

Dr hab. Ewa Misterska, prof. WSB

Poznań, dn. 23.03.2024

Katedra Pedagogiki i Psychologii

Wydział Studiów Społecznych w Poznaniu

Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa

ul. Orzeszkowej 1

60-778 Poznań

Recenzja

pracy doktorskiej mgr Magdaleny Mazur-Skupowskiej

Kompensacyjne przekonania zdrowotne u kobiet w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży

Narodowy Program Zdrowia wyróżnia cztery czynniki determinujące zdrowie człowieka: styl życia, środowisko fizyczne i społeczne, czynniki genetyczne, oraz działania służby zdrowia. Zachowania zdrowotne mają szczególne znaczenie w przypadku kobiet ciężarnych. Negatywny wpływ na prawidłowy rozwój płodu wywierają m.in. nieprawidłowe nawyki żywieniowe (min. nieregularne posiłki, niedobór warzyw i owoców, spożywanie nadmiaru tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, czy soli kuchennej w diecie). Dodatkowo nieprawidłowe zachowania zdrowotne dotyczyć mogą braku odpowiedniej higieny snu, całkowitego zaniechania aktywności fizycznej oraz uczestnictwa w zajęciach w szkole rodzenia. Jednakże, najgroźniejszymi dla zdrowia kobiety w ciąży i rozwoju dziecka jest stosowanie różnego rodzaju używek: palenia tytoniu, spożywania alkoholu czy zażywanie substancji psychoaktywnych. Przyjmuje się, że to styl życia i związane z nim przekonania prozdrowotne w największym stopniu determinują zachowanie zdrowia kobiet w ciąży. Tymczasem

kompensacyjne przekonania zdrowotne można zdefiniować jako przekonania, że niezdrowe, ale przyjemne zachowania, mogą być zrekompensowane przez zaangażowanie się w późniejsze zdrowe aktywności. Według koncepcji Knauper, Rabiau, Cohen i wsp., kompensacyjne przekonania zdrowotne są powszechnie stosowaną strategią, która pozwala rozwiązać dylemat ulegania pokusie w taki sposób, aby nie wiązał się on z późniejszym poczuciem winy.

Zachowania prozdrowotne, jak również kompensacyjne zachowania zdrowotne kobiet w ciąży wydają się być problemem, który wymaga szczególnej współpracy środowisk medycznych, psychologicznych i pedagogicznych.

Wobec powyższego, należy stwierdzić, że Doktorantka podjęła się ważnego opracowania naukowego, cechującego się istotnymi walorami teoretycznymi, poznawczymi i aplikacyjnymi, którego przedmiotem są kompensacyjne przekonania zdrowotne u kobiet w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży.

Głównym celem badań w ocenianej dysertacji było znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy poziom samokontroli obniża się w trakcie ciąży od pierwszego do trzeciego trymestru oraz czy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych wzrasta wraz z przebiegiem ciąży? Autorka rozważała także, czy istnieje związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi, a także czy istnieje pośrednicząca rola przekonań kompensacyjnych. Następnie, badała, czy kompensacyjne przekonania zdrowotne w trzecim trymestrze ciąży pośredniczą w związku między samokontrolą mierzoną w pierwszym trymestrze, a niezdrowymi nawykami podjadania w trzecim trymestrze ciąży. Ponadto celem badań było zweryfikowanie, jakie spontaniczne kompensacyjne przekonania zdrowotne formułują kobiety w ciąży i czy różnią się one od spontanicznych przekonań kompensacyjnych podawanych przez kobiety niebędące w ciąży? Sprawdziła także, czy poziom samokontroli i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych różni się pomiędzy kobietami w ciąży, a kobietami z grupy kontrolnej (niebędącymi w ciąży).

Przedstawiona do oceny praca złożona jest z trzech części: teoretycznej, metodologicznej i empirycznej, co odzwierciedla się w układzie i treści pracy, przy czym część metodologiczna i odpowiadająca jej część empiryczna podzielona jest sekwencyjnie na etapy badań (badanie 1, badanie 2, badanie 3).

Praca doktorska liczy 162 strony. Piśmiennictwo składa się z 175 pozycji, w większości anglojęzycznych. Doktorantka powołuje się w zdecydowanej większości na aktualne pozycje literaturowe.

Do pracy dołączono spis rysunków (25), spis tabel (17), spis załączników (15). Wśród załączników znalazły się: Oświadczenia osoby badanej do badania 1, 2 i 3; Kwestionariusze danych demograficznych do poszczególnych etapów badań i pomiarów; Skala Samokontroli SCS; Skala Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia SPKDZ; Pytania otwarte dotyczące spontanicznych kompensacyjnych przekonań Zdrowotnych; Kwestionariusz Samoregulacji dotyczący Jedzenia TESQ-E; Samoopisowy Wskaźnik Siły Nawyku SRHI; tabele z podstawowymi statystykami opisowymi wraz z testami normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych.

We *Wstępie* Autorka uzasadniła podjęcie tematu badań z obszaru znaczenia kompensacyjnych przekonań i zachowań zdrowotnych u kobiet w ciąży.

W *rozdziale pierwszym* Autorka przedstawiła tło teoretyczne związane z tematyką dotyczącą etapów ciąży oraz podejścia kobiet w ciąży do kwestii zdrowych zachowań. Przedstawiła również koncepcje i modele samoregulacji i samokontroli, a także różnice pomiędzy samoregulacją, a samokontrolą. Skupiła 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. Następnie, zaprezentowała kompensacyjne przekonania zdrowotne jako strategię samoregulacji. Na podstawie teorii i dotychczasowych wyników badań, opisała jakie konsekwencje dla zdrowia niesie stosowanie takich przekonań oraz szczegółowo przedstawiła model przekonań kompensacyjnych.

Aby lepiej zrozumieć kompensacyjne przekonania zdrowotne oraz ich zależność z samokontrolą, przeprowadzono trzy badania w grupie kobiet ciężarnych. W badaniu trzecim uczestniczyły również osoby z grupy kontrolnej (niebędące w ciąży). Dobór osób do badań miał więc charakter celowy.

W odniesieniu do schematu i procedury badań, różniły się one w zależności od etapu. Badanie 1 miało charakter przekrojowy i objęło 801 kobiet. W badaniu 2, podłużnym, 166 kobiet zbadano w pierwszym (t_1), drugim (t_2) i trzecim (t_3) trymestrze ciąży. W badaniu 3, porównano 50 kobiet będących w ciąży i 39 kobiet niebędących w ciąży. Jeśli chodzi o cele badań, w badaniu 1 sprawdzano poziom samokontroli jako cechy, kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych. W badaniu 2 oceniono poziom samokontroli jako cechy (w czasach t_1 , t_2 , t_3), samokontroli dotyczącej jedzenia (w czasach t_1 , t_2 , t_3), kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (w czasach t_1 , t_2 , t_3) oraz poziom niezdrowych nawyków podjadania (w czasie t_3). W badaniu 3 zweryfikowano poziom samokontroli jako cechy, samokontroli dotyczącej jedzenia, kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych u kobiet będących i niebędących w ciąży. Podsumowując, łącznie przebadano 1056 kobiet. Plan badań należy uznać za poprawny.

Doktorantka, w odniesieniu do każdego z etapów badań, prawidłowo wyznaczyła ich cele, a następnie sformułowała hipotezy. Dobór narzędzi badawczych do przyjętych hipotez należy uznać za prawidłowy.

Godny uznania i podkreślenia jest fakt, że badania w przedstawionej do oceny dysertacji łączą strategię badań podłużnych i przekrojowych. Na uznanie zasługuje wysiłek logistyczny i organizacyjny przebadania przez Autorkę (w znacznej mierze osobiście) 1056 kobiet. W szczególności, cenne są konkluzje płynące z badań longitudinalnych.

W zakresie zagadnień etycznych, Doktorantka wskazała dla etapu 1 i 2 badania, że procedura nie została zatwierdzona przez komisję etyczną przed badaniem, ale badanie zostało zrealizowane zgodnie z dobrymi praktykami w tej dyscyplinie. Nasuwają się pytania, czy badanie nie otrzymało finalnie pozytywnej opinii lokalnej Komisji etyki badań naukowych? Lub może otrzymało taką opinię, ale już w trakcie przeprowadzania badań? W opisie procedury badań 3 etapu, Autorka wspomina jedynie, że badane przed rozpoczęciem pomiaru zostały zapoznane z procedurą i poproszone o zgodę na udział w badaniu. Poinformowano je również o możliwości rezygnacji w dowolnym momencie. Wątpliwości dotyczące aspektu etycznego 3 etapu badań są takie same, jak w przypadku etapów 1 i 2.

Dobór metod statystycznych do sformułowanych w pracy problemów badawczych oraz postawionych celów jest odpowiedni.

Wyniki badań, stanowiące najobszerniejszą część dysertacji, zaprezentowano łącznie na 25 rysunkach oraz w 16 tabelach umiejscowionych odpowiednio w rozdziale 3 (opisującym 1 etap badań), rozdziale 4 (opisującym 2 etap) i rozdziale 5 (odnoszącym się do 3 etapu badań).

Opis uczestniczących w badaniu osób obejmuje dane dotyczące wieku, wykształcenia, ilości przebytych ciąż, trymestru (tygodnia) aktualnej ciąży.

Wyniki badań, opracowane są z uwzględnieniem tych elementów oceny, które służyły do wskazania następujących głównych zależności:

1. Samokontrola jako cecha, jak również samokontrola jako cecha dotycząca jedzenia zmniejszyła się, a poziom przekonań kompensacyjnych wzrósł w czasie trwania ciąży.
2. Potwierdzono związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi, a liniowa analiza efektów mieszanych wykazała, że samokontrola była najlepszym predyktorem przekonań kompensacyjnych w trzecim trymestrze ciąży.
3. Poziom samokontroli był wyższy w grupie kobiet niebędących w ciąży,

a poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych był wyższy w grupie kobiet będących w ciąży.

4. Wspieranie kobiet w ciąży w wyborze konstruktywnych strategii samoregulacji, zwłaszcza w ostatnim trymestrze ciąży, kiedy wyzwania tego okresu wyczerpują zasoby samokontroli wydają się być istotne.

Na uwagę zasługuje rzetelne odniesienie się w podsumowaniu wyników badań do weryfikacji hipotez.

Dyskusja wyników stanowi każdorazowo podsumowanie poszczególnych etapów badań. Zawiera się w trzech cząstkowych rozdziałach empirycznych (łącznie 12 stron) oraz w podsumowującym wyniki wszystkich trzech etapów rozdziale 5 (14 stron). Doktorantka podejmuje w niej próbę skonfrontowania wyników własnych z wynikami badań innych autorów, dokonuje dyskusji ograniczeń badania, a jednocześnie formułuje implikacje do przyszłych badań.

Wnioski mają dość rozbudowany charakter, i nawiązują w swoim stylu do dyskusji wyników badania. W znacznej mierze odnoszą się także do implikacji do przyszłych badań w analizowanym obszarze.

Należy tu podkreślić istotny wymiar aplikacyjny przeprowadzonych badań, co znalazło również odzwierciedlenie w sformułowaniu wniosków. Jak wskazuje Autorka, wyniki zachęcają bowiem do pracy z kobietami w ciąży, ich edukacji i interwencji w celu wzmocnienia ich strategii samokontroli i samoregulacji, które zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia tak istotnych dla zdrowotności przyszłych pokoleń celów.

Rozprawa na poziomie formalno-językowym, stylistycznym i interpunkcyjnym jest poprawna i nie budzi zastrzeżeń.

Uwagi, propozycje oraz prośby o ustosunkowanie się do komentarzy:

1. W zakresie rekrutacji do badań, przydatne byłoby wskazanie, w jaki sposób osoby badane były rekrutowane do wzięcia udziału w projekcie? Czy bezpośrednio przez Doktorantkę?

2. W odniesieniu do zagadnień etycznych, nasuwa się pytania, czy badanie otrzymało finalnie pozytywną opinię lokalnej Komisji etyki badań naukowych?
3. Interesujące byłoby wskazanie, który z uzyskanych rezultatów zdaniem Autorki będzie miał największe przełożenie na jej praktykę zawodową?

Powyższe uwagi są jedynie wskazówkami do ewentualnych poprawek w przypadku dalszego upowszechnienia wyników badań i nie umniejszają wartości przedstawionej do oceny rozprawy doktorskiej.

W podsumowaniu oceny, chciałabym podkreślić elementy pracy warte uznania:

- projekt badania, łączący strategię badań przekrojowych i podłużnych,
- wysiłek organizacyjny związany z przebadaniem próby liczącej ponad 1000 osób, przy zachowaniu doboru celowego,
- szczegółowe odniesienie się do zagadnienia weryfikacji postawionych hipotez badawczych,
- sprawnie przeprowadzona dyskusja wyników badań,
- wskazanie na istotny wymiar aplikacyjny przeprowadzonych badań.

Uważam, że przedstawiona do oceny praca spełnia wymagania stawiane dysertacjom na stopień naukowy doktora nauk społecznych w dyscyplinie psychologia. Na podstawie pozytywnej oceny rozprawy, zwracam się do Rady Wydziału Psychologii we Wrocławiu Uniwersytetu SWPS z wnioskiem o dopuszczenie pracy mgr Magdaleny Mazur-Skupowskiej do dalszych etapów postępowania w przewodzie doktorskim.

Z poważaniem,


dr hab. Ewa MISTERSKA
psycholog