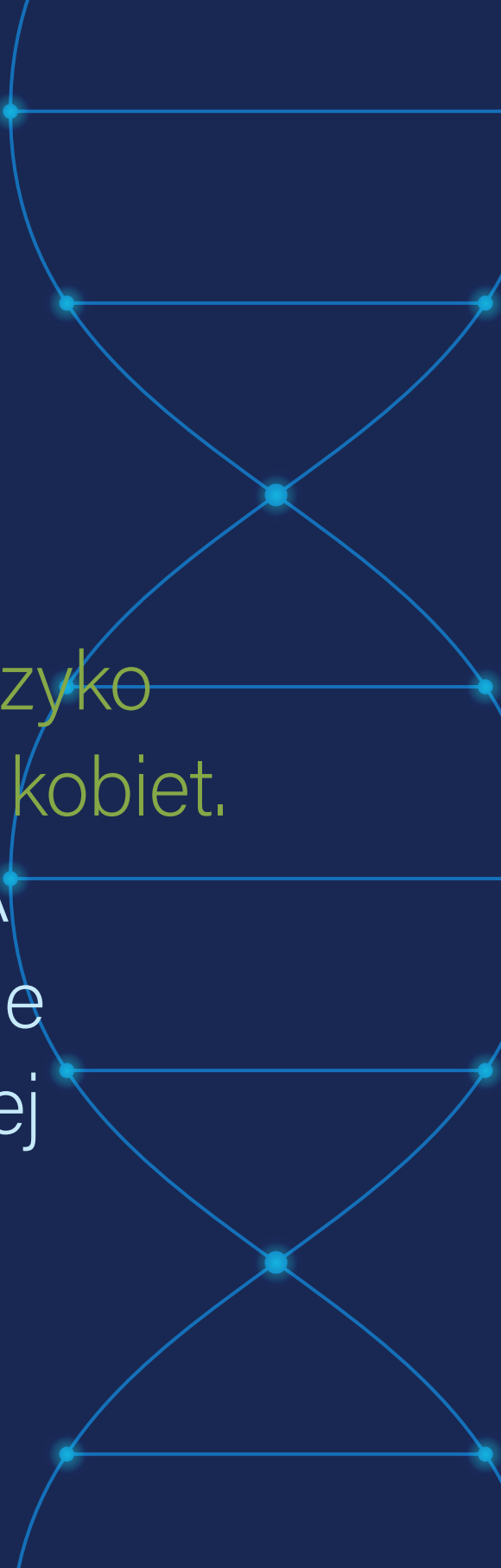


A stylized graphic of a DNA double helix is positioned on the right side of the cover. It consists of two blue curved lines representing the sugar-phosphate backbones, connected by horizontal blue lines representing the base pairs. Small blue dots are placed at the points where the horizontal lines intersect the curved lines, resembling the rungs of the helix.

Sylwia Michałowska

Genetyczne ryzyko
nowotworowe kobiet.

Mutacja BRCA
w perspektywie
psychologicznej

Genetyczne ryzyko nowotworowe kobiet.
Mutacja BRCA w perspektywie psychologicznej

UNIwersytet Szczeciński
ROZPRAWY I STUDIA T. (MCCCLVI) 1282

Sylwia Michałowska

Genetyczne ryzyko nowotworowe kobiet.
Mutacja BRCA w perspektywie psychologicznej

Szczecin 2023

Rada Wydawnicza

Barbara Braid, Anna Cedro, Urszula Chęcińska, Rafał Klóska
Maciej Kowalewski, Ewa Mazur-Wierzbicka, Jarosław Nadobnik
Grzegorz Wejman, Renata Ziemińska, Magdalena Ziolo
Andrzej Skrendo – przewodniczący Rady Wydawniczej
Elżbieta Zarzycka – dyrektor Wydawnictwa Naukowego

Recenzent

prof. dr hab. n. med. i n. zdr. Elżbieta Grochans

Sylvia Michałowska ORCID 0000-0003-4504-910X

Redakcja językowa

Joanna Sygit

Redakcja techniczna i skład

Wiesława Mazurkiewicz

Korekta

Paulina Kaczyńska-Domagalska

Projekt okładki

Joanna Dubois-Mosora



Wersja elektroniczna publikacji dostępna na licencji CC BY-SA 4.0
po 12 miesiącach od daty wprowadzenia do obrotu

© Copyright by Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2023

DOI 10.18276/978-83-7972-630-1

ISBN 978-83-7972-630-1 (online)

ISBN 978-83-7972-629-5 (print)

ISSN 0860-2751

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU SZCZECIŃSKIEGO

Wydanie I | Ark. wyd. 7,5 | Ark. druk. 9,1 | Format 170/240

Spis treści

Rozdział 1. Założenia teoretyczne pracy	9
1.1. Mutacja genetyczna BRCA jako szczególny rodzaj dziedzictwa genetycznego	9
1.1.1. Pojęcie ryzyka nowotworowego	10
1.1.2. Czynniki ryzyka dla raka piersi i raka jajników	11
1.1.3. Ryzyko nowotworowe w mutacji genetycznej BRCA	12
1.2. Współczesna profilaktyka nowotworowa i metody redukcji ryzyka nowotworu	13
1.2.1. Pojęcie profilaktyki	13
1.2.2. Bariery dla profilaktyki	14
1.2.3. Współczesna profilaktyka nowotworowa	15
1.3. Kontekst zachowań zdrowotnych i stosowania się do zaleceń lekarskich u nosicielek mutacji BRCA	17
1.3.1. Pojęcie zachowań zdrowotnych	18
1.3.2. Pojęcie zaleceń lekarskich	18
1.3.3. Zachowania zdrowotne i zalecenia lekarskie w ryzyku nowotworowym	19
1.4. Wybrane psychologiczne aspekty postrzegania zdrowia i choroby	21
1.4.1. Pojęcie zdrowia i choroby	21
1.4.2. Cechy osobowości w kontekście zachowań zdrowotnych	22
1.4.3. Umiejscowienie kontroli zdrowia w kontekście zachowań zdrowotnych	24
1.5. Wybrane aspekty funkcjonowania psychologicznego kobiet z ryzykiem nowotworowym	25
1.5.1. Specyfika oceny ciała u kobiet z ryzykiem nowotworowym	25
1.5.2. Specyfika satysfakcji seksualnej kobiet z ryzykiem nowotworowym	27
1.5.3. Specyfika satysfakcji ze związku u kobiet z ryzykiem nowotworowym	30
1.6. Związki pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia, oceną ciała, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku	31
1.6.1. Cechy osobowości a umiejscowienie kontroli	31
1.6.2. Cechy osobowości a ocena ciała	32
1.6.3. Cechy osobowości a satysfakcja seksualna	33
1.6.4. Cechy osobowości a satysfakcja ze związku	34
1.6.5. Ocena ciała a satysfakcja seksualna	35

1.6.6. Ocena ciała a satysfakcja ze związku	37
1.6.7. Satysfakcja seksualna a satysfakcja ze związku	38
Rozdział 2. Metodologia badań	40
2.1. Przedmiot badań	40
2.2. Cele pracy	41
2.3. Pytania i hipotezy badawcze	42
2.4. Charakterystyka zmiennych i ich wskaźników	43
2.5. Organizacja i przebieg badania	45
2.6. Dobór i charakterystyka grupy badanej	45
2.6.1. Kryteria włączania do badań oraz wyłączenia z badań	46
2.7. Opis metod i narzędzi badawczych	46
2.7.1. Inwentarz Osobowości IPIP-NEO-PI-R	47
2.7.2. Wielowymiarowa Skala Umiejszczenia Kontroli Zdrowia	48
2.7.3. Skala Oceny Ciała	49
2.7.4. Skala Satysfakcji Seksualnej dla Kobiet	50
2.7.5. Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa	51
2.7.6. Autorska Ankieta	51
2.8. Analizy statystyczne	52
Rozdział 3. Wyniki badań własnych	53
3.1. Charakterystyka grupy badanej	53
3.1.1. Socjodemograficzny opis grupy badanej	53
3.1.2. Opis grupy badanej z uwagi na osobistą i/lub rodzinną historię nowotworową	57
3.1.3. Charakterystyka badanej grupy pod względem istotnych informacji związanych z przeprowadzeniem operacji profilaktycznych	58
3.1.4. Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość tworzonego związku	63
3.1.5. Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego	65

3.2. Charakterystyka zmiennych ocenianych w badaniu	67
3.3. Analiza związków pomiędzy wybranymi zmiennymi psychologicznymi kobiet z mutacją genetyczną BRCA i danymi socjodemograficznymi, historią nowotworową a wykonaniem operacji profilaktycznych – mastektomii i adnektomii	69
3.3.1. Określenie związków pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	70
3.3.2. Ocena związków pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	72
3.3.3. Określenie związków pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	75
3.3.4. Ocena związków pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	83
3.3.5. Ocena różnic w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej, satysfakcji ze związku w zależności od osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	84
3.3.6. Określenie związków pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	88
Rozdział 4. Dyskusja	94
4.1. Cechy osobowości i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście operacji profilaktycznych	97
4.2. Cechy osobowości, umiejscowienie kontroli zdrowia, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	99
4.3. Ocena ciała, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście operacji profilaktycznych	101
4.4. Satysfakcja seksualna a satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	104
4.5. Umiejscowienie kontroli zdrowia, satysfakcja seksualna, satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej	105

4.6. Umieszczenie kontroli zdrowia, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście zmiennych socjodemograficznych	106
Podsumowanie	110
Wnioski	112
 Piśmiennictwo	115
Wykaz skrótów	139
Spis rycin i tabel	141
Summary	145

Rozdział 1. Założenia teoretyczne pracy

1.1. Mutacja genetyczna BRCA jako szczególny rodzaj dziedzictwa genetycznego

Najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce jest rak piersi. Dane statystyczne wskazują, że z tej przyczyny w kraju każdego dnia umiera 14 kobiet (Szewczyk, 2011). To rodzaj raka, który budzi szczególne obawy wynikające z emocjonalnego znaczenia piersi, lęku przed skomplikowanym leczeniem oraz jego następstwami. Rozwój medycyny, wzrost wiedzy w obszarze genetyki klinicznej, onkologii czy psychoonkologii przyczyniły się do wzrostu świadomości społecznej w zakresie możliwych działań profilaktycznych i pozwalających zredukować ryzyko nowotworowe.

Szacuje się, że u około 5–10% kobiet, które zachorowały na raka piersi lub jajnika wykazuje się obecność mutacji genetycznych predysponujących do zachorowania (Dębniak, Lubiński, 2016). Dane Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie wskazują, że ryzyko zachorowania dla populacji polskiej wynosi odpowiednio około 66% dla raka piersi i 44% dla raka jajnika (Dębniak, Lubiński, 2016). Ryzyko to jest jednak uzależnione od rodzaju mutacji oraz tego, gdzie jest ona zlokalizowana w genie (Gronwald i in., 2006). Istnienie nowotworów dziedzicznych nie jest współczesnym odkryciem, gdyż najwcześniejsze doniesienia o występowaniu rodzinnego raka piersi datuje się na około 100. rok naszej ery, a jego opisy pochodzą już ze starożytnej literatury medycznej (Lynch, 1981), jednak to właśnie w ostatnich latach wzrasta liczba kobiet wykonujących badania w kierunku mutacji genów nowotworowych.

Otrzymanie pozytywnego wyniku testu na obecność mutacji BRCA (od ang. *BR*east *C*ancer *G*ene) wiąże się z koniecznością poinformowania pacjenta o możliwych formach redukcji ryzyka nowotworu, w tym także o możliwości przeprowadzenia operacji profilaktycznych – mastektomii i adnektomii. Podjęcie decyzji dotyczącej wykonania operacji przez nosicielki mutacji BRCA1/2 bywa procesem

złożonym. Niekiedy uwarunkowane jest sytuacją rodzinną, posiadaniem dzieci czy planowaniem rodzicielstwa (Michałowska, 2020).

W niniejszej pracy podjęto próbę przedstawienia znaczenia diagnozy, z jaką mierzą się kobiety, u których wykryto mutację genetyczną BRCA. Zwrócono uwagę na czynniki, które w szczególny sposób wiążą się z funkcjonowaniem psychologicznym i wskazano na różnice, jakie występują między nosicielkami, które zdecydowały się na wykonanie operacji profilaktycznych, a tymi, które takiej decyzji nie podjęły. W analizach uwzględniono również znaczenie osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej badanych.

Znaczenie programów profilaktycznych kierowanych do kobiet z grup ryzyka nowotworowego wydaje się niepodważalne, a konieczność podejmowania złożonych decyzji dotyczących wyboru metod zarządzania ryzykiem oraz następstw z nimi związanych ukazują, jak ważne jest uwzględnianie w tej perspektywie również aspektów psychologicznych.

1.1.1. Pojęcie ryzyka nowotworowego

Podstawowa i najbardziej rozpowszechniona profilaktyka nowotworowa opiera się na pojęciu ryzyka nowotworowego i jego wyznacznikach. Wśród czynników ryzyka dla zachorowania na nowotwór wskazuje się na czynniki fizyczne, takie jak ekspozycja na promieniowanie jonizujące, czynniki biologiczne, np. drobnoustroje czy pasożyty, i na czynniki chemiczne, które obejmują substancje trafiające do organizmu w sposób bezpośredni lub pośrednio, np. w pożywieniu czy wodzie (Siedlicki, 2017).

Współcześnie za znaczący czynnik ryzyka, ale również aspekt uwzględniany w profilaktyce nowotworowej, uważane są uwarunkowania genetyczne (Jagiello-Gruszweld i in., 2017). Pomimo, że pierwsze opisy rodzinnego raka piersi sięgają czasów starożytnego Rzymu (Lynch, 1981), to jeszcze do niedawna znaczenie czynników genetycznych w rozwoju chorób nowotworowych nie było doceniane. Aktualnie u większości pacjentów z nowotworami weryfikuje się obecność podłoża genetycznego. Zmiany genetyczne w znaczący sposób związane z występowaniem nowotworu określane są jako zmiany genetyczne wysokiego ryzyka. Z kolei te, których związek z rozwojem konkretnego nowotworu jest mniejszy, określane są mianem zmian genetycznych umiarkowanie zwiększonego ryzyka (Gronwald i in., 2015).

1.1.2. Czynniki ryzyka dla raka piersi i raka jajników

W polskiej populacji zwiększone genetycznie ryzyko nowotworu piersi i jajników jest powiązane głównie z obecnością mutacji w genach BRCA1 (*Breast cancer gene 1*), BRCA2 (*Breast cancer gene 2*), CHEK2 (*Checkpoint kinase 2*), PALB2 (*Partner and localizer of BRCA2*) oraz RECQL (*RecQ Like Helicase*), a ich ekspresja ujawnia się w postaci zespołów dziedzicznych – dziedzicznego raka piersi-jajnika (HBOC – *hereditary breast-ovarian cancer*), dziedzicznego raka jajnika specyficznego narządowo (HOC – *hereditary ovarian cancer*) oraz dziedzicznego raka piersi specyficznego narządowo (HBC-ss – *hereditary breast cancer – site specific*) (Gronwald i in., 2015). Nie u wszystkich rodzin ze zdiagnozowanymi zespołami HBC-ss i HBOC zlokalizowano mutacje w obrębie genów BRCA. Niekiedy obecność zespołów dziedzicznych jest rezultatem mutacji genów CHEK2 czy PALB2 (Cybulski i in., 2014; Cybulski i in., 2015).

Obecność mutacji w genie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu piersi w zakresie od 35 do 85% (Miki i in., 1994), a w przypadku raka jajnika w zakresie od 16 do 60% (Antoniou i in., 2003). Sama obecność mutacji oznacza, że w genie następuje nadmierny podział komórek prowadzący do ich namnożenia (Janiszewska i in., 2003). W populacji ogólnej rozpowszechnienie tych zmian w genach BRCA1/2 wynosi od 1/300 do 1/800, podczas gdy w Polsce rozpowszechnienie to szacuje się na 1/170 (Janiszewska i in., 2003).

Aktualne dane wskazują, że około 30% nowotworów to wynik wysokiej predyspozycji genetycznej. Badania z udziałem tożsamych genetycznie bliźniaków jednojajowych wskazywały, że wystąpienie nowotworu prostaty oraz piersi u jednego z bliźniaków oznacza, że prawdopodobieństwo, że drugi bliźniak również zostanie dotknięty nowotworem tego narządu, wynosi 40% dla raka prostaty i 30% dla raka piersi (Lichtenstein i in., 2002).

Predyspozycja genetyczna może mieć charakter jedno- lub wielogenowy. Dziedziczenie jednogenowe powiązано głównie z występowaniem zachorowań u bliskich 50% krewnych (kobiet oraz mężczyzn) w każdym kolejnym pokoleniu. Nazywa się to transmisją pionową. Wiodącą przyczyną zachorowań są w tym wypadku mutacje genetyczne nazywane konstytucyjnymi, co oznacza, że mutacja obecna jest we wszystkich komórkach organizmu, jednak to mutacje obecne w pojedynczym genie stanowią przyczynę zachorowania. Z kolei wielogenowa predyspozycja nowotworowa zwykle prowadzi do zachorowania wyłącznie jednego członka rodziny. Może być ona

związana z wysokim lub też z umiarkowanie większym ryzykiem nowotworu (Dębniak, Lubiński, 2016).

Analizując czynniki ryzyka dla raka piersi, udowodniono również istotne znaczenie ekspozycji na działanie estrogenów, wystąpienie pierwszej miesiączki przed 12. rokiem życia oraz doświadczenie późnej menopauzy, rozpoczynającej się po 55. roku życia (Sowa i in., 2015). Wystąpienie nowotworu zdaje się być powiązane również z doświadczeniem macierzyństwa. Udowodniono bowiem zależność między zachorowaniem na raka a wiekiem urodzenia pierwszego dziecka, wskazując, że kobiety rodzące pierwsze dziecko po ukończeniu 30. roku życia narażone są na zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór piersi w porównaniu do tych kobiet, które w pierwszą ciążę zaszły do 7 lat od momentu wystąpienia ich pierwszej miesiączki (Janssens, Vandeloo, 2009). Ten szczególny związek nowotworów z funkcjonowaniem hormonalnym kobiet ukazują również zależności dotyczące stosowania antykoncepcji hormonalnej. Udowodniono bowiem, że kobiety wybierające antykoncepcję hormonalną przed ukończeniem 25 lat oraz takie, które przed pierwszym porodem stosowały egzogenne estrogeny, były bardziej narażone na zachorowanie na raka piersi (Pruthi i in., 2008).

Istotne znaczenie mają czynniki związane ze stylem życia, takie jak aktywność fizyczna, dieta, spożywanie alkoholu czy palenie papierosów (Jokiel, Bielska-Lasota, 2010). Brak aktywności fizycznej, prowadzący często do otyłości, może zwiększać ryzyko nowotworowe, ale również ryzyko powikłań i zgonów przy zachorowaniu (Grodecka-Gazdecka, 2011). Dieta także nie pozostaje bez znaczenia – dominacja tłuszczów oraz cukrów może zwiększać ryzyko raka piersi nawet trzykrotnie (Kaczmarek-Borowska, 2013).

1.1.3. Ryzyko nowotworowe w mutacji genetycznej BRCA

W sytuacji zdiagnozowania konstytucyjnej mutacji w obrębie genu BRCA1 mówimy o zespole BRCA1. Czynnikiem związanym ze wzrostem ryzyka jest tu przede wszystkim rodzinna historia nowotworowa. Prawdopodobieństwo zachorowania wzrasta o dodatkowe 20%, gdy u krewnej pierwszego stopnia przed 50. rokiem życia wystąpił nowotwór piersi. Kolejny, 60-procentowy wzrost ryzyka powiązany został z wystąpieniem nowotworu jajnika u krewnej pierwszego lub drugiego stopnia (Metcalf i in., 2010). U nosicielek mutacji genu BRCA1 wzrasta również ryzyko wystąpienia

raka jajowodu i otrzewnej, którego prawdopodobieństwo szacuje się na około 10% (Gronwald i in., 2015).

W zespole BRCA2 stwierdzana jest konstytucyjna mutacja genu BRCA2. W większości przypadków obecność mutacji BRCA2 wśród polskiej populacji najpewniej jedynie nieznacznie zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi, natomiast w znacznym stopniu wiąże się z ryzykiem rozwoju raka jajnika, prostaty i przewodu pokarmowego – w tym jelita grubego, żołądka oraz trzustki, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Jednocześnie ryzyko to nie jest dokładniej określone (Gronwald i in., 2015).

Jeżeli u kobiety wykryta zostanie mutacja w genie BRCA1, dodatkowo wzrasta ryzyko wystąpienia innych nowotworów niż nowotwór piersi i jajników, choć najczęściej po przechorowaniu nowotworu jednej piersi pojawia się nowotwór drugiej (Hofman-Pyka i in., 2016). Wzrost tego ryzyka wiąże się z wiekiem, w jakim były kobiety w momencie rozpoznania raka po raz pierwszy (Metcalf i in., 2004; Menes i in., 2015). Okazuje się jednak, że taka zależność może nie znajdować odzwierciedlenia w przypadku mutacji w genie BRCA2 (Molina-Montes i in., 2014). Obecność mutacji BRCA w genach może także zwiększać ryzyko wystąpienia raka endometrium (Beiner i in., 2007; Bruchim i in., 2010; Segev i in., 2013).

To zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór drugiej piersi, nawet po dokonaniu jednostronnej mastektomii, czy też ryzyko wystąpienia nowotworów innych obszarów uzasadniają konieczność stałego nadzoru lekarskiego nad kobietami, u których wykryta została mutacja genetyczna BRCA, a także rozwoju i doskonalenia profilaktyki nowotworowej i edukacji obejmującej wiedzę o dostępnych metodach redukcji ryzyka.

1.2. Współczesna profilaktyka nowotworowa i metody redukcji ryzyka nowotworu

1.2.1. Pojęcie profilaktyki

Pojęcie profilaktyki odnosi się do działań ukierunkowanych na zapobieganie niepożądanym objawom lub ich konsekwencjom. Wyróżniono profilaktykę I, II i III stopnia (Bishop, 2000).

Profilaktyka I stopnia ukierunkowana jest na zapobieganie możliwości wystąpienia chorób u osób zdrowych. Profilaktyka II stopnia dotyczy z kolei działań

skupionych na ograniczaniu rozwoju chorób, kiedy znajdują się one na wczesnych etapach. Profilaktyka III stopnia obejmuje procedury leczenia oraz metody rehabilitacji u tych osób, u których objawy choroby są zaawansowane (Bishop, 2000). W przypadku kobiet z mutacją genetyczną BRCA można mieć do czynienia zarówno z profilaktyką I, jak i II czy III stopnia, jeśli dojdzie u nich do rozwoju nowotworu.

Przytoczone w niniejszej pozycji badania własne dotyczyły kobiet zdrowych, to znaczy takich, które objęte są profilaktyką I stopnia. Ten typ profilaktyki dotyczy dwóch podstawowych strategii organizujących działanie – zmiany nawyków mających negatywny wpływ na zdrowie, takich jak niewłaściwa dieta czy korzystanie z używek, oraz podejmowania zachowań zdrowotnych pozwalających na uniknięcie choroby. Zalecane zachowania zdrowotne mogą być specyficzne w zależności od ryzyka i charakteru choroby (Bishop, 2000) i w odniesieniu do opisywanych badań obejmują wykonanie lub niewykonanie operacji profilaktycznych.

1.2.2. Bariery dla profilaktyki

Pomimo istnienia wielu programów profilaktycznych tworzonych w zakresie profilaktyki I stopnia, wciąż wiele z nich nie przynosi zamierzonych efektów. Poszukując przyczyn tych niepowodzeń, Bishop (2000) wskazuje na:

- bariery związane z praktykami i postawami kulturowymi,
- bariery dotyczące natury nawyków,
- bariery obejmujące strukturę systemu opieki zdrowotnej,
- bariery psychologiczne.

Bariery wynikające ze specyfiki postaw i kultury mogą dotyczyć konfliktu pomiędzy wartością nadawaną zdrowiu a innymi wartościami w życiu jednostki. Może to być również prezentowanie postawy fatalistycznej opartej na przekonaniu, że życie każdego człowieka ostatecznie kończy się śmiercią, a podejmowanie wysiłków, aby temu zapobiec, jest bezzasadne. Bariery dotyczące natury nawyków mogą ujawniać postawę blokującą, w której postrzega się wzmacnianie zdrowych nawyków jako sprzeczne z ideą pełnego, intensywnego życia. Struktura systemu opieki zdrowotnej również może utrudniać realizację programów profilaktycznych, np. z uwagi na jej ukierunkowanie na działania lecznicze. Psychologiczny wymiar barier dotyczy niewystarczających wysiłków podejmowanych przez samych psychologów, by w promocji i profilaktyce zdrowia, także zdrowia psychicznego, w większym stopniu akcentować znaczenie zachowań zdrowotnych (Bishop, 2000).

1.2.3. Współczesna profilaktyka nowotworowa

W profilaktyce I stopnia oferowanej kobietom z grup ryzyka nowotworowego proponowana jest procedura pozwalająca na potwierdzenie lub wykluczenie obecności mutacji BRCA w genach. Współczesna diagnoza w tym zakresie możliwa jest dzięki wykorzystywaniu testów genetycznych polegających na pobraniu próbki krwi. Ich specyficzność jest praktycznie stuprocentowa, co oznacza, że w trakcie analiz nie pojawiają się fałszywe wyniki dodatnie ani ujemne, o ile analiza prowadzona jest na dwóch niezależnie pobranych próbkach krwi. Test można wykonać wyłącznie w ściśle zdefiniowanych okolicznościach – tylko z udziałem osoby pełnoletniej, poprzez pobranie dwóch niezależnych próbek krwi przez pracownię posiadającą aktualną akredytację. Zarówno przed, jak i po dokonaniu analizy DNA konieczne jest również przeprowadzenie przez genetyka-onkologa specjalistycznej konsultacji (Jakubowska, Górską, Lubiński, 2015).

Kobiety z ryzykiem nowotworowym mają możliwość korzystania z poradni genetycznych, których działalność z założenia powinna mieć przede wszystkim charakter informacyjny i zapewniać dostęp do treści takich, jak: możliwości zapobiegania wystąpieniu choroby, możliwości wykrywania choroby na jej wczesnym etapie i ograniczanie następstw choroby (Ostrowski, Siedlecki, 2016).

Współczesna profilaktyka nowotworowa oferuje kobietom wiele metod redukcji ryzyka. Specjalne zalecenia dotyczące postępowania w przypadku wysokiego ryzyka nowotworu kieruje się do nosicielek mutacji genów nowotworowych, jeśli mutacje tego typu zostały wykryte w rodzinie. Wówczas zwykle około 50% członków rodziny należy włączyć w realizację programu. Ponadto zalecenia kieruje się również do tych członków rodziny, u których rozpoznano lub podejrzewa się zespół dziedzicznego raka piersi/jajnika zgodnie z przyjętymi kryteriami rodowodowo-klinicznymi (Gronwald, 2015). W programie, oprócz schematu badań kontrolnych i leczenia, uwzględniona jest również specjalistyczna profilaktyka oparta na kilku podstawowych filarach: doustna antykoncepcja hormonalna, hormonalna terapia zastępcza, karmienie piersią, wczesne urodzenie dziecka, chemoprewencja oraz chirurgiczne zabiegi profilaktyczne – mastektomia i adnektomia (Gronwald, 2015).

Doustna antykoncepcja hormonalna stosowana przez młode kobiety (poniżej 25. roku życia) może prowadzić do wzrostu ryzyka raka piersi nawet o 74% (Kotsopoulos i in., 2014). Co ciekawe, stosowanie antykoncepcji hormonalnej przez kobiety, u których wykryto mutację BRCA1, a które przekroczyły już 30. rok życia,

wyduje się uzasadnione, ponieważ nie tylko nie zwiększa to ryzyka nowotworu piersi, ale jednocześnie zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia raka jajnika nawet o połowę (Narod i in., 1998). Kobietom z opisywanymi w niniejszej pracy zespołami genetycznymi zalecane jest także karmienie piersią, co zgodnie z badaniami wpływa na zmniejszenie ryzyka nowotworowego (Gronwald i in., 2006). Zalecenie odnoszące się do wczesnego macierzyństwa jest powiązane przede wszystkim z faktem, że nosicielkom mutacji BRCA wskazuje się na powinność dokonania operacji profilaktycznej pomiędzy 35. a 40. rokiem życia. Wspomniana już chemoprewencja, jako jedno z zaleceń obejmujących profilaktykę, dotyczy wskazań do przyjmowania tamoxifenu, będącego syntetycznym lekiem o działaniu antyestrogenowym. Wskazana jest także suplementacja mikroelementami, ze szczególnym zwróceniem uwagi na znaczenie selenu (Gronwald i in., 2006).

Profilaktyczne usunięcie narządów rodnych w połączeniu ze stosowaniem tamoxifenu prowadzi do redukcji ryzyka raka piersi u pacjentek z mutacją BRCA1 do około 10% (Gronwald i in., 2015). Z kolei profilaktyczne usunięcie piersi, określane mastektomią, zmniejsza prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu piersi dzięki usunięciu znaczącej dla rozwoju raka tkanki. Badania wykazały, że jedynie 1% kobiet o wysokim ryzyku doświadczyło rozwoju raka piersi pomimo wykonania obustronnej mastektomii (Zeigler, Kroll, 1991). Aktualnie wykonywane są głównie mastektomie podskórne wraz z niezwłoczną rekonstrukcją, co pozwala na zapewnienie kobietom satysfakcjonującego efektu estetycznego.

Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej stanowi następstwo profilaktycznego usunięcia narządów rodnych, określanego jako tzw. postępowanie z wyboru, u pacjentek, u których wykryta została mutacja BRCA (Gronwald i in., 2015). Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że stosowanie hormonalnej terapii zastępczej i jednocześnie niepoddanie się operacji profilaktycznej może zwiększać ryzyko rozwoju raka piersi (Narod, 2001).

Szczególnym rodzajem działań profilaktycznych są proponowane kobietom operacje: mastektomia i adneksektomia. Długoterminowa ocena satysfakcji wśród kobiet, które zdecydowały się poddać zabiegom profilaktycznym, wskazuje na pozytywne rezultaty, takie jak zmniejszenie obaw emocjonalnych dotyczących ryzyka nowotworowego oraz korzystne wyniki w innych obszarach funkcjonowania, np. psychologicznym i społecznym (Frost i in., 2000).

Chirurgiczny zabieg profilaktyczny proponowany jest po uwzględnieniu wielu złożonych czynników, związanych m.in. z rodzinną historią raka piersi (Metcalf

i in., 2008), osobistą historią nowotworu piersi (van Roosmalen i in., 2004), zaleceniem wydanym przez lekarza (Schwartz i in., 2004) czy też posiadaniem małych dzieci (Lodder i in., 2002). Wciąż nie są w pełni znane motywacje kobiet oraz czynniki związane z decyzją o wykonaniu operacji profilaktycznych. W badaniach van Dijk, van Roosmalen, Otten i Stalmeier (2008) decyzja o wykonaniu profilaktycznej mastektomii była najsilniej skorelowana z przewidywanym przez pacjentki uczuciem żalu, gdyby okazało się, że faktycznie zachorowały na raka piersi. Ponadto wyższy poziom spostrzeganego zagrożenia lub ryzyka zachorowania w wielu badaniach wiązał się z wyższym prawdopodobieństwem poddania się operacji profilaktycznej (Lodder i in., 2002; Stefanek i in., 1995; Hallowell, 1998; Bebbington, Fallowfield, 2013; van Dijk i in., 2003; De Leeuw, van Vliet, Ausems, 2008).

Badanie McQuirter i współpracowników (2010) pozwoliło na wyciągnięcie kilku znaczących wniosków. Potwierdzono, że zapewnienie wsparcia kobietom, które mają mutację genetyczną BRCA i stoją przed koniecznością podjęcia decyzji o wykonaniu profilaktycznej mastektomii, ma duże znaczenie. W szczególności jednak znaczące okazały się wnioski, zgodnie z którymi samo dostarczanie im kluczowych informacji i pomaganie w rozważeniu zarówno zalet, jak i wad operacji może nie być wystarczające. Proponowane interwencje muszą obejmować również afektywne komponenty podejmowanej decyzji. Ponadto wysokie znaczenie w badaniach nadane zostało korzyściom płynącym z otrzymania wsparcia od innych kobiet, które przeszły przez podobne doświadczenie. Potwierdzają to także ustalenia Patenaude i współpracowników (2008), którzy stwierdzili, że wartość informacyjna i emocjonalna konsultacji z innymi kobietami była jedną z najbardziej pomocnych w procesie decyzyjnym.

1.3. Kontekst zachowań zdrowotnych i stosowania się do zaleceń lekarskich u nosicielek mutacji BRCA

Zrozumienie preferencji kobiet w zakresie metod redukcji ryzyka nowotworowego wymaga analizy kierowanych do nich zaleceń lekarskich i proponowanych im zachowań zdrowotnych.

1.3.1. Pojęcie zachowań zdrowotnych

W literaturze przedmiotu te aktywności, które odnoszą się do zdrowia, określane są zachowaniami zdrowotnymi, choć definicji pojęcia powstało wiele i bywa ono rozumiane w różny sposób. W ujęciu zaproponowanym przez Bishopa (2000) przez zachowania zdrowotne rozumie się taki repertuar zachowań, jaki podejmuje osoba zdrowa w celu uniknięcia zachorowania. Zachowania zdrowotne są tu determinowane przez czynniki społeczne i demograficzne, sytuacyjne oraz psychologiczne. W praktyce oznacza to, że podejmowanie zachowań zdrowotnych zależy m.in. od sytuacji ekonomicznej, dostępu do pomocy medycznej, otoczenia społecznego, percepcji objawów, aktualnych potrzeb czy stanów emocjonalnych (Bishop, 2000).

1.3.2. Pojęcie zaleceń lekarskich

Przyjmowane przez pacjentów postawy oraz podejmowanie określonych działań ukierunkowanych na własne zdrowie lub też powstrzymywanie się od nich obejmują również aspekt stosowania się do zaleceń lekarskich. Są to takie zachowania pacjenta, które spójne są z zaleceniami medycznymi, co dotyczy nie tylko przyjmowania określonych leków, ale także zmian obejmujących styl życia (Haynes, 1979). Z reguły kryterium oceny jest w tym wypadku wykonanie zaleceń lekarskich w co najmniej 80% (Haynes, 1979). Niestety jest to trudna do weryfikacji miara, jeśli dotyczy zachowań zdrowotnych, takich jak zmiana diety czy podjęcie aktywności fizycznej.

W obliczu choroby przyjmowane przez pacjentów postawy są uzależnione od udziału czynników poznawczych i emocjonalnych. Zgodnie z koncepcją Wrześniowskiego stosunek pacjenta do zachorowania czy podejmowanego leczenia może wynikać z jednej z dwóch odmiennych reakcji (Jakubowska-Winiecka, Włodarczyk, 2007). Pierwszą z nich, sprzyjającą leczeniu, podejmują zwykle osoby, które dysponują złożonymi i rzetelnymi informacjami o swoim stanie, ale równocześnie akceptują zarówno postawioną diagnozę, jak i proponowany sposób leczenia. Pacjenci o takiej orientacji są chętni do współpracy, zmotywowani oraz zaangażowani w leczenie. Nawet jeśli doświadczają silnych stanów emocjonalnych, to nie uzewnętrzniają lęku, który uniemożliwiłby działanie. Druga, niekorzystna względem procesu leczenia postawa, może przybierać jedną z dwóch form. W pierwszej z nich dominujący jest lęk, co prowadzi do negowania zaleceń lekarskich i postulowania wzmożonej, szczególnej opieki zarówno ze strony personelu medycznego i zespołu specjalistów, jak i ze strony

rodziny. W drugim podtypie pacjent filtruje otrzymywane informacje w taki sposób, by zredukować lęk, co w konsekwencji może prowadzić do umniejszenia znaczenia nadawanego choroby oraz jej możliwym następstwom i prezentowania nadmiernie optymistycznej postawy wobec własnej sytuacji medycznej. Pacjenci o takiej orientacji mogą wykazywać zachowania ryzykowne, mające na celu potwierdzenie osobistych oczekiwań i ukazanie środowisku nieznaczącej szkodliwości zdiagnozowanej choroby. Konsekwencją jest niski poziom motywacji chorego do współpracy z personelem (Jakubowska-Winiecka, Włodarczyk, 2007).

Możliwe jest rozpatrywanie procesu podejmowania decyzji o wykonaniu profilaktycznej operacji – mastektomii i/lub adnektomii – w Modelu Przekonań Zdrowotnych (HBM – *Health Belief Model*), w którym przyjmuje się, że prawdopodobieństwo rozpoczęcia zachowania zdrowotnego jest wynikiem tego, jak zagrożenie chorobą ocenia dana osoba. Wpływ na tę ocenę ma osobista podatność na chorobę (postrzegana przez samego pacjenta), ranga choroby, a także zestawienie korzyści oraz kosztów jako rezultatów podjęcia zalecanych działań (Rosenstock, 1974).

1.3.3. Zachowania zdrowotne i zalecenia lekarskie w ryzyku nowotworowym

Choroba nowotworowa jest chorobą przewlekłą, a proces jej leczenia jest złożony i długotrwały. Jedną z podstawowych metod leczenia nowotworów jest obecnie chemioterapia, której celem jest niszczenie komórek rakowych poprzez wykorzystanie leków przeciwnowotworowych, tzw. cytostatyków. Ponadto, tak w profilaktyce i prewencji, jak i w samym leczeniu, pacjentom często zalecana jest zmiana stylu życia, redukcja stresu czy określona dieta (Haynes, McDonald, Garg, 2002). Niestety stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród osób cierpiących na choroby przewlekłe jest realizowane w stopniu mniejszym niż oczekiwany (Haynes, McDonald, Garg, 2002).

W przypadku kobiet, u których wykryta została mutacja genetyczna BRCA, sytuacja jest jeszcze bardziej złożona. Nie wszystkie nosicielki mutacji zmagają się w przeszłości z diagnozą choroby nowotworowej. Część z nich nigdy nie przeżyła nowotworu i nie była z tego powodu leczona. W takiej sytuacji wśród podstawowych zaleceń lekarskich, obok przeprowadzenia profilaktycznych zabiegów chirurgicznych, wskazywana jest również potrzeba systematycznych badań profilaktycznych, w zależności od wieku pacjentki. Kobietom od 15. roku życia zalecana jest

samokontrola piersi – raz w miesiącu, po miesiączce. Pacjentki od 18. roku życia powinny korzystać z badań wykonywanych przez lekarza co 6 miesięcy, czyli dwa razy w ciągu roku. Po ukończeniu 25 lat zaleca się kobietom, aby co 6 miesięcy wykonywały USG (ultrasonografię) piersi. Kobiety przekraczające 30. rok życia powinny co 6 miesięcy poddawać się badaniu mammograficznemu i/lub wykonywać USG piersi – w zależności od ich budowy, zgodnie z zaleceniami. Jako optymalne wskazuje się ponadto wykonywanie tych badań naprzemiennie z rezonansem magnetycznym piersi – również dwa razy w roku, co 6 miesięcy. Kobiety z tej grupy powinny także poddawać się badaniu ginekologicznemu z badaniem USG transwaginalnym – dwa razy w roku, co 6 miesięcy – oraz raz w roku wykonywać oznaczenie poziomu CA 125, który jest markerem nowotworowym wykorzystywanym w procesie diagnozowania raka jajnika, a także przydatnym w monitorowaniu jego leczenia. Od 40. roku życia kobietom z mutacją BRCA wskazuje się na zasadność wykonywania raz w roku USG jamy brzusznej, a raz na dwa lata – kolonoskopii. W okresie menopauzalnym pacjentkom sugeruje się samobadanie piersi raz w miesiącu (Ochman, 2012).

W perspektywie długoterminowej wiele wskazanych zaleceń wymaga od pacjentów zaangażowania oraz wytrwałości. Podobnie zresztą dzieje się w przypadku podjęcia decyzji o poddaniu się operacjom profilaktycznym, co wiąże się z okresem przygotowania i rekonwalescencji, a w niektórych sytuacjach również z przyjmowaniem hormonalnej terapii zastępczej. Problem wytrwałości, opisywany przez Łukaszewskiego i Marszał-Wiśniewską (2006), skupia się na znaczeniu cech osobowości w realizowaniu działań. Ta perspektywa pokazuje wytrwałość jako stałą dyspozycję jednostki, której przypisywana jest odpowiedzialność za długoterminowe kontynuowanie działania (tzw. perspektywa dyspozycyjna). Perspektywa sytuacyjna zakłada, że wytrwałość determinują jedynie zewnętrzne czynniki. Z kolei trzecia z perspektyw integruje wcześniejsze podejścia i ukazuje determinację jako cechę formalną obecną w zachowaniu, wyznaczoną przez czynniki zarówno osobowościowe, jak i sytuacyjne.

1.4. Wybrane psychologiczne aspekty postrzegania zdrowia i choroby

1.4.1. Pojęcie zdrowia i choroby

Powszechne spojrzenie na pojęcie zdrowia, pozbawione perspektywy psychologicznej, ujmując konstrukt ten głównie jako brak choroby, co znacząco ogranicza opis ludzkiego doświadczenia. W perspektywie psychologicznej zdrowie nie jest wyłącznie brakiem objawów chorobowych. Zgodnie z ujęciem Antonovskiego (1979) można przyjąć, że zdrowie nie jest stałym stanem czy też zasobem, ale raczej procesem polegającym na przemieszczaniu się między dwoma krańcami kontinuum – zdrowiem i chorobą. Z kolei Tomaszewski (1975) opisywał zdrowie w kontekście wartości, wskazując, że jest ono wartością pożądaną, pozytywną, będącą obiektem dążeń, podczas gdy choroba jest wartością negatywną, a człowiek pragnie jej uniknąć. Tak rozumiane pojęcia zdrowia i choroby powinny sprzyjać podejmowaniu zachowań zdrowotnych czy też stosowaniu się do zaleceń lekarskich.

Zdrowie, rozumiane jako wartość, od lat jest obszarem zainteresowań badaczy, teoretyków i praktyków z różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, w tym psychologów. Doniesienia współczesnej psychologii zdrowia pokazują silny związek między stresem a chorobą, ukazując przy tym ich wzajemne oddziaływanie. Stres często uznawany jest za jedną z przyczyn w mechanizmach określonych chorób. Z drugiej strony sytuacja choroby stanowi źródło specyficznych stanów emocjonalnych czy doświadczeń stresujących (Dolińska-Zygmunt, 2001). Obecnie uznaje się, że choroba somatyczna stanowi tak naprawdę zespół stresorów, zwłaszcza jeśli wiąże się z istotnym poczuciem zagrożenia życia. Sytuacja osoby chorej zostaje dodatkowo utrudniona, gdy osoba ta przyjmuje rolę pacjenta, a więc staje w obliczu konieczności korzystania z usług ochrony zdrowia, co niekiedy wiąże się z pojawieniem stresorów instytucjonalnych, wynikających z formalnego charakteru relacji, deprywacji kontaktów z bliskimi osobami, utratą indywidualności, pozostawaniem pod wpływem zewnętrznych regulaminów (Sęk, 2001).

Nierzadko choroba oznacza również konieczność zmiany nawyków i pojawienie się nowych obowiązków, związanych chociażby z przyjmowaniem leków, kontrolą wyników czy podejmowaniem określonych zachowań prozdrowotnych. Choroba ujmowana jako sytuacja stresowa prowadzi do uaktywnienia określonych reakcji, służących tzw. radzeniu sobie. To, jak skutecznie oraz w jakim czasie chory radzi sobie z trudnym doświadczeniem, zależy od posiadanych przez niego zasobów

wewnętrznych (osobistych) oraz zewnętrznych. Wśród zasobów wewnętrznych znajdują się m.in. cechy osobowości, temperament, a także wiedza. Natomiast do zasobów zewnętrznych zalicza się wsparcie otrzymywane od innych ludzi i posiadane środki materialne (Heszen, Sęk, 2008).

Specyficzna sytuacja, w jakiej znajdują się kobiety z mutacją genetyczną BRCA, uwarunkowana jest przede wszystkim tym, że u części z nich nigdy nie zdiagnozowano choroby nowotworowej. Funkcjonowanie emocjonalne i społeczne kobiet pozostaje jednak w relacji z realnym zagrożeniem chorobą, związanym z podwyższonym ryzykiem nowotworowym oraz koniecznością zmiany utrwalonych nawyków czy podejmowaniem regularnych badań i pozostawianiem pod nadzorem lekarskim. W badaniach Frideman i współpracowników (1994) wykazano, że kobiety z mutacją BRCA zmagają się m.in. z trudnościami będącymi konsekwencją faktu, że podejmowana profilaktyka, w tym operacje profilaktyczne, były uznawane za bezzasadne i nie były refundowane przez ubezpieczyciela, ponieważ kobiety te nie były zdiagnozowane, co oznacza, że w momencie przeprowadzania zabiegu nie były chore. Ponadto badacze wskazywali także na doświadczanie niepokoju, gniewu oraz lęku, wynikające z poczucia zagrożenia chorobą, a jednocześnie na trudności w uporządkowaniu znaczenia ryzyka w ich życiu rodzinnym (Friedman i in., 1994).

Wyjątkowa sytuacja kobiet z mutacją w genach BRCA może powodować trudności w podejmowaniu i utrzymywaniu zachowań zdrowotnych, zmianie nawyków czy stylu życia, szczególnie gdy kobiety doświadczają braku wsparcia ze strony bliskich osób czy też ze strony systemu ochrony zdrowia, który np. ogranicza lub nie umożliwia refundacji rekonstrukcji po wykonaniu operacji profilaktycznych.

1.4.2. Cechy osobowości w kontekście zachowań zdrowotnych

Osobowość, jako jeden z podstawowych konstruktów teoretycznych w psychologii, była już wielokrotnie obiektem analiz i doczekała się różnych definicji.

W toku badań nad osobowością człowieka wyróżnić można trzy naczelne tradycje badawcze: kliniczne badanie osobowości, podejście eksperymentalne i analizy korelacyjne, w tym analizę czynnikową (Lawrence, 2002). W niniejszej pracy skupiono się na ujęciu cech osobowości zgodnych z metodą czynnikową, w której wykorzystywane są pytania kwestionariuszowe dla wyodrębnienia określonych czynników mających związek z ludzką osobowością.

Model czynnikowy o największej popularności to Pięcioczynnikowy Model Osobowości zaproponowany przez Costę i McCrae. Model ten zakłada, że w strukturze osobowości występuje pięć czynników: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność. Każdy z nich ma dwa wymiary, tworząc w ten sposób kontinuum nasilenia danej cechy.

W przyjętym modelu neurotyczność przeciwstawiana jest emocjonalnej stabilności i wiąże się z brakiem emocjonalnego zrównoważenia, zwiększoną podatnością na odczuwanie stresu oraz skłonnością do przeżywania emocji negatywnych, np. przygnębienia czy poczucia winy. Ekstrawersja stanowi czynnik stojący w opozycji do introwersji i dotyczy energii życiowej, ilości oraz jakości interakcji społecznych, w które jednostka się angażuje, zdolności do odczuwania pozytywnych emocji, takich jak zadowolenie. Otwartość na doświadczenia ukazuje tendencję jednostki do spostrzegania własnych doświadczeń jako pozytywnych, dzięki nadawaniu im korzystnego znaczenia. Czynnik ten znajduje wyraz również w ogólnej ciekawości poznawczej, chęci poznania tego, co nowe. Ugodowość w teorii Costy i McCrae to opozycja dla antagonizmu i dotyczy nastawienia człowieka wobec innych ludzi, co uzewnętrzniać się może w altruizmie. Sumienność, jako ostatni z czynników w Modelu Pięcioczynnikowym, jest przeciwległym krańcem nieukierunkowania i obrazuje stopień zaangażowania, motywacji czy wytrwałości danej osoby w trakcie wykonywania działań zorientowanych na realizację celu (Costa, McCrae, 1992).

Opisane czynniki są stałym elementem osobowości, nie ulegają zmianom pod wpływem zewnętrznych oddziaływań, nacisków środowiskowych czy przeobrażeń społeczno-kulturowych.

Wydaje się, że indywidualne cechy osobowości mogą mieć znaczenie dla dbałości o zdrowie i realizacji zaleceń lekarskich. Wskazuje się tu chociażby ugodowość czy sumienność (Rochefort i in., 2019). Posiadanie tych cech może m.in. sprzyjać współpracy z personelem medycznym, a także wspierać proces systematycznego i precyzyjnego realizowania zaleceń dotyczących np. zmiany diety czy badań profilaktycznych. Wykazano również, że wyższa sumienność i niższa neurotyczność mogą wiązać się z lepszymi zachowaniami ukierunkowanymi na zdrowie (Rochefort i in., 2019) oraz że generalnie osobowość człowieka jest związana z subiektywnie postrzeganym własnym zdrowiem (Duberstein i in., 2003) i może stanowić predyktor podejmowanych przez niego zachowań zdrowotnych (Buelow, Cayton, 2020). Okazało się również, że cechy osobowości mogą odgrywać istotną rolę w procesie podejmowania decyzji, zwłaszcza w odniesieniu do działań, które wiążą się z ryzykiem (Wanga i in., 2019).

Model zachowań prozdrowotnych osobowości (Murray, Booth, 2015) zakłada, że osobowość oddziałuje na zdrowie i śmiertelność w sposób pośredni, poprzez podejmowanie przez człowieka określonych zachowań, co wiąże ekspresję cech osobowościowych z prawdopodobieństwem zaangażowania w różne aktywności w cyklu życia. Wysoka sumienność sprzyja lepszemu zdrowiu w okresie starzenia, ponieważ wiąże się z regularnymi wizytami u lekarzy i stosowaniem zaleceń specjalistów. Wykorzystywane w badaniach modele oparte na mediatorach dowiodły, że zachowania zdrowotne mogą pośredniczyć między cechami osobowości a wynikami zdrowotnymi (Weston, Jackson, 2016; Graham i in., 2018).

1.4.3. Umiejscowienie kontroli zdrowia w kontekście zachowań zdrowotnych

Umiejscowienie kontroli, podobnie jak cechy osobowości, ma znaczenie dla podejmowanych przez człowieka zachowań zdrowotnych. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli częściej przeciwdziałają chorobom i wypadkom niż osoby z kontrolą zewnętrzną (Kościelak, 2010). Ludzie, którzy podejmują starania, by prowadzić zdrowy styl życia, w mniejszym stopniu wierzą w znaczenie przypadku i czują większą odpowiedzialność za swoje zdrowie (Kościelak, 2010).

W badaniach wykazano znaczenie poczucia kontroli dla podejmowanych przez pacjentów działań związanych ze zdrowiem (Lodder i in., 2002; McCaul, Schroeder, Reid, 1996) i zaangażowaniem w proces leczenia, wskazując m.in., że bierna rola pacjenta wiąże się z gorszą adaptacją (Helmer, Kramer, Mikołajczyk, 2012). Wymiar umiejscowienia kontroli może mieć szczególne znaczenie w przypadku osób chorujących na nowotwory.

Umiejscowienie kontroli zdrowia może mieć związek z podejmowaną przez pacjentów decyzją dotyczącą preferowanych metod leczenia. W badaniach Henderson i Donatelle (2003) z udziałem kobiet, u których wykryto raka piersi, wykazano, że większość kobiet, które miały wysokie wewnętrzne poczucie kontroli, stosowała jeden lub więcej rodzajów tzw. terapii komplementarnej. Z kolei w badaniu na populacji irańskich kobiet udowodniono, że wszystkie wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia były przydatne w przewidywaniu przekonań dotyczących badań przesiewowych w kierunku raka piersi (Saei Ghare Naz i in., 2019).

Jedne z najbardziej aktualnych badań Pahlevan, Ahadzadeh, Ong i Naghavi (2020) z udziałem kobiet korzystających z mammografii jako metody przesiewowej

w diagnostyce raka piersi unaocznily, że aby przezwyciężyć strach związany z testowaniem, należy przekazywać kobietom więcej informacji na temat procedury. Jednocześnie badacze dostrzegli potrzebę interwencji zmierzających do zmiany umieszczenia kontroli zdrowia kobiet z zewnętrznej na wewnętrzną, aby doprowadzić do większego zaangażowania w działania profilaktyczne.

1.5. Wybrane aspekty funkcjonowania psychologicznego kobiet z ryzykiem nowotworowym

Choć większość kobiet z mutacją genetyczną BRCA nie doświadczyła osobiście nowotworu w cyklu życia, wiele dotychczasowych analiz udowodniło, że otrzymanie pozytywnego wyniku testu genetycznego nie pozostaje bez znaczenia dla ich funkcjonowania psychologicznego. Coraz więcej uwagi poświęca się indywidualnym cechom nosicielek, które mogą zwiększać ryzyko negatywnych następstw emocjonalnych po otrzymaniu pozytywnego wyniku, skupiając się jednocześnie także na czynnikach chroniących. Dotychczasowe badania dostarczyły istotnych wniosków, które mogą być wykorzystywane w praktyce, zwłaszcza w procesie planowania treści kierowanych do kobiet z grup ryzyka.

U kobiet poddawanych testom genetycznym na obecność mutacji BRCA otrzymanie pozytywnego wyniku wiąże się przede wszystkim z podwyższonym ryzykiem doświadczania określonych stanów emocjonalnych, głównie lęku oraz dystresu (Ertmański i in., 2012; Brédart i in., 2013), wynikających m.in. z antycypowania możliwych zagrożeń będących efektem mutacji (Lelonek, Cieślík, Kamusińska, 2013), co znajduje odzwierciedlenie głównie w bliskich relacjach.

Analizy wykazują jednak, że doświadczanie lęku przed nowotworem może stanowić czynnik motywujący do regularnego poddawania się badaniom przesiewowym (Lelonek, Cieślík, Kamusińska, 2013; Choi i in., 2018) i może to dotyczyć także testów genetycznych na obecność mutacji (Cameron, Diefenbach, 2001).

1.5.1. Specyfika oceny ciała u kobiet z ryzykiem nowotworowym

Postrzeganie własnego ciała ma charakter subiektywny i uwarunkowane jest wieloczynnikowo. Samo określenie „obraz ciała” zostało pierwszy raz użyte w 1935 roku przez Schindlera, a ujmowane było w wymiarze psychologicznym i społecznym

(Smolak, Thompson, 2009). Schindler opisywał obraz ciała jako specyficzny dla jednostki sposób postrzegania własnej masy i kształtu ciała, co stanowi odzwierciedlenie postaw wobec ciała, natomiast doświadczanie niezadowolenia z obrazu ciała było w tym ujęciu rozumiane jako rozdzźwięk pomiędzy tym, co osoba postrzega, a ideałem dotyczącym jej wyglądu (Smolak, Thompson, 2009).

W literaturze przedmiotu opisuje się postrzeganie i znaczenie ciała na wiele różnych sposobów, analizując np. obraz ciała (*body image*), pojęcie ciała (*body concept*), Ja cielesne (*body self*) czy schemat ciała (*body-scheme*) (Nitsch i in., 2012), a także ciało jako obiekt (*body-as-object*) złożony z poszczególnych części, np. twarzy czy piersi, oraz ciało jako proces (*body-as-process*), uwzględniając przede wszystkim to, jak ciało funkcjonuje, np. czy jest sprawne (Franzoi, Shields, 1984). Z badań wynika, że kobiety częściej postrzegają ciało jako obiekt, który poddawany jest ocenie z uwagi na atrakcyjność (Mandal, 2004; Kobieracka, 2012).

Szczególny wymiar oceny ciała dotyczy kobiet, które w wyniku choroby i/lub leczenia doświadczają zmienionego obrazu własnego ciała. Hopwood i współpracownicy (2001) wyróżnili trzy obszary związane z ciałem, które są charakterystycznymi elementami obrazu ciała kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi. Jest to obszar afektywny (poczucie kobiecości, poczucie atrakcyjności), behawioralny (unikanie ludzi z powodu oceny wyglądu) i poznawczy (wyrażanie ustosunkowania wobec wyglądu).

Choroba nowotworowa związana z długotrwałym i inwazyjnym leczeniem może oddziaływać na obraz ciała (Han i in., 2010; Fingeret i in., 2013). Bardziej negatywna ocena ciała kobiet leczonych onkologicznie może wpływać na ich stan psychiczny (Fobair i in., 2006), zwiększać ryzyko depresji oraz generalnie obniżać jakość życia (Begovic-Juhant, Chmielewski, 2012) i prowadzić do podwyższonego poziomu niepokoju (Przezdziecki i in., 2013).

Leczenie, w którym uwzględniane są interwencje chirurgiczne, takie jak mastektomia, zwłaszcza u młodych kobiet, również zwiększają ryzyko wystąpienia negatywnej oceny ciała (Rasmussen, Hansen, Elverdam, 2010; Collins, Liu, 2011). Podobnego efektu mogą doświadczyć kobiety leczone przy wykorzystaniu chemioterapii, która z uwagi na swoje następstwa, takie jak przyrost masy ciała, utrata włosów, również oddziałuje na ocenę ciała (Kingsberg, 2010; Panjari i in., 2011).

Negatywna ocena ciała dokonywana przez kobiety chorujące onkologicznie lub zagrożone nowotworem może znajdować odzwierciedlenie w ich codziennym funkcjonowaniu, w tym także w funkcjonowaniu seksualnym i doświadczaniu satysfakcji seksualnej (Manne, Badr, 2008; Kinsinger i in., 2011), jak również w odbiorze

jakości tworzonego związku (Zimmermann, Scott, Heinrichs, 2010; Moreira, Canavarro, 2013).

1.5.2. Specyfika satysfakcji seksualnej kobiet z ryzykiem nowotworowym

Seksualność jest jednym z podstawowych i nieodłącznych elementów życia człowieka. Liczne badania i analizy psychologiczne udowodniły, że satysfakcja seksualna stanowi istotny komponent jakości życia czy więzi w bliskich związkach (Dundon, Rellini, 2010; Scott i in., 2012).

Samą satysfakcję seksualną zwykle definiuje się jako poziom zadowolenia z seksualnych aspektów relacji intymnej (Sprecher, Cate, 2004). Niezwykle istotne jest jednak, aby dostrzegać, że o satysfakcji seksualnej nie decyduje jedynie jakość bezpośredniego doświadczenia seksualnego (Ziherl, Masten, 2010). We współczesnym ujęciu satysfakcja seksualna obejmuje nie tylko doznania fizyczne, ale też emocjonalne, i choć stanowi odczucie subiektywne, opiera się na wielu złożonych uwarunkowaniach. W wielowymiarowy sposób ujęli to Meston i Trapnell (2006), którzy skupiając się na specyfice satysfakcji seksualnej kobiet, uznali jej istotne elementy, takie jak poczucie spełnienia, zadowolenie z komunikacji w sprawach dotyczących seksualności oraz dopasowanie, będące wyrazem spójności w zakresie potrzeb oraz przekonań dotyczący sfery seksualnej.

Psychologiczne ujęcie satysfakcji seksualnej pozwala uniknąć zawężania obszaru rozumienia tego doświadczenia. Dotychczas powstały liczne teorie i modele psychologiczne próbujące jak najtrafniej opisać istotę satysfakcji seksualnej oraz jej wyznaczniki i związki z innymi aspektami życia człowieka.

Poziom satysfakcji seksualnej, jaki wykazują pary w związkach małżeńskich, jest dodatnio skorelowany z częstotliwością ich interakcji seksualnych oraz z poziomem zadowolenia ze związku (Yucel, Gassanov, 2010). Jednocześnie satysfakcja seksualna jest konstruktem złożonym, obejmującym m.in. aspekt komunikacji. Nomejko, Dołęńska-Zygmunt i Mucha (2017) wykazały, że dobra komunikacja w związku może spełniać istotną funkcję ochronną wobec zmniejszenia zadowolenia z życia seksualnego, które może pojawić się np. w wyniku starzenia się partnerów.

Davies i współpracownicy (2006) opisują satysfakcję seksualną na podstawie trzech podstawowych komponentów: satysfakcji fizycznej, emocjonalnej i wynikającej z poczucia kontroli. Satysfakcja fizyczna stanowi efekt subiektywnie odczuwanej przyjemności, poczucia fizycznego zaspokojenia oraz pozytywnej oceny umiejętności

seksualnych partnera. Emocjonalna satysfakcja obejmuje afektywne ustosunkowanie wobec partnera – to, czy w odniesieniu do niego odczuwany jest niepokój czy niepewność seksualna, oraz jaki jest ogólny poziom zadowolenia z tworzonego związku. Satysfakcja, której podstawą jest poczucie kontroli, obejmuje ocenę, jakiej dana osoba dokonuje w zakresie osobistego wpływu na zainicjowanie i doprowadzenie do kontaktu seksualnego.

Nieco inaczej satysfakcję seksualną ujmuje stworzony przez Lawrence i Byers (1995) Model Wymiany Satysfakcji Seksualnej (*The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction*), który ukazuje zależność doświadczanej satysfakcji seksualnej od oceny zysków i strat w konkretnej relacji o charakterze seksualnym. W tym ujęciu znaczenie mają oczekiwania obojga partnerów, ale również to, jaka jest jakość ich relacji w kontekście pozaseksualnym. Szczególnie ważne w modelu Lawrence i Beyers (1995) jest jednak to, że ocena korzyści i kosztów relacji nie obejmuje wyłącznie aktualnych odczuć, ale oparta jest raczej na historii doświadczeń w danej relacji. W opisanym modelu przyjmuje się więc, że satysfakcja seksualna stanowi emocjonalną reakcję partnerów, będącą konsekwencją oceny, jakiej dokonują, uwzględniając zarówno pozytywne (korzyści), jak i negatywne (straty) wymiary swojej relacji (Lawrence, Beyers, 1995).

Istnieją różnice w satysfakcji seksualnej doświadczanej przez kobiety oraz przez mężczyzn i ma to związek nie tyle z różnicami biologicznymi między płciami, ale raczej ze specyfiką uwarunkowań, w tym w dużej mierze uwarunkowań psychologicznych (Henderson, Lehavot, Simon, 2009). Poszukując specyfiki satysfakcji seksualnej kobiet, stworzono modele teoretyczne, w tym m.in. model ekologiczny Henderson i współpracowników (2009), prezentujący wieloczynnikowe ujęcie satysfakcji seksualnej kobiet rozpatrywanej na różnych poziomach, takich jak mikrosystem, mezosystem, egzosystem i makrosystem. Pierwszy z poziomów uznaje znaczenie indywidualnych różnic pomiędzy ludźmi, które wynikają z przekonań, wyznawanych wartości czy emocji. Mezosystem obejmuje bliskie relacje między ludźmi, komunikację, otwartość oraz intymność, której doświadczają w relacji. Egzosystem to relacje rodzinne, społeczne wsparcie. Z kolei makrosystem to czynniki instytucjonalne, m.in. prawo, normy, ale także ideologia kultury, w której żyje jednostka.

Przyjęty w niniejszej pracy model odnosi się do ujęcia kobiecej seksualności, jaki zaproponowali Meston i Trapnell (2006), i na którym opiera się stworzona przez nich Skala Satysfakcji Seksualnej dla Kobiet. Autorzy przyjmują, że satysfakcja seksualna kobiet obejmuje trzy podstawowe wymiary: zadowolenie, komunikację i dopasowanie. Jednocześnie wskazują na istnienie wymiaru dystresu dotyczącego

funkcjonowania seksualnego, który zawiera obawy relacyjne i obawy osobiste. Obawy relacyjne dotyczą lęku partnerki o negatywny wpływ trudności na tle seksualnym na jej partnera oraz obawy o trwałość tworzonego związku. Obawy osobiste to negatywne następstwa emocjonalne po przeżyciu trudności, np. złość. Wymiar komunikacji odnosi się do tego, czy partnerzy rozmawiają na tematy związane z aktywnością seksualną i czy ujawniają w tych rozmowach swoje odczucia. Dopasowanie dotyczy poziomu zgodności partnerów w zakresie wzajemnych potrzeb, pragnień, przekonań czy też preferencji seksualnych, ale obejmuje także ocenę wzajemnej atrakcyjności partnerów, tego, czy odczuwają wobec siebie pożądanie. Wymiar zadowolenia uwzględnia spełnienie i poczucie emocjonalnej oraz seksualnej więzi z partnerem.

Satysfakcja seksualna kobiet z ryzykiem nowotworowym analizowana jest w różnych wymiarach i w odniesieniu do specyficznych czynników. Na szczególną uwagę zasługuje zależność między wykonaniem operacji redukujących ryzyko nowotworowe a doświadczeniami o charakterze seksualnym. Ma to przede wszystkim związek z występowaniem charakterystycznych objawów menopauzalnych. Kobiety, które przeszły profilaktyczne usunięcie jajnika wraz z jajowodem, zgłaszały spadek zarówno przyjemności wynikającej z podejmowanej aktywności seksualnej, jak i zmniejszenie częstotliwości stosunków i zmniejszony komfort w trakcie praktyk seksualnych (Elit i in., 2001; Fang i in., 2009; Finch i in., 2011).

Wiele kobiet wskazywało, że z uwagi na specyficzne objawy, których doświadczały po operacji, oceniają udzieloną im poradę seksualną jako nieodpowiednią lub niewystarczającą (Campfield, Moyer, Matloff, 2011). Udowodniono, że kobiety z ryzykiem nowotworowym, które przeszły operację obustronnego usunięcia jajników i jajowodów, znacznie częściej zgłaszały doświadczanie dysfunkcji seksualnych niż pacjentki z ryzykiem nowotworowym, które nie zdecydowały się na wykonanie operacji, oraz w porównaniu do populacji ogólnej (Laumann, Paik, Rosen, 1999).

Samo doświadczenie menopauzy, będącej konsekwencją operacji profilaktycznej, różni się od doświadczania objawów menopauzy naturalnej, chociażby pod względem częstotliwości występowania objawów depresyjnych. Kobiety po operacji profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów zgłaszały więcej objawów depresyjnych niż kobiety, które jeszcze nie przeszły operacji lub które doświadczyły menopauzy w sposób naturalny (Chan i in., 2019). Ciężko jednoznacznie określić zależności możliwe do wystąpienia w tym obszarze. Rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych wśród pacjentów z depresją jest wysokie (Bonierbale, Lancon, Tignol, 2003), jednocześnie badania dowodzą, że nie tylko depresja zwiększa ryzyko dysfunkcji seksualnych, ale że jest to zależność wzajemna (Atlantis, Sullivan, 2012).

1.5.3. Specyfika satysfakcji ze związku u kobiet z ryzykiem nowotworowym

Satysfakcja ze związku definiowana jest jako subiektywna ocena związku, w której uwzględniane są różnorodne wymiary, takie jak przystosowanie, szczęście, poczucie zadowolenia czy stałości oraz adekwatne funkcjonowanie, możliwe dzięki komunikacji i integracji pary (Rostowski, 1987).

W odniesieniu do teorii sprawiedliwości (Wojciszke, 2012) związku, których fundamentem jest sprawiedliwa wymiana dóbr, charakteryzuje większa trwałość i wyższy poziom zadowolenia niż w przypadku par, u których ten rodzaj sprawiedliwej wymiany nie występuje. Dotyczy to m.in. zaangażowania partnerów w tworzenie związku. Zaangażowanie to, jeśli znajduje się na podobnym poziomie, sprzyja trwałości relacji (Wojciszke, 2012). Okazuje się jednak, że nie tylko wzajemna wymiana ma znaczenie dla satysfakcji w związku. Wskazuje się tu również cechy temperamentalne małżonków, ich cechy osobowości czy cechy fizyczne, ale także występujące między partnerami porozumienie seksualne (Braun-Gałkowska, 1992; Luo i in., 2008). Osoby o wyższym poziomie neurotyczności są mniej szczęśliwe w małżeństwie, ponieważ częściej doświadczają emocji negatywnych (Karney, Bradbury, 1997).

Zgodnie z koncepcją Plopy, przyjętą w niniejszej pracy, satysfakcja ze związku obejmuje cztery wymiary – intymność, samorealizację, podobieństwo oraz rozczarowanie. Intymność to wymiar odzwierciedlający ocenę satysfakcji z bycia w bliskiej relacji. Obecność w związku samorealizacji oznacza możliwość osobistego spełnienia, w zgodzie z własnym systemem wartości. Podobieństwo oznacza zgodność partnerów co do realizacji istotnych celów wspólnych wyznaczonych w parze czy celów rodzinnych. Wymiar rozczarowania jest związany z doświadczaniem poczucia życiowej porażki, rozumianej jako efekt zawarcia związku, co przejawia się w zachowaniach unikających w obliczu problemów oraz małym zaangażowaniem w relację (Plopa, 2016).

Zastanawiając się nad specyfiką satysfakcji ze związku u kobiet, nie sposób nie uwzględnić różnic między kobietami i mężczyznami wynikających z ich doświadczeń emocjonalnych, podejmowanych ról i zadań społecznych czy wzajemnych oczekiwań i potrzeb. Szczególnym momentem w dynamice relacji partnerskiej jest chociażby pojawienie się dziecka i wynikające z tego zmiany. Codzienne zaangażowanie w opiekę nad małym dzieckiem wpływa na funkcjonowanie kobiety, poprzez np. skrócenie czasu możliwego do przeznaczenia na odpoczynek, co prowadzi do

zmęczenia. Zmieniają się również relacje w diadzie, co może prowadzić do negatywnej oceny związku (Włodarczyk, 2012). Należy jednak pamiętać, że w obliczu trudnych, stresujących czy niespodziewanych wydarzeń bliskie związki mogą stanowić istotne źródło wsparcia (Gapik, Kosmala, 2004). Ma to znaczenie także w przypadku kobiet o zwiększonym ryzyku nowotworowym.

Zmiany wprowadzone w codziennym życiu wynikające z zarządzania ryzykiem nowotworowym mogą znajdować odzwierciedlenie w związkach. Badania Dorval i współpracowników (1999) przeprowadzone wśród partnerów kobiet chorujących na nowotwory wykazały, że liczba rozwodów czy separacji, wbrew powszechnym przekonaniom, nie była większa w rodzinach chorujących w porównaniu do grupy kontrolnej. Satysfakcja ze związku pozostawała przez lata trwania choroby na podobnym poziomie.

Z perspektywy niniejszej pracy szczególnie ważne jest, że najwyższy poziom pobudzenia emocjonalnego obecny jest u partnerów w trakcie diagnozowania choroby (Hilton, Crawford, Tarko, 2000), a więc w czasie, kiedy występuje konieczność radzenia sobie z niepewnością i ryzykiem. W przypadku mutacji genetycznej BRCA niepewność ta ma charakter permanentny, może trwać latami, dlatego tak istotne wydaje się dokonanie oceny satysfakcji ze związku w parach, które zmuszone są uwzględnić ryzyko nowotworowe w organizacji życia codziennego.

1.6. Związki pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia, oceną ciała, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku

1.6.1. Cechy osobowości a umiejscowienie kontroli

Zgodnie z koncepcją społecznego uczenia się Rottera (1990) rolą człowieka jest dążenie do realizacji własnych potrzeb opartych na wzmocnieniach, które powodują, że w przyszłości, po podjęciu określonego zachowania, człowiek oczekuje podobnych wzmocnień. Osoby, które charakteryzuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli, żywią przekonanie o własnym wpływie na przebieg zdarzeń, jednak przekonania te niosą ze sobą także pewne zagrożenia, ponieważ mogą sprzyjać oskarżaniu się o niepowodzenia (Sęk, 2008) w sytuacjach, w których oczekiwania – pomimo podjętych działań – nie zostały spełnione lub nie udało się osiągnąć określonego celu.

W zależnościach między umiejscowieniem kontroli a cechami osobowości zwraca się uwagę przede wszystkim na znaczenie ekstrawersji i neurotyczności (Kwiatkowska, 2019). Osoby, które wykazują wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, charakteryzuje lepsze przystosowanie do choroby (Terelak, Krzesicka, Małkiewicz, 2009), czemu sprzyja również niższy poziom neurotyzmu oraz wyższy poziom ekstrawersji (Bajcar, Tylka, 2014). Wyższy poziom depresyjności sprzyja niższej kontroli wewnętrznej i słabszemu przekonaniu o wpływie innych (Kosowicz i in., 2014). Umiejscowienie kontroli w zakresie zdrowia ma również związek z dystresem oraz lękiem (Burgess, Morris, Pettingale, 1988; Fang, Daly, Miller, 2006). Wyższe poczucie kontroli wewnętrznej sprzyja mniejszej depresyjności w wymiarze zarówno afektywnym, jak i poznawczym (Fiszer, Sobów, 2013).

Zgodnie z koncepcją, którą stworzył Wallston i współpracownicy (1976), przekonania człowieka na temat zdrowia pozostają w relacji z podejmowanymi przez niego zachowaniami. Jeśli człowiek jest przekonany, że zdoła kontrolować przebieg choroby czy też ryzyko jej wystąpienia, będzie bardziej skłonny podejmować działania zarówno terapeutyczne, jak i profilaktyczne (Wallston, Kaplan, Maides, 1976).

1.6.2. Cechy osobowości a ocena ciała

Cechy osobowości mają znaczenie także w zakresie dokonywanej przez człowieka oceny ciała. Neurotyczność jest w znacznym stopniu powiązana z negatywną oceną własnego wyglądu (Davis, Dionne, Lazarus, 1996; Davis, Dionne, Shuster, 2001; Kvaem i in., 2006) i z niezadowoleniem z wyglądu twarzy (Thomas, Goldberg, 1995) oraz z większym zainteresowaniem wagą (Davis i in., 2004), a także z niższym uznaniem wobec własnego ciała (Swami, Hadji-Michael, Furnham, 2008) i większymi rozbieżnościami w ocenie rzeczywistej wagi w stosunku do wagi idealnej (Swami, Taylor, Carvalho, 2011).

Ekstrawersja może być powiązana zarówno z niezadowoleniem z wyglądu twarzy (Thomas, Goldberg, 1995), jak również z bardziej pozytywną ogólną oceną wyglądu czy generalnie z większym zorientowaniem na wygląd (Kvaem i in., 2006) lub pozostawać w związku z bardziej pozytywnym ustosunkowaniem wobec ciała (Swami, Hadji-Michael, Furnham, 2008). Warto jednak mieć na uwadze, że związki ekstrawersji z oceną ciała mogą być słabsze niż związki neurotyczności z oceną ciała.

Ugodowość jako kolejna z cech osobowości w modelu Wielkiej Piątki może być powiązana z większym samouprzedmiotowaniem (Miner-Rubino, Twenge,

Fredrickson, 2002) i niższą akceptacją chirurgii plastycznej (Swami i in., 2009). Cechy osobowości: otwartość, ugodowość i sumiennność nie wydają się jednak silnie związane z oceną ciała (Swami, Hadji-Michael, Furnham, 2008; Swami, Taylor, Carvalho, 2011).

Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że związki pomiędzy poszczególnymi cechami osobowości, z naciskiem na neurotyzm i ekstrawersję, mogą okazać się znaczące dla oceny ciała dokonywanej przez kobiety z mutacją genetyczną BRCA.

1.6.3. Cechy osobowości a satysfakcja seksualna

Ujmowane zgodnie z teorią Wielkiej Piątki cechy osobowości były wielokrotnie poddawane analizie w odniesieniu do ich związku z satysfakcją seksualną. Aktualny stan wiedzy wskazuje, że niski poziom neurotyzmu może być pozytywnie związany z deklarowaną satysfakcją seksualną, podczas gdy wysoki poziom może wiązać się z nią w sposób negatywny. Zarówno bardzo niski, jak i wysoki poziom neurotyzmu przewiduje gorszą satysfakcję seksualną, podczas gdy poziom niski do umiarkowanego może sprzyjać wyższej satysfakcji seksualnej (Daspe i in., 2015). Udowodniono, że pary, w których żony charakteryzowały się wysokim poziomem ugodowości, z większą częstotliwością podejmowały się współżycia seksualnego, a mężowie, którzy wykazywali niską otwartość lub neurotyzm, oraz żony o niskiej neurotyczności, zgłaszali generalnie wyższy poziom satysfakcji seksualnej (Meltzer, McNulty, 2016).

Wykazano, że także ekstrawersja ma pozytywny związek liniowy z częstością aktywności seksualnej par. W przypadku mężczyzn to samo można zaobserwować u tych, którzy są bardziej sumienni, bardziej stabilni emocjonalnie i mniej zgodni (Whyte i in., 2019). Badania pokazują, że ekstrawersja jest właściwie najważniejszą cechą osobowości w odniesieniu do zachowań seksualnych, takich jak liczba życiowych partnerów seksualnych, zaangażowanie w seks przypadkowy, niewierność małżeńska, używanie prezerwatyw czy dysfunkcje seksualne (Allen, Walter, 2018).

Wyższy poziom otwartości i niższy poziom ugodowości są prawdopodobnie związane z bardziej liberalnymi postawami wobec seksu, większą liczbą partnerów seksualnych, wyższym popędem seksualnym, częstszą aktywnością seksualną, niższymi poziomami zaburzeń seksualnych (Allen, Desille, 2017). Wyższy poziom sumienności może być związany z bardziej konserwatywnymi postawami wobec seksu, niższymi poziomami dysfunkcji seksualnych i większą tendencją do heteroseksualności. W przypadku aktywnych seksualnie osób dorosłych wyższy poziom

ekstrawersji i niższy poziom neurotyzmu związane są z większą satysfakcją seksualną. Wyższy poziom ekstrawersji i niższy poziom sumienności również mogą być związane z większą liczbą partnerów seksualnych u mężczyzn, ale nie potwierdza się ten związek w przypadku kobiet (Allen, Desille, 2017).

1.6.4. Cechy osobowości a satysfakcja ze związku

Wśród kluczowych predyktorów satysfakcji małżeńskiej wskazuje się cechy osobowości (Rostowski, Rostowska, 2014; Solomon, Jackson, 2014; Xie, Zhou, Gong, 2018). Zgodnie z dotychczasowymi badaniami neurotyzm, ekstrawersja, ugodowość, sumienność i otwartość na doświadczenie wiążą się z poczuciem szczęścia, choć siła tych związków nie jest jednakowa (DeNeve, Cooper, 1998; Brudek, 2015).

Najsilniej (korelacja ujemna) z zadowoleniem małżeńskim wiąże się neurotyzm. Rezultaty badań z udziałem par o długoletnim stażu małżeńskim pokazały, że ekstrawersja – w przeciwieństwie do neurotyczności – istotnie wiąże się z satysfakcją z małżeństwa. Korelacja ta ma charakter pozytywny. Autorzy, tłumacząc to zjawisko, wskazują, że osoby o wysokim poziomie neurotyzmu rozwodzą się w ciągu pierwszych lat życia małżeńskiego lub adaptują się do słabości małżonka w czasie trwania małżeństwa (O'Rourke i in., 2011; Claxton i in., 2012).

Nieco słabszy związek ze szczęściem w relacji wykazano dla sumienności i ugodowości. Osoby charakteryzujące się obowiązkowością, odpowiedzialnością, przyjaznym nastawieniem wobec drugiego człowieka czy też skłonnością do unikania konfliktów deklarują wyższe poczucie szczęścia w związku (Braun-Gałkowska, 2011). Najsłabszy (również dodatni) związek wykazano pomiędzy szczęściem w relacji a otwartością na doświadczenia (Roberts, Walton, Viechtbauer, 2006). Ponadto badania sugerują, że zmieniające się na przestrzeni trwania związku poziomy neurotyzmu i sumienności są szkodliwe dla satysfakcji, podczas gdy początkowy poziom sumienności pozwala przewidywać spadek zadowolenia z małżeństwa (Madison, O'Meara, South, 2019).

Badania O'Rourke i współpracowników (2011) przeprowadzone na parach z długim stażem (średnio 34 lata związku) wykazały, że wyższy poziom ekstrawersji między parami przewiduje wyższą satysfakcję, zarówno mężów, jak i żon. Ponadto podobieństwo partnerów w zakresie otwartości na doświadczenia wydaje się być związane z wyższym poziomem zadowolenia ze związku, jaki zgłaszają mężczyźni, jednocześnie podobieństwo między partnerami w obszarze ugodowości przewiduje

satysfakcję ze związku u kobiet. Najważniejszym wnioskiem, jaki można wyciągnąć z tego badania, jest to, że neurotyzm nie jest związany z satysfakcją małżeńską ani u mężów, ani u żon. Wynik ten jest sprzeczny z wcześniej zgłoszonymi wynikami, wśród których zdecydowana większość przeprowadzona była z udziałem par i nowożeńców. Sprzeczne wyniki mogą odzwierciedlać stopień, w jakim neurotyczność determinuje rozwód w pierwszych latach życia małżeńskiego, oraz wskazywać na umiejętność dostosowania się z czasem do słabości małżonka.

Szczególne znaczenie cech osobowości w odniesieniu do poziomu satysfakcji ze związku zdaje się dotyczyć przede wszystkim neurotyzmu i ekstrawersji. Dotychczasowe badania unaocznily również, jak istotne jest znaczenie płci w kontekście opisywanych wniosków, co dodatkowo wzmacnia zasadność tego typu analiz prowadzonych z udziałem kobiet z ryzykiem nowotworowym.

1.6.5. Ocena ciała a satysfakcja seksualna

Zarówno piersi, jak i jajniki, które w przypadku zabiegów profilaktycznych ulegają usunięciu, pełnią niezwykle istotne funkcje w życiu kobiety i mogą być powiązane z oceną własnego ciała, satysfakcją seksualną czy satysfakcją ze związku. Występowanie symetrii w wyglądzie piersi znacząco przyczynia się do zadowolenia z ciała, co zgłaszają kobiety po rekonstrukcji piersi (Teo i in., 2018). Z kolei zaburzenia w zakresie oceny własnego ciała u kobiet po zabiegu mastektomii mogą wiązać się z istotnym cierpieniem psychicznym (Sherman i in., 2017), wpływając na satysfakcję ze związku czy satysfakcję seksualną.

Zgodnie ze współczesną wiedzą ocena ciała u kobiet po mastektomii obejmuje nie tylko fizyczny wygląd piersi, ale również związane z nim odczucia psychiczne. Dotyczy to również operacji ginekologicznych (De Mendonça Coutinho e Silva, Muniz da Costa Vargens, 2016). Mastektomia może więc prowadzić do wielu konsekwencji związanych ze sferą emocjonalną kobiet, takich jak poczucie okaleczenia, obniżenie poczucia własnej wartości czy poczucia kobiecości i atrakcyjności seksualnej (Schover, 1994).

Utrata piersi lub ich nieatrakcyjny wygląd mogą wiązać się z niepokojem, ponieważ odnoszą się do oceny wizerunku fizycznego (Schwartz i in., 2004). Zmiany w zakresie wyglądu piersi rozpatruje się nie tylko z perspektywy zmian fizycznych, ale także w kontekście identyfikacji płciowej, wskazując m.in. na tzw. kompleks

połowy kobiety (*half woman complex*) (Nowicki, Szwed, Laskowski, 2008; Zegarski, Głowacka, Ostrowska, 2010).

Wiele badań sugeruje, że niezadowolenie z ciała może negatywnie wpływać na odczuwaną przyjemność seksualną (Ackard, Cooke, Peterson, 2020; Wiederman, 2011). Badacze stawiają hipotezę, zgodnie z którą osoba generalnie zaniepokojona tym, co inni myślą o jej ciele, może również martwić się tym podczas czynności seksualnych. W rezultacie może stać się bardziej napięta i pasywna podczas współżycia i odczuwać mniej satysfakcji seksualnej (Calogero, Thompson, 2009). Jednocześnie pozytywny wpływ na odczuwaną satysfakcję seksualną ma akceptacja aktualnego, zmienionego obrazu ciała – zarówno przez kobietę, jak i jej partnera – oraz fakt, że kobiety mają subiektywne poczucie atrakcyjności (Mroczek i in., 2012). Wyniki Træen, Markovic i Kvaalem (2016) ukazały, że najważniejszą, prowadzącą bezpośrednio do zwiększenia satysfakcji seksualnej zmienną była intymność z partnerem, a następnie wizerunek ciała i wiek. Prowadzone dotychczas badania wykazały również, że negatywny wizerunek ciała często wiąże się z poczuciem niepewności seksualnej i dyskredytacji (Yamamiya, Cash, Thompson, 2006; La Rocque, Cioe, 2011).

Ponadto wykazano związek między oceną ciała a funkcjonowaniem seksualnym oraz związek między obrazem ciała a satysfakcją seksualną (Woertman, van den Brink, 2012). Wyniki badań sugerują, że pozytywny wizerunek ciała wiąże się z seksualną pewnością siebie (Yamamiya, Cash, Thompson, 2006; Seal, Bradford, Meston, 2009), natomiast negatywny obraz ciała jest predyktorem niższej częstotliwości stosunku płciowego (Trapnell, Meston, Gorzalka, 1997), rozproszenia podczas stosunku seksualnego (Meana, Nunnink, 2006) i hamuje podniecenie seksualne oraz przyjemność odczuwaną przez kobiety, jednak wydaje się nie wpływać na funkcjonowanie seksualne u mężczyzn (Purdon, Holdaway, 2006). W badaniach Pujols, Meston i Seal (2010) satysfakcja seksualna u kobiet była przewidywana na podstawie pozytywnej i niskiej częstotliwości rozpraszających myśli dotyczących wyglądu podczas aktu seksualnego.

Wszystkie te wnioski wydają się mieć szczególne znaczenie w procesie analizy satysfakcji seksualnej kobiet z mutacją BRCA, które w chwili podejmowania decyzji o wykonaniu operacji profilaktycznych (ingerujących znacznie w obraz ciała) pozostają zdrowe. Badania przeprowadzone przez Rojas i współpracowników (2019) wykazały, że ponad połowa spośród badanych przez nich kobiet z mutacją BRCA zgłosiła, że rola piersi w intymności jest ważna, jednocześnie większość kobiet bez raka i wszystkie z rakiem doświadczyły pooperacyjnego znaczącego spadku pewnych specyficznych dla piersi parametrów zmysłowości. Wnioski, na jakie wskazali

badacze, unaocniły, że kobiety z mutacją genetyczną BRCA są podatne na zaburzenia funkcji seksualnych, zarówno w trakcie badań przesiewowych, jak i w trakcie leczenia. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że choć mastektomia na ogół wiąże się ze zmianami w zakresie zmysłowych doznań specyficznych dla piersi, to jednocześnie badania Gass i współpracowników (2017) wykazały, że kobiety, które zgłaszały poprawę satysfakcji z wyglądu piersi po rekonstrukcji, wykazywały jednocześnie mniej dysfunkcji seksualnych.

W badaniu populacji Kanadyjek z mutacją BRCA sprawdzano, jaki wpływ na funkcjonowanie seksualne ma zabieg profilaktycznego usunięcia jajników. Porównano kobiety, które wykonały zabieg w okresie przed i po menopauzie i wykazano, że obie grupy po zabiegu odczuwały dyskomfort w trakcie stosunku. Jednocześnie kobiety w okresie przed menopauzą odczuwały poza tym spadek przyjemności z podejmowanych aktywności seksualnych (Hall i in., 2019).

Istnieją dowody potwierdzające, że czynniki zdrowia psychicznego, takie jak poziom lęku, depresja lub zaburzenia jedzenia bezpośrednio lub pośrednio – poprzez wskaźnik masy ciała (BMI) i wizerunek ciała – mogą wpływać na satysfakcję seksualną, szczególnie wśród młodych, dorosłych kobiet (Steer, Tiggemann, 2008; Tiggemann, Williams, 2012; Claudat, Warren, 2014).

Według Weavera i Byersa (2006) obawy związane z ciałem są ponadto najbardziej widoczne w sytuacjach, kiedy ciało jest w centrum uwagi, na przykład podczas stosunku płciowego. Wiederman (2011) twierdzi, że ocena ciała jest również kształtowana przez doświadczenia seksualne, ukazując w ten sposób wzajemną zależność. W sytuacjach seksualnych, gdy ciało jest w centrum uwagi, ocena ciała może być bardziej negatywna. Niezadowolenie z ciała i zwiększona koncentracja na wyglądzie mogą skutkować unikaniem kontaktów seksualnych związanych z ekspozycją ciała, co z kolei może hamować pożądanie seksualne, przyjemność i wydajność (Cash, Thériault, Annis, 2004).

1.6.6. Ocena ciała a satysfakcja ze związku

Aktualny stan wiedzy potwierdza, że występują związki między satysfakcją z bliskiej relacji a oceną ciała. Wyniki badań wskazują, że niezadowolenie z własnego ciała prowadzi do niskiego poziomu zadowolenia z romantycznych związków (Sobal, Rauschenbach, Frongillo, 2003). Wykazano ujemną korelację między niezadowoleniem z obrazu ciała a relacją romantyczną. Ponadto negatywna ocena ciała prowadzi

do obawy przed intymnością, lęku i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, co z kolei negatywnie wpływa na relacje romantyczne (Cash, Thériault, Annis, 2004). Badacze dostarczyli empirycznych dowodów, że ocena ciała związana jest z jakością relacji kobiet i mężczyzn (Friedman i in., 1999; Ambwani, Strauss, 2007; Boyes, Fletcher, Latner, 2007).

Wnioski z badań sugerują, że rozwijanie i podtrzymywanie pozytywnego obrazu własnego ciała może sprzyjać wzmocnieniu satysfakcji seksualnej oraz satysfakcji ze związku (van den Brink i in., 2018), co wydaje się szczególnie ważne u kobiet zagrożonych ryzykiem nowotworowym z uwagi na znaczenie bliskich relacji, stanowiących istotny zasób w procesie radzenia sobie ze stresem (Sęk, 2001).

1.6.7. Satysfakcja seksualna a satysfakcja ze związku

Jak sugeruje Rostowski (1987), satysfakcja ze związku wydaje się w znacznej mierze powiązana z satysfakcją seksualną, ponieważ współzycie dające spełnienie warunkuje tworzenie udanego związku i jest to powiązanie wzajemne, na co wskazuje w swoich pracach także Bancroft (2012), skupiając uwagę na indywidualnych korzyściach wynikających z aktywności seksualnej, będącej doświadczeniem przyjemnym i budującym związek. Badacze skupiają również uwagę na funkcji rekreacyjnej oraz zmysłowej, jaką pełni stosunek seksualny, co sprzyja satysfakcji w tworzonych związkach (Imieliński, 1982; Obuchowska, Jaczewski, 2002). Partnerzy odczuwający wysoki poziom satysfakcji seksualnej bardziej angażują się w relację i trwają w niej dłużej, co z kolei wpływa na otwartą komunikację własnych potrzeb oraz zwiększenie intymności i satysfakcji (Pearson, 2009).

Udowodniono, że większość par w obliczu wystąpienia stresora w postaci ryzyka choroby nowotworowej ma udaną relację (Watts i in., 2011). Osoby te traktują wysokie ryzyko choroby jako wspólne doświadczenie, które przeżywają, wykorzystując adaptacyjne formy radzenia sobie. Nie wykazano istotnych różnic w satysfakcji ze związku u zdrowych nosicielek mutacji BRCA, które poddały się profilaktycznym zabiegom usunięcia piersi, jajnika lub obu, a tymi, które zabiegów nie wykonały (Tollin, 2011). Jednocześnie metaanaliza prac badawczych opublikowana w 2021 roku (Hickey, Jha, Wyld, 2021) wykazała, że problemy o charakterze psychoseksualnym były powszechne u kobiet z mutacją genetyczną BRCA, które zdecydowały się na obustronne usunięcie jajników. Wskazano na występowanie stresu związanego z operacją, którego doświadczały zarówno kobiety, jak i ich partnerzy, dostrzegając

także wpływ konsekwencji operacji na życie seksualne par. Udowodniono także (Chan i in., 2019), że trudności seksualne są szeroko rozpowszechnione wśród kobiet z mutacją genetyczną BRCA i że możliwy jest związek tych trudności z depresją, będącą czynnikiem ryzyka dla rozwoju dysfunkcji seksualnych. Co więcej, badacze, porównując grupy kobiet, które przeszły przewencyjną operację obustronnego usunięcia jajników z tymi, które jeszcze zabiegu nie wykonały, wykazali, że usunięcie jajników oraz, co niezwykle ważne, utrata możliwości naturalnej produkcji hormonów jajnikowych wydawały się mieć znaczący negatywny wpływ na występowanie u kobiet dysfunkcji seksualnych (Chan i in., 2019).

Ten szczególny rodzaj aktywności, jaką jest aktywność seksualna, ściśle łączy się z jakością związku. Ujawnianie istotnych informacji seksualnych jest pozytywnie związane z satysfakcją ze związku i bliskością w relacji (Coffelt, Hess, 2013). Dlaczego ma to tak istotne znaczenie w odniesieniu do kobiet decydujących się na wykonanie operacji profilaktycznych, a szczególnie adneksktomii? Badania Lorenz, McGregor i Swisher (2014) pokazały, że satysfakcja ze związku może stanowić najważniejszy predyktor zmiany w zakresie aktywności seksualnej kobiet po zabiegach salpingo-ooforektomii (RRSO – *risk-reducing salpingo-oophorectomy*). Udowodniono, że kobiety o wysokim poziomie satysfakcji ze związku częściej kontynuowały regularną aktywność seksualną po operacji, nawet jeśli doświadczwały nieprzyjemnych skutków ubocznych.

Wnioski te wydają się spójne ze współczesną wiedzą wskazującą na istotne znaczenie bliskich relacji, stanowiących czynnik chroniący zarówno w zakresie zdrowia (Waldron, Hughes, Brooks, 1996; Kiecolt-Glaser, Newton, 2001), jak i obniżający śmiertelność (Krongard i in., 1996; Ikeda i in., 2007; Va i in., 2011). Jednocześnie, co wydaje się jeszcze bardziej znaczące, wskazuje się, że zdrowe osoby są bardziej skłonne nie tylko do zawarcia małżeństwa, ale także do pozostania w nim (Goldman, 1993).

Rozdział 2. Metodologia badań

2.1. Przedmiot badań

Dotychczasowa wiedza teoretyczna oraz doświadczenie praktyczne wskazują na istotną potrzebę badań nad funkcjonowaniem psychologicznym kobiet z ryzykiem nowotworowym, zwłaszcza w kontekście podejmowanych przez nie decyzji dotyczących chirurgicznych metod redukcji ryzyka. Chociaż kobiety w chwili decyzji nie chorują na nowotwór i mogły osobiście nie doświadczyć go także w przeszłości, nie czyni to podejmowanej decyzji łatwiejszą, wręcz przeciwnie, utrudnia ją z uwagi na szczególnie emocjonalny charakter obszarów poddawanych operacjom – piersi oraz jajników i jajowodów.

Głównym problemem badawczym podjętym w niniejszej pracy jest poszukiwanie i opis określonych obszarów funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA1 i/lub BRCA2 oraz określenie związków między zmiennymi psychologicznymi, medycznymi i socjodemograficznymi a podejmowaniem przez kobiety decyzji o wykonaniu operacji profilaktycznych – mastektomii i adnektomii.

Ukazanie oraz opis tych związków mają istotne znaczenie praktyczne, ponieważ dają szansę na indywidualne dostosowanie treści oraz sposobu formułowania zaleceń lekarskich kierowanych do kobiet z mutacją genetyczną BRCA, w zależności od ich szczególnego profilu psychologicznego, co może przyczynić się do wzrostu prawdopodobieństwa wyboru operacji profilaktycznych jako najbardziej skutecznych metod redukcji ryzyka nowotworowego.

2.2. Cele pracy

Zgodnie z dotychczasowym stanem wiedzy dotyczącym psychologicznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych i stosowania się do zaleceń lekarskich, uwzględniającym wskazane komponenty funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA, sformułowano główny cel badawczy:

Poszukiwanie i opis określonych komponentów funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA oraz określenie ich powiązań z danymi socjodemograficznymi i historią nowotworową kobiet w kontekście podejmowania przez nie decyzji o wykonaniu profilaktycznych zabiegów chirurgicznych – mastektomii i adnektomii.

Wyróżniono następujące cele szczegółowe:

1. Określenie związków pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
2. Ocena związków pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
3. Określenie związków pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
4. Ocena związków pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
5. Ocena różnic w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej i satysfakcji ze związku w zależności od osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
6. Określenie związków pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

2.3. Pytania i hipotezy badawcze

Odnosząc się do celu głównego, sformułowano podstawowe pytanie badawcze:

Czy istnieją powiązania pomiędzy zmiennymi psychologicznymi kobiet z mutacją genetyczną BRCA i danymi socjodemograficznymi, historią nowotworową a podejmowaniem przez nie decyzji o wykonaniu profilaktycznych zabiegów chirurgicznych – mastektomii i adnektomii?

Po przeglądzie literatury sformułowano następujące szczegółowe pytania badawcze:

1. Czy istnieją związki pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA?
2. Czy istnieją związki pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA?
3. Czy istnieją związki pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA?
4. Czy istnieją związki pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA?
5. Czy istnieją różnice w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej i satysfakcji ze związku w zależności od osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA?
6. Czy istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA?

W odpowiedzi na tak postawione cele oraz pytania badawcze przyjęto następującą hipotezę:

Hipoteza podstawowa:

Istnieją określone powiązania pomiędzy zmiennymi psychologicznymi kobiet z mutacją genetyczną BRCA i danymi socjodemograficznymi, historią nowotworową a podejmowaniem przez nie decyzji o wykonaniu profilaktycznych zabiegów chirurgicznych – mastektomii i adnektomii.

Hipotezy szczegółowe:

- H₁: Istnieją związki pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₂: Istnieją związki pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₃: Istnieją związki pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₄: Istnieją związki pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₅: Istnieją różnice w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej i satysfakcji ze związku w zależności od osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₆: Istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

2.4. Charakterystyka zmiennych i ich wskaźników

Dla psychologa, pełniącego jednocześnie rolę badacza, zmienna jest jednym z najbardziej podstawowych pojęć w planowaniu badań empirycznych i przeprowadzaniu analizy statystycznej. Jeżeli konkretna właściwość może przyjmować co najmniej dwie różne wartości, może być nazywana zmienną (Kerlinger, 1986), a więc za przykłady zmiennych można uznać chociażby właściwości socjodemograficzne, takie jak płeć czy poziom uzyskanego wykształcenia. W odniesieniu do tradycyjnej terminologii zmienna może nosić nazwę zależnej, czyli takiej, której pomiaru dokonuje się, jednocześnie nie manipulując jej wartością, lub zmiennej niezależnej, której wartość poddawana jest manipulacji w toku badania.

Wśród zmiennych zależnych, analizowanych w niniejszym badaniu, pierwszą jest osobowość rozumiana zgodnie z teorią czynnikową, która definiuje ją jako zestaw pięciu podstawowych cech/czynników. Są to: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność (Cervone, Pervin, 2011). Wskaźnikami

opisanej zmiennej są w niniejszym badaniu wyniki liczbowe uzyskane przez badane kobiety w poszczególnych skalach Inwentarza Osobowości IPIP-NEO-PI-R.

Drugą zmienną zależną jest umiejscowienie kontroli zdrowia. Źródłem konstruktu jest teoria społecznego uczenia się Rottera (1966), uwzględniająca rolę oczekiwań w zachowaniu człowieka. Wskaźnikiem zmiennej są wyniki liczbowe uzyskane przez badane kobiety w poszczególnych skalach Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Wśród wskazanych skal znajdują się: skala wewnętrzna, skala wpływu innych oraz przypadek. Im wyższy wynik w zakresie danej skali, tym silniejsze przekonanie kobiet, że dany czynnik ma wpływ na stan ich zdrowia (Juczyński, 2012).

Zmienną zależną w opisywanym badaniu jest również obraz ciała rozumiany jako dokonywana bezpośrednio ocena poszczególnych elementów ciała, pozwalająca na wyodrębnienie podskal specyficznych dla kobiet, takich jak atrakcyjność seksualna, kontrola wagi i kondycja fizyczna. Wskaźnikiem zmiennej są wyniki uzyskane przez osoby badane w Skali Oceny Ciała (Lipowska, Lipowski, 2013).

Kolejną zmienną zależną jest satysfakcja seksualna, rozumiana jako doświadczenie uwzględniające komponenty zarówno osobiste, jak i relacyjne (Meston, Trappnell, 2006), oparte na trzech podstawowych czynnikach: zadowoleniu, komunikacji, dopasowaniu. Wskaźnikiem satysfakcji seksualnej w niniejszym badaniu są wyniki uzyskane przez osoby badane w Skali Satysfakcji Seksualnej dla Kobiet (Ilska, Przybyła-Basista, Brandt-Salmeri, 2017).

Kolejną zmienną zależną w niniejszej analizie jest satysfakcja w związku w ujęciu pozwalającym na ogólny pomiar więzi, z uwzględnieniem czterech wymiarów: intymności, samorealizacji, podobieństwa i rozczarowania (Płopa, 2007). Wskaźnikiem tej zmiennej są wyniki uzyskane przez badane kobiety w Kwestionariuszu Dobranego Małżeństwa (Płopa, 2007).

Wśród zmiennych niezależnych wskazać można wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status zawodowy, liczbę dzieci oraz status i staż związku.

W badanej grupie analizowano również informacje dotyczące historii nowotworowej – osobistej i/lub rodzinnej, a także proponowane przez lekarza i przebyte dotychczas operacje profilaktyczne, rozumiane jako wykonanie profilaktycznej mastektomii, adnektomii lub obu zabiegów, jak i niepoddanie się żadnemu z nich. Wskaźnikiem opisywanych zmiennych były odpowiedzi badanych kobiet na pytania zawarte w autorskiej ankiecie.

2.5. Organizacja i przebieg badania

Projekt badawczy został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie.

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu poinformowano zarówno o celu, jak i sposobie jego przeprowadzania. Badane kobiety dobrowolnie wzięły udział w projekcie. Wszystkie dane uzyskane od osób uczestniczących miały charakter poufny oraz anonimowy.

Badanie trwało od marca do listopada 2019 roku. Wszystkie uczestniczki badania w trakcie wypełniania kwestionariuszy były objęte opieką w profilaktycznym programie walki z nowotworem piersi i jajnika, prowadzonym w Onkologicznej Poradni Genetycznej przy Międzynarodowym Centrum Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie. Badania miały charakter indywidualny oraz bezpośredni. Respondentki dostawały kwestionariusze do rąk własnych, a wraz z nimi krótką informację pisemną o charakterze badania i formularz zgody na udział w badaniu. Arkusze zwracano do specjalnie przygotowanej dla tego celuteczki, umiejscowionej w Rejestracji Onkologicznej Poradni Genetycznej. Wszystkie respondentki wypełniały baterię testów w formie papierowej.

2.6. Dobór i charakterystyka grupy badanej

W projekcie wzięło udział 310 kobiet, u których wykryto mutację genetyczną BRCA1 i/lub BRCA2. Grupa badana była zróżnicowana ze względu na wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status zawodowy, sytuację rodzinną (status i staż związku, potomstwo) oraz historię nowotworową (osobiste doświadczenie choroby onkologicznej w przeszłości i doświadczenie choroby onkologicznej w rodzinie). Jedynie 34 kobiety (11%) w przeszłości chorowały na nowotwór, natomiast 276 (89%) miało rodzinną historię nowotworową. W badaniu uczestniczyły kobiety heteroseksualne, pozostające w związku w ciągu ostatnich 5 lat. Na wykonanie operacji profilaktycznej zdecydowało się 146 pacjentek (47,1%), wśród których 55 kobiet (17,7%) poddało się profilaktycznej mastektomii, 51 (16,5%) wybrało profilaktyczną adnektomię, a 40 (12,9%) wykonało oba zabiegi. Ponad połowa (52,9%, czyli 164 uczestniczki) nie zdecydowała się na wykonanie żadnej ze wskazanych operacji.

2.6.1. Kryteria włączania do badań oraz wyłączenia z badań

Kryteria włączania do badania:

- ukończenie 18. roku życia,
- wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu,
- otrzymanie pozytywnego wyniku testu na obecność mutacji genetycznej BRCA1 i/lub BRCA2,
- objęcie programem profilaktycznym w Międzynarodowym Centrum Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie w chwili badania,
- posiadanie osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej,
- brak objawów wskazujących na występowanie choroby nowotworowej w chwili badania,
- zaproponowanie przez lekarza operacji profilaktycznej,
- pełne uzupełnienie baterii testów,
- pozostawanie w związku w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Kryteria wyłączenia z badania:

- brak zgody na udział w badaniu,
- ujawniona w trakcie badań choroba nowotworowa,
- współistniejące zaburzenia i choroby psychiczne,
- czynne uzależnienie od alkoholu i substancji psychoaktywnych,
- niewypełnienie lub niepełne wypełnienie poszczególnych kwestionariuszy,
- wycofanie zgody na udział w badaniu,
- inne ograniczenia utrudniające udział w badaniu.

2.7. Opis metod i narzędzi badawczych

Badanie przeprowadzono metodą papier-ołówek, stosując wystandaryzowane kwestionariusze oraz autorską ankietę.

Wykorzystano następujące narzędzia:

- Inwentarz Osobowości Costy i McCrae’a w skróconej wersji (IPIP-NEO-PI-R), w polskiej adaptacji Rowińskiego, Cieloch, Cybis, Strusa i Ciecucha,
- Wielowymiarową Skalę Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (MHLC) Kenneth, Wallston, Wallston i DeVellis w polskiej adaptacji Juczyńskiego,

- Skalę Oceny Ciała (BES) Franzoi i Shields w polskiej adaptacji Lipowskiej i Lipowskiego,
- Skalę Satysfakcji Seksualnej dla Kobiet (SSS-W-R15) Meston i Trapnell w polskiej adaptacji Ilski, Przybyły-Basisty, Brandt,
- Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa (KDM-2) Płopy i Rostowskiego,
- Autorską Ankietę.

2.7.1. Inwentarz Osobowości IPIP-NEO-PI-R

Biorąc pod uwagę obszerność wybranych do badań narzędzi oraz specyfikę miejsca, w którym prowadzono badania, zdecydowano o wykorzystaniu skróconej wersji klasycznego kwestionariusza NEO-PI-R, czyli Inwentarza Osobowości IPIP-NEO-PI-R w polskiej adaptacji autorstwa Rowińskiego, Cieloch, Cybis, Strusa i Ciecucha. Wybrane narzędzie opiera się na Pięcioczynnikowym Modelu Osobowości sformułowanym przez Costę i McCrae'a. Inwentarz IPIP-NEO-PI-R opracowano na potrzeby projektu *International Personality Item Pool* Goldberga (Goldberg i in., 2006). Adaptację polską kwestionariusza przeprowadzono z udziałem próby 1258 osób w wieku pomiędzy 16. a 80. rokiem życia ($M = 33,0$; $SD = 12,7$; 54,7% kobiet).

Trafność struktury czynnikowej weryfikowano, stosując procedurę *Procrustes rotation*, proponowaną przez autorów klasycznej wersji narzędzia NEO-PI-R (Costa, McCrae, 1992; McCrae i in., 1996; Costa, Widiger, 2002). Współczynniki kongruencji wahały się pomiędzy 0,57 a 0,98, natomiast rzetelność α Cronbacha plasowała się w zakresie od 0,53 do 0,90 przy średniej 0,78. Współczynniki korelacji ($N = 377$) pomiędzy podskalami kwestionariusza IPIP-NEO-PI-R a podskalami klasycznego kwestionariusza NEO-PI-R Costy i McCrae'a wahały się od 0,42 do 0,69 (średnia 0,59), natomiast pomiędzy skalami obu narzędzi wyniki wahały się od 0,70 do 0,79 (średnia 0,74). Rzetelność i trafność inwentarza została uznana za dostatecznie wysoką.

Inwentarz IPIP-NEO-PI-R jest narzędziem diagnozującym, pozwalającym na pomiar pięciu cech osobowości zgodnych z Pięcioczynnikowym Modelem Osobowości Costy i McCrae'a. Są to neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność. Każdy z czynników obejmuje sześć podskal: neurotyczność zawiera lęk, gniew, depresyjność, nieśmiałość, impulsywność i nadwrażliwość; ekstrawersja obejmuje przyjaźnieliskość, towarzyskość, asertywność, aktywność, poszukiwanie doznań i pogodę ducha; otwartość – wyobraźnię, artystyczne zainteresowania,

emocjonalność, poszukiwanie przygód, intelekt, liberalizm; ugodowość – zaufanie, moralność, altruizm, współpracę, skromność i empatię; sumienność z kolei zawiera skuteczność, porządek, obowiązkowość, dążenie do osiągnięć, samodyscyplinę i odwagę.

Inwentarz zawiera 90 twierdzeń będących opisem szeregu zachowań, odczuć emocjonalnych oraz myśli. Zadaniem osoby badanej jest dokonanie oceny w zakresie prawdziwości tych twierdzeń na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „całkowicie nie trafnie mnie opisuje”, a 5 – „całkowicie trafnie mnie opisuje”. Wyniki kwestionariuszowe dają podstawę do opisu ogólnego stylu przystosowania osoby do otoczenia zewnętrznego oraz oceny jej zaangażowania w otoczenie społeczne. Wyniki ukazują profil osobowości obejmujący utrwalony wzorzec reagowania (Siuta, 2009).

2.7.2. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC – Multidimensional Health Locus of Control Scale) Kenneth, Wallston, Wallston i DeVellis w adaptacji Juczyńskiego jest rozwiniętą wersją wcześniejszej skali autorów reprezentujących School of Nursing (Wallston, Wallson, 1981), której charakter był jednowymiarowy i która poddana została krytyce, ponieważ właśnie z powodu jednowymiarowości nie wyjaśniała zachowań zdrowotnych w sposób wystarczający. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia w adaptacji Juczyńskiego zawiera dwie równoważne skale powstałe na podstawie wyników uzyskanych dla losowo dobranej próby 115 osób w wieku powyżej 16. roku życia. Wyniki te pozwoliły na określenie mocy dyskryminacyjnej poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład skali. Dla wszystkich pozycji uzyskano korelację z wynikiem ogólnym skali na poziomie powyżej 0,35.

Rzetelność dla każdej z dwóch polskich wersji językowych narzędzia w próbie 166 osób dorosłych uzyskała satysfakcjonujący wskaźnik α Cronbacha. Dla wykorzystanej w niniejszym badaniu wersji A były to kolejno: 0,74 dla skali dotyczącej kontroli wewnętrznej, 0,69 dla skali przypadku oraz 0,54 dla skali wpływu innych. Wskaźniki dla polskich wersji skali są zbliżone do wskaźników amerykańskich (Wallston, Kaplan, Maides, 1976).

Trafność skali oceniono, porównując wyniki uzyskane w MHLC z wynikami uzyskanymi przy pomocy alternatywnych metod i wykazano, że kontrola wewnętrzna koreluje z poczuciem własnej skuteczności (0,32 Skala Uogólnionej

Własnej Skuteczności – GSES), poczuciem własnej wartości (0,32 Skala Poczucia Własnej Wartości Rosenberga – RSES) oraz z wartościowaniem zdrowia (0,30 Skala Wartościowa Zdrowia – HVS) (Juczyński, 2012).

Skala znajduje zastosowanie zarówno w badaniach epidemiologicznych, jak i w programach promocji zdrowia i może być stosowana do badania osób zdrowych oraz chorych.

Kwestionariusz zawiera 18 twierdzeń, a badany ocenia, w jakim stopniu się z nimi zgadza, używając sześciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 6 – „zdecydowanie zgadzam się”.

Uzyskane wyniki pozwalają na ocenę zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrznym (skala W), wpływu innych (skala I) i przypadku (skala P) (Juczyński, 2012).

2.7.3. Skala Oceny Ciała

Skala Oceny Ciała (BES – The Body Esteem Scale) jest narzędziem autorstwa Franzi i Shields (1984), którego polską wersję opracowała Kossakowska. Skala ta odwołuje się do emocjonalnego wymiaru obrazu ludzkiego ciała poprzez określenie bezpośredniej satysfakcji z jego poszczególnych części i aspektów. Jest zróżnicowana z uwagi na płeć. Skala w całości składa się z 35 stwierdzeń odnoszących się zarówno do konkretnych części ciała, jak i jego funkcji.

W przypadku kobiet wyróżniono trzy wymiary: atrakcyjność seksualna, troska o wagę ciała oraz kondycja fizyczna. Pierwszy z wymiarów określa stopień poczucia indywidualnej atrakcyjności dla siebie oraz innych osób. Dotyczy tych obszarów ciała, w których można dokonać zmiany, np. za pomocą zabiegów chirurgicznych. Wymiar ten obejmuje 13 następujących obszarów: zapach ciała, nos, usta, uszy, podbródek, klatka piersiowa, oczy, policzki, popęd seksualny, narządy płciowe, aktywność seksualna, włosy, twarz.

Wymiar dotyczący troski o wagę ciała obejmuje stosunek do apetytu oraz tych aspektów ciała, co do których możliwa jest intencjonalna modyfikacja oparta na aktywności fizycznej i/lub diecie. Wskazana podskala obejmuje 10 aspektów: apetyt, talia, uda, sylwetka, pośladki, biodra, nogi, wygląd fizyczny, brzuch, waga ciała.

Wymiar dotyczący kondycji fizycznej uwzględnia stosunek do własnej wytrzymałości i sprawności oraz siły, co obejmuje aspekty takie, jak: siły życiowe, odruchy,

siła mięśni, energia, bicepsy, koordynacja, zwinność, zdrowie, kondycja fizyczna (Franzoi, Shields, 1984).

Osoby badane przy użyciu Skali Oceny Ciała ustosunkowują się do określonych obszarów lub też funkcji ciała, korzystając z pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „mam zdecydowanie negatywne uczucia”, a 5 – „mam zdecydowanie pozytywne uczucia”. Im wyższy wynik osiąga osoba dla danej podskali, tym bardziej pozytywna jest dokonana przez nią ocena obrazu ciała w danym wymiarze.

Skala uzyskała zadowalające wartości psychometryczne. Rzetelność, mierzona za pomocą współczynnika zgodności wewnętrznej α Cronbacha, wyniosła dla całego narzędzia 0,93; w przypadku wymiaru atrakcyjności seksualnej α Cronbacha równała się 0,79, w wymiarze troski o wagę – 0,93, a w wymiarze kondycji fizycznej – 0,78 (Franzoi, Shields, 1984).

2.7.4. Skala Satysfakcji Seksualnej dla Kobiet

Skala Satysfakcji Seksualnej (SSS-W-R15 – Sexual Satisfaction Scale for Women) Meston i Trapnella (2006) w polskiej adaptacji przeprowadzonej przez Ilską, Przybyłą-Basistę oraz Brandt (2017) stanowi narzędzie diagnostyczne służące do oceny poziomu satysfakcji seksualnej jako specyficznego doświadczenia kobiet.

W badaniach adaptacyjnych uczestniczyło 651 kobiet. Ostateczna wersja narzędzia składa się z 15 stwierdzeń, ocenianych na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 5 – „zdecydowanie się zgadzam”. Narzędzie pozwala na określenie poszczególnych wymiarów satysfakcji seksualnej u kobiet. Są to: zadowolenie, komunikacja oraz dopasowanie.

Analiza właściwości psychometrycznych kwestionariusza w polskiej adaptacji wykazała zadowalające rezultaty. Stałość czasową wyników zweryfikowano metodą testretest, będącą jedną z metod badania rzetelności narzędzi. Badanie przeprowadzono na grupie 21 kobiet. Uzyskano współczynnik korelacji r -Pearsona 0,952 ($p < 0,01$) dla całej skali satysfakcji ogólnej oraz wskaźniki stałości w poszczególnych podskalach w zakresie od 0,817 do 0,963 (dopasowanie: $r = 0,963$; komunikacja: $r = 0,817$; zadowolenie: $r = 0,924$; $p < 0,01$). Zbliżone wyniki osiągnęli autorzy oryginalnej angielskiej wersji skali (Meston, Trapnell, 2006). Trójczynnikowa struktura polskojęzycznej wersji narzędzia wyjaśniała 63,75% całkowitej wariancji. Moc dyskryminacyjna twierdzeń mieściła się w przedziale 0,527–0,831, co daje wysokie lub umiarkowane powiązania twierdzeń z przypisaną im podskalą. Konfirmacyjna

analiza czynnikowa narzędzia unaoczniała dobre parametry dopasowania i potwierdziła tym samym trójczynnikowe ujęcie satysfakcji seksualnej zaproponowane przez autorów angielskiej wersji skali (Meston, Trapnell, 2006).

2.7.5. Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa

Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa (KDM-2) został opracowany przez Ploę oraz Rostowskiego (2007) i wykorzystywany jest do pomiaru jakości związku małżeńskiego w percepcji każdego z małżonków. Składa się z 32 stwierdzeń dotyczących małżeństwa, ocenianych na pięciostopniowej skali, gdzie A oznacza „całkowicie się zgadzam”, natomiast E – „całkowicie się nie zgadzam”. Wynik odzwierciedla ogólny pomiar więzi w relacji oraz trzech czynników/ wymiarów: intymności, samorealizacji, podobieństwa i rozczarowania.

Normy dla narzędzia opracowano na podstawie badań z udziałem 1830 kobiet oraz 780 mężczyzn. Rzetelność całego testu, jak i jego poszczególnych skal, jest na zadowalającym poziomie, α Cronbacha wynosi 0,81–0,89 i została przebadana w grupie 2279 osób pozostających w związku małżeńskim. Dla wyodrębnionych stylów α Cronbacha znajduje się w przedziale od 0,78 do 0,91 (Plopa, 2007).

W niniejszym badaniu narzędzie wykorzystano jako wskaźnik poziomu satysfakcji ze związku, nawet jeśli partnerzy nie zawarli małżeństwa, co podyktowane było dbałością o utrzymanie satysfakcjonującej liczby kobiet w poddanej analizom grupie.

2.7.6. Autorska Ankieta

Ankieta przeprowadzono wśród wszystkich badanych kobiet. Składała z 24 pozycji uwzględniających pytania pozwalające na gromadzenie danych socjodemograficznych: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status zawodowy, posiadanie dzieci oraz ich liczba, status i staż związku oraz liczba dotychczasowych związków, łącznie z aktualnym.

Pytania zawarte w Autorskiej Ankiecie obejmują również informacje o historii nowotworowej – osobistej i/lub obecnej w rodzinie, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów piersi i/lub jajnika/jajników. Ankieta pozwala na zbieranie danych dotyczących także proponowanych przez lekarza lub wykonanych w przeszłości

operacji profilaktycznych – mastektomii, adnektomii lub obu. Zarówno kobiety, które zdecydowały się na wykonanie operacji redukujących ryzyko nowotworowe, jak i te, które operacji nie wykonały, proszone są o udzielenie odpowiedzi na pytanie, z jakiego powodu podjęły taką decyzję.

W ankiecie zawarto również pytania o domniemany lub rzeczywisty wpływ operacji profilaktycznych na jakość tworzonego związku oraz odczuwaną przez kobiety satysfakcję seksualną.

Dzięki ankiecie zgromadzono niezbędne dane umożliwiające opis badanych zmiennych. Ostatecznie odstąpiono od analizy odpowiedzi na niektóre pytania z uwagi na charakter projektu i aspekty uwzględnione w niniejszej analizie.

2.8. Analizy statystyczne

W celu udzielenia odpowiedzi na przedstawione pytania badawcze i zweryfikowania postawionych hipotez, zastosowano program IBM SPSS Statistics 25.0, za pomocą którego przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych oraz sprawdzono rozkład analizowanych zmiennych. Aby ustalić zależność między zmiennymi ilościowymi, przeprowadzono analizę korelacji Pearsona; w celu porównania dwóch grup pod względem analizowanych zmiennych ilościowych, przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya, natomiast gdy grup było więcej – testem H Kruskala-Wallisa. Jako poziom istotności na potrzeby analiz przyjęto $\alpha = 0,05$.

Rozdział 3. Wyniki badań własnych

3.1. Charakterystyka grupy badanej

3.1.1. Socjodemograficzny opis grupy badanej

W badaniu uczestniczyło 310 kobiet spełniających kryteria przedstawione w poprzednim rozdziale. Grupa była zróżnicowana pod względem zmiennych zaprezentowanych w tabelach 1–22 oraz na rycinach 1–8, w których zawarto najważniejsze dane socjodemograficzne dotyczące grupy kobiet biorących udział w badaniu.

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety między 40. a 49. rokiem życia (28,7%), a najmniej liczną – między 18. a 29. rokiem życia (8,4%). Uzyskane wyniki zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej ze względu na wiek

Ogółem (n = 310)	przedział wiekowy	18–29	30–39	40–49	50–59	60+
	liczba kobiet (n)	26	75	89	47	73
	%	8,4	24,2	28,7	15,2%	23,5

Objaśnienia: ogół – całość grupy badanej; n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej badanych kobiet (98 osób, tj. 31,6%) zamieszkiwało miasta liczące od 50 do 200 tysięcy mieszkańców, 85 badanych (27,4%) mieszkało w dużych miastach o liczebności powyżej 400 tysięcy mieszkańców, 79 (25,5%) zamieszkiwało wieś, a 48 kobiet (15,5%) mieszkało w miastach od 201 do 400 tysięcy mieszkańców. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	n	%
Wieś	79	25,5
Miasto 50–200 tysięcy mieszkańców	98	31,6
Miasto 201–400 tysięcy mieszkańców	48	15,5
Miasto powyżej 400 tysięcy mieszkańców	85	27,4
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Uczestniczki badania miały zróżnicowane wykształcenie. Większość badanej grupy stanowiły absolwentki studiów wyższych (47,4%). Najmniej kobiet w grupie badanej legitymowało się wykształceniem gimnazjalnym (0,4%). Zgromadzone dane przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy pod względem wykształcenia

Wykształcenie	n	%
Podstawowe	5	1,6
Gimnazjalne	1	0,4
Średnie	73	23,5
Policealne	30	9,7
Zawodowe/techniczne	54	17,4
Wyższe	147	47,4
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

W chwili przeprowadzania badań status zawodowy respondentek był zróżnicowany. Większość z nich była aktywna zawodowo (77,7%), niektóre przebywały na emeryturze lub rencie (5,5%), a nieliczne pozostawały bezrobotne (16,8%). Zebrane dane zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy pod względem statusu zawodowego

Status zawodowy	n	%
Bezrobotna	52	16,8
Emerytka/rencistka	17	5,5
Aktywna zawodowo	241	77,7
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych (88,3%) posiadała dzieci, chociaż ich liczba była zróżnicowana. Najwięcej uczestniczek posiadało jedno lub dwoje dzieci (73,2%). Pięcioro lub więcej dzieci posiadały tylko trzy uczestniczki badania (1%). Uzyskane wyniki zaprezentowano na rycinie 1 i w tabeli 5.



Rycina 1. Charakterystyka badanej grupy pod względem posiadania dzieci

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Charakterystyka badanej grupy pod względem liczby posiadanych dzieci

Liczba dzieci	n	%
0	36	11,6
1–2	227	73,2
3–4	44	14,2
5 i więcej	3	1,1
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie osoby z grupy badanej w ciągu ostatnich 6 miesięcy pozostawały w związku. Dominującą grupę wśród badanych kobiet stanowiły mężatki (75,5%). Niektóre kobiety w chwili badania współtworzyły związek o charakterze nieformalnym (17,7%). Nieliczne były rozwódkami lub wdowami (6,8%). Zebrane wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Charakterystyka badanej grupy pod względem statusu współtworzonego związku

Status związku	n	%
Związek małżeński	234	75,5
Związek nieformalny	55	17,7
Związek zakończony rozwodem	12	3,9
Związek zakończony śmiercią współmałżonka	9	2,9
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Badana grupa wykazywała zróżnicowanie pod względem długości trwania związku (aktualnego lub zakończonego rozwodem/śmiercią współmałżonka). Większość kobiet w chwili badania pozostawała w długotrwałym związku, trwającym 5 lat lub dłużej (83%). Zgromadzone dane ukazano w tabeli 7.

Tabela 7. Charakterystyka badanej grupy pod względem długości trwania aktualnego lub ostatniego związku

Czas trwania aktualnego/ostatniego związku	n	%
Krócej niż 0,5 roku	24	7,7
0,5–2 lata	6	1,9
2–4 lata	21	6,8
4–5 lat	2	0,6
5 lat lub dłużej	257	83,0
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Dane dotyczące liczby związków, łącznie z aktualnym, jakie współtworzyły badane kobiety, zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8. Charakterystyka badanej grupy pod względem liczby dotychczasowych związków

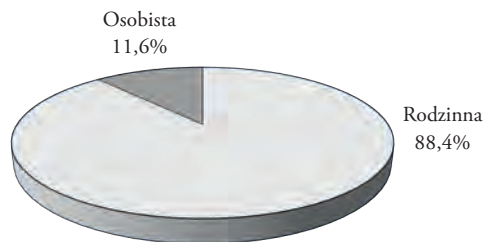
Dotychczasowa liczba związków	n	%
1	153	49,4
2–5	143	46,1
6–9	6	1,9
10 i więcej	8	2,6
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

3.1.2. Opis grupy badanej z uwagi na osobistą i/lub rodzinną historię nowotworową

Większość kobiet (89%) objętych programem Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie miała w chwili badania rodzinną historię nowotworową, w której występował rak piersi, rak jajnika lub oba te nowotwory, a 11% badanych kobiet w przeszłości osobiście doświadczyło nowotworu piersi, jajnika lub obu. Żadna z objętych badaniem kobiet nie wskazała na występowanie jednocześnie rodzinnej i osobistej historii nowotworowej związanej z rakiem piersi, jajnika lub obu. W chwili uczestniczenia w badaniu wszystkie kobiety były zdrowe



Rycina 2. Charakterystyka badanej grupy pod względem historii nowotworowej

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9. Charakterystyka badanej grupy pod względem osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej

Historia nowotworowa	n	%
Rak piersi, jajnika lub oba występowały w rodzinie	276	89
Rak piersi, jajnika lub oba jako doświadczenie osobiste w przeszłości	34	11
Rak piersi, jajnika lub oba występowały w rodzinie oraz były doświadczeniem osobistym w przeszłości	0	0
Ogółem	310	100

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

i nie wykazywały objawów wskazujących na możliwość występowania zmian nowotworowych. Uzyskane dane przedstawiono na rycinie 2 i w tabeli 9.

3.1.3. Charakterystyka badanej grupy pod względem istotnych informacji związanych z przeprowadzeniem operacji profilaktycznych

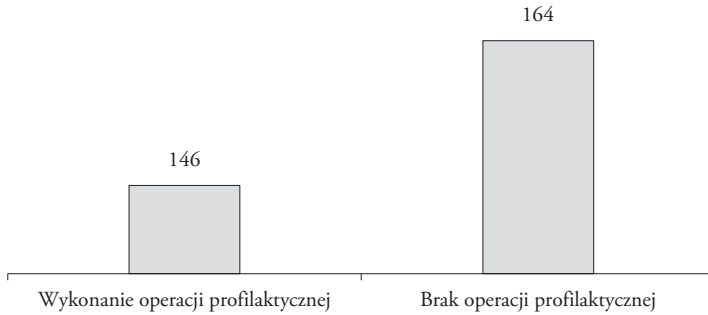
W badanej grupie na wykonanie operacji profilaktycznej zdecydowała się niemal połowa kobiet (47,1%), wśród których część poddała się wyłącznie profilaktycznej mastektomii lub wybrała wyłącznie profilaktyczną adnektomię. Część (12,9%) uczestniczek badania zdecydowała się na wykonanie obu tych operacji. Ponad połowa (52,9%) nie wykonała żadnej ze wskazanych operacji profilaktycznych. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 10 oraz na rycinie 3.

Tabela 10. Charakterystyka grupy badanej pod względem przeprowadzonych operacji profilaktycznych

Rodzaj przeprowadzonej operacji	n	%
Mastektomia	55	17,7
Adnektomia	51	16,5
Mastektomia i adnektomia	40	12,9
Żadna	164	52,9
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 3. Charakterystyka grupy pod względem przeprowadzonych operacji profilaktycznych

Źródło: opracowanie własne.

Pomimo że znaczna część badanych kobiet (52,9%) nie zdecydowała się na wykonanie żadnej z operacji profilaktycznych, zabiegi te były proponowane każdej z nich. Szczegółowe dane zobrazowano w tabeli 11.

Tabela 11. Charakterystyka badanej grupy pod względem proponowanych przez lekarza operacji profilaktycznych

Proponowana przez lekarza operacja profilaktyczna	n	%
Mastektomia	142	45,8
Adnektomia	52	16,8
Mastektomia i adnektomia	116	37,4
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Wśród badanych kobiet, które do tej pory nie zdecydowały się na wykonanie operacji profilaktycznych, większość (64,7%) także w przyszłości nie planuje wykonać żadnej z nich. Tylko 35,3% uczestniczek badania zadeklarowało, że planuje w przyszłości poddać się operacjom redukującym ryzyko nowotworowe, połowa tej grupy planuje poddać się zarówno profilaktycznej mastektomii, jak i adnektomii. Zebrane informacje przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Charakterystyka badanej grupy pod względem planowanych do wykonania w przyszłości operacji profilaktycznych

Planowana do wykonania w przyszłości operacja profilaktyczna	n	%
Mastektomia	15	9,1
Adnektomia	14	8,5
Mastektomia i adnektomia	29	17,7
Nie planuję wykonać operacji w przyszłości	106	64,7
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 13 zawarto informacje dotyczące powodów, dla których kobiety zdecydowały się na wykonanie proponowanych przez lekarza operacji profilaktycznych. Większość badanych (58,2%), które poddały się operacji, jako powód wskazywała przekonanie, że jest to skuteczna metoda redukcji ryzyka nowotworowego. Żadna z kobiet nie wskazała powodu innego niż zaproponowany w ankiecie.

Tabela 13. Charakterystyka badanej grupy pod względem powodów motywujących do wykonania operacji profilaktycznych

Powody wykonania operacji profilaktycznej	n	%
Jestem przekonana, że to skuteczna metoda redukcji ryzyka nowotworowego	85	58,2
Ufam wskazaniom lekarzy	21	14,4
Wolę nie ryzykować zachorowania, choć nie jestem przekonana co do skuteczności operacji profilaktycznych	21	14,4
Gdybym tego nie zrobiła, to nieustannie obawiałabym się, że zachoruję	19	13,0
Zabieg ten okazał się skuteczny dla kogoś, kogo znam	0	0,0
Ogółem	146	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa (52,9%) uczestniczek badania nie zdecydowała się na wykonanie operacji profilaktycznych. Najczęstszym (36,6%) powodem takiej decyzji była obawa przed wystąpieniem komplikacji pooperacyjnych, a najrzadziej (2,4%) – obawa przed

utrata partnera. Jedynie 10 spośród kobiet, które nie zdecydowały się dotychczas na wykonanie operacji profilaktycznych (6,1%), wskazało powód inny niż zaproponowane w ankiecie – w przypadku dziewięciu z nich był to zbyt wczesny wiek (poniżej 30. roku życia), natomiast jedna wskazała, że dotychczas nie dysponowała wiedzą o takiej metodzie redukcji ryzyka, ponieważ dopiero niedawno wykryto u niej mutację genetyczną BRCA. Szczegółowy rozkład danych zamieszczono w tabeli 14.

Tabela 14. Charakterystyka grupy badanej pod względem przyczyn niewykonania operacji profilaktycznych

Przyczyny niewykonania operacji profilaktycznej	n	%
Nie wierzę w skuteczność tej metody	37	22,6
Nie ufam wskazaniom lekarzy	7	4,3
Bałabym się komplikacji pooperacyjnych	60	36,6
Nie rozumiem celowości usuwania zdrowej piersi	32	19,5
Z obawy przed tym, że stanę się mniej atrakcyjna dla swojego partnera	14	8,5
Z obawy przed utratą partnera	4	2,4
Mam inne powody	10	6,1
Ogółem	164	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała, że w grupie kobiet, które przeszły operację, odsetek badanych w wieku 18–29 lat (2,1%), 30–39 lat (17,1%) i powyżej 60 lat (14,4%) był mniejszy, natomiast większy dla kobiet w wieku 40–49 lat (43,8%) i 50–59 lat (22,6%) w porównaniu do kobiet, które nie poddały się żadnemu zabiegowi. Istotny związek odnotowano także dla miejsca zamieszkania. Wśród kobiet, które poddały się zabiegowi, odsetek badanych mieszkających na wsi był wyższy, a w mieście powyżej 400 tys. mieszkańców niższy niż u kobiet, które nie podjęły decyzji o zabiegu.

Wśród kobiet, które poddały się operacji, odsetek kobiet posiadających dzieci był wyższy (91,8%) niż wśród tych, które nie zdecydowały się na operację (82,3%). Podobnie – odsetek kobiet, które nie miały w ogóle dzieci i przeszły operację, był niższy (8,2%) niż w grupie kobiet, które nie poddały się operacji (17,7%). Obie grupy nie różniły się pod względem odsetka kobiet posiadających 1–2 dzieci, 3–4 dzieci oraz 5 i więcej dzieci. Nie różniły się także pod względem poziomu wykształcenia oraz statusu zawodowego. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 15.

Tabela 15. Charakterystyka kobiet po operacji i bez operacji pod względem zmiennych socjodemograficznych

Wyszczególnienie	Brak operacji (n = 164)		Operacja (n = 146)		χ^2	p	V/ ϕ
	N	%	n	%			
Wiek							
18–29 lat	23 _a	14,0	3 _b	2,1	60,57	<0,001	0,44
30–39 lat	53 _a	32,3	25 _b	17,1			
40–49 lat	25 _a	15,2	64 _b	43,8			
50–59 lat	14 _a	8,5	33 _b	22,6			
Powyżej 60 lat	49 _a	29,9	21 _b	14,4			
Miejsce zamieszkania							
Wieś	31 _a	18,9	48 _b	32,9	17,21	0,001	0,24
Miasto 5–100 tys.	50 _a	30,5	48 _a	32,9			
Miasto 200–400 tys.	23 _a	14,0	25 _a	17,1			
Miasto powyżej 400 tys.	60 _a	36,6	25 _b	17,1			
Wykształcenie							
Podstawowe	2	1,2	3	2,1		0,787*	0,09
Gimnazjalne	0	0	1	0,7			
Średnie	43	26,2	30	20,5			
Policealne	15	9,1	15	10,3			
Zawodowe/techniczne	28	17,1	26	17,8			
Wyższe	76	46,3	71	48,6			
Status zawodowy							
Bezrobotna	9	5,5	8	5,5	0,58	0,747	0,04
Emerytka	30	18,3	22	15,1			
Aktywna zawodowo	125	76,2	116	79,5			
Posiadanie dzieci							
Tak	135 _a	82,3	134 _b	91,8	6,03	0,014	0,14
Nie	29 _a	17,7	12 _b	8,2			
Liczba dzieci							
0	28 _a	17,2	8 _b	5,5		0,005	0,19
1–2	114 _a	69,9	112 _a	76,7			
3–4	19 _a	11,7	25 _a	17,1			
5 i więcej	2 _a	1,2	1 _a	0,7			

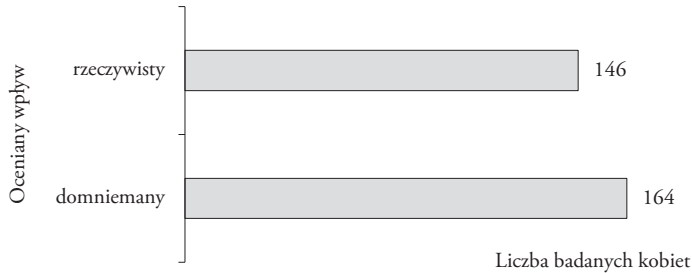
Objaśnienia: χ^2 – statystyka testu chi-kwadrat; p – prawdopodobieństwo testowe; V – V Cramera, wielkość efektu; ϕ – phi, wielkość efektu; * – prawdopodobieństwo testowe testu dokładnego Fishera.

Każda różna litera w indeksie dolnym oznacza różnice między proporcjami w kolumnach na poziomie $p < 0,05$ (korekta Bonferroniego).

Źródło: opracowanie własne.

3.1.4. Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość tworzonego związku

Ponad połowa kobiet (52,9%) oceniała domniemany wpływ operacji na jakość tworzonego związku i poziom satysfakcji seksualnej, natomiast 47,1% kobiet oceniało wpływ rzeczywisty, po wykonaniu operacji. Dane zobrazowano na rycinie 4.



Rycina 4. Charakterystyka grupy pod względem domniemanego lub rzeczywistego wpływu operacji profilaktycznych na jakość relacji w związku

Źródło: opracowanie własne.

Większość, bo aż 189 (61%), badanych kobiet oceniła, że opinia partnera nie mogłaby mieć lub nie miała wpływu na podejmowaną przez nie decyzję dotyczącą wykonania operacji profilaktycznych. Jednocześnie część badanych (121 osób, tj. 39%) wskazała, że zdanie partnera miało lub mogłoby mieć znaczenie dla podejmowanej decyzji.

Zidentyfikowano różnice między badanymi kobietami w zakresie oceny dotyczącej intensywności domniemanego lub rzeczywistego wpływu opinii partnera na podjęcie decyzji o wykonaniu profilaktycznej mastektomii, adnektomii lub obu operacji. Najwięcej spośród badanych kobiet (33,9%) wskazało, że opinia partnera nie miała lub nie miałaby żadnego wpływu na decyzję dotyczącą operacji redukujących ryzyko nowotworowe. Najmniejsza liczba badanych (13,2%) wskazała, że wpływ tej opinii na decyzję byłby umiarkowany. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 16.

Tabela 16. Charakterystyka intensywności domniemanego lub rzeczywistego wpływu opinii partnera na decyzję badanych o wykonaniu operacji profilaktycznych

Intensywność wpływu opinii partnera na decyzję o wykonaniu operacji	n	%
Znaczący	62	20,0
Umiarkowany	41	13,2
Niewielki	102	32,9
Żaden	105	33,9
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Dokonano również analizy pozwalającej na określenie, czy w perspektywie badanych kobiet wykonanie operacji profilaktycznych miało lub mogłoby mieć wpływ na jakość ich związku z partnerem. Uczestniczki badania oceniały ten wpływ na czterostopniowej skali. Najwięcej spośród badanych (65,8%) wskazało, że wykonanie operacji profilaktycznych nie miało lub nie miałoby wpływu na jakość ich związku („raczej nie” lub „nie”). Część badanych (34,2 %) wskazała, że poddanie się operacji miało lub mogłoby mieć wpływ na jakość relacji partnerskiej („raczej tak” oraz „tak”). Szczegółowy rozkład wyników zawarto w tabeli 17.

Tabela 17. Charakterystyka domniemanego lub rzeczywistego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość relacji w związku

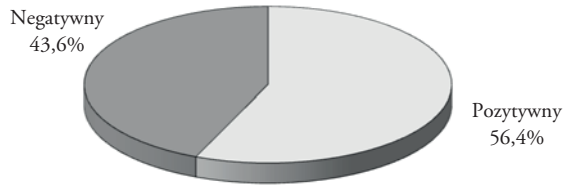
Czy wykonanie operacji profilaktycznych mogłoby mieć lub miało wpływ na jakość relacji partnerskiej?	n	%
Nie	72	23,2
Raczej nie	132	42,6
Raczej tak	68	21,9
Tak	38	12,3
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Badane kobiety, oceniając zakres wpływu, jaki wykonanie operacji profilaktycznych miało lub mogłoby mieć na jakość ich relacji z partnerem, wskazywały przede wszystkim na pozytywne aspekty wpływu, takie jak doświadczanie większego

wsparcia niż dotychczas (38,7%) czy poprawa w zakresie bliskości relacji (19%). Wśród badanych kobiet na negatywne konsekwencje, takie jak oddalenie partnera (22,6%) lub brak wsparcia z jego strony (19,7%) wskazało łącznie 131 uczestniczek (42,3%). Uzyskane wyniki zaprezentowano na rycinie 5 i w tabeli 18.



Rycina 5. Charakterystyka badanej grupy pod względem pozytywnego i negatywnego wpływu operacji na jakość relacji w związku

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 18. Charakterystyka badanej grupy pod względem obszaru rzeczywistego lub domniemanego wpływu operacji na jakość relacji w związku

Obszar wpływu	n	%
Partner jest/byłby dla mnie większym wsparciem niż dotychczas	120	38,7
Nasza relacja jest/stałaby się bliższa	59	19,0
Oddaliliśmy się/oddalilibyśmy się od siebie	70	22,6
Partner nie jest/nie byłby dla mnie wsparciem	61	19,7
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

3.1.5. Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego

Nieco ponad połowa (52,3%) badanych kobiet oceniła, że wykonanie operacji profilaktycznych nie wpłynęło lub nie wpłynęłoby na jakość ich życia seksualnego, podczas gdy 148 (47,7%) kobiet oceniło, że operacja miała lub mogłaby mieć

wpływ na jakość ich życia seksualnego. Rozkład wyników zaprezentowano w tabeli 19 oraz na rycinie 6.

Tabela 19. Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego

Czy operacja miała lub mogłaby mieć wpływ na jakość życia seksualnego?	n	%
Nie	63	20,3
Raczej nie	99	31,9
Raczej tak	110	35,5
Tak	38	12,3
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 6. Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego

Źródło: opracowanie własne.

Kobiety, które wskazywały, że wykonanie operacji profilaktycznych miało lub mogłoby mieć wpływ na jakość ich życia seksualnego (47,7%), określając obszar tego wpływu, najczęściej (37,4%) wskazywały, że częstotliwość i jakość współżycia seksualnego z partnerem zmniejszyła się lub mogłaby się zmniejszyć, gdyby wykonały operację. Najrzadziej (12 osób, tj. 6%) wskazywaną przez badane kobiety przyczyną była niezdolność do osiągnięcia przyjemności i odczuwania satysfakcji seksualnej. Żadna z badanych kobiet nie zdecydowała się na wskazanie dodatkowych, innych obszarów wpływu, czyli takich, które nie zostały uwzględnione w ankiecie. W tabeli 20 przedstawiono charakterystykę badanej grupy pod względem obszaru wpływu operacji profilaktycznych na jakość ich życia seksualnego.

Tabela 20. Charakterystyka badanej grupy pod względem rzeczywistego lub domniemanego obszaru wpływu operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego

Obszar wpływu	n	%
Nie jestem/nie byłabym w stanie osiągnąć przyjemności oraz odczuwać satysfakcji seksualnej	39	12,6
Częstotliwość i jakość współżycia zmniejszą się/zmniejszyłyby się	116	37,4
Częstotliwość i jakość współżycia nie uległy/nie uległyby zmianie	78	25,2
Jestem/byłabym w stanie odczuwać przyjemność i satysfakcję seksualną w takim samym stopniu, jak przed operacją	77	24,8
Ogółem	310	100,0

Objaśnienia: n – liczebność grupy; % – odsetek badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

3.2. Charakterystyka zmiennych ocenianych w badaniu

Głównym celem niniejszej pracy było poszukiwanie i opis komponentów funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA oraz określenie zależności decyzji o wykonaniu profilaktycznych zabiegów chirurgicznych (mastektomii i adnektomii) od czynników socjodemograficznych i historii nowotworowej.

W ramach analiz statystycznych w pierwszym kroku przeprowadzono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla mierzonych zmiennych ilościowych, istotne z punktu widzenia prowadzonych badań. Analiza wykazała, że jedynie wiek przyjmował rozkład zgodny z krzywą Gaussa. Wymiary osobowości oraz umiejscowienia kontroli były odchylone od rozkładu normalnego, przy czym wartość skośności dla wszystkich analizowanych zmiennych mieściła się w przedziale $<-2; 2>$, co wskazuje na to, że odchylenie to nie było znaczące (George, Mallery, 2016). Szczegółowe wyniki przeprowadzonych analiz zamieszczono w tabeli 21.

Wymiary oceny ciała, satysfakcji seksualnej i satysfakcji ze związku były odchylone od rozkładu normalnego, przy czym wartość skośności dla wszystkich analizowanych zmiennych mieściła się w przedziale $<-2; 2>$, co wskazuje, że odchylenie to nie było znaczące (George, Mallery, 2016). Szczegółowe wyniki przeprowadzonych analiz zamieszczono w tabeli 22.

Tabela 21. Cechy osobowości i umiejscowienie kontroli zdrowia

	M	Me	SD	Sk.	Kur.	Min.	Ma.	D	p
Wiek	50,04	49,00	14,45	0,13	-0,29	23	79	0,08	0,200
Cechy osobowości									
Ugodowość	3,58	3,67	0,53	-0,22	-0,13	1,83	4,83	0,07	<0,001
Ekstrawersja	3,01	3,00	0,46	0,02	1,03	1,33	4,61	0,07	<0,001
Neurotyzm	3,00	3,00	0,40	0,31	0,43	2,00	4,44	0,07	<0,001
Otwartość	3,22	3,19	0,41	0,16	-0,03	2,00	4,28	0,09	<0,001
Sumienność	3,48	3,33	0,48	0,27	-0,27	1,94	4,78	0,13	<0,001
Umiejscowienie kontroli									
Kontrola wewnętrzna	3,77	4,00	0,95	-0,29	-0,40	1,33	5,83	0,10	<0,001
Wpływ innych	3,49	3,50	0,97	0,17	-0,25	1,17	6,00	0,09	<0,001
Przypadek	3,05	3,00	0,90	0,54	0,29	1,00	5,67	0,10	<0,001

Objaśnienia: M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kur. – kurtoza; Min. – wynik minimalny; Ma. – wynik maksymalny; D – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – prawdopodobieństwo testowe.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 22. Ocena ciała, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku

	M	Me	SD	Sk.	Kur.	Min.	Ma.	D	p
Wiek	50,04	49,00	14,45	0,13	-0,29	23	79	0,08	0,200
Ocena ciała									
Atrakcyjność seksualna	3,39	3,33	0,70	-0,03	-0,58	1,67	4,92	0,08	<0,001
Kontrola wagi	3,13	3,10	0,84	-0,25	-0,47	1,10	5,00	0,08	<0,001
Kondycja fizyczna	3,38	3,39	0,77	-0,09	-0,77	1,56	5,00	0,11	<0,001
Satysfakcja partnerska									
Intymność	3,35	3,25	1,10	-0,28	-0,78	1,00	5,00	0,08	<0,001
Samorealizacja	3,37	3,29	0,94	-0,02	-0,55	1,00	5,00	0,06	0,004
Podobieństwo	3,43	3,64	1,08	-0,42	-0,87	1,00	5,00	0,12	<0,001
Rozczarowanie	3,42	3,30	1,05	-0,24	-0,79	1,10	5,00	0,09	<0,001
Satysfakcja seksualna									
Zadowolenie	3,45	3,40	0,84	-0,02	-0,40	1,00	5,00	0,13	<0,001
Komunikacja	3,54	3,50	0,91	-0,04	-0,58	1,00	5,00	0,14	<0,001
Dopasowanie	3,46	3,33	0,91	-0,02	-0,18	1,00	5,00	0,11	<0,001

Objaśnienia: M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kur. – kurtoza; Min. – wynik minimalny; Ma. – wynik maksymalny; D – statystyka testu Kołmogorowa-Smirnowa; p – prawdopodobieństwo testowe.

Źródło: opracowanie własne.

3.3. Analiza związków pomiędzy wybranymi zmiennymi psychologicznymi kobiet z mutacją genetyczną BRCA i danymi socjodemograficznymi, historią nowotworową a wykonaniem operacji profilaktycznych – mastektomii i adnektomii

W niniejszej części pracy poddano weryfikacji hipotezę główną, zgodnie z którą istnieją określone powiązania między zmiennymi psychologicznymi kobiet z mutacją genetyczną BRCA i danymi socjodemograficznymi, historią nowotworową a podejmowaniem przez nie decyzji o wykonaniu profilaktycznych zabiegów chirurgicznych – mastektomii i adnektomii.

Zweryfikowano również następujące hipotezy szczegółowe:

- H₁: Istnieją związki pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₂: Istnieją związki pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₃: Istnieją związki pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₄: Istnieją związki pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₅: Istnieją różnice w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej, satysfakcji ze związku w zależności od osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.
- H₆: Istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

3.3.1. Określenie związków pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

W celu dokonania szczegółowej analizy wyodrębniono hipotezę $H_{1.1}$: Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a wykonanymi operacjami profilaktycznymi w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

W analizach porównano osoby z niskim i wysokim poziomem konkretnych cech osobowości pod względem wyboru poszczególnych rodzajów operacji profilaktycznych. W tym celu podzielono badane kobiety na grupy z niskimi i wysokimi wynikami dla danej cechy osobowości na podstawie mediany. Dla tak wyróżnionych grup przeprowadzono analizę testem χ^2 Pearsona w celu ustalenia różnic w proporcjach wyboru danego rodzaju operacji.

Szczegółowa analiza wyników wykazała, że kobiety z niskim poziomem ugodowości istotnie częściej nie decydowały się na wykonanie zabiegu bądź poddawały się jedynie zabiegowi adneksktomii, natomiast te z wysokim poziomem ugodowości częściej decydowały się na mastektomię. Kobiety z niskim poziomem neurotyzmu częściej decydowały się na mastektomię bądź nie poddawały się zabiegowi, natomiast kobiety z wysokim poziomem neurotyzmu częściej poddawały się mastektomii i adneksktomii jednocześnie. U kobiet z niskim poziomem sumienności częściej odnotowano wykonanie adneksktomii, natomiast u kobiet z wysokim poziomem sumienności – pozostałe rodzaje operacji bądź brak jakiegokolwiek. Dla ekstrawersji i otwartości częstość wyboru danej operacji była zbliżona bez względu na niski czy wysoki poziom konkretnej cechy. Szczegółowe wyniki analiz zamieszczono w tabeli 23.

Dla dalszych analiz wyodrębniono hipotezę $H_{1.2}$: Istnieje związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

W celu porównania kobiet pod względem poziomu umiejscowienia kontroli zdrowia, w zależności od rodzaju operacji, którą przeszły, przeprowadzono analizę testem H Kruskala-Wallisa. W analizach uwzględniono kobiety po mastektomii, po adneksktomii, po obu operacjach oraz te, które nie poddały się żadnej operacji. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych różnic między grupami, zarówno pod względem kontroli wewnętrznej, wpływu innych, jak i przypadku. Wyniki zamieszczono w tabeli 24.

Tabela 23. Cechy osobowości kobiet a częstość wyboru operacyjnych metod redukcji ryzyka nowotworowego

Wyszczególnienie		Brak zabiegu (n = 164)		Mastektomia (n = 55)		Adnektomia (n = 51)		Oba (n = 40)		χ^2	p	V
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Ugodowość	niski	98 _a	59,8	21 _b	38,2	36 _a	70,6	21 _{a,b}	52,5	12,61	0,006	0,20
	wysoki	66 _a	40,2	34 _b	61,8	15 _a	29,4	19 _{a,b}	47,5			
Ekstrawersja	niski	92	56,1	29	52,7	23	45,1	24	60,0	2,53	0,470	0,09
	wysoki	72	43,9	26	47,3	28	54,9	16	40,0			
Neurotyzm	niski	99 _a	60,4	34 _a	61,8	25 _{a,b}	49,0	15 _b	37,5	8,58	0,035	0,17
	wysoki	65 _a	39,6	21 _a	38,2	26 _{a,b}	51,0	25 _b	62,5			
Otwartość	niski	89	54,3	23	41,8	27	52,9	16	40,0	4,44	0,217	0,12
	wysoki	75	45,7	32	58,2	24	47,1	24	60,0			
Sumiennosc	niski	81 _a	49,4	27 _{a,b}	49,1	36 _b	70,6	16 _a	40,0	9,98	0,019	0,18
	wysoki	83 _a	50,6	28 _{a,b}	50,9	15 _b	29,4	24 _a	60,0			

Objaśnienia: χ^2 – statystyka testu χ^2 Pearsona; p – prawdopodobieństwo testowe; V – V-Cramera, wielkość efektu. Każda różna litera w indeksie dolnym oznacza różnicę między proporcjami w kolumnach na poziomie $p < 0,05$ (korekta Bonferroniego).

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 24. Wykonane operacje a umiejscowienie kontroli zdrowia

Wyszczególnienie	Brak zabiegu (n = 164)		Mastektomia (n = 55)		Adnektomia (n = 51)		Oba (n = 40)		H	p	η^2
	Me	IQR	Me	IQR	Me	IQR	Me	IQR			
Kontrola wewnętrzna	3,75	1,00	3,83	1,83	4,17	3,33	4,00	1,08	3,27	0,352	<0,01
Wpływ innych	3,50	1,16	3,50	1,84	3,50	1,17	3,67	1,29	3,70	0,296	<0,01
Przypadek	2,83	1,13	2,83	1,50	3,17	1,00	3,00	0,96	1,30	0,730	<0,01

Objaśnienia: Me – mediana; IQR – rozstęp kwartyłowy; H – statystyka testu Kruskala-Wallisa; p – prawdopodobieństwo testowe; η^2 – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Analizy potwierdziły hipotezę $H_{1.1}$, że istnieją związki pomiędzy cechami osobowości a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Kobiety o niskim poziomie ugodowości istotnie częściej nie decydowały się na wykonanie żadnej operacji lub poddawały się jedynie adnektomii.

Kobiety z wysokim poziomem ugodowości częściej decydowały się na mastektomię. Niski poziom neurotyzmu wiązał się z częstszym podejmowaniem decyzji o wykonaniu mastektomii, natomiast kobiety z wysokim poziomem neurotyzmu częściej poddawały się mastektomii i adnektomii jednocześnie. Wśród kobiet z niskim poziomem sumienności częściej wykonywano adnektomię, natomiast u kobiet z wysokim poziomem sumienności wykonywano pozostałe rodzaje operacji lub nie wykonywano żadnej z nich. W przypadku ekstremitacji i otwartości częstotliwość wyboru wskazanych operacji była zbliżona bez względu na to, czy poziom danej cechy był niski czy wysoki.

Nie potwierdzono natomiast hipotezy $H_{1.2}$, że istnieje związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych. Analiza nie wykazała istotnych różnic między grupami zarówno pod względem kontroli wewnętrznej, wpływu innych, jak i przypadku.

3.3.2. Ocena związków pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

Celem weryfikacji hipotezy H_2 , zgodnie z którą istnieją związki pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA, przeprowadzono dalsze analizy statystyczne.

Aby ustalić związki między cechami osobowości badanych kobiet a umiejscowieniem kontroli zdrowia, wyodrębniono hipotezę $H_{2.1}$: Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Przeprowadzono analizy korelacji r Pearsona.

Ugodowość była ujemnie i słabo związana z kontrolą wewnętrzną ($r = -0,12$). Oznacza to, że im wyższy był poziom ugodowości u badanych kobiet, tym poziom kontroli wewnętrznej był niższy. Ekstremitacja była słabo i dodatnio związana z kontrolą wewnętrzną ($r = 0,23$) oraz z przypadkiem ($r = 0,28$) – im wyższy był poziom ekstremitacji u badanych kobiet, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej oraz przypadku jako wymiaru umiejscowienia kontroli. Neurotyzm był słabo i dodatnio związany z wpływem innych ($r = 0,13$). Wraz ze wzrostem neurotyzmu u badanych kobiet wzrastał poziom wpływu innych jako umiejscowienia kontroli. Sumienność była słabo i dodatnio skorelowana z wpływem innych ($r = 0,22$) – im bardziej

sumienne były badane kobiety, tym wyższy był poziom wpływu innych jako źródła umiejscowienia kontroli.

Ponadto odnotowano zależności na poziomie tendencji statystycznej ($p < 0,1$). Wpływ innych był dodatnio i słabo związany z ugodowością ($r = 0,11$) oraz ujemnie i słabo z otwartością ($r = -0,09$). Kontrola wewnętrzna z kolei była słabo i ujemnie związana z neurotyzmem ($r = -0,10$) oraz słabo i dodatnio z otwartością ($r = 0,11$). Szczegółowe wyniki analiz zamieszczono w tabeli 25.

Tabela 25. Cechy osobowości a umiejscowienie kontroli zdrowia

Wyszczególnienie	Kontrola wewnętrzna		Wpływ innych		Przypadek	
	r	p	r	p	r	p
Ugodowość	-0,12	0,043	0,11	0,060	-0,08	0,187
Ekstrawersja	0,23	<0,001	-0,04	0,464	0,28	<0,001
Neurotyzm	-0,10	0,081	0,13	0,021	0,02	0,711
Otwartość	0,11	0,058	-0,09	0,099	-0,05	0,413
Sumienność	0,01	0,880	0,22	<0,001	-0,02	0,775

Źródło: opracowanie własne.

Dla dalszych analiz sformułowano hipotezę $H_{2.2}$: Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a poziomem satysfakcji seksualnej kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Chcąc ustalić związek między cechami osobowości a satysfakcją seksualną, przeprowadzono analizę korelacji Pearsona.

Analiza wykazała słabą i ujemną zależność między ugodowością a zadowoleniem i komunikacją oraz między neurotyzmem a komunikacją. Oznacza to, że im wyższy był poziom ugodowości, tym niższa była ocena poziomu komunikacji i zadowolenia w związku, a im wyższy poziom neurotyzmu, tym niżej oceniany poziom komunikacji. Ekstrawersja była słabo i dodatnio skorelowana z poziomem zadowolenia i komunikacji, co oznacza, że im wyższy był poziom ekstrawersji u badanych kobiet, tym wyższy był poziom zadowolenia i wyższa ocena komunikacji jako wymiarów satysfakcji seksualnej. Pozostałe zmienne nie były ze sobą związane. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 26.

Tabela 26. Cechy osobowości a satysfakcja seksualna

Wyszczególnienie	Ugodowość		Ekstrawersja		Neurotyzm		Otwartość		Sumienność	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Zadowolenie	-0,11	0,047	0,17	0,003	-0,02	0,672	-0,01	0,859	-0,03	0,632
Komunikacja	-0,12	0,041	0,15	0,007	-0,18	0,001	-0,02	0,737	0,03	0,605
Dopasowanie	-0,09	0,098	0,08	0,139	-0,10	0,078	-0,06	0,316	-0,09	0,129

Źródło: opracowanie własne.

Analogiczne analizy przeprowadzono w celu ustalenia charakteru relacji między cechami osobowości a satysfakcją ze związku. Sformułowano hipotezę $H_{2.3}$: Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a poziomem satysfakcji ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Analiza korelacji Pearsona wykazała, że im wyższy był poziom ugodowości i sumienności, tym wyżej oceniana była intymność, samorealizacja, podobieństwo i niższy był poziom rozczarowania w związku – korelacje dodatnie i słabe. Neurotyzm był słabo i ujemnie skorelowany z poziomem rozczarowania, co oznacza, że im wyższy był poziom neurotyzmu, tym wyższy był poziom rozczarowania w związku. Ekstrawersja i otwartość nie były skorelowane z wymiarami satysfakcji ze związku. Wyniki analizy zaprezentowano w tabeli 27.

Tabela 27. Cechy osobowości a satysfakcja ze związku

Wyszczególnienie	Ugodowość		Ekstrawersja		Neurotyzm		Otwartość		Sumienność	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Intymność	0,23	<0,001	-0,08	0,161	-0,09	0,116	-0,08	0,171	0,29	<0,001
Samorealizacja	0,25	<0,001	-0,06	0,287	-0,04	0,471	-0,06	0,323	0,26	<0,001
Podobieństwo	0,26	<0,001	-0,08	0,189	-0,01	0,932	-0,05	0,348	0,25	<0,001
Rozczarowanie	0,26	<0,001	-0,06	0,289	-0,14	0,012	-0,08	0,165	0,19	0,001

Źródło: opracowanie własne.

Hipoteza H_2 została w większości pozytywnie zweryfikowana.

Dowodzono, że istnieją związki pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Im wyższy był poziom ugodowości, tym niższy był poziom kontroli wewnętrznej. Im wyższy był poziom ekstrawersji, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej oraz przypadku

jako wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia. Wraz ze wzrostem neurotyzmu wzrastał poziom wpływu innych. Im bardziej sumienne były badane kobiety, tym wyższy poziom wpływu innych wykazywały.

Potwierdzono również występowanie związków pomiędzy poziomem ugodowości, neurotyzmu i ekstrawersji a poziomem satysfakcji seksualnej w grupie badanych kobiet. Dowiedziono, że im wyższy był poziom ugodowości badanych, tym niższa była ocena poziomu komunikacji i zadowolenia w związku. Im wyższy był poziom neurotyzmu, tym niżżej kobiety oceniały poziom komunikacji. Im wyższy był poziom ekstrawersji, tym wyższy był poziom zadowolenia i wyższa ocena komunikacji jako wymiarów satysfakcji seksualnej.

Ponadto wykazano, że im wyższy był poziom ugodowości i sumienności badanych, tym wyżej oceniana była intymność, samorealizacja, podobieństwo i niższy był poziom rozczarowania w związku – korelacje te miały charakter dodatni, a ich siła była słaba. Dowiedziono, że im wyższy był poziom neurotyzmu, tym wyższy był poziom rozczarowania w związku uzewnętrzniany przez badane kobiety. Ekstrawersja i otwartość nie były skorelowane z wymiarami satysfakcji ze związku.

3.3.3. Określenie związków pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

W celu ustalenia związku między oceną ciała a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupach w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych sformułowano hipotezę H_3 : Istnieją związki pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną, satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Dla precyzji analiz wyodrębniono hipotezę $H_{3,1}$: Istnieje związek pomiędzy satysfakcją seksualną a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

W celu porównania kobiet po zabiegu oraz bez zabiegu pod względem satysfakcji seksualnej, przeprowadzono analizę testem t dla prób niezależnych. Analiza wykazała, że poziom zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania był istotnie wyższy wśród kobiet, które nie przeszły operacji niż u kobiet, które zostały jej poddane (mastektomii, adnektomii lub obu). Wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 28.

Tabela 28. Satysfakcja seksualna a wykonanie lub niewykonanie operacji

Wyszczególnienie	Brak operacji (n = 164)		Operacja (n = 146)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Zadowolenie	3,68	0,78	3,19	0,83	5,32	<0,001	0,31	0,67	0,61
Komunikacja	3,69	0,89	3,36	0,91	3,25	0,001	0,13	0,53	0,37
Dopasowanie	3,57	0,97	3,35	0,83	2,12	0,035	0,02	0,42	0,24

Objaśnienia: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu t; p – prawdopodobieństwo testowe; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; d Cohena – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Analogiczne analizy przeprowadzono w celu porównania kobiet bez operacji i po operacji pod względem oceny satysfakcji ze związku. Sformułowano hipotezę $H_{3,2}$: Istnieje związek pomiędzy satysfakcją ze związku a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Analiza wykazała, że poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa był wyższy, a poziom rozczarowania niższy wśród kobiet, które przeszły jakąkolwiek operację. Wyniki zaprezentowano w tabeli 29.

Tabela 29. Satysfakcja ze związku a wykonanie lub niewykonanie operacji

Wyszczególnienie	Brak operacji (n = 164)		Operacja (n = 146)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Intymność	3,61	1,09	3,06	1,05	4,53	<0,001	0,31	0,79	0,52
Samorealizacja	3,56	1,00	3,15	0,81	4,00	<0,001	0,21	0,61	0,45
Podobieństwo	3,62	1,09	3,22	1,03	3,36	0,001	0,17	0,64	0,38
Rozczarowanie	3,67	1,02	3,14	1,01	4,64	<0,001	0,31	0,77	0,53

Objaśnienia: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu t; p – prawdopodobieństwo testowe; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; d Cohena – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

W kolejnym kroku wyodrębniono hipotezę $H_{3,3}$: Istnieje związek pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA i celem jej weryfikacji przeprowadzono analizę korelacji Pearsona.

Wśród kobiet, które nie poddały się żadnemu z zabiegów, odnotowano dodatnie i umiarkowane korelacje między wymiarami satysfakcji seksualnej: zadowoleniem, komunikacją i dopasowaniem a atrakcyjnością seksualną, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną (jedynie między dopasowaniem a kondycją fizyczną korelacja była słaba). Oznacza to, że im wyższa była ocena ciała, tym wyższy był poziom satysfakcji seksualnej.

W grupie kobiet po mastektomii odnotowano silną i dodatnią korelację między zadowoleniem a atrakcyjnością seksualną, a także dodatnie i umiarkowane korelacje między atrakcyjnością seksualną a komunikacją i dopasowaniem, kontrolą wagi a zadowoleniem i dopasowaniem oraz kondycją fizyczną a zadowoleniem. Takie wyniki oznaczają, że im wyższy był poziom atrakcyjności seksualnej, tym wyższy był poziom komunikacji i dopasowania, im wyższa kontrola wagi, tym wyższe zadowolenie i dopasowanie, a im wyżej oceniana kondycja fizyczna, tym wyższe zadowolenie w związku.

Wśród kobiet po adnektomii poziom atrakcyjności seksualnej był dodatnio i umiarkowanie skorelowany z poziomem zadowolenia w związku, kontrola wagi silnie i dodatnio z zadowoleniem i komunikacją oraz dodatnio i umiarkowanie z dopasowaniem, a kondycja fizyczna była dodatnio i umiarkowanie skorelowana z zadowoleniem i komunikacją. Oznacza to, że im wyższy był poziom atrakcyjności seksualnej, tym wyższe zadowolenie, im wyższa kontrola wagi, tym wyższe zadowolenie i komunikacja, a im wyżej oceniana była kondycja fizyczna, tym wyższy był poziom zadowolenia i komunikacji.

Wśród kobiet po dwóch operacjach dopasowanie było dodatnio i umiarkowanie skorelowane z atrakcyjnością i kontrolą wagi, co oznacza, że im wyżej oceniano dopasowanie w związku, tym wyższy był poziom atrakcyjności seksualnej i kontrola wagi. Pozostałe związki okazały się nieistotne. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 30.

Tabela 30. Ocena ciała a satysfakcja seksualna

Wyszczególnienie		Atrakcyjność seksualna		Kontrola wagi		Kondycja fizyczna	
		r	p	r	p	r	p
1		2	3	4	5	6	7
Brak zabiegu	zadowolenie	0,34	<0,001	0,40	<0,001	0,33	<0,001
	komunikacja	0,39	<0,001	0,30	<0,001	0,33	<0,001
	dopasowanie	0,36	<0,001	0,37	<0,001	0,29	<0,001

1		2	3	4	5	6	7
Mastektomia	zadowolenie	0,52	<0,001	0,44	0,001	0,37	0,005
	komunikacja	0,40	0,003	0,20	0,138	0,24	0,083
	dopasowanie	0,41	0,002	0,39	0,004	0,24	0,074
Adnektomia	zadowolenie	0,31	0,026	0,52	<0,001	0,44	0,001
	komunikacja	0,25	0,082	0,59	<0,001	0,37	0,008
	dopasowanie	0,25	0,078	0,43	0,002	0,27	0,057
Oba	zadowolenie	-0,11	0,497	0,04	0,812	-0,25	0,118
	komunikacja	0,16	0,322	0,16	0,326	0,01	0,937
	dopasowanie	0,36	0,024	0,49	0,001	0,29	0,067

Źródło: opracowanie własne.

Celem dalszej weryfikacji hipotezy H_3 sformułowano hipotezę $H_{3,4}$: Istnieje związek pomiędzy oceną ciała a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych.

W celu ustalenia związku między oceną ciała a satysfakcją ze związku w grupie kobiet, które nie przeszły żadnej operacji, zdecydowały się na wykonanie mastektomii, adnektomii bądź obu operacji, przeprowadzono analizę korelacji Pearsona.

Analiza nie wykazała istotnych związków między oceną ciała a satysfakcją ze związku wśród kobiet, które nie przeszły zabiegu, przeszły zabieg mastektomii bądź zarówno zabieg mastektomii, jak i adnektomii. Wśród kobiet, które poddały się zabiegowi adnektomii, odnotowano umiarkowany i ujemny związek między samorealizacją i podobieństwem a atrakcyjnością seksualną, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną, a także między atrakcyjnością seksualną a skalą rozczarowania. Takie wyniki oznaczają, że im wyższy był poziom samorealizacji, podobieństwa i mniejszy poziom rozczarowania w związku, tym poziom atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi oraz kondycji fizycznej był niższy. Wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 31.

W celu porównania kobiet ze względu na rodzaj operacji, którą przeszły, pod względem oceny ciała, poziomu satysfakcji seksualnej i satysfakcji ze związku przeprowadzono analizę testem H Kruskala-Wallisa. Wykorzystano test nieparametryczny ze względu na duże dysproporcje w liczebnościach grup.

Tabela 31. Ocena ciała a satysfakcja ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych

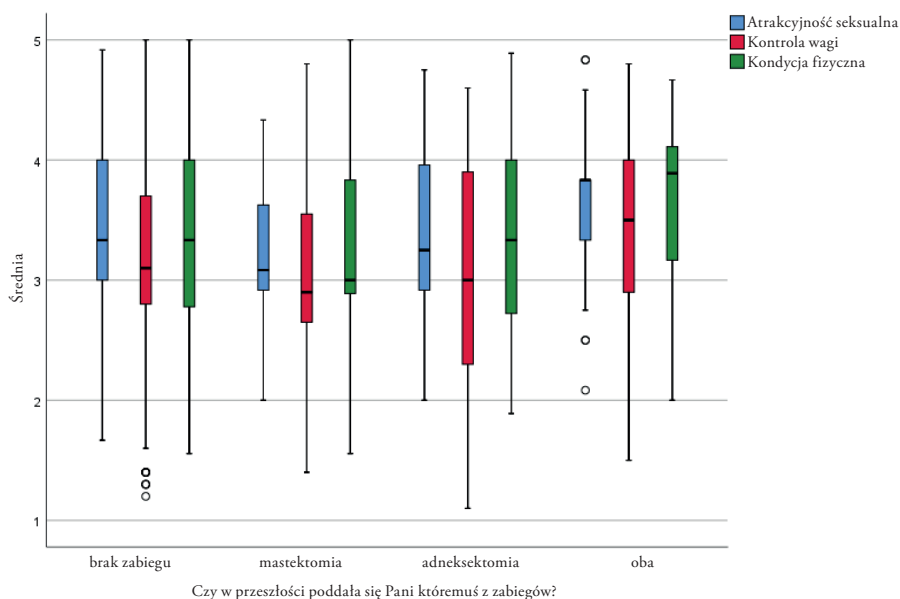
Wyszczególnienie		Atrakcyjność seksualna		Kontrola wagi		Kondycja fizyczna	
		r	p	r	p	r	p
Brak zabiegu	intymność	0,07	0,350	0,07	0,370	0,14	0,075
	samorealizacja	-0,04	0,586	-0,03	0,714	0,12	0,128
	podobieństwo	0,05	0,549	0,08	0,341	0,15	0,057
	rozczarowanie	0,05	0,563	0,05	0,532	0,04	0,639
Mastektomia	intymność	-0,07	0,616	0,04	0,758	-0,05	0,715
	samorealizacja	-0,05	0,747	0,01	0,920	-0,06	0,681
	podobieństwo	-0,12	0,387	0,17	0,227	0,02	0,879
	rozczarowanie	0,04	0,781	0,12	0,373	0,13	0,356
Adnektomia	intymność	-0,27	0,057	-0,15	0,285	-0,17	0,242
	samorealizacja	-0,41	0,003	-0,36	0,010	-0,40	0,003
	podobieństwo	-0,47	0,001	-0,33	0,019	-0,32	0,021
	rozczarowanie	-0,34	0,015	-0,14	0,316	-0,19	0,188
Oba	intymność	-0,15	0,361	0,15	0,371	-0,02	0,912
	samorealizacja	-0,05	0,760	0,20	0,225	-0,02	0,910
	podobieństwo	-0,18	0,266	0,06	0,732	0,00	0,981
	rozczarowanie	0,05	0,741	0,22	0,172	0,21	0,187

Źródło: opracowanie własne.

W analizach uwzględniono kobiety po mastektomii, po adnektomii, po obu zabiegach oraz te, które nie poddały się żadnemu zabiegowi. Przeprowadzona analiza wykazała istotne różnice między grupami pod względem atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi, wszystkich wymiarów satysfakcji ze związku i satysfakcji seksualnej (tab. 32).

By ustalić charakter różnic, przeprowadzono dodatkowo analizy *post hoc* testem Dunna z korektą poziomu istotności Bonferroniego.

Kobiety po mastektomii przejawiały niższy poziom poczucia atrakcyjności seksualnej w porównaniu do kobiet, które przeszły oba zabiegi ($p = 0,025$), a także niższy poziom kontroli wagi aniżeli kobiety po obu zabiegach ($p = 0,048$). Między pozostałymi grupami różnice w zakresie oceny ciała okazały się statystycznie nieistotne ($p > 0,05$).



Rycina 7. Ocena ciała ze względu na rodzaj operacji profilaktycznej

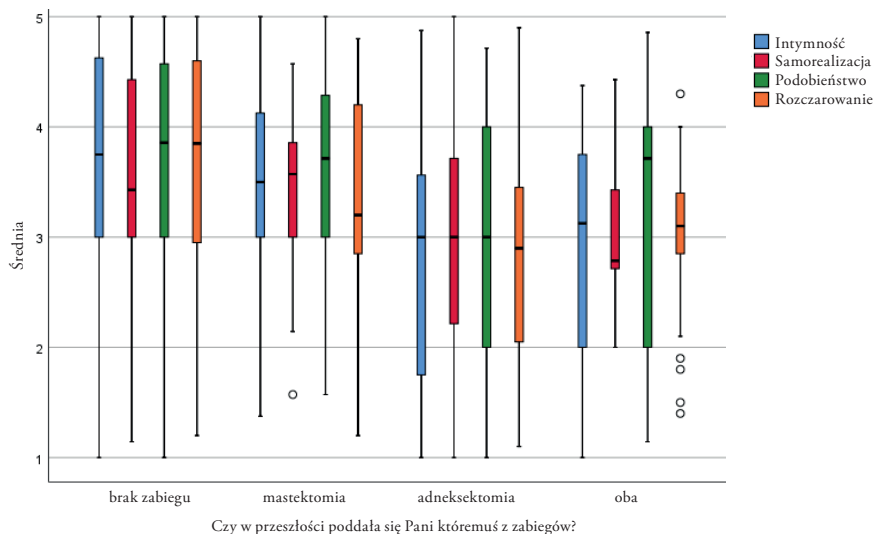
Źródło: opracowanie własne.

Kobiety, które nie przeszły żadnego zabiegu, istotnie wyżej oceniały poziom intymności w związku niż kobiety po adneksektomii ($p < 0,001$) oraz mastektomii ($p = 0,002$), przy czym kobiety po mastektomii wyżej oceniały intymność niż kobiety po adneksektomii ($p = 0,009$).

Kobiety po obu zabiegach oceniały niżej poziom samorealizacji w porównaniu do kobiet po mastektomii ($p = 0,029$) czy kobiet, które nie przeszły operacji ($p < 0,001$). Kobiety, które przeszły zabieg adneksektomii, niżej oceniały poziom samorealizacji w związku niż kobiety, które nie przeszły zabiegu ($p = 0,007$).

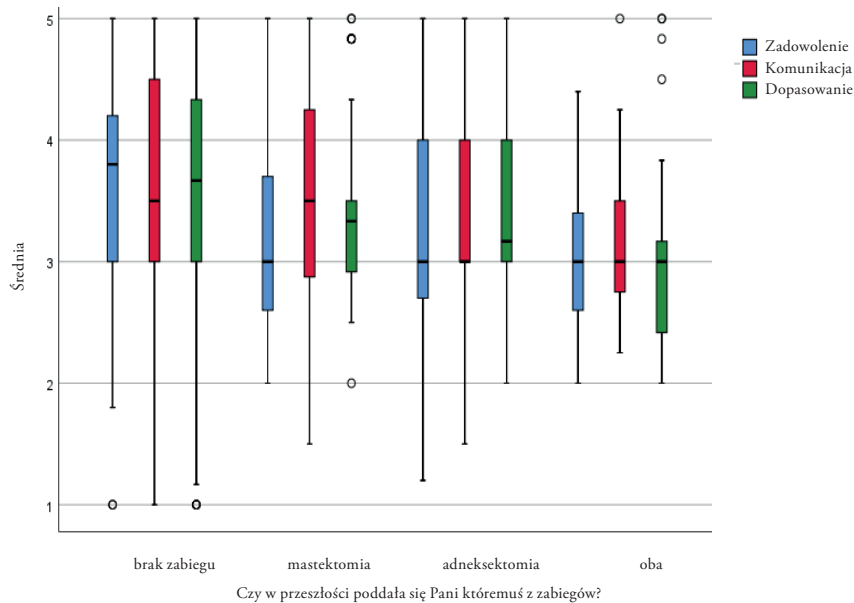
Podobieństwo w związku było wyżej oceniane przez kobiety, które nie przeszły żadnego zabiegu w porównaniu do kobiet, które poddały się adneksektomii ($p = 0,001$) czy obu zabiegom (mastektomii i adneksektomii) jednocześnie ($p = 0,018$).

Wyższy poziom rozczarowania przejawiały kobiety, które nie przeszły zabiegu, w porównaniu do kobiet po adneksektomii ($p < 0,001$) oraz po obu zabiegach ($p = 0,001$), a kobiety po mastektomii odczuwały wyższy poziom rozczarowania niż te, które przeszły zabieg adneksektomii ($p = 0,023$).



Rycina 8. Satysfakcja ze związku ze względu na rodzaj zabiegu

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 9. Satysfakcja seksualna ze względu na rodzaj zabiegu

Źródło: opracowanie własne.

Kobiety, które nie poddały się żadnemu zabiegowi, przejawiały wyższy poziom zadowolenia z aktywności seksualnej aniżeli kobiety po mastektomii ($p < 0,001$), adnektomii ($p = 0,009$) czy obu zabiegach ($p < 0,001$). Wyżej też oceniały poziom komunikacji w porównaniu do kobiet po obu zabiegach ($p = 0,001$). Z kolei kobiety po obu zabiegach istotnie niżej oceniały poziom dopasowania seksualnego w porównaniu do kobiet, które nie przeszły żadnego zabiegu ($p < 0,001$) bądź przeszły zabieg adnektomii ($p = 0,010$).

Tabela 32. Ocena ciała, satysfakcja ze związku i satysfakcja seksualna a wykonanie operacji profilaktycznych

Wyszczególnienie	Brak zabiegu (n = 164)		Mastektomia (n = 55)		Adnektomia (n = 51)		Oba (n = 40)		H	p	η^2
	Me	IQR	Me	IQR	Me	IQR	Me	IQR			
Ocena ciała											
Atrakcyjność seksualna	3,33	1,00	3,08	0,75	3,25	1,08	3,83	0,58	8,29	0,040	0,04
Kontrola wagi	3,10	0,90	2,90	1,00	3,00	1,60	3,50	1,20	7,85	0,049	0,04
Kondycja fizyczna	3,33	1,22	3,00	1,00	3,33	1,33	3,89	1,03	5,29	0,152	0,03
Satysfakcja partnerska											
Intymność	3,75	1,63	3,50	1,13	3,00	2,25	3,13	1,75	28,82	<0,001	0,11
Samorealizacja	3,43	1,43	3,57	0,86	3,00	1,57	2,79	0,71	23,22	<0,001	0,09
Podobieństwo	3,86	1,57	3,71	1,29	3,00	2,00	3,71	2,00	18,38	<0,001	0,07
Rozczarowanie	3,85	1,68	3,20	1,60	2,90	1,80	3,10	0,58	27,92	<0,001	0,10
Satysfakcja seksualna											
Zadowolenie	3,80	1,20	3,00	1,20	3,00	1,40	3,00	0,80	34,01	<0,001	0,12
Komunikacja	3,50	1,50	3,50	1,75	3,00	1,00	3,00	0,75	16,88	0,001	0,07
Dopasowanie	3,67	1,33	3,33	0,67	3,17	1,00	3,00	0,79	20,48	<0,001	0,08

Objaśnienia: Me – mediana; IQR – rozstęp kwartyłowy; H – statystyka testu Kruskala-Wallisa; p – prawdopodobieństwo testowe; η^2 – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na częściowe potwierdzenie hipotezy H_3 : Istnieją związki pomiędzy oceną ciała, satysfakcją seksualną, satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Wśród kobiet, które nie wykonały żadnej z operacji zapobiegawczych, odnotowano dodatnie i umiarkowane korelacje między wymiarami satysfakcji seksualnej – zadowoleniem, komunikacją i dopasowaniem a wymiarami oceny ciała – atrakcyjnością seksualną, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną. Im wyższy był poziom atrakcyjności seksualnej, tym wyższy był poziom komunikacji i dopasowania w grupie tych kobiet. Im wyższa kontrola wagi, tym wyższe zadowolenie i dopasowanie. Wyższa ocena kondycji fizycznej korelowała z wyższym poziomem zadowolenia ze związku.

3.3.4. Ocena związków pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

Chcąc ustalić związek między satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku, sformułowano hipotezę H_4 : Istnieją związki pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Analiza wykazała, że poziom zadowolenia z relacji seksualnej był słabo i dodatnio skorelowany z intymnością, samorealizacją oraz podobieństwem jako wymiarami satysfakcji ze związku. Nie był powiązany z rozczarowaniem.

Komunikacja była dodatnio i słabo powiązana ze wszystkimi wymiarami satysfakcji ze związku – im wyżej oceniano komunikację, tym poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa był wyższy, a poziom rozczarowania niższy. Dopasowanie było słabo i dodatnio skorelowane z samorealizacją – wraz ze wzrostem poziomu dopasowania seksualnego wzrastał poziom samorealizacji jako wymiaru satysfakcji ze związku. Wyniki analiz zaprezentowano w tabeli 33.

Tabela 33. Satysfakcja seksualna a satysfakcja ze związku

Wyszczególnienie	Zadowolenie		Komunikacja		Dopasowanie	
	r	p	r	p	r	p
Intymność	0,16	0,005	0,21	<0,001	0,10	0,079
Samorealizacja	0,17	0,002	0,22	<0,001	0,12	0,035
Podobieństwo	0,11	0,045	0,13	0,024	0,09	0,100
Rozczarowanie	0,10	0,089	0,14	0,014	0,07	0,228

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wyników badań własnych potwierdziła hipotezę H_4 : Poziom zadowolenia z aktywności seksualnej był słabo i dodatnio skorelowany z intymnością, samorealizacją oraz podobieństwem jako wymiarami satysfakcji ze związku, natomiast nie był powiązany z rozczarowaniem. Im wyżej badane kobiety oceniały komunikację, tym poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa był wyższy, a poziom rozczarowania niższy. Wraz ze wzrostem poziomu dopasowania seksualnego wzrastał u badanych kobiet poziom samorealizacji, będący wymiarem satysfakcji ze związku.

3.3.5. Ocena różnic w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej, satysfakcji ze związku w zależności od osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

Celem weryfikacji hipotezy H_5 , zgodnie z którą kobiety z mutacją genetyczną BRCA różnią się pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej, satysfakcji ze związku w zależności od osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej, przystąpiono do dalszych analiz statystycznych.

Wyodrębniono hipotezę $H_{5,1}$: Istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

W celu porównania kobiet z osobistą historią nowotworową pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia, przeprowadzono analizę testem t studenta dla prób niezależnych.

Tabela 34. Charakterystyka kobiet z osobistą historią nowotworową i bez osobistej historii nowotworowej pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia

Wyszczególnienie	Osobista historia nowotworowa				t	p	95% CI		d Cohena
	tak (n = 119)		nie (n = 191)				LL	UL	
	M	SD	M	SD					
Kontrola wewnętrzna	3,53	1,02	3,92	0,87	-3,44	0,001	-0,61	-0,17	0,42
Wpływ innych	3,65	0,94	3,38	0,98	2,35	0,020	0,04	0,49	0,27
Przypadek	3,15	0,98	2,99	0,85	1,47	0,144	-0,05	0,36	0,17

Objaśnienia: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu t; p – prawdopodobieństwo testowe; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; d Cohena – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała, że kobiety z osobistą historią nowotworową przejawiały niższy poziom kontroli wewnętrznej oraz wyższe poczucie kontroli związane z wpływem innych niż kobiety bez osobistej historii nowotworowej. Siła efektu dla różnic była słaba. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 34.

Dodatkowo, za pomocą testu U Manna-Whitneya, porównano kobiety, u których w rodzinie występowała choroba nowotworowa i te, u których takiej historii nie było. Analiza wykazała istotne różnice między grupami dla wpływu innych. Kobiety, u których w rodzinie nowotwór nie występował, przejawiały wyższe nasilenie kontroli zewnętrznej związanej z wpływem innych niż kobiety, u których taka historia miała miejsce. Siła efektu dla różnic była słaba.

Porównywane grupy kobiet nie różniły się pod względem nasilenia poczucia kontroli wewnętrznej oraz przypadku jako wymiarów kontroli zdrowia. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 35.

Tabela 35. Charakterystyka kobiet z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia

Umiejscowienie kontroli zdrowia	Rodzinna historia nowotworowa						Z	p	r
	tak (n = 276)			nie (n = 34)					
	średnia ranga	Me	IQR	średnia ranga	Me	IQR			
Kontrola wewnętrzna	156,58	4,00	1,00	146,74	3,33	0,67	-0,61	0,545	0,03
Wpływ innych	151,92	3,50	1,20	184,53	3,83	0,45	-2,01	0,045	0,11
Przypadek	154,63	3,00	1,22	162,57	3,00	0,58	-0,49	0,625	0,03

Objaśnienia: Me – mediana; IQR – rozstęp kwartylowy; Z – standaryzowana statystyka testu Manna-Whitneya; p – prawdopodobieństwo testowe; r – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Dla dalszej analizy wyodrębniono hipotezę $H_{5,2}$: Istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a satysfakcją seksualną w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

W celu porównania kobiet z osobistą historią nowotworową i bez niej pod względem satysfakcji seksualnej, przeprowadzono analizę testem t dla prób niezależnych. Analiza wykazała, że kobiety z osobistą historią nowotworową przejawiały niższy poziom satysfakcji seksualnej na wszystkich analizowanych wymiarach: zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania. Siła efektu dla różnic była słaba. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 36.

Tabela 36. Charakterystyka kobiet z osobistą historią nowotworową i bez osobistej historii nowotworowej pod względem satysfakcji seksualnej

Wyszczególnienie	Osobista historia nowotworowa				t	p	95% CI		d Cohena
	tak (n = 119)		nie (n = 191)				LL	UL	
	M	SD	M	SD					
Zadowolenie	3,22	0,69	3,59	0,90	-4,07	<0,001	-0,55	-0,19	0,45
Komunikacja	3,29	0,74	3,69	0,97	-4,10	<0,001	-0,59	-0,21	0,45
Dopasowanie	3,25	0,70	3,60	1,00	-3,61	<0,001	-0,54	-0,16	0,39

Źródło: opracowanie własne.

Analiza testem U Manna-Whitneya nie wykazała istotnych różnic między kobietami z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem satysfakcji seksualnej – różnice między grupami okazały się statystycznie nieistotne. Wyniki zaprezentowano w tabeli 37.

Tabela 37. Charakterystyka kobiet z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem satysfakcji seksualnej

Wyszczególnienie	Rodzinna historia nowotworowa						Z	p	r
	tak (n = 276)			nie (n = 34)					
	średnia ranga	Me	IQR	średnia ranga	Me	IQR			
Zadowolenie	153,48	3,20	1,20	171,93	3,70	1,20	−1,14	0,255	0,06
Komunikacja	158,51	3,50	1,25	131,04	3,50	0,50	−1,70	0,089	0,10
Dopasowanie	154,84	3,17	1,00	160,90	3,67	0,67	−0,37	0,709	0,02

Objaśnienia: Me – mediana; IQR – rozstęp kwartyłowy; Z – standaryzowana statystyka testu Manna-Whitneya; p – prawdopodobieństwo testowe; r – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Dla precyzji analiz sformułowano hipotezę $H_{5.3}$: Istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Chcąc porównać kobiety z osobistą historią nowotworową i bez osobistej historii nowotworowej pod względem satysfakcji ze związku, przeprowadzono analizę testem t dla prób niezależnych. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych różnic między grupami w tym zakresie, co oznacza, że bez względu na występowanie

osobistej historii nowotworowej poziom satysfakcji ze związku badanych kobiet był zbliżony. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 38.

Tabela 38. Charakterystyka kobiet z osobistą historią nowotworową i bez osobistej historii nowotworowej pod względem satysfakcji ze związku

Wyszczególnienie	Osobista historia nowotworowa				t	p	95% CI		d Cohena
	tak (n = 119)		nie (n = 191)				LL	UL	
	M	SD	M	SD					
Intymność	3,47	1,11	3,28	1,09	1,48	0,140	−0,06	0,44	0,17
Samorealizacja	3,49	0,96	3,29	0,92	1,87	0,062	−0,01	0,42	0,22
Podobieństwo	3,45	1,12	3,42	1,05	0,23	0,819	−0,22	0,28	0,03
Rozczarowanie	3,49	1,02	3,38	1,07	0,95	0,344	−0,13	0,36	0,11

Objaśnienia: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu t; p – prawdopodobieństwo testowe; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; d Cohena – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Chcąc sprawdzić, czy między kobietami, u których w rodzinie wystąpiła bądź nie historia nowotworowa, występują różnice pod względem satysfakcji ze związku, przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya. Analiza wykazała, że kobiety, u których w rodzinie nie występował rak, przejawiały istotnie wyższy poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa i niższy poziom rozczarowania niż kobiety, u których w rodzinie nowotwór wystąpił. Siła efektu dla różnic była słaba. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 39.

Tabela 39. Charakterystyka kobiet z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem satysfakcji ze związku

Wyszczególnienie	Rodzinna historia nowotworowa						Z	p	r
	tak (n = 276)			nie (n = 34)					
	średnia ranga	Me	IQR	średnia ranga	Me	IQR			
Intymność	149,07	3,13	1,72	207,66	4,50	1,66	−3,60	<0,001	0,20
Samorealizacja	149,06	3,29	1,14	207,75	4,07	1,68	−3,61	<0,001	0,21
Podobieństwo	149,30	3,57	1,86	205,87	4,43	1,57	−3,48	0,001	0,20
Rozczarowanie	149,87	3,20	1,60	201,19	4,15	1,70	−3,16	0,002	0,18

Objaśnienia: Me – mediana; IQR – rozstęp kwartylowy; Z – standaryzowana statystyka testu Manna-Whitneya; p – prawdopodobieństwo testowe; r – wielkość efektu.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna pozwoliła na potwierdzenie hipotezy $H_{5,1}$, zgodnie z którą istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Kobiety, które w przeszłości chorowały na nowotwór, przejawiały niższy poziom kontroli wewnętrznej oraz wyższe poczucie kontroli związane z wpływem innych niż kobiety bez osobistej historii nowotworowej. Częściowo potwierdzono również hipotezę $H_{5,2}$, wskazującą, że istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a poziomem satysfakcji seksualnej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między kobietami z rodzinną historią nowotworową i bez takiej historii pod względem satysfakcji seksualnej, natomiast dowiedziono, że kobiety z osobistą historią nowotworową przejawiały niższy poziom satysfakcji seksualnej na wszystkich analizowanych wymiarach: zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania. Nie potwierdzono z kolei hipotezy $H_{5,3}$, że istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a satysfakcją ze związku. Bez względu na osobiste doświadczenie nowotworu, poziom satysfakcji ze związku w grupie badanych kobiet był zbliżony.

3.3.6. Określenie związków pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

Sformułowano hipotezę H_6 , zgodnie z którą istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Celem precyzji analiz sformułowano hipotezę $H_{6,1}$: Istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Chcąc ustalić zależności między wiekiem a umiejscowieniem kontroli zdrowia wśród badanych kobiet, przeprowadzono analizę korelacji r Pearsona. Przeprowadzona analiza wykazała brak zależności między wiekiem a umiejscowieniem kontroli zdrowia wśród badanych kobiet. Widoczna jest jednak zależność na poziomie tendencji statystycznej ($p < 0,10$) między wiekiem a kontrolą wewnętrzną. Zależność ta jest umiarkowana i ujemna, co oznacza, że im starsze były osoby badane, tym poziom kontroli wewnętrznej był niższy. Szczegółowe wyniki analiz zamieszczono w tabeli 40.

Tabela 40. Wiek a umiejscowienie kontroli zdrowia

Wyszczególnienie	Wiek	
	r	p
Kontrola wewnętrzna	-0,36	0,059
Wpływ innych	0,21	0,293
Przypadek	-0,20	0,303

Objaśnienia: r – analiza korelacji Pearsona; p – poziom tendencji statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Chcąc ustalić zależności między miejscem zamieszkania, wykształceniem a umiejscowieniem kontroli zdrowia, przeprowadzono analizę korelacji, wykorzystując współczynnik korelacji rho Spearmana. Przeprowadzona analiza wykazała słaby i dodatni związek między miejscem zamieszkania i kontrolą wewnętrzną ($r_s = 0,18$). Oznacza to, że im większa była miejscowość, w której mieszkały badane kobiety, tym wyższy był przejawiany przez nie poziom kontroli wewnętrznej. Poziom wykształcenia z kolei był dodatnio i słabo związany z kontrolą wewnętrzną ($r_s = 0,14$) oraz słabo i ujemnie z wpływem innych ($r_s = -0,18$). Taki wynik sugeruje, że im wyższy był poziom wykształcenia, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej i tym niższy był poziom wpływu innych jako wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia. Zarówno miejsce zamieszkania, jak i poziom wykształcenia nie były związane z przypadkiem jako wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia. Szczegółowe wyniki analiz zamieszczono w tabeli 41.

Tabela 41. Miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia a umiejscowienie kontroli zdrowia

Wyszczególnienie	Miejsce zamieszkania		Wykształcenie	
	r_s	p	r_s	p
Kontrola wewnętrzna	0,18	0,002	0,14	0,016
Wpływ innych	-0,08	0,162	-0,18	0,002
Przypadek	0,05	0,358	-0,03	0,594

Objaśnienia: r_s – współczynnik korelacji rho Spearmana; p – poziom tendencji statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Na potrzeby dalszych analiz w zakresie hipotezy H_6 wyodrębniono hipotezę $H_{6.2}$: Istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Chcąc ustalić zależności między wiekiem a satysfakcją seksualną, satysfakcją ze związku i oceną ciała wśród badanych kobiet, przeprowadzono analizę korelacji r Pearsona. Przeprowadzona analiza wykazała słaby i ujemny związek między wiekiem badanych kobiet a oceną atrakcyjności seksualnej ($r = -0,25$). Oznacza to, że im starsze były badane kobiety, tym ich ocena atrakcyjności seksualnej znajdowała się na niższym poziomie.

Wiek był dodatnio i słabo skorelowany ze wszystkimi wymiarami satysfakcji ze związku: intymnością ($r = 0,22$), samorealizacją ($r = 0,25$), podobieństwem ($r = 0,21$) oraz rozczarowaniem ($r = 0,15$). Świadczy to o tym, że im starsze były badane kobiety, tym przejawiały wyższy poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa, ale także rozczarowania w związku.

Satysfakcja seksualna badanych kobiet nie była powiązana z ich wiekiem. Szczegółowe wyniki analiz zamieszczono w tabeli 42.

Tabela 42. Wiek a ocena ciała, satysfakcja ze związku i satysfakcja seksualna

Wyszczególnienie	Wiek	
	r	p
Ocena ciała		
Atrakcyjność seksualna	-0,25	<0,001
Kontrola wagi	-0,08	0,168
Kondycja fizyczna	-0,09	0,113
Satysfakcja partnerska		
Intymność	0,22	<0,001
Samorealizacja	0,25	<0,001
Podobieństwo	0,21	<0,001
Rozczarowanie	0,15	0,007
Satysfakcja seksualna		
Zadowolenie	-0,09	0,101
Komunikacja	-0,09	0,104
Dopasowanie	-0,06	0,260

Objaśnienia: r – analiza korelacji Pearsona; p – poziom tendencji statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Chcąc ustalić zależność między długością związku a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku, przeprowadzono analizę korelacji Spearmana. Analiza wykazała,

że im dłuższy był staż związku, tym wyżej oceniana była intymność, samorealizacja i podobieństwo oraz niższy był poziom rozczarowania. Korelacje te plasowały się na słabym poziomie. Nie odnotowano istotnych związków między stażem pary a wymiarami satysfakcji seksualnej. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 43.

Tabela 43. Satysfakcja seksualna a długość trwania związku

Wyszczególnienie	Długość trwania związku	
	r_s	p
Satysfakcja ze związku		
Intymność	0,14	0,016
Samorealizacja	0,19	0,001
Podobieństwo	0,12	0,035
Rozczarowanie	0,18	0,002
Satysfakcja seksualna		
Zadowolenie	0,02	0,787
Komunikacja	0,01	0,882
Dopasowanie	0,05	0,410

Objaśnienia: r_s – współczynnik korelacji rho Spearmana; p – poziom tendencji statystycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Rezultaty przeprowadzonych analiz pozwoliły częściowo przyjąć hipotezę H_6 , zgodnie z którą istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Wykazano brak zależności między wiekiem a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Zarówno miejsce zamieszkania, jak i poziom wykształcenia nie były związane z przypadkiem jako wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia. Wykazano słaby i dodatni związek między miejscem zamieszkania i kontrolą wewnętrzną, a im większa była miejscowość, w której mieszkaly badane kobiety, tym wyższy był przejawiany przez nie poziom kontroli wewnętrznej. Udowodniono, że istnieje związek pomiędzy poziomem wykształcenia badanych kobiet a uzewnętrznianym przez nie umiejscowieniem kontroli zdrowia – im wyższy był poziom wykształcenia, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej i niższy był poziom wpływu innych.

Tabela 44. Weryfikacja hipotez szczegółowych

Hipoteza	Zakres weryfikacji
H _{1.1} : Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a wykonanymi operacjami profilaktycznymi w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	częściowo potwierdzona
H _{1.2} : Istnieje związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	niepotwierdzona
H _{2.1} : Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	potwierdzona
H _{2.2} : Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a poziomem satysfakcji seksualnej kobiet z mutacją genetyczną BRCA	częściowo potwierdzona
H _{2.3} : Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a poziomem satysfakcji ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	częściowo potwierdzona
H _{3.1} : Istnieje związek pomiędzy satysfakcją seksualną a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	potwierdzona
H _{3.2} : Istnieje związek pomiędzy satysfakcją ze związku a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	częściowo potwierdzona
H _{3.3} : Istnieje związek pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	częściowo potwierdzona
H _{3.4} : Istnieje związek pomiędzy oceną ciała a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych	częściowo potwierdzona
H ₄ : Istnieją związki pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	potwierdzona
H _{5.1} : Istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	potwierdzona
H _{5.2} : Istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a satysfakcją seksualną w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	częściowo potwierdzona
H _{5.3} : Istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	niepotwierdzona
H _{6.1} : Istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	potwierdzona
H _{6.2} : Istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA	częściowo potwierdzona

Źródło: opracowanie własne.

Udowodniono, że im starsze były respondentki, tym dokonywana przez nie ocena atrakcyjności seksualnej znajdowała się na niższym poziomie. Im starsze były

uczestniczki badania, tym wyższy był ich poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa, ale też rozczarowania w związku. Im dłuższy był staż związku, tym wyżej oceniana była intymność, samorealizacja i podobieństwo oraz niższy był poziom rozczarowania. Nie wykazano jednak związków pomiędzy poziomem satysfakcji seksualnej a wiekiem kobiet.

Hipoteza główna, zakładająca, że istnieją określone powiązania pomiędzy zmiennymi psychologicznymi kobiet z mutacją genetyczną BRCA i danymi socjodemograficznymi, historią nowotworową a podejmowaniem przez nie decyzji o wykonaniu profilaktycznych zabiegów chirurgicznych – mastektomii i adneksktomii – została potwierdzona.

Informacje przedstawione w tabeli 44 odzwierciedlają zakres weryfikacji dla każdej z hipotez szczegółowych przyjętych w niniejszej pracy.

Rozdział 4. Dyskusja

Charakter ryzyka nowotworowego, z którym przychodzi się mierzyć kobietom z mutacją genetyczną BRCA, wymaga zapewnienia wielowymiarowego wsparcia, dzięki któremu mogłyby świadomie podejmować złożone decyzje dotyczące np. wyboru metod zapobiegawczych.

Współczesny system profilaktyki ma wymiar przede wszystkim edukacyjny oraz nadzorczy, jednak wśród potrzeb, zgłaszanych przez kobiety z mutacją genetyczną BRCA, znajdują się również potrzeby emocjonalne, których zaspokojenie mogłyby zapewnić konsultacje rówieśnicze czy grupy wsparcia. Wsparcie emocjonalne, wspólne dzielenie doświadczenia, a także informacje zwrotne ze strony innych kobiet, które np. przeszły operacje profilaktyczne, mogłyby doprowadzić do redukcji poziomu lęku czy dystresu, a także zwiększać szansę na przeprowadzenie operacji profilaktycznych, szczególnie u tych kobiet, które przewidują liczne negatywne następstwa zabiegów i nie mają szansy zweryfikować tych przewidywań, co znacząco opóźnia lub uniemożliwia zakończenie procesu decyzyjnego.

Głównym celem przedstawionych badań było poszukiwanie i opis komponentów funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA oraz określenie powiązań pomiędzy danymi socjodemograficznymi, historią nowotworową a podejmowaniem przez nie decyzji o wykonaniu profilaktycznych zabiegów chirurgicznych – mastektomii i adneksktomii.

Systematyczny przegląd literatury, obejmującej psychologiczne aspekty funkcjonowania kobiet z mutacją BRCA sugeruje, że temat ten jest coraz częściej podejmowany przez badaczy. Analizy uwzględniają doświadczenia związane z dystresem oraz lękiem w procesie testowania i zarządzania ryzykiem nowotworowym czy też opisują związki między pozytywnym wynikiem testu na obecność mutacji BRCA a krótko- i długoterminowym samopoczuciem czy jakością życia badanych kobiet. Wnioski płynące z badań wskazują przede wszystkim, że informacja o ryzyku nowotworowym związanym z mutacją BRCA w perspektywie długoterminowej nie

wpływa niekorzystnie ani na samopoczucie, ani na jakość życia kobiet (Manchanda i in., 2020), nawet po wykonaniu operacji zapobiegawczych (Šašková, Pavlišta, Dostálek, 2017). Co więcej, pomimo że operacje te wiążą się z różnymi następstwami, np. z występowaniem przedwczesnej menopauzy, to profilaktyczne usunięcie piersi oraz jajników i jajowodów może prowadzić do zmniejszenia poziomu lęku, ponieważ wskazane operacje w znaczącym zakresie redukują ryzyko nowotworowe, będące podstawowym źródłem tego lęku (Šašková, Pavlišta, Dostálek, 2017).

Dotychczasowe badania z udziałem kobiet po mastektomii, analizujące znaczenie cech osobowości, odwoływały się przede wszystkim do zależności między ekspresją poszczególnych cech a decyzją o wykonaniu rekonstrukcji piersi. W kontekście prezentowanych tu analiz szczególnie interesujące wydają się doniesienia z badań Miśkiewicz i współpracowników (2016), w których dowiedziono, że kobiety o wysokim poziomie introwersji częściej opierały swoją decyzję o rekonstrukcji na opinii innych, co zapewniało im poczucie przynależności społecznej i bezpieczeństwa oraz że kobiety z tej grupy rzadko decydowały się na wykonanie rekonstrukcji piersi. Niezwykle istotne wnioski płyną również z badań Stanisz i współpracowników (2020). Badacze wykazali, że cechy osobowości mogą mieć wpływ na jakość życia kobiet z mutacją BRCA, które decydują się na zapobiegawcze usunięcie jajników i jajowodów, zarówno przed, jak i po operacji. Wysoki poziom neurotyzmu powoduje poczucie niższej jakości życia, zwłaszcza w okresach nasilonego lęku i niepokoju czy w czasie problemów ze snem (Stanisz i in., 2020). Co ważne, wyższemu poczuciu jakości życia sprzyja wyższy poziom sumienności, otwartości na doświadczenie, ekstrawersji oraz ugodowości.

Postrzeganie osobistego ryzyka nowotworowego oraz zakresu wpływu na własne zdrowie, w tym na możliwość zapobiegania zachorowaniu lub nawrotom, pozostaje w relacji z umiejscowieniem kontroli. Udowodniono, że osoby chorujące onkologicznie są bardziej skłonne przypisywać odpowiedzialność za własne zdrowie innym, w porównaniu do pacjentów nieonkologicznych, oraz że wraz z czasem trwania choroby słabnie wewnętrzne umiejscowienie kontroli (Gibek, Sacha, 2019). Umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa również na zachowania kobiet dotyczące korzystania z badań przesiewowych na obecność nowotworu (Saei Ghare Naz i in., 2019). Współczesne analizy wskazują, że istnieje potrzeba wzmocnienia w kobietach wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (Pahlevan i in., 2020) jako aspektu istotnego dla aktywnego i odpowiedzialnego zarządzania ryzykiem nowotworowym.

Badania naukowe dowodzą, że podejmowanie decyzji o wykonaniu operacji profilaktycznych zwykle wiąże się z zaangażowaniem bliskich (Hawley i in., 2009).

W badaniach Kardosh, Bar-Tal i Barnoy (2018) na populacji żydowskich oraz arabskich kobiet wykazano, że w procesie decyzyjnym dotyczącym poddania się profilaktycznej mastektomii niezwykle istotne było prowadzenie konsultacji z krewnymi i przyjaciółmi, a także opiekunami reprezentującymi system opieki zdrowotnej. Być może aspekty kulturowe pełnią tu znaczącą i szczególną funkcję, dlatego tak ważne wydaje się prowadzenie podobnych badań na populacji polskiej. Co więcej, postrzeganie przez kobiety osobistego ryzyka nowotworowego ma istotny związek z wywiadem rodzinnym, ponieważ kobiety, które dostrzegają we własnej historii rodzinnej subtelne wskaźniki ryzyka, są bardziej skłonne wykonać operacje zapobiegawcze (Singh i in., 2013).

Warto zaznaczyć, że proponowane kobietom z mutacją BRCA operacje profilaktyczne dotyczą tych obszarów ciała, którym społecznie i kulturowo nadawane jest szczególne znaczenie. W badaniach Koçan i Gürsoy (2016) respondentki wiązały znaczeniowo kobiece piersi z pięknem, kobiecością czy macierzyństwem, a po przeprowadzeniu mastektomii wskazywały, że brakuje im „połowy siebie” i wybierały takie ubrania, które pomagały w ukrywaniu braku piersi. Negatywny wpływ mastektomii na obraz ciała potwierdzają także inne badania (Kunkel, Chen, Okunlola, 2002; Sheppard, Ely, 2008; Türk, Yilmaz, 2018).

Usunięcie jajników i jajowodów nie pozostaje bez znaczenia zarówno dla oceny ciała, jak i dla codziennego funkcjonowania, w tym także funkcjonowania seksualnego (Schönefuss i in., 2001; Silva Cde, Vargens, 2016; Chow, Chan, Law, 2021). Kobiety po usunięciu jajników i jajowodów zgłaszają osłabienie funkcji seksualnych (Finch i in., 2011), zmiany w zakresie doznań związanych ze stosunkiem seksualnym, w tym zmiany w subiektywnym poczuciu przyjemności i pobudzenia seksualnego (Gilbert, Ussher, Perz, 2011), oraz generalnie zmiany w obszarze aktywności płciowej (Abbott-Anderson, Young, Eggenberger, 2020).

Niektóre badania wskazują, że choć mastektomia i adnektektomia mogą mieć negatywny wpływ na jakość życia seksualnego, nie zmniejszają poziomu satysfakcji ze związku (Andrzejczak, Markocka-Mączka, Lewandowski, 2013). W badaniach Rowland i Metcalfe (2014) partnerzy kobiet po mastektomii zgłaszali, że względy zdrowotne mają dla nich większe znaczenie niż estetyczny efekt operacji. W przypadku operacji wykonywanych przez kobiety z ryzykiem nowotworowym, w tym z mutacją BRCA, mówimy o procesie adaptacji do niepewności związanej z ryzykiem. Wykazano, że w tych okolicznościach kobiety, które zdecydowały się na wykonanie zapobiegawczej mastektomii, deklarowały wyższy poziom adaptacji, podobnie jak ich partnerzy (Shapira i in., 2018).

Holistyczne ujmowanie związków i różnic ujawnionych w funkcjonowaniu kobiet decydujących się na wykonanie mastektomii i adnektomii ukazuje zasadność analiz podjętych w niniejszej pracy.

W badaniu własnym dokonano analizy psychologicznych komponentów funkcjonowania kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście wykonanych operacji zapobiegawczych, uwzględniając zmienne socjodemograficzne oraz istotne informacje związane z historią nowotworową, zarówno osobistą, jak i rodzinną.

Zaprezentowane poniżej podrozdziały ukazują dyskusję uzyskanych wyników w odniesieniu do aktualnego stanu wiedzy dotyczącego psychologicznego funkcjonowania kobiet z mutacją BRCA oraz podejmowania przez nie decyzji o wykonaniu operacji redukujących ryzyko nowotworowe.

4.1. Cechy osobowości i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście operacji profilaktycznych

Szczegółny wymiar analiz dokonywanych w niniejszej pracy dotyczy związków pomiędzy komponentami psychologicznymi ujawnianymi w funkcjonowaniu kobiet z mutacją genetyczną BRCA a wykonaniem przez nie operacji redukujących ryzyko nowotworowe – mastektomii, adnektomii lub obu.

Wśród celów badawczych uwzględniono ocenę związków pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia, oceną ciała, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku a wykonaniem operacji profilaktycznych.

W toku analiz potwierdzono hipotezę $H_{1.1}$: **Istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a wykonanymi operacjami profilaktycznymi w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.**

Badania wykazały, że kobiety z niskim poziomem ugodowości istotnie częściej nie decydowały się na wykonanie żadnej operacji lub poddawały się jedynie adnektomii. Kobiety z wysokim poziomem ugodowości częściej decydowały się na mastektomię. Niski poziom neurotyzmu wiązał się z częstszym podejmowaniem decyzji o wykonaniu mastektomii, natomiast kobiety z wysokim poziomem neurotyzmu częściej poddawały się mastektomii i adnektomii jednocześnie. Wśród kobiet z niskim poziomem sumienności częściej wykonywano adnektomię, natomiast u kobiet z wysokim poziomem sumienności – wykonywano pozostałe rodzaje

operacji lub nie wykonywano żadnej z nich. W przypadku ekstrawersji i otwartości na doświadczenia częstotliwość wyboru wskazanych operacji była zbliżona, bez względu na to, czy poziom danej cechy był niski czy wysoki.

Uzyskane dane są w większości spójne z dotychczasowymi analizami ukazującymi związki cech osobowości z podejmowaniem zachowań zdrowotnych (Allen, Desille, 2017) oraz z podejmowaniem nawyków sprzyjających zdrowiu (Stieger i in., 2030). Buelow i Cayton (2020) wykazali, że generalnie cechy osobowości mogą stanowić predyktor zachowań zdrowotnych. Z kolei w badaniach Rochefort i współpracowników (2019) wyższa sumienność i niższa neurotyczność wiązała się zachowaniami ukierunkowanymi na zdrowie. W zakresie zarządzania ryzykiem nowotworowym może być podobnie. Wanga i współpracownicy (2019) udowodnili, że cechy osobowości odgrywają istotną rolę w podejmowaniu decyzji dotyczących działań związanych z ryzykiem. W badaniach Raynor i Levine (2009) na populacji uczniów college'u wykazano, że osoby o wysokim poziomie sumienności częściej zapinały pasy bezpieczeństwa w samochodzie, częściej wykorzystywały metodę redukcji szkód związanych z piciem alkoholu, ćwiczyły, ale też miały adekwatną ilość snu i częściej spożywały owoce, warzywa, rzadziej paliły papierosy. Wyniki potwierdziły m.in. szczególne znaczenie sumienności dla podejmowania zachowań ukierunkowanych na zdrowie.

W badaniach własnych dokonano również weryfikacji hipotezy $H_{1,2}$, że **istnieje związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA**.

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych różnic między grupami, zarówno pod względem kontroli wewnętrznej, wpływu innych, jak i przypadku. Jest to niezgodne z dotychczasowymi wynikami badań wskazującymi na istnienie związków pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a angażowaniem się w zachowania zdrowotne. Kościelak (2010) udowodniła, że osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli częściej przeciwdziałają chorobom i wypadkom niż osoby z kontrolą zewnętrzną. W badaniach wykazano również, że wewnętrzne poczucie kontroli sprzyja zaangażowaniu w leczenie (Henderson, Donatelle, 2003) oraz że wszystkie wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia mogą być przydatne w przewidywaniu przekonań w zakresie badań przesiewowych na obecność nowotworu piersi (Saei Ghare Naz i in., 2019).

Brak spójności uzyskanych wyników z dotychczasowymi analizami może wynikać z faktu, że większość badań dotyczących związków pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a angażowaniem w zachowania zdrowotne dotyczy osób uznających

ryzyko choroby i nadających mu znaczenie, lub osób, które chorowały w przeszłości. Z tego powodu w dalszych badaniach z udziałem kobiet z mutacją genetyczną BRCA zasadne wydaje się uwzględnienie w analizach osobistego znaczenia, jakie kobiety nadają mutacji oraz przekonań dotyczących poczucia osobistego zagrożenia nowotworem.

4.2. Cechy osobowości, umiejscowienie kontroli zdrowia, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

Na podstawie aktualnej wiedzy dotyczącej istotnych aspektów funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście wykonanych operacji zapobiegawczych, dokonano analizy związków pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia, oceną ciała, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku.

Zgodnie z koncepcją wskazującą, że przekonania człowieka na temat zdrowia warunkują podejmowanie przez niego określonych zachowań zdrowotnych (Wallston, Wallson, 1981) oraz uwzględniając znaczenie cech osobowości dla rozumienia własnej sytuacji zdrowotnej oraz aktywności z nią związanych (Bajcar, Tylka, 2014; Kosowicz i in., 2014; Kwiatkowska, 2019), postawiono hipotezę $H_{2.1}$, że **istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA**. W toku analiz statystycznych hipoteza została potwierdzona.

Dowodzono, że w grupie badanych kobiet im wyższy był poziom ugodowości, tym niższy był poziom kontroli wewnętrznej. Im wyższy był poziom ekstrawersji, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej oraz przypadku jako wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia. Wraz ze wzrostem neurotyzmu wzrastał poziom wpływu innych. Im bardziej sumienne były badane kobiety, tym wyższy poziom wpływu innych wykazywały.

Uzyskane wyniki nie są zgodne z wynikami innych analiz podejmujących temat związków cech osobowości z umiejscowieniem kontroli. W dotychczasowych badaniach udowodniono m.in., że neurotyzm jest związany z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Morelli, Krotinger, Moore, 1979; De Hoogh, Den Hartog, 2009), co nie jest spójne z wynikami uzyskanymi w badaniach własnych. Być może wynika to

z faktu, że w niniejszej pracy podjęto się analizy związków pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a poziomem neurotyzmu. Umiejscowienie kontroli zdrowia jest konstruktem węższym niż generalne umiejscowienie kontroli.

Dotychczasowe doniesienia z badań z jednej strony sugerują, że wyższy poziom neurotyzmu służy nieprzystosowawczym zachowaniom zdrowotnym motywowanym lękiem, z drugiej zaś zwracają uwagę na możliwość występowania zwiększonej czujności sprzyjającej zdrowiu (Graham i in., 2020). Zasadne byłoby dokonanie podobnych analiz z uwzględnieniem związków pomiędzy poziomami sumienności i neurotyzmu a zachowaniami związanymi ze zdrowiem, ponieważ badania sugerują, że osoby o wysokim poziomie zarówno sumienności, jak i neurotyzmu mogą osiągać lepsze wyniki zdrowotne niż osoby, u których poziom neurotyzmu jest wysoki, ale poziom sumienności jest niski (Weston, Jackson, 2016).

Uznając szczególne znaczenie cech osobowości dla zachowań człowieka, nie sposób pominąć tak ważnej aktywności życiowej, jaką jest aktywność seksualna. Aktualny stan wiedzy wskazuje, że występują w tym zakresie istotne związki. Dowiedziono m.in., że umiarkowany poziom neurotyzmu może mieć pozytywny związek z satysfakcją seksualną (Daspe i in., 2015) oraz że wyższy poziom ugodowości jest związany z większą częstotliwością stosunków seksualnych (Meltzer, McNulty, 2016). Opierając się na wnioskach z literatury postawiono hipotezę $H_{2.2}$, wskazującą, że **istnieje związek pomiędzy cechami osobowości a poziomem satysfakcji seksualnej w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA**.

Analiza statystyczna pozwoliła na potwierdzenie związków pomiędzy poziomem ekstrawersji, neurotyzmu i ugodowości a poziomem satysfakcji seksualnej w grupie badanych kobiet. Dowiedziono, że im wyższy był poziom ekstrawersji, tym wyższy był poziom zadowolenia i wyższa ocena komunikacji jako wymiarów satysfakcji seksualnej. Im wyższy był poziom neurotyzmu, tym niżej kobiety oceniały poziom komunikacji, a im wyższy był poziom ugodowości u badanych, tym niższa była ocena poziomu komunikacji i zadowolenia.

Wyniki te są koherentne z doniesieniami ze współczesnych badań. Allen i Walter (2018) wykazali, że ekstrawersja jest kluczową cechą osobowości w odniesieniu do zachowań seksualnych oraz że niższy poziom ugodowości jest prawdopodobnie związany z bardziej liberalnymi postawami wobec seksualności. U osób dorosłych wyższy poziom ekstrawersji i niższy poziom neurotyzmu mogą być związane z satysfakcją seksualną (Allen, Desille, 2017).

Cechy osobowości okazują się znaczące nie tylko dla satysfakcji seksualnej, ale także dla satysfakcji ze związku. Cechy osobowości uznaje się za najważniejsze

predyktory satysfakcji w małżeństwie (Rostowski, Rostowska, 2014; Solomon, Jackson, 2014; Xie, Zhou, Gong, 2018). Badacze wskazują tu na znaczenie neurotyzmu (O'Rourke i in., 2011; Claxton i in., 2012) czy sumienności.

Na podstawie analizy literatury postawiono hipotezę $H_{2,3}$, że **istnieją związki pomiędzy cechami osobowości a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA**.

Uzyskane wyniki pozwoliły na potwierdzenie związków pomiędzy poziomem neurotyzmu, ugodowości oraz sumienności a poziomem satysfakcji w grupie badanych kobiet. Dowiedziono, że im wyższy był poziom neurotyzmu, tym wyższy był poziom rozczarowania w związku uzewnętrzniany przez badane kobiety. Wykazano, że im wyższy był poziom ugodowości i sumienności badanych, tym wyżej oceniana była intymność, samorealizacja, podobieństwo i niższy był poziom rozczarowania w związku – korelacje te miały charakter dodatni, a ich siła była słaba. Ekstrawersja i otwartość nie były skorelowane z wymiarami satysfakcji ze związku.

Wyniki są zgodne z analizami m.in. Madison, O'Meara i South (2019), które ukazały, że neurotyzm wiąże się z niższym poziomem zadowolenia w małżeństwie. Wykazany w badaniach związek wyższej sumienności z większym zadowoleniem ze związku jest spójny z badaniami przeprowadzonymi przez Braun-Gałkowską (2011). Wyniki te mogą ujawniać charakterystykę osób obowiązkowych, odpowiedzialnych, o przyjaznym nastawieniu, które poprzez skłonność do unikania konfliktów odczuwają większą satysfakcję w związku (Braun-Gałkowska, 2011).

Literatura przedmiotu wskazuje również na występowanie wzajemnych powiązań pomiędzy poziomem satysfakcji seksualnej a poziomem satysfakcji ze związku (Rostowski, 1987; Bancroft, 2012; Imieliński, 1982; Obuchowska, Jaczewski, 2002; Pearson, 2009).

4.3. Ocena ciała, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście operacji profilaktycznych

Przeprowadzone w niniejszej pracy analizy potwierdziły hipotezę $H_{3,1}$, wskazującą, że **istnieje związek pomiędzy satysfakcją seksualną a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA** oraz częściowo potwierdziły hipotezę $H_{3,2}$, zgodnie z którą **istnieje związek pomiędzy satysfakcją**

ze związku a wykonaniem operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Badania własne wykazały, że poziom zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania był istotnie wyższy wśród kobiet, które nie przeszły operacji niż u kobiet, które zostały poddane operacji (mastektomii, adnektomii lub obu), oraz że poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa był wyższy, a poziom rozczarowania niższy wśród kobiet, które przeszły jakąkolwiek operację. Wyższy poziom rozczarowania przejawiały kobiety, które nie przeszły zabiegu, w porównaniu do kobiet po adnektomii oraz po obu zabiegach, a kobiety po mastektomii wykazywały wyższy poziom rozczarowania niż te, które przeszły zabieg adnektomii. Kobiety, które nie poddały się żadnemu zabiegowi, przejawiały wyższy poziom zadowolenia z aktywności seksualnej w porównaniu do kobiet po mastektomii, adnektomii czy po obu zabiegach. Kobiety po dwóch operacjach istotnie niżej oceniały poziom dopasowania seksualnego w porównaniu do kobiet, które nie przeszły żadnego zabiegu bądź przeszły zabieg adnektomii.

Sugeruje to, że wykonanie operacji zapobiegawczych – mastektomii i adnektomii – może być związane z niższym poziomem satysfakcji seksualnej, ale również z wyższym poziomem satysfakcji ze związku. Wyniki te są spójne z innymi analizami obejmującymi satysfakcję ze związku w parach, w których występował nowotwór. Udowodniono, że doświadczenie choroby nowotworowej nie wiąże się z niższym poziomem satysfakcji z relacji (Dorval i in., 1999; Manne i in., 2007; Hinnen i in., 2008), a wręcz, że tworzony związek może stanowić istotny czynnik ochronny (Miao i in., 2017; Yang i in., 2019).

Celem analizy różnic w zakresie satysfakcji seksualnej i oceny ciała postawiono hipotezę $H_{3,3}$, że **istnieje związek pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.**

Analizy statystyczne pozwolił na wyodrębnienie kilku korelacji. Wśród kobiet, które nie wykonały żadnej z operacji zapobiegawczych, odnotowano dodatnie i umiarkowane korelacje między wymiarami satysfakcji seksualnej – zadowoleniem, komunikacją i dopasowaniem a wymiarami oceny ciała – atrakcyjnością seksualną, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną. Siła korelacji była słaba jedynie między dopasowaniem a kondycją fizyczną. Im wyższa była ocena ciała kobiet, które nie przeszły operacji, tym wyższy był ich poziom satysfakcji seksualnej.

Kobiety, które zdecydowały się na wykonanie mastektomii, wykazywały silną i dodatnią korelację między zadowoleniem a atrakcyjnością seksualną, a także

dotadnie i umiarkowane korelacje między atrakcyjnością seksualną a komunikacją i dopasowaniem, kontrolą wagi a zadowoleniem i dopasowaniem oraz kondycją fizyczną a zadowoleniem. Im wyższy był poziom atrakcyjności seksualnej, tym wyższy był poziom komunikacji i dopasowania w grupie tych kobiet. Im wyższa kontrola wagi, tym wyższe zadowolenie i dopasowanie. Wyższa ocena kondycji fizycznej korelowała z wyższym poziomem zadowolenia ze związku.

Respondentki, które przeszły adnekspektomię, wykazywały poziom atrakcyjności seksualnej dodatnio i umiarkowanie skorelowany z poziomem zadowolenia w związku, kontrolę wagi silnie i dodatnio skorelowaną z zadowoleniem i komunikacją oraz dodatnio i umiarkowanie z dopasowaniem. Kondycja fizyczna była w tej grupie dodatnio i umiarkowanie skorelowana z zadowoleniem i komunikacją.

Wyniki te są spójne z dotychczasową wiedzą dotyczącą związków oceny ciała z poczuciem satysfakcji seksualnej (Faith, Schare, 1993; Wiederman, 2000; Koch i in., 2005; Machaj, Stankowska, 2011; Dąbkowska, 2015). Ma to szczególne znaczenie, kiedy wykonanie operacji zapobiegawczych lub pełniących funkcje lecznicze dotyczy obszarów ciała związanych z identyfikacją płciową. Negatywna ocena ciała może wiązać się z cierpieniem psychicznym, co znajduje odzwierciedlenie w niższym poczuciu satysfakcji seksualnej (Sherman i in., 2017; Ackard, Cooke Peterson, 2020; Wiederman, 2011; Calogero, Thompson, 2009).

W opisywanych w niniejszej pracy badaniach własnych częściowo potwierdzono hipotezę $H_{3.4}$, zgodnie z którą **istnieje związek pomiędzy oceną ciała a satysfakcją ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA**.

Udowodniono, że kobiety, które poddały się zabiegowi adnekspektomii, wykazywały umiarkowany i ujemny związek między samorealizacją i podobieństwem a atrakcyjnością seksualną, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną, a także między atrakcyjnością seksualną a skalą rozczarowania. Takie wyniki oznaczają, że im wyższy był poziom samorealizacji, podobieństwa i niższy poziom rozczarowania w związku, tym poziom atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi oraz kondycji fizycznej był niższy. Analizy nie ujawniły istotnych związków między oceną ciała a satysfakcją ze związku wśród tych kobiet, które nie przeszły żadnej operacji, przeszły tylko mastektomię lub wykonały obie operacje.

Wyniki te nie są spójne z dotychczasowymi doniesieniami z badań, które wskazują, że rozwijanie i podtrzymywanie pozytywnego obrazu własnego ciała może sprzyjać wzmacnianiu poczucia satysfakcji ze związku (van den Brink i in., 2018) oraz że osoba, która negatywnie ocenia własne ciało, może odczuwać lęk przed

intymnością, co wpływa na obniżenie poziomu satysfakcji z relacji (Cash, Maikula, Yamamiya, 2004). Uzyskane w badaniach własnych wyniki pokazują jednak, że w grupie badanych kobiet po adnekspektomii poczucie podobieństwa i samorealizacji w związku ujemnie koreluje z poczuciem atrakcyjności seksualnej, kondycją fizyczną i kontrolą wagi. Uzyskane wyniki mogą odzwierciedlać specyfikę operacji, jaką jest prewencyjna adnekspektomia, prowadząca do usunięcia zdrowych jajników i jajowodów z powodu ryzyka nowotworowego. Być może kobiety decydujące się na wykonanie tej operacji motywowane są satysfakcją ze związku, który tworzą, a negatywna ocena ciała stanowi tutaj rezultat ingerencji chirurgicznej prowadzącej do długiej rekonwalescencji i wiąże się z pojawieniem się objawów menopauzalnych.

4.4. Satysfakcja seksualna a satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA

Na podstawie dotychczasowych doniesień z badań i analiz teoretycznych sformułowano hipotezę H_4 , zgodnie z którą **istnieją związki pomiędzy satysfakcją seksualną a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA**, a która została potwierdzona w analizach.

W badaniach własnych wykazano, że poziom zadowolenia z aktywności seksualnej był słabo i dodatnio skorelowany z intymnością, samorealizacją oraz podobieństwem jako wymiarami satysfakcji ze związku, natomiast nie był powiązany z rozczarowaniem. Im wyżej badane kobiety oceniały komunikację, tym poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa był wyższy, a poziom rozczarowania niższy. Co ważne, wraz ze wzrostem poziomu dopasowania seksualnego wzrastał u badanych kobiet poziom samorealizacji, będący wymiarem satysfakcji ze związku. Wyniki te potwierdzają dotychczasowe wnioski współczesnych badaczy (Bancroft, 2012; Coffelt, Hess, 2013; Lorenz, McGregor, Swisher, 2014).

4.5. Umiejscowienie kontroli zdrowia, satysfakcja seksualna, satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej

W przypadku kobiet z mutacją BRCA określenie genetycznego ryzyka raka jest powiązane z osobistą i/lub rodzinną historią nowotworową. W opisywanych w niniejszej pracy badaniach większość kobiet (89%) posiadała rodzinną historię nowotworową, w której występował rak piersi, rak jajnika lub oba te nowotwory. Tylko 11% kobiet osobiście chorowało w przeszłości na raka piersi, jajnika lub obu.

W analizach własnych dokonano oceny różnic w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, satysfakcji seksualnej i satysfakcji ze związku w grupach badanych kobiet w zależności od historii nowotworowej (osobistej i/lub rodzinnej).

Potwierdzono hipotezę $H_{5.1}$, że **istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.**

Udowodniono, że kobiety z osobistą historią nowotworową przejawiały niższy poziom kontroli wewnętrznej oraz wyższe poczucie kontroli związanej z wpływem innych niż kobiety bez osobistej historii nowotworowej. Takie wyniki mogą stanowić rezultat bezpośredniego doświadczenia. Kobiety, które w przeszłości przeszły nowotwór, etap diagnozy i leczenia, mogą w większym stopniu uwzględniać znaczenie działań kompleksowych, pomocy ze strony przedstawicieli systemu opieki zdrowotnej czy wsparcia bliskich.

Analizy pozwoliły również na częściowe potwierdzenie hipotezy $H_{5.2}$, wskazującej, że **istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a satysfakcją seksualną w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.**

Nie wykazano istotnych różnic między kobietami z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem satysfakcji seksualnej – różnice między grupami okazały się statystycznie nieistotne. Dowiedziono jednak, że kobiety z osobistą historią nowotworową przejawiały niższy poziom satysfakcji seksualnej we wszystkich analizowanych wymiarach: zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania. Wyniki te są spójne z analizami prowadzonymi przez licznych badaczy, którzy udowodnili, że osobiste doświadczenie nowotworu ma związek z funkcjonowaniem w sferze seksualnej (Meyerowitz i in., 1999; Hendren i in., 2005; Alder i in., 2008; Sadovsky i in., 2010; Panjari, Bell, Davis, 2011; Panjari i in., 2012). Współczesne badania wyraźnie wskazują na konieczność wdrażania interwencji

ukierunkowanych na zdrowie seksualne kobiet chorujących na nowotwory i podkreślają, że konsekwencje choroby oraz leczenia mają w tym wypadku charakter przewlekły (Levin i in., 2010; Reese i in., 2010).

Odmienne wnioski przyniosła analiza w zakresie hipotezy $H_{5.3}$, że **istnieje związek pomiędzy historią nowotworową a satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA**.

Hipoteza nie została potwierdzona. Bez względu na to, czy badane kobiety doświadczyły w przeszłości nowotworu, czy nie, ich poziom satysfakcji ze związku był zbliżony. Dowiedziono zatem, że osobista historia nowotworowa nie różnicowała badanych kobiet pod względem satysfakcji ze związku. Wnioski te wydają się spójne chociażby z badaniami Dorval i współpracowniczek (1999), które udowodniły, że liczba rozwodów czy separacji w parach, w których kobiety chorowały na raka, nie była większa niż w grupie kontrolnej, a poziom satysfakcji ze związku pozostawał na podobnym poziomie przez lata trwania choroby.

4.6. Umieszczenie kontroli zdrowia, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście zmiennych socjodemograficznych

Specyfika ryzyka nowotworowego w przypadku kobiet z mutacją genetyczną BRCA wymaga uwzględnienia w wybranych analizach psychologicznych również informacji socjodemograficznych, takich jak wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, posiadanie potomstwa czy status i staż związku.

Dotychczasowe badania sugerują, że osoby w starszym wieku, które nie są już aktywne zawodowo, mogą być bardziej skłonne do angażowania się w działania zdrowotne, ponieważ pozwalają im na to większe zasoby czasowe (Kurowska, Lewandowska, 2012). Nie bez znaczenia dla zaangażowania w zachowania zdrowotne jest również wykształcenie. Osoby z wyższym wykształceniem rzadziej angażują się w tego typu zachowania, co może wynikać z intensywnego skupienia na karierze zawodowej (Kurowska, Lewandowska, 2012). Podobnych argumentów poszukują badaczki, chcąc wyjaśnić większe zaangażowanie w działania na rzecz zdrowia ujawniane przez mieszkańców wsi niż mieszkańców wielkich miast. Potwierdzają to wyniki opisywane w niniejszej pracy.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że w grupie kobiet z mutacją BRCA na operacje profilaktyczne, rozumiane jako zachowanie zdrowotne, decydowały się przede wszystkim kobiety pomiędzy 40. a 59. rokiem życia, głównie mieszkające na wsi. Większość kobiet, które zdecydowały się na operacje, miała dzieci, co znajduje odzwierciedlenie także we wskazaniach lekarzy, z uwagi na następstwa zabiegów. W niniejszym badaniu uczestniczki nie różniły się pod względem wykształcenia w zależności od wykonanych operacji.

W analizach dokonano oceny związków pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, oceną satysfakcji seksualnej i satysfakcji ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Rezultaty przeprowadzonych analiz pozwoliły częściowo przyjąć hipotezę **H_{6.1}: Istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.**

Analizy statystyczne wykazały brak zależności między wiekiem a umiejscowieniem kontroli zdrowia wśród badanych kobiet. Dodatkowo zarówno miejsce zamieszkania, jak i poziom wykształcenia nie były związane z przypadkiem jako wyznacznikiem umiejscowienia kontroli zdrowia. Wykazano jednak słaby i dodatni związek między miejscem zamieszkania i kontrolą wewnętrzną ($r_s = 0,18$). Im większa była miejscowość, w której mieszkaly badane kobiety, tym wyższy był przejawiany przez nie poziom kontroli wewnętrznej. Wykazano również związek pomiędzy poziomem wykształcenia badanych kobiet a ich umiejscowieniem kontroli zdrowia – im wyższy był poziom wykształcenia, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej i tym niższy był poziom wpływu innych. Otrzymane wyniki nie są do końca spójne z wynikami uzyskanymi w tym obszarze przez innych badaczy, którzy wskazywali, że wiek dodatnio koreluje z przekonaniem badanych o wpływie innych na ich zdrowie (Cybulska i in., 2019). Badania własne potwierdziły jednak wniosek z badań Cybulskiej i współpracowników (2019), że u osób zamieszkujących wieś przekonanie o wpływie innych na zdrowie jest silniejsze niż u osób mieszkających w miastach.

Nieco więcej związków wykazano pomiędzy danymi socjodemograficznymi a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku. W toku analiz w znacznej mierze potwierdzono **H_{6.2}**, zgodnie z którą **istnieją związki pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA.**

Udowodniono, że im starsze były respondentki, tym dokonywana przez nie ocena atrakcyjności seksualnej była na niższym poziomie. Co więcej, im starsze były badane kobiety, tym wyższy przejawiały poziom intymności, samorealizacji,

podobieństwa, ale też rozczarowania w związku. Jednocześnie wykazano, że im dłuższy był staż związku, tym wyżej oceniana była intymność, samorealizacja i podobieństwo oraz niższy był poziom rozczarowania. Nie wykazano jednak związków pomiędzy poziomem satysfakcji seksualnej a wiekiem kobiet.

Analiza uzyskanych wyników jest szczególnie interesująca w kontekście dotychczasowej wiedzy o związkach pomiędzy wiekiem a poczuciem atrakcyjności seksualnej i satysfakcją seksualną. W badaniach Bielawskiej-Batorowicz i Królikowskiej (2003) poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w okresie menopauzalnym było nie tyle związane z wiekiem, co z subiektywnym poczuciem własnej wartości i nawet stosowanie hormonalnej terapii zastępczej nie różnicowało kobiet pod tym względem. Współczesne podejście zwraca uwagę raczej na funkcjonowanie danej osoby niż na jej wiek biologiczny. Na ekspresję seksualną mogą mieć wpływ przekonania dotyczące wieku (Srinivasan i in., 2019) czy gorszy stan zdrowia (Degauquier i in., 2012; Lee i in., 2016), a nawet jakość snu (Smith i in., 2019). Warto również pamiętać, że częstotliwość występowania dysfunkcji seksualnych rośnie wraz z wiekiem, oraz że obecność zaburzeń w zakresie funkcji poznawczych może wpływać na satysfakcję seksualną (Srinivasan i in., 2019). Nie ma pewności, z jakiego powodu opisywana w niniejszej pracy grupa kobiet nie wykazała związku pomiędzy wiekiem a poziomem satysfakcji seksualnej. Może to wynikać z faktu, że starsze kobiety rzadziej niż mężczyźni zgłaszają problemy seksualne lekarzom (Srinivasan i in., 2019; Lindau i in., 2007).

Dotychczasowe analizy dotyczące związków pomiędzy wiekiem partnerów a poziomem satysfakcji ze związku są niejednoznaczne. Niektóre wskazują, że wraz z wiekiem spada poziom satysfakcji (Lee, Shehan, 1989). Wyniki uzyskane w badaniu własnym sugerują, że im dłużej trwa związek, tym wyższy jest ogólny poziom satysfakcji ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Dotychczasowe analizy innych badaczy ujawniły, że czas trwania związku może być związany z poziomem satysfakcji z relacji (Blood, Wolfe, 1960; Burr, 1970; Glass, Wright, 1997). Co więcej, satysfakcja ta może być zmienna w czasie i przybierać kształt litery U, gdzie poziom satysfakcji maleje na początku, jednak z czasem trwania relacji wzrasta (Karney, Bradbury, 1995; Kurdek, 1999).

Przeprowadzone badania własne pozwoliły na potwierdzenie większości hipotez, niektóre potwierdzono częściowo. Wykazano, że istnieją związki pomiędzy wykształceniem czy miejscem zamieszkania a umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz pomiędzy wiekiem a satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie badanych kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Potwierdzono występowanie różnic

pomiędzy kobietami z osobistą lub rodzinną historią nowotworową w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia i satysfakcji seksualnej, ale nie potwierdzono tych różnic dla poziomu satysfakcji ze związku. Wykazano związki pomiędzy cechami osobowości badanych kobiet a wykonaniem operacji profilaktycznych, ale nie wykazano związku pomiędzy wykonaniem operacji a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Udowodniono natomiast, że występują związki pomiędzy oceną ciała a satysfakcją seksualną oraz oceną ciała i satysfakcją ze związku oraz że występują w tych obszarach różnice między grupami badanych kobiet, które wykonały zapobiegawczą mastektomię, adnektomię, oba zabiegi lub nie wykonały żadnego.

Podsumowanie

Istnieje potrzeba dalszej analizy poszczególnych wymiarów funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA. Zaspokajanie zgłaszanych przez nie potrzeb, badanie uwarunkowań decyzji dotyczących wyboru metod redukcji ryzyka nowotworowego oraz psychologicznych różnic pomiędzy kobietami decydującymi się na wykonanie operacji zapobiegawczych i tymi, które operacji nie wykonują, mogą stanowić wsparcie w budowaniu adekwatnych programów edukacyjnych, zwiększając liczbę Polek wykonujących operacje chroniące przed zachorowaniem na raka piersi i raka jajników.

Dotychczasowe analizy z udziałem polskich kobiet, u których wykryto mutację genetyczną BRCA, rzadko miały charakter psychologiczny, a jeśli już, to obejmowały przede wszystkim lęk, dystres czy obniżenie nastroju – jako możliwe konsekwencje otrzymania informacji o ryzyku nowotworowym. Niniejsze badania pozwoliły na poszerzenie perspektywy i bardziej złożoną analizę funkcjonowania psychologicznego kobiet z mutacją genetyczną BRCA. W analizach uwzględniono wykonane przez kobiety operacje oraz ich rodzinną i/lub osobistą historię nowotworową.

Ograniczeniem niniejszego badania są niewątpliwie duże rozbieżności w liczebności grup, które doświadczyły osobistej i rodzinnej historii nowotworowej. Tylko 34 z badanych kobiet w przeszłości osobiście doświadczyły nowotworu, a aż 276 kobiet miało historię nowotworową w rodzinie. Warto zwrócić uwagę również na to, że ograniczeniem jest także interpretacja pytań zawartych w ankiecie autorskiej, zwłaszcza pytań dotyczących rzeczywistego lub domniemanego wpływu partnera na decyzję o operacji oraz rzeczywistego lub domniemanego wpływu operacji na satysfakcję seksualną i satysfakcję ze związku. Wynika to przede wszystkim z tego, że odpowiedzi miały charakter subiektywny, a proponowane zakresy nie pozwalały na wysoką precyzję oceny. Bez wątpienia należy również wziąć pod uwagę, że kobiety biorące udział w badaniu w chwili wypełniania kwestionariuszy oczekiwały na

badania kontrolne związane z zarządzaniem ryzykiem nowotworowym, co choć jest okolicznością cykliczną, to niecodzienną, i może wiązać się z doświadczaniem stresu.

Podjęta w badaniach własnych problematyka wydaje się znacząca i może w przyszłości znaleźć odzwierciedlenie w praktycznych działaniach podejmowanych przez system ochrony zdrowia lub wspomagać ukierunkowanie na te obszary psychologicznego funkcjonowania kobiet z grup ryzyka, które mogą okazać się kluczowe dla podejmowania decyzji o wyborze metod redukcji ryzyka nowotworowego.

Istnieje potrzeba kontynuacji badań nad psychologicznymi wymiarami funkcjonowania kobiet, u których wykryta została obecność mutacji genetycznej BRCA1 i/lub BRCA2.

Wnioski

Zgromadzone dane wykazały, że istnieją związki pomiędzy cechami osobowości, umiejscowieniem kontroli zdrowia, oceną ciała, satysfakcją seksualną i satysfakcją ze związku w grupie kobiet z mutacją genetyczną BRCA w kontekście historii nowotworowej oraz operacji profilaktycznych – mastektomii i adnektomii.

Na podstawie uzyskanych wyników badań sformułowano następujące wnioski:

1. Uczestniczki z niskim poziomem neurotyzmu częściej wykonywały mastektomię, natomiast kobiety z wysokim poziomem neurotyzmu częściej decydowały się na wykonanie obu operacji. Przy niskiej ugodowości uczestniczki częściej nie wykonywały żadnej operacji lub wykonywały jedynie adnektomię, natomiast przy wysokiej ugodowości częściej wybierały mastektomię. Kobiety z niskim poziomem sumienności częściej wykonywały adnektomię, podczas gdy kobiety z wysokim poziomem sumienności częściej decydowały się na mastektomię lub nie wykonywały żadnej z operacji.
2. Wykazano związki pomiędzy cechami osobowości badanych kobiet a wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia. Im wyższy poziom ekstrawersji wykazywały uczestniczki, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej oraz przypadku jako wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia. Wraz ze wzrostem neurotyzmu wzrastał poziom wpływu innych. Im wyższy był poziom ugodowości wśród kobiet, tym niższy był poziom kontroli wewnętrznej. Im bardziej sumienne były badane kobiety, tym wyższy był poziom wpływu innych, jaki wykazywały.
3. Kobiety, u których poziom ekstrawersji był wyższy, wykazywały także wyższy poziom zadowolenia i wyżej oceniały komunikację jako wymiary satysfakcji seksualnej. Im wyższy był poziom neurotyzmu, tym niżej kobiety oceniały poziom komunikacji. Im wyższy był poziom ugodowości, tym niższa była ocena poziomu komunikacji i zadowolenia w związku.

4. Neurotyzm związany był z poziomem rozczarowania w związku. Badane kobiety z wyższym poziomem neurotyzmu wykazywały również wyższy poziom rozczarowania w związku. Z kolei wysoki poziom ugodowości oraz sumienności badanych wiązał się z wyższą oceną w zakresie intymności, samorealizacji i podobieństwa oraz niższą w zakresie poziomu rozczarowania w związku.
5. Wyższa ocena w zakresie kontroli wagi w grupie badanych kobiet powiązana była z wyższym poziomem zadowolenia i dopasowania w relacji seksualnej. Poza tym im wyższy był deklarowany przez uczestniczki poziom atrakcyjności seksualnej, tym wyższy był ich poziom komunikacji i dopasowania.
6. Uczestniczki, które wyżej oceniały komunikację w związku, wykazywały również wyższy poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa i niższy poziom rozczarowania. Poziom samorealizacji w grupie badanych kobiet wzrastał wraz ze wzrostem poziomu dopasowania seksualnego.
7. Kobiety, które w przeszłości przeszły nowotwór, przejawiały niższy poziom kontroli wewnętrznej oraz wyższe poczucie kontroli związane z wpływem innych niż kobiety bez takiego doświadczenia. Kobiety z osobistą historią nowotworową przejawiały niższy poziom satysfakcji seksualnej we wszystkich analizowanych wymiarach: zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania. Niezależnie od osobistego doświadczenia nowotworu poziom satysfakcji ze związku w badanej grupie był podobny.
8. W grupie badanych kobiet z mutacją genetyczną BRCA istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania i poziomem wykształcenia a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Im większa była liczba mieszkańców w miejscu, w którym mieszkaly uczestniczki badania, tym wyższy był poziom kontroli wewnętrznej. Im wyższy był poziom wykształcenia badanych, tym wyższy był ich poziom kontroli wewnętrznej i niższy poziom wpływu innych w obszarze umiejscowienia kontroli zdrowia.
9. Wiek badanych kobiet był powiązany z poziomem satysfakcji ze związku, ale nie miał znaczenia dla poziomu satysfakcji seksualnej. Im starsze były uczestniczki badania, tym wyższy był ich poziom intymności, samorealizacji, podobieństwa, ale też rozczarowania w związku.

Większość przyjętych w niniejszym badaniu hipotez została pozytywnie zweryfikowana w całości lub częściowo. Badane kobiety różniły się pod względem cech osobowości, umiejscowienia kontroli zdrowia, oceny ciała i satysfakcji seksualnej w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych. Niezależnie od tego, czy badane kobiety chorowały na nowotwór w przeszłości, czy też nie miały takiego

doświadczenia, poziom satysfakcji ze związku, jaki przejawiały, był zbliżony, ale poziom satysfakcji seksualnej był niższy we wszystkich analizowanych wymiarach – zadowolenia, komunikacji oraz dopasowania.

Przedstawione wnioski sugerują potrzebę włączenia konsultacji i porad psychologicznych w standard opieki nad kobietami podejmującymi decyzję o wyborze metod ukierunkowanych na redukcję ryzyka nowotworowego, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia, obrazu ciała czy funkcjonowania w bliskich relacjach, w tym zagadnień związanych z satysfakcją seksualną.

Piśmiennictwo

- Abbott-Anderson K., Young P.K., Eggenberger S.K., *Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships*, „Journal of Women & Aging” 2020, nr 32(3), s. 329–348, <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1591888>.
- Ackard D.M., Cooke A.K., Peterson C.B., *Effect of body image and selfimage on women's sexual behaviors*, „International Journal of Eating Disorders” 2020, nr 28(4), s. 422–429.
- Alder J., Zanetti R., Wight E., Urech C., Fink N., Bitzer J., *Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role?*, „The Journal of Sexual Medicine” 2008, nr 5(8), s. 1898–1906, <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00893.x>.
- Allen M.S., Desille A.E., *Health-related lifestyle factors and sexual functioning and behavior in older adults*, „International Journal of Sexual Health” 2017, nr 29(3), s. 273–277, <http://dx.doi.org/10.1080/19317611.2017.1307301>.
- Allen M.S., Walter E.E., *Linking big five personality traits to sexuality and sexual health: A meta-analytic review*, „Psychological Bulletin” 2018, nr 144, s. 1081, <https://doi.org/10.1037/bul0000157>.
- Ambwani S., Strauss J., *Love thyself before loving others? A qualitative and quantitative analysis of gender differences in body image and romantic love*, „Sex Roles” 2007, nr 56, s. 13–21, <https://doi.org/10.1007/s11199-006-91>.
- Andrzejczak E., Markocka-Mączka K., Lewandowski A., *Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction*, „Psychooncology” 2013, nr 22(7), s. 1653–1657, <https://doi.org/10.1002/pon.3197>.
- Antoniou A., Pharoah P.D., Narod S.A., Risch H.A., Eyfjord J.E., Hopper J.L., Loman N. i in., *Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case series unselected for family history: A combined analysis of 22 studies*, „American Journal of Human Genetics” 2003, nr 72(5), s. 1117–1130, <https://doi.org/10.1086/375033>.
- Antonovsky A., *Health, stress and coping*, Jossey-Bass, San Francisco 1979.

- Atlantis E., Sullivan T., *Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis*, „Journal of Sexual Medicine” 2012, nr 9(6), s. 1497–1507.
- Bajcar E.A., Tylka J., *Adjustment to coronary heart disease: The role of individual resources*, „Postępy psychiatrii i Neurologii” 2014, nr 23(1), s. 32–40.
- Bancroft J., *Seksualność człowieka*, Elsevier & Co, Wrocław 2012.
- Bebbington H.M., Fallowfield J.L., *A qualitative study looking at the psychosocial implications of bilateral prophylactic mastectomy*, „Breast” 2013, nr 12, s. 1–9, [https://doi.org/10.1016/S0960-9776\(02\)00135-2](https://doi.org/10.1016/S0960-9776(02)00135-2).
- Begovic-Juhant A., Chmielewski A., Iwuagwu S., Chapman L.A., *Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer*, „Journal of Psychosocial Oncology” 2012, nr 30(4), s. 446–460.
- Beiner M.E., Finch A., Rosen B., Lubinski J., Moller P., Ghadirian P., Lynch H.T., Friedman E., Sun P., Narod S.A., *The risk of endometrial cancer in women with BRCA1 and BRCA2 mutations: A prospective study*, „Gynecology Oncology” 2007, nr 104, s. 7–10.
- Bielawska-Batorowicz E., Królikowska M., *Poczucie własnej atrakcyjności seksualnej u kobiet w okresie menopauzy*, „Przegląd Menopauzalny” 2003, nr 7(3), s. 67.
- Bishop G., *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław 2000.
- Blood R.O., Wolfe D.M., *Husbands and wives: The dynamics of married living*, „American Academy of Political and Social Science” 1960, nr 338(1).
- Bonierbale M., Lancon C., Tignol J., *The ELIXIR study: Evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France*, „Current Medical Research and Opinion” 2003, nr 19(2), s. 114–124.
- Boyes A.D., Fletcher G.J., Latner J.D., *Male and female body image and dieting in the context of intimate relationships*, „Journal of Family Psychology” 2007, nr 21, s. 764–768, <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.764>.
- Braun-Gałkowska M., *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992.
- Braun-Gałkowska M., *Ludzie starzy bywają różni*, w: *Starzenie się z godnością*, red. S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011, s. 5–94.
- Brédart A., Kop J.L., Depauw A., Caron O., Sultan S., Leblond D., Fajac A., Buecher B., Gauthier-Villars M., Noguès C., Flahault C., Stoppa-Lyonnet D., Dolbeault S., *Short-term psychological impact of the BRCA1/2 test result in women with breast cancer according to their perceived probability of genetic predisposition to cancer*, „British Journal of Cancer” 2013, nr 108(5), s. 1012–1020.

- Brink F. van den, Vollmann M., Smeets M.A.M., Hessen D.J., Woertman L., *Relationships between body image, sexual satisfaction, and relationship quality in romantic couples*, „Journal of Family Psychology” 2018, nr 32(4), s. 466–474, <https://doi.org/10.1037/fam0000407>.
- Bruchim I., Amichay K., Kidron D., Attias Z., Biron-Shental T., Drucker L., Friedman E., Werner H., Fishman A., *BRCA1/2 germline mutations in Jewish patients with uterine serous carcinoma*, „International Journal of Gynecological Cancer” 2010, nr 20, s. 1148–1153.
- Brudek P., *Podmiotowe korelaty satysfakcji z małżeństwa osób w okresie późnej dorosłości*, rozprawa doktorska, KUL, Lublin 2015.
- Buelow M.T., Cayton C., *Relationships between the big five personality characteristics and performance on behavioral decision making tasks*, „Personality and Individual Differences” 2020, nr 160(1), <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109931>.
- Burgess C., Morris T., Pettingale K.W., *Psychological response to cancer diagnosis – II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis)*, „Journal of Psychosomatic Research” 1988, nr 32, s. 263–272.
- Burr W., *Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle: A random middle class sample*, „Journal of Marriage and Family” 1970, nr 32, s. 29–37.
- Calogero R.M., Thompson J.K., *Potential implications of the objectification of women’s bodies for women’s sexual satisfaction*, „Body Image” 2009, nr 6(2), s. 145–148, <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.01.001>.
- Cameron L.D., Diefenbach M.A., *Responses to information about psychosocial consequences of genetic testing for breast cancer susceptibility: Influences of cancer worry and risk perceptions*, „Journal of Health Psychology” 2001, nr 6(1), s. 47–59.
- Campfield B.D., Moyer A., Matloff E.T., *What I wish I’d known before surgery: BRCA carriers’ perspectives after bilateral salpingo-oophorectomy*, „Familial Cancer” 2011, nr 10(1), s. 79–85.
- Cash T.F., Maikkula C.L., Yamamiya Y., *„Baring the body in the bedroom”: Body image, sexual self-schemas, and sexual functioning among college women and men*, „Electronic Journal of Human Sexuality” 2004, nr 7.
- Cash T.F., Thériault J., Annis N.M., *Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 2004, nr 23, s. 89–103, <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.23.1.89.26987>.
- Cervone D., Pervin L.A., *Osobowość: teoria i badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

- Chan J.L., Senapati S., Johnson L.N.C., DiGiovanni L., Voong C., Butts S.F., Domchek S.M., *Risk factors for sexual dysfunction in BRCA mutation carriers after risk-reducing salpingo-oophorectomy*, „Menopause” 2019, nr 26(2), s. 132–139, <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001176>.
- Choi E., Lee Y.Y., Suh M., Park B., Jun J.K., Kim Y., Choi K.S., *Associations of perceived risk and cancer worry for colorectal cancer with screening behavior*, „Journal of Health Psychology” 2018, nr 23(6), s. 840–852.
- Chow K.M., Chan C.W.H., Law B.M.H., *Perceptions of Chinese patients treated for gynaecological cancer about sexual health and sexual information provided by healthcare professionals: A qualitative study*, „Cancers (Basel)” 2021, nr 13(7), s. 1654, <https://doi.org/10.3390/cancers13071654>.
- Claudat K., Warren C.S., *Self-objectification, body self-consciousness during sexual activities, and sexual satisfaction in college women*, „Body Image” 2014, nr 11(4), s. 509–515.
- Claxton A., O'Rourke N., Smith J.Z., DeLongis A., *Personality traits and marital satisfaction within enduring relationships: An intra-couple discrepancy approach*, „Journal of Social and Personal Relationships” 2012, nr 29(3), s. 375–396, <https://doi.org/10.1177/0265407511431183>.
- Coffelt T.A., Hess J.A., *Sexual disclosures: Connections to relational Satisfaction and closeness*, „Journal of Sex & Marital Therapy” 2013, nr 40(6), s. 577–591.
- Collins K.K., Liu Y., Schootman M., Aft R., Yan Y., Dean G., Eilers M., Jeffe D.B. *Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time*, „Breast Cancer Research and Treatment” 2011, nr 126(1), s. 167–176.
- Costa P.T., McCrae R.R., *Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory*, „Psychology Assessment” 1992, nr 4, s. 5–13.
- Costa P.T., Widiger T.A., *Personality disorders and the Five Factor Model of Personality*, American Psychological Association, Washington 2002.
- Cybulska A.M., Rachubińska K., Dembicka W., Grochans E., *Poszukiwanie czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne osób przebywających na emeryturze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2019, nr 25(4), s. 295–299, <https://doi.org/10.26444/monz/114514>.
- Cybulski C., Kluźniak W., Huzarski T., Wokołorczyk D., Kashyap A., Jakubowska A., Szewiec M., Byrski T., Dębniak T., Górski B., Sopik V., Akbari M.R., Sun P., Gronwald J., Narod S.A., Lubiński J. *Clinical outcomes in women with breast cancer and a PALB2 mutation: A prospective cohort analysis*, „The Lancet Oncology” 2015, nr 16 (6), s. 638–644, [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)70142-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)70142-7).

- Cybulski C., Lubiński J., Wokołorczyk D., Kuźniak W., Kashyap A., Sopik V., Huzarski T., Gronwald J., Byrski T., Szwiec M., Jakubowska A., Górski B., Dębniak T., Narod S.A., Akbari M.R. *Mutations predisposing to breast cancer in 12 candidate genes in breast cancer patients from Poland*, „Clinical Genetics” 2014, nr 20, <https://doi.org/10.1111/cge.12524>.
- Daspe M.E., Sabourin S., Lussier Y., Péloquin K., Wright J., *Is the association between sexual satisfaction and neuroticism in treatment-seeking couples curvilinear?*, „Couple and Family Psychology: Research and Practice” 2015, nr 4(2), s. 92–105, <http://dx.doi.org/10.1037/cfp0000041>.
- Davis C., Dionne M., Lazarus L., *Gender-role orientation and body image in women and men: The moderating influence of neuroticism*, „Sex Roles: A Journal of Research” 1996, nr 34(7–8), s. 493–505, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01545028>.
- Davis C., Dionne M., Shuster B., *Physical and psychological correlates of appearance orientation*, „Personality and Individual Differences” 2001, nr 30(1), s. 21–30, [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00006-4).
- Davis C., Shuster B., Blackmore E., Fox J., *Looking good-family focus on appearance and the risk for eating disorders*, „International Journal of Eating Disorders” 2004, nr 35(2), s. 136–144.
- Davies D., Shaver P.R., Widaman K.F., Vernon M.L., Follette W.C., Beitz K., *„I can't get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction*, „Personal Relationships” 2006, nr 13, s. 465–483.
- Dąbkowska M., *Body image and sexual satisfaction in women*, „Przegląd Badań Edukacyjnych” 2015, nr 21, s. 107–118.
- Degauquier C., Absil A.S., Psalti I., Meuris S., Jurysta F., *Impact of aging on sexuality*, „Revue Médicale de Bruxelles” 2012, nr 33(3), s. 153–163.
- De Hoogh A.H., Den Hartog D.N., *Neuroticism and locus of control as moderators of the relationships of charismatic and autocratic leadership with burnout*, „Journal of Applied Psychology” 2009, nr 94(4), s. 1058–1067, <https://doi.org/10.1037/a0016253>.
- De Leeuw J.R., van Vliet M.J., Ausems M.G., *Predictors of choosing life-long screening or prophylactic surgery in women at high risk and moderate risk for breast and ovarian cancer*, „Familial Cancer” 2008, nr 7, s. 347–359, <https://doi.org/10.1007/s10689-008-9189-5>.
- De Mendonça Coutinho e Silva M., Muniz da Costa Vargens O., *Woman experiencing gynecologic surgery: Coping with the changes imposed by surgery*, „Revista Latino-Americana de Enfermagem” 2016, nr (24), <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780>.
- DeNeve K.M., Cooper H., *The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being*, „Psychological Bulletin” 1998, nr 124, s. 197–229.

- Dębniak T., Lubiński J., *Principles of genetic predisposition to malignancies*, w: *Genetyka kliniczna nowotworów*, red. J. Lubiński, Print Group, Szczecin 2016, s. 9–19.
- Dijk S. van, Otten W., Zoetewij W.M., Timmermans D.R., van Asperen C.J., Breuning M.H., Tollenaar R.A., Kievit J., *Genetic counselling and the intention to undergo prophylactic mastectomy: Effects of a breast cancer risk assessment*, „British Journal of Cancer” 2003, nr 88, s. 1675–1168, <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600988>.
- Dijk S. van, van Roosmalen M., Otten W., Stalmeier P.F., *Decision making regarding prophylactic mastectomy: Stability of preferences and the impact of anticipated feelings of regret*, „Journal of Clinical Oncology” 2008, nr 26, s. 2358–2363, <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.10.5494>.
- Dolińska-Zygmunt G., *Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby*, w: *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 243–259.
- Dorval M., Maunsell E., Taylor-Brown J., Kilpatrick M., *Martial stability after breast cancer*, „Journal of the National Cancer Institute” 1999, nr 91, s. 54–59.
- Duberstein P.R., Sörensen S., Lyness J.M., King D.A., Conwell Y., Seidlitz L., Caine E.D., *Personality is associated with perceived health and functional status in older primary care patients*, „Psychology of Aging” 2003, nr 18(1), s. 25–37, <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.1.25>.
- Dundon C.M., Rellini A.H., *More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70*, „Journal of Sexual Medicine” 2010, nr 7, s. 896–904.
- Elit L., Esplen M.J., Butler K., Narod S., *Quality of life and psychosexual adjustment after prophylactic oophorectomy for a family history of ovarian cancer*, „Familial cancer” 2001, nr 1(3–4), s. 149–156.
- Ertmański S., Metcalfe K., Trempała J., Głowacka M., Lubiński J., Narod S.A., Gronwald J., *Identification of patients at high risk of negative psychological consequences associated with BRCA1 mutation*, „Hered Cancer Clinical Practice” 2012, nr 10(1), s. A14.
- Faith M., Schare M., *The role of body image in sexually avoidant behavior*, „Archives of Sexual Behaviour” 1993, nr 22, s. 345–356.
- Fang C.Y., Cherry C., Devarajan K., Li T., Malick J., Daly M.B., *A prospective study of quality of life among women undergoing risk-reducing salpingo-oophorectomy versus gynecologic screening for ovarian cancer*, „Gynecologic Oncology” 2009, nr 112(3), s. 594–600.
- Fang C.Y., Daly M.B., Miller S.M., Zerr T., Malick J., Engstrom P., *Coping with ovarian cancer risk: The moderating effects of perceived control on coping and adjustment*, „British Journal of Health Psychology” 2006, nr 11(4), s. 561–580.

- Finch A., Metcalfe K.A., Chiang J.K., Elit L., McLaughlin J., Springate C., Demsky R., Murphy J., Rosen B., Narod S.A., *The impact of prophylactic salpingo-oophorectomy on menopausal symptoms and sexual function in women who carry a BRCA mutation*, „Gynecologic Oncology” 2011, nr 121(1), s. 163–168.
- Fingeret M.C., Nipomnick S.W., Crosby M.A., Reece G.P., *Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction*, „Cancer Treatment Reviews” 2013, nr 39(6), s. 673–681.
- Fiszler K., Sobów T., *Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, nr 19(3), s. 294–299.
- Fobair P., Stewart S.L., Chang S., D’Onofrio D., Banks P.J., Bloom J.R., *Body image and sexual problems in young women with breast cancer*, „Psychooncology” 2006, nr 15(7), s. 579–594.
- Franzoi S.L., Shields S.A., *The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population*, „Journal of Personality Assessment” 1984, nr 2, s. 173–178.
- Friedman L.S., Ostermeyer E.A., Szabo C.I., Dowd P., Lynch E.D., Rowell S.E., King M.C., *Confirmation of BRCA1 by analysis of germline mutations linked to breast and ovarian cancer in ten families*, „Nature Genetic” 1994, nr 8(4), s. 399–404, <https://doi.org/10.1038/ng1294-399>.
- Friedman M.A., Dixon A.E., Brownell K.D., Mhisman M.A., Wilfley D.E., *Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction*, „International Journal of Eating Disorder” 1999, nr 26, s. 81–85, [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26<81::AID-EAT1098108X\(199907\)26:1<81::AID-EAT1098108X\(199907\)26:1>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26<81::AID-EAT1098108X(199907)26:1<81::AID-EAT1098108X(199907)26:1>3.0.CO;2-1).
- Frost M.H., Schaid D.J., Sellers T.A., Slezak J.M., Arnold P.G., Woods J.E., Petty P.M., Johnson J.L., Sitta D.L., McDonnell S.K., Rummans T.A., Jenkins R.B., Sloan J.A., Hartmann L.C., *Long-term satisfaction and psychological and social function following bilateral prophylactic mastectomy*, „Journal of the American Medical Association” 2000, nr 284(3), s. 319–324, <https://doi.org/10.1001/jama.284.3.319>.
- Gapik L., Kosmala J., *Wpływ choroby nowotworowej na sytuację rodzinną i relacje partnerskie pacjentek*, „Seksuologia Polska” 2004, nr 2(1), s. 25–29.
- Gass J.S., Onstad M., Pesek S., Rojas K., Fogarty S., Stuckey A., Raker Ch., Dizon D.S., *Breast-specific sensuality and sexual function in cancer survivorship: does surgical modality matter?*, „Annals of Surgical Oncology” 2017, nr 24, s. 3133–3140.
- George D., Mallery P., *IBM SPSS statistics 23 step by step: A simple guide and reference*, Routledge 2016.
- Gibek K., Sacha T., *Comparison of health locus of control in oncological and non-oncological patients*, „Contemporary Oncology” 2019, nr 23(2), s. 115–120, <https://doi.org/10.5114/wo.2019.85638>.

- Gilbert E., Ussher J.M., Perz J., *Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing*, „Maturitas” 2011, nr 70(1), s. 42–57, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.06.013>.
- Glass S.P., Wright T.L., *The relationship of extramarital sex, length of marriage and sex differences on marital satisfaction: Athanasious data reanalyzed*, „Journal of Marriage and Family” 1997, nr 39(4), s. 691–703.
- Goldberg L.R., Johnson J.A., Herbert W.E., Hogan R., Ashton M.C., Cloninger C.R., Gough H.G., *The international personality item pool and the future of public-domain personality measures*, „Journal of Research in Personality” 2006, nr 40, s. 84–96.
- Goldman N., *Marriage selection and mortality patterns: inferences and fallacies*, „Demography” 1993, nr 30, s. 189–208.
- Graham E.K., Bastarache E.D., Milad E., Turiano N.A., Cotter K.A., Mroczek D.K., *Physical activity mediates the association between personality and biomarkers of inflammation*, „SAGE Open Medicine” 2018, nr 6(9), s. 1–10, <https://doi.org/10.1177/2050312118774990>.
- Graham E.K., Weston S.J., Turiano N.A., Aschwanden D., Booth T., Harrison F. i in., *Is healthy neuroticism associated with health behaviors? A coordinated integrative data analysis*, „Collabra: Psychology” 2020, nr 6(1), s. 32, <https://doi.org/10.1525/collabra.266>.
- Grodecka-Gazdecka S.L., *Związki otyłości z rakiem piersi*, „Forum Zaburzeń Metabolicznych” 2011, nr 4, s. 231–238.
- Gronwald J., Byrski T., Huzarski T., Cybulski C., Sun P., Tulman A., Narod S.A., Lubinski J., *Influence of selected lifestyle factors on breast and ovarian cancer risk in BRCA1 mutation carriers from Poland*, „Breast Cancer Research and Treatment” 2006, nr 95, s. 105–109.
- Gronwald J., Byrski T., Huzarski T., Jakubowska A., Górski B., Oszurek O., Szymańska-Pasternak J., Menkiszak J., Rzepka-Górska I., Lubiński J., *Hereditary breast and ovarian cancer*, w: *Genetyka kliniczna nowotworów*, red. J. Lubiński, Print Group, Szczecin 2015, s. 85–109.
- Gronwald J., Huzarski T., Byrski B., Medrek K., Menkiszak J., Monteiro A.N., Sun P., Lubinski J., Narod S.A., *Cancer risks in first degree relatives of BRCA1 mutation carriers: Effects of mutation and proband disease status*, „Journal of Medical Genetics” 2006, nr 43(5), s. 424–428.
- Hall E., Finch A., Jacobson M., Rosen B., Metcalfe K., Sun P., Narod S.A., Kotsopoulos J., *Effects of bilateral salpingo-oophorectomy on menopausal symptoms and sexual functioning among women with a BRCA1 or BRCA2 mutation*, „Gynecologic Oncology” 2019, nr (152), s. 145–150.
- Hallowell N., *“You don't want to lose your ovaries because you think 'I might become a man'”: Women's perceptions of prophylactic surgery as a cancer risk management option*, „PsychoOncology” 1998, nr 7, s. 263–275.

- Han J., Grothuesmann D., Neises M., Hille U., Hillemanns P., *Quality of life and satisfaction after breast cancer operation*, „Archives of Gynecology and Obstetrics” 2010, nr 282(1), s. 75–82.
- Haynes R.B., McDonald H.P., Garg A.X., *Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications*, „Journal of the American Medical Association” 2002, nr 288, s. 2880–2883.
- Haynes R.B., *Introduction*, w: *Compliance in health care*, red. R.B. Haynes, D.W. Taylor, D.L. Sackett, John Hopkins University Press, Baltimore 1979, s. 1–7.
- Hawley S.T., Griggs J.J., Hamilton A.S., Graff J.J., Janz N.K., Morrow M., Jagsi R., Salem B., Katz S.J., *Decision involvement and receipt of mastectomy among racially and ethnically diverse breast cancer patients*, „Journal of the National Cancer Institute” 2009, nr 101(19), s. 1337–1347, <https://doi.org/10.1093/jnci/djp271>.
- Helmer S.M., Kramer A., Mikolajczyk R.T., *Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia*, „BMC Res Notes” 2012, nr 5, s. 703.
- Henderson A.W., Lehavot K., Simoni J.M., *Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women*, „Archives of Sexual Behavior” 2009, nr 38, s. 50–65.
- Hendren S.K., O'Connor B.I., Liu M., Asano T., Cohen Z., Swallow C.J., Macrae H.M., Gryfe R., McLeod R.S., *Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer*, „Annals of Surgery” 2005, nr 242(2), s. 212–223, <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000171299.43954.ce>.
- Henderson J.W., Donatelle R.J., *The relationship between cancer locus of control and complementary and alternative medicine use by women diagnosed with breast cancer*, „Psycho-Oncology” 2003, nr 12, s. 59–67, [https://doi.org/10.1002/\(ISSN\)1099-1611](https://doi.org/10.1002/(ISSN)1099-1611).
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Hickey I., Jha S., Wyld L., *The psychosexual effects of risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy in female BRCA1/2 mutation carriers: A systematic review of qualitative studies*, „Gynecologic Oncology” 2021, nr 160(3), s. 763–770, <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.12.001>.
- Hilton B.A., Crawford J.A., Tarko M.A., *Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy*, „Western Journal of Nursing Research” 2000, nr 22(4), s. 438–459, <https://doi.org/10.1177/019394590002200405>.
- Hinnen C., Hagedoorn M., Ranchor A.V., Sanderman R., *Relationship satisfaction in women: A longitudinal case-control study about the role of breast cancer, personal assertiveness, and partners' relationship-focused coping*, „British Journal of Health Psychology” 2008, nr 13(4), s. 737–754, <https://doi.org/10.1348/135910707X252431>.

- Hofman-Pyka K., Witkoś A., Lisik T., Nowakowska-Zajdel E., *Late recurrence of breast cancer in a patient with BRCA1 mutation and subsequent radical treatment for colorectal and endometrial cancer – A case report*, „Oncology in Clinical Practice” 2016, nr 12, s. 29–32.
- Hopwood P., Fletcher I., Lee A., Al Ghazal S., *A body image scale for use with cancer patients*, „European Journal of Cancer” 2001, nr 37(2), s. 189–197.
- Ikeda A., Iso H., Toyoshima H., Fujino Y., Mizoue T., Yoshimura T., Inaba Y., Tamakoshi A., *Marital status and mortality among Japanese men and women: The Japan collaborative cohort study*, „BMC Public Health” 2007, nr 7, s. 73.
- Iliska M., Przybyła-Basista H., Brandt-Salmeri A., *Skala Satysfakcji Seksualnej Kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella – właściwości psychometryczne polskiej wersji narzędzia*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2017, nr 22(3), s. 440–458.
- Imieliński K., *Zarys seksuologii i seksiatrii*, PZWL, Warszawa 1982.
- Jagiello-Gruszweld A., Pogoda K., Kłak A., Stróżek J., *Zalecenia dla polityki państwa w zakresie zaawansowanego raka piersi*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2017.
- Jakubowska A., Górski B., Lubiński J., *Testy DNA wysokiego ryzyka raka piersi w Polsce/DNA – Testing of high breast cancer risk in Poland*, w: *Genetyka kliniczna nowotworów*, red. J. Lubiński, Print Group, Szczecin 2015, s. 47–58.
- Jakubowska-Winiecka A., Włodarczyk D., *Psychologia w praktyce medycznej*, PZWL, Warszawa 2007.
- Janiszewska H., Haus O., Lauda-Swieciak A., Pasińska M., Laskowski R., Szymański W., Górski B., Lubiński J., *Frequency of three BRCA1 gene founder mutations in breast/ovarian cancer families from the Pomerania-Kujawy region of Poland*, „Clinical Genetics” 2003, nr 64(6), s. 502–508.
- Janssens J., Vandeloo M., *Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki związane z wiekiem i stylem życia*, „Nowotwory” 2009, nr 53, s. 159–167.
- Jokieli M., Bielska-Lasota M., *Czynniki ryzyka raka piersi – możliwości profilaktyki pierwotnej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, nr 64, s. 435–438.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Polskich Testów Psychologicznych, Warszawa 2012.
- Karczmarek-Borowska B., *Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2013, nr 3, s. 298–310.
- Kardosh M., Bar-Tal Y., Barnoy S., *The Relationship between body image, gender, subjective norms, and the decision to undergo preventive mastectomy among Arab and Jewish BRCA carriers*, „Cancer Nursing” 2018, nr 41(3), s. 255–262, <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000503>.

- Karney B.R., Bradbury T.B., *Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1997, nr 72, s. 1075–1092.
- Karney B.R., Bradbury T.B., *The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research*, „Psychological Bulletin” 1995, nr 118, s. 3–34, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>.
- Kerlinger F.N., *Foundations of behavioral research. Multiple regression in behavioral research*, Holt, New York 1986.
- Kiecolt-Glaser J.K., Newton T.L., *Marriage and health: His and hers*, „Psychology Bulletin” 2001, nr 127(4), s. 472–503, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472>.
- Kingsberg S.A., *Sexual problems in breast cancer survivors: Do not turn good news into no news*, „Menopause” 2010, nr 17(5), s. 894–895.
- Kinsinger S.W., Laurenceau J.P., Carver C.S., Antoni M.H., *Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer*, „Psychology & Health” 2011, nr 26(12), s. 1571–1588.
- Kobierecka A., *Emocjonalny aspekt obrazu ciała a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet*, „Przegląd psychologiczny” 2012, nr 55(4), s. 383–395.
- Koch P., Mansfield P., Thureau D., Carey M., *Feeling frumpy: The relationships between body image and sexual response changes in midlife women*, „Journal of Sexual Research” 2005, nr 42, s. 215–223.
- Koçan S., Gürsoy A., *Body Image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research*, „The Journal of Breast Health” 2016, nr 12(4), s. 145–150, <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>.
- Kosowicz M., Kulpa M., Ziętalewicz U., Stypuła-Ciuba B., Grzejszczak M., Ziółkowska P., Kazalska D., *Health locus of control and anxiety and depression in patients with cancer of soft tissue and bone*, „Palliative Medicine” 2014, nr 6(3), s. 165–169.
- Kościelak R., *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*, Impuls, Kraków 2010.
- Kotsopoulos J., Lubinski J., Moller P., Lynch H.T., Singer C.F., Eng C. i in., *Timing of oral contraceptive use and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers*, „Breast Cancer Research and Treatment” 2014, nr 143(3), s. 579–586.
- Krongrad A., Lai H., Burke M.A., Goodkin K., Lai S., *Marriage and mortality in prostate cancer*, „The Journal of Urology” 1996, nr 156(5), s. 1696–1700, [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)65485-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(01)65485-5).
- Kunkel E.J., Chen E.I., Okunlola T.B., *Psychosocial concerns of women with breast cancer*, „Primary Care Updates for OB/GYNS” 2002, nr 9(4), s. 129–134.

- Kurdek L.A., *The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage*, „Developmental Psychology” 1999, nr 35, s. 1283–1296, <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1283>.
- Kurowska K., Lewandowska A., *Health behaviors and health locus of control in patients diagnosed with arterial hypertension*, „Nadciśnienie tętnicze” 2012, nr 16(5), s. 296–304.
- Kvalem I.L., von Soest T., Roald H.E., Skolleborg K.C., *The interplay of personality and negative comments about appearance in predicting body image*, „Body Image” 2006, nr 3(3), s. 263–273.
- Kwiatkowska E.A., *Niektóre cechy osobowości a umiejscowienie kontroli zawodowej u kobiet liderek*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J. Paedagogia-Psychologia” 2019, nr 32(4), s. 231–249.
- La Rocque C.L., Cioe J., *An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance*, „Journal of Sexual Research” 2011, nr 48(4), s. 397–408, <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.499522>.
- Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C., *Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors*, „Journal of the American Medical Association” 1999, nr 281(6), s. 537–44.
- Lawrance K., Byers E.S., *Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction*, „Personal Relationships” 1995, nr 2, s. 267–285.
- Lawrence P., *Psychologia osobowości*, GWP, Gdańsk 2002.
- Lee D.M., Nazroo J., O'Connor D.B., Blake M., Pendleton N., *Sexual health and well-being among older men and women in England: Findings from the English longitudinal study of ageing*, „Archives of Sexual Behaviour” 2016, nr 45(1), s. 133–144, <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0465-1>.
- Lee G., Shehan C.L., *Retirement and marital satisfaction*, „Journal of Gerontology” 1989, nr 44, s. 226–230, <https://doi.org/10.1093/geronj/44.6.S226>.
- Lelonek B., Cieślak A., Kamusińska E., *Problematyka stresu w chorobie nowotworowej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013, nr 21(1), s. 128–136.
- Levin A.O., Carpenter K.M., Fowler J.M., Brothers B.M., Andersen B.L., Maxwell G.L., *Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors*, „International Journal of Gynecological Cancer” 2010, nr 20, s. 461–470.
- Lichtenstein P., De Faire U., Floderus B., Svartengren M., Svedberg P., Pedersen N.L., *The Swedish Twin Registry: A unique resource for clinical, epidemiological and genetic studies*, „Journal of Internal Medicine” 2002, nr 252, s. 184–205.

- Lindau S.T., Schumm L.P., Laumann E.O., Levinson W., O'Muircheartaigh C.A., Waite L.J., *A study of sexuality and health among older adults in the United States*, „The New England Journal of Medicine” 2007, nr 23, 357(8), s. 762–774, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423>.
- Lipowska M., Lipowski M., *Polish normalization of the Body Esteem Scale*, „Health Psychology Report” 2013, nr 1, s. 72–81, <https://doi.org/10.5114/hpr.2013.40471>.
- Lodder L.N., Frets P.G., Trijsburg R.W., Meijers-Heijboer E.J., Klijn J.G., Seynaeve C., van Geel A.N., Tilanus M.M.A., Bartels C.C.M., Verhoog L.C., Brekelmans C.T.M., Burger C.W., Niermeijer M..F., *One year follow-up of women opting for presymptomatic testing for BRCA1 and BRCA2: Emotional impact of the test outcome and decisions on risk management (surveillance or prophylactic surgery)*, „Breast Cancer Research and Treatment” 2002, nr 73, s. 97–112, <https://doi.org/10.1023/A:1015269620265>.
- Lorenz T., McGregor B., Swisher E., *Relationship satisfaction predicts sexual activity following risk-reducing salpingo-oophorectomy*, „Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology” 2014, nr 35(2), s. 62–68.
- Luo S., Chen H., Yue G., Zhang G., Zhaoyang R., Xu D., *Predicting marital satisfaction from self, partner, and couple characteristics: Is it me, you or us?*, „Journal of Personality” 2008, nr 76, s. 1231–1265.
- Lynch H.T., *Genetics and breast cancer*, Van Nostrand Reinhold, New York 1981.
- Łukaszewski W., Marszał-Wiśniewska M., *Wytrwałość w działaniu*, GWP, Gdańsk 2006.
- Machaj A., Stankowska I., *Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebyciu ciąży i okresu karmienia*, „Nowiny Lekarskie” 2011, nr 80, s. 323–333.
- Madison S., O'Meara S., South C., *Big Five personality domains and relationship satisfaction: Direct effects and correlated change over time*, „Journal of Personality” 2019, nr 87(6), s. 1206–1220, <https://doi.org/10.1111/jopy.12468>.
- Manchanda R., Burnell M., Gaba F., Desai R., Wardle J., Gessler S., Side L., Sanderson S., Loggenberg K., Brady A.F., Dorkins H., Wallis Y., Chapman C., Jacobs C., Legood L., Beller U., Tomlinson I., Menon U., Jacobs I., *Randomised trial of population-based BRCA testing in Ashkenazi Jews: Long-term outcomes*, „BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology” 2020, nr 127(3), s. 364–375, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15905>.
- Mandal E., *Ciało jako proces – ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich*, „Czasopismo Psychologiczne” 2004, nr 10(1), s. 35–47.
- Manne S.L., Badr H., *Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer*, „Cancer” 2008, nr 11–211, s. 2541–2555.

- Manne S.L., Norton T.R., Ostroff J.S., Winkel G., Fox K., Grana G., *Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction*, „Journal of Family Psychology” 2007, nr 21(3), s. 380–388, <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.380>.
- McCaul K.D., Schroeder D.M., Reid P.A., *Breast cancer worry and screening: Some prospective data*, „Health Psychology” 1996, nr 15(6), s. 430–433.
- McCrae R.R., Zonderman A., Costa P., Bond M.H., Paunonen V., *Evaluating replicability of factors in the Revised NEO Personality Inventory: Confirmatory factor analysis versus Procrustes rotation*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1996, nr 703, s. 552–556.
- McQuirter M., Castiglia L.L., Loiselle C.G., Wong N., *Decision-making process of women carrying a BRCA1 or BRCA2 mutation who have chosen prophylactic mastectomy*, „Oncology Nursing Forum” 2010, nr 37(3), s. 313–320, <https://doi.org/10.1188/10.ONF.313-320>.
- Meana M., Nunnink S.E., *Gender differences in the content of cognitive distraction during sex*, „Journal of Sexual Research” 2006, nr 43(1), s. 59–67, <https://doi.org/10.1080/00224490609552299>.
- Meltzer A.L., McNulty J.K., *Who is having more and better sex? The Big Five as predictors of sex in marriage*, „Journal of Research in Personality” 2016, nr 63, s. 62–66.
- Menes T.S., Terry M.B., Goldgar D., Andrulis I.L., Knight J.A., John E.M., Liao Y., Southey M., Miron A., Chung W., Buys S.S., *Second primary breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: 10-year cumulative incidence in the Breast Cancer Family Registry*, „Breast Cancer Research and Treatment” 2015, nr 151, s. 653–660.
- Meston C., Trapnell P., *Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W)*, „Journal of Sexual Medicine” 2006, nr 2, s. 66–81.
- Metcalfe K.A., Foulkes W.D., Kim-Sing C., Ainsworth P., Rosen B., Armel S., Poll A., Eisen A., Gilchrist D., Chudley A., Ghadirian P., Maugard C., Lemire E.G., Sun P., Narod S.S., *Family history as a predictor of uptake of cancer preventive procedures by women with BRCA1 or BRCA2 mutation*, „Clinical Gynecology” 2008, nr 73, s. 474–479, <https://doi.org/10.1111/j.1399-0004.2008.00988.x>.
- Metcalfe K., Lubinski J., Lynch H.T., Ghadirian P., Foulkes W.D., Kim-Sing C., Neuhausen S., Tung N., Rosen B., Gronwald J., Ainsworth P., Sweet K., Eisen A., Sun P., Narod S.A., *Family history of cancer and cancer risks in women with BRCA1 or BRCA2 mutations*, „Journal of the National Cancer Institute” 2010, nr 15, 102(24), s. 1874–1878.

- Metcalfe K., Lynch H.T., Ghadirian P., Tung N., Olivotto I., Warner E., Olopade O.I., Eisen A., Weber B., McLennan J., Sun P., Foulkes W.D., Narod S.A., *Contralateral breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers*, „Journal of Clinical Oncology” 2004, nr 22, s. 2328–2335.
- Meyerowitz B.E., Desmond K.A., Rowland J.H., Wyatt G.E., Ganz P.A., *Sexuality following breast cancer*, „Journal of Sex & Marital Therapy” 1999, nr 25, s. 237–250.
- Miao T., Li Y., Sheng X., Yao D., *Marital status and survival of patients with kidney cancer*, „Oncotarget” 2017, nr 8(49), s. 86157–86167, <https://doi.org/10.18632/oncotarget.21029>.
- Michałowska S., *Psychosocial context of the decision-making process and the consequences of preventive procedures. Case report of the patient with BRCA1 genetic mutation*, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2020, nr 2, s. 20–24.
- Miki Y., Swensen J., Shattuck-Eidens D., Futreal P.A., Harshman K., Tavtigian S., Liu Q., Cochran C., Bennett L.M., Ding W. i in., *A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1*, „Science” 1994, nr 266(5182), s. 66–71.
- Miner-Rubino K., Twenge J.M., Fredrickson B.L., *Trait self-objectification in women: Affective and personality correlates*, „Journal of Research in Personality” 2002, nr 36(2), s. 147–172, <http://dx.doi.org/10.1006/jrpe.2001.2343>.
- Miśkiewicz H., Antoszewski B., Iljin A., *Personality traits and decision on breast reconstruction in women after mastectomy*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 2016, nr 88(4), s. 209–214, <https://doi.org/10.1515/pjs-2016-0053>.
- Moreira H., Canavarro M.C., *Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: A comparison study with partners of healthy women*, „Journal of Psychosocial Oncology” 2013, nr 31(3), s. 282–304.
- Morelli G., Krottinger H., Moore S., *Neuroticism and Levenson's locus of control scale*, „Psychological Reports” 1979, nr 44(1), s. 153–154, <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.44.1.153>.
- Molina-Montes E., Pérez-Nevot B., Pollán M., Sánchez-Cantalejo E., Espín J., Sánchez M.J., *Cumulative risk of second primary contralateral breast cancer in BRCA1/BRCA2 mutation carriers with a first breast cancer: A systematic review and meta-analysis*, „Breast” 2014, nr 23, s. 721–742.
- Mroczek B., Kurpas D., Grochans E., Kuszmar G., Rotter I., Zułtak-Baczowska K., Karakiewicz B., *Psychosexual functioning of women after breast cancer therapy*, „Psychiatria Polska” 2012, nr 46(1), s. 51–61.
- Murray A.L., Booth T., *Personality and physical health*, „Current Opinion in Psychology”, 2015, nr 5, s. 50–55, <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.011>.

- Narod S.A., *Hormonal prevention of hereditary breast cancer*, „Annals of the New York Academy of Sciences” 2001, nr 952, s. 36–43.
- Narod S.A., Risch H., Moslehi R., Dørum A., Neuhausen S., Olsson H., Provencher D., Radice P., Evans G., Bishop S., Brunet J.S., Ponder B.A., *Oral contraceptives and the risk of hereditary ovarian cancer. Hereditary Ovarian Cancer Clinical Study Group*, „The New England Journal of Medicine” 1998, nr 339, s. 424–428.
- Nitsch K., Prajs E., Kurpisz J., Tyburski E., *Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych*, „Psychiatria Polska i Kliniczna” 2012, nr 12(3), s. 176–182.
- Nomejko A., Dolińska-Zygmunt G., Mucha A., *Znaczenie jakości komunikacji dla satysfakcji seksualnej kobiet i mężczyzn w bliskich związkach o różnym stażu*, „Seksuologia Polska” 2017, nr 15(1), s. 1–8.
- Nowicki A., Szwed A., Laskowski R., *Depresja i lęk u kobiet przed i po amputacji piersi*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” 2008, nr 80(7), s. 673–677.
- Obuchowska I., Jaczewski A., *Rozwój erotyczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2002.
- Ochman K., *Postępowanie z pacjentem w przypadku nosicielstwa mutacji w genach BRCA1/2, CHEK2, NOD2*. Panel nowotwory, nowotwory piersi, prostata, Gdańsk 2012.
- O'Rourke N., Claxton A., Chou B., Smith J.Z., Hadjistavropoulos T., *Personality trait levels within older couples and between-spouse trait differences as predictors of marital satisfaction*, „Aging and Mental Health” 2011, nr 15, s. 344–353.
- Ostrowski J., Siedlecki J., *Can genetic testing be useful for defining the risk of cancer?*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 2016, nr 66, s. 422–426.
- Pahlevan S.S., Ahadzadeh A.S., Ong F.S., Naghavi N., *Fear of negative appearance evaluation and attitude towards mammography: Moderating role of internal health locus of control, cancer worry and age*, „Health Promotion Perspective” 2020, nr 12–10(3), s. 220–229, <https://doi.org/10.34172/hpp.2020.35>.
- Panjari M., Bell R.J., Davis S.R., *Sexual Function after Breast Cancer*, „Journal of Sexual Medicine” 2011, nr 8, s. 294–302.
- Panjari M., Bell R.J., Burney S., Bell S., McMurrick P.J., Davis S.R., *Sexual function, Incontinence, and wellbeing in women after rectal cancer – A review of the evidence*, „Journal of Sexual Medicine” 2012, nr 9, s. 2749–2758.
- Patenaude A.F., Orozco S., Li X., Kaelin C.M., Gadd M., Matory Y., Mayzel K., Roche C.A., Smith B.L., Farkas W., Garber J.E., *Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: Attitudes of 108 women who had undergone or were considering prophylactic mastectomy*, „Psycho-Oncology” 2008, nr 17, s. 831–843, <https://doi.org/10.1002/pon.1279>.

- Pearson R.M., *Women's sexual satisfaction, commitment, and attachment: Exploring the connections through the use of pro-relationship sexual behaviors*, Department of Psychology and the Faculty of the Graduate School of Wichita State, Wichita 2009.
- Płopa M., *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*, Impuls, Kraków 2007.
- Pruthi S., Brandt K., Degnim A., Goetz M., Perez E., Reynolds C., *Postępowanie w raku sutka – podejście interdyscyplinarne. Profilaktyka i diagnostyka*, „Medycyna po dyplomie” 2008, nr 17, s. 28–43.
- Przedziecki A., Sherman K.A., Baillie A., Taylor A., Foley E., Stalgis-Bilinski K., *My changed body: Breast cancer, body image, distress and self-compassion*, „Psychooncology” 2013, nr 22(8), s. 1872–1879.
- Pujols Y., Meston C.M., Seal B.N., *The association between sexual satisfaction and body image in women*, „Journal of Sexual Medicine” 2010, nr 7(2), s. 905–916, <https://doi.org/10.1111/j.17436109.2009.01604.x>.
- Purdon C., Holdaway L., *Nonerotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction*, „Journal of Sexual Research” 2006, nr 43(2), s. 154–162, <https://doi.org/10.1080/00224490609552310>.
- Rasmussen D.M., Hansen H.P., Elverdam B., *How cancer survivors experience their changed body encountering others*, „European Journal of Oncology Nursing” 2010, nr 14(2), s. 154–159.
- Raynor D.A., Levine H., *Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students*, „Journal of American College Health” 2009, nr 58(1), s. 73–81, <https://doi.org/10.3200/JACH.58.1.73-82>.
- Reese J.B., Shelby R.A., Keefe F.J., Porter L.S., Abernethy A.P., *Sexual concerns in cancer patients: A comparison of GI and breast cancer patients*, „Supportive Care in Cancer” 2010, nr 18, s. 1179–1189.
- Roberts B.W., Walton K.E., Viechtbauer W., *Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies*, „Psychological Bulletin” 2006, nr 132, s. 1–25.
- Rocheftort C., Hoerger M., Turiano N.A., Duberstein P., *Big Five personality and health in adults with and without cancer*, „Journal of Health Psychology” 2019, nr 24(11), s. 1494–1504, <https://doi.org/10.1177/1359105317753714>.
- Rojas K.E., Butler E., Gutierrez J., Kwait R., Laprise J., Wilbur S.J., Spinette S., Raker C.A., Robison K., Legare R., Gass J., Stuckey A., *Choosing high-risk screening vs. surgery and the effect of treatment modality on anxiety and breast-specific sensuality in BRCA mutation carriers*, „Gland Surgery” 2019, nr 8(3), s. 249–257, <https://doi.org/10.21037/g.2019.04.08>.

- Roosmalen M.S. van, Stalmeier P.F., Verhoef L.C., Hoekstra-Weebers J.E., Oosterwijk J.C., Hoogerbrugge N., Moog U., van Daal W.A.J., *Impact of BRCA1/2 testing and disclosure of a positive test result on women affected and unaffected with breast or ovarian cancer*, „American Journal of Medical Genetics” 2004, nr 124, s. 346–355.
- Rosenstock I.M., *The Health Belief Model and Preventive Health Behavior*, „Health Education Monographs” 1974, nr 2(4).
- Rostowski J., *Zarys psychologii małżeństwa*, PWN, Warszawa 1987.
- Rostowski J., Rostowska T., *Małżeństwo i miłość. Kontekst psychologiczny i neuropsychologiczny*, Difin, Warszawa 2014.
- Rotter J., *Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień*, „Nowiny Psychologiczne” 1990, nr 5/6, s. 59–70.
- Rotter R.B., *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, „Psychological Monographs: General and Applied” 1966, nr 80(1), s. 1–28, <https://doi.org/10.1037/h0092976>.
- Rowland E., Metcalfe A., *A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: Coping with altered bodies*, „Psychooncology” 2014, nr 23(9), s. 963–974, <https://doi.org/10.1002/pon.3556>.
- Sadovsky R., Basson R., Krychman M., Morales A.M., Schover L., Wang R., Incrocci L., *Cancer and sexual problems*, „Journal of Sexual Medicine” 2010, nr 7, s. 349–373.
- Saei Ghare Naz M., Darooneh T., Salmani F., Kholosi B., Ozgoli G., *Relationship of health locus of control with breast cancer screening belief of Iranian women*, „Asian Pacific Journal of Cancer Prevention” 2019, nr 20(3), s. 699–703, <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.3.699>.
- Schover L.R., *Sexuality and body image in younger women with breast cancer*, „Journal of the National Cancer Institute” 1994, nr 16, s. 177–182.
- Schönefuss G., Hawighorst-Knapstein S., Trautmann K., König Y., Knapstein P.G., *Body image in gynecologic patients before and after radical surgery*, „Zentralblatt für Gynäkologie” 2001, nr 123(1), s. 23–26, <https://doi.org/10.1055/s-2001-12022>.
- Schwartz M.D., Lerman C., Brogan B., Peshkin B.N., Halbert C.H., DeMarco T., Lawrence W., Main D., Finch C., Magnant C., Pennanen M., Tsangaris T., Willey S., Isaacs C., *Impact of BRCA1/BRCA2 counseling and testing on newly diagnosed breast cancer patients*, „Journal of Clinical Oncology” 2004, nr 22, s. 1823–1829, <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.04.086>.
- Scott V.C., Sandberg J.G., Harper J.M., Miller R.B., *The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians*, „Contemporary Family Therapy” 2012, nr 34, s. 376–390.

- Seal B.N., Bradford A., Meston C.M., *The association between body esteem and sexual desire among college women*, „Archives of Sexual Behaviour” 2009, nr 38(5), s. 866–872, <https://doi.org/10.1007/s10508008-9467-1>.
- Segev Y., Iqbal J., Lubinski J., Gronwald J., Lynch H.T., Moller P., Ghadirian P., Rosen B., Tung N., Kim-Sing Ch., Foulkes W.D., Neuhausen S.L., Senter L., Singer Ch.F., Karlan B., Ping S., Narod S.A., *The incidence of endometrial cancer in women with BRCA1 and BRCA2 mutations: An international prospective cohort study*, „Gynecology Oncology” 2013, nr 130, s. 127–131.
- Sęk H., *Psychologia zdrowia i choroby*, w: *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, red. H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001, s. 213–250.
- Sęk H. (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Shapira R., Turbitt E., Erby L.H., Biesecker B.B., Klein W.M.P., Hooker G.W., *Adaptation of couples living with a high risk of breast/ovarian cancer and the association with risk-reducing surgery*, „Familial Cancer” 2018, nr 17(4), s. 485–493, <https://doi.org/10.1007/s10689-017-0065-z>.
- Sheppard L.A., Ely S., *Breast cancer and sexuality*, „The Breast Journal” 2008, nr 14, s. 176–181, <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00550.x>.
- Sherman K.A., Woon S., French J., Elder E., *Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: The roles of self-compassion and appearance investment*, „Psychooncology” 2017, nr 26(3), s. 337–345, <https://doi.org/10.1002/pon.4138>.
- Siedlecki J., *Choroby nowotworowe*, w: *Genetyka medyczna i molekularna*, red. J. Bał, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 265–327.
- Silva Cde M., Vargens O.M., *Woman experiencing gynecologic surgery: Coping with the changes imposed by surgery*, „Revista Latino-Americana de Enfermagem” 2016, nr 24, <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780>.
- Singh K., Lester J., Karlan B., Bresee C., Geva T., Gordon O., *Impact of family history on choosing risk-reducing surgery among BRCA mutation carriers*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 2013, nr 208(4), s. 1–6, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.01.026>.
- Siuta J., *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
- Smith L., Grabovac I., Veronese N., Soysal P., Isik A.T., Stubbs B., Yang L., Jackson S.E., *Sleep quality, duration, and associated sexual function at older age: Findings from the English longitudinal Study of Ageing*, „Journal of Sexual Medicine” 2019, nr 16(3), s. 427–433, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.005>.
- Smolak L., Thompson J.K., *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention and treatment*, American Psychological Association, Washington 2009.

- Sobal J., Rauschenbach B.S., Frongillo E.A., *Marital status changes and body weight changes: A US longitudinal analysis*, „Social Science & Medicine” 2003, nr 56(7), s. 1543–1555, [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00155-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00155-7).
- Solomon B.C., Jackson J.J., *The long reach of one's spouse: Spouses' personality influences occupational success*, „Psychological Science” 2014, nr 25 (12), s. 2189–2198.
- Sowa M., Smuczynski W., Tarkowski M., Wójcik K., Kochański B., *Analysis of the selected risk factors for breast cancer – literature review*, „Journal of Education, Health and Sport” 2015, nr 5(4), s. 245–250.
- Sprecher S., Cate R.M., *Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability*, w: *Handbook of sexuality in close relationships*, red. J.H. Harvey, A. Wenzel, S. Sprecher, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ 2004, s. 235–256.
- Srinivasan S., Glover J., Tampi R.R., Tampi D.J., Sewell D.D., *Sexuality and the older adult*, „Current Psychiatry Repository” 2019, nr 21(10), s. 97, <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>.
- Stanisz M., Schneider-Matyka D., Panczyk M., Branecka-Woźniak D., Kurzawa R., Knyszyńska A., Grochans E., *Can personality traits affect the quality of life of women with the BRCA1/BRCA2 mutations before and after prophylactic adnexectomy?*, „European Review for Medical and Pharmacological Sciences” 2020, nr 24(23), s. 12342–12349, https://doi.org/10.26355/eurev_202012_24028.
- Steer A., Tiggemann M., *The role of self-objectification in women's sexual functioning*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 2008, nr 27(3), s. 205–225, <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.3.205>.
- Stefanek M.E., Helzlsouer K.J., Wilcox P.M., Houn F., *Predictors of and satisfaction with bilateral prophylactic mastectomy*, „Preventive Medicine” 1995, nr 24, s. 412–419, <https://doi.org/10.1006/pmed.1995.1066>.
- Stieger M., Robinson S.A., Bisson A.N., Lachman M.E., *The relationship of personality and behavior change in a physical activity intervention: The role of conscientiousness and healthy neuroticism*, „Personality and Individual Differences” 2020, nr 166:110224, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110224>.
- Swami V., Chamorro-Premuzic T., Bridges S., Furnham A., *Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors*, „Body Image” 2009, nr 6, s. 7–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.09.004>.
- Swami V., Hadji-Michael M., Furnham A., *Personality and individual difference correlates of positive body image*, „Body Image” 2008, nr 5(3), s. 322–325, <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.03.007>.

- Swami V., Taylor R., Carvalho C., *Body dissatisfaction assessed by the Photographic Figure Rating Scale is associated with sociocultural, personality, and media influences*, „Scandinavian Journal of Psychology” 2011, nr 52(1), s. 57–63, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00836>.
- Szewczyk K., *Epidemiologia i profilaktyka raka piersi*, w: *Rak piersi*, red. J. Kornafel, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, s. 5–13.
- Teo T., Reece G.P., Huang S.C., Mahajan K., Andon J., Khanal P., Sun C., Nicklaus K., Merchant F., Markey M.K., Cororve Fingeret M., *Body image dissatisfaction in patients undergoing breast reconstruction: Examining the roles of breast symmetry and appearance investment*, „Psychooncology” 2018, nr 27(3), s. 857–863, <https://doi.org/10.1002/pon.4586>.
- Terelak J., Krzesicka E., Małkiewicz M., *Poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategię radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych na raka piersi*, „Studia Psychologica” 2009, nr (9), s. 21–44.
- Thomas C.A., Goldberg D.P., *Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 1995, nr 92, s. 231–236.
- Tiggemann M., Williams E., *The role of self-objectification in disordered eating, depressed mood, and sexual functioning among women a comprehensive test of objectification theory*, „Psychology of Women Quarterly” 2012, nr 36(1), s. 66–75, <https://doi.org/10.1177/0361684311420250>.
- Tollin S., *Prophylactic, risk-reducing surgery in unaffected BRCA – positive women: Quality of life, sexual functioning and psychological well-being*, rozprawa doktorska, University of South Florida, Tampa 2011.
- Tomaszewski T., *Człowiek w sytuacji*, w: *Psychologia*, red. T. Tomaszewski, PWN, Warszawa 1975, s. 17–36.
- Trapnell P.D., Meston C.M., Gorzalka B.B., *Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience: Self focus or self valence?*, „Journal of Sexual Research” 1997, nr 34(3), s. 267–278, <https://doi.org/10.1080/00224499709551893>.
- Traeen B., Markovic A., Kyalem I.L., *Sexual satisfaction and body image: a cross-sectional study among Norwegian young adults*, „The Journal of Sex Research” 2016, <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2015.1131815>.
- Türk K.E., Yılmaz M., *The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors*, „European Journal Of Breast Health” 2018, nr 14(4), s. 205–221, <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>.

- Va P., Yang W.S., Nechuta S., Chow W.H., Cai H., Yang G., Gao S., Gao Y.T., Zheng W., Shu X.O., Xiang Y.B., *Marital status and mortality among middle age and elderly men and women in urban Shanghai*, „PLoS One” 2011, nr 6(11), e26600, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026600>.
- Wanga F., Wanga X., Wanga F., Gaoa L., Raoac H., Pana Y., *Agreeableness modulates group member risky decision-making behavior and brain activity*, „NeuroImage” 2019, nr 202(15), <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.116100>.
- Waldron I., Hughes M.E., Brooks T.L., *Marriage protection and marriage selection – prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health*, „Social Science & Medicine” 1996, nr 43(1), s. 113–123, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00347-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00347-9).
- Wallston K.A., Kaplan D.G., Maides S.A., *Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1976, nr 44, s. 580–585.
- Wallston K.A., Wallson B.S., *Health locus of control scale*, w: *Research with the locus of control construct*, red. H.M. Lefcourt, Academic Press, New York 1981, s. 189–243.
- Watts K., Sherman K., Mireskandari S., Meiser B., Taylor A., Tucker K., *Predictors of relationship adjustment among couples coping with a high risk of developing breast/ovarian cancer*, „Psychology and Health” 2011, nr 26(1), s. 21–39.
- Weaver A.D., Byers E.S., *The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women*, „Psychology of Women Quarterly” 2006, nr 30(4), s. 333–339, <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x>.
- Weston S.J., Jackson J.J., *How do people respond to health news? The role of personality traits*, „Psychology & Health” 2016, nr 31(6), s. 637–654, <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1119274>.
- Whyte S., Brooks R.C., Chan H.P., Torgler B., *Do certain personality traits provide a mating market competitive advantage? Sex, offspring & the big 5*, „Personality and Individual Differences” 2019, nr 139, s. 158–169, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.019>.
- Wiederman M.W., *Body image and sexual functioning*, w: *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, red. T.F. Cash, L. Smolak, The Guilford Press, New York 2011, s. 271–278.
- Wiederman M.W., *Women’s body image self-consciousness during physical intimacy with a partner*, „Journal of Sexual Research” 2000, nr 37(1), s. 60–68, <https://doi.org/10.1080/00224490009552021>.
- Woertman L., van den Brink F., *Body image and female sexual functioning and behavior: A review*, „Journal of Sexual Research” 2012, nr 49(2–3), s. 184–211, <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>.

- Wojciszke B., *Psychologia miłości. Intymność – namiętność – zobowiązanie*, GWP, Gdańsk 2012.
- Włodarczyk E., O „rodzeniu się” macierzyństwa, w: *Konteksty współczesnego macierzyństwa. Perspektywa młodych naukowców*, red. J. Deręgowska, M. Majorczyk (red.), Wydawnictwo UAM, Poznań 2012, s. 101–127.
- Xie J., Zhou Z.E., Gong Y., *Relationship between proactive personality and marital satisfaction: A spillover-crossover perspective*, „Personality and Individual Differences” 2018, nr 128, s. 75–80.
- Yamamiya Y., Cash T.F., Thompson J.K., *Sexual experiences among college women: The differential effects of general versus contextual body images on sexuality*, „Sex Roles” 2006, nr 55(5–6), s. 421–427, <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9096-x>.
- Yang C.C., Cheng L.C., Lin Y.W., Wang S.C., Ke T.M., Huang C.I., Su Y.C., Tai M.H., *The impact of marital status on survival in patients with surgically treated colon cancer*, „Medicine” 2019, nr 98(11): e14856, <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014856>.
- Yucel D., Gassanov M.A., *Exploring actor and partner correlates of sexual satisfaction among married couples*, „Social Science Research” 2010, nr 39, s. 725–738.
- Zegarski W., Głowacka I., Ostrowska Ż., *Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ – C30 i QLQ – BR23*, „Nowotwory” 2010, nr 6, s. 532–535.
- Zeigler L.D., Kroll S.S., *Primary breast cancer after prophylactic mastectomy*, „American Journal of Clinical Oncology” 1991, nr 14, s. 451–454.
- Ziherl S., Masten R., *Differences in predictors of sexual satisfaction and in sexual satisfaction between female and male university students in Slovenia*, „Psychiatria Danubina” 2010, nr 22, s. 425–429.
- Zimmermann T., Scott J.L., Heinrichs N., *Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer*, „Psychooncology” 2010, nr 19(10), s. 1061–1106.

Wykaz skrótów

BES	– <i>Body Esteem Scale</i> – Skala Oceny Ciała
BRCA	– <i>Breast cancer gene</i> – gen raka piersi
BRCA1	– <i>Breast cancer gene 1</i> – gen raka piersi 1
BRCA2	– <i>Breast cancer gene 2</i> – gen raka piersi 2
CA 125	– Glikoproteina antygenowa, marker nowotworowy
CHECK2	– <i>Checkpoint Kinase 2</i> – gen kodujący białko CHEK2
GSES	– <i>General Self-Efficacy Scale</i> – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności
HBB	– <i>Health Belief Model</i> – Model Przekonań Zdrowotnych
HBC-ss	– <i>Hereditary breast cancer – site specific</i> – dziedziczny rak piersi specyficzny narządowo
HBOC	– <i>Hereditary breast-ovarian cancer</i> – dziedziczny rak piersi–jajnika
HOC	– <i>Hereditary ovarian cancer</i> – dziedziczny rak jajnika
HVS	– <i>Health As a Value</i> – Skala Wartościowa Zdrowia
IPIP-NEO-PI-R	– Inwentarz Osobowości
KDM-2	– Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa
MHLC	– <i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i> – Wielowymiarowa Skala Umiejszczenia Kontroli Zdrowia
PALB2	– Partner i lokalizator genu <i>BRCA2</i>
RECQL	– Gen zwiększający ryzyko raka piersi
RRSO	– <i>Risk-reducing salpingo-oophorectomy</i> – salpingo-ooforektomia zmniejszająca ryzyko nowotworu
RSES	– <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> – Skala Poczucia Własnej Wartości Rosenberga
SSS-W-R15	– Skala Satysfakcji Seksualnej Kobiet

Spis rycin i tabel

Rycina 1.	Charakterystyka badanej grupy pod względem posiadania dzieci	55
Rycina 2.	Charakterystyka badanej grupy pod względem historii nowotworowej	57
Rycina 3.	Charakterystyka grupy pod względem przeprowadzonych operacji profilaktycznych	59
Rycina 4.	Charakterystyka grupy pod względem domniemanego lub rzeczywistego wpływu operacji profilaktycznych na jakość relacji w związku	63
Rycina 5.	Charakterystyka badanej grupy pod względem pozytywnego i negatywnego wpływu operacji na jakość relacji w związku	65
Rycina 6.	Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego	66
Rycina 7.	Ocena ciała ze względu na rodzaj operacji profilaktycznej	80
Rycina 8.	Satysfakcja ze związku ze względu na rodzaj zabiegu	81
Rycina 9.	Satysfakcja seksualna ze względu na rodzaj zabiegu	81
Tabela 1.	Charakterystyka grupy badanej ze względu na wiek	53
Tabela 2.	Charakterystyka badanej grupy ze względu na miejsce zamieszkania	54
Tabela 3.	Charakterystyka badanej grupy pod względem wykształcenia	54
Tabela 4.	Charakterystyka badanej grupy pod względem statusu zawodowego	55
Tabela 5.	Charakterystyka badanej grupy pod względem liczby posiadanych dzieci	55
Tabela 6.	Charakterystyka badanej grupy pod względem statusu współtworzonego związku	56
Tabela 7.	Charakterystyka badanej grupy pod względem długości trwania aktualnego lub ostatniego związku	56
Tabela 8.	Charakterystyka badanej grupy pod względem liczby dotychczasowych związków	57

Tabela 9.	Charakterystyka badanej grupy pod względem osobistej i/lub rodzinnej historii nowotworowej	58
Tabela 10.	Charakterystyka grupy badanej pod względem przeprowadzonych operacji profilaktycznych	58
Tabela 11.	Charakterystyka badanej grupy pod względem proponowanych przez lekarza operacji profilaktycznych	59
Tabela 12.	Charakterystyka badanej grupy pod względem planowanych do wykonania w przyszłości operacji profilaktycznych	60
Tabela 13.	Charakterystyka badanej grupy pod względem powodów motywujących do wykonania operacji profilaktycznych	60
Tabela 14.	Charakterystyka grupy badanej pod względem przyczyn niewykonania operacji profilaktycznych	61
Tabela 15.	Charakterystyka kobiet po operacji i bez operacji pod względem zmiennych socjodemograficznych	62
Tabela 16.	Charakterystyka intensywności domniemanego lub rzeczywistego wpływu opinii partnera na decyzję badanych o wykonaniu operacji profilaktycznych	64
Tabela 17.	Charakterystyka domniemanego lub rzeczywistego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość relacji w związku	64
Tabela 18.	Charakterystyka badanej grupy pod względem obszaru rzeczywistego lub domniemanego wpływu operacji na jakość relacji w związku	65
Tabela 19.	Charakterystyka grupy badanej pod względem rzeczywistego lub domniemanego wpływu wykonania operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego	66
Tabela 20.	Charakterystyka badanej grupy pod względem rzeczywistego lub domniemanego obszaru wpływu operacji profilaktycznych na jakość życia seksualnego	67
Tabela 21.	Cechy osobowości i umiejscowienie kontroli zdrowia	68
Tabela 22.	Ocena ciała, satysfakcja seksualna i satysfakcja ze związku	68
Tabela 23.	Cechy osobowości kobiet a częstość wyboru operacyjnych metod redukcji ryzyka nowotworowego	71
Tabela 24.	Wykonane operacje a umiejscowienie kontroli zdrowia	71
Tabela 25.	Cechy osobowości a umiejscowienie kontroli zdrowia	73
Tabela 26.	Cechy osobowości a satysfakcja seksualna	74
Tabela 27.	Cechy osobowości a satysfakcja ze związku	74
Tabela 28.	Satysfakcja seksualna a wykonanie lub niewykonanie operacji	76

Tabela 29.	Satysfakcja ze związku a wykonanie lub niewykonanie operacji	76
Tabela 30.	Ocena ciała a satysfakcja seksualna	77
Tabela 31.	Ocena ciała a satysfakcja ze związku w zależności od wykonanych operacji profilaktycznych	79
Tabela 32.	Ocena ciała, satysfakcja ze związku i satysfakcja seksualna a wykonanie operacji profilaktycznych	82
Tabela 33.	Satysfakcja seksualna a satysfakcja ze związku	83
Tabela 34.	Charakterystyka kobiet z osobistą historią nowotworową i bez osobistej historii nowotworowej pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia	84
Tabela 35.	Charakterystyka kobiet z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia	85
Tabela 36.	Charakterystyka kobiet z osobistą historią nowotworową i bez osobistej historii nowotworowej pod względem satysfakcji seksualnej	86
Tabela 37.	Charakterystyka kobiet z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem satysfakcji seksualnej	86
Tabela 38.	Charakterystyka kobiet z osobistą historią nowotworową i bez osobistej historii nowotworowej pod względem satysfakcji ze związku	87
Tabela 39.	Charakterystyka kobiet z rodzinną historią nowotworową i bez rodzinnej historii nowotworowej pod względem satysfakcji ze związku	87
Tabela 40.	Wiek a umiejscowienie kontroli zdrowia	89
Tabela 41.	Miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia a umiejscowienie kontroli zdrowia	89
Tabela 42.	Wiek a ocena ciała, satysfakcja ze związku i satysfakcja seksualna	90
Tabela 43.	Satysfakcja seksualna a długość trwania związku	91
Tabela 44.	Weryfikacja hipotez szczegółowych	92

Summary

Women's genetics cancer risk. BRCA mutation in psychological perspective

In the group of patients suffering from breast or ovarian cancer, approximately 5–10% are women diagnosed with a genetic mutation. Among the genes responsible for the increase in cancer risk are, among others BRCA1 and BRCA2 genes. The presence of a mutation in the gene is associated with the decision on the preferred forms of risk reduction, including prophylactic surgery – mastectomy and adnexectomy. This publication is an attempt at a complex psychological analysis of the functioning of Polish women with the BRCA genetic mutation, depending on the preventive surgery performed. The publication presents the essence of the BRCA genetic mutation in medical terms, showing the mechanism of inheritance and specificity of diagnosis, as well as in psychological terms, thus illustrating selected psychological aspects of the functioning of women with risk of cancer. The paper also describes the risk reduction methods recommended by physicians and the consequences of their use, including, in particular, the consequences of carrying out preventive surgery.

W pracy poruszono bardzo aktualne problemy. Publikacja skierowana jest do psychologów, pracowników ochrony zdrowia i samych zainteresowanych. Stanowi dowody naukowe dla podjęcia działań, które mogłyby przyczynić się do poprawy jakości życia i funkcjonowania kobiet z mutacją genetyczną BRCA.

Z recenzji prof. dr hab. n. med. i n. zdr. Elżbiety Grochans



71-101 Szczecin, ul. Mickiewicza 64
tel. 91 444 20 06, 91 444 20 09
e-mail: wydawnictwo@usz.edu.pl
www.wn.usz.edu.pl

ISBN 978-83-7972-630-1 (online)
ISBN 978-83-7972-629-5 (print)



9 788379 726295