

ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПСИХИЧНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ НА ЖЕНИ С РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

Зорница Ганева¹

В статията е направен анализ на психичното благополучие на жени с рак на млечната жлеза в съпоставка със здрави жени. То е измерено чрез скалите за ориентация в живота (Life Orientation Test (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994), за самооценка (Rosenberg, 1965), за самота (UCLA Loneliness Scale, Version 3) (Russell, 1996) и за контрол (Pearlin et al., 1981). Изследвани са общо 127 жени от български произход, от които 83 на средна възраст 39.72 години са в I, II или III стадии от развитието на болестта и 44 здрави жени на средна възраст 30.64 години. Отражена е надеждността на приложените скали. Психичното благополучие на изследваните жени е анализирано по: 1) медицински характеристики (частична или цялостна операция, премахване на лимфни възли, наличие или отсъствие на метастази в тях), 2) проведени или не класически терапии (химиотерапия, лъчетерапия и хормонотерапия) и 3) по прилагане или не на алтернативни терапии (билколечение, физическо натоварване, извършване на масаж лимфен дренаж, употреба на хранителни добавки, спазване на хранителна диета).

Ключови думи: психично благополучие, рак на гърдата

С цел оказване на помощ сред психолозите все повече нараства интересът към темата как хората се адаптират към неочаквани негативни събития в живота, каквото е поставянето на онкологична диагноза. Като цяло преодоляването на този стресор е широко изследвано в научната литература. Безспорен факт е, че диагнозата е придружена с последващи различни психологични проблеми като: депресия (Brown, 1978), тревожност (Ray, 1977),

¹ Гл. ас. д-р Зорница Ганева – Факултет по Педагогика в СУ „Св. Климент Охридски”

Адрес за контакти: zganeva@abv.bg

гняв или враждебност (Meyerowitz, 1980), изпитване на чувство на вина и ниска самооценка. Поведенческият израз на изброените негативни емоции включва безсъние (Brown, 1978), проблеми в концентрацията, паметта и вниманието (Ervin, 1973), загуба на апетит (Jamison et al., 1978), по-честа употреба на успокоителни и алкохол (Brown, 1978) и наличие на суицидни мисли (Jamison et al., 1978). Поставената онкологична диагноза е възможно да провокира усещане за неадекватност, крехкост, уязвимост и изгубеност, което е по-скоро правило, а не изключение.

В проведени интервюта (Lesko, Ostroff & Smith, 1991), онкологичните пациенти твърдят, че първият път, когато произнасят на глас „Аз имам рак“ е най-трудно. Колкото повече го повтарят те започват по-лесно да казват думите. Колкото повече говорят за поставената им диагноза, толкова по-лесно приемат по-нататъшното лечение. Голяма част от тях по време на лечението губят изпълняваните социални роли като сексуални, професионални и т. н.

Според някои изследователи, самообвиненията за негативни жизненни събития като рак са свързани с преживяване на чувство на вина, срам или усещане за малоценност и също водят до приспособяване в по-ниска степен (Weisman, 1975). Приписването на причините на външни фактори като например, замърсената околна среда не се отразяват на **самооценката** (Mastrovito, 1974) и предпазват от преживяване на вина, себекритичност и усещане за безсилие.

Онкологичните пациенти по правило, освен че съставят своеобразни „теории“ за причините за появата на заболяването, те носят в себе си и вярването дали успяват да го контролират, дали влияят на развитието на тумора, на злокачествените клетки в телата им, на вероятността от рецидив или на провежданото лечение. Какво обаче е значението на тези убеждения за функционирането им? Налице са множество проведени изследвания, според които, когато хората упражняват контрол над здравословни проблеми или вярват, че могат да го направят, те се приспособяват към тях по-лесно (Thompson, 1981). В повечето изследвания, емпирично се разглежда ефектът на манипулираното чувство на контрол над кратковременни стресори върху психичното благополучие. Установено е, че онкологичните пациенти, които вярват, че упражняват контрол върху развитието на диагнозата се приспособяват по-бързо към нея в сравнение с тези, които не вярват в това. Обикновено се смята, че върху развитието на онкологичната диагноза могат да упражняват контрол както екипът от медицински специалисти и лечебният процес, но и самият пациент. Според някои изследвания (Wortman, 1975), собствените действия на пациента по време на лечението му дават по-голямо усещане за контрол в сравнение с действията на другите хора.

В литературата са налице **4 вида психологичен контрол** (Thompson, 1981), въпреки че при онкологичните пациенти всеки от тях има различно значение. *Когнитивният* контрол се изразява в осмисляне и възприемане на трудното житейско събитие по различен начин. *Информационният* контрол представлява трупане на информация за него. *Поведенческият* контрол се свързва с оказване на влияние върху него чрез директни дейст-

вия. При *ретроспективния* контрол пациентът постфактум решава, че тъй като е могъл да го контролира в миналото, то следователно може да прави това и в бъдеще. Според автора когнитивният контрол е най-подходящ за намаляване на стреса като цяло. Поведенческият контрол редуцира стреса преди трудното житейско събитие, но е възможно това да не стане, когато то реално се случва. Информационният контрол не оказва надежден благоприятен ефект върху справянето. Позитивната страна на ретроспективния контрол все още подлежи на изясняване и задълбочено проучване чрез провеждане на емпирични изследвания.

Друг детерминант на психичното благополучие на онкологичните пациенти са **социалните мрежи** за емоционална подкрепа, тяхната структура, размер и функциониране. Ракът е стресиращо събитие, което оказва влияние и на междуличностните взаимоотношения (Peters-Golden, 1982). Тъй като той е потенциална терминална диагноза, която често се характеризира със стигма за пациентите, възможно е те да реагират неуместно, да се почувстват самотни, да се изолират, да намалят своите социални дейности и да се лишат от социалната подкрепа на своето обкръжение в момент, в който изпитват силна потребност от нея (Bloom & Kessler, 1994).

Целта на настоящото изследване е да се направи съпоставителен анализ на психичното благополучие на жени с рак на млечната жлеза с клинично здрави жени по медицински характеристики и провеждане или не на класически (химиотерапия, лъчетерапия и хормонална терапия) и алтернативни терапии.

Изследвани лица

В изследването участват 127 жени от български произход, от които 83 са с рак на млечната жлеза, а 44 са клинично здрави. Средната възраст на болните жени е 39.72 години, а на здравите – 30.64. За 33% от респондентите операцията е направена преди повече от една година, а при 32% преди по-малко от една година. За 12% от тях операцията е направена преди по-малко от 6 месеца, за 21% между 6 и 12 месеца, за 19% между 1 и 2 години, за 5% между 2 и 3 години и за 9% преди повече 3 години. На 12% от изследваните жени заболяването е диагностицирано в I стадий, на 42% - във II стадий и на 9% – в III стадий.

Методи и процедура на изследване

Скала за оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота

Измерване. Степента на оптимизъм и песимизъм е измерена със скалата *Life*

Orientation Test (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994), която се състои от 10 въпроса. Изследваните лица отговарят чрез 5 – степенна Ликерт-формат скала от 1 – „напълно несъгласен“ до 5 – „напълно съгласен“ с 3 – „нито съгласен, нито несъгласен“.

Надеждност на скалата. За цялата извадка стойността на алфа α на Кронбах е $\alpha=0.74$, а за групата на диагностицираните и на здравите е съответно $\alpha=0.73$ и $\alpha=0.72$.

Корелационен анализ. За да се изчисли линейната корелация между двете подскали - *песимизъм* и *оптимизъм*, е използван коефициентът на Пирсън. За цялата извадка неговите стойности са $r=-0.297$, за групата на диагностицираните $r=-0.521$ и за групата на здравите $r=0.214$, като в трите случая той е статистически значим ($p<0.001$). Корелацията е средна/голяма, което означава, че двете подскали принадлежат и изграждат една обща скала.

Скала за самооценка

Измерване. Приложена е скалата за самооценка на М. Розенберг (*Rosenberg Self-esteem Scale*) (*Rosenberg, 1965*), която се състои от 10 въпроса. Изследваните лица отговарят чрез 5 - степенна Ликерт-формат скала от 1 – „напълно несъгласен“ до 5 – „напълно съгласен“ с 3 – „ниито съгласен, нито несъгласен“.

Надеждност на скалата. За цялата извадка стойността на коефициента алфа α на Кронбах е $\alpha=0.77$, а за групата на болните и на здравите е съответно $\alpha=0.74$ и $\alpha=0.73$.

Скала за самота

Измерване. Степента на изпитвана самота е измерена с широко използваната скала на Ръсел (*UCLA Loneliness Scale, Version 3*) (*Russell, 1996*), която се състои от 10 въпроса. Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна Ликерт-формат скала от „1 – никога не се чувствам така“ до „4 – често се чувствам така“:

Надеждност на скалата. За цялата извадка стойността на коефициента алфа α на Кронбах е $\alpha=0.89$, за групата на диагностицираните и на здравите е съответно $\alpha=0.91$ и $\alpha=0.84$.

Скала за усещане на контрол

Измерване. Усещането за контрол (*Sense of Mastery Scale*) (*Pearlin & Schooler, 1978; Pearlin et al., 1981*) е измерено със скала, която се състои от 7 въпроса. Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна Ликерт-формат скала от 1 – „напълно несъгласен“ до 5 – „напълно съгласен“.

Надеждност на скалата. За цялата извадка стойността на коефициента алфа α на Кронбах е $\alpha=0.76$, за групата на диагностицираните и на здравите е съответно $\alpha=0.72$ и $\alpha=0.80$.

Стойностите на коефициента алфа α са над минималната препоръчана стойност 0.70, което означава, че вътрешната съгласуваност на четирите скали е достатъчно висока и въпросите (айтъмите), които ги изграждат формират една обща група. Следователно е допустимо да се приеме, че те са *надеждни*. Това позволява да се направи статистически анализ със събраните данни.

Резултати

Връзка между психичното благополучие и медицинските показатели на изследваните лица

В табл. 1 са представени средните стойности на четирите скали за психично благополучие, разпределени по медицински характеристики на изследваните жени.

Таблица 1. Средни стойности на скалите за психично благополучие: (1) оптимизъм и пессимизъм като ориентация в живота, (2) самооценка, (3) самота и (4) усещане за контрол, разпределени по медицински характеристики

Дименсия	1			2	3	4
	цялата скала	подскала оптимизъм	подскала пессимизъм			
Здрави/Болни						
здрави	20.89	11.41	8.52	37.32	23.02	21.86
болни	22.88	12.28	7.40	36.61	23.19	17.24
статическа значимост	*	*	*	-	-	*
големина на ефекта $d=$	0.51, T	0.39, M	-0.43, M	-	-	1.29, >Г
Операция						
здрави	20.89 ^a	11.40 ^a	8.52 ^b	37.32	23.02	21.86 ^b
< 12 месеца	22.54 ^{ab}	12.63 ^b	8.10 ^b	36.29	22.95	17.27 ^a
> 12 месеца	23.21 ^b	11.93 ^{ab}	6.71 ^a	36.93	23.43	17.21 ^a
статическа значимост	*	*	*	-	-	*
големина на ефекта $\eta=$	0.26, T	0.23, M	0.30, T	-	-	0.62, >Г
Операция						
здрави	20.89 ^a	11.41 ^a	8.52 ^{bc}	37.32 ^{ab}	23.02 ^{ab}	21.86 ^b
до 0.5 година	22.20 ^{ab}	13.00 ^b	8.80 ^c	35.80 ^a	21.20 ^{ab}	18.20 ^{ab}
между 0.5 и 1 година	22.73 ^{ab}	12.42 ^b	7.69 ^{abc}	36.58 ^{ab}	23.96 ^{ab}	16.73 ^a
между 1 и 2 години	24.75 ^{bc}	12.75 ^b	6.00 ^{ab}	36.75 ^{ab}	22.75 ^{ab}	17.13 ^a
между 2 и 3 години	25.50 ^c	13.00 ^b	5.50 ^a	40.50 ^b	19.00 ^a	15.00 ^a
над 3 години	19.00 ^a	9.75 ^a	8.75 ^c	35.50 ^a	27.00 ^b	18.84 ^{ab}
статическа значимост	*	*	*	*	*	*
големина на ефекта $\eta=$	0.52, >Г	0.47, >Г	0.46, >Г	0.26, >Г	0.27, >Г	0.67, >Г
Операция						
здрави	20.89 ^a	11.41	8.52 ^b	37.32	23.02	21.86 ^b
цяла	22.50 ^{ab}	12.28	7.78 ^{ab}	36.44	22.78	17.33 ^{ab}
част	23.31 ^b	12.19	6.88 ^a	36.69	24.77	17.19 ^a
статическа значимост	*	-	*	-	-	*
големина на ефекта $\eta=$	0.25, T	-	0.23, M	-	-	0.61, >Г

Стадии

зdrави	20.89 ^a	11.41	8.52 ^b	37.32	23.02	21.86 ^b
I	22.80 ^{ab}	12.40	7.60 ^{ab}	37.60	21.00	17.20 ^b
II	22.64 ^{ab}	12.09	7.45 ^{ab}	36.57	23.36	17.55 ^b
III	24.25 ^b	12.75	6.50 ^a	35.75	25.25	15.50 ^a
статическа значимост	*	-	*	-	-	*
големина на ефекта η^2	0.27, T	-	0.24, T	-	-	0.65, >T

Лимфни възли

зdrави	20.89 ^a	11.41 ^a	8.52 ^b	37.32 ^{ab}	23.02	21.86 ^b
под 12	24.94 ^b	13.09 ^b	6.16 ^a	37.78 ^b	24.91	16.41 ^a
над 12	21.50 ^b	12.13 ^{ab}	8.63 ^b	35.25 ^a	21.38	17.13 ^a
статическа значимост	*	*	*	*	-	*
големина на ефекта η^2	0.57, >T	0.37, T	0.45, >T	0.24, T	-	0.68, >T

Сродници

зdrави	20.89 ^a	11.41 ^a	8.52 ^b	37.32	23.02	21.86 ^b
да	22.59 ^{ab}	11.97 ^{ab}	7.38 ^a	36.94	22.66	17.06 ^a
не	23.06 ^b	12.47 ^b	7.41 ^{ab}	36.41	23.53	17.35 ^a
статическа значимост	*	*	*	-	-	*
големина на ефекта η^2	0.25, T	0.21, M	0.20, M	-	-	0.62, >T

Забележки: СЗ – статистическа значимост, GE – големина на ефекта; по-високите стойности на числата отразяват по-голямо отдавано значение на съответната скала за благополучие; минималните и максималните стойности за скалите са съответно: (1) за оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота – 6 и 30 (за двете подскали – 3 и 15); (2) за самооценката – 10 и 50; (3) за самота – 10 и 40 и (4) за усещането за контрол – 7 и 35; където е налице статистически значим ефект при $p < 0.05$ на групата върху съответната скала за психично благополучие, в съответната колона от две или три числа е поставена звездичка и при повече от две групи точно то място на статистическото различие за съответната група е посочено с малка буква (^a, ^b, ^c); средните, отбелязани с (^a), са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с (^b), и са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с (^c); средните, отбелязани с (^{ab}), попадат между средните, отбелязани с (^a) и (^b), и няма статистически значимо различие между тях; данните са обработени с *t*-тест за независими извадки (*independent-samples t-test*) и с еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (*ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests*); за *t*-тестовете големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента *d* на Коен и е интерпретирана при стойности: >1.0 като много по-голяма от типичната (>T), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (T), 0.5-0.8 като средна или типична (T) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (M), съгласно Коен (1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента η^2 на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>T), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (T), 0.24-0.36 като средна или типична (T) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (M), съгласно Коен (1988).

Представените резултати в табл. 1 показват, че диагностицираните жени с рак на млечната жлеза са по-големи оптимисти и по-малко песимистично настроени в сравнение с изследваните здрави лица. Логично здравите изследвани жени имат усещането, че упражняват контрол над живота си в най-висока степен.

Жените с рак на млечната жлеза в период до 1 година от направената им операция са по-оптимистично ориентирани в сравнение със здравите жени. Най-слабо песимистично настроени са диагностицираните дами, които са преминали над 1 година от извършената операция.

Колкото по-скоро е извършена оперативната интервенция за отстраняване на рака на гърдата, толкова степента на оптимизъм, която преживяват пациентите, е по-голяма. В период над 3 години от извършената операция те се чувстват толкова оптимистично настроени, колкото и здравите жени.

Най-ниска е самооценката на жените непосредствено след извършената операция, до 6 месеца от нея или 3 години след това. Тя е най-висока в период между 2 и 3 години от операцията. В разглеждания период те се чувстват и най-малко самотни. Веднага след това, 3 години след оперативната намеса, жените се чувстват самотни в най-висока степен. Като цяло след извършената операция за отстраняване на рака на гърдата жените имат усещане, че слабо контролират своя живот. Те не успяват да се изравнят в това усещане и да достигнат нивата, които се наблюдават при здравите изследвани лица.

Връзка между психичното благополучие и класическите терапии за лечение

В табл. 2 са представени средните стойности на четирите скали за психично благополучие, разпределени по проведени или не класически терапии от изследваните жени.

Таблица 2. Средни стойности на скалите за психично благополучие: (1) оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, (2) самооценка, (3) самота и (4) усещане за контрол, разпределени по класически терапии

Дименсия	1			2	3	4
	цялата скала	подскала оптимизъм	подскала песимизъм			
Химиотерапия						
зdravi	20.89 ^a	11.41 ^a	8.52 ^b	37.32	23.02 ^a	21.86 ^b
да	23.90 ^b	12.81 ^b	6.90 ^a	37.05	22.05 ^a	16.76 ^a
не	19.65 ^a	10.60 ^a	8.95 ^b	35.25	26.80 ^b	18.75 ^a
СЗ	*	*	*	-	*	*
ГЕ η=	0.49,>Г	0.42,Г	0.35,Г	-	0.27,Г	0.66,>Г

Лъчетерапия

зdrави	20.89 ^a	11.41 ^a	8.52 ^b	37.32	23.02	21.86 ^b
да	23.68 ^b	12.74 ^b	7.05 ^a	36.79	23.84	16.95 ^a
не	21.12 ^a	11.27 ^a	8.15 ^{ab}	36.23	21.77	17.88 ^a
СЗ	*	*	*	-	-	*
ГЕ η =	0.36, T	0.32, T	0.26, T	-	-	0.63, >Г

Хормонотерапия

зdrави	20.89 ^a	11.41	8.52 ^b	37.32 ^{ab}	23.02	21.86 ^b
да	23.54 ^b	12.38	6.85 ^a	37.85 ^b	23.85	16.62 ^a
не	22.30 ^{ab}	12.18	7.89 ^{ab}	35.52 ^a	22.61	17.80 ^a
СЗ	*	-	*	*	-	*
ГЕ η =	0.28, T	-	0.26, T	0.25, T	-	0.64, >Г

Забележки: вж. забележките под табл. 1.

Представените резултати в табл. 2 показват, че най-големи оптимисти и същевременно най-слабо пессимистично ориентирани са диагностицираните жени, които преминават през химиотерапевтично лечение и лъчетерапия. Те заедно с групата на здравите жени се чувстват по-малко самотни в сравнение с оперираните жени, които не се лекуват чрез разглежданите два вида терапии. Като цяло групата на здравите жени контролира повече своя живот в сравнение с групата на жените с рак на млечната жлеза.

Връзка между психичното благополучие и алтернативните терапии за лечение

В табл. 3 са представени средните стойности на четирите скали за психично благополучие, разпределени по проведени или не алтернативни терапии от изследваните жени.

Таблица 3. Средни стойности на скалите за психично благополучие: (1) оптимизъм и пессимизъм като ориентация в живота, (2) самооценка, (3) самота и (4) усещане за контрол, разпределени по алтернативни терапии

Дименсия	1			2	3	4
	цялата скала	подскала оптимизъм	подскала пессимизъм			
Алтернативна терапия						
зdrави	20.89 ^a	11.41 ^a	8.52 ^{bc}	37.32	23.02 ^b	21.86 ^b
не знае	21.17 ^a	12.50 ^b	9.33 ^c	37.17	18.50 ^a	18.17 ^a
не използва	22.40 ^{ab}	11.50 ^a	7.10 ^{ab}	36.20	26.20 ^b	16.90 ^a
използва	24.17 ^b	12.83 ^b	6.66 ^a	36.69	23.03 ^b	17.06 ^a

	СЗ	*	*	*	-	*	*
	ГЕ $\eta=$	0.36,Г	0.30,Г	0.40,Г	-	0.38,Г	0.63,>Г
Билки							
	зdrави	20.89 ^a	11.41 ^a	8.52 ^b	37.32	23.02 ^{ab}	21.86 ^b
	не знае	21.60 ^{ab}	12.00 ^{ab}	8.40 ^b	37.00	18.80 ^a	17.60 ^a
	не използва	22.88 ^{ab}	11.75 ^a	6.88 ^a	36.38	25.38 ^b	17.38 ^a
	използва	23.32 ^b	12.66 ^b	7.34 ^{ab}	36.61	23.50 ^b	17.05 ^a
	СЗ	*	*	*	-	*	*
	ГЕ $\eta=$	0.28,Г	0.24,Г	0.26,Г	-	0.29,Г	0.62,>Г
Хранителна диета							
	зdrави	20.89 ^{ab}	11.41 ^{ab}	8.52 ^{ab}	37.32	23.02	21.86 ^b
	не знае	18.00 ^a	10.00 ^a	10.00 ^b	36.50	19.00	18.50 ^a
	не използва	23.71 ^b	12.71 ^b	7.00 ^a	35.14	24.00	17.71 ^a
	използва	23.09 ^b	12.36 ^b	7.27 ^a	37.18	23.34	16.93 ^a
	СЗ	*	*	*	-	-	*
	ГЕ $\eta=$	0.40,Г	0.31,Г	0.31,Г	-	-	0.63,>Г
Хранителни добавки							
	зdrави	20.89 ^{ab}	11.41 ^a	8.52 ^b	37.32	23.02	21.86 ^b
	не знае	20.57 ^a	11.43 ^a	8.86 ^b	36.43	21.43	17.71 ^a
	не използва	23.14 ^{bc}	12.40 ^b	7.26 ^{ab}	36.26	23.11	17.83 ^a
	използва	24.33 ^c	12.78 ^b	6.44 ^a	37.22	24.67	16.11 ^a
	СЗ	*	*	*	-	-	*
	ГЕ $\eta=$	0.41,Г	0.27,Г	0.36,Г	-	-	0.65,>Г
Физически упражнения							
	зdrави	20.89 ^{ab}	11.41 ^{ab}	8.52 ^{ab}	37.32	23.02	21.86 ^b
	не знае	17.00 ^a	10.00 ^a	11.00 ^b	38.00	17.00	18.00 ^{ab}
	не използва	22.27 ^b	12.09 ^b	7.82 ^a	35.91	23.91	16.82 ^a
	използва	23.68 ^b	12.55 ^b	6.87 ^a	37.02	23.09	17.49 ^a
	СЗ	*	*	*	-	-	*
	ГЕ $\eta=$	0.39,Г	0.27,Г	0.34,Г	-	-	0.63,>Г
Масаж							
	зdrави	20.89 ^{ab}	11.41	8.52 ^{bc}	37.32	23.02	21.86 ^b
	не знае	20.71 ^a	12.14	9.43 ^c	36.00	22.57	18.00 ^a
	не използва	23.80 ^c	12.10	6.30 ^a	35.90	24.20	17.20 ^a
	използва	23.44 ^{bc}	12.53	7.09 ^{ab}	37.69	22.66	16.78 ^a
	СЗ	*	-	*	-	-	*
	ГЕ $\eta=$	0.38,Г	-	0.46,>Г	-	-	0.63,>Г

Забележки: вж. забележките под табл. 1.

Представените резултати в табл. 3 показват, че както диагностицираните жени с рак на млечната жлеза, които не знаят и тези, които използват алтернативни терапии за лечение, като цяло са по-големи оптимисти от групата на здравите и на тези, които разполагат с информация за тях, но не ги използват в ежедневието си. Най-големи песимисти са онкологичните пациентки, които не знаят за тях, а най-слабо песимистично ориентирани са тези, които ги прилагат като част от своето лечение. Най-малко самотни се чувстват пациентките, които нямат информация за алтернативните терапии.

Жените с рак на млечната жлеза, които не знаят за благоприятното влияние на физическата активност, са най-слабо оптимистично настроени и най-силно песимистично ориентирани.

Оперираните жени, които не знаят за предлаганите възможности за възстановяване от масажа тип лимфен дренаж, са най-силно песимистично настроени, а тези, които разполагат с информация, но не го практикуват, са най-слабо песимистично ориентирани.

Като цяло групата на здравите изследвани жени упражнява контрол над житейските събития, които преживява в по-голяма степен в сравнение с диагностицираните жени с рак на млечната жлеза, които не разполагат с информация, разполагат, но не използват или използват алтернативни терапии в своето лечение.

Обсъждане на резултатите

Резултатите от проведеното изследване показват, че онкологичните пациенти имат както по-високи нива на оптимизъм, така и по-слабо изразен песимизъм в сравнение със здравите изследвани лица. Това вероятно би могло да се обясни с факта, че в съзнанието си те воюват с *един* проблем за разлика от здравите, които ежедневно имат *много* проблеми за разрешаване. От друга страна, тази тенденция би могла да се дължи на референтната им група за сравнение и на разбирането „по-добре съм в сравнение с другите онкологични пациенти като мен“, а не на съпоставка със здравите. Логично усещането за контрол при пациентите е по-слабо изразено в сравнение със здравите. Самотни в най-ниска степен се чувстват пациентите, които се лекуват с химиотерапия вероятно поради голямата подкрепа, която получават поради изключително тежкото лечение.

Несъмнено членовете на стигматизирани групи в обществото, каквито са онкологичните пациенти, са наранени по множество начини от проявените към тях прикрити (маскирани) или явни предразсъдъци и дискриминация. Резултатите от проведеното изследване обаче не показват, че те се себевъзприемат като жертви и нямат по-ниски стойности на самооценка, психично благополучие и себеуважение.

Дали получените резултати не се дължат на даване на социално желателни отговори от изследваните пациенти? Към кого е насочено доброто им представяне? Дали те желаят да впечатлят изследователите? Въпреки положените усилия това да се редуцира като се използват световно утвър-

дени инструменти със задоволителни психометрични свойства, пациентите имат желание да представят себе си като справящи се успешно с поставената им диагноза. Вероятно те желаят да изглеждат добре приспособени и приели своята диагноза в собствените си очи и по този начин те самите да извлекат психологически ползи за себе си, а не за изследователите (Ганева, 2011б).

Онкологичните пациенти могат да получат подкрепа от различни източници като членове на семейството, приятели, колеги, от професионалисти в здравната сфера или от групи за подпомагане, които включват други пациенти със сходни здравословни проблеми. Възможно е те да участват в групи за взаимна помощ и взаимна помощ (Механджийска, 2009). Оказаната подкрепа е начин да почувстват, че отново контролират събитията в своя живот, да бъдат по-спокойни и по-малко тревожни.

Необходимо е разработване на обучителни програми предназначени за лекари как по-ефективно да осигуряват освен информационна, но и емоционална подкрепа на своите онкологични пациенти. Желателно е те да умеят да поднасят силно стресираща информация по подходящ, щадящ, загрижен и разбираем начин без употребата на латински термини. Пациентите са по-склонни да се лекуват при емпатични лекари, а не при компетентни професионалисти, които не проявяват разбиране към тях (Korsch & Negrete, 1972). С увеличаване на емоционалната подкрепа към пациента ще се увеличи и неговото доверие, отвореност и чувство за контрол освен, че получава необходимата медицинска информация.

Налице е ясно изразената потребност от разработване на *образователни програми* за онкологичните пациенти и *програми за подобряване на взаимоотношенията им с членове на естественото социално обкръжение, семейство и приятели*. Те имат за цел да укрепят самооценката им, да увеличат усещането им за контрол, да засилят оптимизма им в бъдещето, да намалят чувството за самота и изолираност, да открият смисъла в натрупания житейски опит и успешното му емоционално преработване.

С подобряване на психичното благополучие на онкологичните пациенти, намаляване на стреса от поставената диагноза и лечението и по-лесно адаптиране към настъпилите промени в личността (Ганева, 2011а) и в живота, някои пациенти увеличават своята двигателна активност като започват повече да ходят или да изпълняват физически упражнения и натоваарване, записват се в класове по танци, балет или йога. Други креативни начини за себеизразяване и разсейване са часовете по музика, поезия, рисуване, пластична живопис, занаяти или четене. Духовни занимания като отделяне на време за молитва и релаксация са полезни за оказване на контрол на тревожността и симптомите. Започването на обучение в нова дейност е възможно да даде усещане за себеутвърждаване и себerealизация на пациента и по този начин да редуцира стреса, на който е изложен. Без значение от прогнозите на лекарите периодът на лечение, възстановяване и рехабилитация от тежката диагноза е време, в което той може да се отдаде да прави неща, за които винаги е имал желание, а никога до сега не е разполагал с време или не е имал възможност за тях.

С цел получаване на по-задълбочени отговори на поставените изследователски въпроси добра идея е в бъдеще да се проведе лонгитудно изследване по темата. Например, да се анализира дали хората, преживели рак смятат, че оказват по-голям контрол над събитията в своя живот или усещането за контрол намалява успешното приспособяване и психичното благополучие? Дали пациентите, които се справят по-добре успяват да открият смисъл в кризисната ситуация, причинена от заболяването или се приспособяват по-добре към нея след като са открили смисъла в своя живот?

Обикновено хората, които се сблъскват с рака го възприемат като възможност за собствената им смърт. Първоначално някои от тях насочват своето внимание към смъртта от него вместо да продължат да живеят въпреки него. Повечето хора, въпреки че трудно, са в състояние да понесат новината, че имат рак, но всеки се нуждае от време да се адаптира към нея и да установи какво означава и какви промени тя внася в неговия живот. Поставената онкологична диагноза представлява житейско предизвикателство за понятието за собствената личност и за света като цяло, а успешното приспособяване към нея се свързва с връщане и включване отново в живота (Taylor, 1983).

В съвременния свят ракът не е смъртна присъда, защото всеки ден се откриват нови лекарства за лечението му, вече се знае почти всичко за него и като цяло онкологичните пациенти живеят по-дълго. Поставянето на онкологична диагноза не зависи от пациента. От него обаче зависи как ще я възприеме, как ще преработи емоциите, които тя поражда и каква стратегия ще избере за избори, които са в негова власт. Вероятно вече няма да е в състояние да извършва част от обичайните дейности от миналото, но той може да изпълни със смисъл, хармония и красота всеки ден от своя живот.

Abstract

Analysis of the psychological well-being of women with breast cancer in comparison with healthy women has been made in the article. It has been measured by means of the life orientation (Life Orientation Test (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994), self-esteem (Rosenberg, 1965), loneliness (UCLA Loneliness Scale, Version 3) (Russell, 1996) and mastery (Pearlin et al., 1981) scales. A total of 127 women of Bulgarian origin, of whom 83 at the mean age of 39.72 are in the 1st, 2nd or 3rd stage of the disease development and 44 healthy women at the mean age of 30.64, have been surveyed. The reliability of the scales applied has been shown. The psychological well-being of the women surveyed has been analysed with respect to: 1) medical characteristics (partial or total surgery, surgical removal of lymph nodes, presence or absence of metastases in them); 2) classical therapies (chemotherapy, radiation therapy and hormonal therapy) administered or not; and 3) application or not of alternative therapies (herbal medicine, physical load, administration of massage, lymph drainage, use of nutritional supplements, observance of diet).

Key words: psychological well-being, breast cancer

ЛИТЕРАТУРА

- Ганева, З. (2011а). Изследване на възприемането на собственото тяло на жени с рак на млечната жлеза, *Клинична и консултативна психология*, бр. 2 (8), 36-46.
- Ганева, З. (2011б). Изследване на позитивния опит от диагнозата рак на млечната жлеза, *Международна научна конференция Унитех'11*, Технически университет, Габрово, 259-263.
- 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.
- Bloom, J., Kessler, L. (1994). Emotional support following cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 118-133.
- Brown, L. (1978). The effects of an interpersonal skills training program for reach to recovery volunteers on the rehabilitation of mastectomy patients. *Dissertation Abstracts International*, 38, 4169B-4170B.
- Ervin, C. (1973). Psychologic adjustment to mastectomy. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7, 42-65.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd edn) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jamison, K., Wellisch, D., Pasnau, R. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: The woman's perspective, *American Journal of Psychiatry*, 135, 432-436.
- Korsch, B., Negrete, V. (1972). Doctor-patient communication. *Scientific American*, 227, 66-74.
- Lesko, L., Ostroff, J., Smith, K. (1991). Life after cancer treatment: Survival and beyond. In: J. C. Holland, L. M. Lesko, & M. H. Massie (Eds.), *Current concepts in psycho-oncology IV* (pp. 47-53). New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.
- Mastrovito, R. (1974). Cancer: Awareness and denial. *Clinical Bulletin*, 4, 142-146.
- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Pearlin, L., Schooler, C. (1978). The structure of coping. – *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E., Mullen, J. (1981). The Stress Process. – *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16, 483-491.
- Ray, C. (1977). Psychological implications of mastectomy. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 373-377.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Russell, D. (1996). ULCA Loneliness Scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. – *Journal of Personality Assessment*, 66 (1), 20-40.
- Scheier, M., Carver, C., Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test). – *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Thompson, S. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Wortman, C. (1975). Some determinants of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology Review*, 31, 282-294.

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 здравето 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.