

Prof. dr hab. Eleonora Bielawska-Batorowicz
Instytut Psychologii

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Magdaleny Mazur-Skupowskiej
pt. „Kompensacyjne przekonania zdrowotne u kobiet w pierwszym, drugim
i trzecim trymestrze ciąży”**

Recenzja rozprawy doktorskiej „Kompensacyjne przekonania zdrowotne w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży” przygotowanej przez mgr Magdalenę Mazur-Skupowską została sporządzona na wniosek Rady Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu SWPS, na podstawie art. 187 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz Regulaminu przeprowadzania postępowań w sprawie nadania stopnia doktora w SWPS Uniwersytecie Humanistycznospołecznym.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska łączy problematykę psychologii zdrowia i psychologii prokreacji. Koncentruje się na obecności i roli kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w kolejnych trymestrach ciąży. Zachowania zdrowotne i przekonania zdrowotne ujawniane w okresie ciąży mają znaczenie tak dla zdrowia kobiety, jak i zdrowia płodu oraz noworodka. Wybór takiej problematyki badań wart jest zatem podkreślenia ze względu na jej wagę teoretyczną oraz potencjalne aplikacyjne znaczenie uzyskanych rezultatów.

W rozprawie przedstawiono wyniki trzech badań, powiązanych tematycznie i uwzględniających podobną procedurę oraz zestaw narzędzi badawczych. Struktura manuskryptu rozprawy jest konsekwencją jej zawartości – opisy każdego z badań stanowią odrębne rozdziały (rozdział 2 – 4) obejmujące przeważającą część rozprawy. Prezentacja tych badań jest poprzedzona wprowadzeniem teoretycznym (rozdział 1), a zakończona całościową dyskusją wyników oraz przedstawieniem najważniejszych wniosków (rozdział 5). Manuskrypt zawiera także załączniki – zastosowane narzędzia badawcze, formularze zgody wraz z informacjami o badaniu, a także tabele z niektórymi danymi statystycznymi. Wraz ze streszczeniem w dwu językach, spisem literatury, rycin i tabel manuskrypt stanowi kompletną i spójną całość.

Wprowadzenie teoretyczne koncentruje się na prezentacji dwu zagadnień – (1) zmian fizjologicznych i psychologicznych w okresie ciąży oraz (2) wybranych koncepcji samokontroli i samoregulacji, w tym zasobowego modelu samokontroli oraz kompensacyjnych przekonań zdrowotnych jako strategii samoregulacji. Ta ostatnia koncepcja jest osią teoretyczną badań

przedstawionych w rozprawie, a Autorka interesująco uzasadnia znaczenie kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dla zachowań zdrowotnych podejmowanych w okresie ciąży. Odwołuje się przy tym do adekwatnie dobranej literatury przedmiotu, wykazując się jej dobrą znajomością. Ostatnia część rozdziału „Wprowadzenie teoretyczne” (1.7. Podsumowanie i ogólne cele badawcze, s. 33-34) wbrew tytułowi nie prezentuje celów badawczych, gdyż trudno za takie uznać końcowe zdanie: „Nie wszystkie strategie samoregulacji sprzyjają zdrowiu, a trudności z samokontrolą związane z jej wyczerpaniem, zwłaszcza w końcowym etapie ciąży (...), mogą skłaniać do korzystania z niezdrowych form samoregulacji, takich jak kompensacyjne przekonania zdrowotne (...).” Zapowiadane w tytule podsumowanie jest raczej streszczeniem niż podsumowaniem prowadzącym do sformułowania problemów badawczych.

W dalszej części recenzji odnoszę się do każdego z badań, przedstawiając ewentualne uwagi. Rozdziały, w których przedstawiono rezultaty kolejnych badań mają zbliżoną strukturę – zawarto w nich szczegółowe cele badawcze, opis metody badania (z charakterystyką badanej grupy, zastosowanych narzędzi i metod analizy), wyniki oraz ich dyskusję. Taka struktura rozdziałów jest adekwatna, jeśli zdecydowano się na odrębną prezentację badań.

Badanie 1 to badanie przekrojowe, w którym wzięło udział 801 kobiet w różnych trymestrach ciąży. Zastosowano w nim zestaw kwestionariuszy do pomiaru samokontroli, kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych. Sformułowano 7 hipotez badawczych, ukrytych w tekście, które weryfikowano stosując jednoczynnikową analizę wariancji, test niezależności χ^2 , test Kruskala-Wallisa, test t dla prób zależnych, przyjmując klasyczny poziom istotności $\alpha = 0,05$ i wskazując odpowiednie współczynniki siły efektu (zasadniczo podobne analizy statystyczne prowadzone są także w kolejnych badaniach). Rezultaty nie potwierdziły zakładanego zróżnicowania poziomu samokontroli u kobiet w różnych trymestrach ciąży, wskazały natomiast na zróżnicowanie ogólnego poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i poziomu kompensacyjnych przekonań w zakresie regulacji masy ciała. Wykazały także zróżnicowanie poziomu poszczególnych typów (podwymiarów) kompensacyjnych przekonań. Sposób prezentacji wyników sugeruje w tym przypadku, że analizy wykonano dla całej grupy kobiet. Budzi to wątpliwości ze względu na wykazaną i wspomnianą wcześniej istotną statystycznie różnicę wyników w poszczególnych trymestrach. Zastanawia także zastosowanie porównań parami dla wykazania zróżnicowania kilku typów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Przeprowadzone analizy pozytywnie zweryfikowały zakładane zależności w zakresie formułowania spontanicznych przekonań kompensacyjnych oraz sposobów kompensacji niezdrowego zachowania. Nie stwierdzono jednak zróżnicowania w tym zakresie w poszczególnych trymestrach ciąży.

Przekrojowy charakter badania 1 jest traktowany przez Autorkę jako wyjaśnienie braku potwierdzenia dla części przyjętych hipotez – w tym hipotezy o zróżnicowaniu w kolejnych trymestrach ciąży poziomu samokontroli. Takie uzasadnienie wydaje się słuszne. Biorąc pod uwagę, że Autorka często odwołuje się w zasobowego modelu samokontroli to jednak zaskakuje próba obserwowania wyczerpywania się zasobów w badaniu poprzecznym, bez możliwości kontroli wyjściowego poziomu zasobów i poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Warto zwrócić uwagę na kolejną kontrowersję, a mianowicie uzasadnianie braku potwierdzenia hipotezy liczbą

pozycji testowych i mniejszą wartością współczynnika alfa Cronbacha (hipoteza 3, s. 57). Nie kwestionuję tu związku wartości alfa z liczbą pozycji testowych, ale stawiam pytanie o zasadność stosowania miary o znanej niskiej rzetelności. Co więcej, zastosowano ją ponownie w badaniu 3.

Badanie 2, przeprowadzone z udziałem 169 kobiet, miało charakter podłużny. Uwzględniono w nim narzędzia badawcze znane z badania 1. Postawiono 6 hipotez odnoszących się do zmiany w czasie poziomu samokontroli i przekonań kompensacyjnych, związku samokontroli i przekonań kompensacyjnych, pośredniczącej roli kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w związku pomiędzy samokontrolą a niezdrowymi nawykami podjadania. Koncepcja badania jest adekwatna to postawionych problemów i pozwala na obserwację zmian poziomu samokontroli i kompensacyjnych przekonań w czasie trwania ciąży. Moje uwagi dotyczą w przypadku tego badania kilku kwestii: (1) sposobu, w jaki sformułowano i objaśniono hipotezę 4 – zapis na s. 61 mówi o pozytywnym związku samokontroli i przekonań, wskazując jednocześnie, że „...gdy poziom samokontroli będzie spadał, kobiety w ciąży (...) będą stosować kompensacyjne przekonania zdrowotne.”; (2) znacznego zróżnicowania rozpiętości czasowej pomiędzy kolejnymi pomiarami (18 do 106 dni oraz 22 do 164 dni, odpowiednio pomiędzy t1 i t2 oraz t2 i t3). Być może niezręczny zapis dotyczący hipotezy 4 jest tylko pomyłką redakcyjną - do takiego wniosku skłaniałby (pomyłkowy, jak sądzę) zapis na s. 80, sprzeczny z hipotezą 2 i uzyskanymi wynikami: „...samokontrola dotycząca jedzenia zmniejszała się wraz z przebiegiem ciąży, będąc najwyższą w trzecim trymestrze ciąży.” Niemniej pozostałe wyniki badania przedstawiono prawidłowo, poddano interesującej interpretacji i trafnie odniesiono do literatury przedmiotu.

Opisane w rozprawie badanie 2 (podobnie jak pozostałe dwa) przeprowadzono z zachowaniem właściwych standardów etycznych. Tym bardziej zaskakuje zapis na s. 63: „Procedura badania nie została zatwierdzona przez komisję etyczną przed badaniem, ale badanie zostało przeprowadzone zgodnie z dobrymi praktykami w tej dyscyplinie.” Pojawia się zatem bardzo ważne pytanie – czy o zgodę się nie ubiegano, czy też nie została ona udzielona? Badania z udziałem kobiet w ciąży wymagają szczególnej wrażliwości badacza, a uczestniczki badania szczególnej ochrony, w tym nawet wykluczenia z badania o charakterze eksperymentu medycznego. Kwestia aplikowania do komisji etycznej wymaga zatem wyjaśnienia. Być może jest to kolejny przykład niezręcznego sformułowania, na jakie zwracałam już uwagę w recenzji.

Badanie 3 uwzględniało porównania między kobietami w ciąży ($n=50$) i kobietami, które nie były w ciąży ($n=39$). Zastosowano w nim narzędzia znane z badania 1 i 2. Sformułowano 5 hipotez, które odnosiły się do różnic między grupami w zakresie samokontroli i samokontroli dotyczącej jedzenia, poziomu przekonań kompensacyjnych oraz niezdrowego zachowania związanego z jedzeniem i jego kompensacji. W przypadku tego badania warte podkreślenia jest uwzględnienie roli czynnika różnicującego, jakim jest fakt bycia w ciąży, gdyż pozwala to – łącznie z wynikami poprzednich badań – ocenić znaczenie ciąży dla poziomu samokontroli i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. W tym kontekście zastanawia decyzja Autorki o włączeniu do badania kobiet w różnych trymestrach ciąży (gdy w badaniu 2 potwierdzono zmienność samokontroli) oraz kobiet nie tylko w pierwszej ciąży (gdy kumulujące się doświadczenia z okresu ciąży mogą modyfikować i zachowania, i przekonania zdrowotne). Nie znajduje także uzasadnienia obliczanie średniej oraz zastosowanie testu U Manna-Whitneya w przypadku danych jakościowych (tabela 15, s. 90).

Interesujące wyniki badania 3 wskazują na zróżnicowane znaczenie wieku – jego wzrost sprzyja samokontroli, ale nie ma związku z przekonaniami kompensacyjnymi. Wskazują również, że bycie w ciąży nie ma znaczenia dla spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Ten ciekawy rezultat jest wyjaśniany małą liczebnością porównywanych grup. Czy to jedyne możliwe wyjaśnienie? Pojawiają się tu także dwie istotne kwestie: (1) słuszność założenia – leżącego u podstaw hipotezy 4 i 5 – o większej otwartości kobiet w ciąży na informacje dotyczące zdrowia i jedzenia oraz (2) spożywania przez nie większej ilości jedzenia. Czy możliwe jest inne wyjaśnienie, np. odwołujące się ogólnej większej tendencji do zdrowego odżywiania się, zwłaszcza u osób z wyższym poziomem wykształcenia, a ten dominował w obu porównywanych grupach?

Cykl zaprezentowanych w rozprawie badań realizuje konsekwentnie zamiar Autorki, by analizować kompensacyjne przekonania zdrowotne w różnych trymestrach ciąży oraz ich związek z poziomem samokontroli i zmiennymi demograficznymi. Przekrojowe badanie 1 nie wykazało zróżnicowania w kolejnych trymestrach ciąży poziomu samokontroli, poziomu wszystkich rodzajów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych czy rodzaju spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych. Podłużne badanie 2 pokazało jednak zmienność w czasie ciąży w zakresie samokontroli i przekonań kompensacyjnych, a także mediacyjną rolę kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (w drugim i w trzecim trymestrze) dla związku pomiędzy poziomem samokontroli a niezdrowymi nawykami podjadania w trzecim semestrze, co wydaje się wartościowe z punktu widzenia profilaktyki i edukacji zdrowotnej adresowanej do kobiet w ciąży. Podobną wartość ma rezultat dotyczący względnie rzadszego spontanicznego pojawiania się przekonań dotyczących kompensowania skutków stresu. Na poziomie teoretycznym cykl przedstawionych w rozprawie badań dostarczył argumentów na rzecz zasobowego modelu samokontroli – poziom samokontroli zmniejszał się z czasem, ułatwiając pojawianie się kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Wartością podjętych badań – teoretyczną i aplikacyjną – jest koncentracja na okresie ciąży. Wykazanie braku różnic pomiędzy grupami kobiet w kolejnych trymestrach ciąży i tymi, które w ciąży nie są, podkreśla znaczenie czynników indywidualnych i ich względną przewagę nad szeregiem psychofizjologicznych i psychospołecznych zamian charakterystycznych dla okresu ciąży. To kolejny argument na rzecz indywidualnego podejścia do osoby w kontekście zdrowia i jego ochrony.

Na podkreślenie zasługuje dobra orientacja Autorki w literaturze przedmiotu i sprawne posługiwanie się nią przy konstruowaniu koncepcji własnych badań oraz odnoszenie do niej uzyskanych rezultatów. Wartościowe są również refleksje Autorki dotyczące ograniczeń narzędzia do badania spontanicznie formułowanych przekonań zdrowotnych, co pozwala przypuszczać, że Autorka podejmie prace nad jego doskonaleniem, zwiększając tym samym repertuar wartościowych narzędzi dostępnych innym badaczom.

Recenzowana rozprawa ma pewne usterki, które wykazałam wyżej. Niemniej zawiera wartościowe rozważania teoretyczne, podejmuje ważne problemy badawcze związane z samokontrolą zachowań zdrowotnych i dotyczy ważnego okresu – ciąży – w którym zachowania zdrowotne są istotne tak dla zdrowia kobiety, jak i rozwijającego się płodu. Uzyskane wyniki dostarczają argumentów na rzecz znanych koncepcji teoretycznych i podstaw do działań interwencyjnych adresowanych do kobiet w okresie ciąży. Przedstawione w rozprawie badania

wskazują także na posiadanie kompetencji do prowadzenia badań, które będą rozwijane w kolejnych projektach badawczych Autorki rozprawy.

Konkludując stwierdzam, że praca przedstawiona przez mgr Magdalenę Mazur-Skupowską spełnia wymagania stawiane rozprawom doktorskim opisane w art. 187 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Wnioskuje o dopuszczenie mgr Magdaleny Mazur-Skupowskiej do dalszych etapów postępowania o nadanie stopnia doktora.

Elżbieta - Ral Tran