

AUTOREFERAT
do wniosku o przeprowadzenie postępowania habilitacyjnego

1. Imię i Nazwisko.

Monika Bąk-Sosnowska

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/ artystyczne – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

W 2000 roku ukończyłam studia dzienne na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, uzyskując tytuł magistra psychologii ze specjalnością psychologia kliniczna człowieka dorosłego oraz psychologia zdrowia i choroby. W tym samym roku, w Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej w Katowicach ukończyłam studia podyplomowe z zarządzania i marketingu, podjęte z myślą o kierowaniu w przyszłości zespołem badawczym lub terapeutycznym.

W związku z zaangażowaniem w pracę psychoterapeutyczną z osobami otyłymi, podjęłam trzyletnie szkolenie specjalizacyjne w zakresie psychologii klinicznej człowieka dorosłego i w roku 2003 uzyskałam tytuł psychologa klinicznego, nadany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Od 1999 roku realizowałam prace naukowo-badawcze z zakresu psychologicznych aspektów odżywiania się i otyłości, zwieńczone rozprawą doktorską pt.: „Obraz własnego ciała u osób otyłych w trakcie kuracji odchudzającej”. Stopień doktora w dziedzinie nauk humanistycznych w dyscyplinie psychologia uzyskałam na podstawie tej rozprawy w 2008 roku, na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

Przez cały okres aktywności zawodowej systematycznie podnoszę swoje kwalifikacje, uczestnicząc w wydarzeniach naukowych oraz w warsztatach doskonalących umiejętności zawodowe. Po uzyskaniu stopnia doktora uzyskałam dyplomy i zaświadczenia potwierdzające udział w **29 konferencjach i zjazdach medycznych, 5 konferencjach psychologicznych,**

6 warsztatach psychologicznych, 3 warsztatach z zakresu prowadzenia i komercjalizacji badań naukowych, 1 szkoleniu z zakresu budowania programów dydaktycznych, 2 kursach językowych.

Konferencje i zjazdy medyczne:

1. XVIII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa: Ku lepszemu rozumieniu swoich psychicznych i somatycznych wartości(16-17.05.2008) - *organizator: Sekcja Medycyny Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*
2. VIII Kongres Medycyny Rodzinnej: U źródeł zdrowia (5-8.06.2008) - *organizator: Zdrowie i Zarządzanie*
3. Konferencja: Skala Oceny zachowań Noworodka według Brazeltona (2.07.2008) - *organizator: Brazelton Centra UK and Johnson & Johnson Poland*
4. I Ogólnopolskie Dni Otyłości (24-25.10.2008) - *organizator: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*
5. Konferencja: Najnowsze Standardy Diagnostyczne i Terapeutyczne Zaburzeń Metabolicznych (28.02.2009) - *organizator: Wydawnictwo Via Medica VM Media Sp. z o. o.*
6. II Konferencja: Najnowsze Standardy Diagnostyczne i Terapeutyczne Zaburzeń Metabolicznych (27.02.2010) – *organizator: Via Medica VM Media Sp. z o. o.*
7. VI Kurs Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych (25-27.02.2010) – *organizator: Symposion Sp z o.o.*
8. II Ogólnopolskie Dni Otyłości. Forum ekspertów: Powikłania kardiologiczne, diabetologiczne, nefrologiczne i onkologiczne otyłości (5-6.11.2010) – *organizator: Termedia*
9. Międzynarodowe Forum Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych (25-27.11.2010) – *organizator: Symposion Sp z o.o.*
10. Beskidzkie Dni Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej (26.03.2011) - *organizator: Beskidzka Izba Lekarska oraz Szpital Chirurgii Małoinwazyjnej i Rekonstrukcyjnej w Bielsku-Białej*
11. II Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (25-27.08.2011) – *organizator: Termedia*
12. Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Pielęgniarka i położna w bloku operacyjnym (12.10.2012) - *organizator: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach*
13. VI Kongres Akademii po Dyplomie: Diabetologia (10-11.03.2012) – *organizator: Medical Tribune*
14. IV Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego: Kardiodiabetologia XXI Wieku (19-21.04.2012) – *organizator: Termedia.*
15. XII Kongres Medycyny Rodzinnej: 20 lat Medycyny Rodzinnej w Polsce (24-27.05.2012) – *organizator: Servier*
16. III Ogólnopolskie Dni Otyłości (23-24.11.2012) – *organizator: Termedia*
17. Konferencja: Dietetyka Forum 2013 (15.06.2013) – *organizator: BlueEvent*
18. Międzynarodowa konferencja: Bądź zdrow (7-8.10.2013) – *organizator: Państwowy Inspektorat Sanitarny*
19. IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (12-14.09.2013) – *organizator: Termedia*

20. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: Współczesne wyzwania w zawodzie położnej (13-14.04.2013)
– organizator: *Polskie Towarzystwo Położnych*
21. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa: Niepełnosprawność w ujęciu interdyscyplinarnym (24.10.2013)
– organizator: *Wydział Nauk o Zdrowiu, SUM*
22. Konferencja Naukowa: Zagrożenia behawioralne – profilaktyka, diagnostyka, leczenie (13.12.2013)
– organizator: *Śląski Uniwersytet Medyczny*
23. VI Międzynarodowa Konferencja Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej (22-24.05.2014) – organizator:
Sekcja Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich
24. II Międzynarodowe Sympozjum Naukowe: Edukacja i Zdrowie w Dobie Globalizacji (15-16.05.2014)
– organizator: *Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej*
25. 22nd European Congress on Obesity (6-9.05.2015) – organizator: *EASO*
26. V Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością: Czy otyłość ma płęć? (17-19.09.2015) – organizator:
PTBO i Termedia
27. IV Konferencja: Zdrowy styl życia w kontekście psychodietetyki (19.06.2016) – organizator: *SWPS
Uniwersytet Humanistycznospołeczny*
28. Konferencja: Psychodietetyka – zrozumieć żywienie (3.12.2016) – organizator: *Śląskie Centrum Zdrowia*
29. Konferencja: Prawo a medycyna (8.12.2016) - organizator: *Rada Uczelniana Samorządu Studenckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*

Konferencje psychologiczne:

1. Konferencja: Ból życia: Niedoskonałość - Choroba – Przemijanie (23-24.05.2008) - organizator: *SWPS
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej*
2. Seminarium: Praca, Stres i Mobbing (18.11.2008) - organizator: *Państwowa Inspekcja Pracy, Okręgowy
Inspektorat Pracy w Katowicach*
3. Konferencja: Jak emocje wpływają na żywienie. Najnowsze trendy w psychodietetyce stosowanej
(28.02.2015) – organizator: *Food Forum*
4. X Ogólnopolska Konferencja Psychologii Zdrowia: Z psychologią po zdrowie. Profilaktyka i promocja
zdrowia – mit czy rzeczywistość? (15-17.05.2015) – organizator: *Instytut Psychologii Uniwersytetu
Gdańskiego*
5. XXII Ogólnopolska Konferencja Naukowa: Psychosomatyka (16-17.05.2016) – aktualne trendy i nowe
perspektywy – organizator: *Instytut Psychologii Stosowanej Społecznej Akademii Nauk w Łodzi oraz Sekcja
Medycyny Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*

Warsztaty psychologiczne:

1. Warsztat: Lęk i Depresja prowadzony przez dr J. Zeiga (Phoenix, AZ, USA) (22-23.11.2008) – organizator:
Polski Instytut Ericksonowski
2. Cykl Szkoleniowy: Terapia rodzin (14.11.2008-18.04.2009) - organizator: *Polski Instytut Ericksonowski*
3. Warsztat: Psychologia procesu (29-30.05.2010) – organizator: *Projekt Otwarty*
4. Szkolenie: Człowiek a mózg. Podstawy badania i diagnozy neuropsychologicznej (25-26.09.2010)
- organizator: *Centrum Terapii Systemowej i Pomocy Psychologicznej DIADA*

5. Warsztat psychoterapeutyczny: Zastosowanie ustawień systemowych w leczeniu chorób somatycznych i zaburzeń rozwojowych (7-9.06.2013) - *organizator: Nowa Psychologia*
6. warsztat pracy z traumą (23-27.08.2016) – *organizator: Meritum – Centrum Szkoleń i Rozwoju Osobistego*

Warsztaty naukowe:

1. Warsztaty naukowo-praktyczne z zakresu prowadzenia, zarządzania i komercjalizacji badań naukowych (20.09.2010) - *organizator: Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa*
2. Szkolenie: „Zarządzanie projektami badawczymi i innymi oraz pozyskiwanie funduszy” (96 godzin) w ramach Projektu eduGRANT „Z projektem po nowe technologie” (01.01.2013-31.12.2014) – *organizator: Fundacja Rozwoju Kardiologii im. Prof. Zbigniewa Religi*
3. Warsztaty z przygotowywania wniosków o finansowanie projektów badawczych organizowanych przez Koordynatorów Dyscyplin Narodowego Centrum Nauki (4-5.02.2016) – *organizator: Narodowe Centrum Nauki*

Szkolenie dydaktyczne:

1. Szkolenie: Krajowe Ramy Kwalifikacji. Budowa programów kształcenia i programów zajęć (27.02.2012) - *organizator: Optima Centrum Rozwoju i Kształcenia Kadr*

Kursy językowe:

1. Kurs języka angielskiego (120 godzin) w ramach Projektu eduGRANT „Z projektem po nowe technologie” (01.01.2013-31.12.2014) – *organizator: Fundacja Rozwoju Kardiologii im. Prof. Zbigniewa Religi*
2. Szkolenie językowe Angloville - 70 godzin konwersacji w języku angielskim z native speakerem (5.02-12.02.2016) – *organizator: Angloville. Pierwsza anglojęzyczna wioska w Polsce.*

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/ artystycznych.

Od roku 2000 do 2008 pracowałam w Poradni Leczenia Chorób Metabolicznych: Otyłości i Hiperlipidemii „Waga”, działającej przy Katedrze Patofizjologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, pod kierownictwem pani prof. dr hab. n. med. Barbary Zahorskiej-Markiewicz. W ramach Poradni realizowałam indywidualną i grupową pracę psychologiczną z osobami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania się, otyłość oraz jej psychosomatyczne skutki. Jako członek pierwszego w Polsce zespołu terapeutycznego oferującego profesjonalny, interdyscyplinarny program pomocy dla osób otyłych uczestniczyłam w wypracowywaniu standardów kompleksowego leczenia otyłości. Po roku 2008, jeszcze przez kilka lat współpracowałam z Poradnią „Waga”, rozwijając jednocześnie indywidualną praktykę kliniczną, którą prowadzę nieprzerwanie do dnia dzisiejszego. W ramach gabinetu Primodium

prowadzę psychologiczną terapię zaburzeń odżywiania, zaburzeń obrazu ciała oraz otyłości, prowadzę również szkolenia i warsztaty z tej tematyki.

W 2002 roku rozpoczęłam pracę na stanowisku asystenta w Zakładzie Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Początkowo Zakład mieścił się na Wydziale Opieki i Oświaty Zdrowotnej, a po zmianie nazwy w 2005 roku - na Wydziale Opieki Zdrowotnej. Po przekształceniu się w 2008 roku Śląskiej Akademii Medycznej w Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kontynuowałam pracę w Zakładzie Psychologii na Wydziale Opieki Zdrowotnej w Katowicach, a następnie po zmianie nazwy w 2012 roku - na Wydziale Nauk o Zdrowiu w Katowicach. W latach 2008-2013 zajmowałam stanowisko asystenta, a od roku 2013 jestem zatrudniona na stanowisko adiunkta. Od początku zatrudnienia na Uczelni, moim wiodącym tematem naukowo-badawczym są psychologiczne aspekty odżywiania się i otyłości oraz zagadnienia pokrewne.

Od 2012 roku pełnię funkcję kierownika Zakładu Psychologii, działającego początkowo w ramach Katedry Filozofii i Nauk Humanistycznych Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach, a od roku 2016 po zmianie nazwy – w ramach Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych. Kieruję sześcioposobowym zespołem pracowników naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych. Koordynuję prace naukowo-badawcze z zakresu psychologii zdrowia i psychologii klinicznej, a także realizację psychologicznych zajęć dydaktycznych na większości kierunków studiów realizowanych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym.

4. Wskazanie osiągnięcia* wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

4.1. Tytuł osiągnięcia naukowego

Cykl publikacji pod wspólnym tytułem:

Psychologiczne aspekty odżywiania się i obrazu ciała w kontekście prawidłowej oraz nadmiernej masy ciała

4.2. Wykaz publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego w kolejności omawiania

Wykaz zawiera monografię, 7 prac oryginalnych oraz 1 pracę przeglądową:

1. **Bąk-Sosnowska M.** (2009). Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym. Kraków: Impuls (**MNiSW:20.000**)
Jest to monografia. Mój udział w pracy wynosi 100%

2. **Bąk-Sosnowska M.** Skrzypulec-Plinta V. (2012). Eating habits and physical activity of adolescents in Katowice – the teenagers’ declarations vs. their parents’ beliefs. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (17-18): 2461-2468 (**MNiSW:35.000; IF:1.316**)
Jest to praca oryginalna. Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na decydującym udziale w stworzeniu koncepcji i planu badań, zebraniu materiału badawczego, stworzeniu bazy danych, przeprowadzeniu analizy statystycznej, interpretacji wyników, analizie piśmiennictwa, przygotowaniu manuskryptu, byłam również autorem korespondującym. Mój udział szacuję na 80%.

3. **Bąk-Sosnowska M.**, Pawlicka N., Warchał M. (2016). Body image and lifestyle in young women from Poland and Japan. *Women's Studies International Forum*, 55: 35-43 (**MNiSW:20.000; IF:0.591**)
Jest to praca oryginalna. Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na stworzeniu koncepcji i planu badań, przeprowadzeniu analizy statystycznej, interpretacji wyników, analizie piśmiennictwa, przygotowaniu manuskryptu, byłam również autorem korespondującym. Mój udział szacuję na 70%.

4. Droszól A., **Bąk-Sosnowska M.**, Sajdak D., Białka A., Kociołka A., Franik G., Skrzypulec-Plinta V. (2016). Assessment of the menstrual cycle, eating disorders and self-esteem of Polish adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*: 1-7. <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2016.1216959> (**MNiSW:25.000; IF:1.065**)
Jest to praca oryginalna. Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na istotnym udziale w tworzeniu koncepcji i planu badań, zbieraniu materiału badawczego, stworzeniu bazy danych, przeprowadzeniu analizy statystycznej, interpretacji wyników, analizie piśmiennictwa. Mój udział szacuję na 40%.

5. **Bąk-Sosnowska M.**, Skrzypulec-Plinta V. (2012). Przyczyny nadmiernej masy ciała u kobiet w okresie menopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny*, 11 (1): 31-35. (MNiSW:15.000; IF:0.227)
Jest to praca przeglądowa. Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na udziale w stworzeniu koncepcji i planu badań, zebraniu i analizie piśmiennictwa, przygotowaniu manuskryptu, byłam również autorem korespondującym. Mój udział szacuję na 80%.
6. **Bąk-Sosnowska M.**, Skrzypulec-Plinta. (2016). Health behaviors, health definitions, sense of coherence, and attitudes towards obesity of general practitioners and diagnosing obesity in patients. *Archives of Medical Sciences*: 1-8. DOI: **10.5114/aoms.2016.58145** (MNiSW:25.000; IF:1.812)
Jest to praca oryginalna. Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na stworzeniu koncepcji i planu badań, zebraniu materiału badawczego, stworzeniu bazy danych, przeprowadzeniu analizy statystycznej, interpretacji wyników, analizie piśmiennictwa, przygotowaniu manuskryptu, byłam również autorem korespondującym. Mój udział szacuję na 80%.
7. **Bąk-Sosnowska M.** (2016). Kryteria różnicowe zaburzenia z napadami objadania się i uzależnienia od pożywienia w kontekście przyczyn otyłości oraz jej leczenia. Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatria Polska ONLIN FIRST*, 49: 1-13.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/62824> (MNiSW:15.000; IF:0.884)
Jest to praca oryginalna. Mój udział w pracy wynosi 100%
8. **Bąk-Sosnowska M.** (2009). Interwencja psychologiczna w zespole kompulsywnego jedzenia. *Psychiatria Polska*, 43 (4): 445-456. (MNiSW: 6.000; IF:0.252;)
Jest to praca oryginalna. Mój udział w pracy wynosi 100%
9. **Bąk-Sosnowska M.**, Naworska B., Owczarek A., Chudek J., Skrzypulec-Plinta V., Olszanecka-Glinianowicz M. (2014). Strategie radzenia sobie z nadmierną masą ciała oraz szacunek do siebie i własnego ciała w kontekście analizy transakcyjnej. *Psychiatria Polska*, 48(3): 477–487 (MNiSW:15.000; IF:0.733)

Jest to praca oryginalna. Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na stworzeniu koncepcji i planu badań, zebraniu materiału badawczego, stworzeniu bazy danych, decydującym udziale w analizie i interpretacji wyników, analizie piśmiennictwa, przygotowaniu manuskryptu, byłam również autorem korespondującym. Mój udział szacuję na 65%.

Łączna punktacja prac zgłoszonych w postępowaniu habilitacyjnym:

MNiSW:176.000; IF:6.880

** załączono oświadczenia wszystkich współautorów, określające indywidualny wkład każdego z nich w powstanie każdej publikacji*

4.3. Omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Podstawa teoretyczna, cel i oraz metody i narzędzia badań

Diagnoza przeprowadzona na zlecenie Banku Światowego i Światowej Organizacji Zdrowia wskazuje, że podstawowe przyczyny szkód zdrowotnych stanowią zaburzenia psychiczne i czynniki związane ze stylem życia (Bloom i in., 2011). Skutkują one rozwojem chorób cywilizacyjnych, takich jak na przykład depresja, zaburzenia odżywiania się, otyłość. Aktualnie obserwuje się tendencję do występowania tych problemów u osób coraz młodszych (Campbell, Peebles, 2014; Schwartz i in., 2016).

Zachowania żywieniowe definiowane są jako działania i sposoby postępowania, które bezpośrednio wiążą się z zaspokajaniem potrzeb żywieniowych. Należą do nich zarówno wybory żywieniowe, jak i zaburzenia odżywiania się (Korwin-Szymanowska, Tuszyńska, 2015). Istotny wpływ na zachowania żywieniowe, obok uwarunkowań biologicznych, środowiskowych i kulturowych, mają czynniki psychiczne i emocjonalne. Są one odpowiedzialne za psychologiczne mechanizmy regulacyjne dotyczące jedzenia, które w zależności od przyjętej koncepcji opisuje się w nieco odmienny sposób. Znaczenie przypisuje

się przede wszystkim takim aspektem, jak doświadczenia wczesnodziecięce, uwarunkowania systemu rodzinnego, nawykowe wzorce przekonań i zachowań, uwarunkowania psychofizjologiczne (Ogden, 2011).

Zachowania żywieniowe pozostają w bezpośrednim związku z obrazem własnego ciała, definiowanym jako złożony konstrukt obejmujący zarówno zmysłowy obraz rozmiaru, kształtu i formy ciała, jak i uczucia dotyczące całego ciała lub tylko jego określonych części (Thompson, 1996). Wymiary opisowe obrazu ciała odnoszą się do emocjonalnego doświadczania ciała, spostrzeżeń i przekonań na temat własnego ciała oraz do zachowań względem własnego ciała (Cash, Smolak, 2011). Szczególną formą obrazu ciała jest wizerunek ciała dotyczący wyglądu.

Niezadowolenie z wyglądu skutkuje negatywnymi konsekwencjami psychospołecznymi i zdrowotnymi. Chociaż występują one u obu płci, szczególnie częste i nasilone są u kobiet. Manifestują się między innymi w postaci obniżonej samooceny, zaburzeń nastroju oraz zaburzeń odżywiania się (Ferreiro i in., 2011; Brdარიć i in., 2015). Obserwuje się również zależność odwrotną – osoby przejawiające różnego rodzaju nieprawidłowe zachowania żywieniowe mają obniżoną samoocenę oraz negatywny obraz własnego ciała (Mangweth-Matzek i in., 2014).

Na podstawie dostępnej wiedzy naukowej można stwierdzić, że pomiędzy zachowaniami żywieniowymi, masą ciała, obrazem własnego ciała oraz stanem psychicznym zachodzą złożone zależności, w których istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne. W oparciu o te zależności sformułowano podstawowy cel badań, których wyniki zostały opublikowane w prezentowanym cyklu publikacji: **analiza zachowań żywieniowych i obrazu ciała u kobiet z prawidłową oraz nadmierną masą ciała w aspekcie samooceny, profesjonalnej diagnozy, a także leczenia.**

Podstawę teoretyczną badań stanowił biopsychospołeczny model zdrowia, który jako podejście holistyczne uwzględnia zależności pomiędzy wszystkimi wymiarami zdrowia. Nawiązuje do ogólnej teorii systemów, opisującej człowieka w kategoriach złożonego układu składającego się z mniejszych funkcjonalnych całości i będącego jednocześnie częścią innych, dynamicznie oddziaływujących na siebie systemów (Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012). Analiza badanych mechanizmów psychologicznych osadzona została w nurcie psychologii integracyjnej. Kluczową rolę odegrała koncepcja poznawczo-behawioralna, jednak zaznaczony został również wpływ koncepcji systemowej oraz psychodynamicznej (Schultz, Schultz, 2008).

Dobór do grup badanych był celowy, każdorazowo sformułowano precyzyjne kryteria włączenia do badania. W przypadku badań z udziałem osób niepełnoletnich uzyskano zgodę na udział w badaniu od rodziców lub opiekunów. Grupę badaną ograniczono praktycznie w całości

do osób płci żeńskiej (jedyne wyjątkiem stanowiło badanie dzieci szkolnych, którym objęto dziewczynki i chłopcy). Zostało to podyktowane:

- specyfiką analizowanych zagadnień – większość kobiet jest niezadowolona z własnego wyglądu (Runfola i in., 2013), a już we wczesnym okresie życia dysfunkcyjne zachowania żywieniowe kobiet są silnie skorelowane z niezadowoleniem z ciała i niską samooceną (Teixeira i in., 2016),
- rozkładem występowania w populacji zaburzeń związanych z analizowanymi zagadnieniami – kobiety częściej cierpią na zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia obrazu ciała (Keski-Rahkonen, Mustelin, 2016),
- dostępnością grupy badawczej - kobiety częściej poszukują profesjonalnej pomocy w związku z problemami zdrowotnymi (Thompson i in., 2016).

Badanie przeglądowe oparto na analizie dostępnych źródeł naukowych z omawianego zakresu tematycznego. Wykorzystywano przede wszystkim bazy publikacji medycznych PubMed oraz publikacji psychologicznych PsychLIT, a także dostępne na rynku publikacje książkowe.

Badania oryginalne oparto na metodologii badań społecznych. Zastosowano metody psychometryczne oraz metodę sondażu diagnostycznego. W tym zakresie posłużono się narzędziami badawczymi w postaci, odpowiednio: standaryzowanych testów psychologicznych oraz własnych kwestionariuszy ankiety. W badaniach, których wyniki zostały opublikowane w prezentowanym cyklu prac wykorzystano następujące testy psychologiczne:

- Kwestionariusz Samooceny (Self-Esteem Scale - SES) autorstwa M. Rosenberga, w polskiej wersji M. Łaguny, K. Lachowicz-Tabaczek, I. Dzwonkowskiej - służy do oceny poziomu ogólnej samooceny, rozumianej jako względnie stała postawa (pozytywna lub negatywna) wobec Ja. Składa się z 10 stwierdzeń diagnostycznych. Wynik ogólny uzyskuje się poprzez zsumowanie punktacji za poszczególne twierdzenia.
- Kwestionariusz Postaw Wobec Odżywiania (Eating Attitude Test - EAT-26) autorstwa D. Garnera i P. Garfinkela, w polskiej wersji K. Włodarczyk-Bisagi – jest narzędziem przesiewowym, służącym do oceny ryzyka występowania zaburzeń odżywiania. Składa się z 26 pytań dotyczących przekonań i zachowań wobec jedzenia. Uzyskuje się wynik ogólny oraz wyniki w podskalach: dieta, bulimia, restrykcje dietetyczne.

- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego - składa się z 24 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Uzyskuje się wynik ogólny oraz wyniki w podskalach: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne.
- Test Orientacji Życiowej (Sense of Coherence Scale - SOC-29) autorstwa A. Antonovsky'ego w polskiej adaptacji J. Koniarek, B. Dudek, Z. Makowskiej – służy do badania poczucia koherencji. Składa się z 29 pytań. Uzyskuje się wynik ogólny oraz wyniki w podskalach: zrozumiałość, zaradność, sensowność.
- Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ) autorstwa Z. Juczyńskiego - składa się z 24 stwierdzeń opisujących różne znaczenia zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Uzyskuje się wyniki w kategoriach definiujących zdrowie jako: stan, cel, proces, właściwość, wynik. Kwestionariusz pozwala ponadto na ustalenie hierarchii najważniejszych wartości kojarzonych przez badanego ze zdrowiem.
- Kwestionariusz Stanów Ja (The Ego State Questionnaire – ESQ) autorstwa E. Berne'a w polskiej wersji językowej – służy do badania określonych wymiarów osobowości. Składa się z 60 pytań. Uzyskuje się wynik w pięciu wymiarach diagnostycznych: Rodzic Krytyczny, Rodzic Opiekuńczy, Dorosły, Dziecko Przystosowane, Dziecko Spontaniczne, Dziecko Twórcze.
- Inwentarz Samooceny (The Coopersmith Self-Esteem Inventory – CSEI) autorstwa S. Coopersmith'a w polskiej wersji językowej – służy do badania ogólnej samooceny. Zawiera 58 stwierdzeń. Wynik ogólny uzyskuje się poprzez zsumowanie punktacji za stwierdzenia diagnostyczne (*w pracy używano nazwy narzędzia w tłumaczeniu własnym: Skala szacunku do siebie*).
- Skala oceny ciała (Body Esteem Scale - BES) autorstwa S. Franzoi i S. Shields , w polskiej wersji językowej – zawiera 35 określeń dotyczących części oraz funkcji własnego ciała. Uzyskuje się wyniki w trzech kategoriach, które w wersji dla kobiet dotyczą: atrakcyjności seksualnej, zatroskania masą ciała, kondycji fizycznej (*Ponieważ praca z wykorzystaniem tego narzędzia powstała zanim pojawiła się jego polska adaptacja, używano nazwy skali: Skala szacunku wobec własnego ciała oraz nazw podskal w tłumaczeniu własnym. Ponadto nie odnoszono otrzymanych wyników do norm populacyjnych, a punkty odcięcia dla wyników wysokich i niskich wyznaczono za pomocą metod analizy statystycznej*).

Wykorzystano ponadto kwestionariusze ankiet własnej konstrukcji, stworzone na potrzeby konkretnych badań. W większości przypadków stanowiły one uzupełnienie testów psychologicznych i zawierały pytania istotne dla badanego zagadnienia, które nie znalazły się w testach. W dwóch przypadkach własne kwestionariusze ankiet stanowiły podstawowe narzędzie badawcze:

- Kwestionariusz oceny zachowań żywieniowych i aktywności fizycznej - zawierał 10 pytań dotyczących codziennych zwyczajów żywieniowych (jedzenia I i II śniadania, rodzaju produktów zjadanych na śniadania, pory spożywania kolacji, dziennej liczby posiłków, ilości owoców i warzyw w diecie, produktów kupowanych w sklepiku szkolnym) oraz związanych z aktywnością fizyczną (rodzaj i poziom aktywności). Kwestionariusz został opracowany dla dzieci oraz ich rodziców, obie wersje były względem siebie analogiczne.
- Kwestionariusz oceny ciała i stylu życia – zawierał 24 pytania zamknięte. Pierwsze 10 dotyczyło samooceny wyglądu, preferowanego wzorca atrakcyjności fizycznej i preferowanych atrybutów kobiecości. Kolejne 14 pytań dotyczyło aktywności fizycznej, diety, spędzania czasu wolnego, radzenia sobie ze stresem. Kwestionariusz został opracowany w polskiej i angielskiej wersji językowej.

Analizy statystyczne danych przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego Statistica 10 firmy StatSoft Polska. We wszystkich analizach statystycznych, do obliczeń przyjęty został poziom istotności statystycznej $\alpha = 0,05$. Zgodność rozkładu z normalnym sprawdzano za pomocą testu Shapiro-Wilka. We wszystkich badaniach stosowano metody statystyki opisowej, a następnie, zależnie od konkretnego badania, metody analizy jednoczynnikowej lub wieloczynnikowej.

W przypadku wszystkich planowanych badań zwracano się z prośbą o opinię do Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Omówienie badań i uzyskane wyniki

Punktem wyjścia dla publikacji dotyczących relacji pomiędzy masą ciała a obrazem ciała stała się monografia na temat otyłości i odchudzania się [**publikacja 1**]. Zawiera ona podstawy wiedzy medycznej dotyczącej przyczyn, diagnozowania i powikłań otyłości, krytyczną analizę dostępnej literatury naukowej na temat psychologicznych uwarunkowań nadmiernego jedzenia, odniesienia do wcześniejszych prac własnych i praktyki klinicznej autorki oraz wskazania do pracy terapeutycznej z uczestnikami kuracji odchudzających.

W książce przytoczono własne koncepcje dotyczące: kluczowych aspektów psychologicznych odpowiedzialnych za objadanie się, rodzaju nieprawidłowych zachowań żywieniowych skutkujących nadmierną masą ciała, najbardziej dokuczliwych psychologicznych konsekwencji otyłości, psychologicznych czynników zwiększających efektywność leczenia otyłości. W oparciu o własne doświadczenie kliniczne scharakteryzowano mechanizm motywacji do redukcji nadmiernej masy ciała, zjawisko otyłości i odchudzania się w koncepcji stresu psychologicznego, znaczenie obrazu własnego ciała dla obrazu siebie. Sformułowano tezę, iż otyłość w swoim pozytywnym wymiarze ułatwia jednostce funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych, co realizuje się poprzez zaspokajanie określonych potrzeb psychologicznych. Postulowano również, iż kluczowym aspektem dla samooceny wyglądu jest samopoczucie związane z własnym wyglądem, nie zaś poziom orientacji w rzeczywistym wyglądzie własnego ciała. Podjęto próbę wyjaśnienia niejednoznacznych wyników w zakresie obrazu ciała u osób otyłych, lokując przyczynę w metodologii badań, która zwyczajowo uwzględnia jedynie deklaracyjny, rzadziej spostrzeżeniowy aspekt obrazu ciała. Zwrócono uwagę na rolę wyobraźni i nieświadomości w obrazie ciała. Przytoczono własną, wieloaspektową koncepcję obrazu ciała, na którą składają się aspekty: deklaracyjny, sensoryczny, wyobrażeniowy i spostrzeżeniowy. Tytuł książki: „Między ciałem a umysłem” stanowić miał metaforę złożonych mechanizmów psychosomatycznych, które sprzyjają rozwojowi otyłości i jej utrzymywaniu się. Wykazano, że nie ograniczają się one tylko do jednostki, ale obejmują także procesy interakcji społecznych zarówno z osobami bliskimi, jak i profesjonalistami zaangażowanymi w diagnozę i leczenie nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Zagadnienia te zostały rozwinięte w kolejnych pracach, które omówiono poniżej w odniesieniu do trzech obszarów tematycznych:

Samooceń zachowań żywieniowych i obrazu ciała

Adolescencja oraz wczesna młodość wiążą się ze szczególnym uwrażliwieniem na własny wygląd oraz zwiększoną potrzebą akceptacji społecznej, dlatego stanowią okresy podwyższonego ryzyka zaburzeń obrazu ciała oraz odżywiania się (Swanson i in., 2011). Dojrzewanie skutkuje wzrastającą samodzielnością w myśleniu i działaniu, dlatego również w zakresie jedzenia dziecko uniezależnia się nieco od rodziców, co może skutkować niepożądaną zmianą masy ciała – niedowagą lub nadwagą. Dlatego w badaniach podjęto najpierw próbę oceny wybranych aspektów stylu życia nastolatków, a także porównania ich deklaracji z oceną rodziców [publikacja 2]. Za pomocą własnego Kwestionariusza oceny zachowań żywieniowych i aktywności fizycznej zbadano 711 uczniów w wieku 14-15 lat oraz

266 rodziców. Wykazano, że 10% dzieci nie jada I śniadania a 15% II śniadania, połowa dzieci na I śniadanie spożywa przetwory mleczne, większość na II śniadanie zjada kanapki, 45% w sklepiu szkolnym najczęściej kupuje przekąski, 65% preferuje aktywność fizyczną w postaci gier zespołowych, 90% chętnie uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego. W odniesieniu do deklaracji dzieci, ich rodzice istotnie przeszacowywali częstość zjadania I śniadania ($\chi^2=13,37$; $p<0,001$), II śniadania ($\chi^2=12,33$; $p<0,001$) i liczbę posiłków w ciągu dnia ($U=72575,50$; $p<0,001$). Nie doszacowywali natomiast liczby zjadanych owoców ($U=81563,00$; $p<0,001$) oraz pozytywnego nastawienia do lekcji wychowania fizycznego ($\chi^2=7,77$; $p<0,01$). Wykazano ponadto, że dzieci zjadające I śniadanie chętniej uczestniczyły w lekcjach wychowania fizycznego ($\chi^2=6,40$; $p<0,05$) oraz kupowały mniej przekąsek w sklepiu szkolnym ($\chi^2=11,24$; $p<0,01$). Dodatkowo, dzieci zjadające na I śniadanie produkty typu fast food były mniej aktywne fizycznie w porównaniu do średniej aktywności w grupie rówieśniczej ($u=1,67$; $p<0,05$).

Okres dojrzewania i wczesnej młodości charakteryzuje się również zwiększoną podatnością na wpływ mediów, w tym kreowanego przez nie wizerunku fizycznej atrakcyjności. Wielu autorów wskazuje, że wzorce amerykańskiej popkultury oddziałują w tym zakresie podobnie na wszystkie kobiety, niezależnie od ich narodowości i pochodzenia (Latner i in., 2011). Dostępne doniesienia naukowe koncentrowały się jednak głównie na porównaniach grup zbliżonych terytorialnie lub kulturowo. W bazach publikacji naukowych nie znaleziono prac porównujących Polki z kobietami innych narodowości. Zasadne jest zatem pytanie, czy Polki internalizują przekaz mass mediów dotyczący wyglądu w podobnym stopniu i w podobny sposób jak kobiety odległe kulturowo, ale z równie silnymi jak w Polsce wzorcami kobiecego piękna zakorzenionymi w kulturze narodowej? Zagadnienie stało się przedmiotem badania **[publikacja 3]**, które miało na celu porównanie wybranych aspektów obrazu ciała i stylu życia u studentek z Polski i Japonii. Wykorzystując własny Kwestionariusz oceny ciała i stylu życia zbadano łącznie 203 Polki i Japonki między 18 a 23 rokiem życia. Większość badanych w obu grupach zadeklarowała zadowolenie z własnego wyglądu, jednak na pytanie o chęć jego poprawy, pozytywnie odpowiedziało 100%. Wykazano, że Japonki mają większe poczucie proporcjonalnej budowy własnego ciała ($U=30,65$; $p<0,05$), jednocześnie są bardziej podatne na społeczne standardy kobiecej urody ($U=213,18$; $p<0,001$). Istotne różnice między grupami wykazano również w następujących aspektach: preferowany ideał kobiecości ($\chi^2=70,657$; $p<0,001$), najważniejszy atrybut kobiecości ($\chi^2=62,406$; $p<0,001$), najbardziej ceniony atrybut ciała ($\chi^2=15,519$; $p<0,01$), preferowana metoda zwiększenia atrakcyjności własnego wyglądu ($\chi^2=48,303$; $p<0,001$), proporcja obowiązków i czasu wolnego ($\chi^2=7,444$;

$p<0,01$), powód stosowania diety ($\chi^2=24,970$; $p<0,001$), preferowany rodzaj żywności ($\chi^2=7,992$; $p<0,01$), miejsce kupowania gotowych posiłków ($\chi^2=16,308$; $p<0,01$). Polki zadeklarowały, że: ideałem kobiecości jest kobieta o pełnych kształtach, najważniejszym atrybutem kobiecości są piersi i oczy, najcenniejszym atrybutem ciała jest zdrowie, preferowana metoda poprawy wyglądu to ćwiczenia fizyczne, a także że mają więcej czasu wolnego niż obowiązków, stosują dietę aby uzyskać wymarzoną sylwetkę, częściej jedzą posiłki przygotowane samodzielnie, ale jednocześnie częściej sięgają po produkty typu fast food.

Psychologiczny kontekst diagnozy zachowań żywieniowych i obrazu ciała

Nieprawidłowe zachowania żywieniowe mogą skutkować rozwojem zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego oraz somatycznego. Poszukiwanie profesjonalnej pomocy ma wówczas najczęściej związek z dokuczliwymi lub niepokojącymi objawami, nie zaś z przyczyną, która do nich doprowadziła. Z tego względu kolejne prace dotyczyły związku między objawami chorób a zachowaniami żywieniowymi i obrazem ciała. W badaniach sprawdzono najpierw zależność pomiędzy zaburzeniami cyklu miesięczkowego a zachowaniami żywieniowymi i samooceną nastolatek [**publikacja 4**]. Zbadano 623 dziewczęta w wieku 15-19 lat. Wykorzystano Skalę Samooceny (SES) i Kwestionariusz postaw wobec jedzenia (EAT-26) oraz dodatkowo własny kwestionariusz ankiety oceniający styl życia i wybrane aspekty ginekologiczne. Nieregularny cykl miesięczkowy zdiagnozowano u 37.88% badanych, zaś u 5.20% wystąpił wtórny brak miesiączki. U 16.21% badanych stwierdzono podwyższone ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania, a u 54.57% badanych niski poziom samooceny. Wykazano, że prawdopodobieństwo wystąpienia nieregularnych miesiączek jest prawie dwa razy wyższe u dziewcząt z podwyższonym ryzykiem zaburzeń odżywiania się ($OR=1,85$; $p<0,05$) oraz niższą samooceną ($OR=1,78$; $p<0,05$). Wykazano ponadto istotne różnice ($p<0,05$) w zakresie ogólnego ryzyka zaburzeń żywieniowych, diety oraz restrykcji dietetycznych pomiędzy badanymi z niskim i wysokim poziomem samooceny. We wszystkich trzech wymiarach dziewczęta z wyższą samooceną osiągnęły niższe wyniki.

Atrakcyjny wygląd jest czynnikiem wpływającym na jakość życia kobiety niezależnie od wieku, dlatego okresy życia, w których ciało zmienia się w wyniku naturalnych zmian rozwojowych mogą być szczególnie zagrożone ryzykiem rozwoju zaburzeń związanych z jedzeniem i obrazem ciała. Do takich okresów należy klimakterium, między innymi ze względu na zwiększone ryzyko przyrostu masy ciała (Sutton-Tyrrell i in., 2010). Analiza przyczyn nadmiernej masy ciała u kobiet w okresie menopauzalnym stała się przedmiotem

pracy przeglądowej [**publikacja 5**]. Obok czynników biologicznych, omówiono w niej znaczenie czynników psychospołecznych wpływających pośrednio na styl życia, takich jak przekonania na temat menopauzy, obecność zaburzeń lękowych i depresyjnych, aktywność seksualna, relacje z partnerem, obraz własnego ciała, osobowość i temperament. Postulowano, że chociaż okres menopauzy charakteryzuje się biologicznie uwarunkowaną predyspozycją do przyrostu tkanki tłuszczowej i jej gromadzenia się w okolicy brzucha, modyfikacja stylu życia i konstruktywne rozwiązywanie problemów psychologicznych przyczyniają się do ograniczenia rozwoju otyłości lub jej efektywnego leczenia.

Lekarze pierwszego kontaktu stanowią często pierwsze ogniwo procesu diagnostycznego ponieważ właśnie do nich, wielokrotnie i w różnych okresach swojego życia trafia duża część populacji, poszukując pomocy w rozmaitych problemach zdrowotnych. Z doniesień innych autorów wynika również, że postawa lekarza pierwszego kontaktu wobec zdrowia oraz jego styl życia wpływają na motywację pacjentów do konstruktywnych zachowań zdrowotnych (Frank i in., 2013). Ocena postaw lekarzy pierwszego kontaktu wobec zdrowia oraz poszukiwanie czynników sprzyjających diagnozowaniu przez nich otyłości u swoich pacjentów stały się celem kolejnego badania [**publikacja 6**]. Uczestnikami było 250 lekarzy POZ. Zastosowano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-26), Listę Kryteriów Zdrowia (LZK) oraz dodatkowo własny kwestionariusz ankiety do badania postaw wobec otyłości i jej leczenia. Zdecydowanie porozdrowotne zachowania zadeklarowało 31,9% badanych, zaś zdecydowanie antyzdrowotne 24,6%. Wysokie poczucie koherencji zaobserwowano u 39% badanych. Zdrowie było najczęściej definiowane w kategoriach stanu, zaś największa grupa badanych za najważniejsze kryterium zdrowia uznała samoakceptację. Jedynie 6,8% badanych przyznało, że dokonuje pomiaru masy ciała swoich pacjentów przy każdej wizycie. Po zdiagnozowaniu otyłości połowa lekarzy zawsze informuje o tym pacjentów, a w tej grupie tylko 1/3 używa określenia „otyłość”. Tylko 1/3 wszystkich badanych używa określenia „leczenie otyłości”. Podstawową formą motywowania pacjentów do redukcji nadmiernej masy ciała jest informowanie o powikłaniach zdrowotnych (60,4% badanych), zaś najczęściej rekomendowaną metodą redukcji masy ciała jest dieta. Wykazano ponadto, że szansa na dokonanie przez lekarza pierwszego kontaktu pomiaru masy ciała u pacjenta wzrasta prawie dwukrotnie wraz ze wzrostem poczucia koherencji lekarza (OR=1,38; p<0,05) oraz przejawianiem przez niego zachowań prozdrowotnych (OR=1,38; p<0,05).

Na efektywność leczenia otyłości istotny wpływ ma właściwa diagnoza, a więc również różnicowanie zaburzeń o zbliżonej symptomatologii, a następnie ich adekwatna terapia.

Z praktyki klinicznej oraz doniesień innych autorów wynika (Davis i in., 2011; Mitchell i in., 2015), że z otyłością współwystępuje często nie tylko zaburzenie z napadami objadania się (BED - binge eating disorder), ale również zachowania żywieniowe o symptomatologii podobnej do uzależnienia, określane mianem uzależnienia od jedzenia (EA - eating addiction) lub uzależnienia od pożywienia (FA – food addiction). Ponieważ na gruncie polskim problematyka dotycząca specyficznych różnic między tymi zaburzeniami nie była szeroko eksplorowana, podjęto próbę stworzenia kryteriów różnicowych dla zaburzenia z napadami objadania się i uzależnienia od pożywienia [**publikacja 7**]. W tym celu dokonano szczegółowej analizy porównawczej kryteriów diagnostycznych BED oraz zaburzeń spowodowanych używaniem substancji (SUD - substance use disorder) zawartych w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychiczych DSM-V. Następnie odniesiono kryteria diagnostyczne obu zaburzeń do publikacji naukowych na temat nadmiernego jedzenia u osób otyłych z lat 2005-2016, dostępnych w bazie PubMed. Opierając się na doniesieniach naukowych oraz własnej praktyce klinicznej wyodrębniono konkretne podobieństwa oraz różnice w symptomatologii obu zaburzeń. Ostatecznie sformułowano kryteria różnicowe dla BED i FA, które dotyczą: funkcji jedzenia, okoliczności jedzenia, reakcji na niemożność jedzenia, świadomości problemu. Ponadto omówiono sposób leczenia obu zaburzeń, wskazując na istotne różnice w obszarze: celu i zakresu leczenia, stosunku do produktów problemowych, znaczenia wsparcia społecznego.

Psychologiczny kontekst leczenia zaburzeń zachowań żywieniowych i obrazu ciała

Zaburzenie z napadami objadania się zostało ujęte w amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dopiero w roku 2013. W klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) obowiązującej w Polsce zaburzenie to nie figuruje do dziś, więc w okresie gdy powstawała praca na ten temat [**publikacja 8**] nie istniały wyraźnie sformułowane kryteria diagnostyczne ani wytyczne do leczenia. W pracy własnej, obok szczegółowego omówienia symptomatologii zaburzenia, zaproponowano autorski model interwencji terapeutycznej. Założono, że BED jest zachowaniem kompulsywnym, a więc ma podłoże lękowe. Interwencja osadzona została w nurcie poznawczo-behawioralnym i miała formę narzędzia autoterapeutycznego. Stanowiła zestaw konkretnych wskazówek przydatnych w radzeniu sobie z napadami objadania się i uwzględniała następujące etapy: analiza, świadomość, rozluźnienie, kontrola, dystans. W pracy sformułowano tezę o konieczności rozłącznego leczenia zaburzeń odżywiania się i otyłości. Postulowano, aby najpierw leczyć zaburzenia związane

z przejadaniem się (bulimię i BED), a dopiero później wspierać pacjenta w redukcji nadmiernej masy ciała.

Ponieważ zaburzenia odżywiania się i nadmierna masa ciała wpływają nie tylko na ocenę własnego ciała, ale również na samoocenę globalną, czyli Koncepcję Ja, celem kolejnych badań była analiza struktury Ja osób otyłych z perspektywy koncepcji analizy transakcyjnej oraz określenie zależności pomiędzy strukturą Ja, samooceną i wyborem określonej strategii radzenia sobie z otyłością [publikacja 9]. Zbadano 171 dorosłych kobiet. Posłużono się Kwestionariuszem Stanów Ja (ESQ), Inwentarzem Samooceny (CSEI) i Skalą oceny Ciała (BES). Ze względu na strategię radzenia sobie z nadmierną masą ciała, grupę badaną podzielono na trzy podgrupy: aktualnie nieodchudzającą się (35,1%), odchudzającą się samodzielnie (33,9%) oraz korzystającą ze świadczeń poradni leczenia otyłości. Nie potwierdzono istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie: stanów Ja, samooceny ogólnej, samooceny atrakcyjności seksualnej, kondycji fizycznej i zatroskania masą ciała. Wykazano jednak, że prawdopodobieństwo redukcji masy ciała zwiększa się wraz ze wzrostem samooceny atrakcyjności seksualnej ($OR=1,056$; $p<0,05$), zaś zmniejsza się pod wpływem zatroskania masą ciała ($OR=0,947$; $p<0,05$) i obecności silnego Rodzica Opiekunczego ($OR=0,925$; $p<0,05$).

Wnioski z badań i implikacje praktyczne

Przeprowadzone badania i analizy w obszarze obrazu ciała oraz zachowań żywieniowych i zaburzeń rozwijających się na ich tle dały podstawę dla sformułowania następujących wniosków w zakresie wiedzy i ich implikacji praktycznych:

W obszarze samooceny

1. Rodzice przeszacowują prozdrowotny charakter zachowań żywieniowych swoich dzieci. Z tego względu edukacja zdrowotna rodziców powinna obejmować nie tylko wiedzę z zakresu zasad prawidłowego żywienia, ale również kwestię wglądu w nawyki żywieniowe dzieci i rozmowy na temat stylu życia. Nadzór rodzicielski nad ilością i jakością spożywanych przez dzieci posiłków zmniejsza ryzyko przeoczenia takich problemów, jak zaburzenia odżywiania się.
2. Niezależnie od kręgu kulturowego młode kobiety chcą być szczuplejsze niż są, pomimo że ich masa ciała mieści się w normie. Różnią się jednak określonymi preferencjami dotyczącymi wyglądu i odżywiania się. W profilaktyce i leczeniu zaburzeń związanych

z odżywianiem się istotne jest zatem uwzględnienie różnic kulturowych oraz wynikających z tradycji. Odnosi się to zarówno do kwestii pożywienia, jak i wizerunku ciała.

W obszarze diagnozy

3. Istnieją zależności między zaburzeniami cyklu miesięczkowego, zachowaniami żywieniowymi i samooceną dziewcząt w okresie adolescencji. Istotne jest zatem, aby przy diagnozowaniu zaburzeń menstruacyjnych lekarze ginekolodzy uwzględniali również kwestię nawyków żywieniowych oraz stosunek swoich pacjentek do samych siebie. Zasadne jest organizowanie szkoleń dla lekarzy ginekologów z zakresu przesiewowego rozpoznawania ryzyka lub obecności zaburzeń odżywiania się oraz problemów z samooceną.
4. Kobiety w okresie menopauzy tyją nie tylko z powodu czynników biologicznych, czynniki psychologiczne również mają na to wpływ. Wynika z tego, że kobieta wchodząca w okres okołomenopauzalny może wymagać wsparcia psychologicznego, a w określonych sytuacjach również psychoterapeutycznego. Istotną rolę mogą odegrać lekarze pierwszego kontaktu oraz lekarzy ginekolodzy, do których trafiają otyłe pacjentki w okresie menopauzy. Wstępne rozpoznanie trudności psychicznych lub emocjonalnych i pokierowanie pacjentek do odpowiednich specjalistów daje szansę na poprawę zarówno ich stanu psychicznego, jak i somatycznego.
5. Część lekarzy pierwszego kontaktu ma trudności w rozmawianiu z pacjentem o nadmiernej masie ciała. Z tego względu zasadne jest organizowanie szkoleń oraz profesjonalnego wsparcia dla lekarzy pierwszego kontaktu, służących zwiększaniu umiejętności w obszarze relacji interpersonalnych. Może to przyczynić się do wzrostu poczucia kompetencji lekarzy i wpłynąć pozytywnie na efekty profilaktyki zdrowotnej i leczenia chorób wynikających z otyłości.
6. Zaburzenie z napadami objadania się oraz uzależnienie od pożywienia są odrębnymi zaburzeniami, chociaż mają podobne objawy. Dlatego konieczne jest precyzyjne diagnozowanie problemów związanych z odżywianiem się nawet wtedy, gdy nie figurują w klasyfikacjach medycznych. Chociaż ich wspólną konsekwencją jest otyłość, efektywne leczenie nadmiernej masy ciała musi uwzględniać specyfikę pierwotnego zaburzenia.

W obszarze leczenia

7. Ważnym elementem leczenia Zaburzenia z napadami objadania się jest przerwanie łańcucha automatycznych myśli i zachowań. Mogą w tym pomóc narzędzia

samopomocowe oraz protokoły dla specjalistów wspomagające pracę z pacjentami otyłymi. Poprzez dostępność dla szerokiego grona odbiorców narzędzia te zwiększają szansę skutecznego radzenia sobie z problemowym jedzeniem, mogą również obniżyć koszty terapii i czas jej trwania.

8. Osobowość nie wpływa na wybór metody leczenia otyłości, ale może sprzyjać efektywności leczenia. Oznacza to, że diagnoza cech osobowości może być istotnym elementem psychologicznej terapii otyłości oraz prognozowania jej efektywności. Wykorzystanie metody Analizy transakcyjnej w relacji z pacjentem może również służyć wspieraniu tych obszarów Ja, które odgrywają istotną rolę proces terapii i stosowania się do zaleceń specjalistów.

Piśmiennictwo

1. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
2. Campbell K., Peebles R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134 (3): 582-592.
3. Schwartz B.S., Glass T.A., Pollak J., Hirsch A.G., Bailey-Davis L., Moran T.H., Bandeen-Roche K. (2016). Depression, its comorbidities and treatment, and childhood body mass index trajectories. *Obesity (Silver Spring)*. DOI: 10.1002/oby.21627. [Epub ahead of print]
4. Korwin-Szymanowska A., Tuszyńska L. (2015). Zachowania żywieniowe jako nieodłączny element edukacji zdrowotnej – raport z badań. (W:) A. Wolska-Adamczyk (red.). *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Inżynierii i Zdrowia, s. 23-38.
5. Ogden J. (2011). *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
6. Thompson J.K. (1996). Introduction: body image, eating disorders, an obesity — an emerging synthesis. (In:) J.K. Thompson (ed.). *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association DC, pp. 1–20.
7. Cash T.F., Smolak L. (2011). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. (In:) T.F. Cash, L. Smolak (eds.). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: Guilford Press, pp. 3-11.

8. Ferreira F., Seoane G., Senra C. (2011). A prospective study of risk factors for the development of depression and disordered eating in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40: 500–505.
9. Brdarić D., Jovanović V., Gavrilov Jerković V. (2015). The relationship between body mass index and subjective well-being - the moderating role of body dissatisfaction. *Medicinski Pregled*, 68 (9-10): 316-323.
10. Mangweth-Matzek B., Hoek H.W., Pope H.G. Jr. (2014). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6): 431-435.
11. Derenne J.L., Beresin E.V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30 (3): 257-261.
12. Ostrzyżek A., Marcinkowski JT. (2012). Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93 (4): 682-686.
13. Schultz D.P., Schultz S.E. (2008) *Historia współczesnej psychologii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
14. Runfola C.D., Von Holle A., Trace S.E., Brownley K.A., Hofmeier S.M., Gagne D.A., Bulik C.M. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies. *European Eating Disorders Review*, 21 (1): 52-59.
15. Teixeira M.D., Pereira A/T., Marques M.V., Saraiva J.M., Macedo A.F. (2016). Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38 (2): 135-40.
16. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6): 340-345.
17. Thompson A.E., Anisimowicz Y., Miedema B., Hogg W., Wodchis W.P., Aubrey-Bassler K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Family Practice*, 17: 38.
18. Swanson S.A., Crow S.J., Le Grange D., Swendsen J., Merikangas K. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents. Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7): 714-723.

19. Latner J.D., Knight T., Illingworth K. (2011). Body image and self-esteem among Asian, Pacific Islander, and White college students in Hawaii and Australia. *Eating Disorder*, 19 (4): 355-368.
20. Sutton-Tyrrell K., Zhao X., Santoro N., Lasley B., Sowers M., Johnston J., Mackey R., Matthews K. (2010). Reproductive hormones and obesity: 9 years of observation from the Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Epidemiology*, 171 (11): 1203-1213.
21. Frank E., Dresner Y., Shani M., Vinker S. (2013). The association between physicians' and patients' preventive health practices. *Canadian Medical Association Journal*, 185 (8): 649-653.
22. Davis C., Curtis C., Levitan R.D., Carter J.C., Kaplan A.S., Kennedy J.L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57 (3): 711-717.
23. Mitchell J.E., King W.C., Courcoulas A., Dakin G., Elder K., Engel S., Flum D., Kalarchian M., Khandelwal S., Pender J., Pories W., Wolfe B. (2015). Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (2): 215-222.

4.4. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych

Poza pracami należącymi do cyklu opisanego w punkcie 4, po uzyskaniu stopnia doktora opublikowałam **49** prac pełnotekstowych, których jestem autorem lub współautorem, w tym: **18** artykułów oryginalnych, **7** artykułów poglądowych, **22** rozdziałów w książkach, **2** monografie. Łączny współczynnik wpływu tych prac wynosi **3,671 IF**.

Moje publikacje dotyczą w dużym stopniu tematyki związanej z psychologią odżywiania się, a mianowicie: obrazem własnego ciała, zaburzeniami odżywiania się i psychologicznymi aspektami otyłości. Pozostałe prace skupiają się na tematyce zachowań zdrowotnych i jakości życia, wpływu choroby na funkcjonowanie psychologiczne człowieka i jego rodziny oraz psychologicznych aspektów opieki położniczej.

Obraz własnego ciała

Oprócz prac dotyczących obrazu ciała zawartych w cyklu, powstało na ten temat jeszcze sześć innych prac. Opierały się one na materiale badawczym zgromadzonym do pracy

doktorskiej. Badaniami objęto 150 dorosłych kobiet z nadwagą uczestniczących w ambulatoryjnej, kompleksowej kuracji odchudzającej. Analizowano odrębnie cztery wyodrębnione aspekty obrazu ciała: deklaracyjny, sensoryczny, wyobraźniowy i spostrzeźniowy, na każdym z 4 etapów: początek kuracji odchudzającej, 5%, 10% i 15% redukcji wyjściowej masy ciała. Ogólnym celem badania była ocena postrzegania rozmiarów własnego ciała oraz zadowolenia z ciała u kobiet z nadmierną masą ciała w trakcie procesu jej redukcji.

Najpierw analizowano stopień zbieżności pomiędzy wyodrębnionymi aspektami obrazu ciała w zakresie subiektywnej oceny własnej sylwetki oraz stopień zbieżności pomiędzy masą ciała obiektywną a szacowaną subiektywnie w poszczególnych aspektach obrazu ciała. Wykazano, że w badanym zakresie aspekt wyobraźniowy własnego ciała jest istotnie niezgodny zarówno z pozostałymi aspektami obrazu ciała (deklaracyjnym, sensorycznym, spostrzeźniowym), jak i z obiektywną masą ciała badanych. Pozostałe aspekty obrazu ciała okazały się wzajemnie zgodne [1]. W dalszej kolejności analizowano, w jakim stopniu wyodrębnione aspekty obrazu ciała różnią się poziomem satysfakcji z ciała oraz jak stan emocjonalny wpływa na obraz ciała. Wykazano, że największą satysfakcję z ciała badane przejawiały w aspekcie wyobraźniowym, następnie sensorycznym, potem deklaracyjnym, zaś najmniejszą w aspekcie spostrzeźniowym. Udowodniono ponadto, że stan emocjonalny, a dokładnie jego kategorie dotyczące poczucia korzyści i wyzwania korelują pozytywnie z poziomem satysfakcji wszystkich aspektów obrazu ciała, oprócz wyobraźniowego [2]. Badano zmiany obrazu ciała badanych pod wpływem redukcji masy ciała. Wykazano, że subiektywna ocena masy ciała badanych zmieniała się istotnie ($p < 0,01$) w trakcie kuracji odchudzającej w aspektach: deklaracyjnym, sensorycznym i spostrzeźniowym. Subiektywna ocena masy ciała w aspekcie wyobraźniowym nie zmieniała się, badane oceniały ją na każdym etapie jako przeciętną/ normalną. Zadowolenie z ciała zwiększało się istotnie ($p < 0,05$) wraz z redukcją masy ciała we wszystkich aspektach obrazu ciała. Potwierdzono hipotezę, że aspekt wyobraźniowy ciała zarówno przed rozpoczęciem kuracji, jak i na kolejnych jej etapach różni się w zakresie oceny rozmiarów oraz atrakcyjności od aspektów: deklaracyjnego, sensorycznego i spostrzeźniowego. Na wszystkich etapach kuracji wyobraźniowy aspekt obrazu ciała w porównaniu do pozostałych aspektów był istotnie młodsi ($p < 0,001$), szczuplejszy ($p < 0,001$) i bardziej atrakcyjny ($p < 0,001$). W ponad 90% przypadków przypominał obraz siebie z przeszłości [3]. Analizowano również, czy i jak postrzeganie własnego ciała w poszczególnych jego aspektach na początku kuracji odchudzającej wpływa na jej efektywność. Wykazano, że badani z różnym stopniem adekwatności obrazu własnego

ciała do obiektywnej masy ciała osiągają różne efekty redukcji masy ciała. Postulowano, że narzędzia obrazowe sprzyjają większej adekwatności szacowania masy i rozmiarów ciała, niż narzędzia pojęciowe [4]. Wykazano, że czynnikami istotnie zwiększającymi redukcję 15% wyjściowej masy ciała są określone spostrzeganie oraz wyobrażanie sobie własnego ciała oraz wyobrażona masa własnego ciała [5]. Wykazano ponadto, że wyobrażanie sobie przez osobę otyłą własnego ciała jako szczuplejszego niż w rzeczywistości, sprzyja efektywności redukcji nadmiernej masy ciała pod warunkiem, że osoba jest świadoma obiektywnej masy ciała i wyglądu własnego ciała [6].

Zagadnienie obrazu ciała w odniesieniu do konkretnego aspektu - skóry (*cutaneous body image – CBI*) zostało - w pracy stanowiącej rozdział podręcznika dla lekarzy dermatologów estetycznych - scharakteryzowane oraz odniesione do zjawiska dysmorfofobii i nieuzasadnionego wykonywania zabiegów dermatologii estetycznej [7]. Praca zawiera ponadto praktyczne wskazówki dla lekarzy, jak rozpoznać oraz wstępnie zaopatrzyć psychologiczne zaburzenia pacjentów związane z wyglądem.

1. Mandal E., **Bąk – Sosnowska M.**, Zahorska – Markiewicz B. (2008). Ja otyłe i ja szczupłe - dwoistość „ja cielesnego” u kobiet z nadwagą. (W:) Gawor A., Głębocka A. (red.) *Jakość życia współczesnego człowieka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 37–48 [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 75%].
2. **Bąk-Sosnowska M.**, Zahorska-Markiewicz B. (2009). Emotional attitude towards one's own body in overweight women. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 63 (3): 38-47. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 80%].
3. **Bąk-Sosnowska M.** (2008). Imaginary or Real? The Body Image in Obese People. In: Turley A.B., Hofmann G.C. (ed.). *Life Style and Health Research Progress*. New York: Nova Biomedical Books, s. 209-250. (MNiSW= 7) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].
4. **Bąk-Sosnowska M.**, Zahorska-Markiewicz B. (2010). The relation between the adequacy of visual body mass estimation and weight reduction in overweight people. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1: 31–36. (MNiSW= 6) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 80%].
5. **Bąk-Sosnowska M.**, Zahorska-Markiewicz B. (2009). Obraz własnego ciała a skuteczność terapii odchudzającej. *Wiadomości Lekarskie*, 62 (2): 104-110. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 80%].
6. **Bąk-Sosnowska M.**, Zahorska-Markiewicz B. (2009). The imaginary picture of one's own body in overweight woman and its influence on weight reduction therapy. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 5 (4): 192-197. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 80%].
7. **Bąk-Sosnowska M.** (2016). Psychologiczne aspekty wykonywania zabiegów dermatologii estetycznej. (W:) W. Placek (red). *Dermatologia estetyczna*. Poznań: Termedia, s.23-28. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].

Zaburzenia odżywiania się

Problematyka zaburzeń odżywiania się została również poruszona w innych pracach, nie ujętych w cyklu. Zważywszy na fakt, że współcześnie płaszczyzną poszukiwania informacji oraz wymiany doświadczeń na temat swojego stanu zdrowia i samopoczucia staje się często przestrzeń wirtualna, celem jednego z badań była ocena wybranych aspektów stanu emocjonalnego użytkowniczek polskich stron internetowych, poświęconych zaburzeniom odżywiania. Zamieszczoną na tematycznych stronach anonimową ankietę wypełniło 200 kobiet w wieku od 10 do 35 roku życia. Wykazano, że badane nie akceptują własnego ciała, co wiąże się z koncentracją na swoim wyglądzie oraz obniżeniem nastroju i poczucia kontroli nad swoją seksualnością [8]. Kolejna praca stanowiła omówienie kryteriów diagnostycznych zespołu jedzenia nocnego. Zaburzenie to nie figuruje jeszcze w klasyfikacjach medycznych, jednak stanowi dość częsty problem zarówno w populacji osób szczupłych, jak i otyłych. Praca była pierwszą tego typu publikacją w języku polskim [9]. Szczegółowa charakterystyka zaburzeń związanych z odżywianiem się, które towarzyszą często otyłości została zaprezentowana w innej pracy [10]. Przedstawiono symptomy, epidemiologię, kryteria diagnostyczne, przyczyny oraz leczenie: syndromu jedzenia nocnego (NES), zespołu kompulsywnego jedzenia (BED) oraz bulimii psychicznej (BN). Omówiono również nieprawidłowe zachowania żywieniowe mogące przyczynić się do rozwoju otyłości: zaburzenie jedzenia związane ze snem (SRED) i jedzenie pod wpływem stresu (EED).

8. **Bąk-Sosnowska M.**, Potempa K., Warchał M. (2014). Psychological wellbeing and attitude towards one's own sexuality in female users of Polish websites on eating disorders. In: R. Mazzariello (Ed). *Psychology of Habits*. New York : Nova Publishers, p.1-28. (MNiSW=5) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 60%].
9. **Bąk-Sosnowska M.** (2015). Kryteria diagnostyczne zespołu jedzenia nocnego. *Psychiatria po dyplomie*, 12 (3): 24-27. (MNiSW=3) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].
10. **Bąk-Sosnowska M.** (2010). Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 1 (2): 92-99. (MNiSW= 0) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].

Psychologiczne aspekty otyłości

Problematyka otyłości była przez wiele lat wiodącym nurtem moich badań i analiz. Jestem współautorką rozdziału w podręczniku *Endokrynologia kliniczna* poświęconego otyłości, gdzie opisano między innymi obraz choroby oraz metody leczenia, z uwzględnieniem czynników psychologicznych [11]. W kolejnych dwóch pracach zespołowych zostały opisane szczególne problemy towarzyszące populacji osób otyłych. Pierwsza stanowiła podsumowanie

wyników dostępnych w literaturze na temat związku pomiędzy otyłością, niepłodnością i zaburzeniami psychicznymi, a także wpływu otyłości na jakość życia oraz funkcjonowanie seksualne i relacje partnerskie u kobiet i mężczyzn [12]. Celem drugiej była ocena częstości występowania aleksytymii w grupie osób otyłych rozpoczynających ambulatoryjną kurację odchudzającą oraz zbadanie związku między tym zaburzeniem a otyłością, lękiem, depresją i kompulsywnym jedzeniem. Wykazano, że otyłość – obok ciężkiej depresji i niskiego poziomu wykształcenia - predysponuje do rozwoju aleksytymii, z kolei obecność aleksytymii nie wpływa na nasilenie otyłości [13].

Kolejne prace poświęcone zostały problematyce skutecznej redukcji masy ciała przez osoby otyłe. W jednej z nich wykazano, że początkowe nastawienie do ambulatoryjnej kuracji odchudzającej nie jest istotnym czynnikiem decydującym o jej powodzeniu, jednak nastawienie poprawia się wraz z ubytkiem kolejnych kilogramów. Wśród innych czynników psychologicznych, za znaczące dla końcowego efektu uznano wiek początkowy otyłości oraz skuteczność wcześniejszych prób zredukowania masy ciała [14]. Dalsze prace miały charakter teoretyczny. Były skierowane do środowiska medycznego i psychologicznego, a służyły zwiększeniu wiedzy na temat możliwości wykorzystania w leczeniu otyłości wyników badań psychologicznych. Dotyczyły: znaczenia podejścia systemowego i relacji rodzinnych dla rozwoju i leczenia otyłości [15], roli jaką psycholog może odegrać w zespole terapeutycznym [16], istotnym zagadnieniom w psychoterapii osób otyłych [17], konstruktywnych zmian w funkcjonowaniu psychicznym otyłego pacjenta do których mogą przyczynić się specjaliści w obszarze opieki zdrowotnej [18], barier leżących u podłoża niedostatecznego zaangażowania lekarzy w profilaktykę i leczenie otyłości oraz wskazówek praktycznych, służących pozytywnym zmianom w tym zakresie [19].

11. Krzyżanowska-Świniarska B., Zahorska-Markiewicz B., Ostrowska L., **Bąk-Sosnowska M.** (2012). Otyłość (prosta, pokarmowa). (W:) Milewicz A. (red.). *Endokrynologia kliniczna. Praca zbiorowa T.1*. Wrocław: Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne, s. 345-364. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 15%].
12. Kocęlak P., Chudek J., Naworska B., **Bąk-Sosnowska M.**, Kotlarz B., Mazurek M., Madej P., Skrzypulec-Plinta V., Skalba P., Olszanecka-Glinianowicz M. (2012). Psychological disturbances and quality of life in obese and infertile women and men. *International Journal of Endocrinology*, ID 236217. (IF=2,518; MNiSW=15) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 20%].
13. Żak-Gołąb A., Tomalski R., **Bąk-Sosnowska M.**, Holecki M., Kocęlak P., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J., Zahorska-Markiewicz B. (2013). Alexithymia, depression, anxiety and binge eating in obese women. *European Journal of Psychiatry*, 27(3): 149-159. (IF=0,391; MNiSW=15) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 20%].

14. **Bąk-Sosnowska M.**, Pawlak A., Skrzypulec-Plinta V. (2013). Do psychological factors help to reduce body mass in obesity or is it vice versa? Selected psychological aspects and effectiveness of the weight-loss program in the obese patients. *Health Psychology Research*, 1(1): 190. (MNiSW=0) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 80%].
15. **Bąk-Sosnowska M.**, Sobiegała A., Sitnik-Warchulska K., Wons A., Michalak A. (2009). Od nadwagi do równowagi – podejście systemowe w leczeniu otyłości. (W:) M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Eucrasia 11, Social and Historical Aspect of Care for Family*. Katowice: SUM, s.19-27. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 80%].
16. **Bąk-Sosnowska M.** (2009). Miejsce psychologa w leczeniu otyłości. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 3(4): 297-303. (MNiSW= 0) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].
17. **Bąk-Sosnowska M.** (2010). Rola psychoterapii w leczeniu otyłości. (W:) P. Podolec (red.). *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki, tom II*. Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 261-272. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].
18. **Bąk-Sosnowska M.** (2011). Psychokorekcja w leczeniu otyłości – wskazówki praktyczne. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2 (2): 95-101. (MNiSW= 3) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].
19. **Bąk-Sosnowska M.** (2016). Lekarz, pacjent i otyłość – perspektywa psychologiczna. *Medium – Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej*, 8-9: 16-18. (MNiSW=0) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].

Jakość życia i zachowania zdrowotne

Jakość życia analizowano w odniesieniu do dwóch grup badanych. Pierwszą stanowili lekarze medycyny. Celem badania było określenie poziomu zawodowej jakości życia polskich ginekologów i położników oraz określenie czynników ryzyka wypalenia zawodowego. Wykazano, że w badanej grupie najwięcej osób wykazuje przeciętny poziom wypalenia. Czynnikiem ryzyka niskiej zawodowej jakości życia okazało się obniżone subiektywne poczucie zdrowia oraz mała liczba zawodowych szkoleń doksztalających [20]. W innym badaniu wykazano, że polskie lekarki w okołomenopauzalnym okresie życia charakteryzują się wysoką jakością życia oraz dobrą subiektywną oceną stanu własnego zdrowia, na którą korzystny wpływ wywiera realizowanie zachowań prozdrowotnych oraz pozytywne samopoczucie psychiczne [21]. Praca przeglądowa dotyczyła jakości życia chorych na raka piersi. Scharakteryzowano w niej czynniki medyczne, psychologiczne oraz społeczne, które wpływają na dobrostan chorej zarówno w okresie podejrzenia choroby, jej zdiagnozowania, jak i leczenia [22].

Na zbiór prac dotyczących zachowań zdrowotnych złożyły się zarówno przeglądy piśmiennictwa, jak i badania oryginalne. W pracach przeglądowych przede wszystkim zdefiniowano kluczowe pojęcia, omówiono uwarunkowania i konsekwencje zachowań zdrowotnych oraz odniesiono się do badań innych autorów na temat samooceny stanu zdrowia

i stylu życia Polaków [23]. Scharakteryzowano jeden z przejawów zachowań antyzdrowotnych, jakim jest stosowanie tzw. dopalaczy, które staje się istotnym zagrożeniem zdrowotnym, zwłaszcza w grupie młodzieży i młodych dorosłych. Omówiono rodzaj używanych substancji, przyczyny i konsekwencje stosowania, regulacje prawne oraz metody leczenia [24]. Następnie analizowano zjawisko sedentaryjnego stylu życia oraz wskazano na zagrożenia jakie ze sobą niesie. Wskazano na kluczową rolę rodziny oraz mass-mediów w promowaniu aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży [25]. W pracy oryginalnej oceniono rodzaj zachowań zdrowotnych, poziom motywacji osiągnięć i rodzaj motywacji sportowej osób rekreacyjnie uprawiających sport. Wykazano zróżnicowanie zachowań zdrowotnych, wysoki poziom motywacji osiągnięć, przeciętny motywacji sportowej oraz uzyskanie sprawności i dobrego zdrowia jako dominujący motyw uprawiania sportu. Potwierdzono, że motywacja sportowa wpływa na podejmowanie zachowań zdrowotnych w badanej grupie [26, 27].

Zachowania zdrowotne badano również w grupie lekarzy. Wyniki oparte na analizie danych od ponad 600 praktykujących lekarzy medycyny pokazały, że polscy lekarze są grupą zróżnicowaną pod względem zachowań zdrowotnych, a wykonywanie zawodu lekarza nie jest tożsame z przejawianiem zachowań prozdrowotnych w życiu prywatnym. Udowodniono, że podejmowaniu zachowań prozdrowotnych przez lekarzy sprzyjają: płeć żeńska, starszy wiek, niższe BMI, dłuższy czas od ukończenia specjalizacji [28]. Ponadto wykazano, że ryzyko zachowań antyzdrowotnych wśród lekarzy wzrasta pod wpływem następujących czynników: obniżona umiejętność aktywnego radzenia sobie ze stresem, krótszy czas od ukończenia specjalizacji, niższe poczucie koherencji [29].

20. Gojdz K., **Bąk-Sosnowska M.**, Kołodziej S., Zajchrowski W., Skrzypulec-Plinta V. (2015). Zawodowa jakość życia polskich ginekologów i położników. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Projekt*, 10 (1): 72-81. (MNiSW=7) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 60%].
21. Gojdz K., **Bąk-Sosnowska M.**, Kołodziej S., Skrzypulec-Plinta V. (2013). Quality of life of female physicians aged 45-55 years. *Przegląd Menopauzalny*, 3 (17): 213-215. (IF=0,381; MNiSW=15) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 65%].
22. Dyla A., **Bąk-Sosnowska M.**, Tobor E. (2016). Jakość życia chorych na raka piersi. (W:) Żurawicka D., Zimnowoda M., Widziak R. (red.). *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. T.4 Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, s. 95-102. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 50%].
23. Gruszczyńska M., **Bąk-Sosnowska M.**, Plinta R. (2015). Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*, 50 (4): 558-565. (MNiSW=8) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 30%].

24. Szczyrba-Maróń, **Bąk-Sosnowska M.** (2013). Dopalacze-charakterystyka zjawiska. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 4 (3): 132-147. (MNiSW=5) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 10%].
25. Gruszczyńska M., Plewka M., Dyla A., **Bąk-Sosnowska M.** (2014). Wpływ zachowań sedenteryjnych na zdrowie i jakość życia współczesnej rodziny. (W:) Bąk-Sosnowska M., Kosińska M., Niebrój L. (red.) *Rodzina wobec zagrożeń XXI wieku. Eukrasia*. 20. Katowice: Media Silesia, s. 45-54. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 10%].
26. Gruszczyńska M., **Bąk-Sosnowska M.**, Plinta R. (2015). Psychologiczne aspekty podejmowania zachowań zdrowotnych osób uprawiających sport. (W:) Kojs W., Rostańska E., Wójcik K. (red.) *Edukacja i zdrowie w dobie globalizacji*. Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, s. 217-228. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 30%].
27. Gruszczyńska M., **Bąk-Sosnowska M.**, Plinta R. (2016). *Co motywuje ludzi do uprawiania sportu?* *Medycyna Sportowa* 32(2): 113-122. (MNiSW=12) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 30%].
28. **Bąk-Sosnowska M.**, Kołodziej S., Gojdz K., Skrzypulec-Plinta V. (2016). Zachowania zdrowotne polskich lekarzy. *Wiadomości Lekarskie*, 69, 3 (cz. II): 446-453. (MNiSW=11) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 55%].
29. **Bąk-Sosnowska M.**, Kołodziej S., Gojdz K., Skrzypulec-Plinta V. (2015). Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 18 (3): 17-24. (MNiSW=8) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 55%].

Człowiek i jego rodzina wobec choroby

Problematyka choroby w życiu człowieka była przedmiotem analiz zarówno z perspektywy indywidualnej, jak i rodzinnej. W pracy dotyczącej kryzysu psychologicznego zdefiniowano istotę zjawiska, omówiono różnice między kryzysami rozwojowymi a sytuacyjnymi, do których należy również choroba, omówiono objawy kryzysu, jego konsekwencje oraz mechanizmy radzenia sobie [30]. W pracy oryginalnej oceniono adaptację psychologiczną pacjentek w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii oraz wpływ wybranych czynników psychologicznych na proces akceptacji choroby. Wykazano, że akceptacji choroby sprzyja zmniejszanie lękowego zainteresowania chorobą a zwiększanie wsparcia udzielanego pacjentce przez rodzinę oraz że im bardziej pacjentka akceptuje chorobę tym mniej przejawia lęku, bardziej zaś przewartościowuje pozytywnie chorobę [31]. Kolejna praca oryginalna miała na celu porównanie na przestrzeni lat postaw dzieci chorujących na nowotworowe choroby krwi i ich rodziców wobec centralnych cewników dożylnych typu *port-a-cath*. Analizy porównujące wypowiedzi badanych w roku 1999 i 2008 wykazały, że leczone dzieci i ich rodzice pozytywnie oceniają działanie cewników port-a-cath i w okresie objętym badaniami były coraz rzetelniej na ten temat informowani przez personel medyczny [32].

Monografia dotycząca zagrożeń behawioralnych, przed jakimi staje współczesna rodzina stanowi zbiór prac różnych autorów. Zawiera charakterystykę omawianych zjawisk psychologicznych i społecznych, może również być inspiracją dla profesjonalistów i laików zainteresowanych problematyką zdrowia i jakości życia. Wraz z dwoma innymi osobami pełniłam funkcję redaktora naukowego tej publikacji, jestem również autorką wstępu oraz jednego z rozdziałów [33]. Psychologiczne konsekwencje pojawienia się choroby w rodzinie były przedmiotem kolejnej pracy. Uzasadniono w niej również potrzebę włączenia rodziny do procesu terapii zaburzeń psychicznych i somatycznych, omówiono metody terapii systemowej, sformułowano wskazówki dla osób pracujących zawodowo z rodzinami [34]. Praca dotycząca psychologicznych konsekwencji zawału mięśnia sercowego ukazywała konsekwencję choroby zarówno z perspektywy pacjenta, jak i całej rodziny. Sformułowano w niej podstawowe zasady udzielania pomocy psychologicznej choremu po zawale serca i jego rodzinie [35]. Następne dwie prace poruszały problematykę konfliktów w rodzinie i ich wpływu na zdrowie psychiczne oraz somatyczne. Omówiono problematykę przemocy domowej poprzez zdefiniowanie problemu, wskazanie jego uwarunkowań, bezpośrednich i odroczonych konsekwencji oraz czynników utrudniające wyjście z psychologicznego uwikłania [36]. Ponadto scharakteryzowano psychospołeczną sytuację dzieci w obliczu rozwodu rodziców. Opisano, jak dzieci doświadczają konfliktów między dorosłymi oraz jakie mechanizmy psychologiczne uruchamiają, aby sobie poradzić [37].

W kolejnych pracach odniesiono się do systemowych aspektów chorowania z perspektywy personelu medycznego. W pracach skierowanych głównie do personelu pielęgniarstwa omówiono mechanizmy systemowe w procesie radzenia sobie z kryzysem choroby [38] oraz indywidualne czynniki psychologiczne, które uruchamia jednostka w obliczu zagrożenia zdrowia i procesu leczenia [39]. W pracy kierowanej do położnych zwrócono ponadto uwagę na znaczenie kontekstu systemowego w funkcjonowaniu kobiety podczas ciąży i porodu oraz na znaczenie aspektów systemowych w opiece położniczej nad pacjentką [40].

30. Bator A., **Bąk-Sosnowska M.** (2016). Kryzys psychologiczny jako odpowiedź na zmianę. (W:) Bąk-Sosnowska M., Gruszczyńska M. (red). *Psychoterapia elementarna w praktyce pielęgniarstwa i położniczej*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny, s. 13-24. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 45%].
31. **Bąk-Sosnowska M.**, Oleszko K., Skrzypulec-Plinta V. (2013). Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Przegląd Menopauzalny*, 12 (2): 120-124. (IF=0,381; MNiSW=15) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 60%].

32. Pawełczak-Szastok M., Sitnik-Warchulska K., Borysławska A., **Bąk-Sosnowska M.**, Tomaszewska R., Tomaszek I., Szczepański T., Sołta-Jakimczyk D. (2014). Ocena centralnych cewników dożylnych typu port-a-cath przez dzieci z nowotworowymi chorobami krwi i ich rodziców. *Psychoonkologia*, 8 (24): 136-143. (MNiSW=6) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 5%].
33. **Bąk-Sosnowska M.**, Kosińska M., Niebrój L., red. (2014). *Rodzina wobec zagrożeń XXI wieku. Eukrasia. 20*. Katowice: Media Silesia. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 40%].
34. Sitnik-Warchulska K., Michalak A., Wons A., Sobiegała A., **Bąk-Sosnowska M.** (2008). Choroba w rodzinie. Oddziaływania terapeutyczne w ujęciu systemowym. (W:) M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Eukrasia 10, Family-Centered Care*. Katowice: SUM, s.127-136. (MNiSW= 3) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 5%].
35. Michalak A., Wons A., Sobiegała A., **Bąk-Sosnowska M.**, Sitnik-Warchulska K., Szyguła-Jurkiewicz B. (2008). Kiedy zawał serca może poprawić jakość życia chorego i jego rodziny. (W:) M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Eukrasia 10, Family-Centered Care*. Katowice: SUM, s.79-86. (MNiSW= 3) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 5%].
36. Sobiegała A., **Bąk-Sosnowska M.**, Michalak A., Sitnik-Warchulska K., Wons A. (2009). Rodzina uwikłana w problem przemocy. (W:) M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Eukrasia 11, Social and Historical Aspect of Care for Family*. Katowice: SUM, s.79-87. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 10%].
37. Wons A., Sitnik-Warchulska K., **Bąk-Sosnowska M.**, Michalak A., Sobiegała A. (2008). Fazy rozwoju a specyfika funkcjonowania dzieci z rodzin rozwiedzionych. (W:) M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Eukrasia 10, Family-Centered Care*. Katowice: SUM, s.159-166. (MNiSW= 3) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 5%].
38. Sobiegała A., **Bąk-Sosnowska M.** (2009). Czynniki psychologiczne. (W:) Z. Nowak-Kapusta, M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Opieka pielęgniarska nad rodziną*. Katowice: Lifelong Learning Programme, s. 40-54. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 45%].
39. Sobiegała A., **Bąk-Sosnowska M.** (2009). Rodzina jako system. (W:) V. Skrzypulec, M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Opieka położnej nad rodziną*. Katowice: Lifelong Learning Programme, s. 19-48. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 45%].
40. Sobiegała A., **Bąk-Sosnowska M.** (2009). Rodzina w sytuacji kryzysu. (W:) Z. Nowak-Kapusta, M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Opieka pielęgniarska nad rodziną*. Katowice: Lifelong Learning Programme, s. 93-109. (MNiSW= 4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 55%].

Psychologiczne aspekty opieki położniczej

Ponieważ zdrowie psychiczne oraz somatyczne kobiet stanowi znaczący obszar moich zainteresowań badawczych, część prac dotyczyło również aspektów związanych z żeńską seksualnością i prokreacją. W jednej z prac przedmiotem analiz był związek pomiędzy organizacją ginekologicznej opieki medycznej a potrzebami i reakcjami pacjentek. Sformułowano również praktyczne, oparte na wiedzy psychologicznej wskazówki dla lekarzy ginekologów, poprawiające relację lekarza z pacjentką oraz satysfakcję pacjentki z przebiegu wizyty [41]. Kolejna praca dotyczyła kobiet niepełnosprawnych intelektualnie oraz ruchowo,

korzystających z opieki ginekologicznej. Omówiono w niej wpływ niepełnosprawności na samoocenę i poczucie własnej wartości, społeczny kontekst seksualności kobiet niepełnosprawnych oraz czynniki zwiększonego ryzyka nadużyć seksualnych w tej grupie. Sformułowano praktyczne wskazówki dla personelu medycznego, przydatne w komunikacji z pacjentką niepełnosprawną [42].

Dwie inne prace dotyczyły przebiegu ciąży oraz problemu wcześniactwa. Celem pracy przeglądowej było ustalenie, czy suplementacja kwasami tłuszczowymi diety kobiety ciężarnej ma wpływ na parametry położnicze, w szczególności na czas trwania ciąży oraz masę urodzeniową noworodka, jego długość i obwód głowy. Pomimo, iż Towarzystwa Ginekologiczne wielu krajów, w tym polskie rekomendują podawanie kobietom ciężarnym kwasu dokozaheksaenowego (DHA), nie wykazano jednoznacznych dowodów na związek DHA z przebiegiem ciąży i parametrami biometrycznymi noworodka [43]. W pracy oryginalnej oceniano poziom lęku rodziców, których dzieci przebywają w oddziale intensywnej terapii noworodka z powodu wcześniactwa. Wykazano, że oboje rodzice doświadczają lęku w sytuacji narodzin wcześniaka, jednak poziom lęku jest wyższy u matek. Ponadto niższego poziomu lęku doświadczają rodzice zaangażowani w opiekę nad dzieckiem oraz uzyskujący obszerne i zrozumiałe informacje, na temat stanu zdrowia dziecka [44].

Monografia mojego współautorstwa na temat psychoterapii elementarnej w praktyce pielęgniarskiej i położniczej jest zbiorem prac, do którego zaproszeni zostali zarówno specjaliści z obszaru psychologii zdrowia, pielęgniarstwa i położnictwa, jak i absolwenci kierunków pielęgniarstwo oraz położnictwo [45]. Celem książki było omówienie znaczenia choroby w kontekście kryzysu psychologicznego, obciążeń psychologicznych wynikających z wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, a także roli jaką w procesie leczenia powinna odgrywać psychoterapia elementarna. W części praktycznej przedstawiono przykłady wykorzystania psychoterapii elementarnej przez personel medyczny w kontakcie z pacjentami cierpiącymi na konkretne schorzenia. Jeden z rozdziałów mojego autorstwa dotyczył problematyki kosztów psychologicznych w zawodach pomocowych oraz ich przeciwdziałaniu. Opisano indywidualne oraz profesjonalne metody radzenia sobie ze stresem zawodowym [46].

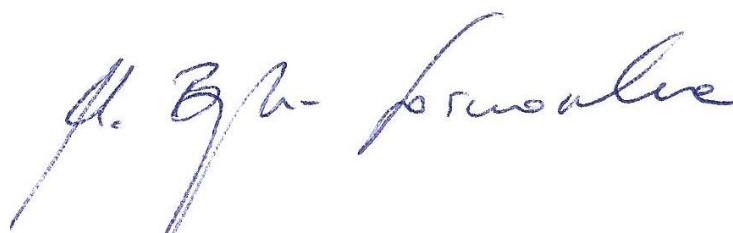
Prace oryginalne dotyczące psychologicznych aspektów opieki położniczej odnosiły się do zagadnień radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami wynikającymi z wykonywanego zawodu. W jednym z badań wykazano, że staż pracy oraz poziom kontroli gniewu mają wpływ na poczucie własnej skuteczności aktywnych zawodowo położnych. Ustalono, że stopień kontroli gniewu ma związek ze stopniem referencyjności ośrodka, w którym położna pracuje, zaś na stopień kontroli depresji wpływa ilość doświadczeń

zawodowych [47]. W innej pracy zapytano 100 czynnych położnych o ich doświadczenia zawodowe związane ze śmiercią płodu lub noworodka. Na podstawie uzyskanych danych wykazano, że położne podejmują wiele wysiłku, aby zabezpieczyć psychologicznie kobietę po stracie, jednak same również ponoszą koszty somatyczne i psychologiczne tego typu sytuacji. Są świadome potrzeby większej liczby szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stratą oraz potrzeby wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego [48]. Celem kolejnej pracy była próba odpowiedzi na pytanie, czy staż pracy położnych ma wpływ na poziom odczuwanego stresu, strategie radzenia sobie ze stresem oraz obecność zespołu wypalenia zawodowego. Ustalono, że staż pracy nie ma w przypadku położnych wpływu na subiektywną ocenę obciążenia psychicznego związanego z pracą [49].

41. **Bąk-Sosnowska M.**, Sobiegała A. (2013). Psychologiczny kontekst badania ginekologicznego - wskazówki praktyczne. (W:) M. Kosińska, L. Niebrój (red.). *Wokół zdrowia kobiety. Eukrasia* 18. Katowice: Media Silesia, s. 6-15. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 70%].
42. **Bąk – Sosnowska M.** (2013). Psychologiczne aspekty opieki nad kobietą niepełnosprawną. (W:) V. Skrzypulec-Plinta (red.). *Kobieta niepełnosprawna w praktyce ginekologicznej*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny, s. 15-25. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].
43. Naworska B., Mazurek M., **Bąk-Sosnowska M.**, Skrzypulec A., Wietrak E., Skrzypulec-Plinta V. (2012). Wpływ suplementacji kwasami tłuszczowymi kobiety ciężarnej na przebieg ciąży i parametry biometryczne noworodka. [Effects of supplementation fatty acids pregnant women on the gestation duration and newborn biometric parameters]. *Ginekologia i Położnictwo*, 7 (2): 36-44. (MNiSW=6) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 10%].
44. Gruszczyńska M., Sierpień-Wójcik G., **Bąk-Sosnowska M.**, Perlak M. (2014). Jak wcześniactwo dzieci wpływa na psychiczne funkcjonowanie ich rodziców? *Problemy Medycyny Rodzinnej/Fam.Med.Top*, 16, 1-2 (45-46):7-12. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 35%].
45. **Bąk-Sosnowska M.**, Gruszczyńska M. (red). (2016). Psychoterapia elementarna w praktyce pielęgniarstwa i położniczej. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 55%].
46. **Bąk-Sosnowska M.** (2016). Koszty psychologiczne zawodów pomocowych. (W:) Bąk-Sosnowska M., Gruszczyńska M. (red). *Psychoterapia elementarna w praktyce pielęgniarstwa i położniczej*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny, s. 50-64. (MNiSW=4) [Mój wkład w powstanie pracy wynosi 100%].
47. Stachulska A., **Bąk-Sosnowska M.**, Gruszczyńska M. (2013). Kontrola emocji oraz poczucie własnej skuteczności w grupie położnych. *Położna Nauka i Praktyka*, 2 (22): 14-19. (MNiSW=2) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 45%].
48. **Bąk-Sosnowska M.**, Naworska B., Stachulska A., Skrzypulec-Plinta V (2014). Midwives' Attitudes Towards Fetal/Neonatal Loss. Data From Clinical Centres in Silesia, Poland. *Global Journal of Research Analysis*, 3 (9): 56- 59. (MNiSW=0) [Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 40%].

49. Gruszczyńska M., Skowrońska E., Bator A., **Bak-Sosnowska M.** (2014). Staż pracy, poziom wypalenia zawodowego i strategie radzenia sobie ze stresem wśród położnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20 (3): 276-281. (MNiSW=4) [*Mój wkład w powstanie pracy szacuję na 30%*].

* wykaz wszystkich moich publikacji zarówno przed, jak i po uzyskaniu stopnia doktora znajduje się w Załączniku nr 5.

Handwritten signature in blue ink, reading "M. Bak-Sosnowska". The signature is written in a cursive style with a large initial 'M'.