

## ИЗСЛЕДВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ЖЕНИ С РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

З. Ганева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Софийски университет „Св. Климент Охридски“  
zganeva@abv.bg

**Резюме.** В статията е направен анализ на качеството на живот на жени преживели рак на млечната жлеза. То е измерено чрез скалата *Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)* (Avis et al., 2005). Изследвани са 42 жени от български произход на средна възраст 48.79 години (минимум 30 и максимум 74 години). Отражена е надеждността на приложената скала и на всяка една от 13-те подскали, които я изграждат. Най-често посочваните области, които оказват влияние на качеството на живот на изследваните лица, са наличието на когнитивни проблеми, изпитваното ниво на енергия или умора, възприемането на външния вид и избягването на социални контакти. Най-рядко споменаваните области са наличието на безпокойство, свързано със семейството, и страха за рецидив.

**Ключови думи:** рак на гърдата; качество на живот

Ракът на гърдата е най-често срещаният рак при жените. Според публикувани данни от Световната здравна организация той е на първо място по разпространение на онкологични заболявания в света. Само 30% от пациентите с това заболяване могат да се излекуват напълно. През последните 20 години болните от рак на гърдата се увеличават с 42%. През живота си всяка осма жена рискува да придобие тази диагноза.

По данни на **Националния раков регистър** всяка година в България се диагностицират 3584 нови случая с рак на гърдата\*, а 1100 от тях умират. В България само 14% от случаите се диагностицират навреме. За сравнение в Западна Европа и САЩ този процент е около 50%. Само в 5% от случаите ракът на гърдата се среща при жени под 40-годишна възраст. Мъжете също могат да заболели от рак на гърдата,

но при тях вероятността за това е 100 пъти по-малка отколкото при жените.

Голямото значение на съхранението на качеството на живот на онкологичните пациенти е признато както от академични изследователи, така и от практики и medici от клиниката. Затова през последните години се провеждат множество изследвания на тяхното физическо, психично, емоционално, социално и сексуално благополучие. По правило те насочват своето внимание основно към периода на лечение непосредствено след диагностициране на проблема. Благодарение на ранната диагностика и последващо лечение много онкологични пациенти успяват да преживеят определен брой години след това. Именно успешно оцелелите пациенти, преминали едногодишния период след първоначалното поставяне на диагнозата, са обект на

\* <http://www.her2bg.com/87/statistika-balgariya>

научен интерес при изследване на дългосрочното влияние, което ракът оказва върху качеството им на живот (Andersen et al., 1989). Като се добави и това, че процесът на лечение на диагнозата оказва влияние в дългосрочен план както върху физическото, така и върху психичното благополучие, въпросът става още по-актуален и интересен. **Целта на настоящото изследване** е да измери качеството на живот чрез скалата *Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)* (Avis et al., 2005) на жени с рак на млечната жлеза успели да преживеят 1-годишен период след първоначалното поставяне на диагнозата и последваща оперативна интервенция.

В научната литература са разработени няколко различни методологии за изследване на качеството на живот на онкологично болни като например *Functional Adjustment to Cancer Therapy (FACT)* (Cella et al., 1993), *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)* (Borghede & Sullivan, 1996; Osoba et al., 1998; Ringdal & Ringdal, 1993), *Functional Living Index-Cancer (FLIC)* (Schipper et al., 1984) и *Cancer Rehabilitation Evaluation System (CaRES)* (Schag & Heinrich, 1990). Те обаче не са подходящи за работа с оцелели от рак в дългосрочен план. Те са разработени с цел да измерят нивото на първоначалния стрес при непосредствено поставяне на диагнозата и веднага след операцията, фокусират се към първоначалните симптоми и последващите ги проблеми.

Проведените изследвания по темата установяват, че онкологично болните след приключване на стандартното лечение продължават да усещат болка и умора (Bjordal, 1995), затруднения в сексуалния живот (Ganz et al., 2002) имат проблеми с възприятието на собственото тяло (Ferrell et al., 1995) и психични дисфункции (Deimling et al., 2002), изпитват притеснения относно здравето на собствените деца и бъдещето на семейството (Ferrell et al., 1995). Установява се, че в дългосрочен план резултат от лечението на първоначалната диагноза е появата на сърдечна недостатъчност или развитие на

второ злокачествено заболяване (Partridge, 2001), липса на апетит и инсомния. Необходимо е да се отбележат обаче и позитивните аспекти в живота на онкологично болните вследствие на диагнозата като настъпващата промяна в гледната точка, във възприемането на живота и светуосещането, в подобряване на взаимоотношенията със значимите други, в осъзнаване на относителността на събитията в жизнения цикъл и в развитие на усещане за единение с природата, усещане за универсализъм и близост между всички хора.

Въпреки важността на разглежданата тема в научната литература са налице само *три разработени методологии* за изследване на качеството на живот на онкологичните пациенти, които са преживели 5-годишен период след поставяне на диагнозата. Изследователите свеждат качеството на живот до 4 дименсии: физическа, психическа, социална и духовна. Те разработват скала за измерване на качеството на живот на преживели рак **Quality of Life – Cancer Survivors scale (QOL - CS)**, която се основава на изброените направления (Ferrell et al., 1995). Въпреки добрите намерения при разработването ѝ е налице ограничението, че въпросите, които я изграждат са извлечени от малко на брой онкологични пациенти. Освен това валидизирането на скалата е направено с извадка от хора преживели рак след диагностицирането им от 4 месеца до 28 години, което включва и пациенти с токущо поставена диагноза. Някои айтеми в нея са проблематични и неясни, защото се отнасят до настъпилата промяна в живота на изследваните лица, но не посочват нейната посока (например „Заболяването или лечението му промени ли начина, по който се възприемате?“). Някои подскали изследват многоизмерни и многостранни понятия заедно, а не по отделно (например подскалата за социално взаимодействие включва възприемането на външния вид, сексуалното функциониране и дистресът, причинен на семействата на пациентите). Освен това някои айтеми са насочени към преживения стрес по време на поставяне на диагнозата и продължаващото след това лечение.

Друг изследователски екип (Wyatt et al., 1996) разработва **Long-term Quality of Life (LTQL)**, която има за основа същия модел. Въпросите в скалата са извлечени от фокус-групи с жени, преживели рак. След това са събрани допълнителни данни от друга извадка от жени, преживели рак, направен е факторен анализ, изчислена е надеждността на съгласуваността на въпросите и е определена съдържателната валидност на методологията. След проведените статистически анализи се получава скала от 34 айтема разпределени в 4 подскали, които слабо се различават от *Quality of Life – Cancer Survivors scale (QOL - CS)* (Ferrell et al., 1995). Тя включва въпроси за физическото състояние, за изповядваната философия за живота, за изпълнение на физически упражнения и натоварване и за получената социална подкрепа. Въпреки че психометричните качества на новата скала са подобрени в сравнение с предишната, някои от въпросите са неясни, а подскалите включват повече от един значим аспект на качеството на живот. Например в скалата за физическо състояние са включени и въпроси за чувствителност към болка. Въпреки че разглежданите понятия са свързани с телесни усещания те имат различен фокус на внимание. Пошироко формулираните подскали не позволяват на изследователите да анализират по-специфичните сфери на качеството на живот на изследваните лица.

Третата разработена скала за измерване на качеството на живот на хора преживели рак е **Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)** (Avis et al., 2005). Тя е основана на дефиницията (Gotay et al., 1992), че *качеството на живот е състояние на благополучие*, което се състои от два компонента: 1) способността да се извършват ежедневните дейности, която включва физически, психични и социални аспекти и удовлетвореността на пациентите от нивото им на функциониране и 2) контрола, който оказват над заболяването. Разглежданото определение включва както функционирането на пациентите, така и удовлетвореността им от него. Поради своята

субективна природа качеството на живот е най-добре измеримо от гледна точка на пациента (Donovan et al., 1989). Приложеният подход при разработване на скалата също признава необходимостта от участие на самите пациенти при измерване на качеството им на живот.

При разработването на скалата *Качество на живота на възрастни, преживели рак (КЖВПР) (Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS))* (Avis et al., 2005) се има предвид многоизмерността на понятието качество на живот, което включва физически, социални и психични измерения. Понякога към тях се добавят когнитивните функции, интимния или сексуалния живот, ограничения в поеманите роли и продуктивността, изпитване на физическа болка, икономически фактори и екзистенциални и духовни въпроси (Ferrell et al., 1995).

Въпросникът *Качество на живота на възрастни, преживели рак (КЖВПР) (Quality of Life in Adult Cancer Survivors) (QLACS)* (Avis et al., 2005), който е приложен в представеното изследване, е разработен и апробиран в два етапа като са използвани две различни извадки от изследвани лица. През първия етап са проведени полуструктурирани интервюта с хора преживели рак с цел да се идентифицират значимите направления от качеството им на живот и на тяхната основа да се разработят въпроси за анкета. През втория етап е тествана предварителната версия на вече разработената методология с цел да се достигне до краен вариант на инструмента и да се оценят неговите психометрични свойства.

## МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

### *Изследвани лица*

В изследването участват 42 жени от български произход на средна възраст 48,79 години (минимум 30 и максимум 74 години). По отношение на *демографските данни* от тях 71% са с висше и 29% са със средно образование, 86% са омъжени и 7% са разведени, 71% работят, 92% са практикуващи православни християни и 7% са атеисти.

За 64% от респондентите операцията е направена преди 24 месеца (2 години), за 7% между 24 и 36 месеца (между 2 и 3 години) и за 26% над 36 месеца (3 години). На 14% от изследваните жени заболяването е диагностицирано в I стадии, на 57% във II стадии и на 21% в III стадии.

По отношение на заболяването и свързаната с него **медицинска информация** 93% са оперирани. На 71% е направена радикална мастектомия (цялостно премахване на гърдата), а на 21% е направена лъмпектомия (секторална резекция или премахване на част от гърдата). На 93% са премахнати съответните лимфни възли, а на 7% са съхранени. При 29% са извадени по 12 броя лимфни възли. В 64% от тях са намерени метастази, а в 21% липсват. При 14% са налице метастази в между 1 и 10 лимфни възела.

По отношение на **класическите терапии за лечение** на заболяването на 86% е предписана химиотерапия, а на 14% не е. От тях 79% са се подложили на нея, а 21% са отказали. На 71% е изписана и са се подложили на лъчетерапия, а на 29% не е. На 64% е предписана хормонална терапия, а на 36% не е. От тях 43% са я приели и я прилагат в ежедневиия си живот, а 57% са я отказали.

От тях 57% нямат сродници с онкологично заболяване, а 43% имат. При 14% сродниците са с рак на млечната жлеза, а при 43% е на друг орган. При 21% онкологичното заболяване е диагностицирано на родителите.

По отношение на **алтернативните методи за лечение** на заболяването 43% ги прилагат ежедневно, 43% са ги чували, но не ги използват, а 14% никога не са ги чували. От тях билколечение използват 43%, 43% са чували, но не го използват и 14% никога не са прибегвали до него. На специална антиракова хранителна диета са 71%, 21% са чували за нея, но не я прилагат, а 7% не са запознати с въпроса. Хранителни добавки приемат 29% от изследваните жени, 43% са чували за различни видове, но не приемат, а 29% не са запознати с въпроса. Ежедневни физически упражнения

правят 57%, 36% са чували, но не спортуват целенасочено, а 7% не са запознати с позитивното им въздействие. На специален масаж лимфен дренаж за жени с рак на млечната жлеза ходят 36%, 43% са чували, но не им е правено, а 21% никога не са чували за него.

**Измерване.** Изследваните жени попълниха въпросника *Качество на живота на възрастни, преживели рак (КЖВПР) (Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS))* (Avis et al., 2005). Той се състои от 47 въпроса, обединени в 13 скали (8 общи и 5 онкологично специфични). Изследваните лица отговарят чрез 7-степенна ликерт-формат скала от „1 – никога“ до „7 – винаги“.

**Изчисляване.** Резултатът от всяка от 13-те скали представлява сума от всички дадени отговори. За две скали сборът варира между 2 (минимум) и 14 (максимум), а за останалите 11 той е между 4 (минимум) и 28 (максимум). За всички скали по-високите получени стойности съответстват на по-ниско качество на живот на изследваните лица.

**Надеждност на скалата Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)**

С цел да се изследва дали 47 айтема образуват 13 надеждни скали (8 общи и 5 онкологично специфични) беше измерена  $\alpha$  на Кронбах на всяка едно от тях. От **общите скали** надеждността на скалата за **негативни чувства**, която се състои от 4 айтема (7, 9, 19 и 24), е 0.77 за цялата извадка; на скалата за **позитивни чувства**, която се състои от 4 айтема (6, 8, 22 и 28), е 0.68; на скалата за **когнитивни проблеми**, която се състои от 4 айтема (2, 3, 4 и 23), е 0.76; на скалата за **усещане за болка**, която се състои от 4 айтема (13, 17, 21 и 27), е 0.77; на скалата за **сексуален интерес**, която се състои от 2 айтема (16 и 26), е 0.78; на скалата за **ниво на енергия и умора**, която се състои от 4 айтема (1, 5, 11 и 14), е 0.73; на скалата за **сексуални функции**, която се състои от 2 айтема (10 и 12), е 0.73 и на скалата за **избягване на социални контакти**, която се състои от 4 айтема (15, 18, 20 и 25), е 0.79. От **онкологично специфичните скали**

надеждността на скалата за *финансови проблеми*, която се състои от 4 айтема (30, 37, 43 и 45), е 0.63; на скалата за *извличане на ползи от диагнозата*, която се състои от 4 айтема (29, 32, 40 и 41), е 0.78; на скалата за *причинен стрес на семейството*, която се състои от 3 айтема (31, 34 и 42), е 0.72; на скалата за *възприемане на външния вид*,

която се състои от 4 айтема (33, 35, 38 и 44), е 0.63 и на скалата за *изпитвано безпокойство за рецидив*, която се състои от 4 айтема (26, 39, 46, 47), е 0.79.

Процедурата за избор на статистически тестове е направена съгласно Ганева (2011), а интерпретацията на ефекта на размера е съгласно Коен (Cohen, 1988).

Таблица 1  
Средни стойности на 8-те общи скали за качество на живот,  
разпределени по медицински характеристики на изследваните жени

Дименсия	Общи скали							
	негативни чувства	позитивни чувства	когнитивни проблеми	изпитвана болка	сексуален интерес	енергия/умора	сексуални функции	избягване на социални контакти
Операция								
цяла	13.60	18.70	12.07	11.47	7.67	11.77	5.47	12.10
част	10.67	21.56	9.11	9.00	5.22	12.78	4.33	7.44
	*	-	*	*	*	-	*	*
Време								
1-2 год	14.40 <sup>ab</sup>	17.40 <sup>a</sup>	13.27	10.53	8.00	11.13 <sup>a</sup>	5.60	13.80 <sup>b</sup>
2-3 год	10.40 <sup>a</sup>	23.33 <sup>b</sup>	9.93	9.60	5.73	10.73 <sup>a</sup>	4.07	7.20 <sup>a</sup>
над 3 год	14.75 <sup>b</sup>	17.25 <sup>a</sup>	11.58	12.25	7.83	14.33 <sup>b</sup>	5.83	10.67 <sup>ab</sup>
	*	*	-	-	-	*	-	*
Стадии								
I	12.00	20.17	9.67	8.00 <sup>a</sup>	5.67	10.00 <sup>a</sup>	3.17	4.50 <sup>a</sup>
II	13.04	19.38	11.67	10.00 <sup>a</sup>	7.42	11.79 <sup>ab</sup>	5.71	11.79 <sup>b</sup>
III	14.67	17.33	13.22	15.67 <sup>b</sup>	8.89	15.11 <sup>b</sup>	5.78	11.78 <sup>b</sup>
	-	-	-	*	-	*	-	*
Възли								
Под 12	11.83	22.08	12.42	11.25	6.25	13.08	3.83	7.67
Над 12	12.25	17.58	10.75	12.25	8.83	13.67	6.92	12.50
	*	-	*	-	*	-	*	*
Сродници								
Да	13.83	17.33	13.11	14.39	8.94	13.94	6.22	12.33
Не	12.50	21.08	10.64	7.92	5.79	10.38	4.29	9.21
	-	-	*	*	-	-	*	-

*Забележки:* По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот (4 – минимум, 28 – максимум, с изключение на скалите за сексуален интерес и сексуални функции, за които 2 – минимум, 14 – максимум); където е налице статистически значим ефект на съответната медицинска характеристика върху скалите за качество на живот, в съответната колона от две или три числа е поставена звездичка и точното място на статистическото различие за съответната скала е посочено с малка буква; при една и съща буква не се наблюдават статистически значими различия между числата; данните са обработени с *t*-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*) и с еднофакторен дисперсионен анализ и *post hoc* тестовете на Туки (*ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests*).

## РЕЗУЛТАТИ

*Връзка между общите ска̀ли за качество на живот и медицинските показатели на изследваните лица*

В табл. 1. са представени средните стойности на 8-те общи ска̀ли за качество на живот, разпределени по медицински характеристики на изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са направени еднофакторни дисперсионни анализи.

По отношение на **цялостно или частично премахване на гърдата** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за ска̀лите за негативни чувства,  $t(37)=1.61$ ,  $p=0.05$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.69$ , когнитивни проблеми,  $t(36)=2.28$ ,  $p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.66$ , усещане за болка,  $t(33)=2.27$ ,  $p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.68$ , сексуален интерес,  $t(37)=3.01$ ,  $p<0.001$ , с по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=0.86$ , сексуални функции,  $t(37)=1.73$ ,  $p<0.001$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.50$  и избягване на социални контакти,  $t(35)=3.62$ ,  $p<0.001$ , с по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=0.98$ . Липсват статистически значими различия за ска̀лите за позитивни чувства и изпитвано ниво на енергия или умора.

По отношение на преживяното **време след извършена хирургическа интервенция** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за ска̀лите за негативни чувства,  $F(2, 39)=4.30$ ,  $p=0.02$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.18$ , позитивни чувства,  $F(2, 39)=8.09$ ,  $p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.29$ , изпитвано ниво на енергия или умора,  $F(2, 39)=4.30$ ,  $p=0.02$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.18$  и избягване на социални контакти,  $F(2, 39)=5.17$ ,  $p=0.01$ , с по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.21$ . Липсват статистически значими различия за ска̀лите за наличие на когни-

тивни проблеми, изпитвана болка, наличие на сексуален интерес и сексуални функции.

По отношение на **стадия на развитие на болестта** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за ска̀лите за изпитвани нива на болка,  $F(2, 36)=11.36$ ,  $p<0.001$ , с по-голяма от типичната големина на ефекта,  $\eta^2=0.39$ , енергия или умора,  $F(2, 36)=5.35$ ,  $p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.23$  и избягване на социални контакти,  $F(2, 36)=3.79$ ,  $p=0.03$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.17$ . Липсват статистически значими различия за ска̀лите за наличие на негативни и позитивни чувства, когнитивни проблеми, сексуален интерес и сексуални функции.

По отношение на **оперирания брой лимфни възли** (под 12 и над 12 броя) резултатите показват, че са налице статистически значими различия за ска̀лите за изпитване на негативни чувства,  $t(17)=-0.31$ ,  $p<0.001$ , с по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $d=-0.13$ , когнитивни проблеми,  $t(14)=0.87$ ,  $p=0.01$ , с по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $d=0.36$ , наличие на сексуален интерес,  $t(20)=-2.44$ ,  $p=0.01$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=1.00$ , сексуални функции,  $t(14)=-3.12$ ,  $p<0.001$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=-1.28$  и избягване на социални контакти,  $t(14)=-3.45$ ,  $p=0.01$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=-1.41$ . Липсват статистически значими различия за ска̀лите за наличие на позитивни чувства, изпитвано ниво на болка и енергия или умора.

По отношение на наличие на **средници с поставена онкологична диагноза** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за ска̀лите за когнитивни проблеми,  $t(22)=1.46$ ,  $p<0.001$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.48$ , изпитвани нива на болка,  $t(25)=6.70$ ,  $p=0.04$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=2.16$  и сексуални функции,  $t(25)=2.23$ ,  $p<0.001$ ,

със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.72$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на позитивни и негативни чувства, изпитвано ниво на енергия или умора, сексуален интерес и избягване на социални контакти.

*Връзка между специфичните онкологични скали за качество на живот и медицинските показатели на изследваните лица*

В табл. 2 са представени средните стойности на 5-те специфични онкологични

скали за качество на живот, разпределени по медицински характеристики на изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са направени еднофакторни дисперсионни анализа.

По отношение на **цялостно или частично премахване на гърдата** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за изпитван стрес в семейството на пациентките,  $t(37)=1.08, p<0.001$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,

Таблица 2.

Средни стойности на 5-те специфични онкологични скали за качество на живот, разпределени по медицински характеристики

Дименсия	Специфични онкологични скали				
	финансови проблеми	извлечени ползи	стрес в семейството	външен вид	безпокойство за рецидив
Операция					
цяла	10.23	19.57	10.97	17.70	17.50
част	8.78	18.78	9.67	12.89	10.56
	-	-	*	-	*
Време					
1-2 год	9.73	20.40 <sup>ab</sup>	11.33	19.87 <sup>b</sup>	15.80
2-3 год	10.67	22.53 <sup>b</sup>	10.20	15.27 <sup>ab</sup>	13.93
над 3 год	9.33	16.17 <sup>a</sup>	10.58	13.67 <sup>a</sup>	16.50
	-	*	-	*	-
Стадии					
I	7.67 <sup>a</sup>	20.50	9.17	10.83 <sup>a</sup>	14.00
II	8.50 <sup>a</sup>	18.92	12.17	15.58 <sup>ab</sup>	14.79
III	16.33 <sup>b</sup>	21.00	9.11	20.33 <sup>b</sup>	16.44
	*	-	-	*	-
Възли					
Под 12	10.42	21.83	10.83	18.42	13.92
Над 12	11.33	20.50	11.50	15.50	14.50
	*	-	-	-	-
Сродници					
Да	11.72	20.28	9.50	17.17	16.06
Не	8.62	19.71	11.62	15.92	14.79
	*	*	-	-	-

*Забележки:* По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот (4 – минимум, 28 – максимум); където е налице статистически значим ефект на съответната медицинска характеристика върху скалите за качество на живот, в съответната колона от две или три числа е поставена звездичка и точно място на статистическото различие за съответната скала е посочено с малка буква; при една и съща буква не се наблюдават статистически значими различия между числата; данните са обработени с *t*-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*) и с еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тестовете на Туки (*ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests*).

$d=0.30$  и за изпитваното безпокойство за рецидив,  $t(31)=5.29, p<0.001$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=1.38$ . Липсват статистически значими различия за скалите за финансови проблеми, извлечени ползи от диагнозата и възприемането на външния вид от изследваните лица.

По отношение на преживяното **време след извършена хирургическа интервенция** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за извлечени ползи от поставената диагноза,  $F(2, 39)=3.55, p=0.04$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.15$  и възприемането на външния вид,  $F(2, 39)=4.96, p=0.01$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.20$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на финансови проблеми, изпитван стрес в семейството и за безпокойство за рецидив.

По отношение на **стадия на развитие на болестта** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за изпитвани финансови проблеми,  $F(2, 36)=17.27, p<0.001$ , с много по-голяма от типичната (средната) големина на ефекта,  $eta=0.49$  и възприемане на външния вид от пациентките,  $F(2, 36)=6.30, p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $eta=0.26$ . Липсват статистически значими различия за скалите за извлечени ползи от поставената диагноза, изпитван стрес в семейството и преживяване на безпокойство за рецидив.

По отношение на **оперирания брой лимфни възли** (под 12 и над 12 броя) резултатите показват, че са налице статистически значими различия единствено за скалата за наличие на финансови проблеми,  $t(14)=-0.39, p=0.01$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $d=-0.16$ . Липсват статистически значими различия за скалите за извлечени ползи от поставената диагноза, изпитван стрес в семейството, възприемане на външния вид от пациентките и преживяване на безпокойство за рецидив.

По отношение на наличие на **сродници с поставена онкологична диагноза** ре-

зултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на финансови проблеми,  $t(22)=1.97, p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.64$  и извлечени ползи от поставената диагноза,  $t(36)=0.30, p=0.01$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $d=0.09$ . Липсват статистически значими различия за скалите за изпитван стрес в семейството, възприемане на външния вид от пациентките и преживяване на безпокойство за рецидив.

*Връзка между общите скали за качество на живот и класическите терапии за лечение*

В табл. 3 са представени средните стойности на *8-те общи скали за качество на живот*, разпределени по проведени или не *класически терапии* от изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са проведени няколко *t-теста за независими извадки (independent-samples t-test)*.

По отношение на **проведено лечение с химиотерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия съответно за скалите за негативни,  $t(9)=-2.57, p=0.03$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=-1.12$  и позитивни чувства,  $t(40)=3.93, p<0.001$ , с много по-голяма от типичната (средната) големина на ефекта,  $d=1.44$  и за избягване на социални контакти,  $t(9)=-2.43, p=0.03$ , с много по-голяма от типичната (средната) големина на ефекта,  $d=-1.07$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на когнитивни проблеми, изпитвана болка, наличие на сексуален интерес, наличие на енергия или умора и сексуални функции.

По отношение на **проведено лечение с лъчетерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за негативни чувства,  $t(14)=-3.11, p=0.01$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=-1.18$ , наличие на енергия или умора,  $t(35)=0.33, p=0.04$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $d=0.10$  и избягване на социални контакти,  $t(13)=-1.40, p<0.001$ ,



ТАБЛИЦА 3  
Средни стойности на 8-те общи скали за качество на живот, разпределени по класически терапии

Дименсия	Общи скали							
	негативни чувства	позитивни чувства	когнитивни проблеми	изпитвана болка	сексуален интерес	енергия/ умора	сексуални функции	избягване на социални контакти
Химиотерапия								
Да	11.82	20.94	11.18	10.30	6.64	11.88	4.85	8.97
Не	17.67	14.11	13.11	12.11	9.00	12.00	6.11	16.33
	*	*	-	-	-	-	-	*
Лъчетерапия								
Да	11.50	20.93	10.87	10.53	6.53	12.00	4.93	9.43
Не	17.00	15.83	13.42	11.08	8.67	11.67	5.58	13.33
	*	-	-	-	-	*	-	*
Хормонотерапия								
Да	12.61	20.61	10.33	9.33	6.89	12.89	5.00	7.61
Не	13.42	18.62	12.54	11.71	7.33	11.17	5.21	12.75
	*	-	*	*	*	-	-	*

*Забележки:* По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот (4 – минимум, 28 – максимум, с изключение на скалите за сексуален интерес и сексуални функции, за които 2 – минимум, 14 – максимум); където е налице статистически значим ефект на съответната медицинска характеристика върху скалите за качество на живот, в съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с *t*-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*).

със средна (типична) големина на ефекта,  $d=-0.54$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на позитивни чувства, когнитивни проблеми, изпитвана болка, наличие на сексуален интерес и сексуални функции.

По отношение на **проведено лечение с хормонотерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за негативни чувства,  $t(38)=-0.58$ ,  $p=0.01$ , с много по-голяма от типичната големина на ефекта,  $d=-1.18$ , когнитивни проблеми,  $t(40)=-1.33$ ,  $p=0.05$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $d=-0.43$ , изпитвана болка,  $t(37)=-1.97$ ,  $p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=-0.59$ , наличие на сексуален интерес,  $t(40)=-0.43$ ,  $p=0.01$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $d=-0.13$  и избягване на социални контакти,  $t(28)=-3.29$ ,  $p<0.001$ , с по-голяма от типичната (средната) големина на ефекта,  $d=-0.96$ .

Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на позитивни чувства, наличие на енергия или умора и сексуални функции.

*Връзка между специфичните онкологични скали за качество на живот и класическите терапии за лечение*

В табл. 4 са представени средните стойности на 5-те специфични онкологични скали за качество на живот, разпределени по проведени или не класически терапии от изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (*independent-samples t-test*).

По отношение на **проведено лечение с химиотерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за извлечени ползи,  $t(40)=4.76$ ,  $p<0.001$ , с много по-голяма от типичната (средната) големина на ефекта,  $d=1.67$  и изпитвано безпокойство за рецидив,

ТАБЛИЦА 4

Средни стойности на 5-те специфични онкологични ска̀ли за качество на живот, разпределени по класически терапии

Дименсия	Специфични онкологични ска̀ли					
	финансови проблеми	извлечени ползи	стрес в семейството	външен вид	безпокойство за рецидив	
Химиотерапия	Да	10.27	22.00	10.36	16.70	13.42
	Не	8.78	12.44	12.00	15.56	22.33
	-	-	*	-	-	*
Лъчетерапия	Да	10.23	21.47	10.27	16.90	13.97
	Не	9.25	16.17	11.83	15.33	18.75
	-	-	*	-	-	-
Хормонотерапия	Да	9.28	21.11	12.72	14.89	14.56
	Не	10.46	19.08	9.21	17.62	15.92
	-	-	-	-	-	-

*Забележки:* По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот (4 – минимум, 28 – максимум); където е налице статистически значим ефект на съответната медицинска характеристика върху ска̀лите за качество на живот, в съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с *t*-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*).

$t(24)=-5.50$ ,  $p<0.001$ , с много по-голяма от типичната (средната) големина на ефекта,  $d=-1.73$ . Липсват статистически значими различия за ска̀лите за наличие на финансови проблеми, стрес в семейството и при възприемане на външния вид от пациентките.

По отношение на **проведено лечение с лъчетерапия** резултатите показват, че са налице статистически значими различия единствено за ска̀лата за извлечени ползи от поставената диагноза,  $t(14)=2.00$ ,  $p=0.01$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $d=0.75$ . Липсват статистически значими различия за ска̀лите за наличие на финансови проблеми, стрес в семейството, при възприемане на външния вид от пациентките и при преживяване на безпокойство за рецидив.

По отношение на **проведено лечение с хормонотерапия** резултатите показват, че липсват статистически значими различия за разглежданите ска̀ли за наличие на финансови проблеми, за извлечени ползи

от поставената диагноза, за стрес в семейството, при възприемане на външния вид от пациентките и при преживяване на безпокойство за рецидив.

*Връзка между общите ска̀ли за качество на живот и алтернативните терапии за лечение*

В табл. 5 са представени средните стойности на 8-те общи ска̀ли за качество на живот, разпределени по проведени или не алтернативни терапии от изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са проведени няколко еднофакторни дисперсионни анализа.

По отношение на **проведено лечение с алтернативни методи** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за ска̀лите за наличие на негативни чувства,  $F(3, 39)=3.642$ ,  $p=0.035$ , с малка или помалка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.21$ , когнитивни проблеми,  $F(2, 39)=5.451$ ,  $p=0.008$ , с малка или по-

ТАБЛИЦА 5  
Средни стойности на 8-те общи скали за качество на живот, разпределени по алтернативни терапии

Дименсия	Общи скали							
	негативни чувства	позитивни чувства	когнитивни проблеми	изпитвана болка	сексуален интерес	енергия/ умора	сексуални функции	избягване на социални контакти
<b>Алтернативна</b>								
Не знае	8.67 <sup>a</sup>	21.67	5.83 <sup>a</sup>	7.50 <sup>a</sup>	4.67 <sup>a</sup>	9.33 <sup>a</sup>	3.17 <sup>a</sup>	6.67
Не използва	14.33 <sup>b</sup>	16.94	13.39 <sup>b</sup>	13.39 <sup>b</sup>	8.56 <sup>b</sup>	14.89 <sup>b</sup>	6.78 <sup>b</sup>	12.67
Използва	13.28 <sup>ab</sup>	21.28	11.72 <sup>b</sup>	9.06 <sup>a</sup>	6.56 <sup>ab</sup>	9.78 <sup>a</sup>	4.11 <sup>a</sup>	9.72
	*	-	*	*	*	*	*	-
<b>Билки</b>								
Не знае	12.83	16.67	5.17 <sup>a</sup>	11.00	7.67	14.17 <sup>b</sup>	6.17	6.83
Не използва	13.33	18.83	14.17 <sup>b</sup>	12.17	7.06	12.89 <sup>ab</sup>	5.50	12.67
Използва	12.89	21.06	11.17 <sup>b</sup>	9.11	7.06	10.17 <sup>a</sup>	4.39	9.67
	-	-	*	-	-	*	-	-
<b>Диета</b>								
Не знае	9.00	19.33	5.00 <sup>a</sup>	8.00 <sup>a</sup>	3.67 <sup>a</sup>	9.33 <sup>a</sup>	2.33 <sup>a</sup>	4.67
Не използва	11.44	19.11	11.89 <sup>ab</sup>	14.00 <sup>b</sup>	8.78 <sup>b</sup>	15.11 <sup>b</sup>	6.00 <sup>b</sup>	9.11
Използва	13.97	19.60	12.17 <sup>b</sup>	9.97 <sup>ab</sup>	7.00 <sup>ab</sup>	11.20 <sup>ab</sup>	5.13 <sup>ab</sup>	11.57
	-	-	*	*	*	*	*	-
<b>Добавки</b>								
Не знае	13.92	18.00	10.08 <sup>a</sup>	11.83	8.17	13.17	6.08 <sup>b</sup>	10.83
Не използва	12.17	19.61	9.72 <sup>a</sup>	9.06	6.39	11.28	5.50 <sup>ab</sup>	10.61
Използва	13.58	20.75	15.92 <sup>b</sup>	12.00	7.25	11.58	3.58 <sup>a</sup>	10.17
	-	-	*	-	-	-	*	-
<b>Упражнение</b>								
Не знае	9.00	19.33	5.00 <sup>a</sup>	8.00	3.67	9.33 <sup>a</sup>	2.33	4.67
Не използва	14.67	17.73	13.00 <sup>b</sup>	13.20	8.07	14.67 <sup>b</sup>	5.27	9.40
Използва	12.58	20.58	11.54 <sup>ab</sup>	9.46	7.00	10.50 <sup>a</sup>	5.38	12.00
	-	-	*	-	-	*	-	-
<b>Масаж</b>								
Не знае	13.00	19.33	11.67	11.11	7.00	11.22	4.78	11.44
Не използва	11.67	20.17	12.83	11.44	6.89	12.17	4.83	10.22
Използва	14.80	18.73	10.07	9.53	7.53	12.00	5.67	10.40
	-	-	-	-	-	-	-	-

*Забележки:* По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот (4 – минимум, 28 – максимум, с изключение на скалите за сексуален интерес и сексуални функции, за които 2 – минимум, 14 – максимум); където е налице статистически значим ефект на съответната медицинска характеристика върху скалите за качество на живот, в съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с *t*-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*) и с еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тестовете на Туки (*ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests*).

малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.19$ , изпитвана болка,  $F(2, 39)=8.997$ ,  $p=0.001$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.19$ , сексуален интерес,  $F(2, 39)=3.770$ ,  $p=0.032$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.24$ , енергия или умора,  $F(2, 39)=20.010$ ,  $p<0.001$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.25$  и сексуални функции,  $F(2, 39)=8.432$ ,  $p=0.001$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.33$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на позитивни чувства и избягване на социални контакти.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с билки** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на когнитивни проблеми,  $F(2, 39)=8.938$ ,  $p=0.001$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.18$  и енергия или умора,  $F(2, 39)=4.412$ ,  $p=0.019$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.32$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на негативни и позитивни чувства, на изпитвана болка, наличие на сексуален интерес, сексуално функциониране и избягване на социални контакти.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение със спазване на хранителна диета** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на когнитивни проблеми,  $F(2, 39)=2.652$ ,  $p=0.05$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.18$ , изпитвана болка,  $F(2, 39)=2.244$ ,  $p=0.022$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.23$ , сексуален интерес,  $F(2, 39)=2.787$ ,  $p=0.044$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.24$ , енергия или умора,  $F(2, 39)=5.793$ ,  $p=0.006$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.23$  и сексуални функции,  $F(2, 39)=2.185$ ,  $p=0.046$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.27$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на позитивни и негативни чувства и избягване на социални контакти.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с приемане на хранителни добавки** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на когнитивни проблеми,  $F(2, 39)=7.107$ ,  $p=0.002$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.26$  и сексуални функции,  $F(2, 39)=3.176$ ,  $p=0.043$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.24$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на негативни и позитивни чувства, изпитвана болка, сексуален интерес, енергия или умора и избягване на социални контакти.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с физически упражнения** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на когнитивни проблеми,  $F(2, 39)=3.068$ ,  $p=0.048$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $\eta^2=0.18$  и енергия или умора,  $F(2, 39)=9.469$ ,  $p<0.001$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $\eta^2=0.25$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на негативни и позитивни чувства, изпитвана болка, сексуален интерес, сексуални функции и избягване на социални контакти.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с масаж, т. нар. мануален лимфен дренаж** резултатите показват, че липсват статистически значими различия за 8-те общи скалите за измерване качеството на живот: наличие на негативни и позитивни чувства, когнитивни проблеми, изпитвана болка, сексуален интерес, енергия или умора, сексуални функции и избягване на социални контакти.

#### *Връзка между специфичните онкологични скали за качество на живот и алтернативните терапии за лечение*

В табл. 6 са представени средните стойности на 5-те специфични онкологични скали за качество на живот, разпределени по проведени или не алтернативни терапии от изследваните жени. С цел да се анализират различията между тях са проведени няколко еднофакторни дисперсионни анализа.

ТАБЛИЦА 6  
Средни стойности на 5-те специфични онкологични скали за качество на живот, разпределени по алтернативни терапии

Дименсия	Специфични онкологични скали				
	финансови проблеми	извлечени ползи	стрес в семейството	външен вид	безпокойство за рецидив
Алтернативна					
Не знае	8.50	15.33	9.00	6.00 <sup>a</sup>	15.50
Не използва	9.44	20.56	10.28	17.61 <sup>b</sup>	14.61
Използва	10.94	20.89	11.72	18.78 <sup>b</sup>	16.00
	-	-	-	*	-
Билки					
Не знае	9.33	16.33	12.00	13.50	21.00
Не използва	8.28	21.39	8.61	18.11	14.11
Използва	11.83	19.72	12.39	15.78	14.67
	-	-	-	-	-
Диета					
Не знае	4.67 <sup>a</sup>	13.67	7.00	7.00 <sup>a</sup>	20.00 <sup>b</sup>
Не използва	12.33 <sup>b</sup>	20.67	10.11	21.00 <sup>b</sup>	9.00 <sup>a</sup>
Използва	9.77 <sup>ab</sup>	20.37	11.27	16.03 <sup>b</sup>	16.77 <sup>ab</sup>
	*	-	-	*	*
Добавки					
Не знае	10.17 <sup>ab</sup>	17.17 <sup>a</sup>	10.92	11.75 <sup>a</sup>	18.25
Не използва	8.06 <sup>a</sup>	19.22 <sup>ab</sup>	10.94	18.61 <sup>b</sup>	13.44
Използва	12.58 <sup>b</sup>	23.83 <sup>b</sup>	10.17	17.92 <sup>b</sup>	15.25
	*	*	-	*	-
Упражнения					
Не знае	4.67 <sup>a</sup>	13.67	7.00	7.00 <sup>a</sup>	20.00
Не използва	13.33 <sup>b</sup>	20.47	9.73	18.93 <sup>b</sup>	13.60
Използва	8.50 <sup>ab</sup>	20.42	11.79	16.08 <sup>b</sup>	15.83
	*	-	-	*	-
Масаж					
Не знае	8.89	16.56	8.89	9.00 <sup>a</sup>	17.00
Не използва	10.33	21.22	9.94	17.72 <sup>b</sup>	12.94
Използва	10.13	20.47	12.73	19.40 <sup>b</sup>	17.20
	-	-	-	*	-

*Забележки:* По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот (4 – минимум, 28 – максимум); където е налице статистически значим ефект на съответната медицинска характеристика върху скалите за качество на живот, в съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с *t*-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*) и с еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тестовете на Туки (*ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests*).

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с алтернативни методи** резултатите показват, че са налице статистически значими различия единствено за скалата за възприемане на външния вид от изследваните лица,  $F(3, 39)=23.332$ ,  $p<0.001$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.13$ . За останалите 4 онкологично специфични скали липсват статистически значими различия: за наличие на финансови проблеми, извлечени ползи от поставената диагноза, изпитван стрес в семейството и за изпитвано безпокойство за рецидив.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с билки** резултатите показват, че липсват статистически значими различия за 5-те онкологично специфични скали за наличие на финансови проблеми, извлечени ползи от поставената диагноза, изпитван стрес в семейството, възприемане на външния вид от изследваните лица и за изпитвано безпокойство за рецидив.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение със спазване на хранителна диета** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на финансови проблеми,  $F(2, 39)=3.287$ ,  $p=0.048$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.20$ , за възприемане на външния вид от изследваните лица,  $F(2, 39)=9.265$ ,  $p=0.001$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.14$  и за изпитвано безпокойство за рецидив,  $F(2, 39)=6.485$ ,  $p=0.004$ , с по-голяма от типичната (средната) големина на ефекта,  $eta=0.36$ . Липсват статистически значими различия за скалите за извлечени ползи от поставената диагноза и изпитван стрес в семейството.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с приемане на хранителни добавки** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на финансови проблеми,  $F(2, 39)=3.646$ ,  $p=0.035$ , със средна (типична) големина на ефекта,  $eta=0.32$ , за извлечени ползи от поставената диагноза,

$F(2, 39)=3.684$ ,  $p=0.034$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.19$  и за възприемане на външния вид от пациентките,  $F(2, 39)=6.954$ ,  $p=0.003$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.18$ . Липсват статистически значими различия за скалите за изпитван стрес в семейството и за безпокойство за рецидив.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с физически упражнения** резултатите показват, че са налице статистически значими различия за скалите за наличие на финансови проблеми,  $F(2, 39)=9.379$ ,  $p<0.001$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.20$  и за възприемане на външния вид от пациентките,  $F(2, 39)=6.672$ ,  $p=0.003$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.15$ . Липсват статистически значими различия за скалите за извлечени ползи от поставената диагноза, за изпитван стрес в семейството и за изпитвано безпокойство за рецидив.

По отношение на **провеждане на поддържащо лечение с масаж, т. нар. мануален лимфен дренаж** резултатите показват, че са налице статистически значими различия единствено в скалата за възприемане на външния вид,  $F(2, 39)=16.755$ ,  $p<0.001$ , с малка или по-малка от средната (типичната) големина на ефекта,  $eta=0.16$ . Липсват статистически значими различия за скалите за наличие на финансови проблеми, извлечени ползи от поставената диагноза, за изпитван стрес в семейството и за изпитвано безпокойство за рецидив. Обсъждане на резултатите и перспективи за бъдещи изследвания

В световен мащаб, както в теоретичен така и в практичен план, все повече се увеличава значението, което се отдава на качеството на живот на пациенти с онкологична диагноза, които са успели да оживеят след поставянето ѝ. Измерването на качеството им на живот е важен показател за успеха от проведеното лечение, помага да се установят здравните аспекти, които е необходимо да се проследяват от лекарите

в дългосрочен план и показва областите, на които е необходимо да се обърне повече внимание в психологичен план. Въпреки голямото значение, което има оценката на качеството на живот на пациенти с хронична диагноза като рак налице са едва няколко разработени методологии за изследване на този въпрос.

В представеното изследване е приложена скалата за *Качество на живота на възрастни, преживели рак (КЖВПР) (Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS))* (Avis et al., 2005), която включва 13 различни области. От тях 8 са общи, а 5 онкологично специфични. В общите скали не се споменава думата „рак“, което ги прави приложими и за изследване на качеството на живот на здрави хора. Чрез тях е възможно да се проведе и съпоставителен анализ между здрави изследвани лица и пациенти, преживели рак или друго заболяване без да е необходимо да се използват множество различни методологии. Въпросите от петте онкологично специфични скали са насочени към поставената диагноза. Те са предназначени да оценят как проведеното лечение се отразява на качеството на живот на хора преживели рак. Приложените скали показват задоволителни психометрични свойства, добра вътрешна надеждност и валидност. Цитираният ефект на размера е от значение при клинични извадки (Norman et al., 2003) каквато е анализирана в случая.

Резултатите от съпоставката на различните скали попълнени от пациентки с полово специфичен рак какъвто е ракът на млечната жлеза потвърждават вече представените резултати в научната литература. Като цяло най-често посочваните области, които оказват влияние на качеството им на живот са наличието на когнитивни проблеми, изпитваното ниво на енергия или умора, възприемането на външния вид и избягването на социални контакти. Най-рядко споменаваните области са наличието на стрес в семейството и изпитвано безпокойство за рецидив.

В зависимост от множество индивидуални фактори при поставянето на ди-

агнозата традиционното лечение на рака на гърдата включва провеждане на химиотерапия, лъчетерапия и хормонотерапия. След него то изисква период на значителна психосоциална адаптация, в който се наблюдават симптоми на депресия и тревожност в пациентките, увеличава се нивото на субективния стрес и намалява честотата на сексуалните взаимоотношения и междуличностните контакти (Carver, Lehman & Antoni, 2003). Въпреки това обаче преживяването на поставената диагноза не се определя единствено като негативен опит от изследваните лица. Получените резултати показват, че множество жени освен изпитвания стрес откриват и **позитивни страни** в преминалия лечебен процес. Те споделят, че са развили редица личностни умения, ясно са дефинирали целите пред себе си, обърнали са по-голямо внимание на духовността, създали са по-близки отношения със значимите други и са извършили промяна в личностните си приоритети. Независимо от това остава ясно изразената необходимост от разработване на програми за преодоляване на посттравматичния стрес и участие в групи за взаимопомощ (Механджийска, 2009) при пациентки с извършена радикална мастектомия. Те споделят, че имат повече затруднения в избора на подходящи дрехи, във възприемането на собственото тяло и изпитват по-слаб сексуален интерес. Остава необходимостта от обръщане на специално внимание на симптоми като инсомния и безапетитие при пациентките преминали традиционното лечение, защото те оказват пряко влияние на качеството им на живот след това.

Своевременното диагностициране на заболяването е от важно значение за обема на хирургическата интервенция, за крайния резултат от лечението и за качеството на живот на пациентите. За съжаление, въпреки че се работи по темата, България все още няма действаща **национална скринингова програма** за ранна диагностика на рака на млечната жлеза. Скринингът включва прегледи и изследвания на големи групи хора без оплаквания или симптоми като целта е откриване на заболяването в

ранен стадий. Освен безспорното спасяване на повече животи скрининговата програма чрез превенция спестява средства от по-нататъшното лечение на пациентите. Фактът, че в национален мащаб тя липсва рефлектира директно върху напредналия стадии, в който се поставя диагнозата, когато се търси лекарска помощ, върху лечението, което се прилага и логично върху качеството на живот на пациентките след това. Ранната диагностика на рака на млечната жлеза е пряко свързана с процента на преживяемост, с лечебния процес и възстановителния период, с привеждане в състояние „тези хора да имат рак без да са болни от него“ (Серван-Шрайбер, 2009).

Сред **ограниченията** на проведеното изследване е фактът, че всички изследвани лица живеят и са диагностицирани в София, което поставя под съмнение потенциалното обобщаване на получените резултати за жените с рак на млечната жлеза като цяло в България. Желателно и необходимо е да се събере информация от пациентки с тази диагноза и от други области в страната.

Средната възраст на участниците в представеното изследване се обяснява с това, че ракът на млечната жлеза е по-често срещан при жени в по-напреднала възраст отколкото при млади дами. Друга идея за провеждане на **бъдещи изследвания** е да се разшири възрастовия диапазон на изследваните лица като се включат и на по-малка възраст. Интерес представлява и извършването на съпоставителен анализ на качеството на живот на групи от пациенти, които са преживели различни видове рак: гинекологичен, колоректален, белодробен и т. н., тъй като те преминават през различно лечение. Как жените с рак на гърдата възприемат своето тяло като източник на себеуважение и самооценка след хирургическата интервенция предстои да бъде разгледано.

Ракът на млечната жлеза е тежка диагноза, но не и окончателна смъртна присъда. Хората, които воюват с нея след поставянето ѝ със сигурност водят по-съзнателен, по-уравновесен и по-красив живот. Те са емоционално по-балансиранни, дават

си по-ясна сметка за относителността на събитията в жизнения път на човека и се чувстват в по-висока степен свързани с околните и с Природата. Именно в анализ на позитивните последиствия от поставената диагноза в дългосрочен и краткосрочен план предстои да се проведат бъдещи изследвания.

## ЛИТЕРАТУРА

- Ганева, З. (2011). *Да преоткрием статистиката с IBM SPSS Statistics*. С. Валдеке (под печат).
- Механджийска, Г. (2009). Социална работа в група за самопомощ и взаимна подкрепа – методически особености и приложения в българската практика. – В Сб.: Подготовка, професионална реализация и социален статус на социалния работник. Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, С., 237–250.
- Серван-Шрайбер, Д. (2009). *Антирак. Нов начин на живот*. С.
- Andersen, B., Anderson, B., deProse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 692–697.
- Avis, N., Smith, K., McGraw, S., Smith, R., Petronis, V., Carver, C. (2005). Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivor (QLACS), *Quality of Life Research*, 14, 1007–1023.
- Bjorndal, K., Mastekaasa, A., Kaasa, S. (1995). Self-reported satisfaction with life and physical health in long-term cancer survivors and a matched control group. *European Journal of Cancer*, 31, 340–345.
- Borghede, G., Sullivan, M. (1996). Measurement of quality of life in localized prostatic cancer patients treated with radiotherapy; development of a prostate cancer-specific module supplementing the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 5, 212–221.
- Carver, C., Lehman, J., Antoni, M. (2003). Dispositional pessimism predicts illness-related disruption of social and recreational activities among breast cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 813–821.
- Cella, F., Tulsky, S., Gray, G. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570–577.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Ferrell, R., Hassey, Dow K., Grant M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*, 4, 523–531.



- Ganz, P., Desmond, A., Leedham, B., Rowland, H., Meyerowitz, E., Belin, R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of National Cancer Institute*, 94, 39–49.
- Deimling, T., Kahana, B., Bowman, F., Schaefer, L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology*, 11, 479–494.
- Donovan, K., Sanson-Fisher, W., Redman, S. (1989). Measuring quality of life in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 7, 959–968.
- Gotay, C., Korn, L., McCabe, S., Moore, D., Cheson, D. (1992). Quality of life assessment in cancer treatment protocols: Research issues in protocol development. *Journal of National Cancer Institute*, 84, 575–585.
- Norman, G., Sloan, J., Wyrwich, K. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life: The remarkable universality of half a standard deviation. *Medical Care*, 41, 582–592.
- Osoba, D., Aaronson, N., Zee, B., Sprangers, M., te Velde, A. (1997). Modification of the EORTC QLQ-C30 (version 2.0) based on content validity and reliability testing in large samples of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 6, 103–108.
- Partridge, H., Burstein, J., Winer, P. (2001). Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer. *Journal of National Cancer Institute*, 30, 135–142.
- Ringdal, I., Ringdal, K. (1993). Testing the EORTC quality of life questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses. *Quality of Life Research*, 2, 129–140.
- Schag, C., Heinrich, L. (1990). Development of a comprehensive quality of life measurement tool CARES. *Oncology*, 4, 135–138.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A., Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index-cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472–783.
- Wyatt, G., Kurtz, E., Friedman, L., Given, B., Given, W. (1996). Preliminary testing of the long-term quality of life instrument (LTQL) for female cancer survivors. *Journal of Nursing Measures*, 4, 153–170.

## INVESTIGATION ON QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH BREAST CANCER

Zornitza Ganeva

**Abstract.** *Analysis of quality of life of women who have survived breast cancer was made in the article. It was measured by means of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale (Avis et al., 2005). 42 women of Bulgarian origin at an average age of 48.79 years (at least 30 and 74 years at most) were studied. The reliability of the scale applied and of each of the 13 scales that build it was shown. The most often shown domains that influence the quality of life of the persons studied are the presence of cognitive problems, the experienced level of energy or fatigue, the perception of the appearance and the avoidance of social contacts. The most seldom mentioned domains are the presence of family-related distress and the distress over recurrence.*

**Key words:** breast cancer; quality of life

**Гл. ас. д-р Зорница Ганева** – европейски доктор по психология (2009 г., Испания) и доктор по педагогика (2007 г., България). Печелила е изследователски стипендии Мария Кюри на ЕС (1 година) и на Министерството на външните работи на Испания (3 години). Участвала е в редица международни проекти в областта на социалната психология, интеркултурната педагогика и здравното образование. Автор е на монографиите „Социални идентичности и психично благополучие“ (2010) и „Развитие на етнически стереотипи през детска възраст“ (2009) и на научни публикации в страната и чужбина.

**Chief Assistant, Dr. Zornitza Ganeva** – European Doctor of Psychology (2009, Spain) and Doctor of Pedagogy (2007, Bulgaria). She won the Marie Curie research fellowship (1 year) of EU and the research fellowship of the Ministry of Foreign Affairs of Spain (3 years). She participated in a number of international projects in the field of social psychology, intercultural pedagogy and health education. She is an author of the monographs “Social Identities and Psychological Well-being” (2010) and “Development of Ethnic Stereotypes in Childhood” (2009) and of scholarly publications in the country and abroad.

## GUIDE FOR AUTHORS

Manuscripts will be considered if they are submitted only to this journal, have not been published already, and are not under consideration for publication or in press elsewhere. The manuscripts for the Journal „Psychological Research” must report original research and will be subjected to double-blinded review by anonymous and independent referees by the decision of the Editor(s) aimed to diminishing the subjective factor, insurance of an objective evaluation and a high quality of the published materials.

Manuscripts should be sent electronically to: **psy\_research@abv.bg**

The manuscripts should be sent as e-mail attachments using a standard word processing application. If e-mail submission is not possible, please send an electronic version on disk.

### Manuscript preparation

#### *General guidelines*

- Manuscripts can be presented in Bulgarian or in English.
- Manuscripts should be compiled in the following order: title page (informative, without any abbreviations, title of the paper and names of the authors without their current academic positions); abstract in size not exceeding 20 lines; 3-6 keywords (in Bulgarian and in English); full text; acknowledgments; appendixes (as appropriate); notes; references; full addresses of all authors (academic positions, affiliations, post addresses, email addresses).
- Figures and their titles should be presented separate from the text, but their position in the text must be indicated (Fig. 1, Fig. 2 about here, etc.). Please, do not put figures in the text file.
- Tables and their titles should be presented separate from the text, but their position in the text must be indicated (Table 1, Table 2 about here, etc.). Please, do not put tables in the text file. It is expected that tables will contain some variables; text tables are not encouraged.

#### *Notes and References*

The list of references includes sources which can be easily checked by the referees and by the readers. Sources that are not officially published should not be included in the list of references. Nevertheless, if such sources have to be cited, they should be put in the list of notes. The notes should contain some additional explanations or sources such as internet addresses, preferably in portable document format (pdf). The position of notes in the text should be marked by Arabic numerals as upper indexes.

The style of references should correspond to that of the Publication Manual of American Psychological Association (APA style), widely used for such kind of publications: <http://www.calstatela.edu/library/guides/3apa.pdf>

For more details look in: <http://www.journalofpsychology.org>

### Proofs

Before publishing, authors will have the opportunity to check the proof-reading of their paper. The proofs should be corrected and returned to the Editor within a week. Major alterations to the text cannot be accepted.

### Reprints

After manuscript publishing in the online edition of the journal, the authors will have the possibility to make an unlimited number of reprints of their articles, using the PDFs sent to them.

### Last words

The acceptance of the submitted manuscripts depends strongly on the reviewers' recommendations. The publishing of the paper does not mean that the editors are in agreement with the points of view, advocated by the authors. The editors reserve the right to edit manuscripts when necessary. There are no charges for publishing to individuals or institutions.