

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 жизнено 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-