

**Recenzja rozprawy doktorskiej p. mgr Magdaleny Pietnoczko z
dziedziny nauk społecznych, dyscypliny psychologia
pt: „Satysfakcja z życia i ze związku w sytuacji doświadczenia
choroby nowotworowej piersi”**

Rak piersi jest jedną z najczęściej występujących chorób nowotworowych wśród kobiet i tendencja ta wzrasta z biegiem lat. Ze względu na bardzo duże obciążenie emocjonalne wynikające nie tylko z samego faktu zachorowania ale i takich czynników dodatkowych jak pogorszenie obrazu ciała lub obniżenie poczucia kobiecości i poczucia atrakcyjności seksualnej – problemy te stały się przedmiotem dużego zainteresowania psychologów.

Wśród wielu publikacji podkreślono między innymi fakt trudności współżycia seksualnego lub trwałości związków kobiet z nowotworem piersi - jednak w porównaniu do innych problemów przeżywanych przez te chore - badania ich jakości życia w zestawieniu ze związkami z partnerem zdarzały się raczej rzadko. Stąd dobrze się stało, że Doktorantka podjęła ten problem i trzeba powiedzieć, że zrobiła to z dużą starannością i wnikliwością.

Rozprawa składa się z 4 części.

W części pierwszej Doktorantka dokonała charakterystyki chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem charakterystyki i epidemiologii raka piersi a także jego leczenia.

Następnie omówiła koncepcja jakości życia jako pojęcia ściśle powiązanego z pojęciem satysfakcji z życia lub któregoś z jego obszarów np. jakości i subiektywnej satysfakcji z życia i ze związku kobiet z nowotworem piersi, wczesnych nieadaptacyjnych schematów oceny stanu własnego zdrowia i akceptacji życia z chorobą a także oceny własnego ciała.

W rozdziale 2 określono cel pracy i hipotezy badawcze. Celem rozprawy jest identyfikacja i analiza czynników które w największym stopniu wyjaśniają satysfakcję z życia i ze związku kobiet z rakiem piersi i ich partnerów.

Ponadto postanowiono sprawdzić hipotezę o mediacyjnej roli wczesnych nieadaptacyjnych schematów.

Określono następujące pytania badawcze:

Pytanie 1.

Które spośród analizowanych zmiennych posiadają status predyktorów satysfakcji z życia i ze związku zarówno kobiet z doświadczeniem nowotworu piersi jak i ich partnerów?

W nawiązaniu do w/w pytania sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1.1 Akceptacja życia z chorobą własną lub partnera wyjaśnia satysfakcję z życia i związku badanych kobiet i ich partnerów.

Hipoteza 1.2 Ocena stanu własnego zdrowia przez kobiety i ich partnerów wyjaśnia satysfakcję z życia i związku badanych kobiet i ich partnerów.

Hipoteza 1.3. Ocena ciała dokonane przez same kobiety oraz przez ich partnerów wyjaśnia satysfakcję ze związku w grupie badanych kobiet i ich partnerów.

Pytanie 2. Czy i jakie schematy są mediatorami między osobistymi czynnikami dotyczącymi akceptacji życia z chorobą, ogólnego stanu zdrowia i oceny ciała kobiety a satysfakcją z życia i ze związku?

W związku z powyższym sformułowano następujące hipotezy:

Hipoteza 2.1 Schematy z obszaru rozłączenia i odrzucenia pełnią rolę mediatora pomiędzy:

- a. akceptacją życia z chorobą
- b. ogólnym stanem zdrowia
- c. oceną ciała kobiety

a satysfakcją z życia i ze związku badanych kobiet i ich partnerów.

Hipoteza 2.2. Schematy z obszaru „uszkodzona autonomia i brak dokonań” pełnią rolę mediatora pomiędzy:

- a. akceptacją życia z chorobą
- b. ogólnym stanem zdrowia
- c. oceną ciała kobiety

a satysfakcją ze związku i z życia badanych kobiet, ale nie będą mediowały tych związków u mężczyzn.

Hipoteza 2.3 Schematy z obszaru „uszkodzone granice” pełnią rolę mediatora pomiędzy:

- a. Akceptację z życia z chorobą
- b. Ogólnym stanem zdrowia
- c. Oceną ciała kobiety

a satysfakcją z życia i ze związku u badanych mężczyzn ale nie będą mediowały tych związków u kobiet.

Pytanie 3.

Czy i jakie schematy są mediatorami pomiędzy czynnikami osobistymi partnera/partnerki dotyczącymi akceptacji życia z chorobą, ogólnego stanu zdrowia, oceny ciała kobiety a satysfakcją z życia i ze związku?

Jako zmienną zależną / wyjaśnianą Doktorantka przyjęła:

- satysfakcję z życia jako miarę jakości życia
- satysfakcję ze związku – jako wskaźnika jakości związku na którą składają się intymność, namiętność i zaangażowanie

Zmienne niezależne / wyjaśniające to:

- akceptacja życia z chorobą
- ocena własnego stanu zdrowia
- ocena ciała

Jako mediatora przyjęto wczesne nieadaptacyjne schematy zamieszczone w 4 obszarach: 1) rozłączenie/odrzućenie, 2) uszkodzona autonomia i brak dokonań, 3) nadmierna odpowiedzialność i standardy, 4) uszkodzone granice.

Jako narzędzia badawcze zastosowane podczas procedury badawczej Doktorantka wymieniła:

- Skalę Jakości Życia SWLS
- Kwestionariusz jakości satysfakcji ze związku M. Acker M. Denis

Oceniane w oparciu o 3 czynniki miłości:

- intymności
- namiętności
- zaangażowanie
- Skala akceptacji życia z chorobą K. Janowski, S. Steuden

uwzględnia 3 czynniki:

- satysfakcję z życia pomimo choroby
- pogodzenie się z chorobą
- dystansowanie się od choroby
- Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia QHQ28 D. Goldberga
- Skala oceny ciała BES S. Franza, S. Schield's
- Kwestionariusz Schematów Younga
- Arkusz Osobowy

Procedura badawcza

W badaniach wzięły udział pary w których kobieta doświadczyła raka piersi i w trakcie leczenia wykonano u niej zabieg oszczędzający pierś lub mastektomię.

Kryteria włączenia:

- wiek kobiety po 50
- pozostawanie w związku
- rozpoznanie raka piersi
- zastosowane leczenie chirurgiczne

Badanie prowadzono stacjonarnie lub on-line. Badani otrzymali zestaw kwestionariuszy oddzielnie dla kobiet i ich partnerów i byli poproszeni o samodzielne ich wypełnienie.

Przesłano ponad 420 zestawów kwestionariuszy.

Łącznie włączono do badania 76 par pozostających w związkach formalnych i nieformalnych. Łącznie zbadano 152 osoby.

Kobiety w wieku 50-78, partnerzy 43-80. Średni czas pozostawania w związku 37,14 lat.

Najdłuższy czas 60 lat, najkrótszy 6 lat.

Większość pozostawała w związkach formalnych, miała wykształcenie średnie.

Najwięcej kobiet przeszło mastektomię jednej piersi (64%).

W rozdziale 3 – dotyczącym analizy badań własnych przedstawiono wyniki służące weryfikacji postawionych hipotez badawczych.

Wyniki badań

Hipoteza 1.1 Akceptacja życia z chorobą własną i partnerki wyjaśnia satysfakcję z życia i związku badanych kobiet i ich partnerów – została potwierdzona częściowo.

Mianowicie akceptacja życia z chorobą wyjaśnia satysfakcję z życia kobiet.

natomiast u mężczyzn sytuacja ta nie jest tak ważna.

Hipoteza 1.2 Ocena stanu własnego zdrowia przez kobiety i ich partnerów wyjaśnia satysfakcję z życia i związku badanych kobiet i ich partnerów – też została potwierdzona częściowo.

Dla mężczyzn – ich ocena satysfakcji z życia zależy od oceny ich własnego stanu zdrowia.

Ich satysfakcja ze związku zależy od depresji kobiet i mężczyzn oraz dolegliwości fizycznych mężczyzn. Natomiast u kobiet satysfakcja z życia powiązana jest z objawami depresyjnymi.

Hipoteza 1.3. Ocena ciała przez same kobiety oraz przez ich partnerów wyjaśnia satysfakcję ze związku w grupie badanych kobiet i ich partnerów – potwierdzona częściowo.

Mężczyźni aktualnie oceniają częściej ciało partnerki związane z kontrolą wagi oraz to jak oceniają te same części ciała kobiety – ma związek z oceną związku.

Dodatkowo aktualna ocena własnych części ciała związanych z kondycją fizyczną wyjaśnia ocenę satysfakcji z życia kobiet.

W wyjaśnieniu satysfakcji ze związku kobiet znaczenie ma retrospektywna ocena części ciała dotyczących zarówno atrakcyjności seksualnej jak kondycji fizycznej/ W grupie mężczyzn istotne dla przewidywania związku w aspekcie intymności okazały się retrospektywna ocena ciała dotycząca atrakcyjności seksualnej.

Dodatkowo dla mężczyzn dla oceny ich satysfakcji z życia miała retrospektywna ocena części ciała związanych z kontrolą wagi u kobiet.

W dalszej części badania wyniki miały dać odpowiedzi na pytanie czy i jakie schematy były mediatorami między osobistymi czynnikami dotyczącymi akceptacji życia z chorobą, oceny ogólnego stanu zdrowia i oceny ciała kobiety.

Celem uzyskania odpowiedzi na to pytanie przeprowadzono analizę mediacyjną. Pierwszym krokiem było sprawdzenie, które zmienne zależna i niezależna wiąże się z mediatorem a w drugim sprawdzano czy dany schemat pełni rolę mediatora.

Hipoteza 2.1 a Schematy z obszaru rozłączenia i odrzucenia pełnią rolę mediatora pomiędzy zmiennymi niezależnymi a satysfakcją z życia i związku - została częściowo potwierdzona.

W grupie partnerów badanych kobiet schematy nieufności/ skrzywdzenia i izolacji społecznej pełnią rolę mediatora między dystansowaniem się od choroby partnerki a satysfakcją z życia, a schematy wadliwości pośredniczą między akceptacją życia z chorobą partnerki a satysfakcją ze związku (intymność).

Hipoteza 2.1 b też została potwierdzona – częściej w grupie kobiet schemat nieufności / skrzywdzenia pośredniczył w relacji między objawami somatycznymi a satysfakcją z życia.

Natomiast u mężczyzn izolacja społeczna pośredniczy między stanem zdrowia a satysfakcją z życia.

Hipotezę 2.1 c też potwierdzono częściowo. Schemat izolacji społecznej partnerów badanych kobiet pośredniczy między oceną ciała kobiet a ich satysfakcją z życia.

Kolejna Hipoteza 2.2. Schematy z obszaru „uszkodzona autonomia” pełnią rolę mediatora między zmiennymi niezależnymi a zależnymi – nie została potwierdzona.

Natomiast Hipoteza 2.3 omawiająca schematy z obszaru „uszkodzone granice” potwierdziła się częściowo: w grupie mężczyzn pełni rolę mediatora między dystansowaniem się od choroby partnerki a satysfakcją z życia.

Pozostałe hipotezy 2.3 b i 2.3 c nie zostały potwierdzone:

Pytanie 3. Brzmiało czy i jakie schematy są mediatorami pomiędzy czynnikami osobistymi partnera/partnerki dotyczącymi zmiennych niezależnych a zmiennymi zależnymi.

Stwierdzono, że czynniki osobiste mężczyzn nie biorą udziału w analizach mediacyjnych wyjaśniających satysfakcję z życia i ze związku. Natomiast w grupie mężczyzn rolę pośredniczącą między czynnikami osobistymi kobiety a satysfakcją z życia i związku pełnią schematy izolacji społecznej i nieufności / skrzywdzenia.

Projekt badawczy skupiał się wokół zagadnienia satysfakcji z życia i ze związku kobiet z doświadczeniem raka piersi i ich partnerów. Pogłębiona analiza badań własnych dostarczyła wielu informacji.

Charakteryzując badane osoby porównano kobiety z mężczyznami w zakresie analizowanych zmiennych. Stwierdzono, że różnice zaznaczają się w zakresie nasilenia namiętności (określonej jako pragnienie bliskiego i fizycznego kontaktu z drugą osobą, która jest wyższa u mężczyzn.

Inne różnice dotyczyły akceptacji życia z chorobą. W tym zakresie kobiety ujawniły wyższy poziom akceptacji w porównaniu z mężczyznami.

Kolejne różnice: mężczyźni lepiej oceniali ciało swoich partnerek niż one same.

Kolejnym etapem badań była próba identyfikacji predyktorów biorących udział w wyjaśnieniu satysfakcji z życia i ze związku badanych kobiet i ich partnerów. Okazało się że w grupie kobiet znaczenie w ocenie satysfakcji z życia ma nie tylko akceptacja życia z chorobą ale także akceptacja części ciała odpowiedzialnych za ogólną kondycję fizyczną i to niezależnie od rodzaju zabiegu.

W grupie mężczyzn predyktorami satysfakcji z życia były ocena własnego stanu zdrowia i retrospektywna ocena części ciała kobiety związanych z kontrolą wagi w percepcji kobiet.

Doktorantka interpretuje te wyniki w oparciu o fakt, że doświadczenie trudnej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa, nie zmienia ogólnego podejścia do życia. Akceptacja własnego ciała przez kobiety z czasu przed chorobą i wynikająca z tego pewność siebie i poczucie atrakcyjności może być istotną podstawą do satysfakcjonującej oceny życia przez mężczyzn aktualnie.

Kolejny etap badań: predyktory satysfakcji ze związku kobiet z rakiem piersi i ich partnerów. Okazało się, że zmienne związane z akceptacją życia z chorobą nie wyjaśniają satysfakcji ze związku badanych kobiet, ale są istotne dla ich partnerów. Niższy poziom ogólnej akceptacji życia z chorobą partnerki i wyższa satysfakcja z życia mimo tej choroby wyjaśniają wyższe zadowolenie ze związku. Doktorantka tłumaczy te zależności przez prawdopodobieństwo, że ci partnerzy, którzy uważają, że ich rola w sytuacji choroby wzrasta i którzy mają skłonność poświęcenia siebie i swoich potrzeb dla partnerki – ci mają wyższą satysfakcję ze związku. W ocenie tej ma znaczenie także ich subiektywna ocena wpływu zdrowia. Mniejsza ilość dolegliwości fizycznych i psychicznych sprzyja satysfakcji ze związku zarówno kobiet jak i mężczyzn.

Innym ciekawym aspektem badań to ocena ciała kobiety.

Po zabiegu chirurgicznym kobiety krytycznie oceniają swoje ciało. Aktualna ocena ciała przez kobiety ma znaczenie dla oceny satysfakcji ze związku przez mężczyzn, natomiast dla samych kobiet ważniejsza okazała się pod tym względem ocena retrospektywna: to jak oceniały one swoje ciało przed zabiegiem. Istotne jest także, że zarówno w ocenie aktualnej jak i retrospektywnej partnerzy oceniali lepiej ciało swoich partnerek niż one same.

Ponadto wyniki pozwalają sądzić, że kobiety, które już przed zabiegiem przypisywały większe znaczenie częściom ciała dotyczącym atrakcyjności seksualnej, a mniejszy tym związanym z kondycją fizyczną, mają wyższą satysfakcję ze związku we wszystkich 3 badanych jego aspektach: intymności, zaangażowania i namiętności.

Satysfakcja ze związku była także oceniana pod kątem wpływu wczesnych nieadaptacyjnych schematów. Stwierdzono, że wysokie nasilenie schematu bezwzględnej surowości u mężczyzn wyjaśnia ich niską satysfakcję ze związku. Natomiast u kobiet dla satysfakcji ze związku mają znaczenie porażka, niewystarczająca samokontrola, podporządkowanie i deprivacja emocjonalna.

Ogólne wyniki badań ujawniły, że niektóre spośród wczesnych nieadaptacyjnych systemów pełnią rolę mediatorów między akceptacją życia z chorobą partnerki, stanem własnego zdrowia i oceną ciała kobiety a satysfakcją z życia i ze związku.

W grupie kobiet rola mediatora pełni tylko jeden schemat nieufności / skrzywdzenia, a w grupie ich partnerów – cztery schematy (izolacja społeczna, nieufność / skrzywdzenie, wadliwość i niewystarczająca samokontrola).

Na podstawie przeprowadzonych badań Doktorantka sformułowała następujące wnioski:

- 1) Stan zdrowia zarówno kobiet jak i ich partnerów wyjaśnia ich satysfakcję z życia i ze związku. Zwłaszcza wyższe nasilenie depresji przewidywało niższą jakość życia i związku badanych osób. W związku z powyższym Doktorantka postuluje kompleksową pomoc psychologiczną oraz badanie przesiewowe w poradniach. Działania te powinny obejmować zarówno kobiety jak i ich partnerów.
- 2) Partnerzy kobiet z rakiem piersi stają się głównym opiekunem chorej kobiety. Doktorantka postuluje troskę o ich zdrowie psychiczne łącznie z utworzeniem grup wsparcia.
- 3) W pracy psychologiczno - terapeutycznej z kobietami i ich partnerami warto poruszać kwestie dotyczące akceptacji życia z chorobą. Przy wyższym poziomie tej akceptacji można spodziewać się większej satysfakcji z życia i związku
- 4) Skuteczne interwencje w nurcie poznawczo behawioralnym warto uzupełniać o kwestie dotyczące terapii schematów. Obecność i nasilenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów obniżała satysfakcję z życia i ze związku.

Ocena ciała ma duże znaczenie dla kobiet i mężczyzn.

Mężczyźni oceniają ciało partnerki po zabiegu lepiej niż ona sama. W pracy z kobietami warto podejmować temat ciała tak by spojrzęły one oczami swoich partnerów.

Praca została wykonana z dużą starannością – cel pracy, pytania i hipotezy badawcze zostały opracowane prawidłowo.

Procedury i narzędzia badawcze zostały dobrane właściwie w stosunku do założeń badania. Sformułowane wstępnie hipotezy badawcze zostały częściowo potwierdzone, również udział niektórych schematów w roli mediatorów został dowiedziony.

Rozprawa składa się z 151 stron maszynopisu, zawiera 45 rysunków, 14 tabel i 40 załączników.

Pracę oceniam bardzo dobrze. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt włączenia do badania wczesnych nieadaptacyjnych schematów jako potencjalnych mediatorów między zmiennymi zależnymi i niezależnymi co świadczy o oryginalności rozprawy.

Z obowiązku recenzenta pragnę zwrócić uwagę na drobne niedociągnięcia które proponuję poprawić przed oddaniem pracy do druku. W części omawiającej wyniki badań należałoby zadbać o większą precyzję.

Np. w omówieniu Hipotezy 1.2 dotyczącej wpływu oceny stanu zdrowia na satysfakcję z życia dodano informację, że satysfakcja mężczyzn ze związku zależy od depresji kobiet i mężczyzn a to nie było powiązane z tą hipotezą.

Podobnie w omówieniu hipotezy H1.3 dotyczącej wpływu oceny ciała kobiet na satysfakcję ze związku znalazła się uwaga że ocena własnych części ciała związanych z kondycją fizyczną wyjaśnia ocenę satysfakcji z życia kobiet .

W dalszej części tego omówienia podano, że „dla mężczyzn dla oceny ich satysfakcji z życia wpływ miała retrospektywna ocena części ciała związanych z kontrolą wagi u kobiet.

W opisie hipotez Doktorantka posługuje się często opisem „ogólny stan zdrowia” co jest pojęciem medycznym – poprawniej byłoby pisać „ocena ogólnego stanu zdrowia”.

Niektóre sformułowania należałoby napisać bardziej jasno np. „w przypadku kobiet z doświadczeniem nowotworu piersi aspektem stanu zdrowia przewidującym satysfakcję z życia na poziomie ogólnym a także intymności i zaangażowania są objawy depresyjne kobiet” (str. 100).

Bibliografia – bardzo obszerna, na ogół dobrana prawidłowo, jednak niektóre pozycje są niepotrzebne np. ocena wiedzy pacjentek na temat profilaktyki, ocena związku między stężeniem witaminy D i wybranych cytokin w krwi kobiet z rakiem piersi. Proponuję ocenić poszczególne pozycje raz jeszcze pod kątem związku ich treści z treścią rozprawy.

Mimo tych drobnych usterek moja ogólna oceny pracy jest bardzo pozytywna w związku z czym przedkładam Wysokiej Radzie Instytutu Dyscypliny Psychologia Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II wniosek o dopuszczenie p. mgr Magdaleny Pietnoczko do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

mgr dr hab. an. 
mgr dr hab. an. 
0045161