych. Jagiełło (1980) na podstawie pieśni ludowych i tekstów ballad, rekonstruując obraz matki, wskazuje na *akt urodzenia*, jako wyznaczający matce szczególną rolę i przemieniający ją jako kobietę w matkę rodzicielkę, która piastuje, sprawuje opiekę i wychowuje. Bartmiński (2006) podejmując próbę kognitywnego zdefiniowania matki zestawił listę 32 cech składających się na jej obraz i obejmujących różne profile społeczne, aspekty życia i funkcjonowania. Charakterystyki pokazały, że wszystkie cechy opisujące matkę wiązały się z silnym, pozytywnym wartościowaniem. Natomiast Karwatowska (1997) na podstawie uczniowskich charakterystyk wskazuje na 6 domen (znacznie idealizowanych), w jakich młodzież opisuje obraz matki: domenę rodzenia, pięknego wyglądu (kobiecości), wychowania i poświęcenia dla rodziny, odpowiedzialności, partnerstwa i autorytetu. Z kolei inna badaczka, Jędrzejko (1994) w próbie rekonstrukcji obrazu kobiety jako matki zwróciła uwagę na to, że obraz matki znacznie różni się od wszystkich pozostałych obrazów kobiety i wskazuje na pewnego rodzaju stereotyp związany z *sacrum* – strefą przynależną matce i mającą wyłącznie pozytywne konotacje. Macierzyństwo jako zadanie rozwojowe i posłannictwo kobiety jest jej powołaniem i tkwi jako fenomen w centrum (Wilczek, 1998). Jest pewnego

rodzaju procesem stawania się i bycia matką jednocześnie, a kobieta stając się matką ma do odegrania rolę najważniejszą w centralnym elemencie jej kobiecości (Fromm, 1971). Deutsch w 1945 roku (Van den Bergh i Simons, 2009) zapoczątkowała też myśl, że budowanie relacji z dzieckiem ma swój początek dużo wcześniej niż w chwili jego narodzin. Dziś badania pokazują, że w trakcie ciąży rozwój relacji matki z nienarodzonym dzieckiem jest kluczowym elementem pozytywnego przystosowania się do macierzyństwa (Ilska i Przybyła-Basista, 2015).

To prenatalne przywiązanie jest opisywane jako wszelkie zachowania matki, przejawiające troskę, opiekę, oddanie i zaangażowanie wobec płodu[1] (Pawlicka, Chrzan-Dętkoś i Lutkiewicz, 2013). Z kolei stopniowo zachodzące zmiany fizjologiczne ułatwiają kobiecie jej psychospołeczne dojrzewanie i pozwalają na łagodne stawanie się matką, wzmacniając przywiązanie (Lichtenberg-Kokoszka, 2011). Dunn mówi o tworzeniu się w percepcji matki obrazu dziecka nazywanego „dzieckiem wyobrażonym" i jak pokazują badania, to w szczególności możliwość obrazowania USG rozwijającego się płodu kształtuje ten aspekt pozytywnej więzi oraz akceptacji dziecka u matki (Bielawska-Batorowicz, 2006). W praktyce wiele kobiet nalega na częste wykonanie badania USG, gdyż daje im ono poczucie bezpieczeństwa i pewności, że płód rozwija się właściwie, a ponadto staje się okazją do nawiązania kontaktu z dzieckiem, który też jako źródło wiedzy, stanowi ważny krok w stronę rodzicielstwa (Ilska i Przybyła-Basista, 2015). Ponadto, jak wynika z badań, dostarczenie matce informacji na temat rozwoju prenatalnego dziecka zwiększa jej przywiązanie do niego (Sedgmen, 2006), więź emocjonalna, a zmniejsza niepokój i poziom obaw (Boukydis, 2006). Inne kluczowe wyznaczniki relacji z nienarodzonym dzieckiem, na które badacze zwracają uwagę to rozmowa, emocjonalne przywiązanie, które

[1] Takie właśnie określenie zostało użyte w cytowanej pracy.

przejawiać się może np. we właściwym odżywianiu matki, przygotowywanie dla dziecka miejsca, czy opowiadanie o nim innym osobom (Pawlicka, Chrzan-Dętkoś i Lutkiewicz, 2013).

Zgodnie z przeglądem literatury, poznanie wewnętrznych reprezentacji matek na temat ich dzieci w czasie ciąży jest znaczącym predyktorem przywiązania matki do dziecka już po porodzie, a reprezentacje, jakie matki tworzą na temat swoich nienarodzonych dzieci dostarczają informacji o znaczeniu, jakie ma i będzie miało dziecko dla swojej matki. Naukowcy zajmujący się relacją rodzic – nienarodzone dziecko odwołują się do dwóch różnych koncepcji teoretycznych: koncepcji rozwijania więzi z nienarodzonym dzieckiem i koncepcji relacji matka – nienarodzone dziecko, dotyczącej obrazu mentalnego matki na temat nienarodzonego dziecka, po to, by wyjaśnić zachowania, postawy, myśli i uczucia kobiet, które odzwierciedlają ich zaangażowanie w tę rolę i pomagają budować więź, która już na zawsze zmieni życie zarówno matki, jak i dziecka (Vreeswijk, Mass i Van Bakel, 2012). Badania wskazują, że (niezależnie od wieku) im dłużej kobieta jest w ciąży, tym większą ma świadomość ilości czynników oddziałujących na zdrowie jej dziecka, a także zmian, które musi wprowadzić do swojego trybu życia, by właściwie zadbać o płód. Staje się bardziej odpowiedzialna za siebie i dziecko niż kobieta niebędąca matką, łatwiej jest jej zmienić dotychczasowe przekonania i wzorce zachowań po to, by z dojrzałością wyjść naprzeciw wyzwaniu, jakim staje się odpowiedzialność za życie nowego człowieka (Żelazkowska, 2016). Rich w 1976 roku w opracowaniu *Of Woman Born* dokonała rozróżnienia pomiędzy doświadczeniem macierzyństwa, a instytucją macierzyństwa, opisując bycie matką jako sferę indywidualnych zachowań, odczuć, przemyśleń i wyborów kobiety z uwzględnieniem negatywnych i pozytywnych aspektów (Rich, 2000). Dziesięć lat później Baker-Miller, autorka z nurtu feminizmu nowej kobiecości podkreślała, że to macierzyństwo daje możliwość spełnienia i jest aktywnym udziałem w rozwoju innych (Baker Miller, 1986), a Friedan, wdając się w polemikę z teorią potrzeb Maslowa, twierdziła, że kobiety, które realizują swoje potrzeby

niższego rzędu, w tradycyjnej roli gospodyni i matki mają trudniejszą drogę samorealizacji w różnych osiągnięciach, zdobyciu szacunku czy wiedzy i nie są w stanie, jako jednostki ludzkie osiągnąć pełni rozwoju oraz satysfakcji w dziedzinach, w jakich funkcjonują (Friedan, 1963). W przeszłości, opisując więź macierzyńską najczęściej podkreślano rolę komponentu biologicznego, dziś przyjmuje się, że do właściwego wypełniania roli matki konieczne są umiejętności społecznie i kompetencje psychiczne, a podając za Budrowską (2000) i innymi badaczami tematu (Kornas-Biela, 2002; Bielawska-Batorowicz, 2006) macierzyństwo stanowi wzorce zachowań wobec dziecka, a także zestaw postaw obejmujących sferę emocji, uczuć, przekonań oraz poglądów związanych z tym, że kobieta jest matką. Zatem macierzyństwo od samego początku było definiowane naukowo nie tylko w wymiarze społecznym jako formalny fakt urodzenia czy przysposobienia dziecka, posiadający w społeczeństwie określoną rangę, przywileje i obowiązki, ale znacznie szerzej – jako kulturowy konstrukt, a w wymiarze psychicznym - relacja więzi, troski oraz kształtowania się własnej tożsamości (Rich, 2000). Narodziny pierwszego dziecka są powszechnie uznawane przez kobiety za wyzwanie i punkt zwrotny w ich życiu (Bartosz, 2002; Budrowska, 2000; Bielawska-Batorowicz, 1999, 2012; Lepiarz, 2010). Zalicza się je do kategorii zdarzeń krytycznych, którego wyjątkowe znaczenie polega na tym, że radykalnie i nieodwracalnie zakłóca funkcjonowanie kobiety w otoczeniu i wymaga od niej ponownej adaptacji. Kobiety w ciąży określają bowiem poród jako wyzwanie i optymistyczne, aktywizujące wydarzenie, ale też widzą go jako sytuację trudną, niepewną i zagrażającą (Catov, Abatemarco, Markovic i Roberts, 2009; Dunkel-Schetter i Tanner, 2012; Sevón, 2014; Gruszkowska, 2012). Psychologowie także podkreślają niejednoznacznie pozytywny wymiar macierzyństwa (głównie w sferze emocji), wskazując na konceptualizację tego wyzwania, jako na główny paradygmat rozwoju, który warunkuje i umożliwia kobiecie osobisty wzrost, będąc najważniejszym czynnikiem determinującym stopień, w jakim matka pozytywnie ocenia własne doświadczenia (Genevie i Margolies, 1989). Dzieje się tak,

ponieważ w ciele kobiety dochodzi do istnej rewolucji, a ciąża i urodzenie dziecka nie tylko ze względu na osobisty wymiar tego doświadczenia stanowią moment przełomowy w życiu kobiety, ale zmieniają też sposób odczuwania przez nią czasu, który po urodzeniu dziecka odbierany jest jako nieustająca nad nim opieka (Maher, 2008). Ta rewolucja związana z narodzinami dziecka (szczególnie pierwszego), jak pokazują liczne badania, doprowadzająca do reorganizacji czasu, wymaga przeorganizowania reszty życia: funkcjonowania społecznego, planowania zadań, rekonstrukcji poznawczej rzeczywistości, ról i motywacji, co w wymiarze psychologicznym jest uznawane za jedną z największych zmian w życiu dorosłego człowieka (Bartosz, 2002; Bielawska-Batorowicz, 2012; Dohrenwend, Krasnoff i Asensasy, 1978; Rothman, 2000). Dzieje się tak, gdyż tożsamość kobiety u progu macierzyństwa zmienia się radyklanie w dwóch zasadniczych płaszczyznach:

- tożsamości społecznej, określającej w jaki sposób inni zachowują się w stosunku do niej;
- tożsamości wewnętrznej, określającej to, jakie uczucia i myśli kobieta kieruje ku samej sobie (Melchior, 1990).

Literatura prezentuje różne propozycje, co do punktu, który staje się początkiem zmiany tożsamości związanej ze stawaniem się matką: gdy kobieta dowiaduje się o ciąży, gdy po raz pierwszy podczas badania USG widzi płód lub gdy zaczyna odczuwać jego ruchy (Alldred, 2012; Nitecka, 1992; Bartosz, 2002). Od pierwszych dni ciąży kobieta modyfikuje myślenie nie tylko o sobie, ale zaczyna postrzegać powstające w niej nowe życie jako dziecko i otaczać je troską, tym bardziej, że coraz częściej w wielu sytuacjach jest nazywana „mamą" (Saetnan, 2000). Początki tej więzi powstają już w chwili, gdy kobieta zaczyna odczuwać pragnienie poczęcia i urodzenia dziecka (Maciarz, 2004), a ciąża staje się kontynuacją zmian, których ostateczna wizja konfrontuje się z rzeczywistością dopiero po porodzie, a tożsamość macierzyńska dojrzewa (Maciarz, 2004; Popławska i Śliwowska, 2001). Biologiczne aspekty

stawania się matką po porodzie pokazują, że mózg kobiety zmienia się, by skupić się na opiece nad dzieckiem, co wiąże się z istotnym zmniejszeniem istoty szarej, szczególnie w regionach odpowiedzialnych za interakcje społeczne (Hoekzema i in., 2017), co pomaga matce lepiej odczytywać potrzeby dziecka. Zmiany te trwają około pół roku (Brizendine, 2006) i mogą być widoczne nawet przez dwa lata po porodzie (Hoekzema i in., 2017).

Pomimo optymistycznych doniesień i interpretacji okazuje się jednak, że często jest to trudny proces. Jak pokazują badania Budrowskiej (2000), co piąta kobieta twierdziła, że już będąc w ciąży, nie potrafiła jakkolwiek wyobrazić sobie siebie w roli matki. Tymczasem realistyczne wyobrażenia na temat macierzyństwa sprzyjają pozytywnemu funkcjonowaniu w tej roli i ostatecznie większość kobiet przechodzi ten kryzys generatywności konstruktywnie, a posiadanie dzieci staje się wartością rozwijającą (Matuszewska, 1990).

I.2. Poród w ujęciu medycznym

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej, kwestia cielesności jest bardzo często poruszana przez polskie społeczeństwo. Różne raporty, na przykład: „Stosunek do własnego ciała – ideał pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny" (CBOS, 2003), „Jak cię widzą, tak cię piszą – Polacy o znaczeniu wyglądu w życiu" (CBOS, 2009) czy „Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało" (CBOS, 2009), poruszają rolę wyglądu ciała i jego odbiór przez biorące udział w badaniach Polki i Polaków. Badania potwierdzają również, że to kobiece ciało jest nadal tym, od którego w kwestii wyglądu wymaga się więcej oraz szerzej o nim dyskutuje. Jednak pomimo powszechności kobiecego ciała w dyskursie (chociażby medialnym) zauważyć można jego brak w pewnych etapach lub obszarach życia. Kult szczupłego ciała stygmatyzuje na przykład ciało otyłe, a kult młodości ciało dojrzałe (Brytek-Matera, 2010). Wydaje się, że podobna sytuacja następuje, gdy kobieta zachodzi w ciążę czy rodzi dziecko – nie mówi się zbytnio o ciele w tym czasie i nie pokazuje się go również opinii publicznej. To też może generować stres doświadczany przez kobiety

w ciąży, a ten wyidealizowany obraz, nieprzystający prawie zupełnie do ciała, które zaczyna podlegać ogromnym i wieloaspektowym przemianom, jak powiedziano już wcześniej, może stać się przyczyną różnych komplikacji czy zaburzać nawiązywanie więzi emocjonalnych z dzieckiem (Kossakowska i Walęcka-Matyja, 2007; Koss i in., 2014b). Z medycznego punktu widzenia, czas ciąży, a w szczególności sam poród, to czas, który wymaga ścisłego monitorowania stanu zdrowia matki i płodu w celu zapewnienia bezpiecznego przebiegu i zakończenia ciąży. Odkąd bowiem wydarzenie porodu zostało przeniesione na stałe do opieki szpitalnej, zyskało status groźnego dla matki i dziecka, a przez to wymagające go konieczności stałej kontroli personelu medycznego (Rich, 2000).

Rozpatrując ten obszar doświadczeń matki w medycznych kategoriach, nie sposób pominąć ciała i jego zmian w poszczególnych fazach wydostawania się dziecka na świat: pierwsze skurcze, które powracają cyklicznie, sprawiając, że szyjka macicy zaczyna się rozwierać, uznaje się za fizjologiczny początek porodu (Kitzinger, 1996). Z punktu widzenia medycznego, poród dzieli się na trzy fazy: okres rozwierania – od początku porodu do całkowitego rozwarcia szyjki macicy (około 10 cm), okres urodzenia dziecka i urodzenie łożyska, czyli okres łożyskowy. Pierwsza faza porodu charakteryzuje się pojawianiem pierwszych skurczy, które z biegiem czasu ulegają nasileniu. Ta faza trwa najdłużej (Gebauer-Sesterhenn, 2007), z każdym kolejnym skurczem wzmaga się poczucie odczuwanego bólu, a kiedy skurcze choć nie trwają ciągle, stają się najczęstsze, następuje sam akt porodu, czyli na świat zaczyna „wychodzić" główka dziecka, a za nią całe ciało. Kolejnym i ostatnim etapem porodu jest wydalenie łożyska.

Poród ze względu na zalecenia medyczne lub na życzenie kobiety, może przebiegać za pomocą cięcia cesarskiego, które jest chirurgicznym zabiegiem, wykonywanym w znieczuleniu i polega na rozcięciu powłok brzusznych i macicy oraz wyjęciu dziecka z brzucha matki. Przy porodzie za pomocą cesarskiego cięcia to lekarz wyjmuje łożysko, gdyż

inaczej niż przy porodzie naturalnym, nie jest ono wydalane przez rodzącą. Także doświadczenia płynące z ciała podczas porodu naturalnego są inne niż podczas cesarskiego cięcia, na przykład moment rozszerzania się kości miednicy, którego rodząca doświadcza tylko w trakcie porodu o własnych siłach. Ważnym elementem podczas porodu jest znieczulenie. Najczęściej stosowanym rodzajem znieczulenia jest znieczulenie zewnątrzoponowe. W wyniku tego rodzaju znieczulenia doświadczanie własnego ciała przez kobietę znacząco ulega zmianie. Zmniejszają się dolegliwości bólowe, a skurcze nie są tak dokuczliwe. Ich mniejsza odczuwalność skutkować może jednak tym, że personel medyczny będzie musiał rodzącej udzielać bardziej szczegółowych instrukcji, kiedy należy przeć. Ta forma znieczulenia nie ogranicza jednak w żaden sposób świadomości matki (Rich, 2000).

W literaturze podkreśla się, jak różnym doświadczeniem jest poród naturalny od tego, który wykonywany jest za pomocą cięcia cesarskiego i jak znacząco te różnice wpływają na odczuwanie własnego ciała przez rodzącą kobietę (Okrój, 2017). Bezpośrednio po porodzie rozpoczyna się trwający sześć tygodni okres połogu, w którym systematycznie ustępują zmiany wywołane ciążą i porodem (Radowicki, 1985). Przez kilka pierwszych dni po porodzie, szczególnie po porodzie operacyjnym, kobieta może mieć problemy z poruszaniem się i siedzeniem (Gebauer-Sesterhenn, 2007). W połogu, który następuje po porodzie za pomocą cięcia cesarskiego (operacji) dolegliwości bólowe mogą być o wiele silniejsze niż po porodzie naturalnym, a ból trwający w okresie poporodowym znacznie wpływa na stan psychofizyczny matki i jej opiekę nad dzieckiem (Gebuza i in., 2010). Ponadto u części kobiet występuje bolesność piersi (brodawek) związana z laktacją, niezależnie czy matka zdecyduje się na karmienie dziecka piersią czy butelką (Okrój, 2018). Zdaniem niektórych autorów, medykalizacja porodu i opieki okołoporodowej przyczyniła się do przemiany zjawiska „niemedycznego" w „medyczne", sprowadzając go do wymiaru problemu, a odbierając miano wydarzenia, które jest naturalną częścią naszego życia. Badacze tematu uważają,

że do demedykalizacji porodów i odbierania ich jako wydarzenie traumatyczne mogłyby w znaczny sposób przyczynić się w swojej roli same położne, często marginalizowane w dyskursie medycznym. Rich pisze: „Od czasów prehistorycznych oczekiwanie na rozwiązanie było kojarzone z lękiem, fizycznym bólem (…), otoczone potokiem przesądów, dezinformacji (…)" (Rich, 2000, s. 132) i w dramaturgii scen i opisów utrwalane przez media. Wyniki badań Genevie i Margolies na temat doświadczenia przez kobiety porodu wskazują, że 37% matek uczestniczących w badaniu opisało poród jako źródło ogromnego, ale wartego przeżycia bólu, natomiast 60% kobiet jako doświadczenie radosne i pozytywne, praktycznie pomijając ból w swoich wypowiedziach (Budrowska, 2000).

I.2.1. Ciąże wysokiego ryzyka

Sytuacje, w których w okresie okołoporodowym, czyli przed i podczas ciąży zakłócony zostaje jej przebieg, w literaturze najczęściej definiuje się jako ciążę wysokiego ryzyka czy ciążę powikłaną, lub jako zaistnienie wzmożonego ryzyka wystąpienia stanu, który może zagrozić ciężarnej i jej nienarodzonemu dziecku. Zdaniem Dembek ciąża wysokiego ryzyka występuje wówczas, gdy występują choroby matki, wzrasta ryzyko poronienia albo porodu przedwczesnego (Koss i in., 2014a). Do niepowodzeń i powikłań położniczych, które decydują o obciążonym wywiadzie położniczym i stanowią czynniki ryzyka w okresie okołoporodowym zalicza się najczęściej (Dz. U. 2015 poz. 2007, 2015), (Dz. U. 2018 poz. 1756, 2018):

- poronienie, które jest wydaleniem przed 22 tygodniem ciąży zarodka z macicy, o wadze niższej niż 500 gramów i w większości przypadków ma miejsce do 12 tygodnia trwania ciąży. Do najczęstszych czynników wywołujących poronienie zalicza się infekcje, przyczyny genetyczne, hormonalne, anatomiczne i immunologiczne (Christiansen i in., 2006; Lewicka i in., 2013; Napiórkowska-Orkisz i Olszewska, 2017; Stadnicka i in., 2016). Według różnych źródeł poronieniu ulega do 25% wszystkich ciąż, lecz odsetek

zdiagnozowanych to około 12% (Jakiel i in., 2006; Lewicka i in., 2013; Stadnicka i in., 2016);

- poród przedwczesny jest porodem ukończonym pomiędzy 23 a 37 tygodniem ciąży, a jego następstwem jest mniejsza niż 2500 g masa urodzeniowa noworodka, co wiąże się z ryzykiem śmiertelności i zaburzeń rozwoju i wymaga dłuższego czasu hospitalizacji. Ze względu na czas wystąpienia poród przedwczesny dzieli się na wczesny (przed 34 tygodniem trwania ciąży) i późny (pomiędzy 34 a 37 tygodniem). W Polsce ten czynnik ryzyka występuje na poziomie 6-8% (Baumert i in., 2012; Grzesik-Gąsior i in., 2021; Mikulak i in., 2015; Milanowska-Koloch, 2014; Żukowski i in., 2017);
- poród martwego płodu stwierdza się, gdy u urodzonego dziecka występuje brak czynności serca, tętnienia pępowiny czy ruchów oddechowych (Błażej i in., 2018). Za najczęstsze przyczyny martwych urodzeń uważa się choroby matki, które były zdiagnozowane przed ciążą oraz w trakcie jej trwania, są to: nadciśnienie, cukrzyca, wady macicy, choroby wirusowe oraz bakteryjne, zaawansowany wiek matki, gorączka powyżej 38°C, przedwczesne oddzielenie się łożyska lub wypadnięcie pępowiny (Błażej i in., 2018; Cekański i Łosik, 2012; Nowaczyk i in., 2018; Troszyński i in., 2011);
- krwawienia w ciąży mogą wystąpić na każdym jej etapie i statystycznie występują u około 10% ciężarnych, a za ich główną przyczynę uważa się ciążę ektopową (pozamaciczną), niepełne poronienie, uraz, pęknięcie macicy, łożysko przodujące lub przedwcześnie się oddzielające. Z kolei w czasie połogu, krwotoki występują najczęściej ze względu na pozostałości popłodu w macicy, zaburzenia krzepnięcie czy atonię macicy (zaburzenia skurczowe) (Kruszyński i Bręborowicz, 2012). Natomiast krwawienie spowodowane przez łożysko przodujące najczęściej obserwuje się u ciąż

wielopłodowych, wieloródek, ciężarnych palących oraz kobiet, które wcześniej rodziły przez cesarskie cięcie (Oyelese i Smulian, 2006);

- krwotok poporodowy to utrata krwi powyżej 500 ml po porodzie fizjologicznym lub 1000 ml po cesarskim cięciu. Jest to stan zagrożenia życia i występuje u około 10% kobiet po porodzie. Wyróżnia się krwotok pierwotny (utrata nadmiernej ilości krwi do 24 godzin po porodzie), którego najczęstszą przyczyną jest atonia macicy oraz krwotok późny (występuje po upływie doby do 6 tygodnia połogu) (Śmieja i in., 2018; Sowa i in., 2015; Szulik i in., 2014);
- konflikt serologiczny matczyno-płodowy pojawia się wówczas, gdy w krwioobiegu matki znajdują się przeciwciała klasy IgG zorientowane przeciw antygenom płodowym, mające zdolność przekraczania bariery łożyska i łącząc się z antygenami erytrocytów płodu powodują hemolizę, niedotlenienie, niedokrwistość oraz uszkodzenia tkanek płodu (Baczyńska-Strzecha i Kalinka, 2018);
- nadciśnienie w ciąży dotyczy około 1-5% kobiet i diagnozuje się je, gdy nie ustępuje po 42 dniach od dnia porodu. Natomiast nadciśnienie indukowane ciążą diagnozuje się po 20 tygodniu jej trwania i utrzymuje się ono zazwyczaj 12 tygodni po porodzie, a możliwa obecność białkomoczu (>300mg/l) świadczy o wystąpieniu stanu przedrzucawkowego, charakteryzującego się wystąpieniem drgawek toniczno-klonicznych (krótkie, gwałtowne skurcze mięśni). Stan ten stanowi duży problem ze względu na wysoką umieralność (Maksym i in., 2015; Moczulski, 2012; Malik i Kumar, 2017; Vest i Cho, 2014);
- cukrzyca jest powszechnie występującym stanem, w którym dochodzi do zaburzenia tolerancji glukozy, a jej stężenie przed długi czas jest powyżej normy. Cukrzyca ciążowa może dotyczyć 5-10 % ciężarnych (Cypryk, 2016);

- niewydolność cieśniowo-szyjkowa jest przyczyną przedwczesnych porodów oraz poronień nawykowych i polega na skracaniu się i rozwieraniu szyjki macicy (bezbolesnym, bezskurczowym i bezkrwawym) w II lub III trymestrze ciąży. Za czynniki wywołujące uznaje się pooperacyjne lub śródporodowe urazy macicy, ciążę wielopłodową, wady genetyczne oraz niedobór kolagenu i elastyny (Milanowska-Koloch, 2014; Ness, 2009; Vaisbuch i in., 2010);
- przedwczesne pęknięcie błon płodowych bez wystąpienia akcji porodowej diagnozuje się u około 2-3% kobiet w ciąży, a jego pojawienie się przed ukończeniem 37 tygodnia jej trwania może stać się przyczyną porodu przedwczesnego. Tym ryzykiem obciążone są głównie kobiety, u których już wystąpił poród przedwczesny, u których stwierdza się choroby przenoszone drogą płciową lub palące papierosy (Grzesik-Gąsior i in., 2021; Knapik i in., 2016);
- pękniecie krocza oraz szyjki macicy to rozległy i najczęściej występujący uraz okołoporodowy, do którego dochodzi u około 22.8% kobiet rodzących naturalnie. W jego wyniku może dojść do uszkodzeń nerwów oraz miękkich tkanek miednicy mniejszej. Sam zresztą poród naturalny, w porównaniu do porodu operacyjnego prawie dziesięciokrotnie zwiększa ryzyko powstania zaburzeń statyki w obrębie miednicy mniejszej, wymagający leczenia chirurgicznego (Chojnacki i in., 2015; Malinowska-Polubiec i in., 2009);
- ciąża bliźniacza niesie za sobą ryzyko zaburzeń wzrastania płodu, wystąpienia porodu przedwczesnego, stanu przedrzucawkowego lub obumarcia płodu. Wyróżnia się ciąże bliźniacze: jednojajowe dwukosmówkowe - dwuowodniowe (25%), jednokosmówkowe - dwuowodniowe (75%), jednokosmówkowe - jednoowodniowe (poniżej 1%) oraz bliźnięta nierozdzielone; dwujajowe – dwukosmówkowa

i dwuowodniowa (rozwój płodów następuje niezależnie od siebie) (Bomba-Opoń i Wielgoś, 2016; Filipecka-Tyczka, 2016);

- niepłodność to niezdolność do zajścia w ciążę w ciągu jednego roku regularnego współżycia. Przyczynami niepłodności (ze strony kobiet) są głównie: mięśniaki macicy, endometrioza, zaburzenia jajeczkowania i miesiączkowania, hormonalne i anatomiczne zmiany. W Polsce dotyczy ona około 15-20 % społeczeństwa w okresie prokreacyjnym (Dziuba, 2017; Koperwas i Głowacka, 2018; (Łepecka-Klusek i in., 2012);
- cesarskie cięcie to ukończenie ciąży lub porodu poprzez operację, która według Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego powinna być wykonywana tylko ze względu wskazań medycznych. Według zaleceń proponowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) liczba porodów operacyjnych powinna być na poziomie około 15 na 85 porodów naturalnych. Najnowsze dane pochodzące z NFZ wskazują, że w Polsce około 48% porodów zakończonych jest cesarskim cięciem, co sprawia, że posiadamy w Europie jeden z najwyższych wskaźników porodów zabiegowych (Dz. U. 2018 poz. 1756, 2018);
- zaburzenia rytmu serca w okresie noworodkowym są zwykle przejściowe i spowodowane głównie poprzez: niedokrwistość, zaburzenia jonowe, niedotlenienie czy hiperbilirubinemie. Trwałe zaburzenia rytmu serca występują najczęściej z przyczyny przetrwałych z okresu płodowego połączeń mięśniowych pomiędzy przedsionkami, a komorami. Występowanie zaburzeń rytmu serca u noworodków szacuje się na ok 1-10% (Piórecka-Makuła i in., 2015);
- wady wrodzone to wszelkie odchylenia od prawidłowości, które zostały stwierdzone przy narodzinach dziecka. Najczęstsze to: wady układu mięśniowo kostnego,

sercowego, przewodu pokarmowego i rozszczep podniebienia lub/i wargi (Jakubik, 2016);

- uraz okołoporodowy ma miejsce wówczas, gdy konsekwencją porodu jest nieprawidłowy stan noworodka, a największe ryzyko jego wystąpienia zachodzi podczas użycia kleszczy lub próżnociągu w porodzie drogami natury. Dzieci te często wymagają interwencji chirurgicznej (Matuszczak i in., 2011).

Hospitalizacja kobiet z powodu patologii ciąży wiąże się z istotnym obciążeniem psychologicznym, wynikającym z izolacji od rodziny, konieczności przebywania w obcym środowisku i obaw związanych z organizacją życia domowego pod nieobecność matki. Kobiety te doświadczają tęsknoty za bliskimi oraz niepokoju związanego z trudnościami w nawiązaniu skutecznej komunikacji z personelem medycznym, co dodatkowo potęguje ich stres (Szymona-Pałkowska, Steuden, 2009). Znaczącym czynnikiem stresogennym jest także konieczność poddawania się licznym procedurom diagnostycznym, które bywają źródłem znacznego obciążenia psychicznego. Pobyt w szpitalu często prowadzi do nasilenia objawów dysregulacji emocjonalnej i zaburzeń nastroju, wpływając zarówno na postrzeganie ciąży, jak i relacje z nienarodzonym dzieckiem. W efekcie kobiety hospitalizowane wykazują odmienne reakcje emocjonalne w porównaniu z kobietami pozostającymi w domu. Dodatkowo percepcja zagrożenia zdrowia czy życia dziecka jako sytuacji trudnej do kontrolowania, uruchamia mechanizmy obronne, zwiększa poczucie bezradności i beznadziejności oraz podnosi ryzyko rozwoju depresji (Steuden, Szymona, 2005; Szymona-Pałkowska, 2005). Świadomość potencjalnych konsekwencji ciąży wysokiego ryzyka jest dla rodziców źródłem przewlekłego stresu, który nierzadko przekracza ich zdolności adaptacyjne. Choć postępy medycyny, umożliwiające ratowanie życia dzieci z niską masą urodzeniową i wspieranie ich prawidłowego rozwoju, są imponujące, nie są one wystarczające, by znacząco zredukować negatywne doświadczenia

emocjonalne rodziców. Już na wczesnym etapie ciąży wysokiego ryzyka rodzice są informowani o możliwych negatywnych skutkach oraz dostępnych procedurach medycznych, które mają na celu minimalizację ryzyka. Informacje te mają jednak ambiwalentny wpływ – z jednej strony wzmacniają poczucie kontroli nad sytuacją, lecz z drugiej nie zmniejszają odczuwanego poziomu niepokoju (Szymona, 2005; Szymona-Pałkowska, 2005). U kobiet z ciążą wysokiego ryzyka obserwuje się podwyższony poziom pobudzenia emocjonalnego, nasilony lęk oraz zwiększoną drażliwość. Często towarzyszą im obniżony nastrój oraz epizody emocjonalnych załamań. Ciąża, postrzegana przez nie jako zagrożona, bywa interpretowana jako porażka macierzyńska, co dodatkowo obniża poczucie własnej wartości oraz satysfakcję z pełnienia roli matki (Semczuk, Steuden, Szymona, 2004). Hospitalizacja wiąże się również z eliminacją możliwości udziału w codziennych obowiązkach, aktywności zawodowej czy realizacji osobistych planów i zainteresowań, co prowadzi do wymuszonej bierności. Taki stan sprzyja nadmiernej introspekcji, która często pogłębia negatywne emocje. Takie doświadczenia są charakterystyczne dla ciąży wysokiego ryzyka i znacząco różnią się od przeżyć kobiet, u których ciąża przebiega prawidłowo (Rutkowska, Kwaśniewski, Makara-Studzińska, Kwaśniewska, 2010; Bielawska-Batorowicz, 2006).

Zatem matki, które doświadczyły trudnych sytuacji, związanych z ciążą lub okresem okołoporodowym, narażone są na intensywne stresory, które mogą wywierać istotny wpływ na ich zdrowie psychiczne i fizyczne, a także na dobrostan dziecka. Negatywne konsekwencje emocjonalne, takie jak lęk, depresja czy poczucie bezradności, mogą eskalować w wyniku powikłań porodowych, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia zdolności do radzenia sobie z nową rzeczywistością macierzyństwa. Badania wskazują, że reakcje na stres związany z komplikacjami porodowymi są zróżnicowane i mogą zależeć od wielu czynników, takich jak

wsparcie społeczne, wcześniejsze doświadczenia życiowe, czy zasoby psychiczne jednostki (DiPietro i in., 2002; Fan i in., 2014).

I.3. Cesarskie cięcie. Od rozpaczy do euforii

W XXI wieku cesarskie cięcie stało się jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów położniczych, uznawanym za stosunkowo bezpieczną alternatywę dla porodu naturalnego. Postęp medycyny, a zwłaszcza chirurgii i anestezjologii, sprawił, że operacja ta, niegdyś obarczona wysokim ryzykiem śmierci matki i dziecka, obecnie jest rutynowo stosowana na całym świecie. Pomimo to, istnieje trwająca debata na temat wyższości jednej metody porodu nad drugą, a niektórzy specjaliści wskazują na konieczność ograniczenia liczby cesarskich cięć do niezbędnych przypadków, argumentując, że poród naturalny ma liczne korzyści zdrowotne dla matki i dziecka. Rozwój cesarskiego cięcia, jaki znamy dzisiaj, jest wynikiem wieków prób, błędów oraz stopniowych innowacji medycznych, które doprowadziły do jego współczesnej formy (Zamachowska, 2017).

Pierwsze próby wykonania cesarskiego cięcia miały miejsce w starożytności, jednak wówczas zabieg ten wykonywano wyłącznie na kobietach zmarłych, co miało na celu ratowanie życia noworodka. Żywe pacjentki niemal zawsze umierały w wyniku powikłań związanych z operacją, dlatego procedura ta była surowo zakazana na kobietach żyjących. W czasach nowożytnych, aż do XIX wieku, cesarskie cięcie było wykonywane jedynie w przypadkach absolutnej konieczności, gdy inne metody porodowe zawiodły. Warunki, w jakich przeprowadzano zabiegi były jednak dalekie od aseptycznych – bez znieczulenia, higieny, a pacjentki często były już wyczerpane przedłużającym się porodem i zakażeniami. W rezultacie, prawie żadna kobieta nie przeżywała cesarskiego cięcia, co przyczyniało się do utrzymywania wysokiej śmiertelności matek i dzieci. Prawdziwy przełom w chirurgii nastąpił dopiero w drugiej połowie XIX wieku, kiedy to wprowadzono dwie fundamentalne innowacje: znieczulenie ogólne oraz zasady aseptyki. W 1846 roku Morton odkrył właściwości

analgetyczne (znieczulające) eteru, co zrewolucjonizowało operacje chirurgiczne, w tym także porody. W 1867 roku Lister wprowadził zasady aseptyki, które znacznie zmniejszyły ryzyko zakażeń pooperacyjnych. Mimo to, cesarskie cięcie wciąż pozostawało zabiegiem obarczonym wysoką śmiertelnością, a kwestia szycia macicy po operacji była przedmiotem gorących sporów w środowisku medycznym. Wiele operacji kończyło się śmiertelnymi zakażeniami otrzewnej, spowodowanymi drażnieniem tkanek przez szwy. Kluczowy moment w historii cesarskiego cięcia miał miejsce w 1871 roku, kiedy Porro zaproponował radykalne rozwiązanie problemu infekcji pooperacyjnych – amputację macicy po cesarskim cięciu. Jego technika, znana jako histerektomia nadszyjkowa, miała na celu zapobieganie ropieniu wewnątrzotrzewnowemu poprzez wszycie kikuta szyjki macicy w powłoki brzuszne. Operacja, wykonana na 25-letniej Giuli Cavallini, okazała się sukcesem – pacjentka przeżyła, co stanowiło niezwykłe osiągnięcie na tle dotychczasowych, tragicznych statystyk. Doniesienie Porro szybko rozprzestrzeniło się po Europie, przynosząc nadzieję dla wielu pacjentek, choć metoda ta skutkowała niepłodnością i przedwczesną menopauzą. Mimo to, od tego momentu możemy mówić o postępie w technice cesarskiego cięcia, które przestało być wyrokiem śmierci. W 1882 roku pojawiły się kolejne ważne innowacje. Sänger zaproponował nową technikę szycia macicy, polegającą na zastosowaniu podwójnych szwów, wykonanych ze srebrnych nici chirurgicznych, które były łatwe do sterylizacji i hipoalergiczne. Połączenie tej metody z techniką nacięcia macicy w dolnym odcinku, zaproponowaną przez Kehrera, stworzyło nową jakość w zabiegach cesarskich. Kehrer zalecał nacięcie poprzeczne w dolnym odcinku macicy, co minimalizowało ryzyko pęknięcia blizny w trakcie kolejnych ciąż i porodów, co w późniejszych latach potwierdziły statystyki. W XX wieku cesarskie cięcie ulegało dalszym udoskonaleniom, a metoda Porro została zarezerwowana dla szczególnych przypadków, głównie ze względu na jej skutki uboczne w postaci niepłodności. Poprzeczne cięcie dolnego odcinka macicy, promowane przez Kehrera i Sängera, stopniowo stawało się

standardem w chirurgii położniczej. W 1949 roku, na XII Brytyjskim Kongresie Położników i Ginekologów, Kehrer oficjalnie uznał tę technikę za standardową procedurę, kończąc tym samym wieloletnie spory na temat najlepszej metody cesarskiego cięcia (Zamachowska, 2017).

Od niemal trzech dekad międzynarodowa społeczność medyczna uznaje, że optymalny odsetek cesarskich cięć wynosi od 10% do 15%. To stanowisko opiera się na oświadczeniu panelu ekspertów z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, wydanym podczas spotkania zorganizowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1985 roku w Fortalezie w Brazylii. Eksperci uznali, że brak innych medycznych podstaw, wskazujących na przekroczenie tego progu w jakiejkolwiek części świata (Vogel i in., 2015). Wnioski te oparto na ograniczonych danych, głównie z krajów Europy Północnej, gdzie takie wartości wskaźnika cesarskich cięć wiązały się z korzystnymi wynikami położniczymi i okołoporodowymi. Od tamtego czasu liczba cesarskich cięć stopniowo rosła, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się.

W przypadkach, gdzie jest to uzasadnione medycznie, cesarskie cięcie może znacząco zmniejszyć ryzyko śmiertelności matek oraz noworodków, jak również redukować ryzyko powikłań okołoporodowych (Hannah i in., 2000). Jednak brak dowodów, które wskazywałyby na korzyści tego zabiegu u kobiet i noworodków, które nie wymagają operacyjnej interwencji. Podobnie jak inne operacje, cesarskie cięcie wiąże się z ryzykiem zarówno krótkoterminowych, jak i długoterminowych powikłań, które mogą wpływać na zdrowie matki, dziecka oraz przyszłe ciąże (Victora i Barros, 2006; Steer i Modi, 2009; Mi i Liu, 2014), a ryzyko to jest szczególnie istotne w kontekście populacji z ograniczonym dostępem do kompleksowej opieki położniczej (Lumbiganon i in., 2010; Villar i in., 2007; Souza i in., 2010). Odsetek cesarskich cięć na poziomie populacyjnym może stanowić cenny wskaźnik dostępności oraz wykorzystania tej procedury przez rządy i decydentów do monitorowania stanu zdrowia matek i noworodków oraz zarządzania zasobami w systemie opieki zdrowotnej (WHO, 2009).

Dodatkowo, wysoki odsetek cesarskich cięć wiąże się z dodatkowymi kosztami, co może stanowić znaczące obciążenie dla przeciążonych systemów opieki zdrowotnej (Gibbons i in., 2012; Connolly, 2014). Wraz z rozwojem badań i gromadzeniem nowych danych na temat korzyści i ryzyka związanych z cesarskimi cięciami, pojawiły się liczne głosy wskazujące na potrzebę ponownego przemyślenia wskaźnika zalecanego przez WHO w 1985 roku. Ustalenie optymalnego poziomu cesarskich cięć wymaga dalszych badań, biorących pod uwagę lokalne uwarunkowania oraz specyfikę populacji (Torloni i in. 2011).

W Polsce problem ten eksperci dostrzegli w 2012 roku, wskazując na ten alarmujący trend w pracy zbiorowej pod przewodnictwem Pietrzak i Wielgosia, zatytułowanej „Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań?" (2012). Analiza przeprowadzona w tym badaniu ujawniła wzrost odsetka cięć cesarskich oraz zmiany we wskazaniach do ich wykonywania na przestrzeni lat 2000-2009. W 2000 roku w Polsce 19,5% porodów odbywało się poprzez cięcie cesarskie, a w 2009 roku już 32%. Od tego czasu wskaźnik ten nadal rośnie, osiągając w 2022 roku poziom 45% (366 tysięcy porodów), co oznacza, że niemal co drugie dziecko w Polsce przychodzi na świat drogą operacyjną. Szczególnie niepokojące są różnice regionalne: najwyższy odsetek cięć cesarskich odnotowano w województwie podlaskim (58%), a najniższy w pomorskim (34%). W latach 2000-2001 głównym wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego było zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu. Jednak w ciągu następnej dekady wskazanie to uległo zmianie. W 2012 roku eksperci zauważyli, że główną przyczyną wzrostu liczby cięć cesarskich stało się przebycie cesarskiego cięcia w przeszłości przez pacjentki. Oznacza to, że wcześniejsze doświadczenia porodowe wpływają na decyzje podejmowane w kolejnych ciążach, co może prowadzić do tzw. „cyklu cięcia cesarskiego". Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), wskaźnik cięć cesarskich na poziomie populacji nie powinien przekraczać 15%. Eksperci podkreślają, że porody, w których nie występują ku temu wskazania, powinny

odbywać się siłami natury, a cięcie cesarskie może zostać przeprowadzane w określonych przypadkach, takich jak zatrzymanie postępu porodu, zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna, niegłówkowe położenie płodu, ciąża wielopłodowa, nieprawidłowe wzrastanie wewnątrzmaciczne płodu, wady rozwojowe płodu, poród przedwczesny, nieprawidłowa implantacja łożyska oraz zagrożenie zdrowia i życia matki. Cięcie cesarskie powinno być również rozważane indywidualnie w przypadku porodów po przebytym cięciu cesarskim, zwłaszcza gdy występują czynniki zwiększające ryzyko powikłań.

Wzrost liczby cięć cesarskich w Polsce stanowi poważny problem zdrowotny, którego przyczyny wymagają szczegółowej analizy. Eksperci wskazują, że decyzje o przeprowadzeniu cesarskiego cięcia powinny opierać się na rzetelnych wskazaniach medycznych, a nie na przeszłych doświadczeniach pacjentek. Przestrzeganie wytycznych WHO oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego jest kluczowe dla zapewnienia optymalnej opieki porodowej. Warto również zwrócić uwagę na potrzebę dalszych badań oraz monitorowania tego zjawiska, aby zrozumieć jego przyczyny i konsekwencje dla zdrowia matek i dzieci (Lurka i Sygut-Mirek, 2024).

I.4. Prężność psychiczna

Przy podejmowaniu decyzji o posiadaniu potomstwa ważne jest to, w jaki sposób kobieta postrzega swoje możliwości i zasoby i jakie ma subiektywne poczucie kontroli nad sytuacją (Ajzen, 1991). Już sama decyzja o macierzyństwie, jak wykazuje Mynarska w oparciu o 48 pogłębionych wywiadów, jest postrzegana przez kobietę jako trudna i pretendująca do odraczania rodzicielstwa (Mynarska, 2011). Badane przez Mynarską kobiety uzasadniały swoje obawy związane z decyzją posiadania dziecka niestabilnością i charakterem rynku pracy, który nie sprzyja kobietom decydującym się na bycie matką. Jednak czynnik ten nie był na tyle silny, by odsunąć tę decyzję całkowicie, a przesuwając granicę decyzji o dziecku, kobiety kierują się w głównej mierze swoim wiekiem (Podgórska, 2001) oraz swoistą intuicją,

że „przyjęcie przez kobietę macierzyńskiej roli nie jest jednorazowym aktem, ale indywidualnym procesem jej tworzenia i stałego modyfikowania" (Maciarz, 2004).

W tym przystosowaniu się do sytuacji ciąży oraz zachowaniu zdrowia psychicznego może sprzyjać właściwość jednostki zwana prężnością psychiczną lub rezyliencją *(resilience)* i rozumiana jako odporność psychiczna czy życiowa zaradność (Ogińska-Bulik, 2011).

Słowo *resilience* pochodzi od łacińskiego *salire*, które oznacza sprężynować (*spring*, *spring up*) i *resilire*, tj. odbijać się, powracać do poprzedniego stanu (*spring back*). W literaturze używa się dwóch terminów: *resilience i resiliency*. Pierwszy z nich jest utożsamiany z procesem skutecznego przezwyciężania negatywnych zjawisk i wydarzeń życiowych, drugi – oznacza właściwość osobowości lub względnie trwały zasób jednostki (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Block i Kremen, twórcy pojęcia, podobnie jak inni badacze, traktują prężność, jako względnie trwałą dyspozycję, która determinuje proces adaptacji i poddającą się permanentnie zmieniającym wymaganiom życiowym. Ujmują ją, jako ważną w procesie zmagań z traumatycznymi, ale też codziennymi wydarzeniami, cechę osobowości (*ego-resiliency*), (Block i Block, 1982; Block i Kremen, 1996; Letzring i in., 2005), której występowanie zdeterminowane jest między innymi cechami indywidualnymi osoby, czynnikami kontekstualnymi oraz cechami środowiska rodzinnego (Tedeschi i Kilmer, 2005). Zaproponowane przez Blocka ujęcie *ego resilience* wprowadził do polskiej literatury Uchnast, jako prężność ego – ciągle udoskonalana i rozwijana umiejętność adekwatnego i zaradnego radzenia sobie z codziennymi zadaniami, często w warunkach stresu (Uchnast, 2020). Uchnast uważał, że prężność jest podstawową właściwością osobowościowych procesów regulujących, a prężność ego (osobowa) to raczej kategoria nie cechy, ale typu, gdyż posiada specyficzny układ właściwości charakterologicznych (2020). Także Fredrickson wskazuje na prężność, jako trwały zasób jednostki, ujawniający się zazwyczaj w wyniku trudności i poważnych zagrożeń, jakich ona doświadcza (Fredrickson, 2001). Inni badacze

przedmiotu, jak na przykład Luthar, postrzegają prężność w kategorii procesu pozytywnej i dynamicznej adaptacji, która uaktywnia się w traumatycznych sytuacjach (Luthar i in., 2000). Podobne stanowisko prezentuje Charney, uznając prężność jako wielowymiarowy konstrukt, który zawiera czynniki genetyczne, temperamentalne, osobowościowe i poznawcze, wiążące się z adekwatną adaptacyjnością jednostki do sytuacji stresogennych (Charney, 2004). Waller natomiast wskazuje na nią, jako uwarunkowany wieloma czynnikami, zmieniający się dynamicznie wynik interakcji sił w kontekście ekosystemu (Waller, 2001). Podobnie określa prężność Heszen, uważając, iż nie jest to jedynie zbiór właściwości danej osoby, ale wynik interakcji ze środowiskiem, czyli właściwość, którą można kształtować i rozwijać (Heszen i Sęk, 2007). Podobne podejście na polskim gruncie badaczy prezentuje Ostaszewski, określając *resilience* jako wieloczynnikowy proces pozytywnej adaptacji, w którym czynniki chroniące kompensują lub redukują wpływ czynników ryzyka (Ostaszewski, 2005). Z kolei rozumienie prężności psychicznej jako względnie stałej charakterystyki jednostki chyba najbardziej uwypuklone zostało przez Wagnild i Young, poprzez ujęcie jej jako pozytywnej, wzmacniającej zdolności człowieka do adaptacji cechy osobowości. Właśnie tak rozumiana prężność psychiczna koreluje dodatnio z poziomem morale, ogólnym poziomem zdrowia, satysfakcją z życia, a ujemnie z symptomami depresji (Wagnild i Young, 1993). Prężność psychiczna to „ponowne wkroczenie", zdolność pomimo przeciwności do zachowania zdrowia psychicznego (Herrman i in., 2011) lub umiejętność powrotu do stanu przed kryzysem (de Terte i Stephens, 2014). Niektórzy badacze uważają, że określenie prężność *w* swoich początkach wyrażało zdolność materiału do opierania się wstrząsom (Van der Leeuw i Aschan-Leygonie, 2005) czy opisywało zjawisko odnawialności środowiska (Holling, 1973). Jeszcze inni sugerują, że w latach czterdziestych, za pośrednictwem badań Germazy'ego, Werner i Smith *prężność* wyrosła na gruncie psychologii i psychiatrii (Manyena, 2006); Waller, 2001), a samą podstawę tego zwrotu można już odnaleźć w literaturze i filozofii studiując Aureliusza,

który namawiał, aby być skałą w obliczu fal (Aureliusz, 2022) czy Senekę, określającego światłego człowieka, jako bardzo odpornego na ciosy zdarzeń i ludzi (Seneca, 2001). Dziś uważa się, że prężna osobowość rozumie siebie, posiada silne poczucie własnej kompetencji, skutecznie kontroluje swoje zachowania i emocje, cechuje się wyższym poziomem ogólnej energii życiowej, spokoju i optymizmu (Borys, 2010). Psychicznie prężna osoba to taka, która będzie poszukiwała coraz to nowych zasobów, by poradzić sobie z trudną sytuacją, której doświadcza (Suprynowicz i Izdebski, 2010), a jej zdolność przystosowania do zmiennych warunków życiowych będzie adekwatna i spójna poprzez dostrajanie własnych sprawności, jak i właściwego wykorzystania czynników zewnętrznego otoczenia. Block i Block (1982), charakteryzując osoby prężne wskazali, że są to jednostki wytrwałe w działaniu, produktywne, pewne siebie, z poczuciem humoru, ceniące własną niezależność, serdeczne i potrafiące zjednać sobie innych. Natomiast według Semmera prężna osoba jest raczej ugodowa, nie szkodzi innym, traktuje życia jako coś, na co może mieć wpływ, akceptuje zmiany czy pogorszenie sytuacji, świata nie traktuje jako wrogiego, a siebie jako osoby z niskimi kompetencjami (Semmer, 2008). Bartone wskazuje, że zasadniczą właściwością osobowości, prowadzącą do rozwoju *resiliency*, jest twardość (Bartone, 2006). Twardość wg niego (*hardiness*), cechuje osoby, które pomimo stresu nie popadają w kryzys, maja kontrolę nad własnymi doświadczeniami, poczucie zaangażowania w kreowanie rzeczywistość, a zmiany traktują jako ekscytujące szanse rozwoju (Kobasa, 1979). Fredrickson i Losada wyraźnie wskazali, że prężność jest związana z tzw. rozkwitaniem (*flourishing*) - optymalnym dla jednostki zakresem funkcjonowania, sprzyjającym zdrowiu psychicznemu (Fredrickson i Losada, 2005). Bardzo istotny wydaje się też związek prężności z emocjami pozytywnymi, które pośredniczą w procesie przezwyciężania emocji negatywnych, pomagają zyskać nadzieję, zmienić sposób patrzenia na świat i poszukiwać nowych sposobów rozwiązania problemów, co bezsprzecznie sprzyja zdrowiu (Fredrickson, 2001). W badaniach kobiet

pomiędzy 27 a 43 rokiem życia, prężność koreluje właśnie z nasileniem emocji pozytywnych, obniżeniem negatywnych, wzrostem zaufania do siebie, pragmatycznym nastawieniem do zadań oraz zmniejszeniem wrażliwości na swoim punkcie (Litwińska-Rączka, 2023).

Prężność psychiczna jest konstruktem względnie stałym (Block i Block, 1982), a jej zmienność w ciągu życia w znacznej mierze zależna od osobowości. Zwłaszcza ekstrawersja wiąże się z niższą stabilnością rezyliencji (Syed i in., 2020). Badacze podkreślali też transakcyjny charakter prężności psychicznej – jako interakcję czynników genetycznych, psychologicznych i biologicznych w kontekście danego środowiska. Uważali, że w zależności od sytuacji, dotychczasowych doświadczeń i interpretacji, składowe te mogą człowieka narażać, chronić lub zwiększać skłonność na wpływanie tych zagrożeń na poziom funkcjonowania osobowości (Egeland i in., 1993). Jak pokazuje literatura, prężność psychiczna wiąże się również dodatnio z elastycznością i współczuciem wobec samego siebie (Pyszkowska, 2020) ekstrawersją, ugodowością i sumiennością, otwartością, a ujemnie z neurotyzmem (Oshio i in., 2018). Ważnym korelatem prężności psychicznej jest również samoocena (Balgiu, 2017), samoakceptacja, osobisty rozwój i poczucie sensu życia (Mayordomo i in., 2016). Rezyliencja wykazuje też silnie powiązanie z poczuciem szczęścia (*hapinness) (*Smith i Hollinger-Smith, 2014*)* oraz zadowoleniem z życia (Souri i Hasanirad, 2011). Badania zwracają też uwagę na kwestie fizjologiczne w zagadnieniu prężności, pokazując, że jest ona częściowo uzależniona od występowania niektórych neuropeptydów, neurotransmiterów i hormonów, np. endokannabinoidów. Wpływ na prężność ma również działanie układu limbicznego, szczególnie ciała migdałowatego, hipokampa oraz brzuszno-przyśrodkowej części kory przedczołowej (Horn i in., 2016). W świetle powyższego przeglądu prężność nie jest zatem statycznym zbiorem cech czy mocnych stron, ale raczej właściwym każdej osobie procesem rozwojowym, umożliwiającym rozwój w reakcji na stresory (Hawley i DeHaan, 1996). I w tym kontekście można potwierdzić

za Walsh, że każda rodzina posiada potencjał naprawy i rozwoju w odpowiedzi na cierpienie, traumę, kryzys czy zagrożenie (Walsh, 2006). W rozwijającym się ruchu psychologii pozytywnej prężność staje poniekąd w opozycji do koncentrowania się jedynie na patologii i deficytach jednostki i rodziny, a skupia na dostrzeganiu zasobów i mocnych stron (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000). Stwarza to szersze pole do badania ludzkich możliwości, natury efektywnego przystosowania się oraz funkcjonowania rodzin i jednostek (Goldenberg i Goldenberg, 2006).

Podobnie, jak w każdym ważnym okresie ludzkiego życia, a szczególnie tym przełomowym - w okresie ciąży, porodu i połogu, prężność psychiczna ma bardzo duże znaczenie. Procesy te stawiają wiele wymagań przed przyszłą matką i obojgiem rodziców, a od poziomu prężności może zależeć sposób, w jaki kobieta będzie postrzegała ciążę, poród oraz związane z nimi trudności (Pawlicka i in., 2013), minimalizowała straty i zwiększała własne zasoby (Komorowska, 2022). Ta adaptacyjna elastyczność pozwala na uruchomienie konstruktywnych strategii radzenia sobie, a świadomość zadań i wymogów, które stawia przed kobietą nowa rola – rola matki staje się kluczowa dla powodzenia całej ciąży i poporodowego okresu (Rutkowska i in., 2011).

I.5. Lęk i ciąża – psychologiczne wyzwania

Dotychczasowe badania dotyczące psychologicznych aspektów ciąży wskazują na istotny udział doświadczania lęku przez ciężarne kobiety. Dynamika tych procesów uwarunkowana jest cechami osobniczymi oraz aktualną sytuacją życiową matki (Melender, 2002). Lęk jest definiowany jako negatywna emocja, wiążąca się z antycypacją niepewnego zagrożenia i niejasnością zaradzenia ewentualnym trudnościom (Szymona-Pałkowska, 2005). Jak podkreślają naukowcy, na doświadczenie niepokoju mają wpływają nie tylko fizjologiczne zmiany związane z czasem trwania ciąży, ale też zmienne psychologiczne. Najbardziej znaczącym predykatorem jest wsparcie doświadczane przez ciężarne kobiety ze strony

partnera. Jego brak jest jednym z istotniejszych czynników ryzyka. Również wyniki niektórych badań pokazują, że stan cywilny kobiet w ciąży ma ważny wpływ na doświadczanie przez nie negatywnych emocji (Podolska i in., 2009). Można przypuszczać, że to właśnie poziom doświadczanego wsparcia ze strony bliskiej osoby najmocniej buduje przekonanie kobiety, iż związek wytrzyma trudną próbę, jaką będą narodziny dziecka. Z kolei, jak również pokazują badania, ciąża nieplanowana znacząco wiąże się ze wzrostem odczuwania lęku przez przyszłe matki (Rini i in., 1999). Podobnie dzieje się w przypadku ciąż wysokiego ryzyka. Badania pokazują, że kobiety hospitalizowane cechuje wyższy poziom lęku, co stanowi dodatkowy czynnik wystąpienia ryzyka depresji poporodowej (Kossakowska i Walęcka-Matyja, 2007; (Kosinska-Kaczynska i in., 2008). Podwyższony poziom lęku w okresie okołoporodowym sprzyja ponadto częstszej potrzebie przyjmowania większej ilości leków przeciwbólowych i jest z reguły czynnikiem nagłego porodu poprzez cięcie cesarskie. Stres przeżywany przez przyszłe matki zwiększa też ryzyko problemów z karmieniem i rozwojem przywiązania do noworodka (Martini i in., 2010; Mulder i in., 2002; Szydełko i in., 2016).

Natomiast w przypadku obaw zawiązanych z macierzyństwem analizy pokazują, że paradoksalnie doświadczenie w przeszłości poronienia obniża lęk w okresie ciąży. Côté-Arsenault opisuje to zjawisko jako obronny mechanizm „ostrożności emocjonalnej", który zaobserwowano u kobiet po przeżytym poronieniu, które odraczają nawiązywanie pozytywnej więzi z dzieckiem poprzez koncentrowanie się na intelektualnych, a nie emocjonalnych aspektach więzi z nim (Côté-Arsenault i Donato, 2011). W ostateczności na skutek tego mechanizmu, kobiety nie szukają pomocy i wsparcia w otoczeniu i pozostają zupełnie same ze swoimi problemami (Ilska i in., 2015). Poród jest wydarzeniem, które często wzbudza lęk u kobiet, wiążący się nie tylko z samym jego przebiegiem, ale z szerokim zakresem funkcjonowania po nim, zarówno w kategoriach opieki nad dzieckiem, jak i pełnienia

różnych ról w społeczeństwie. Aktualne badania dowodzą, że wiele kobiet w ciąży doświadcza zaburzeń emocjonalnych, charakteryzujących się wysokim poziomem lęku.

Koncepcja lęku Spielbergera wyróżnia lęk jako stan i cechę. Lęk jako stan jest odpowiedzią na sytuację i wiąże się z subiektywnym odczuwaniem niepokoju, nerwowości oraz napięcia. Natomiast lęk jako cecha implikuje reakcje jednostki w różnych sytuacjach i jest rutynową, indywidualną właściwością danej osoby (Branecka-Woźniak, 2018; Dayan i Yoshida, 2007). Stan psychiczny oraz fizyczny kobiety w ciąży istotnie wpływa na narodzone dziecko. W stresogennych sytuacjach jej organizm wytwarza adrenalinę, kortyzol i inne hormony, które przedostają się przez barierę płodowo-łożyskową do organizmu dziecka i mogą wywoływać u niego podobne reakcje (Andersson i in., 2004). Negatywnych skutków odczuwania lęku i niepokoju w ciąży jest bardzo wiele, a do najczęściej wymienianych zalicza się: poród przedwczesny, niską masę urodzeniową, poronienie, nieprawidłowy rozwój dziecka, zwiększone ryzyko otyłości (Fairbrother i in., 2015; Fassino i in., 2002). Ponadto, stan zdrowia w okresie poprzedzającym ciążę czy problemy zdrowotne, które pojawiły się w trakcie jej trwania, mogą sprawić, że ciąża będzie szczególnie stresogenna i trudna, a lęk przed niepowodzeniami, żal i niepokój staną się najczęściej odczuwanymi przykrymi emocjami podczas tego okresu (Semczuk, Steuden i Szymona, 2003; Sockol i in., 2014). Budrowska (2000), przedstawiając wyniki swoich analiz, zwraca uwagę na to, że to odpowiedzialność za dziecko jest czynnikiem najbardziej obciążającym emocjonalnie kobiety w czasie ciąży, a obawa o jego zdrowie i potrzeby stoi na równi z lękiem przed porodem, zmianami dotyczącymi ciała, przygnębieniem i zmęczeniem.

I.5.1. Lęk a układ hormonalny

Stahl (Andrade, 2010) szczegółowo omówił mechanizmy neuroprzekaźników w kontekście lęku. Reakcje lękowe są inicjowane przez ciało migdałowate, a przednia kora obręczy i kora oczodołowo-czołowa wspólnie regulują emocje, w tym lęk. Połączenia między

szarym obszarem okołowodociągowym pnia mózgu, a ciałem migdałowatym determinują reakcje na bodźce, podczas gdy ciało migdałowate, poprzez swoje połączenia z miejscami sinawymi (zawierającymi noradrenergiczne komórki), aktywuje odpowiedzi sercowo-naczyniowe i autonomiczne na stres, powodując wzrost tętna i ciśnienia krwi. Wiele neuroprzekaźników, takich jak serotonina, GABA i noradrenalina, pełni rolę regulatorów ciała migdałowatego, a korowo-prążkowo-wzgórzowo-korowe pętle sprzężenia zwrotnego (CSTC) z kory przedczołowej, kontrolowane przez dopaminę, glutaminian i kanały jonowe, są powiązane z objawami lękowymi (Andrade, 2010). Bartrop wykazał, że limfocyty osób w żałobie wykazują osłabioną funkcję odpornościową w porównaniu z grupą kontrolną, co jest odpowiedzią układu odpornościowego na stres (Bartrop i in., 1977). Badania Gelman i współpracowników sugerują, że osłabienie układu odpornościowego w ciąży z powodu lęku predysponuje do rozwoju depresji (Leff Gelman i in., 2019). Kortyzol, znany jako hormon stresu, jest istotnie związany z zaburzeniami lękowymi. De Brito Guzzo i współpracownicy (2015) wskazują na znaczący wpływ glukokortykoidów na stan psychiczny w ciąży. Lęk koreluje z aktywnością osi HPA; kobiety z wyższym poziomem lęku mają wyższy poziom kortyzolu. Nie tylko średni poziom kortyzolu jest istotny, ale także gwałtowność jego wzrostu u kobiet z silniejszymi objawami lękowymi. Jednakże niektóre badania (Orta i in. 2019; Stadler i in, 2017; Mustosen i in., 2018) wykazują brak związku lub negatywną korelację między poziomem kortyzolu, a objawami lęku. Niespójności te mogą wynikać z dziennej zmienności poziomu tego hormonu, co komplikuje interpretację badań. Polimorfizm genu SKA2 może również przyczyniać się do zwiększonego poziomu kortyzolu i zaburzeń lękowych. Oksytocyna, produkowana w jądrze przykomorowym i nadwzrokowym podwzgórza, jest transportowana do tylnej przysadki mózgowej i wydzielana do krwi (Mikolajkow i Małyszczak, 2022). Ma kluczowe znaczenie podczas ciąży i połogu, wpływając na skurcze macicy i wyrzut mleka, a także na funkcje neurologiczne. Oksytocyna moduluje stres

i zachowania społeczne, a jej receptory są obecne w hipokampie, ciele migdałowatym i korze przedczołowej, które wiążą się z lękiem. Hipokamp reguluje odpowiedź osi HPA na stres, a oksytocyna chroni jego neurony przed negatywnymi skutkami stresu, związanego z glukokortykoidami. Ciało migdałowate moduluje odpowiedź GABA-ergiczną na niepokój i lęk, a kora przedczołowa wpływa na ocenę i adaptację do nich. Z kolei wyższe stężenia oksytocyny są związane z lękiem społecznym. Nieprawidłowe działanie receptorów oksytocyny może prowadzić do wyższych jej stężeń w surowicy i wydzielania ACTH oraz kortykosteronu (Mikolajkow i Małyszczak, 2022). Prenatalna ekspozycja na oksytocynę może zwiększać ryzyko zaburzeń lękowych, a kobiety w ciąży z wyższym poziomem lęku mają wyższe średnie poziomy oksytocyny (Mikołajkow i Małyszczak, 2022). Jednak badania te nie zawsze są spójne i wymagają dalszych pogłębionych analiz (Serati i in., 2019). Progesteron wzmacnia działanie GABA, co pełni rolę redukującą lęk u kobiet w ciąży. Prolaktyna, syntetyzowana przez laktotrofy w przedniej przysadce mózgowej, odgrywa z kolei rolę w laktacji, rozmnażaniu, angiogenezie, odpowiedzi immunologicznej i osmoregulacji. Jest obecna w hipokampie i ciele migdałowatym, a stres wpływa znacząco na jej wydzielanie. Ma ona działanie przeciwlękowe, a karmienie piersią może chronić przed lękiem. Niski poziom prolaktyny w okresie prenatalnym wiąże się z wyższym poziomem kortyzolu i nasilonymi objawami lęku, a wyższy poziom prolaktyny jest związany z mniejszym nasileniem objawów lękowych i niższym poziomem kortyzolu (Slattery i Neumann, 2008). Nie ma również wątpliwości, co do tego, że czynność tarczycy wpływa na zdrowie psychiczne. Niskie poziomy TT4, fT4, fTIs i TT3 są ujemnie skorelowane z depresją poporodową, a niskie poziomy fT4 i TBG oraz wysokie poziomy przeciwciał anty-TPO w późnej ciąży mogą ją przewidywać (Pedersen i in., 2016). Przeciwciała anty-TPO są związane z zaburzeniami lękowymi, a kobiety ciężarne z anty-TPO mają wyższe nasilenie lęku (Zhou i in., 2016). Adiponektyna koreluje z objawami lękowymi w populacji ogólnej, choć jej działanie przeciwzapalne sugeruje

potencjalną ochronę przed lękiem. Kobiety w ciąży z wysokim poziomem lęku mają niższy poziom adiponektyny, ale wyniki badań też są w tej dziedzinie niejednoznaczne (Mikołajkow i Małyszczak, 2022).

Jak wskazują badania, również nawyki żywieniowe wpływają na zdrowie psychiczne kobiet w ciąży. Zdrowa dieta zmniejsza ryzyko zaburzeń lękowych, a dieta wegetariańska ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne (Vaz i in., 2013). Witamina D, tryptofan, walina, leucyna, izoleucyna i fenyloalanina mogą wpływać na stan psychiczny, a jedynie poziom cynku wykazuje nieistotną statystycznie odwrotną korelację z poziomem lęku. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe mogą chronić przed lękiem prenatalnym, a poziom cholesterolu i choliny w osoczu są skorelowane z lękiem przed urodzeniem. Mikroflora jelitowa wpływa na zdrowie psychiczne przez działanie nerwu błędnego, neuropeptydów, cytokiny i inne mechanizmy. Stres prenatalny może zmieniać mikrobiom jelitowy. Badania wskazują również (Mikolajkow i Małyszczak, 2022) na zmiany składu mikroflory jelitowej u kobiet z zaburzeniami lękowymi w późnej ciąży. Probiotyki mogą zmniejszać objawy lękowe, ale wyniki badań są niejednoznaczne. Mikrobiota pochwy może wpływać na zdrowie psychiczne, a dzieci kobiet z nasilonym lękiem mają zmienioną mikroflorę jelitową. Potrzebne są dalsze badania, aby w pełni zrozumieć te zależności (Mikolajkow i Małyszczak, 2022).

I.5.2. Okołoporodowe zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe uznawane są za jeden z bardziej istotnych czynników odpowiedzialnych za powikłania ciążowe, głównie takie, jak poród przedłużający się, poród przedwczesny czy kleszczowy, i chociaż nie ma ewidentnie przekonujących danych na bezpośredni związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nimi, to obserwuje się współwystępowanie zaburzeń lękowych ze sobą lub z depresją, co wikła dodatkowo przebieg ciąży (ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, 2008). Do lękowych zaburzeń okołoporodowych należą:

- lęk napadowy – nawracające napady paniki, pojawiające się bez bodźca zewnętrznego, często z objawami wegetatywnymi: skokami ciśnienia, tachykardią, potami, drżeniem;
- nerwica natręctw OCD (*Obsesive-Compulsive Disorder*) – natrętne myśli lub/i rytuały, które mogą dotyczyć każdego aspektu życia: higieny, odżywiania, bezpieczeństwa. W ciąży zwykle dotyczące jej przebiegu;
- zespól lęku uogólnionego GAD (*Generalized Anxiety Disorder*) – stałe, dokuczliwe, czasem falujące napięcie wewnętrzne i lęk;
- fobia społeczna – paraliżujący lęk przed kontaktami z ludźmi, szczególnie w grupie;
- fobie specyficzne (np. agorafobia – lęk otwartych przestrzeni, **tokofobia** – lęk przed porodem).

Innym źródłem lęków może stać się podmiotowe traktowanie pacjentek w trakcie pobytu w szpitalu, czy samego już porodu. Liczne, często niezrozumiałe dla rodzącej zabiegi, dokonywane w czasie porodu, unieruchomienie i obnażenie czy wciąż zmieniający się personel tworząc relację bezradności i zależności, mogą stać się przyczyną wstydu i upokorzenia. Istotne jest też to, czy poród odbywać się będzie drogą naturalną czy przez cesarskie cięcie (Boyce, 2003), gdyż w jak pokazują badania, poród operacyjny kobieta może potraktować jako porażkę: „nie byłam w stanie urodzić sama, inni zrobili to za mnie…", ale też jako zaletę: „nie bolało mnie". Podobnie poród naturalny może być dla matki źródłem obaw i stresu, a nawet traumatycznym przeżyciem: „nie udało mi się ostatecznie wywalczyć cesarki..., czy też powodem do zadowolenia z siebie i satysfakcji: „poradziłam sobie z takim trudnym doświadczeniem…" (Krzyżanowska-Zbucka, 2008, s. 22). Częstość zgłaszanych zaburzeń lękowych w czasie ciąży waha się istotnie od 9% do 65% (Uguz i in., 2018; Wallwiener i in., 2019; Bhushan i in., 2020) i może być efektem tego, iż pojęcie lęku specyficznego dla ciąży (PrA), choć w swoim obrazie klinicznym częściowo podobne

do zaburzeń lękowych uogólnionych, jest stosunkowo nowe (Huizink i in., 2004; Brunton i in., 2019; Highet i in., 2014; Blackmore i in., 2016). Huizink wraz ze współpracownikami (2004) stworzyli trójczynnikowy model lęku specyficznego dla ciąży, który odzwierciedla trzy rodzaje lęków: lęk przed porodem, przed urodzeniem niepełnosprawnego dziecka i troskę o własny wygląd. Ponadto PrA często obejmuje takie objawy jak: niepokój (Petrovic i in., 2016), przeświadczenie o niezdolności do poradzenia sobie (Rallis i in., 2014), uczucie zagubienia, frustrację związaną z przyrostem masy ciała, niezadowolenie z bycia w ciąży, bezsenność, zwątpienie w siebie, utratę poczucia siebie samej, złość i poczucie braku kontroli, a nawet ataki paniki (Highet i in., 2014). Większość badaczy uważa, że przebieg lęku związanego z ciążą cechuje się trajektorią w dół z tendencją do ustępowania objawów wraz z zaawansowaniem ciąży (Canário i Figueiredo, 2017; Huizink i in., 2014; Huang i in., 2019; Lou i in., 2014; Udry-Jørgensen i in., 2015; Madigan i in., 2014; van de Loo i in., 2018), inni mówią natomiast o stabilnym jej przebiegu (Ahmed i in., 2018; Mudra i in., 2019) lub też wyraźnym osłabieniu objawów w drugim trymestrze (Soto-Balbuena i in., 2018; de Brito Guzzo i in., 2015). Znaczna liczba czynników psychologicznych oraz społeczno-kulturowych odgrywa istotną rolę w rozwoju lęku związanego z ciążą (Mikolajkow i Małyszczak, 2022). Część badaczy tematu wskazuje na korelację występowania lęku prenatalnego z młodszym wiekiem kobiet (Makara-Studzińska i in., 2013; Rubertsson i in., 2014), ale są też badania, według których to właśnie starszy wiek matek predysponuje do lęku (Ma i in., 2019), a też takie, które dowodzą braku występowania korelacji pomiędzy lękiem prenatalnym, a wiekiem kobiety (Furtado i in., 2018). Literatura wyróżnia też niższy poziom wykształcenia jako czynnik sprzyjający PrA (van de Loo i in., 2018) oraz (co ciekawe) brak związku między stanem cywilnym czy zatrudnieniem, a występowaniem objawów lękowych (Furtado i in., 2018). Taki związek istnieje jednak u kobiet, które nie posiadają partnera lub nie mają wsparcia z jego strony (Biaggi i in., 2016), doświadczają przemocy domowej (Bayrampour i in., 2018) lub w przeszłości były

ofiarami przemocy na tle seksualnym (Tinglöf i in., 2014). Również wywiad obciążony chorobami psychicznymi i zaburzeniami istotnie wpływa na zwiększenie ryzyka lęku prenatalnego (Padmapriya i in., 2016), podobnie jak neurotyzm (Meijer i in., 2014) czy poczucie niskiej, postrzeganej przez matki kontroli i sprawczości (Schetter i in., 2016). Kobiety z silnie zaznaczonym lękiem mają większe prawdopodobieństwo porodu drogą cięcia cesarskiego (Wallwiener i in., 2019; Avraham i in., 2020; Rejnö i in., 2019) i innych interwencji podczas porodu (Bayrampour i in., 2015; Koelewijn i in., 2017).

I.6. Stres

Efekt działania stresu oraz sposoby radzenia sobie z nim przez organizm programowane są już w okresie prenatalnym (Alverson i in., 2011). Jak podkreślał Erikson (2004), każdy kryzys rozwojowy wiąże się zarówno z szansą osobistego wzrostu, jak i ryzykiem stagnacji. Podobnie jak doświadczana przez kobietę prokreacja. W czasie ciąży doświadcza ona ambiwalentnych emocji i nawet wówczas, gdy jest szczęśliwa i zatroskana o dziecko, równocześnie może odczuwać w stosunku do niego niechęć i złość (Maciarz, 2004). Ogrom zmian zachodzących w ciele i psychice ciężarnej kobiety staje się dla niej, jak już wcześniej wspomniano, także przyczyną rozczarowań i dyskomfortu (Stelmasik-Turczyńska, 2012). Obrzmienie ciała i znaczny przyrost jego masy, dolegliwości bólowe i wiele innych, to powody niepokoju kobiet, które w tej nowej sytuacji będą musiały rewidować dotychczasowy sposób myślenia o sobie i świecie (Ziółkowska, 2021). U niektórych kobiet zmiany te mogą wiązać się z obawami i lękiem o wygląd zewnętrzny, a przez to wpływać na samopoczucie i społeczne czy zawodowe funkcjonowanie. Z badań prowadzonych przez Szymonę-Pałkowską wynika, że emocje związane z ciążą mają zmienny charakter i oscylują między skrajnymi biegunami – pozytywnym i negatywnym (Szymona-Pałkowska, 2005), gdyż macierzyństwo sprawia, że radość i miłość w ambiwalencji mieszają się ze smutkiem, bólem i stresem (Chojnacka i Budrowska, 2001), (Sevón, 2007). W Skali Ponownego Przystosowania Społecznego (*Social*

Readjustment Rating Scale – SRRS), czyli skali życiowych wydarzeń, która określa wielkość stresu, Holmes wraz ze współpracownikami umieścili ciążę pomiędzy różnymi stresorami (Holmes i Rahe, 1967). W 100 punktowej skali została ona „wyceniona" na 40 punktów, zaraz po „*zmianie stanu zdrowia członka rodziny*" i „*odejściu na emeryturę*". Już nadzieja na bycie w ciąży, jej podejrzenie lub obawa przed nią są pierwszymi stresorami, z którymi kobieta ciężarna ma do czynienia. Sama możliwość zmiany sytuacji życiowej, napięcie związane z tą radosną lub wręcz przeciwnie wiadomością, budzi emocje co najmniej ambiwalentne. Więcej emocji negatywnych doświadcza kobieta, którą sytuacja ciąży całkowicie zaskoczyła, a także ciężarne młodociane, dla których ciąża, z racji ich emocjonalnej czy fizycznej niedojrzałości bywa doświadczeniem traumatycznym (Ściepuro i in., 2005). Z kolei u matek, które już rodziły, lecz miały trudne doświadczenia wcześniejszymi ciążami pojawia się strach o to, że te problemy wystąpią ponowne (Côté-Arsenault, 2007). Stres wywoływać może nie tylko sama trudność, ale także jej wyobrażenie. Paszkowski i współpracownicy doszli do wniosku, że przewlekle występujący stres może się przyczynić do przedwczesnego porodu i poronienia (Paszkowski i in., 2015), a autyzm, ADHD, zespół Downa, depresja i choroby psychiczne, mogą mieć także podłoże w okresie prenatalnym, podczas którego kobieta była narażona na nadmierną ekspozycję na stres (Jośko-Ochojska, 2016). Sama konieczność częstych wizyt lekarskich, zagrożenie hospitalizacją, rozłąka z rodziną, długotrwałe przebywanie w domu lub ograniczenie możliwości ruchu sprawiają wzrost odczuwania lęku i stresu, który może przejść w stadium przewlekłe, gdy zagrożenie występuje przez okres całej ciąży, lub jeżeli dziecko po porodzie jest w złym stanie (Blackmore i in., 2016). Pojawia się w tym repertuarze obaw również niepokój o zmniejszeniu lub utracie atrakcyjności fizycznej, potęgowany przez dostępne środki przekazu, fora internetowe, magazyny. Badacze tematu wskazują, że ciężarne kobiety często postrzegają poród nie tylko jako aktywizujące, optymistyczne wyzwanie, ale także jako sytuację zagrażającą i niosącą niepewność (Pawlicka i in., 2014).

Trudno pominąć również fakt, że kobieta, zachodząc w ciążę, rozpoczyna etap, w którym przyjdzie jej skonfrontować swoje potrzeby i oczekiwania wobec roli macierzyńskiej z tym, co jest jej proponowane społecznie. Stanie ona przed zadaniem odnalezienia własnego sensu tego doświadczenia na tle szerokiej gamy społecznych oczekiwań, które oferują gotowe modele, odbierane nierzadko jako opresyjne. Jednym z takich modeli jest wzór pasywnej „matki cierpiącej" opierający się na bezwarunkowym poświęceniu dla dzieci i wymagającym rezygnacji z własnych potrzeb (Środa, 1992), czy też nurt „macierzyństwa ekologicznego", który z postuluje konieczność karmienia dziecka piersią (Budrowska, 2000). Ale najbardziej, jak w roku 1963 pisała Friedan w *The Feminine Mystique* (Friedan i Quindlen, 2002), początkujące matki są przygnębione monotonią dnia codziennego i brakiem perspektywy zmiany. Chociaż od tej publikacji minęły dekady, słowa te wciąż posiadają aktualny wydźwięk, bowiem stereotypowy obraz matki także dziś zawiera cechy takie jak: zależność od innych, emocjonalność, brak inicjatywy, uległość oraz niechęć do współzawodnictwa i agresji (Reszke, 1999).

Tymczasem narodziny dziecka sprawiają, że romantyczna wizja rodzicielstwa ulega zmianie, przeradza się w nieodwracalny fakt stawania przed coraz to nowymi trudnościami, może wiązać się z dużym rozczarowaniem i przede wszystkim ma charakter nieodwracalny (Weaver i Ussher, 1997; Bakiera, 2013; Collins i in., 1994). Częstym wyrazem tej zmiany systemu wartości, staje się dla wielu osób decyzja o zawarciu małżeństwa, która ma stać się dla pary dowodem dojrzałości i zaangażowania w związek (Gerson, 1986; Mynarska, 2011). Natomiast jeśli tak się nie dzieje, a związek charakteryzuje się niskim poziomem satysfakcji, narasta w nim konflikt i występuje wiele napięć, prowadzi to do jeszcze wyższego poziomu zmęczenia i stresu (Plopa, 2005; Plopa i Zajdlic – Plopa, 2013). Nie da się zatem pominąć faktu, że opowieść o tym, jak kobieta staje się matką, kształtowana w ciąży i po urodzeniu dziecka,

pozostaje pod silnym wpływem czynników kulturowych, ekonomicznych i społecznych (Matysiak i Wrona, 2010).

W literaturze, poruszającej kulturowe wzorce macierzyństwa, jest ono uważane za cechę oczywistą dorosłej kobiety, z którą wiążą się określone wartości i postawy i wzorce zachowań. Jak pokazuje przegląd badań, kobiety wraz z wychowaniem otrzymywały i pod dziś dzień otrzymują „przepis" na to, co powinny robić jako matki, a w poszukiwaniu własnej narracji zdarzeń, czy zaakceptować te proponowane skrypty i schematy poznawacze (Phoenix i in., 1991). Skrypt ten, który Willard nazywa skryptem macierzyńskim jest rodzajem przewodnika, opierającym się na systemie nauk, rad i pouczeń ze strony instytucji czy autorytetów skierowanych do kobiet, by wiedziały w jaki sposób, w danej kulturze mają kształtować swoje zachowanie zostając matkami, co w założeniu ma im zapewniać poczucie bezpieczeństwa w nowej roli życia i stanie się dobrą matką (Graham i in., 2011). To właśnie ten nakaz bycia dobrą matką wyróżnia twierdzenie, że dziecko jest najważniejsze, macierzyństwo to powołanie i naturalne przeznaczenie kobiety, a matki przeżywają tylko pozytywne emocje, poprzez swój macierzyński instynkt ponosząc całkowitą odpowiedzialność za rozwój, zdrowie i szczęście dziecka (Chase, 1999). Stereotyp ten oczywiście nie musi pokrywać się z indywidualnym systemem norm i wartości kobiety (Titkow i Titkow, 2007), jednak nawet i dziś wiele kobiet usiłuje mu sprostać, dostosowując do niego swoje funkcjonowanie (Bergum, 2007).

Wielu badaczy zajmowało się i nadal zajmuje pojęciem kobiecości, a także określeniem, przez kogo i w jaki sposób może być ona kształtowana (Jakubowska, 2009; Melosik, 2010; Kochan-Wójcik, 2003; Maj, 2013; Kaschak, 1996). W pierwszym trymestrze ciąży matka przeżywa czas chwiejności, niepokoju i sprzecznych emocji. Przebieg drugiego trymestru jest znacznie spokojniejszy, na ogół ustępują wymioty i poranne nudności, maleje zagrożenie poronieniem, a kobieta staje się silniejsza i pewniejsza siebie. Przyszła matka

odczuwa już ruchy płodu i w większości przypadków jest to bardzo wzmacniające doświadczenie. W trzecim trymestrze ciało kobiety rozpoczyna przygotowywania do porodu, rośnie masa ciała i obwód brzucha, sen staje się zaburzony i powraca zmęczenie. Przyszła mama coraz częściej poszukuje informacji na temat porodu i połogu, a fora internetowe, które mogą spełniać w tym aspekcie rolę wspierającą, bywają też przyczyną wielu lęków i mrożących krew w żyłach opowieści. W tym okresie to szkoły rodzenia stają się najlepszą metodą zmniejszenia niepokoju mamy czy rodziców i dostarczania ważnej, rzetelnej wiedzy na temat porodu i zmian w wielu aspektach życia kobiety (Krzyżanowska-Zbucka, 2008). Do najistotniejszych z nich należą:

- zmiany biologiczne: ból, wysiłek fizyczny, spadek masy ciała – podczas porodu, zmniejszenie objętości krwi krążącej, gwałtowne zmiany hormonalne: spadek poziomu progestagenów i estrogenów (hormonów płciowych). Laktacja, nawał mleczny i dolegliwości takie jak pękające brodawki czy obrzęk piersi oraz przemęczenie i brak snu lub sen przerywany z powodu aktywności noworodka;
- zmiany psychiczne: w doświadczaniu i przeżywaniu emocji (chwiejność, nowe emocje, drażliwość) oraz inna (nowa) ocena rzeczywistości. Emocje pozytywne związane z psychiczną więzią pomiędzy matką a dzieckiem („eustres"), dające poczucie siły i zwiększające odporność na stres. Jest to nowe przeżycie dla matki, wzmacniane działaniem oksytocyny wydzielanej podczas karmienia piersią (hormonalne podłoże postawy macierzyńskiej), zmiany w doświadczaniu seksualności (zmniejszone libido), postawa wobec karmienia piersią. Nawet przebiegające bez komplikacji karmienie może być źródło stresu, wynikającego z jej zaangażowania (uwięzienie) i zaniedbywania własnych potrzeb, silna gratyfikacja z poczucia symbiozy z dzieckiem, utrudniające we właściwym czasie rozpoczęcie zaprzestania karmienia i jego separacji. Nacisk medialny kładziony

na korzyści naturalnego karmienia i różne kampanie na rzecz karmienia piersią mogą powodować, że kobiety, które z różnych powodów nie są w stanie realizować tego modelu, czują się niepełnowartościowe jako matki. U części kobiet, karmiących sztucznie, obserwuje się obniżenie nastroju, przeżywanie porażki i poczucie winy. Część kobiet, podczas karmienia piersią odczuwać może doznania seksualne, co stać się może kolejnym źródłem napięcia i wstydu, powodując lęk przed ich ujawnieniem;

- zmiany relacji z otoczeniem: zmiana sytuacji społecznej i życiowej, rytmu dobowego, pojawienie się nowych obowiązków, zmiana ról kobiety w rodzinie, konfrontacja z rodzinnymi skryptami, dotyczącymi macierzyństwa, zmiana sytuacji materialnej i zawodowej (często zmniejszenie dochodów),niepokój o możliwości powrotu do pracy lub znalezienia innej (Söderquist i in., 2002), (Olde i in., 2006).

I.7. Depresja poporodowa

„(...) Gdy mamy odwagę przebić się w ciemność przyszłości
i rozjaśnić ją swoim własnym planem aktywności, jesteśmy jej twórcami (...)”
(Kępiński, 2009, s. 7).

Wykształcenie się nowej tożsamości i rozstanie ze swoim poprzednim Ja przez kobiety stające się matkami bywa w literaturze określane jako „wykonanie pracy żałoby” po Ja wcześniejszym (Breen, 2011). Jak prezentują wyniki badań, około 80% kobiet po porodzie przeżywa krótkotrwały smutek poporodowy, a około 10-15% depresję poporodową (Bielawska-Batorowicz, 2012) natomiast epizod depresyjny występuje u około 30% kobiet (Podgórska, 2001). W perspektywie adaptacyjnej przejściowe odczuwanie smutku uważane jest za normalną, przewidywalną i wynikającą z obciążeń w nowej roli konsekwencję

urodzenia dziecka. Z kolei niski poziom przystosowania się kobiety do roli matki wiąże się z zaburzeniami i trudnościami w okresie ciąży i porodu, obniżonym nastrojem, a także trudnościami w opiece nad dzieckiem (Breen, 1975). Za podstawową przyczynę tych problemów uważa się trudność matki w odnalezieniu się w nowej dla siebie roli (Bilikiewicz, 1998) oraz dysonans pomiędzy oczekiwaniami, a wykonywanymi przez siebie działaniami (Bielawska-Batorowicz, 2006). Według raportów Centrum Badania Opinii Społecznej dotyczących macierzyństwa, wiele zmian dotyczących codziennego funkcjonowania, takich jak ograniczenie mobilności, uczestnictwa w życiu społecznym (praca, spotkania towarzyskie), zmiany w relacjach z bliskimi osobami, wzrost odpowiedzialności czy potrzeba pogodzenia ról stoją wówczas wobec siebie w konflikcie. Natomiast rozpoczynający się czas połogu ma również ogromny wpływ na samopoczucie, kontrolę masy ciała, relacje intymne czy jakość opieki nad dzieckiem (Dziok, 2020). Może pojawić się również poczucie niemożności sprostania obowiązkom związanym z opieką nad dzieckiem, które często łączy się z lękiem, a nawet paniką, zwłaszcza gdy są one same ze swoim potomstwem. Dodatkowo, kobiety mogą skarżyć się na przygnębienie, płaczliwość, trudny do zniesienia smutek i zmęczenie (Kaźmierczak i in., 2010). Matki mogą być mniej czujne na sygnały płynące od dziecka, nieadekwatnie reagować na jego potrzeby, co utrudnia formowanie się więzi między nimi (Fejfer-Szpytko i in., 2016). Występować mogą także natrętne myśli o zrobieniu krzywdy dziecku. Szczególnie niepokojące są objawy wskazujące na zakłócenie relacji z dzieckiem, przesadne zamartwianie się o jego stan zdrowia, mimo że nie budzi on żadnych obaw. Matki zdają sobie sprawę, że powinny troskliwie opiekować się dzieckiem, ale mimo starań i prób mobilizowania się, nie są w stanie tego zrobić (Kosińska – Kaczyńska i in., 2008).

Depresja poporodowa ma złożoną etiologię, na którą w różnym stopniu wpływają czynniki biologiczne oraz psychologiczne. Istotną rolę odgrywa osobowość kobiety oraz jej strategie radzenia sobie z problemami i stresem. Do czynników zwiększających ryzyko

wystąpienia depresji poporodowej należą wcześniejsze epizody depresji, trudne doświadczenia życiowe, niski poziom poczucia własnej wartości, brak wsparcia społecznego, konfliktowe relacje małżeńskie, niski status ekonomiczny, niepokój w okresie ciąży, samotne macierzyństwo, stres związany z opieką nad dzieckiem, temperament dziecka, smutek poporodowy, nieplanowana lub niechciana ciąża oraz ciąża wysokiego ryzyka.

Oprócz czynników ryzyka istnieją również czynniki ochronne. Należą do nich troska i wsparcie doznawane w relacji z własną matką w dzieciństwie oraz obecnie, dobra, wspierająca relacja kobiety z partnerem lub ojcem dziecka, posiadanie konstruktywnych umiejętności radzenia sobie ze stresem i lękiem, dostępność fachowej pomocy oraz informacji od położnych, lekarzy ginekologów i pediatrów, wsparcie rodziny, karmienie piersią oraz uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia (Wszołek, 2014). W kontekście depresji istotne jest zrozumienie, jak jednostki postrzegają i interpretują stresory, ponieważ te interpretacje mogą mieć wpływ na rozwój i nasilenie objawów. Kiedy jednostka postrzega sytuację jako wyzwanie, skłania się do podjęcia działań mających na celu rozwiązanie problemu (Lazarus i Folkman, 1984). Pozytywne ocenienie sytuacji jako wyzwania może motywować osobę do podejmowania wysiłków w celu pokonania trudności, co może zmniejszyć ryzyko rozwoju depresji. Z kolei, gdy stresor jest postrzegany jako nieuchronna strata lub sytuacja, na którą jednostka nie ma wpływu, może to prowadzić do poczucia bezradności. W kontekście depresji istotna jest także druga ocena, dotycząca własnego przekonania o zdolności do radzenia sobie z wyzwaniem. Jeśli jednostka wierzy, że posiada skuteczne strategie radzenia sobie, może to zmniejszyć negatywne czynniki ryzyka (Ramenda i Parka, 2018). Jedną z takich strategii zaradczych jest szukanie pomocy online. Internet, stając się bowiem nieograniczonym źródłem informacji zdrowotnych, coraz częściej przyciąga ludzi poszukujących odpowiedzi na pytania dotyczące ich zdrowia. Nie tylko wspierają się oni w diagnozach specjalistów, lecz również coraz częściej podejmują się samodzielnych analiz opartych na danych zdobytych w sieci. Chociaż takie

poszerzenie dostępu do wiedzy może prowadzić do zwiększenia świadomości zdrowotnej to samodzielne diagnozowanie na podstawie internetowych informacji niesie ze sobą ryzyko powiązane ze stresem, chociażby wynikającym z intensywności poszukiwań w sieci oraz poświęcanego na to czasu. Jak pokazują badania, osobom z wysokim poziomem lęku zdrowotnego często towarzyszy obniżony nastrój i depresja, co z kolei koreluje z cyberchondrią (jest to określenie stosowane na opisanie sytuacji, gdy osoba nadmiernie lub bezpodstawnie uważa, że cierpi na poważną chorobę na podstawie informacji znalezionych w Internecie dotyczących jej objawów). Osoby z pesymistycznym podejściem mogą być bardziej skłonne do krytycznej samo-diagnozy i wykrywania nieistniejących chorób, co może prowadzić do zwiększonego poziomu lęku i stresu przy poszukiwaniu informacji medycznych (Błachnio i in., 2023).

Badania dotyczące depresji pokazują, że osoby w depresji oraz te, które są w grupie jej ryzyka mają deficyty w rozpoznawaniu emocji. Natomiast trafne odczytywanie emocji innych ludzi oraz świadomość własnych emocji są kluczowe dla efektywnego funkcjonowania społecznego i zdrowia psychicznego. Znajomość i umiejętność wyrażania emocji pomagają w kształtowaniu relacji z innymi, podczas gdy rozpoznawanie emocji innych wspiera uświadamianie sobie własnych. Osoby z obniżonym nastrojem często przejawiają trudności w rozpoznawaniu emocji, co może prowadzić do błędów i negatywnego nastawienia w interpretacji wyrazów twarzy. Badania pokazują, że osoby z depresją częściej identyfikują złość i smutek, a ich negatywny nastrój wpływa na percepcję emocji innych. Sposób, w jaki osoby depresyjne odczytują emocje, jest również zależny od nasilenia objawów choroby; w fazie depresyjnej popełniają więcej błędów niż w fazie remisji. Ponadto, badania wskazują na wybiórczy deficyt w rozpoznawaniu emocjonalnych wyrazów twarzy przez osoby z zaburzeniami nastroju, co może wynikać z ich pesymistycznego spojrzenia na rzeczywistość. Depresja modyfikuje sposób przetwarzania emocji, co jest widoczne w trudności eliminacji

rzeczy nieistotnych oraz skłonności do pochopnych uogólnień. Polskie badania w tej dziedzinie są ograniczone, jednak wyniki sugerują, że osoby z depresją mają trudności z rozpoznawaniem emocji neutralnych, często interpretując je jako wyraz smutku czy szczęścia (Sawicka i in., 2010), a kobiety, które trudne sytuacje oceniają jako niekontrolowane, mają większe skłonności do jej wystąpienia (Bidzan i in., 2014). Przeżywany stres, smutek i inne bolesne emocje są nierozerwalnie związane z trudnościami adaptacyjnymi, jakie napotyka kobieta ciężarna. Stan emocjonalny i towarzyszące obawy wpływają na poznawczą ocenę sytuacji, co może negatywnie oddziaływać na procesy przystosowawcze. Obawy te, często związane z nową rolą życiową oraz odpowiedzialnością, mogą prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości i wzrostu lęku. W kontekście depresji poporodowej ważne jest zrozumienie, że kobieta nie tylko zmaga się z fizycznymi i emocjonalnymi wyzwaniami ciąży, ale także z potrzebą wsparcia i akceptacji. Jednakże ten doświadczany przez kobietę stan może wpływać na jej najbliższe otoczenie tak istotnie, że nie tylko nie znajdzie w nim oparcia, ale permanentny smutek rozszerzy się na partnera czy inną najbliższą osobę. Ojcowska depresja jest bardzo rzadko podejmowana w badaniach i literaturze specjalistycznej, a w tym tak ważnym okresie dla rodziny, kiedy na świecie pojawia się jej nowy członek, wpływ choroby może być kluczowy w obszarze wparcia i ogólnego funkcjonowania związku (Tuszyńska-Bogucka i Nawra, 2014).

Jak wynika z przeglądu badań, depresja poporodowa nie jest tylko chwilowym pogorszeniem nastroju, ale poważnym stanem wymagającym uwagi i wsparcia. Wsparcie społeczne, zarówno ze strony rodziny, jak i specjalistów, odgrywa kluczową rolę w poprawie dobrostanu emocjonalnego matki. Zrozumienie i empatia ze strony partnera, rodziny oraz profesjonalistów medycznych mogą znacząco zmniejszyć ryzyko jej wystąpienia i wspomóc kobiety w radzeniu sobie z wyzwaniami macierzyństwa. Edukacja na temat depresji poporodowej oraz dostęp do zasobów wsparcia są niezbędne, aby zapewnić zdrowie psychiczne i fizyczne zarówno matce, jak i dziecku.

I.8. Style przywiązania

„Rodzina jest tym jedynym miejscem na świecie, gdzie każdy z nas chciałby otrzymywać wsparcie: gdzie opatrywano by nam zranioną duszę, wzmacniano by nasze poczucie własnej wartości czy po prostu pomagano nam w życiowych problemach. Rodzina jest tym miejscem, gdzie powinniśmy uczyć się, jak się rozwijać i wzajemnie wspierać" (Satir, 2000, s. 76).

Zagadnienie więzi oraz stylów przywiązania od wielu lat jest obecne w literaturze psychologicznej. Świadczy o tym wiele publikacji skupiających się nie tylko na wczesnym dzieciństwie, ale też na poszukiwaniu mechanizmów odpowiedzialnych za powstawanie bliskich więzi w dorosłości (Marchwicki, 2009; Mierzejewska-Orzechowska, 2008; Plopa, 2003; 2003b; 2008b; 2004; 2008a; Tryjarska, 2010; Marchwicki, 2004; Rostowski, 2003). Autor teorii przywiązania Bowlby uważał, że skłonność ludzi do tworzenia w pierwszych latach życia silnych więzi emocjonalnych ze swoimi opiekunami jest głęboko zakorzeniona biologicznie, a te wczesne relacje warunkują ogólny sposób funkcjonowania i dalsze relacje w późniejszych etapach życia (Bowlby, 2015). Bowlby twierdził, że intensywne emocje często pojawiają się w procesie tworzenia, utrzymywania, zrywania i odbudowywania więzi emocjonalnych. Silne podtrzymywanie tych więzi przynosi poczucie bezpieczeństwa, natomiast ich odbudowa wiąże się z odczuwaniem radości (Bowlby, 1979). Jest to niezmiernie ważne, ponieważ zaspokojenie najważniejszych potrzeb w dzieciństwie, takich jak: zrozumienie, zaopiekowanie się, poczucie przynależności, akceptacji, miłości skutkuje wzrostem własnej wartości i poczuciem bezpieczeństwa w dorosłym życiu. Jeśli w dzieciństwie wytworzyliśmy ufny styl przywiązania to będziemy potrafili tworzyć satysfakcjonujące, trwałe i bliskie relacje i innymi osobami (Marchwicki, 2009; Goldberg, 2000). Teoria przywiązania postuluje założenie, iż wzór przywiązania, jako aktywny, uwewnętrzniony model determinujący wczesne doświadczenia, determinuje z kolei jakość

późniejszego stylu funkcjonowania jednostki w relacjach społecznych, a doświadczenie dziecka dzielone z najważniejszym opiekunem staje się głównym predyktorem jego przyszłego emocjonalnego funkcjonowania (Tessier i Tarabulsy, 1996). Sprawia to, iż przywiązanie w okresie dorosłości staje się prototypem relacji społecznych i w istotny sposób wpływa na tworzenie zadowalających związków (Plopa, 2005, Wojciszke, 2019).

Dziecko instynktownie poszukuje u opiekunów, głównie u matki, jako pierwszorzędnej figury przywiązania, poczucia bezpieczeństwa i bliskości, szczególnie w stresogennych sytuacjach. Także jednak w okresach dorosłego życia, gdy rozwijają się ważne relacje, obserwujemy podobny mechanizm, a zachowania z wczesnego stadium przywiązania ujawniają się w różnych sytuacjach, szczególnie trudnych, takich jak: choroby czy zagrożenia. Wówczas bardzo ważnym czynnikiem korygującym staje się gotowość partnera do udzielenia wsparcia i pomocy, a świadomość jego dostępności jest jednym z podstawowych źródeł poczucia bezpieczeństwa. Ponadto style przywiązania są ściśle związane z wewnętrznym obrazem siebie, co sprawia, iż każdy człowiek ma własny, niepowtarzalny styl przywiązania, za pomocą którego koresponduje z otoczeniem (Bartholomew i Horowitz, 1991; Bowlby, 2007; Plopa, 2005; 2008; Senator, 2010).

Style przywiązania, w ogólnej charakterystyce możemy ogólnie podzielić na styl bezpieczny oraz style pozabezpieczne. Styl bezpieczny prezentuje pozytywny model siebie, który jest podstawą zinternalizowango poczucie własnej wartości, pozostającego w korelacji z realną samooceną. Wpływa to na pozytywny obraz innych osób i wiąże się z poczuciem, iż ludzie są wspierający i dostępni, a także z własną gotowością bycia dostępnym i wspierającym dla innych (Griffin i Bartholomew, 1994). Osoby te posiadają wysokie kompetencje społeczne oparte na akceptacji i zaufaniu, poczucie autonomii, mają umiejętności wyrażania własnych potrzeb i słabości, co przez badaczy uznane zostało podstawowym czynnikiem kształtującym intymność relacji (Shaver i Mikulincer, 2007). W przeciwieństwie

do osób z bezpiecznym stylem przywiązania, osoby cechujące się stylami pozabezpiecznymi mają negatywny obraz siebie, traktują siebie i innych jako mało godnych zaufania, niespójnych i odrzucających, posiadają mniejsze kompetencje w komunikacji oraz duże trudności w utrzymywaniu relacji (Nikitin i Freund, 2009) i jak pokazują badania, są bardziej negatywnie nastawione do partnera podczas konfliktów i doświadczają więcej negatywnych emocji, co jest związane z wyższym poczuciem osamotnienia (Kobak i Sceery, 1988; Alford i in., 2006).

Ainsworth, w oparciu o koncepcję Bowlby'ego i własne, wieloletnie badania relacji matka-dziecko, gdzie za kryterium przyjęła wrażliwość, jakość relacji i dostępność matki w sytuacjach, gdy dziecko wyraża własne potrzeby, wyodrębniła trzy rodzaje stylów przywiązania:

- bezpieczny/pewny styl przywiązania, charakteryzujący się zaufaniem dziecka do obiektu przywiązania, opierający się na okazywaniu ciepła i bliskości oraz doświadczaniu dostępności obiektu, szczególnie w sytuacjach zagrażających poczuciu komfortu;
- unikający styl przywiązania, charakteryzujący się brakiem wrażliwości na dziecko i powstający w wyniku doświadczania przez nie niedostępności obiektu przywiązania, szczególnie w sytuacjach zagrożenia;
- ambiwalentno-lękowy styl przywiązania, charakteryzujący się całkowitą niemożnością przewidzenia zachowania obiektu przywiązania, powstający w wyniku doświadczania niepewności co do dostępności opiekuna (Ainsworth, 1979).

Typologia stylów przywiązania opracowana przez Bartholomew i Horowitza, stanowi natomiast modyfikację i rozszerzenie koncepcji Bowlby'ego. Dla twórców tej teorii punktem wyjściowym stały się dwa dwubiegunowe wymiary: pozytywny i negatywny wymiar

samooceny, a także negatywny i pozytywny wymiar zaufania interpersonalnego, które według nich stanowią fundament interakcji osób dorosłych, wpływając na budowę modelu czterech stylów przywiązania: bezpiecznego, ambiwalentnego, bojaźliwo-unikowego i oddalająco-unikowego (Bartholomew i Horowitz, 1991). W myśl tej koncepcji osoba o bezpiecznym stylu przywiązania posiada wysoki, czyli pozytywny wymiar interpersonalnego zaufania oraz samooceny, natomiast przeciwny biegun prezentują jednostki ze stylem bojaźliwo-unikowym, dodatkowo charakteryzujące się wysokim poziomem gniewu, zazdrości, impulsywności i wrogości. Natomiast osoby z niskim poziomem samooceny i wysokim poziomem zaufania interpersonalnego tworzą ambiwalentny styl przywiązania, nadmiernie zabiegając o utrzymanie bliskich relacji, a jednocześnie przeżywając lęk przed nieudaną relacją z powodu niskiego poczucia własnej wartości. Z kolei osoby cechujące się stylem oddalająco-unikowym posiadają zawyżone mniemanie o sobie, przesadną potrzebę autonomii, ale przez brak interpersonalnego zaufania mają silny lęk przed odrzuceniem przez co same porzucają partnerów oraz unikają bezpośrednich związków na korzyść np. bezosobowych znajomości zawieranych przez Internet (Bartholomew i Horowitz, 1991). Również w oparciu o badania dotyczące romantycznych związków osób dorosłych zauważono, iż relacje przywiązaniowe z dzieciństwa mają wpływ na rodzaj i jakość osamotnienia dorosłych. Hazan i Shaver, twórcy romantycznej teorii miłości w interesujący sposób przedstawiają relację przywiązania, seksualności i opieki miedzy partnerami jako proces przywiązania, który cechuje się podobieństwem indywidualnego zróżnicowania, adekwatnie do przywiązania z pierwszym opiekunem (Hazan i Shaver, 1987). Zresztą, także znacząca część wzorców przywiązaniowych przestawianych przez Ainsworth, przypomina style bliskich relacji, obserwowane u osób dorosłych (Fraley i Shaver, 2000). Najprościej ujmując, więź to połączenie, powiązanie (*bonding*), silna relacja występującą pomiędzy dwoma osobami, na którą składa się zestaw zachowań, które prowadzą do emocjonalnych połączeń. Predyspozycje biologiczne

do tworzenia więzi są genetycznie determinowane, a wyznacza je instynkt przetrwania, będący podstawowym ewolucyjnym zachowaniem, występującym u wszystkich gatunków.

W kontekście pierwotnej zależności dziecka oraz matczynej odpowiedzi na tę zależność rozwija się najważniejsza dla przetrwania relacja przywiązania (Perry, 1996). Związana jest z takimi zachowaniami, jak: przytulanie, trzymanie na rękach, karmienie, całowanie, patrzenie na siebie, wspólnie spędzany czas, dźwięk, zapach czy smak. Czynniki te implikują powstawanie odpowiedzialnych za przywiązanie procesów neurochemicznych w mózgu, które prowadzą do prawidłowej organizacji systemu mózgowego. Odpowiedzialny za emocjonalnie zdrowe relacje, system mózgowy dziecka nie mógłby się rozwinąć we właściwy sposób bez odpowiedniego rodzaju doświadczenia w tym krytycznym dla niego momencie życia (Gerhardt, 2016). Podczas pierwszych trzech lat życia umysł człowieka rozwija się do 90% swojego dorosłego rozmiaru, uruchamiając większość struktur odpowiedzialnych za całe przyszłe psychiczne, emocjonalne i społeczne funkcjonowanie (Gerhardt, 2016). Okresy krytyczne, które występują w trakcie tworzenia się tego procesu (np. separacja) aktywują u dziecka mechanizmy tworzenia więzi w systemach mózgowych, a ich prawidłowy rozwój warunkowany jest adekwatnymi zachowaniami opiekuna, które mają dziecku zapewnić spodziewany komfort (Jozefiak i Iniewicz, 2016). Emocjonalna regulacja w relacji przywiązania polega na ochronie przed psychicznymi i fizycznymi zagrożeniami, zachowaniu dobrostanu, rozwijaniu konstruktywnych reakcji wobec pojawiających się wyzwań i stresorów oraz zwiększeniu własnej skuteczności w zderzeniu z przeciwnościami (Shaver i Mikulincer, 2014). Baumeister i Leary uważają, że chęć posiadania relacji z innymi osobami, więzi i kontaktu społecznego jako potrzeba przynależności jest podstawową i adaptacyjną potrzebą przetrwania w niesprzyjającym środowisku (Baumeister i Leary, 1995). Zdaniem Rholesa i Simpsona różnice indywidualne w stylu przywiązania są stabilne w czasie i dotyczą tendencji do poszukiwania wsparcia emocjonalnego i przekonań odnoszących się do responsywności

figury przywiązania w sytuacjach dystresu. Różnice te są poznawczymi reprezentacjami doświadczeń przywiązaniowych i nazywane są także roboczymi lub wewnętrznymi modelami operacyjnymi. te służą jako wzorce kognitywne, umożliwiające wykorzystanie wczesnych doświadczeń w procesie kształtowania więzi z innymi w dzieciństwie i dorosłości (Rholes i Simpson, 2004). Procesy tworzenia więzi, przywiązania kształtują się na poziomach: indywidualnym, diadycznym oraz systemowym (rodzinnym) i są warunkowane (jak wspomniano wcześniej) głównie genetycznie, ale też przez odziaływanie procesów społecznych, na poziomie interakcji jako działanie, komunikacja i eksploracja. W związku z tym, procesy przywiązaniowe pełnią bardzo ważną rolę w budowaniu relacji, gdyż współwystępują z innymi procesami zachodzącymi w rodzinie, uwidaczniając powiązania między doświadczaniem siebie jako osoby, a także w relacji do osób bliskich (Hill i in., 2003).

Hill i współpracownicy odkrywają w procesach rodzinnego komunikowania się cechy wspólne dla teorii przywiązania i systemowej, gdzie klarowność i jasność komunikacji jest jednym z najistotniejszych czynników prawidłowego funkcjonowania rodziny i wiąże się bezpośrednio z dystansem i bliskością (Madanes, 1981), a zdaniem Reissa czynniki dotyczące bliskości, dystansu i jasności komunikacji odgrywają olbrzymią rolę w rozwiązywaniu zadań rozwojowych oraz w determinowaniu rodzinnego szczęścia. Iniewicz twierdzi, że im wyższa jest efektywna zależność definiowana jako poczucie przywiązania i bezpieczeństwa w związku, tym wyższy jest stopień umiejętności wyrażania własnych przekonań, separowania się i brak obawy uwydatniania różnic od partnera (Jozefik i Iniewicz, 2016). Tryjarska, definiując bliskość jako okazywanie ciepła, troski, fizycznej intymności, wspólne spędzanie czasu i poświęcanie uwagi partnerowi oraz przewidywalność, czyli stopień, w jakim zachowania i uczucia wobec drugiej osoby są stałe i zrozumiałe, podkreśla jej ogromną rolę w rozwoju i życiu każdej osoby (Tryjarska, 2010). Konsekwencją dla pokolenia wywodzącego się z dysfunkcyjnych rodzin, gdzie bliskość jest zaburzona lub zupełnie jej brakuje jest

negatywne postrzeganie przyszłości i pesymizm, z jakim młodzi ludzie wchodzą w dorosłość. Kornaszewska-Polak określa stosunek tych ludzi do codziennych wyzwań jako brak nadziei, która prowadzi do przekonania, że nie można wpływać na własne życie, co skutkuje biernością w obliczu problemów, emocjonalną bezradnością oraz akceptacją dysfunkcyjnych rozwiązań jako normy (Kornaszewska-Polak i in., 2021). Kluczowe jest również poczucie bycia zauważanym, kochanym, odpowiednio odzwierciedlanym i akceptowanym od najwcześniejszych lat, co sprzyja radości z relacji rodzinnych i wspomaga prawidłowy rozwój społeczny i emocjonalny (Ratnapalan i Batty, 2009), który wymaga przede wszystkim stałej, nie tylko sporadycznej uwagi rodziców, a stałość w relacji oznacza ich dostępność, zwłaszcza w trudnych sytuacjach, wymagających wsparcia o różnorodnym charakterze (Grzegorzewska i in., 2020). Jednak nie tylko matczyna miłość i czułość, są kluczowe dla prawidłowego rozwoju funkcji psychicznych dziecka, ale też ojcowskie stawianie granic pełni ważną rolę w jego rozwoju społecznym (Gežová, 2015; Muszyński, 2015). Wrażliwość rodzicielska, nienachalność w kontakcie z dzieckiem i brak wrogości rodzica są również bardzo istotnymi czynnikami budowania więzi i jak już nadmieniono, badania jasno pokazują, że style przywiązania, jakie zostały wypracowane w relacji z obiektem w dzieciństwie, są podobne do tych prezentowanych w dorosłości (Newman i Newman, 2008; Thompson, 2008), a emocjonalna dostępność obojga rodziców wpływa na zdrowie psychiczne dzieci (Gökçe i Yilmaz, 2018), które rodząc się, nie wiedzą o tym kim jest człowiek i jak wygląda świat. Ich środowisko to świat rodziców oraz zasady i normy, które wyznaczają, a dzieci zaczynają przyjmować je za swoje. Ponadto patrząc na relację w domu, jaki panuje w nim klimat emocjonalny, uczą się zasad kontaktu i „zarażają się" sposobem przeżywania i myślenia opiekunów, a jakość związku wpływa na wszystkie obszary funkcjonowania rodziny (Beavers i Hampson, 2003).

Natomiast awersywne rodzicielstwo może być szkodliwe dla dziecka (Bakiera, 2016). Niedostępność emocjonalną rodziców generują przede wszystkim rozwód, konflikty, a także psychopatologia rodziców (Lum i Phares, 2005). Literatura jednoznacznie wskazuje, że rozwód lub separacja rodziców może znacząco ograniczyć dostępność emocjonalną do dziecka, wpływając negatywnie na jego funkcjonowanie na każdym etapie życia (Lansford i in., 2006; Sun i Li, 2008; Wolchik i in., 2002). Badania przeprowadzone w Nowym Jorku na grupie dzieci rozwodników sugerują, że częściej niż u grupy kontrolnej występują pewne niebezpieczne style przywiązania u osób pochodzących z rodzin rozwiedzionych (Crowell i in., 2009). Ponadto u dzieci z rodzin, w których doszło do rozpadu związku rodziców daje się zauważyć podwyższony poziom lęku, niskie poczucie własnej wartości i bezpieczeństwa, niewłaściwy stosunek do rówieśników, niechęć do nawiązywania więzi emocjonalnych oraz zaniżanie samooceny, czyli tak zwanego „syndromu rozwodowego", „chroniącego" jednostkę przed powtórzeniem traumatycznej sytuacji (Tuszyńska-Bogucka i in., 2018). Jak podkreślają autorzy, to negatywna atmosfera w domu sprawia, że dzieci nie mają odpowiednich warunków do kształtowania się powyższych cech, a brak pozytywnych funkcjonalnych wzorców obserwowanych u rodziców i zwiększone zapotrzebowanie na akceptację z otoczenia, generuje w dorosłym życiu problemy związane z asertywnym dochodzeniem do własnych praw (Crane, 2002), a te z czasem nie tylko nie zanikają, ale poddają się utrwaleniu i odtworzeniu w najważniejszych dla jednostki intymnych relacjach (Alabrudzińska i Bakiera, 2021).

Więź jest jednym z najważniejszych wymiarów opisujących bliskie związki z innymi ludźmi, a jakość stylu przywiązania może korelować ze specyfiką procesu rozwoju dojrzałej tożsamości i przechodzenia z adolescencji do etapu wczesnej dorosłości. Trudności w określeniu swojej tożsamości nie należą przecież do rzadkości, a odpowiedzi na pytania „kim jestem?" i „dokąd zmierzam?" wydają się kluczowe dla samorozwoju i udanego wejścia w dorosłość (Jurczyk, 2018). Budujące jest to, że wsparcie ze strony przyjaciół

i bliskich osób w życiu człowieka, który doświadczył dysfunkcyjnych więzi w dzieciństwie, może przyczynić się do rozwoju więzi zdrowych (Rothbard i Shaver, 1994), a doświadczenie korygujących relacji, rozwijać ufność w późniejszych związkach i minimalizować tendencje do lękowo-ambiwalentnego stylu relacji (Plopa, 2008a).

I.9. Wysoka wrażliwość

W latach 90. XX wieku rozpoczęto intensywne badania nad indywidualnymi różnicami wrażliwości ludzi na środowisko. Zaowocowało to pojawieniem się kilku istotnych koncepcji. Pomimo unikalnych cech każdej z nich, wszystkie zgadzają się co do wyjściowego, kluczowego wniosku: mniejszość populacji wykazuje znacznie wyższą wrażliwość na wpływ środowiska (Baryła-Matejczuk, 2023). Osoby te różnią się od innych zarówno w zakresie reakcji na negatywne warunki, jak i na pozytywne aspekty otoczenia (Greven i Homberg, 2020; Greven i in. 2019; Pluess, 2015; Tillman i in., 2021). Sama Wrażliwość Środowiskowa definiowana jest jako zdolność jednostek do postrzegania oraz przetwarzania bodźców zewnętrznych i zewnętrznych (Bröhl i in., 2020), gdzie termin "środowisko" jest tu kontekstem, do którego zalicza się:

- wydarzenia wewnętrzne: emocje, myśli oraz odczucia fizyczne (np. ból, pragnienie, głód);
- bodźce sensoryczne: zapachy, obrazy, odczucia dotykowe i dźwięki;
- odczucia fizyczne: reakcje organizmu na substancje takie jak kofeina lub żywność;
- bodźce społeczne: wpływ tłumów, nastrojów innych ludzi oraz doświadczeń z dzieciństwa (Greven i in., 2019; Greven i Homberg, 2020).

Wrażliwość środowiskowa może wynikać z różnych mechanizmów (Greven i Homberg, 2020; Pluess, 2015), a czynniki, które na nią wpływają, odzwierciedlają mechanizmy biologiczne, kształtujące neurobiologiczną podatność, co oznacza, że szczególne cechy centralnego układu nerwowego mogą prowadzić do wyższej wrażliwości

środowiskowej, co skutkuje łatwiejszą i głębszą rejestracją informacji o otoczeniu (Pluess, 2015; Tillman i in., 2021). Jak pokazują badania, wyższą wrażliwość środowiskową można przewidywać w kontekście korzystnych warunków prenatalnych, ale tylko w przypadku dzieci, które mają geny predysponujące do wrażliwości (Pluess, 2015). Badania przeprowadzone na grupie bliźniaków jednojajowych oraz różnej i tej samej płci bliźniaków dwujajowych wskazują, że 47% różnic we wrażliwości na środowisko można przypisać czynnikom genetycznym (Assary i in., 2020). Inne badanie ujawniło, że 15% różnic we wrażliwości na środowisko wiąże się z układem dopaminergicznych (Chen i in., 2011). Wyniki te sugerują, że czynniki genetyczne i wrażliwość środowiskowa są ze sobą powiązane. Inne analizy wskazują na określone aspekty struktury i funkcjonowania mózgu, które są związane z wrażliwością na środowisko. Badanie przeprowadzone w grupie bliźniaków jednojajowych (Pluess i in., 2020) analizowało objętość różnych obszarów mózgu i ich związek z wpływem środowiska na jednostki. Otrzymane rezultaty wskazują, że chłopcy z większym lewym ciałem migdałowatym wykazywali istotną korelację między lepszą jakością środowiska, a mniejszą liczbą problemów. Ta korelacja nie była statystycznie istotna w przypadku chłopców z mniejszym ciałem migdałowatym. Ponadto, chłopcy z dużym lewym ciałem migdałowatym, wychowywani

w pozytywnym i wspierającym otoczeniu, prezentowali więcej prospołecznych zachowań oraz doświadczali mniejszych trudności życiowych (Pluess i in., 2020). W kontekście funkcjonowania mózgu, niektóre badania wykorzystały funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (*f*MRI) do analizy aktywności mózgu osób w trakcie różnych zadań. Jedno z tych badań wykazało, że wyższy poziom wrażliwości środowiskowej jest związany z większą aktywacją obszarów mózgu odpowiedzialnych za uwagę i czujność podczas interakcji z innymi (np. kora mózgowa), emocjonalne przetwarzanie znaczeń (np. środkowy zakręt kory mózgowej) oraz planowanie działań (np. obszar

przedmotorowy) (Acevedo i in., 2014). Ponadto, osoby o wysokiej wrażliwości prezentowały silniejszą aktywację grzbietowego korpusu przedfrontalnego, który odgrywa kluczową rolę w podejmowaniu decyzji i przetwarzaniu poznawczym (Acevedo i in., 2014). Inne badania *f*MRI wykazały, że u osób, którym prezentowano pozytywne obrazy, cecha wrażliwości przetwarzania sensorycznego była związana z silniejszymi reakcjami w obszarze nagrody, lokalizowanym w jądrze półleżącym i brzusznym, co jest charakterystyczne dla wysokiego poziomu dopaminy (Acevedo i in., 2017). W przypadku negatywnych obrazów, badania pokazały silniejszą aktywność ciała migdałowatego, kluczowego obszaru w wykrywaniu bodźców awersyjnych. Obserwowano także reakcje wtórnej kory somatosensorycznej, odpowiedzialnej za uwagę, integrację sensoryczno-motoryczną, autopercepcję, pamięć oraz procesy uczenia się (Acevedo i in., 2017).

Początkowo wrażliwość środowiskową postrzegano jako czynnik ogólny, jednak późniejsze badania sugerują, że jej trójczynnikowa struktura jest bardziej adekwatna do przedstawiania uzyskanych danych (Pluess i in., 2018). Odnosi się to do Łatwości Pobudzenia (*Ease of Excitation* - EOE), która wskazuje, że osoby o wysokiej wrażliwości mogą być łatwo przytłoczone bodźcami zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi; Niskiego Progu Wrażliwości (*Low Sensory Threshold* - LST), odnoszącego się do nieprzyjemnych reakcji na bodźce zewnętrzne oraz Wrażliwości Estetycznej (*Aesthetic Sensitivity* - AES), związanej z głębokimi reakcjami na muzykę i sztukę. Ogólne zasady koncepcji wrażliwości środowiskowej obejmują także klasyfikację różnych typów wrażliwości (Greven i Homberg, 2020; Pluess, 2015). Zakłada się, że kombinacja specyficznych genów wrażliwości oraz różnorodnych warunków środowiskowych może sprzyjać rozwojowi różnych rodzajów wrażliwości (Pluess, 2015). W tym kontekście można zauważyć, że w środowisku neutralnym może dojść do rozwoju ogólnej wrażliwości na zarówno negatywne, jak i pozytywne czynniki, co jest zgodne z koncepcją Zróżnicowanej Podatności. Jeżeli otoczenie ma charakter

wspierający, może to sprzyjać rozwojowi wrażliwości na pozytywne i korzystne aspekty środowiska, co jest zgodne z teorią Wrażliwości Dającej Przewagę (Pluess, 2015). Z kolei, w przypadku przeważająco niekorzystnych warunków środowiskowych, może dojść do zwiększonej wrażliwości na niebezpieczne i negatywne sytuacje, co jest związane z Modelem Podatności na Stres (Belsky i Pluess, 2009; Greven i Homberg, 2020; Pluess, 2015). Dodatkowo badacze tematu uważają, że doświadczenie przeciwności losu w młodym wieku może zwiększać wrażliwość u osób mających geny wrażliwości. Na przykład, nastolatkowie z krótkim allelem polimorfizmu transportera serotoniny (5-HTTLPR), którzy przebywali w placówkach opiekuńczych, częściej zmagali się z problemami emocjonalnymi w trudnych sytuacjach życiowych (Pluess, 2015). W niektórych badaniach genetycznych wykazano związek między SPS, a krótkim allelem polimorfizmu transportera serotoniny (Aron i in., 2005) oraz genem D4 receptora dopaminy (Greven i in., 2019), a analizy pokazują, że system dopaminowy wpływa na cechy osobowości osób wysoko wrażliwych, a przyczyną tego stanu rzeczy może być to, że system dopaminergiczny jest związany z procesami dotyczącymi uwagi, motywacji i nagradzania (Pluess i Belsky, 2013). Niezależnie od aspektów genetycznych, różnice w SPS są również związane z bardziej wrażliwym centralnym układem nerwowym (Pluess, 2015).

W ostatnich latach szczególne uznanie zdobyły trzy teorie, koncentrujące się na różnicach indywidualnych w zakresie percepcji i przetwarzania bodźców. Wśród nich wyróżnia się:

- Wrażliwość Przetwarzania Sensorycznego (Aron i Aron, 1997);
- Zróżnicowana Podatność (Belsky, 1997), która integruje model podatności-stres (Belsky i Pluess, 2009) oraz model wrażliwości dającej przewagę (Pluess i Belsky, 2013);
- Biologiczna Wrażliwość na Środowisko (Ellis i Boyce, 2011).

Koncepcja Wrażliwości Przetwarzania Sensorycznego (SPS - *Sensory Processing Sensitivity*) jest zarówno cechą psychologiczną, jak i biologiczną, związaną z podwyższoną wrażliwością na wpływy środowiskowe, lepszą świadomością, empatią, autorefleksją oraz głębokością przetwarzania (Acevedo, 2020; Greven i Homberg, 2020; Pluess, 2015). Na koncepcję SPS w znaczny sposób wpłynęły teorie osobowości i temperamentu. Wynikały one z badań jakościowych przeprowadzonych w grupie dzieci i dorosłych, którzy określili się jako nieśmiali, introwertyczni lub łatwo przeciążeni bodźcami środowiskowymi (Greven i Homberg, 2020; Greven i in., 2019). Z perspektywy teoretycznej SPS postrzegana jest jako dziedziczna cecha temperamentu, która odzwierciedla różnice w sposobie, w jaki poszczególne osoby integrują i analizują bodźce z otoczenia (Aron i in., 2005; Greven i in., 2019; Lionetti i in., 2019a). Proponuje się, aby termin "wrażliwość przetwarzania sensorycznego" był postrzegany jako wymiar temperamentu (de Villiers i in., 2018). Według badaczy SPS to stabilna cecha, która ujawnia się w dzieciństwie i jest kształtowana przez środowisko w procesie dorastania (Pluess, 2015). Warto zauważyć, że jest to cecha występująca w niewielkiej części populacji, gdzie około 20% osób oraz ponad stu gatunków zwierząt wykazuje wysoką wrażliwość, co sugeruje istnienie różnych poziomów wrażliwości (Aron i in., 2005; Greven i Homberg, 2020; Jagiełłowicz i in., 2016, Pluess, 2015). Oznacza to, że niektóre osoby są mniej wrażliwe, inne bardzo wrażliwe, a jeszcze inne mają średni poziom wrażliwości (Acevedo, 2020; Lionetti i in., 2018). Pierwsze badania dotyczące SPS wskazały na istnienie tylko dwóch grup: niskiej i wysokiej wrażliwości (Aron i in., 2005; Greven i in., 2019). Z tego powodu SPS często postrzegano jako cechę kategoryzującą, a nie jako continuum (Aron i in., 2005; Greven i in., 2019). Jednak, jak pokazały kolejne badania osób w wieku od 8 do 19 lat, wyodrębniono trzy grupy wrażliwości (Pluess i in., 2018). Ustalono, że grupy te miały następujący rozkład: grupa o niskim poziomie wrażliwości (25–35%), grupa o średnim poziomie wrażliwości (41–47%) oraz grupa o wysokim poziomie wrażliwości (20–35%)

(Pluess i in., 2018). Na tej podstawie ustalono, że SPS nie jest pojęciem kategorycznym, lecz cechą ciągłą, wskazującą na różnice w wrażliwości między poszczególnymi osobami i odnosi się do wysoce wrażliwej osobowości (Greven i in., 2019; Pluess i in., 2018).

Koncepcja Zróżnicowanej Podatności, opierająca się na teoriach ewolucyjnych oraz psychologii rozwojowej, sugeruje, że osoby o wysokiej podatności są bardziej narażone na negatywne skutki niekorzystnych warunków środowiskowych (Chavez i in., 2021; Greven i in., 2019). Ponadto teoria ta wskazuje, że osoby te mają większą zdolność do wykorzystywania pozytywnych warunków środowiskowych (Pluess, 2015; Slagt i in., 2017). Sugeruje się również, że niektórzy ludzie mogą być bardziej wrażliwi w aspekcie fizjologicznym i neurologicznym (de Villiers i in., 2018), co skutkuje silniejszym przetwarzaniem oraz reagowaniem na bodźce ze środowiska (de Villiers i in., 2018). Ewolucja jest wskazywana jako jedna z przyczyn, dla których niektóre osoby intensywniej odczuwają wpływ zarówno pozytywny, jak i negatywny, w zależności od otoczenia (Greven i in., 2019; Iimura i Kibe, 2020), a w przyrodzie konieczne są różnice we wrażliwości dla konieczności zachowania różnorodności gatunków. Te różnice (niska i wysoka wrażliwość) są przedstawiane jako dwa podejścia do rozwoju, tj. niska i wysoka plastyczność (Belsky i Pluess, 2009; Lionetti i in., 2019b). W tym kontekście zamiast mówić o "wrażliwości", bardziej adekwatne byłoby odniesienie do bycia "rozwojowo plastycznym" lub "elastycznym" (Pluess i Belsky, 2013). Badania pokazują, że osoby o wysokiej wrażliwości, które doświadczały trudnego dzieciństwa, uzyskiwały wyższe wyniki w zakresie negatywnej emocjonalności. Z kolei osoby wysoko wrażliwe, które miały pozytywne doświadczenia w dzieciństwie, uzyskiwały niższe wyniki (Aron i in., 2005). To sugeruje, że chociaż niekorzystne warunki mogą mieć negatywny wpływ na osoby wysoko wrażliwe, mogą one również w większym stopniu korzystać z pozytywnego środowiska, co potwierdza teorię Zróżnicowanej Podatności (Aron i in., 2005). W innym badaniu, przeprowadzonym w grupie przedszkolaków, analizowano negatywną emocjonalność

oraz wrażliwość środowiskową jako wskaźniki podatności (Slagt i in., 2017). Okazało się, że negatywna emocjonalność dzieci nie była związana z ich zachowaniem ani ze zmianami w opiece rodzicielskiej. W badaniach zauważono również, że wrażliwość środowiskowa wchodzi w interakcję zarówno z pozytywnym, jak i negatywnym stylem rodzicielskim, wpływając na eksternalizację zachowań, podczas gdy nie zaobserwowano tego zjawiska w odniesieniu do zachowań prospołecznych (Baryła-Matejczuk, 2023).To oznacza, że w grupie dzieci wysoko wrażliwych eksternalizacja zachowań zmniejszała się w miarę redukcji negatywnego rodzicielstwa, ale rosła w miarę jego nasilenia, co potwierdza model Zróżnicowanej Podatności (Slagt i in., 2017).

Koncepcja Podatność-Stres znana również jako model transakcyjny czy model podwójnego ryzyka, zakłada, że niektórzy ludzie dysponują cechami, które zwiększają ich wrażliwość na ryzyko oraz zagrożenia płynące z otoczenia (Belsky i Pluess, 2009). Oznacza to, że jednostki te są bardziej podatne na negatywne wpływy środowiska naturalnego, co zwiększa ich narażenie na wystąpienie chorób w kontekście stresogennych bodźców zewnętrznych (Belsky i Pluess, 2009; Greven i Homberg, 2020; Iimura, 2021). Termin „model podwójnego ryzyka" odnosi się do współzależności pomiędzy czynnikami podatności, a stresorami zewnętrznymi (Belsky i Pluess, 2009; Greven i Homberg, 2020). Cechy te obejmują elementy behawioralne, genetyczne oraz fizjologiczne (Belsky i Pluess, 2009; Uhur i McGuffin, 2008). Dodatkowo, model ten ukazuje „ciemną stronę" wrażliwości na bodźce środowiskowe (Iimura, 2021) i postuluje, że problemy psychiczne powstają w wyniku interakcji dwóch grup czynników.

Z jednej strony jednostka ma naturalną tendencję do bycia podatną na zagrożenia, z drugiej zaś pojawiają się bodźce zewnętrzne wywołujące stres. W związku z tym osoby, które cechują się większą skłonnością do reagowania na stres, mogą napotykać liczne problemy w wyniku tej interakcji (Belsky i Pluess, 2009; de Villiers i in., 2018). Badania wskazują też na

interakcję między wrażliwością środowiskową, a stylem rodzicielskim. Wysoko wrażliwe osoby, które doświadczyły trudności w dzieciństwie, prezentowały wyższe wyniki w zakresie introwersji oraz negatywnej emocjonalności, podczas gdy nie obserwowano istotnych różnic w przypadku dzieciństwa pozytywnego (Aron i Aron, 1997; Belsky i Pluess, 2009). Innym przykładem jest badanie, w którym stwierdzono, że osoby o wysokim poziomie wrażliwości środowiskowej zgłaszały podwyższony poziom depresji tylko w sytuacji niezadowalającej opieki rodzicielskiej (Liss i in., 2005). Z kolei w przypadku wysokiej jakości opieki, wskaźniki wrażliwości nie były związane z poziomem depresji (Liss i in., 2005). Kolejne badanie koncentrowało się na związku wrażliwości środowiskowej z satysfakcją z życia i doświadczeniami z dzieciństwa (Booth i in., 2015), wskazując, że osoby o wysokiej wrażliwości zgłaszały niższe zadowolenie z życia w sytuacji negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, natomiast nie zauważono różnic w przypadku doświadczeń pozytywnych (Booth i in., 2015).

Koncepcja Wrażliwości Dającej Przewagę, która powstała w oparciu o koncepcje Podatność-Stres i Zróżnicowanej Podatności, badania w temacie wysokiej wrażliwości zaczęły koncentrować się na pozytywnych efektach interwencji, a nie tylko na różnicach w reakcjach jednostek na niekorzystne warunki otoczenia (Greven i Homberg, 2020). Efektem tych eksploracji jest koncepcja „jasnej strony" podatności na środowisko, zgodna z ideą Wrażliwości Dającej Przewagę (de Villiers i in., 2018; Iimura, 2021; Pluess i Belsky, 2013). Wyniki prowadzonych badań potwierdzają hipotezę, że niektóre osoby czerpią większe korzyści z pozytywnych doświadczeń związanych z różnymi działaniami interwencyjnymi w środowisku szkolnym (Iimura, 2021). Pluess i Boniwell (2015) przeprowadzili badania, które analizowały różnice pomiędzy grupami osób o różnym poziomie wrażliwości przed i po udziale w programie profilaktycznym, mającym na celu zapobieganie depresji. Wyniki sugerowały, że dziewczęta o wysokim poziomie wrażliwości sensorycznej zyskały na interwencji, co

doprowadziło do obniżenia poziomu depresji. Natomiast przypadku dziewcząt o niskim poziomie wrażliwości interwencja nie przyniosła zauważalnych efektów (Pluess i Boniwell, 2015). W innym badaniu dotyczącym programu zapobiegającego nękaniu, wykazano, że wysoko wrażliwi chłopcy korzystali w znacznym stopniu z interwencji w porównaniu do chłopców o niskiej wrażliwości, szczególnie w zakresie rozumienia problemów i doświadczeń związanych z prześladowaniem (Nocentini i in., 2019).

W relacjach interpersonalnych HSP (*Highly Sensitive Person*) mogą być bardziej empatyczne i współczujące, ale także bardziej podatne na zranienie i konflikty (Liss i in., 2005). Nie jest też ona jednolicie rozumiana i akceptowana we wszystkich kulturach. W niektórych społeczeństwach cecha ta może być postrzegana jako słabość, podczas gdy w innych może być uznawana za cenną zaletę. W kulturach zachodnich, które często cenią ekstrawersję i pewność siebie, osoby wysoko wrażliwe mogą czuć się niedoceniane lub niezrozumiane, a bardziej kolektywistycznych, gdzie ceni się empatię i współpracę, cecha ta może być bardziej akceptowana i ceniona, np. w kulturach azjatyckich, gdzie harmonia społeczna jest ważnym aspektem życia, HSP mogą być postrzegane jako osoby o dużym wkładzie w społeczeństwo dzięki swojej empatii i umiejętności zrozumienia innych (Aron, 2001). Koncepcja wysokiej wrażliwości wnosi też ważny wkład do psychologii, pomagając zrozumieć, jak różnorodne mogą być ludzkie reakcje na bodźce i jak te różnice wpływają na nasze życie.

I.10. Mowa nienawiści

Badania nad prześladowaniem (*bullying*) i jego uwarunkowaniami rozpoczęły się w latach 70. i 80. XX wieku w krajach skandynawskich, po serii samobójstw kilku norweskich chłopców w wieku 10-14 lat, będących ofiarami kilkutygodniowych prześladowań w sieci. W latach 90. temat tej formy przemocy zainteresował Wielką Brytanię oraz inne kraje europejskie. Ten gwałtowny wzrost uwagi na mowę nienawiści w sieci doprowadził

do stanowczych działań politycznych i społecznych, co zainspirowało badaczy w Nowej Zelandii, Australii, Kanadzie i Japonii. W XXI wieku prześladowanie zaczęto powszechnie postrzegać jako problem dotyczący podstawowych praw człowieka, a w 2016 roku ONZ wydała raport mający na celu zwalczanie cyberprzemocy (Smith, 2019).

W 2002 roku, zanim Internet na dobre się rozwinął, Rigby analizował charakter i zasięg tego zjawiska, zauważając, że nienawiść, rozumiana jako zła emocja o różnorodnych przyczynach, występuje wszędzie (Rigby, 2002). Z medycznego punktu widzenia nienawistne zmiany w zachowaniu mogą być związane z urazami czaszkowo-mózgowymi, chorobami mózgu lub zaburzeniami metabolicznymi. Niemniej jednak, część osób pałających nienawiścią nie jest chora ani z psychiatrycznego, ani somatycznego punktu widzenia. Zrozumienie procesów zachodzących w tych osobach wymaga dalszych badań naukowych, które są niezbędne, ponieważ nienawiść jako trwała i zakorzeniona w umyśle emocja, wraz z jej dalekosiężnymi skutkami, pozostaje wciąż nie w pełni zbadana (Cahill, Prins, Weber i McGaugh, 1994; Le Doux, 1996; Prinz, 2004; Fridja, Manstead i Bem, 2000; Griffiths; Gawenda, 2018). Pomimo rosnącej liczby badań nad zachowaniami związanymi z nienawiścią w sieci, wciąż zbyt mało wiadomo na temat cech osobowości osób angażujących się w takie działania (Shepherd, Harvey, Jordan, Srauy i Miltner, 2015). Jak wynika z badań Musiała przeprowadzonych wśród japońskich studentów, komunikacja online jest dla dzisiejszej młodzieży łatwiejsza niż rozmowa twarzą w twarz, gdyż nie wymaga umiejętności społecznych ani empatii (Musiał, 2009). W kontekście social media, McLuhan stwierdził: „stajemy się tym, co posiadamy (...). Kształtujemy swoje narzędzia, a wkrótce nasze narzędzia będą kształtować nas" (McLuhan, 2004, s. 26). Portale społecznościowe, mające ułatwiać kontakty między ludźmi, w rzeczywistości prowadzą do utraty zdolności abstrakcyjnego myślenia i przekazu, gdy są używane biernie (Sartori, 2007).

Większość użytkowników Internetu nadal zwraca uwagę na wartości charakterystyczne dla siebie i innych. Rokeach, twórca jednej z najbardziej prominentnych teorii wartości w psychologii, uważa, że wartości organizują doświadczenia, kierują zachowaniem, stanowią źródło napięć motywacyjnych i są głównym imperatywem działania, także w sieci (Brzozowski, 1986). Jednym z wyjaśnień wzrostu nienawistnych zachowań jest koncepcja Berkowitza, łącząca agresję z frustracją (Berkowitz, 1965). Badacze twierdzą, że internauci tłumią swoją złość na rzeczywistość i „cicho" przechodzą do cyberprzemocy, by tam ją wyrazić (Kula, 2016).

Psychologowie badający nienawiść zauważają wzrost narcyzmu, rozumianego jako niezdolność do budowania relacji i brak uwzględniania uczuć innych (Lasch, 2015). Winiewski uważa, że zjawisko nienawiści powinno być nazywane „mową pogardy", gdyż opiera się na poniżającej emocji, dehumanizującej człowieka i blokującej empatyczne reakcje (Winiewski i inni, 2017). Według Nijakowskiego, *hate speech* polega na przypisywaniu danej grupie społecznej szczególnie negatywnych cech lub nawoływaniu do działań dyskryminacyjnych (Winiewski i inni, 2017).

Hejt internetowy to wrogie i agresywne komentarze, które mogą pojawić się wszędzie tam, gdzie istnieje możliwość wyrażania opinii i ocen treści internetowych. Opiera się na poniżaniu, oczernianiu i deprecjonowaniu czegoś lub kogoś (Weresa, 2019). Szerzej zjawisko to opisuje Łobodziński, definiując mowę nienawiści jako oskarżające wypowiedzi ustne i pisemne, a także przedstawienia ikoniczne wyszydzające, lżące, poniżające i oskarżające jednostki oraz grupy z powodu etnicznego, preferencji seksualnych, niepełnosprawności, zawodu, płci, przynależności do grupy społecznej lub innych powodów niezależnych od adresatów (Łodziński, 2003).

Istnieje wyraźna różnica między hejtem w sieci a innymi obraźliwymi zachowaniami. Badacze zwracają uwagę na trolle internetowe (Buckels, Trapnell i Paulhus, 2014) oraz

cyberprzemoc (Fearn, 2017). Trollowanie (*trolling*) jest formą antyspołecznego zachowania w sieci, polegającą na ośmieszaniu i obrażaniu użytkowników portali społecznościowych oraz innych miejsc dyskusji w Internecie (Olszewski, 2014). Cyberprzemoc to ciąg aktów agresji, podejmowanych celowo i powtarzalnie, skierowanych przeciwko osobie, która nie może się bronić, doświadczając bezradności. Sprawcy, ofiary i świadkowie cyberprzemocy są głównie młodymi osobami działającymi w grupach online lub offline (Barlińska, Szuster i Winiewski, 2018). Można stwierdzić, że hejt internetowy to wypowiedź niosąca przekaz nienawiści, oparty na nietolerancji, niezależnie od grupy, do której należy jego odbiorca. Dlatego termin „hejt" można używać zamiennie z „mową nienawiści" (Grudecki i Fic, 2021). W początkowej fazie istnienia Internetu zjawisko to było trudne do zdefiniowania i uchwycenia. Transformacja Internetu z medium egalitarnego w inkluzywne (Dziwak, 2019) zmieniła jego pierwotne przeznaczenie, co doprowadziło do pojawienia się nieprzewidzianych wcześniej negatywnych skutków. Słowo „hejt" zyskało popularność w języku polskim, ponieważ jest krótkie i zwięzłe, precyzyjnie opisując pewien rodzaj zachowania w sieci, podczas gdy „nienawiść" ma pejoratywne znaczenie i jest definiowana jako emocja (Skotnicka, 2019).

W polskiej przestrzeni publicznej funkcjonuje wiele definicji, które oscylują wokół językoznawstwa, retoryki i komunikacji społecznej. Według definicji Rady Europy, mowa nienawiści (*hate speech*) polega na używaniu języka w celu wzbudzenia, rozpowszechniania czy usprawiedliwiania nienawiści i dyskryminacji, a także przemocy wobec konkretnych osób lub grup. Podkreśla się jej potencjał kryminogenny, ponieważ mowa nienawiści, niosąc ze sobą upokorzenie i krzywdę, może prowadzić do przestępstw z nienawiści (*hate crimes*) (Brzezińska-Waleszczyk, 2016). Obecnie badania nad mową nienawiści koncentrują się nie tylko na aspekcie penalizacji, ale także na kwestiach psychologicznych i socjologicznych (Bodnar, Gliszczyńska-Grabias, Wieruszewski i Wyrzykowski, 2010). Radziejewski i inni autorzy wskazują na konieczność karania nie tylko za „nawoływanie do nienawiści", ale także

za „wywoływanie nienawiści", co mogłoby obejmować szerszy zakres czynów dokonanych z nienawiści (Radziejewski, 2012).

Bilewicz wraz ze współpracownikami przeprowadził badanie na temat percepcji mowy nienawiści przez grupy mniejszości narodowych. Wyniki trójetapowego badania postaw wobec mowy nienawiści zostały przedstawione w formie infografiki, prezentującej konkretne nienawistne wypowiedzi użytkowników Internetu i mediów społecznościowych. Badanie wykazało, że co trzeci Polak zetknął się w Internecie z mową nienawiści skierowaną do różnych grup osób, promującą nietolerancję i dyskryminację, a co gorsza, nie uważał tego za obraźliwe (Winiewski i inni, 2017).

Warto również wspomnieć badanie Kropińskiego i Hansen z zakresu psychologii społecznej, przeprowadzone na panelu internetowym, które badało skojarzenia Polaków ze słowem „uchodźca". Wyniki badania, przedstawione za pomocą chmury słów, ukazują 54 najczęstsze skojarzenia, obrazujące siłę mowy nienawiści skierowanej do tej grupy ludzi, z takimi określeniami jak: brudas, złodziej, uciekinier, terrorysta, zdrajca (Kropiński i Hansen, 2016). Według Szczepaniak-Kozak i Lankiewicz, mowa nienawiści może przybrać dowolną formę i rodzaj wypowiedzi, zarówno pisemnej, ustnej, formalnej, jak i nieformalnej, specjalistycznej oraz niespecjalistycznej. Wszystkie te formy mają jednak wspólny cel: znieważenie, poniżenie, wyszydzenie, pomówienie, oskarżenie, ośmieszenie, oraz wzbudzenie lub podtrzymanie wrogości i nienawiści wobec osoby lub grupy z powodów niezależnych od nich (Szczepaniak-Kozak i Lankiewicz, 2017). Angielski termin „*cyberbullying*" (cyberprzemoc) jasno wskazuje na przemoc, w której sprawca czerpie satysfakcję z krzywdzenia innych, kiedy tylko ma na to sposobność.

Jak zauważył psychiatra Andreoli, żyjemy w kulturze wrogości, gdzie dominuje brak współczucia, bezwzględna rywalizacja, brak solidarności, podejrzliwość, indywidualizm, poniżanie innych i nawet radość z zadawanego cierpienia (Andreoli, 2009). Valkenburg,

holenderska badaczka, analizując zjawisko otwierania się (*self-disclosure*) w wirtualnym świecie poprzez dzielenie się intymnymi informacjami w komunikacji zapośredniczonej przez komputer, podkreśla znaczenie otwartości w nawiązywaniu, budowaniu, wzmacnianiu i utrzymywaniu relacji. Wyróżnia ona kilka teorii wyjaśniających mechanizmy tego procesu:

- hipoteza komunikacji zapośredniczonej wzmacniającej autoprezentację: wskazuje, że otwartość jest łatwiejsza do osiągnięcia w komunikacji zapośredniczonej przez kontrolowanie swojego wizerunku;
- hipoteza komunikacji zapośredniczonej wzmacniającej podobieństwo: sugeruje, że komunikacja zwiększa otwartość poprzez redukcję sygnałów różnicujących rozmówców;
- hipoteza komunikacji zapośredniczonej ułatwiającej zadawanie bezpośrednich pytań: wzmacnia samoświadomość, co prowadzi do większej koncentracji na własnych uczuciach, wartościach, przekonaniach oraz innych aspektach życia wewnętrznego (Schouten, Valkenburg i Peter, 2009).

Rice i Love już wiele lat temu zauważyli, że komunikacja zapośredniczona przez technologie, zgodnie z teorią społecznej obecności, wiąże się z mniejszym odczuwaniem obecności partnera rozmowy, co prowadzi do mniejszej koncentracji na osobie, z którą się kontaktujemy (Rice i Love, 1987). Badania wskazują również, że komunikacja tekstowa, zwłaszcza połączona z przekazem wideo, sprzyja mniejszej otwartości niż sama komunikacja tekstowa (Rice i Love, 1987). Pyżalski w swojej teorii ABACUS, opartej na zasadzie liczydła, porównującej agresję tradycyjną i elektroniczną, opisuje następujące cechy charakterystyczne dla agresji elektronicznej:

- permanentna wiktymizacja: ofiary nie mają możliwości ucieczki przed przemocą;

- anonimowość: choć większość sprawców przemocy online jest znana ofiarom, zachowują anonimowość;
- niejawność komunikacji: możliwość ukrycia treści;
- niewidzialna publiczność: publikowanie materiałów multimedialnych, które trafiają do szerokiego grona odbiorców;
- efekt kabiny pilota: dehumanizacja ofiary z powodu braku bezpośredniego kontaktu, podobnie jak pilot myśliwca, który nie widzi cierpień swojej ofiary (Pyżalski, 2012).

Agresja elektroniczna może być wymierzona w idee, grupy zawodowe lub osoby o określonym wyglądzie. Różne grupy, które mogą stać się ofiarami, mają swoje reprezentacje online, np. na forach internetowych, gdzie mogą być atakowane przez "niewidzialną publiczność" lub poprzez pocztę elektroniczną i komunikację jeden do jednego. Każdy użytkownik może również paść ofiarą przypadkowej, impulsywnej agresji elektronicznej, polegającej na atakach bez wyraźnego powodu (McKenna, 2008). Ten rodzaj przemocy jest głównie pośredni i nie wymaga kontaktu twarzą w twarz, co sprawia, że jest szczególnie niebezpieczny. Charakterystyczne cechy agresji elektronicznej to m.in. permanentna wiktymizacja, anonimowość, możliwość ukrycia treści, niewidzialna publiczność, dehumanizacja ofiary poprzez brak bezpośredniego kontaktu (Rigby, 2016).

W Internecie istnieją różne grupy użytkowników i formy komunikacji. Wallace opisuje grupy ludzi, którzy utrzymują kontakty online między spotkaniami w realnym świecie, osoby skupione wokół swoich zainteresowań, które osobiście się nie znają, oraz tych, którzy komunikują się tylko na forach dyskusyjnych (Wallace, 2005). Fora te mogą być otwarte (bez rejestracji) lub restrykcyjne (wymagające rejestracji), jedno - lub wielotematyczne, z określonymi zasadami netykiety (Grinberg, 2017). Otwartość w komunikacji online, choć

sprzyja pozytywnym relacjom, może prowadzić do rozhamowania i zachowań dysfunkcjonalnych z powodu braku kontroli społecznej (Joinson, 2009). Wiąckiewicz podkreśla, że to właśnie online rozhamowanie sprawia, iż ludzie szukają pomocy w sprawach, o które nie poprosiliby w rzeczywistości (Wiąckiewicz, 2008).

Zjawisko rozhamowania, choć istniało przed erą mediów cyfrowych, w wirtualnej, anonimowej rzeczywistości prowadzi do częstszego zadawania bólu innym niż w sytuacjach z identyfikacją (Clarke, 2005). Teoria jaźni odzwierciedlonej Cooleya zakłada, że nasze wyobrażenie o sobie jest kształtowane przez percepcję innych, a normy społeczne i kontrola społeczna blokują wyrażanie myśli w kontaktach bezpośrednich.
W przestrzeni wirtualnej te blokady są znacznie mniejsze, co prowadzi do depersonalizacji kontaktów (Szpunar, 2012). Internet stał się istotną przestrzenią komunikacyjną, w której wyłaniają się nowe formy integracji społecznej, a różnice między komunikacją bezpośrednią a elektroniczną stają się coraz mniej wyraźne (Morreale, Spitzberg i Barge, 2008), wydawałoby się więc, że stał się nową platformą pozytywnej wymiany myśli, działającej ponad granicami geograficznymi i politycznymi.

Jednak tezie tej przeczy aktywność internautów, którzy na wielu forach internetowych publikują agresywne komentarze i skrajnie negatywne opinie, najczęściej bez uzasadnienia merytorycznego. Anonimowość w Internecie sprzyja werbalnym atakom o nienawistnym charakterze, a komunikacja w sieci często zawiera cechy prezentacji antyspołecznych postaw, których jest znacznie więcej niż w kontaktach bezpośrednich. Chociaż analizy ilościowe wykazują, że agresywne, obraźliwe i nienawistne komentarze stanowią jedynie 1%–2,5% wszystkich wypowiedzi w Internecie (Wajs, 2016), to ich wpływ wydaje się znacznie większy i poważnie zniekształca prawdziwy obraz relacji międzyludzkich. Badacze hejtu internetowego wskazują, że radykalizacja poglądów i przyjmowanie skrajnych postaw w sieci jest głównie spowodowane brakiem możliwości zidentyfikowania rozmówcy w rzeczywistym czasie, co

prowadzi do łamania norm społecznych, komunikacyjnych oraz braku zahamowań (Juza, 2015).

Buckel zauważa, że osoby, które lubują się w obrażaniu innych użytkowników i są wobec nich agresywne, wykazują cechy psychopatyczne, a u ponad 50% trolli stwierdza się objawy makiawelizmu, czyli instrumentalnego traktowania innych ludzi. Najsilniejszy jednak związek badacze znaleźli między mową nienawiści a sadyzmem, gdyż zarówno trolle, jak i sadyści czerpią przyjemność z niepokojenia innych (Jachyra, 2011). Mowa nienawiści nie jest nowym zjawiskiem, a jej retoryka pojawia się w wielu tekstach historycznych. Jednakże, jak zauważa Bilewicz, nigdy wcześniej nasycenie wrogością w przestrzeni społecznej nie było tak nieświadome i niezauważalne, a my – konsumenci, szczególnie w Internecie, przestajemy traktować to zjawisko jako coś obraźliwego, zmieniając stosunek do jego adresatów (Józefik, 2017).

Dziś, w czasach kultu wizualności rozpoznawalność stała się ściśle związana z tożsamością reprodukowaną w sieci lub na portalach społecznościowych (Dziwak i Gheorghe, 2021). Pojawia się wiele pytań dotyczących tego, jak osoby podatne na wpływy społeczne, posiadające deficyty komunikacyjne lub relacyjne, introwertyczne, nieśmiałe czy wysoko wrażliwe są postrzegane przez resztę świata i jakie reakcje napotykają.

Mowa nienawiści nie jest zjawiskiem nowym, ale jej intensyfikacja w przestrzeni publicznej i medialnej silnie koreluje z postępującą polaryzacją społeczną, co prowadzi do bezrefleksyjnego atakowania poszczególnych osób (Horyń, Skowronka i Walecka-Rynduch, 2020). Internet jest nieporównywalną z niczym wcześniej ekspozycją na negatywne bodźce, takie jak krytyka, ocena, ataki, a hejt i cyberbullying stały się poważnymi problemami społecznymi, z którymi spotyka się przynajmniej 2 na 3 użytkowników (Bordolińska, 2017).

Jedną z grup, które rozpowszechniają mowę nienawiści, są „antymadki", które kategoryzują matki na lepsze i gorsze ze względu na rodzaj porodu i sposób karmienia dziecka.

Kobiety, które rodzą przez cesarskie cięcie, są często krytykowane i deprecjonowane (Wileczek i Raczyński, 2021). Poród, niezależnie od jego rodzaju, ma wpływ na zdrowie matki i dziecka, a decyzje dotyczące porodu są często krytykowane przez media i społeczeństwo, co może prowadzić do presji i stygmatyzacji kobiet (Leszczyńska-Gorzelak, Radowicki i Poręba, 2012).

Hejt internetowy stał się poważnym problemem, a ofiary przemocy wirtualnej często nie potrafią prawidłowo reagować na te zagrożenia. Aby poradzić sobie z tym wyzwaniem, konieczne jest spojrzenie na problem z nowej perspektywy, uwzględniając nowe standardy życia oraz technologie. Prawo międzynarodowe i krajowe przewiduje środki wyłączające spod ochrony wolności słowa treści nienawistne, a działania międzynarodowych korporacji i organizacji w walce z hejtem przynoszą coraz bardziej zauważalne efekty w świadomości społecznej (Jabłońska, 2018). Jednakże, jak zauważa Beck, istotą dzisiejszego społeczeństwa ryzyka jest utrata świadomości istnienia zagrożeń (Beck, 2002).

Aby przeciwdziałać hejtowi, konieczne jest zwiększenie świadomości społecznej i rozwijanie programów zaradczych, które pomogą chronić jednostki przed przestępstwami z nienawiści (Jaszczyk-Grzyb, 2018). Wolność słowa jest ceniona, ale nie powinna usprawiedliwiać naruszania godności ludzkiej na forach internetowych czy portalach społecznościowych, gdzie może wyrządzać krzywdę i cierpienie (Wacławczyk, 2006).

I.11. Samoocena w ujęciu ogólnym

„Ciało pozostaje zawsze dla człowieka tajemnicą. Ono jest źródłem przyjemności i bólu, świadomość czekającej człowieka śmierci wiąże się z jego rozpadem. Ono sprawia, że człowiek czuje się z życia zadowolony lub jest złamany bólem i cierpieniem. Od niego zależy w znacznej mierze obraz własnej osoby” (Kępiński, 2009,s. 85).

W literaturze często można znaleźć opisy dojrzałej osobowości, które przedstawiane są jako zestaw charakterystycznych cech umożliwiających optymalne funkcjonowanie społeczne

oraz dobre samopoczucie. Na szczególną uwagę zasługuje definicja Yaloma, który skupia się na umiejętnościach zdobywanych w relacjach międzyludzkich. Yalom postrzega dojrzałość jako zdolność do przyjęcia kluczowej odpowiedzialności za swoje życie, tworząc egzystencję pełną zaangażowania, więzi, sensu i samorealizacji. Uważa, że takie podejście do życia jest najważniejszym wyzwaniem egzystencjalnym człowieka, nadającym sens jego istnieniu. Umiejętność prowadzenia takiego życia wiąże się z dobrym kontaktem z samym sobą, zrozumieniem własnych potrzeb, emocji i lęków oraz budowaniem bliskich i zaufanych relacji z innymi ludźmi (Yalom, 2008, 2018, 2022). Nie bez powodu więc samoocena uznawana jest za jedno z kluczowych pojęć w psychologii, odnoszących się do poczucia własnej wartości, kompetencji i zdolności.

Samoocena jest złożonym konstruktem, który obejmuje zarówno elementy emocjonalne, jak i poznawcze. Np. w ujęciu Szpitalak i Polczyka, można wyróżnić trzy główne składniki samooceny:

- samoocenę globalną, rozumianą jako ogólne poczucie własnej wartości, które odzwierciedla całkowitą ocenę samego siebie;
- samoocenę specyficzną, odnoszącą się do oceny własnych zdolności w konkretnych dziedzinach życia, takich jak kompetencje zawodowe, umiejętności interpersonalne czy wygląd fizyczny;
- samoocenę jako stan, określaną jako zmienną w czasie, odzwierciedlającą aktualne samopoczucie i ocenę siebie w danym momencie.

Autorzy podkreślają również, że samoocena jest dynamiczna i może ulegać zmianom pod wpływem różnorodnych czynników, takich jak doświadczenia życiowe, interakcje społeczne czy inne wydarzenia o znaczeniu emocjonalnym (Szpitalak i Polczyk, 2015). Przy definiowaniu tego konstruktu warto oczywiście sięgnąć do koncepcji Jamesa, który jako pierwszy podjął się tego zagadnienia. Według niego, samoocena jest wynikiem porównania

osiągnięć jednostki z jej możliwościami. Innymi słowy, wartość samooceny określa się poprzez relację między osiągnięciami osoby, a jej aspiracjami. Samoocena wzrasta, gdy różnica między zrealizowanymi celami, a aspiracjami jest niewielka, co prowadzi do bardziej pozytywnych uczuć wobec siebie (James, 2002). Natomiast w modelach, takich jak ten zaproponowany przez Pope'a, McHale'a i Craigheada, samoocena jest rozpatrywana jako funkcja różnicy między Ja idealnym a Ja realnym. Zgodnie z tym podejściem, poziom samooceny zależy od stopnia zgodności między tymi dwoma aspektami Ja. Wysoka samoocena pojawia się, gdy różnica między Ja realnym a Ja idealnym jest minimalna, co wiąże się z pozytywnymi emocjami (Niebuhr, 1989). Z kolei większa rozbieżność prowadzi natomiast do niższej samooceny i większego nasilenia poziomu negatywnych uczuć (Higgins, 1987). Rosenberg również wniósł istotny wkład w zrozumienie samooceny, sugerując, że jednostka przejawia postawę wobec samej siebie podobnie jak wobec innych obiektów. W jego ujęciu, wysoka samoocena związana jest z przekonaniem o własnej wartości i adekwatności, bez konieczności poczucia wyższości nad innymi (Rosenberg i in., 1995). Coopersmith, kolejny ważny badacz w tej dziedzinie, podkreślał znaczenie postawy jednostki wobec siebie, a także szacunku do własnej osoby i wiary we własne możliwości (Coopersmith, 1967). W ogólnym ujęciu problematyki definiowania samooceny, warto przywołać również klasyfikację definicji samooceny przedstawioną przez Wellsa i Marwella. Autorzy ci, zauważając, że mnogość definicji samooceny przypomina niekończący się labirynt, podjęli próbę ich uporządkowania, a kryterium klasyfikacji opierało się na poszukiwaniu wspólnego mianownika dla różnych jej ujęć. Pierwszym elementem wspólnego mianownika była ocena, drugim zaś – afekt (Wells i Marwell, 1976).

Definicje oparte na ewaluacji własnej osoby koncentrują się na procesach poznawczych, które leżą u podstaw postaw wobec Ja. W przypadku definicji skupionych na aspekcie emocjonalnym samooceny, akcentuje się uczucia, jakie jednostka odczuwa wobec

siebie samej. Podobny podział został opisany pod koniec lat osiemdziesiątych XX wieku przez Smelsera (1989). W polskiej literaturze również widoczny jest zarówno poznawczy jak i emocjonalny aspekt samooceny. Na przykład, Wojciszke definiuje samoocenę, jako afektywną reakcję jednostki na siebie (Wojciszke i in., 2011), podczas gdy Niebrzydowski określa ją jako „zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do własnej osoby" (Niebrzydowski, 1976). Warto też przywołać słowa Brandena, który w książce *The Six Pillars of Self-Esteem* podkreśla, że samoocena jest fundamentem naszego życia, ponieważ wpływa na to, jak się postrzegamy i jak postrzegają nas inni, a na którym budujemy nasze relacje, działania i wybory (Branden, 1994).

Samoocena jest kluczowym elementem naszego psychicznego krajobrazu, pełniąc rolę nie tylko wewnętrznego wskaźnika własnej wartości, ale także regulatora naszych działań i relacji z innymi. Choć jej istota wydaje się oczywista - po prostu oceniamy siebie – to mechanizmy, które nią kierują, są złożone i głęboko osadzone w naszym umyśle. Jak pokazuje teoria utajonego poznania społecznego Greenwalda, ślady wcześniejszych doświadczeń wpływają na działania ludzi, nawet jeśli nie są one bezpośrednio dostępne przez introspekcję czy metody samoopisowe (Greenwald i in., 2002). Doświadczenia te często pochodzą z dzieciństwa i związane są z konkretnymi przekazami kulturowymi oraz emocjonalnymi przeżyciami (Maison, 2004). Wynikają one również z potrzeby zachowania spójności w systemie poznawczym i są związane z działaniem efektu ekspozycji, bodźców podprogowych i peryferyjnych oraz procesami nieświadomego uczenia się, prowadząc w efekcie do powstawania utajonych konstruktów, takich jak postawy, stereotypy czy samoocena, które w określonych sytuacjach wpływają na podejmowane przez ludzi działania (Hyla i in, 2017).

Podstawową funkcją samooceny jest jej działanie jako wewnętrznego przewodnika. Jest ona jak kompas, który pomaga nam orientować się w życiu, podejmować decyzje i określać,

jakie cele są dla nas ważne. Kiedy mamy wysoką samoocenę, jesteśmy skłonni do podejmowania wyzwań i przekraczania własnych granic. Z kolei niska samoocena może prowadzić do unikania ryzyka i ograniczania się w działaniach, co może hamować nasz rozwój i osiągnięcia. Jak pokazują badania (np. dotyczące teorii opanowywania trwogi) nawet chwilowy wzrost samooceny redukuje lęk przed śmiercią, który z kolei uaktywnia mechanizmy podnoszące samoocenę (Pyszczynski i in., 2004).

Kolejną ważną funkcją samooceny jest jej rola w budowaniu relacji z innymi ludźmi. Nasze poczucie wartości wpływa na to, jak postrzegamy siebie w kontekście społecznym i jakie relacje nawiązujemy. Osoby o wyższej samoocenie zazwyczaj są bardziej asertywne, potrafią lepiej wyrażać swoje potrzeby i są skłonne do podejmowania roli przywódczych. Z kolei osoby z niską samooceną mogą mieć trudności z nawiązywaniem bliskich relacji, czując się niepewnie lub niezrozumiale (Kernis i Goldman, 2003).

Nie można również umniejszyć roli samooceny w aspekcie zdrowia psychicznego. Zdolność do pozytywnego oceniania siebie i swoich działań ma kluczowe znaczenie dla zapobiegania depresji, lękowi i innym zaburzeniom psychicznym. Osoby z niską samooceną są bardziej narażone na negatywne skutki stresu i trudności życiowych, co może prowadzić do chronicznych problemów zdrowotnych (Greenberg i in., 1992). Literatura przedmiotu ujmuje wielość funkcji, jakie pełni ocena siebie w jakości życia jednostki. Jeden z podziałów wydaje się uwzględniać jej zasadnicze cechy:

- funkcję motywacyjną, podkreślającą, iż wysoka samoocena może być źródłem motywacji do podejmowania wyzwań i dążenia do realizacji celów. Z kolei niska samoocena może prowadzić do unikania trudnych sytuacji i braku zaangażowania;
- funkcję regulacyjną, w myśl, której, samoocena pomaga w regulowaniu emocji i zachowań. Osoby z wysoką samooceną mają tendencję do bardziej pozytywnego reagowania na stres i porażki, co sprzyja lepszej adaptacji;

- funkcję społeczną, gdzie wysoka samoocena ułatwia nawiązywanie i utrzymywanie pozytywnych relacji społecznych, gdyż ludzie, którzy mają dobre zdanie o sobie, są bardziej skłonni do angażowania się w interakcje społeczne i są zazwyczaj bardziej lubiani przez innych;
- funkcję ochronną, w której samoocena może działać jako bufor chroniący przed negatywnymi skutkami stresu i porażki (Szpitalak i Polczyk, 2015).

Samoocena nie jest jednolitą cechą, lecz składa się z wielu różnych wymiarów, które razem tworzą ogólny obraz wartości własnej osoby. Możemy wyróżnić zarówno globalną samoocenę, obejmującą ogólne poczucie własnej wartości, jak i specyficzne aspekty samooceny, odnoszące się do konkretnych dziedzin życia. Co więcej, samoocena jest dynamiczna i kontekstualna, co oznacza, że zmienia się w zależności od sytuacji oraz interakcji z otoczeniem. Relacja między samooceną a funkcjonowaniem psychospołecznym jest istotna, ponieważ wysoka samoocena w różnych wymiarach koreluje z lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym. Obejmuje to wyższą stabilność emocjonalną, lepsze relacje interpersonalne oraz większą satysfakcję z życia. Samoocena jest wreszcie, jak już wskazywano, złożonym konstruktem, który wymaga integracji różnych perspektyw (Pracka, 2012).

I.12. Poznawczo-doświadczeniowa teoria Ja Epsteina (CEST - Cognitive-Experiential Self Theory)

Teoria Samowiedzy Poznawczo-Doświadczalnej (*Cognitive-Experiential Self Theory*, *CEST*) autorstwa Epsteina stanowi jeden z fundamentalnych modeli psychologicznych, który umożliwia głębokie zrozumienie współdziałania różnorodnych aspektów ludzkiej psychiki. Model ten rzuca światło na to, w jaki sposób nasze myśli, emocje i zachowania są kształtowane przez złożoną interakcję systemów: poznawczego i doświadczalnego. Epstein zakłada, że nasza psychika operuje na dwóch poziomach: racjonalnym, analitycznym oraz intuicyjnym i emocjonalnym (Fecenec, 2016). Zrozumienie tej synergii między racjonalnością, a intuicją

otwiera nowe perspektywy dywagacji nad naturą ludzkiego umysłu i sposobami, w jakie doświadczamy świata oraz jak na niego reagujemy. Model ten opisuje ludzką psychikę jako złożony system dwóch równolegle działających sposobów przetwarzania informacji:

- pierwszy z tych systemów, zwany racjonalnym, operuje na zasadach świadomości, analizy i logicznego myślenia. Jest to proces powolny, wymagający wysiłku kognitywnego, który umożliwia abstrakcyjne myślenie i planowanie;
- system drugi - doświadczeniowy, działa nieświadomie i intuicyjnie, opierając się na emocjonalnych i automatycznych skojarzeniach. Jest to szybki mechanizm, który pozwala na natychmiastowe reagowanie na bodźce dzięki analogiom i generalizacji.

Interakcja między tymi dwoma systemami jest w tym modelu kluczowa. W zależności bowiem od sytuacji, jeden z systemów może dominować nad drugim. W przypadkach wymagających szybkiej reakcji, przewagę może mieć system doświadczeniowy, podczas gdy w sytuacjach wymagających analizy i precyzji działania lepszy okazuje się system racjonalny. Jednak obydwa systemy wzajemnie na siebie wpływają, co oznacza, że emocjonalne przetwarzanie informacji może wpływać na racjonalne myślenie i odwrotnie, a zachowanie człowieka wynika z dynamicznej interakcji obu systemów. Zatem, jak zakłada teoria, decyzje i reakcje są kształtowane zarówno przez logiczne, analityczne procesy, jak i przez emocjonalne doświadczenia. Co więcej, każdy z tych systemów rozwija się i adaptuje w odpowiedzi na doświadczenia życiowe jednostki: system doświadczalny, bardziej pierwotny, rozwija się na bazie emocjonalnych doświadczeń wczesnego dzieciństwa, podczas gdy system racjonalny rozwija się później, pod wpływem edukacji i świadomego myślenia (Epstein i Pacini, 1999).

Tę nowatorską próbę połączenia dwóch dominujących w psychologii podejść do nieświadomości Epstein przedstawił w 1994 roku w artykule "*Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious*", argumentując, że te dwie koncepcje choć wywodzą się z odmiennych tradycji teoretycznych, mogą być zintegrowane w spójny model, który lepiej

oddaje złożoność ludzkiego umysłu (Epstein, 1994). Epstein wskazuje, że badania nad poznawczą nieświadomością, szczególnie te dotyczące przetwarzania informacji i heurystyk, dostarczają dowodów na istnienie poznawczych automatyzmów, a podejście psychodynamiczne, chociaż jest bardziej subiektywne i trudniejsze do empirycznego zbadania, dostarcza ważnych wglądów w motywy i emocje, które często są ignorowane przez poznawcze modele. Epstein uważał, że zintegrowany model powinien uwzględniać zarówno automatyczne procesy poznawcze, jak i głębsze, motywacyjne aspekty nieświadomości, by móc poznawać człowieka sposób bardziej komplementarny. Epstein podkreśla również, że integracja tych dwóch podejść może mieć istotne implikacje dla terapii psychologicznej. Przykładowo, techniki poznawcze mogą być skuteczne w modyfikowaniu automatycznych myśli i przekonań, podczas gdy techniki psychodynamiczne mogą pomóc w eksplorowaniu i rozumieniu głębszych motywów i konfliktów. Dzięki temu możliwe jest stworzenie bardziej holistycznego i efektywnego podejścia terapeutycznego, które uwzględnia zarówno powierzchowne, jak i głębsze aspekty ludzkiej psychiki (Epstein, 2003).

Prace Epsteina stanowią ważny krok w kierunku integracji dwóch głównych koncepcji nieświadomości, ukazując, że mimo różnic teoretycznych, mogą one wzajemnie się uzupełniać, oferując pełniejszy obraz funkcjonowania ludzkiego umysłu.

I.13. Samoocena matek

Samoocena jako ważny aspekt psychologiczny, odgrywa również szczególną rolę w życiu kobiet ciężarnych i wpływa na ich funkcjonowanie po porodzie. Proces kształtowania obrazu ciała rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie i ewoluuje na kolejnych etapach życia (Kościuk i in., 2014), stając się dynamicznym konstruktem, który podlega wpływom zarówno zewnętrznym, takim jak opinie społeczne i doświadczenia, jak i wewnętrznym, obejmującym emocje, przekonania czy samopoczucie jednostki. Jego formowanie może przebiegać prawidłowo lub być zaburzone, co skutkuje pozytywnym lub negatywnym jego

postrzeganiem (Nitsch i in., 2012). Jak podkreślają Zarenek i Szymańska (2005), pozytywny obraz własnego ciała korzystnie wpływa na funkcjonowanie psychiczne i społeczne jednostki. Natomiast Głębocka (2010) zwraca uwagę, że ocena wyglądu związana jest z aspektami poznawczymi i emocjonalnymi, które obejmują przekonania o własnym wyglądzie i poziom satysfakcji z niego. Satysfakcja ta zależy od ważności przypisywanej poszczególnym częściom ciała oraz odczuwanego z nich zadowolenia. Subiektywny charakter wizerunku ciała kreowanego przez kobiety ma istotny wpływ na ich samoocenę, podejmowane decyzje, emocje oraz sposób kształtowania planów życiowych (Machaj, Stankowska, 2011). Pozytywny i realistyczny obraz własnego ciała sprzyja wyższej samoocenie, poczuciu szczęścia, atrakcyjności oraz pewności siebie. Z kolei negatywny obraz własnego ciała wiąże się z obniżeniem jakości funkcjonowania osobistego i społecznego (Kułak-Bejda i in., 2017; Brandt-Salmeri, Przybyła-Basista, 2018), co może prowadzić do unikania interkacji społecznych, ale też do zachowań autodestrukcyjnych, takich jak rygorystyczne diety, nadmierna aktywność fizyczna czy samookaleczenia, a w skrajnych przypadkach nawet prób samobójczych (Ross, Gowers, 2011; Kułak-Bejda i in., 2017). Ponadto, nieadekwatny obraz ciała sprzyja występowaniu objawów dysmorfofobii, które charakteryzują się nadmiernym zaabsorbowaniem wyimaginowanymi defektami urody (Dębska-Ratuszniak, Kamińska-Winciorek, Śpiewak, 2012; Okonishnikova i in., 2021).

Okres ciąży, będący czasem intensywnych zmian fizycznych, również wpływa na postrzeganie własnego ciała. Kobiety w ciąży, w porównaniu do bezdzietnych, częściej pozytywnie oceniają swoje ciało (Mańkowska, Steuden, 2021). Wyniki badań sugerują, że kobiety oczekujące dziecka mogą większą wagę przywiązywać do zdrowia i ochrony potomstwa niż do własnego wyglądu (Topół-Pamuła, Schier, 2017). Ponadto, zmiany sylwetki wynikające z ciąży nie wpływają znacząco na ogólną samoocenę wyglądu ani na satysfakcję z niego. Machaj i Stankowska (2011) zauważają, że kobiety w ciąży postrzegają siebie jako

atrakcyjne, co może wiązać się ze zmianą priorytetów i koncentrowaniem się na roli przyszłej matki (Sikorska, 2010). Według Schier (2010), aby zrozumieć percepcję własnego ciała, należy uwzględnić całokształt cielesnych doświadczeń, zarówno tych powierzchownych, jak i wewnętrznych, a także fizjologiczne aspekty funkcjonowania organizmu, takie jak odżywianie, które odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia. W kontekście ciąży kwestie związane z wyglądem mogą ustępować miejsca dbałości o zdrowie dziecka. Niemniej jednak, presja wywierana przez media społecznościowe, promujące nierealistyczne standardy sylwetki, może negatywnie oddziaływać na postrzeganie własnego ciała, szczególnie, jak pokazały badania, wśród bezdzietnych kobiet, narzucając im bezwzględne normy posiadania idealnej sylwetki (Mańkowska, Steuden, 2021).

Do tego obrazu trudności wcześniej czy później dochodzi decyzja o wyborze przez matkę sposobu porodu. Jak pokazuje przegląd badań, cesarskie cięcie, choć często niezbędne z medycznego punktu widzenia, może wpływać na samoocenę matek w sposób odmienny od porodu tradycyjnego poprzez:

- postrzeganie go jako mniej „naturalnego”;
- dłuższą rekonwalescencję i związane z tym potencjalne komplikacje zdrowotne;
- ograniczenia fizyczne po operacji;
- postrzeganie go jako mniej wartościowego.

Należy jednak zaznaczyć, że dla wielu kobiet świadomość, że cesarskie cięcie było konieczne dla zdrowia ich i dziecka, może stać się źródłem ulgi i pozytywnego wpływu na samoocenę, a uznanie, że podjęły właściwą decyzję medyczną, może wzmacniać ich poczucie odpowiedzialności i kompetencji (Harasim-Piszczatowska i Krajewska-Kułak, 2021).

Każda kobieta ma unikalne doświadczenia, związane z porodem, które wpływają na nią jako osobę. Trudno jednoznacznie stwierdzić, że jeden sposób porodu jest lepszy od drugiego pod względem wpływu na samoocenę, ponieważ wiele zależy od niezliczonych czynników

wynikających z kontekstu osobistego czy medycznego. Ponadto warto podkreślić, że samoocena nie jest stała czy nieodwracalna i może się zmieniać w odpowiedzi na doświadczenia życiowe, sukcesy i porażki. Podobnie jak adaptacja do nowej roli matki, jest ona jest procesem złożonym, w którym zasoby indywidualne i społeczne odgrywają kluczową rolę. Temperament, osobowość, prężność oraz jakość relacji z partnerem są czynnikami wpływającymi na to, jak kobieta poradzi sobie w tym wyjątkowym okresie życia (Komorowska, 2022).

I.13.1. Wymiary samooceny

Integracja Tożsamości, Obronne Wzmacnianie Samooceny, Samokontrola, Samoakceptacja Moralna, Atrakcyjność Fizyczna oraz Witalność - spośród wielu innych składowych samooceny, wydają się być istotnymi elementami, które współdziałają w kształtowaniu i podtrzymywaniu konstruktywnego i adekwatnego obrazu siebie oraz dobrostanu psychicznego jednostki.

Integracja Tożsamości odnosi się do procesu, w którym jednostka integruje różnorodne aspekty swojej osobowości, doświadczeń życiowych oraz wartości w spójną, jednolitą całość. Jest to dynamiczny proces rozwoju, który nie tylko obejmuje identyfikację się z różnymi rolami społecznymi, zawodowymi czy osobistymi, ale także adaptację do zmieniających się warunków życiowych. Kluczowe dla integracji tożsamości są:

- kontynuacja tożsamości (utrzymywanie spójności wewnętrznej w obliczu zmian);
- synteza tożsamości (łączenie różnych aspektów tożsamości w spójną całość);
- adaptacyjność tożsamości (zdolność do dostosowania się do nowych sytuacji zachowując integralność osobowości) (Epstein, 1973).

Obronne Wzmacnianie Samooceny to z kolei zbiór strategii i mechanizmów obronnych, które jednostka stosuje w celu utrzymania lub poprawy poczucia własnej wartości i samoakceptacji. Te mechanizmy mogą obejmować identyfikację się z pozytywnymi cechami,

zracjonalizowanie niepowodzeń, projekcję negatywnych cech na innych oraz inne strategie zmniejszające zagrożenia dla ego (Taylor, 2014). Obronne Wzmacnianie Samooceny może też prowadzić do nadmiernej obronności lub nieświadomych mechanizmów, które z kolei mogą utrudniać głębsze samopoznanie i rozwój osobisty (Fecenec, 2016).

Samokontrola jest kluczowym aspektem zdolności osoby do monitorowania i regulowania swoich myśli, emocji i zachowań poprzez zdolność do zarządzania emocjami. Samokontrola wpływa na samoocenę poprzez umożliwienie jednostce poczucia własnej skuteczności, samodyscypliny oraz zdolności do osiągania pozytywnych rezultatów życiowych (Taylor, 2014).

Samoakceptacja Moralna to akceptacja i stosowanie własnych moralnych standardów oraz wartości. Obejmuje ona konsystencję moralną, czyli zgodność postaw i zachowań z deklarowanymi wartościami, oraz odpowiedzialność moralną za własne decyzje i ich skutki dla innych. Samoakceptacja moralna ma istotne znaczenie dla wewnętrznej spójności jednostki oraz jej poczucia integralności i etycznego kierunku życia.

Kolejnym wymiarem, ważnym dla samooceny wydaje się być Atrakcyjność Fizyczna. Odnosi się ona do subiektywnej oceny własnego wyglądu zewnętrznego. I chociaż pozornie wydawać się może powierzchownym aspektem, ma istotny wpływ na samoocenę jednostki, bowiem postrzeganie siebie jako osoby atrakcyjnej lub nieatrakcyjnej może wpływać na pewność siebie w relacjach interpersonalnych i społecznych, a tym samych na obraz JA.

Wreszcie wymienić można Witalność, która odnosi się do ogólnego poziomu energii, zdrowia fizycznego i psychicznego oraz entuzjazmu życiowego. Jest to istotna składowa dla ogólnego dobrostanu jednostki i jej zdolności do efektywnego funkcjonowania w codziennym życiu. Pozytywne samopoczucie fizyczne i emocjonalne pomaga mierzyć się z trudnościami i wzmacnia motywację do działania (Niemczyk, 2009).

Wszystkie te czynniki razem przyczyniają się do kształtowania i utrzymania zdrowego Ja. Ich zrozumienie jest ważne zarówno dla pracy terapeutycznej, jak i osobistego rozwoju, ponieważ mogą stanowić punkt wyjścia do budowania silniejszej, bardziej zintegrowanej tożsamości. W procesie terapeutycznym, identyfikacja i praca nad tymi aspektami może prowadzić do głębszej samoświadomości oraz większej odporności emocjonalnej. Z kolei w codziennym życiu, świadome rozwijanie tych elementów działa wspierająco na rozwój osobisty i pomaga w osiąganiu pełniejszego, bardziej satysfakcjonującego życia.

Rozszerzając jednak tę analizę w kontekście planowanych badań matek i rodzaju porodu, na jaki się decydują, możemy suponować, jak te koncepcje mogą wpływać na doświadczenia kobiet w trakcie ciąży, porodu i połogu: Integracja Tożsamości odnosi się do procesu, w którym kobieta harmonizuje swoje nowe role i identyfikuje się jako matka w kontekście dotychczasowych aspektów swojej tożsamości, takich jak kariera zawodowa, zainteresowania czy życie osobiste. To dynamiczny proces, który wymaga adaptacji i zmian w percepcji samej siebie. Stabilna integracja tożsamości pomaga kobiecie czuć się pewniej w nowej roli, podczas gdy niepowodzenie w tym obszarze może prowadzić do niepewności, konfliktów tożsamościowych oraz problemów zdrowotnych (Sikorska, 2009). Obronne Wzmacnianie Samooceny obejmuje strategie, które pomagają kobiecie utrzymać poczucie wartości i samoakceptacji w obliczu zmian cielesnych i emocjonalnych związanych z ciążą i porodem. Odgrywa ono w tym procesie istotną, adaptacyjną rolę (Basińska i Wędzińska, 2014). Samokontrola natomiast wzmacnia zdolność kobiety do monitorowania i regulowania swoich myśli, emocji oraz zachowań w kontekście macierzyństwa. Zarządzanie emocjami, kontrola impulsów oraz planowanie i wykonywanie działań zgodnych z osobistymi wartościami są kluczowe dla efektywnego funkcjonowania jako matki. Właściwa samokontrola pomaga kobiecie radzić sobie z stresem, zmniejsza ryzyko depresji poporodowej oraz wspiera stabilność psychiczną i emocjonalną w okresie połogu (Zalewska, 2003).

Samoakceptacja Moralna wydaje się z kolei istotna dla kształtowania nowych wartości i norm moralnych związanych z macierzyństwem. Kobieta musi zintegrować swoje dotychczasowe przekonania moralne z nowymi obowiązkami i wyzwaniami, takimi jak opieka nad dzieckiem czy zmiany w relacjach rodzinnych. Konsystencja moralna oraz zdolność do podejmowania decyzji zgodnych z własnym sumieniem wspierają poczucie integralności i autonomii w nowej roli matki. Z kolei komponenty takie jak Atrakcyjność Fizyczna i Witalność, czyli subiektywne postrzeganie własnego wyglądu oraz ogólny poziom energii i psychofizycznego zdrowia, są kluczowe dla ogólnego samopoczucia kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu.

Rozdział II. Metodologia badań własnych

W poniższym rozdziale zostanie przedstawiony problem badawczy, hipotezy i cele pracy, a także zostaną opisane zastosowane metody badawcze i scharakteryzowana badana grupa. Umożliwi to analizę i interpretację wyników badań własnych, która jest zawarta w kolejnych rozdziałach.

II.1. Problem badawczy

Problem badawczy podjęty w przedmiotowych badaniach dotyczy zależności pomiędzy sposobem rodzenia, samooceną kobiety jako matki, a podatnością na obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni.

W niniejszych badaniach samoocena kobiety jako matki będzie definiowana:

- w wymiarze osobowościowym, ze szczególnym uwzględnieniem samokontroli oraz zaufania do siebie;
- w wymiarze Ogólnej Samooceny i wybranych jej komponentów, takich jak: Samokontrola, Samoakceptacja Moralna, Atrakcyjność Fizyczna, Witalność oraz Obronne Wzmacnianie Samooceny.

Podatność na obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni zobrazowana będzie za pomocą tzw. *chmury słów*, czyli najczęściej pojawiających się negatywnych komentarzy na forach internetowych i mających odniesienie do rodzaju porodu wybranego przez matki. Podatność na obraźliwe zachowania w sieci zoperacjonalizowano za pomocą pytania zawartego w ankiecie „*Czy spotkała się Pani w Internecie z negatywnymi treściami, które Pani zdaniem miały krzywdzący wydźwięk w temacie wybranego sposobu porodu?*”. Odpowiedzi udzielono w 5 stopniowej skali (1-nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 bardzo często).

II.2. Zmienne, operacjonalizacja i wskaźniki

W niniejszych badaniach występuje wiele zmiennych, takich jak: samoocena i jej wybrane komponenty, podatność na obraźliwe zachowania w przestrzeni wirtualnej, sposób porodu wybrany przez matki, prężność psychiczna i jej czynniki, wysoko wrażliwa osobowość, lęk, depresja poporodowa, style przywiązaniowe oraz wybrane zmienne socjodemograficzne. W związku z tym posłużono się pięcioma rodzajami analiz zebranego materiału. Zostały wykorzystane statystyczne analizy różnicowe (test t-Studenta, test Anova), korelacyjne, regresyjne oraz analiza mediacji. Autorka przyjęła, że zmienna wyjaśniana/zależna to samoocena matki i jej wybrane komponenty (Ogólna Samoocena, Samokontrola, Samoakceptacja Moralna, Atrakcyjność Fizyczna, Witalność , Integracja Tożsamości oraz Obronne Wzmacnianie Samooceny). Jako zmienne niezależne/wyjaśniające przyjęto podatność na obraźliwe zachowania w przestrzeni wirtualnej, sposób porodu wybrany przez matki, wysoko wrażliwą osobowość, depresję poporodową, style przywiązaniowe oraz wybrane zmienne socjodemograficzne. Jako zmienną pośredniczącą ujęto prężność psychiczną i jej czynniki oraz lęk.

Wybrane zmienne nie są bezpośrednio obserwowalne, więc niezbędna stała się ich właściwa operacjonalizacja. Brzeziński (2003) podkreśla, że wskaźnik musi być zawsze czymś konkretnym dostrzegalnym, często przybiera on postać odpowiedzi udzielanych przez badanych w ramach testów psychologicznych. Taką strategię metodologiczną zastosowano także w przeprowadzonych badaniach. Zmienne, wskaźniki i ich operacjonalizacje przedstawiono w tabeli 1.

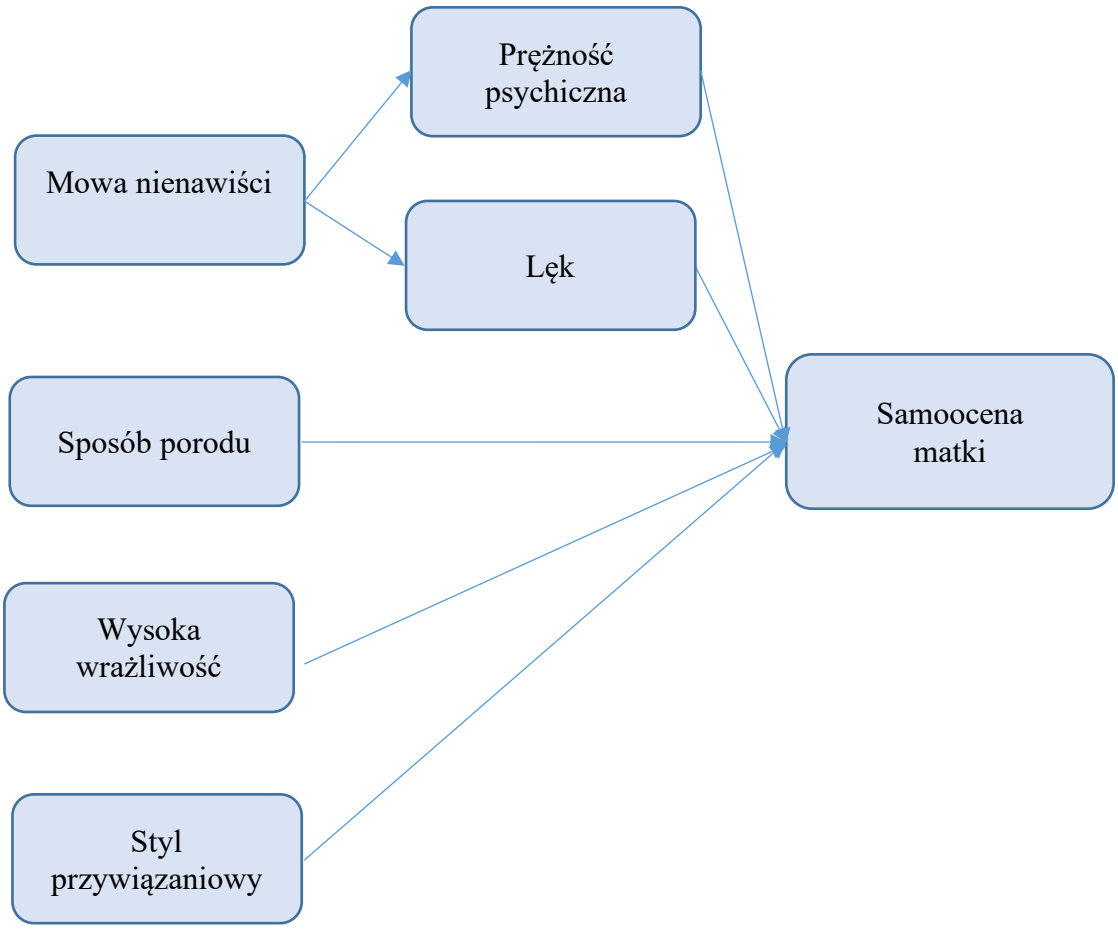
Tabela 1

Operacjonalizacja i wskaźniki zmiennych

Rodzaj zmiennej	Zmienne	Wskaźniki	Narzędzia
niezależna/ wyjaśniająca	Zmienne socjodemografi-czne	- wiek - wykształcenie - miejsce zamieszkania	Ankieta socjodemografi-czna wypełniana przez osoby badane
niezależna/ wyjaśniająca	Depresja	Depresja Poporodowa	EPDS Edynburska Skala Depresji Poporodowej
niezależna/ pośrednicząca	Lęk	Lęk jako cecha	STAI
niezależna/ pośrednicząca	Ego-Resilency	Prężność Psychiczna Czynnik: Optymalna Regulacja Otwartość na życiowe doświadczenie	ER89-R12
zmienna niezależna	Styl przywiązaniowy	Styl bezpieczny Styl lękowo - ambiwalentny Styl unikowy	KSP Style przywiązaniowe kobiet
niezależna/ wyjaśniająca	Sposób porodu	- urodzenie dziecka siłami natury - urodzenie dziecka przez cesarskie cięcie	Ankieta
niezależna/ wyjaśniająca	Mowa nienawiści	Podatność na obraźliwe zachowania w przestrzeni wirtualnej	Chmura Słów stworzona w programie WordItOut, na podstawie analizy social mediów -Brand24

niezależna/ wyjaśniająca	Wrażliwość	Wysoko Wrażliwa Osobowość	HSPS Test Highly Sensitive Person
zależna/ wyjaśniana	Samoocena matki	- Ogólna Samoocena - Samokontrola - Samoakceptacja Moralna - Atrakcyjność Fizyczna - Witalność - Integracja Tożsamości - Obronne Wzmacnianie Samooceny	MSEI Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny

Dla tak postawionego głównego problemu badawczego proponuje się mediacyjno-regresyjny model strukturalny, wyjaśniający zależności pomiędzy predyktorami, a zmienną zależną (Rysunek 1).



Rysunek 1 Mediacyjno-regresyjny model strukturalny

Źródło: Opracowanie własne.

II.3. Pytania badawcze

W związku dokonanym przeglądem literatury, a także z przyjętymi założeniami oraz założeniami dotyczącymi analizy statystycznej, sformułowano główne pytanie badawcze, które brzmi następująco: ***Czy obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni kształtują samoocenę matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka i poziomu wrażliwości?***

W procedurze badawczej uwzględniono także dodatkowe zmienne niezależne, takie jak: wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania.

Pytania badawcze sformułowano następująco:

Pytanie badawcze pierwsze:

1. Czy obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni kształtują samoocenę kobiety jako matki?

Pytania szczegółowe:

1.1. Czy mowa nienawiści jest predyktorem Ogólnej Samooceny matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

1.2. Czy mowa nienawiści jest predyktorem Samokontroli matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

1.3. Czy mowa nienawiści jest predyktorem Samoakceptacji Moralnej matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

1.4. Czy mowa nienawiści jest predyktorem Atrakcyjności Fizycznej matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

1.5. Czy mowa nienawiści jest predyktorem Witalności matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

1.6. Czy mowa nienawiści jest predyktorem Integracji Tożsamości matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

1.7. Czy mowa nienawiści jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

Pytanie badawcze drugie:

Czy prężność psychiczna pośredniczy pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną kobiet wybierających dany rodzaj porodu?

Pytanie badawcze trzecie:

Czy lęk pośredniczy pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci a samooceną kobiet wybierających dany rodzaj porodu?

Pytanie badawcze czwarte:

Czy wysoka wrażliwość i podatność na obraźliwe zachowania w sieci różnicuje matki ze względu na poziom samooceny?

Pytanie badawcze piąte:

Czy sposób porodu różnicuje matki ze względu na poziom wrażliwości i podatność na obraźliwe zachowania w sieci?

Pytanie badawcze szóste:

Czy rodzaj porodu różnicuje poziom stylu przywiązaniowego matki?

Pytanie badawcze siódme:

Czy wybrane zmienne demograficzne różnicują matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

Pytania szczegółowe:

7.1. Czy zmienna demograficzna wiek różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

7.2. Czy zmienna demograficzna wykształcenie różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

7.3. Czy zmienna demograficzna miejsce zamieszkania różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka?

II.4. Hipotezy badawcze

Analiza dostępnej literatury umożliwia sformułowanie głównych i szczegółowych hipotez badawczych odpowiadających zadawanym pytaniom badawczym.

HIPOTEZA GŁÓWNA H.1.

Zgodnie z teorią Epsteina zachowania społeczne są deskryptywnymi i ewaluatywnymi sądami, które składają się na zbiór hipotez o sobie, poczucie własnej wartości i samowiedzy, a te afektywnie nasycone sądy określa się mianem samooceny (Ferenc, 2016). Jak pokazują badania, osoby z niską samooceną są bardziej podatne na wpływ i perswazję, są niepewne, spodziewają się porażek, a także charakteryzują się zewnętrznym poczuciem kontroli (Baumeister i in. 2003; Leary i in. 1999; Neiss i in. 2006).

H.1. Obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni obniżają poziom samooceny kobiety jako matki ze względu na poród przez cesarskie cięcie.

Hipotezy szczegółowe dla hipotezy H.1:

H.1.1. Mowa nienawiści jest predyktorem niskiej Ogólnej Samooceny matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

H.1.2. Mowa nienawiści jest predyktorem obniżonej Samokontroli matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

H.1.3. Mowa nienawiści jest predyktorem niskiej Samoakceptacji Moralnej matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

H.1.4. Mowa nienawiści jest predyktorem zaniżonego poczucia Atrakcyjności Fizycznej matek.

H.1.5. Mowa nienawiści jest predyktorem obniżonej Witalności matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

H.1.6. Mowa nienawiści jest predyktorem obniżonej Integracji Tożsamości matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

H.1.7. Mowa nienawiści jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

HIPOTEZA GŁÓWNA H.2.

Jak wskazują badania, dla prawidłowego kształtowania poziomu samooceny, prężność psychiczna (która przejawia się jako umiejętność do samoregulacji) jest czynnikiem budującym poziom optymizmu, spokoju, ogólnej energii życiowej, wpływa na lepszą kontrolę emocji i zachowań oraz silne poczucie własnej skuteczności (Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz, 2013). Ego-resiliency jest definiowane jako dynamiczny proces odrywania się od negatywnych wydarzeń życiowych, elastyczne korzystanie z własnych zasobów i pozytywna adaptacja w niesprzyjających warunkach, który reguluje odporność pomimo niekorzystnych okoliczności (Kołodziej-Zaleska, Przybyła-Basista, 2018).

H.2. Prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną kobiet wybierających dany rodzaj porodu.

HIPOTEZA GŁÓWNA H.3.

Badania potwierdzają współzależność samooceny i lęku – osoby z wysoką samooceną wykazują jednocześnie niski poziom lęku (Newbegin i Owens, 1996; Scheier, Carver i Bridges 1994). W literaturze dotyczącej samooceny jest kilka dużych nurtów badawczych podejmujących watek zależności pomiędzy samooceną, a lękiem, które jednoznacznie wskazują na samoocenę jako mechanizm współzależny od lęku (np. teoria opanowania trwogi (Pyszczyński i in., 2004) lub „teoria socjometryczna" (Baumaeister i Tice,1190; Leary,1999).

H.3. Lęk pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną kobiet wybierających dany rodzaj porodu.

HIPOTEZA GŁÓWNA H.4.

Opierając się na koncepcji Le Doux (Le Doux, 2017) wrażliwość można określić jako próg rejestracji bodźców pochodzących ze środowiska zewnętrznego (w tym społecznego), a także ze środowiska wewnętrznego organizmu, głębokość i sposób przetwarzania tych bodźców oraz wzbudzanie przez nie świadomych, głównie emocjonalnych doznań. Badania wskazują również na związek pomiędzy wysoką wrażliwością, a samoceną (Kabzińska, 2017).

H.4. Wysoka wrażliwość i podatność na obraźliwe zachowania w sieci różnicuje matki ze względu na poziom samooceny.

HIPOTEZA GŁÓWNA H.5.

W literaturze spotykamy się z różnymi czynnikami różnicującymi natężenie zdarzeń stresowych, wynikających z braku wsparcia i akceptacji ze środowiska zewnętrznego, takich jak negatywne, nieprzyjemne odczucia, smutek i niepokój, podatność na reagowanie depresją i większą koncentrację na własnej osobie (co cechuje również osoby wysoko wrażliwe) (Żelazkowska, 2016).

H.5. Sposób porodu różnicuje matki ze względu na poziom wysokiej wrażliwości i podatność na obraźliwe zachowania w sieci.

HIPOTEZA GŁÓWNA H.6.

Twórca teorii przywiązania, Bowlby (1980) podkreślał adaptacyjną funkcję więzi i roli wczesnych doświadczeń w kształtowaniu się tzw. zasobów jednostki (Goldberg, 2000), od których zależy późniejsza jakość funkcjonowania w relacjach interpersonalnych i utrzymywanie pozytywnej reprezentacji siebie (Plopa, 2006).

H.6. Rodzaj porodu różnicuje poziom stylu przywiązaniowego matki. Matki rodzące w sposób naturalny wykazują wyższy poziom stylu bezpiecznego i niższy poziom stylu lękowo – ambiwalentnego i unikowego niż matki rodzące poprzez cesarskie cięcie.

HIPOTEZA GŁÓWNA H.7.

H.7. Wybrane zmienne demograficzne różnicują matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

Hipotezy szczegółowe dla hipotezy H.7:

H.7.1. Zmienna demograficzna wiek różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

H.7.2. Zmienna demograficzna wykształcenie różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

H.7.3. Zmienna demograficzna miejsce zamieszkania różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

II.5. Metody badawcze

II.5.1. Skala Prężności Psychicznej Ego - Resilency Scale (ER89-R12)

Prężność psychiczna była badana za pomocą Skali Prężności Psychicznej. Ego ER89-R12 jest dobrze znanym narzędziem do oceny odporności ego. Oryginalny kwestionariusz (Block i Kremen, 1996) zawiera 14 stwierdzeń i posiada strukturę jednoczynnikową. Zastosowana w niniejszych badania wersja kwestionariusza (ER89-R12) została skrócona i zawiera ostatecznie 12 pozycji. W oparciu o przeprowadzone badania, autorki polskiej adaptacji (Kołodziej-Zaleska i Przybyła-Basista, 2018) rekomendują pomiar prężności psychicznej właśnie za pomocą narzędzia ER89-R12. Badani udzielają odpowiedzi na stwierdzenia w czterostopniowej skali: „*Nie odnosi do mnie w ogóle”* (1pkt), „*Trochę się do*

mnie odnosi, jeśli w ogóle" (2pkt), „*Raczej się do mnie odnosi*" (3 pkt), „*Odnosi się do mnie bardzo silnie*„ (4 pkt). Skala prężności psychicznej składa się z dwóch podskal: Optymalna Regulacja (OR) oraz Otwartość na Doświadczenie (OL). Wynik ogólny otrzymuje się poprzez zsumowanie odpowiedzi ze wszystkich stwierdzeń. Minimalny wynik ogólny to 12, a maksymalny 48. Podskala Optymalna Regulacja (OR) składa się z 8 itemów. Wynik w tej podskali stanowi sumę punktów uzyskanych w stwierdzeniach 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12. Minimalny wynik to 8 a maksymalny 32. Podskalę Otwartość na Doświadczenie (OL) tworzą 4 itemy. Wynik w tej podskali to suma punktów uzyskanych w stwierdzeniach 6, 7, 8, 9. Minimalny wynik to 4, a maksymalny 16.

Narzędzie ma zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność całej skali wynosi α Cronbacha=.802. Rzetelność podskali Optymalna Regulacja (OR) wynosi α Cronbacha=.773, natomiast podskali Otwartość na Doświadczenie (OL) α Cronbacha=.590 (Kołodziej-Zaleska i Przybyła-Basista, 2018).

Skala ta była wielokrotnie wykorzystywana w badaniach z obszaru bliskich więzi, małżeństwa i rodziny, psychologii zdrowia, psychologii klinicznej, psychoonkologii czy psychologii prenatalnej.

II.5.2. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS)

W celu zbadania depresji poporodowej wykorzystana została Edynburska Skala Depresji Poporodowej EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS). EPDS jest najczęściej wykorzystywanym narzędziem do rozpoznawania objawów depresji poporodowej. Służy do oceny samopoczucia w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie (Cox i in., 1987). Badanie może być powtarzane w kolejnych tygodniach i miesiącach po urodzeniu dziecka w celu oszacowania samopoczucia osoby badanej. EPDS jest krótką skalą – składa się z 10 twierdzeń opisujących różne aspekty samopoczucia kobiety, takich jak: anhedonia (twierdzenie 1 i 2), poczucie winy (twierdzenie 3), niepokój (twierdzenie 4), ataki paniki (twierdzenie 5),

przemęczenie/przeładowanie (twierdzenie 6), zaburzenia snu (twierdzenie 7), smutek/przygnębienie (twierdzenie 8), płaczliwość (twierdzenie 9) oraz myśli samobójcze (twierdzenie 10) (Beck, Indman, 2005). Badana ustosunkowuje się do każdego z tych twierdzeń poprzez wybranie jednej z czterech możliwych odpowiedzi. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 3 punktów. Suma wszystkich uzyskanych punktów składa się na wynik ogólny (maksymalnie 30 punktów). Im wyższy jest wynik, tym wyższy wskaźnik depresji poporodowej u badanej osoby. Autorzy przyjmują za wartość graniczną, świadczącą o podwyższonym wskaźniku depresji, wynik 12/13 punktów, przyznając jednak, że część specjalistów wykazuje czujność nawet w przypadku wyników niższych o kilka punktów (Cox, Holden, 2003; Lanes i in., 2011). Podkreślają też, że należy zwrócić szczególną uwagę w sytuacji, gdy kobieta wysoko ocenia obecność myśli samobójczych, nawet wówczas, gdy ogólny wynik EPDS jest niski (Cox, Holden, 2003). Chrzan-Dętkoś i współpracownicy (2012) zalecają też rozważne interpretowanie uzyskanych wyników w EPDS, albowiem narzędzie nie pozwala na różnicowanie zaburzeń nastroju u kobiet po porodzie z innymi zaburzeniami psychicznymi. Narzędzie ma dobre właściwości psychometryczne. W badaniach oryginalnych czułość wyniosła 86%, swoistość 78%, zaś współczynnik rzetelności alfa Cronbacha .88. Autorzy skali EPDS oraz British Journal of Psychiatry posiadające prawa autorskie do narzędzia wyrażają zgodę na wykorzystywanie i powielanie narzędzia pod warunkiem powoływania się na źródło (Cox i in., 1987).

II.5.3. Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Polska wersja Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku jest oparta na amerykańskim narzędziu State Traite Anxiety Inventory (STAI), opracowanym przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a (1970) Jego twórcami są Strelau, Tysarczyk i Wrześniewski (1987).

Test STAI składa się z dwóch odrębnych części, z każdą zawierającą 20 stwierdzeń. Pierwsza część (X-1) służy do oceny aktualnego poziomu lęku jako stanu emocjonalnego, jest

to narzędzie o wysokiej czułości, które pozwala na śledzenie zmian w lęku nawet w krótkich odstępach czasowych. Druga część (X-2) mierzy lęk jako cechę osobowości.

Badany wybiera jedną z czterech możliwych odpowiedzi w stosunku do każdego stwierdzenia. Dla części poświęconej lękowi jako stan możliwe odpowiedzi to: „*zdecydowanie nie*" (1 pkt), „*raczej nie*" (2 pkt), „*raczej tak*" (3 pkt) i „*zdecydowanie tak*" (4 pkt). Odpowiedzi udzielone na stwierdzenia 1,2, 3, 5, 8, 10, 11, 15 16, 19 i 20 są traktowane jako odpowiedzi tzw. odwrócone, czyli punkty oblicza się w kolejności odwrotnej: „*zdecydowanie nie*" (4 pkt), „*raczej nie*" (3 pkt), „*raczej tak*" (2 pkt) i „*zdecydowanie nie*" (1 pkt). W przypadku pomiaru lęku jako cechy osobowości możliwe odpowiedzi przez badanych to: „*prawie nigdy*" (1 pkt), „*czasem*" (2 pkt), „*często*" (3 pkt), „*prawie zawsze*" (4 pkt). Odpowiedzi udzielone na stwierdzenia 21,26, 27, 30, 33, 36 i 39 są również traktowane jako odpowiedzi tzw. odwrócone, czyli punkty oblicza się w kolejności odwrotnej: „*prawie nigdy*" (4 pkt), „*czasem*" (3 pkt), „*często*" (2 pkt), „*prawie zawsze*" (1 pkt). Sumując punkty uzyskane z poszczególnych odpowiedzi, można określić poziom lęku, który może wynosić od 20 do 80 punktów dla każdej części testu. Wyższe wyniki punktowe wskazują na wyższy poziom lęku.

Narzędzie posiada bardzo dobre walory psychometryczne. Alfa Cronbacha waha się od 0,83 do 0,92 dla obu wskaźników zarówno w oryginalnym badaniu w USA, jak i w polskich adaptacjach, co świadczy o bardzo wysokiej rzetelności narzędzia.

II.5.4. Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych (KSP)

Style przywiązaniowe zostały zbadane za pomocą Kwestionariusza Stylów Przywiązaniowych KSP Plopy (2008). Kwestionariusz składa się z 24 itemów, które obejmują 3 skale (w skład każdej wchodzi po 8 stwierdzeń). Dają one możliwość wyłonienia trzech stylów przywiązaniowych: bezpiecznego, lękowo-ambiwalentnego oraz unikowego. Kwestionariusz KSP służy do badania stylu przywiązania partnera w związku, zgodnie

z typologią Shavera i Hazana (1987), która rozróżnia trzy style przywiązania: bezpieczny, lękowo-ambiwalentny i unikowy.

Styl bezpieczny charakteryzuje się wysokim poziomem satysfakcji z związku, przekonaniem o dostępności partnera jako wsparcia w trudnych sytuacjach, swobodną komunikacją i wyrażaniem uczuć oraz brakiem poczucia krępującej zależności.

Styl lękowo-ambiwalentny cechuje niepokój co do trwałości związku, stała czujność i obawy, ambivalentne odczucia wobec partnera jako źródła niepokoju lub niepewności.

Styl unikowy manifestuje się brakiem zainteresowania bliskością, unikaniem kontaktu emocjonalnego z partnerem, budowaniem granic i kontroli w związku oraz dyskomfortem wobec okazywania uczuć przez partnera.

Stwierdzenia dotyczące różnych stylów przywiązania zostały wymieszane, aby uniknąć odpowiedzi z jednego wymiaru zamieszczonych po sobie. Oznacza to, że badani równolegle oceniają występowanie wszystkich trzech stylów w swoim zachowaniu, jednak konstrukcja pytań wyklucza jednoczesne uzyskanie wysokich wyników na wszystkich trzech skalach.

Wyniki surowe są przeliczane na steny, z osobnymi normami dla mężczyzn i kobiet. Przykładowe stwierdzenia z kwestionariusza obejmują kwestie dotyczące łatwości wyrażania uczuć wobec partnera oraz obaw o reakcje partnera na chęć zbliżenia. Badani swój stosunek do każdego ze stwierdzeń wchodzących w skład kwestionariusza wyrażają na 7 - stopniowej skali, gdzie 1 oznacza – „*zdecydowanie się nie zgadzam*”, zaś 7 – „*zdecydowanie się zgadzam*”. Poszczególne stwierdzenia odnoszą się do emocji oraz odczuć jakie towarzyszą badanej osobie będącej w bliskiej relacji z partnerem (romantycznej). Wyniki jakie uzyskują osoby badane należy traktować odrębnie w przypadku każdej ze skal. W kwestionariuszu do obliczania wyników zastosowano skalę stenową, dla której normy opracowane zostały osobno dla kobiet i mężczyzn. Rzetelność poszczególnych wymiarów kwestionariusza utrzymuje się na poziomie wysokim. Obliczono bowiem wskaźnik α Cronbacha dla każdej

z nich, i tak dla stylu bezpiecznego wynosił =.91, lękowo-ambiwalentnego = .78 oraz unikowego = .80 (Plopa, 2008).

II.5.5. Kwestionariusz Wysoko Wrażliwej Osoby (Test Highly Sensitive Person, HSPS)

Skala Wysoce Wrażliwej Osoby (HSPS) składa się z 27 pytań (skala odpowiedzi: 0 - nie, 1 – tak) i została skonstruowana przez Arona i Arona (1997) do pomiaru wrażliwości przetwarzania sensorycznego, rozumianego jako wysoki poziom wrażliwości sensorycznej i związaną z nią pobudliwość. W serii 7 badań, w których wykorzystano różne miary i próbki ustalono, że wydają się istnieć dwie odrębne grupy wysoce wrażliwych osób. Jedna z nich (mniej liczna) to grupa osób nacechowana nieszczęśliwym dzieciństwem i pokrewnymi zmiennymi. Druga grupa (bardziej liczna) cechuje się wrażliwością, która moderuje (przynajmniej w przypadku mężczyzn), stosunek środowiska rodzinnego do posiadania nieszczęśliwego dzieciństwa. Analiza wykazała odpowiednią wiarygodność i treść, trafność zbieżną i dyskryminacyjną dla HSPS. Wersję 27-punktowa cechuje rzetelność spójności wewnętrznej (alfa) na poziomie .87 i .85, skala posiada dobrą trafność treści pod względem konceptualizacji wysokiej czułości, która implikuje łatwość nadmiernego pobudzenia oraz wysoki poziom wrażliwości na subtelne bodźce. Autorzy badań wysoką wrażliwość rozumieją jako strategię dokładnego przetwarzania informacji i ostrożnego zachowania przed podjęciem działań. Badania pokazują, że dokładne i głębokie przetwarzanie subtelności, dostrzeganie groźnych sygnałów i niepokojących szczegółów, szczególnie u osób wychowywanych w mało wspierającym otoczeniu, może stać się przyczyną lęku, nieśmiałości i depresji. Bardzo wysoka wrażliwość przetwarzania sensorycznego (*SPS, Sensory Processing Sensitivity*) w ujęciu Aron (2017) jest cechą uwarunkowaną genetycznie i stanowi połączenie zmiennych emocjonalnych i zmiennych biologicznych (wysoka wrażliwość, która jest związana z niskim progiem pobudzenia połączona z żywą emocjonalnością, głębokim przetwarzaniem i refleksyjnością)

Osoby te wobec wpływów środowiska są szczególnie responsywne (Aron i Aron, 1997). Opisanie konstruktu wysokiej wrażliwości ułatwia akronim DOES, oznaczający:

- D – *depth of processing* (głębię przetwarzania) jest takim sposobem przetwarzania informacji, w którym dochodzi do odwoływania się do wcześniejszych danych oraz integrowania ich z nowymi informacjami w celu rozpatrzenia różnic i wielu opcji koniecznych do podjęcia decyzji;
- O – *overstimulation* (przestymulowanie) jest związane z podwyższonym poziomem stresu, towarzyszącego osobom wysoko wrażliwym i wynika ze sposobu, w jaki przetwarzane są informacje. Odnosi się do odczuwania bodźców oraz zbytniej koncentracji na szczegółach. Głównie odnosi się do sytuacji interpersonalnych;
- E – *emotional reactivity* (reaktywność emocjonalna) łączy w sobie silne reagowanie emocjonalne zarówno na negatywne jak i pozytywne doświadczenia oraz wysoką empatię;
- S – *sensing the subtle* (wyczuwanie subtelności) wynika ze szczególnej wrażliwości zmysłowej na dostrzeganie niuansów i różnicowanie znaczenia, dzięki czemu osoby wysoko wrażliwe pełniej postrzegają sytuacje społeczne (Gulla , 2021).

Opierając się na koncepcji LeDoux, który analizując strach i lęk, zwrócił uwagę na znaczenie procesów przetwarzania informacji o zagrożeniu (Le Doux, 2017) wrażliwość można określić jako próg rejestracji bodźców pochodzących ze środowiska zewnętrznego (w tym społecznego), a także ze środowiska wewnętrznego organizmu jako głębokość i sposób przetwarzania tych bodźców oraz wzbudzanie przez nie świadomych, głównie emocjonalnych doznań.

II.5.6. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI)

MSEI Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (O'Brien i Epstein, 2009) w polskiej adaptacji (Fecenec, 2016) jest przeznaczony do badania osób w wieku od 16 do 79 lat. Kwestionariusz jest obiektywnym, samoopisowym narzędziem służącym do pomiaru ogólnego poziomu samooceny i jej różnych aspektów samowartościowania. MSEI pozwala też ocenić spójność obrazu siebie, a także poziom aprobaty społecznej. Kwestionariusz obejmuje 116 pozycji podzielonych na 11 skal: Ogólna Samoocena, osiem komponentów samooceny, Integracja Tożsamości i Obronne Wzmacnianie Samooceny. W dziesięciu skalach znajduje się po 10 pozycji, w jedenastej (Obronnym Wzmacnianiu Samooceny) jest 16 pozycji.

W MSEI jako wielowymiarowym narzędziu służącym do pomiaru samooceny rozumianej jako złożona zmienna, na którą składa się wiele komponentów, użyto następujących skal:

- Ogólna Samoocena (OS) (*Global Self-Esteem*) to skala najbardziej podstawowa obrazująca ogólny wskaźnik wartościujących odczuć człowieka wobec samego siebie, gdzie badany pytany jest wprost o ocenę własnych wartości;
- Komponenty Samooceny (KS) (*Components Of Self-Esteem*) zawierają 8 szczegółowych obszarów samooceny, mających znaczący wpływ na obraz globalnego samowartościowania, takich jak:
  - Kompetencje (K), samoocena dotycząca szybkości uczenia się, własnej efektywności i posiadanych zdolności;
  - Bycie Kochanym (BK), samoocena w zakresie intymnych kontaktów z innymi osobami i bycia przez nich akceptowanym;
  - Popularność (P), samoocena dotycząca bycia lubianym i popularnym;

  - Zdolności Przywódcze (ZP), samoocena dotycząca kierowania ludźmi, wpływania na nich oraz dotycząca własnej asertywności;
  - Samokontrola (S), ocena własnego zdyscyplinowania, umiejętności panowania nad sobą i wytrwałości;
  - Samoakceptacja Moralna (SM), samoocena dotycząca zgodności własnego postępowania z wyznawanymi wartościami;
  - Atrakcyjność Fizyczna (AF), samoocena własnego wyglądu i atrakcyjności seksualnej;
  - Witalność (W), samoocena zdrowia i formy fizycznej.
- Integracja Tożsamości (IT) (*Identity Integration*) definiowana jako poczucie spójności Ja. Tu badany ocenia na ile odbiera siebie jako osobowość zintegrowaną;
- Obronne Wzmacnianie Samooceny (OWS) (*Defensive Self-Enhancement*). Skala służy kontrolowaniu zachowań koncentrujących badanego na ochronie czy podwyższaniu lub potwierdzaniu samooceny. Skala mierzy potrzebę aprobaty społecznej (*social desirability*) przez tendencję do zaprzeczania własnym wadom i przypisywania sobie rzadkich zalet (O'Brien i Epstein, 2009).

Na potrzebę niniejszych badań wybrano następujące komponenty samooceny, takie jak: Ogólna Samoocena (OS), Samokontrola (S), Samoakceptacja Moralna (SM), Atrakcyjność Fizyczna (AF), Witalność (W), Integracja Tożsamości (IT) oraz Obronne Wzmacnianie Samooceny (OWS) Każdy z tych komponentów odgrywa specyficzną rolę w procesie podejmowania decyzji przez kobietę o rodzaju porodu, a ich znaczenie zostało dobrze udokumentowane w badaniach nad zdrowiem psychicznym, poczuciem własnej wartości oraz zdolnością do samoregulacji.

- Ogólna Samoocena (OS) - jest kluczowym wskaźnikiem tego, jak jednostka ocenia swoją wartość jako osoby. Kobiety z wyższą samooceną częściej podejmują decyzje oparte na swoich preferencjach, a nie pod wpływem zewnętrznej presji społecznej czy medycznej. Badania sugerują, że wysoka samoocena wpływa na lepsze samopoczucie psychiczne i jest związana z większym poczuciem kontroli podczas ciąży oraz porodu. Kobiety z wysoką samooceną są również bardziej skłonne do aktywnego uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących porodu, co może wpłynąć na wybór między porodem naturalnym a cesarskim cięciem (Rosenberg, 1965).
- Samokontrola (S) czyli zdolność do regulowania emocji i zachowań, jest niezwykle ważna w kontekście radzenia sobie ze stresem związanym z ciążą i porodem. W sytuacjach, które wymagają podejmowania trudnych decyzji, takich jak wybór rodzaju porodu, wysoki poziom samokontroli może pomóc kobietom w zachowaniu spokoju i podejmowaniu bardziej przemyślanych decyzji. Badania wykazały, że osoby o wysokiej samokontroli są lepiej przygotowane do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, co może być szczególnie pomocne w kontekście porodu (Tangney i in., 2004).
- Samoakceptacja Moralna (SM) odnosi się do postrzegania siebie jako osoby etycznej i wartościowej moralnie. Wybór rodzaju porodu może być postrzegany jako decyzja o wymiarze etycznym, zwłaszcza w społeczeństwach, gdzie określone formy porodu (np. naturalny poród vs. cesarskie cięcie) są silnie osadzone w normach kulturowych. Kobiety mogą odczuwać presję moralną związaną z wyborem jednego rodzaju porodu nad innym, a samoakceptacja moralna może pomóc w złagodzeniu tych dylematów, pozwalając im na podjęcie decyzji zgodnej z własnym systemem wartości, a nie oczekiwaniami otoczenia (Schwartz, 2012).

- Atrakcyjność Fizyczna (AF) czyli postrzeganie swojego ciała i wyglądu, również może wpływać na decyzje dotyczące rodzaju porodu. W kontekście zmian fizycznych zachodzących w ciąży i po porodzie, kobiety często koncentrują się na swoim ciele, a ich postrzeganie atrakcyjności może wpływać na decyzję o wyborze porodu naturalnego lub cesarskiego cięcia. Badania pokazują, że kobiety bardziej zadowolone ze swojego wyglądu mogą być bardziej skłonne do wyboru porodu naturalnego, podczas gdy inne mogą preferować cesarskie cięcie ze względu na obawy związane z fizycznymi konsekwencjami porodu (Swami i in., 2010).
- Witalność (W) odnosi się do poczucia energii i zdrowia, co jest kluczowe w kontekście ciąży i porodu. Kobiety, które odczuwają wysoki poziom witalności, mogą być bardziej skłonne do wyboru porodu naturalnego, postrzegając siebie jako zdolne do radzenia sobie z fizycznymi wyzwaniami tego procesu. Z kolei kobiety, które doświadczają zmniejszonej witalności, mogą wybierać cesarskie cięcie jako mniej wyczerpującą alternatywę. Badania nad witalnością pokazują, że jest ona powiązana z ogólnym stanem zdrowia fizycznego i psychicznego, co ma istotny wpływ na wybory dotyczące porodu (Ryan i Frederick, 1997).
- Integracja Tożsamości (IT) czyli spójność między różnymi aspektami tożsamości jednostki, również może odgrywać istotną rolę w wyborze rodzaju porodu. Wysoki poziom integracji tożsamości oznacza, że kobieta jest w stanie podejmować decyzje zgodne z jej głębszymi przekonaniami, co może prowadzić do większej satysfakcji z wyboru rodzaju porodu. Badania pokazują, że kobiety, które mają silne poczucie tożsamości, są mniej podatne na wpływy zewnętrzne i bardziej skłonne do podejmowania autonomicznych decyzji (Berzonsky, 2011).
- Obronne Wzmacnianie Samooceny (OWS) odnosi się do mechanizmów, które jednostki stosują w celu ochrony swojej samooceny w obliczu zagrożenia. W kontekście

porodu, kobiety mogą stosować różne strategie obronne, aby utrzymać pozytywny obraz siebie, zwłaszcza jeśli ich decyzje spotykają się z krytyką. Na przykład, wybór cesarskiego cięcia może być postrzegany przez niektóre kobiety jako metoda zachowania kontroli i uniknięcia negatywnych ocen związanych z porodem naturalnym (Kernis i in., 1993).

Każdy z wybranych komponentów samooceny jest istotnym elementem, który wpływa na proces decyzyjny kobiety o rodzaju porodu. Samoocena, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, witalność, integracja tożsamości oraz Obronne Wzmacnianie Samooceny stanowią podstawowe aspekty psychologiczne, które kształtują postrzeganie siebie przez kobiety i ich zdolność do podejmowania świadomych decyzji dotyczących porodu.

Zeszyt odpowiedzi Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny (MSEI) jest podzielony na dwie części. Pierwsza z nich składa się z 61 twierdzeń dotyczących tego, jak ludzie widzą samych siebie, a badany na pięciostopniowej skali Likerta ma ocenić, w jakim stopniu każde z tych twierdzeń jest prawdziwe lub nieprawdziwe do jego osoby, gdzie: 1 oznacza – „*całkiem nieprawdziwe*", 2 – „*raczej nieprawdziwe*", 3 – „*częściowo nieprawdziwe, częściowo prawdziwe*", 4 – „*raczej prawdziwe*", 5 – „*całkiem prawdziwe*". Część druga zeszytu testowego składa się z 55 pytań, które opisują uczucia i myśli badanego, a odpowiedzi z pięciostopniowej skali Likerta odnoszą się do ich częstości, gdzie: 1 oznacza – „*prawie nigdy"*, 2 – „*rzadko*", 3 – „*czasami*", 4 – „*dość często*", 5 – „*bardzo często*".

Wypełnienie całego kwestionariusza zajmuje zazwyczaj od 15 do 30 minut. Wynikiem surowym w każdej skali MSEI jest suma punktów za odpowiedzi uzyskane w stwierdzeniach lub pytaniach wchodzących w skład danej skali. W dziesięciu skalach MSEI badany może uzyskać od 10 do 50 punktów, a w skali Obronnego Wzmacniania Samooceny zakres wyników wynosi od 16 do 80.

Oryginalne narzędzie oraz jego poszczególne podskale posiadają zadowalającą rzetelność i trafność. W każdej z 11 skal MSEI ustalono wskaźniki zgodności wewnętrznej, których większość przyjmuje wartości α Cronbacha skali między 0,70 a 0,90. I chociaż kwestionariusz nie jest narzędziem diagnostycznym w sensie klinicznym to w kwestii profilu osobowości człowieka dostarcza istotnych i rzetelnych danych (Fecenec, 2016).

II.5.7. Narzędzia do badania podatności na mowę nienawiści i monitorowania mediów (Brand24)

Podatność na mowę nienawiści w kontekście wyboru sposobu porodu przez matkę odnosi się do narażenia na negatywne lub krzywdzące treści związane z decyzją dotyczącą sposobu urodzenia dziecka (np. poród naturalny czy cesarskie cięcie). Mowa nienawiści w tym obszarze może obejmować obraźliwe komentarze, krytykę lub wykluczenie społeczne ze względu na decyzję porównywaną do norm kulturowych, które idealizują jeden sposób porodu. Takie ataki mogą mieć istotny wpływ na zdrowie psychiczne i poczucie wartości kobiet, które czują się oceniane na podstawie swoich wyborów dotyczących porodu (Citron, 2014). W badaniach nad mową nienawiści w Internecie wskazuje się, że kobiety są szczególnie narażone na ataki związane z ich rolami społecznymi, w tym macierzyństwem. Internet i media społecznościowe mogą nasilać tego typu mowę nienawiści, gdyż anonimowość sprzyja wyrażaniu skrajnych opinii. Ataki na decyzje dotyczące porodu są często motywowane normami społecznymi, które stygmatyzują inne formy niż „naturalne" macierzyństwo (Citron, 2014).

Do analizy zachowań obraźliwych w przestrzeni internetowej wykorzystano trzy narzędzia. Do stwierdzenia kontaktu z mową nienawiści osoby badanej wykorzystano 5 - stopniową skalę (zastosowaną w metryczce badań). Określała ona na 5-stopniowej skali deklarację kontaktu z negatywnymi treściami w Internecie, które krzywdzący wydźwięk

w temacie wybranego sposobu porodu. Badane osoby wybierały odpowiedzi na skali, gdzie 1 oznacza – „*nigdy”*, 2 – „*rzadko*”, 3 – „*czasami*”, 4 – „*dość często*”, 5 – „*bardzo często*”.

Aby określić charakter oraz nasilenie internetowej nienawiści wobec kobiet, rodzących za pomocą cesarskiego cięcia, posłużono się dwiema dodatkowymi metodami, a raczej narzędziami eksploracyjnymi, opartymi na sztucznej inteligencji. Pierwszym z nich jest Brand24, który jest kompleksowym programem do monitorowania mediów, obejmującym kanały społecznościowe takie jak Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, TikTok i Twitch. Narzędzie to gromadzi dostępne wystąpienia związane z określonymi treściami, umożliwiając kontrolę nad tym, co jest pisane w sieci na temat określonych zachowań czy opinii na temat marek. Brand24 oferuje automatyczne statystyki dotyczące dowolnych słów kluczowych, co pozwala śledzić opinie i reakcje użytkowników. Firmy i instytucje na całym świecie, takie jak Uber, Vichy, Intel czy Uniwersytet Stanforda w Kalifornii, korzystają z analizy danych przeprowadzanej przy użyciu Brand24.

Brand24 oferuje cztery wersje: Individual, Team, Pro i Enterprise. Wersja Individual przeznaczona jest do monitorowania niewielkich marek lub ogólnych tematów, umożliwiając analizę czterech kluczowych zwrotów i obserwowanie 5000 wpisów miesięcznie. Wersja Team jest dedykowana małym i średnim firmom, umożliwiając obserwację 8 zwrotów kluczowych bez ograniczeń co do liczby wpisów, z aktualizacją co godzinę. Wersja Pro, najpopularniejsza, zapewnia kompleksowy monitoring marki, konkurencji i wybranych tematów dla firm i instytucji, z możliwością badania 16 kluczowych zwrotów bez ograniczeń co do liczby wpisów, z aktualizacją co 30 minut. Natomiast wersja Enterprise, najbardziej rozbudowana, przeznaczona jest dla dużych agencji i marek, oferując nieograniczoną liczbę zwrotów kluczowych i użytkowników, z aktualizacją w czasie rzeczywistym i zaawansowanymi funkcjami sztucznej inteligencji.

II.5.8. Generator Chmury Słów (WordItOut)

Po przeprowadzeniu analizy słów kluczowych w sieci przy użyciu Brand24, zastosowano drugie narzędzie, jakim jest WordItOut. WordItOut to generator chmur słów, który tworzy profesjonalne wizualizacje najczęściej występujących słów.

W przypadku niniejszych badań, generowana jest wizualizacja negatywnych wyrażeń kierowanych do matek z powodu wyboru sposobu porodu dziecka. Intensywność słów w wizualizacji zależy od ich częstotliwości występowania, co pozwala na wyeksponowanie najbardziej istotnych wyrażeń.

Dane zebrane przez oba narzędzia pozwalają na przedstawienie informacji w sposób ciekawy i klarowny. Chmura słów jest wizualną reprezentacją zestawu słów kluczowych, które są przedstawione w różnych kształtach, rozmiarach i kolorach. Dzięki WordItOut można syntetyzować i zorganizować wybrane słowa, oznaczone tagami jako słowa kluczowe związane z mową nienawiści w przestrzeni internetowej.

II.6. Analiza mediacyjna

W celu empirycznej weryfikacji hipotez badawczych nr 2 i nr 3 zastosowano **analizę mediacyjną.**

Klasyczny model mediacji polega na porównaniu relacji między zmienną niezależną a zależną, z i bez mediatora. Mediacja jest całkowita, gdy wpływ zmiennej niezależnej na zmienną zależną znika po uwzględnieniu mediatora w modelu regresji. Natomiast mediacja jest częściowa, jeśli wpływ zmiennej niezależnej na zmienną zależną słabnie, ale nie znika całkowicie (Bedyńska i Książek, 2012).

W modelach uwzględniających mediatora, efekt całkowity (*total effect*) oznacza wpływ zmiennej niezależnej na zmienną zależną bez uwzględnienia mediatora. Oznacza się go jako βc. Natomiast efekt bezpośredni *(direct effect)* oznaczony jako βc' to wpływ zmiennej niezależnej na zmienną zależną przy uwzględnieniu zmiennej pośredniczącej.

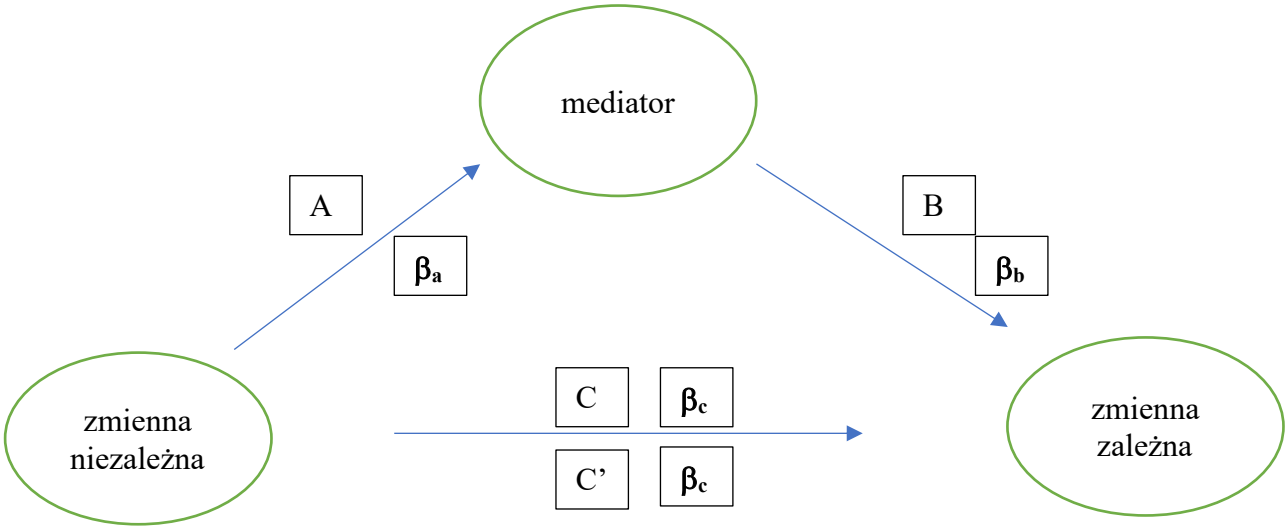
Równanie 1 Efekt mediacji

$$\beta c; p < .05 \rightarrow \beta c'; ni$$

Gdzie

$\beta c - efekt\ całkowity$

$\beta c' - efekt\ bezpośredni$



Rysunek 2 Model analizy mediacji

Baron i Kenny i (1986) zalecają, aby do ustalenia funkcji mediacyjnej przejść przez cztery kroki, wykorzystując analizy regresyjne. Głównym celem analizy mediacyjnej jest zrozumienie wpływu trzeciej zmiennej na zmienną zależną. Jeśli kontrolowanie tej trzeciej zmiennej osłabia związek między predyktorem a zmienną zależną, mówimy o **efekcie mediacji** lub **efekcie zakłócenia**. Natomiast gdy zauważamy przeciwny efekt, czyli związek między tymi zmiennymi wzrasta, nazywamy to **efektem supresji**.

Równanie 2 Efekt supresji

$$\beta c < \beta c'$$

Gdzie

$\beta c - efekt\ całkowity$

$\beta c' - efekt\ bezpośredni$

W literaturze można się spotkać z kilkoma typami efektów supresyjnych. **Klasyczna supresja** (Cohen i Cohen, 1975) występuje wtedy, kiedy efekt całkowity predyktora na zmienną zależną jest nieistotny statystycznie. Trzecia zmienna pośrednicząca uwydatnia go tak, że staje się istotnym statystycznie.

Równanie 3 Supresja klasyczna

$$\beta c; ni \rightarrow \beta c'; p < .05$$

Gdzie

$\beta c - efekt\ całkowity$

$\beta c' - efekt\ bezpośredni$

Efekt negatywny lub **niespójna mediacja** (*inconsistent mediation*; por. (MacKinnon, Fairchild i Fritz, 2007), (MacKinnon i Fairchild, 2009) to sytuacja w równaniu regresji, w której zmienna pośrednicząca odwraca znak relacji między predyktorem, a zmienną zależną (Krus i Wilkinson, 1986).

Równanie 4 Supresja negatywna (niespójna mediacja)

$$\beta c(+/-); p < .05 \rightarrow \beta c'(-/+); p < .05$$

Gdzie

$\beta c - efekt\ całkowity$

$\beta c' - efekt\ bezpośredni$

Trzeci efekt supresji to **supresja kooperatywna** (Cohen i Cohen, 1975). Zachodzi wtedy, kiedy pierwotna istotna zależność pomiędzy predyktorem, a zmienną objaśnianą wyraźnie wzrasta przy kontrolowaniu zmiennej pośredniczącej.

Równanie 5 Supresja kooperatywna

$$\beta c(+); p < .05 \rightarrow \beta c'(++); p < .05$$

Gdzie

$\beta c - efekt\ całkowity$

$\beta c' - efekt\ bezpośredni$

Pierwszym etapem analizy mediacyjnej jest wykazanie istotnego wpływu zmiennej niezależnej na zmienną zależną. W analizowanym modelu badawczym autorka przeprowadziła regresję, gdzie podatność na mowę nienawiści jest predyktorem, a poziom samooceny i jej komponenty są zmiennymi objaśnianymi. Ten wpływ został oznaczony na schemacie jako C.

Drugim etapem analizy mediacyjnej jest ustalenie relacji między predyktorem (podatność na hejt), a mediatorem (dla hipotezy H.2. – prężność psychiczna, dla hipotezy H.3. - lęk). Ta relacja została oznaczona na schemacie jako A. Ponownie, stosuje się analizę regresji w celu zbadania tej zależności.

Trzecim i kluczowym krokiem analizy mediacyjnej jest wykazanie istotności oddziaływania mediatora na zmienną zależną w regresji kontrolującej obecność zmiennej niezależnej. W analizowanym modelu równanie regresji uwzględnia zarówno podatność na hejt (predyktor), jak i prężność psychiczną i lęk (mediatory) jako zmienne niezależne objaśniające poziom samooceny i jej komponenty. Jak wskazuje Dzwonkowska (2009), taka analiza

regresyjna dostarcza dwóch kluczowych informacji na temat modelu mediacyjnego. Po pierwsze, informuje, czy mediatory (odpowiednio: prężność psychiczna dla H.2. oraz Lęk dla H.3.) mają niezależny wpływ na zmienną objaśnianą, czyli poziom samooceny (oznaczone na schemacie jako B). Po drugie, równanie to określa wielkość efektu bezpośredniego predyktora (podatności na mowę nienawiści), oznaczonego na schemacie jako C', na zmienne objaśniane, czyli samoocenę, z uwzględnieniem mediatora – prężności psychicznej oraz lęku. Wpływ zmiennej niezależnej (predyktora) na zmienną zależną powinien być istotnie większy w regresji kontrolującej obecność mediatora niż w regresji obliczanej bez uwzględnienia mediatora (regresja 1; krok 4 według Barona i Kenny'ego, 1986). Pełna mediacja przejawia się w tym, że predyktor przestaje być statystycznie istotny w równaniu, które ujmuje również oddziaływanie mediatora na zmienną zależną.

Baron i Kelly (1986) zalecają również używanie testu Sobela (1982) do określenia statystycznej istotności roli mediacyjnej danej zmiennej. Test ten pozwala ocenić, czy wpływ predyktora na zmienną objaśnianą poprzez mediatora jest statystycznie istotny. Należy jednak pamiętać, że test ten zakłada normalny rozkład efektu pośredniego, co rzadko ma miejsce. Baron i Kelly (1986) zalecają również używanie testu Sobela (1982) do określenia statystycznej istotności roli mediacyjnej danej zmiennej. Test ten pozwala ocenić, czy wpływ predyktora na zmienną objaśnianą poprzez mediatora jest statystycznie istotny. Należy jednak pamiętać, że test ten zakłada normalny rozkład efektu pośredniego, co rzadko ma miejsce (Cichocka i Bilewicz, 2010). Test Sobela jest konserwatywny i może być stosowany w przypadku dużych prób (powyżej 50 uczestników), szczególnie gdy efekt mediacyjny jest wyraźny.

Innym testem służącym do określenia istotności relacji pośredniej jest test Aroiana, który jest przeznaczony również dla dużych prób. Test ten uwzględnia korelację między

składowymi efektu pośredniego oraz istotność relacji między zmienną niezależną a mediatorem.

W przypadku analiz na małych próbach (poniżej 50 obserwacji) zaleca się użycie testu Goodmana (Bedyńska i Książek, 2012).

Równanie 6 Test Sobela

$$z = \frac{Ba * Bb}{\sqrt{Ba^2 * Sb^2 + Bb^2 * Sa^2}}$$

Gdzie:

$Ba - współczynnik\ niestandaryzowany\ regresji\ A\ pomiędzy\ predyktorem\ a\ mediatorem$

$Bb - współczynnik\ niestandaryzowany\ regresji\ B\ pomiędzy\ mediatorem\ i\ zmienną\ zależną$

$Sa - błąd\ standardowy\ regresji\ A\ pomiędzy\ predyktorem\ a\ mediatorem$

$Sb - błąd\ standardowy\ regresji\ A\ pomiędzy\ mediatorem, a\ zmienną\ zależną$

II.7. Badana grupa

W badaniach operacjonalizacja zmiennych będzie odbywać się na czterech zmiennych niezależnych (sposób porodu, styl przywiązaniowy, mowa nienawiści oraz wrażliwość), dwóch zmiennych pośredniczących (*Ego-resiliency* oraz lęk) oraz zmiennej zależnej (obraz Ja). Będą też badane trzy zmienne socjodemograficzne (wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania). Ogólna liczba zmiennych użytych w badaniu to 10. Biorąc pod uwagę przyjęte standardy metodologiczne doboru grupy badanej (Brzeziński i Siuta, 2006) dobiera się liczbę osób badnaych według poniższego wzoru:

Równanie 7 Dobór próby badanej na podstawie liczby zmiennych

$$N = 10 \sum_{1}^{n} x + 1$$

Gdzie:

N- liczebność próby badanej

n – liczba zmiennych

x- zmienna

Drugim sposobem doboru próby badanej jest obliczenie liczebności w oparciu o wielkość frakcji cechy badanej występującej w populacji (Matusiak, 2020).

Minimalną liczebność próby oblicza się zgodnie ze wzorem:

Równanie 8 Dobór próby badanej na podstawie wielkości frakcji

$$N_{min} = \frac{N_p * (\propto^2 * f(1-f))}{N_p * e^2 * f(1-f)}$$

Gdzie:

N_{min} - minimalna liczebność próby

N_P - wielkość populacji, z której brana jest próba

α - poziom ufności dla wyników, wartość wyniku Z w rozkładzie normalnym dla założonego poziomu istotności, tj. 1,96

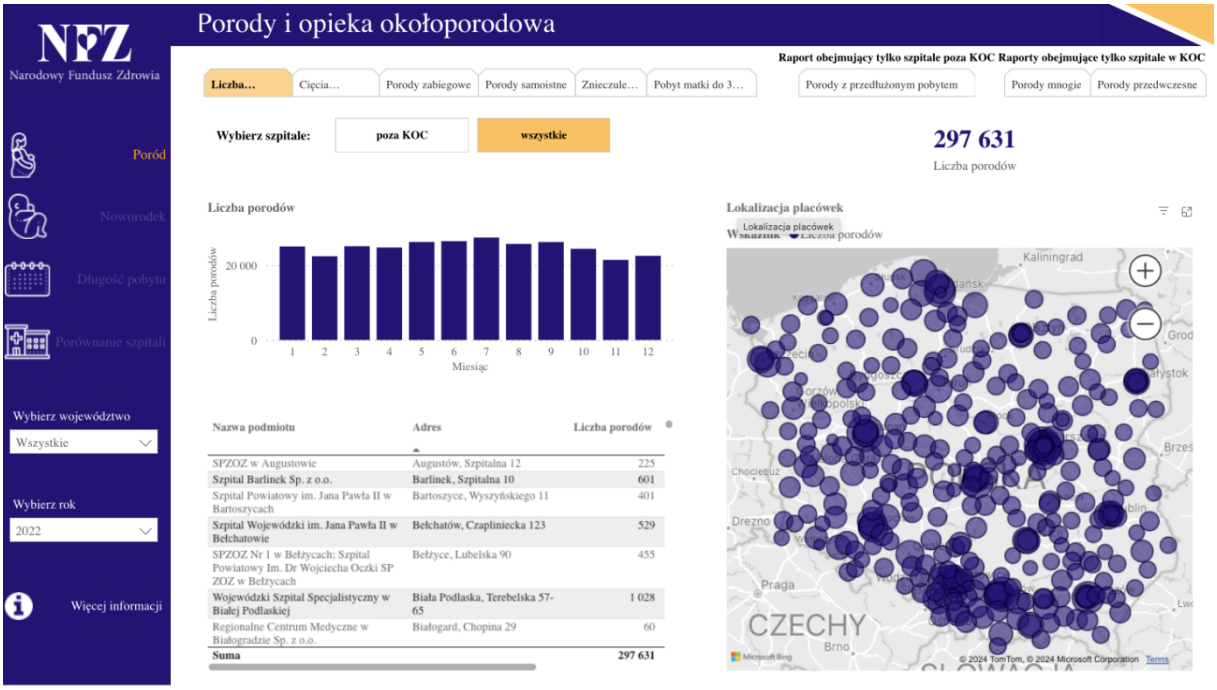
f - wielkość frakcji

e - założony błąd maksymalny, wyrażony w liczbie ułamkowej, tj. 5%

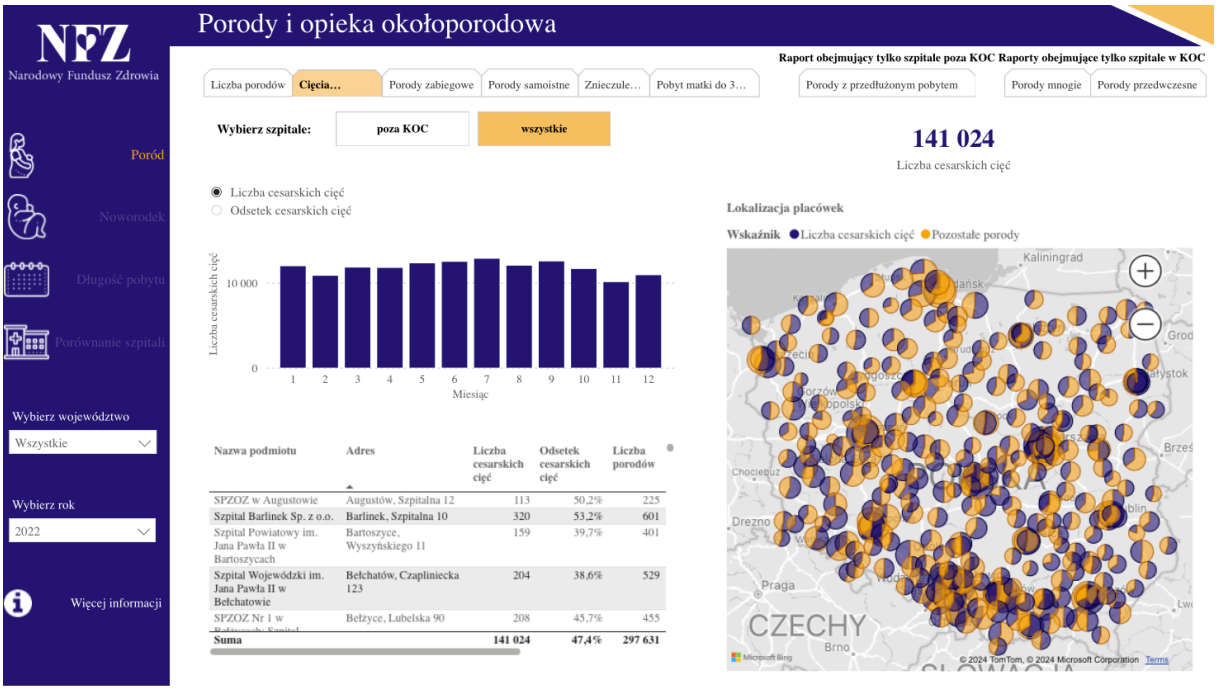
Na poczet niniejszych badań, na postawie dostępnych danych statystycznych GUS za rok 2022 odnośnie populacji kobiet (Szałtys, 2023) oraz raportu porodów za rok 2022 (NFZ, 2022) przyjęto następujące dane:

1. Wielkość populacji mieszkańców Polski w roku 2022 to 37 766 mln. W tej grupie 19517 mln to kobiety oraz 18 249 mln to mężczyźni. Zgodnie z raportem GUS (Szałtys, 2023) najwyższa płodność kobiet przypada na wiek od 30 do 34 lat;
2. W roku 2022 w Polsce dokonało się 297 631 porodów, z czego 141 024 (47%) to porody za pomocą cesarskiego cięcia oraz 150 694 (51%) – porody naturalne. Pozostały odsetek (2%) to porody zabiegowe drogami natury (NFZ, 2022).

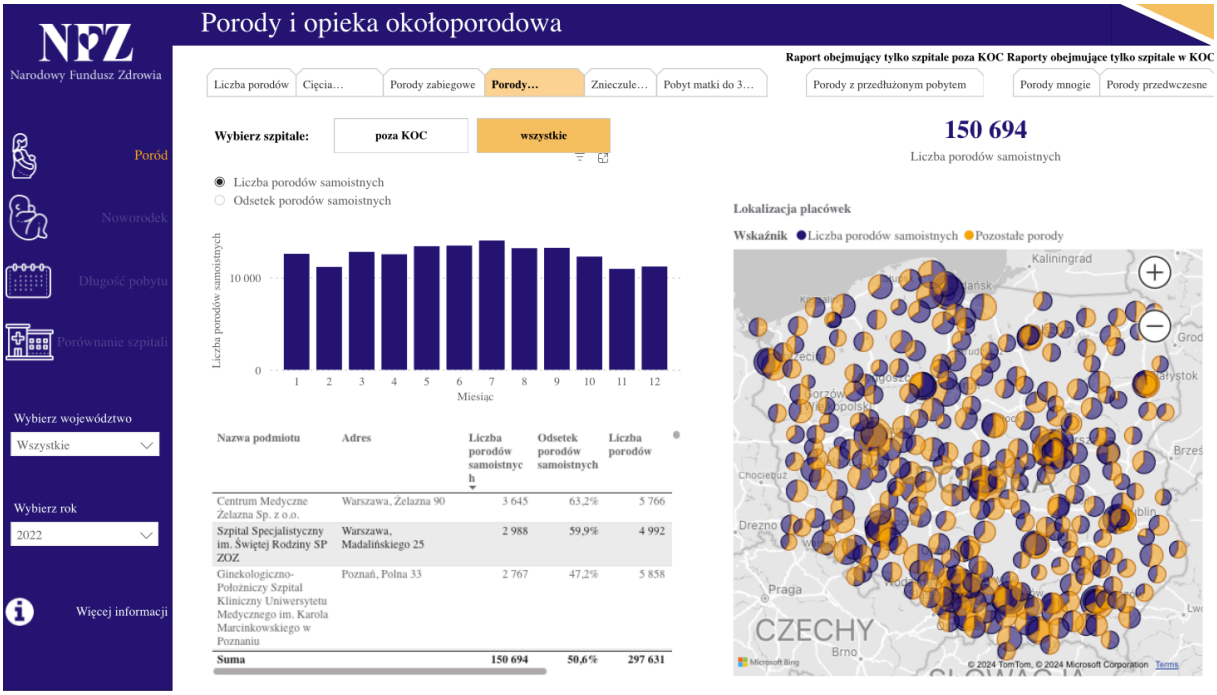
Strukturę rodzajów porodów pokazano na poniższych rysunkach.



Rysunek 3 Struktura liczby porodów w Polsce w roku 2022



Rysunek 4 Struktura liczby cesarskich cięć w Polsce w roku 2022



Rysunek 5 Struktura porodów naturalnych w Polsce w roku 2022

Źródło:https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjU3Zjg1M2YtMDI4Yy00Njk4LTgwYjctMzczNDA0YTljYTM5IiwidCI6IjJlNzcwYzE2LWMwNzEtNDA1Mi04MzdjLTU0NWJlZTBiMzQwYyIsImMiOjl9

Na podstawie powyższych danych statystycznych przyjęto do obliczeń minimalnej próby osób badanych:

N_P = 297 631 (liczba porodów w 2022)

α = 1,96

f = 0,15 (liczba porodów w stosunku do populacji kobiet w 2022)

e = 5%

Zatem minimalna próba osób badanych to N_{min}=196 osób.

Na podstawie powyższych metod doboru próby badanej założono, że w badaniu weźmie udział nie mniej niż 200 osób (ok. 100 kobiet, które rodziły w sposób naturalny i ok. 100 kobiet rodzących poprzez cesarskie cięcie). W grupie badanej znajdą się osoby w wieku od 18 do 40 lat, które urodziły ostatnie dziecko w dwunastu ostatnich miesiącach poprzedzających badanie. Badania zostaną przeprowadzone wśród osób aktywnie korzystających z social media, szczególnie udzielających się na forach internetowych odnośnie macierzyństwa i sposobu porodu.

Każdy uczestnik będzie miał możliwość przerwania badania w dowolnej chwili. Każda osoba badana otrzyma zestaw kwestionariuszy w wersji papierowej lub w postaci formularzy online wraz z dokładną instrukcją ich wypełnienia. Do narzędzi dołączona zostanie także ankieta socjodemograficzna. Dane w niej zawarte pozwolą na dokonanie ewentualnych porównań międzygrupowych oraz zweryfikowanie części hipotez badawczych.

Finalnie w badaniu wzięło udział 249 badanych, w tym 134 kobiet rodzących poprzez cesarskie cięcie i 115 kobiet rodzących w sposób naturalny.

II.8. Sposób prowadzenia badań

Badania były przeprowadzone w okresie od lipca 2023 do kwietnia 2024 roku na terenie województwa śląskiego. W badaniu wzięło udział 249 osób. Badania odbyły się za pomocą środków elektronicznego przekazu (formularze online) lub miały charakter typu papier-ołówek, a wtedy odbywały się podczas spotkań indywidualnych z każdą uczestniczką. We wszystkich rodzajach badań (online i indywidualnych) uczestniczki były odpowiednio informowane o procedurze i celu badań. Kobiety, które w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej EPDS otrzymały wynik niższy niż 12 punktów, świadczący o możliwej depresji zostały w sposób doraźny wsparte przez psychologa i pokierowane do dalszej diagnostyki lub pomocy psychologicznej. Badane potrzebowały na wypełnienie baterii testów około 60 minut.

Ponadto, w celu zbadania przestrzeni internetowej w kontekście mowy nienawiści w badaniu przeanalizowano aktywność ok. 5000 użytkowników, którzy korzystali z witryn internetowych, grup dyskusyjnych i social mediów, gdzie była możliwość i przestrzeń na wypowiadanie się na temat macierzyństwa oraz sposobu porodu poprzez poród naturalny lub cesarskie cięcie. Zastosowane algorytmy pozwoliły wyselekcjonować komentarze pisane przez osoby badane w kontekście wybranego sposobu porodu. Badanie w tym zakresie odbyło się od października 2022 do końca stycznia 2023.

Oryginalność proponowanej rozprawy dotyczy przede wszystkim tematyki prowadzonych badań. Do tej pory w literaturze brakuje analiz pokazujących jaką rolę pełni rodzaj sposobu porodu kobiety w kształtowaniu się jej samooceny jako matki, w kontekście wrażliwości i mowy nienawiści przestrzeni wirtualnej. Podczas dokonanego przeglądu baz artykułów naukowych (wyszukiwanie słów kluczowych: *natural childbirth & caesarean section & self-image as a mother & high sensitivity & hate speech*) nie znaleziono artykułów, które analizowałyby tego rodzaju związki.

Istotnym wydaje się także fakt, że badania mogą posłużyć do pomocy w pracy terapeutycznej w dość szerokim zakresie. Mogą być przydatne do pracy z matkami w depresji poporodowej, kobietami cierpiącymi na tokofobię (paniczny lęk przed porodem), dla kobiet - ofiar przemocy wskutek mowy nienawiści adresowanej do tych matek, które decydują się na cesarskie cięcie. Ponadto badania mogą stać się podłożem do edukacji czy terapii sprawców przemocy posługujących się internetową mową nienawiści, dla pracowników medycznych oddziałów położniczo-ginekologicznych, psychiatrów, psychologów, czy też lekarzy pierwszego kontaktu. Badania mogą mieć walor uświadamiający rodziny, młodzież, czy przyszłych rodziców odnośnie rodzajów porodu, ich skutków psychofizycznych, hejtu z tym związanego i miejsc wspierających. Wreszcie badania mogą posłużyć dla samych administratorów i moderatorów witryn internetowych, jako zwrócenie im uwagi na problem, jaki niosą z sobą komentarze nienawiści wobec przyszłych matek, decydujących się na poród operacyjny. Wydaje się, że samo umieszczenie w witrynie informacji na temat miejsc pomocy dla osób potrzebujących, czy zamieszczenie informacji o możliwych skutkach hejtu dla przyszłych matek już może mieć wymierny dodatni walor. Ponadto przeprowadzenie różnego rodzaju kampanii edukacyjnych w placówkach szkolnych, gminnych czy miejskich, instytucjach wspierających rodziny, samotne matki, w Ośrodkach Pomocy Społecznej, Domach Dziecka czy Zakładach Wychowawczych może stać się istotnym czynnikiem dostarczającym wiedzy w tym ważnym społecznie temacie, a także pełnić ochronną rolę wobec przyszłych matek, które stały lub staną ofiarami mowy nienawiści. Wyczulanie ludzi od najmłodszych lat na cierpienie, jakie ze sobą niesie nienawiść i związana z nią przemoc, a także tłumaczenie jej źródeł wydaje się kluczowe do poprawy jakości życia przyszłych matek, ich rodzin, środowiska, relacji społecznych i każdego z nas. Ponadto możliwość poszerzenia świadomości innych osób, dostarczenia im ważnej społecznie wiedzy, czy próba ograniczenia

jakiejkolwiek formy destrukcji w dzisiejszym świecie tak skoncentrowanym na życiu w sieci wydaje się być bezsprzecznie czymś priorytetowym.

Rozdział III. Analiza wyników badań własnych

III.1. Obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni a poziom samooceny kobiet w zależności od sposobu urodzenia dziecka

W niniejszym rozdziale zostaną zaprezentowane oraz zinterpretowane wyniki dotyczące wpływu mowy nienawiści na poziom samooceny matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Tym samym zostanie zweryfikowana pierwsza hipoteza postawiona w niniejszych badaniach. Hipoteza główna i hipotezy szczegółowe zostaną sprawdzone za pomocą analizy regresji liniowej.

III.1.1. Mowa nienawiści jako predyktor niskiej Ogólnej Samooceny matek

W celu zweryfikowania hipotezy szczegółowej H.1.1. dokonano analizy regresji liniowej, gdzie zmienną zależną jest wynik Ogólnej Samooceny a predyktorem mowa nienawiści w zależności od sposobu porodu.

Tabela 2

Regresja liniowa – Ogólna Samoocena matki – poród poprzez cesarskie cięcie

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1119.231	1	1119.231	61.365	< .001[c]
	Reszta	2407.522	132	18.239		
	Ogółem	3526.754	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie, b. Zmienna zależna: OS, c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Wynik regresji liniowej okazał się istotny statystycznie ($F = 61.365$; $p < .001$), zatem można przyjąć hipotezę, że mowa nienawiści jest predyktorem poziomu Ogólnej Samooceny

u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = - .563; p < .001 świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.5 – 1.0|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym bardziej Ogólna Samoocena ulega obniżeniu. Wartość R^2 = .317 świadczy o tym, że 31.7% wartości zmiennej zależnej (Ogólnej Samooceny) jest wyjaśniana poprzez predyktor, czyli mowę nienawiści. Model tej zależności można opisać za pomocą prostej:

y=-2.323 x +32.529, gdzie „y" – to wartość samooceny, a „x" – wartość predyktora.

Tabela 3

Regresja liniowa – Ogólna Samoocena matki – poród naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	.144	1	.144	.007	.932[c]
	Reszta	2246.604	113	19.881		
	Ogółem	2246.748	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Wynik regresji liniowej był nieistotny statystycznie (F = .007; p = .932), co świadczy o tym, że nie można potwierdzić, iż mowa nienawiści jest predyktorem poziomu Ogólnej Samooceny u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny.

Powyższa analiza regresji wskazuje, że tylko w przypadku matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie mowa nienawiści jest predyktorem poziomu Ogólnej Samooceny.

III.1.2. Mowa nienawiści jako predyktor obniżonej Samokontroli matek

W celu zweryfikowania hipotezy szczegółowej H.1.2. dokonano analizy regresji liniowej, gdzie zmienną zależną jest Samokontrola, a predyktorem mowa nienawiści w zależności od sposobu porodu.

Tabela 4

Regresja liniowa – Samokontrola – poród poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	3.555	1	3.555	.349	.556[c]
	Reszta	1344.684	132	10.187		
	Ogółem	1348.239	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie, c. Predyktory: (Stała) Mowa nienawiści

Tabela 5

Regresja liniowa – Samokontrola – poród naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	19.686	1	19.686	1.644	.202[c]
	Reszta	1353.305	113	11.976		
	Ogółem	1372.991	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: S

Wyniki regresji liniowej okazały się nieistotne statystycznie dla porodu poprzez cesarskie cięcie (F = .349; p = .556), a także poprzez poród naturalny (F = 1.644; p= .202) co świadczy o tym, że nie można potwierdzić, iż mowa nienawiści jest predyktorem poziomu Samokontroli u matek, bez względu na fakt sposobu porodu.

III.1.3. Mowa nienawiści jako predyktor niskiej Samoakceptacji Moralnej matek

W celu zweryfikowania hipotezy szczegółowej H.1.3. dokonano analizy regresji liniowej, gdzie zmienną zależną jest Samoakceptacja Moralna matek, a predyktorem mowa nienawiści w zależności od sposobu porodu.

Tabela 6

Regresja liniowa Samoakceptacja Moralna matek - poród poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	707.083	1	707.083	56.310	< .001[c]
	Reszta	1657.514	132	12.557		
	Ogółem	2364.597	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Wynik regresji liniowej okazał się istotny statystycznie ($F = 56.310$; $p < .001$), zatem można przyjąć hipotezę, że mowa nienawiści jest predyktorem poziomu Samoakceptacji Moralnej u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = - .547$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.5 – 1.0|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym bardziej Samoakceptacja Moralna ulega obniżeniu. Wartość $R^2 = .299$ świadczy o tym, że 29.9% wartości zmiennej zależnej (samoakceptacji moralnej) jest wyjaśniana poprzez predyktor czyli mowę nienawiści. Model tej zależności można opisać za pomocą prostej: y=-1.847 x +34.433, gdzie „y” – to wartość Samoakceptacji Moralnej, a „x” – wartość predyktora.

Tabela 7

Regresja liniowa Samoakceptacja Moralna matek - poród naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	355.351	1	355.351	24.618	< .001[c]
	Reszta	1631.136	113	14.435		
	Ogółem	1986.487	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

W przypadku matek, które urodziły w sposób naturalny również regresja liniowa okazała się istotna statystycznie ($F = 24.618$; $p < .001$), zatem można przyjąć hipotezę, że mowa nienawiści jest predyktorem poziomu Samoakceptacji Moralnej u tych matek. Wartość $\beta = - .423$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym bardziej Samoakceptacja Moralna ulega obniżeniu. Wartość $R^2 = .179$ świadczy o tym, że 17.9% wartości zmiennej zależnej (Samoakceptacji Moralnej) jest wyjaśniana poprzez predyktor czyli mowę nienawiści. Model tej zależności można opisać za pomocą prostej: y= - 1.530 x +33.431, gdzie „y" – to wartość samoakceptacji moralnej, a „x" – wartość predyktora.

III.1.4. Mowa nienawiści jako predyktor zaniżonego poczucia Atrakcyjności Fizycznej matek

W celu zweryfikowania hipotezy szczegółowej H.1.4. dokonano analizy regresji liniowej, gdzie zmienną zależną jest poczucie Atrakcyjności Fizycznej matek, a predyktorem mowa nienawiści w zależności od sposobu porodu.

Tabela 8

Regresja liniowa poczucie Atrakcyjności Fizycznej matek - poród poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	6.417	1	6.417	.414	.521[c]
	Reszta	2044.008	132	15.485		
	Ogółem	2050.425	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: AF

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Tabela 9

Regresja liniowa poczucie Atrakcyjności Fizycznej matek - poród naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	18.966	1	18.966	2.784	.098[c]
	Reszta	769.730	113	6.812		
	Ogółem	788.696	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: AF

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Wyniki regresji liniowej okazały się nieistotne statystycznie dla porodu poprzez cesarskie cięcie (F = .414 p = .521), a także poprzez poród naturalny (F = 2.784; p= .098) co świadczy o tym, że nie można potwierdzić, iż mowa nienawiści jest predyktorem obniżonego poczucia Atrakcyjności Fizycznej matek, bez względu na fakt sposobu porodu.

III.1.5. Mowa nienawiści jako predyktor obniżonej Witalności matek

W celu zweryfikowania hipotezy szczegółowej H.1.5. dokonano analizy regresji liniowej, gdzie zmienną zależną jest poziom Witalności matek, a predyktorem mowa nienawiści w zależności od sposobu porodu.

Tabela 10

Regresja liniowa Witalność matek - poród poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	.201	1	.201	.002	.966[c]
	Reszta	14831.949	132	112.363		
	Ogółem	14832.149	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: W

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Tabela 11

Regresja liniowa Witalność matek - poród naturalny

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	154.201	1	154.201	1.130	.290[c]
	Reszta	15424.721	113	136.502		
	Ogółem	15578.922	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: W, c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Analiza regresji liniowej przedstawiona w tabelach 10 i 11 świadczy o tym, wyniki są nieistotne statystycznie dla porodu poprzez cesarskie cięcie (F = .002 p = .966), a także poprzez poród naturalny (F = 1.130; p= .290) co świadczy o tym, że nie można potwierdzić, iż mowa nienawiści jest predyktorem obniżonej Witalności matek, bez względu na fakt sposobu porodu.

III.1.6. Mowa nienawiści jako predyktor Integracji Tożsamości matek

W celu zweryfikowania hipotezy szczegółowej H.1.6. dokonano analizy regresji liniowej, gdzie zmienną zależną jest poziom Integracji Tożsamości matek, a predyktorem mowa nienawiści w zależności od sposobu porodu.

Tabela 12

Regresja liniowa Integracja Tożsamości matek - poród poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1238.486	1	1238.486	33.449	< .001[c]
	Reszta	4887.484	132	37.026		
	Ogółem	6125.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), mowa nienawiści

Wynik regresji liniowej był istotny statystycznie (F = 33.449; p < .001), zatem można przyjąć hipotezę, że mowa nienawiści jest predyktorem Integracji Tożsamości u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = - .450; p < .001 świadczy

o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym bardziej Integracja Tożsamości ulega obniżeniu. Wartość R^2 = .202 świadczy o tym, że 20.2% wartości zmiennej zależnej (Integracji Tożsamości) jest wyjaśniana poprzez predyktor czyli mowę nienawiści. Model tej zależności można opisać za pomocą prostej: y= - 2.444 x +36.405, gdzie „y" – to wartość Integracji Tożsamości, a „x" – wartość predyktora.

Tabela 13

Regresja liniowa Integracja Tożsamości matek - poród naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	341.622	1	341.622	3.767	.055[c]
	Reszta	10246.761	113	90.679		
	Ogółem	10588.383	114			

a. Poród naturalny; b. Zmienna zależna: IT; c. mowa nienawiści

Wynik regresji liniowej był nieistotny statystycznie (F = 3.767; p = .055), co świadczy o tym, że nie można potwierdzić, iż mowa nienawiści jest predyktorem Integracji Tożsamości u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny.

Powyższa analiza regresji wskazuje, że tylko w przypadku matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie mowa nienawiści jest predyktorem Integracji Tożsamości.

III.1.7. Mowa nienawiści jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny matek

W celu zweryfikowania hipotezy szczegółowej H.1.7. dokonano analizy regresji liniowej, gdzie zmienną zależną jest poziom Obronnego Wzmacniania Samooceny matek, a predyktorem mowa nienawiści w zależności od sposobu porodu.

Tabela 14

Regresja liniowa Obronne Wzmacnianie Samooceny matek - poród poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	7204.980	1	7204.980	143.860	< .001[c]
	Reszta	6610.990	132	50.083		
	Ogółem	13815.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie,

b. Zmienna zależna: OWS,

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Tabela 15

Regresja liniowa Obronne Wzmacnianie Samooceny matek - poród naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	4180.393	1	4180.393	66.878	< .001[c]
	Reszta	7063.398	113	62.508		
	Ogółem	11243.791	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Wyniki analizy regresji liniowej dla obydwu grup matek (bez względu, jaki sposób porodu wybrały) okazały się istotne statystycznie ($F = 143.860$; $p < .001$ – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie) i ($F = 66.878$; $p < .001$ – matki rodzące w sposób naturalny), zatem można przyjąć hipotezę, że mowa nienawiści jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny matek. Wartości $\beta = .722$; $p < .001$ – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie i $\beta = .610$; $p < .001$ – matki rodzące w sposób naturalny) świadczą o dodatniej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.5 – 1.0|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym bardziej wzrasta poziom komponentu samooceny, jakim jest Obronne Wzmacnianie Samooceny. Wartość $R^2 = .179$ świadczy o tym, że 17.9% wartość zmiennej zależnej (Obronne Wzmacnianie Samooceny) jest wyjaśniana poprzez predyktor czyli mowę nienawiści w 52.1% dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie ($R^2 = .521$) i w 37.2% u matek rodzących w sposób naturalny ($R^2 = .372$). Modele tych zależności można opisać za pomocą prostych: $y= 5.895 x +23.500$ (porób poprzez cesarskie cięcie) oraz $y= 5.248 x +22.915$

(porób naturalny), gdzie „y” – to wartość obronnego wzmacniania siebie, a „x” – wartość predyktora.

III.2. Pośrednicząca rola prężności psychicznej pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną kobiet wybierających danych rodzaj porodu

W tym rozdziale zostaną zaprezentowane oraz zinterpretowane wyniki dotyczące pośredniczącej roli prężności psychicznej pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Zostanie zweryfikowana druga hipoteza postawiona w niniejszych badaniach za pomocą analizy mediacyjnej, zgodnie z metodologią opisaną w rozdziale II.6.

III.2.1 Relacja pomiędzy mową nienawiści a prężnością psychiczną matek

W pierwszym kroku sprawdzono (Regresja A), czy mowa nienawiści jest predyktorem zmiennej pośredniczącej (prężności psychicznej).

Tabela 16

Analiza regresji – mowa nienawiści jako predyktor prężności psychicznej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	2031.979	1	2031.979	41.451	< .001[c]
	Reszta	6470.827	132	49.021		
	Ogółem	8502.806	133			

Jak wynika z przedstawionej analizy regresji, mowa nienawiści jest predyktorem prężności psychicznej ($F = 41.451$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie

cięcie. Wartość β = - .489; p < .001 świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym niższa jest prężność psychiczna. Ponieważ wynik regresji okazał się istotny statystycznie, sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy predyktorem, a komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia.

Tabela 17

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor Optymalnej Regulacji - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	962.119	1	962.119	28.666	< .001[c]
	Reszta	4430.277	132	33.563		
	Ogółem	5392.396	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OR-Optymalna Regulacja

c. Predyktory: (Stała), mowa nienawiści

Dla czynnika prężności psychicznej Optymalna Regulacja mowa nienawiści jest jej predyktorem tego czynnika (F = 28.666; p < .001) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = - .422; p < .001 świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności

(w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym Optymalna Regulacja jest niższa.

Tabela 18

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor Otwartości na Doświadczenia - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	226.451	1	226.451	13.671	< .001[c]
	Reszta	2186.422	132	16.564		
	Ogółem	2412.873	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OL-Otwartość na doświadczenie

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Dla czynnika prężności psychicznej Otwartość na Doświadczenie mowa nienawiści jest predyktorem prężności psychicznej (F = 13.671; p < .001) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = - .306; p < .001 świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym Otwartość na Doświadczenie jest niższa.

Tabela 19

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor prężności psychicznej - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	151.357	1	151.357	2.695	.103[c]
	Reszta	6346.730	113	56.166		
	Ogółem	6498.087	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: WO ER89-R12

c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

W przypadku matek, które urodziły w sposób naturalny wynik analizy regresji okazał się nieistotny statycznie (F = 2.695;p = .103), zatem nie można stwierdzić, że mowa nienawiści jest predyktorem dla prężności psychicznej u tych matek.

III.2. 2. Relacja pomiędzy prężnością psychiczną a samooceną matek

W drugim kroku analizy mediacyjnej należy wykazać, czy prężność psychiczna jest predyktorem poszczególnych komponentów samooceny matek (Regresja B).

III.2.2.1. Prężność psychiczna jako predyktor Ogólnej Samooceny

Jak wynika z poniższej analizy regresji prężność psychiczna jest predyktorem Ogólnej Samooceny ($F = 12.113$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = .290$; $p < .001$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe natężenie predyktora (prężności psychicznej) tym Ogólna Samoocena jest wyższa. Ponieważ wynik regresji był istotny statystycznie, sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia, a Ogólną Samooceną.

Tabela 20

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	296.422	1	296.422	12.113	< .001[c]
	Reszta	3230.332	132	24.472		
	Ogółem	3526.754	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

Tabela 21

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	292.628	1	292.628	11.944	< .001[c]
	Reszta	3234.125	132	24.501		
	Ogółem	3526.754	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), OR-Optymalna Regulacja

Czynnik prężności psychicznej Optymalna Regulacja jest predyktorem Ogólnej Samooceny ($F = 11.944$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = .288$; $p < .001$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.0 – 0.3|$), co oznacza, że im większe natężenie predyktora (Optymalnej Regulacji) jest wyższa Ogólna Samoocena.

Tabela 22

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	95.076	1	95.076	3.657	.058[c]
	Reszta	3431.678	132	25.998		
	Ogółem	3526.754	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), OL-Otwartość na doświadczenie

W przypadku Otwartości na Doświadczenie wynik analizy regresji okazał się nieistotny statycznie (F = 3.657; p = .058), zatem nie można stwierdzić, że jest on predyktorem Ogólnej Samooceny u matek rodzących poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 23

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	64.187	1	64.187	3.323	.071[c]
	Reszta	2182.561	113	19.315		
	Ogółem	2246.748	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

W przypadku matek, które urodziły w sposób naturalny wynik analizy regresji był nieistotny statycznie (F = 3.323; p = .071), zatem nie można stwierdzić, że prężność psychiczna jest predyktorem Ogólnej Samoceny u tych matek.

III.2.2.2. Prężność psychiczna jako predyktor Samokontroli

Badanie matek, które urodziły poprzez cesarskie cięcie nie wykazało zależności predykcyjnej prężności psychicznej i Samokontroli (wynik analizy regresji okazał się nieistotny statycznie (F = 1.987; p = .161)).

Tabela 24

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Samokontroli - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	19.997	1	19.997	1.987	.161[c]
	Reszta	1328.242	132	10.062		
	Ogółem	1348.239	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: S

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

W przypadku matek, które urodziły w sposób naturalny wynik analizy regresji był również nieistotny statycznie (F = 1.073; p = .303), zatem nie można stwierdzić, że prężność psychiczna jest u nich predyktorem Samokontroli.

Tabela 25

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Samokontroli - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	12.911	1	12.911	1.073	.303[c]
	Reszta	1360.080	113	12.036		
	Ogółem	1372.991	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: S

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

III.2.2.3. Prężność psychiczna jako predyktor Samoakceptacji Moralnej

Jak wynika z poniższej analizy regresji, prężność psychiczna jest predyktorem Samoakceptacji Moralnej ($F = 6.481$; $p < .012$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = .216$; $p < .012$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.0 – 0.3|$), co oznacza, że im większe natężenie predyktora (prężności psychicznej) tym Samoakceptacja Moralna jest wyższa. Ponieważ wynik regresji okazał się istotny statystycznie sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia, a Samoakceptacją Moralną.

Tabela 26

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	110.671	1	110.671	6.481	.012[c]
	Reszta	2253.926	132	17.075		
	Ogółem	2364.597	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie,

b. Zmienna zależna: SM, c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

Tabela 27

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	101.759	1	101.759	5.936	.016[c]
	Reszta	2262.838	132	17.143		
	Ogółem	2364.597	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie,

b. Zmienna zależna: SM,

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

Czynnik prężności psychicznej Optymalna Regulacja jest predyktorem Samoakceptacji Moralnej (F = 5.936; p < .016) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = .207; p < .016 świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe natężenie predyktora (Optymalnej Regulacji) tym jest wyższa Samoakceptacja Moralna.

Tabela 28

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	21.505	1	21.505	1.211	.273[c]
	Reszta	2343.092	132	17.751		
	Ogółem	2364.597	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), OL-Otwartość na doświadczenie

W przypadku Otwartości na Doświadczenie wynik analizy regresji okazał się nieistotny statycznie (F = 1.211; p = .273), zatem nie można stwierdzić, że jest on predyktorem Samoakceptacji Moralnej u matek rodzących poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 29

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	13.674	1	13.674	.783	.378[c]
	Reszta	1972.813	113	17.459		
	Ogółem	1986.487	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

W przypadku matek, które urodziły w sposób naturalny wynik analizy regresji okazał się nieistotny statycznie (F = .783; p = .378), zatem nie można stwierdzić, że prężność psychiczna jest predyktorem Samoakceptacji Moralnej u tych matek.

III.2.2.4. Prężność psychiczna jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej

Jak wynika z analizy regresji przedstawionej w tabeli nr 28, prężność psychiczna nie jest predyktorem Atrakcyjności Fizycznej (F = .069; p < .793) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 30

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1.077	1	1.077	.069	.793[c]
	Reszta	2049.348	132	15.525		
	Ogółem	2050.425	133			

Tabela 31

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	.140	1	.140	.020	.888[c]
	Reszta	788.556	113	6.978		
	Ogółem	788.696	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: AF

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

W przypadku matek, które urodziły w sposób naturalny wynik analizy regresji był nieistotny statycznie (F = .020; p = .888), zatem nie można stwierdzić, że prężność psychiczna jest predyktorem Atrakcyjności Fizycznej u tych matek.

III.2.2.5. Prężność psychiczna jako predyktor Witalności

Prężność psychiczna jest predyktorem Witalności (F = 14.174; p < .001) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = - .311; p < .001 świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (prężności psychicznej), tym Witalność jest niższa. Ponieważ wynik regresji okazał się istotny statystycznie, sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia, a Witalnością.

Tabela 32

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1438.208	1	1438.208	14.174	< .001[c]
	Reszta	13393.942	132	101.469		
	Ogółem	14832.149	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: W; c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

Tabela 33

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	6434.711	1	6434.711	101.148	< .001[c]
	Reszta	8397.438	132	63.617		
	Ogółem	14832.149	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: W

c. Predyktory: (Stała), OR-Optymalna Regulacja

Czynnik prężności psychicznej Optymalna Regulacja jest predyktorem Witalności ($F = 101.148$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = -.659$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.5 – 1.0|), co oznacza, że im mniejsze jest natężenie predyktora (Optymalnej Regulacji), tym wyższa jest Witalność.

Tabela 34

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	2689.564	1	2689.564	29.238	< .001[c]
	Reszta	12142.586	132	91.989		
	Ogółem	14832.149	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: W

c. Predyktory: (Stała), OL-Otwartość na doświadczenie

Czynnik prężności psychicznej Otwartość na Doświadczenie jest predyktorem Witalności ($F = 29.238$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = -.426$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im mniejsze natężenie predyktora (Otwartość na Doświadczenie), tym wyższa jest Witalność.

III.2.2.6. Prężność psychiczna jako predyktor Integracji Tożsamości

Prężność psychiczna jest predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 8.581$; $p < .004$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = -.247$; $p < .004$ świadczy o ujemnej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (prężności psychicznej) tym Integracja Tożsamości jest

niższa. Ponieważ wynik regresji okazał się istotny statystycznie, sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia, a Integracją Tożsamości.

Tabela 35

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	373.933	1	373.933	8.581	.004[c]
	Reszta	5752.037	132	43.576		
	Ogółem	6125.970	133			

Tabela 36

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	342.616	1	342.616	7.820	.006[c]
	Reszta	5783.355	132	43.813		
	Ogółem	6125.970	133			

Czynnik prężności psychicznej Optymalna Regulacja jest predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 7.820$; $p < .004$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = - .236$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, słabej zależności (w przedziale

bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im mniejsze jest natężenie predyktora (Optymalnej Regulacji), tym wyższa jest Integracja Tożsamości.

Tabela 37

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	161.000	1	161.000	3.563	.061[c]
	Reszta	5964.970	132	45.189		
	Ogółem	6125.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), OL-Otwartość na doświadczenie

W przypadku Otwartości na Doświadczenie, wynik analizy regresji był nieistotny statycznie (F = 3.563; p = .061), zatem nie można stwierdzić, że ten czynnik prężności psychicznej jest predyktorem Integracji Tożsamości u matek, które rodziły poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 38

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1084.890	1	1084.890	12.900	< .001[c]
	Reszta	9503.493	113	84.102		
	Ogółem	10588.383	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

Prężność psychiczna jest predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 12.900$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość $\beta = - .320$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.3 – 0.5|$), co oznacza, że im większe natężenie predyktora (prężności psychicznej), tym Integracja Tożsamości jest niższa. Ponieważ wynik regresji okazał się istotny statystycznie, sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia a Integracją Tożsamości.

Tabela 39

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

	Model	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1451.320	1	1451.320	17.949	< .001[c]
	Reszta	9137.063	113	80.859		
	Ogółem	10588.383	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), OR-Optymalna Regulacja

Czynnik prężności psychicznej Optymalna Regulacja jest predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 17.949$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość $\beta = -.370$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.3 – 0.5|$), co oznacza, że im mniejsze jest natężenie predyktora (Optymalnej Regulacji), tym wyższa jest Integracja Tożsamości.

Tabela 40

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	484.671	1	484.671	5.421	.022[c]
	Reszta	10103.712	113	89.413		
	Ogółem	10588.383	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), OL-Otwartość na doświadczenie

Czynnik prężności psychicznej Otwartość na Doświadczenie jest predyktorem Integracji Tożsamości (F = 5.421; p=.022) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość β = - .214; p < .022 świadczy o ujemnej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im mniejsze jest natężenie predyktora (Otwartość na Doświadczenie), tym wyższa jest Integracja Tożsamości.

III.2.2.7. Prężność psychiczna jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny

Prężność psychiczna jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny (F = 8.303; p < .005) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β =.243; p < .001 świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (prężności psychicznej), tym Obronne

Wzmacnianie Samooceny jest wyższe. Ponieważ wynik regresji okazał się istotny statystycznie, sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

Tabela 41

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	817.598	1	817.598	8.303	.005[c]
	Reszta	12998.372	132	98.473		
	Ogółem	13815.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

Tabela 42

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	893.165	1	893.165	9.123	.003[c]
	Reszta	12922.805	132	97.900		
	Ogółem	13815.970	133			

a. Poprzez cesarskie cięcie; b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), OR-Optymalna Regulacja

Czynnik prężności psychicznej Optymalna Regulacja jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 9.123$; $p < .003$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = .254$; $p < .003$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.0 – 0.3|$), co oznacza, że im mniejsze jest natężenie predyktora (Optymalnej Regulacji), tym niższa jest wartość Obronnego Wzmacniania Samooceny.

Tabela 43

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1.446	1	1.446	.014	.907[c]
	Reszta	13814.524	132	104.655		
	Ogółem	13815.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), OL-Otwartość na doświadczenie

W przypadku Otwartości na Doświadczenie, wynik analizy regresji okazał się nieistotny statycznie (F = .014; p = .907), zatem nie można stwierdzić, że ten czynnik prężności psychicznej jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny u matek, które rodziły poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 44

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	587.494	1	587.494	6.230	.014[c]
	Reszta	10656.297	113	94.304		
	Ogółem	11243.791	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), WO ER89-R12

Prężność psychiczna jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 6.230$; $p < .014$) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość $\beta = .229$; $p < .014$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (prężności psychicznej), tym Obronne Wzmacnianie Samooceny jest wyższe. Ponieważ wynik regresji okazał się istotny statystycznie, sprawdzono dodatkowo zależność pomiędzy komponentami prężności psychicznej: Optymalną Regulacją oraz Otwartością na Doświadczenia a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

Tabela 45

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	671.923	1	671.923	7.182	.008[c]
	Reszta	10571.869	113	93.556		
	Ogółem	11243.791	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), OR-Optymalna Regulacja

Czynnik prężności psychicznej Optymalna Regulacja jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 7.182$; $p < .008$) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość $\beta = .244$; $p < .008$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.0 – 0.3|$), co oznacza, że im mniejsze jest natężenie predyktora (Optymalnej Regulacji), tym niższa jest wartość Obronnego Wzmacniania Samooceny.

Tabela 46

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	879.125	1	879.125	9.585	.002[c]
	Reszta	10364.666	113	91.723		
	Ogółem	11243.791	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), OL-Otwartość na doświadczenie

Czynnik prężności psychicznej Otwartość na Doświadczenie jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 9.585$; $p < .002$) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość $\beta = .280$; $p < .002$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.0 – 0.3|$), co oznacza, że im mniejsze jest natężenie predyktora (Otwartość na Doświadczenie) tym niższa jest wartość Obronnego Wzmacniania Samooceny.

III.2. 3. Relacja pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek

W trzecim kroku analizy mediacyjnej należy wykazać, czy mowa nienawiści jest predyktorem poszczególnych komponentów samooceny matek (Regresja C). Ten krok został przeprowadzony przy weryfikacji hipotezy H1.

Dla matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie mowa nienawiści była predyktorem:

a) Ogólnej Samooceny ($F = 61.365$; $p < .001$)

b) Samoakceptacji Moralnej ($F = 56.310$; $p < .001$)

c) Integracji Tożsamości ($F = 33.449$; $p < .001$)

d) Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 143.860$; $p < .001$)

W przypadku matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny, mowa nienawiści była predyktorem dwóch komponentów samooceny:

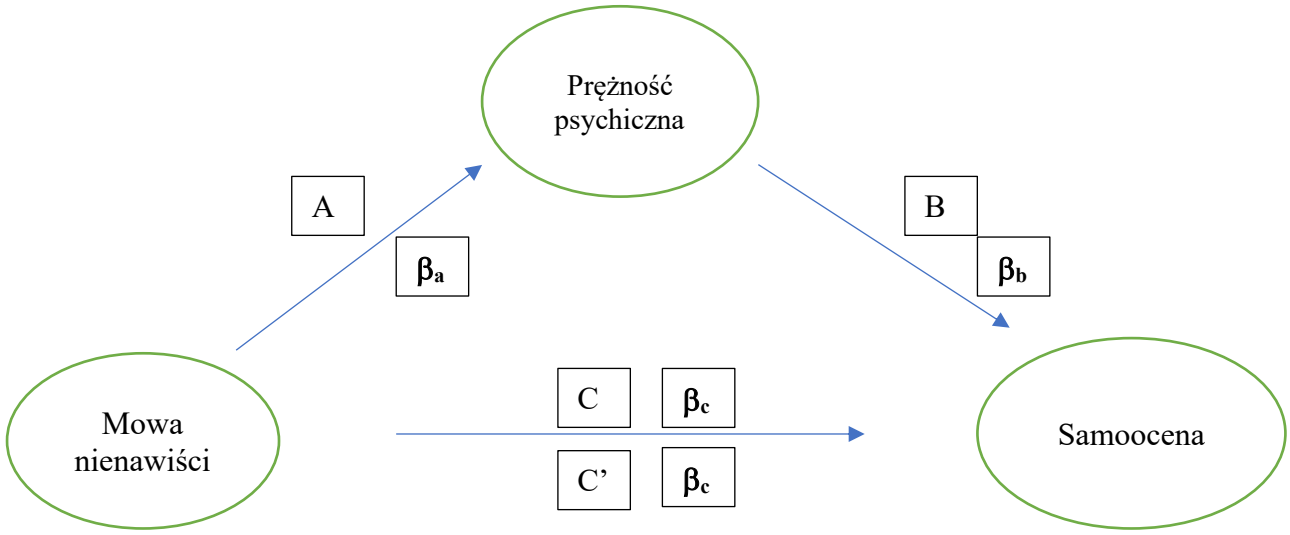
a) Samoakceptacji Moralnej ($F = 24.618$; $p < .001$)

b) Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 66.878$; $p < .001$).

Szczegółowe wyniki i tabele przedstawiono w rozdziale III.1. Obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni, a poziom samooceny kobiet w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

III.2.4. Analiza mediacyjna pośredniczącej roli prężności psychicznej pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek

W czwartym kroku analizy mediacyjnej należy wykazać, czy istnieje wpływ na zmienną zależną zmiennej niezależnej za pośrednictwem zmiennej mediującej – czyli prężności psychicznej. Rozpatrywane będą tylko zależności, które okazały się istotne statystycznie w analizie regresji (Regresja A, B i C).



Rysunek 6 Analiza mediacyjna – mowa nienawiści – prężność psychiczna – samoocena

III.2.4.1. Prężność psychiczna i jej rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących poprzez cesarskie cięcie

W tabeli 47 zestawiono wszystkie zależności analizy regresji pomiędzy zmienną niezależną (mową nienawiści), zmienną pośredniczącą (prężnością psychiczną), a zmienną zależną (samooceną i jej komponentami) dla matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 47

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/prężność psychiczna/samoocena – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Samoocena	Mowa nienawiści					Prężność psychiczna				
Komponenty	F	p	B	Błąd Stand.	β	F	p	B	Błąd Stand.	β
Ogólna Samoocena	61.365	.001*	-2.323	.297	-.563	12.113	.001*	.187	.054	.288
Samokontrola	.349	.556				1.987	.161			
Samoakceptacja moralna	56.310	.001*	-1.847	.246	-.547	6.481	.012***	.114	.045	-.347
Atrakcyjność fizyczna	.414	.521				.069	.793			
Witalność	.002	.966				14.174	.001*	-.411	.109	.-311
Integracja Tożsamości	33.449	.001*	-2.444	.423	-.450	3.563	.061			
Obronne Wzmacnianie Samooceny	143.86	.001*	5.895	.491	.722	8.303	.005**	.320	.111	.420
Mowa nienawiści						41.451	.001*	-3.131	.486	-.489

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Jak przedstawiono w tabeli 47, analizę mediacyjną można przeprowadzić dla wszystkich istotnych zależności pomiędzy:

a) mową nienawiści, prężnością psychiczną a Ogólną Samooceną;

b) mową nienawiści, prężnością psychiczną a Samoakceptacją Moralną;

c) mową nienawiści, prężnością psychiczną a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny;

Dla powyższych zależności przeprowadzono test Sobela, za pomocą którego można potwierdzić pośredniczącą rolę prężności psychicznej pomiędzy mową nienawiści, a komponentami samooceny (Cichocka i Bilewicz, 2010). Obliczenia testu Sobela przeprowadzono za pomocą kalkulatora internetowego http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm (Preacher, 2001).

Tabela 48

Test Sobela – mowa nienawiści/prężność psychiczna/ samoocena

	Z	p	βc	p	βc’	p	Efekt mediacji	Efekt supresji
a)	-3.166	.002**	-.563	.001*	-.560	.001*		TAK
b)	.087	.002**	-.547	.001*	-.544	.001*		TAK
c)	-2.298	.02***	.722	.005**	.740	.001*		TAK

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Powyższa analiza mediacyjna pozwoliła stwierdzić następujące wnioski:

a) prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy mową nienawiści, a Ogólną Samooceną;

b) prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy mową nienawiści, a Samoakceptacja Moralną;

c) prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy mową nienawiści, a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

III.2.4.2. Prężność psychiczna i jej rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących w sposób naturalny

W tabeli 49 zestawiono wszystkie zależności analizy regresji pomiędzy zmienną niezależną (mową nienawiści), zmienną pośredniczącą (prężnością psychiczną), a zmienną zależną (samooceną i jej komponentami) dla matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny.

Tabela 49

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/prężność psychiczna/samoocena – matki rodzące w sposób naturalny

Samoocena	Mowa nienawiści					Prężność psychiczna				
Komponenty	F	p	B	Błąd Stand.	β	F	p	B	Błąd Stand.	β
Ogólna Samoocena	.007	.932				3.323	.071			
Samokontrola	.1.644	.202				1.073	.303			
Samoakceptacja moralna	24.618	.001*	-1.530	.308	-.547	.783	.378			
Atrakcyjność fizyczna	2.784	.098				.020	.888			
Witalność	1.130	.290				41.876	.001*	-.675	.104	-.520
Integracja Tożsamości	3.767	.055				12.900	.001*	-.343	.095	-.320
Obronne Wzmacnianie Samooceny	66.878	.001*	5.248	.642	.722	6.230	.014***	.252	.101	.229
Mowa nienawiści						2.695	.103			

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Jak wynika z tabeli 49, nie można przeprowadzić analizy mediacyjnej dla pośredniczącej roli prężności psychicznej pomiędzy mową nienawiści, a komponentami samooceny u matek rodzących w sposób naturalny, z powodu braku wspólnych powiązań trzech zmiennych (brak istotnej regresji pomiędzy mową nienawiści, a prężnością psychiczną).

III.3. Pośrednicząca rola lęku pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci a samooceną kobiet wybierających dany rodzaj porodu

W tym rozdziale zostaną zaprezentowane oraz zinterpretowane wyniki dotyczące pośredniczącej roli lęku pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Zostanie zweryfikowana trzecia hipoteza postawiona w niniejszych badaniach za pomocą analizy mediacyjnej, zgodnie z metodologią opisaną w rozdziale II.

III.3.1. Relacja pomiędzy mową nienawiści a lękiem

W pierwszym kroku sprawdzono (Regresja A), czy mowa nienawiści jest predyktorem zmiennej pośredniczącej (lęk).

Tabela 50

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako cechy - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	255.166	1	255.166	4.241	.041[c]
	Reszta	7942.357	132	60.169		
	Ogółem	8197.522	133			

Jak wynika z przedstawionej analizy regresji mowa nienawiści jest predyktorem lęku jako cechy (F = 4.241; p < .041) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = .176; p < .041 świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym poziom lęku jako cechy jest wyższy.

Tabela 51

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako stanu - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1141.464	1	1141.464	16.455	< .001[c]
	Reszta	9156.416	132	69.367		
	Ogółem	10297.881	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: L-stan

c. Predyktory: (Stała), Czy spotkała się Pani w Internecie z negatywnymi treściami, które Pani zdaniem miały krzywdzący wydźwięk w temacie wybranego sposobu porodu?

Analiza regresji wykazała, iż mowa nienawiści jest predyktorem lęku jako stanu (F = 16.455; p < .001) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = .333; p < .001 świadczy o dodatniej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym

|0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym poziom lęku jako stan jest wyższy.

Tabela 52

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako cechy - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1902.022	1	1902.022	24.820	< .001[c]
	Reszta	8659.422	113	76.632		
	Ogółem	10561.443	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: L-cecha; c. Predyktory: (Stała), Mowa nienawiści

Jak wynika z przedstawionej analizy regresji (Tabela 52) mowa nienawiści jest predyktorem lęku jako cechy ($F = 24.820$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość $\beta = .424$; $p < .001$ świadczy o dodatniej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym poziom lęku jako cecha jest wyższy.

Tabela 53

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako stanu - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	2643.159	1	2643.159	23.051	< .001[c]
	Reszta	12957.415	113	114.667		
	Ogółem	15600.574	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: L-stan

c. Predyktory: (Stała), Czy spotkała się Pani w Internecie z negatywnymi treściami, które Pani zdaniem miały krzywdzący wydźwięk w temacie wybranego sposobu porodu?

Analiza regresji wykazała, iż mowa nienawiści jest predyktorem lęku jako stanu ($F = 23.051$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny. Wartość $\beta = .412$; $p < .001$ świadczy o dodatniej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.3 – 0.5|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (mowy nienawiści), tym poziom lęku jako stan jest wyższy.

III.3. 2. Relacja pomiędzy lękiem a samooceną matek

W drugim kroku analizy mediacyjnej należy wykazać, czy lęk jest predyktorem poszczególnych komponentów samooceny matek (Regresja B).

III.3.2.1. Lęk jako predyktor Ogólnej Samooceny

Jak wynika z poniższej analizy regresji lęk jako cecha jest predyktorem Ogólnej Samooceny ($F = 16.548$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = - .334$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.3 – 0.5|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako cechy), tym niższa jest Ogólna Samoocena.

Tabela 54

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	392.872	1	392.872	16.548	< .001[c]
	Reszta	3133.882	132	23.742		
	Ogółem	3526.754	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Ogólnej Samooceny ($F = 19.348$; $p < .001$). Wartość $\beta = - .358$; $p < .001$ świadczy o ujemnej,

umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako stanu), tym Ogólna Samoocena jest niższa.

Tabela 55

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	450.844	1	450.844	19.348	< .001[c]
	Reszta	3075.910	132	23.302		
	Ogółem	3526.754	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), L-stan

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako cecha nie jest predyktorem Ogólnej Samooceny (F = .009; p=.925) u matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny.

Tabela 56

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	.175	1	.175	.009	.925[c]
	Reszta	2246.573	113	19.881		
	Ogółem	2246.748	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OS

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

Tabela 57

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Ogólnej Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	33.279	1	33.279	1.699	.195[c]
	Reszta	2213.469	113	19.588		
	Ogółem	2246.748	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

W przypadku lęku jako stanu, wynik analizy regresji okazał się nieistotny statycznie (F = 1.699; p = .195), zatem nie można stwierdzić, że jest on jest predyktorem Ogólnej Samooceny u matek, które rodziły w sposób naturalny.

III.3.2.2. Lęk jako predyktor Samokontroli

Jak wynika z poniższej analizy regresji, nie można wykazać, że lęk jako cecha jest predyktorem Samokontroli (F = .118; p=.732) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 58

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Samokontroli - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1.201	1	1.201	.118	.732[c]
	Reszta	1347.038	132	10.205		
	Ogółem	1348.239	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: S

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu również nie można wskazać, iż jest on predyktorem Samokontroli u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie (F = .039; p=.843).

Tabela 59

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Samokontroli - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	.403	1	.403	.039	.843[c]
	Reszta	1347.836	132	10.211		
	Ogółem	1348.239	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: S

c. Predyktory: (Stała), L-stan

W przypadku lęku jako cechy u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Samokontroli (F = 6.313; p = .013). Wartość β = .230; p = .013 świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako cechy), tym Samokontrola jest wyższa.

Tabela 60

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Samokontroli - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	72.647	1	72.647	6.313	.013[c]
	Reszta	1300.345	113	11.507		
	Ogółem	1372.991	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: S

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Samokontroli (F = 5.215; p = .024). Wartość β = .210; p = .024 świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako stanu), tym Samokontrola jest wyższa.

Tabela 61

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Samokontroli - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	60.568	1	60.568	5.215	.024[c]
	Reszta	1312.423	113	11.614		
	Ogółem	1372.991	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: S

c. Predyktory: (Stała), L-stan

III.3.2.3. Lęk jako predyktor Samoakceptacji Moralnej

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako cecha jest predyktorem Samoakceptacji Moralnej ($F = 7.035$; $p < .009$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = -.225$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora, tym poziom Samoakceptacji Moralnej jest mniejszy.

Tabela 62

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	119.643	1	119.643	7.035	.009[c]
	Reszta	2244.954	132	17.007		
	Ogółem	2364.597	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Samoakceptacji Moralnej ($F = 19.097$; $p < .001$). Wartość $\beta = -.356$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.3 – 0.5|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako stanu), tym Samoakceptacja Moralna jest niższa.

Tabela 63

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	298.864	1	298.864	19.097	< .001[c]
	Reszta	2065.733	132	15.649		
	Ogółem	2364.597	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), L-stan

W przypadku lęku jako cechy u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Samoakceptacji Moralnej (F = 8.355; p = .005). Wartość β = - .262; p = .005 świadczy o ujemnej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako cechy), tym Samoakceptacja Moralna jest wyższa.

Tabela 64

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	136.758	1	136.758	8.355	.005[c]
	Reszta	1849.729	113	16.369		
	Ogółem	1986.487	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Samoakceptacji Moralnej (F = 14.012; p = .001). Wartość β = - .332; p = .001 świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako stanu), tym Samoakceptacja Moralna jest wyższa.

Tabela 65

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	219.154	1	219.154	14.012	< .001[c]
	Reszta	1767.333	113	15.640		
	Ogółem	1986.487	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: SM

c. Predyktory: (Stała), L-stan

III.3.2.4. Lęk jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako cecha nie jest predyktorem Atrakcyjności Fizycznej (F = 1.745; p=.189) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 66

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	26.751	1	26.751	1.745	.189[c]
	Reszta	2023.675	132	15.331		
	Ogółem	2050.425	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: AF

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu również nie wykazano, że jest on predyktorem Atrakcyjności Fizycznej, u matek, które urodziły w poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 67

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	6.532	1	6.532	.422	.517[c]
	Reszta	2043.893	132	15.484		
	Ogółem	2050.425	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: AF

c. Predyktory: (Stała), L-stan

U matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny nie wykazuje się istotnej relacji regresji pomiędzy lękiem jako cechą (F = 1.080; p = .301) oraz stanem (F = .055; p = .814) a Atrakcyjnością Fizyczną.

Tabela 68

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	7.467	1	7.467	1.080	.301[c]
	Reszta	781.229	113	6.914		
	Ogółem	788.696	114			

Tabela 69

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	.387	1	.387	.055	.814[c]
	Reszta	788.309	113	6.976		
	Ogółem	788.696	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: AF

c. Predyktory: (Stała), L-stan

III.3.2.5. Lęk jako predyktor Witalności

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako cecha jest predyktorem Witalności (F = 22.976; p < .001) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = - .385; p < .001 świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora, tym poziom witalności jest niższy.

Tabela 70

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	2198.924	1	2198.924	22.976	< .001[c]
	Reszta	12633.225	132	95.706		
	Ogółem	14832.149	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: W

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako stan jest predyktorem Witalności (F = 19.624; p < .001) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = - .360; p < .001 świadczy o ujemnej, umiarkowanej zależności (w przedziale

bezwzględnym |0.3 – 0.5|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora, tym poziom Witalności jest niższy.

Tabela 71

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1919.655	1	1919.655	19.624	< .001[c]
	Reszta	12912.494	132	97.822		
	Ogółem	14832.149	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: W

c. Predyktory: (Stała), L-stan

W przypadku lęku jako cechy u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Witalności (F = 38.620; p = .001). Wartość β = - .505; p = .001 świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.5 – 1.0|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako cechy), tym Witalność jest niższa.

Tabela 72

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Witalności - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	3968.205	1	3968.205	38.620	< .001[c]
	Reszta	11610.717	113	102.750		
	Ogółem	15578.922	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: W

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Witalności (F = 50.299; p = .001). Wartość β = - .555; p = .001 świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.5 – 1.0|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako stanu), tym Witalność jest niższa.

Tabela 73

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Witalności - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	4798.558	1	4798.558	50.299	< .001[c]
	Reszta	10780.363	113	95.401		
	Ogółem	15578.922	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: W

c. Predyktory: (Stała), L-stan

III.3.2.6. Lęk jako predyktor Integracji Tożsamości

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako cecha jest predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 59.198$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = -.556$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.5 – 1.0|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora, tym poziom Integracji Tożsamości jest wyższy.

Tabela 74

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1896.694	1	1896.694	59.198	< .001[c]
	Reszta	4229.276	132	32.040		
	Ogółem	6125.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako stan jest predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 74.415$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = -.600$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.5 – 1.0|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora, tym poziom Integracji Tożsamości jest niższy.

Tabela 75

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	2208.492	1	2208.492	74.415	< .001[c]
	Reszta	3917.478	132	29.678		
	Ogółem	6125.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), L-stan

W przypadku lęku jako cechy u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 52.330$; $p < .001$). Wartość $\beta = -.563$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.5 – 1.0|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako cechy), tym Integracja Tożsamości jest niższa.

Tabela 76

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	3351.434	1	3351.434	52.330	< .001[c]
	Reszta	7236.949	113	64.044		
	Ogółem	10588.383	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Integracji Tożsamości ($F = 36.433$; $p < .001$). Wartość $\beta = -.494$; $p < .001$ świadczy o ujemnej, silnej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.5 – 1.0|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako stanu), tym Integracja Tożsamości jest niższa.

Tabela 77

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	2581.510	1	2581.510	36.433	< .001[c]
	Reszta	8006.872	113	70.857		
	Ogółem	10588.383	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: IT

c. Predyktory: (Stała), L-stan

III.3.2.7. Lęk jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako cecha jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny (F = 9.614; p = .002) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość β = .261; p = .002 świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym |0.0 – 0.3|), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora, tym poziom Obronnego Wzmacniania Samooceny jest wyższy.

Tabela 78

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	937.950	1	937.950	9.614	.002[c]
	Reszta	12878.020	132	97.561		
	Ogółem	13815.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

Analiza regresji wykazała, iż lęk jako stan jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 13.351$; $p < .001$) u matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie. Wartość $\beta = .303$; $p < .001$ świadczy o dodatniej, umiarkowanej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.3 – 0.5|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora, tym poziom Obronnego Wzmacniania Samooceny jest wyższy.

Tabela 79

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	1269.063	1	1269.063	13.351	< .001[c]
	Reszta	12546.907	132	95.052		
	Ogółem	13815.970	133			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), L-stan

W przypadku lęku jako cechy u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 4.552$; $p = .035$). Wartość $\beta = .197$; $p = .035$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.0 – 0.3|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako cechy), tym Obronne Wzmacnianie Samooceny jest wyższe.

Tabela 80

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	435.428	1	435.428	4.552	.035[c]
	Reszta	10808.363	113	95.649		
	Ogółem	11243.791	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), L-cecha

W przypadku lęku jako stanu u matek rodzących w sposób naturalny analiza regresji wykazała, że jest on predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 10.551$; $p = .002$). Wartość $\beta = .292$; $p = .002$ świadczy o dodatniej, słabej zależności (w przedziale bezwzględnym $|0.0 – 0.3|$), co oznacza, że im większe jest natężenie predyktora (lęku jako stanu), tym Obronne Wzmacnianie Samooceny jest wyższe.

Tabela 81

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny

Anova[a,b]

Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
1	Regresja	960.191	1	960.191	10.551	.002[c]
	Reszta	10283.601	113	91.005		
	Ogółem	11243.791	114			

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

b. Zmienna zależna: OWS

c. Predyktory: (Stała), L-stan

III.3. 3. Relacja pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek

W trzecim kroku analizy mediacyjnej należy wykazać, czy mowa nienawiści jest predyktorem poszczególnych komponentów samooceny matek (Regresja C). Tak jak w przypadku weryfikacji hipotezy odnośnie pośredniczącej roli prężności psychicznej, ten krok został przeprowadzony przy weryfikacji hipotezy H1.

Dla matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie mowa nienawiści była predyktorem:

a) Ogólnej Samooceny ($F = 61.365$; $p < .001$);

b) Samoakceptacji Moralnej ($F = 56.310$; $p < .001$);

c) Integracji Tożsamości ($F = 33.449$; $p < .001$);

d) Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 143.860$; $p < .001$).

W przypadku matek, które urodziły swoje dziecko w sposób naturalny mowa nienawiści była predyktorem dwóch komponentów samooceny:

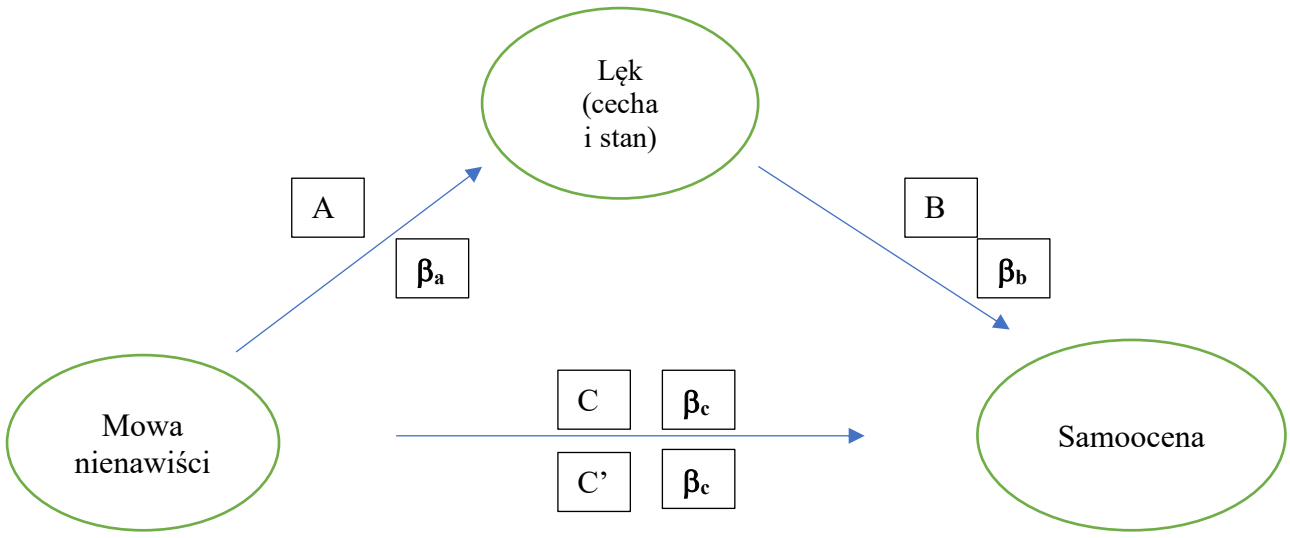
a) Samoakceptacji Moralnej ($F = 24.618$; $p < .001$);

b) Obronnego Wzmacniania Samooceny ($F = 66.878$; $p < .001$).

Szczegółowe wyniki i tabele przedstawiono w rozdziale III.1. Obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni, a poziom samooceny kobiet w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

III.3.4. Analiza mediacyjna pośredniczącej roli lęku pomiędzy mową nienawiści a samooceną

W czwartym kroku analizy mediacyjnej należy wykazać, czy istnieje wpływ na zmienną zależną (samooceną) zmiennej niezależnej (mowy nienawiści) za pośrednictwem zmiennej mediującej – czyli lęku. Analiza ta zostanie przeprowadzona w rozbiciu na lęk jako cecha oraz jako stan. Rozpatrywane będą tylko zależności, które w analizie regresji okazały się istotne statystycznie (Regresja A, B i C).



Rysunek 7 Analiza mediacyjna – mowa nienawiści – lęk – samoocena

III.3.4.1. Lęk jako cecha i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących poprzez cesarskie cięcie

W tabeli 82 zestawiono wszystkie zależności analizy regresji pomiędzy zmienną niezależną (mową nienawiści), zmienną pośredniczącą (lękiem jako cechą), a zmienną zależną (samooceną i jej komponentami) dla matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 82

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/lęk jako cecha/samoocena – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Samoocena	Mowa nienawiści					Lęk jako cecha				
Komponenty	F	p	B	Błąd Stand.	β	F	p	B	Błąd Stand.	β
Ogólna Samoocena	61.365	.001*	-2.323	.297	-.563	16.548	< .001*	-.219	.054	-.334
Samokontrola	.349	.556				.118	.732			
Samoakceptacja moralna	56.310	.001*	-1.847	.246	-.547	7.035	.009**	-.121	.046	-.225
Atrakcyjność fizyczna	.414	.521				1.745	.189			
Witalność	.002	.966				22.976	< .001*	-.518	.108	-.385
Integracja Tożsamości	33.449	.001*	-2.444	.423	-.450	59.198	< .001*	-.481	.063	-.556
Obronne Wzmacnianie Samooceny	143.86	.001*	5.895	.491	.722	9.614	.002**	.338	.109	.261
Mowa nienawiści						4.241	.041***	1.109	.539	.176

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Jak przedstawiono w tabeli 82, analizę mediacyjną można przeprowadzić dla wszystkich istotnych zależności pomiędzy:

a) mową nienawiści, lękiem jako cechą a Ogólną Samooceną;

b) mową nienawiści, lękiem jako cechą a Samoakceptacją Moralną;

c) mową nienawiści, lękiem jako cechą a Integracją Tożsamości;

d) mową nienawiści, lękiem jako cechą a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

Dla powyższych zależności przeprowadzono test Sobela, za pomocą którego można potwierdzić pośredniczącą rolę lęku jako cechy pomiędzy mową nienawiści, a komponentami samooceny (Cichocka i Bilewicz, 2010). Obliczenia testu Sobela przeprowadzono za pomocą kalkulatora internetowego http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm (Preacher, 2001).

Tabela 83

Test Sobela – mowa nienawiści/lęk jako cecha/ samoocena – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

	Z	p	βc	p	βc’	p	Efekt mediacji	Efekt supresji
a)	3.600	< .001*	-.563	< .001*	-.581	< .001*	TAK	
b)	2.482	.013***	-.547	< .001*	-.583	.001*	TAK	
c)	4.607	< .001*	-.450	< .001*	-.506	.001*	TAK	
d)	3.002	.002**	.722	< .001*	.698	.024***	TAK	

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Powyższa analiza mediacyjna pozwoliła stwierdzić następujące wnioski:

1. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Ogólną Samooceną;
2. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Samoakceptacja Moralną;
3. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Integracją Tożsamości;
4. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

III.3.4.2. Lęk jako stan i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących poprzez cesarskie cięcie

W tabeli 84 zestawiono wszystkie zależności analizy regresji pomiędzy zmienną niezależną (mową nienawiści), zmienną pośredniczącą (lękiem jako stanem), a zmienną zależną (samooceną i jej komponentami) dla matek, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie.

Tabela 84

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/lęk jako stan/samoocena – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Samoocena	Mowa nienawiści					Lęk jako cecha				
Komponenty	F	p	B	Błąd Stand.	β	F	p	B	Błąd Stand.	β
Ogólna Samoocena	61.365	.001*	-2.323	.297	-.563	19.348	< .001*	-.209	.048	-.358
Samokontrola	.349	.556				.039	.843			
Samoakceptacja moralna	56.310	.001*	-1.847	.246	-.547	19.097	< .001*	-.170	.039	-.356
Atrakcyjność fizyczna	.414	.521				.422	.517			
Witalność	.002	.966				19.624	< .001*	-.432	.097	-.360
Integracja Tożsamości	33.449	.001*	-2.444	.423	-.450	74.415	< .001*	-.463	.054	-.600
Obronne Wzmacnianie Samooceny	143.86	.001*	5.895	.491	.722	13.351	< .001	.351	.096	.303
Mowa nienawiści						16.455	< .001*	2.346	.578	.333

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Jak przedstawiono w tabeli 84, analizę mediacyjną można przeprowadzić dla wszystkich istotnych zależności pomiędzy:

a) mową nienawiści, lękiem jako stanem a Ogólną Samooceną;

b) mową nienawiści, lękiem jako stanem a Samoakceptacją Moralną;

c) mową nienawiści, lękiem jako stanem a Integracją Tożsamości;

d) mową nienawiści, lękiem jako stanem a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

Dla powyższych zależności przeprowadzono test Sobela, za pomocą którego można potwierdzić pośredniczącą rolę lęku jako cechy pomiędzy mową nienawiści, a komponentami samooceny (Cichocka i Bilewicz, 2010). Obliczenia testu Sobela przeprowadzono za pomocą kalkulatora internetowego http://quantpsy.org/sob-el/sobel.htm (Preacher, 2001).

Tabela 85

Test Sobela – mowa nienawiści/lęk jako stan/ samoocena – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

	Z	p	βc	p	βc’	p	Efekt mediacji	Efekt supresji
a)	-2.968	< .001*	-.563	< .001*	-.586	< .001*	TAK	
b)	-2.970	< .001*	-.547	< .001*	-.582	< .001*	TAK	
c)	-3.669	< .001*	-.450	< .001*	-.481	< .001*	TAK	
d)	2.096	< .001*	.722	< .001*	.699	< .001*	TAK	

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Powyższa analiza mediacyjna pozwoliła stwierdzić następujące wnioski:

1. lęk jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Ogólną Samooceną;
2. lęk jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Samoakceptacją Moralną;
3. lęk jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Integracją Tożsamości;
4. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

III.3.4.3. Lęk jako cecha i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących w sposób naturalny

W tabeli 86 zestawiono wszystkie zależności analizy regresji pomiędzy zmienną niezależną (mową nienawiści), zmienną pośredniczącą (lękiem jako cechą), a zmienną zależną (samooceną i jej komponentami) dla matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny.

Tabela 86

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/lęk jako cecha/samoocena – matki rodzące w sposób naturalny

Samoocena	Mowa nienawiści					Lęk jako cecha				
Komponenty	F	p	B	Błąd Stand.	β	F	p	B	Błąd Stand.	β
Ogólna Samoocena	61.365	.001*	-2.323	.297	-.563	.009	.925			
Samokontrola	.349	.556				6.313	.013***	.083	.033	.230
Samoakceptacja moralna	56.310	.001*	-1.847	.246	-.547	8.355	.005*	-.114	.039	-.262
Atrakcyjność fizyczna	.414	.521				1.080	.301			
Witalność	.002	.966				38.620	< .001*	-.613	.099	-.505
Integracja Tożsamości	33.449	.001*	-2.444	.423	-.450	52.330	< .001*	-.563	.078	-.563
Obronne Wzmacnianie Samooceny	143.86	.001*	5.895	.491	.722	4.552	.035***	.203	.095	.197
Mowa nienawiści						24.820	< .001*	3.540	.711	.424

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Jak przedstawiono w tabeli 86, analizę mediacyjną można przeprowadzić dla wszystkich istotnych zależności pomiędzy:

a) mową nienawiści, lękiem jako cechą a Samoakceptacją Moralną;

b) mową nienawiści, lękiem jako cechą a Integracją Tożsamości;

c) mową nienawiści, lękiem jako cechą a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

Dla powyższych zależności przeprowadzono test Sobela, za pomocą którego można potwierdzić pośredniczącą rolę lęku jako cechy pomiędzy mową nienawiści, a komponentami samooceny (Cichocka i Bilewicz, 2010). Obliczenia testu Sobela przeprowadzono za pomocą kalkulatora internetowego http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm (Preacher, 2001).

Tabela 87

Test Sobela – mowa nienawiści/lęk jako cecha/ samoocena – matki rodzące w sposób naturalny

	Z	p	βc	p	βc'	p	Efekt mediacji	Efekt supresji
a)	-2.521	.012***	-.547	< .001*	-.552	< .001*	TAK	
b)	-4.098	< .001*	-.450	< .001*	-.462	< .001*	TAK	
c)	1.963	< .049***	.722	< .001*	.698	< .001*	TAK	

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Powyższa analiza mediacyjna pozwoliła stwierdzić następujące wnioski:

1. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Samoakceptacją Moralną;

2. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Integracją Tożsamości;
3. lęk jako cecha pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

III.3.4.4. Lęk jako stan i jego rola jako mediatora pomiędzy mową nienawiści a samooceną matek rodzących w sposób naturalny

W tabeli 88 zestawiono wszystkie zależności analizy regresji pomiędzy zmienną niezależną (mową nienawiści), zmienną pośredniczącą (lękiem jako stanem), a zmienną zależną (samooceną i jej komponentami) dla matek, które urodziły dziecko w sposób naturalny.

Tabela 88

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/lęk jako stan/samoocena – matki rodzące w sposób naturalny

Samoocena	Mowa nienawiści					Lęk jako stan				
Komponenty	F	p	B	Błąd Stand.	β	F	p	B	Błąd Stand.	β
Ogólna Samoocena	61.365	.001*	-2.323	.297	-.563	1.699	.195			
Samokontrola	.349	.556				5.215	.024***	.062	.027	.210
Samoakceptacja moralna	56.310	.001*	-1.847	.246	-.547	14.012	< .001	-.119	.032	-.332
Atrakcyjność fizyczna	.414	.521				.055	.814			
Witalność	.002	.966				50.299	< .001*	-.555	.078	-.555
Integracja Tożsamości	33.449	.001*	-2.444	.423	-.450	36.433	< .001*	-.407	.067	-.494
Obronne Wzmacnianie Samooceny	143.86	.001*	5.895	.491	.722	10.551	.002**	.248	.076	.292
Mowa nienawiści						23.051	< .001*	4.173	.869	412

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Jak przedstawiono w tabeli 88, analizę mediacyjną można przeprowadzić dla wszystkich istotnych zależności pomiędzy:

a) mową nienawiści, lękiem jako stanem a Samoakceptacją Moralną;

b) mową nienawiści, lękiem jako stanem a Integracją Tożsamości;

c) mową nienawiści, lękiem jako stanem a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

Dla powyższych zależności przeprowadzono test Sobela, za pomocą którego można potwierdzić pośredniczącą rolę lęku jako cechy pomiędzy mową nienawiści, a komponentami samooceny (Cichocka i Bilewicz, 2010). Obliczenia testu Sobela przeprowadzono za pomocą kalkulatora internetowego http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm (Preacher, 2001).

Tabela 89

Test Sobela – mowa nienawiści/lęk jako stan/ samoocena – matki rodzące w sposób naturalny

	Z	p	βc	p	βc'	p	Efekt mediacji	Efekt supresji
a)	2.071	.003**	-.547	< .001*	-.565	< .001*	TAK	
b)	-3.767	< .001*	-.450	< .001*	-.534	< .001*	TAK	
c)	2.698	< .006**	.722	< .001*	.576	< .001*	TAK	

*- wynik istotny statystycznie *p < .001;** p < .01; ***p < .05

Powyższa analiza mediacyjna pozwoliła stwierdzić następujące wnioski:

1. lęk jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Samoakceptacja Moralną;

2. lęk jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Integracją Tożsamości;
3. lęk jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

III.4. Samoocena matek i jej zróżnicowanie ze względu na poziom wysokiej wrażliwości i podatności na obraźliwe zachowania w sieci

W tym rozdziale zostaną zaprezentowane oraz zinterpretowane wyniki dotyczące poziomu samooceny matek, w aspekcie wysokiej wrażliwości i podatności na obraźliwe zachowania. Tym samym zostanie zweryfikowana czwarta hipoteza postawiona w niniejszych badaniach.

III.4.1. Samoocena matek i jej zróżnicowanie ze względu na poziom wysokiej wrażliwości

III.4.1.1. Matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica pomiędzy poszczególnymi komponentami samooceny w odniesieniu do poziomu wysokiej wrażliwości dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (komponenty samooceny) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 15 do wartości 64.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę alternatywną, że grupy osób funkcjonujących jako wysoko wrażliwe (N=110) i grupy osób niefunkcjonujących jako wysoko wrażliwe (N=24) nie są grupami równolicznymi $\chi 2=55.194$; $p < .001$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 90

Wartość testu Shapiro - Wilka dla komponentów samooceny – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

	Wysoka wrażliwość	Shapiro-Wilk		
		W	df	p
OS	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.966	110	.006
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.932	24	.106
K	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.968	110	.009
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.897	24	.019
BK	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.921	110	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.886	24	.011
P	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.930	110	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.860	24	.003
ZP	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.947	110	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.951	24	.282
S	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.967	110	.008
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.967	24	.596
SM	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.933	110	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.933	24	.117

AF	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.962	110	.003
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.856	24	.003
W	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.855	110	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.861	24	.004
IT	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.766	110	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.942	24	.178
OWS	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.935	110	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.907	24	.031

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

Jak przedstawiono w powyższej tabeli, nie można przyjąć we wszystkich przypadkach, że rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym ($p < .05$), zatem założenie jest spełnione częściowo dla wybranych komponentów (Ferguson i Takane, 1999).

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 91, gdzie wyniki dla poszczególnych komponentów samooceny są wynikami nieistotnymi ($p>.05$), zatem pozwalają przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 91

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla komponentów samooceny – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
OS	Bazując na średniej	.483	1	132	.488
K	Bazując na średniej	.920	1	132	.339
BK	Bazując na średniej	.248	1	132	.619
P	Bazując na średniej	.680	1	132	.411
ZP	Bazując na średniej	.095	1	132	.759
S	Bazując na średniej	.250	1	132	.618
SM	Bazując na średniej	.445	1	132	.506
AF	Bazując na średniej	1.426	1	132	.235
W	Bazując na średniej	9.002	1	132	.003
IT	Bazując na średniej	2.365	1	132	.126
OWS	Bazując na średniej	.059	1	132	.809

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

Sprawdzone powyższe założenie pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 92 wskazują na istotną

różnicę w poziomie niżej wymienionych komponentów samooceny matek rodzących poprzez cesarskie cięcie w zależności od poziomu wysokiej wrażliwości:

1. Zdolności Przywódcze (t(132) = 2.185; p =.015; 95% *CI* [.225; 4.528]; d = .492). Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 30.92; SD = 4.931) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 28.54; SD = 4.303);
2. Atrakcyjność Fizyczna (t(132) = 2.525; p =.006; 95% *CI* [.475; 3.906]; d = .569). Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 30.98; SD = 3.597) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 28.79; SD = 4.872);
3. Witalność (t(132) = 3.044; p =.002; 95% *CI* [2.158; 10.733]; d = .626). Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 36.95; SD =10.534) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 30.50; SD = 9.132);
4. Integracja Tożsamości (t(132) = 1.727; p =.043; 95% *CI* -.381; 5.623];d = .389). Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 30.45; SD = 7.245) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 27.83; SD = 3.422).

Tabela 92

Porównanie różnicy komponentów samooceny ze względu na poziom wysokiej wrażliwości – matki rodzące poprzez cesarskie cięci

Test dla prób niezależnych[a]

		Test t równości średnich					
				p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
		t	df	Jednostronny P	Dwustronny P	Dolna granica	Górna granica
OS	Założono równość wariancji	.883	132	.189	.379	-1.271	3.323
K	Założono równość wariancji	-.149	132	.441	.882	-1.630	1.401
BK	Założono równość wariancji	.558	132	.289	.578	-1.129	2.017
P	Założono równość wariancji	1.459	132	.073	.147	-.404	2.679
ZP	Założono równość wariancji	2.185	132	.015	.031	.225	4.528
S	Założono równość wariancji	1.085	132	.140	.280	-.640	2.196
SM	Założono równość wariancji	.638	132	.262	.524	-1.276	2.491
AF	Założono równość wariancji	2.525	132	.006	.013	.475	3.906
W	Nie założono równości wariancji	3.044	37.625	.002	.004	2.158	10.733
IT	Założono równość wariancji	1.727	132	.043	.086	-.381	5.623
OWS	Założono równość wariancji	-.140	132	.444	.889	-4.882	4.236

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

III.4.1.2. Matki rodzące w sposób naturalny

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica pomiędzy poszczególnymi komponentami samooceny w odniesieniu do poziomu wysokiej wrażliwości dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (komponenty samooceny) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 19 do wartości 67.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę alternatywną, że grupy osób funkcjonujących jako wysoko wrażliwe (N = 102) i grupy osób niefunkcjonujących jako wysoko wrażliwe (N = 13) nie są grupami równolicznymi $\chi 2=68.878$; $p < .001$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 93

Wartość testu Shapiro - Wilka dla komponentów samooceny – matki w sposób naturalny

Testy normalności rozkładu[a]

		Shapiro-Wilk		
	Wysoka wrażliwość	W	df	p
OS	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.951	102	.001
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.858	13	.036
K	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.963	102	.006
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.891	13	.101
BK	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.958	102	.002
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.839	13	.021
P	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.932	102	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.925	13	.294
ZP	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.951	102	.001
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.929	13	.328
S	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.974	102	.045
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.905	13	.154
SM	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.975	102	.046
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.950	13	.596
AF	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.936	102	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.922	13	.265

W	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.831	102	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.901	13	.136
IT	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.851	102	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.895	13	.113
OWS	Osoba funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.916	102	.000
	Osoba NIE funkcjonująca jako wysoko wrażliwa	.867	13	.048

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

Jak przedstawiono w powyższej tabeli, nie można przyjąć we wszystkich przypadkach, że rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym ($p < .05$), zatem założenie jest spełnione częściowo dla wybranych komponentów (Ferguson i Takane, 1999).

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 94, gdzie wyniki dla poszczególnych komponentów samooceny są wynikami nieistotnymi ($p > .05$), zatem pozwalają przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 94

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla komponentów samooceny – matki rodzące w sposób naturalny

Test jednorodności wariancji[a]

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
OS	Bazując na średniej	.462	1	113	.498
K	Bazując na średniej	.764	1	113	.384
BK	Bazując na średniej	.288	1	113	.592
P	Bazując na średniej	.323	1	113	.571
ZP	Bazując na średniej	.368	1	113	.545
S	Bazując na średniej	1.966	1	113	.164
SM	Bazując na średniej	.082	1	113	.776
AF	Bazując na średniej	.027	1	113	.870
W	Bazując na średniej	10.912	1	113	.001
IT	Bazując na średniej	6.608	1	113	.011
OWS	Bazując na średniej	4.505	1	113	.036

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

Sprawdzone powyższe założenia pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 95 wskazują na istotną

różnicę w poziomie niżej wymienionych komponentów samooceny matek rodzących w sposób naturalny w zależności od poziomu wysokiej wrażliwości:

1. Zdolności Przywódcze (t(113) = -2.073; p =.020; 95% *CI* [-6.156; -.140]; d = - .611). Niższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 32.31; SD =5.145) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 35.46; SD = 5.238);
2. Samoakceptacja Moralna (t(113) = - 1.702; p =.046; 95% *CI* [- 4.490; .341]; d = - .501). Niższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 29.62; SD = 4.120) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 31.69; SD = 4.309);
3. Witalność (t(113) = -1.961; p =.034; 95% *CI* [-12.320; .467]; d = - .511). Niższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 40.30; SD =11.756) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 46.23; SD = 10.059);
4. Obronne Wzmacnianie Samooceny (t(113) = 2.404; p =.012; 95% *CI* [.641; 8.636]; d = .470). Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysoko wrażliwe osoby (M = 35.72; SD = 10.232) niż te, które w ten sposób nie funkcjonują (M = 31.08; SD = 5.923).

Tabela 95

Porównanie różnicy komponentów samooceny ze względu na poziom wysokiej wrażliwości – matki rodzące w sposób naturalny

Test dla prób niezależnych[a]

		Test t równości średnich					
				p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
		t	df	Jednostronny	Dwustronny	Dolna granica	Górna granica
OS	Założono równość wariancji	-1.166	113	.123	.246	-4.109	1.063
K	Założono równość wariancji	-.780	113	.219	.437	-3.335	1.451
BK	Założono równość wariancji	-1.209	113	.115	.229	-2.485	.601
P	Założono równość wariancji	.041	113	.484	.967	-1.611	1.679
ZP	Założono równość wariancji	-2.073	113	.020	.040	-6.156	-.140
S	Założono równość wariancji	.857	113	.197	.393	-1.150	2.904
SM	Założono równość wariancji	-1.702	113	.046	.092	-4.490	.341
AF	Założono równość wariancji	-.919	113	.180	.360	-2.248	.823
W	Nie założono równości wariancji	-1.961	16.482	.034	.067	-12.320	.467
IT	Nie założono równości wariancji	-1.465	13.444	.083	.166	-13.657	2.597
OWS	Nie założono równości wariancji	2.404	22.480	.012	.025	.641	8.636

III.4.2. Samoocena matek i jej zróżnicowanie ze względu na podatność na obraźliwe zachowania w sieci

III.4.2.1. Matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica pomiędzy poszczególnymi komponentami samooceny w odniesieniu do poziomu podatności na obraźliwe zachowania w sieci dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (komponenty samooceny) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 15 do wartości 64.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę alternatywną, że grupy osób doświadczających mowy nienawiści (N=111) i grupy osób niedoświadczających mowy nienawiści (N=23) nie są grupami równolicznymi $\chi 2 = 57.791$; $p < .001$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 96

Wartość testu Shapiro - Wilka dla komponentów samooceny – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Testy normalności rozkładu[a]

	Podatność na hejt	Shapiro-Wilk		
		Statystyka	df	p
OS	tak	.964	111	.004
	nie	.871	23	.007
K	tak	.964	111	.004
	nie	.917	23	.057
BK	tak	.908	111	< .001
	nie	.940	23	.181
P	tak	.926	111	< .001
	nie	.904	23	.030
ZP	tak	.961	111	.003
	nie	.938	23	.160
S	tak	.963	111	.004
	nie	.963	23	.529
SM	tak	.944	111	< .001
	nie	.931	23	.115
AF	tak	.927	111	< .001
	nie	.951	23	.313
W	tak	.867	111	< .001
	nie	.857	23	.004
IT	tak	.766	111	< .001
	nie	.626	23	< .001
OWS	tak	.919	111	< .001
	nie	.905	23	.032

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

Jak przedstawiono w powyższej tabeli, nie można przyjąć we wszystkich przypadkach, że rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym ($p < .05$), zatem założenie jest spełnione częściowo dla wybranych komponentów (Ferguson i Takane, 1999).

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 97, gdzie wyniki dla poszczególnych komponentów samooceny są wynikami nieistotnymi ($p>.05$), zatem pozwalają przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 97

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla komponentów samooceny – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Test jednorodności wariancji[a]

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
OS	Bazując na średniej	3.232	1	132	.074
K	Bazując na średniej	2.560	1	132	.112
BK	Bazując na średniej	.118	1	132	.731
P	Bazując na średniej	1.034	1	132	.311
ZP	Bazując na średniej	.095	1	132	.759
S	Bazując na średniej	.315	1	132	.576
SM	Bazując na średniej	.410	1	132	.523
AF	Bazując na średniej	.098	1	132	.754
W	Bazując na średniej	.209	1	132	.648
IT	Bazując na średniej	1.481	1	132	.226
OWS	Bazując na średniej	23.343	1	132	< .001

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

Sprawdzone powyższe założenie pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 98 wskazują na istotną

różnicę w poziomie niżej wymienionych komponentów samooceny matek rodzących poprzez cesarskie cięcie w zależności od poziomu podatności na mowę nienawiści:

1. Ogólna Samoocena (t(132) = - 5.888; p < .001; 95% *CI* [- 8.290; - 4.120]; d = - 1.349). Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści (M = 25.36; SD = 4.682) niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści (M = 31.57; SD = 4.165);
2. Samoakceptacja Moralna (t(132) = - 2.586; p =.005; 95% *CI* [-4.318; - . 575]; d = - . 007). Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści (M = 29.54; SD = 4.010) niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści (M = 31.61; SD = 4.678);
3. Integracja Tożsamości (t(132) = - 3.188; p < .001; 95% *CI* [- 7.769; - 1.819]; d = - .730). Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści (M = 29.16; SD = 6.281) niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści (M = 33.96; SD = 7.830);
4. Obronne Wzmacnianie Samooceny (t(132) = 7.452; p < .001; 95% *CI* [7.710; 13.354]; d = 1.119). Wyższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści (M = 40.79; SD = 10.070) niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści (M = 30.26; SD = 4.993).

Tabela 98

Porównanie różnicy komponentów samooceny ze względu na poziom podatności na mowę nienawiści – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie

Test dla prób niezależnych[a]

		Test t równości średnich					
				p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
		t	df	Jednostronny	Dwustronny	Dolna granica	Górna granica
OS	Założono równość wariancji	-5.888	132	< .001	< .001	-8.290	-4.120
K	Założono równość wariancji	-.216	132	.415	.830	-1.709	1.373
BK	Założono równość wariancji	.149	132	.441	.882	-1.481	1.722
P	Założono równość wariancji	-1.072	132	.143	.286	-2.426	.721
ZP	Założono równość wariancji	-.031	132	.488	.975	-2.262	2.192
S	Założono równość wariancji	-.450	132	.327	.654	-1.776	1.118
SM	Założono równość wariancji	-2.586	132	.005	.011	-4.318	-.575
AF	Założono równość wariancji	-1.077	132	.142	.284	-2.746	.810
W	Założono równość wariancji	-.169	132	.433	.866	-5.213	4.394
IT	Założono równość wariancji	-3.188	132	< .001	.002	-7.769	-1.819
OWS	Nie założono równości wariancji	7.452	65.419	< .001	< .001	7.710	13.354

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poprzez cesarskie cięcie

III.4.2.2. Matki rodzące w sposób naturalny

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica pomiędzy poszczególnymi komponentami samooceny w odniesieniu do poziomu podatności na obraźliwe zachowania w sieci dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (komponenty samooceny) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 19 do wartości 67.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę alternatywną, że grupy osób doświadczających mowy nienawiści (N = 85) i grupy osób niedoświadczających mowy nienawiści (N = 30) nie są grupami równolicznymi $\chi 2 = 26.304$; $p < .001$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 99

Wartość testu Shapiro - Wilka dla komponentów samooceny – matki w sposób naturalny

Testy normalności rozkładu[a]

		Shapiro-Wilk		
	Podatność na hejt	W	df	p
OS	tak	.941	85	.001
	nie	.942	30	.104
K	tak	.948	85	.002
	nie	.948	30	.154
BK	tak	.955	85	.005
	nie	.964	30	.401
P	tak	.982	85	.273
	nie	.875	30	.002
ZP	tak	.946	85	.001
	nie	.966	30	.429
S	tak	.963	85	.014
	nie	.967	30	.455
SM	tak	.971	85	.050
	nie	.969	30	.515
AF	tak	.933	85	.000
	nie	.925	30	.037
W	tak	.832	85	.000
	nie	.869	30	.002
IT	tak	.867	85	.000
	nie	.848	30	.001
OWS	tak	.915	85	.000
	nie	.906	30	.012

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

Jak przedstawiono w powyższej tabeli, nie można przyjąć we wszystkich przypadkach, że rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym ($p < .05$), zatem założenie jest spełnione częściowo dla wybranych komponentów (Ferguson i Takane, 1999).

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 100, gdzie wyniki dla poszczególnych komponentów samooceny są wynikami nieistotnymi ($p>.05$), zatem pozwalają przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 100

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla komponentów samooceny – matki rodzące w sposób naturalny

Test jednorodności wariancji[a]

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
OS	Bazując na średniej	2.306	1	113	.132
K	Bazując na średniej	.773	1	113	.381
BK	Bazując na średniej	2.978	1	113	.087
P	Bazując na średniej	2.130	1	113	.147
ZP	Bazując na średniej	.431	1	113	.513
S	Bazując na średniej	.578	1	113	.449
SM	Bazując na średniej	.765	1	113	.384
AF	Bazując na średniej	.421	1	113	.518
W	Bazując na średniej	.627	1	113	.430
IT	Bazując na średniej	18.799	1	113	< .001
OWS	Bazując na średniej	18.166	1	113	< .001

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

Sprawdzone powyższe założenie pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 101 wskazują na istotną

różnicę w poziomie niżej wymienionych komponentów samooceny matek rodzących w sposób naturalny w zależności od poziomu podatności na mowę nienawiści:

1. Samoakceptacja Moralna (t(113) = - 2.799; p =.003; 95% *CI* [-4.116; - .704]; d = - .594). Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści (M = 29.22; SD = 3.883) niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści (M = 31.63; SD = 4.514);
2. Integracja Tożsamości (t(113) = -2.628; p =.005; 95% *CI* [- 9.199; - 1.291]; d = - .558). Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści (M = 34.19; SD = 7.968) niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści (M = 39.43; SD = 12.656);
3. Obronne Wzmacnianie Samooceny (t(113) = 3.415; p < .001; 95% *CI* [2.893; 10.884]; d = .725). Wyższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści (M = 36.99; SD = 10.489) niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści (M = 30.10; SD = 5.726).

Tabela 101

Porównanie różnicy komponentów samooceny ze względu na poziom podatności na mowę nienawiści – matki rodzące w sposób naturalny

Test dla prób niezależnych[a]

		Test t równości średnich					
				p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
		t	df	Jednostronny	Dwustronny	Dolna granica	Górna granica
OS	Założono równość wariancji	.423	113	.337	.673	-1.475	2.275
K	Założono równość wariancji	.402	113	.344	.688	-1.378	2.080
BK	Założono równość wariancji	1.105	113	.136	.271	-.493	1.736
P	Założono równość wariancji	-.465	113	.321	.642	-1.463	.907
ZP	Założono równość wariancji	-1.135	113	.129	.259	-3.456	.939
S	Założono równość wariancji	1.305	113	.097	.195	-.497	2.414
SM	Założono równość wariancji	-2.799	113	.003	.006	-4.116	-.704
AF	Założono równość wariancji	1.103	113	.136	.272	-.490	1.721
W	Założono równość wariancji	-1.087	113	.140	.279	-7.611	2.218
IT	Nie założono równości wariancji	-2.126	37.428	.020	.040	-10.242	-.248
OWS	Nie założono równości wariancji	4.458	93.226	< .001	< .001	3.820	9.956

a. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko? = Poród naturalny

III.5. Wysoka wrażliwość i podatność na obraźliwe zachowania w sieci a ich zróżnicowanie w zależności od rodzaju porodu

W tym rozdziale zostaną zaprezentowane oraz zinterpretowane wyniki dotyczące poziomu wysokiej wrażliwości i podatności na obraźliwe zachowania w aspekcie wybranego rodzaju porodu. Tym samym zostanie zweryfikowana piąta hipoteza postawiona w niniejszych badaniach.

III.5.1. Wysoka wrażliwość i jej zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica pomiędzy poziomem wysokiej wrażliwości w odniesieniu do rodzaju porodu, jakie wybrały matki, dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (wysoka wrażliwość) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 0 do wartości 27.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę, że grupy matek rodzących poprzez cesarskie cięcie (N=134) i grupy matek rodzących w sposób naturalny (N=115) są grupami równolicznymi $\chi 2 = 1.450$; $p = .229$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 102

Wartość testu Shapiro - Wilka dla wysokiej wrażliwości

Testy normalności rozkładu

	W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?	Shapiro-Wilk		
		W	df	p
Wysoka wrażliwość WO	Poprzez cesarskie cięcie	.982	134	.074
	Poród naturalny	.966	115	.005

Jak przedstawiono w powyższej tabeli, nie można przyjąć we wszystkich przypadkach, że rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym ($p < .05$), zatem założenie jest spełnione częściowo dla wybranych komponentów (Ferguson i Takane, 1999).

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 103, gdzie wynik dla wysokiej wrażliwości jest wynikiem nieistotnym ($p>.05$), zatem pozwala przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 103

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla wysokiej wrażliwości

Test jednorodności wariancji

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
Wysoka wrażliwość WO	Bazując na średniej	.590	1	247	.443
	Bazując na medianie	.579	1	247	.447
	Bazując na medianie i skorygowanych df	.579	1	246.404	.447
	Bazując na średniej obciętej	.593	1	247	.442

Sprawdzone powyższe założenia pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 104 nie wskazują na istotną różnicę w poziomie wysokiej wrażliwości matek w zależności od rodzaju porodu (t(247) = -.670; p =.252).

Tabela 104

Wartość testu t-Studenta dla prób niezależnych – wysoka wrażliwość

	Test t równości średnich					
			p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
	t	df	Jednostronny	Dwustronny	Dolna granica	Górna granica
	-.670	247	.252	.503	-1.559	.767
	-.672	243.309	.251	.502	-1.557	.765

III.5.2. Podatność na mowę nienawiści i jej zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica pomiędzy podatnością na mowę nienawiści w odniesieniu do rodzaju porodu, jakie wybrały matki, dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (podatność na mowę nienawiści) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 1 do wartości 5.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano pozytywnie w podrozdziale III.5.1.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 105

Wartość testu Shapiro – Wilka dla wysokiej wrażliwości

	W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?	Shapiro-Wilk		
		W	df	p
Czy spotkała się Pani w Internecie z negatywnymi treściami, które Pani zdaniem miały krzywdzący wydźwięk w temacie wybranego sposobu porodu?	Poprzez cesarskie cięcie	.891	134	.000
	Poród naturalny	.879	115	.000

Jak przedstawiono w powyższej tabeli, nie można przyjąć parametru, że rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym ($p < .001$), zatem założenie nie jest spełnione (Ferguson i Takane, 1999).

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 106, gdzie wynik dla wysokiej wrażliwości jest wynikiem nieistotnym ($p>.05$), zatem pozwalają przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 106

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla wysokiej wrażliwości

Test jednorodności wariancji

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
Czy spotkała się Pani w Internecie z negatywnymi treściami, które Pani zdaniem miały krzywdzący wydźwięk w temacie wybranego sposobu porodu?	Bazując na średniej	.867	1	247	.353
	Bazując na medianie	.460	1	247	.498
	Bazując na medianie i skorygowanych df	.460	1	244.603	.498
	Bazując na średniej obciętej	1.193	1	247	.276

Sprawdzone powyższe założenia pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 107 wskazują na istotną różnicę w poziomie podatności na mowę nienawiści w zależności od wybranego sposobu porodu (t(247) = 1.877; p =.031; 95% *CI* [- .014; .590]; d = .239). Wyższy poziom podatności na mowę nienawiści w sieci wskazują matki, które rodziły poprzez cesarskie cięcie (M = 2.63; SD = 1.249) niż matki, które rodziły w sposób naturalny (M = 2.34; SD = 1.154).

Tabela 107

Wartość testu t-Studenta dla prób niezależnych – podatność na mowę nienawiści

	Test t równości średnich					
			p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
	t	df	Jednostronny	Dwustronny	Dolna granica	Górna granica
	1.877	247	.031	.062	-.014	.590
	1.889	245.630	.030	.060	-.012	.588

III.6. Style przywiązaniowe i ich zróżnicowanie w zależności od rodzaju porodu

W tym rozdziale zostaną zaprezentowane oraz zinterpretowane wyniki dotyczące poziomu stylów przywiązaniowych w aspekcie wybranego rodzaju porodu. Tym samym zostanie zweryfikowana szósta hipoteza postawiona w niniejszych badaniach.

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica pomiędzy poziomem stylów przywiązaniowych w odniesieniu do rodzaju porodu, jakie wybrały matki, dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (style przywiązaniowe) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 1 do wartości 56.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę, że grupy matek rodzących poprzez cesarskie cięcie (N=134) i grupy matek rodzących w sposób naturalny (N=115) są grupami równolicznymi $\chi 2 = 1.450$; $p = .229$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 108

Wartość testu Shapiro - Wilka dla stylów przywiązaniowych

Testy normalności rozkładu

	W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?	Shapiro-Wilk		
		W	df	p
Styl bezpieczny	Poprzez cesarskie cięcie	.962	134	.001
	Poród naturalny	.925	115	.000
Styl lękowo-ambiwalentny	Poprzez cesarskie cięcie	.905	134	.000
	Poród naturalny	.932	115	.000
Styl unikowy	Poprzez cesarskie cięcie	.920	134	.000
	Poród naturalny	.862	115	.000

Jak przedstawiono w powyższej tabeli, nie można przyjąć we wszystkich przypadkach, że rozkład jest zgodny z rozkładem normalnym ($p < .05$), zatem założenie nie jest spełnione w odniesieniu do rozkładów stylów przywiązaniowych (Ferguson i Takane, 1999).

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a.

Wartość testu F przedstawia tabela 109, gdzie wynik dla wszystkich rodzajów stylów przywiązaniowych jest wynikiem nieistotnym (p>.05), zatem pozwalają przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 109

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla stylów przywiązaniowych

Test jednorodności wariancji

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
Styl bezpieczny	Bazując na średniej	.000	1	247	.992
Styl lękowo-ambiwalentny	Bazując na średniej	.592	1	247	.442
Styl unikowy	Bazując na średniej	.220	1	247	.640

Sprawdzone powyższe założenie pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 110 nie wskazują na istotną różnicę w poziomie poszczególnych stylów przywiązaniowych matek w zależności od rodzaju porodu. Zatem hipoteza 6 nie została zweryfikowana pozytywnie.

Tabela 110

Wartość testu t-Studenta dla prób niezależnych – style przywiązaniowe

Test dla prób niezależnych

	Test t równości średnich					
			p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
	t	df	Jednostronny	Dwustronny	Dolna granica	Górna granica
Styl bezpieczny	-.108	247	.457	.914	-2.742	2.457
Styl lękowo-ambiwalentny	.492	247	.312	.623	-2.012	3.350
Styl unikowy	1.436	247	.076	.152	-.640	4.084

III.7. Wybrane Zmienne Demograficzne I Ich Zróżnicowanie W Zależności Od Rodzaju Porodu

W tym rozdziale zostaną zaprezentowane oraz zinterpretowane wyniki dotyczące różnic w wybranych zmiennych demograficznych w aspekcie wybranego rodzaju porodu. Tym samym zostanie zweryfikowana siódma hipoteza postawiona w niniejszych badaniach.

III.7.1. Wiek matek i jego zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica w średniej wieku matek w odniesieniu do rodzaju porodu, jakie wybrały, dokonano analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych.

Zgodnie z założeniami metodologicznymi sprawdzono założenia (parametry) dla tego testu (Bedyńska i Książek, 2012).

Pierwszy parametr w teście t-Studenta to założenie, że zmienna zależna (wiek) jest zmienną ilościową. Założenie jest spełnione – wyniki są podane na skali ilościowej w zakresie od wartości 22 do wartości 41.

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę, że grupy matek rodzących poprzez cesarskie cięcie (N=134) i grupy matek rodzących w sposób naturalny (N=115) są grupami równolicznymi $\chi 2 = 1.450$; $p = .229$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 111

Wartość testu Shapiro - Wilka dla wieku

	W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?	Shapiro-Wilk		
		W	df	p
Wiek	Poprzez cesarskie cięcie	.974	134	.011
	Poród naturalny	.961	115	.002

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 112, gdzie wynik dla wieku jest wynikiem nieistotnym ($p>.05$), zatem pozwala przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 112

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla wieku

Test jednorodności wariancji

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
Wiek	Bazując na średniej	.017	1	247	.898
	Bazując na medianie	.025	1	247	.874
	Bazując na medianie i skorygowanych df	.025	1	241.276	.874
	Bazując na średniej obciętej	.025	1	247	.875

Sprawdzone powyższe założenia pozwalają na przeprowadzenie analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 113 nie wskazują na istotną różnicę w wieku matek w zależności od rodzaju porodu. Zatem hipoteza 7.1. nie została zweryfikowana pozytywnie.

Tabela 113

Wartość testu t-Studenta dla prób niezależnych – wiek

Test dla prób niezależnych

		Test t równości średnich					
				p		95% przedział ufności dla różnicy średnich	
		t	df	Jedno-stronny	Dwu-stronny	Dolna granica	Górna granica
Wiek	Założono równość wariancji	.812	247	.209	.417	-.607	1.460
	Nie założono równości wariancji	.816	244.93	.208	.415	-.603	1.455

III.7.2. Wykształcenie matek i jego zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica w wykształceniu matek w odniesieniu do rodzaju porodu, jaki wybrały, dokonano analizy testem nieparametrycznym U Manna - Whithneya dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi wybrano do analizy powyższy test w związku z tym, iż zmienna zależna (wykształcenie) jest zmienną mierzoną na skali jakościowej (porządkowej) (Bedyńska i Książek, 2012).

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę, że grupy matek rodzących poprzez cesarskie cięcie (N=134) i grupy matek rodzących w sposób naturalny (N=115) są grupami równolicznymi $\chi 2 = 1.450$; $p = .229$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 114

Wartość testu Shapiro - Wilka dla wykształcenia

Testy normalności rozkładu

	W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?	Shapiro-Wilk		
		W	df	p
wykształcenie	Poprzez cesarskie cięcie	.665	134	.000
	Poród naturalny	.663	115	.000

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 114, gdzie wynik dla wieku jest wynikiem nieistotnym ($p > .05$), zatem pozwala przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 115

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla wykształcenia

Test jednorodności wariancji

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
Wykształcenie	Bazując na średniej	1.701	1	247	.193
	Bazując na medianie	.111	1	247	.739
	Bazując na medianie i skorygowanych df	.111	1	243.632	.739
	Bazując na średniej obciętej	1.006	1	247	.317

Sprawdzone powyższe założenia pozwalają na przeprowadzenie analizy testem U Manna - Whitneya dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 116 nie wskazują na istotną różnicę w wykształceniu matek w zależności od rodzaju porodu. Zatem hipoteza 7.2. nie została zweryfikowana pozytywnie.

Tabela 116

Wartość testu U Manna - Whithneya dla prób niezależnych – wykształcenie

Wartość testowana[a]

	wykształcenie
U Manna - Whitneya	7700.500
W Wilcoxona	16745.500
Z	-.009
p	.992

a. Zmienna grupująca: W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?

III.7.3. Miejsce zamieszkania matek i jego zróżnicowanie ze względu na rodzaj porodu

W celu sprawdzenia, czy istnieje istotna różnica w wielkości miejsca zamieszkania matek w odniesieniu do rodzaju porodu, jakie wybrały, dokonano analizy testem nieparametrycznym U Manna - Whitneya dla prób niezależnych. Zgodnie z założeniami metodologicznymi wybrano do analizy powyższy test w związku z tym, iż zmienna zależna (miejsce zamieszkania) jest zmienną mierzoną na skali jakościowej (porządkowej) (Bedyńska i Książek, 2012).

Drugim założeniem jest równoliczność grup. Założenie to zweryfikowano korzystając z testu $\chi 2$ i należy przyjąć hipotezę, że grupy matek rodzących poprzez cesarskie cięcie (N=134) i grupy matek rodzących w sposób naturalny (N=115) są grupami równolicznymi $\chi 2 = 1.450$; $p = .229$.

Trzeci parametr wymagający weryfikacji to założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej, które w niniejszym badaniu zostało poddane testowaniu za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Tabela 117

Wartość testu Shapiro - Wilka dla miejsca zamieszkania

Testy normalności rozkładu

	W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?	Shapiro-Wilk		
		W	df	p
Miejsce zamieszkania	Poprzez cesarskie cięcie	.907	134	.000
	Poród naturalny	.878	115	.000

Ostatnim parametrem wymagającym potwierdzenia jest sprawdzenie jednorodności wariancji, którego dokonano za pomocą testu Levene'a. Wartość testu F przedstawia tabela 118, gdzie wynik dla wieku jest wynikiem nieistotnym ($p > .05$), zatem pozwala przyjąć założenie o jednorodności wariancji.

Tabela 118

Wartość testu Levene'a jednorodności wariancji dla miejsca zamieszkania

Test jednorodności wariancji

		Statystyka Levene'a	df1	df2	p
Miejsce zamieszkania	Bazując na średniej	1.477	1	247	.225
	Bazując na medianie	1.129	1	247	.289
	Bazując na medianie i skorygowanych df	1.129	1	235.853	.289
	Bazując na średniej obciętej	1.335	1	247	.249

Sprawdzone powyższe założenia pozwalają na przeprowadzenie analizy testem U Manna - Whitneya dla prób niezależnych. Wyniki przedstawione w tabeli 119 nie wskazują na istotną różnicę w wybranym miejscu zamieszkania matek w zależności od rodzaju porodu. Zatem hipoteza 7.3. nie została zweryfikowana pozytywnie.

Tabela 119

Wartość testu U Manna - Whithneya dla prób niezależnych – wykształcenie

Wartość testowana[a]

	Miejsce zamieszkania
U Manna - Whitneya	7032.500
W Wilcoxona	16077.500
Z	-1.213
p	.225

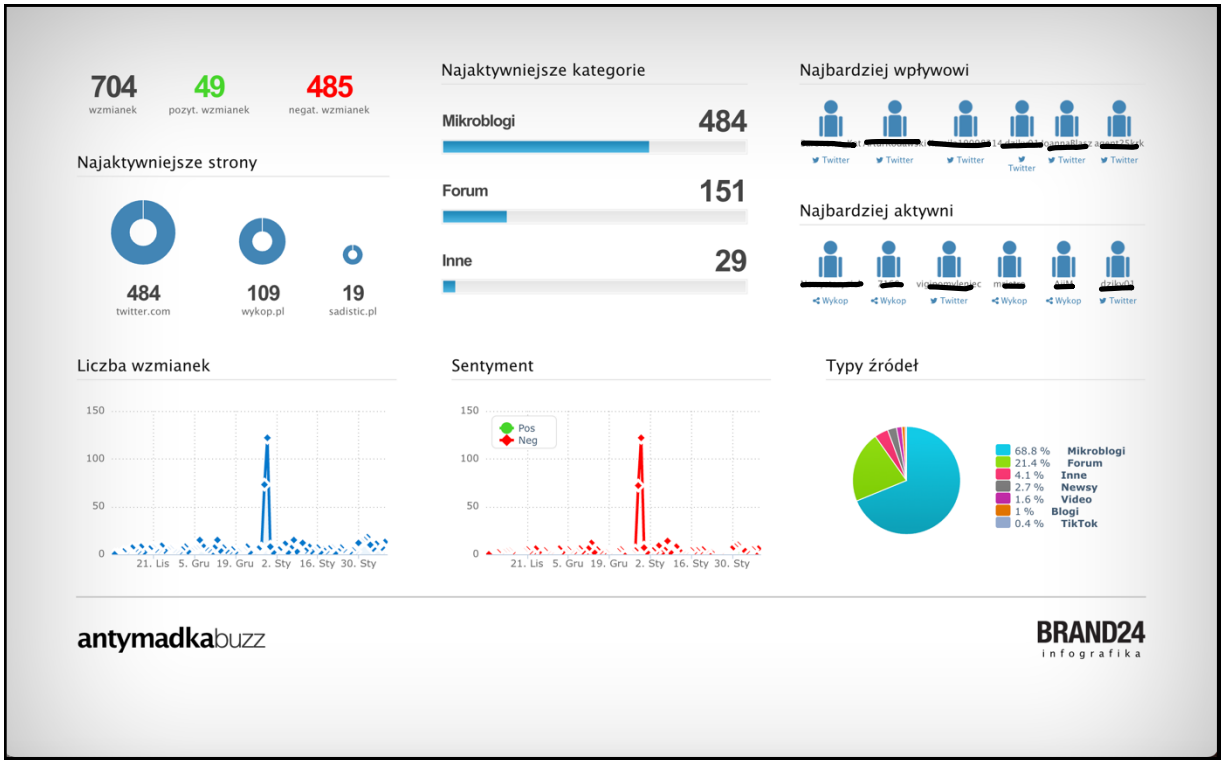
a. Zmienna grupująca: W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?

III.8. Mowa nienawiści w przestrzeni internetowej, a rodzaj porodu wybrany przez matki

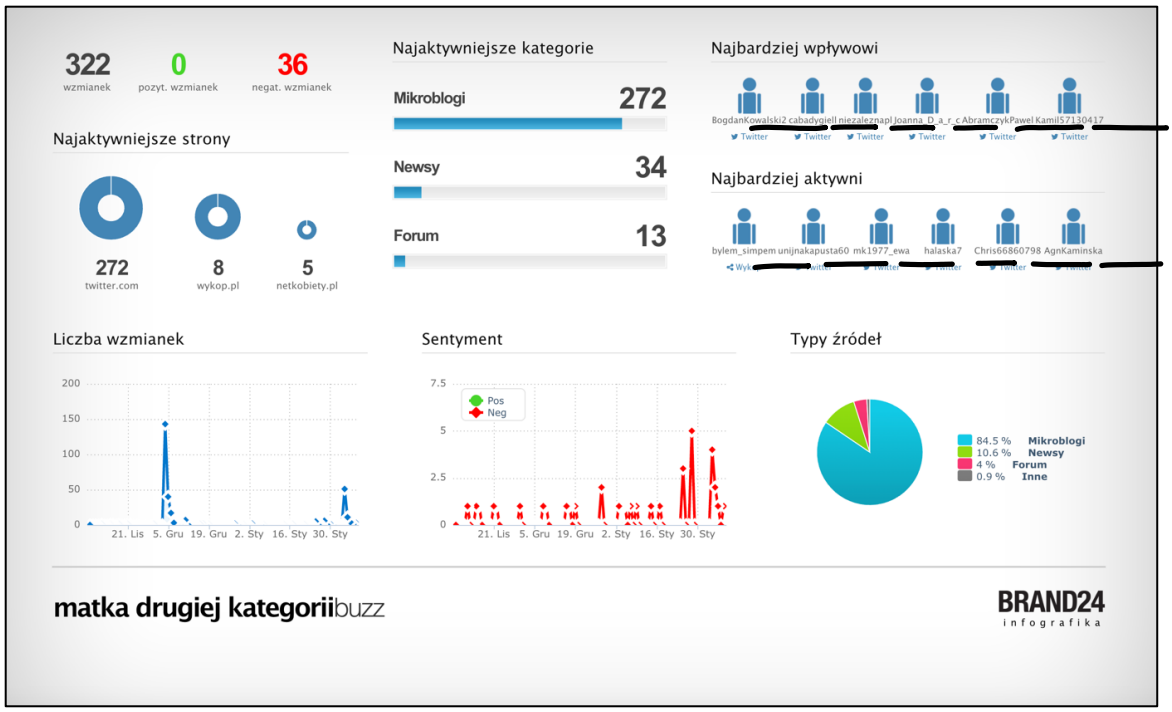
Analiza przeprowadzona w programie Brand24 umożliwiła zaprezentowanie wyników na utworzonym dashboardzie, czyli (specyficznym rodzaju raportu), gdzie można odczytać:

- liczbę wzmianek z odpowiednią notacją (negatywną, pozytywną i neutralną);
- wykres liczby wzmianek w analizowanym okresie;
- najaktywniejsze kategorie (np. mikroblogi, fora, inne);
- wykres źródeł (np. blogi, TikTok, News itp.);
- wykres sentymentu (pozytywny, negatywny);
- - najbardziej wpływowych komentatorów według nicka i źródła;
- - najbardziej aktywnych komentatorów według nicka i źródła.

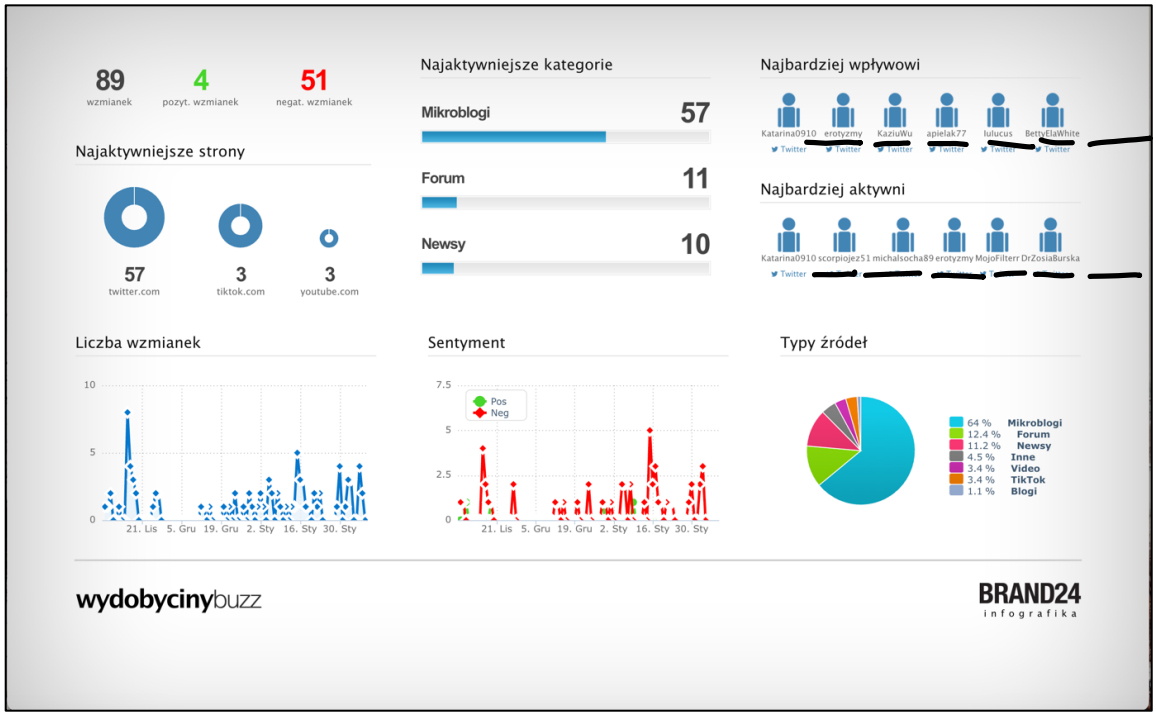
Przykłady wybranych analiz dla najczęstszych słów kluczowych zostały przedstawione na Rysunkach 8, 9 i 10.



Rysunek 8 Dashboard „antymadka”



Rysunek 9 Dashboard „matka drugiej kategorii”



Rysunek 10 Dashboard „wydobyciny”

Dla prezentowanego projektu kluczowe były dane dotyczące częstotliwości występowania określonych fraz. Zdecydowano się również na prostą analizę procentową, biorąc pod uwagę 5000 analizowanych wpisów, zgodnie z zastosowaną wersją programu – *Individual*. Warto zaznaczyć, że nawet najdoskonalsze metody AI nie są wystarczające do określenia znaczenia poszczególnych określeń, dlatego postanowiono, że kompetentni sędziowie przypiszą słowa do odpowiednich kategorii psychologicznych. Do stworzenia katalogu kategorii funkcji analizowanych fraz użyto klasycznego podejścia Bühlera (2004) oraz Jakobsona (1960), natomiast zjawiska językowe w nich występujące opisano zgodnie z teorią relewancji języka (Linde-Usiekniewicz, 2015). Ta teoria opisuje mechanizmy działania ludzkiego umysłu w procesie komunikacji i odnosi się zarówno do konsekwencji wyboru środków językowych używanych do przekazania treści, jak i kontekstu potrzebnego do zrozumienia komunikatu.

Współczesne badania nad językiem i jego rolą w kształtowaniu postrzegania rzeczywistości emocjonalnej pokazują, jak wielki wpływ na nasze myślenie mają słowa i pojęcia, którymi się posługujemy. W tym kontekście to głównie znaczenie przypisywane określonym wyrazom pełni istotną rolę w kreowaniu obrazów i stereotypów. Język staje się narzędziem nie tylko komunikacji, ale także budowania i wzmacniania społecznych norm oraz oczekiwań. W dyskusjach publicznych, zwłaszcza w mediach społecznościowych, możemy zauważyć, jak negatywne stereotypy dotyczące kobiet rodzących przez cesarskie cięcie stają się coraz bardziej wyraziste i powszechne. W przestrzeni online matki, które decydują się na ten rodzaj porodu są często redukowane do jednej cechy, stygmatyzowane i deprecjonowane. Tego rodzaju wypowiedzi, choć rzadko nawołują bezpośrednio do przemocy, są nośnikami poniżenia, a ich celem jest wywołanie określonych emocji i reakcji – wywołania wrażenia, że te kobiety są gorsze lub mniej wartościowe w pełnieniu swoich ról jako matki i kobiety. Takie wypowiedzi mogą nie tylko ranić, ale także wpływać na sposób postrzegania samej siebie

przez kobiety, które doświadczyły cesarskiego cięcia, wzmacniając w nich poczucie winy czy wstydu (Jasielska, 2015).

Analiza komunikatów w tym kontekście, pokazuje, jak często pojawiają się w nich obraźliwe i stygmatyzujące określenia, takie jak „antymadka" czy „matka drugiej kategorii". Tego rodzaju słowa są nie tylko narzędziem komunikacyjnym, ale także działają na poziomie emocjonalnym, wywołując u odbiorcy celowe reakcje. W kontekście psychologicznym warto zadać pytanie, jaki wpływ mają takie komunikaty na osoby, do których są skierowane. Jakie mechanizmy psychiczne są uruchamiane, gdy kobieta spotyka się z takimi osądami? Jakie emocje są w niej wzbudzane? Zrozumienie tych procesów pozwala na krytyczną analizę i podjęcie działań, które mogą pomóc w budowaniu bardziej empatycznego, zrozumiałego i akceptującego podejścia do kobiet, które jako formę porodu, wybierają cesarskie cięcie.

Język, jako narzędzie komunikacji, pełniąc kluczową rolę w kształtowaniu naszej percepcji rzeczywistości czyni to również w społecznym kontekście macierzyństwa. Terminologia związana z byciem matką, zwłaszcza w odniesieniu do kobiet, które rodziły za pomocą cesarskiego cięcia, jest często używana w sposób, który wykracza poza czystą funkcję informacyjną, a staje się narzędziem wyrażania emocji i wartościowań moralnych. Analiza językowa tego rodzaju terminów ujawnia zjawiska stygmatyzacji, dehumanizacji i depersonifikacji, które prowadzą do obniżenia statusu kobiet jako matek i ludzi.

W badaniach nad dyskursem społecznym związanym z macierzyństwem szczególną uwagę zwraca się na określenia takie jak "antymadka", "matka drugiej kategorii" czy "wydobyciny", które wyraźnie deprecjonują kobiety, które rodziły operacyjnie. Termin "antymadka", pojawiający się 485 razy w analizowanym materiale (stanowiąc 9,7% wszystkich przypadków), pełni funkcję ekspresywną, wyrażającą pogardę i dezaprobatę wobec matek. Jego użycie ma na celu nie tylko wyrażenie negatywnych emocji, ale również wywołanie określonej reakcji u odbiorcy – najczęściej mającej na celu wywołanie odczucia dystansu i pogardy.

Podobnie określenie "matka drugiej kategorii" (322 przypadki, 6,44%) wskazuje na stworzenie hierarchii między matkami, przypisując kobietom, które rodziły za pomocą cesarskiego cięcia, niższą wartość w pełnieniu roli matki. W tym przypadku mamy do czynienia z klasycznym przykładem wartościowania w kategoriach moralnych, w którym matki są oceniane na podstawie spełniania społecznych oczekiwań dotyczących sposobu rodzenia dzieci. Zjawisko to jest przykładem dehumanizacji, czyli procesu, w którym jednostki są pozbawiane cech ludzkich, a traktowane raczej jako obiekty, które należy oceniać na podstawie norm i oczekiwań społecznych. W kontekście analizowanego dyskursu, kobiety rodzące przez cesarskie cięcie są redukowane do jednej cechy – metody porodu. Tego rodzaju językowe zabiegi komunikacyjne pełnią funkcję impresywną, tzn. mają na celu wywarcie wpływu na odbiorcę, w tym przypadku na emocje i poglądy na temat macierzyństwa. Celem tych wypowiedzi jest wytworzenie u odbiorcy poczucia dyskomfortu i potępienia, często bez uwzględnienia indywidualnych okoliczności, które mogły wpływać na decyzję o cesarskim cięciu.

Również mniej popularne, lecz obecne w dyskursie, określenia takie jak "wydobyciny" (109 przypadków, 2,18%) czy "wstyd" (84 przypadki, 1,68%) pełnią podobną funkcję dehumanizacyjną, nadając moralne wartościowanie czynności związanych z porodem. W tym przypadku nie chodzi jedynie o samą metodę porodu, ale o przypisanie jej negatywnego ładunku emocjonalnego, który stygmatyzuje kobiety, uznając je za mniej wartościowe, „gorsze” matki. Tego rodzaju określenia są również przykładem użycia języka w sposób, który ma na celu wywarcie wpływu na postawy społeczne, wskazując, co jest akceptowane, a co nie w kontekście spełniania roli matki. Długotrwałe obcowanie z tak wypaczonym językiem może prowadzić do internalizacji norm społecznych, a także emocji i uczuć jakie stają się udziałem adresatek. W tym kontekście, najczęściej pojawiającą się emocją, jaką przypisują komentujący kobieta po cesarskim cięciu, jest wstyd (1,68%). Wstyd, jako emocja, ma zdolność

wywoływania poczucia nieadekwatności i społecznej izolacji, co w przypadku matek rodzących przez cesarskie cięcie może prowadzić do poczucia winy i niepełności w roli matki. Z kolei określenia takie jak "egoistka" (49 przypadków, 0,98%) czy "wyrodna matka" (43 przypadki, 0,86%) podkreślają, że kobieta, która nie rodzi w sposób uznawany za „naturalny" lub „właściwy", nie spełnia moralnych norm społecznych. Stosowanie tego typu terminów w dyskursie publicznym prowadzi do głębokiej krytyki macierzyństwa, traktowanego jako obowiązek poddany ścisłej ocenie moralnej, co negatywnie wpływa na psychiczne samopoczucie matek i ich postrzeganą wartość w społeczeństwie. Rzadziej pojawiające się, ale równie znaczące, określenia takie jak "poród igraszka" (15 przypadków, 0,3%) czy "łatwizna" (30 przypadków, 0,6%) pełnią funkcję reprezentatywną, w której wydarzenie związane z porodem jest przedstawiane jako coś łatwego, mało wymagającego. Takie sformułowania mają na celu osłabienie doświadczenia matki, a przez to dalsze umniejszenie jej roli w społeczeństwie. W tym przypadku mamy do czynienia z próbą redukcji skomplikowanego doświadczenia porodu cesarskiego do prostego, stereotypowego obrazu.

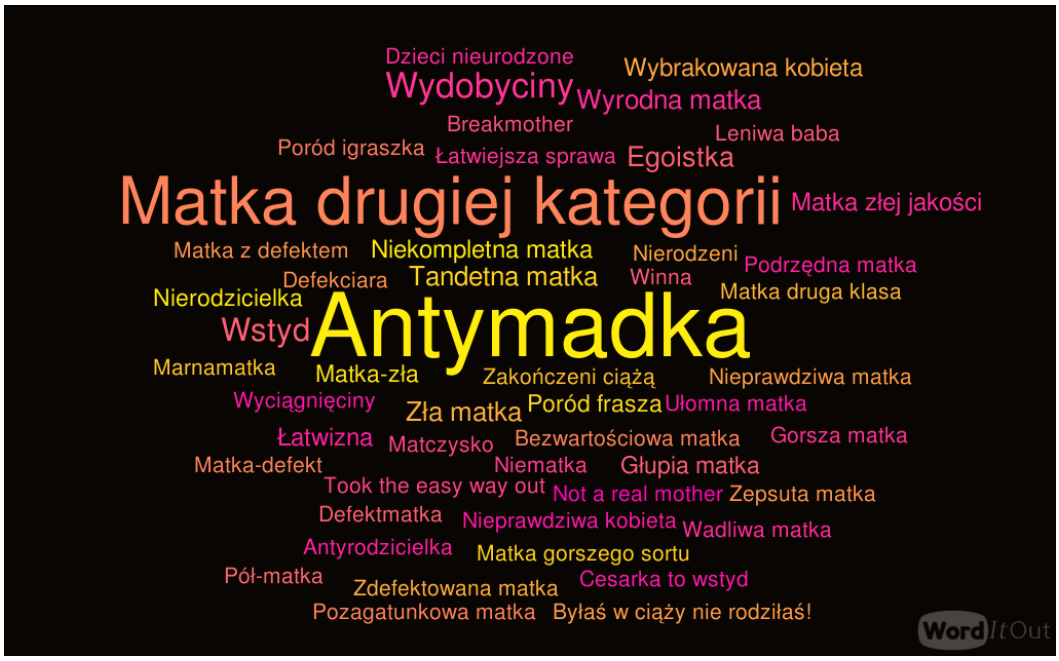
W kontekście psychologicznym, język ten nienawistny język jest instrumentem, który kształtuje nie tylko sposób postrzegania macierzyństwa, ale również tożsamość kobiet. Ponadto, publiczne stygmatyzowanie matek rodzących przez cesarskie cięcie może prowadzić do ich wykluczenia z grupy „pełnych" matek, co nie tylko negatywnie wpływa na ich zdrowie psychiczne, ale również na społeczne postrzeganie ich roli w rodzinie.

Zatem analiza językowa terminów związanych z macierzyństwem ukazuje, w jaki sposób język może posłużyć jako narzędzie dehumanizacji i stygmatyzacji. Określenia te nie tylko wyrażają emocje nadawców, ale również pełnią funkcję impresywną, mając na celu wywołanie określonej reakcji u odbiorcy i kształtowanie negatywnego obrazu kobiet jako matek. Stosowanie wartościujących i obraźliwych terminów w dyskursie publicznym nie tylko wpływa na postrzeganą rolę kobiet w społeczeństwie, ale również na ich psychiczne

samopoczucie, prowadząc do poczucia izolacji i nieadekwatności. Zrozumienie tej dynamiki jest kluczowe w kontekście badań nad społecznymi normami macierzyństwa oraz w pracy nad poprawą jakości komunikacji i wsparcia dla kobiet w ich roli matek.

Wypowiedzi te, niezależnie od swojej formy, odpowiadają określonym cechom fizjologicznym i psychologicznym mówiącego i są sygnałami dla odbiorcy (funkcja ekspresywna). Charakterystyczne dla nich jest to, że świadomie zawierają intencję wywarcia wpływu na czytelnika, wywołania u niego określonej reakcji (funkcja impresywna) – mają za zadanie dotknąć adresatki i sprawić, by poczuły dyskomfort. Stosunkowo najrzadsze okazały się wypowiedzi o charakterze reprezentatywnym (referencjalnym), określające znaczenie wydarzenia lub zjawiska (0,6-0,25%). Te wypowiedzi przedstawiały cesarskie cięcie jako łatwe wydarzenie oraz podkreślały, że dzieci urodzone w ten sposób nie mogą być nazywane „urodzonymi". Struktura semantyczna oraz częstotliwość występowania danego słowa kluczowego umożliwiły stworzenie chmury słów jako graficznej reprezentacji natężenia danego wyrażenia. Poniżej przedstawiono wizualizację słów wygenerowanych w WordItOut.

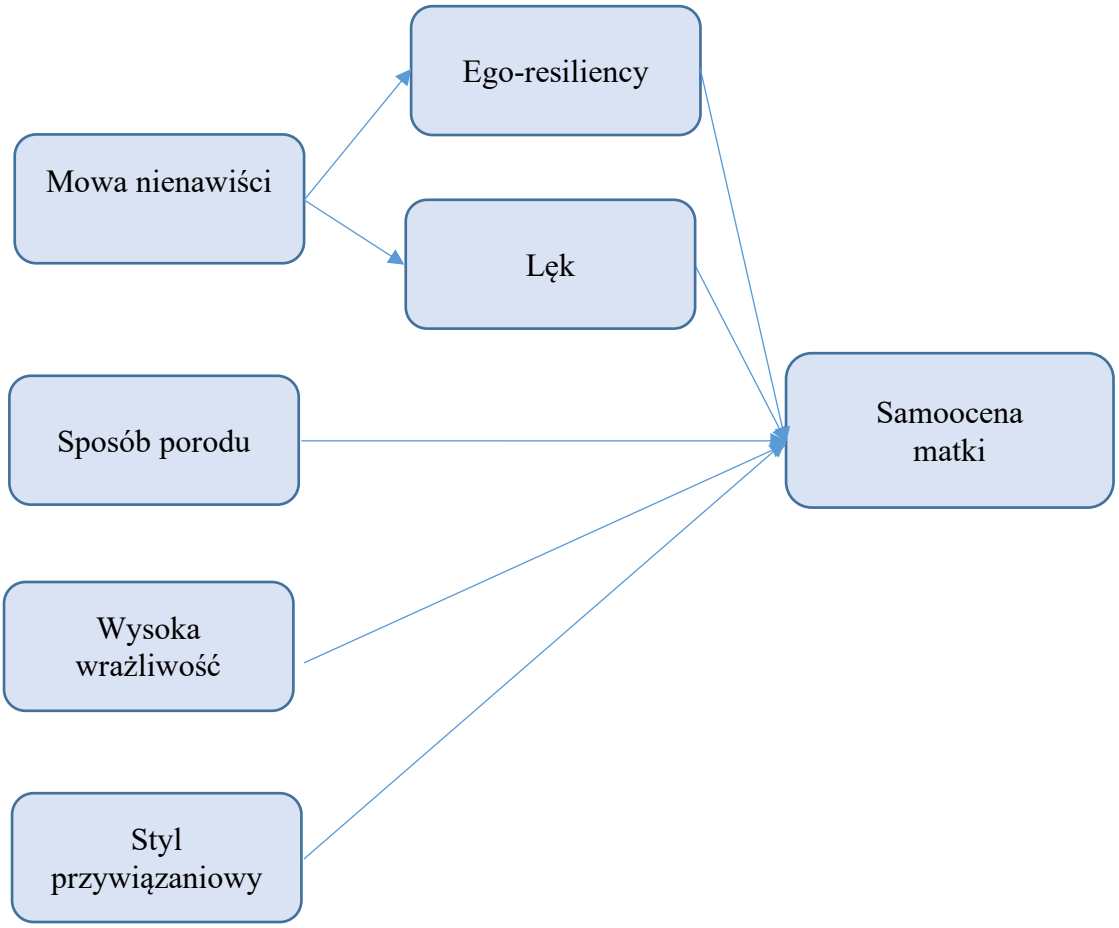
Rysunek 11 Chmura słów wygenerowana w WordItOut



IV. Dyskusja wyników badań własnych

IV.1. Weryfikacja hipotez

W badaniach objętych niniejszą pracą autorka zweryfikowała następujący mediacyjno-regresyjny model strukturalny (Rysunek 12):



Rysunek 12 Mediacyjno-regresyjny model strukturalny

Źródło: Opracowanie własne.

W oparciu o powyższy model teoretyczny zweryfikowano następujące główne i szczegółowe hipotezy badawcze:

HIPOTEZA GŁÓWNA H.1.

H.1. Obraźliwe zachowania w wirtualnej przestrzeni obniżają poziom samooceny kobiety jako matki ze względu na poród przez cesarskie cięcie.

Hipotezy szczegółowe dla hipotezy H.1:

H.1.1. Mowa nienawiści jest predyktorem niskiej Ogólnej Samooceny matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **pozytywnie** dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie.

H.1.2. Mowa nienawiści jest predyktorem obniżonej Samokontroli matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **negatywnie**.

H.1.3. Mowa nienawiści jest predyktorem niskiej Samoakceptacji Moralnej matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **pozytywnie** dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie oraz dla matek rodzących w sposób naturalny.

H.1.4. Mowa nienawiści jest predyktorem zaniżonego poczucia Atrakcyjności Fizycznej matek. Hipoteza zweryfikowana **negatywnie**.

H.1.5. Mowa nienawiści jest predyktorem obniżonej Witalności matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **negatywnie**.

H.1.6. Mowa nienawiści jest predyktorem obniżonej Integracji Tożsamości matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **pozytywnie** dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie.

H.1.7. Mowa nienawiści jest predyktorem Obronnego Wzmacniania Samooceny matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **pozytywnie** dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie oraz dla matek rodzących w sposób naturalny.

H.2. Prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci a samooceną kobiet wybierających dany rodzaj porodu.

Hipoteza została zweryfikowana **pozytywnie** dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie:

1. prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy mową nienawiści a Ogólną Samooceną;
2. prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy mową nienawiści a Samoakceptacja Moralną;
3. prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy mową nienawiści a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

H.3. Lęk pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci a samooceną kobiet wybierających dany rodzaj porodu.

Hipoteza została zweryfikowana pozytywnie dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie:

1. lęk jako cecha i jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Ogólną Samooceną;
2. lęk jako cecha i jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Samoakceptacją Moralną;
3. lęk jako cecha i jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Integracją Tożsamości;
4. lęk jako cecha i jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny.

Dla matek rodzących w sposób naturalny:

1. lęk jako cecha i jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Samoakceptacja Moralną;
2. lęk jako cecha i jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Integracją Tożsamości;
3. lęk jako cecha i jako stan pośredniczy w sposób mediacyjny pomiędzy mową nienawiści a Obronnym Wzmacnianiem Samooceny;

H.4. Wysoka wrażliwość i podatność na obraźliwe zachowania w sieci różnicuje matki ze względu na poziom samooceny.

Hipoteza została zweryfikowana pozytywnie dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie:

1. Zdolności Przywódcze. Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
2. Atrakcyjność Fizyczna. Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
3. Witalność. Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
4. Integracja Tożsamości. Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
5. Ogólna Samoocena. Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści;
6. Samoakceptacja Moralna. Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści.

7. Integracja Tożsamości. Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści;
8. Obronne Wzmacnianie Samooceny. Wyższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści.

Hipoteza została zweryfikowana **pozytywnie** dla matek rodzących w sposób naturalny:

1. Zdolności Przywódcze. Niższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
2. Samoakceptacja Moralna. Niższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
3. Witalność. Niższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
4. Obronne Wzmacnianie Samooceny. Wyższy poziom wskazują matki, które funkcjonują jako wysokie wrażliwe osoby niż te, które w ten sposób nie funkcjonują;
5. Samoakceptacja. Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści;
6. Integracja Tożsamości. Niższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści niż osoby, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści).
7. Obronne Wzmacnianie Samooceny. Wyższy poziom wskazują matki, które wykazują podatność na mowę nienawiści niż te, które nie wykazują podatności na mowę nienawiści.

H.5. Sposób porodu różnicuje matki ze względu na poziom wysokiej wrażliwości i podatność na obraźliwe zachowania w sieci.

Hipoteza została zweryfikowana częściowo **pozytywnie**. Wyższy poziom podatności na mowę nienawiści w sieci wskazują matki, które rodziły poprzez cesarskie cięcie niż matki, które rodziły w sposób naturalny. Wyniki nie wskazują na istotną różnicę w poziomie wysokiej wrażliwości.

H.6. Rodzaj porodu różnicuje poziom stylu przywiązaniowego matki. Matki rodzące w sposób naturalny wykazują wyższy poziom stylu bezpiecznego i niższy poziom stylu lękowo – ambiwalentnego i unikowego niż matki rodzące poprzez cesarskie cięcie.

Wyniki nie wskazują na istotną różnicę w poziomie poszczególnych stylów przywiązaniowych matek w zależności od rodzaju porodu. Zatem hipoteza 6 została zweryfikowana **negatywnie**.

H.7. Wybrane zmienne demograficzne różnicują matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka.

Hipotezy szczegółowe dla hipotezy H.7:

H.7.1. Zmienna demograficzna wiek różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **negatywnie.**

H.7.2. Zmienna demograficzna wykształcenie różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **negatywnie.**

H.7.3. Zmienna demograficzna miejsce zamieszkania różnicuje matki w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Hipoteza zweryfikowana **negatywnie.**

IV.2. Dyskusja wyników

Niniejsze badania wpisały się w dość szeroki dyskurs, dotyczący kobiet jako matek oraz ich decyzji odnośnie sposobu, w jaki urodzą swoje potomstwo. Ale także (a może przede wszystkim) pozwoliły na eksplorację innych, ważnych obszarów doświadczania siebie. Ponieważ to, jak człowiek ocenia sam siebie, jaką wartość nadaje sobie, na jakich poziomach wrażliwości dotyka codziennych zdarzeń, jak tym zdarzeniom stawia czoła i jakie znaczenia przypisuje najważniejszym relacjom swojego życia jest fundamentem kształtującym jego tożsamość i sposób, w jaki nawiguje własne życie. Tych wiele zmiennych, pytań i hipotez poddanych weryfikacji to kolejna, pewnie niezliczona już badawcza próba lepszego zrozumienia, jak „działa" człowiek, jakie siły nim kierują w podejmowaniu ważnych decyzji, jak rezonuje z otoczeniem, które często bywa wrogie i jak może przeżywać swoje życie, mniej lub bardziej świadomie, lepiej, szczęśliwiej, pełniej i odważniej. Zrozumienie roli rodzaju porodu kobiety i jego wpływu na samoocenę, zwłaszcza wtedy, gdy staje się ona matką jest istotnym krokiem w kontekście badania ludzkiej psychiki i jej reakcji na ważne i jednocześnie trudne doświadczenia. Analiza tych zmiennych wymaga precyzyjnego podejścia, uwzględniającego różnorodne czynniki zakłócające i przez to determinujące emocjonalne i psychiczne doświadczenia kobiet w okresie poporodowym.

Koncentrując się na metodologicznych aspektach badania, główne analizy rozpoczęto od wpływu mowy nienawiści na samoocenę matek, w zależności od sposobu urodzenia przez nie dziecka. Weryfikacja pierwszej hipotezy szczegółowej jednoznacznie wykazała, że mowa nienawiści jest predyktorem niskiej samooceny w grupie matek, które rodziły poprzez cesarskie cięcie, co może być związane z tendencją do przeżywania większego niepokoju i innych wyzwań emocjonalnych przez kobiety w tej grupie. Warto przytoczyć tutaj, np. badania koncentrujące się na traumatycznych doświadczeniach związanych z porodem, w tym cesarskim cięciem i ich wpływie na zdrowie psychiczne matek (Thomson i Downe, 2008),

ponadto hipoteza, że matki po cesarskim cięciu są bardziej narażone na negatywne skutki mowy nienawiści, co również prowadzi do obniżenia ich samooceny, może wiązać się ze sferą fizycznych komplikacji pooperacyjnych, a także społecznych i emocjonalnych reakcji na operacyjny poród, a tym samym obniżenie ogólnego dobrostanu (Rowlands i Redshaw, 2012). W badaniach dotyczących wpływu sposobu porodu na samoocenę matek oraz roli mowy nienawiści w procesie kształtowania ich poczucia własnej wartości coraz częściej zwraca się uwagę na szeroki kontekst psychologiczny. Sposób, w jaki kobiety doświadczają porodu, odgrywa istotną rolę w formowaniu ich tożsamości, szczególnie w obliczu społecznych norm i oczekiwań związanych z macierzyństwem (Fenwick i in., 2013). Cesarskie cięcie, choć jest uznaną i bezpieczną procedurą medyczną, bywa stygmatyzowane jako „gorsza" forma porodu, co może mieć negatywny wpływ na psychikę kobiety, zwłaszcza w obliczu mowy nienawiści i krytycznych komentarzy, które często pojawiają się w przestrzeni publicznej i w mediach społecznościowych. Kobiety, które rodziły przez cesarskie cięcie, mogą doświadczać marginalizacji i stygmatyzacji, co prowadzić może do obniżenia ich samooceny. Presja społeczna, by spełniać określone normy dotyczące „naturalnego" macierzyństwa może powodować rozbieżność między oczekiwaniami społecznymi, a rzeczywistym doświadczeniem kobiet, co negatywnie wpływać może na ich poczucie własnej wartości. Rowlands i Redshaw (2012) wskazują, że kobiety po cesarskim cięciu częściej zgłaszają obniżenie swojego zdrowia psychicznego, co też wiąże się z presją społeczną i stygmatyzacją. Mowa nienawiści, zarówno w przestrzeni publicznej, jak i w mediach społecznościowych działa jako poważny stresor psychologiczny. Badania Carter, Frampton i Mulder (2006) pokazują, że kobiety, które spotkały się z negatywnymi komentarzami dotyczącymi sposobu porodu, częściej odczuwają niższą samoocenę oraz wyższy poziom lęku. Krytyka ze strony innych osób, szczególnie dla matek, które rodziły przez cesarskie cięcie, wzmacnia ich poczucie izolacji, a mowa nienawiści może nasilać już istniejące lęki i problemy psychiczne,

prowadząc do pogorszenia ogólnego stanu emocjonalnego. Trauma związana z porodem, zwłaszcza w przypadkach, gdy cesarskie cięcie było nieoczekiwane lub odbyło się w trudnych okolicznościach, może dodatkowo prowadzić do rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD) (Thomson i Downe, 2008). Ayers i Pickering (2001) szacują, że około 9% kobiet po porodzie doświadcza objawów PTSD, a w grupie kobiet po cesarskim cięciu ryzyko to może być jeszcze większe ze względu na dodatkowe obciążenia emocjonalne wynikające z napiętnowania społecznego.

Kluczowym elementem, który może wpływać na zdrowie psychiczne matek po cesarskim cięciu, jest wsparcie społeczne. Kobiety, które nie otrzymują odpowiedniego wsparcia emocjonalnego lub spotykają się z krytyką swojego wyboru lub konieczności poddania się cesarskiemu cięciu, są bardziej narażone na rozwój stanów depresyjnych (Ayers, Eagle, i Waring, 2006). Dlatego szczególnie ważne jest, aby zapewnić kobietom odpowiednie wsparcie psychologiczne, które pomoże im w radzeniu sobie z trudnymi doświadczeniami związanymi z porodem oraz stygmatyzacją społeczną. Jednym z kluczowych obszarów, który wymaga dalszej eksploracji, jest zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej różnorodnych doświadczeń porodowych i związanych z nimi emocji. Edukacja publiczna na temat akceptacji różnych form porodu, w połączeniu z zapewnieniem wsparcia psychologicznego dla matek, które doświadczyły cesarskiego cięcia, może znacząco wpłynąć na poprawę ich jakości życia. Fenwick i in. (2013) podkreślają, że kobiety, które otrzymują adekwatne wsparcie emocjonalne po porodzie, są mniej narażone na rozwój długotrwałych problemów emocjonalnych.

Przeprowadzone analizy pokazują, że mowa nienawiści stanowi istotny stresor psychologiczny dla matek po cesarskim cięciu, a narastające społeczne piętno, związane głównie z tym sposobem porodu, może prowadzić do wzmożenia wewnętrznej niekonstruktywnej krytyki, depresji i w efekcie obniżenia samooceny (Carter i in., 2006).

Wyniki te podkreślają ukierunkowanie uwagi społecznej i potrzebę uwrażliwienia na ten obszar doświadczeń i pogłębionej edukacji w zakresie akceptacji różnych form porodu oraz wsparcia psychologicznego dla matek, które spotykają się nienawistnymi komunikatami z powodu rodzaju rozwiązania, na jaki muszą lub chcą się zdecydować.

Dyskutując drugą hipotezę szczegółową, która zakładała, że mowa nienawiści może obniżać samokontrolę matek, zwłaszcza w zależności od sposobu urodzenia dziecka, wnioskuje się, iż nie została ona potwierdzona pozytywnie. Analizując ten wynik w kontekście istniejących badań warto wziąć pod uwagę, że osoby narażone na długotrwały stres często rozwijają mechanizmy adaptacyjne, które pozwalają im lepiej radzić sobie z przeciwnościami losu. Bonanno (2004) w swoich badaniach nad rezyliencją (odpornością psychiczną) podkreśla, że ludzie w obliczu poważnych wyzwań, takich jak np. stresory wynikające z mowy nienawiści, mogą wykazać niezwykłą zdolność adaptacji i elastyczność w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. W przypadku matek, które doświadczyły mowy nienawiści w związku ze sposobem, w jaki urodziły dziecko, istnieje możliwość, że wykształciły one większą odporność psychiczną wobec tego typu negatywnych doświadczeń. Rezyliencja może odgrywać istotną rolę w zachowaniu samokontroli, a także w utrzymaniu zdrowia psychicznego, pomimo presji społecznej i stygmatyzacji. Kobiety, które zmagają się z trudnymi doświadczeniami związanymi z porodem, mogą aktywować mechanizmy obronne, które chronią je przed negatywnymi skutkami wrogiej mowy. Tego rodzaju mechanizmy mogą obejmować np. poszukiwanie wsparcia społecznego, rozwój strategii radzenia sobie z emocjami czy budowanie pozytywnych narracji o sobie. Bonanno (2004) zwraca uwagę, że rozwój odporności psychicznej nie jest ograniczony do wybranych jednostek, ale może być uniwersalnym zjawiskiem występującym w różnych populacjach, zatem też wśród matek. Ponadto wsparcie społeczne, jak już wspominano, jest jednym z kluczowych czynników chroniących przed negatywnymi skutkami stresu, w tym również przed wpływem mowy

nienawiści. Cohen i Wills (1985) w swojej klasycznej pracy na temat buforowej roli wsparcia społecznego pokazali, że silne więzi społeczne mogą zmniejszać negatywny wpływ stresu na zdrowie psychiczne jednostek. Matki, które otrzymują odpowiednie wsparcie emocjonalne i praktyczne od bliskich osób, są w stanie skuteczniej radzić sobie z negatywnymi emocjami wynikającymi z krytyki społecznej. Wsparcie społeczne może przyjmować różne formy, od bezpośredniej pomocy w codziennych obowiązkach po emocjonalne wsparcie w postaci akceptacji, zrozumienia i solidarności. Badania pokazują, że osoby z silnym zapleczem wsparcia społecznego wykazują wyższy poziom samokontroli i lepsze radzenie sobie w trudnych sytuacjach (Taylor, 2011). Rola wsparcia społecznego może być szczególnie widoczna w kulturach bardziej kolektywistycznych, gdzie nacisk kładzie się na współzależność jednostek i bliskie więzi społeczne. Markus i Kitayama (1991) wykazali, że w tych kulturach kolektywistycznych jednostki częściej identyfikują się z grupą i odczuwają większą odpowiedzialność za dobro innych, co może wpływać na lepsze radzenie sobie z trudnościami. W takim kontekście matki, które doświadczają mowy nienawiści, mogą polegać na szerokiej sieci wsparcia społecznego, co pomaga im lepiej zachować samokontrolę i równowagę emocjonalną. W kulturach kolektywistycznych wartości takie jak solidarność, wzajemna pomoc i wsparcie emocjonalne odgrywają kluczową rolę w ochronie przed negatywnymi skutkami stresu (Triandis, 1995).

Należy jednak zauważyć, że nawet w społeczeństwach bardziej indywidualistycznych, gdzie nacisk kładzie się na autonomię jednostki, wsparcie społeczne może odgrywać istotną rolę w utrzymaniu zdrowia psychicznego i samokontroli. Taylor (2011) podkreśla, że wsparcie społeczne działa jako mechanizm ochronny w różnych kontekstach kulturowych, niezależnie od dominujących wartości społecznych. Dalsze badania nad wpływem wrogiej mowy na samokontrolę matek powinny uwzględniać różnorodność czynników moderujących, takich jak wsparcie społeczne, różnice indywidualne i kulturowe oraz specyficzne mechanizmy

adaptacyjne. W badaniach nad rezyliencją warto zwrócić uwagę na bardziej złożone modele teoretyczne, które lepiej oddadzą dynamikę wpływu negatywnych doświadczeń na samokontrolę. Można rozważyć zastosowanie podejść interdyscyplinarnych, które uwzględniają zarówno psychologiczne, jak i socjologiczne oraz kulturowe aspekty doświadczeń matek. Na przykład badania nad strategiami radzenia sobie z trudnościami (*coping strategies*) mogłyby dostarczyć wartościowych informacji na temat tego, jak matki radzą sobie z presją społeczną i krytyką. Warto również zauważyć, że rozwój technologii komunikacyjnych i wzrost popularności mediów społecznościowych stwarza nowe wyzwania w kontekście badania mowy nienawiści. Współczesne matki są narażone na negatywne komentarze i oceny nie tylko w środowisku offline, ale również online. Badania nad wpływem mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne pokazują, że osoby, które często korzystają z tych platform, są bardziej narażone na negatywne emocje, w tym na lęk i depresję (Lin i in., 2016). Zatem badania nad mową nienawiści wobec matek mogłyby uwzględniać również jej specyfikę środowiska internetowego oraz w jego kontekście mechanizmy radzenia sobie z krytyką.

Podsumowując, wyniki badań sugerują, że wpływ mowy nienawiści na samokontrolę matek jest bardziej złożony, niż pierwotnie zakładano. Niewątpliwie wsparcie społeczne odgrywa kluczową rolę w ochronie przed negatywnymi skutkami stresu, co może tłumaczyć brak potwierdzenia hipotezy o obniżeniu samokontroli w grupie matek doświadczających mowy nienawiści. Istnieje jednak potrzeba dalszych badań, które uwzględnią złożoność czynników moderujących oraz specyfikę doświadczeń kulturowych i indywidualnych.

Trzecia hipoteza, która zakładała, że mowa nienawiści jest predyktorem niskiej samoakceptacji moralnej matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka, została pozytywnie zweryfikowana. Badania jednoznacznie wskazują, że kobiety, które urodziły dziecko poprzez cesarskie cięcie, częściej stają się ofiarami społecznej krytyki i stygmatyzacji. Współczesne społeczeństwo, zwłaszcza w kontekście norm i wartości związanych

z macierzyństwem, wciąż promuje pogląd, że „naturalny" poród, czyli poród siłami natury, jest jedynym właściwym sposobem urodzenia dziecka. Cesarskie cięcie, choć z medycznego punktu widzenia często konieczne i ratujące życie, postrzegane jest jako „łatwiejszy" lub mniej „naturalny" sposób rozwiązania ciąży, co może prowadzić do negatywnej oceny matek decydujących się na tę formę rozwiązania. Takie społecznie narzucone oczekiwania oraz krytyka mogą obniżać samoakceptację moralną matek, zwłaszcza tych, które rodziły poprzez cesarskie cięcie. Jak wykazują badania, kobiety te często spotykają się z osądem, że nie spełniły norm związanych z macierzyństwem. Problem ten jest szczególnie dotkliwy, gdy krytyka pochodzi nie tylko z szerokiego społeczeństwa, ale także od osób z najbliższego otoczenia, w tym partnerów, rodziny czy przyjaciół.

Wydaje się, że mechanizm ten ma swoje głębokie korzenie w stereotypach dotyczących macierzyństwa, które definiują „dobrą" matkę jako osobę zdolną do naturalnego porodu, silną i odporną na ból oraz trudności związane z całym procesem porodu. W przypadku matek po cesarskim cięciu, negatywne komentarze mogą przenikać do wewnętrznego dialogu, prowadząc do obniżenia samoakceptacji moralnej. Jak sugerują badania Lally i współpracowników (2008), kobiety, które rodziły operacyjnie, często doświadczają silnego poczucia winy i wstydu wynikającego z przekonania, że nie przeszły przez „prawdziwy" poród. Takie negatywne uczucia mogą być dodatkowo wzmacniane przez opinie ze strony społeczeństwa oraz najbliższego otoczenia. Przykładowo, badane kobiety wyrażały poczucie, że ich rola jako matki została podważona z powodu decyzji o cesarskim cięciu, co doprowadziło do obniżenia ich samoakceptacji moralnej. Mechanizm ten działa szczególnie szkodliwie w społeczeństwach, gdzie poród siłami natury jest wyraźnie preferowany, a cesarskie cięcie uznawane jest za „wybór gorszy". W takich warunkach, kobiety mogą czuć się zmuszone do ukrywania faktu, że rodziły w tych sposób, aby uniknąć negatywnych komentarzy i społecznego osądu. Takie zjawisko obserwuje się nie tylko w społeczeństwach zachodnich,

ale także w innych częściach świata, gdzie poród siłami natury jest kulturowo preferowany. Warto również powtórzyć, że mowa nienawiści wobec matek po cesarskim cięciu często obejmuje komentarze dotyczące rzekomej „łatwości" porodu operacyjnego w porównaniu do porodu siłami natury. Krytycy cesarskiego cięcia sugerują, że taki poród nie wymaga od kobiety takiego samego wysiłku fizycznego i psychicznego jak poród naturalny. Takie przekonania mogą powodować, że kobiety czują się niedowartościowane jako matki. Badania Douché i Carryer (2011) wskazują, że kobiety decydujące się na cesarskie cięcie bez wyraźnych wskazań medycznych są szczególnie narażone na krytykę nie tylko ze strony innych matek, ale także ze strony personelu medycznego, który może wyrażać negatywne opinie na temat tego sposobu porodu. Zjawisko to może mieć długofalowe konsekwencje dla zdrowia psychicznego matek. W sytuacji doświadczania stygmatyzacji, mogą się rozwijać mechanizmy obronne, które jednak nie zawsze są konstruktuwne w ochronie Ja, w tym poczucia wartości. Niska samoakceptacja moralna, wynikająca z krytyki społecznej, może prowadzić do wielu poważnych problemów emocjonalnych czy obniżenia dobrostanu psychicznego (Carter i in., 2006).

Wyniki badań nad wpływem mowy nienawiści w kontekście samoakceptacji moralnej matek rodzących poprzez cesarskie cięcie jednoznacznie wskazują na negatywne konsekwencje tego zjawiska. Kobiety te są bardziej narażone na krytykę społeczną, co prowadzi do obniżenia ich samoakceptacji moralnej i poczucia własnej wartości jako matek. Istnieje potrzeba dalszych badań, które uwzględniają wpływ wsparcia społecznego, różnic kulturowych oraz indywidualnych mechanizmów radzenia sobie z negatywnymi doświadczeniami związanymi z porodem. Przyszłe badania powinny również zwrócić uwagę na specyfikę różnych form porodu oraz zróżnicowane potrzeby psychologiczne matek, które doświadczają mowy nienawiści.

Weryfikacja czwartej i piątej hipotezy szczegółowej, które dotyczą związku pomiędzy narażeniem na mowę nienawiści, a poczuciem atrakcyjności fizycznej oraz obniżoną witalnością matek, przyniosła interesujące wyniki. Brak istotnych statystycznie związków w kontekście doświadczeń matek może sugerować, że wpływ mowy nienawiści na poczucie własnej wartości, w tym atrakcyjności, jest bardziej złożony niż wcześniej zakładano. Badania sugerują, że nienawistne komunikaty mogą prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości i witalności u osób, które ich doświadczają (Keipi i in., 2016). Jednak w kontekście matek, które mogą być bardziej skoncentrowane na swoich rolach opiekuńczych i zawodowych, inne czynniki mogą mieć większe znaczenie, na przykład, jak już przytoczono wcześniej, w kulturach o silnych normach kolektywistycznych, gdzie skupienie na rodzinie i społecznych obowiązkach jest priorytetem, matki mogą być mniej podatne na wpływ negatywnych komunikatów, co może zredukować skutki negatywnych doświadczeń (Markus i Kitayama, 1991). W tym przypadku matki mogą rozwijać odporność na wrogą krytykę, ponieważ ich tożsamość i poczucie wartości mogą być bardziej związane z rolą matki niż z osobistą atrakcyjnością fizyczną. Innym czynnikiem, który może wpływać na wyniki badań, jest różnorodność narzędzi pomiarowych oraz metodologii, a zastosowane w badaniach kwestionariusze być może nie były wystarczająco czułe, aby uchwycić subtelne różnice w doświadczeniach matek. Złożoność i dynamika związku pomiędzy poczuciem atrakcyjności, a narażeniem na mowę nienawiści może wymagać bardziej zaawansowanych podejść metodologicznych, które będą w stanie uchwycić te subtelności. Na przykład, włączenie badań jakościowych, takich jak wywiady czy grupy fokusowe, mogłoby dostarczyć głębszego wglądu w to, jak matki postrzegają swoje doświadczenia związane z mową nienawiści i jej wpływem na poczucie atrakcyjności. Kolejnym ważnym czynnikiem jest koncentrowanie się matek na innych aspektach życia, takich jak opieka nad dziećmi, kariera zawodowa czy relacje społeczne. Te obowiązki mogą w znacznej mierze odciągać uwagę kobiet od negatywnych dystraktorów,

co sprawia, że nie odczuwają one tak silnie ich skutków. W rzeczywistości matki mogą przyjmować strategię adaptacyjną, polegającą na ignorowaniu negatywnych komunikatów, co może wpływać na ich poczucie atrakcyjności fizycznej oraz ogólną jakość funkcjonowania, a mechanizmy adaptacyjne, które pomagają jednostkom radzić sobie ze stresem i negatywnymi doświadczeniami, mogą mieć kluczowe znaczenie dla wyjaśnienia wyników tego badania (Bonanno, 2004).

Wnioskując, brak istotnego związku pomiędzy narażeniem na mowę nienawiści, a poczuciem atrakcyjności fizycznej oraz obniżoną witalnością matek wskazuje na złożoność tego problemu. Może to oznaczać, że inne czynniki, takie jak kontekst kulturowy, mechanizmy adaptacyjne oraz wsparcie społeczne, odgrywają bardziej znaczącą rolę w kształtowaniu doświadczeń matek. Dalsze badania powinny uwzględnić różnorodność tych czynników oraz zastosować bardziej złożone modele teoretyczne, które będą w stanie oddać pełnię dynamiki tych wpływów.

Szósta hipoteza, zakładająca, że język nienawiści jest predyktorem obniżonej integracji tożsamości matek, w zależności od sposobu urodzenia dziecka, została pozytywnie zweryfikowana w przypadku kobiet, które rodziły poprzez cesarskie cięcie. Mowa nienawiści, jako silny stresor psychologiczny, może zaostrzać codzienne problemy, prowadząc do trudności w adaptacji do nowej roli matki, a zwłaszcza w kontekście negatywnych doświadczeń porodowych. Badania wykazały, że matki, które doświadczyły cesarskiego cięcia, często odczuwają poczucie porażki, zwłaszcza jeśli marzyły o porodzie drogami natury (López i in., 2020). To negatywne przeżycie, potęgowane przez krytyczne uwagi z zewnątrz, prowadzić może do rozwoju niskiej samoakceptacji i wewnętrznej krytyki (Lally i in., 2008). Możliwość podważenia swojej tożsamości w obliczu, jak już podkreślano niechęci personelu medycznego, oraz presji społecznej związanej z rodzicielstwem może prowadzić do obniżenia jakości życia psychicznego (Douché i Carryer, 2011). W wyniku nienawistnych komentarzy, matki mogą

zacząć kwestionować swoje umiejętności wychowawcze i poczucie wartości, co wpływa na ich zdolność do integracji tożsamości jako matki. Kluczowe wydaje się w tej kwestii zwrócenie uwagi na potrzebę edukacji środowisk medycznych oraz wsparcia dla matek, które mogą doświadczać tej nieuzasadnionej krzywdy.

Ostatnia szczegółowa hipoteza, dotycząca obronnego wzmacniania samooceny matek rodzących zarówno poprzez cesarskie cięcie, jak i w sposób naturalny, została pozytywnie zweryfikowana. Analizując zjawisko wrogości skierowanej wobec matek, warto zauważyć, że zarówno te, które rodzą drogą cesarskiego cięcia, jak i te, które wybierają poród naturalny, stają przed podobnymi wyzwaniami[2]. Często spotykają się z krytyką i negatywnymi ocenami, co prowadzi do rozwinięcia nieadaptacyjnych skryptów i działań obronnych. Badania wykazują, że w sytuacjach krytycznych jednostki często przyjmują strategię wzmocnienia pozytywnych przekonań o sobie w celu ochrony własnej wartości (Crocker i Wolfe, 2001). Mechanizm ten może być szczególnie wyraźny właśnie w kontekście, gdy matki stają się obiektem osądów społecznych związanych z ich decyzjami porodowymi. Obronne wzmocnienie samooceny można postrzegać jako reakcję na wrogość, która może przybierać formę mowy nienawiści w mediach społecznościowych czy jakimkolwiek innym otoczeniu. Przykłady nieprzyjemnych doświadczeń związanych z cesarskim cięciem pokazują, że matki mogą być narażone na stygmatyzację z powodu wyboru metody porodu, co z kolei prowadzi do potrzeby obrony własnych wyborów. Materiał badawczy wykazuje, że matki często starają się umocnić swoje przekonania dotyczące wartości cesarskiego cięcia, podkreślając, że wybór ten był słuszny w ich konkretnych okolicznościach (Bourgeault, 2014). W kontekście

[2] Warto w tym miejscu odnieść się chociażby do sygnalizowanej nader często przez kobiety ciężarne niechęci dla ich praw korzystania bez kolejki z usług medycznych, prawa do zajmowania uprzywilejowanych miejsc w środkach transportu publicznego, itp. Wrzawę medialną oraz dyskusję, dotyczącą praw matek wywołał np. epizod usunięcia karmiącej piersią kobiety z przestrzeni publicznej, jaką jest restauracja (https://viva.pl/ludzie/newsy/liwia-malkowska-ktora-karmila-dziecko-piersia-w-miejscu-publicznym-wygrala-proces-z-restauratorem-112259-r1/; https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/zawstydzanie-matki-karmi%C4%85cej-dziecko-w-miejscu-publicznym-jest-niezgodn%C4%85-z-prawem-form%C4%85-nier%C3%B3wnego).

samoregulacji emocjonalnej, matki mogą wykazywać większą odporność psychiczną i zdolność do adaptacji w obliczu krytyki, co może przyczynić się do ich wzmocnienia psychologicznego (Bonanno, 2004). Poprzez uznanie wartości własnych decyzji, kobiety mogą również poprawić swoje zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie. Badania wskazują na to, że jednostki, które są w stanie pozytywnie ocenić własne wybory, są mniej narażone na negatywne skutki mowy nienawiści i mają lepsze wyniki w zakresie zdrowia psychicznego (Cohen i Wills, 1985). W sytuacjach, gdy nienawistne komentarze są powszechne, może dochodzić do grupowego wzmocnienia tożsamości, co wspiera matki w poczuciu przynależności i solidarności z innymi matkami, niezależnie od wybranej metody porodu.

Jednak, mimo tego, że obronne wzmacnianie samooceny może przynieść krótkoterminowe korzyści psychiczne, warto zadać też pytanie o długofalowe konsekwencje tego mechanizmu. Zbyt intensywna obrona swoich wyborów może prowadzić do alienacji i separowania się od innych kobiet, które mogą mieć odmienne doświadczenia i przemyślenia na temat porodu. W związku z tym, kluczowe wydaje się promowanie otwartego dialogu na temat różnych metod porodowych, co mogłoby złagodzić wrogość i przyczynić się do lepszej wymiany doświadczeń pomiędzy matkami (Kosslyn, Ganis, i Thompson, 2021). Przekraczanie granic między różnymi grupami matek może być kluczowe dla budowania społecznej akceptacji i zrozumienia, a tym samym wspierania ich psychologicznego dobrostanu. Wyniki badań wskazują na istotność obronnego wzmacniania samooceny w kontekście różnorodnych doświadczeń porodowych, a także na potrzebę dalszego badania tego zjawiska. Ważne wydaje się zrozumienie, w jaki sposób różne mechanizmy psychologiczne wpływają na postrzeganie siebie przez matki, a także jak można je wspierać w adaptacji do nowej roli, z uwzględnieniem ich indywidualnych doświadczeń i wyborów.

W drugiej głównej hipotezie badawczej założono, iż prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną

kobiet wybierających dany rodzaj porodu. Potwierdzenie tej hipotezy dla matek rodzących poprzez cesarskie cięcie wskazuje na znaczącą rolę prężności psychicznej jako mediatora, który osłabia negatywne skutki mowy nienawiści wpływające na ogólną samoocenę kobiet. Wyniki sugerują, że kobiety o wyższej prężności psychicznej wykazują większą odporność na zewnętrzne krytyki, co może prowadzić do pozytywniejszej percepcji siebie, mimo potencjalnych ataków czy różnych form wrogości, z którymi się spotykają.

Prężność psychiczna to cecha, która odgrywa kluczową rolę w adaptacji do stresujących sytuacji i trudnych emocji. Wyższa prężność psychiczna jest powiązana z lepszym radzeniem sobie w obliczu krytyki oraz z mniejszą potrzebą obronnego wzmacniania samooceny, co pokazuje, że te kobiety potrafią w sposób zdrowszy i bardziej konstruktywny reagować na negatywne doświadczenia (Fletcher i Sarkar, 2013). Ponadto, wykazano, że kobiety o wyższej prężności psychicznej są lepiej wyposażone w umiejętności do zarządzania emocjami, co z kolei wpływa na ich zdolność do podtrzymywania pozytywnego wizerunku siebie w obliczu krytyki (Cassidy i in., 2013). Interesującym aspektem jest również to, że prężność psychiczna ogranicza wpływ mowy nienawiści na samoakceptację moralną. Kobiety, które potrafią wytrzymać presję społeczną i medialną, mogą łatwiej zachować poczucie zgodności z własnymi wartościami i przekonaniami, nawet gdy są konfrontowane z krytycznymi i negatywnymi opiniami. Te wnioski są zgodne z teorią, że silne poczucie tożsamości i prężności psychicznej działa jako bufor wobec stresorów zewnętrznych, co pozwala na utrzymanie zdrowia psychicznego i emocjonalnego (Ayers i in., 2016). Daje to też podstawy do przypuszczenia, że rozwijanie prężności psychicznej może być kluczowe w skutecznych interwencjach psychologicznych. Istotne wydaje się rozumienie, że prężność psychiczna nie tylko chroni przed negatywnym wpływem mowy nienawiści, ale także może być czynnikiem wspierającym w procesie adaptacji do nowej roli matki. Wyniki badań mogą sugerować, że prężność psychiczna ma szersze implikacje w kontekście różnych rodzajów cyberprzemocy,

nie tylko ograniczających się do mowy nienawiści związanej z porodem. Dlatego warto kontynuować badania w tej dziedzinie, aby lepiej zrozumieć, jakie czynniki mogą wzmacniać prężność psychiczną oraz jakie strategie mogą być najskuteczniejsze w przeciwdziałaniu negatywnym skutkom doświadczeń online.

Weryfikacja trzeciej hipotezy dotyczącej roli lęku jako czynnika mediacyjnego pomiędzy podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, a samooceną kobiet decydujących się na dany sposób porodu przyniosła pozytywne wyniki, co potwierdza istotną rolę lęku w kontekście doświadczeń w sieci. Lęk, zarówno jako cecha osobowościowa, jak i stan emocjonalny, zdaje się transformować negatywne doświadczenia online w percepcję siebie. W badaniach wykazano, że osoby z wyższym poziomem lęku są bardziej podatne na negatywne emocje, co może prowadzić do obniżenia ich samooceny (Zvolensky i in., 2013). W kontekście kobiet, które rodziły przez cesarskie cięcie, lęk mógł działać jako istotny mediator, co potwierdzają wcześniejsze badania wskazujące na związek pomiędzy doświadczanym stresem, a niską samooceną (Ayers i in., 2016). Z kolei dla matek rodzących siłami natury lęk również mediował pomiędzy mową nienawiści, a ich samoakceptacją moralną. Takie wyniki sugerują, że zarówno poród naturalny, jak i cesarskie cięcie mogą wiązać się z wyzwaniami emocjonalnymi, które są wzmacniane przez negatywne opinie społeczne, co prowadzi do wyższego poziomu lęku (Lally i in., 2008).

W literaturze naukowej podkreśla się, że techniki takie jak terapia poznawczo-behawioralna, mindfulness oraz trening umiejętności społecznych mogą przyczynić się do zwiększenia prężności psychicznej, efektywności radzenia sobie z emocjami (Keng, Smoski, i Robins, 2011) oraz zdolności do adaptacji w obliczu stresu, co pozwala jednostkom nie tylko na lepsze funkcjonowanie, ale także na podtrzymywanie wysokiego poziomu samooceny w trudnych sytuacjach (Tugade i Fredrickson, 2004).

Testowanie czwartej hipotezy, badającej związek pomiędzy wysoką wrażliwością, a podatnością na obraźliwe zachowania w sieci i poziomem samooceny matek w zależności od rodzaju porodu, wykazało, że dla matek rodzących przez cesarskie cięcie hipoteza została potwierdzona. Wyniki sugerują, że matki o wysokiej wrażliwości mają wyższe zdolności przywódcze niż te, które nie są wysoko wrażliwe, co może mieć źródło w ich większej empatii i zdolnościach do rozumienia potrzeb innych osób i sprawdzać się jako atut w roli przywódczej. Ponadto matki wysoko wrażliwe cechował wyższy poziom atrakcyjności fizycznej w porównaniu do matek o niższej wrażliwości, co mogłoby sugerować, że wysoka wrażliwość może korelować z większą dbałością o siebie i wygląd zewnętrzny czy pozytywnymi społecznymi informacjami zwrotnymi. Matki wysoko wrażliwe wykazywały też wyższy poziom witalności, co może korelować z ich lepszą zdolnością do radzenia sobie ze stresem związanym z macierzyństwem i wyzwaniami codzienności. Wyniki pokazały również, że matki wysoko wrażliwe osiągają wyższy poziom integracji tożsamości, co sugeruje, iż są one bardziej świadome i zintegrowane z różnymi aspektami swojego życia. Jeśli chodzi o obszar samooceny ogólnej to matki wykazujące podatność na mowę nienawiści cechuje niższy poziom samooceny ogólnej. Może to oznaczać, że negatywne interakcje online wpływają negatywnie na postrzeganie samej siebie przez matki wysoko wrażliwe, które jak pokazały analizy wykazują też niższy poziom samoakceptacji moralnej w kontekście podatności na wrogi język. Wyniki analiz wskazują także, że matki wysoko wrażliwe osiągają niższy poziom integracji tożsamości w kontekście podatności na *hate speech*, a to oznaczać może, iż negatywne doświadczenia online wpływają zakłócająco na proces formowania spójnej tożsamości matczynej. I w ostatnim obronnym wzmacnianiu samooceny badanie wykazało, że matki wysoko wrażliwe, podatne na mowę nienawiści mają wyższy poziom obronnego wzmacniania samooceny, co może wskazywać, że do swoich strategii radzenia sobie z negatywnymi doświadczeniami online wykorzystują jej wzmacnianie. Hipoteza czwarta

zweryfikowana pozytywnie również dla matek rodzących naturalnie, pokazała następujące zależności: dla zdolności przywódczych - matki wysoko wrażliwe osiągały niższy poziom zdolności przywódczych w porównaniu do matek o niższej wrażliwości. Niższy poziom samoakceptacji moralnej, co może wiązać się w znacznym stopniu ze stresem, jakim jest sam fakt porodu. Matki wysoko wrażliwe odznaczały się też niższym poziomem witalności, co z kolei może wynikać z większego wyczerpania fizycznego czy też emocjonalnego związanego z naturalnym porodem. Badania wykazały również, że matki wysoko wrażliwe osiągają wyższy poziom obronnego wzmacniania samooceny, co może być uzasadnione chęcią wzmocnienia swojego poczucia wartości w odpowiedzi na wrogie komunikaty. Także matki wykazujące podatność na *hate*, w wynikach osiągały niższe poziomy samoakceptacji, w obszarze integracji tożsamości matki wysoko wrażliwe cechował niższy jej poziom, a podatne na wrogie treści, matki wysoko wrażliwe, osiągały wyższy poziom obronnego wzmacniania samooceny.

Koncepcja wysokiej wrażliwości, mimo że jest szeroko akceptowana, spotyka się także z pewną krytyką. Niektórzy badacze uważają, że kategoria HSP *(Highly Sensitive Person)* jest zbyt szeroka i niejednoznaczna, co utrudnia jej jednoznaczne definiowanie i badanie. Ponadto, istnieje dyskusja na temat tego, czy wysoka wrażliwość powinna być traktowana jako osobna cecha osobowości, czy też jako element innych, szerzej uznanych kategorii psychologicznych, takich jak neurotyczność czy introwersja. Krytycy wskazują również na potencjalne ryzyko patologizacji normalnych różnic w reakcjach emocjonalnych i sensorycznych. Wysoka wrażliwość, choć może być źródłem wyzwań, nie powinna być traktowana jako problem, wymagający interwencji medycznej. Różnorodność reakcji emocjonalnych i sensorycznych jest naturalna i niekoniecznie oznacza, że ktoś posiada „deficyt" wymagający interwencji. Krytycy wskazują, że zbytnie skupienie się na wysokiej wrażliwości jako problemie może prowadzić do niepotrzebnej medykalizacji i marginalizacji tych, którzy mogą funkcjonować normalnie mimo swojej wrażliwości (Pluess i Belsky, 2013). Jednak zwolennicy koncepcji

Aron argumentują, że rozpoznanie i zrozumienie wysokiej wrażliwości jest istotne dla wspierania tych osób, które zmagają się z jej negatywnymi aspektami. Dla wielu osób identyfikacja jako HSP przynosi ulgę i pomaga lepiej zrozumieć siebie, co może poprawić jakość ich życia. Wysoka wrażliwość ma również znaczenie w kontekście psychoterapii i doradztwa, a terapie skoncentrowane na redukcji stresu, budowaniu samoświadomości i wzmacnianiu poczucia własnej wartości mogą być szczególnie skuteczne dla osób wysoko wrażliwych. Wreszcie, wysoka wrażliwość może wpływać na różne dziedziny życia, w tym na sztukę, literaturę i naukę. Wiele osób wysoko wrażliwych odnajduje się w twórczych zawodach, gdzie mogą wykorzystać swoją zdolność do głębokiego przetwarzania informacji i emocji. Twórczość często staje się dla nich sposobem wyrażenia siebie i radzenia sobie z intensywnością swoich przeżyć.

Analizy dotyczące tej hipotezy sugerują zatem, że wysoka wrażliwość może różnicować matki w kontekście ich doświadczeń z podatnością na obraźliwe zachowania w sieci, zależnie od rodzaju porodu. Matki rodzące przez cesarskie cięcie wykazują tendencję do wyższego poziomu zdolności przywódczych, atrakcyjności fizycznej, witalności i integracji tożsamości, podczas gdy matki rodzące naturalnie częściej wykazują niższą samoocenę moralną, zdolności przywódcze i witalność.

Testowanie piątej hipotezy ujawniło, że matki, które rodziły poprzez cesarskie cięcie, wykazują wyższy poziom podatności na mowę nienawiści w sieci w porównaniu do matek, które rodziły naturalnie - jednak nie zaobserwowano istotnej różnicy między tymi dwiema grupami pod względem poziomu wysokiej wrażliwości, co oznacza, że hipoteza została zweryfikowana częściowo. Wydaje się, iż można spróbować użyć kilku teorii, by potencjalnie wyjaśnić zależność między sposobem porodu, a podatnością na mowę nienawiści w sieci. Badania przeprowadzone przez Yildiz i innych badaczy sugerują, że doświadczenia podczas porodu mogą wpływać na reaktywność emocjonalną i sposób radzenia sobie u matek, a te,

które przeszły ciężki poród, mogą być bardziej podatne na stres i negatywne doświadczenia (Dikmen Yildiz i in., 2016), (Simkin, 1992). Ponadto przegląd badań neurobiologicznych sugeruje, że poród przez cesarskie cięcie wpływa na procesy neurohormonalne i neurobiologiczne, które są związane z regulacją emocji i stresem (co też może przyczyniać się do zwiększonej podatności na negatywne interakcje, w tym online) (Glover, 2014). Chociaż dotychczasowe badania nie wykazały istotnych różnic w wysokiej wrażliwości pomiędzy matkami rodzącymi naturalnie i przez cesarskie cięcie, warto może zbadać, jaki wpływ mają na te grupy czynniki rodzinne, społeczne i indywidualne strategie radzenia sobie z emocjami.

W przedostatniej hipotezie założono, że rodzaj porodu różnicuje poziom stylu przywiązaniowego matki, a kobiety rodzące w sposób naturalny wykazują wyższy poziom stylu bezpiecznego i niższy poziom stylu lękowo–ambiwalentnego oraz unikowego niż matki rodzące poprzez cesarskie cięcie. Wyniki pokazały, że nie ma istotnej różnicy w poziomie poszczególnych stylów przywiązaniowych matek w zależności od rodzaju porodu, co nie potwierdza założeń hipotezy i może sugerować, że choć różnice w stylach przywiązaniowych matek mogą być związane z wieloma czynnikami (wsparciem społecznym czy np. stanem emocjonalnym) rodzaj porodu sam w sobie nie wydaje się być jednak decydującym czynnikiem. Zatem, chociażby z aplikacyjnego punktu widzenia, interwencje mające na celu wspieranie matek w rozwijaniu bezpiecznego stylu przywiązania powinny uwzględniać szerszy kontekst psychospołeczny i emocjonalny, zamiast skupiać się jedynie na aspektach medycznych związanych z porodem. Dla przykładu, wsparcie psychologiczne, promowanie więzi matka-dziecko oraz budowanie sieci wsparcia mogą mieć większe znaczenie dla budowania bezpiecznego stylu przywiązania niż sam sposób, w jaki dziecko przyszło na świat. W literaturze tematu istnieje konsensus odnośnie tego, iż wpływ rodzaju porodu na styl przywiązaniowy matki jest ograniczony i może być modulowany przez szereg różnorakich czynników (Andersson i in., 2011; Staneva i in., 2015; Figueiredo i Costa, 2009).

Wyniki testowania trzech ostatnich hipotez szczegółowych dotyczących różnicowania matek pod względem sposobu urodzenia dziecka w kontekście zmiennych demograficznych mogą prowadzić do różnych wniosków. Analizy sugerujące, że wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania mogą wpływać na decyzje dotyczące porodu, nie potwierdzają znaczących statystycznie różnic. Brak jednoznacznych wyników może wynikać z wielu czynników, takich jak indywidualne preferencje, dostępność usług medycznych, kulturowe normy oraz zróżnicowanie w doświadczeniach zdrowotnych matek czy też kompleksowych interakcji między demograficznymi zmiennymi, a samymi wyborami dotyczącymi sposobu porodu. Wyniki mogą np. sugerować, że kobiety mogą podejmować decyzje dotyczące sposobu porodu na podstawie bardziej zindywidualizowanych potrzeb i informacji, które niekoniecznie są związane z jedną zmienną demograficzną, taką jak wiek czy wykształcenie. Dlatego też wyniki mogą odzwierciedlać rosnącą autonomię decyzyjną matek w kwestiach zdrowotnych. Przy analizie miejsca zamieszkania, warto zwrócić uwagę na specyficzne cechy infrastruktury zdrowotnej, dostępności usług opieki perinatalnej oraz różnice kulturowe i ekonomiczne, które mogą mieć wpływ na preferencje w kwestii porodu. Nie bez znaczenia wydaje się być historia wcześniejszych porodów czy doświadczenia innych matek, gdzie negatywne przeżycia mogą ukierunkować matki na zmianę odnośnie metody porodu. Ważne wydaje się zatem, aby kontekstualizować powyższe analizy z uwzględnieniem lokalnych, kulturowych czy systemowych czynników, które ostatecznie mogą wpływać na decyzje kobiet.

Pomimo starannej analizy, przeprowadzone badania nie wyczerpują pełni tematów poruszonych w pracy. Jednak badania często pozostawiają wiele nierozwiązanych kwestii, co skłaniać może do dalszych do dalszych eksploracji. Wyniki powyższych analiz mogą stanowić podstawę do formułowania nowych pytań i inspiracji dla przyszłych badań. Wartość aplikacyjna tych wyników może przejawiać się w postaci rozwoju nowych rozwiązań praktycznych czy też lepszego zrozumienia złożonych zjawisk społecznych i naturalnych.

Może również dzięki tym badaniom, pozostawiającym pewne pytania wciąż otwarte, możliwe stanie się poszukiwanie istotnych znaczeniowo odpowiedzi. Przeprowadzone analizy mogą mieć ograniczenia, związane z wykorzystaniem metod badawczych, takich jak kwestionariusze i testy, które zawsze prowadzą do subiektywności odpowiedzi. Dodatkowo, nie uwzględniono potencjalnych czynników zakłócających, takich jak wsparcie społeczne czy wcześniejsze doświadczenia porodowe, które mogłyby wpływać na odczucia kobiet. Kolejnym problemem jest jednostronność perspektywy – badania koncentrowały się głównie na negatywnych aspektach cesarskiego cięcia, pomijając jego potencjalne korzyści. Ponadto, badania miały charakter przekrojowy, co oznacza, że wyniki odzwierciedlają jedynie chwilowy stan respondentek, a brak długoterminowych analiz ogranicza możliwość oceny długofalowych zmian w samoocenie i stanie emocjonalnym kobiet.

Kolejnym aspektem wymagającym uwagi są różnice kulturowe, które mogą wpływać na postrzeganie cesarskiego cięcia. W różnych kulturach mogą istnieć (i istnieją) odmienne normy i oczekiwania dotyczące porodu, co może wpływać na samoocenę kobiet po cesarskim cięciu. Na przykład, w niektórych społeczeństwach poród naturalny jest silnie preferowany i uznawany za jedyny właściwy sposób rodzenia, co może prowadzić do negatywnej samooceny kobiet, które miały cesarskie cięcie. W innych kulturach natomiast, cesarskie cięcie może być postrzegane jako bezpieczniejsza i bardziej zaawansowana medycznie opcja, co może wpływać na bardziej pozytywne postrzeganie tego sposobu porodu przez kobiety. Uwzględnienie tych różnic kulturowych jest kluczowe dla zrozumienia pełnego obrazu wpływu cesarskiego cięcia na samoocenę kobiet i wymaga przeprowadzenia badań w różnych kontekstach kulturowych, aby uniknąć uproszczeń i błędnych generalizacji. Badania nad wpływem cesarskiego cięcia na samoocenę kobiet wydają się mieć znaczący potencjał aplikacyjny w dziedzinie psychologii, szczególnie w obszarach związanych z psychologią zdrowia, psychologią kliniczną, poradnictwem rodzinnym oraz w kontekście radzenia sobie

z mową nienawiści w przestrzeni internetowej. Poniżej przedstawiono kilka kluczowych aspektów, w jakich wyniki tych badań mogą być zastosowane w praktyce psychologicznej:

- *Wsparcie psychologiczne dla kobiet po cesarskim cięciu.* Wyniki badań mogą służyć jako podstawa do opracowania programów wsparcia psychologicznego dla kobiet, które przeszły cesarskie cięcie. Terapeuci i psycholodzy mogą wykorzystać te dane do lepszego zrozumienia emocjonalnych potrzeb swoich pacjentek i oferować im bardziej skuteczne wsparcie. Obejmuje to rozwijanie technik radzenia sobie ze stresem, wzmacnianie poczucia własnej wartości oraz budowanie pozytywnego obrazu ciała po porodzie operacyjnym;
- *Edukacja i świadomość publiczna*. Badania te mogą również przyczynić się do podniesienia świadomości społecznej na temat cesarskiego cięcia i jego wpływu na zdrowie psychiczne kobiet. Kampanie edukacyjne mogą być skierowane zarówno do kobiet w ciąży, jak i do społeczeństwa ogółem, w celu zmniejszenia stygmatyzacji i promowania zrozumienia, że cesarskie cięcie jest często konieczną i bezpieczną metodą porodu. Wzmocnienie wiedzy na ten temat może pomóc w walce z mitami i uprzedzeniami, które mogą negatywnie wpływać na samoocenę kobiet;
- *Radzenie sobie z mową nienawiści w przestrzeni internetowej.* W dobie Internetu kobiety, które przeszły cesarskie cięcie, mogą być narażone na negatywne komentarze i mowę nienawiści, co może dodatkowo obniżać ich samoocenę. Badania te mogą pomóc w zidentyfikowaniu specyficznych form wrogiego przekazu skierowanego do tych kobiet oraz w opracowaniu strategii interwencyjnych. Psychologowie i terapeuci mogą edukować pacjentki, jak radzić sobie z takimi sytuacjami, jak budować odporność psychiczną oraz jak korzystać z narzędzi cyfrowych do ochrony przed nękaniem online;

- *Wsparcie rodzinne i partnerskie.* Badania mogą również wskazać na znaczenie wsparcia ze strony partnerów i rodziny dla kobiet po cesarskim cięciu. Psychologowie mogą pracować z parami i rodzinami, aby pomóc im lepiej zrozumieć doświadczenia kobiet i oferować im odpowiednie wsparcie emocjonalne w formie poradnictwa rodzinnego czy grup wsparcia, które umożliwiają wymianę doświadczeń i budowanie silniejszych więzi rodzinnych;
- *Kontekst kulturowy i społeczny*. Różnice kulturowe mogą wpływać na postrzeganie cesarskiego cięcia i samoocenę kobiet po operacji. Badania te mogą pomóc w identyfikacji specyficznych potrzeb psychologicznych matek z różnych środowisk kulturowych, umożliwiając dostosowanie programów wsparcia do ich unikalnych kontekstów społecznych. Uwzględnienie różnorodności kulturowej w podejściu do wsparcia psychologicznego może zwiększyć jego efektywność i dostępność, co w konsekwencji może poprawić jakość życia wielu kobiet i ich rodzin.

Badania te mają duży potencjał aplikacyjny w obszarach związanych z psychologią zdrowia i poradnictwem rodzinnym. Można na przykład tworzyć grupy wsparcia dla matek, w których będą miały możliwość dzielenia się swoimi doświadczeniami i uzyskiwania wsparcia emocjonalnego (Ding i in., 2020), co też może przyczynić się do redukcji stygmatyzacji związanej z tym sposobem porodu i ułatwić kobietom otwarte dzielenie się swoimi doświadczeniami (Torkamani i in., 2022). Istotne jest również uwzględnienie różnic kulturowych w podejściu do cesarskiego cięcia, aby lepiej dostosować programy wsparcia do potrzeb kobiet z różnych środowisk (Leung i in., 2021). Dalsze badania powinny również koncentrować się na długoterminowych efektach cesarskiego cięcia, aby lepiej zrozumieć jego wpływ na zdrowie psychiczne matek oraz opracować bardziej adaptacyjne strategie pomocy podnoszące świadomość społeczną i dające wszystkim matkom szansę na budowanie ich poczucia wartości (Kumar i in., 2022).

Zakończenie

Celem teoretycznym niniejszej rozprawy doktorskiej była analiza samooceny kobiet jako matek w zależności od wybranego rodzaju porodu, uwzględniająca wpływ mowy nienawiści w przestrzeni internetowej, a także poziomu lęku, stresu, prężności psychicznej i wrażliwości.

Realizacja celów badawczych pracy była możliwa dzięki przeprowadzeniu badań własnych, w których uczestniczyło 249 osób, w tym 134 kobiet rodzących poprzez cesarskie cięcie i 115 kobiet rodzących w sposób naturalny. Badania zostały wykonane z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych (formularze online) lub miały charakter typu papier-ołówek (wówczas odbywały się podczas spotkań indywidualnych z każdą uczestniczką). W każdym rodzaju badań (online i indywidualnych) kobiety były odpowiednio informowane o ich procedurze i celu. Osoby badane wypełniały szereg testów kwestionariuszowych, do których należały: Skala Prężności Psychicznej Ego ER89-R12, Edynburska Skala Depresji Poporodowej EPDS, Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku STAI, Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych KSP, Skala Wysoce Wrażliwej Osoby HSPS oraz Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Kobiety, które w Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej EPDS otrzymały wynik niższy niż 12 punktów, świadczący o możliwej depresji zostały zaopiekowanie poznawczo i emocjonalnie przez psychologa i pokierowane do dalszej diagnostyki. Badane osoby potrzebowały na wypełnienie baterii testów około 60 minut.

Badania przeprowadzone na temat wpływu mowy nienawiści w Internecie na samoocenę matek, w zależności od sposobu urodzenia dziecka przyniosły kilka istotnych wniosków. Przede wszystkim, dla matek rodzących przez cesarskie cięcie, mowa nienawiści okazała się znaczącym predykatorem niskiej samooceny. Kobiety te, wyeksponowane na obraźliwe i negatywne komentarze, często zmagają się z niższym poczuciem własnej wartości,

co może mieć związek ze stygmatyzacją związaną z wyborem tej formy porodu. Ponadto, mowa nienawiści wpływa na ich samoakceptację moralną, prowadząc do wewnętrznych konfliktów i obniżonego poczucia moralnej wartości.

Dodatkowo, badania wykazały, że wrogie przekazy przyczyniają się do obniżonej integracji tożsamości u matek rodzących przez cesarskie cięcie. Oznacza to, że te kobiety mogą mieć trudność z pełnym akceptowaniem swojej tożsamości jako matki, co może wpływać na ich poczucie stabilności i spójności osobistej. Co więcej, defensywne wzmacnianie samooceny, które również zostało zaobserwowane w tej grupie, sugeruje, że kobiety te mogą starać się kompensować swoje zaniżone poczucie wartości poprzez nadmierne skupianie się na swoich osiągnięciach lub atrybutach, aby przeciwdziałać negatywnym wpływom wrogiego języka. Kluczową rolę wzmacniającą odgrywa tutaj prężność psychiczna jako zdolność do radzenia sobie z trudnościami. Badania wykazały, że prężność psychiczna pośredniczy w sposób supresyjny pomiędzy mową nienawiści, a ogólną samooceną, samoakceptacją moralną oraz defensywnym wzmacnianiem samooceny u matek rodzących przez cesarskie cięcie. Oznacza to, że matki z wysokim poziomem prężności są w stanie lepiej poradzić sobie z negatywnymi komentarzami i mniej dotkliwie odczuwają ich wpływ na swoją samoocenę i samoakceptację.

Lęk, zarówno jako cecha, jak i stan, również okazał się znaczącym czynnikiem pośredniczącym pomiędzy mową nienawiści, a różnymi aspektami samooceny. U matek rodzących przez cesarskie cięcie, lęk pośredniczy między mową nienawiści, a ogólną samooceną, samoakceptacją moralną, integracją tożsamości oraz defensywnym wzmacnianiem samooceny. Z kolei u matek rodzących drogami natury, lęk pośredniczy między mową nienawiści, a samoakceptacją moralną, integracją tożsamości oraz defensywnym wzmacnianiem samooceny. Sugeruje to, że mowa nienawiści może wywoływać wzmożone uczucia lęku, które z kolei mogą wpływać na różne aspekty samooceny matek.

Sposób porodu różnicuje także poziom podatności badanych kobiet na mowę nienawiści w sieci. Matki rodzące przez cesarskie cięcie wykazują wyższy poziom podatności na negatywne komentarze niż matki rodzące naturalnie. Wynika to prawdopodobnie z istniejących uprzedzeń związanych z cesarskim cięciem, które mogą sprawiać, że te matki są bardziej narażone na krytykę i negatywne oceny, co wpływa na ich ogólną samoocenę, samoakceptację moralną oraz integrację tożsamości.

Analiza stylów przywiązaniowych wykazała, że matki rodzące naturalnie mają wyższy poziom stylu bezpiecznego, lękowo-ambiwalentnego i unikowego w porównaniu do matek rodzących przez cesarskie cięcie. Styl bezpieczny jest związany z pozytywnym obrazem siebie i innych, co może tłumaczyć wyższą odporność na negatywne wpływy wrogiej mowy. Z kolei styl lękowo-ambiwalentny i unikowy, który występował częściej wśród matek po cesarskim cięciu, może wiązać się z większymi trudnościami w radzeniu sobie z negatywnymi komentarzami i krytyką.

Ostatecznie, wybrane zmienne demograficzne, takie jak wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania, nie różnicują istotnie matek w zależności od sposobu urodzenia dziecka. Wyniki te sugerują, że wpływ mowy nienawiści i związane z nią konsekwencje psychologiczne są bardziej uniwersalne i nie zależą w dużym stopniu od tych demograficznych czynników.

Podsumowując, przeprowadzone badania podkreślają znaczący wpływ mowy nienawiści w Internecie na psychologiczne funkcjonowanie matek, szczególnie tych, które rodziły przez cesarskie cięcie. Wskazują również na kluczową rolę prężności psychicznej i lęku, jako czynników pośredniczących w tym procesie. Wyniki te mogą mieć istotne implikacje dla wsparcia psychologicznego matek, sugerując konieczność uwzględnienia specyficznych wyzwań, z jakimi zmagają się kobiety rodzące różnymi sposobami oraz potrzebę przeciwdziałania wrogiemu językowi (głównie) w sieci.

Ewentualne, przyszłe analizy warto rozszerzyć o takie aspekty psychologiczne i społeczne jak: poziom stresu u matek, wsparcie społeczne, czy ich potencjalny wpływ na mowę nienawiści. Dodatkowo, istotnym kierunkiem mogłoby być zbadanie różnic kulturowych oraz społecznych w doświadczaniu mowy nienawiści przez matki w różnych częściach świata. Wreszcie, badania mogłyby skupić się na długofalowych konsekwencjach psychologicznych dla matek, ich dzieci oraz najbliższego otoczenia, co mogłoby pomóc w opracowaniu skuteczniejszych strategii wsparcia psychologicznego i edukacyjnego.

Pomimo szeroko zakrojonego charakteru badań, niniejsze badania posiadają ograniczenia. Po pierwsze, badana próba liczyła 249 osób, co choć umożliwiło przeprowadzenie wartościowych analiz, może nie jest w pełni reprezentatywne dla całej populacji matek. Wyniki mogą być trudne do uogólnienia na szerszą skalę, ponieważ próba składała się z osób dobrowolnie zgłaszających się do badania, co mogło wpłynąć na ich postawy i przekonania. Badania były prowadzone za pomocą kwestionariuszy w formie online oraz tradycyjnej metody papier-ołówek, co mogło wpływać na różnice w sposobie udzielania odpowiedzi, zwłaszcza w kontekście samooceny i wrażliwych tematów związanych z mową nienawiści i tożsamością matek.

Kolejnym ograniczeniem jest skupienie się wyłącznie na samoocenie matek w kontekście wybranego rodzaju porodu i doświadczeń związanych z mową nienawiści, bez uwzględnienia innych czynników psychologicznych, takich jak poziom wsparcia społecznego czy relacje rodzinne, które mogą mieć istotny wpływ na samoocenę i radzenie sobie z negatywnymi komentarzami.

Dodatkowo, ograniczenia wynikają z faktu, że badania przeprowadzono w specyficznym kontekście kulturowym i społecznym, co może utrudniać odniesienie wyników do innych kultur, gdzie normy społeczne oraz postrzeganie macierzyństwa mogą się różnić.

Brak długofalowego monitorowania wpływu mowy nienawiści na matki stanowi kolejne ograniczenie, ponieważ nie zbadano ewentualnych zmian w ich samoocenie i zdrowiu psychicznym w dłuższej perspektywie czasowej w kontekście różnorodnych czynników.

Ostatecznie, zmienne demograficzne, takie jak wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania, nie różnicowały istotnie wyników, co może być skutkiem liczebności grupy badawczej lub specyficznych charakterystyk próby.

Bibliografia

Acevedo, B. P. (2020). The basics of sensory processing sensitivity. W: B. P. Acevedo (red.), The Highly Sensitive Brain. Research, Assessment, and Treatment of Sensory Processing Sensitivity (s. 1-15). https://doi.org/10.1016/C2018-0-03130-8

Acevedo, B., Aron, E., Pospos, S., & Jessen, D. (2018). The functional highly sensitive brain: a review of the brain circuits underlying sensory processing sensitivity and seemingly related disorders. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 373(1744), 20170161.

Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M. D., Collins, N., & Brown, L. L. (2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotional states. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*, 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Alldred, P. (2012). How Come I Fell Pregnant? Young Mother's Narratives of Conception. International Journal of Adolescence and Youth, 139 – 156.

Alverson, C., Strickland, M., Gilboa, S., & Correa, A. (2011). Maternal Smoking and Congenital Heart Defects in the Baltimore-Washington Infant Study. *Pediatrics*, *127*, e647-53. https://doi.org/10.1542/peds.2010-1399

Andrade, C. (2010). Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. *Mens Sana Monographs*, *8*(1), 146–150. https://doi.org/10.4103/0973-1229.58825

Andreoli, V. (2009). Zrozumieć cierpienie. Aby ból ustąpił radości. Kraków: Wydawnictwo Homini.

Andreoli, V. (2012). La vita digitale. Libro.

Aron, E. N. (1997). *The Highly Sensitive Person: How to Thrive When the World Overwhelms You* (Reprint edition). Broadway Books.

Aron, E. N. (2001). *The Highly Sensitive Person in Love: Understanding and Managing Relationships When the World Overwhelms You*. Harmony.

Aron, E., i Aron, A. (1997). Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of personality and social psychology*, *73*, 345–368. https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.345

Aron, E., Aron, A., i Davies, K. (2005). Adult Shyness: The Interaction of Temperamental Sensitivity and an Adverse Childhood Environment. *Personality & social psychology bulletin*, *31*, 181–197. https://doi.org/10.1177/0146167204271419

Assary, E., Zavos, H., Krapohl, E., Keers, R., & Pluess, M. (2020). Genetic architecture of Environmental Sensitivity reflects multiple heritable components: a twin study with adolescents. Molecular Psychiatry, 26, 4896-4904. https://doi.org/10.1038/s41380-020-0783-8

Ateneum Przegląd Familiologiczny. (b.d.). Pobrano 29 czerwiec 2024, z https://www.europub.co.uk/journals/ateneum-przeglad-familiologiczny-J-20066

Aureliusz, M. (2022). *ROZMYŚLANIA*.

Ayers, S., Eagle, A., i Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health i Medicine*, 11(4), 389–398. https://doi.org/10.1080/1354850060070840

Ayers, S., i Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28(2), 111–118. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x

Ayers, S., Wright, D. B., i Wells, N. (2016). Trauma and posttraumatic stress disorder after childbirth: A review of the evidence. *Psychological Medicine*, 46(8), 1399-1410. https://doi.org/10.1017/S0033291716000131

Ayers, S., Wright, D. B., i Wells, N. (2016). Trauma and posttraumatic stress disorder after childbirth: A review of the evidence. *Psychological Medicine*, 46(8), 1399-1410. https://doi.org/10.1017/S0033291715002906

Baker Miller, J. (1986). Toward a New Psychology of Women. Boston: Beacon Press.

Bakiera, L. (2013). Zaangażowane rodzicielstwo a autokreacyjny aspekt rozwoju dorosłych. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Bakiera, L. (2016). Aversive Parenting. An Attempt of Conceptualization. W M. F. H. Liberska, Aggression as a Challenge: Theory and Research. Current Problems (strony 187-198). Frankfurt: Peter Lang Publishing.

Balgiu, B. (2017). Self-esteem, personality and resilience. Study of a students emerging adults group. *Journal of Educational Science and Psychology*, *VII(LXIX)*, 93–99.

Barlińska, J., Szuster, A. i Winiewski, M. (2018, 9). Cyberbullying Among Adolescent Bystanders: Role of Affective Versus Cognitive Empathy in Increasing Prosocial Ceberbystander Behavior. Frontiers in Psychology.

Baron, R. i Kenny, D. (1986). The Moderator-mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. Journal of Personality and Social Psychology, strony 1173-1182.

Bartmiński, J. (2006). Językowe podstawy obrazu świata. Lublin.

Bartnicka, A. (2016, 3). Wpływ czynników prenatalnych i postnatalnych na mikrobiotę jelitowa noworodków. Standardy Medyczne/Pediatria, strony 165-172.

Bartone, P. (2006). Resilience Under Military Operational Stress: Can Leaders Influence Hardiness? *Military Psychology - MIL PSYCHOL*, *18*, 131–148. https://doi.org/10.1207/s15327876mp1803s_10

Bartosz, B. (2002). Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Bartrop, R. W., Luckhurst, E., Lazarus, L., Kiloh, L. G., & Penny, R. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet (London, England)*, *1*(8016), 834–836. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(77)92780-5

Baryła-Matejczuk, M. (2023). *Psychologiczne aspekty wysokiej wrażliwości człowieka: koncepcje - diagnoza - wsparcie.* Lublim: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Lubelskiej Akademii WSEI.

Basińska, M., Wędzińska, M. (2014). *Zmęczenie życiem codziennym a satysfakcja z życia rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym* (s. 245–258).

Beck, U. (2002). Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności. Warszawa: Scholar.

Bedyńska, S. i Książek, M. (2012). Statystyczny drogowskaz. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno Sp. zoo.

Belsky, J., Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. Psychological Bulletin, 135(6), 885–908. https://doi.org/10.1037/a0017376

Bergum, V. (2007a). *A Child on Her Mind*. Bloomsbury. https://www.bloomsbury.com/us/child-on-her-mind-9780897894463/

Bergum, V. (2007b). *A Child on Her Mind: The Experience of Becoming a Mother by Vangie Bergum*. Praeger.

Berkowitz, L. (1965). L. Berkowitz, The Concept of Aggressive Drive: Some Additional Considerations. Advances in Experimental Social Psychology, strony 301-329.

Betran, A. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Torloni, M. R. (2014). A systematic review of the Robson classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. *PLoS ONE*, 9(6), s. 97769.

Berzonsky, M. D. (2011). A social-cognitive perspective on identity construction. Handbook of identity theory and research (str. 55-76). Springer

Bidzan, M., Koss, J., & Rudnik, A. (2014). Experiencing stress and the obtained social support among women with high-risk pregnancies. Preliminary report. *Family Forum*, *4*, 183-201. Retrieved from https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=107684.

Bielawska-Batorowicz, E. (1999, 1-2). Psychologia prokreacji jako dziedzina badań i obszar praktycznej działalności psychologa. Przegląd psychologiczny, strony 221-239.

Bielawska-Batorowicz, E. (2006). Psychologiczne aspekty ciąży prawidłowej. W W. Eadem, Psychologiczne aspekty prokreacji (strony 130-131). Katowice: Wydawnictwo Śląsk.

Bielawska-Batorowicz, E. (2006). Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice: Śląsk Wydawnictwo Naukowe.

Bielawska-Batorowicz, E. (2012). Znaczenie badań nad wybranymi psychologicznymi aspektami prokreacji. Psychologia Wychowawcza, strony 7-21.

Block, J. H., Block, J. (1982). The Role of Ego-Control and Ego-Resiliency in the Organization of Behavior. W *Development of Cognition, Affect, and Social Relations*. Psychology Press.

Block, J., Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(2), 349–361. https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349

Błachnio, A., Przepiórka, A., Kot, P., Cudo, A., & Steuden, S. (2023). The role of emotional functioning in the relationship between health anxiety and cyberchondria. *Current Psychology, 42*, 31240–31250. https://doi.org/10.1007/s12144-022-04126-3.

Bodnar, A., Gliszczyńska-Grabias, A., Wieruszewski, R. i Wyrzykowski, M. (2010). Mowa nienawiści. Aspekty prawne i społeczne. Poznań: Wolters Kluwer.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, 59(1), 20-28.

Booth, C., Standage, H., & Fox, E. (2015). Sensory-processing sensitivity moderates the association between childhood experiences and adult life satisfaction. Personality and Individual Differences, 87, 24-29. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.020

Bordolińska, A. (2017). Internet jako nowa przestrzeń dla przestępstw z nienawiści. Człowiek w cyberprzestrzeni, str. 2.

Borys, B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Family Medicine Forum*, *4*(1). https://journals.indexcopernicus.com/publication/1593829/Bogusław-Borys-Zasoby-zdrowotne

Bourgeault, I. L. (2014). The role of obstetricians in maternity care: The impact of the cesarean section rate on women's health. *Canadian Medical Association Journal*, 186(14), 1059-1060. https://doi.org/10.1503/cmaj.140074

Boukydis, Z. (2006). Women's Responses to Ultrasound Examinations During Routine Screens in an Obstetric Clinic. Journal of Ultrasound Medicine, 25.

Boyce, W., Ellis, B. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and psychopathology*, *17*, 271–301. https://doi.org/10.1017/S0954579405050145

Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem* (s. xvii, 346). Bantam Books, Inc.

Brandt-Salmeri, A., Przybyła-Basista, H. (2018). Obraz ciała a samoocena kobiet z rakiem piersi – rola akceptacji ciała. Psychoonkologia, 22(1), 1–10.

Brizendine, L. (2010). *Mózg Kobiety*.

Bröhl, A. S., Leeuwen, K. V., Pluess, M., De Fruyt, F., Bastin, M., Weyn, S., Goossens, L., & Bijttebier, P. (2020). First look at the five-factor model personality facet associations with sensory processing sensitivity. Current Psychology. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00998-5

Brzezińska-Waleszczyk, M. (2015). Hejt to za mało. Tygodnik Katolicki, str. 46.

Brzezińska-Waleszczyk, M. (2016). Granica pomiędzy beką a hejtem w sieci. Próba odpowiedzi na podstawie wybranych przykładów . Kultura – Media – Teologia, strony 81-98.

Brzeziński, J. (2003). Metodologia badań psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brzozowski, P. (1986). Polska wersja testu wartości M. Rokeacha i jej teoretyczne podstawy . Przegląd Psychologiczny, strony 527-539.

Buckels, E., Trapnell, P. i Paulhus, D. (2014, 1 16). Trolls just want to have fun. Pers.Individ.Diff., strony 94-102.

Buckels, E., Trapnell, P. i Paulhus, D. (2014). Trolls just want to have fun. Personality and Individual Differences. Washington.

Budrowska, B. (2000). Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety. Wrocław: Funna.

Cahill, L., Prins, B., Weber, M. i McGaugh, J. L. (1994). β- Adrenergic Activation and Motivation for Emotional Events. Nature, 702-704.

Carter, A. J., Dietz, P. M., Tucker, M. J., i in. (2006). Postpartum depressive symptoms following vaginal and cesarean deliveries. *Journal of the American Medical Association*, 295(12), 1374-1378. https://doi.org/10.1001/jama.295.12.1374

Carter, F. A., Frampton, C. M., i Mulder, R. T. (2006). Cesarean section and postpartum depression: A review of the evidence examining the link. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 321-330. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000203240.27656.81

Cassidy, T., McMahon, J., i MacLachlan, M. (2013). The role of resilience in psychological wellbeing: A longitudinal study of mothers of young children. *Journal of Child and Family Studies*, 22(6), 931-943. https://doi.org/10.1007/s10826-012-9646-6

Castells, M. (2003). Galaktyka Internetu. Poznań: Rebis.

Catov, J. M.,, Abatemarco, D. J., Markovic, N. i Roberts, J. (2009). Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth. Matern. Child Health, strony 10.1007-10.995.

CBOS. (2009). Jak cię widzą, tak cię piszą – Polacy o znaczeniu wyglądu w życiu, komunikat z badań CBOS. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

CBOS. (2009). Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

Citron, D. K. (2014). *Hate Crimes in Cyberspace*. Harvard University Press.

Cekański, A. i Łosik, M. (2012). Próba ujednolicenia postępowania wyjaśniającego przyczyny zgonu lub ciężkiego stanu dziecka w zaawansowanej ciąży i podczas porodu. Ginekologia po dyplomie, 42-47.

Charney, D. S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *American Journal of Psychiatry*, *161*(2), 195–216. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195

Chase, N. D. (1999). *Burdened Children: Theory, Research, and Treatment of Parentification*. Sage Publications, 2455 Teller Road, Thousand Oaks, CA 91320 (paperback: ISBN-0-7619-0764-5, $24.

Chavez, C., De Pauw, S., Van IJzendoorn, M. H., De Maat, D. A., Kok, R., & Prinzie, P. (2021). No differential susceptibility or diathesis stress to parenting in early adolescence: personality facets predicting behaviour problems. Personality and Individual Differences, 170(1), 110406. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110406

Chmielecki, P. (2021). Granice etycznej odpowiedzialności uczonych za wypowiadane sądy. *Przegląd Pedagogiczny*.

https://www.academia.edu/79049167/Granice_etycznej_odpowiedzialno%C5%9Bci_uczonych_za_wypowiadane_s%C4%85dy

Chojnacka, K., Budrowska, B. (2001). *„Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety", Bogusława Budrowska, Wrocław 2000: [Recenzja] / Katarzyna Chojnacka.* https://www.semanticscholar.org/paper/%22Macierzy%C5%84stwo-jako-punkt-zwrotny-w-

%C5%BCyciu-kobiety%22%2C-Chojnacka-Budrowska/0a02156705a8089db6bc1ebb3e671c582fa301ad

Chrzan-Dętkoś, M. (2010). Psychodynamiczne rozumienie macierzyństwa - implikacje dla pracy klinicznej. Psychoterapia, strony 5-14.

Cichocka, A. i Bilewicz, M. (2010). Co się kryje w nieistotnych efektach statystycznych? Możliwości zastosowania analizy supresji w psychologii społecznej. Psychologia Społeczna , strony 191-198.

Clarke, D. (2005). Zachowania prospołeczne i natyspołeczne. . Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Cohen, J. i Cohen, P. (1975). Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Cohen, S. i Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. Journal of Applied Social Psychology 13, strony 99-125.

Cohen, S., i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310

Collins, N., Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. (1994). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of personality and social psychology*, *65*, 1243–1258. https://doi.org/10.1037//0022-3514.65.6.1243

Conceiving the self by Morris Rosenberg | Open Library. (b.d.). Pobrano 3 lipiec 2024, z https://openlibrary.org/works/OL4097248W/Conceiving_the_self

Connolly, M. L. (2014). High caesarean section figures in Northern Ireland questioned. BBC News Northern Ireland. Retrieved from http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-27195161

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W.H. Freeman.

Costa-López, B., Ferrer-Cascales, R., Ruiz-Robledillo, N., Albaladejo-Blázquez, N., & Baryła-Matejczuk, M. (2021). Relationship between Sensory Processing and Quality of Life:

A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine, 10(17), 3961. https://doi.org/10.3390/jcm10173961

Cramer, B. (2005). Tajemnice kobiet. Z matki na córkę. Warszawa: Wydawnictwo Nisza.

Crocker, J., i Wolfe, C. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108(3), 593-623. https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593

Cutron, C. i Russel, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. W D. P. W. H. Jones, Advances in personal relationships (vol. 1) (strony 237-253). Greenwich: CT: JAI Press. .

Davies, K. (1994). The tensions between process time and clock time in care work. Time and Society, 277-303.

Dawe, J., Mccowan, L., Wilson, J., Okesene-Gafa, K., & Serlachius, A. (2020). Probiotics and Maternal Mental Health: A Randomised Controlled Trial among Pregnant Women with Obesity. *Scientific Reports*, *10*. https://doi.org/10.1038/s41598-020-58129-w

de Brito Guzzo, S. F. C., Rafael, C., Matheus Fitipaldi, B., Amarylis Garcia, A., Vinícius Dias, K., Luiz, Y. J., Fernando, F., & Telma Gonçalves Carneiro Spera de, A. (2015). Impact of chronic stressors on the anxiety profile of pregnant rats. *Physiology & Behavior*, *142*, 137–145. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.02.014

de Terte, I., Stephens, C. (2014). Psychological resilience of workers in high-risk occupations. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *30*(5), 353–355. https://doi.org/10.1002/smi.2627

De Villiers, B., Lionetti, F., & Pluess, M. (2018). Vantage sensitivity: a framework for individual differences in response to psychological intervention. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 53(6), 545-554. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1471-0

Denes-Raj, V. i Epstein, S. (2022, 1 20). Conflict between intuitive and rational processing: When people behave against their better judgment. Journal of Personality and Social Psychology, strony 1-8.

Dębska-Ratuszniak, O., Kamińska-Winciorek, G., Śpiewak, R. (2012). Dysmorfofo- bia w oczach studenta kosmetologii. Dermatologia Kliniczna, 14(4), 171–174.

Ding, X., i in. (2020). *The Psychological Impact of Cesarean Section on Women: A Review*. Journal of Psychosomatic Research, 130, 109914

Dohrenwend, B., Krasnoff, L. i Asensasy, A. (1978). Exemplification of a method for scaling life events. Journal of Health and Social Behavior, 205-229.

Douché, J., i Carryer, J. (2011). Caesarean section in the absence of need: A pathologisation of childbirth? *Health Sociology Review*, 20(4), 446-456. https://doi.org/10.5172/hesr.2011.20.4.446

Douché, J., i Carryer, J. (2011). The experience of maternal stigmatisation: A qualitative study. *Health Sociology Review*, 20(2), 191-201. https://doi.org/10.5172/hesr.2011.20.2.191

Dunkel – Schetter, C. i Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy:implications for mothers, children, research, and practice. Current Opinion Psychiatry, strony 141-148.

Dz. U. 2015 poz. 2007. (2015). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej na.

Dz. U. 2018 poz. 1756. (2018). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Dziwak, E. (2019). Od elitarności do inkluzywności. Zeszyty Prasoznawcze", strony 111-120.

Dziwak, E. i Gheorghe, K. (2021). Wokół Strajku Kobiet. Katowice: Archaegraph.

Ellis, B. J., Boyce, W. T. (2011). Differential susceptibility to the environment: toward an understanding of sensitivity to developmental experiences and context. Development and Psychopathology, 23(1), 1–5. https://doi.org/10.1017/S095457941000060X

e-lubliniec.pl. (2021, 06 29). Pobrano z lokalizacji e-lubliniec.pl: https://e-lubliniec.pl/artykuly/co-to-znaczy-wwo-czyli-czym-jest-wysoka-wrazliwosc/

Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as Process. *Development and Psychopathology*, *5*, 517–528. https://doi.org/10.1017/S0954579400006131

Epstein, S. (1973). The Self-Concept Revisited: Or a Theory of a Theory. *The American psychologist*, *28*, 404–416. https://doi.org/10.1037/h0034679

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, *49*(8), 709–724. https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.8.709

Epstein, S. (2003). *Cognitive-Experiential Self-Theory of Personality* (T. 5). https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0507

Epstein, S., Pacini, R. (1999). Some basic issues regarding dual-process theories from the perspective of cognitive–experiential self-theory. W *Dual-process theories in social psychology* (s. 462–482). The Guilford Press.

Erikson, E. (2004). Tożsamość a cykl życia. Poznań: Zysk i S-ka.

Fearn, N. (2017, 2 30). https:/ www. idgconnect.com/idgconnect/analysis-review/1005120/twitter-scourge-cyberbullying. Pobrano z lokalizacji http://scholar.google.com/scholar_lookup?&journal=Twitter+and+the+Scourge+of+Cyberbullying%2E&author=Fearn+N.&publication_year=2017.

Fecenec, D. (2016). MSEI Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Fejfer-Szpytko, J., Włodarczyk, J., Trąbińska-Haduch, M. (2016). Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone: Teoria, Badania, Praktyka*, *15*(3), 91-116)

Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Barclay, L., Buist, A., i Ryding, E. L. (2013). Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation. *Midwifery*, 29(3), 217–224. https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.008

Ferguson, G. i Takane, Y. (1999). Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Fletcher, D., i Sarkar, M. (2013). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(5), 748-755. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.04.002

Fredrickson, B. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. *The American psychologist*, *56*, 218–226. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218

Fredrickson, B., Losada, M. (2005). The Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *The American psychologist*, *60*, 678–686. https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678

Fridja, N. H., Manstead, A. S. i Bem, S. (2000). Emotions and Beliefs. How Feelings Influence Thoughts. Cambridge.

Friedan, B. (1963). The Feminine Mystique. New York: Norton & Company.

Friedan, B., Quindlen, A. (2002). *The Feminine Mystique*.

Fromm, E. (1971). O sztuce miłości. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Gardner, K. i Cutron, C. (2004). Social support communicaation in families. W A. Vangelisti, Handbook of family communication (strony 495-512). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Gawenda, A. (2018). Hejt jako przejaw patologicznych zachowań i konsekwencja rozwoju technologicznego. Bezpieczeństwo-Obronność - Socjologia, strony 45-63.

Gebauer-Sesterhenn, B. (2007). Ciąża i poród. Ożarów Mazowiecki: Firma Księgarska Jacek i Krzysztof Olesiejuk „Inwestycje".

Genevie, L. i Margolies, M. (1989). The Motherhood Report. How Women Feel About Being Mothers. New York: McGraw-Hill Publishing Company.

Gerson, K. (1986). *Hard Choices: How Women Decide About Work, Career and Motherhood*.

Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 206(4), 331.s. 1–19

Głębocka, A. (2010). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Goldenberg, H. i Goldenberg, I. (2006). Terapia rodzin. Kraków: Wydawnictwo Uniwesytetu Jagiellońskiego.

Graham, J., Nosek, B., Haidt, J., Iyer, R., Koleva, S., & Ditto, P. (2011). Mapping the Moral Domain. *Journal of personality and social psychology*, *101*, 366–385. https://doi.org/10.1037/a0021847

Graham, L., Bradley, A. i Beverley, A. (2013). Task-Relationship-Self: A Framework for Understanding Service Encounter Behaviors. Psychology and Marketing, strony 36-39.

Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon, L., & Pinel, E. (1992). Why Do People Need Self-Esteem? Converging Evidence That Self-Esteem Serves an Anxiety-Buffering Function. *Journal of personality and social psychology*, *63*, 913–922. https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.913

Greenwald, A.G., Banaji, M.R., Rudman, L.A., Farnham, S.D., Nosek, B.A., Mellott, D.S. (2002). A unifi ed theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and selfconcept. Psychological Review, 109, 1, 3-25

Gregg, A., Hepper, E. i Sedikides, C. (2011). Quantifying self-motives: Functional link between dispositional desires. . uropean Journal of Social Psychology, 41, strony 840-852.

Griffiths, P. E. (brak daty). What Emotions Really are. The Problem of Psychological Categories. Chicago: 1997.

Grinberg, E. (2017). Cyberprzestrzeń-aspekt społeczny tworzenia się więzi oraz wynikających z tego problemów społecznych. W M. Górka, Cyberbezpieczeństwo dzieci i młodzieży realny i wirtualny problem polityki bezpieczeństwa (str. 78). Warszawa: Difin.

Greven, C. U., Homberg, J. R. (2020). Sensory processing sensitivity— For better or for worse? Theory, evidence, and societal implications. W: B. P. Acevedo (red.), The Highly Sensitive Brain. Research, Assessment, and Treatment of Sensory Processing Sensitivity (s. 51-74). https://doi.org/10.1016/C2018-0-03130-8

Grudecki, M. (2017). Prawnokarne konsekwencje hejtu internetowego. Kultura – Media – Teologia , strony 112-126.

Grudecki, M. i Fic, R. (2021). Prawnokarna ocena bezprawności zachowań znieważających w Internecie . Zeszyty Prawnicze, strony 213-243.

Gruszkowska, M. (2012). Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia , strony 154–161.

Gulla , B. (2021). Wrażliwość człowieka. Kraków: Uniwersytet Jagielloński w Krakowie Biblioteka Jagiellońska .

Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hewson, S. A., Hodnett, E. D., Saigal, S., & Willan, A. R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. The Lancet, 356(9239), 1375–1383.

Harasim-Piszczatowska, E., Krajewska-Kułak, E. (2021). *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży w kontekście percepcji ciała*. Uniwersytet Medyczny.

Hawley, D. R., DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, *35*(3), 283–298. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x

Herbert Goldenberg. (b.d.). Pobrano 29 czerwiec 2024, z https://wuj.pl/autor/goldenberg-herbert

Herrman, H., Stewart, D., Diaz-Granados, N., Berger, E., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What Is Resilience? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *56*, 258–265. https://doi.org/10.1177/070674371105600504

Heszen, I. i Sęk, H. (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN.

Higgins, E. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological review*, *94*, 319–340. https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319

Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. Nature Neuroscience, 20(2), 287–296, doi: 10.1038/nn.4458)

Holling, C. S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics*, *4* (Volume 4, 1973), 1–23. https://doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245

Hollon, S. D., Thase, M. E., i Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest, 3*(2), 45-119.

Homberg, J. R., Lesch, K.-P. (2011). Looking on the bright side of serotonin transporter gene variation. *Biological Psychiatry*, *69*(6), 513–519. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.024

Horn, S., Charney, D., & Feder, A. (2016). Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD. *Experimental Neurology*, *284*. https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.07.002

Horyń, E., Skowronka, B. i Walecka-Rynduch, A. (2020). Język a Media. Perspektywy i zagrożenia komunikacji we współczesnych mediach. Kraków.

Hyla, M., Baran, L., & Pilch, I. (2017). Między myślą a czynem – o pomiarze utajonych konstruktów psychicznych za pomocą Implicit Relational Assessment Procedure. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal, 23*(2), 347-358

Iimura, S. (2021). Highly sensitive adolescents: The relationship between weekly life events and weekly socioemotional well-being. British Journal of Psychology, 112(4), 1103–1129. https://doi.org/10.1111/bjop.12505

Iimura, S., Kibe, C. (2020). Highly sensitive adolescent benefits in positive school transitions: Evidence for vantage sensitivity in Japanese high-schoolers. Developmental Psychology, 56(8), 1565–1581. https://doi.org/10.1037/dev0000991

Ilska, M. i Przybyła-Basista, H. (2015). Kultura wizualna a kształtowanie się rodzicielstwa w prenatalnym okresie rozwoju dziecka. Chowanna, strony 161-182.

Jabłońska, M. R. (2018). Człowiek w cyberprzestrzeni. Łódź: Wydawnictwo Uniwerystetu Łódzkiego.

Jachyra, D. (2011). Trollowanie -antyspołeczne zachowania w Internecie, sposoby wykrywania i obrony. Pobrano z lokalizacji http://www.wneiz.pl/nauka_wneiz/studia_inf/28-2011/si-28-253.pdf.

Jagiellowicz, J., Aron, A., & Aron, E. (2016). Relationship between the temperament trait of sensory processing sensitivity and emotional reactivity. Social Behavior and Personality, 44(2), 185-200. https://doi.org/10.2224/sbp.2016.44.2.185

Jagiełło, J. (1980). Matka. Słownik ludowych stereotypów językowych, strony 159-199.

James, W. (2002). *Psychologia: Kurs skrócony /*. BG US. https://katalog.bg.szczecin.pl/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?bib=99808

Jaszczyk-Grzyb, M. (2018). Mowa nienawiści w Polsce w świetle najnowszych badań: perspektywa interdyscyplinarna. Poznań.

Jędrzejko, E. (1994). Kobieta w przysłowiach, aforyzmach i anegdotach polskich. Konotacje i stereotypy. Język a kultura, strony 159-172.

Joinson, A. N. (2009). Przyczyny i skutki rozhamowanego zachowania w Internecie. W J. Paluchowski, Internet a psychologia. Możliwości i zagrożenia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Józefik, B. (2017). Psychoterapeuci wobec konfliktu politycznego i mowy nienawiści. W B. Piasecka, Agresja-perspektywa psychoterapeutów (strony 21-22). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego,.

Juza, M. (2015). Hejterstwo w komunikacji internetowej: charakterystyka zjawiska, przyczyny i sposoby przeciwdziałania. Profilaktyka społeczna i resocjalizacja, strony 27-50.

Kamasz, E., Pilarska, N., & Włodarczyk, A. (b.d.). *Ciąża i poród w opiniach młodych kobiet*. https://doi.org/10.34767/PP.2021.01.10

Karwatowska, M. (1997). Matka w ocenie dzieci i młodzieży. W J. Ożdżyński i T. Rittel, Sprawności językowe (strony 243-252). Kraków.

Kaźmierczak, M., Gebuza, G., Gierszewska, M. (2010). Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. Problemy Pielęgniarstwa, 18,(4), 503–511.

Keipi, T., Oksanen, A., i Räsänen, P. (2016). The relationship between hate speech and self-esteem in adolescents: A multilevel analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(1), 51-55.

Keng, S. L., Smoski, M. J., i Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041-1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Kernis, M., Goldman, B. (2003). *Stability and variability in the self-concept and self-esteem* (s. 106–127).

Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. Journal of personality and social psychology, 65(6), 1190.

Kitzinger, S. (1996). Szkoła rodzenia. Warszawa: Wydawnictwo Wojciech Pogonowski.

Kobasa, S. (1979). Stessful life events, personality, and hwalth: An inquiry into hardiness. *J. Pers. Soc. Psychol.*, *74*, 420–434. https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1

Kołodziej-Zaleska, A. i Przybyła-Basista, H. (2018). Ego-resiliency jako zasób osobisty – narzędzie pomiaru i jego wykorzystanie w badaniach interdyscyplinarnych. Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal, strony 159-170.

Komorowska, K. (2022). *Wybrane psychospołeczne uwarunkowania samooceny zysków i strat zasobów osobistych oraz oceny natężenia stresu u kobiet w okresie po urodzeniu dziecka*. https://pfp.ukw.edu.pl/archive/article-full/506/kamilla_komorowska_wybrane_psychospo%C5%82eczne_uwarunkowania_samooceny_zysow_i_strat_zasobow_osobistych/

Kornas-Biela, D. (2002). Wokół początku życia ludzkiego. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Kosinska-Kaczynska, K., Horosz, E., Wegrzyn, P., & Szymusik, I. (2008). Affective disorders in the first week after the delivery: Prevalence and risk factors. *Ginekologia polska*, *79*, 182–185.

Koss, J., Rudnik, A., & Bidzan, M. (2014). Experiencing stress and the obtained social support among women with high-risk pregnancies. Preliminary report. *Family Forum*.

Kossakowska, K., Walęcka-Matyja, K. (2007). Psychological causative factors in postpartum depression amongst women with normal and high-risk pregnancies [Article in Polish]. *Ginekologia polska*, *78*, 544–548.

Kosslyn, S. M., Ganis, G., i Thompson, W. L. (2021). The role of stigma in maternal health: Implications for practice and policy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 487. https://doi.org/10.3390/ijerph18020487

Kościuk, U., Krajewska-Kułak, E., Tołłoczko, H., Paszko-Patej, G. (2014). Percepcja własnego ciała i motywacja do ćwiczeń wśród uczestniczek Magic-Gym. *Hy- geia Public Health, 49*(4), 870–878.

Kropiński, M. i Hansen, K. (2016). Jakie skojarzenia ze słowem uchodźca mają Polacy? . Warszawa: Centrum Badań nad Uprzedzeniami.

Krus, D. i Wilkinson, S. (1986). Demonstration of properties of a suppressor variable. Behavior Research Methods. Instruments and Computers, strony 21–24.

Krzyżanowska-Zbucka, J. (2008). Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.

Kukołowicz, T. (1993). Szacunek dla kobiety i starszego człowieka, umiłowanie dziecka. W L. Dyczewski, Wartości w kulturze polskiej (strony 223-232). Lublin.

Kula, A. (2016). Po drugiej stronie lustra. Tygodnik Powszechny, str. 17.

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.

Kumar, R., Singh, A. (2022). *Psychological Impact of Cesarean Section on Maternal Well-being: A Review of the Literature*. International Journal of Health Sciences, 16(4), 243-250.

Lakoff, G. i Johnson, M. (1988). Metafory w naszym życiu. Warszawa.

Lally, J. E., Macfarlane, A. J., i Davidson, M. (2008). The impact of maternal feeding practices on childhood obesity: The role of maternal guilt and shame. *BMC Public Health*, 8(1), 1-7. https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-21

Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., i Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6(7), 6-10. https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7

Lasch, C. (2015). Kultura narcyzmu. Amerykańskie życie w czasach malejących oczekiwań. Warszawa.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company

Le Doux, J. (2017). Lęk. Neuronauka na tropie źródeł lęku i strachu. Kraków: Copernicus Center Press, sp. z o. o.

Le Doux, J. E. (1996). The Emotional Brain. New York.

Leff Gelman, P., Mancilla-Herrera, I., Flores-Ramos, M., Saravia Takashima, M. F., Cruz Coronel, F. M., Cruz Fuentes, C., Pérez Molina, A., Hernández-Ruiz, J., Silva-Aguilera, F. S., Farfan-Labonne, B., Chinchilla-Ochoa, D., Garza Morales, S., & Camacho-Arroyo, I. (2019). The cytokine profile of women with severe anxiety and depression during pregnancy. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2087-6

Lepiarz, A. (2010). Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin dziecka. Ginekologia Praktyczna, strony 54-57.

Leszczyńska-Gorzelak, B., Radowicki, S. i Poręba, R. (2012). Poród po przebytym cięciu cesarskim. W G. H. Bręborowicz, Opreracje w położnictwie (strony 141-150). Warszawa: PZWL.

Letzring, T., Block, J., & Funder, D. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, *39*, 395–422. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.06.003

Leung, D. Y. P., i in. (2021). *Cultural Perspectives on Cesarean Delivery: Implications for Maternal Health in a Global Context*. Midwifery, 101, 103054.

Lichtenberg-Kokoszka, E. (2011). Zmiany bio-psycho-społeczne zachodzące w organizmie kobiety, wynikające z poczęcia dziecka. W E. (Lichtenberg-Kokoszka i J. Dzierżanowski, Ciąża, czy stan błogosławiony-Zagadnienie interdyscyplinarne (strony 11-12). Kraków: Impuls.

Limont, W. (2014, 2). Wrażliwość, intensywność a potencjał rozwojowy osób wybitnie zdolnych. Chowanna, strony 81-94.

Lin, L. Y., Sidani, J. E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J. B., ... i Primack, B. A. (2016). Association between social media use and depression among US young adults. *Depression and Anxiety*, 33(4), 323-331. https://doi.org/10.1002/da.22466

Lionetti, F., Pastore, M., Moscardino, U., Nocentini, A., Pluess, K., & Pluess, M. (2019a). Sensory Processing Sensitivity and its association with personality traits and affect: a meta-analysis. Journal of Research in Personality, 81(4), 138-152. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.013

Liss, M., Timmel, L., Baxley, K., & Killingsworth, P. (2005). Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, *39*, 1429–1439. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.007

Litwińska-Rączka, K. (2023). Family (systemic) factors influencing life standards and health of working class. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, *53*(1), 137–143. https://doi.org/10.34766/fetr.v53i1.1129

López, J. P., Barahona, M., i Vázquez, C. (2020). Cesarean delivery and maternal mental health: A systematic review. *Journal of Maternal-Fetal i Neonatal Medicine*, 33(4), 715-723. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1464072

Łobodziński, S. (2003). Problemy dyskryminacji osób należących do mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce (polityka państwa, regulacje prawne i nastawienia społeczne). Warszawa: Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych.

Łodziński, S. (2003). Problemy dyskryminacji osób należących do mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce (polityka państwa, regulacje prawne i nastawienie społeczne). Warszawa: Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu.

Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Gülmezoglu, A. M., Souza, J. P., Taneepanichskul, S., Ruyan, P., et al. (2010). Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. The Lancet, 375(9713), 490–499.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child development*, *71*(3), 543–562.

Lurka, K. i Sygut-Mirek, M. (2024). Narodziny spod noża. Pobrano z lokalizacji: https://www.termedia.pl/mz/Narodziny-spod-noza,56822.html.

Maciarz, A. (2004). Macierzyństwo w kontekście zmian społęcznych. Warszawa: Żak Wydawnictwo Akademickie.

Machaj, A., Stankowska, I. (2011). Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebyciu ciąży i okresu karmienia. *Nowiny Lekarskie, 80*(5), 323–333.

MacKinnon, D. i Fairchild, A. (2009). Current directions in mediation analysis. Current Directions in Psychological Science, strony 16-20.

MacKinnon, D., Fairchild, A. i Fritz, M. (2007). Mediation analysis. Annual Review of Psychology, 58, strony 593–614.

Madanes, C. (1981). Advances in strategic family therapy , , 1981, s. . W J. Zeig, Evolution of psychotherapy (strony 47–55). New York.

Maher, J. (2008). Progressing through labour and delivery: Birth time and women's experiences. Women's Studies International Forum, 129-137.

Maison, D. (2004). Utajone postawy konsumenckie. Gdańsk:GWP), (Maliszewski, N. (2005). Regulacyjna rola utajonej postawy.Warszawa: WUW.

Manyena, S. B. (2006). The concept of resilience revisited. *Disasters*, *30*(4), 434–450. https://doi.org/10.1111/j.0361-3666.2006.00331.x

Marchwicki, P. (2004). Psychospołeczne uwarunkowania stylów przywiązania. Studia Psychologica nr 5, , 35-56.

Markus, H. R., i Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.

Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, *86*(5), 305–310. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004

Matusiak, M. (2020). www.naukowiec.org. Pobrano z lokalizacji https://www.naukowiec.org/wzory/metodologia/minimalna-liczebnosc-proby_902.html

Matuszewska, M. (1990). Pełnienie społecznych ról rodzinnych przez młodych dorosłych i ich rozwój indywidualny. W M. Tyszkowa, Rodzina a rozwój jednostki (strony 75-89). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Matysiak, A., Wrona, G. (2010). *Regulacje prawne tworzenia, rozwoju i rozpadu rodzin w Polsce*.

Mayordomo, T., Viguer, P., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *The Journal of Psychology*, *150*(7), 809–821. https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1203276

McKenna, K. Y. (2008). Influences on the nature and finctioning of online groups. W A. Barak, Psychology of cyberspace. Theory, research, applications (strony 54-78). New York: Cambridge Univesity Press.

McLuhan, M. (2004). Zrozumieć media. Przedłużenie człowieka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowo-Techniczne.

Melchior, M. (1990). Społeczna tożsamość jednostki: (w świetle wywiadów z Polakami pochodzenia żydowskiego urodzonymi w latach 1944-1955) . Warszawa: Instytut Stosowanych Nauk Społecznych.

Melender, H.-L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *29*(2), 101–111. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x

Mi, J., Liu, F. (2014). Rate of caesarean section is alarming in China. The Lancet, 383(9927), 1463–1464.

Mierzejewska-Orzechowska, K. (2008). Rozpoznawanie i ujawnianie cech pierwotnego stylu przywiązania jako nieświadomej matrycy więzi w psychoterapii pary. W B. Józefik, oncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej (strony 113-127). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego .

Mikolajkow, A., Małyszczak, K. (2022). Biological factors and consequences of pregnancy-related anxiety – What do we know so far? *Psychiatria Polska*, *56*(6), 1289–1314. https://doi.org/10.12740/PP/144138

Morreale, S. P., Spitzberg, B. H. i Barge, J. K. (2008). Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. A. (2002). Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, *70*(1–2), 3–14. https://doi.org/10.1016/s0378-3782(02)00075-0

Musiał, E. (2009). Komunikacja interpersonalna w sieci. W J. Morbitzner, Komputer w edukacji (str. 186). Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.

Mynarska, M. (2011). Kiedy mieć dziecko? Jakościowe badanie procesu odraczania decyzji o rodzicielstwie. *Psychologia Społeczna*, *6*(3(18)), 226–240.

NFZ. (2022). https://ezdrowie.gov.pl/. Pobrano z lokalizacji https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/porody-opieka-okoloporodowa.

Niebrzydowski, L. (1976). *O poznawaniu i ocenie samego siebie: Na przykładzie młodzieży dorastającej*. Nasza Księgarnia.

Niebuhr, V. (1989). Self Esteem Enhancement with Children and Adolescents A. W. Pope, S. M. Motale and W. E. Craighead, Pergamon, 1988, p. 166, £7.50(s.c.), £12.50(h.c.). *Behavioural Psychotherapy*. https://www.academia.edu/112029761/Self_Esteem_Enhancement_with_Children_and_Adolescents_A_W_Pope_S_M_Motale_and_W_E_Craighead_Pergamon_1988_p_166_7_50_s_c_12_50_h_c_

Niemczyk, E. (2009). *Przewidywanie efektywności własnych działań u osób z wysoką i niską samooceną w zadaniach o różnym stopniu kontrolowalności*. https://repozytorium.ukw.edu.pl///handle/item/995

Nitsch, K., Prajs, E., Kurpisz, J., Tyburski, E. (2012). Obraz ciała i jego zaburzenia. As- pekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 12*(3), 176–182.

Nijakowski, L. (2008). Mowa nienawiści w świetle teorii dyskursu. Analiza dyskursu w socjologii i dla socjologii, strony 113-133.

Nitecka, E. (1992). Dialog z dzieckiem w wewnątrzłonowej fazie życia. , . W A. Biela i C. (. Walesa, Problemy współczesnej psychologii (strony 261-266). Lublin: Polskie Towarzystwo PSychologiczne.

O'Brien, E. i Epstein, S. (2009). MSEI Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny. Warszawa : Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

O'Brien, E. J. i Epstein, S. (2009). MSEI Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny. Warszawa : Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Ogińska-Bulik, N. (2011). Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. Psychoonkologia, strony 1-10.

Ogińska-Bulik, N. (2012). The role of resiliency in adjustment to cancer in women. *Psychoonkologia*, *15*(1), 1–10.

Ogińska-Bulik, N. (2014). Wzrost po traumie a zadowolenie z życia u osób po zawale serca. *Polskie Forum Psychologiczne*, *XIX*(1), 140–154.

Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala pomiaru prężności. *Now Psychol*, *3*, 39–56.

Ogińska-Bulik, N., Zadworna, M. (2015). Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym (The role of resiliency in coping with stress related to maturity examination). *Przegląd Badań Edukacyjnych*, *2*.

https://doi.org/10.12775/PBE.2014.019

Okonishnikova, E., Bryukhin, A., Lineva, T., Belokrylov, I. (2021). Dysmorphopho- bia 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.

Olszewski, R. (2014). Trollowanie – antyspołeczne zachowanie czy świetny pomysł na biznes. Pobrano z lokalizacji http://artelis.pl/artykuly/61821/Trollowanie---antyspoleczne-zachowanie-czy-swietny-pomysl-na-biznes.

Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *127*, 54–60. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.01.048

Ostaszewski, K. (2005). Druga strona ryzyka. *Remedium*, 1–3.

Pawlicka, P., Chrzan-Dętkoś, M. i Lutkiewicz, K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem.

Pawlicka, P., Chrzan-Dętkoś, M., Lutkiewicz, K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. [Resilience of expectant mothers and order of pregnancy as moderators of mother-fetal attachment]. *Family Forum*, *3*, 1–14.

Pawlicka, P., Łockiewicz, M., Szulman-Wardal, A. (2014). Oczekiwania kobiet ciężarnych pod adresem wsparcia społecznego i medycznego w okresie okołoporodowym. *Polskie Forum Psychologiczne*, *19*, 126–139.

Pedersen, C., Leserman, J., Garcia, N., Stansbury, M., Meltzer-Brody, S., & Johnson, J. (2016). Late pregnancy thyroid-binding globulin predicts perinatal depression. *Psychoneuroendocrinology*, *65*, 84–93. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.12.010

Phoenix, A., Woollett, A., & Lloyd, E. (1991). *Motherhood: Meanings, practices and ideologies* (s. x, 240). Sage Publications, Inc.

Pieczywok, A. (2014). Cyberprzestrzeń a zagrożenia egzystencji człowieka. W M. Górka, Cyberbezpieczeństwo jako podstawa bezpiecznego państwa i społeczeństwa w XXI wieku (s. 116). Warszawa: Difin.

Piórowska, A., Piórowski, K., Basińska, M., Janicka, M. (2017). The Brief Resilience Coping Scale – polska adaptacja Krótkiej Skali Prężności Zaradczej. *Przegląd Pedagogiczny*, *1*, 215–227.

Plopa, M. (2003b). Intymność a „jej" i „jego" satysfakcja ze związku małżeńskiego. W .. Janicka i T. Rostowska, Psychologia w służbie rodziny (strony 32-44). Łódź: Wydawnictwo.Uniwersytetu.Łódzkiego.

Plopa, M. (2008). Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych KSP. Warszawa: Vizja Press@IT.

Plopa, M. i Połomski, P. (2010). Kwestionariusz relacji rodzinnych. Warszawa: Vizja Press&IT.

Plopa, M., Zajdlic-Plopa, T. (2013). Psychospołeczne predyktory rozpadu związków małżeńskich. W: M. Plopa (red.), Człowiek we współczesnym świecie. Zagrożeniai wyzwania: perspektywa

interdyscyplinarna (t. 5, s. 43–138). Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej)

Pluess, M., Belsky, J. (2013). Vantage sensitivity: Individual differences in response to positive experiences. *Psychological Bulletin*, *139*(4), 901–916. https://doi.org/10.1037/a0030196

Pluess, M., Boniwell, I. (2015). Sensory-Processing Sensitivity predicts treatment response to a school-based depression prevention program: Evidence of Vantage Sensitivity. Personality and Individual Differences, 82, 40-45. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.011

Pluess, M., De Brito, S. A., Bartoli, A. J., McCrory, E., & Viding, E. (2020). Individual differences in sensitivity to the early environment as a function of amygdala and hippocampus volumes: An exploratory analysis in 12-year-old boys. Development and Psychopathology, 1–10. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S0954579420001698

Pluess, M., Assary, E., Lionetti, F., Lester, K. J., Krapohl, E., Aron, E. N., & Aron, A. (2018). Environmental sensitivity in children: Development of the Highly Sensitive Child Scale and identification of sensitivity groups. Developmental Psychology, 54(1), 51–70. https://doi.org/10.1037/dev0000406

Podgórska, J. (2001). *Trudno być matką, jeszcze trudniej nie być*. https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/klasykipolityki/1795970,1,trudno-byc-matka-jeszcze-trudniej-nie-byc.read

Podolska, M., Majkowicz, M., Sipak-Szmigiel, O., Ronin-Walknowska, E. (2009). Kohabitacja jako silny czynnik predykcyjny depresji okołoporodowej. *Ginekologia Polska*, *80*(4). https://ppm.edu.pl/info/article/PUM6d78b2ee20bf4c90802efbb15eb81a84/

Popławska, E., Śliwowska, S. (2001). Więź emocjonalna z dzieckiem w okresie prenatalnym. *Kwartalnik Naukowy*, *6*, 28–39.

Pracka, J. (2012, 1 12). Inteligencja emocjonalna a poznawczo-doświadczeniowa teoria "Ja" Seymoura Epsteina. Studia Psychologica , strony 47-66.

Preacher, K. (2001). Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests. Pobrano z lokalizacji Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests: http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm

Prinz, J. J. (2004). Gut Reactions: A Perceptual Theory of Emtion. Oxford.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, *130*(3), 435–468. https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.435

Pyszkowska, A. (2020). Personality predictors of self-compassion, ego-resiliency and psychological flexibility in the context of quality of life. *Personality and Individual Differences*, *161*. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109932

Pyżalski, J. (2012). Agresja elektroniczna i cyberbulling jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Kraków: Impuls.

Rackers, H. S., Thomas, S., Williamson, K., Posey, R., & Kimmel, M. C. (2018). Emerging literature in the Microbiota-Brain Axis and Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Psychoneuroendocrinology*, *95*, 86–96. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.05.020

Radowicki, S. (1985). Ciąża, poród, połóg. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Radziejewski, P. (2012). Propagowanie totalitaryzmu i nawoływanie do nienawiści (art.256 Kodeksu karnego). Przegląd prawniczy, strony 121-135.

Ramenda, A., Parka, W. (2018). Rola stresu w powstawaniu i rozwoju depresji. In K. Lasko (Ed.), Wpływ chronicznego stresu na powstawanie depresji. Wydział Biologii, Uniwersytet Jagielloński. Retrieved from https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/217792).

Reiss, D. (1989). The represented and practicing family: Contrasting visions of family continuity. W R. E. A.J. Sameroff, Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach (strony 125-144). New York.

Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego. (b.d.). Pobrano 3 lipiec 2024, z https://ruj.uj.edu.pl/bitstreams/26b956e8-44c2-4170-9ed0-16c3c399496d/download

Reszke, I. (1999). Stereotypy grupy społecznej a samoocena. *Kwartalnik Pedagogiczny*, *176*(1), 19–34.

Rice, R. E. i Love, G. (1987). Electronic emotion:socio-emotional content in a computer-mediated communication network. Communication Research, strony 85-108.

Rich, A. (2000). Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

Rigby, K. (2002). New Perspecives on Bullying. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Rigby, K. (2016). School perspectives on bullying and preventative strategies: An exploratory study. Australian Journal of Education, strony 24-39.

Rini, C., Schetter, C., Wadhwa, P., & Sandman, C. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *18*, 333–345. https://doi.org/10.1037//0278-6133.18.4.333

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, *60*(1), 141–156. https://doi.org/10.2307/2096350

Ross, J., Gowers, S. (2011). Zaburzenie obrazu ciała. *Advances in Psychiatrie Treatment, 17*, 142–149.

Rostowski, J. (2003). Style przywiązania a kształtowanie się związków interpersonalnych w rodzinie. W .. I..Janicka, Psychologia w służbie rodziny (strony 19-31). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Rothman, B. (2000). Recreating Motherhood. Pitscataway: Rutgers University Press.

Rowlands, I. J., i Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 138. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138

Rutkowska, A., Kowalska, A., Makara-Studzińska, Ma., Kwaśniewska, A. (2011). *Analiza struktury osobowości u kobiet w pierwszej ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka*.

Ryan, R. M., Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. Journal of personality, 65(3), 529-565.

Saetnan, A. (2000). Thirteen Women's Narratives of Pregnancy, Ultrasound, and Self. W N. O. A. R. Saetnan, Bodies of Technology (strony 331-354). Columbus: Ohio States University Press.

Sand, I. (2016). Wrażliwość: dar czy przekleństwo? warszawa: Laurum.

Sartori, G. (2007). Homo videns.Telewizja i postmyślenie. Warszawa: Wydawnictwo UW.

Sawicka, J., Steuden, S., Ledwoch, M. (2010). Odczytywanie emocji przez osoby chore na depresję [Decoding of emotion in patients with depression]. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 19*(2).

Schouten, A., Valkenburg, P. i Peter, J. (2009). An experimental test of processes underlying self-disclosure in computer-mediated communication. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, strony 65-79.

Schwartz, S. H. (2012). An overview of the Schwartz theory of basic values. Online readings in Psychology and Culture, 2(1), 11

Sedgmen, B. (2006). The Impact of Two Dimensional Versus Three-Dimensional Ultrasound Exposure on Maternal–Fetal Attachment and Maternal Health Behavior in Pregnancy. Ultrasound in Obstetetrics & Gynecology , 245.

Self-esteem: Its conceptualization and measurement in SearchWorks catalog. (b.d.). Pobrano 3 lipiec 2024, z https://searchworks.stanford.edu/view/871848

Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *The American psychologist*, *55*, 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5

Semczuk, M., Steuden, S. i Szymona, K. (2003). Ocena nasilenia i struktury stresu u rodziców w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka. Ginekologia Polska,, 417-424.

Semmer, N. (2008). *Personality, Stress, and Coping* (s. 73–113). https://doi.org/10.1002/9780470713860.ch4

Seneca, L. A. (2001). *Dialogi*. De Agostini : we współpr. z Ediciones Altaya Polska.

Serati, M., Grassi, S., Redaelli, M., Pergoli, L., Cantone, L., La Vecchia, A., Barkin, J., Colombo, E., Tiso, G., Abbiati, C., Bollati, V., & Buoli, M. (2019). Is There an Association Between Oxytocin Levels in Plasma and Pregnant Women's Mental Health? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *27*, 107839031989040. https://doi.org/10.1177/1078390319890400

Sevón, E. (2007). Narrating Ambivalence of Maternal Responsibility. *Sociological Research Online*, *12*. https://doi.org/10.5153/sro.1527

Sevón, E. (2014). Narrating Ambivalence of Maternal Responsibility. Sociological Research, strony 67-72.

Shaver, P. i Hazan, C. (1987). Being Lonely, Falling in Love: Perspective From Attachment Theory. Journal of Social Behaivior and Personality, strony 105-124.

Shaver, P. i Mikulincer, M. (2007). Podejście behawiorystyczne do miłości romantycznej. Systemy: przywiązania, opieki i seksualny . W K. W. red. R.J. Sternberg, Nowa psychologia miłości (str. s. 62). Taszów.

Shepherd, T., Harvey, A., Jordan, T., Srauy, S. i Miltner, K. (2015). Histories of Hating. Soc.Med.Soc., str. 31.

Sikorska, M. (2009). *Nowa matka, nowy ojciec, nowe dziecko O nowym układzie sił w polskich rodzinach*.

Sikorska, I. (2010). Ciało i zdrowie w okresie późnej adolescencji. W: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki własne- go ciała* (s. 131–148). Warszawa: Difin.

Silva, D. (2014). Analysis of psychometric propeties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 18(3), strony 527-532.

Skory, T. (2019). Beauty hejt: co czwarta kobieta szykanowana za wygląd. Pobrano z lokalizacji Ekspress Bydgoski: https://expressbydgoski.pl/beauty-hejt-co-czwarta-kobieta-szykanowana-za-wyglad/ar/c6-14403165

Skotnicka, S. (2019). Zjawisko hejtu s dyskursie publicznym. Kognitywistyka i Media w Edukacji, strony 79-86.

Slagt, M., Dubas, J. S., Van Aken, M., Ellis, B. J., & Deković, M. (2017). Children's differential susceptibility to parenting: an experimental test of "for better and for worse". Journal of Experimental Child Psychology, 154, 78-97. https://doi.org/10.1016/j.jecp.2016.10.004

Slattery, D. A., Neumann, I. D. (2008). No stress please! Mechanisms of stress hyporesponsiveness of the maternal brain. *The Journal of Physiology*, *586*(Pt 2), 377–385. https://doi.org/10.1113/jphysiol.2007.145896

Slykerman, R., Hood, F., Wickens, K., Thompson, J., Barthow, C., Murphy, R., Kang, J., Rowden, J., Stone, P., Crane, J., Stanley, T., Abels, P., Purdie, G., Maude, R., & Mitchell, E. (2017). Effect of Lactobacillus rhamnosus HN001 in Pregnancy on Postpartum Symptoms of Depression and Anxiety: A Randomised Double-blind Placebo-controlled Trial. *EBioMedicine*, *24*. https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.09.013

Smelser, N. J. (1989). Overview of the ten-year report on the behavioral and social sciences. *Sociological Perspectives*, *32*(1), 1–14. https://doi.org/10.2307/1389002

Smith, J., Hollinger-Smith, L. (2014). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & mental health*, *19*, 1–9. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.986647

Smith, P. K. (2019). The psychology of Bullying. London.

Souri, H., Hasanirad, T. (2011). Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *30*, 1541–1544. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.299

Souza, J. P., Gülmezoglu, A., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: The 2004–2008 WHO global survey on maternal and perinatal health. BMC Medicine, 8, 71.

Southwick, S. M. (Red.). (2011). *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*. Cambridge University Press.

Spielberger, C., Gorsuch, R. i Lushene, R. (1970). Manual for The State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Stasiełuk, A., Langowicz, I., Kosinska-Kaczyńska, K., Pietrzak, B. i Wielgoś, M. Z. (2012). Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań? Ginekologia Polska, strony 604-608.

Stelmasik-Turczyńska, M. (2012). Adaptacja kobiety do roli matki w okresie ciąży- doniesienie z badań. W M. Stopikowska, Rodzicielstow wobec wyzwań współczesnego świata, (s. 63-83). Gdańsk: Ateneum: Przegląd Familiologiczny.

Steer, P. J., Modi, N. (2009). Elective caesarean sections—Risks to the infant. The Lancet, 374(9691), 675–676.

Steuden S., Szymona, K., Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka, (w:) Problemy zdrowia psychicznego kobiet, J. Meder (red.), Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2003, s. 109-120.

Suprynowicz, M., Izdebski, P. (2010). *PAWEŁ IZDEBSKI Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy*.

Swami, V., Salem, N., Furnham, A., & Tovee, M. J. (2010). Initial examination of the validity and reliability of the female phototype scale. Personality and Individual Differences, 49(5), 559-564

Syed, M., Eriksson, P. L., Frisén, A., Hwang, P., & Lamb, M. (2020). Personality Development From Age 2 to 33: Stability and Change in Ego Resiliency and Ego Control and Associations With Adult Adaptation. *Developmental Psychology*, *56*. https://doi.org/10.1037/dev0000895

Szacki, J. (2003). Historia myśli socjologicznej. Warszawa.

Szałtys, D. (2023). Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

Szczepaniak-Kozak, A. i Lankiewicz, H. (2017). Wybrane aspekty mowy nienawiści w Polsce. Lingiwistyka Stosowana, strony 135-147.

Szpitalak, M. (2012). Motywacyjne mechanizmy efektu dezinformacji. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Szpitalak, M., i Polczyk, R. (2015). *Samoocena: Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Szpunar, M. (2012). Stare-nowe medium. Internet między tworzeniem nowych modeli komunikacyjnych a reprodukowaniem schematów komunikowania masowego. Warszawa.

Szydełko, J., Szydełko, M., Piątek, D., Tuzim, K., Boguszewska-Czubara, A. (2016). Wpływ chronicznego stresu u kobiet w ciąży na kształtowanie się zachowań żywieniowych u ich potomstwa w życiu postnatalnym. *Medical Review*, *14*, 83–92. https://doi.org/10.15584/medrev.2016.1.7

Szymona-Pałkowska, K. (2005). Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Szymona-Pałkowska K., Steuden S. (2009). Doświadczanie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W: S. Steuden, K. Janowski Psychospołeczne konteksty doświadczania straty. (41-57). Lublin: Wydawnictwo KUL.

Środa, M. (1992). Kobieta: wychowanie, role, tożsamość. W S. Walczewska, Głos mają kobiety. Kraków: Convivium.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of Personality, 72(2), 271-324.

Taylor, S. (2014). *Health Psychology* (9th edition). McGraw-Hill Education.

Team, P. S. and N. C. (b.d.). *FBC*. FBC. Pobrano 30 czerwiec 2024, z http://fbc.pionier.net.pl/

Tedeschi, R., Kilmer, R. (2005). Assessing Strengths, Resilience, and Growth to Guide Clinical Interventions. *Professional Psychology-research and Practice - PROF PSYCHOL-RES PRACT*, *36*. https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.230

Thomson, G., i Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics i Gynecology*, 29(4), 268-273. https://doi.org/10.1080/016

Tillmann, T., Bertrams, A., El Matany, K., & Lionetti, F. (2021). Replication of the existence of three sensitivity groups in a sample of German adolescents. European Journal of Developmental Psychology, 18(1), 131-143. https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1763791

Titkow, A. (2007). Tożsamość polskich kobiet: Ciągłość, zmiana, konteksty. *http://ifis.katalog.pan.pl/ipac20/ipac.jsp?profile=fis&index=BOCLC&term=zz2007955269*. https://rcin.org.pl/dlibra/publication/180238/edition/144721

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.

Torkamani, N., Faraji, S., i Shafiee, F. (2022). *Cultural Perspectives on Cesarean Section: A Global Review*. Women's Health, 12(5), 341-352.

Torloni, M. R., Betran, A. P., Souza, J. P., Widmer, M., Allen, T., Gülmezoglu, M., (2011). Classifications for cesarean section: A systematic review. *PLoS ONE*, 6(1), s. 14566.

Tryjarska, B. (2010). Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości. W B. Tryjarska, Bliskość w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości (strony 185–216). Warszawa: Wydawnictwo.Naukowe.„Scholar".

Tugade, M. M., i Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320-333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

Tuszyńska-Bogucka, W., Nawra, K. (2014). Paternal postnatal depression – a review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2*, 61–69.

Uher, R., McGuffin, P. (2008). The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the etiology of mental illness: Review and methodological analysis. Molecular Psychiatry, 13, 131–146.

Uchnast, Z. (2020). Prężność osobowa: Empiryczna typologia i metoda pomiaru. *Roczniki Filozoficzne*, *45*(4), 27–51.

Van den Bergh, B. i Simons, A. (2009). A Review of Scales to Measure the Mother– Fetus Relationship. Journal of Reproductive and Infant Psychology, strony 114–126.

Van der Leeuw, S., Aschan-Leygonie, C. (2005). A Long-Term Perspective on Resilience in Socio-Natural Systems. W *Santa Fe Institute, Working Papers* (s. 227–264). https://doi.org/10.1142/9789812701404_0013

Vaz, J. dos S., Kac, G., Emmett, P., Davis, J. M., Golding, J., & Hibbeln, J. R. (2013). Dietary patterns, n-3 fatty acids intake from seafood and high levels of anxiety symptoms during pregnancy: Findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *PloS One*, *8*(7), e67671. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067671

Victora, C. G., Barros, F. C. (2006). Beware: Unnecessary caesarean sections maybe hazardous. The Lancet, 367 (9525), 1796–1797.

Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., et al. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. BMJ, 335(7628), 1025.

Vogel, J. P., Betrán, A. P., Vindevoghel, N., Souza, J. P., Torloni, M. R., Zhang, J., & WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. (2015). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. The Lancet Global Health, 3(5), s. 260–270.

Vreeswijk, J., Mass, H. i Van Bakel, E. (2012). Parental Representations: a Systematic Review of the Working Model of the Child Interview. Infant Mental Health Journal, 314-328.

Wacławczyk, W. (2006). Pojęcie godności osobowej w doktrynie praw człowieka a kwestia swobody wypowiedzi. W M. Gwoździcka-Piotrowska i A. Zdunek, Edukacja w społeczeństwie „ryzyka". Bezpieczeństwo jako wartość (str. 84). Poznań: Wydawnictwo WSB.

Wagnild, G. M., Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, *1*(2), 165–178.

Wajs, P. (2016). Zjawisko hejtingu i trollingu na @ponfitex.pl. Analiza tweetów na przykładzie profilu papieża Franciszka. Kultura-Media-Teologia, strony 59-70.

Wallace, P. (2005). Psychologia internetu. Poznań: Rebis.

Waller, M. (2001). Resilience in Ecosystemic Context: Evolution of the Concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, *71*, 290–297. https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.3.290

Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience, 2nd ed* (s. xvi, 384). The Guilford Press.

Weaver, J., Ussher, J. (1997). How Motherhood Changes Life: A Discourse Analytic Study with Mothers of Young Children. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *15*, 51–68. https://doi.org/10.1080/02646839708404533

Wells, L. E., Marwell, G. (1976). *Self Esteem: Its Conceptualization & Measure*. SAGE Publications.

Weresa, M. (2019, 1 28). Zadania mediów w ujęciu Benedykta XVI . Łódzkie Studia Psychologiczne, strony 172-190.

Weresa, M. (2019). Zadania mediów w ujęciu Benedykta XVI. Na podstawie analizy zawartości orędzi na Światowy Dzień Środków Społecznego Przekazu. Łódzkie Studia Teologiczne, strony 172-190.

Wiąckiewicz, M. (2008). Anonimowość w Internecie. Złudzenie czy rzeczywistość? W M. Sokołowski, Media i społeczeństwo. Nowe strategie komunikacyjne. Toruń: Wydawnictwo „Adam Marszałek".

Wielgoś, M. (2018, 4). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące cięcia cesarskieg. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna, strony 159-174.

Wierzbicka , A. (2006). Semantyka:jednostki elementarne i uniwersalne. Lublin.

Wilczek, M. (1998). Macierzyństwo istotą powołania kobiety. Międzynarodowy Kongres. Warszawa: Human Life International - Europa.

Wileczek, A. i Raczyński, P. (2021, 1 23). Madka i madkizm. O stereotypizacji w „antymadkowych" społecznościach internetowych. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, strony 151-167.

Winiewski, M., Hansen, K., Bilewicz, M., Soral, W., Świderska, A. i Bulska, D. (2017). Mowa nienawiści, mowa pogardy. Raport z badania przemocy werbalnej wobec grup mniejszosciowych. Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego.

Wojciszke, B., Baryla, W., Parzuchowski, M., Szymkow, A., Abele, A. (2011). Self-esteem is dominated by agentic over communal information. *European Journal of Social Psychology*, *41*, 617–627. https://doi.org/10.1002/ejsp.791

World Health Organization. (2009). Monitoring emergency obstetric care: A handbook. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wszołek, K., (2014). Identyfikowanie czynników mogących mieć wpływ na stan emocjonalny położnic. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

Wrześniewski, K. i Sosnowski, T. (1987). Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Zaki, J., Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls and promise. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 675–680. https://doi.org/10.1038/nn.3085

Zalewska, A. (2003). *Dwa światy: Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Wydaw. Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej" Academica".

https://scholar.google.com/scholar?cluster=7675879719118513374&hl=en&oi=scholarr

Zamachowska, M. (2017). Cięcie cesarskie - od czarnej rozpaczy do efektu bikini. Pobrano z lokalizacji https://podyplomie.pl/medical-tribune/26356,ciecie-cesarskie-od-czarnej-rozpaczy-do-efektu-bikini

Zarenek, A., Szymańska, M. (2005). Differences and similarities in body image in twins. *Gemellogical Review, 6*(1), 33–37.

Zeff, T. (2008). The Highly Sensitive Person's survival guide. W T. Zeff, The Highly Sensitive

Zhou, Y., Wang, X., Zhao, Y., Liu, A., Zhao, T., Zhang, Y., Shan, Z., & Teng, W. (2016). Elevated Thyroid Peroxidase Antibody Increases Risk of Post-partum Depression by Decreasing

Prefrontal Cortex BDNF and 5-HT Levels in Mice. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, *10*, 307. https://doi.org/10.3389/fncel.2016.00307

Ziółkowska, B. (2021). Body image and self-esteem. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, *47*, 43–59. https://doi.org/10.34766/fetr.v47i3.869

Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., i Bernstein, A. (2013). Anxiety sensitivity and the role of experiential avoidance in the prediction of anxiety and depression among adults. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 218-225. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9472-4

Żelazkowska, M. (2016). Infant Mental Health Journal. Kształtowanie obrazu macierzyństwa przez nastoletnie matki: perspektywa społeczno-psychologiczna, 63-72.

Spis Równań

Równanie 1 Efekt mediacji *123*

Równanie 2 Efekt supresji *124*

Równanie 3 Supresja klasyczna *124*

Równanie 4 Supresja negatywna (niespójna mediacja) *124*

Równanie 5 Supresja kooperatywna *125*

Równanie 6 Test Sobela *127*

Równanie 7 Dobór próby badanej na podstawie liczby zmiennych *128*

Równanie 8 Dobór próby badanej na podstawie wielkości frakcji *128*

Spis Rysunków

Rysunek 1 Mediacyjno-regresyjny model strukturalny 102

Rysunek 2 Model analizy mediacji 123

Rysunek 3 Struktura liczby porodów w Polsce w roku 2022..... 129

Rysunek 4 Struktura liczby cesarskich cięć w Polsce w roku 2022..... 130

Rysunek 5 Struktura porodów naturalnych w Polsce w roku 2022 130

Rysunek 6 Analiza mediacyjna – mowa nienawiści – prężność psychiczna – samoocena 177

Rysunek 7 Analiza mediacyjna – mowa nienawiści – lęk – samoocena 212

Rysunek 8 Dashboard „antymadka” 266

Rysunek 9 Dashboard „matka drugiej kategorii”..... 267

Rysunek 10 Dashboard „wydobyciny” 267

Rysunek 11 Chmura słów wygenerowana w WordItOut..... 272

Rysunek 12 Model teoretyczny badań własnych 273

Spis Tabel

TABELA 1 100

OPERACJONALIZACJA I WSKAŹNIKI ZMIENNYCH 100

TABELA 2 135

REGRESJA LINIOWA – SAMOOCENA MATKI – PORÓD POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 135

TABELA 3 136

REGRESJA LINIOWA – SAMOOCENA MATKI – PORÓD NATURALNY 136

TABELA 4 137

REGRESJA LINIOWA – SAMOKONTROLA – PORÓD POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE..... 137

TABELA 5 138

REGRESJA LINIOWA – SAMOKONTROLA – PORÓD NATURALNY..... 138

TABELA 6 139

REGRESJA LINIOWA SAMOAKCEPTACJA MORALNA MATEK - PORÓD POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE..... 139

TABELA 7 140

REGRESJA LINIOWA SAMOAKCEPTACJA MORALNA MATEK - PORÓD NATURALNY 140

TABELA 8 141

REGRESJA LINIOWA POCZUCIE ATRAKCYJNOŚCI FIZYCZNEJ MATEK - PORÓD POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE..... 141

TABELA 9 142

REGRESJA LINIOWA POCZUCIE ATRAKCYJNOŚCI FIZYCZNEJ MATEK - PORÓD NATURALNY.. 142

TABELA 10 143

REGRESJA LINIOWA WITALNOŚĆ MATEK - PORÓD POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE..... 143

TABELA 11 143

REGRESJA LINIOWA WITALNOŚĆ MATEK - PORÓD NATURALNY..... 143

TABELA 12 144

REGRESJA LINIOWA INTEGRACJA TOŻSAMOŚCI MATEK - PORÓD POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE..... 144

TABELA 13 145

REGRESJA LINIOWA INTEGRACJA TOŻSAMOŚCI MATEK - PORÓD NATURALNY..... 145

TABELA 14 146

REGRESJA LINIOWA OBRONNE WZMACNIANIE SAMOOCENY MATEK - PORÓD POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE..... 146

TABELA 15 147

REGRESJA LINIOWA OBRONNE WZMACNIANIE SAMOOCENY MATEK - PORÓD NATURALNY 147

TABELA 16 148

ANALIZA REGRESJI – MOWA NIENAWIŚCI JAKO PREDYKTOR PRĘŻNOŚCI PSYCHICZNEJ MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 148

TABELA 17 149

ANALIZA REGRESJI – MOWA NIENAWIŚCI JAKO PREDYKTOR OPTYMALNEJ REGULACJI- MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 149

TABELA 18 150

ANALIZA REGRESJI – MOWA NIENAWIŚCI JAKO PREDYKTOR OTWARTOŚCI NA DOŚWIADCZENIA - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 150

TABELA 19 151

ANALIZA REGRESJI – MOWA NIENAWIŚCI JAKO PREDYKTOR PRĘŻNOŚCI PSYCHICZNEJ MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 151

TABELA 20 152

ANALIZA REGRESJI – PRĘŻNOŚĆ PSYCHICZNA JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 152

TABELA 21 153

ANALIZA REGRESJI – OPTYMALNA REGULACJA JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 153

TABELA 22 154

ANALIZA REGRESJI – OTWARTOŚĆ NA DOŚWIADCZENIE JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 154

TABELA 23 155

ANALIZA REGRESJI – PRĘŻNOŚĆ PSYCHICZNA JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 155

TABELA 24 156

ANALIZA REGRESJI – PRĘŻNOŚĆ PSYCHICZNA JAKO PREDYKTOR SAMOKONTROLI - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 156

TABELA 25 157

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Samokontroli - matki rodzące w sposób naturalny 157

TABELA 26 158

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 158

TABELA 27 158

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 158

TABELA 28 159

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 159

TABELA 29 160

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące w sposób naturalny 160

TABELA 30 161

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 161

TABELA 31 161

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące w sposób naturalny 161

TABELA 32 162

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 162

TABELA 33 163

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 163

TABELA 34 164

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 164

TABELA 35 165

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 165

TABELA 36 165

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 165

TABELA 37 166

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie..... 166

TABELA 38 167

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny..... 167

TABELA 39 168

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny 168

TABELA 40 169

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny 169

TABELA 41 170

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 170

TABELA 42 171

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 171

TABELA 43 172

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 172

TABELA 44 173

Analiza regresji – Prężność psychiczna jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny 173

TABELA 45 174

Analiza regresji – Optymalna Regulacja jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny 174

TABELA 46 175

Analiza regresji – Otwartość na Doświadczenie jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny 175

TABELA 47 178

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/prężność psychiczna/samoocena – matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 178

TABELA 48 180

Test Sobela – mowa nienawiści/prężność psychiczna/ samoocena 180

TABELA 49 181

Całościowa analiza regresji mowa nienawiści/prężność psychiczna/samoocena – matki rodzące w sposób naturalny 181

TABELA 50 182

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako cechy - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 182

TABELA 51 183

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako stanu - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 183

TABELA 52 184

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako cechy - matki w sposób naturalny 184

TABELA 53 185

Analiza regresji – Mowa nienawiści jako predyktor lęku jako stanu - matki rodzące w sposób naturalny 185

TABELA 54 186

ANALIZA REGRESJI – LĘK (CECHA) JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 186

TABELA 55 187

ANALIZA REGRESJI – LĘK (STAN) JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 187

TABELA 56 188

ANALIZA REGRESJI – LĘK (CECHA) JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 188

TABELA 57 188

ANALIZA REGRESJI – LĘK (STAN) JAKO PREDYKTOR OGÓLNEJ SAMOOCENY - MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 188

TABELA 58 189

ANALIZA REGRESJI – LĘK (CECHA) JAKO PREDYKTOR SAMOKONTROLI - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 189

TABELA 59 190

ANALIZA REGRESJI – LĘK (STAN) JAKO PREDYKTOR SAMOKONTROLI - MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 190

TABELA 60 191

ANALIZA REGRESJI – LĘK (CECHA) JAKO PREDYKTOR SAMOKONTROLI - MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 191

TABELA 61 192

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Samokontroli - matki rodzące w sposób naturalny 192

TABELA 62 193

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 193

TABELA 63 194

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 194

TABELA 64 195

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące w sposób naturalny 195

TABELA 65 196

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Samoakceptacji Moralnej - matki rodzące w sposób naturalny 196

TABELA 66 197

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 197

TABELA 67 198

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 198

TABELA 68 199

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące w sposób naturalny 199

TABELA 69 199

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Atrakcyjności Fizycznej - matki rodzące w sposób naturalny 199

TABELA 70 200

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 200

TABELA 71 201

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Witalności - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 201

TABELA 72 202

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Witalności - matki rodzące w sposób naturalny 202

TABELA 73 203

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Witalności - matki rodzące w sposób naturalny 203

TABELA 74 204

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 204

TABELA 75 205

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 205

TABELA 76 206

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny 206

TABELA 77 207

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Integracji Tożsamości - matki rodzące w sposób naturalny 207

TABELA 78 208

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 208

TABELA 79 209

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące poprzez cesarskie cięcie 209

TABELA 80 210

Analiza regresji – Lęk (cecha) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny 210

TABELA 81 211

Analiza regresji – Lęk (stan) jako predyktor Obronnego Wzmacniania Samooceny - matki rodzące w sposób naturalny 211

TABELA 82 214

CAŁOŚCIOWA ANALIZA REGRESJI MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO CECHA/SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 214

TABELA 83 215

TEST SOBELA – MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO CECHA/ SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 215

TABELA 84 217

CAŁOŚCIOWA ANALIZA REGRESJI MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO STAN/SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 217

TABELA 85 218

TEST SOBELA – MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO STAN/ SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 218

TABELA 86 220

CAŁOŚCIOWA ANALIZA REGRESJI MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO CECHA/SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 220

TABELA 87 221

TEST SOBELA – MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO CECHA/ SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 221

TABELA 88 223

CAŁOŚCIOWA ANALIZA REGRESJI MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO STAN/SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 223

TABELA 89 224

TEST SOBELA – MOWA NIENAWIŚCI/LĘK JAKO STAN/ SAMOOCENA – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 224

TABELA 90 226

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 226

TABELA 91 228

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 228

TABELA 92 230

PORÓWNANIE RÓŻNICY KOMPONENTÓW SAMOOCENY ZE WZGLĘDU NA POZIOM WYSOKIEJ WRAŻLIWOŚCI – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCI 230

TABELA 93 232

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI W SPOSÓB NATURALNY 232

TABELA 94 234

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 234

TABELA 95 236

PORÓWNANIE RÓŻNICY KOMPONENTÓW SAMOOCENY ZE WZGLĘDU NA POZIOM WYSOKIEJ WRAŻLIWOŚCI – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 236

TABELA 96 238

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 238

TABELA 97 239

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 239

TABELA 98 241

PORÓWNANIE RÓŻNICY KOMPONENTÓW SAMOOCENY ZE WZGLĘDU NA POZIOM PODATNOŚCI NA MOWĘ NIENAWIŚCI – MATKI RODZĄCE POPRZEZ CESARSKIE CIĘCIE 241

TABELA 99 243

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI W SPOSÓB NATURALNY 243

TABELA 100 244

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA KOMPONENTÓW SAMOOCENY – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 244

TABELA 101 246

PORÓWNANIE RÓŻNICY KOMPONENTÓW SAMOOCENY ZE WZGLĘDU NA POZIOM PODATNOŚCI NA MOWĘ NIENAWIŚCI – MATKI RODZĄCE W SPOSÓB NATURALNY 246

TABELA 102 248

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA WYSOKIEJ WRAŻLIWOŚCI 248

TABELA 103 249

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA WYSOKIEJ WRAŻLIWOŚCI ... 249

TABELA 104 250

WARTOŚĆ TESTU T-STUDENTA DLA PRÓB NIEZALEŻNYCH – WYSOKA WRAŻLIWOŚĆ..... 250

TABELA 105 251

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO – WILKA DLA WYSOKIEJ WRAŻLIWOŚCI 251

TABELA 106 252

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA WYSOKIEJ WRAŻLIWOŚCI ... 252

TABELA 107 253

WARTOŚĆ TESTU T-STUDENTA DLA PRÓB NIEZALEŻNYCH – PODATNOŚĆ NA MOWĘ NIENAWIŚCI 253

TABELA 108 254

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA STYLÓW PRZYWIĄZANIOWYCH 254

TABELA 109 255

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA STYLÓW PRZYWIĄZANIOWYCH 255

TABELA 110 256

WARTOŚĆ TESTU T-STUDENTA DLA PRÓB NIEZALEŻNYCH – STYLE PRZYWIĄZANIOWE 256

TABELA 111 257

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA WIEKU 257

TABELA 112 258

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA WIEKU 258

TABELA 113 259

WARTOŚĆ TESTU T-STUDENTA DLA PRÓB NIEZALEŻNYCH – WIEK 259

TABELA 114 260

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA WYKSZTAŁCENIA 260

TABELA 115 261

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA WYKSZTAŁCENIA 261

TABELA 116 262

WARTOŚĆ TESTU U MANNA - WHITHNEYA DLA PRÓB NIEZALEŻNYCH – WYKSZTAŁCENIE . 262

TABELA 117 263

WARTOŚĆ TESTU SHAPIRO - WILKA DLA MIEJSCA ZAMIESZKANIA 263

TABELA 118 264

WARTOŚĆ TESTU LEVENE'A JEDNORODNOŚCI WARIANCJI DLA MIEJSCA ZAMIESZKANIA..... 264

TABELA 119 265

WARTOŚĆ TESTU U MANNA - WHITHNEYA DLA PRÓB NIEZALEŻNYCH – WYKSZTAŁCENIE . 265

Załączniki

1. Metryczka

Jestem doktorantką Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Warszawie. Obecnie, w ramach rozprawy doktorskiej prowadzę badania dotyczące obrazu siebie matek. Uprzejmie proszę o wypełnienie kilku kwestionariuszy. Jednocześnie zapewniam, że uzyskane informacje posłużą mi wyłącznie do celów naukowych. Badanie jest w pełni dobrowolne i anonimowe. Bardzo dziękuję za udział w badaniu!

Poniżej zaznacz lub wpisz odpowiedź:

1. Rok urodzenia ……

2. Miejsce zamieszkania:

Miejscowość do 1000 mieszkańców ……..

Miejscowość od 1000 do 5000 mieszkańców ……..

Miejscowość od 5000 do 10000 mieszkańców ……..

Miejscowość od 10000 do 50000 mieszkańców ……..

Miejscowość od 50000 do 100000 mieszkańców ……..

Miejscowość od 100000 do 500000 mieszkańców ……..

Miejscowość powyżej 500000 mieszkańców ……..

3. Jakie posiada Pani wykształcenie?

Podstawowe ……

Zawodowe ……

Średnie ……

Wyższe ……

4. Czy posiada Pani dzieci?

TAK/NIE

5. Kiedy urodziła Pani ostatnie dziecko?

Data …….

6. W jaki sposób przyszło na świat Pani ostatnio urodzone dziecko?

W sposób naturalny …….

Poprzez cesarskie cięcie …….

Nie chcę odpowiadać na to pytanie …….

7. Czy rodzaj porodu wynikał z zaleceń medycznych?

TAK/NIE

8. Czy Pani ciąża była tzw. ciążą zagrożoną?

TAK/NIE

9. Czy podczas ciąży skupiała Pani większą koncentrację na własnej osobie?

TAK/NIE

10. Czy doświadczyła Pani negatywnych, nieprzyjemnych odczuć w okresie ciąży lub porodu?

nigdy *rzadko* *czasami* *często* *bardzo często*

11. Czy podczas ciąży i porodu otrzymała Pani wystarczające wsparcie ze strony personelu medycznego?

TAK/NIE

12. Czy podczas ciąży i porodu otrzymała Pani wystarczające wsparcie ze strony najbliższych osób?

TAK/NIE

13. Jakich emocji Pani doświadczyła, kiedy dowiedziała się Pani

o ciąży:

a) radość

b) nadzieja

c) szczęście

d) strach

e) brak akceptacji

f) zaprzeczanie

g) inne……..

14. Czy ciąża i poród spowodowały jakiekolwiek problemy w relacji z partnerem?

TAK/NIE

15. Czy korzysta Pani aktywnie z Internetu poprzez wchodzenie na fora internetowe, korzystając z portali społecznościowych (Facebook, TikTok, Youtube itp.)

TAK/NIE

16. Czy spotkała się Pani w Internecie z negatywnymi treściami, które Pani zdaniem miały krzywdzący wydźwięk w temacie wybranego sposobu porodu?

nigdy *rzadko* *czasami* *często* *bardzo często*

Dziękuję za wypełnienie ankiety

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji badań naukowych przez Katarzynę Bosowską (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

2. MSEI

MSEI

Zeszyt testowy

INSTRUKCJA

Wypełnianie kwestionariusza rozpocznij od wpisania na górze załączonego *Arkusza odpowiedzi* informacji osobowych (imię i nazwisko, wiek, płeć i data badania). Zanim zaczniesz wypełniać kwestionariusz, przeczytaj uważnie poniższe informacje oraz instrukcje szczegółowe znajdujące się wewnątrz *Zeszytu testowego*.

Zeszyt testowy jest podzielony na dwie części. Zawierają one stwierdzenia lub pytania dotyczące tego, jak ludzie widzą samych siebie. Oceń, jak dobrze każde z nich opisuje Ciebie. Wszystkie swoje odpowiedzi zaznaczaj w *Arkuszu odpowiedzi*. Jeśli będziesz chciał (chciała) zmienić swój wybór, przekreśl wyraźnie kółko z niewłaściwą odpowiedzią i zaznacz tę, którą ostatecznie uznałeś (uznałaś) za prawdziwą.

Pracuj tak szybko, jak to możliwe. Bądź uważny (uważna) i nie popełniaj błędów. Wybierając odpowiedź, najlepiej polegać na swoim pierwszym wrażeniu. Przy każdym stwierdzeniu lub pytaniu zaznacz tylko jedną wybraną odpowiedź. Upewnij się, że odpowiedziałeś (odpowiedziałaś) na wszystkie pozycje *Zeszytu testowego*.

CZĘŚĆ PIERWSZA

Instrukcja

Odpowiadając na stwierdzenia zawarte w CZĘŚCI PIERWSZEJ *Zeszytu testowego,* wskaż, na ile każde z tych stwierdzeń jest prawdziwe lub nieprawdziwe w stosunku do Ciebie. Posłuż się następującą skalą:

1 – *całkiem nieprawdziwe*
2 – *raczej nieprawdziwe*
3 – *częściowo nieprawdziwe, częściowo prawdziwe*
4 – *raczej prawdziwe*
5 – *całkiem prawdziwe*

Wszystkie swoje odpowiedzi rejestruj w załączonym *Arkuszu odpowiedzi*.

Przykład

Jeśli uważasz, że stwierdzenie nr 1 jest *raczej prawdziwe* w stosunku do Ciebie, zaczernij na *Arkuszu odpowiedzi* kółeczko z numerem 4.

1. ① ② ③ ● ⑤

① *Całkiem nieprawdziwe*	② *Raczej nieprawdziwe*	③ *Częściowo nieprawdziwe, częściowo prawdziwe*	④ *Raczej prawdziwe*	⑤ *Całkiem prawdziwe*

1. Często nie udaje mi się być w zgodzie z własnymi zasadami moralnymi.
2. Prawie zawsze czuję się atrakcyjny (atrakcyjna) fizycznie.
3. Czasami mam wątpliwości, czy powiedzie mi się w życiu.
4. Z trudem przychodzi mi pokazanie innym, jak bardzo mi na nich zależy i jak ich kocham.
5. Nikt nie jest w stanie zmusić mnie do wyrządzenia krzywdy drugiemu człowiekowi.
6. Jestem powszechnie lubiany (lubiana) i popularny (popularna).
7. Zdarza się, że próbuję znaleźć jakiś sposób na uniknięcie nieprzyjemnych obowiązków.
8. Czasami martwię się, że w przyszłości mogę mieć problemy z panowaniem nad tym, ile jem i piję.

Copyright © 1983, 1987, 1988 by Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 N. Florida Avenue, Lutz, FL 33549, www.parinc.com.
Tłumaczenie i adaptacja za zezwoleniem.
Wydanie polskie: Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o. o.
ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa.
Test ani jego części nie mogą być przedrukowywane ani w żaden inny sposób reprodukowane lub odtwarzane w jakiejkolwiek postaci bez uzyskania uprzedniej zgody wydawcy.

KOPIA WYŁĄCZNIE DLA CELÓW DYDAKTYCZNYCH

① Całkiem nieprawdziwe	② Raczej nieprawdziwe	③ Częściowo nieprawdziwe, częściowo prawdziwe	④ Raczej prawdziwe	⑤ Całkiem prawdziwe

9. Często trudno mi się na coś zdecydować, ponieważ nie do końca wiem, czego chcę.
10. Niełatwo mnie zastraszyć.
11. Gdy jestem oceniany (oceniana), zazwyczaj potrafię pokazać swoje umiejętności.
12. Nie bardzo wiem, jak będzie wyglądało moje życie za pięć lat.
13. Prawie zawsze czuję się zdrowy (zdrowa) i w dobrej formie fizycznej.
14. Zazwyczaj zachowuję się przyzwoicie, nawet jeśli kusi mnie, by postąpić inaczej.
15. Są chwile, kiedy powątpiewam w swoją atrakcyjność seksualną.
16. Czasami mam o sobie nienajlepsze zdanie.
17. Są chwilę, gdy wątpię, czy potrafię wytrwać w bliskim związku emocjonalnym z drugą osobą.
18. Myśl, by ukraść coś w sklepie, nigdy nawet nie przemknęła mi przez głowę.
19. Czasami czuję się zawiedziony (zawiedziona) lub odtrącony (odtrącona), ponieważ moi przyjaciele nie uwzględnili mnie w swoich planach.
20. Bywa, że mam ochotę policzyć się z kimś za to, co mi zrobił.
21. Czuję, że brakuje mi samodyscypliny.
22. Na ogół wiem, kim jestem i do czego dążę.
23. Zazwyczaj dużo lepiej czuję się w sytuacjach, w których ktoś mną kieruje, niż wtedy, kiedy to ja mam kimś kierować.
24. Większość znających mnie osób uważa, że jestem bardzo zdolny (zdolna) i kompetentny (kompetentna).
25. Często czuję, że brak w moim życiu określonego kierunku – że nie mam żadnych długoterminowych celów czy planów.
26. Na ogół mam lepszą kondycję ruchową niż większość ludzi w tym samym wieku i tej samej płci, co ja.
27. Na ogół mam czyste sumienie co do swoich zachowań seksualnych.
28. Zdarza się, że czuję się zakłopotany (zakłopotana) swoim wyglądem.
29. Za bardzo umniejszam swoją wartość.
30. W chwilach niepewności i niewiary w siebie zawsze mogłem (mogłam) zwrócić się do swojej rodziny o wsparcie i zachętę.
31. Nigdy nie miałem (miałam) poczucia, że zostałem (zostałam) niesłusznie ukarany (ukarana).
32. Moi przyjaciele prawie zawsze starają się uwzględnić mnie w swoich planach.
33. Zdarza się, że odczuwam wobec kogoś bardzo silną niechęć.
34. Czasami martwi mnie mój brak samokontroli.
35. Gdy już starannie rozważę jakiś ważny problem, nie mam trudności z podjęciem decyzji.
36. Potrafię sprawić, by inni mieli do mnie szacunek.
37. Nie ma takich dziedzin, w których jestem naprawdę świetny (świetna).
38. Czasami aż trudno mi uwierzyć, że różne moje cechy składają się na tę samą osobę.
39. Większość znanych mi ludzi jest w lepszej kondycji fizycznej niż ja.
40. Często mam poczucie winy z powodu moich zachowań seksualnych.
41. Zazwyczaj jestem przekonany (przekonana), że wyglądam lepiej niż większość ludzi.
42. Ogólnie rzecz biorąc, mogę na obecnym etapie swojego życia uznać siebie za osobę, której się powiodło.
43. Bywa, że czuję się odrzucony (odrzucona) przez swoją rodzinę.
44. Zwycięstwo czy przegrana w grze nie mają dla mnie większego znaczenia.
45. Zdarza się, że unikam umawiania się na randki w obawie przed odtrąceniem.
46. Bywa, że kłamię, by się z czegoś wyplątać.
47. Często odwlekam moment, kiedy muszę się zabrać za trudne zadanie.
48. Rzadko odczuwam konflikt między różnymi cechami mojej osobowości.
49. Czuję, że mam dobre zadatki na lidera.
50. Zazwyczaj jestem w stanie bardzo szybko nauczyć się nowych rzeczy.
51. Często czuję się rozdarty (rozdarta) pomiędzy różnymi możliwościami i niezdolny (niezdolna) do zdecydowania, którą z nich wybrać.
52. Czasami mam wrażenie, że schodzę na manowce, prowadzę grzeszne czy niemoralne życie.
53. Czasami wydaje mi się, że moja powierzchowność odpycha lub zniechęca do mnie innych ludzi.
54. Na ogół mam o sobie bardzo pozytywne zdanie.
55. Czasami czuję, że nikt mnie naprawdę nie kocha i nie akceptuje mnie takim (taką), jakim (jaką) jestem.

2

① *Całkiem nieprawdziwe*	② *Raczej nieprawdziwe*	③ *Częściowo nieprawdziwe, częściowo prawdziwe*	④ *Raczej prawdziwe*	⑤ *Całkiem prawdziwe*

56. Prawie nigdy nie odczuwam chęci zwymyślania kogoś.
57. Ludzie na ogół lubią spędzać ze mną czas.
58. Zdarza mi się kogoś wykorzystywać.
59. W sytuacjach stresowych trudno mi panować nad sobą.
60. Często robię rzeczy, które są niezgodne z moimi zasadami moralnymi.
61. Jestem zazwyczaj bardzo zadowolony (zadowolona) ze swojego wyglądu.

CZĘŚĆ DRUGA

Instrukcja

Odpowiadając na pytania zawarte w CZĘŚCI DRUGIEJ *Zeszytu testowego*, wskaż, jak często czujesz lub myślisz w sposób opisany w każdym z tych pytań. Posłuż się następującą skalą:

1 – *prawie nigdy*
2 – *rzadko*
3 – *czasami*
4 – *dość często*
5 – *bardzo często*

Wszystkie swoje odpowiedzi rejestruj w załączonym *Arkuszu odpowiedzi*.

Przykład

Jeśli rzadko czujesz lub myślisz w sposób opisany w pytaniu nr 62, zaczernij na *Arkuszu odpowiedzi* kółeczko z numerem 2.

62. ① ● ③ ④ ⑤

① *Prawie nigdy*	② *Rzadko*	③ *Czasami*	④ *Dość często*	⑤ *Bardzo często*

62. Jak często oczekujesz, że poradzisz sobie w sytuacjach wymagających dużych umiejętności?
63. Jak często wychodzisz pokonany (pokonana) z kłótni lub sporów z innymi ludźmi?
64. Czy kiedykolwiek „naciągasz prawdę" i mówisz rzeczy nie do końca z nią zgodne?
65. Jak często masz przeświadczenie, że znalazłeś (znalazłaś) lub pewnego dnia znajdziesz miłość swojego życia?
66. Kiedy po raz pierwszy spotykasz jakąś osobę, czy zdarza ci się myśleć, że może cię ona nie lubić?
67. Jak często jesteś dumny (dumna) z tego, że zmagasz się z jakimś zadaniem dopóty, dopóki go nie skończysz?
68. Jak często czujesz się niezadowolony (niezadowolona) z siebie?
69. Jak często czujesz, że twój wygląd podoba się innym?
70. Jak często czujesz przyjemność i pełnię sił życiowych w trakcie aktywności fizycznej?
71. Jak często czujesz się niepewny (niepewna) swoich zasad moralnych?
72. Jak często czujesz się skrępowany (skrępowana) lub niezdarny (niezdarna) w trakcie jakiejś aktywności fizycznej?
73. Jak często jesteś bardzo pewny (pewna) tego, że wiesz, czego chcesz od życia?
74. Jak często miewasz trudności z nauczeniem się nowych, trudnych rzeczy?
75. Jak często masz wrażenie, że kiedy bierzesz udział w dyskusji, twoje poglądy wywierają duży wpływ na innych?
76. Czy zdarza ci się plotkować?
77. Jak często członkom twojej rodziny trudno jest wyrazić swoją miłość do ciebie?

① *Prawie nigdy*	② *Rzadko*	③ *Czasami*	④ *Dość często*	⑤ *Bardzo często*

78. Jak często jesteś pewien (pewna), że ludzie, których spotykasz, polubią cię?
79. Jak często jesteś zadowolony (zadowolona) ze swojej samodyscypliny i siły ducha?
80. Jak często czujesz, że jesteś osobą bardzo ważną i wiele znaczącą?
81. Jak często myślisz, że nie jesteś atrakcyjny (atrakcyjna) fizycznie?
82. Jak często twoje ciało wyjątkowo dobrze funkcjonuje w czasie aktywności fizycznej, takiej jak taniec lub sport?
83. Jak często twoje zachowanie stanowi dobry przykład moralnego postępowania dla młodszych od ciebie?
84. Jak często w trakcie aktywności fizycznej czujesz się niezdarny (niezdarna)?
85. Jak często twoje plany zawodowe są dla ciebie źródłem niepewności i wewnętrznych konfliktów?
86. Jak często wydaje ci się, że mógłbyś (mogłabyś) robić dobrze wszystko, czego byś spróbował (spróbowała)?
87. Jak często potrafisz być stanowczy (stanowcza) i silny (silna) w sytuacjach, kiedy inni próbują cię wykorzystać?
88. Czy zdarza ci się odczuwać irytację, gdy ktoś poprosi cię o przysługę?
89. Jak często czujesz się zdolny (zdolna) do otwartego okazywania innym ludziom ciepła i miłości?
90. Czy wydaje ci się czasem, że niektórzy ludzie bardzo cię nie lubią, nie mogą cię znieść?
91. Jak często wydaje ci się, że lepiej niż inni ludzie panujesz nad tym, ile jesz i pijesz?
92. Jak często czujesz się naprawdę zadowolony (zadowolona) z siebie?
93. Jak często zdarza ci się słyszeć komplementy na temat twojego wyglądu?
94. Jak często czujesz się w doskonałej formie fizycznej?
95. Jak często jesteś zadowolony (zadowolona) ze swojego systemu wartości?
96. Jak często czujesz, że twoje ciało jest ospałe lub „nieswoje"?
97. Czy zdarzyło ci się myśleć, że brakuje ci inteligencji potrzebnej, żeby dobrze sobie radzić przy wykonywaniu takich czy innych interesujących prac?
98. Czy lubisz być na pozycji lidera?
99. Czy zdarza ci się zazdrościć powodzenia innym ludziom?
100. Czy zdarza się, że czujesz się niekochany (niekochana) i samotny (samotna)?
101. Kiedy spotykasz się z kimś po raz pierwszy, jak często czujesz, że jesteś lubiany (lubiana)?
102. Jak często udaje ci się panować nad sobą lepiej niż większości znanych ci ludzi?
103. Jak często czujesz się zadowolony (zadowolona), myśląc o swojej przyszłość?
104. Jak często czujesz się nieatrakcyjny (nieatrakcyjna), gdy widzisz siebie nago?
105. Czy lubisz, kiedy inni obserwują cię w trakcie aktywności fizycznej, takiej jak taniec lub sport?
106. Jak często czujesz się bardzo zadowolony (zadowolona) z tego, że żyjesz w zgodzie ze swoimi zasadami moralnymi?
107. Jak często czujesz, że nie jesteś tak inteligentny (inteligentna), jakbyś chciał (chciała)?
108. Jak często czujesz się zaniepokojony (zaniepokojona), kiedy przewodzisz innym?
109. Jak często jest ci trudno przyznać się do popełnionego błędu?
110. Jak często ludzie, których kochasz, dokładają wszelkich starań, żeby pokazać ci, jak bardzo im na tobie zależy?
111. Jak często odnosisz wrażenie, że jesteś jedną z najpopularniejszych i najbardziej lubianych osób w twoim środowisku?
112. Jak często jesteś w stanie opierać się pokusom i nie odrywać się od zadania, nad którym pracujesz, dopóki go nie skończysz?
113. Jak często czujesz, że brakuje ci pewności siebie?
114. Jak często podchodzisz do nowych zadań z dużą dozą ufności we własne zdolności?
115. Jak często miewasz duży wpływ na postawy i opinie innych ludzi?
116. Jak często chętnie przyjmujesz zasłużoną krytykę?

3. Ego – Resiliency Scale ER89 – R12

Ego-Resiliency Scale ER89-R12

(Block, J., Kremen, A. M., adaptacja A. Kołodziej-Zaleska, H. Przybyła-Basista)

Instrukcja *Poniżej znajdują się stwierdzenia. Zaznacz, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do Ciebie, otaczając kółkiem jedną z czterech możliwych odpowiedzi.*	**Nie odnosi się do mnie w ogóle**	**Trochę się do mnie odnosi, jeśli w ogóle**	**Raczej się do mnie odnosi**	**Odnosi się do mnie bardzo silnie**
1. Jestem pomocny dla moich przyjaciół.	1	2	3	4
2. Szybko otrząsam się i dochodzę do siebie po tym, gdy coś mnie zaskoczy.	1	2	3	4
3. Bardzo lubię sobie radzić z nowymi i nietypowymi sytuacjami.	1	2	3	4
4. Zazwyczaj udaje mi się wywierać korzystne wrażenie na innych.	1	2	3	4
5. Jestem uważany(a) za bardzo energiczną osobę.	1	2	3	4
6. Sprawia mi przyjemność próbowanie potraw, których nie kosztowałem(am) nigdy wcześniej.	1	2	3	4
7. Lubię chodzić różnymi drogami do miejsc, które znam.	1	2	3	4
8. Jestem bardziej dociekliwy(a) niż większość ludzi.	1	2	3	4
9. Lubię robić coś innego i nowego.	1	2	3	4
10. Moje codzienne życie jest pełne spraw, które mnie interesują.	1	2	3	4
11. Byłbym(abym) skłonny/a powiedzieć o sobie, że mam silną osobowość.	1	2	3	4
12. Stosunkowo szybko radzę sobie ze złością, gdy ktoś mnie zdenerwuje.	1	2	3	4

OBLICZANIE WYNIKU:

Wynik ogólny otrzymuje się poprzez zsumowanie odpowiedzi ze wszystkich stwierdzeń. Minimalny wynik ogólny to 12, a maksymalny 48.

Podskala Optymalna Regulacja (OR) składa się z 8 stwierdzeń. Wynik w tej podskali stanowi sumę punktów uzyskanych w stwierdzeniach 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12. Minimalny wynik to 8, a maksymalny 32.

Podskalę Otwartość na Doświadczenie (OL) tworzą 4 stwierdzenia. Wynik w tej podskali stanowi sumę punktów uzyskanych w stwierdzeniach 6, 7, 8, 9. Minimalny wynik to 4, a maksymalny 16.

4. HSPS

HSPS

Autor: Elaine N. Aron

Odpowiadaj tak, jak czujesz. Kliknij „Tak”, jeśli stwierdzenie choćby w części się do Ciebie odnosi. Kliknij „Nie”, jeśli nie odnosi się do Ciebie wcale lub nie bardzo.

1. Wydaje mi się, że docierają do mnie 29. różne subtelne szczegóły otoczenia

TAK NIE

2. Wyczuwam i absorbuje nastroje innych ludzi

TAK NIE

3. Łatwo ulegam przebodźcowaniu

TAK NIE

4. Mam niski próg bólu

TAK NIE

5. Po dniu pełnym emocji, czuję potrzebę zaszycia się we własnym łóżku

TAK NIE

6. Jestem wrażliwa na działanie kofeiny

TAK NIE

7. Przytłaczają mnie ostre światła, intensywne zapachy, szorstkie 35. materiały, głośne syreny

TAK NIE

8. Posiadam bogate życie wewnętrzne

TAK NIE

9. Głośne dźwięki powodują u mnie dyskomfort

TAK NIE

10. Porusza mnie muzyka i sztuka

TAK NIE

11. Mój układ nerwowy czasem jest tak wyczerpany, że mam ochotę wyjść z siebie

TAK NIE

12. Jestem sumienna

TAK NIE

13. Łatwo mnie przestraszyć

TAK NIE

14. Czuję się wstrząśnięta, kiedy mam wiele do zrobienia, 42. w krótkim czasie

TAK NIE

15. Gdy ludzie nie czują się komfortowo w jakimś miejscu, ja wiem jak temu zaradzić (np. przez przygaszenie światła, przestawienie mebli itp.)

TAK NIE

16. Irytuję się, gdy ludzie chcą, żebym zrobiła kilka rzeczy w tym samym czasie

TAK NIE

17. Bardzo się staram, żeby nie popełniać błędów i nie zapominać o niczym

TAK NIE

18. Unikam programów i filmów pełnych przemocy

TAK NIE

19. Czuję się nieprzyjemnie pobudzona, kiedy wokół dużo się dzieje

TAK NIE

20. Uczucie głodu negatywnie wpływa na moją koncentrację

TAK NIE

21. Zmiany w życiu wyprowadzają mnie z równowagi

TAK NIE

22. Dostrzegam i doceniam delikatne, wysublimowane dźwięki, zapachy, sztukę

TAK NIE

23. Drażni mnie, kiedy za dużo się dzieje w jednym momencie

TAK NIE

24. To dla mnie ważne i bardzo się staram układać swoje życie tak, żeby unikać drażniących, nieprzyjemnych sytuacji

TAK NIE

25. Przeszkadzają mi głośne, drażniące dźwięki

TAK NIE

26. Kiedy z kimś muszę rywalizować, lub kiedy ktoś patrzy mi na ręce idzie mi dużo gorzej niż zwykle

TAK NIE

5. EPDS

PsychiatraPlus.pl
Dr hab. n. med. Jarosław Jóźwiak

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS)

Nazwisko: _____

Adres: _____

Data porodu: _____ Imię dziecka: _____ Telefon: _____

Ponieważ urodziła Pani niedawno dziecko, chcielibyśmy wiedzieć, jak się Pani czuje. Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi, która jest najbliższa samopoczuciu **w ciągu ostatnich 7 dni**, a nie samopoczuciu dzisiejszemu. Proszę postawić znak **X** w polu przed wybraną odpowiedzią.

1. Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia.

0 ___ Tak często, jak zazwyczaj
1 ___ Trochę rzadziej, niż zwykle
2 ___ Zdecydowanie rzadziej, niż zwykle
3 ___ Zupełnie nie byłam zdolna do radości

2. Patrzyłam w przyszłość z nadzieją.

0 ___ Tak jak zawsze
1 ___ Rzadziej, niż zawsze
2 ___ Zdecydowanie rzadziej, niż zwykle
3 ___ Nie potrafiłam patrzeć w przyszłość z nadzieją

3. Obwiniałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało.

3 ___ Tak, w większości przypadków
2 ___ Tak, czasami
1 ___ Rzadko
0 ___ Wcale

4. Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się.

0 ___ Zupełnie nie
1 ___ Raczej nie
2 ___ Czasami
3 ___ Tak, bardzo często

5. Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów.

3 ___ Tak, często
2 ___ Tak, czasami
1 ___ Nie, raczej nie
0 ___ Nie, nigdy

6. Wydarzenia przerastały mnie.

3 ___ Tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady.
2 ___ Czasami nie radziłam sobie tak dobrze, jak zwykle.
1 ___ Przez większość czasu radziłam sobie dobrze.
0 ___ Radziłam sobie tak dobrze, jak zwykle

7. Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy.

3 ___ Tak, przez większość czasu.
2 ___ Tak, czasami.
1 ___ Rzadko.
0 ___ Nie, wcale nie.

8. Czułam się smutna i nieszczęśliwa

3 ___ Tak, przez większość czasu.
2 ___ Tak, dość często.
1 ___ Niezbyt często.
0 ___ Nie, wcale nie.

9. Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam

3 ___ Tak, przez większość czasu.
2 ___ Tak, dość często.
1 ___ Tylko sporadycznie.
0 ___ Nie, wcale nie.

10. Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy

3 ___ Tak, dość często.
2 ___ Czasami.
1 ___ Bardzo rzadko.
0 ___ Nigdy

PUNKTACJA:_____

Zatwierdzone przez:_____ Data:_____

Opracowano na podstawie: *British Journal of Psychiatry*
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

6. STAI

C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-1

Imię i nazwisko ..... **Data** .....

Rok urodzenia ..... **Płeć:** M K

INSTRUKCJA: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak *czujesz się* **właśnie teraz tj.** *w tym momencie.* **Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Nie poświęcaj zbyt wiele czasu poszczególnym twierdzeniom. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje najlepiej opisują to, co czujesz** *w tej chwili.*

	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
1. Jestem spokojny	1	2	3	4
2. Czuję się bezpiecznie	1	2	3	4
3. Jestem napięty	1	2	3	4
4. Jestem rozżalony	1	2	3	4
5. Czuję się swobodnie	1	2	3	4
6. Jestem przygnębiony	1	2	3	4
7. Martwię się, czy nie stanie się coś złego	1	2	3	4
8. Czuję się wypoczęty	1	2	3	4
9. Odczuwam niepokój	1	2	3	4
10. Jest mi dobrze	1	2	3	4
11. Czuję się pewny siebie	1	2	3	4
12. Jestem zdenerwowany	1	2	3	4
13. Jestem roztrzęsiony	1	2	3	4
14. Jestem "podminowany"	1	2	3	4
15. Jestem odprężony	1	2	3	4
16. Jestem zadowolony	1	2	3	4
17. Jestem zmartwiony	1	2	3	4
18. Czuję się nadmiernie podniecony	1	2	3	4
19. Jestem radosny	1	2	3	4
20. Jest mi przyjemnie	1	2	3	4

STAI przetłumaczony i reprodukowany za zgodą wydawcy Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com.
Copyright 1983 by Charles D. Spielberger. Wszystkie prawa zastrzeżone. Dalsza reprodukcja zabroniona bez pisemnej zgody wydawcy.
Wydanie polskie: Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.
ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa, www.practest.com.pl

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY

STAI, ARKUSZ X-2

Imię i nazwisko ..... Data .....

Rok urodzenia ..... Płeć: M K

INSTRUKCJA: niżej podano szereg twierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych twierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednią cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak się *zazwyczaj* czujesz. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje najlepiej opisują jak się *na ogół* czujesz.

	Prawie nigdy	Czasem	Często	Prawie zawsze
21. Jest mi przyjemnie	1	2	3	4
22. Szybko się męczę	1	2	3	4
23. Chce mi się płakać	1	2	3	4
24. Chciałbym być tak szczęśliwy jak inni	1	2	3	4
25. Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować	1	2	3	4
26. Czuję się wypoczęty	1	2	3	4
27. Jestem spokojny i opanowany	1	2	3	4
28. Czuję, że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć	1	2	3	4
29. Za bardzo martwię się czymś, co w gruncie rzeczy nie jest ważne	1	2	3	4
30. Jestem szczęśliwy	1	2	3	4
31. Jestem skłonny brać wszystko zbyt poważnie	1	2	3	4
32. Brak mi pewności siebie	1	2	3	4
33. Czuję się bezpiecznie	1	2	3	4
34. Staram się nie zauważać kryzysów i trudności	1	2	3	4
35. Jest mi smutno	1	2	3	4
36. Jestem zadowolony	1	2	3	4
37. Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dręczy mnie	1	2	3	4
38. Przeżywam rozczarowania tak dotkliwie, że nie mogę przestać o nich myśleć	1	2	3	4
39. Jestem osobą zrównoważoną	1	2	3	4
40. Staję się napięty lub rozdrażniony, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach	1	2	3	4

7. KSP

Mieczysław Plopa

K S P (wersja dla kobiet)

..... wiek ..... płeć .....

Wykształcenie ..... zawód ..... data badania .....

INSTRUKCJA: Poniższe stwierdzenia dotyczą uczuć, jakich zwykle doświadcza dorosła osoba będąca w bliskim, zaangażowanym związku z wybranym partnerem. Interesuje nas to, jak Pan ogólnie doświadcza bycia w bliskim związku z drugą osobą. Proszę opierać się na swoim ogólnym doświadczeniu (może ono dotyczyć jednej bądź większej liczby partnerów). Proszę ustosunkować się do każdego z poniższych stwierdzeń, zakreślając kółkiem cyfrę, która określa stopień, w jakim zgadza się Pan z nim bądź też nie.

1.	Łatwo jest mi być czułą w stosunku do partnera. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
2.	Często martwię się, że mój partner nie będzie chciał ze mną być. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
3.	Jest mi trudno otworzyć się przed partnerem. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
4.	Bliskość z partnerem jest dla mnie przyjemna i łatwa. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
5.	Bardzo denerwuje mnie, gdy nie dostaję wystarczająco dużo czułości i wsparcia od mojego partnera. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
6.	Nie czuję się dobrze, gdy mój partner stara się być bardzo blisko mnie. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
7.	Dobrze się czuję, polegając na moim partnerze. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
8.	Często się martwię, że mój partner tak naprawdę wcale mnie nie kocha. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
9.	Moja potrzeba, by być blisko partnera, często odstrasza go ode mnie. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
10.	Zazwyczaj dyskutuję o moich problemach i troskach z partnerem. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**

11.	Boję się, że stracę miłość mojego partnera. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
12.	Staję się nerwowa, gdy partner zbliża się do mnie za bardzo. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
13.	Zbliżenie się do partnera nie sprawia mi trudności. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
14.	Kiedy okazuję uczucia partnerowi, to boję się, że on nie czuje tego samego do mnie. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
15.	Wolę ukrywać przed partnerem to, co naprawdę czuję. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
16.	Mówię o wszystkim mojemu partnerowi. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
17.	Często marzę o tym, by uczucia, jakimi darzę mojego partnera, były w pełni przez niego odwzajemnione. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
18.	Wolę nie być zbyt blisko mojego partnera. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
19.	Bezpiecznie się czuję, dzieląc się moimi myślami i uczuciami z partnerem. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
20.	Dużo i często martwię się o mój związek z partnerem. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
21.	Mój partner dostrzega mnie jedynie wtedy, gdy jestem zdenerwowana. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
22.	Mój partner naprawdę rozumie mnie i moje potrzeby. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
23.	Kiedy nie widzę mojego partnera to boję się, że może się zainteresować kimś innym. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**
24.	Trudno mi pozwolić sobie na to, by w pełni polegać na partnerze. **Zdecydowanie się nie zgadzam 1 2 3 4 5 6 7 Zdecydowanie się zgadzam**

8. Zgody autorów narzędzi badawczych na ich wykorzystanie

Webmail AEH :: Re: HSPS - access 27.07.2023, 09:55

Temat **Re: HSPS – access**
Od HSPerson Support <support@hsperson.com>
Do <k.bosowska@vizja.pl>
Data 2023-07-26 22:00

Hello Katarzyna,

Thank you for your email.
Yes, you may use the tests found under the "Self-Test" tab on the website. These tests can be used in workshops, client use and research.

Please note the following copyright information if you plan to post or quote any of Elaine's information or text (including the tests) from her books on the internet or plan to publish your research:
Dr. Elaine Aron is bound by strict copyright contracts with her publisher. However, you're welcome to discuss and refer to Dr. Aron's research and link to any of her articles, books or info on the HSPerson website as long as you credit her. You may use quotes directly from books that are no more than 40 words in length. Yes, this includes the tests.
However, if posting on the internet, please do not use the test verbatim or quotes over 40 words in length in personal blogs, publications or websites. Note, you are not allowed to reproduce the test or even use parts. You could use up to 6 of the questions. However, you might consider using DOES, as an even better way to determine if a person is indeed highly sensitive. DOES is an acronym for: Depth of processing, Easily overstimulated, Emotional responsiveness or Empathy, and Sensitive to subtle stimuli. The self-test actually misses some of these important traits. Learn more about DOES here.

Best,
Alie Rich
Assistant to Dr. Elaine Aron

On Tue, Jul 18, 2023 at 1:37PM <k.bosowska@vizja.pl> wrote:

> Good morning,
>
> I am requesting permission to use yourTest Highly Sensitive Person (HSPS) as both paper and online versions for my research for my PdD dissertation, which examines young mothers in the context of hate speech.
> Yours faithfully
> Katarzyna Bosowska

Temat **RE: [External] EPDS – access**
Od O'Hara, Michael W <mike-ohara@uiowa.edu>
Do k.bosowska@vizja.pl <k.bosowska@vizja.pl>
Data 2023-07-19 04:20

- EPDS Manual 2-02.doc (~300 KB)
- Cox et al. (EPDS) 1987.pdf (~1,0 MB)

You do not need my permission. Follow the guidelines in the Cox et al. 1987 paper. Good luck.

Michael W. O'Hara
Professor Emeritus
Department of Psychological and Brain Sciences
319-330-3007 (cell)
mike-ohara@uiowa.edu
http://www.psychology.uiowa.edu/people/michael_ohara

From: k.bosowska@vizja.pl <k.bosowska@vizja.pl>
Sent: Tuesday, July 18, 2023 2:32 PM
To: mikeohara@uiowa.edu; O'Hara, Michael W <mike-ohara@uiowa.edu>
Subject: [External] EPDS - access

Good morning,

I am requesting permission to use your Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) as both paper and online versions for my research for my dissertation, which examines young mothers in the context of hate speech.
Yours faithfully
Katarzyna Bosowska

From: Hanna Przybyła-Basista [mailto:h.przybyla-basista@vizja.pl]
Sent: Monday, December 5, 2022 4:10 PM
To: 'k.bosowska@vizja.pl' <k.bosowska@vizja.pl>
Subject: RE: Doktorat-prośba o pomoc_Kwestionariusz ER-89-R12

Szanowna Pani,

Dziękuję za zainteresowanie kwestionariuszem w naszej adaptacji. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie ER89-R12 w prowadzonych przez Panią badaniach do pracy doktorskiej.
.
Narzędzie jest rzetelne i trafne. W załączniku przekazuję arkusz do badań (wraz z kluczem).

Jeśli ma Pani zamiar wykorzystać ten kwestionariusz w badaniach on-line to prosimy o zabezpieczenie praw autorskich. To znaczy zapewnienie nas (przesłanie mailem deklaracji), że w wersji online znajdą się nazwiska zarówno autorów wersji oryginalnej kwestionariusza, jak i nasze jako autorek adaptacji polskiej wersji (tak jak jest to w rozpowszechnianej przez nas wersji papierowej) wraz z nazwą kwestionariusza (lub jej akronimem).

Wodzisław Śląski, 10.07.2023

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że w formularzu online narzędzia Ego-Resilency Scale ER89-R12 znajdują się nazwiska zarówno autorów wersji oryginalnej kwestionariusza, jak i autorek adaptacji polskiej wersji wraz z nazwą kwestionariusza **Ego-Resiliency Scale ER89-R12.**

https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspx?origin=NeoPortalPage&subpage=design&id=JKjnj0H2e0ijvNzbetXfX1B2fTZmYxlMuAIXxWYwTe5UMUo1REI4TTJOTE1BRklVN1Y5UjE5UkMwTi4u

Podpis jest prawidłowy
Dokument podpisany przez
KATARZYNA BOSOWSKA
Data: 2023.07.10 20:09:06 CEST

Temat **Re: prośba o wyrażenie zgody na zastosowanie kwestionariusza KSP w wersji online**
Od Mieczyław Plopa <m.plopa@vizja.pl>
Do <k.bosowska@vizja.pl>
Data 2023-07-19 10:56

wyrażam zgodę

pozdrawiam

Mieczysław Plopa

W dniu 2023-07-18 21:54, k.bosowska@vizja.pl napisał(a):

> Dobry wieczór,
>
> Szanowny Panie Profesorze,
>
> zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zastosowanie Pana narzędzia, jakim jestKwestionariusz Stylów Przywiązaniowych KSP w wersji online. Na platformie Pracktest mogę zakupić tylko wersję "papier-ołówek", a do moich badań w pracy doktorskiej potrzebuję obydwu możliwości: "papier-ołówek" i online.
>
> Wszystkie itemy z oryginalnego narzędzia zastosowuję w formularzu online i z odpowiednią informacją o autorze narzędzia.
>
> Oświadczam, że narzędzie KSP zastosuję tylko i wyłącznie do moich badań.
>
> z wyrazami szacunku
>
> Katarzyna Bosowska

Re: Fwd: badania naukowe

Wiadomość 7 z 8

Od Katarzyna Fryc <kasia@brand24.com>
Do k.bosowska@vizja.pl
Data 2023-01-23 13:13

W dniu 2023-01-17 09:52, Katarzyna Fryc napisał(a):

> Dzień dobry,
>
> W związku z tym, że badania są związane z mową nienawiści - udostępnimy darmowo narzędzie. 🙂
> Mogę zaproponować te 50 zwrotów kluczowych na parametrach planu **Individual**.
> Jeśli to jest w porządku, prośba o informację kiedy startujemy oraz o potwierdzenie adresu mailowego na jaki mogę założyć konto.
>
> Pozdrawiam,
>
> Katarzyna Fryc
> Customer Success Manager
> We stand with Ukraine
> +48 531 305 530
> BRAND24 Media monitoring tool loved by thousands of companies from countries all over the world.
>
> ---------- Forwarded message ---------
> Od: <k.bosowska@vizja.pl>
> Date: pt., 13 sty 2023 o 12:26
> Subject: badania naukowe
> To: <biznes@brand24.pl>
>
> Dzień dobry,
>
> Szanowni Państwo, jestem doktorantką Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie i aktualnie w pracy doktorskiej prowadzę badania naukowe związane z mową nienawiści w przestrzeni internetowej. Do swoich badań chciałam wykorzystać Państwa program Brand24.
>
> Chciałam prosić o możliwość udostępnienia na potrzeby moich badań, niezwykle ważnych i potrzebnych w dobie dzisiejszych czasów, bezpłatnej licencji na okres maksymalnie 1 roku, gdzie będę monitorować wybrane 50 negatywnych zachowań i zwrotów.
>
> Program będzie wykorzystany tylko i wyłącznie na potrzeby moich badań naukowych i we wszystkich publikacjach naukowych będę informować, że uzyskałam go bezpłatnie od Państwa firmy.
>
> proszę o przychylne rozpatrzenie mojej prośby.
>
> pozdrawiam serdecznie
>
> Katarzyna Bosowska

Narodowy Fundusz Zdrowia
Centrala w Warszawie
Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń

Data: 01.10.2024 r.

Znak sprawy: NFZ-DAMJiOS.660.161.2024
2024.326358.KAMU

Adresat: **Pani**
Katarzyna Bosowska
katbosowska@gmail.com

Dotyczy wykorzystania danych do pracy doktorskiej

Szanowna Pani,

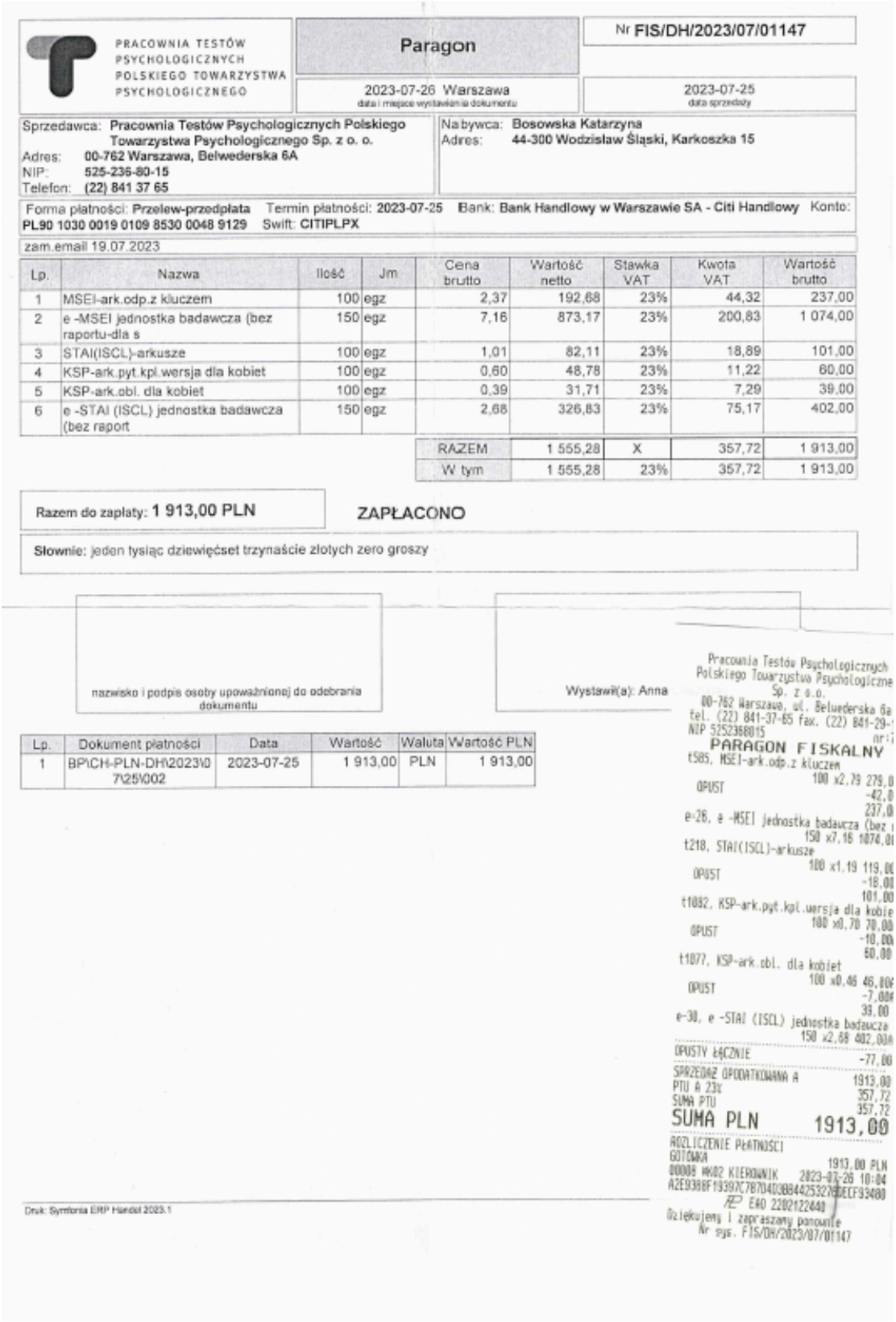
uprzejmie informuję, że wszystkie raporty oraz zestawienia jakie publikujemy na portalu Zdrowe Dane - ezdrowie.gov.pl są przygotowywane oraz udostępniane na stronie po to, aby zainteresowani mogli z nich korzystać. Jednocześnie, cieszę się, że raport dotyczący porodów wzbudził Pani zainteresowanie i będzie stanowił wsparcie w Pani pracy naukowej.

Z poważaniem

Filip Urbański$EZD_PODPIS_IMIENAZWISKO

Dyrektor departamentu
Departament Analiz, Monitorowania Jakości
i Optymalizacji Świadczeń
/Dokument podpisany elektronicznie/

9. Dowód zakupu narzędzi badawczych



PRACOWNIA TESTÓW PSYCHOLOGICZNYCH POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOLOGICZNEGO

Paragon

Nr **FIS/DH/2023/07/01147**

2023-07-26 Warszawa
data i miejsce wystawienia dokumentu

2023-07-25
data sprzedaży

Sprzedawca: **Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o. o.**
Adres: **00-762 Warszawa, Belwederska 6A**
NIP: **525-236-80-15**
Telefon: **(22) 841 37 65**

Nabywca: **Bosowska Katarzyna**
Adres: **44-300 Wodzisław Śląski, Karkoszka 15**

Forma płatności: **Przelew-przedpłata** Termin płatności: **2023-07-25** Bank: **Bank Handlowy w Warszawie SA - Citi Handlowy** Konto: **PL90 1030 0019 0109 8530 0048 9129** Swift: **CITIPLPX**

zam.email 19.07.2023

Lp.	Nazwa	Ilość	Jm	Cena brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Kwota VAT	Wartość brutto
1	MSEI-ark.odp.z kluczem	100	egz	2,37	192,68	23%	44,32	237,00
2	e -MSEI jednostka badawcza (bez raportu-dla s	150	egz	7,16	873,17	23%	200,83	1 074,00
3	STAI(ISCL)-arkusze	100	egz	1,01	82,11	23%	18,89	101,00
4	KSP-ark.pyt.kpl.wersja dla kobiet	100	egz	0,60	48,78	23%	11,22	60,00
5	KSP-ark.obl. dla kobiet	100	egz	0,39	31,71	23%	7,29	39,00
6	e -STAI (ISCL) jednostka badawcza (bez raport	150	egz	2,68	326,83	23%	75,17	402,00
				RAZEM	1 555,28	X	357,72	1 913,00
				W tym	1 555,28	23%	357,72	1 913,00

Razem do zapłaty: **1 913,00 PLN**

ZAPŁACONO

Słownie: jeden tysiąc dziewięćset trzynaście złotych zero groszy

nazwisko i podpis osoby upoważnionej do odebrania dokumentu

Wystawił(a): Anna

Lp.	Dokument płatności	Data	Wartość	Waluta	Wartość PLN
1	BP\CH-PLN-DH\2023\07\25\002	2023-07-25	1 913,00	PLN	1 913,00

Druk: Symfonia ERP Handel 2023.1

Pracownia Testów Psychologicznych
Polskiego Towarzystwa Psychologiczne
Sp. z o.o.
00-762 Warszawa, ul. Belwederska 6a
tel. (22) 841-37-65 fax. (22) 841-29-
NIP 5252368015
nr:

PARAGON FISKALNY

t585, MSEI-ark.odp.z kluczem
100 x2,79 279,0
OPUST -42,0
237,0
e-26, e -MSEI jednostka badawcza (bez
150 x7,16 1074,0
t218, STAI(ISCL)-arkusze
100 x1,19 119,0
OPUST -18,00
101,00
t1082, KSP-ark.pyt.kpl.wersja dla kobie
100 x0,70 70,00
OPUST -10,00
60,00
t1077, KSP-ark.obl. dla kobiet
100 x0,46 46,00
OPUST -7,00
39,00
e-30, e -STAI (ISCL) jednostka badawcza
150 x2,68 402,00
OPUSTY ŁĄCZNIE -77,00
SPRZEDAŻ OPODATKOWANA A 1913,00
PTU A 23% 357,72
SUMA PTU 357,72
SUMA PLN 1913,00
ROZLICZENIE PŁATNOŚCI
GOTÓWKA 1913,00 PLN
00008 #K02 KIEROWNIK 2023-07-26 10:04
A2E9388F19397C787D4D3BB4425327BDECF93480
EAD 2202122440
Dziękujemy i zapraszamy ponownie
Nr sys. FIS/DH/2023/07/01147

NUMER ZAMÓWIENIA

ZI/2024/003814

STATUS

ZAKOŃCZONE

Numer przesyłki

PX6648249456

DATA ZAMÓWIENIA

17.03.2024

LICZBA PRODUKTÓW

2

TEST

STAI(ISCL)-ark-kpl(25 egz)

6 kpl (25)

178,38 zł brutto

145,02 zł netto (23% VAT)

Do koszyka

TEST

MSEI-zeszyty testowe-kpl(25egz)

6 kpl (25)

215,64 zł brutto

175,32 zł netto (23% VAT)

Do koszyka

WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA

394,02 zł brutto

320,34 zł netto