

dr hab. Ida Laudańska-Krzemińska, prof. AWF
Zakład Nauk o Aktywności Fizycznej i Promocji Zdrowia
Wydział Nauk o Kulturze Fizycznej
Akademia Wychowania Fizycznego
im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Poznań, 25.04.2023

Recenzja

rozprawy na stopień doktora nauk o kulturze fizycznej mgr Jolanty Kędzior
pt. *Wybrane behawioralne i psychologiczne uwarunkowania jakości życia kobiet
z niedoczynnością tarczycy,*
przygotowanej pod opieką Promotorki dr hab. Marii Gacek, prof. AWF
w Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Podstawą opracowania recenzji jest otrzymane przeze mnie pismo Przewodniczącej Rady Naukowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie p. prof. dr hab. Anny Marchewki (NN/RN.510-10/23) oraz przekazana rozprawa doktorska.

Choroby tarczycy to z perspektywy zdrowia publicznego istotny problem społeczny, gdyż dotyczy wg deklaracji respondentów badań GUS co najmniej 10% populacji, w tym zdecydowanie częściej kobiet niż mężczyzn (Poland, Statistics. Stan Zdrowia Ludności Polski w 2019) czy też prawie trzech milionów Polaków wg danych z opracowania Ministerstwa Zdrowia (Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego dla województwa wielkopolskiego, 2018). W profilaktyce i leczeniu chorób tarczycy istotną rolę odgrywają elementy prozdrowotnego stylu życia w tym szczególnie sposób żywienia i poziom aktywności fizycznej. Liczne konsekwencje związane z przebiegiem choroby i procesem leczenia wpływają na psychospołeczny komfort życia i jakość życia chorych. Stąd poznanie związków realizowanego trybu życia z poziomem wskaźników zdrowia psychicznego i określenie rekomendacji w tym zakresie wydaje się być istotnym obszarem poszukiwań naukowych. Przesłankami do podjęcia przez Doktorantkę tematu stały się doniesienia naukowe informujące o narastającej skali problemu, licznych związkach niedoczynności tarczycy z kondycją psychiczną oraz niesatysfakcjonujący poziom realizacji zaleceń prozdrowotnych wśród chorych z niedoczynnością tarczycy. Jednocześnie Doktorantka zwróciła uwagę na brak kompleksowych analiz uwzględniających wszystkie omawiane uwarunkowania w jednym opracowaniu, co stało się przyczynkiem do podjęcia badań. Stąd wybór problematyki badawczej uważam za trafny i aktualny.

Ocena formalna pracy

Rozprawa doktorska mgr Kędzior przygotowana jest w formie zwartej tekstu. Jej układ jest zgodny z regułami przygotowania prac empirycznych. Praca zawiera sześć rozdziałów. Pierwszy z nich – *Wstęp* – dotyczy tła teoretycznego podjętych badań. Następnie wyróżniono elementy metodologiczne: *Cel pracy, Materiał i metody* oraz kolejno: *Wyniki i Dyskusję i Podsumowanie i wnioski*. Całość pracy liczy 122. strony maszynopisu, w tym 37 tabel, 1 załącznik. Autorka powołuje się na 169 pozycji literatury, w tym większość datowana po roku 2012 (70%). Praca napisana jest poprawnym i starannym językiem. Błędy stylistyczne pojawiają się bardzo rzadko (np. str. 16, 64, czy też brak polskich nazw dla podskal kwestionariusza IPAQ w tabelach). Podsumowując, praca pod względem formalno-językowym nie budzi zastrzeżeń.

Ocena merytoryczna pracy

Doktorantka we **wstępie** przygotowanej rozprawy wskazuje obszerny kontekst podjętego problemu i analizę aktualnych badań dotyczących behawioralnych i psychicznych uwarunkowań niedoczynności tarczycy. W logiczny i przemyślany sposób opisuje epidemiologię i patofizjologię badanej choroby. Następnie dokładnie omawia jej związki z zaburzeniami psychicznymi oraz czynnikami środowiskowo-behawioralnymi. Szczególną uwagę poświęciła analizie literatury przedmiotu dotyczącej wpływu chorób tarczycy na jakość życia i satysfakcję z życia, wskazując elementy trybu życia jako potencjalne moderatory tej relacji. Autorka wykazała się umiejętnością właściwego doboru i syntezy badań dostępnych w podjętym problemie, poszukując jednocześnie luk będących inspiracją i uzasadnieniem do badań własnych.

W rozdziale **cele pracy** Doktorantka wskazała jeden cel główny, 17 **pytań badawczych**, cel aplikacyjny oraz 4 hipotezy badawcze. Cel główny został sformułowany bardzo ogólnie, dając szerokie pole do analiz poprzez jego doprecyzowanie w pytaniach badawczych. W moim odczuciu ich liczba, bez szkody dla wartości pracy jak i precyzji przekazu czy analizy, może zostać zmniejszona poprzez ich kondensację, szczególnie, że kolejno po sobie następujące pytania często dotyczą podobnego obszaru/zagadnienia tematycznego. I tak np. pierwsze trzy pytania badawcze dotyczą generalnie oceny poziomu zachowań zdrowotnych (do których zaliczam aktywność fizyczną i zachowania żywieniowe) u badanych kobiet z niedoczynnością tarczycy, stąd mogą stanowić jedno pytanie. Podobnie pytania 5. i 6. dotyczące obszaru jakości i satysfakcji z życia można połączyć razem. Następnie Doktorantka wyróżnia grupę

pytań dotyczących zależności pomiędzy badanymi uwarunkowaniami behawioralnymi (zachowania prozdrowotne, aktywność fizyczna, zachowania żywieniowe) a czynnikami psychicznymi (objawy depresyjne, jakość życia i satysfakcja z życia). I podobnie jak poprzednio, sugeruję ich kumulację dla bardziej syntetycznego i łatwego odbioru istoty poszukiwań np. jako pytanie dotyczące związków poziomu zachowań zdrowotnych z objawami depresyjnymi, kolejne dotyczące związków zachowań zdrowotnych z jakością i satysfakcją z życia. Podobnie dwa ostatnie pytania dotyczące związków poziomu objawu depresyjnych z jakością i satysfakcją z życia mogą stanowić jedno pytanie. Uzasadnienie dla takiego uporządkowania pytań badawczych znajduję także w samej pracy Doktorantki, która np. wskazuje ścisły związek pojęcia satysfakcji i jakości życia (str. 12).

Chciałam w tym miejscu wyrazić pewną konsternację i ewentualnie prosić o doprecyzowanie terminologiczne kwestii dotyczącej zachowań zdrowotnych. Z układu poczynionych przez Doktorantkę analiz można wnioskować, że wyróżnia ona kategorie: „zachowania prozdrowotne”, „aktywność fizyczna” oraz „zachowania żywieniowe”. Biorąc pod uwagę, że praca dotyczy właśnie m.in. behawioralnych uwarunkowań zdrowia psychospołecznego, warto doprecyzować co ma na myśli o nich pisząc, oraz do jakiej koncepcji czy modelu definicyjnego się odwołuje. Mamy sporo, także rodzimych, opracowań w tym zakresie i warto do nich się odwołać (np. prace Krzysztofa Puchalskiego czy Heleny Sęk). Ciekawi mnie także, dlaczego zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna traktowane są w pytaniach badawczych, hipotezach i opisie wyników jako odrębne od zachowań prozdrowotnych kategorie?

Następnie Doktorantka sformułowała **cel aplikacyjny** jako: *„Ocena predykcyjnego znaczenia wybranych behawioralnych i psychologicznych uwarunkowań zdrowia (w ujęciu holistycznym) pozwoli ukierunkować oddziaływania sprzyjające racjonalizacji prozdrowotnego stylu życia w celu poprawy stanu zdrowia i jakości życia kobiet z niedoczynnością tarczycy, co jest ważne w kontekście przewlekłego charakteru choroby oraz licznych jej powikłań. Ocena wieloaspektowych uwarunkowań zdrowia i jakości życia powinna sprzyjać poprawie efektywności opieki i samoopieki kobiet z niedoczynnością tarczycy.”* Uważam za niezwykle cenne, jeśli prace badawcze stawiają sobie aspiracje aplikacyjne a badacze (tak jak Doktorantka) poszukują praktycznych zastosowań dla wyników badań własnych. Jednakże nie odnajduję takiego w przytoczonym powyżej. Sformułowano go w formie oczekiwania, założenia, a nie

zamierzenia, które zostanie zrealizowane w procesie badawczym. Mogę domyślać się, że celem aplikacyjnym mogłoby być sformułowanie rekomendacji w zakresie priorytetów edukacyjnych i pierwszoplanowych działań promocyjnych skierowanych do kobiet ze zdiagnozowaną niedoczynnością tarczycy, czy też opracowanie narzędzi do samooceny poziomu realizacji podstawowych rekomendacji w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiet z niedoczynnością tarczycy lub rekomendacji skierowanych do promotorów zdrowia (w tym szczególnie dietetyków i specjalistów kultury fizycznej) w zakresie kompleksowej (holistycznej) opieki nad badanymi. Niezależnie od samych inspiracji do bardziej precyzyjnego sformułowania celu aplikacyjnego, niestety, w samej pracy jego realizacji nie dostrzegłam, chyba, że chodzi, jak wspomniałam wcześniej, o pewne „oczekiwanie”, że zostaną w tym celu kiedyś wykorzystane, co może budzić pewien niedosyt, gdyż zebrano ciekawy materiał, który właśnie w takim celu warto także wykorzystać.

Ostatnim elementem tego rozdziału są sformułowane cztery **hipotezy badawcze**:

1. Zachowania prozdrowotne, aktywność fizyczna i racjonalne zachowania żywieniowe są związane z niższym nasileniem objawów depresyjnych kobiet z niedoczynnością tarczycy.
2. Zachowania prozdrowotne, aktywność fizyczna i racjonalne zachowania żywieniowe są związane z wyższym nasileniem satysfakcji z życia kobiet z niedoczynnością tarczycy.
3. Zachowania prozdrowotne, aktywność fizyczna i racjonalne zachowania żywieniowe są związane z wyższym poziomem jakości życia kobiet z niedoczynnością tarczycy.
4. Wyższe nasilenie objawów depresji obniża jakość życia kobiet z niedoczynnością tarczycy.

W mojej ocenie, pierwsze trzy wpisują się w retorykę zasygnalizowanych wcześniej sugestii dotyczących pytań badawczych, czyli ich konsolidacji. Mam wątpliwość co do sformułowania ostatniej hipotezy, która wskazuje na związek przyczynowo-skutkowy, a taki może być oceniony w modelu eksperymentalnym, którego tu nie widzieliśmy. Sądzę, że sformułowanie, podobnie jak w poprzednich hipotezach, „...związane jest z...” doprecyzowałoby tę kwestię zdecydowanie trafniej.

W kolejnym rozdziale Doktorantka opisuje **materiał i metody** badań własnych. Zaprezentowano charakterystykę badanych, analizie poddano dane od 220 pacjentek

w wieku 20-54 lat. W związku ze stacjonarnym i elektronicznym zbiorem danych, nie do końca wiadomo, jak zbierano dane dotyczące obwodów, czy zbiór dotyczył obu grup, czy tylko tych stacjonarnych? Podobnie masa i wysokość ciała, rozumiem, że była zbierana głównie na podstawie deklaracji respondentek. Proszę o doprecyzowanie tych kwestii. Także nie do końca wiadomo w jaki sposób kolportowano kwestionariusz i weryfikowano dane pacjentek. Zastosowane w pracy narzędzia badawcze nie budzą zastrzeżeń. Proszę jedynie o: zaprezentowanie parametrów walidacyjnych dla *Kwestionariusza zachowań żywieniowych* osób z niedoczynnością tarczycy, gdyż nie wskazano w pracy odniesienia literaturowego; o informację, którą wersję kwestionariusza IPAQ zastosowano oraz skąd pochodziły wskaźniki rzetelności dla skali SWLS zaprezentowane w pracy (str. 18)? Chciałabym także prosić o informację, jak została określona i ile wynosiła docelowa liczebność grupy badanych dla osiągnięcia zamierzonych celów w proponowanym schemacie badawczym (np. wykorzystując program G*Power)? Projekt został pozytywnie zaopiniowany przez Komisję Bioetyczną przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie. W pracy zostały także opisane zastosowane metody statystyczne. Ciekawi mnie, dlaczego zaproponowano model regresji, gdzie zmienną zależną jest nasilenie objawów depresyjnych, podczas gdy zarówno w temacie pracy jak i celach i pytaniach badawczych taką funkcję pełni jakość życia?

W kolejnym rozdziale dokonano analizy **wyników** badań własnych. Zostały logicznie ułożone wg zaproponowanych pytań badawczych. W pierwszych dwóch podrozdziałach otrzymujemy statystyki opisowe, następnie wykorzystując modele korelacyjne poszukiwano związków zgodnie z zaproponowanymi pytaniami badawczymi. Wydaje mi się, że w np. tabelach 5, 6, 8, 9 analiza regresji bada związek wybranych zmiennych „...a SDB” a nie odwrotnie, jak to jest w tytułach zapisane.

Moja generalna uwaga i jednocześnie pytanie do Doktorantki dotyczy zasadności raportowania korelacji bez oceny ich wielkości, skupiając się jedynie na istotności związku (wartość p), i co za tym idzie mierzenia się z interpretacją wielu przypadkowych prawdopodobnie związków jak cyt. (str. 46) „*wraz z ograniczeniem spożycia warzyw kapustnych wzrastał poziom objawów związanych ze wzrokiem/ oczami (p=0,026)*”. Podobnie pewne związki należy rozpatrywać biorąc pod uwagę szerszy kontekst np. (str. 54) czy pogorszenie wskaźników jakości życia było związane ze stosowaniem diety redukcyjnej, czy też może właśnie w związku ze zwiększoną masą ciała, czy podobnie

na str. 56, pogorszenie jakości życia oraz pewne objawy zdrowotne były związane z faktem stosowania diety bogatoresztkowej czy raczej dolegliwych zapać? Zapewne porównanie wskaźników dla tych dwóch grup (masa prawidłowa/ nieprawidłowa; specjalna dieta/ jej brak) pewne wątpliwości mogłoby rozwiązać. Nigdzie w pracy takiej refleksji nie znalazłam, a świadczyłoby to o dojrzałości badawczej i dostrzeganiu ograniczeń we wnioskowaniu, w przypadku brania pod uwagę korelacji rzędu $r < 0,2$ (nawet istotnych statystycznie), które zgodnie z rekomendacjami literaturowymi określane są jako bardzo słabe i powinny być traktowane z dużą ostrożnością. W niniejszej pracy, większość raportowanych korelacji jedynie taki poziom osiągnęła, co samo w sobie nie jest zarzutem, jedynie wymaga odpowiedniego komentarza i interpretacji.

W moim odczuciu warto dokonać oceny poziomu wybranych zachowań w zależności od poziomu satysfakcji z życia (SWLS) określonej wartością normatywną (niska, przeciętna, wysoka) dla populacji polskiej (patrz np. Juczyński Z. 2001). Podobnie można było poszukiwać różnic w zależności od poziomu aktywności fizycznej określonej jako niewystarczająca, wystarczająca lub wysoka na co pozwala zastosowane narzędzie. Inwentarz zachowań zdrowotnych (IZZ) także posiada normy stenowe dla wyniku ogólnego dla populacji polskiej. Może taka strategia analizy przyniosłaby nowe, ciekawe informacje dotyczące badanej grupy pacjentek i uwarunkowań ich jakości życia?

Doktorantka następnie w **dyskusji** dokonuje konfrontacji uzyskanych wyników z danymi literaturowymi. Rozdział zaplanowany jest konsekwentnie w odniesieniu do pytań badawczych i układu wyników badań własnych, co umożliwia ich łatwe śledzenie i pozwala na podążanie za wywodem Autorki i weryfikację kolejnych hipotez badawczych. Doktorantka wykazuje się dobrą znajomością zagadnienia i prezentuje obszerną i krytyczną analizę literatury przedmiotu. To miejsce, gdzie Autorka może wykazać się swoją refleksyjnością i umiejętnością szerszego spojrzenia na wyniki badań własnych. W związku ze sporą ilością prowadzonych analiz i zastosowanych narzędzi, w moim odczuciu warto w odniesieniu do każdej grupy prowadzonych analiz (na przykład zgodnie z zasugerowaną konsolidacją pytań badawczych) zaproponować pewną ocenę uzyskanych wyników na tle danych literaturowych (na ile z nimi korespondują, różnią się i z czego to wynika), jak to zostało zaproponowane w odniesieniu do żywienia na str. 72. Obecnie takiej oceny na podstawie licznie

zgromadzonych źródeł w dyskusji dokonuje czytelnik., ciekawe są jednak w rozprawie doktorskiej własne przemyślenia Autorki. Biorąc pod uwagę fakt dyscypliny, w której praca jest bronią, szczególnie ważna jest dyskusja wyników dotyczących kwestii związanych z aktywnością fizyczną badanych. I tu np. nie jest dla mnie jasne, dlaczego w opinii Doktorantki została potwierdzona hipoteza dotycząca tego zachowania, skoro zgodnie z uzyskanymi wynikami cyt. „wraz ze wzrostem czasu poświęcanego na chodzenie zwiększał się poziom depresyjności i ogólnie negatywna ocena jakości życia”? Sugeruję, by nad ich oceną się baczniej pochylić i dogłębniej zinterpretować uzyskane wyniki. Mam nadzieję na takie refleksje i dyskusję w tym zakresie podczas obrony pracy. Doktorantka **podsumowuje** wywody poprzez wskazanie 19 **wniosków**, które korespondują w pytaniami badawczymi. Zdecydowanie bardziej do mnie trafiają wnioski zaproponowane w streszczeniu pracy.

Mam nadzieję, że zaproponowane przeze mnie sugestie i postawione pytania zainspirują Doktorantkę do rewizji i refleksji nad pewnymi fragmentami pracy, oraz staną się punktem wyjścia ciekawej dyskusji na ten temat podczas obrony.

Podsumowanie i konkluzja końcowa

Przedstawiona do oceny praca wpisuje się w nurt ważnych z perspektywy zdrowia publicznego badań dotyczących uwarunkowań jakości życia osób z niedoczynnością tarczycy. Doktorantka wykazała się wiedzą i umiejętnościami niezbędnymi do prowadzenia pracy badawczej. Zaproponowała oryginalny problem badawczy, który w prawidłowo zaplanowanym procesie badawczym postanowiła zanalizować. Biorąc pod uwagę powyższe, stwierdzam, że praca mgr Jolanty Kędzior pt. *Wybrane behawioralne i psychologiczne uwarunkowania jakości życia kobiet z niedoczynnością tarczycy*, **odpowiada wymaganiom stawianym pracom na stopień doktora** w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o kulturze fizycznej, i spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2017, poz. 1789 z późn. zm.). Dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Naukowej Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie o dopuszczenie mgr Jolanty Kędzior do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

dr hab. Ida Laudańska-Krzemińska prof. AWF
