

Uniwersytet Humanistycznospołeczny  
Wydział Psychologii we Wrocławiu

Magdalena Mazur-Skupowska

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

Praca doktorska napisana pod kierunkiem:  
dr hab. Katarzyny Byrki, Prof. Uniwersytetu SWPS

Wrocław 2023

*Serdecznie dziękuję mojej promotorce, Pani Profesor Katarzynie Byrce za zaangażowanie  
cierpliwość, motywację oraz za życzliwość i pełne wsparcie, na które mogłam liczyć na  
każdym etapie Naszej współpracy.*

## Spis treści

<b>Streszczenie .....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>9</b>
<b>Wprowadzenie .....</b>	<b>11</b>
<b>Cel badań własnych.....</b>	<b>12</b>
<b>Rozdział 1: Wprowadzenie teoretyczne .....</b>	<b>12</b>
<i>1.1. Psychologiczne i fizjologiczne aspekty ciąży oraz dynamika okresu ciąży .....</i>	<i>13</i>
<i>1.2. Prozdrowotne zachowania w okresie ciąży .....</i>	<i>15</i>
<i>1.3. Samoregulacja a samokontrola.....</i>	<i>16</i>
<i>1.4. Teorie samoregulacji .....</i>	<i>17</i>
1.4.1. Model cybernetyczny samoregulacji .....	18
1.4.2. Teorie systemu celów .....	18
1.4.3. Modele dwuprocesowe .....	19
1.4.4. Procesowy model samokontroli .....	20
1.4.5. Modele wyboru .....	20
1.4.6. Społeczno – poznawcza teoria samoregulacji .....	21
1.4.7. Zasobowy model samokontroli .....	22
1.4.8. Samokontrola jako cecha .....	24
<i>1.5. Kompensacyjne przekonania zdrowotne jako strategia samoregulacji .....</i>	<i>26</i>
<i>1.6. Podsumowanie i ogólne cele badawcze .....</i>	<i>33</i>
<b>Rozdział 2: Badanie 1.....</b>	<b>35</b>
2.1. Szczegółowe cele badawcze .....	35
2.2. Metoda .....	36
2.2.1. Osoby badane .....	36
2.2.2. Schemat badania i procedura .....	37

2.2.3. Narzędzia .....	38
2.2.3.1. Skala Samokontroli .....	38
2.2.3.2. Skala Przekonań Kompensacyjnych dotyczących Zdrowia .....	39
2.2.3.3. Pytania otwarte dotyczące spontanicznych kompensacyjnych przekonań zdrowotnych .....	39
2.3. Wyniki .....	41
2.3.1. Podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych ilościowych .....	42
2.3.2. Poziom samokontroli a trymestr ciąży .....	43
2.3.3. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych a trymestr ciąży .....	44
2.3.4. Porównanie poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w trzech wymiarach .....	47
2.3.5. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania ..	50
2.3.6. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące kompensacji niezdrowego zachowania .....	51
2.3.7. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania i jego kompensacji .....	52
2.3.8. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania i jego kompensacji a trymestr ciąży .....	53
2.4. Dyskusja wyników .....	55
<b>Rozdział 3: Badanie 2 .....</b>	<b>60</b>
3.1. Szczegółowe cele badawcze .....	60
3.2. Metoda .....	62
3.2.1. Osoby badane .....	62
3.2.2. Schemat badania i procedura .....	62
3.2.3. Narzędzia .....	63

3.2.3.1. Skala Samokontroli .....	63
3.2.3.2. Kwestionariusz Samoregulacji dotyczący Jedzenia.....	64
3.2.3.3. Skala Przekonań Kompensacyjnych dotyczących Zdrowia .....	65
3.2.3.4. Samoopisowy Wskaźnik Siły Nawyku .....	65
3.3. <i>Wyniki</i> .....	66
3.3.1. Podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych ilościowych .....	66
3.3.2. Poziom samokontroli a trymestr ciąży .....	67
3.3.3. Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia a trymestr ciąży .....	68
3.3.4. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych a trymestr ciąży.....	71
3.3.5. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiaru stres a trymestr ciąży .....	72
3.3.6. Związek między kompensacyjnymi przekonaniem zdrowotnymi a samokontrolą w zależności od trymestru ciąży .....	75
3.3.7. Mediacyjna rola kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w związku między samokontrolą a niezdrowymi nawykami podjadania .....	76
3.3.8. Mediacyjna rola niezdrowych nawyków żywieniowych (podwymiar kompensacyjnych przekonań zdrowotnych) w związku między samokontrolą a niezdrowymi nawykami podjadania .....	78
3.4. <i>Dyskusja wyników</i> .....	79
<b>Rozdział 4: Badanie 3 .....</b>	<b>83</b>
4.1. <i>Szczegółowe cele badawcze</i> .....	83
4.2. <i>Metoda</i> .....	85
4.2.1. Osoby badane .....	85
4.2.2. Schemat badania i procedura .....	87
4.2.3. Narzędzia .....	88

4.2.3.1. Skala Samokontroli .....	88
4.2.3.2. Kwestionariusz Samoregulacji dotyczący Jedzenia.....	88
4.2.3.3. Skala Przekonań Kompensacyjnych dotyczących Zdrowia .....	88
4.2.3.4. Pytania otwarte dotyczące spontanicznych kompensacyjnych przekonań Zdrowotnych .....	88
<i>4.3. Wyniki</i> .....	88
4.3.1. Podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych ilościowych .....	88
4.3.2. Poziom samokontroli u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	90
4.3.3. Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	92
4.3.4. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	94
4.3.5. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	96
4.3.6. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące kompensacji niezdrowego zachowania u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	97
<i>4.4. Dyskusja wyników</i> .....	98
<b>Rozdział 5: Dyskusja i konkluzje</b> .....	<b>101</b>
<i>5.1. Dyskusja</i> .....	101
<i>5.2. Konkluzje</i> .....	111
<b>Bibliografia</b> .....	<b>115</b>
<b>Spis rysunków</b> .....	<b>140</b>
<b>Spis tabel</b> .....	<b>143</b>
<b>Załączniki</b> .....	<b>145</b>

## STRESZCZENIE

Kompensacyjne przekonania zdrowotne mogą służyć jako jedna z wielu strategii samoregulacji stosowanych przez ludzi w celu utrzymania zdrowego stylu życia. Wcześniejsze badania z udziałem prób z populacji ogólnej wykazały jednak, że przekonania kompensacyjne są nieskuteczne w tym zakresie i mogą prowadzić nawet do braku podejmowania działania w przyszłych zachowaniach zdrowotnych. Aby lepiej zrozumieć kompensacyjne przekonania zdrowotne oraz ich zależność z samokontrolą, przeprowadzono trzy badania w grupie szczególnej, jeśli chodzi o wyzwania związane z samoregulacją – w grupie kobiet ciężarnych. 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. W badaniu 1 sprawdzano poziom samokontroli jako cechy, kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych. Spontanicznie kobiety w ciąży najczęściej formułowały przekonania kompensacyjne, w których niezdrowe zachowanie dotyczyło niezdrowego jedzenia. Najczęściej kompensacja niezdrowego zachowania spontanicznie podawana przez kobiety w ciąży dotyczyła zdrowego jedzenia i aktywności. W badaniu 2 oceniono poziom samokontroli jako cechy ( $t_1$ ,  $t_2$ ,  $t_3$ ), samokontroli dotyczącej jedzenia ( $t_1$ ,  $t_2$ ,  $t_3$ ), kompensacyjnych przekonań zdrowotnych ( $t_1$ ,  $t_2$ ,  $t_3$ ) oraz poziom niezdrowych nawyków podjadania ( $t_3$ ). Samokontrola jako cecha, jak również samokontrola jako cecha dotycząca jedzenia zmniejszyła się, a poziom przekonań kompensacyjnych wzrósł w czasie trwania ciąży. Potwierdzono także związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi. Liniowa analiza efektów mieszanych wykazała, że samokontrola była najlepszym predyktorem przekonań kompensacyjnych w trzecim trymestrze ciąży. Ponadto, kompensacyjne przekonania zdrowotne oraz podwymiar kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – niezdrowe nawyki żywieniowe w trzecim trymestrze ciąży

pośredniczyły pomiędzy samokontrolą na początku ciąży, a niezdrowymi nawykami podjadania w trzecim trymestrze. 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. Poziom samokontroli był wyższy w grupie kobiet niebędących w ciąży, a poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych był wyższy w grupie kobiet będących w ciąży. 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.



## ABSTRACT

Compensatory health beliefs may serve as one of many self-regulation strategies that people use to maintain a healthy lifestyle. Previous research in sample from a general population has shown, however, that compensatory beliefs are ineffective in this regard and may even lead to inaction in future health behaviors. To better understand compensatory health beliefs and their relationship with self-control, three studies were conducted in a specific group facing challenges related to self-regulation, that is, pregnant women. Study 1 had a cross-sectional design and included 801 women. In study 2, a longitudinal study, 166 women were examined during the first ( $t_1$ ), second ( $t_2$ ), and third ( $t_3$ ) trimester of pregnancy. In Study 3, 50 pregnant and 39 non-pregnant women were compared. Study 1 examined the level of trait self-control, compensatory health beliefs, and spontaneously formed compensatory beliefs. Spontaneously, pregnant women most often formulated compensatory beliefs in which unhealthy behavior related to unhealthy food. The most common compensation for unhealthy behavior spontaneously given by pregnant women concerned healthy eating and activity. Study 2 assessed the level of trait self-control ( $t_1$ ,  $t_2$ ,  $t_3$ ), eating self-control ( $t_1$ ,  $t_2$ ,  $t_3$ ), compensatory health beliefs ( $t_1$ ,  $t_2$ ,  $t_3$ ), and the level of unhealthy snacking habits ( $t_3$ ). Trait self-control, as well as trait self-control regarding eating, decreased and the level of compensatory beliefs increased during pregnancy. The relationship between self-control and compensatory health beliefs was also confirmed. Linear mixed effects analysis showed that self-control was the best predictor of compensatory beliefs in the third trimester. Furthermore, compensatory health beliefs and the subdimension of compensatory health beliefs - unhealthy eating habits in the third trimester mediated between self-control at the beginning of pregnancy and unhealthy snacking habits in the third trimester. Study 3 verified the level of trait self-control, self-control regarding eating, compensatory health beliefs and spontaneously formed compensatory beliefs in pregnant and non-pregnant women. The level of self-control was higher in the group of non-

pregnant women, and the level of compensatory health beliefs was higher in the group of pregnant women. Supporting pregnant women in choosing constructive self-regulation strategies, especially in the last trimester of pregnancy, when the challenges of this period exhaust self-control resources, seem to be important.

## WPROWADZENIE

Światowa Organizacja Zdrowia niezmiennie podkreśla znaczenie promowania zdrowego stylu życia (WHO, 2020). Zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna, unikanie stresu i szkodliwych używek nabierają szczególnego znaczenia w okresie ciąży, ponieważ okres ten dotyczy zarówno kobiet, jak i ich przyszłych dzieci (Maciąg i in., 2013; Phelan, 2010). Co więcej, ciąża może stwarzać okazję do zainicjowania zmian w zachowaniach (Phelan, 2010). Jednak ciąża charakteryzuje się również wieloma wyzwaniami wynikającymi z nagłych zmian w różnych aspektach życia kobiet, które jednocześnie wyczerpują fizycznie, hormonalnie i psychicznie (Kazma i in., 2020; Qiu i in., 2012; Soma-Pillay, 2016).

W sytuacjach wymagających dużego wysiłku niezbędna jest samokontrola (Hagger i in., 2010; Muraven i in., 2006). Teoria wyczerpywania się zasobów głosi, że im częściej jednostka korzysta z określonych wewnętrznych zasobów, tym szybciej wyczerpuje się ich samokontrola (Baumeister i in., 1998; Clinton i in., 2020; Hagger i in., 2013). Zmniejszenie możliwości kontrolowania własnych stanów wewnętrznych i zachowań może powodować trudności w utrzymaniu zachowań zdrowotnych (Bai i in., 2021; Baumeister i in., 1994; Inzlicht, 2020; Soma-Pillay i in., 2016).

Z uwagi na to, że dynamiczne i wycieńczające zmiany w ciele i umyśle w czasie ciąży mogą wyczerpywać zasoby samokontroli (Hagger i in., 2010; Muraven i Baumeister, 2000; Scheppingen i in., 2018), postawiono hipotezę, że trzeci trymestr ciąży jest najtrudniejszy pod względem utrzymania zdrowych zachowań. Według modelu założeń modelu zasobów samokontrola powinna zmniejszać się wraz z postępem ciąży. W konsekwencji zakładano, że kobiety w ciąży będą wybierać prostsze formy samoregulacji, takie jak kompensacyjne przekonania zdrowotne (Knäuper i in., 2004). Są to przekonania, że negatywne skutki niezdrowych zachowań można kompensować lub neutralizować poprzez podejmowanie zachowań prozdrowotnych (Knäuper i in., 2004, s. 607). O wiele łatwiej jest wytworzyć

przekonanie niż zrekompensować niezdrowe zachowanie zdrowym działaniem (Festinger, 1957; Rabiau i in., 2006). Im bardziej samokontrola jest wyczerpana w konfrontacji z pokusami, tym większe jest prawdopodobieństwo, że pojawią się kompensujące przekonania zdrowotne i tym mniejsze jest prawdopodobieństwo, że dana osoba zaangażuje się w zachowania kompensacyjne lub oprze się pokusom (Rabiau i in., 2006).

### **CEL BADAŃ WŁASNYCH**

Głównymi celami badań własnych 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? Rozważano również, czy istnieje związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniem zdrowotnymi? Zastanawiano się także nad pośredniczącą rolą przekonań kompensacyjnych. Badano, 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? Sprawdzano również, czy poziom samokontroli i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych różni się pomiędzy kobietami w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży?

### **ROZDZIAŁ 1: Wprowadzenie teoretyczne**

Celem rozdziału pierwszego jest przedstawienie obecnego stanu wiedzy na temat zmian psychologicznych i fizjologicznych zachodzących w okresie ciąży. W tym rozdziale uwzględniono także dynamikę okresu ciąży, nawyki żywieniowe kobiet w ciąży oraz ich podejście do aktywności fizycznej. Ponadto przedstawiono modele samoregulacji, samokontroli, jak również kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Knäuper i in., 2004).

### **1.1. Psychologiczne i fizjologiczne aspekty ciąży oraz dynamika okresu ciąży**

Ciąża to wymagający okres pełen radości, ale także wątpliwości, niepokoju i lęku (Barbu i in., 2020; Essen i in., 2000; Maciąg, 2013). Charakteryzuje się bólem fizycznym, trudnościami ze snem i ograniczeniami w życiu seksualnym (Bao i in., 2020; Majchrzycki i in., 2010; Polo-Kantola i in., 2017; Sunil i Franco, 2004). To okres, w którym konieczne jest sprostanie wielu wymaganiom, między innymi dotyczącym prowadzenia zrównoważonego trybu życia. Ma to znaczenie dla zdrowia kobiety, prawidłowego przebiegu ciąży, a także dla właściwego rozwoju dziecka (Maciąg i in., 2013). Nie ma drugiego takiego okresu w życiu zdrowej kobiety, w którym zachodzi tyle różnorodnych zmian równocześnie i który stanowi dla organizmu tak poważne obciążenie (Bayramova, 2018; Majchrzycki i in., 2010). Mimo, że ciąża jest naturalnym stanem dla kobiety, jest też dynamicznym procesem zmian, które dotyczą fizjologicznych i psychologicznych aspektów wymagających adaptacji (Bayramova, 2018; Davis i Narayan, 2020; Makara-Studzińska i in., 2011; Murray i Hendley, 2020). Nadmiar tych zmian i tempo w jakim się pojawiają, może być powodem stresu dla kobiety (Da Costa i in., 1999; Lepiarz, 2010), dlatego też potrzeby emocjonalne kobiet, jak i funkcjonowanie psychiczne w okresie ciąży są zupełnie odmienne od pozostałych okresów ich życia (Lepiarz, 2010; Libera 2009). Dynamika procesów zachodzących w ciele kobiety, różnorodność wyzwań oraz emocjonalny przebieg ciąży pozwala wyróżnić trzy charakterystyczne trymestry.

W pierwszym trymestrze ciąży (1-3 miesiące, 1-13 tydzień ciąży) dominują zmiany fizjologiczne, zarówno hormonalne, jak i fizyczne (Bjelica, 2018; Wojaczek, 2012). Często występują takie dolegliwości, jak nudności, wymioty, bóle głowy, piersi, senność (Sacomori i Cardoso, 2010). Ten etap ciąży charakteryzuje się również stanem niepokoju i lęku związanego z porodem i ryzykiem utraty ciąży (Sacomori i Cardoso, 2010). W tym czasie kobieta jest skupiona na sobie i zmianach zachodzących w jej ciele (Boscaglia i in., 2003; Inanir i in., 2015).

W drugim trymestrze ciąży (4-6 miesięcy, 14-27 tygodni ciąży) nieprzyjemne doświadczenia pierwszego trymestru, takie jak nudności, mijają, pozwalając na pełną koncentrację na dziecku (Chan i in., 2011). Jest to jednak tylko relatywnie łatwiejszy czas, ponieważ w organizmie kobiety, która jest narażona na skumulowany wysiłek, wciąż zachodzą zmiany (Newham i Martin, 2013). Przyrost masy ciała, obrzęki, zmiany w układzie mięśniowo-powięziowym, ból pleców potwierdzają, że zmiany na tym etapie ciąży stale się pojawiają (Fraš i in., 2012; Opala-Berdzik i in., 2009; Saptanyi i in., 2020; Urtnowska i in., 2015).

Trzeci trymestr (7-9 miesięcy, 28-39/40 tydzień ciąży) to okres ciąży, w którym buduje się najsilniejsza więź emocjonalna między matką, a dzieckiem (Wojaczek, 2012). Jednak niestabilność nastroju, wrażliwość emocjonalna i wyczerpanie psychiczne stają się coraz bardziej powszechne (Barbu i in., 2020). Niepokój i lęk powracają w związku ze zbliżającym się porodem i oczekiwaniem bólu, obawami przed powikłaniami, a także obawami o zdrowie i bezpieczeństwo samych kobiet i ich dzieci (Bielawska-Batorowicz, 2006; Lichtenberg-Kokoszka, 2008; Nekoe i Zarei, 2015). Lęk wzrasta w trzecim trymestrze w porównaniu z pierwszym i drugim (Salafas i in., 2020). Badania Da Costa i in. (1999) również wykazały, że stan lęku wzrasta w trzecim trymestrze, w porównaniu do pierwszego i drugiego trymestru. Negatywne odczucia wiążą się również z widocznymi już zmianami fizycznymi, takimi jak zwiększenie masy ciała kobiety. Duży brzuch powoduje większe zmęczenie, problemy z oddychaniem, poruszaniem się i zmianą pozycji (Franklin, 1998, Majchrzycki i in., 2010). Mogą również wystąpić bóle pleców, obrzęki, zaparcia, uczucie duszności i ciężkości (Davis, 1996; Majchrzycki i in., 2010; Wojaczek, 2012). Ponadto zaburzenia snu, takie jak bezsenność, są również bardziej prawdopodobne w trzecim trymestrze ciąży (Neau i in., 2009; Salari i in., 2021). Ze względu na te liczne zmiany w organizmie kobiety i funkcjonowanie psychiczne, ciąża stanowi wyzwanie dla procesów samoregulacji.

## 1.2. Prozdrowotne zachowania w okresie ciąży

Wśród czynników korzystnie wpływających na zdrowie kobiet w ciąży istotne miejsce zajmuje prawidłowy sposób żywienia, co oznacza zbilansowaną i urozmaiconą dietę (Maciąg i in., 2013) oraz właściwą jakość żywności (Kaiser i Allen, 2008). Pozytywny wpływ na przebieg ciąży wywiera również podejmowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej (Maciąg i in., 2013). Nabywanie bądź utrzymywanie zdrowych nawyków żywieniowych oraz balans kaloryczny, który utrzymuje się poprzez zdrowe jedzenie (zdrową dietę) i aktywność fizyczną jest ważny przez cały okres ciąży (Melzer i Schutz, 2010). Badania kobiet w ciąży wykazały, że kwestia, nad którą skupiają dużo uwagi, która jest dla nich istotna i emocjonująca dotyczy właśnie zdrowego odżywiania się (Clark i Ogden, 1999). Biorąc pod uwagę własne zdrowie i nienarodzonego dziecka (Maciąg i in., 2013; Phelan, 2010), kobiety w okresie ciąży podejmują decyzję o eliminacji lub ograniczeniu przyjmowania takich substancji szkodliwych jak, alkohol, tytoń, kawa czy napoje energetyzujące (Care Study Group, 2008; Wierzejska i in., 2011). Na przykład, w miarę rozwoju ciąży odsetek palących kobiet spada o około 6% (Wierzejska i in., 2011).

Z uwagi na to, że ciąża to moment zmian dla kobiet w wielu obszarach (Bayramova, 2018; Davis i Narayan, 2020; Makara-Studzińska i in., 2011; Murray i Hendley, 2020), dodatkowe zadanie jakim jest trzymanie się zasad i dbanie o zdrowie nie zawsze jest łatwe do osiągnięcia. Wyniki badań wskazują, że kobiety w tym okresie jedzą więcej i są mniej powściągliwe w jedzeniu niż kobiety niebędące w ciąży (Clark i Ogden, 1999; Kim, 2009). Możliwe, że kobiety będąc w ciąży i doświadczając widocznych zmian w ciele, mogą w specyficzny sposób odbierać przyrost masy ciała z uwagi na internalizację nowej roli matki. Mogą argumentować wzrost swojej wagi jako formę opieki i troski nad rozwojem dziecka, a także mogą bardziej pobłażliwie przyglądać się swojej wadze, gdyż kulturowo przyrost masy

ciała w ciąży jest akceptowany. W związku z powyższym mogą nie przywiązywać szczególnej wagi do tego, co jedzą (Davies i Wardle, 1994; Talmon i Ginzburg, 2018).

Możliwe też, że kobiety mimo świadomości ważności tego okresu są fizycznie i psychicznie wyczerpane, nie potrafią, więc przez cały czas ciąży kontrolować sposobu odżywiania, formy aktywności fizycznej czy ogólnej dbałości o siebie i dziecko. Ciąża to długi okres, w przeciągu którego pojawia się wiele wyzwań równocześnie (Maciąg i in., 2013; Makara-Studzińska i in., 2011). Kobiety w ciąży mogą mieć trudność w utrzymaniu zdrowych zachowań, gdyż ich wewnętrzna samokontrola z przebiegiem ciąży wyczerpuje się i kobiety nie są w stanie opierać się niezdrowym zachowaniom przez dziewięć miesięcy ciąży równomiernie (Muraven i Baumeister, 2000). Z uwagi na wielość zmian i wyzwań pojawiających się w okresie ciąży (Clark i Ogden, 1999, Hamilton, 2019; Maciąg, 2013) końcowy etap ciąży może być szczególnie trudny pod kątem utrzymania zdrowych nawyków żywieniowych i tych dotyczących aktywności.

### **1.3. Samoregulacja a samokontrola**

Samoregulacja to szereg działań podejmowanych przez człowieka, które pomagają skutecznie dążyć do osobistych celów i wpływać na prawidłowe funkcjonowanie (Baumeister i in., 1994). Samoregulacja obejmuje wyznaczanie celów, planowanie i monitorowanie postępów w osiągnięciu celów, realizację celów, ochronę celów przed pokusami czy zaniechaniem celu (Bandura, 1991; Carver i Scheier, 2003; Gillebaart, 2018; Inzlicht i in., 2020).

Na przykład zamiar podjęcia aktywności fizycznej o szóstej rano jest aktem samoregulacji, podobnie jak planowanie pójścia spać wcześniej w nocy, aby uniknąć zmęczenia. Poprzez samoregulację, ludzie modyfikują swoje myśli, uczucia i zachowania, by osiągnąć cel, włączając w to samokontrolę (Fujita, 2011; Shah i in., 2002; Wrosch i in., 2003).



Zgodnie ze współczesną definicją, samokontrola to umiejętność rozwiązywania konfliktów między celami, które zapewniają natychmiastową nagrodę (pragnienia, które przynoszą natychmiastowe spełnienie), a celami długoterminowymi, które wymagają odroczonej gratyfikacji (Duckworth i in., 2016; Fujita, 2011; Hofmann i in., 2009; Inzlicht i in., 2021). Samokontrola umożliwia, ułatwia i podtrzymuje dążenie do ważnych celów w konfrontacji z pokusami (Baumeister i Heatherton, 1996). Na przykład, wybierając między pysznym deserem, a zdrową sałatką, samokontrola służy rozwiązaniu konfliktu między krótkoterminowym celem, jakim jest zjedzenie czegoś pysznego, a długoterminowym celem, jakim jest bycie zdrowym i sprawnym.

Samokontrola charakteryzuje się wysiłkowym hamowaniem impulsów, w tym pomijaniem niechcianych myśli, uczuć i zachowań (Baumeister, 2014). Jest to proces, w którym ludzie starają się ograniczyć niepożądane impulsy, by uzyskać kontrolę nad początkową reakcją (Baumeister i Vohs, 2007). To przedkładanie jednego motywu nad drugi (Fujita, 2011). Oznacza powstrzymanie czegoś niepożądanego lub kontrolowanie czegoś pożądanego (de Ridder i in., 2011; Gillebaart, 2018).

#### **1.4. Teorie samoregulacji**

W literaturze jest wiele teorii dotyczących samoregulacji, w tym najbardziej rozpoznawalne z nich to model cybernetyczny (Carver i Scheier, 2003), teoria systemu celów (Kruglanski i in., 2002), modele dwuprocesowe (Hofmann i in., 2009), procesowy model samokontroli (Duckworth i in., 2016), modele wyboru (Berkman i in., 2017), społeczno-poznawcza teoria samoregulacji (Bandura, 1991) oraz zasobowy model samokontroli (Baumeister i in., 2018). Wszystkie modele opisano poniżej, jednak to zasobowemu modelowi samokontroli (Baumeister i in., 2018) poświęcono najwięcej uwagi, gdyż jest to model stanowiący podłoże teoretyczne rozprawy oraz stawianych hipotez.

**1.4.1. Model cybernetyczny Carvera i Scheiera (2003).** Według autorów tego modelu samoregulacja jest złożonym procesem psychicznym, a istotą tego procesu jest określenie pożądanego stanu końcowego – celu, pożądanego zachowania, myśli lub postaw lub stanu emocjonalnego, a następnie podjęcie działań zmierzających do jego osiągnięcia poprzez monitorowanie postępów. Model ten opiera się na czterech istotnych elementach: celu, danych wejściowych dotyczących aktualnego stanu w odniesieniu do możliwości osiągnięcia celu, systemie monitorującym konflikty lub rozbieżności pomiędzy celem, a bieżącym stanem przygotowania oraz systemie wdrażającym zmiany zmniejszające rozbieżności pomiędzy stanem aktualnym, a pożądanym. Każdy z tych elementów jest połączony ze sobą poprzez pętlę sprzężenia zwrotnego. Dane wyjściowe systemu wdrażającego wpływają na zmianę aktualnego stanu, po czym stan bieżący jest ponownie porównywany ze stanem docelowym przez system monitorujący. Proces ten powtarza się do momentu, aż wielkość rozbieżności pomiędzy stanem docelowym, a aktualnym zmniejszy się do akceptowanego poziomu (Carver i Sheier, 2003; Inzlicht i in., 2020).

**1.4.2. Teoria systemu celów.** Kruglanski i in. (2002) podkreślają, w jaki sposób strukturalna organizacja celów i środków wpływa na proces samoregulacji. Cele i powiązane z nimi środki (różne sposoby, dzięki którym ludzie mogą osiągnąć swój cel) tworzą hierarchiczną, wzajemnie powiązaną sieć zwaną systemem celów, a siła różnych powiązań cel – środki ostatecznie kieruje zachowaniem. Środki silniej powiązane z określonym celem są częściej wybierane niż środki charakteryzujące się słabszym powiązaniem. Posiadanie wielu środków przypisanych do konkretnego celu osłabia siłę każdego indywidualnego powiązania, zmniejszając prawdopodobieństwo wybrania konkretnego środka. Cele z mniejszą liczbą bardziej unikalnych środków mają silniejsze powiązania i w ten sposób zwiększają prawdopodobieństwo realizacji celu (Inzlicht i in., 2020; Kruglanski i in., 2002).

**1.4.3. Modele dwuprocesowe.** Według tych modeli, system I i system II regulują zachowanie (Hofmann i in., 2009). System I, określany jako system impulsywny, to system szybki, reagujący na pokusy. System ten reaguje na bodźce, które są bliskie czasowo i służy krótkotrwałej gratyfikacji, co może przekładać się na uleganie pokusom (Hofmann i in., 2009). System I odrzuca bodźce czasowo odległe (Ainslie, 1974), jak również te, które zależą od wysiłku (Apps i in., 2015). System II, nazywany systemem sterowania, kontroli, to powolny system, który ostrożnie i z wysiłkiem rozważa możliwe opcje reakcji i jest odpowiedzialny za operacje umysłowe wyższego rzędu, takie jak dokonywanie przemyślanych osądów i ocen, wyznaczanie celów i tworzenie strategii umożliwiających ich realizację (Hofmann i in., 2009). W przeciwieństwie do systemu I, na system II wpływają długoterminowe cele. System kontroli przetwarza bodźce sekwencyjnie, co oznacza, że jest ograniczony zdolnością uwagi danej osoby, która może zmieniać się z chwili na chwilę w zależności od równoczesnych wymagań przetwarzania (Cowan, 2001). Te dwa niezależne systemy, które mogą się wzajemnie wspierać lub mogą być w konflikcie wpływają na zachowanie ludzi. W momencie, kiedy systemy są ze sobą zgodne, zachowanie jest determinowane przez proces samoregulacji. Dylematy samokontroli pojawiają się, gdy dwa niezależne systemy są w konflikcie, gdy mamy do czynienia z przeciwstawnymi sposobami przetwarzania, w których dominuje system nawykowy, impulsywny lub elastyczny, ale kosztowny system kontroli (Lopez i in., 2017). Na przykład, gdy zaproponuje się osobie na diecie pyszny, ale niezdrowy tort, to w takim dylemacie, o wyborze opcji zachowania decyduje system silniej aktywowany i przez to determinujący zachowanie (Hofmann i in., 2009). Równowaga między dwoma przeciwstawnymi systemami może zostać zakłócona przez indywidualne różnice w impulsywności i powściągliwości (Carver, 2005) lub zmęczenie, nastrój, stres, spożycie alkoholu czy uszkodzenie mózgu (Heatherton i Wagner, 2011).

**1.4.4. Procesowy model samokontroli.** Procesowy model samokontroli (Duckworth i in., 2016) zakłada podział strategii dotyczących radzenia sobie z impulsami, na sytuacyjne oraz intrapsychiczne (poznawcze). Strategie sytuacyjne, to techniki, których ludzie mogą używać, aby uniknąć konfliktu, pożądania, zanim w ogóle się pojawi. Jest to reakcja na pojawiające się pokusy. Zgodnie z modelem, strategie sytuacyjne obejmują chęć przebywania w środowisku, które jest zgodne z celem i/lub pozwala uniknąć pokus, jak również modyfikację sytuacji, co może oznaczać zmianę jakiegoś aspektu otoczenia w celu ograniczenia lub usunięcia pokus. Na przykład, dana osoba może ominąć dział ze słodkościami w sklepie spożywczym i nie kupować ciasta (wybór sytuacji) lub, jeśli ciasto jest już w domu, można je umieścić z tyłu szafki, tak aby były poza zasięgiem wzroku, poza percepcją (modyfikacja sytuacji).

Z uwagi na to, że nie zawsze możliwe jest całkowite uniknięcie konfliktów, pokus, można zastosować strategie intrapsychiczne takie jak strategie poznawcze, aby poradzić sobie z istniejącymi pokusami, które są sprzeczne z ważnymi celami. Zgodnie z procesowym modelem samokontroli, takie strategie obejmują skupienie uwagi, odwrócenie uwagi od pokusy), zmianę poznawczą (skupienie się na pozytywnych aspektach powstrzymywania i/lub negatywnych aspektach poddania się) oraz modulację reakcji (używanie siły woli, aby stawić opór). Na przykład osoba, może podczas kolacji unikać patrzenia na ciasto leżące na stole (wysilek uwagi), może pomyśleć o tym, jak kaloryczne jest i jak bardzo czułaby się winna, że nie przestrzega diety (zmiana poznawcza) lub po prostu powiedzieć „nie” (modulacja odpowiedzi). Im wcześniej podejmie się strategię działania, tym powinny być one skuteczniejsze. Zgodnie z założeniami procesowego modelu impuls, pragnienie czy pokusa stają się silniejsze w miarę ich trwania, więc wcześniejsze reagowanie zwiększa szanse by jej nie ulec (Duckworth i in., 2016).

**1.4.5. Modele wyboru.** Modele wyboru (Berkman i in., 2017), zakładają, że samokontrola to behawioralne wdrażanie jakiegoś wyboru opartego na wartościach. Zgodnie z

tą teorią samokontrola jest procesem, w którym różnym opcjom reakcji przypisuje się pewną subiektywną wartość. Decyzja o tym, którą opcję wybrać, jest podejmowana poprzez dynamiczną integrację tych konkurujących wartości. Samokontrola polega na obliczeniu wartości każdej możliwości poprzez zintegrowanie korzyści wynikających z każdej opcji, pomniejszone o koszty z nią związane, a następnie wdrożenie najlepszej opcji (Berkman i in., 2017). Obliczanie korzyści opiera się na akceptacji społecznej, bliskości podstawowych wartości, a także stopniu, w jakim opcja jest ustalana samodzielnie (Berkman i in., 2017). Koszty opierają się na opóźnieniu i abstrakcyjności oczekiwanej nagrody lub wymaganym wysiłku (Kurzban i in., 2013; Westbrook i in., 2013). Kalkulacja korzyści i kosztów jest subiektywna i różni się w zależności od osoby i kontekstu, a także w zależności od czasu. Te same opcje mogą mieć różną wartość u tej samej osoby w związku z porą dnia, dniem tygodnia lub tego, co dana osoba wcześniej zrobiła (Inzlicht i in., 2020; Kurzban i in., 2013).

**1.4.6. Społeczno-poznawcza teoria samoregulacji.** Według modelu zaproponowanego przez Bandurę (1991), samoregulacja działa poprzez szereg procesów poznawczych, dzięki którym ludzie są w stanie kontrolować swoje zachowanie. Samoregulacja obejmuje samokontrolę własnego zachowania, jego uwarunkowań i skutków, ocenę własnego zachowania oraz afektywną reakcję na siebie. Samokontrola własnego zachowania to proces polegający na ocenie własnych myśli, uczuć, zachowań, by móc motywować się do stawiania sobie celów. Ocena własnego zachowania wymaga odniesienia swojego działania do standardów osobistych dotyczących wykonania i realizacji celu, a także do warunków środowiskowych. Gdy człowiek posiada swoje wewnętrzne standardy zgodne z własnymi poglądami i postawionymi celami, łatwiej zastosuje strategie samoregulacyjne podczas działań, które są sprzeczne z jego założeniami czy postawami. Z kolei poprzez afektywną reakcję na siebie, ludzie mogą nagradzać się lub karać za osiągnięcie sukcesu, bądź niepowodzenia w przestrzeganiu standardów. Aby samoregulacja była skuteczna należy monitorować siebie

dokonując częstych ocen swojej osoby, a także swoich zachowań. Monitorowanie jest związane ze samoświadomością. Im mniejsza świadomość siebie, tym częstsze niepowodzenia w samoregulacji (Bandura, 1991).

**1.4.7. Zasobowy model samokontroli.** Według modelu wyczerpywania się zasobów, samokontrola definiowana jest jako zdolność do przewyższania niepożądanych zachowań (Baumeister i in., 1998). Zasoby samokontroli wykorzystuje się intensywniej w obliczu czynników zmniejszających szanse na osiągnięcie celu (Vohs i Baumeister, 2004). Zasoby te są jednak ograniczone i zmniejszają się wraz z użytkowaniem. W ramach ogólniejszego modelu obserwuje się efekt wyczerpania ego. Samokontrola słabnie z czasem, wyczerpuje się, tak, że przy każdym kolejnym zadaniu wymagającym kontroli wkłada się coraz mniej wysiłku (Baumeister i in., 1998). Osłabiona samokontrola zmniejsza zdolność do powstrzymywania się od pokus i osiągania celów (Muraven i Baumeister, 2000). W związku z tym podstawą regulacji behawioralnej w tym podejściu jest hamowanie impulsów (ang. self-stopping).

Czasami z własnego wyboru ludzie nie korzystają z zasobów samokontroli. Na przykład z powodu poczucia braku korzyści płynących z opanowania pokusy lub w momencie, gdy przewidują zużycie zbyt dużo energii na ten cel. Regulacja impulsu wymaga wysiłku, zabiera energię i czas, a także pozbawia pozytywnych emocji (Baumeister i Heatherton, 1996), dlatego właśnie mimo, że ludzie są zdolni do przewidywania negatywnych skutków własnych reakcji, ulegają impulsom. Ponadto, ludzie poddają się i podejmują zachowania niezgodne z własnymi normami czy wymaganiami, na przykład spożywają niezdrowe jedzenie, nie stosują się do zaplanowanej diety, również dlatego, że brakuje im wystarczających wewnętrznych zasobów, jakimi jest między innymi samokontrola (Baumeister i in., 2018; Muraven i Baumeister, 2000).

Założenia teorii zasobów eksplorują Francis i in. (2021) w swoich badaniach dotyczących zachowań prospołecznych i okazywania empatii, w zależności od pory dnia. Wyniki badań autorów wykazały, że ludzie chętniej i częściej są prospołeczni i empatyczni

rano, a z biegiem dnia ta chęć bycia prospołecznym, pomocnym i empatycznym spada, gdyż zasoby ulegają wyczerpaniu. Poziom uwagi, zapał i energia obniżają się w ciągu dnia, a to może mieć wpływ na zachowanie, a także na poziom i chęć wczuwania się w emocje i nastrój innych. Wyniki mogą być związane z czynnikami sytuacyjnymi (Lefevor i in., 2017), różnicami indywidualnymi (Habashi i in., 2016), rytmem okołodobowym (Kouchaki i Smith, 2014), ale mogą również potwierdzać teorię zasobów (Baumeister i in., 2018).

Początkowo teoretyzując o wyczerpaniu zasobów zakładano, że to, co w szczególności wyczerpuje późniejszą samokontrolę, to zadania wymagające zahamowania wyuczonego nawyku (Baumeister, 2014). Nowsze prace sugerują, że każde wymagające zadanie spowoduje wyczerpanie samokontroli (Kool i Botvinick, 2014; Lin i in., 2020). W świetle tych wyników wyczerpanie samokontroli oznacza zmęczenie psychiczne lub nudę (Hockey, 2013; Kurzban i in., 2013; Milyavskaya i in., 2019).

Choć model wyczerpania zasobów jest podstawą wielu badań, ma też swoich przeciwników. Obiekcje dotyczą tego czy podstawowy efekt wyczerpania samokontroli, czy wyczerpania ego jest stabilny i replikowalny (Baumeister i in., 2019). Podstawą empiryczną do powstania zasobowego modelu samokontroli był eksperyment Baumeistera i współpracowników (Baumeister i in., 1998; Baumeister i Tierney, 2013). Eksperymentatorzy zaprosili studentów będących na czczo do sali, w której pachniało świeżo upieczonymi ciastkami. Część studentów mogła poczęstować się słodkościami, a część mogła w zamian skosztować jedynie rzodkiewki. Osoby, które nie mogły zjeść ciastka, ewidentnie walczyły z pokusą. Ciasteczka okazały się kuszące, a zdaniem autorów studenci musieli wykorzystać samokontrolę, aby oprzeć się pokusie. Następnie studenci zostali poproszeni o rozwiązanie geometrycznej układanki. Zmienną zależną był czas po jakim badani dali za wygraną i zrezygnowali z poszukiwania rozwiązań. Okazało się, że studenci, którzy mogli zjeść ciastko poświęcili dużo więcej czasu na zadanie niż studenci narażeni na silną pokusę. W interpretacji

autorów, studenci co prawda skutecznie oparli się pokusie, jednak na tyle wyczerpali swoje pokłady silnej woli i samokontroli, że nie byli w stanie wykonać kolejnego zadania. Eksperyment wskazywał, że wyczerpanie samokontroli powoduje spowolnienie i trudności w realizacji kolejnych działań wymagających samokontroli. Co więcej wykonując zadania zupełnie nie związane ze sobą, osoby badane korzystały z tych samych zasobów samokontroli (Baumeister i Tierney, 2013).

Okazało się jednak, że kolejne badania mające potwierdzać skuteczność laboratoryjnej metody wyczerpywania samokontroli z eksperymentu Baumeistera i in. (1998), nie replikowały się (Carter i in., 2015, Tuk i in., 2015). Współczesne metaanalizy sugerują, że efekt wyczerpania ego jest bardzo słaby lub według niektórych meta-analiz nie istnieje (Hagger i in., 2016; Vohs i Shah, 2022). Wątpliwość może pojawić się także przy wyjaśnianiu mechanizmów efektu wyczerpania ego. Model sugeruje, że niektóre zasoby poznawcze zmniejszają się w wyniku zaangażowania samokontroli, jednak alternatywne wyjaśnienia wskazują na potencjalny wpływ motywacji i woli (Inzlicht i Schmeichel, 2012; Kurzban i in., 2013). Mimo niespójnych z założeniami modelu wyników dotyczących wyczerpania ego badania systematycznie wskazują, że samokontrola słabnie wraz z ciągłym jej używaniem (Francis i in., 2021).

**1.4.8. Samokontrola jako cecha.** Wyczerpywanie się samokontroli dotyczy wszystkich, niezależnie od indywidualnych cech. Jednak samokontrolę można postrzegać też w kontekście trwałej, indywidualnej cechy (Buczny i Międzyobrodzka, 2014). Poszczególne osoby różnią się stopniem, w jakim radzą sobie z przeszkodami w dążeniu do celu (Sorys i in., 2023). Cecha samokontroli jako cecha osobowości, wpływa na częstotliwość i intensywność pewnych form zachowań, takich jak: opieranie się pokusom, tłumienie niepożądanych impulsów, odkładanie doraźnego zaspokojenia potrzeb na bardziej odległą lub społecznie aprobowaną gratyfikację (Baumeister i Heatherton, 1996; Ent i in., 2015; Hofmann i in., 2012; Hofmann i in., 2013;



Tangney i in., 2004; Trope i Fishbach, 2000). Osoby o wysokim poziomie samokontroli są bardziej skuteczne w opieraniu się pokusom, hamowaniu lub unikaniu impulsów oraz pokonywaniu niepożądanych tendencji behawioralnych (Baumeister, 2002; Milyavskaya i in., 2015; Tangney i in., 2004; Vosgerau i in., 2020). Takie osoby rzadziej doświadczają pokus, a ich pragnienia są słabsze w obliczu pokus w porównaniu do osób o niskim poziomie samokontroli jako cechy (Hofmann i in., 2012). Unikając pokus, kuszących sytuacji osobom posiadającym wysoki poziom samokontroli udaje się uniknąć konieczności opierania się silnym pragnieniom, które są sprzeczne z ich celami i wartościami (Hofmann i in., 2012).

Definiując pojęcie pragnienia można je opisać jako zdarzenie poznawcze nacechowane afektywnie, w którym obiekt, bądź czynność kojarzy się z przyjemnością lub minimalizowaniem dyskomfortu i znajduje się w centrum uwagi, zainteresowania (Kavanagh i in., 2005). Pragnienie jest określane także jako chęć posiadania lub zrobienia czegoś. Powstaje podczas wzajemnego oddziaływania warunków wyzwających z zewnątrz i wewnętrznych potrzeb (Baumeister i Heatherton, 1996; Hofmann i in., 2009; Metcalfe i Mischel, 1999). Pragnienia różnią się siłą, co oznacza, że różnią się także intensywnością motywowania zachowania (Hofmann i in., 2012). Pragnienia mogą, jednak nie muszą być sprzeczne z wartościami i celami. Mówimy wtedy o pragnieniach bezproblemowych. W przypadku tego typu pragnień, ludzie będą na ogół dążyć do wprowadzenia w życie określonego zachowania, chyba że utrudniają to zewnętrzne ograniczenia, takie jak brak możliwości. Czasami jednak pojawiają się pragnienia, pokusy kolidujące z innymi celami i standardami i wtedy pojawia się konflikt, który oznacza przekonanie, że istnieje powód, dla którego nie powinno się realizować określonego pragnienia. (Botvinick, Braver, Carter, Barch i Cohen, 2001). Ludzie odczuwają pragnienie przez około połowę czasu, kiedy nie śpią. Prawie połowa tych pragnień (47%) przynajmniej w pewnym stopniu jest sprzeczna z innymi celami. Zatem konflikt wewnętrzny jest częstą cechą życia codziennego (Hofmann i in., 2012).

### **1.5. Kompensacyjne przekonania zdrowotne jako strategia samoregulacji**

Według Rabiau i in. (2006) osoby, które mają trudności z samokontrolą niezbędną do realizacji celów zdrowotnych, do opierania się pokusom, formułują kompensacyjne przekonania (Muraven i Baumeister, 2000). Im mniejsza samokontrola, 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 (Knäuper i in., 2004). Kompensacyjne przekonania zdrowotne są zaliczane do dezadaptacyjnych strategii samoregulacji (Knäuper i in., 2004), ponieważ ich formułowanie może utrudniać stosowanie się do wcześniej zamierzonego planu i powoduje rzadsze osiągnięcie celu (Knäuper i in., 2004). Osoby formułujące przekonania kompensacyjne często po prostu nie realizują tego, co sobie zaplanowały w ramach rekompensaty za uleganie pokusie. Zdarza się, że odwołują się do czasu i w ostateczności potrzeba kompensacji nieadaptacyjnego zachowania może zaniknąć (Knäuper i in., 2004), innymi słowy może zaniknąć dysonans poznawczy (Festinger, 1957). Stanu dysonansu poznawczego doświadcza się, gdy staje się przed pożądanym zachowaniem, które jest sprzeczne z większymi planami zdrowotnymi lub w drugiej opcji, po zaangażowaniu się w aktywność uznawaną za niesprzyjającą zdrowiu. By zmniejszyć napięcie związane z dysonansem poznawczym można zacząć wierzyć, że angażując się w zdrowe zachowania zrekompensuje się wcześniejsze niezdrowe działanie (Knäuper i in., 2004). W wielu przypadkach zdarza się również, że zachowania kompensacyjne, mimo że zostaną zastosowane, to nie zrekompensują w pełni skutków niezdrowego zachowania i doprowadzą do pojawienia się negatywnych konsekwencji.

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 Rabiau i in. (2006).

Potwierdzają to liczne badania, których wyniki wykazały między innymi, że formułowanie przekonań kompensacyjnych przekłada się na diety o wyższej kaloryczności (Rabiau i in., 2009), na zmniejszoną zdolność do rzucenia palenia (Radtke i Scholz, 2012) oraz zmniejszone prawdopodobieństwo bycia zaszczepionym (Ernsting i in. al., 2013). Ponadto osoby z wyższym poziomem kompensacyjnych przekonań zdrowotnych częściej spożywały niezdrowe przekąski oraz miały nadwagę lub otyłość (Amrein i in., 2021).

Knäuper i in. (2004) prowadzili badania nad kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi w odniesieniu do różnych wymiarów osobowości, poczucia własnej skuteczności i objawów chorobowych. Wyniki pokazały, że kompensacyjne przekonania zdrowotne korelowały z sumiennością. Im mniej sumienne osoby badane, tym wyższe wyniki miały w skali mierzącej kompensacyjne przekonania zdrowotne. Wyniki kompensacyjnych przekonań były ujemnie skorelowane z poczuciem własnej skuteczności dotyczącej zdrowia. Osoby badane z wysokimi wynikami w skali kompensacyjnych przekonań zdrowotnych wykazywały niższe poczucie własnej skuteczności dotyczące odżywiania profilaktycznego. Korelacja wyników kompensacyjnych przekonań z objawami chorobowymi również była istotna. Im wyższy wynik kompensacyjnych przekonań zdrowotnych osób badanych, tym więcej objawów chorobowych zgłaszała osoba badana. Badacze weryfikowali związek pomiędzy kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi, a indeksem masy ciała. Respondenci z BMI większym lub równym 27, co wskazuje na nadwagę lub otyłość, mieli wyższe wartości kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, niż osoby badane z BMI, które było poniżej 27. Wyższe wyniki BMI były związane z wyższymi kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi (Knäuper i in., 2004).

Obara-Gołębiowska i Michałek (2015) także badały poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i ich związek z indeksem masy ciała u studentów. Nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji indeksu masy ciała z ogólnym poziomem kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz ich poszczególnymi podskalami. Według autorek możliwym wytłumaczeniem braku zależności pomiędzy kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi, a indeksem masy ciała był fakt, że w grupie badanych studentów BMI w 84% był na poziomie prawidłowym. Niedowagę zaobserwowano wśród pozostałych 4%, a nadwagę bądź otyłość u 12%. Możliwe zatem, że w grupie o większym zróżnicowaniu wagowym można byłoby zaobserwować wpływ kompensacyjnych przekonań zdrowotnych na indeks masy ciała.

W kolejnym badaniu Obary-Gołębiowskiej (2016) celem była analiza poziomu poczucia skuteczności w redukcji nadwagi i otyłości, jak również natężenia kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących odżywiania się i regulacji masy ciała w grupie osób z nadwagą i otyłością. Badanie wykazało, że w grupie osób z nadwagą i otyłością często występowały kompensacyjne przekonania zdrowotne.

Badania nastolatków z cukrzycą typu 1 wykazały, że im wyższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u nastolatków z cukrzycą, tym rzadsze kontrolowanie poziomu glukozy, cukru we krwi i gorsze przestrzeganie zasad dietetycznych (Nguyen i in., 2006). W kolejnych badaniach dotyczących nastolatków z cukrzycą typu 1 i ich kompensacyjnych przekonań zdrowotnych stwierdzono, że kompensacyjne przekonania zdrowotne są powiązane z mniejszym osiągnięciem celów, związanych z testowaniem poziomu glukozy i kontrolą metaboliczną (Rabiau i in., 2009). Wyniki tych badań pokazały, że w grupie nastolatków, u których zdiagnozowano cukrzycę typu 1, osoby badane posiadają kompensacyjne przekonania dotyczące testowania glukozy. Przekonania te były związane z mniej regularnym testowaniem poziomu glukozy i słabszą kontrolą metaboliczną. Nastolatkowie stosujący kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące badania poziomu

glukozy cechowali się gorszym przestrzeganiem schematu leczenia i mniejszym dbaniem o zdrowie w związku z chorobą. Zgodnie z przewidywaniami badaczy większa wiedza dotycząca cukrzycy była związana z mniejszą aprobatą kompensacyjnych przekonań dotyczących badania poziomu glukozy (Rabiau i in., 2009).

W badaniach Radtke i Scholz (2012) wśród młodych palaczy weryfikowano kompensacyjne przekonania zdrowotne. Zgodnie z wcześniejszymi badaniami Radke i in. (2011), kompensacyjne przekonania zdrowotne były ujemnie związane z zamiarem zaprzestania palenia. Nastoletni palacze o wyższych wartościach kompensacyjnych przekonań zdrowotnych specyficznych dla palenia mają niższą gotowość do rzucenia palenia. Nie zaobserwowano jednak bezpośredniego związku takich przekonań z paleniem. Można natomiast wnioskować, że kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące palenia mogą być jednym z możliwych wyjaśnień, dlaczego młodzieży często nie udaje się rzucić palenia (Radtke i Scholz, 2012).

Badania nad kompensacyjnymi przekonaniem 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 (Knäuper i in., 2004). Knäuper i in. (2004) w swoich badaniach wykazali istotne zależności pomiędzy siłą kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, a prawdopodobieństwem zaangażowania się w aktywności, które nie sprzyjają zdrowiu.

Ogólnie rzecz ujmując ludzie dążą do osiągnięcia równowagi między spełnianiem pragnień, a podążaniem do ważnych dla siebie celów. Czasami jednak pojawia się konflikt motywacyjny między krótkoterminowymi pragnieniami, pokusami, a długoterminowymi celami zdrowotnymi (Rabiau i in., 2006; Trope i Fishbach, 2000).

Rabiau i in. (2006) opracowały model kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, który skupia się na konflikcie motywacyjnym wyłaniającym się z wzajemnego oddziaływania stanów afektywnych (pragnień, pożądania, oczekiwanej przyjemności) i motywacji (celów zdrowotnych) (Rabiau, i in., 2006). Najważniejsze elementy modelu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych zawierają konflikt motywacyjny pomiędzy pragnieniem, a celem, samokontrolę celu (Sheldon i Elliot, 1999), poczucie własnej skuteczności (Bandura, 1977), zamiary (Ajzen, 1991) oraz realizację intencji i planów (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer i Brandstatter, 1997). Procesy opisane w modelu zaczynają się od konfliktu motywacyjnego pomiędzy pragnieniem, a zdrowotnymi celami, co oznacza, że zaczynają się od dysonansu poznawczego (Festinger, 1957). Po aktywacji kompensacyjnych przekonań zdrowotnych istotne jest stworzenie zamiaru (intencji) zrealizowania zachowania kompensacyjnego, by zmniejszyć konflikt motywacyjny. Intencja celu, którą można określić jako zamiar jest czymś innym niż intencja wdrożenia (implementacji) tzn. realizacji. Plan zachowań kompensacyjnych i realizacja intencji to moment, w którym ludzie tworzą i wyobrażają sobie konkretny sposób kompensowania nieadaptacyjnego zachowania. Ten etap polega na wykorzystaniu poczucia własnej skuteczności, by wyobrazić sobie możliwości osiągnięcia celu (Schwarzer, 1992, za: Rabiau i in., 2006). Bardzo prawdopodobne jest, że bez planu realizacji zachowania kompensacyjnego osoba przestanie dostrzegać sposób wykonania działania i nie rozpocznie zachowania kompensacyjnego. Wielu badaczy wykazało, że zastosowanie implementacji intencji ma korzystny wpływ na realizację celu (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer i Brandstatter, 1997; Verplanken i Faes, 1999; Webb i Sheeran, 2003). Poprzez zamiar i intencję implementacji zachowania są pod kontrolą. W modelu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych utrzymanie intencji polega na wyobrażaniu sobie, że osoba wykonuje zamierzone zachowanie z sukcesem i kompensuje wcześniejsze niezdrowe zachowanie. Po przygotowaniu planu działania osoba decyduje, czy zrealizuje zachowanie, czy też nie. Jednak, gdy ludzie

wierzą, że są w stanie zrealizować kompensacyjne zachowanie dotyczące zdrowia, które zostało ujęte w planie kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, inicjują go i później wykonują. Realizacja takiego zachowania zmniejsza konflikt motywacyjny i negatywne emocje z nim związane, ponieważ ludzie odczuwają to jako zniwelowanie zachowania zagrażającego spełnieniu celu.

Konflikt motywacyjny, odczuwanie wewnętrznej niezgodności można złagodzić stosując jedną z trzech strategii samoregulacji: opierając się pokusie (Baumeister i Heatherton, 1996; Giner-Sorolla, 2001), zmieniając postrzeganie oczekiwanego rezultatu (Baumeister i in., 1994) lub korzystając z modelu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, co oznacza formułowanie kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Knäuper i in., 2004; Rabiau i in., 2006).

Pierwsza strategia, niepoddawanie się pokusie jest zaliczana do strategii behawioralnych, natomiast dwie pozostałe do strategii poznawczych. Strategia behawioralna polega na podjęciu decyzji o nieuleganiu pokusie. Osoba nie angażuje się w nieadaptacyjne zachowanie i dzięki temu łagodzi konflikt motywacyjny.

Druga strategia polega na zmianie przekonania dotyczącego ryzyka, że zachowanie jest faktycznie niezdrowe lub przeszkadza w realizacji celów i zmianie oczekiwanego wyniku (Trope i Fishbach, 2000). Przykładem może być sytuacja, w której osoba może pomyśleć, że nie ćwicząc nie będzie szkodzić swojemu układowi sercowo-naczyniowemu (Rabiau i in., 2006). Powyższe strategie: opieranie się pokusie i zmiana przekonań na temat zdrowia wymagają wysiłku i samokontroli (Baumeister i in., 1994).

Trzecią strategią umożliwiającą rozwiązanie konfliktu motywacyjnego jest aktywacja kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Kompensacyjne przekonania mogą pomóc w rozstrzygnięciu dylematu pomiędzy natychmiastową przyjemnością, a wyrzutami sumienia wynikającymi z niezrealizowania ważnego celu (Rabiau i in., 2006). Korzystanie z nich

pozwała na realizację pożądanego, niezdrowego zachowania bez poczucia winy (Giner-Sorolla, 2001; Knäuper i in., 2004; Sorys i Byrka, 2021), albo jeśli już osoba zdecydowała się na takie zachowanie, to kompensacyjne przekonania mogą złagodzić poczucie dyskomfortu.

Wybór strategii zależy od dwóch, głównych czynników. Odgrywają one znaczącą rolę w określeniu poziomu konfliktu motywacyjnego. Pierwszym czynnikiem jest stopień pożądanego zachowania, a drugim własne cele zdrowotne (Rabiau i in., 2006). Prawdopodobnie strategia behawioralna opierająca się pragnieniu zostanie użyta, gdy pożądanie nie będzie silne, gdy cele realizowane są z własnej woli i w momencie, gdy osoba ma silne poczucie skuteczności dotyczące kontroli pragnień. Natomiast strategia związana ze zmianą przekonania dotyczącego pożądanego zachowania lub aktywacją kompensacyjnych przekonań będzie stosowana, kiedy pożądanego zachowanie jest bardzo wysokie i trudno mu się oprzeć (Norman i in. 1999).

W zależności od stopnia pożądanego zachowania, kompensacyjne przekonania zdrowotne mogą zostać sformułowane bądź w ogóle się nie pojawić. Gdy zachowanie nie jest zbyt pożądanym, a osoba ma silne poczucie własnej skuteczności związanej ze zdrowiem, to w takich sytuacjach jest w stanie oprzeć się pokusie. Kompensacyjne przekonania zdrowotne nie są wtedy potrzebne i najprawdopodobniej nie zostaną aktywowane (Giner-Sorolla, 2001). Trope i Fishbach (2000) sugerują, że silne poczucie własnej skuteczności, które dotyczy zdrowia jest związane z niską tendencją do wykorzystywania kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Z drugiej strony, gdy dane zachowanie jest bardzo pożądanym i ludzie nie są w stanie się temu oprzeć mogą nie mieć potrzeby uaktywniania kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, gdyż mogą czuć, że siła pragnienia jest tak duża, że nie potrzebują usprawiedliwienia dla takiego zachowania. W związku z tym kompensacyjne przekonania uaktywnią się dla średnio pożądanego pokusu (Rabiau i in., 2006).



Znaczenie i wartość celu będą także miały wpływ na poziom konfliktu (Trope i Fishbach, 2000). Zgodnie z modelem kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, przekonania kompensacyjne są aktywowane, gdy istnieje wysoki poziom potrzeby realizacji celów zdrowotnych (Rabiau i in., 2006). Cele zdrowotne mogą być realizowane z własnej woli. Są wtedy zgodne z przekonaniami. Cele mogą być także realizowane z zewnętrznego przymusu czy prawdopodobieństwa nagrody. Cele zgodne z własnymi standardami i wolą są trwałe z uwagi na to, iż pogłębiają wartości i są przejawem zainteresowania. Trudniej je osiągnąć, dlatego wymagają większego wysiłku i czasu (Sheldon i Elliot, 1999; Sheldon, i Houser-Marko, 2001). Na podstawie tych założeń, Rabiau i in. (2006), przewidują, że poziom zgodności celów zdrowotnych własnymi standardami, wpłynie na to, czy kompensacyjne przekonania zostaną aktywowane. Im bardziej cel będzie zgodny z wewnętrznymi przekonaniami, tym większe prawdopodobieństwo na zastosowanie kompensacyjnych przekonań, by usprawiedliwić nieadaptacyjne zachowanie utrudniające realizację celu.

### **1.7. Podsumowanie i ogólne cele badawcze**

W rozdziale pierwszym przedstawiono tło teoretyczne związane z tematyką dotyczącą etapów ciąży oraz podejścia kobiet w ciąży do kwestii zdrowych zachowań. Podsumowując, na każdym etapie ciąży pojawiają się różnorodne zmiany i wyzwania, które wymagają wysiłku od kobiety. Pierwszy trymestr ciąży jest trudny dla kobiety między innymi pod kątem pojawiającego się lęku przed utratą ciąży i fizycznych dolegliwości. Drugi trymestr wydaje się być najbardziej stabilny i przyjemny, jednak zmiany w ciele kobiety cały czas zachodzą (Makara-Studzińska i in., 2011; Lepiarz, 2010). Końcowy etap ciąży jest najtrudniejszy pod kątem zmian fizjologicznych, hormonalnych i psychologicznych (Clark i Ogden, 1999, Hamilton, 2019; Iwanowicz-Palus i Bień, 2009, Lepiarz, 2010), dlatego 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.

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, opisano jakie konsekwencje dla zdrowia niesie stosowanie takich przekonań oraz szczegółowo przedstawiono model przekonań kompensacyjnych.

Umiejętność samokontroli nad zachowaniami zdrowotnymi, oznaczająca opieranie się pokusie na przykład niezdrowemu podjadaniu w trakcie dążenia do realizacji celu zdrowotnego jest bardzo istotnym czynnikiem w utrzymaniu zdrowia (Metcalf i Mischel, 1999). Uleganie pokusie traktowane jest jako nieumiejętność odraczania gratyfikacji i wiąże się ze stosowaniem licznych strategii poznawczych, które mają na celu zaprzeczanie odległym konsekwencjom związanym z natychmiastową gratyfikacją. Stosowanie takich strategii zaburza samoregulację (Baumeister i Heatherton, Tice, 2000). Zatem rozwój strategii samoregulacyjnych sprzyjających zdrowiu jest istotny, ponieważ zwiększa szanse na realizację celów min. związanych ze zdrowiem (Obara-Gołębiowska i Michałek, 2015). Nie wszystkie strategie samoregulacji sprzyjają zdrowiu, a trudności z samokontrolą związane z jej wyczerpaniem, zwłaszcza na końcowym etapie ciąży (Muraven i Baumeister, 2000), mogą skłaniać do korzystania z niezdrowych form samoregulacji, takich jak kompensacyjne przekonania zdrowotne (Knäuper i in., 2004; Rabiau i in., 2006).

## ROZDZIAŁ 2 – Badanie 1

### 2.1. Szczegółowe cele badawcze

Ciąża charakteryzuje się szybkimi zmianami oraz wyzwaniem fizycznymi i psychicznymi (Barbu i in., 2020; Essen i in., 2000; Maciąg, 2013). Biorąc pod uwagę założenia modelu wyczerpywania zasobów (Baumeister i in., 1998), postawiono hipotezę, że poziom samokontroli u kobiet w ciąży będzie niższy w późniejszym etapie ciąży, czyli w trzecim trymestrze niższy niż w drugim i pierwszym trymestrze (Hipoteza 1). Dotychczasowe badania wykazały, że spadek zasobów samokontroli skutkuje wzrostem poziomu przekonań kompensacyjnych, strategii samoregulacji, która zaburza zdrowe funkcjonowanie (Rabiau i in., 2006). W związku z tym, kobiety w ciąży mogą szukać łatwiejszych form samoregulacji - wymówek, które usprawiedliwią ich niezdrowe zachowania w szczególności w trzecim trymestrze ciąży. Wyjaśnienia można doszukiwać się także w teorii mówiącej o tym, że obawy związane z jedzeniem są mniejsze we wczesnym okresie ciąży, a zwiększają wraz z rozwojem ciąży (Fairburn, 1992; Hill, 2016). Można przewidywać, że obawy kobiet dotyczące jedzenia będą największe w trzecim trymestrze ciąży, dlatego by zniwelować lęk i poczucie winy związane ze spożywaniem niezdrowego jedzenia, nadmiernej ilości jedzenia, kobiety w ciąży będą stosowały kompensacyjne przekonania zdrowotne. Mając powyższe na uwadze, założono, że 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 2). Założono także, że kobiety w ciąży mają wysoki poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących kompensowania niezdrowych nawyków żywieniowych, a także tych związanych z regulacją masy ciała, a z uwagi na ogólną większą świadomość konsekwencji palenia i picia alkoholu w ciąży (Avsar i in., 2021), założono niski poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących kompensacji skutków używania substancji (alkoholu, nikotyny i kawy) (Hipoteza 3). Ponadto, z badań Clark i Ogden (1999) oraz Kim

(2009) wynika, że ciężarne kobiety spożywają dużo więcej jedzenia w porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży. W związku z tym założono, że spontanicznie kobiety w ciąży będą najczęściej formułowały przekonania kompensacyjne, w których niezdrowe zachowanie będzie dotyczyło niezdrowego jedzenia (Hipoteza 4), a kompensacja niezdrowego zachowania kobiet w ciąży będzie dotyczyła zdrowego jedzenia (Hipoteza 5). Dla kobiet w ciąży ważny jest balans kaloryczny, który utrzymuje się poprzez zdrową dietę i aktywność fizyczną (Melzer i Schutz, 2010). Wśród czynników korzystnie wpływających na zdrowie kobiet w ciąży, istotne miejsce zajmuje prawidłowy sposób żywienia i właściwa jakość zdrowotna żywności (Kaiser i Allen, 2008), a także aktywność fizyczna (Maciąg i in., 2013). W związku z powyższym, założono, że kobiety w ciąży będą najczęściej w sposób spontaniczny formułowały przekonania kompensacyjne zakładające kompensację niezdrowego jedzenia, zdrowym jedzeniem i aktywnością (Hipoteza 6). Ponadto zakładając, że zgodnie z modelem wyczerpywania zasobów (Baumeister i in., 1998) samokontrola powinna być niższa w dalszych etapach ciąży, a niższa samokontrola powinna się przełożyć na częstsze formułowanie przekonań kompensacyjnych (Rabiau i in., 2006). 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 (Hipoteza 7).

## **2.2. Metoda**

**2.2.1. Osoby badane.** Łącznie 801 kobiet wzięło udział w badaniu przekrojowym i wypełniło formularze. Jednak po uwzględnieniu kryteriów włączenia do badania dotyczących pełnoletności i bycia w ciąży, dwie z badanych kobiet były niepełnoletnie, dlatego nie zostały włączone do badania. Ostateczna liczba analizowanych danych pochodziła od  $N = 799$  kobiet. Najstarsza respondentka miała 44 lata, najmłodsza 18 lat ( $M = 28,83$ ;  $SD = 5,1$ ).

Uczestniczkami były pacjentki ze szpitali, prywatnych gabinetów ginekologicznych oraz przychodni zdrowia i stomatologii; uczestniczki zajęć przedporodowych; studentki Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa; oraz klientki salonów kosmetycznych na Śląsku w okresie od kwietnia 2019 do lipca 2020. Zdecydowana większość badanych kobiet posiadała wykształcenie średnie (39,9%) lub wyższe (49,1%). Największy odsetek badanych kobiet znajdowała się w trzecim trymestrze ciąży (43,1%), a najmniejszy w pierwszym trymestrze ciąży (21,2%). Warto dodać także, że większość badanych była w ciąży po raz pierwszy (53,9%). Z uwagi na to, że spadek był marginalny, a jakość danych była bardzo dobra, nie zastosowano żadnych metod imputacji danych. We wszystkich analizach zastosowano usuwanie listowe, ale dla efektów liniowo-mieszanych.

**2.2.2. Schemat badania i procedura.** W przekrojowym badaniu uczestniczki będące w ciąży, wypełniały kwestionariusze dotyczące samokontroli, kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych. Każde badanie zostało przeprowadzone w wersji papierowej, osobiście przez badacza. Procedura nie została zatwierdzona przez komisję etyczną przed badaniem, ale badanie zostało zrealizowane zgodnie z dobrymi praktykami w tej dyscyplinie. Badanie było poufne, a wyniki wykorzystano wyłącznie do celów naukowych.

Przed badaniem badane zapoznały się z instrukcją i wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu (Załącznik 1). Poinformowano je również o możliwości rezygnacji w dowolnym momencie. Następnie każda uczestniczka wypełniała kwestionariusz, w którym podawała dane demograficzne, wagę, tydzień i trymestr ciąży (Załącznik 2). W kolejnym kroku badane udzielały odpowiedzi na pytania dotyczące samokontroli (Załącznik 3), kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Załącznik 4) oraz spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych (Załącznik 5). Zachowano poufność, dane traktowano z najwyższą starannością.

By nie ukierunkowywać osób badanych na konkretne przykłady przekonań kompensacyjnych w pierwszej kolejności kobiety w ciąży wypisywały własne, spontanicznie sformułowane przykłady przekonań kompensacyjnych, a następnie uzupełniały kwestionariusz składający się ze stwierdzeń będących przykładami kompensacyjnych przekonań zdrowotnych.

W podobny sposób pulę przekonań dotyczących kompensacyjnych przekonań zdrowotnych generowano podczas internetowych badań Knäuper i współpracowników (2004), które miały na celu wytypowanie początkowej puli pozycji dla Skali Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia.

**2.2.3. Narzędzia.** 2.2.3.1. Do pomiaru *samokontroli jako cechy* wykorzystano polską wersję (Buczny i Międzyobrodzka, 2015) **Skali Samokontroli** (Tangney i in., 2004), która składa się z 13 pozycji testowych. Przykładowe pozycje to „Jestem efektywna w opieraniu się pokusom” lub „Różne przyjemności i rozrywki utrudniają mi kończenie zadań”. Odpowiedzi oceniano na pięciostopniowej skali Likerta, od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam” do 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Rzetelność skali na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha  $\alpha = 0,78$  (Załącznik 3) należy ocenić jako zadowalającą. Skala ma dwie wersje, jednoczynnikową (klasyczną) i dwuczynnikową uwzględniającą wymiar samokontroli hamującej i inicjującej. Według de Boera (2011) samokontrola polegająca na hamowaniu czynności związana jest z pozytywnymi, krótkoterminowymi skutkami na przykład przyjemność w zjedzeniu ciasta i nieprzyjemnymi skutkami długoterminowymi na przykład otyłość. Natomiast kontrola polegająca na uruchamianiu czynności związana jest z nieprzyjemnymi skutkami krótkoterminowymi na przykład pokonywanie zmęczenia i pozytywnymi skutkami długoterminowymi na przykład dobrze odżywione ciało (de Boer i n., 2011). W niniejszym badaniu wykorzystano wersję jednoczynnikową, gdyż ostatecznie wykazano, że jednoczynnikowe rozwiązanie jest lepsze (Lindner i in., 2015).

2.2.3.2. *Kompensacyjne przekonania zdrowotne* mierzono za pomocą polskiej wersji **Skali Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia** (Knäuper i in., 2004). Skala została przetłumaczona na język polski za zgodą autorów przez Obarę-Gołębiowską i Michałek (2015). Jest to ogólna miara kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, która ocenia stopień w jakim wierzy się, że niezdrowe zachowanie można zrekompensować zdrowym (Knäuper i in., 2004). Skala składająca się z 17 pozycji w czterech wymiarach: 1) Kompensacja skutków używania substancji, np. „Ćwiczenia fizyczne mogą zrekompensować negatywne skutki palenia papierosów”. 2) Rekompensowanie niezdrowych nawyków żywieniowych i dotyczących snu, np. „Jedzenie wieczorem wszystkiego, na co ma się ochotę, nie stanowi problemu, jeśli nie zjedliśmy zbyt dużo w ciągu dnia”. W niniejszym badaniu, z drugiego wymiaru analizowano jedynie pozycje związane z kompensacją niezdrowych nawyków żywieniowych. Sen nie został uwzględniony w analizach, aby skupić się wyłącznie na niezdrowym odżywianiu. 3) Kompensacja skutków stresu, np. „Relaks przed telewizorem może zrekompensować negatywne skutki stresującego dnia”. 4) Czwarty czynnik związany jest z regulacją masy ciała, np. „Rezygnacja z dania głównego może zrekompensować negatywne skutki spożycia deseru”. Odpowiedzi oceniano na pięciostopniowej skali Likerta, od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam” do 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Rzetelność ogólnej skali wynosiła alfa Cronbacha  $\alpha = 0,79$ , a jej podwymiarów wynosiła alfa Cronbacha: używki  $\alpha = 0,70$ , niezdrowe nawyki żywieniowe  $\alpha = 0,68$ , stres  $\alpha = 0,57$ , masa ciała  $\alpha = 0,51$  (Załącznik 4).

2.2.3.3. *Spontaniczne przekonania kompensacyjne* zostały zmierzone poprzez pytania otwarte. Uczestniczki badania otrzymały definicję kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Następnie zostały poproszone o zapisanie przekonań, jakie przychodzą im na myśl, a przy każdej wymienionej myśli, były proszone o podanie stopnia jak często formułują określone

przekonanie. Odpowiedzi oceniano na pięciostopniowej skali Likerta, od 1 – „w ogóle” do 5 – „bardzo często” (Załącznik 5).

Z odpowiedzi badanych wyłoniono pulę spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań. Każda z respondentek mogła podać maksymalnie 5 przykładów przekonań kompensacyjnych. Za prawidłowe uznawano stwierdzenia, które zawierały w sobie czynnik kompensowany (niezdrowe zachowanie) oraz czynnik kompensujący (zdrowe zachowanie) mający neutralizować efekt czynnika kompensowanego. Stwierdzenia nie pasujące do struktury: niezdrowe zachowanie – kompensacja niezdrowego zachowania, nie były brane pod uwagę. Jednocześnie kolejność występowania składowych w stwierdzeniu, czy też ich następstwo czasowe nie miały wpływu na zakwalifikowanie stwierdzenia do dalszej analizy. Dla przykładu, następujące stwierdzenia są poprawne (spełniają warunek formalny): „Dzisiaj zjem pączka, a jutro poćwiczę” lub „Dzisiaj się wyśpię, żeby jutro móc dłużej w nocy poczytać”. W badaniach internetowych Knäuper i in. (2004), w podobny sposób wykluczono niewłaściwe przykłady kompensacyjnych przekonań. Eliminowano, te które dotyczyły np. oczekiwań „zjedzenie 1 jabłka na dzień powoduje, że nie musisz chodzić do lekarza”. Knäuper, w swoich badaniach badała obszary niezdrowych zachowań i ich kompensacji. Spontanicznie formułowane przykłady przekonań kompensacyjnych podawane przez kobiety w ciąży zakwalifikowane do dalszej analizy, podobnie jak u autorki kwestionariusza podzielono na obszar dotyczący niezdrowych zachowań i obszar kompensacji niezdrowych zachowań. Tabela 1 i Tabela 2 przedstawia podział na konkretne kategorie w niniejszym badaniu. Podział ten został zweryfikowany i potwierdzony przez dwóch niezależnych sędziów kompetentnych.



Tabela 1

*Opis kategorii wchodzących w skład niezdrowych zachowań kobiet w ciąży*

Zmienne	Definicja
Niezdrowe jedzenie	Niezdrowe żywienie, kaloryczność (dużo jedzenia), zbyt mało zdrowych płynów
Brak aktywności	Niezdrowa aktywność fizyczna, brak ruchu
Deficyt snu	Deficyt snu, chodzenie spać o późnej porze, wczesne wstawanie
Użytki	Kawa, alkohol, papierosy, napoje gazowane
Stres	Stres, dużo emocji

*Zmienne* – nazwa skrócona na potrzeby opisu wyników; *Definicja* – pełny opis kategorii

Tabela 2

*Opis kategorii wchodzących w skład kompensacji niezdrowych zachowań kobiet w ciąży*

Zmienne	Definicja
Zdrowe jedzenie	Zdrowe żywienie, kaloryczność (mało, dieta), woda, świeżo wyciskane soki, witaminy (suplementy), nierobienie czegoś niezdrowego
Aktywność	Aktywność fizyczna, zdrowe aktywności, ruch
Sen	Sen, drzemki, chodzenie spać o wcześniejszej porze
Użytki	Papierosy, słodycze, alkohol, kawa
Relaks	Relaks, emocje, relacje

*Zmienne* – nazwa skrócona na potrzeby opisu wyników; *Definicja* – pełny opis kategorii

Relaks – jako forma odpoczynku w kategorii dotyczącej kompensacji jest odpowiedzią na stres w kategorii dotyczącej niezdrowego zachowania

### 2.3. Wyniki

W celu przeprowadzenia analiz statystycznych użyto oprogramowania IBM SPSS Statistics w wersji 27. Za jego pomocą wykonano analizy podstawowych statystyk opisowych,

testy normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa, analizy częstości, jednoczynnikowe analizy wariancji, testy  $t$  Studenta dla prób zależnych, testy Kruskala-Wallisa oraz testy niezależności  $\chi^2$ . Za poziom istotności przyjęto klasyczny próg  $\alpha = 0,05$ .

### **2.3.1. Podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych ilościowych.**

Analizę statystyczną rozpoczęto od wyliczenia podstawowych statystyk opisowych badanych zmiennych ilościowych wraz z testami Kołmogorowa-Smirnowa, sprawdzającymi normalność rozkładów badanych zmiennych. Wyniki przeprowadzonych testów wykazały, że zmienne ilościowe o nazwie poziom samokontroli oraz poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiaru stres, niezdrowe nawyki żywieniowe, regulacja masy ciała, używanie substancji okazały się być istotnie statystycznie odmiennie od modelowego rozkładu normalnego. W związku z powyższym w dalszej analizie postanowiono zweryfikować wartości skośności otrzymanych rozkładów, gdyż zasada mówi, że jeśli wartość skośności mieści się w przedziale  $\pm 2$ , możliwe jest przyjęcie, że rozkład takiej zmiennej nie jest znacząco asymetryczny względem średniej (George i Mallery, 2019), co w konsekwencji pozwala na przeprowadzenie testów parametrycznych.

Otrzymane wartości skośności badanych zmiennych, oscylowały w okolicach  $-0,7$ ;  $1,32$  zawierały się zatem w przyjętym przedziale. Postanowiono wykonywać analizy statystyczne za pomocą testów parametrycznych dla wszystkich badanych zmiennych, przy założeniu, że pozostałe warunki tych testów również zostały spełnione. Szczegółowe wyniki omawianej analizy zawarto w Tabeli 3 (Załącznik 6).

W pierwszej kolejności zaprezentowano analizę wyników dotyczącą samokontroli a trymestru ciąży, przekonań kompensacyjnych a trymestru ciąży, a następnie przekonań kompensacyjnych dotyczących kompensowania niezdrowych nawyków żywieniowych, związanych z regulacją masy ciała, a także z kompensacją skutków używania substancji. W

kolejnym kroku przedstawiono analizę wyników spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań dotyczących niezdrowego zachowania oraz spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań dotyczących kompensacji niezdrowego zachowania. W następnej kolejności przedstawiono analizę częstości spontanicznych przekonań kompensacyjnych dotyczących niezdrowego zachowania i kompensacji niezdrowego zachowania. Dodatkowo spojrzano na wyniki w podziale na trzy trymestry ciąży.

**2.3.2. Poziom samokontroli a trymestr ciąży.** W pierwszym kroku analizy sprawdzono, czy poziom samokontroli u kobiet będących w późniejszym etapie ciąży, to znaczy w trzecim trymestrze ciąży był niższy w porównaniu do kobiet będących w pierwszym i drugim trymestrze ciąży (Hipoteza 1). Wynik jednoczynnikowej analizy wariancji nie wskazał różnic istotnych statystycznie,  $F(2, 796) = 0.48; p = 0,62; \eta^2 = 0,00$ . Ze względu na niespełnione założenie o równorodności wariancji w porównywanych grupach badawczych, dodatkowo przeprowadzono test  $H$  Kruskala-Wallisa. W wyniku przeprowadzonych analiz nie odnotowano różnicy istotnej statystycznie,  $H(2, 796) = 0.76; p = 0,68; E_R^2 = 0,00$ . Oznacza to, że trymestr ciąży nie różnicował poziomu samokontroli. Otrzymane wyniki zaprezentowano w Tabeli 4.

Tabela 4

*Poziom samokontroli z podziałem na trymestry*

	I trymestr (n = 169)				II trymestr (n = 286)				III trymestr (n = 344)				$H$	$p$	$E_R^2$
	$Mr$	$Me$	$M$	$SD$	$Mr$	$Me$	$M$	$SD$	$Mr$	$Me$	$M$	$SD$			
Poziom samokontroli	397,38	3,39	3,42	0,53	392,06	3,39	3,39	0,63	407,89	3,46	3,43	0,57	0,76	0,68	0

$Mr$  – średnia ranga,  $Me$  – mediana;  $M$  – średnia;  $SD$  – odchylenie standardowe  $H$  – wynik testu  $H$  Kruskala-Wallisa;  $p$  – poziom istotności statystycznej;  $E_R^2$  – współczynnik siły efektu

### 2.3.3. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych a trymestr ciąży.

Sprawdzono także, czy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet będących w późniejszym etapie ciąży, to znaczy w trzecim trymestrze ciąży był wyższy w porównaniu do kobiet będących w pierwszym i drugim trymestrze ciąży (Hipoteza 2). Wynik jednoczynnikowej analizy wariancji wskazał różnicę istotną statystycznie dla zmiennej ogólny poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych,  $F(2, 796) = 4.67; p = 0,01; \eta^2 = .01$  oraz dla trzech podwymiarów: używanie substancji,  $F(2, 796) = 3.45; p = 0,03; \eta^2 = .01$ , niezdrowe nawyki żywieniowe,  $F(2, 796) = 3.59; p = 0,03; \eta^2 = .01$  i regulacja masy ciała,  $F(2, 796) = 5.66; p = 0,004; \eta^2 = .01$ . Ze względu na niespełnione założenie o równoliczności porównywanych grup badawczych, przeprowadzone zostały dodatkowo testy  $H$  Kruskala-Wallisa, aby zweryfikować wynik. Jak widać w Tabeli 5, odnotowano 2 różnice istotne statystycznie dla zmiennej ogólny poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych,  $H(2, 796) = 7.32; p = 0,03; E_R^2 = .01$  i zmiennej regulacja masy ciała,  $H(2, 796) = 9.09; p = 0,01; E_R^2 = .01$ . Siła wszystkich zaobserwowanych efektów była niska. Badaną zmienną ogólny poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiaru regulacja masy ciała, poddano dalszej analizie post-hoc Dunna przy użyciu korekty Bonferroniego.

W zakresie zmiennej ogólny poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Kobiety będące w drugim trymestrze ciąży,  $Me = 2,47; SD = 0,61; 95\% \text{ CI: } [2,45; 2,59]$ , osiągały istotnie wyższy poziom zmiennej kompensacyjne przekonania zdrowotne w porównaniu do kobiet w trzecim trymestrze  $Me = 2,41; SD = 0,52; 95\% \text{ CI: } [2,33; 2,45]$  ( $p = 0,04$ ).

W zakresie zmiennej poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiaru regulacja masy ciała odnotowano jedną różnicę istotną statystycznie. Kobiety będące w drugim trymestrze ciąży,  $Me = 2,33; SD = 0,93; 95\% \text{ CI: } [2,17; 2,38]$ , osiągały istotnie

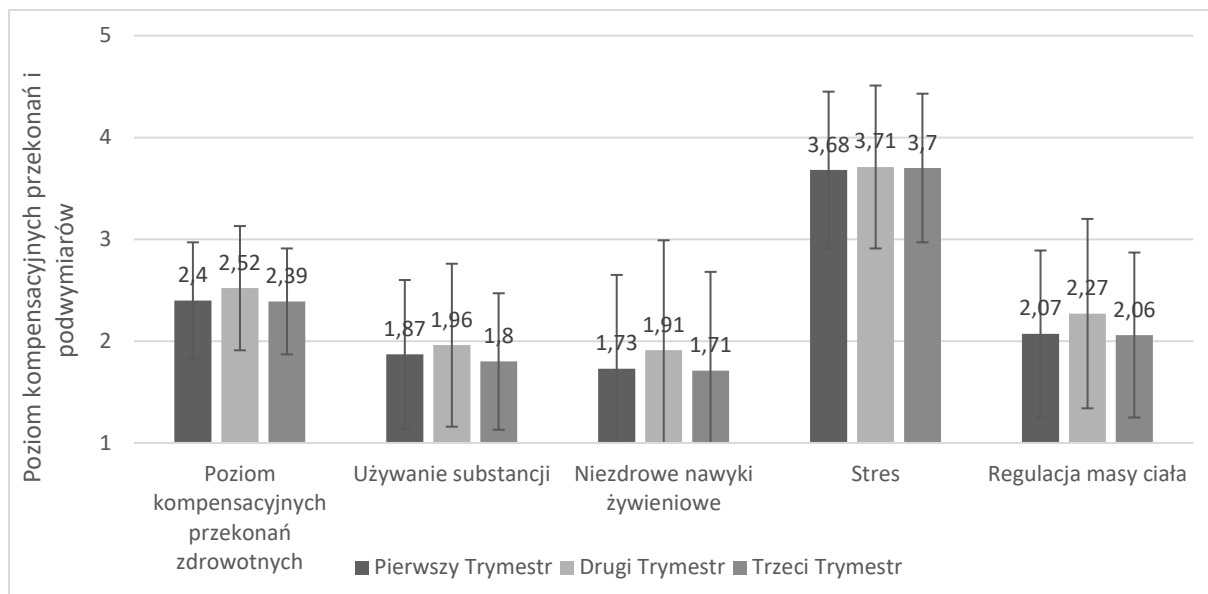
wyższy poziom zmiennej kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące podwymiaru regulacja masy ciała w porównaniu do kobiet w trzecim trymestrze  $Me = 2$ ;  $SD = 0,81$ ; 95% CI: [1,97; 2,14] ( $p = 0,01$ ). Pozostałe zmienne nie różniły się istotnie statystycznie w badanych grupach. Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 1, 2, 3.

Tabela 5

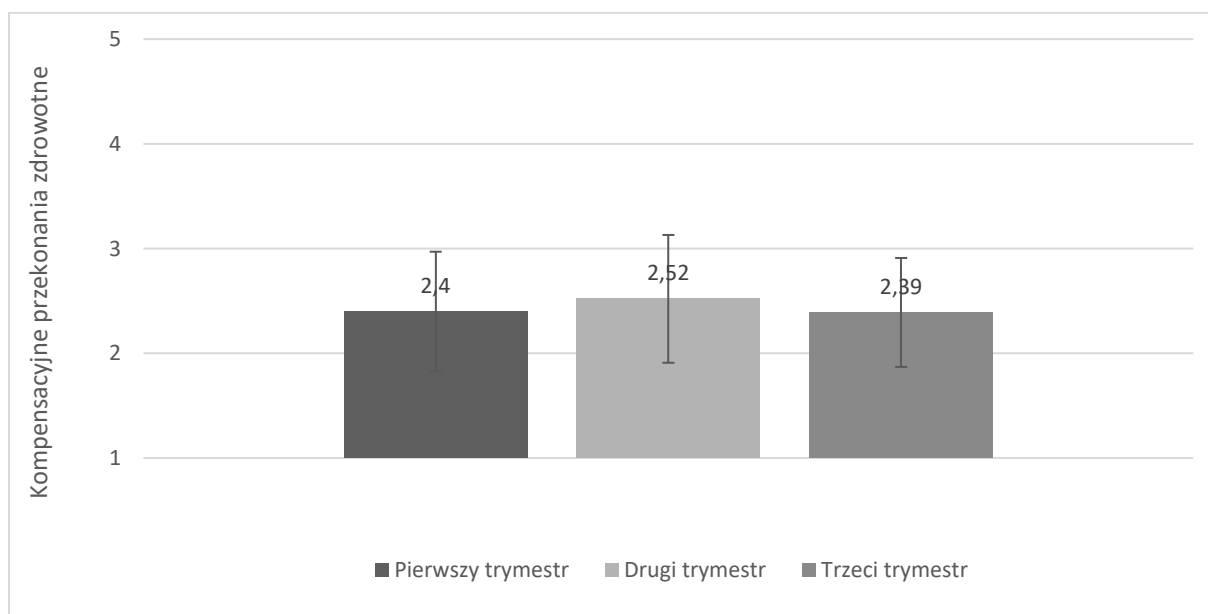
*Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz ich podwymiarów a trymestr ciąży*

	Pierwszy Trymestr (n = 169)				Drugi Trymestr (n = 286)				Trzeci Trymestr (n = 344)				<i>H</i>	<i>p</i>	$ER^2$
	<i>Mr</i>	<i>Me</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mr</i>	<i>Me</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mr</i>	<i>Me</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Ogólny poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych	383,01	2,35	2,40	0,57	429,56	2,47	2,52	0,61	383,77	2,41	2,39	0,52	7,32	<b>0,03</b>	0,01
Używanie substancji	400,42	1,67	1,87	0,73	420,63	1,83	1,96	0,80	382,64	1,67	1,80	0,67	4,27	0,12	0,01
Niezdrowe nawyki żywieniowe	396,16	1,5	1,73	0,92	423,57	1,5	1,91	1,08	382,29	1,5	1,71	0,97	5,62	0,06	0,01
Stres	395,42	3,75	3,68	0,77	406,08	3,75	3,71	0,80	397,19	3,88	3,70	0,73	0,32	0,85	0
Regulacja masy ciała	384,45	2	2,07	0,82	432,64	2,33	2,27	0,93	380,51	2	2,06	0,81	9,09	<b>0,01</b>	0,01

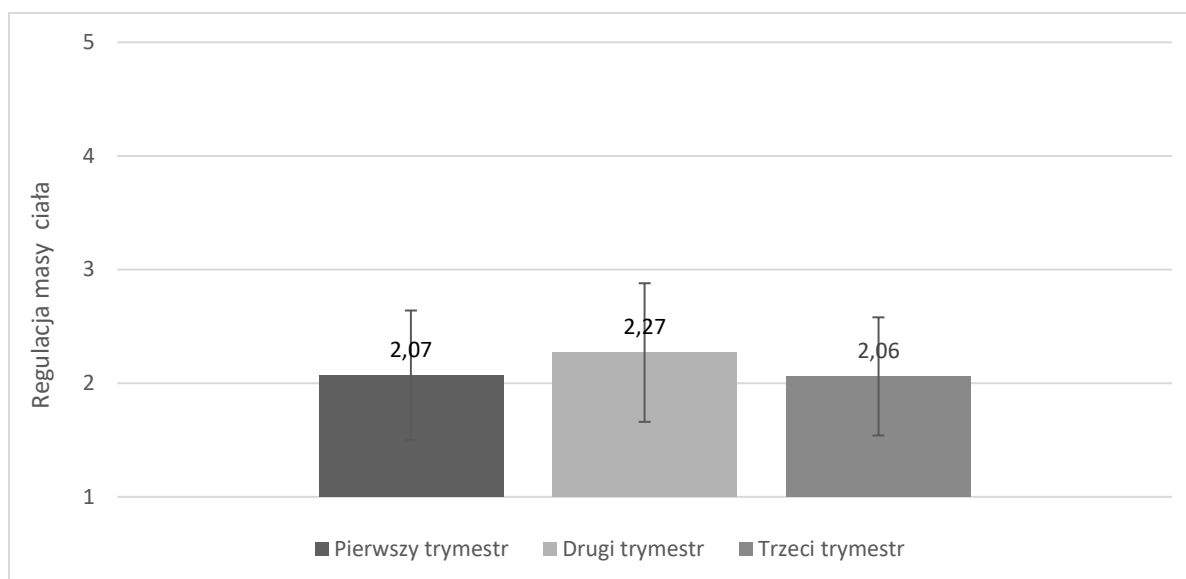
*Mr* – średnia ranga, *Me* – mediana; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe *H* – wynik testu *H* Kruskala-Wallisa; *p* – poziom istotności statystycznej;  $ER^2$  – współczynnik siły efektu



*Rysunek 1.* Ogólny poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz ich podwymiary a trymestr ciąży. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.



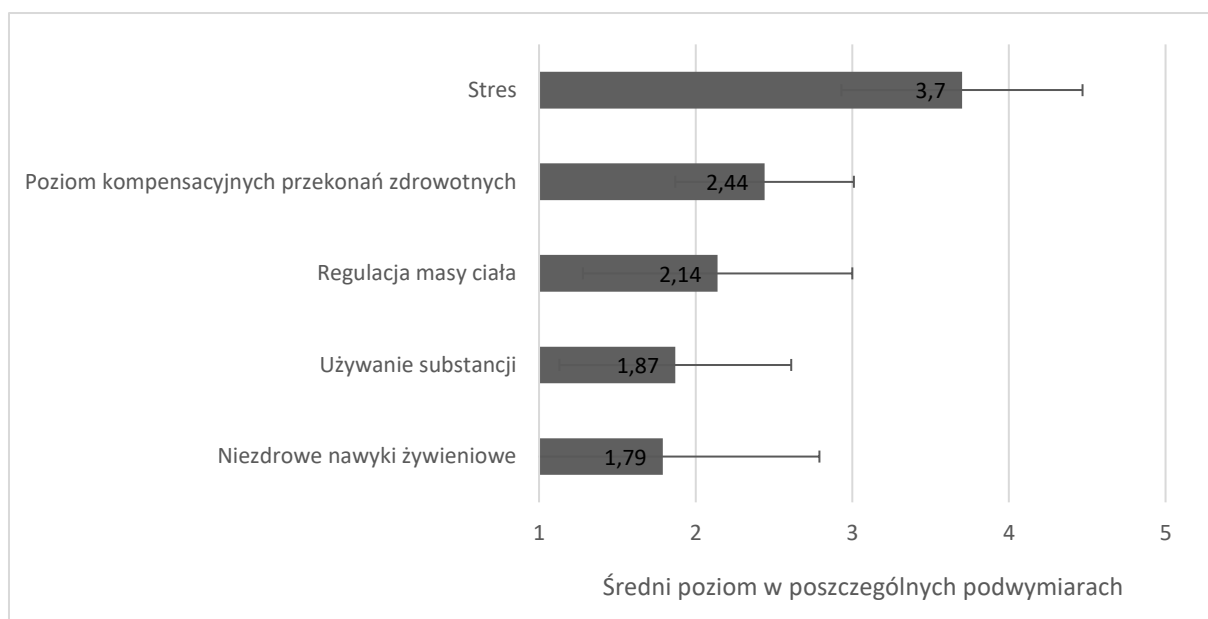
*Rysunek 2.* Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych a trymestr ciąży. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.



*Rysunek 3.* Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiaru regulacja masy ciała a trymestr ciąży. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.

**2.3.4. Porównanie poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w trzech wymiarach.** W następnej kolejności zweryfikowano Hipotezę 3, zakładającą, że kobiety w ciąży mają wysoki poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących kompensowania niezdrowych nawyków żywieniowych, a także tych związanych z regulacją masy ciała, a niski poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących kompensacji skutków używania substancji (alkoholu, nikotyny, kawy).

W tym celu zanalizowane zostały poszczególne wymiary. Wbrew założeniom najwyższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych kobiet w ciąży dotyczył podwymiaru stres  $M = 3,70$ ;  $SD = 0,77$  (95% CI: [3,64; 3,75]), a najniższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczył podwymiaru niezdrowe nawyki żywieniowe  $M = 1,79$ ;  $SD = 1$  (95% CI: [1,72; 1,86]). Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 4.



Rysunek 4. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i poszczególnych podwymiarów. Wartości przedstawiają średnie, a poziome odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.

By sprawdzić różnice pomiędzy średnimi trzech podwymiarów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, przeprowadzono test *t* Studenta dla prób zależnych. Wszystkie różnice między średnimi były istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ). Kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące podwymiary niezdrowe nawyki żywieniowe charakteryzowały się najniższą średnią  $M = 1,79$ ;  $SD = 1,00$  w porównaniu do reszty badanych komponentów. Kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące podwymiary regulacja masy ciała charakteryzowały się najwyższą średnią  $M = 2,14$ ;  $SD = 0,86$  w porównaniu do reszty badanych podwymiarów. Wyniki zaprezentowano w Tabeli 6 oraz w formie graficznej na Rysunku 5.



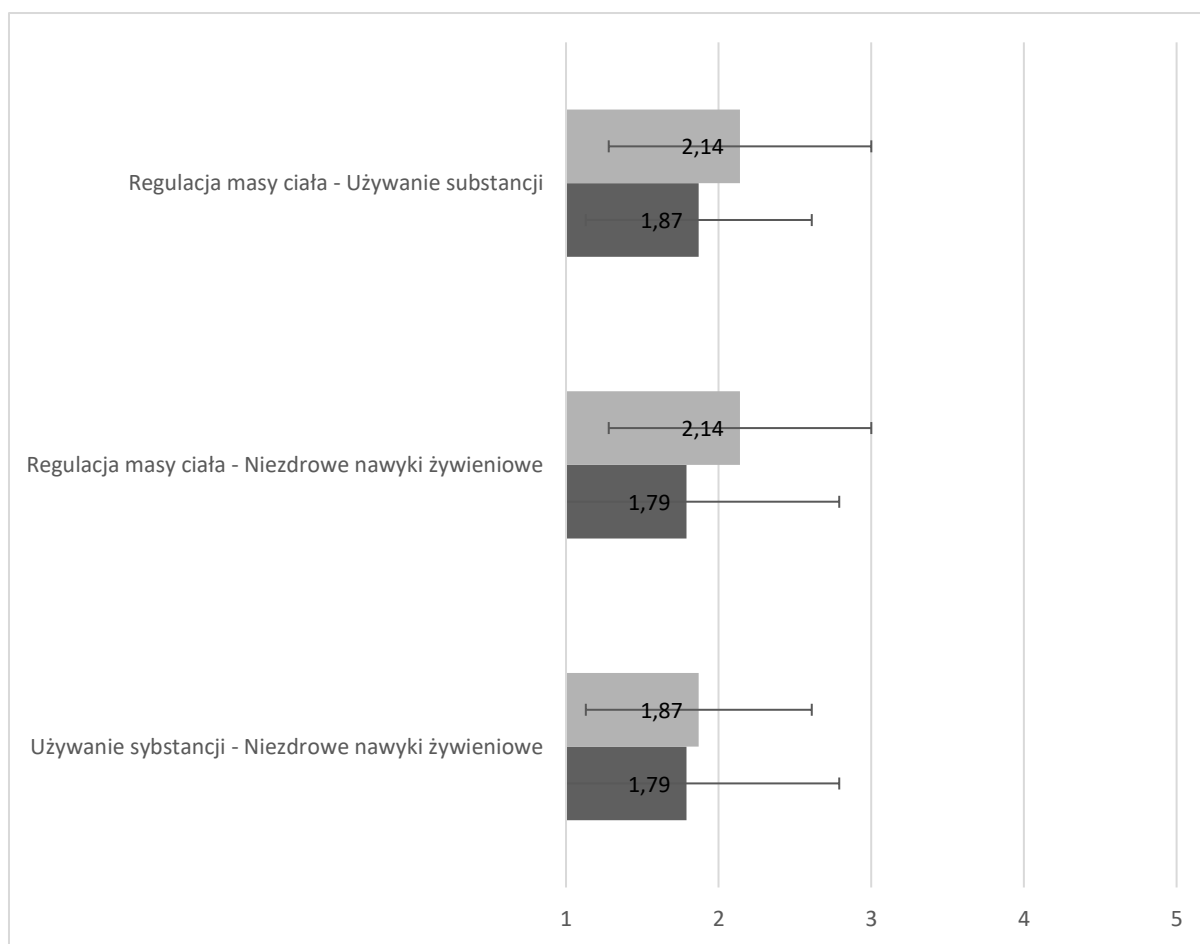
Tabela 6

*Porównania parami w trzech podwymiarach kompensacyjnych przekonań zdrowotnych niezdrowe nawyki żywieniowe, regulacja masy ciała i używanie substancji*

Ze względu na dużą liczbę przeprowadzonych testów wykonano korektę Bonfferoniego ustawiając próg istotności na  $p = 0,005$ .

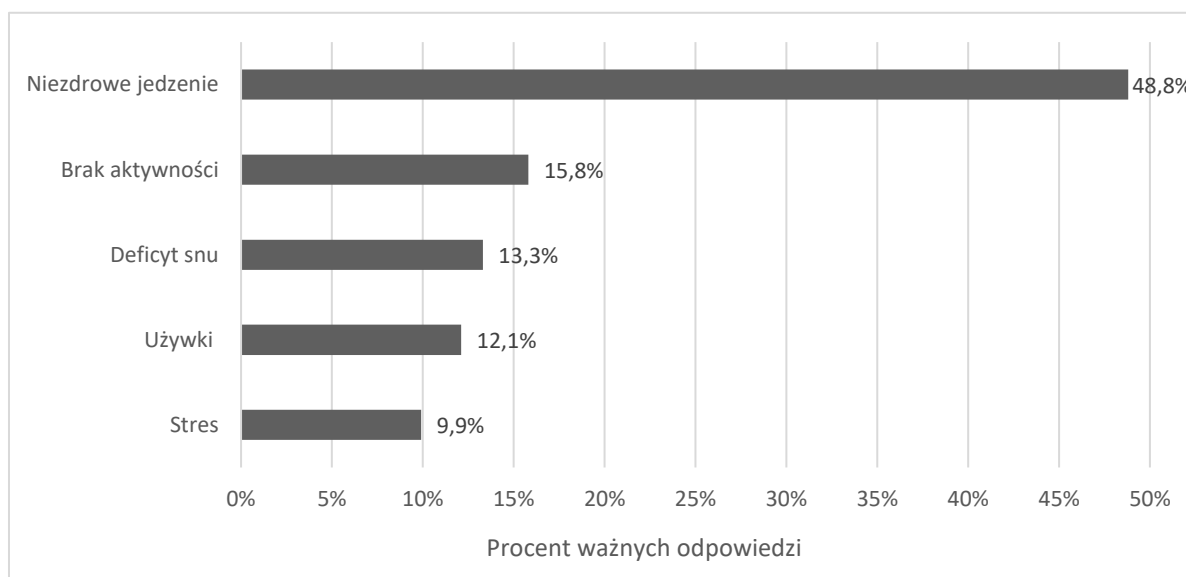
W Tabeli 6 jedynie wyniki poniżej tego progu są zaznaczone pogrubionym drukiem, co świadczy o istotności testów po korekcie.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>LL</i>	95% <i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
Para 1	Regulacja masy ciała	2,14	0,86	8,75	<b>&lt;0,001</b>	0,20	0,32	0,31
	Używanie substancji	1,87	0,74					
Para 2	Regulacja masy ciała	2,14	0,86	10,63	<b>&lt;0,001</b>	0,29	0,42	0,38
	Niezdrowe nawyki żywieniowe	1,79	1					
Para 3	Używanie substancji	1,87	0,74	2,55	<b>0,010</b>	0,02	0,15	0,09
	Niezdrowe nawyki żywieniowe	1,79	1					



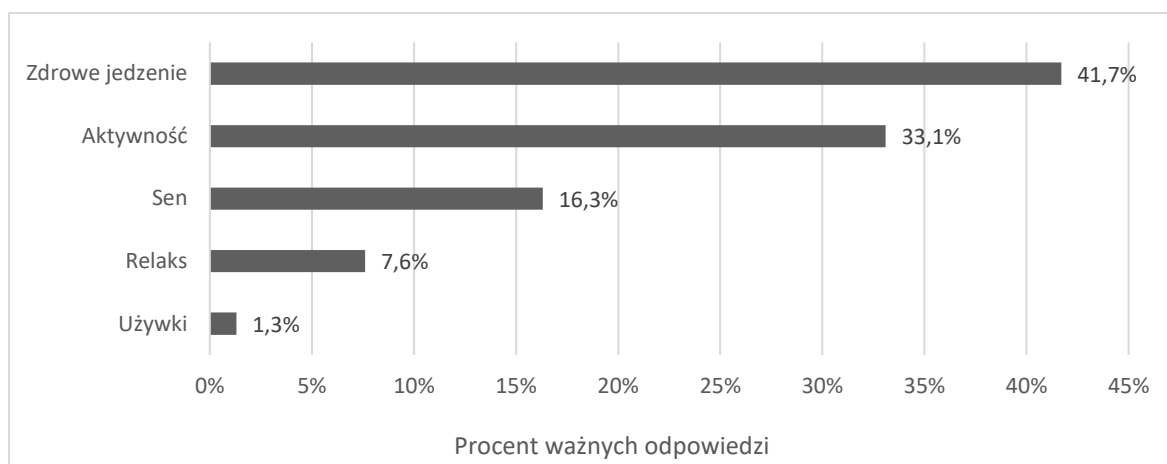
*Rysunek 5.* Różnica między poziomem trzech podwymiarów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Wartości przedstawiają średnie, a poziome odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.

**2.3.5. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania.** Zweryfikowano także, jakiej kategorii najczęściej dotyczyły spontanicznie podawane przez kobiety w ciąży przykłady niezdrowych zachowań (Hipoteza 4). Zgodnie z hipotezą okazało się, że najczęściej niezdrowe zachowanie kobiet w ciąży dotyczyło kategorii związanej z niezdrowym jedzeniem (48,80%). Najrzadziej pojawiały się przykłady dotyczące kategorii związanej ze stresem (9,90%). Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 6.



Rysunek 6. Niezdrowe zachowania kobiet w ciąży – procent ważnych odpowiedzi.

**2.3.6. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące kompensacji niezdrowego zachowania.** Ponadto sprawdzono, jakiej kategorii najczęściej dotyczyły spontanicznie podawane przez kobiety w ciąży przykłady kompensacji niezdrowych zachowań (Hipoteza 5). Zgodnie z hipotezą najczęściej kompensacja niezdrowego zachowania kobiet w ciąży dotyczyła kategorii związanej ze zdrowym jedzeniem (41,70%) i aktywnością (33,10%). Najrzadziej pojawiały się przykłady dotyczące kategorii związanej z używkami (1,30%). Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 7.

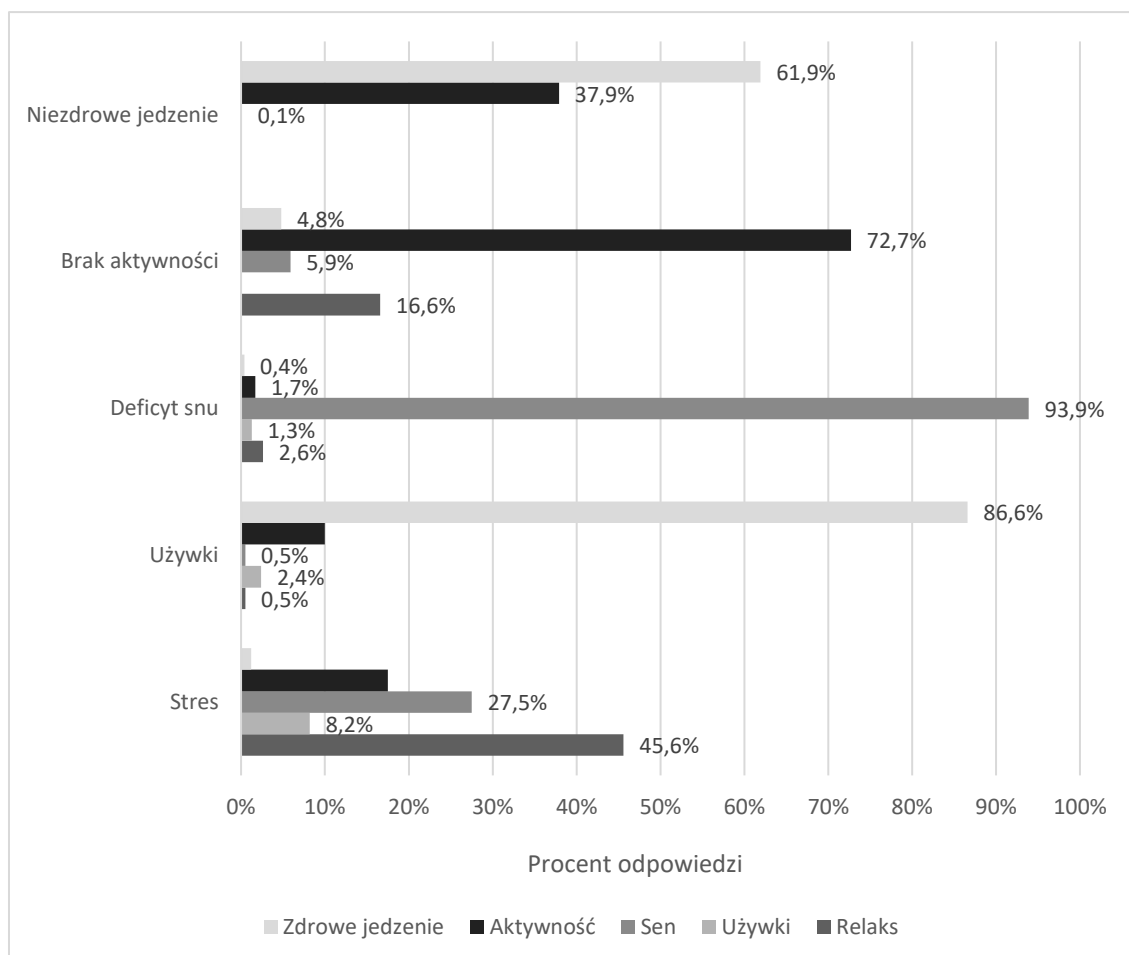


Rysunek 7. Kompensacja niezdrowego zachowania kobiet w ciąży – procent ważnych odpowiedzi.

**2.3.7. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania i jego kompensacji.** W następnej kolejności sprawdzono, czy kobiety w ciąży najczęściej spontanicznie formułowały przekonania kompensacyjne zakładające kompensację niezdrowego jedzenia, zdrowym jedzeniem i aktywnością (Hipoteza 6). W tym celu przeprowadzone zostały testy niezależności  $\chi^2$ . Kobiety w ciąży najczęściej spontanicznie formułowały przekonania kompensacyjne zakładające kompensację niezdrowego jedzenia, zachowaniami związanymi ze zdrowym jedzeniem i aktywnością. Różnice między grupami (rodzajami kompensacji) były istotne statystycznie  $\chi^2(16, N = 1720) = 2242,26, p < 0,001$ . Siła efektu była umiarkowana  $V$  Kramera = 0,57. Należy dodać, że liczba obserwacji  $n = 1720$  wynikała z liczby kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, które spontanicznie formułowały badane. Każda z badanych osób mogła podać maksymalnie pięć przykładów kompensacyjnych przekonań, które były traktowane w analizie jako osobne obserwacje.

Kompensacja niezdrowego zachowania najczęściej pochodziła z tej samej kategorii co niezdrowe zachowanie. Niezdrowe jedzenie najczęściej kompensowane było zdrowym jedzeniem (61,9%), brak aktywności kompensowane było aktywnością (72,7%), deficyt snu

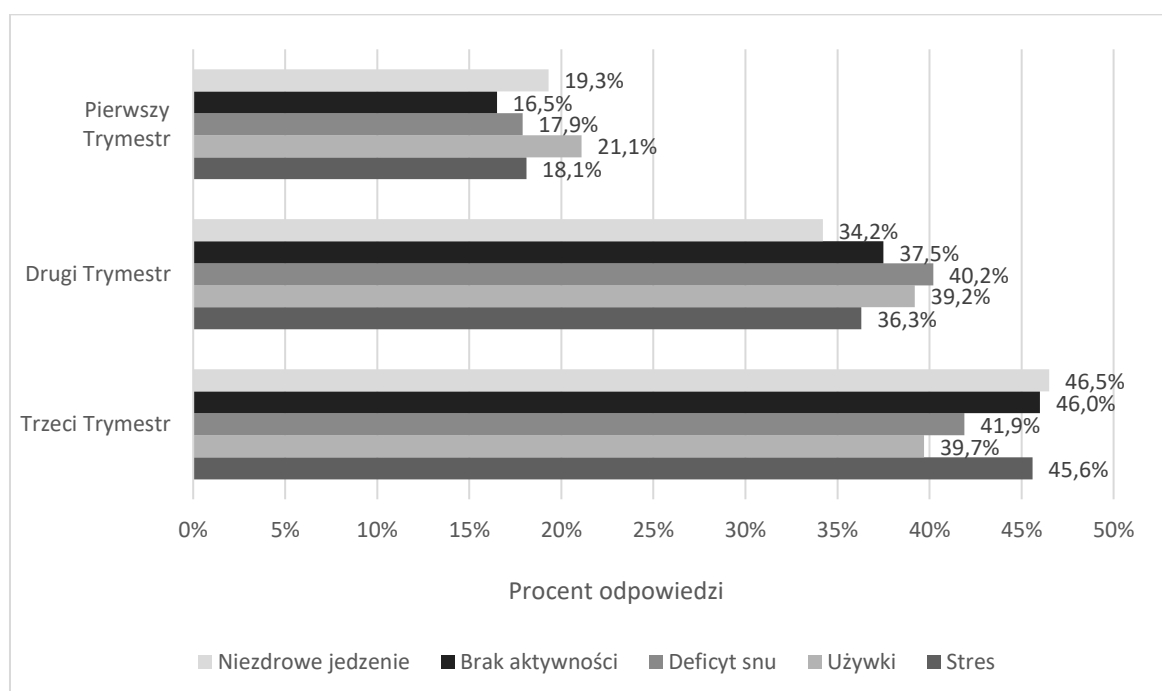
kompensowany był snem (93,9), a stres kompensowany był relaksem (45,6%). Jedynie niezdrowe zachowanie z kategorii używki, było kompensowane najczęściej zdrowym jedzeniem (86,6%). Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 8.



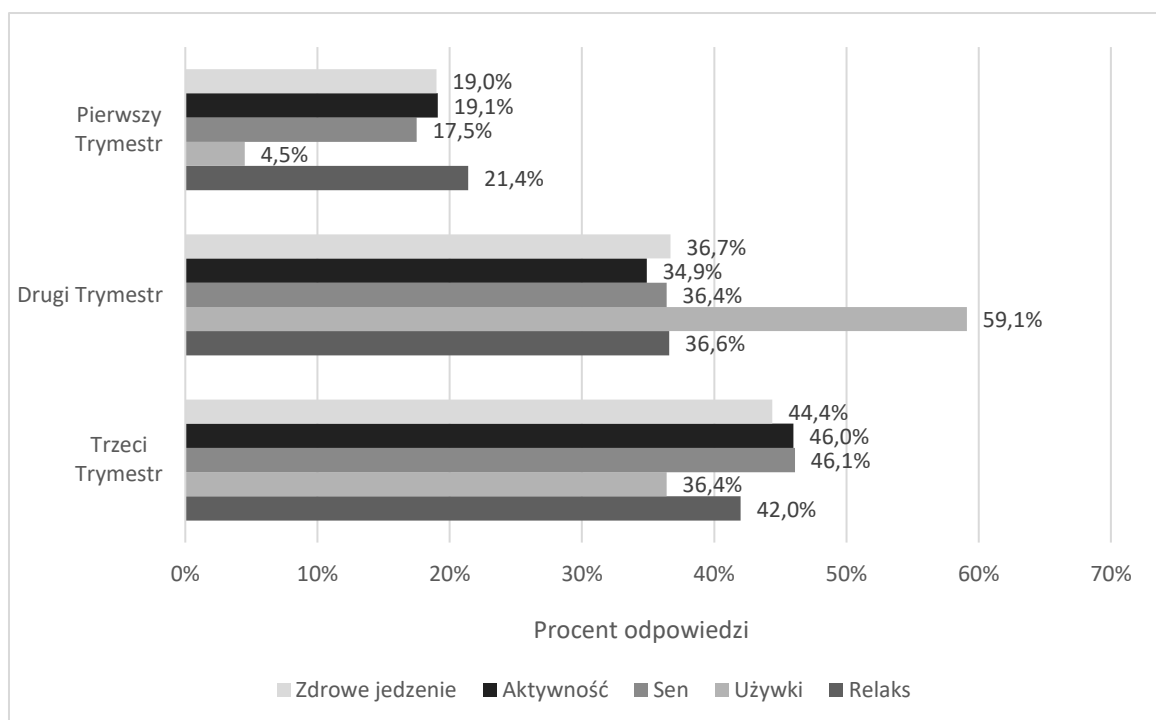
Rysunek 8. Niezdrowe zachowania kobiet w ciąży i ich kompensacja – procent ważnych odpowiedzi.

**2.3.8. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania i jego kompensacji a trymestr ciąży.** Zweryfikowano również, w którym z trymestrów kobiety w ciąży najczęściej spontanicznie formułowały przekonania kompensacyjne dotyczące niezdrowego jedzenia i kompensacji dotyczącej zdrowego jedzenia i aktywności (Hipoteza 7). W tym celu przeprowadzone zostały ponownie testy niezależności

$\chi^2$ . Okazało się, że nie było istotnych statystycznie różnic między grupami (trymestrami) dotyczących niezdrowego zachowania związanego z niezdrowym jedzeniem;  $\chi^2(8, N = 1720) = 6,45, p = 0,60$ . Siła efektu była niska  $V$  Kramera = 0,043. Nie było także istotnych statystycznie różnic między grupami (trymestrami) dotyczących kompensacji niezdrowego jedzenia zdrowym jedzeniem i aktywnością;  $\chi^2(8, N = 1720) = 7,5, p = 0,48$ . Siła efektu była niska  $V$  Kramera = 0,047. Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 9 i 10.



*Rysunek 9.* Niezdrowe zachowania kobiet w ciąży a trymestr ciąży. Procenty sumują się do 100% dla poszczególnej zmiennej w trzech trymestrach.



*Rysunek 10.* Kompensacja niezdrowego zachowania kobiet w ciąży a trymestr ciąży. Procenty sumują się do 100% dla poszczególnej zmiennej w trzech trymestrach.

## 2.4. Dyskusja wyników

Badanie 1 przeprowadzono w celu zmierzenia poziomu samokontroli, kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet w ciąży, a także zweryfikowania jakie kompensacyjne przekonania zdrowotne spontanicznie formułują kobiety w ciąży.

Wyniki analiz w badaniu 1 nie potwierdzają postawionej Hipotezy 1, 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. Okazało się, że trymestr ciąży nie różnicował poziomu samokontroli. Możliwe, że różnice indywidualne w poziomie samokontroli miały wpływ na to, że nawet przy tak dużej próbie hipoteza się nie potwierdziła. Prawdopodobnie różnice indywidualne były silniejsze w poszczególnych grupach niż pomiędzy grupami.

Nie potwierdzono także hipotezy 2. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet będących w późniejszym etapie ciąży, to znaczy w trzecim trymestrze ciąży nie był wyższy w porównaniu do kobiet będących w pierwszym i drugim trymestrze ciąży. Kobiety będące w drugim trymestrze ciąży osiągały istotnie wyższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiary regulacja masy ciała w porównaniu do kobiet w trzecim trymestrze. Możliwe, że na wyniki wpływ miał sposób rekrutacji, pozyskanie i dobór grupy. Większość badanych z drugiego trymestru ciąży było uczestniczkami szkół rodzenia. Być może kobiety biorące udział w szkoleniu w szkole rodzenia, były bardziej zaangażowane w badanie i chętniej udzielały odpowiedzi niż kobiety badane na przykład w szpitalach, czy podczas prywatnych wizyt ginekologicznych i dlatego poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących podwymiary regulacja masy ciała okazał się wyższy w drugim trymestrze w porównaniu do trzeciego trymestru. Możliwe, że mimo otrzymanego wsparcia i wiedzy w trakcie uczestnictwa w szkole rodzenia (Abramowicz, 2021; Çankaya i Şimşek, 2021), udział w tego typu zajęciach stanowi także obciążenie fizyczne i psychiczne dla kobiety w ciąży. Może korzystanie z takiego szkolenia jest kolejnym zadaniem, które zabiera energię i powoduje zmęczenie. Może właśnie z tego powodu kobiety w badanej próbie w drugim trymestrze ciąży szybciej decydowały się na przykład na spożycie dodatkowych kalorii w postaci zjedzenia deseru, czy na przerwanie diety, bo nie miały wystarczających zasobów samokontroli i dlatego skorzystały z najprostszych form samoregulacji (Knäuper i in., 2004).

Najwyższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych kobiet w ciąży dotyczył podwymiary stres, a najniższy poziom dotyczył podwymiary niezdrowe nawyki żywieniowe, zupełnie odmiennie od postawionej hipotezy 3. Hipoteza 3 zakładała, że kobiety w ciąży mają wysoki poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący kompensowania niezdrowych nawyków żywieniowych, a także tych związanych z regulacją masy ciała oraz



niski poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących kompensacji skutków używania substancji (alkoholu, nikotyny i kawy). Przy porównaniach parami trzech podwymiarów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych: niezdrowych nawyków żywieniowych, regulacji masy ciała i używania substancji odnotowano, że wszystkie różnice między średnimi były istotne statystycznie. Kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące podwymiary niezdrowe nawyki żywieniowe charakteryzowały się najniższą średnią w porównaniu do reszty badanych komponentów. Kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące podwymiary regulacja masy ciała charakteryzowały się najwyższą średnią w porównaniu do reszty badanych podwymiarów. W poszczególnych podwymiarych alfa Cronbacha była mała. Jest to związane z zależnością tej miary rzetelności od liczby pozycji testowych, im mniej pozycji testowych, tym mniejsza alfa Cronbacha. Możliwe, że mała liczba pozycji testowych miała wpływ na wyniki, dlatego Hipoteza 3 nie potwierdziła się.

Dalsze analizy potwierdziły Hipotezę 4 mówiącą o tym, że spontanicznie kobiety w ciąży najczęściej formułują przekonania kompensacyjne, w których niezdrowe zachowanie dotyczy niezdrowego jedzenia potwierdzając tym samym, że ciężarne kobiety spożywają dużo więcej jedzenia w porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży (Clark i Ogden, 1999; Kim, 2009). Najrzadziej natomiast pojawiały się przykłady dotyczące kategorii związanej ze stresem. Analizując otrzymane wyniki można dostrzec zastanawiającą rozbieżność między wynikami dwóch narzędzi mierzących poziom kompensacyjnych przekonań związanych ze stresem. W kwestionariuszu, w którym narzucono pytania dotyczące kompensacyjnych przekonań związanych ze stresem, poziom tych przekonań okazał się wysoki. Jednak, gdy kobiety w ciąży spontanicznie formułowały przekonania kompensacyjne, tematyka stresu nie była poruszana. Bardzo prawdopodobne jest, że jeśli zostaje poruszona tematyka dotycząca stresu, to uaktywnia się myślenie o nim. Możliwe zatem, że kobietom w ciąży w pierwszej kolejności nasuwa się myślenie o konsekwencjach związanych z niezdrowym jedzeniem, ale jak zostają

naprowadzone na tematykę związaną ze stresem, to uświadamiają sobie, że konsekwencje związane z nadmiernym stresem mogą przynieść jeszcze większy, szkodliwy wpływ na ciążę i dziecko. Biorąc pod uwagę takie podejście kobiety prawdopodobnie dają sobie większe przyzwolenie na niezdrowe jedzenie, gdyż uważają, że z tym można sobie w łatwiejszy i szybszy sposób poradzić niż ze skutkami stresu. Może właśnie z tego powodu kobietom najbardziej zależy na kompensowaniu skutków stresu, gdyż podejrzewają, że to jednak stres, a nie niezdrowe jedzenie może najmocniej niekorzystnie oddziaływać na rozwój dziecka. W związku z tym najchętniej kompensują sytuacje stresujące, by wyregulować stan swoich emocji. Takie podejście potwierdza literatura tematu mówiąca o tym, że stres oddziałuje niekorzystnie na rozwój płodu, a to może mieć negatywne konsekwencje w przyszłości na dziecko. Może wpływać na umiejętności poznawcze dziecka takie jak uczenie się, rozwój ruchowy czy zachowanie (DiPietro i in., 2002). Stres w czasie ciąży może także zwiększyć ryzyko poronienia, spowodować niską masę urodzeniową dziecka, jak również inne zaburzenia, które są związane z nieprawidłowym rozwojem układu nerwowego (Grote i in., 2010; Mulder i in., 2002).

Widoczną różnicę w wynikach zaobserwowano także pomiędzy podwymiarami niezdrowe nawyki żywieniowe oraz regulacja masy ciała z kwestionariusza dotyczącego kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, a kategorią niezdrowe jedzenie z części badań dotyczących spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań. Możliwe, że pomiędzy podwymiarami kwestionariusza mierzącego kompensacyjne przekonania zdrowotne dotyczące niezdrowych nawyków żywieniowych i regulacji masy ciała, a utworzoną kategorią niezdrowe jedzenie dotyczącą spontanicznie formułowanych przekonań, nie można postawić znaku równości i z tego powodu wyniki się nie pokrywają. Jest to sygnał, by w kolejnych badaniach dopracować kategorie utworzone do spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych i przeprowadzić kolejne analizy.

Najczęściej kompensacja niezdrowego zachowania spontanicznie podawana przez kobiety w ciąży dotyczyła kategorii związanej ze zdrowym jedzeniem (potwierdziło to Hipotezę 5) i aktywnością. Przepuszczalnie dla kobiet jest to najbardziej oczywista forma kompensacji, ponieważ dotyczy kategorii związanej z jedzeniem, która w ciąży wydaje się istotna. Kobiety mogą kompensować niezdrowe zachowania zdrowym jedzeniem, myśląc nie tylko o etapie ciąży, ale także o czasie po porodzie, kiedy nadchodzi moment na zadbanie o siebie i swoje ciało. Niewykluczone, że już podczas ciąży mentalnie przygotowują się na późniejszy etap, w którym będą chciały zadbać o dziecko, ale też o swój komfort psychiczny i fizyczny (Plante i in., 2020). W związku z tym może już w trakcie trwania ciąży, kobiety starają się mieć kontrolę nad zdrowymi zachowaniami, a że nie zawsze się to udaje, w przypadku niepowodzenia decydują się na kompensację niezdrowego zachowania zdrowym jedzeniem.

Godny uwagi jest także fakt, że najczęściej kompensacja pochodzi z tej samej kategorii, co niezdrowe zachowanie np. brak aktywności – aktywność, deficyt snu – sen. Być może jest to związane z aktywacją schematów poznawczych (Beck, 1979, Dozois i Beck, 2008). Schematy poznawcze rozumiane jako trwałe przekonania dotyczące zdarzeń, ludzi ułatwiają i przyspieszają rozumienie świata i własnych doświadczeń (Beck, 1979). Dzięki konkretnej sytuacji i wiedzy z niej płynącej, przy kolejnym podobnym wydarzeniu działa się w podobnym schemacie, który został już wcześniej utrwalony (Beck, 1979). Możliwe, że w przypadku formułowania kompensacyjnych przekonań, kobiety w ciąży zastosowały podobny sposób, dzięki któremu dużo prościej i szybciej mogły zareagować i odnieść się do zadania.

Analizy potwierdziły Hipotezę 6, mówiącą o tym, że kobiety w ciąży najczęściej w sposób spontaniczny formułują przekonania kompensacyjne zakładające kompensację niezdrowego jedzenia, zdrowym jedzeniem i aktywnością. Zdrowe jedzenie i aktywność była przytaczana w literaturze jako elementy, o które warto dbać podczas ciąży (Kaiser i Allen,

2008; Maciąg i in., 2013; Melzer i Schutz, 2010), a także, jeśli dla kobiety ważny jest powrót do formy sprzed ciąży (Plante i in., 2020).

Trymestr ciąży nie miał znaczenia w związku z częstotliwością spontanicznie formułowanych przekonań kompensacyjnych dotyczących niezdrowego jedzenia oraz kompensacji dotyczącej zdrowego jedzenia i aktywności, co jest niezgodne z Hipotezą 7. Hipoteza 7 zakładała, 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, gdyż zgodnie z modelem wyczerpywania zasobów (Baumeister i in., 1998) samokontrola powinna być niższa w dalszych etapach ciąży, a niższa samokontrola powinna się przełożyć na częstsze formułowanie przekonań kompensacyjnych (Rabiau i in., 2006). Z uwagi na to, że badanie 1 miało charakter przekrojowy, miało swoje ograniczenia. Zapewne był to jeden z powodów, przez który nie udało się potwierdzić Hipotezy 7 oraz pozostałych Hipotez 1, 2, 3. Postarano uporać się z tymi utrudnieniami przeprowadzając badanie 2, które miało charakter podłużny i pozwoliło wziąć pod uwagę różnice indywidualne, a także dało możliwość zaobserwowania zmian w przebiegu ciąży.

## **ROZDZIAŁ 3 – Badanie 2**

### **3.1. Szczegółowe cele badawcze**

<sup>1</sup>Badanie 2, które było badaniem podłużnym, zostało przeprowadzone, by możliwe było odnotowanie zmian w przebiegu ciąży pod kątem poziomu samokontroli, samokontroli dotyczącej jedzenia i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Zrealizowano je także po to, by można było wziąć pod uwagę różnice indywidualne.

---

<sup>1</sup> Badanie 2 zostało częściowo opublikowane.

Mazur-Skupowska, M., Byrka, K. (2023). Compensatory health beliefs in women in the first, second and third trimester of pregnancy. *Health Psychology Report*. <https://doi.org/10.5114/hpr/169474>

Ze względu na wyczerpywanie się zasobów samokontroli w trakcie ciąży, która wiąże się z różnorodnymi wyzwaniami dla kobiety (Barbu i in., 2020; Essen i in., 2000; Maciąg, 2013), postawiono hipotezę, że poziom samokontroli oraz poziom samokontroli dotyczący jedzenia obniży się w czasie ciąży, od pierwszego do trzeciego trymestru (Hipoteza 1 i Hipoteza 2). Wyczerpanie zasobów samokontroli skutkuje wzrostem poziomu przekonań kompensacyjnych, strategii samoregulacji, która zaburza zdrowe funkcjonowanie (Rabiau i in., 2006). W związku z tym 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 3). Założono również pozytywny związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi (Hipoteza 4). Oczekiwano, że gdy poziom samokontroli będzie spadał, kobiety w ciąży będą dawały sobie większe przyzwolenie na niezdrowe jedzenie, a w sytuacjach, gdy będą odczuwały wyrzuty sumienia z powodu zjedzenia nadmiaru jedzenia, będą stosować kompensacyjne przekonania zdrowotne (Glock i in., 2013; Knäuper i in., 2004; Matley i Davies, 2018; Zhao i in., 2021). W związku z tym 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 5). Ponadto 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 (Hipoteza 6).

## 3.2. Metoda

**3.2.1. Osoby badane.** Początkowo w badaniu wzięło udział 169 kobiet, które spełniały kryteria włączenia, tj. były pełnoletnie (18 lat) i były w pierwszym trymestrze ciąży. Spośród 169 uczestniczek, trzy zrezygnowały po zakończeniu pierwszego pomiaru ( $t_1$ ). Ostatecznie do analizy w badaniu wzięto pod uwagę dane od 166 kobiet, które ukończyły wszystkie bezpłatne pomiary ( $t_1, t_2, t_3$ ), (odrzućenie 1,8%). Z uwagi na to, że spadek był marginalny, a jakość danych była bardzo dobra, nie zastosowano żadnych metod imputacji danych. We wszystkich analizach zastosowano usuwanie listowe, ale dla efektów liniowo-mieszanych.

Uczestniczkami były pacjentki ze szpitali, prywatnych gabinetów ginekologicznych oraz przychodni zdrowia i stomatologii; uczestniczki zajęć przedporodowych; studentki Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa; oraz klientki salonów kosmetycznych na Śląsku w okresie od kwietnia 2019 do lipca 2020. Najstarsza uczestniczka miała 44 lata, najmłodsza 19 lat ( $M = 28,74$ ;  $SD = 5,53$ ). Zdecydowana większość kobiet posiadała wykształcenie średnie (41%) lub wyższe (44,6%). Warto również zauważyć, że większość uczestniczek była w ciąży po raz pierwszy (77,60%), drugi (25,30%), trzeci (14,50%), czwarty (4,80%), piąty (2,40%), szósty (1,20%). Pozostałe 4,20% to brak danych. Przed badaniem nie przeprowadzono formalnej analizy mocy. Pierwszy pomiar badania 2 był częścią przekrojowego badania 1. Do badania podłużnego zaproszono kobiety będące w pierwszym trymestrze ciąży z badania 1. Badanie nie miało żadnego finansowania instytucjonalnego, dlatego liczba uczestników była ograniczona możliwościami organizacyjnymi.

**3.2.2. Schemat badania i procedura.** W badaniu podłużnym uczestniczki 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.

Pierwszy pomiar został wykonany osobiście przez badacza, natomiast pozostałe pomiary zostały przeprowadzone elektronicznie. Średnia liczba dni między pomiarem  $t_1$  i  $t_2$  wyniosła  $M = 57,73$ ;  $SD = 19,64$  (w zakresie od 18 do 106 dni), a z pomiaru  $t_2$  i  $t_3$  było to  $M = 77,22$   $SD = 26,05$  (w zakresie od 22 do 164 dni). Procedura nie została zatwierdzona przez komisję etyczną przed badaniem, ale badanie zostało przeprowadzone zgodnie z dobrymi praktykami w tej dyscyplinie.

*Pierwszy trymestr ( $t_1$ ).* Przed pierwszym pomiarem badane zapoznały się z instrukcją i wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu (Załącznik 1). Poinformowano je również o możliwości rezygnacji w dowolnym momencie. Następnie każda uczestniczka wypełniała kwestionariusz, w którym podawała dane demograficzne, wagę, tydzień i trymestr ciąży oraz adres e-mail, aby można było się z nią skontaktować w przypadku wyrażenia chęci udziału w kolejnych etapach badania (Załącznik 2). Następnie badane udzielały odpowiedzi na pytania dotyczące samokontroli (Załącznik 3), samokontroli w zakresie jedzenia (Załącznik 7) i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Załącznik 4). Zachowano poufność, dane traktowano z najwyższą starannością.

*Drugi trymestr ( $t_2$ ).* W drugim pomiarze ( $t_2$ ) uczestniczki odpowiadały na pytania dotyczące trymestru i tygodnia ciąży, samokontroli, samokontroli w zakresie jedzenia i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Załącznik 8).

*Trzeci trymestr ( $t_3$ ).* W trzecim pomiarze ( $t_3$ ) uczestniczki odpowiadały na pytania dotyczące trymestru i tygodnia ciąży, samokontroli, samokontroli w zakresie jedzenia oraz kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Załącznik 9). Ponadto mierzono niezdrowe nawyki związane z podjadaniem (Załącznik 10).

**3.2.3. Narzędzia.** *3.2.3.1.* Do pomiaru *samokontroli jako cechy* wykorzystano polską wersję (Buczny i Międzyobrodzka, 2015) **Skali Samokontroli** (Tangney i in., 2004). Rzetelność skali została oceniona na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej alfa

Cronbacha i wyniosła  $\alpha = 0,73$  w pierwszym pomiarze ( $t_1$ ),  $\alpha = 0,79$  w drugim pomiarze ( $t_2$ ) i  $\alpha = 0,84$  w trzecim pomiarze ( $t_3$ ). Ta sama skala została zastosowana do pomiaru samokontroli w badaniu 1, 2 i 3 (Załącznik 3).

3.2.3.2. Do pomiaru *samokontroli dotyczącej jedzenia* wykorzystano polską wersję (Łuszczynska i in., 2013) **Kwestionariusza Samoregulacji Dotyczącej Jedzenia** (de Vet i in., 2014), który składa się z 24 pozycji. Przykładowe pozycje to np. „W sklepach unikam działu ze słodyczami” lub „Jeśli mam ochotę na słodycze to trochę biorę, a resztę w opakowaniu odkładam gdzieś dalej”. Odpowiedzi oceniano na pięciostopniowej skali Likerta, od 1 – „nigdy” do 5 – „zawsze”. Rzetelność skali została oceniona na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha i wyniosła  $\alpha = 0,79$  w pierwszym pomiarze ( $t_1$ ),  $\alpha = 0,91$  w drugim pomiarze ( $t_2$ ) i  $\alpha = 0,92$  w trzecim pomiarze ( $t_3$ ).

Kwestionariusz TESQ-E opisuje sześć strategii samoregulacji, w tym trzy ogólne podejścia do samoregulacji. Każda ze strategii zawiera cztery pozycje testowe. Na potrzeby niniejszego badania zostały użyte cztery strategie dotyczące unikania pokus, kontrolowania pokus, rozpraszania uwagi i tłumienia. Dwie pozostałe strategie odnoszące się do celu, nie zostały uwzględnione w badaniu. W związku z powyższym wykorzystano tylko 16 pozycji testowych (Załącznik 7).

1. Strategie bezpośrednio odnoszące się do pokus:

- a. *Unikanie pokus*: unikanie sytuacji, które skłaniają do kupowania lub konsumpcji niezdrowych produktów
- b. *Kontrolowanie pokus*: kontrolowanie środowiska żywnościowego w taki sposób, że zdrowe produkty stają się łatwo dostępne, a niezdrowe mniej dostępne

2. Strategie odnoszące się do znaczenia pokus:

- a. *Rozpraszanie uwagi*: przekierowanie uwagi z kuszącego produktu do przedmiotu lub zdarzenia rozpraszającego



b. *Tłumienie*: Celowe staranie się by zredukować wpływ kuszących wskazówek dot. jedzenia na myśli, emocje, impulsy

3.2.3.3. **Kompensacyjne przekonania zdrowotne** mierzono za pomocą polskiej wersji **Skali Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia** (Knäuper i in., 2004). Rzetelność ogólnej skali i jej podwymiarów została oceniona na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha i wyniosła dla ogólnej skali  $\alpha = 0,79$  w pierwszym pomiarze ( $t_1$ ), a dla poszczególnych podwymiarów wynosiła: używanie substancji  $\alpha = 0,67$ , niezdrowe nawyki żywieniowe  $\alpha = 0,57$ , stres  $\alpha = 0,55$ , regulacja masy ciała  $\alpha = 0,38$ . W drugim pomiarze ( $t_2$ ) dla ogólnej skali  $\alpha = 0,79$ , a dla poszczególnych podwymiarów wynosiła: używanie substancji  $\alpha = 0,73$ , niezdrowe nawyki żywieniowe  $\alpha = 0,53$ , stres  $\alpha = 0,48$ , regulacja masy ciała  $\alpha = 0,43$ . W trzecim pomiarze ( $t_3$ ) dla ogólnej skali  $\alpha = 0,70$ , a dla poszczególnych podwymiarów wynosiła: używanie substancji  $\alpha = 0,72$ , niezdrowe nawyki żywieniowe  $\alpha = 0,54$ , stres  $\alpha = 0,16$ , regulacja masy ciała  $\alpha = 0,35$ . Ta sama skala została zastosowana do pomiaru kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w badaniu 1 i w badaniu 3 (Załącznik 4).

3.2.3.4. **Niezdrowe nawyki związane z podjadaniem** mierzono jedynie w trzecim pomiarze ( $t_3$ ), za pomocą polskiej wersji **Samoopisowego Wskaźnika Siły Nawyku** (Łuszczyńska i in., 2013), który składa się z 12 pozycji (Verplanken i Orbell, 2003). W niniejszym badaniu sześć pozycji, wybranych przez Łuszczyńską i in. (2013), posłużyły do pomiaru niezdrowych nawyków podjadania wśród kobiet w ciąży. Przykładowe pozycje to: „Jedzenie niezdrowych przekąsek to coś, co robię automatycznie” oraz „Jedzenie niezdrowych przekąsek to coś, czego nie zrobienie wymagałoby wysiłku”. Odpowiedzi oceniano na pięciostopniowej skali Likerta, od 1 – „nigdy” do 5 – „bardzo często”. Rzetelność wskaźnika została oceniona na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha i wyniosła  $\alpha = 0,94$ . Pozycje w narzędziu zawierają dwa podstawowe elementy nawyków:

częstotliwość i automatyzm. Można je uzupełnić przykładem dowolnego zachowania, w zależności od celu badania (Verplanken i Orbell, 2003). (Załącznik 10).

### **3.3. Wyniki**

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione hipotezy i przetestowania postawionych hipotez wykonane zostały analizy statystyczne przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics w wersji 27. Za jego pomocą wykonano analizy podstawowych statystyk opisowych, testy normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa, jednoczynnikowe analizy wariancji z powtórzonym pomiarem, analiza wariancji Friedmana dla prób zależnych, analizy korelacji ze współczynnikiem  $r$  Pearsona, analizy korelacji rangowych  $\rho$  Spearmana, liniowa analiza efektów mieszanych oraz analizy mediacji. Za poziom istotności przyjęto klasyczny próg  $\alpha = 0,05$ .

#### **3.3.1. Podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych ilościowych.**

Analizę statystyczną rozpoczęto podstawowych statystyk opisowych badanych zmiennych ilościowych wraz z testami Kołmogorowa-Smirnowa, sprawdzającymi normalność rozkładów badanych zmiennych. Wyniki przeprowadzonych testów wykazały, że zmienne ilościowe o nazwie poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – drugi trymestr, poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych - trzeci trymestr oraz poziom samokontroli – pierwszy trymestr były zbliżone do modelowego rozkładu normalnego. Rozkłady pozostałych zmiennych okazały się być istotnie statystycznie odmienne od modelowego rozkładu normalnego. W dalszej analizie postanowiono zweryfikować wartości skośności otrzymanych rozkładów. Reguła bowiem stanowi, że jeśli wartość skośności mieści się w przedziale  $\pm 2$ , możliwe jest przyjęcie, że rozkład takiej zmiennej nie jest znacząco asymetryczny względem średniej (George i Mallery, 2019), co w konsekwencji pozwala na przeprowadzenie testów parametrycznych.

Otrzymane wartości skośności badanych zmiennych, z wyjątkiem zmiennej o nazwie poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących stresu – trzeci trymestr, oscylowały w okolicach -1,67; 1,85, zawierały się zatem w przyjętym powyżej przedziale. Z uwagi na powyższe, w niniejszym rozdziale, postanowiono wykonywać analizy statystyczne za pomocą testów parametrycznych dla wszystkich badanych zmiennych z wyjątkiem zmiennej o nazwie poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących stresu – trzeci trymestr, przy założeniu, że pozostałe warunki tych testów również zostały spełnione. W stosunku do zmiennej poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących stresu – trzeci trymestr postanowiono przeprowadzić dodatkowo analizy nieparametryczne. Szczegółowe wyniki analizy zawarto w Tabeli 7 (Załącznik 11).

W pierwszej kolejności zaprezentowano analizę wyników dotyczącą samokontroli w przebiegu ciąży. Dodatkowo przeprowadzono pomiar samokontroli dotyczącej jedzenia w przebiegu ciąży. Następnie przedstawiono analizę różnic w poziomie kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w przebiegu ciąży, a w kolejnym kroku analizę wyników dotyczącą związku samokontroli i kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. W następnej kolejności przedstawiono analizy badające pośredniczącą rolę kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz podwymiary kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – niezdrowe nawyki żywieniowe pomiędzy samokontrolą, a niezdrowymi nawykami podjadania.

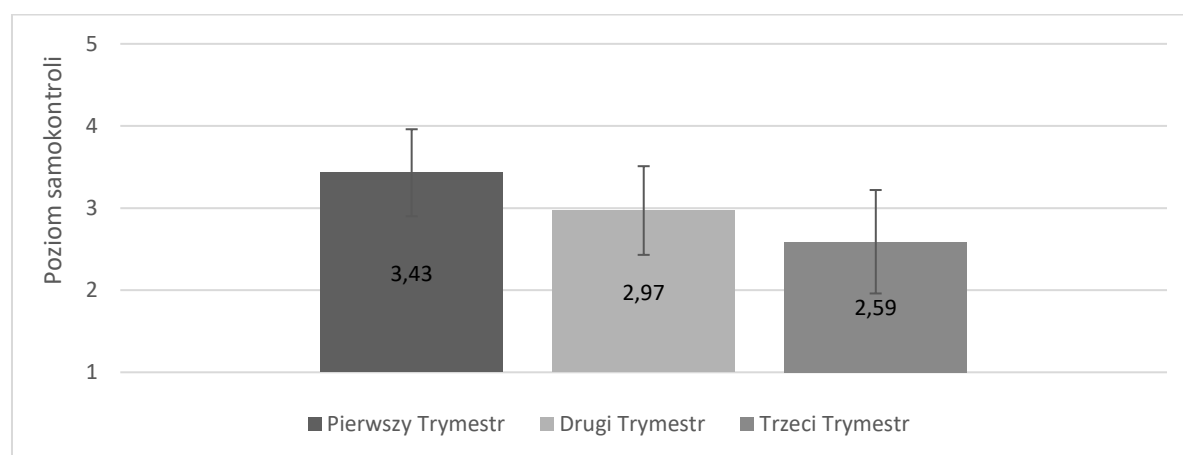
**3.3.2. Poziom samokontroli a trymestr ciąży.** Jednoczynnikowa analiza wariancji z powtórzonym pomiarem samokontroli mierzonej w trzech punktach jako czynnik wewnątrz obiektowy wykazała główny efekt pomiaru,  $F(1,4,237) = 275,97$ ,  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,63$ ) (Hipoteza 1). Ze względu na naruszenie założenia o sferyczności wariancji, na wyniki analizy nałożono poprawkę Greenhouse'a-Geissera. Testy post-hoc wykazały, że kobiety w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ) ( $M = 3,43$ ;  $SD = 0,53$ ; 95% CI [3,35; 3,51]) zgłaszały wyższy poziom samokontroli w porównaniu z drugim trymestrem ciąży ( $t_2$ ) ( $M = 2,97$ ;  $SD = 0,54$ ; 95% CI

[2,89; 3,05]),  $t(165) = 14,06$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,09$ , 95% CI [0,9; 1,28]) i trzecim trymestrem ( $t_3$ ) ( $M = 2,59$ ;  $SD = 0,63$ ; 95% CI [2,5; 2,69]),  $t(165) = 18,52$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,44$ , 95% CI [1,22; 1,65]. Kobiety w drugim trymestrze ( $t_2$ ) zgłaszały istotnie wyższą samokontrolę w porównaniu z trzecim trymestrem ( $t_3$ ) ( $M = 2,59$ ;  $SD = 0,63$ ; 95% CI [2,5; 2,69]),  $t(165) = 14,16$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,1$ , 95% CI [0,91; 1,29]. Wyniki przedstawiono w Tabeli 8 i graficznie na Rysunku 11.

Tabela 8

*Poziom samokontroli otrzymany w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze*

	Pierwszy Trymestr		Drugi Trymestr		Trzeci Trymestr		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poziom samokontroli	3,43	0,53	2,97	0,54	2,59	0,63	275,97	<0,001	0,63



*Rysunek 11.* Poziom samokontroli w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim trymestrze ( $t_3$ ). Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.

**3.3.3. Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia a trymestr ciąży.** Jednoczynnikowa analiza wariancji z powtórzonym pomiarem samokontroli dotyczącej jedzenia mierzoną w trzech punktach jako czynnik wewnątrz obiektowy wykazała główny efekt pomiaru,  $F(1,4,227)$

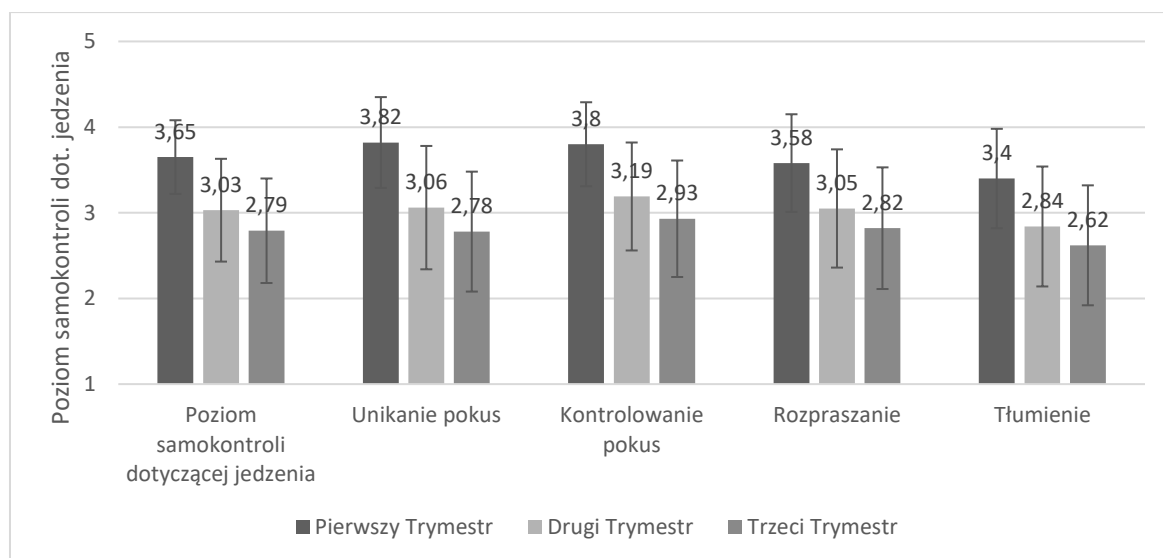
= 306,89,  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,65$ ) (Hipoteza 2). Ze względu na naruszenie założenia o sferyczności wariancji, na wyniki analizy nałożono poprawkę Greenhouse'a-Geissera. Testy post-hoc wykazały, że kobiety w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ) ( $M = 3,65$ ;  $SD = 0,44$ ; 95% CI [3,58; 3,72]) zgłaszały wyższy poziom samokontroli dotyczącej jedzenia w porównaniu z drugim trymestrem ciąży ( $t_2$ ) ( $M = 3,03$ ;  $SD = 0,6$ ; 95% CI [2,94; 3,13],  $t(165) = 15,06$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,17$ , 95% CI [0,97; 1,37]) i trzecim trymestrem ( $t_3$ ) ( $M = 2,79$ ;  $SD = 0,61$ ; 95% CI [2,7; 2,88],  $t(165) = 20,55$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,6$ , 95% CI [1,37; 1,82]). Kobiety w drugim trymestrze ( $t_2$ ) zgłaszały istotnie wyższą samokontrolę dotyczącą jedzenia w porównaniu z trzecim trymestrem ( $t_3$ ) ( $M = 2,79$ ;  $SD = 0,61$ ; 95% CI [2,7; 2,88],  $t(165) = 11,97$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,93$ , 95% CI [0,75; 1,11]).

Dodatkowo, w przypadku czterech podwymiarów zmiennej poziom samokontroli dotyczącej jedzenia, odnotowano, że kobiety będące w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ) zgłaszały wyższy poziom samokontroli dotyczącej jedzenia we wszystkich czterech podwymiarach – strategii unikania i kontrolowania pokus, rozpraszania i tłumienia w porównaniu do drugiego trymestru ( $t_2$ ) ( $p < 0,001$ ) oraz trzeciego trymestru ( $t_3$ ) ( $p < 0,001$ ). Kobiety będące w drugim trymestrze ( $t_2$ ) zgłaszały istotnie wyższy poziom samokontroli dotyczącej jedzenia we wszystkich czterech podwymiarach w porównaniu do trzeciego trymestru ( $t_3$ ) ( $p < 0,001$ ). Wyniki przedstawiono w Tabeli 9 i graficznie na Rysunku 12.

Tabela 9

*Poziom samokontroli dotyczący jedzenia i jej cztery podwymiary otrzymane w pierwszym (t<sub>1</sub>), drugim (t<sub>2</sub>) oraz trzecim (t<sub>3</sub>) trymestrze*

	Pierwszy Trymestr		Drugi Trymestr		Trzeci Trymestr		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia	3,65	0,43	3,03	0,6	2,79	0,61	306,89	<0,001	0,65
Unikanie pokus	3,82	0,53	3,06	0,72	2,78	0,7	279,1	<0,001	0,63
Kontrolowanie pokus	3,8	0,49	3,19	0,63	2,93	0,68	241	<0,001	0,59
Rozpraszenie	3,58	0,57	3,05	0,69	2,82	0,71	165,96	<0,001	0,5
Tłumienie	3,4	0,58	2,84	0,7	2,62	0,7	186,27	<0,001	0,53



*Rysunek 12.* Poziom samokontroli dotyczący jedzenia i jej cztery podwymiary otrzymane w pierwszym (t<sub>1</sub>), drugim (t<sub>2</sub>) oraz trzecim (t<sub>3</sub>) trymestrze. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.

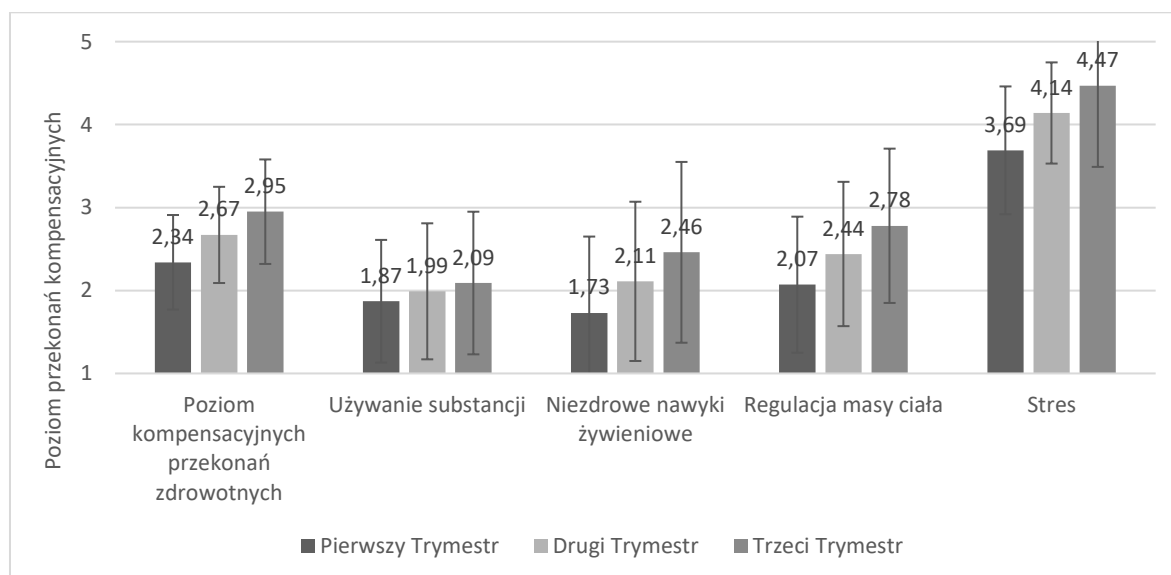
**3.3.4. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych a trymestr ciąży.** W trzecim kroku analizy sprawdzono, czy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych był zależny od czasu pomiaru, czyli trymestru ciąży (Hipoteza 3). Przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z powtórzonym pomiarem. W związku z naruszeniem założenia o sferyczności wariancji, na wyniki analizy ponownie nałożono poprawkę Greenhouse'a-Geissera. Zaobserwowano główny wpływ czasu pomiaru na poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych,  $F(1,5; 249,1) = 188,05$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,53$ . Kobiety w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ) rzadziej zgłaszały kompensacyjne przekonania zdrowotne ( $M = 2,34$ ;  $SD = 0,57$ , 95% CI [2,25; 2,43]), w porównaniu z drugim trymestrem ciąży ( $t_2$ ) ( $M = 2,67$ ;  $SD = 0,58$ , 95% CI [2,58; 2,76]),  $t(165) = -11,73$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = -0,91$ , 95% CI [-1,09; -0,73] i trzecim trymestrem ( $t_3$ ) ( $M = 2,95$ ;  $SD = 0,63$ ; 95% CI [2,85; 3,04]),  $t(165) = -15,05$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = -1,2$ , 95% CI [-1,4; -1]. Kobiety w drugim trymestrze ciąży ( $t_2$ ) zgłaszały niższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w porównaniu z trzecim trymestrem ciąży ( $t_3$ ) ( $M = 2,95$ ;  $SD = 0,63$ ; 95% CI [2,85; 3,04]),  $t(165) = -11,1$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = -0,86$ , 95% CI [-1,04; -.68].

Spójne wyniki zaobserwowano dla wszystkich podwymiarów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Zaobserwowano, że główny wpływ czasu pomiaru dotyczył używania substancji  $F(1,56; 257,77) = 36,19$ ,  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,18$ ), niezdrowych nawyków żywieniowych  $F(1,67; 275,51) = 88,21$ ,  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,35$ ), regulacji masy ciała,  $F(1,4, 230,17) = 105,77$ ,  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,39$  i stresu  $F(1,39; 228,73) = 60,98$ ,  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,27$ . Analiza wykazała, że wraz z upływem trymestru wzrastał poziom każdego z badanych podwymiarów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Warto zauważyć, że wielkość efektu zaobserwowana w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ) była najsilniejsza. Szczegółowe wyniki analiz przedstawiono w Tabeli 10 i graficznie na Rysunku 13.

Tabela 10

*Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i ich podwymiary otrzymane w pierwszym (t<sub>1</sub>), drugim (t<sub>2</sub>) oraz trzecim (t<sub>3</sub>) trymestrze*

	Pierwszy Trymestr		Drugi Trymestr		Trzeci Trymestr		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych	2,34	0,57	2,67	0,58	2,95	0,63	188,05	<0,001	0,53
Używanie substancji	1,87	0,74	1,99	0,82	2,09	0,86	36,19	<0,001	0,18
Niezdrowe nawyki żywieniowe	1,73	0,92	2,11	0,96	2,46	1,09	88,21	<0,001	0,35
Regulacja masy ciała	2,07	0,82	2,44	0,87	2,78	0,93	105,77	<0,001	0,39
Stres	3,69	0,77	4,14	0,61	4,47	0,98	60,98	<0,001	0,27



*Rysunek 13.* Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i ich podwymiary otrzymane w pierwszym (t<sub>1</sub>), drugim (t<sub>2</sub>) oraz trzecim (t<sub>3</sub>) trymestrze. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.

**3.3.5. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiary stres a trymestr ciąży.** Otrzymane wartości skośności zmiennej poziom kompensacyjnych przekonań dotyczących stresu – trzeci trymestr, nie oscyływały w okolicach -1,67; 1,85, nie zawierały się zatem w przyjętym przedziale, dlatego do zmiennej poziom kompensacyjnych



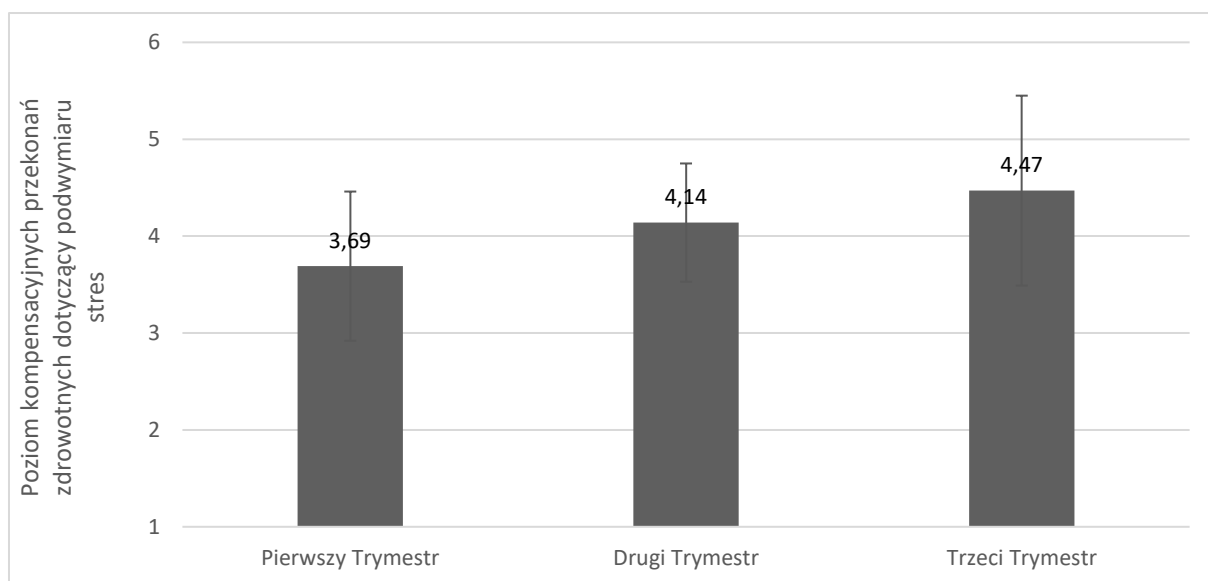
przekonań dotyczących stresu – trzeci trymestr postanowiono przeprowadzać również analizy nieparametryczne. Jednak wyniki nie uległy zmianie. Sprawdzone, czy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiary stres różni się w zależności od wykonanego pomiaru - trymestru ciąży (Hipoteza 3). Analiza wariancji Friedmana dla prób zależnych z kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi dotyczącymi podwymiary stres mierzonymi w trzech punktach jako czynnik wewnątrz obiektowy wykazała efekt główny pomiaru  $F(2,166) = 182,6, p < 0,001; W = 0,55$ ). Testy *post-hoc* wykazały, że kobiety w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ) ( $Mr = 1,29; Me = 3,88; M = 3,69; SD = 0,77$ ) wykazywały niższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiary stres w porównaniu z drugim trymestrem ( $t_2$ ) ( $Mr = 2,05; Me = 4,25; M = 4,14; SD = 0,61, p < 0,001$ ) i trzecim trymestrem ( $t_3$ ) ( $Mr = 2,66; Me = 4,5; M = 4,47; SD = 0,98, p < 0,001$ ). Kobiety w drugim trymestrze ciąży ( $t_2$ ) ( $Mr = 2,05; Me = 4,25; M = 4,14; SD = 0,61, p < 0,001$ ) wykazały istotnie niższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiary stres w porównaniu z wynikami uzyskanymi w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ) ( $Mr = 2,66; Me = 4,5; M = 4,47; SD = 0,98, p < 0,001$ ). Wyniki przedstawiono w Tabeli 11 i graficznie na Rysunku 14 i 15.

Tabela 11

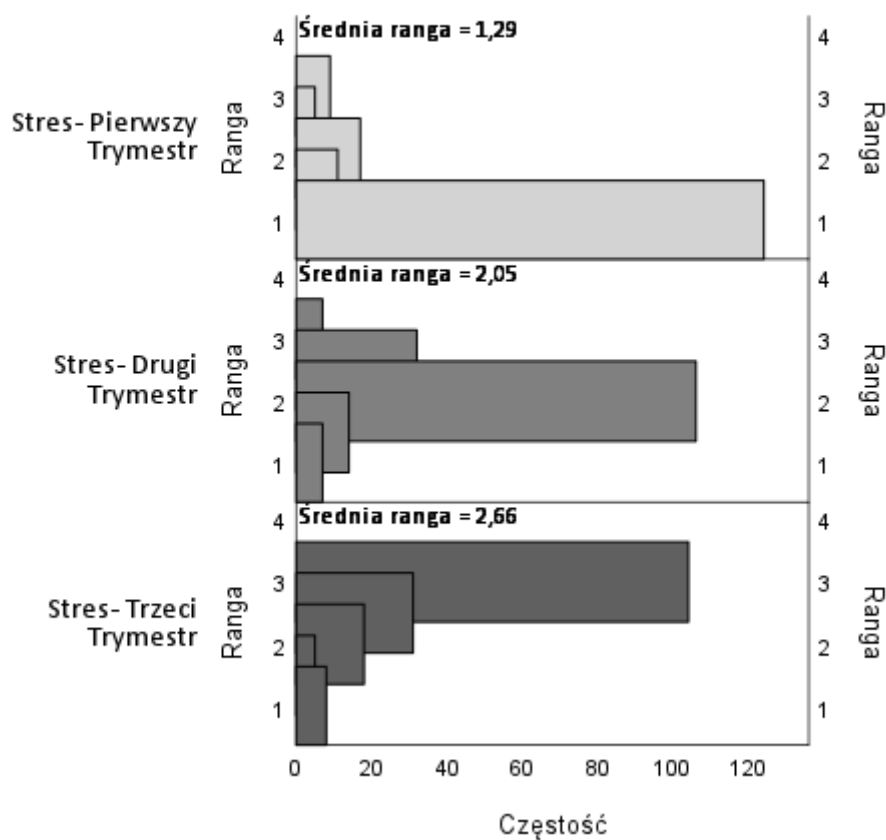
*Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiary stres otrzymany w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze*

	Pierwszy Trymestr (n = 169)				Drugi Trymestr (n = 286)				Trzeci Trymestr (n = 344)				$F_r$	$p$	$W$
	$Mr$	$Me$	$M$	$SD$	$Mr$	$Me$	$M$	$SD$	$Mr$	$Me$	$M$	$SD$			
Poziom kompensacyjnych przekonań dotyczący podwymiary stres	1,29	3,88	3,69	0,77	2,05	4,25	4,14	0,61	2,66	4,5	4,47	0,98	182,6	<0,001	0,55

$Mr$  – średnia ranga,  $Me$  – mediana;  $M$  – średnia;  $SD$  – odchylenie standardowe  $H$  – wynik testu  $H$  Kruskala-Wallisa;  $p$  – poziom istotności statystycznej;  $ER2$  – współczynnik siły efektu

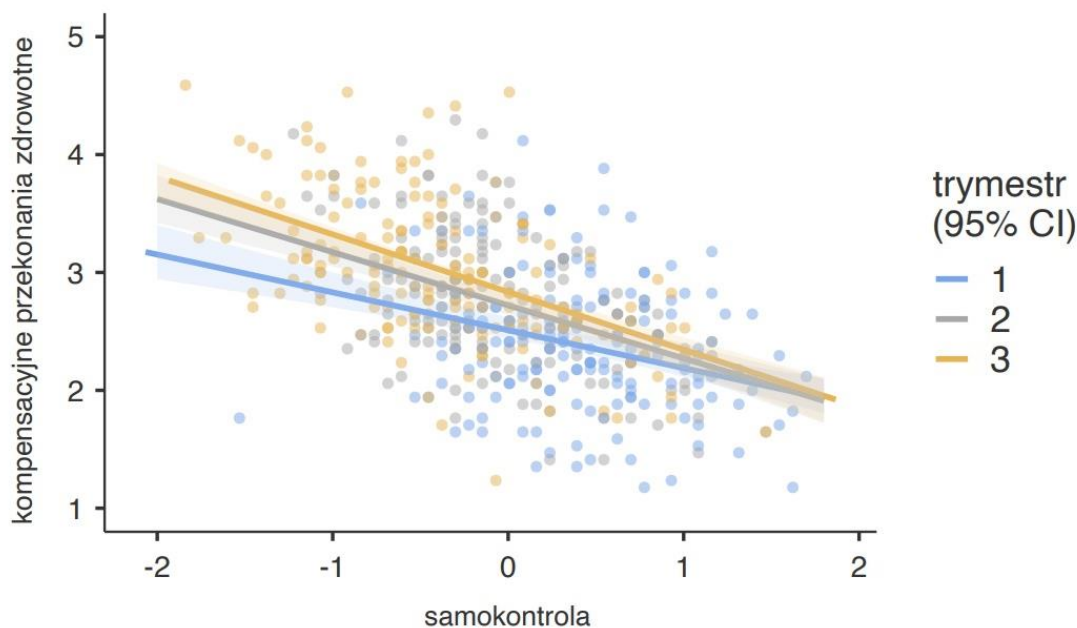


Rysunek 14. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiaru stres otrzymany w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.



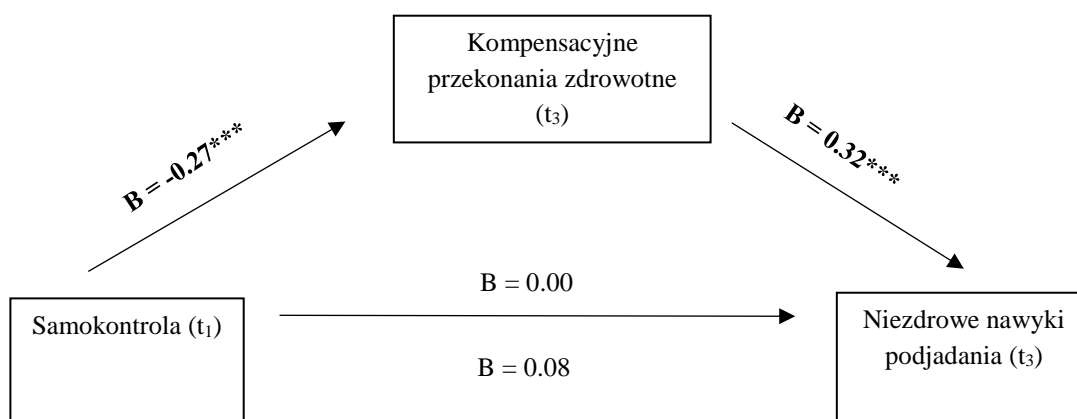
Rysunek 15. Średnia rang dla kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiary stres otrzymanych w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze.

**3.3.6. Związek między kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi a samokontrolą w zależności od trymestru ciąży.** Przeprowadzono liniową analizę efektów mieszanych, aby przetestować wpływ samokontroli na kompensacyjne przekonania zdrowotne na różnych etapach ciąży (Hipoteza 4). Do modelu wprowadzono losowe punkty przecięcia. Wyniki ujawniły główny wpływ samokontroli na zachowania kompensacyjne,  $F(1, 464) = 145,21, p < 0,001$ , główny efekt czasu pomiaru,  $F(2, 364) = 25,88, p < 0,001$  oraz, co ciekawsze, interakcję między samokontrolą, a etapem ciąży,  $F(2, 337) = 6,71, p < 0,01$ . Związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi był najsilniejszy w trzecim trymestrze ( $t_3$ ) ( $B = -0,51; SE = 0,04; 95\% CI [-0,59 -0,43], t = -9,46, p < 0,001$ ), a najsłabszy w pierwszym ( $t_1$ ) ( $B = -0,33; SE = 0,05; 95\% CI [-0,43 -0,24], t = -1 2,32, p < 0,001$ ). Siła efektu w drugim trymestrze ( $t_2$ ) mieściła się pomiędzy mocą pierwszego ( $t_1$ ), a trzeciego trymestru ( $t_3$ ) ( $B = -0,47; SE = 0,05; 95\% CI [-0,57 -0,37], t = -7,12, p < 0,001$ ). Wyniki przedstawiono w Tabeli 12 (Załącznik 12) oraz graficznie na Rysunku 16.



Rysunek 16. Związek pomiędzy samokontrolą a kompensacyjnymi przekonaniem zdrowotnymi w przebiegu ciąży. Uwaga: wartości samokontroli podane są na wystandaryzowanej skali.

**3.3.7. Mediacyjna rola kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w związku między samokontrolą a niezdrowymi nawykami podjadania.** Aby odnieść się do hipotezy 5, przeprowadzono analizę mediacji (Model PROCESU 4; Hayess, 2013), w której kompensacyjne przekonania zdrowotne w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ) pośredniczyły (M) w związku między poziomem samokontroli (X) w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowych nawyków związanych z podjadaniem (Y) w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ). Wyniki pokazały istotne ścieżki od samokontroli do kompensacyjnych przekonań zdrowotnych ( $B = -0,33$ ;  $SE = 0,09$ ; 95% CI [-0,5; -0,15],  $t = -3,64$ ,  $p < 0,001$ ) oraz od kompensacyjnych przekonań zdrowotnych do niezdrowych nawyków podjadania ( $B = 0,40$ ;  $SE = 0,1$ ; 95% CI [0,21; 0,59],  $t = 4,15$ ,  $p < 0,001$ ). Co ważniejsze, pośredni wpływ kompensacyjnych przekonań zdrowotnych był znaczący ( $B = -0,09$ ;  $SE = 0,03$ ; 95% CI [-0,16; -0,03]). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rysunku 17.

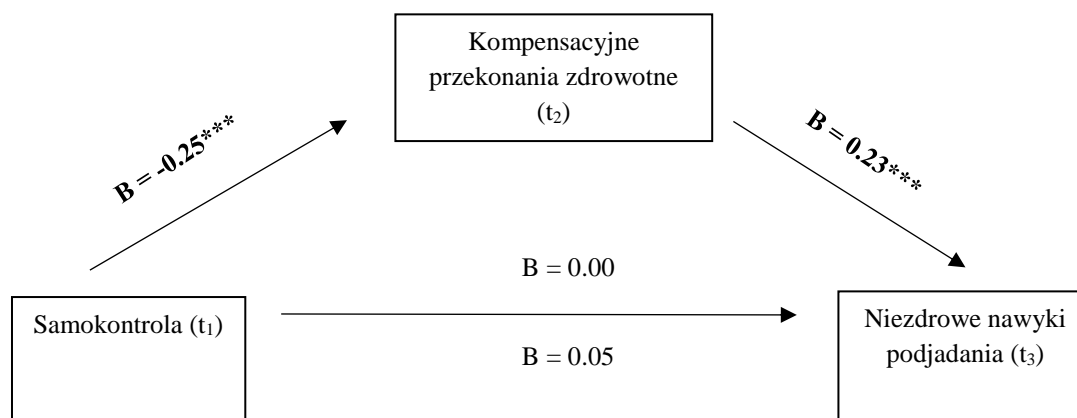


Rysunek 17. Współczynniki standaryzowanej analizy regresji ujawniające skuteczność poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – trzeci trymestr ( $t_3$ ) jako mediatora związku między poziomem samokontroli pierwszy trymestr ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowego nawyku podjadania - trzeci trymestr ( $t_3$ ).

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

W podstawowym modelu skoncentrowano się na najdłuższej ścieżce czasowej i zdecydowano się na analizy samokontroli w pierwszym trymestrze ( $t_1$ ) i niezdrowych nawyków podjadania w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ). Jednak by dodatkowo potwierdzić mediacyjną rolę kompensacyjnych przekonań zdrowotnych ponownie przeprowadzono analizę mediacji (Model PROCESU 4; Hayess, 2013), w której tym razem kompensacyjne przekonania zdrowotne w drugim trymestrze ciąży ( $t_2$ ) pośredniczyły (M) w związku między poziomem samokontroli (X) w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowych nawyków związanych z podjadaniem (Y) w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ). Wyniki pokazały istotne ścieżki od samokontroli do kompensacyjnych przekonań zdrowotnych ( $B = -0,27$ ;  $SE = 0,08$ ; 95% CI [-0,44; -0,11],  $t = -3,34$ ,  $p = 0,001$ ) oraz od kompensacyjnych przekonań zdrowotnych do niezdrowych nawyków podjadania ( $B = 0,32$ ;  $SE = 0,11$ ; 95% CI [0,1; 0,53],  $t = 2,94$ ,  $p =$

0,004). Co ważniejsze, pośredni wpływ kompensacyjnych przekonań zdrowotnych był znaczący ( $B = -0,06$ ;  $SE = 0,03$ ; 95% CI [-0,12; -0,01]). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rysunku 18.

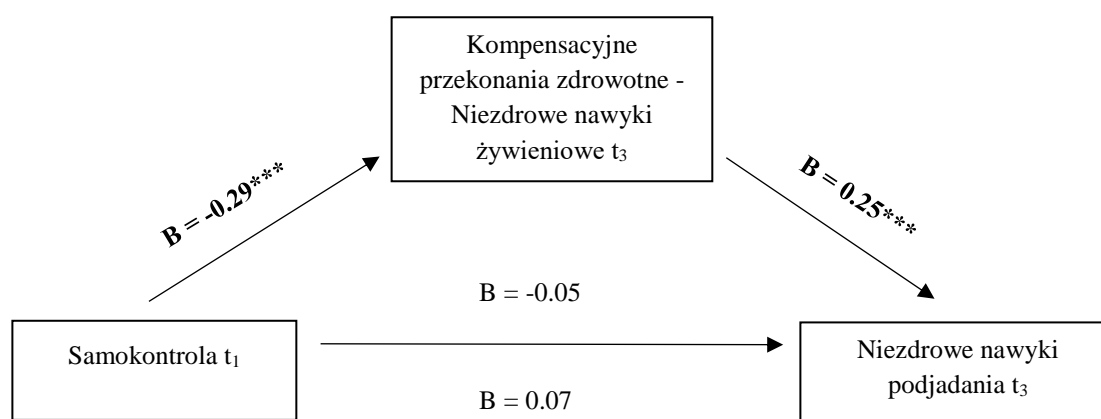


Rysunek 18. Współczynniki standaryzowanej analizy regresji ujawniające skuteczność poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – drugi trymestr ( $t_2$ ) jako mediatora związku między poziomem samokontroli pierwszy trymestr ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowego nawyku podjadania - trzeci trymestr ( $t_3$ ).

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

**3.3.8. Mediacyjna rola niezdrowych nawyków żywieniowych (podwymiar kompensacyjnych przekonań zdrowotnych) w związku między samokontrolą a niezdrowymi nawykami podjadania.** Dodatkowo przeprowadzono analizę mediacji (Model PROCESU 4; Hayess, 2013), w której niezdrowe nawyki żywieniowe w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ) pośredniczyły (M) w związku między poziomem samokontroli (X) w pierwszym trymestrze ciąży ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowych nawyków podjadania (Y) w trzecim trymestrze ciąży ( $t_3$ ) (Hipoteza 6). Wyniki wykazały istotne ścieżki od samokontroli do niezdrowych nawyków żywieniowych ( $B = -0,59$ ;  $SE = 0,15$ ; 95% CI [-0,89; -0,29],  $t = -3,87$ ,  $p < 0,001$ ) oraz

od niezdrowych nawyków żywieniowych do niezdrowych nawyków podjadania ( $B = 0,19$ ;  $SE = 0,06$ ; 95% CI [0,07; 0,30],  $t = 3,19$ ,  $p = 0,002$ ). Co ważniejsze, pośredni wpływ niezdrowych nawyków żywieniowych był znaczący ( $B = -0,07$ ;  $SE = 0,03$ ; 95% CI [-0,14; -0,02]). Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rysunku 19.



Rysunek 19. Współczynniki standaryzowanej analizy regresji ujawniające skuteczność poziomu niezdrowych nawyków żywieniowych – trzeci trymestr ( $t_3$ ) jako mediatora związku między poziomem samokontroli – pierwszy trymestr ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowych nawyków podjadania – trzeci trymestr ( $t_3$ ).

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

### 3.4. Dyskusja wyników

W badaniu 2 skupiono się na dynamice procesów samoregulacji oraz na poziomie kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet w trakcie ciąży. Zbadano także poziom niezdrowych nawyków podjadania w trzecim trymestrze ciąży.

Badanie wykazało, że kobiety w ciąży są narażone na ryzyko zaburzeń samoregulacji. Zgodnie z założeniem samokontrola jako cecha indywidualna zmniejszała się wraz z postępem ciąży (Hipoteza 1). Zgodnie z teorią wyczerpywania się zasobów, wraz z upływem czasu w

wymagającym okresie ciąży samokontrola jako cecha zmniejszyła się (Baumeister i in., 1998). Wyniki te nawiązują i rozwijają wcześniejsze badania nad wyczerpywaniem się zasobów i wykazują, że proces wyczerpywania samokontroli może trwać nawet kilka miesięcy. Wcześniej Francis i in. (2021) wykazali, że ludzie są bardziej prospołeczni i empatyczni rano niż wieczorem, ponieważ wymagania dnia wyczerpują samokontrolę. Wydaje się, że kobiety ciężarne we wczesnym okresie ciąży bardziej kontrolują swoje zachowania, gdyż mają świadomość, że ich działania wpływają zarówno na ich zdrowie, jak i prawidłowy rozwój ich przyszłych dzieci (Phelan, 2010). Wyczerpanie samoregulacyjne pod koniec ciąży może wynikać z czynników sytuacyjnych (Lefevor i in., 2017) oraz zmian indywidualnych (Habashi i in., 2016).

Wyniki pokazały, że również samokontrola dotycząca jedzenia zmniejszała się wraz z przebiegiem ciąży, będąc najwyższą w trzecim trymestrze ciąży (Hipoteza 2). Wraz z postępem ciąży zmniejszała się także samokontrola dotycząca jedzenia we wszystkich podwymiarach: strategii unikania pokus, kontrolowania pokus, rozpraszenia i tłumienia. Unikanie pokus dotyczyło sytuacji, które skłaniały do kupowania lub spożywania niezdrowych produktów. Kontrolowanie pokus było związane z łatwym dostępem do zdrowych produktów i utrudnionym dostępem do niezdrowych produktów. Z kolei rozpraszenie uwagi było przekierowaniem uwagi z kuszącego produktu do sytuacji bądź rzeczy rozpraszającej, a tłumienie było celowym usiłowaniem zredukowania wpływu kuszących informacji dotyczących jedzenia, myśli czy emocji (De Vet i in., 2014). Prawdopodobnie wraz z przebiegiem ciąży, przy ogólnym wyczerpaniu, kobietom jest trudniej nieustannie kontrolować siebie i otoczenie, by unikać miejsc, które narażają na kuszące produkty. Poza tym coraz trudniej było im skupiać się na czymś innym niż na jedzeniu, coraz trudniej było im skontrolować myśli czy uczucia związane z jedzeniem.



Zgodnie z przewidywaniami, poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych rósł wraz z postępem ciąży (Hipoteza 3). Wzrósł zarówno ogólny poziom przekonań kompensacyjnych, jak i poziom przekonań kompensacyjnych w każdym z czterech wymiarów. Najsilniejszy wpływ zaobserwowano w zakresie wymiaru regulacja masy ciała i niezdrowych nawyków żywieniowych, a najsłabszy w zakresie używania substancji psychoaktywnych. Wyniki te są zgodne z istniejącymi badaniami. Według Fairburna i in. (1992) oraz Hill i in. (2016) obawy dotyczące wzrostu spożycia jedzenia w trakcie ciąży są mniejsze we wczesnym okresie ciąży, a zwiększają wraz z rozwojem ciąży. Jedną ze strategii stosowanych w celu złagodzenia stanu dyskomfortu związanego z nadmiernym jedzeniem jest aktywacja kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Rabiau i in., 2006). Osoba może wierzyć, że negatywne skutki niezdrowego jedzenia można zrekompensować późniejszym zdrowym zachowaniem.

Rabiau i in. (2006) argumentowali, że jednostki wybierają przekonania kompensacyjne, gdy stają w obliczu wyzwań związanych z samokontrolą. Wyniki potwierdzają związek pomiędzy kompensacyjnymi przekonaniem zdrowotnymi, a samokontrolą (Hipoteza 4). Wraz ze spadkiem samokontroli jako cechy w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży, wzrósł poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Co ciekawe, związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniem zdrowotnymi był najsilniejszy w trzecim trymestrze ciąży, odnotowano dużą wielkość efektu (Cohen, 1962). Gdy poziom samokontroli spadał, kobiety w ciąży dawały sobie większe przyzwolenie na przykład na niezdrowe jedzenie, a w sytuacjach, gdy odczuwały wyrzuty sumienia z powodu zjedzenia nadmiaru jedzenia, stosowały kompensacyjne przekonania zdrowotne, szczególnie w trzecim trymestrze ciąży, kiedy poziom samokontroli bardzo się obniżył (Glock i in., 2013; Knäuper i in., 2004; Matley i Davies, 2018; Zhao i in., 2021). Im mniejszą samokontrolę deklarowały badane, tym częściej formułowały kompensacyjne przekonania zdrowotne. Innymi słowy, większa samokontrola

może pełnić rolę bufora, który umożliwia stosowanie bardziej skutecznych strategii samoregulacji niż przekonania kompensacyjne. Samokontrola jako bufor jest szczególnie potrzebna, gdy zasoby są najbardziej uszczuplone, czyli w trzecim trymestrze ciąży.

Kompensacyjne przekonania zdrowotne są postrzegane jako dezadaptacyjne przekonania zdrowotne, ponieważ służą do usprawiedliwiania niezdrowych zachowań. Co więcej, sformułowanie przekonania kompensacyjnego może blokować realizację zachowania kompensacyjnego i może zmniejszać prawdopodobieństwo, że dana osoba podejmie zdrowe zachowanie (Knäuper i in., 2004). Uniemożliwiają także skuteczne przestrzeganie zmian w utrzymaniu zdrowia m.in. w powstrzymaniu się od spożycia kalorii lub rzuceniu palenia (Radtke i Scholz, 2012). Rabiau i in. (2006) sugerują, że posiadanie wielu przekonań kompensacyjnych może mieć negatywny wpływ na zdrowie (Knäuper i in., 2004).

Badanie wykazało, że niższa samokontrola jako cecha wśród kobiet ciężarnych w pierwszym okresie ciąży przekłada się na kompensacyjne przekonania zdrowotne pod koniec ciąży. To z kolei przekłada się na większe ryzyko podjadania i spożywania niezdrowej żywności pod koniec ciąży (Hipoteza 5). Z uwagi na to, że praca skoncentrowała się na najdłuższej ścieżce czasowej, zdecydowano się na analizy samokontroli w pierwszym trymestrze i niezdrowych nawyków podjadania w trzecim trymestrze ciąży. Jednak na potwierdzenie mediacyjnej roli kompensacyjnych przekonań zdrowotnych zanalizowano także kompensacyjne przekonania w drugim trymestrze ciąży. Osiągnięto podobny wynik, co oznacza, że niższa samokontrola jako cecha wśród kobiet ciężarnych w pierwszym okresie ciąży przekłada się także na kompensacyjne przekonania zdrowotne w drugim trymestrze ciąży, a to z kolei przekłada się również na większe ryzyko podjadania i spożywania niezdrowej żywności pod koniec ciąży.

Zaobserwowano spójne wyniki zarówno po uwzględnieniu jako mediatorów ogólnych kompensacyjnych przekonań dotyczących zdrowia, jak i podwymiaru kompensacyjnych

przekonań – niezdrowe nawyki żywieniowe (Hipoteza 6). Indywidualny poziom samokontroli na początku ciąży przenosi się na okres końcowy. Jednak wpływ ogólnych kompensacyjnych przekonań zdrowotnych na niezdrowe podjadanie był silniejszy niż wpływ niezdrowych nawyków żywieniowych. Prawdopodobnie wynika to z lepszej jakości pomiaru kompleksowego w porównaniu z krótszą podskalą. Dodatkowo na potwierdzenie mediacyjnej roli niezdrowych nawyków żywieniowych zanalizowano je także w drugim trymestrze ciąży. Wyniki wykazały jednak brak wpływu niezdrowych nawyków żywieniowych w drugim trymestrze ciąży na ryzyko podjadania i spożywania niezdrowej żywności pod koniec ciąży. Możliwe, że wynika to ze słabszej rzetelności podskali w porównaniu do całego narzędzia. Istnieje ryzyko w tym przypadku, że słabsze narzędzie nie wyłapało w pełni zależności pomiędzy zmiennymi.

## **Rozdział 4 – Badanie 3**

### **4.1. Szczegółowe cele badawcze**

By potwierdzić założenie, że w grupie kobiet w ciąży zachodzą specyficzne dlatego okresu procesy samoregulacyjne, przeprowadzono badanie 3, porównawcze, w którym porównano grupę kobiet w ciąży z grupą kobiet niebędących w ciąży. Z uwagi na to, że ciąża jest szczególnym stanem dla kobiety (Bayramova, 2018; Majchrzycki i in., 2010), celem badania było wykazanie, że poziom samokontroli, samokontroli dotyczącej jedzenia i poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz spontanicznie formułowane przykłady kompensacyjnych przekonań różnią się pomiędzy kobietami w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży.

Wcześniejsze badania wykazały, że kobiety w ciąży różnią się od kobiet niebędących w ciąży na wielu płaszczyznach. Dzięki badaniom Ko i in. (2010) wiadomo, że kobiety w ciąży cierpią znacznie częściej na złą jakość snu niż kobiety niebędące w ciąży. Kobiety w ciąży są

mniej aktywne niż kobiety niebędące w ciąży (Werbeke i Bourdeaudhuij, 2007). Ponadto kobiety w ciąży ze względu na obniżoną odporność są bardziej narażone na powikłania chorób zakaźnych niż kobiety niebędące w ciąży (Khan i in., 2021). Zaburzenia funkcji seksualnych pojawiają się częściej u kobiet w ciąży niż kobiet niebędących w ciąży (Aydin i in., 2015). Co więcej różnice pomiędzy kobietami w ciąży i niebędącymi w ciąży dotyczą także wyborów związanych z jedzeniem (Lundqvist i in., 2014; Werbeke i Bourdeaudhuij, 2007). Kobiety w ciąży częściej decydują się na owoce i wołowinę, unikają produktów niesprzyjających zdrowiu takich jak alkohol w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży (Werbeke i Bourdeaudhuij, 2007). Spożywają mniejsze ilości warzyw, ryżu, makaronu, mięsa i ryb oraz częściej przyjmują suplementy diety (Lundqvist i in., 2014). Wyniki badań Jevsnik i in. (2008) pokazały, że zarówno kobiety w ciąży, jak i kobiety niebędące w ciąży posiadają wysoki poziom świadomości dotyczący żywności. Jednakże zaobserwowano pewne różnice. Kobiety w ciąży częściej spożywają główny posiłek w restauracjach typu fast food. Jednak przy zakupie żywności zwracają większą uwagę na przykład na sprawdzanie daty przydatności do spożycia. Kobiety w ciąży są bardziej otwarte na informacje dotyczące zdrowia i jakości jedzenia (Jevsnik i in., 2008).

Analizując literaturę porównującą kobiety w ciąży i niebędące w ciąży można odnotować różnice w wielu obszarach pomiędzy kobietami w ciąży i niebędącymi w ciąży. Prawdopodobnie jest to związane ze specyficznym okresem ciąży, który jest czasem trudnym, pełnym zmian i wyzwań dla kobiety (Bayramova, 2018; Davis i Narayan, 2020; Makara-Studzińska i in., 2011; Murray i Hendley, 2020). Można podejrzewać, że również z tego powodu mogą pojawić się różnice pomiędzy poziomem samokontroli u kobiet w ciąży, a kobiet niebędących w ciąży.

W związku z powyższym założono, że kobiety w ciąży cechują się niższym poziomem samokontroli (Hipoteza 1) i niższym poziomem samokontroli dotyczącej jedzenia (Hipoteza

2), w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Wszyscy stawiają czoła wyzwaniom, wszyscy korzystają z zasobów samokontroli, jednak kobietom w ciąży jest trudniej, gdyż ciąża jest długotrwałym obciążeniem zarówno emocjonalnym, jak i fizjologicznym (Bayramova, 2018; Davis i Narayan, 2020; Makara-Studzińska i in., 2011; Murray i Hendley, 2020), dlatego może powodować częstsze korzystanie z zasobów samokontroli, co z kolei powoduje szybsze jej wyczerpywanie (Baumeister i in., 1998).

Z uwagi na to, że podczas ciąży, zasoby samokontroli mogą ulegać wyczerpaniu, a wraz ze spadkiem samokontroli wzrasta poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Rabiau i in., 2006), dlatego założono, że poziom przekonań kompensacyjnych u kobiet w ciąży będzie wyższy niż u kobiet niebędących w ciąży (Hipoteza 3).

Ponadto 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 (Hipoteza 4), a kompensacja niezdrowego zachowania dotyczyć będzie zdrowego jedzenia (Hipoteza 5) w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Biorąc pod uwagę literaturę mówiącą o tym, ciężarne kobiety spożywają dużo więcej jedzenia w porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży (Clark i Ogden, 1999; Kim, 2009) i są bardziej otwarte na informacje dotyczące zdrowia i jedzenia w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży (Jevsnik i in., 2008), założono, że kobiety w ciąży mogą częściej szukać łatwiejszych form samoregulacji - wymówek, które usprawiedliwią ich niezdrowe zachowania związane z niezdrowym jedzeniem (Rabiau i in., 2006) niż kobiety niebędące w ciąży.

## **4.2. Metoda**

**4.2.1. Osoby badane.** W badaniu wzięły udział kobiety w ciąży oraz kobiety niebędące w ciąży – grupa porównawcza. Pierwszym kryterium włączenia do badania był wiek osób

badanych mieszczący się w przedziale 18 - 40 lat. Przedział wiekowy był związany z pełnoletnością i najczęstszym, naturalnym okresem zachodzenia w ciążę. Drugim kryterium było podanie spontanicznie sformułowanego przykładu kompensacyjnego przekonania, które było pierwszym zadaniem związanym z treścią badania. Jako rozpoczęcie udziału w badaniu właściwym uznano podanie pierwszego przykładu dotyczącego kompensacyjnych przekonań. Pozyskana baza przed zastosowaniem kryteriów włączenia wynosiła  $N = 194$ . Biorąc pod uwagę wiek jako kryterium włączenia do badania liczba analizowanych kobiet w badaniu wynosiła 161 kobiet, w tym 64 kobiet w ciąży i 97 kobiet niebędących w ciąży. Biorąc pod uwagę drugie kryterium, ostateczna próba wynosiła  $N = 89$  osób badanych, w tym 50 kobiet w ciąży i 39 kobiet niebędących w ciąży.

Dane dotyczące kobiet w ciąży zbierane były poprzez wysłanie smsa z ankietą za zgodą badanych oraz poprzez udostępnienie ankiety w grupie dla kobiet w ciąży o nazwie „gliwickie mamy” utworzonej na forum internetowym. Zaproszenie do udziału w badaniu wysłano studentkom Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa Wydziału Studiów Społecznych w Gliwicach, pacjentkom prywatnej przychodni Medicare w Brzezince, prywatnego gabinetu ginekologicznego Sonomedico w Żorach. Wypełnianie kwestionariuszy odbywało się online. Z kolei kobiety niebędące w ciąży, które wzięły udział w badaniu były posiadaczkami konta na facebooku lub uczestniczkami grup dla kobiet. Dane zbierane były poprzez wysłanie wiadomości prywatnej z ankietą za zgodą badanych oraz poprzez udostępnienie ankiety w grupach dla kobiet „Jestem kobietą”, „Grupa kobiet dla kobiet”, „Era Nowych Kobiet” utworzonych na forum internetowym w okresie od września 2022 do stycznia 2023.

W grupie kobiet w ciąży najstarsza respondentka miała 39 lat, najmłodsza 19 lat ( $M = 25,50$ ;  $SD = 5,75$ ). Zdecydowana większość badanych kobiet posiadała wyższe (56%) oraz średnie (44%) wykształcenie. Warto także dodać, że większość badanych deklarowała, że to ich pierwsza (42,7%), bądź druga (27%) ciążą oraz że większość (57,3%) spodziewa się

pierwszego dziecka. W pierwszym trymestrze było 17 kobiet, w drugim trymestrze było 19, a w trzecim trymestrze było 14 kobiet. W grupie porównawczej najstarsza respondentka miała 40 lat, najmłodsza 20 lat ( $M = 32,59$ ;  $SD = 5,14$ ). Zdecydowana większość badanych kobiet posiadała wyższe wykształcenie (76,9%), ( $M = 3,74$ ;  $SD = 0,50$ ).

**4.2.2. Schemat badania i procedura.** Badanie zostało przeprowadzone online korzystając z programu do tworzenia i realizacji badań Qualtrics. 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 (Załącznik 13). Zachowano poufność, dane traktowano z najwyższą starannością. W grupie kobiet w ciąży, kobiety były badane w pierwszym, drugim lub trzecim trymestrze ciąży. W obu grupach zbadano następujące zmienne: samokontrolę, samokontrolę dotyczącą jedzenia, kompensacyjne przekonania zdrowotne, spontaniczne przekonania kompensacyjne. Badane wypełniały kwestionariusz, w którym podawały swoje dane demograficzne, wagę, informacje dotyczące przebiegu ciąży (badane niebędące w ciąży pomijały pytania dotyczące ciąży) (Załącznik 14). Następnie badane w sposób spontaniczny formułowały kompensacyjne przekonania dotyczące zdrowia (Załącznik 5). W kolejnym kroku udzielały odpowiedzi na pytania dotyczące kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Załącznik 4), samokontroli (Załącznik 3) oraz samokontroli w zakresie jedzenia (Załącznik 7). Rozpoczynając badanie w pierwszej kolejności osoby badane podawały pięć spontanicznie formułowanych przykładów przekonań kompensacyjnych dotyczących zdrowia. Rozważając przyczynę niewypełnienia wszystkich części badania przez respondentki, można zakładać, że dla osób badanych pierwsza część badania była na tyle wyczerpująca, że nie podejmowały się wypełnienia kolejnych etapów. Podejrzewa się, iż z tego właśnie powodu wiele kobiet nie ukończyło badania i stąd taka różnica pomiędzy początkową pulą osób wchodzących do badania, a ostateczną ilością osób włączonych do badania.

**4.2.3. Narzędzia.** *4.2.3.1.* 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 (Załącznik 3). Rzetelność skali została oceniona na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha i wyniosła  $\alpha = 0,85$ .

*4.2.3.2.* Do pomiaru *samokontroli dotyczącej jedzenia* wykorzystano polską wersję (Łuszczynska i in., 2013) **Kwestionariusza Samoregulacji dotyczącego jedzenia** (de Vet i in., 2014) tak jak w badaniu 2 (Załącznik 7). Rzetelność skali wynosiła alfa Cronbacha  $\alpha = 0,86$ .

*4.2.3.3.* *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 (Załącznik 4). Rzetelność skali została oceniona na podstawie współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha i wyniosła dla ogólnej skali  $\alpha = 0,73$ , a dla poszczególnych podwymiarów: używanie substancji  $\alpha = 0,52$ , niezdrowe nawyki żywieniowe  $\alpha = 0,53$ , stres  $\alpha = 0,54$ , regulacja masy ciała  $\alpha = 0,29$ .

*4.2.3.4.* *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 (Załącznik 5).

## **4.3. Wyniki**

Wykonano analizy statystyczne przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics w wersji 27. Za jego pomocą wykonano analizy podstawowych statystyk opisowych, testy normalności rozkładu Shapiro-Wilka, testy niezależności  $\chi^2$ , jednoczynnikowe analizy wariancji, analizy kowariancji. Za poziom istotności przyjęto klasyczny próg  $\alpha = 0,05$ .

**4.3.1. Podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych ilościowych.** Analizę statystyczną rozpoczęto od wyliczenia podstawowych statystyk opisowych badanych



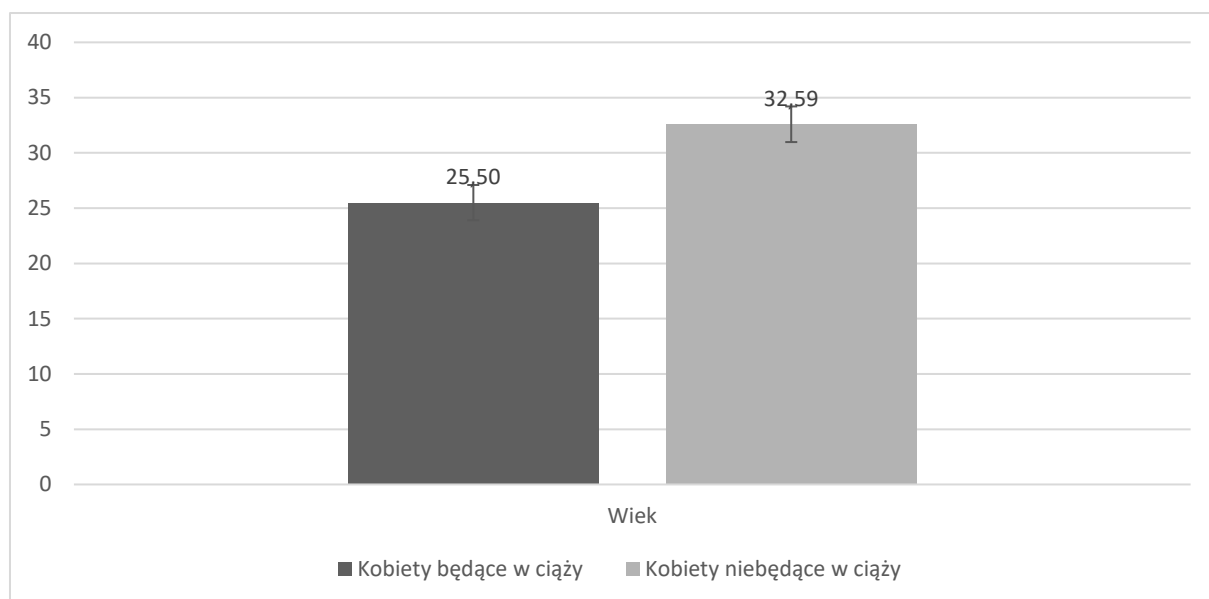
zmiennych ilościowych wraz z testami Shapiro-Wilka, sprawdzającymi normalność rozkładów badanych zmiennych. Wyniki przeprowadzonych testów wykazały, że zmienne ilościowe: poziom samokontroli, poziom samokontroli dotyczącej jedzenia oraz poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych nie odbiegały od modelowego rozkładu normalnego. Rozkłady pozostałych zmiennych okazały się być istotnie statystycznie odmienne od modelowego rozkładu normalnego. W dalszej analizie postanowiono zweryfikować wartości skośności otrzymanych rozkładów. Otrzymane wartości skośności badanych zmiennych oscylowały w okolicach -0,6; 1,66, zawierały się zatem w przyjętym przedziale +/- 2. Z uwagi na powyższe, postanowiono wykonywać analizy statystyczne za pomocą testów parametrycznych dla wszystkich badanych zmiennych. Szczegółowe wyniki analizy zawarto w Tabeli 13 (Załącznik 15).

Dodatkowo zweryfikowano także, czy zmienne demograficzne takie jak wiek, wykształcenie, stan cywilny i miejsce zamieszkania różnicują kobiety będące i niebędące w ciąży. Jak widać w Tabeli 14 i 15 jednoczynnikowa analiza wariancji wykazała wyłącznie jedną różnicę istotną statystycznie,  $F(1, 87) = 36,52, p < 0,001; \eta^2 = 0,3$ . Wiek badanych okazał się być istotnie niższy w grupie kobiet będących w ciąży ( $M = 25,5; SD = 5,75$ ) w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży ( $M = 32,59; SD = 5,14$ ). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie. Wyniki przedstawiono w formie graficznej na Rysunku 20.

Tabela 14

*Wiek kobiet będących i niebędących w ciąży*

	Kobiety będące w ciąży (n = 50)		Kobiety niebędące w ciąży (n = 36)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Wiek	25,50	5,75	32,59	5,14	-6,04	<0,001	1,17	-9,42	1,29



Rysunek 20. Wiek kobiet będących i niebędących w ciąży. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.

Tabela 15

Wykształcenie, stan cywilny i miejsce zamieszkania kobiet będących i niebędących w ciąży

	Kobiety będące w ciąży (n = 50)				Kobiety niebędące w ciąży (n = 36)				U	p
	Mr	Me	M	SD	Mr	Me	M	SD		
Wykształcenie	41,14	4	3,56	0,50	49,95	4	3,74	0,50	782	0,05
Stan cywilny	46,02	1	1,50	0,65	43,69	1	1,46	0,68	924	0,63
Miejsce zamieszkania	41,64	3	2,86	0,99	49,31	3	3,15	0,93	807	0,14

Mr – średnia ranga, Me – mediana; M – średnia; SD – odchylenie standardowe U – wynik testu *U*mana Whitneya; p – poziom istotności statystycznej

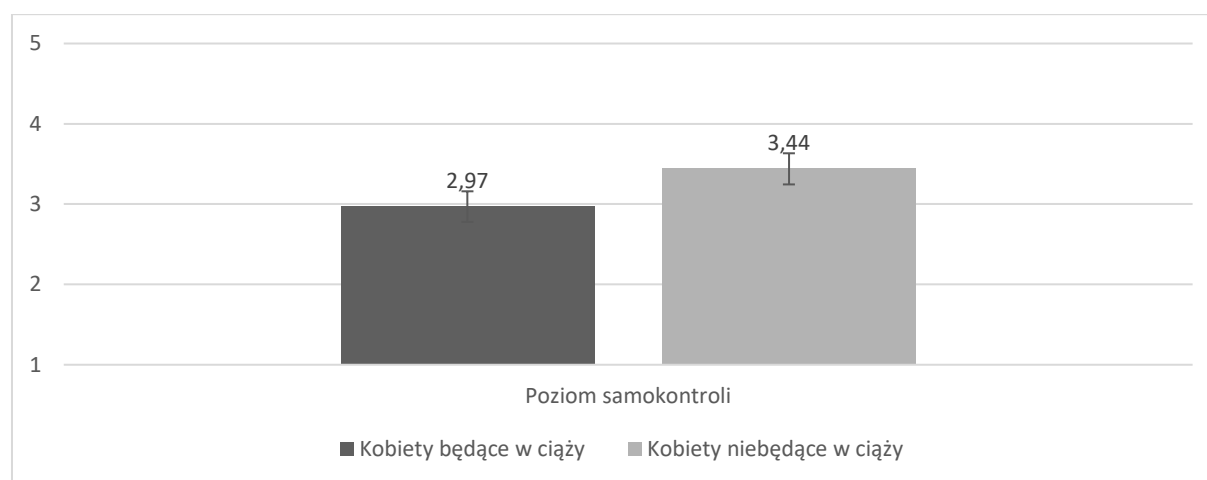
**4.3.2. Poziom samokontroli u kobiet będących i niebędących w ciąży.** W celu sprawdzenia czy kobiety w ciąży cechują się niższym poziomem samokontroli jako cechy w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży (Hipoteza 1), przeprowadzona została

jednoczynnikowa analiza wariancji. Jak widać w Tabeli 16 odnotowano różnicę istotną statystycznie,  $F(1, 87) = 11,11$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,11$ . Poziom samokontroli był istotnie niższy w grupie kobiet w ciąży ( $M = 2,97$ ;  $SD = 0,69$ ) w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży ( $M = 3,44$ ;  $SD = 0,61$ ). Otrzymane wyniki przedstawiono w formie graficznej na Rysunku 21.

Tabela 16

*Poziom samokontroli u kobiet będących i niebędących w ciąży*

	Kobiety będące w ciąży (n = 50)		Kobiety niebędące w ciąży (n = 38)		F	p	$\eta^2$
	M	SD	M	SD			
Poziom samokontroli	2,97	0,69	3,44	0,61	11,11	<0,001	0,11



*Rysunek 21. Poziom samokontroli u kobiet będących i niebędących w ciąży. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.*

Z uwagi na to, że dwie porównywane grupy różniły się ze względu na wiek oraz z uwagi na fakt, że z badań nad samokontrolą wiadomo, że samokontrola wzrasta z wiekiem (Chiesi i in., 2020; Oliva i in., 2019; Wang i in., 2017), postanowiono wziąć pod uwagę również wiek.

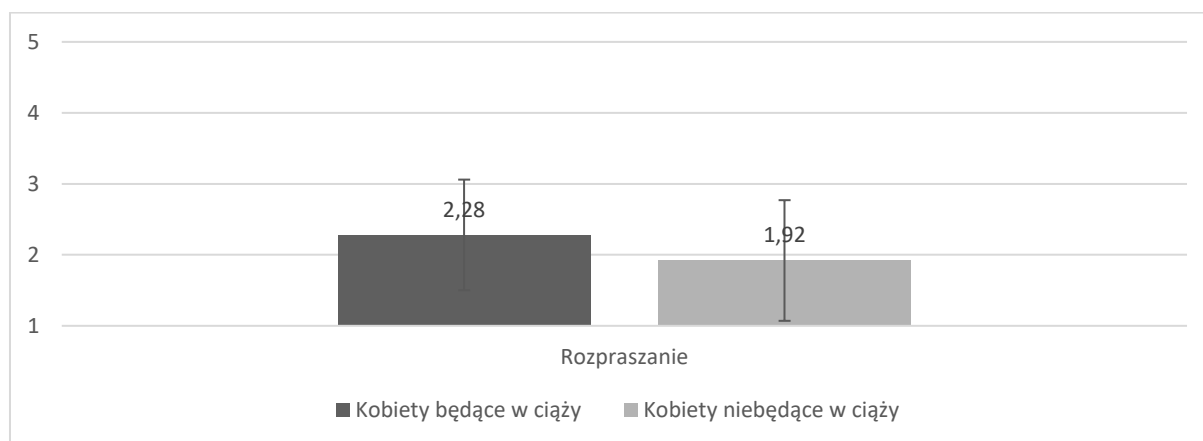
**Poziom samokontroli u kobiet będących i niebędących w ciąży przy kontrolowanym wieku.** Zweryfikowano czy różnica w samokontroli u kobiet w ciąży i niebędących w ciąży utrzymuje się, gdy skontroluje się wiek. W tym celu wykonano analizę kowariancji ANCOVA, w której czynnikiem między obiektowym była grupa badawcza (kobiety będące w ciąży a kobiety niebędące w ciąży), a kowariantą (zmienną współtowarzyszącą) wiek. W wyniku przeprowadzonej analizy odnotowano, że związek wieku badanych kobiet z poziomem wyjaśnianej zmiennej,  $F(1, 88) = 7,78, p = 0,007; \eta^2 = 0,08$  był istotny. Dalsza analiza wykazała, że po włączeniu do modelu wieku, grupa badawcza przestaje być istotnym statystycznie predyktorem badanej zmiennej zależnej,  $F(1, 88) = 1,98, p = 0,16; \eta^2 = 0,02$ . Oznacza to, że różnica między grupami zaobserwowana w analizie kowariancji jest bardziej związana z wiekiem niż faktem bycia w ciąży. Innymi słowy, jeżeli chodzi o samokontrolę, to wiek odgrywał większą rolę w kwestii poziomu samokontroli niż fakt bycia w ciąży.

**4.3.3. Poziom samokontroli dotyczący jedzenia u kobiet będących i niebędących w ciąży.** Zweryfikowano również, czy kobiety w ciąży cechują się niższym poziomem samokontroli dotyczącej jedzenia w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży (Hipoteza 2). Jak widać w Tabeli 17 jednoczynnikowa analiza wariancji wykazała wyłącznie jedną różnicę istotną statystycznie,  $F(1, 85) = 4,19, p = 0,04; \eta^2 = 0,05$ . Poziom jednego z podwymiarów rozpraszanie okazał się być istotnie wyższy w grupie kobiet będących w ciąży ( $M = 2,28; SD = 0,78$ ) w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży ( $M = 1,92; SD = 0,85$ ). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie. Wyniki przedstawiono w formie graficznej na Rysunku 22.

Tabela 17

*Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia oraz jej podwymiarów u kobiet będących i niebędących w ciąży*

	Kobiety będące w ciąży (n = 50)		Kobiety niebędące w ciąży (n = 36)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia	2,29	0,59	2,06	0,69	1,69	0,09	-0,04	0,51	0,37
Unikanie pokus	1,88	0,77	1,74	0,89	0,77	0,44	-0,22	0,50	0,17
Kontrolowanie pokus	2,67	0,87	2,39	0,92	1,42	0,16	-0,11	0,66	0,31
Rozpraszenie	2,28	0,78	1,92	0,85	2,05	<b>0,04</b>	0,01	0,72	0,45
Tłumienie	2,34	0,77	2,19	0,80	0,90	0,37	-0,19	0,49	0,20



*Rysunek 22. Poziom rozpraszania - jednego z podwymiarów samokontroli dotyczącej jedzenia u kobiet będących i niebędących w ciąży. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.*

**Poziom rozpraszania - jednego z podwymiarów samokontroli dotyczącej jedzenia u kobiet będących i niebędących w ciąży przy kontrolowanym wieku.** Z uwagi na to, że dwie porównywane grupy różniły się ze względu na wiek, zweryfikowano czy różnica w

rozpraszaniu u kobiet w ciąży i niebędących w ciąży utrzymuje się, gdy skontroluje się wiek. W tym celu powtórnie wykonano analizę kowariancji ANCOVA, w której czynnikiem między obiektowym była grupa badawcza (kobiety będące w ciąży a kobiety niebędące w ciąży), a kowariantą (zmienną współtowarzyszącą) wiek. W wyniku przeprowadzonej analizy odnotowano, że wiek badanych kobiet nie miał istotnego statystycznie związku z poziomem analizowanej zmiennej,  $F(1, 85) = 0,42, p = 0,52; \eta^2 = 0,01$ . Po włączeniu do modelu wieku grupa badawcza przestała być istotnym statystycznie predyktorem badanej zmiennej zależnej,  $F(1, 85) = 1,89, p = 0,17; \eta^2 = 0,02$ . Innymi słowy jeżeli chodzi o rozpraszanie – podwymiar samokontroli dotyczącej jedzenia, to fakt bycia w ciąży odgrywał większą rolę w kwestii poziomu rozpraszania niż wiek.

**4.3.4. Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet będących i niebędących w ciąży.** W następnym kroku zweryfikowano, czy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet w ciąży jest wyższy niż u kobiet niebędących w ciąży (Hipoteza 3). W tym celu przeprowadzone zostały jednoczynnikowe analizy wariancji. Jak widać w Tabeli 18 odnotowano 3 różnice istotne statystycznie:

$F(1, 88) = 9,92, p = 0,002; \eta^2 = 0,10$  - poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych,

$F(1, 88) = 5,41, p = 0,02; \eta^2 = 0,06$  - podwymiar niezdrowe nawyki żywieniowe,

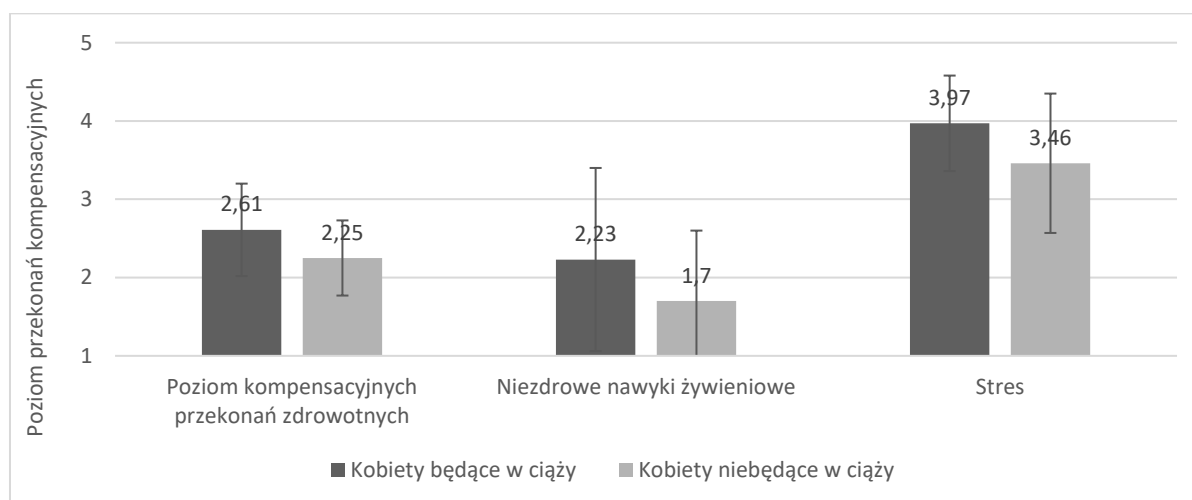
$F(1, 88) 10,32, p = 0,002; \eta^2 = 0,11$ - podwymiar stres.

Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych ( $M = 2,61; SD = 0,59$ ), jak i poziom podwymiarów niezdrowe nawyki żywieniowe ( $M = 2,23; SD = 1,17$ ) i stres ( $M = 3,97; SD = 0,61$ ) okazały się być istotnie wyższe w grupie kobiet będących w ciąży w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży, gdzie poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych wynosił ( $M = 2,25; SD = 0,48$ ), poziom podwymiarów niezdrowe nawyki żywieniowe wynosił ( $M = 1,70; SD = 0,90$ ) i stres wynosił ( $M = 3,46; SD = 0,89$ ). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznej. Wyniki przedstawiono w formie graficznej na Rysunku 23.

Tabela 18

*Poziom kompensacyjnych przekonań oraz ich podwymiarów u kobiet będących i niebędących w ciąży*

	Kobiety będące w ciąży (n = 50)		Kobiety niebędące w ciąży (n = 39)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych	2,61	0,59	2,25	0,48	3,15	<b>0,002</b>	0,14	0,60	0,67
Używanie substancji	1,87	0,65	1,71	0,50	1,33	0,19	-0,08	0,42	0,28
Niezdrowe nawyki żywieniowe	2,23	1,17	1,70	0,90	2,33	<b>0,02</b>	0,08	0,99	0,50
Stres	3,97	0,61	3,46	0,89	3,07	<b>0,003</b>	0,18	0,84	0,69
Regulacja masy ciała	2,38	0,88	2,14	0,77	1,38	0,17	-0,11	0,60	0,30



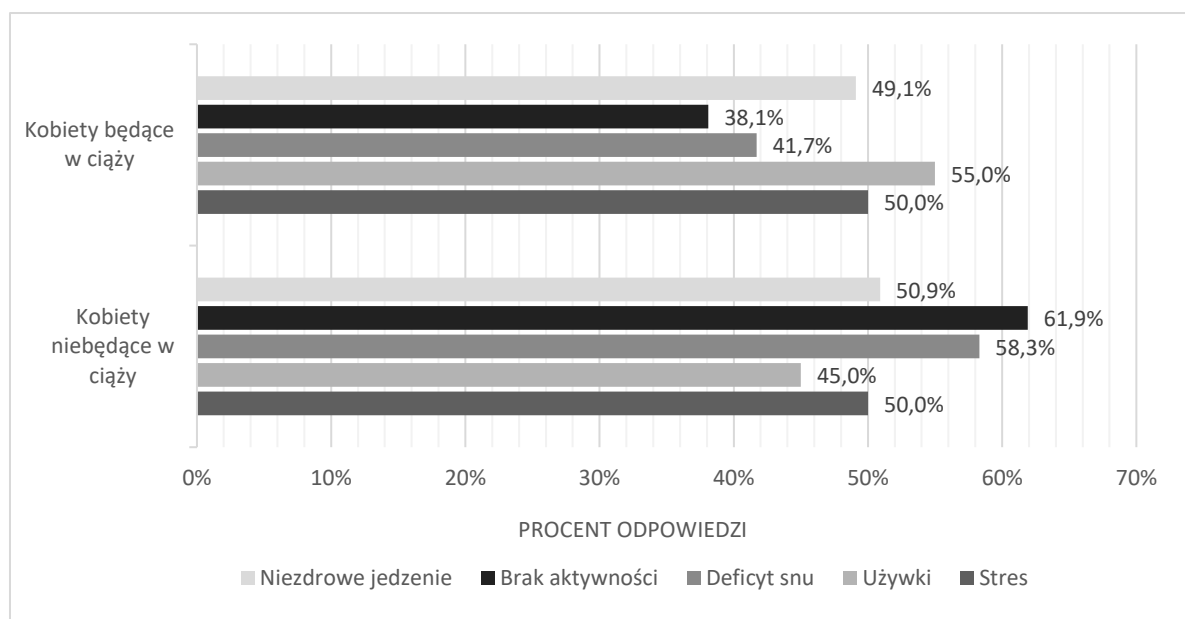
*Rysunek 23. Poziom kompensacyjnych przekonań oraz podwymiarów niezdrowe nawyki żywieniowe i stres u kobiet będących i niebędących w ciąży. Wartości przedstawiają średnie, a pionowe odcinki przedziały ufności na poziomie 95%.*

**Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet będących i niebędących w ciąży przy kontrolowanym wieku.** Następnie z uwagi na to, że dwie porównywane grupy różniły się ze względu na wiek, zweryfikowano czy różnica w

kompensacyjnych przekonaniach zdrowotnych u kobiet w ciąży i niebędących w ciąży utrzymuje się, gdy skontroluje się wiek. W tym celu ponownie wykonano analizę kowariancji ANCOVA, w której czynnikiem między obiektowym była grupa badawcza (kobiety będące w ciąży a kobiety niebędące w ciąży), a kowariantą (zmienną współtowarzyszącą) wiek. W wyniku przeprowadzonej analizy odnotowano, że związek wieku badanych kobiet z poziomem wyjaśnianej zmiennej,  $F(1, 88) = 0,7, p = 0,41; \eta^2 = 0,01$  nie jest istotny statystycznie. Dalsza analiza wykazała, że mimo włączenia do modelu wieku grupa badawcza ciągle istotnie różnicuje poziom analizowanej zmiennej zależnej,  $F(1, 88) = 4,77, p = 0,03; \eta^2 = 0,05$ . Oznacza to, że różnica między grupami zaobserwowana w analizie kowariancji jest bardziej związana z faktem bycia w ciąży niż z wiekiem. Okazuje się, że wiek nie przewiduje kompensacyjnych przekonań zdrowotnych.

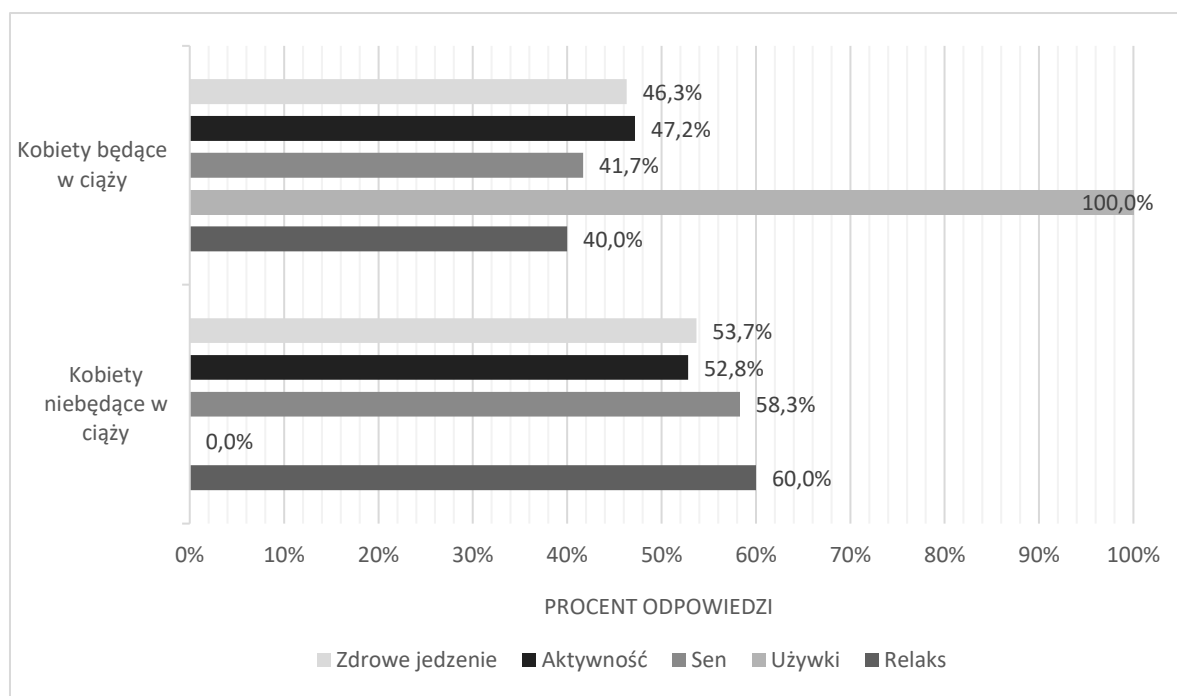
**4.3.5. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące niezdrowego zachowania u kobiet będących i niebędących w ciąży.** Sprawdzono także czy kobiety będące w ciąży różnią się od kobiet niebędących w ciąży, jeśli chodzi o spontanicznie formułowane kompensacyjne przekonania, w których niezdrowe zachowanie dotyczy niezdrowego jedzenia (Hipoteza 4). W tym celu przeprowadzone zostały testy niezależności  $\chi^2$ . Okazało się, że 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;  $\chi^2(4, N = 190) = 2,2; p = 0,67$ . Siła efektu była niska  $V$  Kramera = 0,11. Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 24.





Rysunek 24. Niezdrowe zachowania kobiet będących i niebędących w ciąży.

**4.3.6. Spontaniczne kompensacyjne przekonania dotyczące kompensacji niezdrowego zachowania kobiet będących i niebędących w ciąży.** Sprawdzono czy kobiety będące w ciąży różnią się od kobiet niebędących w ciąży, jeśli chodzi o spontanicznie formułowane kompensacyjne przekonania, w których kompensacja niezdrowego zachowania dotyczy zdrowego jedzenia (Hipoteza 5). W tym celu ponownie przeprowadzone zostały testy niezależności  $\chi^2$ . Okazało się, że nie było istotnych statystycznie różnic między kobietami będącymi w ciąży, a niebędącymi w ciąży dotyczących spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonań, w których kompensacja niezdrowego zachowania dotyczy zdrowego jedzenia;  $\chi^2(4, N = 190) = 2,5; p = 0,64$ . Siła efektu była niska  $V$  Kramera = 0,12. Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na Rysunku 25.



Rysunek 25. Kompensacja niezdrowego zachowania kobiet będących i niebędących w ciąży.

#### 4.4. Dyskusja wyników

W badaniu 3 skupiono się na różnicach pomiędzy kobietami w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży w poziomie samokontroli, samokontroli dotyczącej jedzenia oraz kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, również przy kontrolowaniu wieku. Zbadano także różnice w spontanicznie formułowanych kompensacyjnych przekonaniach.

Badanie wykazało, że kobiety w ciąży mają niższy poziom samokontroli w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży, co potwierdziło Hipotezę 1. Wyniki może wyjaśniać zasobowy model samokontroli mówiący o wyczerpywaniu samokontroli z czasem (Baumeister i in., 1998). Z uwagi na to, że ze zmiennych demograficznych takich jak wiek, wykształcenie, stan cywilny i miejsce zamieszkania tylko wiek różnicował kobiety będące i niebędące w ciąży do analiz postanowiono wziąć pod uwagę również wiek. Okazał się bowiem istotnie niższy w grupie kobiet będących w ciąży w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży.

W dalszych analizach wykazano, że to wiek, a nie bycie w ciąży przewiduje poziom samokontroli. Wiek ma większe znaczenie dla samokontroli niż bycie w ciąży. Potwierdzają to badania, które przedstawiają wyniki mówiące o tym, że samokontrola wzrasta z wiekiem (Chiesi i in., 2020; Oliva i in., 2019; Wang i in., 2017). Wciąż jednak nie przeczy to wcześniejszym wynikom. Przy tak małej próbie trudno wyłapać różnice pomiędzy grupami.

Wykazano też, że poziom samokontroli dotyczący jedzenia u kobiet w ciąży nie jest niższy w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży (Hipoteza 2). Siła odnotowanego efektu była niska. Okazało się, że kobiety w ciąży cechują się wyższym poziomem rozpraszania uwagi w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Rozpraszanie uwagi jest jednym z podwymiarów samokontroli dotyczącej jedzenia i oznacza przekierowanie uwagi z kuszącego produktu do przedmiotu lub reakcji rozpraszającej (De Vet i in., 2014). Oznacza to, że jeśli kobieta w ciąży ma dużą potrzebę na przykład zjedzenia czegoś niezdrowego, to znajduje inną aktywność, by odwrócić swoją uwagę od pokusy i nie poddać się temu niezdrowemu zachowaniu (De Vet i in., 2014). Ponadto wykazano, że to fakt bycia w ciąży, a nie wiek przewiduje rozpraszanie. Możliwe, że jeśli kobieta w ciąży potrafi odwrócić swoją uwagę od kuszącego produktu czy sytuacji, nie oznacza to, że będzie w ten sposób radzić sobie z pokusami na innych etapach swojego życia. Prawdopodobnie to właśnie czas ciąży mobilizuje kobietę do radzenia sobie z pokusami poprzez odwracanie od nich uwagi.

Potwierdzono także, że poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, jak i poziom podwymiarów niezdrowe nawyki żywieniowe i stres były istotnie wyższe w grupie kobiet będących w ciąży w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży (Hipoteza 3). Potwierdza to teoria mówiąca o tym, że, zasoby samokontroli ulegają wyczerpaniu, a wraz ze spadkiem samokontroli wzrasta poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Rabiau i in., 2006). Wyniki dotyczące podwymiarów niezdrowe nawyki żywieniowe i stres mogą sugerować, że kobiety w ciąży najbardziej obawiają się skutków niezdrowego jedzenia i stresu podczas ciąży,

dlatego najwięcej kompensacji wykorzystują w tych obszarach. Mają ku temu podstawy, gdyż prawidłowy sposób żywienia, co oznacza zbilansowaną i urozmaiconą dietę (Maciąg i in., 2013) oraz nabywanie, utrzymywanie zdrowych nawyków żywieniowych jest ważne przez cały okres ciąży (Melzer i Schutz, 2010). Ponadto duży stres w ciąży negatywnie wpływa na rozwój płodu, a to w konsekwencji wpływa na rozwój dziecka (DiPietro i in., 2002; Grote i in., 2010; Mulder i in., 2002).

Dalsze wyniki analiz wykazały także, że bycie w ciąży wpływa na kompensacyjne przekonania, jednak wiek badanych kobiet nie przewiduje poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, tak jak samokontroli. Wiek nie ma takiego znaczenia dla kompensacyjnych przekonań jak dla samokontroli. Pokusy pojawiają się w życiu nieustannie w związku z tym kompensacyjne przekonania również. Ich formułowanie nie jest zależne od wieku, co potwierdzają badania Knäuper i in. (2004) mówiące o tym, że kompensacyjne przekonania zdrowotne nie korelują z wiekiem.

Kolejne wyniki badań wykazały, że fakt bycia w ciąży nie miał znaczenia w związku ze spontanicznie formułowanymi kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi, co było sprzeczne z Hipotezą 4 i 5. Z uwagi na to, że ciężarne kobiety spożywają dużo więcej jedzenia w porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży (Clark i Ogden, 1999; Kim, 2009) oraz są bardziej otwarte na informacje dotyczące zdrowia i jedzenia w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży (Jevsnik i in., 2008), założono, że to kobiety w ciąży spontanicznie formułują więcej kompensacyjnych przekonań, w których niezdrowe zachowanie dotyczy niezdrowego jedzenia (Hipoteza 4), a kompensacja niezdrowego zachowania dotyczy zdrowego jedzenia (Hipoteza 5) w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Założenie uargumentowane było tym, że kobiety w ciąży mogą częściej szukać łatwiejszych form samoregulacji - wymówek, które usprawiedliwią ich niezdrowe zachowania związane z niezdrowym jedzeniem (Rabiau i in., 2006) niż kobiety niebędące w ciąży. Zapewne mała

liczebność grupy kobiet w ciąży i grupy kobiet niebędących w ciąży przyczyniła się do tego, że Hipoteza 4 i Hipoteza 5 nie została potwierdzona. Prawdopodobnie różnice pomiędzy kobietami będącymi w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży byłyby możliwe do zaobserwowania przy liczniejszych próbach.

## **Rozdział 5 – Dyskusja i konkluzje**

### **5.1. Dyskusja**

Ciąża jest naturalnym stanem dla kobiety, jednak jest też dynamicznym procesem zmian, które dotyczą fizjologicznych i psychologicznych aspektów funkcjonowania (Bayramova, 2018; Davis i Narayan, 2020; Makara-Studzińska i in., 2011; Murray i Hendley, 2020). Nie ma drugiego takiego okresu w życiu zdrowej kobiety, w którym zachodzi tyle różnorodnych zmian równocześnie i który stanowi dla organizmu tak poważne obciążenie (Bayramova, 2018; Majchrzycki i in., 2010). Biorąc pod uwagę, że ciąża jest specyficznym stanem dla kobiety oraz, że do tej pory kompensacyjne przekonania zdrowotne badane były głównie w ogólnej populacji, w celu poszerzenia wiedzy w badaniach zaprezentowanych w tej rozprawie postanowiono skoncentrować się na dynamice procesów samoregulacji oraz poziomie kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet w trakcie ciąży. Sprawdzone 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 własnych 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 porównaniu do kobiet będących w pierwszym i drugim trymestrze ciąży. Kobiety będące w drugim trymestrze ciąży osiągały istotnie wyższy poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiary 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. Możliwe, że różnice indywidualne w poziomie samokontroli oraz kompensacyjnych przekonań zdrowotnych miały wpływ na to, że nawet przy tak dużej próbie hipotezy się nie potwierdziły. Prawdopodobnie różnice indywidualne były silniejsze w poszczególnych grupach niż pomiędzy grupami. Prawdopodobnie również artefakt wynikający z pozyskania i doboru próby mógł mieć wpływ na wyniki. Większość badanych z drugiego trymestru ciąży było uczestniczkami szkół rodzenia. Być może udział w szkole rodzenia mimo otrzymanej dawki wiedzy, dzięki której kobiety mogą czuć się pewniej i spokojniej, stanowi także obciążenie fizyczne i psychiczne. Może udział w takim szkoleniu jest kolejnym zadaniem, które zabiera energię i powoduje zmęczenie. Może właśnie z tego powodu kobiety w drugim trymestrze ciąży szybciej skorzystają z najprostszycch form samoregulacji (Knäuper i in., 2004), bo nie mają wystarczających zasobów samokontroli (Baumeister i in., 1998), których deficyt spowodowało zużycie energii na udział w szkole rodzenia, tym bardziej, że wśród uczestniczek szkół rodzenia jest dużo kobiet ćwiczących, co może potęgować zmęczenie (Kowalska i in., 2014). Do tej pory udział w szkole rodzenia przedstawiany był w literaturze jedynie jako pozytywne doświadczenie dla uczestniczek. Szkoły rodzenia pokazują jak świadomie przeżywać ciążę

(Szymański i in., 2019). Przygotowują do porodu i uczą wielu czynności związanych z opieką nad nowo narodzonym dzieckiem (Abramowicz, 2021; Szymański i in., 2019). Uczestnictwo w szkole rodzenia obniża poziom lęku kobiet związanego z porodem (Çankaya i Şimşek, 2021; Stangret i in., 2009), a także zwiększa poczucie własnej skuteczności podczas porodu (Çankaya i Şimşek, 2021). W przyszłych badaniach interesujące byłoby rozszerzenie wątku dotyczącego udziału w szkołach rodzenia również jako formy obciążenia fizycznego i psychicznego dla kobiety w ciąży. Dzięki temu można byłoby ulepszyć działanie i funkcjonowanie szkół rodzenia, jak również lepiej przygotować kobietę ciężarną do udziału w takich zajęciach.

Wychodząc naprzeciw ograniczeniom badania przekrojowego, przeprowadzono kolejne badanie, tym razem podłużne, w którym możliwe było odnotowanie zmian w przebiegu ciąży oraz pozwoliło 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. Zgodnie z teorią wyczerpywania zasobów, wraz z upływem czasu ciąży, samokontrola jako cecha malała (Baumeister i in., 1998). Odkrycia te poszerzają wcześniejsze badania nad wyczerpywaniem się zasobów, pokazując, że proces ten może zachodzić nie tylko w ciągu jednego dnia (Francis i in., 2021), ale w okresach nawet kilkumiesięcznych. Wydaje się, że kobiety ciężarne bardziej kontrolują swoje zachowania we wczesnym okresie ciąży, gdyż mają świadomość, że ich działania wpływają zarówno na ich zdrowie, jak i prawidłowy rozwój ich przyszłych dzieci (Phelan, 2010), a także z uwagi na jeszcze duże pokłady sił oraz niewyczerpane zasoby samokontroli.

Również zgodnie z przewidywaniami w badaniu podłużnym, 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. Wyniki te są zgodne z już wcześniej wspomnianymi wynikami badań Avsar i in. (2021) na podstawie, których wiadomo, że kobiety ciężarne mają dużą świadomość konsekwencji palenia i picia alkoholu w ciąży (Avsar i in., 2021), jak również Fairburna i in. (1992) oraz Hill i in. (2016), mówiącymi o tym, iż obawy dotyczące spożycia jedzenia nasilają się w trakcie ciąży, a jedną ze strategii stosowanych w celu złagodzenia stanu dyskomfortu związanego z niezdrowym zachowaniem jest aktywacja kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Rabiau i in., 2006). Kobiety mogą wierzyć, że negatywne skutki słabości i niezdrowego zachowania można zrekompensować późniejszym zdrowym zachowaniem i dlatego właśnie będą formułować kompensacyjne przekonania. Pod koniec ciąży będą formułować ich więcej, gdyż spada wtedy poziom samokontroli, a zgodnie z teorią Rabiau i in. (2006) jednostki wybierają przekonania kompensacyjne, gdy stają przed wyzwaniem dla ich samokontroli. Innymi słowy poziom przekonań kompensacyjnych wzrasta, gdy spada poziom samokontroli.

Rozważano również, czy istnieje związek między samokontrolą, a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi? 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, ujawniając dużą siłę efektu (Cohen, 1962). Na podstawie przeglądu literatury można wnioskować, że trzeci trymestr ciąży będąc najtrudniejszym (Clark i Ogden, 1999, Hamilton, 2019; Maciąg, 2013), sprzyja wykorzystaniu najłatwiejszych form rozwiązań, by radzić sobie z kuszącymi sytuacjami, które umożliwiają realizację niezdrowych zachowań bez poczucia winy (Knäuper i in., 2004). W związku z powyższym można zakładać, że w momencie największego spadku poziomu samokontroli, kobiety w ciąży dają sobie większe przyzwolenie



na jedzenie, a w sytuacjach, gdy pojawią się u nich wyrzuty sumienia z powodu spożycia nadmiaru jedzenia czy braku aktywności, zastosują kompensacyjne przekonania zdrowotne, by zniwelować poczucie winy i usprawiedliwić swoje zachowanie, które nie sprzyja zdrowiu. I faktycznie im mniejszą samokontrolę zgłaszały badane, tym częściej formułowały kompensacyjne przekonania zdrowotne. Innymi słowy, większa samokontrola służyła jako bufor do stosowania bardziej skutecznych strategii samoregulacji zamiast przekonań kompensacyjnych. Przyszłe badania powinny zweryfikować, jakie rodzaje strategii samoregulacji przyjmują kobiety w ciąży z wysoką cechą samokontroli, gdy są wyczerpane.

Ponadto wyniki autorskich badań wykazały, że 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 (Rabiau i in., 2006). Poziom samokontroli kobiet w ciąży na początku ciąży determinuje również to, jak często formułują one kompensacyjne przekonania zdrowotne. Z kolei wysoki poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oznacza, że kobiety w ciąży częściej przejawiają niezdrowe nawyki podjadania, co potwierdza, że przekonania kompensacyjne nie są skuteczną formą samoregulacji (Rabiau i in., 2006). Może to oznaczać, że im większą kontrolę będą miały kobiety podczas ciąży, tym mniej będą ulegać pokusom żywieniowym na ostatnim etapie ciąży. Spójne wyniki zaobserwowano zarówno przy uwzględnieniu ogólnych kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, jak i podwymiaru kompensacyjnych przekonań dotyczący niezdrowych nawyków żywieniowych jako mediatorów. Indywidualny poziom samokontroli na początku ciąży wpływa na końcowy etap. Interpretując wyniki należy mieć jednak na uwadze, że niezdrowe nawyki podjadania mierzone były dopiero w ostatnim okresie ciąży. Nie kontrolowano poziomu podjadania na początku ciąży, więc nie można być w pełni pewnym obserwowanej ścieżki przyczynowej. Niemniej jednak proponowany porządek przyczynowy w

modelu mediacji ma uzasadnienie teoretyczne. Osłabiona samokontrola zwiększa poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Rabiau i in., 2006), a tym samym zmniejsza zdolność do powstrzymywania się od pokus i osiągnięcia celów (Muraven i Baumeister, 2000).

Ponadto 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. Z uwagi na to, że celem badań było również zweryfikowanie, jakie spontaniczne kompensacyjne przekonania zdrowotne formułują kobiety w ciąży porównano wyniki dwóch metod mierzących poziom kompensacyjnych przekonań. Analizując otrzymane wyniki można dostrzec zastanawiającą różnicę. Rozbieżność ta jest na tyle zaskakująca, że w celu wyjaśnienia jej warto przeprowadzić dalsze analizy, bowiem w kwestionariuszu zawierającym konkretne pytania dotyczące kompensacyjnych przekonań, poziom przekonań związanych ze stresem okazał się wysoki. Jednak, gdy kobiety w ciąży spontanicznie formułowały przekonania kompensacyjne, tematyka stresu nie była poruszana.

Spontanicznie kobiety w ciąży najczęściej formułowały przekonania kompensacyjne, w których niezdrowe zachowania dotyczyły niezdrowego jedzenia, a najrzadziej kategorii związanej ze stresem. Można przypuszczać, że dopiero poruszenie tematyki dotyczącej stresu uaktywnia u kobiet w ciąży myślenie o nim. Prawdopodobnie kobiety w ciąży przede wszystkim myślą o konsekwencjach związanych z niezdrowym jedzeniem, ale w momencie, gdy zostaną naprowadzone na tematykę związaną ze stresem uświadamiają sobie, że konsekwencje związane z nadmiernym stresem mogą przynieść jeszcze większy, szkodliwy wpływ na ciążę i dziecko. Zasadność tego podejścia znajduje potwierdzenie w literaturze, ponieważ stres oddziałuje niekorzystnie na rozwój płodu, a to może mieć negatywne konsekwencje w przyszłości na dziecko. Może negatywnie wpływać na umiejętności

poznawcze dziecka oraz zachowanie (DiPietro i in., 2002). Ponadto stres w czasie ciąży może także zwiększyć ryzyko poronienia, spowodować niską masę urodzeniową dziecka, jak również inne zaburzenia związane z nieprawidłowym rozwojem układu nerwowego (Grote i in., 2010; Mulder i in., 2002). Biorąc pod uwagę fakt, że kobiety w ciąży rzadko same z siebie generują kompensacyjne przekonania dotyczące kompensacji skutków stresu, zaleca się większe skupienie uwagi kobiet w ciąży na pozytywnych i radosnych kwestiach związanych z ciążą, a mniej na wielości zmian, jakie zachodzą w czasie ciąży, gdyż każda zmiana może być czynnikiem stresogennych (Brodowska i Bąk-Sosnowska, 2021). Oczywiście praktyczne podejście do porodu i opieki nad dzieckiem (Abramowicz, 2021; Szymański i in., 2019) w szkołach rodzenia jest ważne, jednak by zrównoważyć uczucia lęku związane z ciążą można skupić się także na pozytywnych aspektach ciąży, takich jak kształtowanie postaw rodzicielskich, przygotowania do roli mamy, nawiązywanie relacji, budowanie więzi z dzieckiem, które niebawem się urodzi (Popławska i Śliwowska, 2011). Ciąża to także czas, w którym rozwija się wsparcie społeczne dla kobiety, w szczególności wsparcie od partnera (Battulga i in., 2021). Pozytywne aspekty ciąży związane są też z oczekiwaniem na narodziny dziecka, odczuwaniem radości i nadziei. Perspektywa posiadania dziecka daje poczucie bezpieczeństwa, uznania, szacunku, nadaje życiu sens (Wojaczek, 2012).

Z kolei najczęściej kompensacja niezdrowego zachowania spontanicznie podawana przez kobiety w ciąży dotyczyła kategorii związanej ze zdrowym jedzeniem, co potwierdziło kolejną hipotezę oraz kategorii związanej z aktywnością. Przepuszczalnie dla kobiet jest to najbardziej oczywista forma kompensacji, ponieważ dotyczy kategorii związanej z jedzeniem, która w ciąży jest istotna i widoczna (Kaiser i Allen, 2008; Maciąg i in., 2013; Melzer i Schutz, 2010). Kobiety mogą kompensować niezdrowe zachowania zdrowym jedzeniem, myśląc nie tylko o etapie ciąży, ale także o czasie po porodzie, kiedy nadchodzi moment na zadbanie o siebie i swoje ciało. Niewykluczone, że już podczas ciąży mentalnie przygotowują się na

późniejszy etap, w którym będą chciały zadbać o dziecko, ale też o swój komfort psychiczny i fizyczny, ponieważ ciąża jednak radykalnie zmienia kobiece ciało, a przyrost masy ciała jest najbardziej widoczną zmianą jaka zachodzi w czasie ciąży (Plante i in., 2020). W związku z tym może już w trakcie trwania ciąży, kobiety starają się mieć kontrolę nad zdrowymi zachowaniami, a że nie zawsze się to udaje, w przypadku niepowodzenia decydują się na kompensację niezdrowego zachowania zdrowym jedzeniem.

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. Zdrowe jedzenie i aktywność była przytaczana w literaturze jako elementy, o które warto dbać podczas ciąży (Kaiser i Allen, 2008; Maciąg i in., 2013; Melzer i Schutz, 2010), a także, jeśli dla kobiety ważny jest powrót do formy sprzed ciąży, zwłaszcza, gdy planuje wznowić zawodowe życie (Kochan i Kabukcuoglu, 2022). Ograniczeniem tej części badań może być jednak niewystarczające opracowanie kategorii dotyczących niezdrowych zachowań i kompensacji niezdrowych zachowań mimo, że dobór kategorii potwierdziło dwóch niezależnych sędziów kompetentnych. Podobnie jak u autorki skali dotyczącej pomiaru kompensacyjnych przekonań zdrowotnych (Knäuper i in., 2004) spontanicznie formułowane przykłady dotyczące kompensacyjnych przekonań zdrowotnych podzielono na obszar dotyczący niezdrowych zachowań i obszar dotyczący kompensacji niezdrowych zachowań. Możliwe jednak, że opis kategorii wchodzących w skład niezdrowych zachowań i opis kategorii wchodzących w skład kompensacji niezdrowych zachowań kobiet w ciąży wymaga kolejnych weryfikacji. W przyszłych badaniach na pewno warto byłoby zaangażować więcej sędziów kompetentnych do potwierdzenia właściwego opisu kategorii.

By potwierdzić i podkreślić, że grupa kobiet w ciąży jest specyficzna w porównaniu do grupy kobiet niebędących w ciąży, kolejnym celem 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? Z uwagi na to, że ciężarne kobiety spożywają dużo więcej jedzenia w porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży (Clark i Ogden, 1999; Kim, 2009) oraz są bardziej otwarte na informacje dotyczące zdrowia i jedzenia w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży (Jevsnik i in., 2008) założono, że to kobiety w ciąży spontanicznie formułują więcej kompensacyjnych przekonań, w których niezdrowe zachowanie dotyczy niezdrowego jedzenia, a kompensacja niezdrowego zachowania dotyczy zdrowego jedzenia w porównaniu do kobiet niebędących w ciąży. Wyniki badań 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. Ograniczeniem badania porównawczego była zapewne mała liczebność grupy kobiet w ciąży i grupy kobiet niebędących w ciąży. Prawdopodobnie różnice pomiędzy kobietami będącymi w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży byłyby możliwe do potwierdzenia przy liczniejszych próbach, dlatego w kolejnych badaniach dobór próby powinien być zrealizowany na większą skalę, by różnice między kobietami w ciąży, a kobietami niebędącymi w ciąży dało się zaobserwować.

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 uwagi na fakt, że kobietom w ciąży jest trudniej,

z czasem może dochodzić do wyczerpania zasobów samokontroli, bardziej niż u kobiet, które nie spodziewają się dziecka (Bayramova, 2018; Davis i Narayan, 2020; Majchrzycki i in., 2010; Makara-Studzińska i in., 2011; Murray i Hendley, 2020). W dalszych analizach wykazano, że to wiek, a nie bycie w ciąży przewiduje poziom samokontroli. Zanim włączono wiek siła efektu wynosiła 8% wyjaśnianej wariancji, ale gdy dodano wiek siła efektu wynosiła 2% wyjaśnianej wariancji. Z wiekiem coraz lepiej uczymy się kontroli, coraz lepiej potrafimy realizować swoje postanowienia i cele, dlatego to wiek ma większe znaczenie dla samokontroli niż bycie w ciąży. Potwierdzają to badania, które przedstawiają wyniki mówiące o tym, że samokontrola wzrasta z wiekiem (Chiesi i in., 2020; Oliva i in., 2019; Wang i in., 2017). Różnica między grupami jest, ale słaba, wciąż jednak nie przeczy to wcześniejszym wynikom. Przy tak małej próbie trudno wyłapać różnice między grupami. W przyszłych badaniach warto eksplorować nadal tę tematykę jednak na większą skalę.

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. Możliwe, że kobiety w ciąży częściej radzą sobie z wyrzutami sumienia związanymi ze zjedzeniem czegoś niezdrowego poprzez najprostsze formy samoregulacji (Knäuper i in., 2004) zwłaszcza, gdy mają niższy poziom samokontroli w porównaniu do kobiet, które nie spodziewają się potomstwa. Dalsze wyniki analiz wykazały także, że bycie w ciąży wpływa na kompensacyjne przekonania, jednak wiek badanych kobiet nie przewiduje poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Wiek nie ma takiego znaczenia dla kompensacyjnych przekonań jak dla samokontroli. Pokusy pojawiają się w życiu nieustannie, a w związku z tym kompensacyjne przekonania również. Potwierdzają to badania Knäuper i in. (2004) mówiące o tym, że kompensacyjne przekonania zdrowotne nie korelują z wiekiem.

Opisując wyniki badania porównawczego należy wspomnieć o tym, iż bardzo dużo osób badanych odpadło z badania. Można wnioskować, że powodem był brak wynagrodzenia za udział w badaniu oraz że badania zostały przeprowadzane online, bez bezpośredniego kontaktu z badaczem. Można zakładać, że jednak brak osobistego kontaktu z badaczem ułatwia rezygnację z udziału w badaniu. Prawdopodobnym wyjaśnieniem może być również fakt, że w pierwszej kolejności zadaniem badanych było napisanie czegoś od siebie w kontekście kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, co mogło wydawać się trudne. Możliwe, że z tego powodu badane rezygnowały z wypełniania dalszych części kwestionariusza. Być może warto również rozważyć, by kolejne badania porównujące grupę kobiet w ciąży z grupą kobiet nie będących w ciąży były przeprowadzane osobiście przez badacza oraz w miarę możliwości, by osoby badane mogłyby otrzymać wynagrodzenie za udział w badaniach, które z pewnością działałoby motywująco na uczestniczki badania.

## **5.2. Konkluzje**

Kompensacyjne przekonania zdrowotne są traktowane jako nie przystosowawcze przekonania zdrowotne, ponieważ są wykorzystywane do usprawiedliwiania niezdrowych zachowań. Co więcej, sformułowanie przekonania kompensacyjnego może zablokować wdrożenie zachowania kompensacyjnego i może zmniejszyć prawdopodobieństwo, że dana osoba zaangażuje się w zdrowe zachowanie (Knäuper i in., 2004). Uniemożliwiają również skuteczne przestrzeganie zmian w zachowaniu zdrowia, m.in. w powstrzymaniu się od spożycia kalorii lub rzuceniu palenia (Radtke i Scholz, 2012). Rabiau i in. (2006) zasugerowali, że posiadanie wielu przekonań kompensacyjnych może mieć negatywny wpływ na zdrowie.

Z uwagi na to, że przekonania i zachowania kompensacyjne mogą być ze sobą powiązane jednak nie są tożsame (Zhao i in., 2021), przyszłe badania powinny zweryfikować zachowanie kobiet w ciąży, a nie polegać jedynie na kompensacyjnych przekonaniach i deklaracjach zachowania, jak w niniejszych badaniach. Badanie Kaklamanou i in. (2013)

wykorzystując technikę, która pozwalała uczestnikom „myśleć na głos” podczas wypełniania kwestionariusza, wykazało, że skala dotycząca pomiaru kompensacyjnych przekonań (Knäuper i in., 2004) może być mało wiarygodna. Wielu uczestników badania twierdziło, że angażuje się w pewne zachowania odpowiadające kompensacyjnym przekonaniom nie podtrzymując już tych przekonań. Ponadto osoby formułujące kompensacyjne przekonania nie zawsze przestrzegają zachowań kompensacyjnych, a jeśli zostaną podjęte, mogą one nie odpowiadać zdrowym zachowaniom (Zhao i in., 2021), co potwierdza Knäuper i in. (2004) mówiąc o tym, że najprostsze formy samoregulacji, jakimi są kompensacyjne przekonania zdrowotne w rzeczywistości nie rekompensują niepowodzeń samoregulacji (Knäuper i in., 2004).

Warto interweniować na etapie motywowania kobiet w ciąży do realizacji zaplanowanych zachowań kompensacyjnych po niepowodzeniach samoregulacji. Konkretnie plany działania można opracować i przepracować z kobietami w ciąży (Gollwitzer, 1999). Ważne jest by po sformułowaniu kompensacyjnego przekonania przygotować plan zachowań kompensacyjnych (zamiar) oraz plan realizacji tych zachowań (implementacja intencji). Kobiety w ciąży będą mogły w ten sposób wyobrazić sobie konkretny sposób kompensowania nieadaptacyjnego zachowania oraz kontrolować to zachowanie. Wielu badaczy wykazało, że zastosowanie implementacji intencji ma korzystny wpływ na realizację celu (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer i Brandstatter, 1997; Verplanken i Faes, 1999; Webb i Sheeran, 2003). Co więcej, interwencje ukierunkowane na wzmocnienie poczucia własnej skuteczności mogą być również skuteczne w przekształcaniu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w zachowania kompensacyjne (Nguyen i in., 2006; Luszczynska i in. 2007). Poczucie własnej skuteczności podczas porodu było już badane w grupie kobiet w ciąży w kontekście szkół rodzenia (Çankaya i Şimşek, 2021). Teraz interesujące byłoby zweryfikowanie poziomu poczucia własnej skuteczności w kontekście kompensacyjnych przekonań zdrowotnych u kobiet w ciąży, zwłaszcza, że badania przeprowadzone przez Obarę-Gołębiowską (2016) wśród pacjentów



oddziału leczenia otyłości potwierdziły, że wyższe poczucie własnej skuteczności było związane z rzadszym występowaniem kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Przyszłe badania powinny również dotyczyć kompensacyjnych przekonań zdrowotnych specyficznych dla ciąży, takich jak samobadanie, monitorowanie rozwoju dziecka, regularne badania kontrolne, ponieważ te kompensacyjne przekonania zdrowotne mogą utrudniać zachowania specyficzne tylko dla ciąży.

Niepowodzenia samoregulacji i obniżona samokontrola prawdopodobnie pojawiają się również po urodzeniu dziecka, gdyż jest to okres wymagający, zwłaszcza po trudnym porodzie np. przez cesarskie cięcie (Prokopowicz i in., 2021). Utrzymanie zdrowego stylu życia w okresie poporodowym jest wyzwaniem, ponieważ kobieta musi jednocześnie jak najlepiej poradzić sobie z nową rolą macierzyństwa i dążyć do powrotu do stylu życia sprzed ciąży. Implikacje przyszłych badań mogłyby dotyczyć czasu położu u kobiety i weryfikować poziom samokontroli oraz poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych, gdyż dotychczas kobiety po urodzeniu dziecka nie były badane pod tym kątem.

Choć model zasobowy budzi wiele zastrzeżeń (Carter i in., 2015; Hagger i in., 2016; Inzlicht i Schmeichel, 2012; Kurzban i in., 2013; Tuk i in., 2015; Vohs i Shah, 2022), badania systematycznie wskazują, że samokontrola słabnie wraz z ciągłym jej używaniem (Francis i in., 2021). Ludzie chętniej i częściej są prospołeczni i empatyczni rano, a z biegiem dnia ta chęć bycia pomocnym spada, gdyż zasoby ulegają wyczerpaniu (Francis i in., 2021). W związku z powyższym, z teoretycznego punktu widzenia wyniki autorskich badań potwierdzają założenia teorii zasobów, wskazując, że samokontrola wyczerpuje się, gdy często jest użytkowana (Baumeister i in., 1998). Co jeszcze ciekawe, w ciągu kilku miesięcy zmieniła się nie tylko samokontrola sytuacyjna, ale także stosunkowo stabilna cecha, co oznacza, że przy długiej perspektywie działania samokontroli można wnioskować, że zasoby samokontroli ulegną wyczerpaniu. Z kolei z aplikacyjnego punktu widzenia wyniki zachęcają do pracy z kobietami

w ciąży, ich edukacji i interwencji w celu wzmocnienia ich strategii samokontroli i samoregulacji, które zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia celów prozdrowotnych.

## Bibliografia

- Abramowicz, U. (2021). Znaczenie szkół rodzenia w kształtowaniu się modelu nowoczesnego ojcostwa na podstawie Białegostoku. W: E.J. Kryńska, Ł. Kalisz, A. Suplicka (red.), *Dziecko w historii-między godnością a zniewoleniem. Tom 1. Godność jako fundament praw człowieka* (ss. 379-396). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.  
<https://doi.org/10.15290/dhmgz.01.2021.25>
- Ainslie, G. W. (1974). Impulse control in pigeons. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 21(3), 485-489. <https://doi.org/10.1901/jeab.1974.21-485>
- 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](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Amrein, M. A., Scholz, U., & Inauen, J. (2021). Compensatory health beliefs and unhealthy snack consumption in daily life. *Appetite*, 157, 1-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104996>
- Apps, M. A., Grima, L. L., Manohar, S., & Husain, M. (2015). The role of cognitive effort in subjective reward devaluation and risky decision-making. *Scientific reports*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/srep16880>
- Avsar, T. S., McLeod, H., & Jackson, L. (2021). Health outcomes of smoking during pregnancy and the postpartum period: an umbrella review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21 (254), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03729-1>
- Aydin, M., Cayonu, N., Kadihasanoglu, M., Irkilata, L., Atilla, M. K., & Kendirci, M. (2015). Comparison of sexual functions in pregnant and non-pregnant women. *Urology Journal*, 12(5), 2339-2344. <https://doi.org/10.22037/uj.v12i5.2881>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior*

- and Human Decision Processes*, 50, 248-287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bai, L., Handel, B., Miguel, E., & Rao, G. (2021). Self-control and demand for preventive health: Evidence from hypertension in India. *The Review of Economics and Statistics*, 103(5), 835-856. <https://doi.org/10.3386/W23727>
- Balachova, T. N., Isurina, G. L., Skitnevskaya L.V., Bard D., Tsvetkova L. A., Volkova E. N., & Bonner B. L. (2018). Alcohol consumption among pregnant and non-pregnant women in Russia: evidence for prevention. *Acta Biomedica Scientifica*, 3(3), 59-68. <https://doi.org/10.29413/ABS.2018-3.3.9>
- Bao, Y., Lu, Q., Zhang, X., Wang, Y., Li, J., Xu, Y., Sue, S., Song, Zhu, X., She, J., & Lu, L. (2020). Sleep disturbances during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 58, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101436>
- Barbu, R. M., Gavrilescu, C. M., Oprea, C., Pohaci-Antonesei, C., Maria-Gavrilescu, I., & Pohaci-Antonesei, L. (2020). Cardiovascular changes and mental health problems in pregnancy. *Bulletin of Integrative Psychiatry*, 26(2), 83-90. Retrieved from: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=881647>
- Battulga, B., Benjamin, M. R., Chen, H., & Bat-Enkh, E. (2021). The impact of social support and pregnancy on subjective well-being: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-21. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710858>
- Baumeister, R.F., Heatherton, T., & Tice, D.M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego: Academic Press. Retrieved from: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Losing+control%3A+How+and+why+people+fail+at+selfregulation&author=R.+F.+Baumeister&author=T.+F.+Heatherton&author=D.+M.+Tice&publication\\_year=1994](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Losing+control%3A+How+and+why+people+fail+at+selfregulation&author=R.+F.+Baumeister&author=T.+F.+Heatherton&author=D.+M.+Tice&publication_year=1994)

- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-Regulation Failure: An Overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1-15. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0701_1)
- Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Muraven , M., & Tice, D.M. (1998). Ego depletion: is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252–1265. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1252>
- Baumeister, R. F. (2002). Yielding to temptation: Self-control failure, impulsive purchasing, and consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 28(4), 670-676. <https://doi.org/10.1086/338209>
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-Regulation, Ego Depletion and Motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x>
- Baumeister, R. F., Tierney, J. (2013). Siła woli. *Odkryjmy na nowo, co w człowieku najpotężniejsze. Poznań: Media Rodzina.*
- Baumeister, R. F. (2014). Self–regulation, ego depletion and inhibition. *Neuropsychologia*, 65, 313-319. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.012>
- Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Vohs, K. D. (2018). The Strength Model of Self-Regulation: Conclusions From the Second Decade of Willpower Research. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 141-145. <https://doi.org/10.1177/1745691617716946>
- Baumeister, R., Vonasch, A. J., & Sjasdad, H. (2019). The Long Reach of Self-Control. Self-control, Ego Depletion, and Social Psychology’s Replication Crisis. In A. Mele (Ed.), *Surrounding Self-Control* (pp. 17-30). New York: Oxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197500941.003.0002>
- Bayramova, A. (2018). TMD and pregnancy? *Clinical Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(1), 001-006. <https://doi.org/10.29328/journal.cjog.1001001>

- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Berkman, E. T., Hutcherson, C. A., Livingston, J. L., Kahn, L. E., & Inzlicht, M. (2017). Self-Control as Value-Based Choice. *Current Directions in Psychological Science*, 26(5), 422-428. <https://doi.org/10.1177/0963721417704394>
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Śląskie Wydawnictwo Naukowe.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trinic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Polish Gynecology*, 89(2), 102-106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>
- Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43(1), 41-45. <https://doi.org/10.1046/j.0004-8666.2003.00016.x>
- Botvinick, M. M., Braver, T. S., Carter, C. S., Barch, D. M., & Cohen, J. D. (2001). Conflict monitoring and cognitive control. *Psychological Review*, 108, 624–652. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.624>
- Brodowska, E., Bąk-Sosnowska, M. (2021). Wpływ ciąży na zdrowie i samopoczucie psychiczne kobiet. W: A. Knapik, P. Beno, J. Rottermund (red.), *Zdrowie człowieka w ontogenezie – aspekty biomedyczne i psychospołeczne* (ss. 15-21). Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Pobrane z: <https://ppm.sum.edu.pl/docstore/download/SUM2989fcfa957478c8c55113eb3c0032a/Zdrowie+cz%C5%82owieka+w+ontogenezie+T.2.pdf?entityType=book#page=18>
- Buczny, J., Międzybrodzka, E. (2014). Samokontrola i jej rola w odżywianiu. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej*, 86, 29-42. Pobrane z: [https://www.researchgate.net/publication/273760669\\_Samokontrola\\_i\\_jej\\_rola\\_w\\_odz](https://www.researchgate.net/publication/273760669_Samokontrola_i_jej_rola_w_odz)

ywianiu\_sie

- Buczny, J., Międzobrodzka, E. (2015). Kwestionariusz Gambling Craving Scale GACS do pomiaru uzależnienia od hazardu-badania adaptacyjne i walidacyjne. W: I. Niewiadomska (red.), *Hazard i inne uzależnienia behawioralne: doniesienia z badań* (s. 39-56). Warszawa: Wydawnictwo Res Humanae.  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2228.3280>
- Çankaya S., Şimşek B. (2021). Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829. <https://doi.org/10.1177/1054773820916984>
- CARE Study Group. (2008). Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of fetal growth restriction: a large prospective observational study. *The BMJ*, 337.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.a2332>
- Carter, E. C., Kofler, L. M., Forster, D. E., & McCullough, M. E. (2015). A series of meta-analytic tests of the depletion effect: Self-control does not seem to rely on a limited resource. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(4), 796-815.  
<https://doi.org/10.1037/xge0000083>
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2003). Self-regulatory perspectives on personality. In T. Millon, M. J. Lerner (Ed.), *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology* (pp. 185-208). Hoboken: John Wiley and Sons. Retrieved from:  
[https://books.google.pl/books?id=Pnn8LuERYxwC&lpg=PR7&ots=F1wKobcMcQ&dq=Lerner%20\(Ed.\)%20Handbook%20of%20Psychology%3A%20Personality%20and%20Social%20%09Psychology%20&lr&pg=PA249#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pl/books?id=Pnn8LuERYxwC&lpg=PR7&ots=F1wKobcMcQ&dq=Lerner%20(Ed.)%20Handbook%20of%20Psychology%3A%20Personality%20and%20Social%20%09Psychology%20&lr&pg=PA249#v=onepage&q&f=false)
- Carver, C. S. (2005). Impulse and Constraint: Perspectives from Personality Psychology, Convergence With Theory in Other Areas, and Potential for Integration. *Personality*

and *Social Psychology Review*, 9(4), 312-333.

[https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0904\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0904_2)

Chan, R. L., Olshan, A. F., Savitz, D. A., Herring, A. H., Daniels, J. L., Peterson, H. B., & Martin, S. L. (2011). Maternal influences on nausea and vomiting in early pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 122-127.

<https://doi.org/10.1007%2Fs10995-009-0548-0>

Chiesi, F., Bonacchi, A., Lau, C., Tosti, A. E., Marra, F., & Saklofske, D. H. (2020).

Measuring self-control across gender, age, language, and clinical status: A validation study of the Italian version of the Brief Self-Control Scale (BSCS). *PloS One*, 15(8), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237729>

Clark, M., & Ogden, J. (1999). The impact of pregnancy on eating behavior and aspects of weight concern. *International journal of obesity*, 23(1), 18-24.

<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800747>

Clinton, M. E., Conway, N., Sturges, J., & Hewett, R. (2020). Self-control during daily work activities and work-to-nonwork conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 118,

1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103410>

Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal social psychological research: a review. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 65, 145-153.

<https://doi.org/10.1037/h0045186>

Cowan, N. (2001). The magical number 4 in short-term memory: A reconsideration of mental storage capacity. *Behavioral and Brain Sciences*, 24(1), 87-114.

<https://doi.org/10.1017/S0140525X01003922>

Davies, K., & Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of*

*Psychosomatic Research*, 38, 787-799. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90067-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90067-1)

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsas, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels



- over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 609-621.  
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00064-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00064-1)
- Davis, D. C. (1996). The discomforts of pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(1), 73-81. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02516.x>
- Davis, E., & Narayan, A. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1625-1639.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579420001121>
- De Boer, B. J., Van Hooft, E. A. J., & Bakker, A. B. (2011). Stop and start control: A distinction within self-control. *European Journal of Personality*, 25, 17-42.  
<https://doi.org/10.1002/per.796>
- De Ridder, D. T., de Boer, B. J., Lugtig, P., Bakker, A. B., & van Hooft, E. A. (2011). Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1006-1011. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.015>
- De Vet, E., De Ridder, D., Stok, M., Brunso, K., Baben, A., & Gaspar, T. (2014). Assessing self-regulation strategies: development and validation of the tempest self-regulation questionnaire for eating (TESQ-E) in adolescent. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0106-z>
- DiPietro, J. A., Hilton, S. C., Hawkins, M., Costigan, K. A., & Pressman, E. K. (2002). Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental psychology*, 38(5), 659-668.  
<https://doi.org/10.1037//0012-1649.38.5.659>
- Dozois, D. J., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. *Risk*

*Factors in Depression*, 119-143. [https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-](https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X)

X

Duckworth, A. L., Gendler, T. S., & Gross, J. J. (2016). Situational strategies for self-control. *Perspectives on Psychological Science*, *11*(1), 35-55.

<https://doi.org/10.1177/1745691615623247>

Ent, M. R., Baumeister, R. F., & Tice, D. M. (2015). The trait of self-control and avoidance temptations. *Personality and Individual Differences*, *74*, 12-15.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.031>

Ernsting, A., Schwarzer, R., Lippke, S., & Schneider, M. (2013). 'I do not need a flu shot because I lead a healthy lifestyle': Compensatory health beliefs make vaccination less likely. *Journal of Health Psychology*, *18*, 825–836.

<https://doi.org/10.1177/1359105312455076>

Essén, B., Johnsdotter, S., Hovellius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N. O., Friedman, J., & Östergren, P. O. (2000). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *107*(12), 1507-1512. <https://doi.org/10.1111/j.14710528.2000.tb11676.x>

Fairburn, C. G., Stein, A., & Jones, R. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, *54*, 665-672. Retrieved from:

[https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1992/11000/Eating\\_habits\\_and\\_eating\\_disorders\\_during.6.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1992/11000/Eating_habits_and_eating_disorders_during.6.aspx)

Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press. Retrieved from: [https://books.google.pl/books?id=voeQ-](https://books.google.pl/books?id=voeQ-8CASacC&lpg=PA1&ots=9zbaPuvdwx&dq=Festinger%2C%20L.%20(1957).%20A%20Theory%20of%20Cognitive%20Dissonance.%20Stanford%20University%20Pres)

[8CASacC&lpg=PA1&ots=9zbaPuvdwx&dq=Festinger%2C%20L.%20\(1957\).%20A%20Theory%20of%20Cognitive%20Dissonance.%20Stanford%20University%20Pres](https://books.google.pl/books?id=voeQ-8CASacC&lpg=PA1&ots=9zbaPuvdwx&dq=Festinger%2C%20L.%20(1957).%20A%20Theory%20of%20Cognitive%20Dissonance.%20Stanford%20University%20Pres)

- s.&lr&pg=PP1#v=onepage&q=Festinger,%20L.%20(1957).%20A%20Theory%20of  
%20Cognitive%20Dissonance.%20Stanford%20University%20Press.&f=false
- Francis, Z., Depow, G., & Inzlicht, M. (2021). Do early birds share their worms? How prosocial behavior and empathy vary across the day. *Journal of Research in Personality, 90*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.104055>
- Franklin, M. E., & Conner-Kerr, T. (1998). An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 28*(3), 133-138. <https://doi.org/10.2519/jospt.1998.28.3.133>
- Fraś, M., Gniadek, A., Poznańska-Skrzypiec, J., Kadłubowska, M. (2012). Styl życia kobiet w ciąży. *Hygeia Public Health, 47*(4), 412-417. Pobrane z: <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2012/hyg-2012-4-412.pdf>
- Fujita, K. (2011). On Conceptualizing Self-Control as More Than the Effortful Inhibition of Impulses. *Personality and Social Psychology Review, 15*(4), 352-366. <https://doi.org/10.1177/1088868311411165>
- George, D., & Mallery, P. (2019). IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference. Routledge, 114-115. <https://doi.org/10.4324/9780429056765>
- Gillebaart, M. (2018). The operational definition of Self-control. *Frontiers in Psychology, 9*, 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01231>
- Giner-Sorolla, R. (2001). Guilty pleasures and grim necessities: Affective attitudes in dilemmas of self-control. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 206-221. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.80.2.206>
- Glock, S., Müller, B. C., & Krolak-Schwerdt, S. (2013). Implicit associations and compensatory health beliefs in smokers: exploring their role for behaviour and their change through warning labels. *British Journal of Health Psychology, 18*(4), 814-826. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12023>

- Gollwitzer, P. M., & Brandstatter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.1.186>.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493-503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1012-1024. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Habashi, M. M., Graziano, W. G., & Hoover, A. E. (2016). Searching for the prosocial personality: A Big Five approach to linking personality and prosocial behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(9), 1177-1192.  
<https://doi.org/10.1177/0146167216652859>
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C., & Chatzisarantis, N. L. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 495-525. <https://doi.org/10.1037/a0019486>
- Hagger, M. S., Panetta, G., Leung, C. M., Wong, G. G., Wang, J. C., Chan, D. K., ... & Chatzisarantis, N. L. (2013). Chronic inhibition, self-control and eating behavior: Test of a 'resource depletion' model. *Plos One*, 8(10), 1-8.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076888>
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., Alberts, H., Anggono, C. O., Batailler, C., Birt, A. R., Brand, R., Brandt, M. J., Brewer, G., Bruyneel, S., Calvillo, D. P., Campbell, W. K., Cannon, P. R., Carlucci, M., Carruth, N. P., Cheung, T., Crowell, A., De Ridder, D. T. D., Dewitte, S., ... Zwieneberg, M. (2016). A Multilab Preregistered Replication of

- the Ego-Depletion Effect. *Perspectives on Psychological Science*, *11*(4), 546–573. <https://doi.org/10.1177/1745691616652873>
- Hamilton, K., Fleig, L., Henderson, J., & Hagger, M. S. (2019). Being active in pregnancy: Theory-based factors associated with physical activity among pregnant women. *Women & health*, *59*(2), 213-228. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1452835>
- Hayes, A. F., & Scharkow, M. (2013). The relative trustworthiness of inferential tests of the indirect effect in statistical mediation analysis: does method really matter? *Psychological Science*, *24*(10), 1918-1927. <https://doi.org/10.1177/0956797613480187>
- Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in cognitive sciences*, *15*(3), 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.12.005>
- Hill, A.J., Cairnduff, V., & McCance, DR. (2016). Nutritional and clinical associations of food cravings in pregnancy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *29*, 281–289. <https://doi.org/10.1111/jhn.12333>
- Hockey, R. (2013). *The psychology of fatigue: Work, effort and control*. Cambridge University Press.
- Hofmann, W., Friese, M., & Strack, F. (2009). Impulse and self-control from a dual system perspective. *Perspectives on psychological science*, *4*(2), 162-176. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01116.x>
- Hofmann, W., Baumeister, R. F., Förster, G., & Vohs, K. D. (2012). Everyday temptations: an experience sampling study of desire, conflict, and self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, *102*(6), 1318-1335. <https://doi.org/10.1037/a0026545>
- Hofmann, W., Kotabe, H., & Luhmann, M. (2013). The spoiled pleasure of giving in to

- temptation. *Motivation and Emotion*, 37, 733-742. <https://doi.org/10.1007/s11031-013-9355-4>
- Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M. C., Guler, A. E., & Inanir, A. (2015). Body Image perception and self-esteem during pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 3(4), 196-200. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.41>
- Inzlicht, M., & Schmeichel, B. J. (2012). What Is Ego Depletion? Toward a Mechanistic Revision of the Resource Model of Self-Control. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 450–463. <https://doi.org/10.1177/1745691612454134>
- Inzlicht, M., Schmeichel, B. J., & Macrae, C. N. (2014). Why self-control seems (but may not be) limited. *Trends in cognitive sciences*, 18(3), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.12.009>
- Inzlicht, M., Werner, K. M., Briskin, J. L., & Roberts, B. W. (2020). Integrating models of self-regulation. *Annual review of psychology*, 72, 319-345. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-061020-105721>
- Iwanowicz-Palus G., Bień A. (2009). Psychoprofilaktyka u kobiet w ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu - charakterystyka stanów emocjonalnych kobiet w ciąży. W: A. Bień (red.), *Opieka nad kobietą ciężarną* (s. 342- 348). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jevšnik, M., Hoyer, S., & Raspor, P. (2008). Food safety knowledge and practices among pregnant and non-pregnant women in Slovenia. *Food Control*, 19(5), 526-534. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2007.06.005>
- Kaiser, L., & Allen, L. H. (2008). Position of the American Dietetic Association: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. *Journal of the American Dietetic Association*, 108 (3), 553-561. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.12.014>

- Kaklamanou, D., Armitage, C. J., & Jones, C. R. (2013). A further look into compensatory health beliefs: A think aloud study. *British Journal of Health Psychology, 18*(1), 139-154. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02097.x>
- Kavanagh, D. J., Andrade, J., & May, J. (2005). Imaginary relish and exquisite torture: The elaborated intrusion theory of desire. *Psychological Review, 112*, 446-467. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.446>
- Kazma, J.M., van den Anker, J., Allegaert, K., Dallmann, A., & Ahmadi, HK. (2020). Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *Journal of Pharmacokinetics and Pharmacodynamics, 47*(4), 271-285. <https://doi.org/10.1007/s10928-020-09677-1>
- Khan, D. S. A., Pirzada, A. N., Ali, A., Salam, R. A., Das, J. K., & Lassi, Z. S. (2021). The differences in clinical presentation, management, and prognosis of laboratory-confirmed COVID-19 between pregnant and non-pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11), 5613. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115613>
- Kim, H. W. (2009). Development of the pregnancy nutrition knowledge scale and its relationship with eating habits in pregnant women visiting community health center. *Journal of Korean Academy of Nursing, 39*(1), 33-43. <https://doi.org/10.4040/jkan.2009.39.1.33>
- Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patricia, N. (2004). Compensatory health beliefs: Scale development and psychometric properties. *Psychology and Health, 5*, 607-624. <https://doi.org/10.1080/0887044042000196737>
- Ko, S. H., Chang, S. C., & Chen, C. H. (2010). A comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant Taiwanese women. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(1), 23-30. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01326.x>
- Kochan, M., & Kabukcuoglu, K. (2022). ‘I wish I had my pre-pregnancy body after birth...

- but I have to be supported': a theoretical study based on body image perception in working mothers during the postpartum period. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(5), 1103-1111. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.2006160>
- Kool, W., & Botvinick, M. (2014). A labor/leisure tradeoff in cognitive control. *Journal of Experimental Psychology*, 143(1), 131-141. <https://doi.org/10.1037/a0031048>
- Kouchaki, M., & Smith, I. H. (2014). The morning morality effect: The influence of time of day on unethical behavior. *Psychological science*, 25(1), 95-102. <https://doi.org/10.1177/0956797613498099>
- Kowalska, J., Olszowa, D., Markowska, D., Teplik, M., Rymaszewska, J. (2014). Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. *Psychiatria Polska*, 48(5), 889-900.
- Pobrane z:  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=00332674&AN=101055409&h=Me4aVB85NI71qAX9A4JmV8pPhK1Ptm9sUFlmKXGovWsISTCZ3XMFo0RNWLuE7UjHWHaxDnnfi6NKkx%2BNptEDAQ%3D%3D&crl=c>
- Kurzban, R., Duckworth, A., Kable, J. W., & Myers, J. (2013). An opportunity cost model of subjective effort and task performance. *Behavioral and Brain Sciences*, 36(6), 661-679. <https://doi.org/10.1017/S0140525X12003196>
- Lefevor, G.T., Fowers, B.J., Ahn, S., Lang, S.F., & Cohen, L.M. (2017). What degree do situational influences explain spontaneous helping behavior? A meta-analysis. *European Review of Social Psychology*, 28(1), 227-256. <https://doi.org/10.1080/10463283.2017.1367529>
- Lepiarz, A. (2010). Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin



- dziecka. *Ginekologia Praktyczna*, 1, 54-57. Pobrane z:  
<https://www.termedia.pl/Zmiany-psychiczne-doswiadczone-przez-kobiety-oczekujace-narozin-dziecka,5,14133,0,0.html>
- Libera A. (2009). Problemy psychologiczne okresu ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży. W: M. Makara-Studzińska i Iwanowicz-Palus G. (red.) *Psychologia w położnictwie i ginekologii* (s. 154-157). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Pobrane z:  
<https://libra.ibuk.pl/reader/psychologia-w-poloznictwie-i-ginekologii-marta-makara-studzinska-41007>
- Lichtenberg-Kokoszka, E. (2008). *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lin, H., Saunders, B., Friese, M., Evans, N. J., & Inzlicht, M. (2020). Strong Effort Manipulations Reduce Response Caution: A Preregistered Reinvention of the Ego-Depletion Paradigm. *Psychological Science*, 31(5), 531-547.  
<https://doi.org/10.1177/0956797620904990>
- Lindner, C., Nagy, G., & Retelsdorf, J. (2015). The dimensionality of the Brief Self-Control Scale - An evaluation of unidimensional and multidimensional applications. *Personality and Individual Differences*, 86, 465-473.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.006>
- Lopez, R. B., Chen, P. H. A., Huckins, J. F., Hofmann, W., Kelley, W. M., & Heatherton, T. F. (2017). A balance of activity in brain control and reward systems predicts self-regulatory outcomes. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(5), 832-838.  
<https://doi.org/10.1093/scan/nsx004>
- Lundqvist, A., Johansson, I., Wennberg, A., Hultdin, J., Högberg, U., Hamberg, K., & Sandström, H. (2014). Reported dietary intake in early pregnant compared to non-pregnant women—a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12884-014-0373-3>

Luszczynska, A., Tryburcy, M., & Schwarzer, R. (2007). Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. *Health Education Research*, 22(5), 630-638.

<https://doi.org/10.1093/her/cyl133>

Luszczynska, A., de Wit, J. B., de Vet, E., Januszewicz, A., Liszewska, N., Johnson, F., ... & Stok, F. M. (2013). At-home environment, out-of-home environment, snacks and sweetened beverages intake in preadolescence, early and mid-adolescence: the interplay between environment and self-regulation. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1873-1883. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9908-6>

Maciąg, D., Figuła, A., Cichońska, M., Kucharska, K. (2013). Wiedza kobiet na temat zdrowego stylu życia w okresie ciąży. *Acta Scientifica. Academiae. Ostroviensis*, 1, 69-95. Pobrane z:

[https://scholar.archive.org/work/mhmigza5k5gqtlzikxjzii376a/access/wayback/http://zn.wsbip.edu.pl/wydania/zeszyt2/sekcjaB/zeszyt\\_b.pdf#page=71](https://scholar.archive.org/work/mhmigza5k5gqtlzikxjzii376a/access/wayback/http://zn.wsbip.edu.pl/wydania/zeszyt2/sekcjaB/zeszyt_b.pdf#page=71)

Majchrzycki, M., Mrozikiewicz, PM, Kocur, P., Bartkowiak - Wieczorek, J., Hoffmann, M., Stryła, W., Seremak - Mrozikiewicz, A., Grześkowiak, E. (2010). Dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet w ciąży. *Ginekologia Polska*, 81(11), 851-855. Pobrane z:

[https://www.researchgate.net/publication/50264955\\_Low\\_back\\_pain\\_in\\_pregnant\\_women](https://www.researchgate.net/publication/50264955_Low_back_pain_in_pregnant_women)

Makara-Studzińska, M., Wdowiak, A., Plewik, I., Kryś, K. M. (2011). Seksualność kobiet w ciąży. *Seksuologia Polska*, 9(2), 85-90. <https://doi.org/10.5603/jsmh.33547>

Matley, F. A., & Davies, E. L. (2018). Resisting temptation: Alcohol specific self-efficacy mediates the impacts of compensatory health beliefs and behaviours on alcohol

- consumption. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 259-269.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1363395>
- Melzer, K., & Schutz, Y. (2010). Pre-pregnancy and pregnancy predictors of obesity. *International Journal of obesity*, 34(2), 44-52.  
<https://doi.org/10.1038/ijo.2010.239>
- Metcalf, J., & Mischel, W. (1999). A Hot/Cool System Analysis of Delay of Gratification: Dynamics of Willpower. *Psychological Review*, 106, 3-19.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.1.3>
- Milyavskaya, M., Inzlicht, M., Hope, N., & Koestner, R. (2015). Saying “no” to temptation: Want-to motivation improves self-regulation by reducing temptation rather than by increasing self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(4), 677-693. <https://doi.org/10.1037/pspp0000045>
- Milyavskaya, M., Inzlicht, M., Johnson, T., & Larson, M. J. (2019). Reward sensitivity following boredom and cognitive effort: A high-powered neurophysiological investigation. *Neuropsychology*, 123, 159-168.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.03.033>
- Mulder, E. J., De Medina, P. R., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. (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](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(02)00075-0)
- Muraven, M., & Baumeister, R.F. (2000). Self-regulation and depletion from limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126, 247-259.  
<https://doi.org/10.1037//0033-2909.126.2.247>
- Muraven, M., Shmueli, D., & Burkley, E. (2006). Conserving self-control strength. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 91, 524-537. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.3.524>
- Murray, I., & Hendley, J. (2020). Change and adaptation in pregnancy. In J. Marshall i M. Reynor (Ed.), *Myles' Textbook for Midwives E-Book* (pp.197-245). Retrieved from: Murray, I. i Hendley, J. (2020). Change and adaptation... - Google Scholar
- Neau, J. P., Texier, B., & Ingrand, P. (2009). Sleep and vigilance disorders in pregnancy. *European Neurology*, 62(1), 23-29. <https://doi.org/10.1159/000215877>
- Nekoe, T., & Zarei, M. (2015). Evaluation the anxiety status of pregnant women in the third trimester of pregnancy and fear of childbirth and related factors. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 9(12), 1-8. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2015/19784>
- Newham, J. J., & Martin, C. R. (2013). Measuring fluctuations in maternal well-being and mood across pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 531-540. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.834040>
- Nguyen, T. K., Knäuper, B., & Rabiau, M. (2006). The role of compensatory beliefs and self-efficacy on treatment adherence in adolescents with type 1 diabetes. *McGill Science Undergraduate Research Journal*, 1(1), 7-10. <https://doi.org/10.26443/msurj.v1i1.148>
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18(1), 89-94. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.1.89>
- Obara-Gołębiowska, M., Michałek, J. (2015). Rola kompensacyjnych przekonań zdrowotnych w profilaktyce zdrowia. Analiza poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz ich wpływu na indeks masy ciała. *Via Medica*, 2, 109-111. Pobrane z: [https://journals.viamedica.pl/forum\\_medycyny\\_rodzinnej/article/view/42307](https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/42307)
- Obara-Gołębiowska, M. (2016). Analiza poziomu poczucia skuteczności w redukcji nadwagi i otyłości oraz natężenia kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących

- odżywiania się i regulacji masy ciała pacjentów oddziału leczenia otyłości. *Polski Przegląd Nauk o zdrowiu*, 3 (48), 246-249. <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2016.6>
- Oliva, A., Antolín-Suárez, L., & Rodríguez-Meirinhos, A. (2019). Uncovering the link between self-control, age, and psychological maladjustment among Spanish adolescents and young adults. *Psychosocial Intervention*, 28(1), 49-55. <https://doi.org/10.5093/pi2019a1>
- Opala-Berdzik, A., Bacik, B., & Kurkowska, M. (2009). Biomechanical changes in pregnancy women. *Physiotherapy Quarterly*, 17(3), 51-55. <https://doi.org/10.2478/v10109-010-0019-6>
- Phelan, S. (2010). Pregnancy: a “teachable moment” for weight control and obesity prevention. *American Journal of Obstetrics*, 202(135), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.008>
- Plante, A. S., Doyon, A. A., Savard, C., Groupe ÉquiLibre, Meilleur, D., Achim, J., ... & Morisset, A. S. (2020). Weight changes and body image in pregnant women: a challenge for health care professionals. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 81(3), 137-141. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2020-007>
- Polo - Kantola, P., Aukia, L., Karlsson, H., Karlsson, L. & Paavonen, E. J. (2017). Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(2), 198-206. <https://doi.org/10.1111/aogs.13056>
- Popławska, E., Śliwowska, S. (2011). Więż emocjonalna z dzieckiem w okresie prenatalnym. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio. W trosce o życie*, 2(6), 28-39. Pobrane z: <https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/2011-2Popławska.pdf>
- Prokopowicz, A., Korzeniewska, A., & Byrka, K. (2021). Patient anxiety of verticalization on

- day 0 after a Cesarean section. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303, 391-399.  
Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-020-05748-3>
- Qiu, C., Gelaye, B., Fida, N., & Williams, M.A. (2012). Short sleep duration, complaints, of vital exhaustion and perceived stress are prevalent among pregnant women with mood and anxiety disorders. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-9. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2393-12-104>
- Rabiau, M., Knauper, B., & Miquelon, P. (2006). The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: The Compensatory Health Beliefs model. *British Journal of Health Psychology*, 11, 139-153.  
<https://doi.org/10.1348/135910705X52237>
- Rabiau, M., Knauper, B., Nguyen, T. K., Sufrategiu, M., & Polychronakos, C. (2009). Compensatory beliefs about glucose testing are associated with low adherence to treatment and poor metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Health Education Research*, 24, 890-896. <https://doi.org/10.1093/her/cyp032>
- Radtke, T., & Scholz, U. (2012). Enjoy a delicious cake today and eat healthily tomorrow: Compensatory Health Beliefs and their impact on health. *The European Health Psychologist*, 14(2), 37-40. Retrieved from: <https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/download/ehp.v14.i2.p37/1013>
- Sacomori, C., & Cardoso, F.L. (2010). Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(2), 124-136. <https://doi.org/10.1080/00926230903554503>
- Salafas, E., Lestari, P., & Listiyaningsih, M. D. (2020). The effectiveness of music therapy in reducing anxiety in third trimester of pregnancy. *Anxiety*, 2(6), 9-53.  
<https://doi.org/10.30591/siklus.v9i1.1634.g1080>
- Salari, N., Darvishi, N., Khaledi-Paveh, B., Vaisi-Raygani, A., Jalali, R., Daneshkhah, A., ...

- & Mohammadi, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of prevalence of insomnia in the third trimester of pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03755-z>
- Saptyani, P. M., Suwondo, A., & Runjati, R. (2020). Utilization of Back Movement Technique to Intensity of Low Back Pain in Third Trimester Pregnant Women. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, *9*(2), 535-542. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.335>
- Shah, J. Y., Friedman, R., & Kruglanski, A. W. (2002). Forgetting all else: on the antecedents and consequences of goal shielding. *Journal of personality and social psychology*, *83*(6), 1261-1280. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.6.1261>
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 482-497. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.3.482>
- Sheldon, K. M., & Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal attainment and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 152-165. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.80.1.152>
- Soma-Pillay, P., Nelson - Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, *27*(2), 89-94. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2016-021>
- Sorys, K., & Byrka, K. (2021). Acting inconsistently with an important goal predicts compensatory health behaviors through regret. *Appetite*, *163*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105217>
- Sorys, K., Cantarero, K., Gollwitzer, P. M., & Byrka, K. (2023). Self-regulatory processes in striving for identity goals: Self-incompleteness shields eco-friendly vegans from temptations. *Motivation Science*, *9*(3), 216-228. <https://doi.org/10.1037/mot0000296>

- Stangret, A., Cendrowska, A., Szukiewicz, D. (2009). Kurs szkoły rodzenia jako sposób na obniżenie poziomu lęku przed porodem. *Family Medicine and Primary Care Review*, 11, 53-59. Pobrane z:  
<https://ppm.wum.edu.pl/docstore/download/WUMf702748d4db14836b2bc4fc7f39f9502/121d2659-cc79-40bf-8516-d01066a0a74e-wcag.pdf>
- Sunil Sharma, M., & Rose Franco, M. (2004). Sleep and its disorders in pregnancy. *Wisconsin Medical Journal*, 103(5), 48-53. <https://doi.org/10.5005/ijsm-1-2-72>
- Szymański, S., Aniołkowska, P., Konstanty-Kurkiewicz, V., Fryc, D. (2019). Wpływ zajęć w szkole rodzenia na przebieg porodu. *Pielęgniarstwo Polskie*, 72(2), 179-184.  
<https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.25>
- Talmon, A., & Ginzburg, K. (2018). “Who does this body belong to?” The development and psychometric evaluation of the Body Experience during Pregnancy Scale. *Body Image*, 26, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.05.002>
- 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, 271-324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Trope, Y., & Fishbach, A. (2000). Counteractive self-control in overcoming temptation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 493-506.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.79.4.493>
- Tuk, M. A., Zhang, K., & Sweldens, S. (2015). The propagation of self-control: Self-control in one domain simultaneously improves self-control in other domains. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144, 639–654.  
<https://doi.org/10.1037/xge0000065>
- Urtnowska, K., Bułatowicz, I., Radziwińska, A., Wozniak, M., Wisniewski, J., & Zukow, W.



- (2015). Physiological changes in the locomotor system of a pregnant and related lumbar-sacral pain-examination of the degree of feeling back pain during properly running pregnancy. *Journal of Education, Health, and Sport*, 5(7), 105-116.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.19324>
- Van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J., & Bleidorn, W. (2018). Stability and change in self-control during the transition to parenthood. *European Journal of Personality*, 32(6), 690-704. <https://doi.org/10.1002/per.2172>
- Verbeke, W., & De Bourdeaudhuij, I. (2007). Dietary behaviour of pregnant versus non-pregnant women. *Appetite*, 48(1), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.07.078>
- Verplanken, B., & Faes, S. (1999). Good intention bad habits and efforts of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, 29, 591-604. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(199908/09\)29:5/6<591::AID-EJSP948>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(199908/09)29:5/6<591::AID-EJSP948>3.0.CO;2-H)
- Verplanken, B., & Orbell, S. (2003). Reflections on Past Behavior: A Self-Report Index of Habit Strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(6), 1313-1330.  
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2003.tb01951.x>
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2004). Understanding Self-Regulation. *Handbook of Self-regulations*, 19, 1-9. Retrieved from:  
<http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/28342/1/162.pdf.pdf#page=19>
- Vohs, K. D., & Shah, A. M. (2022). A Review of Emerging Trends in Self-Control and Goals: Introducing the FRESH Framework. *Contributions By*, 2, 2-15. Retrieved from:  
[https://www.neovantas.com/wp-content/uploads/2022/10/BEGuide2022\\_con-articulo-de-Neovantas\\_compressed.pdf#page=21](https://www.neovantas.com/wp-content/uploads/2022/10/BEGuide2022_con-articulo-de-Neovantas_compressed.pdf#page=21)
- Vosgerau, J., Scopelliti, I., & Huh, Y. E. (2020). Exerting Self-Control  $\neq$  Sacrificing

- Pleasure. *Journal of Consumer Psychology*, 30(1), 181-200.  
<https://doi.org/10.1002/jcpy.1142>
- Wang, L., Fan, C., Tao, T., & Gao, W. (2017). Age and gender differences in self-control and its intergenerational transmission. *Child: care, health and development*, 43(2), 274-280. <https://doi.org/10.1111/cch.12411>
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2003). Can implementation intention help to overcome ego depletion? *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 279-286.  
[https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(02\)00527-9](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(02)00527-9)
- Westbrook, A., Kester, D., & Braver, T. S. (2013). What is the subjective cost of cognitive effort? Load, trait, and aging effects revealed by economic preference. *PloS one*, 8(7), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068210>
- Wierzejska, R., Jarosz, M., Sawicki, W., Stelmachów, J., Siuba, M. (2011). Antyzdrowotne zachowania kobiet w ciężarnych. Tytoń, alkohol, kofeina. *Żywnie człowieka i metabolizm*, 2, 84-98. Pobrane z: [Antyzdrowotne\\_zachowania.pdf](#) (ciazabezalkoholu.pl)
- Wojaczek, M. (2012). Kształtowanie się zmian i percepcja poczętego dziecka w poszczególnych etapach ciąży. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2(1), 73–77.  
 Pobrane z:  
[https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7s\\_a52\\_T\\_AhXTnYsKHUiJBzEQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fpzp.umw.edu.pl%2Fen%2Farticle%2F2012%2F2%2F1%2F73%2F&usg=AOvVaw3QKC3Sou7QLWVrS7eBV\\_if&opi=89978449](https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7s_a52_T_AhXTnYsKHUiJBzEQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fpzp.umw.edu.pl%2Fen%2Farticle%2F2012%2F2%2F1%2F73%2F&usg=AOvVaw3QKC3Sou7QLWVrS7eBV_if&opi=89978449)
- World Health Organization. (2020). World Health Statistics 2020. Retrieved from:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., & Carver, C. S. (2003). Adaptive Self-

Regulation of Unattainable Goals: Goal Disengagement, Goal Reengagement, and Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1494–1508.

<https://doi.org/10.1177/0146167203256921>

Zhao, K., Xu, X., Zhu, H., & Xu, Q. (2021). Compensatory Belief in Health Behavior Management: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-12.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705991>

## Spis rysunków

<b>Rysunek 1.</b> Ogólny poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz ich podwymiarów a trymestr ciąży .....	46
<b>Rysunek 2.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych a trymestr ciąży .....	46
<b>Rysunek 3.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiaryu masa ciała a trymestr ciąży .....	47
<b>Rysunek 4.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i poszczególnych podwymiarów.....	48
<b>Rysunek 5.</b> Różnica między poziomem trzech podwymiarów kompensacyjnych przekonań zdrowotnych .....	50
<b>Rysunek 6.</b> Niezdrowe zachowania kobiet w ciąży – procent ważnych odpowiedzi .....	51
<b>Rysunek 7.</b> Kompensacja niezdrowego zachowania kobiet w ciąży – procent ważnych odpowiedzi .....	52
<b>Rysunek 8.</b> Niezdrowe zachowania kobiet w ciąży i ich kompensacja – procent ważnych odpowiedzi .....	53
<b>Rysunek 9.</b> Niezdrowe zachowania kobiet w ciąży a trymestr ciąży .....	54
<b>Rysunek 10.</b> Kompensacja niezdrowego zachowania kobiet w ciąży a trymestr ciąży .....	55
<b>Rysunek 11.</b> Poziom samokontroli w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim trymestrze ( $t_3$ ) .....	68
<b>Rysunek 12.</b> Poziom samokontroli dotyczący jedzenia i jej cztery podwymiary otrzymane w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze .....	70
<b>Rysunek 13.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i ich podwymiarów otrzymane w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze .....	72
<b>Rysunek 14.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiaryu stres otrzymany w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze .....	74

- Rysunek 15.** Średnia rang dla kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczących podwymiaru stres otrzymanych w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze ..... 74
- Rysunek 16.** Związek pomiędzy samokontrolą a kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi w przebiegu ciąży ..... 76
- Rysunek 17.** Współczynniki standaryzowanej analizy regresji ujawniające skuteczność poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – trzeci trymestr ( $t_3$ ) jako mediatora związku między poziomem samokontroli pierwszy trymestr ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowego nawyku podjadania - trzeci trymestr ( $t_3$ ) ..... 77
- Rysunek 18.** Współczynniki standaryzowanej analizy regresji ujawniające skuteczność poziomu kompensacyjnych przekonań zdrowotnych – drugi trymestr ( $t_2$ ) jako mediatora związku między poziomem samokontroli pierwszy trymestr ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowego nawyku podjadania - trzeci trymestr ( $t_3$ ) ..... 78
- Rysunek 19.** Współczynniki standaryzowanej analizy regresji ujawniające skuteczność poziomu niezdrowych nawyków żywieniowych – trzeci trymestr ( $t_3$ ) jako mediatora związku między poziomem samokontroli – pierwszy trymestr ( $t_1$ ), a poziomem niezdrowych nawyków podjadania – trzeci trymestr ( $t_3$ ) ..... 79
- Rysunek 20.** Wiek kobiet będących i niebędących w ciąży ..... 90
- Rysunek 21.** Poziom samokontroli u kobiet będących i niebędących w ciąży ..... 91
- Rysunek 22.** Poziom rozpraszania - jednego z podwymiarów samokontroli dotyczącej jedzenia u kobiet będących i niebędących w ciąży..... 93
- Rysunek 23.** Poziom kompensacyjnych przekonań oraz podwymiarów niezdrowe nawyki żywieniowe i stres u kobiet będących i niebędących w ciąży ..... 95
- Rysunek 24.** Niezdrowe zachowania kobiet będących i niebędących w ciąży ..... 97

**Rysunek 25.** Kompensacja niezdrowego zachowania kobiet będących i niebędących w ciąży

..... 98

## Spis tabel

<b>Tabela 1.</b> Opis kategorii wchodzących w skład niezdrowych zachowań kobiet w ciąży .....	41
<b>Tabela 2.</b> Opis kategorii wchodzących w skład kompensacji niezdrowych zachowań kobiet w ciąży .....	41
<b>Tabela 3.</b> Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kolmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych (Załącznik 6) .....	42
<b>Tabela 4.</b> Poziom samokontroli z podziałem na trymestry .....	43
<b>Tabela 5.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych oraz ich podwymiarów a trymestr ciąży .....	45
<b>Tabela 6.</b> Porównania parami w trzech podwymiarach kompensacyjnych przekonań zdrowotnych niezdrowe nawyki życieniowe, regulacja masy ciała i używanie substancji .....	49
<b>Tabela 7.</b> Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kolmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych (Załącznik 11) ...	67
<b>Tabela 8.</b> Poziom samokontroli otrzymany w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze .....	68
<b>Tabela 9.</b> Poziom samokontroli dotyczący jedzenia i jej cztery podwymiary otrzymane w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze .....	70
<b>Tabela 10.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych i ich podwymiary otrzymane w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze .....	72
<b>Tabela 11.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych dotyczący podwymiary stres otrzymany w pierwszym ( $t_1$ ), drugim ( $t_2$ ) oraz trzecim ( $t_3$ ) trymestrze .....	73
<b>Tabela 12.</b> Związek pomiędzy kompensacyjnymi przekonaniem zdrowotnymi, a samokontrolą (Załącznik 12) .....	75
<b>Tabela 13.</b> Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Shapiro-	

Wilka dla badanych zmiennych ilościowych (Załącznik 15) .....	89
<b>Tabela 14.</b> Wiek kobiet będących i niebędących w ciąży .....	89
<b>Tabela 15.</b> Wykształcenie, stan cywilny i miejsce zamieszkania kobiet będących i niebędących w ciąży .....	90
<b>Tabela 16.</b> Poziom samokontroli u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	91
<b>Tabela 17.</b> Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia oraz jej podwymiarów u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	93
<b>Tabela 18.</b> Poziom kompensacyjnych przekonań oraz ich podwymiarów u kobiet będących i niebędących w ciąży .....	95



## **Załączniki**

<b>Załącznik 1.</b> Oświadczenie osoby badanej do badania 1 i badania 2 .....	146
<b>Załącznik 2.</b> Kwestionariusz danych demograficznych do badania 1 i badania 2 pomiar I..	147
<b>Załącznik 3.</b> Skala Samokontroli SCS .....	148
<b>Załącznik 4.</b> Skala Przekonań Kompensacyjnych Dotyczących Zdrowia SPKDZ .....	149
<b>Załącznik 5.</b> Pytania otwarte dotyczące spontanicznych kompensacyjnych przekonań zdrowotnych .....	151
<b>Załącznik 6.</b> Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych (Tabela 3) ...	152
<b>Załącznik 7.</b> Kwestionariusz Samoregulacji dotyczący Jedzenia TESQ-E .....	153
<b>Załącznik 8.</b> Kwestionariusz danych demograficznych do badania 2 pomiar II .....	154
<b>Załącznik 9.</b> Kwestionariusz danych demograficznych do badania 2 pomiar III .....	155
<b>Załącznik 10.</b> Samoopisowy Wskaźnik Siły Nawyku SRHI .....	156
<b>Załącznik 11.</b> Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych (Tabela 7)..	157
<b>Załącznik 12.</b> Związek pomiędzy kompensacyjnymi przekonaniami zdrowotnymi, a samokontrolą (Tabela 12) .....	159
<b>Załącznik 13.</b> Oświadczenie osoby badanej do badania 3 .....	160
<b>Załącznik 14.</b> Kwestionariusz danych demograficznych do badania 3 .....	161
<b>Załącznik 15.</b> Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla badanych zmiennych ilościowych (Tabela 13) .....	162

Załącznik nr 1

## **OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ**

Zgoda na udział w badaniu

SZANOWNA PANI

Uprzejmie proszę o wzięcie udziału w badaniach, których celem jest zweryfikowanie przekonań kobiet w ciąży na temat zachowań związanych ze zdrowiem.

Uczestnictwo w badaniu wiąże się z wypełnieniem Kwestionariusza danych demograficznych oraz Kwestionariusza do badania.

Badanie jest realizowane w ramach pracy doktorskiej Pani Magdaleny Mazur-Skupowskiej z Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu. Promotorem pracy jest dr hab., Prof. Uniwersytetu SWPS Katarzyna Byrka.

Wyniki badań będą poufne i będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Udział w badaniach jest dobrowolny.

Jeśli wyraża Pani zgodę na udział w badaniu poproszę o podpisanie oświadczenia.

Niniejszym oświadczam, że zostałam poinformowana o celu zamierzonych badań i sposobie ich przeprowadzenia, a także o tym, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniach w trakcie jego realizacji. Wyrażam pełną i świadomą zgodę na udział w badaniach.

TAK (Proszę zaznaczyć X)

Podpis: .....

Miejsce i data: .....

Załącznik nr 2

## Kwestionariusz danych demograficznych

Dziękuję za chęć wzięcia udziału w badaniu.

Na początku bardzo proszę o odpowiedzi na pytania ogólne, następnie proszę o wypełnienie trzech części Kwestionariusza. Zajmie to ok. 15 minut.

Data włączenia do badania: (wpisuje badacz)	Kod osoby badanej: (wpisuje badacz)
--	--

<p>Wiek: .....</p> <p>Wykształcenie: (odpowiednie zaznacz kółkiem)</p> <p>1 – podstawowe</p> <p>2 – zawodowe</p> <p>3 – średnie</p> <p>4 – wyższe</p> <p>Stan cywilny: (odpowiednie zaznacz kółkiem)</p> <p>1 – mężatka</p> <p>2 – panna</p> <p>3 – rozwiedziona</p> <p>4 - wdowa</p> <p>Miejsce zamieszkania: (odpowiednie zaznacz kółkiem)</p> <p>1 – wieś</p> <p>2 – małe miasto</p> <p>3 – średnie miasto</p> <p>4 – duże miasto</p> <p>Trymestr ciąży: (odpowiednie zaznacz kółkiem)</p> <p>I trymestr, II trymestr, III trymestr</p> <p>Tydzień ciąży: .....</p> <p>Obecna waga: .....</p> <p>Wzrost: .....</p> <p>Ilość przebytych ciąży: .....</p> <p>Liczba urodzonych dzieci: .....</p> <p>Jeśli jest Pani w I trymestrze ciąży, bardzo proszę o podanie numeru telefonu kontaktowego i adresu mailowego w celu kontynuacji badań, jeżeli wyraża Pani na to zgodę.</p> <p>Numer telefonu: .....</p> <p>Adres mailowy: .....</p>
---

## Załącznik nr 3

**C. Instrukcja: Proszę przeczytać poniższe twierdzenia uważnie. Opisują one reakcje ludzi na różne sytuacje. Proszę zaznaczyć, zakreślając cyfrę, w jakim stopniu każde z tych zdań opisuje Panią. Proszę użyć poniższej skali, aby określić jak zazwyczaj się Pani zachowuje. „1” – zdecydowanie nie zgadzam się, „2” – raczej nie zgadzam się, „3” – ani nie zgadzam się, ani zgadzam, „4” – raczej zgadzam się, „5” – zdecydowanie zgadzam się. Nie ma odpowiedzi dobrych albo złych – liczą się odpowiedzi zgodne z prawdą. Proszę pracować jak najszybciej Pani potrafi i proszę nie zastanawiać się długo nad każdym stwierdzeniem.**

LP.	STWIERDZENIA	ODPOWIEDZI				
		Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Ani nie zgadzam się, ani zgadzam	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
1	Jestem efektywna w opieraniu się pokusom	1	2	3	4	5
2	Powstrzymywanie złych nawyków przychodzi mi z trudem	1	2	3	4	5
3	Jestem leniwa	1	2	3	4	5
4	Wypowiadam słowa niedostosowane do sytuacji	1	2	3	4	5
5	Korzystam z różnych rozrywek nawet wtedy, gdy takie działania szkodzą mi	1	2	3	4	5
6	Nie akceptuję rzeczy, które mają na mnie niekorzystny wpływ	1	2	3	4	5
7	Chciałabym być bardziej zdyscyplinowanym człowiekiem	1	2	3	4	5
8	Ludzie określiliby mnie mianem człowieka o żelaznej dyscyplinie	1	2	3	4	5
9	Różne przyjemności i rozrywki utrudniają mi kończenie zadań	1	2	3	4	5
10	Mam trudności ze skoncentrowaniem się	1	2	3	4	5
11	Potrafię efektywnie osiągać długoterminowe cele	1	2	3	4	5
12	Nie potrafię powstrzymać się od zrobienia czegoś, nawet jeśli wiem, że to coś złego	1	2	3	4	5
13	Podjęmuję decyzję bez dokładnego przemyślenia wszystkich alternatywnych działań	1	2	3	4	5

## Załącznik nr 4

**B. Instrukcja:** Poszczególne osoby prezentują różne przekonania dotyczące zdrowia. Poniżej znajduje się lista przekonań odnoszących się do dbania o zdrowie. **Proszę przeczytać uważnie każde z prezentowanych stwierdzeń i określić, w jakim stopniu się Pani z nimi zgadza bądź nie zgadza** poprzez zaznaczenie kółkiem jednej z następujących odpowiedzi: 1 Całkowicie się nie zgadzam, 2 Częściowo się nie zgadzam; 3 Ani się nie zgadzam, ani zgadzam; 4 Częściowo się zgadzam; lub 5 Całkowicie się zgadzam. Proszę pamiętać, że tu nie ma dobrych/prawidłowych czy złych/nieprawidłowych odpowiedzi, ponieważ przekonania poszczególnych osób mogą się od siebie różnić.

LP.	STWIERDZENIA	ODPOWIEDZI				
		Całkowicie się nie zgadzam	Częściowo się nie zgadzam	Ani się nie zgadzam, ani zgadzam	Częściowo się zgadzam	Całkowicie się zgadzam
1	Relaks podczas weekendu pozwala pozbyć się stresu nagromadzonego w czasie tygodnia	1	2	3	4	5
2	Używanie sztucznych słodzików może zrekompensować spożywanie dodatkowych kalorii	1	2	3	4	5
3	Ćwiczenia fizyczne mogą zrekompensować negatywne skutki palenia papierosów	1	2	3	4	5
4	Kładzenie się spać o późnej porze nie stanowi problemu jeśli można dłużej pospać następnego ranka (ważna jest jedynie liczba przespanych godzin)	1	2	3	4	5
5	Powstrzymanie się od picia alkoholu w czasie tygodnia może zrekompensować negatywne skutki spożycia jego nadmiernej ilości w weekend	1	2	3	4	5
6	Rezygnacja z dania głównego może zrekompensować negatywne skutki spożycia deseru	1	2	3	4	5
7	Relaks przed telewizorem może zrekompensować negatywne skutki stresującego dnia	1	2	3	4	5
8	Jedzenie wieczorem wszystkiego, na co ma się ochotę, nie stanowi problemu jeśli nie zjedliśmy zbyt dużo w czasie dnia	1	2	3	4	5
9	Zdrowe odżywianie się może zrekompensować negatywne skutki regularnego picia alkoholu	1	2	3	4	5
10	Odsypianie w weekendy może zrekompensować niedostatek snu w czasie tygodnia	1	2	3	4	5
11	Ćwiczenia fizyczne mogą zrekompensować negatywne skutki stresu	1	2	3	4	5
12	Rozpoczęcie nowej diety jutro rekompensuje przerwanie diety dzisiaj	1	2	3	4	5
13	Skutki picia kawy można zrównoważyć pijąc takie same ilości wody	1	2	3	4	5
14	Można zrezygnować ze śniadania jeśli zjemy więcej na lunch lub obiad	1	2	3	4	5
15	Sen rekompensuje stres	1	2	3	4	5
16	Picie dużych ilości alkoholu nie stanowi problemu jeśli wypija się także duże ilości wody, która go wyłukuje	1	2	3	4	5
17	Zapalenie papierosa od czasu do czasu nie stanowi problemu jeśli stosujemy zdrową dietę	1	2	3	4	5

## Kwestionariusz do badania

### Instrukcja

Zanim zaczniesz Pani odpowiadać na pytania proszę przeczytać uważnie instrukcję (zapisane pochyłym pismem) do każdej części kwestionariusza.

Czasami proszę zakreślić kółkiem wybraną odpowiedź – proszę postarać się wybrać odpowiedź, która najlepiej opisuje Panią, a czasami, żeby odpowiedzieć na pytanie proszę zapisać swoją odpowiedź.

Proszę nie zastanawiać się za długo nad swoimi odpowiedziami - pierwsza myśl jest zazwyczaj najlepsza. Bardzo proszę wypełniać wszystko po kolei.

*A. Poniżej znajduje się definicja kompensacyjnych przekonań zdrowotnych. Proszę zapoznać się z treścią tej definicji i wypisać swoje własne przekonania. Następnie ocenić jak często korzysta Pani na co dzień z każdego z nich na pięciostopniowej skali, gdzie: 1 oznacza „w ogóle”, 2 oznacza „rzadko”, 3 oznacza „czasami”, 4 oznacza „często” i 5 oznacza „bardzo często”. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć kółkiem.*

*Definicja: Kompensacyjne przekonania zdrowotne są to przekonania, że negatywne efekty niezdrowego zachowania mogą zostać zrekompensowane, albo zneutralizowane poprzez zaangażowanie w zdrowe zachowanie (Knäuper, Rabiau, Cohen, Patriciu, 2004, s. 607).*

*By ułatwić zrozumienie kompensacyjnych przekonań podaję przykład: „mogę teraz zrobić X, ponieważ zaangażuję się w Y”*

*Proszę wpisać swoje własne przekonania i ocenić je na 5 stopniowej skali:*

- PRZEKONANIE 1:  
 .....Ocena: 1 2 3 4 5
- PRZEKONANIE 2:  
 .....Ocena: 1 2 3 4 5
- PRZEKONANIE 3:  
 .....Ocena: 1 2 3 4 5
- PRZEKONANIE 4:  
 .....Ocena: 1 2 3 4 5
- PRZEKONANIE 5:  
 .....Ocena: 1 2 3 4 5

## Załącznik 6

Tabela 3

*Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych*

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych	2,44	2,41	0,56	0,48	0,36	1,18	4,41	0,06	<0,001
Używki	1,87	1,67	0,73	1,04	1,05	1	4,83	0,13	<0,001
Niezdrowe nawyki żywieniowe	1,79	1,5	1	1,32	0,92	1	5	0,24	<0,001
Stres	3,70	3,75	0,76	-0,70	0,08	1	5	0,15	<0,001
Masa ciała	2,14	2	0,86	0,63	0,04	1	5	0,12	<0,001
Poziom samokontroli	3,41	3,38	0,58	-0,16	-0,30	1,77	4,92	0,04	0,002

*M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtოza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność



## Załącznik nr 7

**C. Instrukcja:** W dzisiejszych czasach smaczne, ale często też niezdrowe, jedzenie jest dostępne wszędzie. Na niemal każdym rogu ulicy można kupić 'fast food'. Jak sobie Pani radzi z dostępnością tego typu smacznego jedzenia w swoim otoczeniu?

Poniżej znajdzie Pani listę sposobów radzenia sobie z jedzeniem. Proszę **zakreślić kółkiem odpowiedzi najbardziej zgodne z Pani sytuacją, najlepiej opisujące Panią**. Za każdym razem proszę brać pod uwagę okres ostatnich dwóch tygodni. Przykład: weźmy pod uwagę pozycję „W sklepach unikam działu ze słodyczami”. Jeśli nie zdarzyła się Pani taka sytuacja w ciągu ostatnich dwóch tygodni – proszę zaznaczyć kółkiem “nigdy”, natomiast jeśli często, to proszę zakreślić kółkiem odpowiedź “często”.

LP.	STWIERDZENIA	ODPOWIEDZI				
		NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	BARDZO CZĘSTO
1	Jeśli jem na mieście upewniam się, że nie będę przechodzić obok fast food'ów	1	2	3	4	5
2	Mijając cukiernię unikam patrzenia na wystawę	1	2	3	4	5
3	W sklepach unikam działu ze słodyczami	1	2	3	4	5
4	Kiedy się nudzę staram się trzymać z dala od kuchni	1	2	3	4	5
5	Jeśli mam ochotę na coś smacznego, to biorę mały kawałek, a resztę odkładam daleko od siebie	1	2	3	4	5
6	Kiedy oglądam telewizję, staram się, żeby chipsy były poza moim zasięgiem	1	2	3	4	5
7	Kiedy siedzę przy komputerze, staram się, żeby w zasięgu mojej ręki była jakaś zdrowa przekąska	1	2	3	4	5
8	Jeśli mam ochotę na słodycze, to trochę biorę, a resztę w opakowaniu odkładam gdzieś dalej	1	2	3	4	5
9	Jeśli kusi mnie by kupić słodycze, staram się odwrócić od tego uwagę	1	2	3	4	5
10	Jeśli mam ochotę na to by coś zjeść, to zamiast tego dzwonię do przyjaciela/przyjaciółki	1	2	3	4	5
11	Jeśli robię się głodna przed obiadem, to staram się czymś zająć	1	2	3	4	5
12	Jeśli bardzo chce mi się jeść słodycze, to znajduję sobie coś do roboty	1	2	3	4	5
13	Kiedy mijam cukiernię, to udaję, że nie czuję zapachu pysznego jedzenia	1	2	3	4	5
14	Jeśli chcę zjeść coś niezdrowego, to po prostu mówię sobie "nie"	1	2	3	4	5
15	Używam siły woli, by unikać niezdrowych przekąsek	1	2	3	4	5
16	Jeśli jestem na imprezie, na której jest dużo niezdrowych przekąsek, to udaję że ich nie widzę	1	2	3	4	5

## Załącznik nr 8

**Kwestionariusz danych demograficznych**

Dziękuję za chęć wzięcia udziału w drugiej części badania.

Na początku bardzo proszę o odpowiedzi na pytania ogólne, następnie proszę o wypełnienie trzech części Kwestionariusza. Zajmie to ok. 15 minut.

Pozwolę sobie skontaktować się jeszcze z Panią w celu wzięcia udziału w trzeciej części badania.

Data włączenia do badania: (wpisuje badacz)	Kod osoby badanej: (wpisuje badacz)
--	--

Trymestr ciąży: (odpowiednie zaznacz kółkiem)  
I trymestr, II trymestr, III trymestr

Tydzień ciąży: .....

Obecna waga: .....

## Załącznik nr 9

**Kwestionariusz danych demograficznych**

Dziękuję za chęć wzięcia udziału w trzeciej, ostatniej części badania.

Na początku bardzo proszę o odpowiedzi na pytania ogólne, następnie proszę o wypełnienie czterech części Kwestionariusza. Zajmie to ok. 15 minut.

Data włączenia do badania: (wpisuje badacz)	Kod osoby badanej: (wpisuje badacz)
--	--

Trymestr ciąży: (odpowiednie zaznacz kółkiem)  
I trymestr, II trymestr, III trymestr

Tydzień ciąży: .....

Obecna waga: .....

## Załącznik nr 10

**D. Instrukcja:** Poniższe stwierdzenia dotyczą jedzenia niezdrowych przekąsek, tłustych lub słodkich np. chipsów, czekolady. **Proszę zaznaczyć w jakim stopniu zgadza się Pani z tymi stwierdzeniami. Proszę zakreślić kółkiem odpowiedzi najlepiej opisujące Panią.**

LP.	STWIERDZENIA	ODPOWIEDZI				
		NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	BARDZO CZĘSTO
1	Jedzenie niezdrowych przekąsek to coś co robię	1	2	3	4	5
2	Jedzenie niezdrowych przekąsek to coś co robię automatycznie	1	2	3	4	5
3	Jedzenie niezdrowych przekąsek to coś co robię bez myślenia	1	2	3	4	5
4	Kosztowałyby mnie trochę wysiłku, żeby nie jeść niezdrowych przekąsek	1	2	3	4	5
5	Łapie się na tym, że już to robię	1	2	3	4	5
6	Trudno by mi było nie jeść niezdrowych przekąsek	1	2	3	4	5

## Załącznik 11

Tabela 7

*Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych*

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych- trymestr I	2,34	2,27	0,57	0,47	0,03	1,19	3,9	0,08	0,08
Używki- trymestr I	1,87	1,67	0,74	0,91	0,46	1	4,33	0,15	<0,001
Niezdrowe nawyki żywieniowe- trymestr I	1,73	1,5	0,92	1,44	1,77	1	5	0,24	<0,001
Stres- trymestr I	3,69	3,88	0,77	-0,75	-0,04	1,75	5	0,16	<0,001
Masa ciała- trymestr I	2,07	2	0,82	0,48	-0,30	1	4,67	0,12	<0,001
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych- trymestr II	2,67	2,65	0,58	0,29	-0,22	1,4	4,21	0,06	0,20
Używki- trymestr II	1,99	1,83	0,82	0,90	0,55	1	4,67	0,13	<0,001
Niezdrowe nawyki żywieniowe- trymestr II	2,11	2	0,96	0,71	-0,06	1	5	0,16	<0,001
Stres- trymestr II	4,14	4,25	0,61	-1,09	1,17	2	5	0,18	<0,001
Masa ciała- trymestr II	2,44	2,33	0,87	0,31	-0,44	1	4,67	0,10	<0,001
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych- trymestr III	2,95	2,9	0,63	0,22	0,01	1,23	4,63	0,06	0,20
Używki- trymestr III	2,09	1,83	0,86	0,82	0,24	1	4,83	0,13	<0,001
Niezdrowe nawyki żywieniowe- trymestr III	2,45	2,5	1,09	0,37	-0,69	1	5	0,14	<0,001
Stres- trymestr III	4,47	4,5	0,98	5,61	59,81	1,75	14,25	0,29	<0,001
Masa ciała- trymestr III	2,78	2,67	0,93	0,21	-0,35	1	5	0,10	<0,001
Poziom samokontroli- trymestr I	3,43	3,38	0,53	0,13	-0,46	2,15	4,69	0,05	0,20
Poziom samokontroli- trymestr II	2,97	2,85	0,54	0,32	-0,22	1,77	4,46	0,11	<0,001
Poziom samokontroli- trymestr III	2,59	2,54	0,63	0,42	0,15	1,15	4,46	0,08	0,007
Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia- trymestr I	3,65	3,72	0,43	-1,67	7,55	1,13	4,63	0,10	<0,001
Unikanie- trymestr I	3,82	3,75	0,53	-1,31	4,63	1	4,75	0,13	<0,001
Kontrolowanie- trymestr I	3,80	3,75	0,49	-1,11	4,31	1,25	4,75	0,15	<0,001
Rozpraszenie- trymestr I	3,58	3,75	0,57	-0,91	2,56	1,25	5	0,14	<0,001
Tłumienie- trymestr I	3,40	3,5	0,58	-0,31	1,49	1	4,75	0,13	<0,001
Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia- trymestr II	3,03	3,06	0,60	-0,80	1,29	1	4,5	0,09	0,004
Unikanie- trymestr II	3,06	3,25	0,72	-0,76	0,35	1	4,75	0,16	<0,001
Kontrolowanie- trymestr II	3,19	3,25	0,63	-0,78	1,70	1	4,75	0,15	<0,001
Rozpraszenie- trymestr II	3,05	3,13	0,69	-0,62	0,64	1	4,75	0,12	<0,001
Tłumienie- trymestr II	2,84	2,75	0,70	0,10	0,90	1	5	0,13	<0,001
Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia- trymestr III	2,79	2,81	0,61	-0,39	0,32	1	4,44	0,07	0,04
Unikanie- trymestr III	2,78	2,88	0,70	-0,26	-0,32	1	4,5	0,13	<0,001
Kontrolowanie- trymestr III	2,93	3	0,68	-0,17	0,86	1	4,75	0,13	<0,001

Rozpraszenie- trymestr III	2,82	2,75	0,71	-0,15	-0,05	1	4,75	0,09	0,001
Tłumienie- trymestr III	2,62	2,5	0,70	0,26	0,26	1	4,75	0,11	<0,001
Poziom niezdrowych nawyków podjadania - trymestr III	3,65	3,75	0,79	-0,23	-0,28	1,5	5	0,14	<0,001

*M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność

## Załącznik 12

Tabela 12

*Związek pomiędzy kompensacyjnymi przekonaniemii zdrowotnymi, a samokontrolą*

		Poziom samokontroli- trymestr I	Poziom samokontroli- trymestr II	Poziom samokontroli- trymestr III
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych- trymestr I	<i>r</i> Pearsona	<b>-0,31**</b>	<b>-0,28**</b>	<b>-0,19*</b>
	istotność	<0,001	<0,001	0,014
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych- trymestr II	<i>r</i> Pearsona	<b>-0,25**</b>	<b>-0,5**</b>	<b>-0,42**</b>
	istotność	0,001	<0,001	<0,001
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych- trymestr III	<i>r</i> Pearsona	<b>-0,27**</b>	<b>-0,53**</b>	<b>-0,55**</b>
	istotność	<0,001	<0,001	<0,001

Załącznik 13

## **OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ**

Zgoda na udział w badaniu

SZANOWNA PANI

Uprzejmie proszę o wzięcie udziału w badaniach, których celem jest zweryfikowanie przekonań kobiet na temat zachowań związanych ze zdrowiem. Uczestnictwo w badaniu wiąże się z wypełnieniem Kwestionariusza danych demograficznych oraz Kwestionariuszy do badania. Badanie jest realizowane w ramach pracy doktorskiej Pani Magdaleny Mazur-Skupowskiej z Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu. Promotorem pracy jest Dr hab., Prof. Uniwersytetu SWPS Katarzyna Byrka. Wyniki badań są poufne i będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych. Udział w badaniach jest dobrowolny. Wypełnienie Kwestionariuszy będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na badanie.



## Załącznik 14

**Kwestionariusz danych demograficznych**

Dziękuję za chęć wzięcia udziału w badaniu.

Na początku bardzo proszę o odpowiedzi na pytania ogólne, następnie proszę o wypełnienie trzech części Kwestionariusza. Zajmie to ok. 15 minut.

Wiek:	.....
Obecna waga:	.....
Wzrost:	.....
Czy jest Pani w ciąży? (zaznacz właściwą odpowiedź)	
	tak
	nie
Jeśli tak to, który to tydzień? .....	
Jeśli tak to, który to trymestr? (zaznacz właściwą odpowiedź)	
	1
	2
	3
Proszę wskazać liczbę przebytych przez Panią ciąż .....	
Liczba urodzonych dzieci .....	
Czy dbanie o sylwetkę jest dla Pani ważne? (zaznacz właściwą odpowiedź)	
	nie jest ważne
	jest trochę ważne
	ani nie jest ważne, ani nieważne
	jest ważne
	jest bardzo ważne
Wykształcenie: (zaznacz właściwą odpowiedź)	
	1 – podstawowe
	2 – zawodowe
	3 – średnie
	4 – wyższe
Stan cywilny: (zaznacz właściwą odpowiedź)	
	1 – mężatka
	2 – panna
	3 – rozwiedziona
	4 – wdowa
Miejsce zamieszkania: (zaznacz właściwą odpowiedź)	
	1 – wieś
	2 – małe miasto
	3 – średnie miasto
	4 – duże miasto

## Załącznik 15

Tabela 13

*Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla badanych zmiennych ilościowych*

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>S-W</i>	<i>p</i>
Poziom kompensacyjnych przekonań zdrowotnych	2,45	2,46	0,57	0,33	0,04	1,06	4,04	0,98	0,33
Używki	1,80	1,67	0,59	0,59	-0,23	1	3,17	0,94	<0,001
Niezdrowe nawyki żywieniowe	2,00	1,5	1,09	0,97	0,09	1	5	0,84	<0,001
Stres	3,74	3,75	0,78	-0,60	0,13	1,25	5	0,96	0,01
Masa ciała	2,28	2,33	0,84	0,42	0,12	1	5	0,95	0,004
Poziom samokontroli	3,17	3,27	0,69	0,01	-0,32	1,46	4,77	0,98	0,36
Poziom samokontroli dotyczącej jedzenia	2,19	2,22	0,64	0,06	-0,69	1	3,56	0,98	0,19
Unikanie	1,82	1,75	0,82	1,06	1,37	1	5	0,87	<0,001
Kontrolowanie	2,55	2,5	0,90	-0,03	-0,84	1	4,25	0,96	0,02
Rozpraszenie	2,13	2,25	0,83	0,21	-0,71	1	4,25	0,94	<0,001
Tłumienie	2,28	2,25	0,78	0,17	-0,64	1	4	0,97	0,03

*M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtოza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *S-W* – wynik testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność

