



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Kraków, dn. 05. 02. 2024 r.

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska
Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
e-mail: marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

Recenzja rozprawy doktorskiej

mgr Magdaleny Mazur-Skupowskiej

pt., „Kompensacyjne przekonania zdrowotne u kobiet w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży”

na stopień doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie psychologia

Promotor: dr hab. Katarzyny Byrki, Prof. SWPS

Ciąża to moment zmian dla kobiet w wielu obszarach życia. Wyniki badań wskazują, że kobiety w tym okresie jedzą więcej i są mniej powściągliwe w jedzeniu niż kobiety niebędące w ciąży. Nabywanie bądź utrzymywanie zdrowych nawyków żywieniowych oraz balans kaloryczny, który utrzymuje się poprzez zdrową dietę i aktywność fizyczną jest ważny przez cały okres ciąży.



Kulturowo przyrost masy ciała w ciąży jest w pełni akceptowany. Kobiety w okresie ciąży najczęściej podejmują decyzję o eliminacji lub ograniczeniu przyjmowania takich substancji szkodliwych jak, alkohol, tytoń, kawa, czy napoje energetyzujące. Im mniejsza samokontrola u osoby w sytuacji sprzecznej z realizowanym celem, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się kompensacyjnych przekonań zdrowotnych.

Kompensacyjne przekonania, to przekonania, że skutki niezdrowych zachowań można zrekompensować późniejszymi zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu. Kompensacyjne przekonania zdrowotne są zaliczane do dezadaptacyjnych strategii samoregulacji. Osoby formułujące przekonania kompensacyjne nie realizują tego, co sobie zaplanowały. Stosowanie kompensacyjnych przekonań zdrowotnych nie zawsze musi negatywnie wpływać na zdrowie. W sytuacji, gdy zachowanie kompensacyjne zneutralizuje nieadaptacyjne zachowanie, przekonanie nie wpłynie negatywnie na stan zdrowia. Jednak posiadanie wielu kompensacyjnych przekonań i zbyt częste angażowanie się w nieadaptacyjne działania może mieć negatywny wpływ na zdrowie. Badania nad kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi w odniesieniu do zachowań ryzykownych ujawniły, że im więcej kompensacyjnych przekonań zdrowotnych formułują osoby badane, tym istnieje większe prawdopodobieństwo, że zaangażują się w zachowania ryzykowne związane ze zdrowiem. W czasie ciąży, ważne jest utrzymanie jednolitego poziomu samokontroli przez cały jej okres, ponieważ bez odpowiednio utrzymanego poziomu samokontroli, mogą pojawić się kompensacyjne przekonania zdrowotne



UNIwersytet Jagielloński
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

W Polsce mało jest aktualnych badań dotyczących dynamiki procesów samoregulacji oraz poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet w trakcie ciąży, stąd też projekt badawczy Doktorantki stanowi cenne uzupełnienie dotychczasowego stanu badań.

Doktorantka zaprojektowała interesujące badanie mające na celu określenie u kobiet w ciąży zależności pomiędzy poziomem samokontroli a trymestrem ciąży.

Rozprawa doktorska liczy 162 strony, zawiera 18 tabel, 25 rysunków, spis tabel i rysunków oraz Aneks z wykazem 15 załącznikami: Informacja dla pacjenta o projekcie, Informacje dla pacjenta o przetwarzaniu danych osobowych, Świadoma zgoda na przetwarzanie danych, Świadoma zgoda na udział w badaniu oraz zastosowane narzędzia badawcze. Rozprawę wieńczy obszernie piśmiennictwo (w większości pozycji z ostatnich 10 lat) oraz streszczenia pracy w języku polskim i angielskim.

Dysertację opracowano na podstawie analizy dostępnej literatury przedmiotu oraz w oparciu o wyniki przeprowadzonych badań własnych. Praca ma budowę typową dla prac empirycznych.

Część teoretyczna rozprawy jest obszerna i w pełni umożliwia postawienie szczegółowych pytań i hipotez badawczych, opracowanie założeń o wzajemnych zależnościach oraz wskazuje na kierunki wnioskowania. W tej części Doktorantka przedstawiła tło teoretyczne związane z tematyką dotyczącą etapów ciąży oraz podejścia kobiet w ciąży do kwestii zdrowych zachowań. W czasie ciąży, ważne jest utrzymanie jednolitego poziomu samokontroli przez cały jej okres, ponieważ bez odpowiednio utrzymanego poziomu samokontroli, mogą pojawić się kompensacyjne przekonania zdrowotne.



UNIwersytet JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Przedstawiono również koncepcje i modele samoregulacji i samokontroli, a także różnice pomiędzy samoregulacją, a samokontrolą. Skupiono się na zaprezentowaniu zasobowego modelu samokontroli, który stanowi podłoże teoretyczne do założeń dotyczących samokontroli w kontekście kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i niezdrowych nawyków podjadania u kobiet w ciąży.

Zaprezentowano kompensacyjne przekonania zdrowotne jako strategię samoregulacji. Na podstawie teorii i dotychczasowych wyników badań, Doktorantka opisała także jakie konsekwencje dla zdrowia niesie stosowanie takich przekonań oraz szczegółowo przedstawiono model przekonań kompensacyjnych.

Rozważania Doktorantki są merytoryczne, charakteryzują się wnikliwością, szczegółowością oraz świadczy o dużej znajomości omawianej problematyki. Ta część rozprawy doktorskiej napisana jest poprawnie pod względem językowym i co jest niezmiernie ważne w sposób komunikatywny. Wywód teoretyczny jest poprowadzony w sposób logiczny i uporządkowany.



Część empiryczną Doktorantka rozpoczęła od zaprezentowania celu głównego i celów szczegółowych pracy oraz opisanie metodologii badań wraz metodyką pracy, charakterystyką osób badanych oraz prezentacją zastosowanych narzędzi badawczych i opisem analiz statystycznych.

Osobami badanymi były kobiety. Grupę badaną stanowiły kobiety w ciąży, zaś grupę kontrolną kobiety bez ciąży.

Schemat badania, który zaprojektowała Doktorantka był następujący:

1. Badanie przekrojowe
2. Badanie podłużne
3. Badania porównawcze

W badaniu przekrojowym nazwanym badaniem 1 (kwiecień 2019 - lipiec 2020), w którym uczestniczyło 799 kobiet w ciąży w wieku 18-44 lat Doktorantka postawiła następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1. Poziom samokontroli u kobiet w ciąży będzie niższy w późniejszym etapie ciąży, czyli w trzecim trymestrze niż w drugim i pierwszym trymestrze.

Hipoteza 2. Poziom przekonań kompensacyjnych dotyczących zdrowia, powinien być wyższy u kobiet w późniejszym etapie ciąży, to znaczy w trzecim trymestrze wyższy w porównaniu do pierwszego i drugiego trymestru.

Hipoteza 3. Założono niski poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących kompensacji skutków używania substancji (alkoholu, nikotyny i kawy)

Hipoteza 4. Kobiety w ciąży będą najczęściej formułowały przekonania kompensacyjne, w których niezdrowe zachowanie będzie dotyczyło niezdrowego jedzenia.

Hipoteza 5. Założono, że kompensacja niezdrowego zachowania kobiet w ciąży będzie dotyczyła zdrowego jedzenia.



Hipoteza 6. Założono, że kobiety w ciąży będą najczęściej w sposób spontaniczny formułowały przekonania kompensacyjne zakładające kompensację niezdrowego jedzenia, zdrowym jedzeniem i aktywnością.

Hipoteza 7. Założono, że przekonania kompensacyjne dotyczące niezdrowego jedzenia i kompensacji dotyczącej zdrowego jedzenia i aktywności będą częściej spontanicznie formułowane przez kobiety w trzecim trymestrze niż w pierwszym trymestrze i niż drugim trymestrze ciąży.

Doktorantka zastosowała następujące narzędzia badawcze:

- a) do pomiaru samokontroli jako cechy- Skalę Samokontroli (Tangney i in., 2004) polska wersja (Buczny i Międzyobrodzka, 2015),
- b) do pomiaru kompensacyjnych przekonań zdrowotnych - polska wersja Skali Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia (Knäuper i in., 2004,
- c) Spontaniczne przekonania kompensacyjne zostały zmierzone poprzez pytania otwarte. Uczestniczki badania otrzymały definicję kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Następnie zostały poproszone o zapisanie przekonań,

Kolejny etap badań to badanie podłużne nazwane przez Doktorantkę badaniem 2.

Z grupy 799 kobiet w ciąży w wieku 18-44 lat zakwalifikowano i zaproszono do dalszych badań 166 kobiet, które były w pierwszym trymestrze ciąży. Badanie trwało od kwietnia 2019r. do lipca 2020 roku.



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Doktorantka postawiła następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1 i Hipoteza 2. Poziom samokontroli oraz poziom samokontroli dotyczący jedzenia obniży się w czasie ciąży, od pierwszego do trzeciego trymestru

Hipoteza 3. Poziom przekonań kompensacyjnych dotyczących zdrowia w różnych dziedzinach życia, takich jak na przykład odżywianie, powinien wzrastać wraz z przebiegiem ciąży, będąc najwyższym w trzecim trymestrze ciąży.

Hipoteza 4. Założono również pozytywny związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi.

Hipoteza 5. Spodziewano się, że kompensacyjne przekonania zdrowotne w trzecim trymestrze ciąży będą pośredniczyć w związku między samokontrolą jako cechą mierzoną w pierwszym trymestrze, a niezdrowymi nawykami podjadania w trzecim trymestrze ciąży.

Hipoteza 6. Założono, że jeden z podwymiarów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – niezdrowe nawyki żywieniowe w trzecim trymestrze ciąży w szczególności będzie pośredniczyć w związku między samokontrolą jako cechą mierzoną w pierwszym trymestrze, a niezdrowymi nawykami podjadania w trzecim trymestrze ciąży.

W badaniu podłużnym uczestniczki (badanie 2) wypełniały kwestionariusze w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży. Zbadano następujące zmienne: samokontrolę, samokontrolę dotyczącą jedzenia, kompensacyjne przekonania zdrowotne, niezdrowe nawyki podjadania, tydzień i trymestr ciąży.



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Doktorantka w kolejnym etapie badań (badanie 2) wykorzystała następujące narzędzia badawcze:

1. Do pomiaru samokontroli jako cechy wykorzystano polską wersję (Buczny i Międzyobrodzka, 2015) Skali Samokontroli (Tangney i in., 2004).
2. Do pomiaru samokontroli dotyczącej jedzenia wykorzystano polską wersję (Łuszczyńska i in., 2013) Kwestionariusza Samoregulacji Dotyczącej Jedzenia (de Vet i in., 2014),
3. Kompensacyjne przekonania zdrowotne mierzono za pomocą polskiej wersji Skali Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia (Knäuper i in., 2004)
4. Niezdrowe nawyki związane z podjadaniem mierzono jedynie w trzecim pomiarze (t_3), za pomocą polskiej wersji Samoopisowego Wskaźnika Siły Nawyku (Łuszczyńska i in., 2013),

Ostatnim etapem badań było badanie porównawcze nazwane przez Doktorantkę badaniem 3, w którym dokonano porównania grupy kobiet w ciąży z grupą kobiet niebędących w ciąży. W badaniu uczestniczyło 161 kobiet, w tym 64 kobiet w ciąży i 97 kobiet niebędących w ciąży

Badania trwały w okresie od września 2022 roku do stycznia 2023 roku.

Doktorantka postawiła następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1. Założono, że kobiety w ciąży cechują się niższym poziomem samokontroli (i niższym poziomem samokontroli dotyczącej jedzenia w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży -Hipoteza 2.

Hipoteza 3. Założono, że poziom przekonań kompensacyjnych u kobiet w ciąży będzie wyższy niż u kobiet niebędących w ciąży.



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Hipoteza 4. Założono, że pojawią się różnice w spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonaniach pomiędzy kobietami w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży. Kobiety w ciąży będą spontanicznie formułowały więcej kompensacyjnych przekonań związanych z jedzeniem, w których niezdrowe zachowanie dotyczyć będzie niezdrowego jedzenia, a kompensacja niezdrowego zachowania dotyczyć będzie zdrowego jedzenia (Hipoteza 5) w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży.

Doktorantka zastosowała następujące narzędzia badawcze:

1. Do pomiaru samokontroli jako cechy wykorzystano polską wersję (Buczny i Międzyobrodzka, 2015) Skali Samokontroli (Tangney i in., 2004) tak jak w badaniu 1 i w badaniu 2.

2. Do pomiaru *samokontroli dotyczącej jedzenia* wykorzystano polską wersję (Łuszczyńska i in., 2013) Kwestionariusza Samoregulacji dotyczącego jedzenia (de Vet i in., 2014) tak jak w badaniu 2.

3. Kompensacyjne przekonania zdrowotne mierzono za pomocą polskiej wersji Skali Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia (Knäuper i in., 2004) tak jak w badaniu 1 i w badaniu 2

4. Spontaniczne przekonania kompensacyjne zmierzono poprzez Pytania otwarte dotyczące spontanicznych kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Te same pytania zostały wykorzystane do pomiaru spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań w badaniu 1.

Zastosowane przez Doktorantkę narzędzia badawcze oraz metodologia i metodyka badań w ocenie Recenzentki zostały użyte prawidłowo, odpowiednio i adekwatnie. Zastosowane testy analizy statystycznej są poprawne i wskazują na bardzo duże umiejętności Doktorantki w tym obszarze.



W kolejnym rozdziale (rozdział 5) Doktorantka przedstawiła wyniki własne na tle aktualnej literatury przedmiotu (Dyskusje i konkluzje). Cel główny i cele szczegółowe badań, który postawiła sobie Doktorantka został osiągnięty.

Zaprezentowane wyniki badań pogłębiają stan wiedzy na temat dynamiki procesów samoregulacji oraz poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet w trakcie ciąży. Sprawdzono także, jakie kompensacyjne przekonania zdrowotne spontanicznie formułowały kobiety w ciąży oraz jaki był poziom niezdrowych nawyków podjadania u kobiet na końcowym etapie ciąży.

Jednym z głównych celów badań Doktorantki było znalezienie odpowiedzi na pytania, czy poziom samokontroli obniża się w trakcie ciąży od pierwszego do trzeciego trymestru oraz czy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych wzrasta wraz z przebiegiem ciąży? Wyniki analiz w badaniu przekrojowym nie potwierdziły postawionej hipotezy, mówiącej o tym, że poziom samokontroli u kobiet będących w późniejszym etapie ciąży, to znaczy w trzecim trymestrze ciąży jest niższy w porównaniu do kobiet będących w pierwszym i drugim trymestrze ciąży. Trymestr ciąży nie różnicował poziomu samokontroli. Nie potwierdzono także kolejnej hipotezy dotyczącej kompensacyjnych przekonań. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet będących w późniejszym etapie ciąży, to znaczy w trzecim trymestrze ciąży nie był wyższy w drugim trymestrze ciąży osiągały istotnie wyższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiaru regulacja masy ciała w porównaniu do kobiet w trzecim trymestrze. Siła zaobserwowanych efektów była niska. Z uwagi na to, że badanie miało charakter przekrojowy, miało swoje ograniczenia.



Wychodząc naprzeciw ograniczeniom badania przekrojowego Doktorantka przeprowadziła kolejny etap badań- badanie podłużne, w którym możliwe było odnotowanie zmian w przebiegu ciąży oraz pozwoliło Doktorantce wziąć pod uwagę różnice indywidualne. Badanie podłużne wykazało, że kobiety w ciąży są narażone na niepowodzenia samoregulacji wynikające z wyczerpania samokontroli. Samokontrola jako cecha indywidualna oraz samokontrola dotycząca jedzenia malała wraz z postępem ciąży.

W badaniu podłużnym wyniki wskazują na to, że poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących zdrowia wzrastał wraz z postępem ciąży. Zarówno ogólny poziom przekonań kompensacyjnych, jak i poziom przekonań kompensacyjnych w każdym z czterech wymiarów wzrastał. Najsilniejszy efekt zaobserwowano w wymiarze regulacja masy ciała i niezdrowe nawyki żywieniowe, a najsłabszy w zakresie używanie substancji psychoaktywnych. Kolejne wyniki badania podłużnego potwierdziły zależność pomiędzy samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi. Wraz ze spadkiem samokontroli jako cechy w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze, wzrastał poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Co ciekawe, związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi był najsilniejszy w trzecim trymestrze ciąży. Ponadto Doktorantka wykazała, że uzyskane samokontrola jako cecha ma znaczenie dla kształtowania się przekonań kompensacyjnych, pod koniec ciąży, kiedy jej poziom jest najniższy. Im bardziej obniża się poziom samokontroli jako cechy u kobiet w ciąży, tym częściej przejawiają one dezadaptacyjne kompensacyjne przekonania zdrowotne. Najwyższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych kobiet w ciąży dotyczył podwymiaru stres, zupełnie odmiennie od jednej z postawionych hipotez w badaniu poprzecznym, która zakładała, że kobiety w ciąży mają wysoki poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący kompensowania niezdrowych nawyków żywieniowych, a także tych związanych z regulacją masy ciała. Spontanicznie kobiety w ciąży najczęściej formułowały przekonania kompensacyjne, w których niezdrowe zachowania dotyczyły niezdrowego jedzenia, a najrzadziej kategorii związanej ze stresem. Analizy potwierdziły również hipotezę, mówiącą o tym, że kobiety w ciąży najczęściej w sposób spontaniczny formułują przekonania kompensacyjne zakładające kompensację niezdrowego jedzenia, zdrowym jedzeniem i aktywnością.



Kolejny etap badań polegał na porównaniu dwóch grup kobiet - będących i niebędących w ciąży. Celem tego etapu badań było zweryfikowanie, czy spontaniczne kompensacyjne przekonania zdrowotne formułowane przez kobiety w ciąży różnią się od spontanicznych przekonań kompensacyjnych podawanych przez kobiety niebędące w ciąży? Wyniki badań porównawczych wykazały jednak, że fakt bycia w ciąży nie miał znaczenia w związku ze spontanicznie formułowanymi kompensacyjnymi przekonaniem zdrowotnymi. Nie było istotnych statystycznie różnic między kobietami będącymi w ciąży, a niebędącymi w ciąży dotyczących spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań, w których niezdrowe zachowanie było związane z niezdrowym jedzeniem, a kompensacja niezdrowego zachowania dotyczyła zdrowego jedzenia. W badaniu porównawczym sprawdzano również, czy poziom samokontroli i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych różni się pomiędzy kobietami w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży?

Zgodnie z założeniami okazało się, że kobiety w ciąży mają niższy poziom samokontroli w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Uzasadnienie można znaleźć w zasobowym modelu samokontroli. Z kolei zgodnie z założeniami hipotezy dotyczącej kompensacyjnych przekonań, wynika, że poziom kompensacyjnych przekonań jest wyższy u kobiet w ciąży w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży.

W ocenie Recenzentki na wyróżnienie zasługuje doskonale referowanie wyników badań oraz wnikliwa analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych. Doktorantka świetnie poradziła sobie z bardzo dużą liczbą szczegółowych informacji zawartych w materiale badawczym, które zaprezentowała w syntetyczny i czytelny sposób, co pozwoliło na wykrycie zasadniczych prawidłowości występujących w badanej populacji.



UNIwersYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Jako Recenzentka pragnę podkreślić, iż Doktorantka wskazała implikacje praktyczne uzyskanych wyników badań oraz dokonała krytycznej analizy swoich badań, dowodząc świadomości ich ograniczeń. Kolejność rozdziałów jest poprawna. Praca została zredagowana bardzo starannie i poprawnie. Błędy literowe i stylistyczne zdarzały się niezmiernie rzadko. Z formalnego punktu widzenia oceniana rozprawa jest napisana poprawnie. Podstawy teoretyczne, plan badań i jego realizacja nie budzą żadnych zastrzeżeń i wskazują na bardzo duże kompetencje Doktorantki. Należy podkreślić, iż w realizacji programu badań oraz redagowaniu tekstu Autorka wykazała się doskonałym rozeznaniem zastanej wiedzy oraz dojrzałością warsztatu badawczego. Badania niewątpliwie były czasochłonne, wymagały pracowitości, dokładności i rzetelności. Zamierzony plan analiz został przeprowadzony konsekwentnie, z wykorzystaniem różnorodnych, zaawansowanych i adekwatnych metod analizy statystycznej, co zostało zaprezentowane w rozprawie doktorskiej.

Podsumowując, rozprawa doktorska Pani mgr Magdaleny Mazur-Skupowskiej pt., „Kompensacyjne przekonania zdrowotne u kobiet w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży” spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Dysertacja doktorska spełnia wszelkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim, to jest stanowi oryginalne rozwiązanie zagadnienia naukowego oraz oryginalne rozwiązanie w zakresie zastosowania wyników własnych badań naukowych, dowodzi także ogólnej wiedzy teoretycznej w dyscyplinie psychologia i umiejętności samodzielnego tworzenia warsztatu badawczego, dlatego mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Humanistycznospołecznym SWPS wniosek o dopuszczenie mgr Magdaleny Mazur-Skupowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


KIEROWNIK
Zakładu Psychologii Zdrowia
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Prof. dr hab. Marta Makara-Studzińska