



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

**Zakład Pielęgniarstwa**

tel./faks +48 91 48 00 910, +48 91 48 00 905, e-mail: [zpropnp@pum.edu.pl](mailto:zpropnp@pum.edu.pl)

Szczecin, 2016.08.03

**Recenzja**

**Rozprawy doktorskiej mgr Grzegorza Bejdy pt. „Wpływ religijności na deklarowane zachowania prozdrowotne”, napisanej pod kierunkiem dr hab. n. zdr. Jolanty Lewko**

Zgodnie z podjętą w dniu 23 czerwca 2016 roku uchwałą Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku powołującą mnie na recenzenta w przewodzie doktorskim Pana mgr Grzegorza Bejdy, przedkładam recenzję rozprawy doktorskiej przygotowanej pod kierownictwem naukowym Pani dr hab. n. zdr. Jolanty Lewko.

**Uwagi ogólne**

Jedną ze współczesnych, bardzo rozpowszechnionych koncepcji zdrowia jest koncepcja holistyczna, podkreślająca wyjaśnianie różnych zjawisk w sposób całościowy. W filozofii holizmu najistotniejsze jest wieloaspektowe pojmowanie zdrowia i choroby, obejmujące wszystkie sfery życia człowieka, skupiające się nie tylko na sferze biologicznej człowieka, ale również na kontekstach psychicznym, społecznym i kulturowym, determinujących w większym lub mniejszym stopniu zdrowie i chorobę.

Holistyczne pojmowanie zdrowia i choroby pozwoliło na zwrócenie uwagi na wieloczynnikowość problemu, przedstawienia człowieka jako istoty świadomej i rozumiejącej znaczenie swojej aktywności w działaniach

WPŁYNEŁO DO DZIEKANATU  
Wydziału Nauk o Zdrowiu

dnia 03.08.2016



utrzymujących stan zdrowia oraz czynnie biorącej udział w procesie leczenia. Przyczyniło się także do włączenia pacjenta do procesu diagnostyczno – terapeutycznego oraz współdecydowania o jego przebiegu.

Holistyczny model zdrowia opiera perspektywę zdrowia na takich płaszczyznach jak: fizyczna (biologiczne funkcjonowanie organizmu jako całości), psychiczna (funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze), społeczna (utrzymywanie prawidłowych relacji międzyludzkich) i duchowa (osobiste przekonania, wierzenia i praktyki religijne).

W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż religijność i koncentracja na wartościach duchowych wpływa zarówno na zdrowie psychiczne, jak i fizyczne, przejawem czego jest np. pozytywny wpływ szeroko rozumianej religijności na choroby takie jak, np. nadciśnienie tętnicze, nowotwory, a także na długość życia. Osoby o wyższej religijności są prawdopodobnie bardziej skłonne do zachowań prozdrowotnych, tj. niepalenia, abstynencji alkoholowej itp. Stąd tematyka poruszana przez Doktoranta jest szczególnie istotna ze względu na bardzo nowatorski charakter i co jest z tym związane, niewielką liczbę badań obejmujących sferę duchową człowieka.

### **Ocena struktury rozprawy i zgodności z tytułem**

Dysertacja doktorska posiada klasyczną strukturę raportu z badań. Struktura jest przejrzysta i logiczna, została zachowana właściwa proporcja poszczególnych części. Pierwszą, stanowi wprowadzenie w problematykę badań własnych. Autor przedstawił wybrane aspekty bio-psycho-społecznego wymiaru zdrowia i choroby, następnie wybrane aspekty zachowań zdrowotnych i reakcji na chorobę. Kolejny podrozdział dotyczy teoretycznych rozważań na temat znaczenia religijności w życiu człowieka chorego. Kolejna część to konceptualizacja badań własnych. Część czwartą stanowi materiał empiryczny, obejmujący wyniki badań, dyskusję i wnioski. Praca zawiera również wykaz wykorzystanego piśmiennictwa oraz rycin i tabel.



Piśmiennictwo jest liczne (192 pozycje), z czego 50% pozycji to piśmiennictwo z ostatnich 10 lat, dobrane do treści pracy w sposób prawidłowy. Rozprawę dopełniają streszczenie w języku polskim i angielskim oraz Aneks, zawierający zgodę Komisji Bioetycznej i wykorzystane narzędzia badawcze.

Praca w interesujący sposób wprowadza czytelnika w tematykę poruszanych zagadnień. Edytorsko jest poprawna, czytelna, ilustrowana wieloma rycinami i tabelami. Poszczególne części są koherentne i zgodne z ich tytułami. Treść pracy zgodna jest z tytułem dysertacji.

### **Ocena zawartości treściowej**

Część pierwsza rozprawy napisana jest z dużą starannością. Doktorant rozpoczął rozważania teoretyczne od ogólnej tematyki dotyczącej zdrowia i choroby. Zwrócił uwagę na najbardziej popularną obecnie holistyczną koncepcję zdrowia, ze szczególnym znaczeniem roli samego człowieka odpowiedzialnego na utrzymanie swojego zdrowia. Jednym z ważniejszych elementów wpływających na kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych jest środowisko społeczne, a zwłaszcza rodzina. Autor porusza również aspekty chorowania przez człowieka, jego etapy, reakcje na chorobę, a także sposób traktowania choroby, przytaczając między innymi różne teorie dotyczące tego tematu. Bardzo istotne dla tematyki pracy jest wyjaśnienie znaczenia religijności w życiu człowieka, zwłaszcza chorego. Autor przedstawił przemiany w procesie ontogenezy, z wyróżnieniem kilku etapów rozwoju religijnego człowieka. Istotne jest również podkreślenie znaczenia, funkcji religii wobec zdrowia człowieka. Również ważne jest włączenie pracowników ochrony zdrowia i ich znajomość znaczenia religii dla człowieka chorego. Podsumowując tę część oceny pracy, stwierdzam, że wprowadzenie w problematykę badań napisane jest ze znanostwem zagadnień podjętej problematyki.

Konceptualizacja badań własnych i opis procedury badawczej stanowią kolejne rozdziały. Zawierają cele pracy, które odnoszą się do oceny wpływu



religijności na deklarowane zachowania prozdrowotne w populacji osób w różnym wieku oraz roli w powyższym duszpasterzy szpitalnych. Cele szczegółowe obejmują wpływ prezentowanej religijności na: różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem (nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne), różne elementy wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzny (przekonanie, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie samego); wpływ innych (przekonanie, że stan własnego zdrowia jest skutkiem oddziaływania innych, głównie personelu medycznego) oraz wpływ przypadku (stan zdrowia uzależniony jest od przypadku lub innych czynników zewnętrznych), a także sprawdzenie postrzegania roli kapelanów szpitalnych w wspieraniu zachowań prozdrowotnych i wykorzystaniu religii w sytuacjach, gdy wyczerpane zostają osobiste i społeczne zasoby radzenia sobie z chorobą. Należałoby zastanowić się nad dodaniem celu dotyczącego analizy opinii związanych z praktyką religijną (bardzo szeroko te dane są analizowane przez Doktoranta). Cele wymagają również uporządkowania, ponieważ do analizy zastosowano zmienne, nie tylko wieku (które uwzględnia Doktorant), ale również deklarowanej wiary przez badanych.

Cele badawcze wyznaczają pole problemowe dysertacji, nie zostało ono niestety doprecyzowane pytaniami badawczymi (głównym i szczegółowymi) oraz hipotezami badawczymi.

Na podkreślenie zasługuje jednak bardzo bogaty dobór standaryzowanych narzędzi badawczych, dostosowanych do celów badań. Świadczy to o dojrzałości naukowej i dociekliwości Doktoranta. Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem: autorskiego kwestionariusza ankietowego oraz standaryzowanych kwestionariuszy: Siły Przekonań Religijnych Santa Clara (SCSORF), Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego, Listy Kryteriów Zdrowia – LKZ



Juczyńskiego, Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) wersja B. Wallston, B. S. Wallston, R. Devellis, w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Skali Satysfakcji z życia (SWLS), Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego.

Mimo bardzo wszechstronnej analizy danych, Doktorant nie uwzględnił danych z analizy Listy Kryteriów Zdrowia, opisującej trzy wymiary zdrowia: fizyczny, psychiczny i społeczny. Doktorat uwzględnił to w celu badań („wpływ prezentowanej religijności na różne elementy wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego”), jednak nie dokonał tej analizy w opisie wyników oraz we wnioskach. Przygotowując prace do publikacji proponuję dokonać korekty celów.

Według recenzenta brakuje opisu przebiegu badań; skąd byli rekrutowani badani, jakie były kryteria włączenia do badań, jaki był dobór respondentów (przypadkowy, losowy), kto przeprowadzał ankietyzację, kiedy pacjenci wyrażali zgodę na badania?. Niewątpliwie takie informacje przyczynią się do pełniejszego obrazu projektu w czasie przygotowywania publikacji.

Na podkreślenie zasługuje natomiast liczba osób badanych, to z kolei wynika ze świadomości naukowej Doktoranta. Materiał empiryczny zebrany na tak dużej próbie stanowi solidną podstawę realizowanych analiz statystycznych oraz merytorycznej dyskusji.

Zastosowanie właściwej metody badawczej oraz odpowiednich narzędzi, przyniosły bogaty, interesujący poznawczo i ważny ze względów praktycznych materiał badawczy. Wśród najważniejszych wyników należy podkreślić, że osoby wierzące i praktykujące wykazywały się nieco lepszymi wskaźnikami zdrowotnymi w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i nastawienia psychicznego, również poziom religijności był powiązany z typem umiejscowienia kontroli zdrowia - najniższym poziomem przekonań religijnych charakteryzowały się osoby pomniejszające wpływ innych na własne zdrowie, a silny poziom przekonań religijnych cechował zaś



osoby powiększające wpływ innych i pomniejszające wpływ przypadku. Równie interesujące są wyniki mówiące, że osoby o większej sile przekonań religijnych prezentowały wyższy poziom zachowań prozdrowotnych, przy czym najsilniejsza relacja występowała dla sumarycznej wartości skali IZZ, a najslabsza - dla oceny praktyk zdrowotnych i ceny ważności wpływu przypadku na zdrowie. Wiek był czynnikiem różnicującym w znamiennej statystycznie sposób poziom religijności, im respondent był starszy, tym siła religijności większa. Co ciekawe, osoby starsze cechowały się większą prozdrowotnością swoich zachowań, a czynnikiem podnoszącym ich poziom był fakt bycia osobą wierzącą, natomiast w grupach wiekowych 18-24, 25-49 oraz 50-70 lat postrzeganie zdrowia nie zależało od głębokości wiary, natomiast w grupie osób powyżej 70. roku życia osoby bardziej religijne uważały, iż ich zdrowie podlega większym oddziaływaniom na różne czynniki.

Doktorant pogrupował wyniki badań w pięciu podrozdziałach, starając się odnieść do zaplanowanych wcześniej celów. Ułatwia to szczegółową analizę bardzo dużej ilości danych. Tabele oraz ryciny przedstawione są bardzo czytelnie, niewątpliwie ryciny w sposób bardzo obrazowy pozwalają czytelnikowi na dokładną analizę wyników. Również sposób opisu wyników jest jasny i klarowny. Na uwagę zasługuje fakt zastosowania tak różnorodnych analiz statystycznych i zaprezentowanie tak dogłębnej analizy danych.

W „Dyskusji” Doktorant krytycznie omówił wyniki badań własnych w odniesieniu do danych z piśmiennictwa. Istotne jest to, że taki rodzaj badań nie jest dość często realizowany w Polsce i świecie, tym bardziej tak liczne piśmiennictwo i bardzo kompetentna dyskusja z innymi autorami zasługuje na uznanie. Dyskusja napisana jest w sposób interesujący, ma zachowane właściwe tempo i porusza najbardziej istotne problemy. Dyskusja świadczy o znajomości zagadnienia i dużej rzetelności naukowej.



Zaprezentowane wnioski można zakwalifikować jako podsumowanie wyników, troszkę szkoda, ponieważ bardziej spójne i uogólnione dałyby bardziej naukowy pogład na poruszaną tematykę.

Analiza rozprawy nasuwa pewne drobne uwagi, które z obowiązku recenzenta pozwolę sobie wymienić:

1. Praca wymaga korekt edytorskich (błędy literowe, interpunkcyjne, stylistyczne i ortograficzne (dotyczy to zwłaszcza słowa niewierzący).
2. Proponuję przygotowując materiał do publikacji dokonać uzupełnienia tabel o legendy.
3. W tabeli XXIII podana jest błędna liczba  $n=512$ , w kolejnych dotyczących analizy skali SWLS, Autor podaje liczbę badanych  $n=790$ .
4. Również należałoby uporządkować piśmiennictwo w sposób jednolity oraz uzupełnić skróty czasopism.

### **Podsumowanie**

Wszystkie wymienione w tym miejscu uwagi nie dotyczą merytorycznej wartości pracy, mają jedynie charakter korekty stylistycznej i drobnych wskazówek, co może okazać się przydatne w przyszłym przygotowaniu rozprawy do publikacji.

Przedstawiona rozprawa doktorska Pana mgr Grzegorza Bejdy wskazuje, że Doktorant był dobrze przygotowany do podjęcia badań naukowych dotyczących problematyki nauk o zdrowiu, w sposób rzetelny przeprowadził badania i krytycznie je przeanalizował.

Praca spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim, a uwagi nie wpływają na ogólną wartość pracy. W związku z powyższym wnoszę do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie Pana mgr Grzegorza Bejdy do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK  
Zakładu Pielęgniarstwa  
dr hab. n. zdr. Elżbieta Grochans  
prof. nadzw. PUM