ОЩЕ НЕЩО

ЗА РАКА НА ГЪРДАТА

Зорница Ганева

ЗОРНИЦА ГАНЕВА

Още нещо за рака на гърдата

Печат

Елестра ЕООД

Зорница Ганева
Още нещо за рака на гърдата
Българска
Първо издание

Zornitza Ganeva
Something more about breast cancer

Редактор **Доц. Д-р Илка Бирова**
Художествено оформление **Щилиян Василев**
ISBN 978-619-90129-2-5
Copyright© 2013, Zornitza Ganeva

Печат **Елестра ЕООД**

Съдържание

Предговор от професор Рафаел Мешулам 13
Preface by Professor Raphael Mechoulam 15
Предговор от доцент Ирина Тодорова 17
Към читателите 21

1 Теоретични основи на психоонкологията 23

Историческо развитие на психоонкологията 23
Стратегия за съобщаване на диагнозата 34
Модели на скръбта и кризата 42
Модел на скръбта 45
Модел за разбиране на процеса на приближаване към смъртта 49
Теорията на Й. Кълбърг за хората в криза 50
„Сезони на оцеляване" 51
Религиозни нагласи на личността 54
Модели на психологичен стрес, стратегии за справяне с него и скали за измерване 59
Био-психо-социален модел 60
Транзакционен модел 61
Гледната точка на съпрузите и децата на жени с рак на гърдата 73
Качество на живот на жени с рак на гърдата 81
Физическо благополучие 82
Психично благополучие 83
Социално благополучие 84
Духовно благополучие 85
Оказване на социална подкрепа на жени с рак на гърдата 91
Основни изисквания към груповите дискусии и здравнообразователните програми за психорехабилитация 98
Практически насоки за жени с рак на гърдата и техните близки 109

2 Изследване на жени с рак на млечната жлеза до една година от поставената диагноза 131

Изследване на текущото състояние 131
Въведение 131
Метод и процедура на изследване 134
Изследвани лица 134
Метод 135
Резултати – Част А: оценка на собственото състояние 137
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 137

Основен анализ: връзка между оценката на собственото състояние и медицинските показатели на изследваните лица 138
Основен анализ: връзка между оценката на собственото състояние и класическите терапии за лечение 140
Основен анализ: връзка между оценката на собственото състояние и алтернативните терапии за лечение 141
Резултати – Част Б: оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение 143
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 143
Основен анализ: връзка между неспецифичните ефекти от проведеното лечение и медицинските показатели на изследваните лица 143
Основен анализ: връзка между неспецифичните ефекти от проведеното лечение и класическите терапии 145
Основен анализ: връзка между неспецифичните ефекти от проведеното лечение и алтернативните терапии 146
Дискусия 148
Изследване на възприемането на собственото тяло 150
Въведение 150
Метод и процедура на изследване 151
Изследвани лица 151
Метод 152
Резултати 153
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 153
Основен анализ: връзка между възприемането на собственото тяло и медицинските показатели на изследваните лица 154
Основен анализ: връзка между възприемането на собственото тяло и класическите терапии за лечение 156
Основен анализ: връзка между възприемането на собственото тяло и алтернативните терапии за лечение 157
Дискусия 159
Изследване на привързаността към партньора 163
Въведение 163
Метод и процедура на изследване 166
Изследвани лица 166
Метод 166
Резултати 167
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 167
Основен анализ: връзка между качеството на привързаността и медицинските показатели на изследваните лица 167
Основен анализ: връзка между качеството на привързаността и класическите терапии за лечение 169
Основен анализ: връзка между качеството на привързаността и алтернативните терапии за лечение 170
Дискусия 172
Изследване на начините за справяне с диагнозата 175
Въведение 175
Метод и процедура на изследване 177
Изследвани лица 177
Метод 178
Резултати 179
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 179
Основен анализ: връзка между позитивните скали за справяне и медицинските показатели на изследваните лица 180
Основен анализ: връзка между негативните скали за справяне и медицинските показатели на изследваните лица 182
Основен анализ: връзка между позитивните скали за справяне и класическите терапии за лечение 184
Основен анализ: връзка между негативните скали за справяне и класическите терапии за лечение 185

Основен анализ: връзка между позитивните скали за справяне и алтернативните терапии за лечение 185
Основен анализ: връзка между негативните скали за справяне и алтернативните терапии за лечение 187
Дискусия 189
Изследване на позитивния опит от поставената диагноза 192
Въведение 192
Метод и процедура на изследване 193
Изследвани лица 193
Метод 193
Резултати 193
Връзка между позитивния опит и медицинските показатели на изследваните лица 194
Връзка между позитивния опит и класическите терапии за лечение 195
Връзка между позитивния опит и алтернативните терапии за лечение 196
Дискусия 197
Сравнителен анализ на текущото състояние, възприемането на собственото тяло и позитивния опит от поставената диагноза 199
Въведение 199
Метод и процедура на изследване 202
Изследвани лица 202
Метод 202
Резултати 202
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 202
Основен анализ: връзка между стандартизираните средни стойности на скалите и медицинските показатели на изследваните лица 203
Дискусия 207

3 Изследване на жени с рак на млечната жлеза след една година от поставената диагноза 209

Въведение 209
Метод и процедура на изследване 212
Изследвани лица 212
Метод 212
Резултати 214
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 214
Връзка между общите скали за качество на живот и медицинските показатели на изследваните лица 216
Връзка между онкологично специфичните скали за качество на живот и медицинските показатели на изследваните лица 218
Връзка между общите скали за качество на живот и класическите терапии за лечение 220
Връзка между онкологично специфичните скали за качество на живот и класическите терапии за лечение 221
Връзка между общите скали за качество на живот и алтернативните терапии за лечение 222
Връзка между онкологично специфичните скали за качество на живот и алтернативните терапии за лечение 224
Дискусия 226

4 Изследване на психичното благополучие на жени с рак на млечната жлеза 229

Въведение 229
Метод и процедура на изследване 238
Изследвани лица 238
Метод 238
Скала за измерване на оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота 238
Скала за самооценка 240
Скала за измерване на степента на изпитвана самота 241
Скала за усещане за контрол 241
Резултати 242
Дескриптивна статистика и корелационен анализ 242
Анализ на скалите за психично благополучие 243
Връзка между скалите за психично благополучие и медицинските показатели на изследваните лица 243
Връзка между скалите за психично благополучие и класическите терапии за лечение 245
Връзка между скалите за психично благополучие и алтернативните терапии за лечение 247
Сравнителен анализ на психично благополучие 249
Връзка между стандартизираните средни стойности на скалите за психично благополучие и медицинските показатели на изследваните лица 249
Връзка между стандартизираните средни стойности на скалите за психично благополучие и класическите терапии за лечение 251
Връзка между стандартизираните средни стойности на скалите за психично благополучие и алтернативните терапии за лечение 252
Дискусия 254

5 Обща дискусия 259

Приложения 279

Изследване на текущото състояние 279
Изследване на възприемането на собственото тяло 281
Изследване на качеството на привързаността към партньора 282
Изследване на начините за справяне с диагнозата 283
Изследване на позитивния опит 284
Изследване на качеството на живот 285
Скала за оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота 287
Скала за самооценка 288
Скала за степен на изпитвана самота 289
Скала за усещане за контрол 290

Библиография 291

Таблици и фигури

Фигури

Фигура 1.1	Гравюра на жена от Дания с премахнат тумор от врата през 1689 г. Национална медицинска библиотека, САЩ	30
Фигура 1.2	Модел на провеждани изследвания в психоонкологията	31
Фигура 1.3	Континуум на онкологичната грижа	32
Фигура 1.4	Термометър на стрес и списък на странични ефекти от лечението	70
Фигура 1.5	Адаптиран модел на качеството на живот на жени с рак на гърдата	83
Фигура 1.6	Теоретичен модел на факторите, които оказват влияние на качеството на живот на пациентите и членовете на техните семейства	86

Таблици

Таблица 2.1	Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдавания диапазон на подскалите на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А): релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне за цялата извадка (*N*=95)	137
Таблица 2.2	Средни стойности на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на четирите подскали, които я изграждат: релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)	138
Таблица 2.3	Средни стойности на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на четирите подскали, които я изграждат: релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)	140
Таблица 2.4	Средни стойности на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на нейните четирите подскали, които я изграждат: релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)	141
Таблица 2.5	Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдаван диапазон на подскалите на скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б): получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза за диагностицираните жени (*N*=41)	143
Таблица 2.6	Средни стойности на скалата за *оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскали, които я изграждат: получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=41)	144
Таблица 2.7	Средни стойности на скалата за *оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскали, които я изграждат: получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)	145

Таблица 2.8 Средни стойности на скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскàли, които я изграждат: получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=41) 147

Таблица 2.9 Резултати от потвърждаващия факторен анализ на скàлата за *възприемане на собственото тяло* от жени с рак на млечната жлеза. Дадени са факторните тегла, собственото им значение и процентът на обяснена дисперсия (*N*=41) 152

Таблица 2.10 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдаван диапазон на подскàлите на скàлата за *възприемане на собственото тяло*: възприемане на външния вид и възприемане на цялостността на собственото тяло за диагностицираните жени (*N*=41) 153

Таблица 2.11 Средни стойности на скàлата за *възприемане на собственото тяло* и двете подскàли: външен вид и телесна цялост, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54) 155

Таблица 2.12 Средни стойности на скàлата за *възприемане на собственото тяло* и двете подскàли: външен вид и телесна цялост, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54) 156

Таблица 2.13 Средни стойности на скàлата за възприемане на собственото тяло и двете подскàли: външен вид и телесна цялост, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54) 158

Таблица 2.14 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдаван диапазон на подскàлите на скàлата за *качество на привързаността*: за сигурна привързаност, за избягваща привързаност, за амбивалентно-тревожна привързаност и за амбивалентно-сливаща привързаност за диагностицираните жени (*N*=41) 167

Таблица 2.15 Средни стойности на четирите подскàли на скàлата за *качество на привързаността*: сигурна привързаност, избягваща привързаност, амбивалентно-тревожна привързаност и амбивалентно-сливаща привързаност, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54) 168

Таблица 2.16 Средни стойности на четирите подскàли на скàлата за *качество на привързаността*: сигурна привързаност, избягваща привързаност, амбивалентно-тревожна привързаност и амбивалентно-сливаща привързаност, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54) 170

Таблица 2.17 Средни стойности на четирите подскàли на скàлата за *качество на привързаността*: сигурна привързаност, избягваща привързаност, амбивалентно-тревожна привързаност и амбивалентно-сливаща привързаност, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54) 171

Таблица 2.18 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на седемте *позитивни скàли за справяне*: (1) активно справяне, (2) използване на емоционална подкрепа, (3) позитивно преформулиране, (4) планиране, (5) хумор, (6) приемане и (7) религиозност за диагностицираните жени (*N*=41) 179

Таблица 2.19 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на седемте *негативни скàли за справяне*: (1) разсейване, (2) отричане, (3) използване на вещества, (4) използване на инструментална подкрепа, (5) поведенчески отказ, (6) изразяване и (7) самообвинение за диагностицираните жени (*N*=41) 180

Таблица 2.20 Средни стойности на *позитивните* скàли *за справяне*: **(1)** активно справяне, **(2)** използване на емоционална подкрепа, **(3)** позитивно преформулиране, **(4)** планиране, **(5)** хумор, **(6)** приемане и **(7)** религиозност, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=41) 181

Таблица 2.21 Средни стойности на *негативните скàли за справяне:* **(1)** разсейване, **(2)** отричане, **(3)** използване на вещества, **(4)** използване на инструментална подкрепа, **(5)** поведенчески отказ, **(6)** изразяване и **(7)** самообвинение, 183

	разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=41)	
Таблица 2.22	Средни стойности на *позитивните скали за справяне*: (1) активно справяне, (2) използване на емоционална подкрепа, (3) позитивно преформулиране, (4) планиране, (5) хумор, (6) приемане и (7) религиозност, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)	184
Таблица 2.23	Средни стойности на *негативните скали за справяне:* (1) разсейване, (2) отричане, (3) използване на вещества, (4) използване на инструментална подкрепа, (5) поведенчески отказ, (6) изразяване и (7) самообвинение, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)	185
Таблица 2.24	Средни стойности на *позитивните скали за справяне*: (1) активно справяне, (2) използване на емоционална подкрепа, (3) позитивно преформулиране, (4) планиране, (5) хумор, (6) приемане и (7) религиозност, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)	186
Таблица 2.25	Средни стойности на *негативните скали за справяне:* (1) разсейване, (2) отричане, (3) използване на вещества, (4) използване на инструментална подкрепа, (5) поведенчески отказ, (6) изразяване и (7) самообвинение, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)	188
Таблица 2.26	Средни стойности на скалата за *позитивен опит*, разпределени по *медицински характеристики* на изследваните жени (*N*=41)	194
Таблица 2.27	Средни стойности на скалата за *позитивен опит*, разпределени по *класически терапии* на изследваните жени (*N*=41)	195
Таблица 2.28	Средни стойности на скалата за *позитивен опит*, разпределени по *алтернативни терапии* на изследваните жени (*N*=41)	196
Таблица 2.29	Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на стандартизираните стойности на скалите: (1) за *оценка на собственото състояние* (част А), (2) за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), (3) за *възприемане на собственото тяло* и (4) за *позитивния опит* от поставената диагноза и последващото ѝ лечение за изследваните жени (*N*=41)	202
Таблица 2.30	Средни стойности на (1) скалата за *оценка на собственото състояние* (част А), (2) скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), (3) скалата за *възприемане на собственото тяло* и (4) скалата за *позитивен опит*, разпределени по *медицински характеристики* на изследваните жени (*N*=41)	204
Таблица 2.31	Средни стойности на (1) скалата за *оценка на собственото състояние* (част А), (2) скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), (3) скалата за *възприемане на собственото тяло* и (4) скалата за *позитивен опит*, разпределени по *класически терапии* на изследваните жени (*N*=41)	205
Таблица 2.32	Средни стойности на (1) скалата за *оценка на собственото състояние* (част А), (2) скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), (3) скалата за *възприемане на собственото тяло* и (4) скалата за *позитивен опит*, разпределени по *алтернативни терапии* на изследваните жени (*N*=41)	206
Таблица 3.1	Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на 8-те *общи скали* за качество на живот: (1) негативни чувства, (2) позитивни чувства, (3) когнитивни проблеми, (4) усещане за болка, (5) сексуален интерес, (6) ниво на енергия и умора, (7) сексуални функции и (8) избягване на социални контакти за цялата извадка (*N*=96)	214
Таблица 3.2	Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон 5-те *онкологично специфични* скали за качество на живот: (1) финансови проблеми, (2) извличане на ползи от диагнозата, (3) причинен стрес на семейството, (4) възприемане на външния вид и (5) изпитвано безпокойство за рецидив за диагностицираните жени (*N*=42)	215
Таблица 3.3	Средни стойности на осемте общи скали за *качество на живот*: (1) негативни чувства, (2) позитивни чувства, (3) когнитивни проблеми, (4) изпитвана болка, (5) сексуален интерес, (6) енергия/умора, (7) сексуални функции и (8) избягване на социални контакти, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=42) и здравите жени (*N*=54)	216

Таблица 3.4 Средни стойности на петте онкологично специфични скали за *качество на живот*: (1) финансови проблеми, (2) извлечени ползи, (3) стрес в семейството, (4) външен вид и (5) безпокойство за рецидив, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=42) 219

Таблица 3.5 Средни стойности на осемте общи скали за *качество на живот*: (1) негативни чувства, (2) позитивни чувства, (3) когнитивни проблеми, (4) изпитвана болка, (5) сексуален интерес, (6) енергия/умора, (7) сексуални функции и (8) избягване на социални контакти, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=42) и здравите жени (*N*=54) 220

Таблица 3.6 Средни стойности на петте специфични онкологични скали *за качество на живот*: (1) финансови проблеми, (2) извлечени ползи, (3) стрес в семейството, (4) външен вид и (5) безпокойство за рецидив, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=42) 221

Таблица 3.7 Средни стойности на осемте общи скали за *качество на живот*: (1) негативни чувства, (2) позитивни чувства, (3) когнитивни проблеми, (4) изпитвана болка, (5) сексуален интерес, (6) енергия/умора, (7) сексуални функции и (8) избягване на социални контакти, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=42) и здравите жени (*N*=54) 223

Таблица 3.8 Средни стойности на петте онкологично специфични скали за *качество на живот*: (1) финансови проблеми, (2) извлечени ползи, (3) стрес в семейството, (4) външен вид и (5) безпокойство за рецидив, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=42) 225

Таблица 4.1 Резултати от потвърждаващия факторен анализ на Скалата за оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота (включва 6 въпроса) *Life Orientation Test*. Дадени са факторните тегла, собственото им значение и процентът на обяснена дисперсия (*N*=127) 239

Таблица 4.2 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван диапазон и максимално възможен диапазон на четирите скали за психично благополучие: (1) *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, (2) *самооценка*, (3) *степен на изпитвана самота* и (4) *усещане за контрол* за групата на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44) 242

Таблица 4.3 Стойностите на четирите *скали за психично благополучие*: (1) оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, (2) самооценка, (3) самота и (4) усещане за контрол, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44) 243

Таблица 4.4 Стойностите на *скали за психично благополучие*: (1) оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, (2) самооценка, (3) самота и (4) усещане за контрол, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44) 246

Таблица 4.5 Стойности на четирите *скали за психично благополучие*: (1) оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, (2) самооценка, (3) самота и (4) усещане за контрол, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54) 247

Таблица 4.6 Стандартизирани средни стойности на скалите за психично благополучие: *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, *самооценка*, *степен на изпитвана самота* и *усещане за контрол*, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44) 250

Таблица 4.7 Стандартизирани средни стойности на скалите за психично благополучие: *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, *самооценка*, *степен на изпитвана самота* и *усещане за контрол*, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=83) 251

Таблица 4.8 Стандартизирани средни стойности на скалите за психично благополучие: *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, *самооценка*, *степен на изпитвана самота* и *усещане за контрол*, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=83) 253

Предговор от професор Рафаел Мешулам[1]

Ракът на млечната жлеза е брутално заболяване. Около 8-9 % от всички жени се разболяват от рак на млечната жлеза и той е далеч най-преобладаващият рак при жените. Според Световната здравна организация на рака на млечната жлеза се падат в световен мащаб 16 % от всички видове смъртни случаи поради рак. Общият брой на смъртните случаи поради рак възлиза на 7 600 000, докато общият брой на смъртните случаи поради рак на млечната жлеза е 460 000. Заболеваемостта от рак на млечната жлеза нараства, а причините за това увеличение не са ясни.

Въпреки че изследванията през последните няколко десетилетия са открили много от механизмите на рака на млечната жлеза, все още сме далеч от пълното разбиране на околните му пътища. Обаче сме научили, че ракът на млечната жлеза е резултат от няколко различни пътища на заболяване, всеки от които трябва да бъде блокиран от различни фармакологични агенти. Сега са на разположение многобройни лекарства и те спасяват милиони животи. Но сега знаем, че няма едно единствено лекарство, което да бъде съвместимо за всички пациенти.

Какво знаем за тези механизми?

Накратко, има подвид (наречен Luminal A), който се свързва с женския хормон естроген. Той се развива сравнително бавно и прогнозата да се излекува този подвид рак на млечната жлеза и общо взето добра.

За разлика от него втори, свързан подвид (наречен Luminal B) е сходен с туморите Luminal A. Той също се свързва с естрогена, но се развива по-бързо и прогнозата далеч не е толкова добра при сравнение с вида Luminal A.

Трети подвид (HER-2) зависи от специфични гени, известни като гени HER2, и има обща лоша прогноза.

Четвъртият подвид не се свързва с женските хормони или с гените HER2; той расте бързо и има лоша прогноза.

Лечението на тези различни видове рак на млечната жлеза изисква различни подходи. Оттук и първата стъпка на модерното лечение на рака днес се нуждае от установяване на подвида, като се изследват гените на засегнатия пациент и едва тогава трябва да бъде предприето подходящото лечение. В тази област на медицината науката наистина отваря вратата към по-персонално, индивидуализирано лечение. Наистина ракът на млечната

[1] Рафаел Мешулам е професор по медицинска химия и естествени продукти в Еврейския университет в Йерусалим, Израел, бивш негов ректор. Той е световноизвестен със своята работа по изолиране, изследване на структурата и синтеза на Δ9-тетрахидроканабинол, основната съставка на канабиса.

жлеза, свързан с женските хормони, се лекува с тамоксифен, който блокира рецептора на женския хормон прогестерон и специфичните анти-HER2 лечения имат за резултат подобрения на изхода от болестта на пациенти с HER2-положителен рак на млечната жлеза. Например трастузумаб е ефективен при лечение на ранен и напреднал рак на млечната жлеза HER2. Това персонално, индивидуализирано лечение ще се разшири бързо и може би, просто може би, мрачните статистики ще се подобрят.

Обаче основен проблем при лечението на рака на млечната жлеза е бързо формираната резистентност на раковите клетки към противораковите лекарства. Раковите клетки се научават твърде бързо как да метаболизират – и по такъв начин неутрализират – лекарството. Борбата срещу рака сега продължава и на този фронт. Съвсем ново наблюдение е, че канабидиолът – съставна част на растението Cannabis sativa (канабис) – може да блокира механизма, чрез който раковите клетки се отървават от противораковото лекарство. Неочаквано, наскоро е показано и, че канабидиолът засяга не само размножаването на раковите клетки, но също така пречи на две важни стъпки на напредъка на клетките на рака на млечната жлеза, а именно инвазията в други тъкани и метастазирането – пренасянето в отдалечени органи. Може би канабидиолът ще ни доведе до нови противоракови лекарства, действащи върху няколко от раковите механизми. Понастоящем обаче нито канабидиолът, нито свързаните лекарства са тествани върху хора.

В настоящата, чудесна книга д-р Зорница Ганева разглежда главно други аспекти на ужасната болест – психологичните ефекти на рака на млечната жлеза върху пациента: първоначалния шок, бавното осъзнаване на възможната смърт, начините за минимизиране на тревожността и депресията. Тя щателно обсъжда съществуващата литература по психо-онкология и е успяла възхитително да я обобщи и представи. Тази книга трябва да бъде разглеждана не само като академична книга, но трябва също така да достигне – и помогне на – пациентите.

Професор Рафаел Мешулам
Началник Отделение „Наука“
Израелска академия на науките

Preface by Professor Raphael Mechoulam

Breast cancer is a brutal disease. About 8-9% of all women get breast cancer and it is by far the most prevalent female cancer. According to the World Health Organization breast cancer accounts for 16% of all types of cancer deaths globally. Total deaths of cancer amount to 7,600,000, whereas total breast cancer deaths are 460,000. The incidence rates of breast cancer are increasing and the reasons for this increase are not clear.

Although research over the last few decades has discovered many of the mechanisms of breast cancer, we are still far away from fully understanding its devious routes. We have however learned that breast cancer is the result of several different disease pathways, each of which has to be blocked by different pharmacological agents. Numerous drugs are now available and they save millions of lives. But we know now that there is not a single drug that can be compatible for all patients.

What do we know of these mechanisms?

In brief, there is a subtype (named Luminal A) which is associated with the female hormone estrogen. It develops relatively slowly and the prognosis to treat this breast cancer subtype is generally good.

In contrast, a second, related subtype (named Luminal B) is similar to Luminal A tumors. It is also associated with estrogen but it develops faster and the prognosis is by far not as good when compared to the Luminal A type.

A third subtype (HER-2) depends on specific genes known as HER2 genes and it has an overall poor prognosis.

The forth subtype is not associated with the female hormones or with the HER2 genes; it grows fast and it has a poor prognosis.

The treatment of these different types of breast cancer requires different approaches. Hence the first step of modern cancer treatment today needs the establishment of the subtype by investigating the genes of the patient involved and only then should the appropriate treatment be undertaken. In this field of medicine science is indeed opening the door to more personal, individualized therapy. Indeed breast cancer associated with female hormones is treated with tamoxifen which blocks the receptor of the female hormone progesterone and specific anti-HER2 treatments result in improvements in the clinical outcome of patients with HER2-positive breast cancer. For instance Trastuzumab is efficient in early and advanced HER2 breast cancer treatment. This personal, individualized therapy will expand rapidly and maybe, just may be, the grim statistics will improve.

However a major problem in cancer therapy is the rapidly formed resistance of the cancer cells to anti-cancer drugs. Cancer cells learn very fast how to get rid of the cancer drug entering the cell. They also learn very fast how to metabolize – and thus neutralize - the drug. The fight

against cancer now proceeds on this front too. A very recent observation is that cannabidiol – a constituent of the plant Cannabis sativa – can block the mechanism through which the cancer cell gets rid of the anti-cancer drug. Unexpectedly, recently it was also shown that cannabidiol affects not only proliferation of cancer cells , but also interferes with two other crucial steps of breast cancer cell progression, namely invasion of other tissues and metastasization – transportation to far away organs. May be cannabidiol will lead us to novel anti-cancer drugs acting on several of the cancer mechanisms. At present however neither cannabidiol nor related drugs have been tested in human patients.

In the present, excellent book Dr Zornitza Ganeva looks mostly at other aspects of the dreadful disease – the psychological effects of breast cancer on the patient: the initial shock, the slow realization of possible death, the ways to minimize the anxiety and the depression. She thoroughly discusses the existing literature on psycho-oncology and has succeeded in admirably summarizing and presenting it. This book should be seen not only as an academic book, but should also reach – and help – patients.

Professor Raphael Mechoulam
Head, Division of Science,
Israel Academy of Sciences.

Предговор от доцент Ирина Тодорова[1]

Книгата „Още нещо за рака на гърдата“ от Зорница Ганева е уникален и много навременен труд, обхващащ комплексни аспекти на психоонкологията, конкретно съотнесени към заболяването рак на гърдата. Трудът е навременен поради това, че запълва празнини в научната литература по психоонкология и ни информира за проведени от авторката и световната литература емпирични изследвания в тази насока. Също така, тя се появява в период, в който отделни пациенти, пациентски организации и граждански движения в България активно се информират и отстояват правата си в областта на здравеопазването. Книгата ще послужи не само като задълбочен, многостранен и подробен източник на информация, но и като стимул за обсъждане на лични и колективни стратегии за справяне и преодоляване на заболяването.

Зорница Ганева ни представя подробен преглед на историята на психоонкологията, отпреди дори тази област да се нарича с това име. С този преглед авторката ни дава възможност да оценим дългия път изминат от медицината и първоначалното осъзнаване, че ракът е комплексно явление с биопсихосоциални измерения. Този преглед също така ни дава възможност да локализираме подходите си към лечението на заболяването, стратегиите за общуване между медицинските специалисти и пациентите, и грижите за психосоциалните измерения на пациентското преживяване в исторически и международен план.

Също така, книгата прави преглед на актуалните теоретични модели, които задават теоретичните рамки на съвременните изследвания в областта на психоонкологията, включително моделите на скръбта, психосоциалния стрес и стратегиите за справяне с него, теориите на качеството на живот и ролята на социалната подкрепа. Самият факт, че са необходими няколко теоретични модела, говори за много-аспектността и биопсихосоциалната сложност на състоянието и преживяването на рака. Някои от тези модели са и в основата на оригиналните емпирични изследвания, проведени от авторката в България. Тези изследвания са представени подробно, с ясно методологично описание, с психометрични характеристики на адаптираните скали и подробен статистически анализ – така че е възможно тяхното повторение и разширение от други изследователи.

Много ценен аспект на книгата е, че за българските пациентите, тя предоставя примери на хора с подобни преживявания. Книгата съдържа цитати от пациенти, споменава лични истории, и най-вече обобщава много аспекти на тяхното преживяване чрез анализирания емпиричен материал. По този начин пациентите могат да видят примерни ситуации, подобни на техните, както и да извлекат изводи за това какво биха могли да направят, за да се справят със заболяването и с последиците от лечението му.

---

[1] Ирина Тодорова е доцент в Университета Northeastern, Бостън, САЩ и е директор на научен център „Психология и здраве“, София. Тя е бивш президент на *Европейската асоциация по психология и здраве* (EHPS).

Най-вече, макар и да знаят това покрай грижите и вниманието на своите близки, книгата още веднъж им показва, че те не са сами. Има много други хора, които са минали и минават по този път, споделят общи мисли, тревоги и радости с тези хора, макар и непознати. Разбират, че има и авторка, чиято научна работа е насочена към това да привлече внимание към заболяването, към личните и семейни преживявания на пациентите и по този начин да допринесе за адекватно третиране на психосоциалните измерения на заболяването.

За медицинските специалисти и психолозите, книгата предлага също много полезни примери и практически насоки за това как най-удачно би могло да се съобщава диагнозата, да се оказва адекватна психологическа подкрепа на пациентите и максимално да се работи за подобряване на качеството на живота им. Тези изводи са приложими както при поставянето на диагнозата и по време на лечението, така и година и повече след това, когато жените са преминали през лечението, възстановили са се от заболяването и са се върнали обратно в ежедневието си.

Ценно е не само това, че в книгата се отделя внимание на личното емоционално преживяване, но и това, че тя не спира дотук. Напротив, тя разглежда и екзистенциалните измерения на диагнозата, както и възприемането на собственото тяло, което е променено от лечението. Тя разглежда и семейната среда, сложните динамики и промени на връзката с партньора, както и ролята на социалната среда в по-общ план. Голяма част от литературата в областта на психоонкологията не успява да постигне този комплексен поглед върху заболяването. Тази литература, която изолира личностни и тясно психологични измерения, без да ги постави в техния културален и социален контекст или в контекста на здравната система, може да доведе до неоснователно, макар и неумишлено, вменяване на отговорност за заболяването и съответно на вина. Връзките между скàлите, измерващи личностните характеристики и психологическото състояние от една страна, и характеристиките на заболяването, от друга, обикновено са корелационни. С други думи, те не показват причинно-следствени връзки, но се интерпретират сякаш го правят. Интерпретират се все едно психичното здраве, личностните характеристики или нагласи са довели до заболяването. В световната литература интересът към т.н. личност тип „С“ (предразположена към рак/ cancer) беше много интензивен в един определен период, след което отмина, тъй като не бе солидно потвърден. Като цяло, връзката между личностните характеристики и появата или излекуването на рака, например чрез модулиране на функцията на имунната система, е много спорна и непотвърдена[1].

В книгата си Зорница Ганева не използва подобен спорен подход – тя много човешки говори за психологическите последици от заболяването рак и конкретно рака на гърдата, като критично се отнася към подходите, които могат да доведат до чувство за вина у пациентите. Психосоциалните последици от заболяването са безспорни, като пациентите и техните близки преживяват шок, тревожност, потиснатост, страх от първоначалната диагноза, а и страх от рецидиви. Изследванията на авторката показват, че диагностицираните жени имат по-ниска оценка за текущото си състояние в сравнение със здрави жени (стр. 138) и са по-самотни (стр. 243). Но същевременно, жените с тази диагноза са с по-оптимистична нагласа, и с по-висока самооценка от здравите жени в контролната група (стр. 243). Също така, шест месеца след операцията, те се справят със стреса също толкова адекватно, колкото и здравите жени (стр. 138); а три години след операцията жените с диагноза рак на гърдата имат същите нива на сила и енергия (по скàлите за качество на живота) както и здравата контролната група (стр. 220).

Последиците са сложни и, според изследването, те зависят от характеристиките на заболяването и лечението – например дали гърдата е оперирана частично или цялостно, дали са засегнати лимфни възли, колко време е минало след операцията, на какъв статии е диагностицирано заболяването и др. Така например, колкото е по-напреднал стадият на заболяването, толкова е по-вероятно пациентите да извлекат смисъл от него (стр. 196).

Последиците могат да продължат дълго, а някои дори и да се засилят. Промените в тялото и външния вид в следствие на операциите, химиотерапията и лъчетерапията се понасят тежко от жените. Не само това, но изследването показва, че възприемането на собственото тяло се влошава шест месеца след операцията на гърдата (стр. 158), а на това рядко се отделя внимание от страна на специалистите. Всичко това показва сложността на последиците и води до извода, че за жените би било важно да получат психосоциална подкрепа, която е адекватна за стадия на заболяването им ис състоянието им. Тази подкрепа би могла да бъде във формата на организирани групи за взаимопомощ, индивидуални консултации с психолог, по време на общуването със медицинските специалисти или в ежедневното им общуване.

Същевременно, негативните последици са нормални и не е необходимо да бъдат травмиращи или да се смятат за непреодолими; т.е. няма основание тези реакции на дистрес да бъдат патологизирани[2]. Точно обратното, макар и първоначално предизвикваща дистрес, диагнозата се приема и пациентите се справят и живеят пълноценно, включително намирайки смисъл и обогатявайки живота си. Изследването показва, че те имат сравнително високи стойности на психично благополучие, самооценка, енергия и оптимизъм, особено известно време след операцията. Жените преодоляват шока, адаптират се, самите те подкрепят и мотивират другите, а и околните научават много за тях и за себе си. Книгата допринася за нормализирането на психологическите последици на диагнозата рак, включително отчаянието, яда и потиснатостта. Книгата ни насочва да чуем страховете и отчаянието, изпитвани при тази диагноза, без нито да ги игнорираме чрез „връзването им в розова панделка“, нито да изпадаме в безнадеждност. Същевременно, книгата ни показва как би могло с разбиране да се облекчи пътя през лечението и възстановяването, както и че тази диагноза също може да бъде свързана с позитивен опит и да води до осмисляне и благодарност към живота.

Доцент Ирина Тодорова, Д-р по психология
Директор на Научен център „Психология и здраве“, София

References

1. Segerstrom SC. Individual differences, immunity, and cancer: Lessons from personality psychology. *Brain, Behavior and Immunity.* 2003; 17:S92–S97.
2. Palmer SC, Kagee A, Coyne JC, DeMichele A. Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine.* 2004; 66(2):258-264.

Към читателите

Всеки човек е шокиран, когато му кажат, че има рак. Никой не очаква да му поставят онкологична диагноза и няма вина за нея. Без значение на колко години е, никой не си я пожелава. За всеки онкологичен пациент вероятността да я преживее е 100% или 0%, да оцелее или да не оцелее, за него статистическата информация е без значение. Ракът променя идентичността на хората: „*Вече не съм Надежда. Сега съм Надежда с рак на гърдата*." „*Чувствам се сама с него*." Той е заболяване на цялото семейство и засяга не само пациента, на който е открит, но и всички около него, близки, приятели, колеги.

Наименованието на диагнозата идва именно от рака на гърдата, който се захваща в тялото като със своеобразни щипки, и е много трудно човек да се отскубне от него. Като цяло, първоначалното лечение на рака на гърдата е сложно и многоаспектно. То включва операция за премахване на тумора, провеждане на химиотерапия, лъчетерапия, евентуална реконструкция на гърдата и/ или хормонална терапия, която често продължава между 1 и 5 години. Пациентките са принудени да се справят със страничните ефекти и усещането за уязвимост по време на лечението, което е възможно да се преживява години след като то е приключило. По правило най-голям е страхът от рецидив и той винаги присъства в съзнанието им, защото човек никога не може да бъде сигурен в рака.

Поставената онкологична диагноза, ужасът, от който тя е съпътствана и заплахата за живота, която представлява, се отразяват на необходимостта от *преодоляване на физическите симптоми* от вторичните ефекти от проведеното лечение и на *психологическите последствия*: справяне с екзистенциалните измерения на заболяването, със страховете на членовете на *семейството* на пациентите, търсене на задоволяваща философска, духовна или религиозна система от *вярвания* и *ценности*, която да придава смисъл както на живота, така и на смъртта. Нереалистично е да се очаква от пациента да е позитивен 24 часа 7 дни в седмицата или да се справя сам. Освен периодичните контролни прегледи за физическото му състояние, необходимо е проследяване и на психическото му състояние, измерване на стреса, тревожността и емоциите, които преживява.

След направения анализ на научната литература по темата и проведените изследвания за психосоциалния опит на онкологичните пациенти непосредствено след лечението, се оказа, че този въпрос не е детайлно разработен в България. Именно поради това настоящата книга е посветена на изследвания на опита по време и/ или след провежданото лечение с цел да се разширят и задълбочат знанията: как да се оказва психологическа помощ на пациенти, преживели диагнозата и как да се справят непосредствено след приключване на лечението, когато навлизат в ремисия. Книгата също така цели да помогне да се избягват бъдещи сериозни психологически и социални затруднения в адаптацията към живота на пациента след поставената диагноза. Тъй като повечето изследвания са проведени основно в САЩ и Великобритания, смятам, че е важно да се разгледа и жизнената перспектива на жените с рак на млечната жлеза в България. Вярвам, че дадените отговори на поставените въпроси след приключване на

изследването ще запълнят съществуващата ниша в българската научна литература по темата. Надявам се, че резултатите от проведените изследвания ще послужат за основа при разработване на програми за рехабилитация и подпомагане на процеса на възстановяване от рака на гърдата на пациентите.

Представените изследвания анализират натрупания психосоциален опит на жени с рак на млечната жлеза, които са провеждали или провеждат в момента лечение. Пиша книгата, която държите в ръцете си, с надеждата да внесе повече яснота през какви преживявания преминават те и за да покаже аспекти от техния живот след поставяне на диагнозата. Смятам, че са необходими знания как да им се помага, за да се справят след приключване на лечението и как да се облекчи животът им в бъдеще. Изследванията са насочени конкретно към психичното благополучие и преодоляването на диагнозата, към специфичните изпитвани емоции, взаимоотношенията с интимните партньори, с членовете на семейството, с приятелите и колегите, към получаваната социална подкрепа, възприемането на собственото тяло след направената операция, към текущото здравословно състояние, качеството им на живот и дори към позитивния опит и настъпилите промени в резултат на поставената им диагноза. Надявам се книгата да бъде полезна в това отношение.

Сърдечно благодаря на моя научен ръководител Проф. Хосе Валенсия от Университета в Страната на баските, Испания за оказаната подкрепа и ценни съвети при разработването на дизайна на проведеното изследване, на Проф. Чарлз Карвър и Проф. Майкъл Антъни от Университета в Маями, САЩ за напътствията при статистическата обработка на приложените скали, на Проф. Патрисия Ганз от UCLA, САЩ за предложените оригинални идеи и отделеното време за обсъждането им. Благодаря също така на директора на Научен център „Психология и здраве“ Доц. Ирина Тодорова, България и на Проф. Рафаел Мешулам от Израелската академия на науките за всеотдайността, съпричастността и съпреживяването на книгата, към която написаха предговор. Благодаря на прекрасното ми семейство и незаменимите ми приятели за търпението, вдъхновението, Любовта и подкрепата Ви!

Бих искала да благодаря на всички изследвани лица, които отделиха от времето си, за да участват в проведеното изследване, допуснаха ме до себе си, бяха искрени, споделиха болезнени преживявания и натрупан труден емоционален опит. Част от тях продължиха вечния си път. Благодаря от сърце на всички изключителни хора, които са до мен, чиято безкористна и безрезервна подкрепа, сили и вдъхновение чувствам всеки ден! Самата мисъл за Вас ме кара да се усмихвам!

Приятно четене!

1 Теоретични основи на психоонкологията

1.1	Историческо развитие на психоонкологията	23
1.2	Стратегия за съобщаване на диагнозата	34
1.3	Модели на скръбта и кризата	42
1.4	Модели на психологичен стрес, стратегии за справяне с него и скали за измерване	59
1.5	Гледната точка на съпрузите и децата на жени с рак на гърдата	73
1.6	Качество на живот на жени с рак на гърдата	81
1.7	Оказване на социална подкрепа на жени с рак на гърдата	91
1.8	Основни изисквания към груповите дискусии и здравнообразователните програми за психорехабилитация	98
1.9	Практически насоки за жени с рак на гърдата и техните близки	109

1.1 Историческо развитие на психоонкологията

„Оцеляването, казано накратко,
започва, от момента, когато
съобщят на пациента, че има рак
и продължава до края на живота му."
Mullan, NCCS

Ракът буди страх и ужас и е животозастрашаваща диагноза от векове (Holland & Zittoun, 1990). Той е заболяване, от което обществото се страхува най-много и в най-голяма степен то символизира смъртта. През XIX век е равносилен на смъртна присъда, защото за него няма лечение. Именно затова се смята жестоко, нехуманно и неуместно да се съобщава поставена онкологична диагноза на пациенти и логично повечето от тях не знаят, че я имат (Holland, 2001). Това поведение се смята за приемлива „бяла лъжа", въпреки че на близките на пациента тя винаги се съобщава.

Страхът от диагнозата е толкова голям, че членовете на семейството на пациента не я споделят с други хора поради стигмата, с която тя, пациентът и близките му са свързани. Срам, вина и страх, че е заразна, са основните емоции, които се изпитват. В началото на XX век с развитието на хирургията и анестезиологията лекуването на рака става възможно, ако туморът е диагностициран рано и се отстрани, преди да се разпространи в други органи на тялото. Именно поради тази причина започва да се осъзнава необходимостта от Американското онкологично дружество, учредено през 1913 г., за прилагане на *образователни програми* за ранна диагностика и търсене на консултация в случай на наличие на симптоми, насочващи към рак. *Образователните програми* са първият опит да се опровергаят фаталистичните нагласи за рака. Целта им е обществото да разполага с информация за симптомите, лечението и превенцията на рака, да се преодолее невежеството и страхът от него, като се описват симптомите му. Издигнати са

лозунги като „Да преборим рака чрез знания". Съществува стигматизацията от заболяването и членовете на семейството на пациента се страхуват да не се заразят. По-късното развитие на упойките и антисептиците дават възможност туморът да се отстрани преди да се разпространи в други органи на тялото, водят до увеличаване на значението на *здравнообразователните програми* и *на скрининг* за ранното му диагностициране (Holland, 2001; Holland & Zittoun, 1990).

През 30-те години на XX век в САЩ се заселват множество психоаналитици от Европа, които оказват влияние върху развитието както на американската психиатрия, така и на обществото. Сред известните фигури са Ф. Дънбър и Ф. Акерзандър, чиито изследвания са насочени към психоаналитичната дефиниция на физическите заболявания. През същия период се развива и психосоматичното движение, което търси психодинамично обяснение на травмиращите събития в живота на пациента, които предхождат появата на заболяването. Научното внимание е насочено към изследване на пациенти със злокачествени заболявания от психоаналитична гледна точка чрез ретроспективен преглед на жизнените събития с цел да се установи тенденцията, довела до появата им.

Доверието в психоонкологията през 30-те години на XX век е от значение за изграждане на връзка между психологията и рака. В този период психодинамичните конфликти или травматичните събития в живота са смятани за причина за заболявания като високо кръвно налягане, пептични язви и рак. Използва се ретроспективният преглед на живота на пациента като изследователски инструмент за анализиране на емоционалните му проблеми, които се смятат за причина, довела до рака (Holland, 2001).

През 1937 г. е учреден Националният онкологичен институт в САЩ като първи от националните здравни институти.

През 50-60-те години на XX век ракът стигматизира както пациента, така и неговите близки, а много пациенти изпитват вина, затова, че заради тях близките им се срамуват.
През 50-те години на XX век в Ню Йорк Фани Розенау става смел и убеден доброволец на Американското онкологично дружество. На нея и приятелката ѝ Тереза Лейзър е извършена мастектомия поради рак на гърдата по едно и също време. Те споделят по между си чувствата, които преживяват след поставената диагноза и операцията, и осъзнават, че много други оперирани жени като тях нямат възможност да обсъждат своето заболяване и това как се чувстват. Докато са в кухнята на Фани, двете решават да се опитат да достигнат до други оперирани жени, с които ще се чувстват свободни да изразят емоциите си и да обсъдят какво означава да имаш рак на млечната жлеза. Затова решават, че обява във вестник „Ню Йорк Таймс" е най-подходящият начин да разпространят информацията за среща на жени с рак на гърдата. Когато се обаждат в редакцията на вестника с молба да се публикува обява за среща на жени с рак на млечната жлеза, редакторът посреща желанието им с дълга пауза, след която заявява: „Съжалявам, но вестник „Ню Йорк Таймс" не може да отпечата нито думата „гърда", нито думата „рак". Може да обявите, че ще има среща на пациентите със заболявания на стената на гръдния кош…" Въпреки горчивия вкус в устата, с който остават двете дами, техните усилия и постоянство поставят началото на световно утвърдена програма за подкрепа на жени с рак на млечната жлеза „*Посети, за да се възстанови*". Тя съществува и до днес, поддържана от Американското онкологично дружество.

Въпреки широкосрещаното одобрение от пациентите, тези организации водят тежка битка за приемане от медицинската общност. Освен в редки ситуации, лекарите трудно признават, че в битката за живота и лечението на пациентите е от значение получената подкрепа и разбиране както от други пациенти със сходна диагноза, така и от членовете на семейството. През последните години на XX век обаче все още продължава силно негативното отношение и нагласите да не се насърчават пациентите да обсъждат по между си диагнозата, когато опитът започва да показва, че получената социална подкрепа оказва позитивно влияние върху тях.

В този период онкологичните пациенти се лекуват от общопрактикуващи лекари. Заболяването не привлича особено научното внимание на лекарите и изследователите, защото се смята, че не е част от науката. Тъй като пациентите са смятани за нелечими, лекуващите лекари им отделят по-малко време и ги посещават в леглата им по-рядко, като следват принципа да не обсъждат с тях поставената им диагноза, прогнозата за заболяването и избягват въпроси, които ще провокират дискусия по темата. Няма обаче доказателства, че пациентите с терминална диагноза, на които не е съобщена истината за състоянието им, почиват щастливи и спокойни в невежеството си. Те са свидетели на влошаването на собственото си състояние.

През 50-те години на XX век в няколко изследвания се анализира психологическият отговор на приети онкологични пациенти по време на престоя им в болница, които отбелязват първите възможности за сътрудничество с медици, лекуващи рак. Общите изследователски усилия водят до изграждане на повече доверие между психиатрията и медицината и до по-близко сътрудничество. Първите доклади за психологическата адаптация към рака и лечението му са подготвени от екипи от психиатри от Масачузетс Дженерал Хоспитъл под ръководството на Финисингер и от Мемориал Слоун-Кетъринг Кенсър Сентър, ръководени от Съдърленд. До 1955 г. двата центъра публикуват първични описания на психологическите реакции към рака и неговото лечение. Описани са емоции като вина и срам, изпитвани от пациентите като отговор на преживяната стигма, свързана със заболяването (Abrams & Finesinger, 1953). Шандс и колеги (Shands, Finesinger, Cobb & Abrams, 1951) също от Масачузетс Дженерал Хоспитъл наблюдават как се променя начинът на общуване при пациентите през различните стадии на заболяването и как то се затруднява с напредване на диагнозата. Социалните работници и по-конкретно Рут Абрамс от Масачузетс Дженерал Хоспитъл осигуряват първата психосоциална грижа за онкологичните пациенти.

Изследователската група от Мемориал Слоун-Кетъринг Кенсър Сентър насочва своето внимание към реакциите на пациенти с рак на млечната жлеза, на дебелото черво и гинекологичен, при които е извършена радикална хирургическа интервенция. Липсата на лечение и основните физически и функционални дефицити са описани в статии и доклади, които все още не са изгубили своя принос и актуалност - как се справят, например, пациентите с мастектомия. Екипи от психиатри, психолози и социални работници от двете болници започват да се свързват с онкологични хирурзи, радиолози и онколози с цел провеждане на съвместни клинични изследвания и по този начин поставят основите на възникналата по-късно *психоонкология*.

В сп. „Психосоматична медицина" са публикувани резултати от проведени различни изследвания, които отразяват прилаганите изследователски методи и научни тенденции през периода. През 1954 г. е описана „вероятната връзка между психологическите фактори и рака при човека" (Blumberg, West & Ellis, 1954). Същият въпрос е анализиран и в статията „Стресът от живота и ракът на шийката на матката" (Stephenson & Grace, 1954). Следващата година са публикувани резултатите от „Психологически фактори за рака на гърдата: предварително изследване на някои личностови тенденции при пациенти с рак на гърдата" (Reznikoff, 1955). Описана е „Връзка между възприемането на собственото тяло и разположението на рака" (Fisher & Cleveland, 1956) и психологическите фактори и динамиката в семейните взаимоотношения при деца с левкемия (Greene & Miller, 1958). Проведените изследвания представляват интерес за специалистите от здравната сфера, а получените резултати са публикувани в психологически списания, но онколозите не им обръщат внимание и те не стават част от развитието на психоонкологията. Те не са проведени в сътрудничество с онколози и хирурзи, които почти не проявяват интерес към тях. Разделението между ранните психологични изследвания и лекарите, които работят с онкологични пациенти, води до закъсняване в провеждане на изследвания за прогнозата на заболяването на пациентите, както в медицинските, така и в

психологическите аспекти и забавя развитието на интегративен подход в оказване на грижи за тях.

Приемане на физическата промяна
„Сякаш не е моето тяло. Първият път след операцията, когато се видях в огледалото, бях изгубила част от себе си, бях отслабнала и имах много проблеми. Изглеждах крехка, не исках да се къпя, за да не се събличам и гледам. Не приличах на себе си. Всичко беше различно. Вече гледам на себе си по нов начин, възприемам се по друг начин, в хармония със себе си съм. Научих се да се вслушвам в тялото си, да споделям с лекарите настъпилите промени в него."

По-късно течението за психосоматичната медицина се разделя на два дяла по отношение на рака: *психоневроимунология* и *консултативна психиатрия*. Началото на първото е поставено чрез научна работа през 1975 г. (Ader & Cohen, 1975). По-късно проведените изследвания в това направление установяват, че години след като пациентите са приключили с химиотерапията, те са чувствителни към визуални и олфаторни стимули, които им напомнят за нея, провокират симптоми като гадене и тревожност в тях при среща с медицинска сестра или лекар, при мирис на антисептик или парфюм, използван от лекуващия персонал.

Вейнер (Weiner, 1999) като редактор на 60-ия юбилей на сп. „Психосоматична медицина" и по случай създаването на Американското психосоматично дружество изразява различна и по-оптимистична гледна точка, а именно: психосоматичната медицина като област има значим принос в интегративната теория за медицината. В своето слово той заявява, че „интегративните принципи оцеляват и стават доста по-сложни". Според психосоматичната медицина заболяването е абстракция и не то трябва да бъде в центъра на вниманието на лекаря, а цялостната личност на пациента, както твърди Хипократ. Интегративната гледна точка при лечение на рака включва информация от генетици, физиолози, психолози и от специалисти от социалната сфера. Тази гледна точка включва принципите, които психосоматичната медицина е развила и следва във все повечето научни изследвания, провеждани в тази насока.

Психосоматичната медицина е смятана за частично и слабо направление от медицинската общност в Ню Йорк. Тя е критикувана от Браун (Brown, 2000) във „Възходът и упадъкът на психосоматичната медицина", като са разгледани и причините, довели до тези процеси.

През 60-те години на XX век в САЩ започва да се обсъжда за първи път дали да се съобщава или не онкологичната диагноза на пациента. Психиатрите активно участват в дебата като защитават правото на информираност на пациента за собственото му състояние и се противопоставят на онколози, според които на пациентите не трябва да се казва истината.

Преди приблизително 50 години обичайна практика за повечето лекари е да избягват дискомфорта, причинен от съобщаване на онкологичната диагноза, като оправдават своето поведение с твърдението, че истината би била прекалено стресираща за пациента. В проведено изследване (Oken, 1961) повече от 90% от лекарите в САЩ не съобщават онкологичната диагноза на пациента. Аргументът, че много хора предпочитат да знаят истината и е по-нараняващо да се лъже, става все по-убедителен. Същите въпроси, зададени през 1978 г., показват, че 97% от лекарите в САЩ вече казват на своите пациенти, ако им поставят онкологична диагноза. В периода от 17 години между двете изследвания се увеличава информираността на обществото за рака, а пациентите не спират да воюват за своите права. Тогава освен пациенти, но и жените и потребителите се обединяват в движения за тяхната защита. Оттогава се превръща в етично и юридическо задължение на лекуващите лекари да информират своите пациенти за всяка подробност от тяхното заболяване, ако това е желанието им.

Конкретно пациентите се борят за по-равностоен и по-малко „бащински" диалог и отношения при диагностициране и последващо обсъждане на лечението с лекуващия лекар. Въпреки това резултатите от проведено изследване в края на 80-те години на XX век показват, че в различните страни не е постигната все още искреността на американските лекари и те не съобщават онкологичната диагноза на пациентите.

През 60-те и 70-те години на XX век клиничните и експерименталните психолози започват да изследват взаимодействието между физиологичното и психологичното, между тяло и ум при пациентите с количествени методи (Mason, 1968). По-късно се анализира връзката между психологията и рака (Holland, 2001).

До 70-те години на XX век диагнозата „рак" не се съобщава на пациентите. В медицинските университети на бъдещите медици се обяснява, че е жестоко да се казва на онкологичен пациент диагнозата, защото така му се отнема надеждата, а такава диагноза звучи и е равносилна на смъртна присъда. Обикновено членовете на семейството са информирани за състоянието му. В края на 70-те години обаче се надига движение в защита на правата на пациентите, жените и потребителите. След войната във Виетнам (1955-1975) американското общество променя своята структура, обръща се по-голямо внимание и се намират законови основания пациентите да бъдат информирани за своята диагноза и възможности за лечение, което подлежи на избор от тяхна страна. Днес това вече е практика в съвременните болници.

След войната във Виетнам (1955-1975) на човешките права се отдава по-голямо значение и се забранява извършването на медицински експерименти без съгласието на изследваните лица. В САЩ 60-70-те години на XX век е период на социални промени, на извоюване на правата на жените, потребителите и пациентите, които започват да отстояват своето право да знаят диагнозата, прогнозата и възможностите за лечение, с които разполагат.

До края на 70-те години се наблюдава засилващ се оптимизъм в лечението на онкологичната диагноза, увеличава се участието на пациентите в медицинските решения за предстоящото лечение, в искреното обсъждане на диагнозата с лекуващия лекар и броя на оцелелите пациенти, които са готови да споделят и опишат своя опит. Този факт, от своя страна, води до увеличаване на интереса към психоонкологията от страна на онкологията, психиатрията, психологията, социалната работа и обучението на медицински сестри. Това е период, в който стигматизацията към онкологичните пациенти започва да намалява до степен, че започва да им се съобщава диагнозата, което дава възможност да се изучава психологичния им отговор към проблема.

Онкологичните пациенти се страхуват не само от стигмата, която носи заболяването им, но и да не бъдат наречени психиатрични пациенти или слаби личности, ако потърсят психологическа помощ. За да се преодолеят съществуващите бариери, **психосоциалните услуги в днешно време е необходимо да бъдат неизменна част от онкологичните грижи.**

Друг фактор през 60-те години на XX век, който допринася за включване на психологически въпроси в лечението на онкологичните пациенти е задълбочената и всеотдайна работа на швейцарската психиатърка Елизабет Кюблер-Рос (Kübler-Ross, 1969). Търсене на смисъла в живота след поставена онкологична диагноза е тема-табу в общество, в което за нея не се говори. Тя нарушава табуто да се говори с пациента за рака и смъртта и съветва както лекарите, така и медицинските сестри да престанат да избягват пациенти с терминална диагноза и да изслушват оплакванията им. Тя е срещу изолацията на умиращия пациент и защитава потребността му от диалог за състоянието, в което се намира. Нейният принос е неоспорим за развитието на оказване на хосписни грижи и за проява на хуманност в края на живота, като е против евтаназията. Тя допринася за отваряне на комуникацията с онкологичните пациенти на прага на смъртта, за обсъждане на психологичните им потребности, опасения и желания, за преодоляване на табуираните теми и за развитие на култура на смъртта.

Официалната история на психоонкологията започва чак средата на 70-те години на XX век в САЩ, когато се обособява като относително независимо, но все пак свързано научно направление с онкологията за изследване на психологическите аспекти и измерения на рака (Holland, 2001; Holland & Zittoun, 1990). Тя изследва както психологическото му влияние върху пациентите, техните семейства и медицинския персонал, който ги лекува, така и ролята, която психологически, социални и поведенчески фактори играят при поставяне на онкологична диагноза и последващото ѝ преодоляване (Holland, 2001). Тъй като психоонкологията е специфично и относително ново изследователско поле, проведените изследвания в него не са много.

Психоонкологията като специалност започва своето развитие през 70-те години, а за формално нейно начало се смята 1975 г., когато падат бариерите да се казва диагнозата на пациента и става възможно да се обсъжда влиянието ѝ в живота му. През този период известни личности разказват пред медиите подробности за своето заболяване, споделят как се чувстват и какво влияние им оказва лечението. Пример е първа дама в САЩ от 1974 до 1977 г. Бети Форд. През 1974 г. ѝ е направена мастектомия поради рак на млечната жлеза. Две седмици по-късно на съпругата на вицепрезидента на САЩ Маргарита Хепи Рокфелер е извършена същата операция. Бети Ролин през 1976 г. споделя пред обществото своя опит от битката с рак на гърдата и мастектомия в книгата си „Първо плачи". Всички те имат безспорен принос за насочване на общественото внимание към темата. Започват да се провеждат и повече изследвания на психологическите, психосоциалните и психиатричните измерения в битката с рака.

Психоонкологията, като част от онкологията, допринася за оказване на по-цялостни и пълноценни грижи както към пациентите и техните семейства, така и за подготовката на екипа от специалисти, които се грижат за тях. Тя включва провеждане на изследвания на поведенческите аспекти от превенцията на рака до преодоляване на психологическите проблеми при онкологичните пациенти. Тя обхваща аспекти от медицината, психологията, психиатрията, социалната работа, обучението на медицински кадри и свещеници.

Фактът, че в развитието на психоонкологията са включени и допринасят много дисциплини показва, че разбирането, оказването на подкрепа и лечението на психосоциалните аспекти на рака както за пациентите, така и за техните близки, е комплексен и сложен процес. Необходим е *цялостен модел*, който да обяснява битката за живот, водена по време на справяне с физическите симптоми на заболяването и при преодоляване на психологическата, социалната, духовната и екзистенциалната криза, която то провокира.

През 1975 г. малка група от клинични изследователи се събират в Сан Антонио, Тексас за първата национална изследователска конференция в САЩ по психоонкология. Те са единодушни, че липсата на инструмент за количествени изследвания на субективните симптоми като болка, тревожност и депресия от онкологичните пациенти издига бариери в общуването между лекари и пациенти. Установява се, че разработените методологии за изследване на физически здрави пациенти с психиатрични разстройства не са подходящи за измерване на онкологично специфичния стрес при физически болни пациенти. Американското онкологично дружество подкрепя проведените първични изследвания в тази насока и спонсорира провеждането на няколко конференции, на които се разработват количествени методологии за измерване на субективните симптоми като болка, тревожност, депресия и др.

Обобщените резултати от клиничните експерименти са публикувани през 1989 г. в първия учебник по психоонкология от майката на това научно направление Джими Холанд. В него се обосновава необходимостта онколозите и медицинския персонал, който работи с онкологични пациенти, да бъде допълнително обучен и подготвен за това, да се облекчи комуникацията между лекар и пациент и необходимостта от изследване на влиянието на стреса от работа с пациенти със специфична диагноза върху персонала.

В края на 70-те години на XX век се провежда втора вълна от изследвания на психосоциалните аспекти на рака. Здравните психолози придават ново значимо измерение на проведените изследвания. Те изучават теоретични модели за справяне със стреса и посочват успешните от тях. Когнитивно-поведенческата терапия започва да се прилага широко, защото е налице нейната ефективност. Разработват се теоретични модели, които служат за основа за създаване на психосоциални и поведенчески програми за адаптация на пациентите към заболяването. Поведенческите психолози с психосоциалната си работа и проведените от тях изследвания дават силен тласък как онкологичните пациенти да променят начина си на живот, за да намалят риска от рецидив на заболяването. В тях те разглеждат намаляването на тютюнопушенето, увеличаване на ежедневната физическа активност, промяната в хранителния режим и др. като рискови фактори за поява отново на рака.

В началото на 80-те години на XX век Шипър, онколог в Уинипег, Канада разработва скала за измерване на функционалния статус и качеството на живот (Holland, 1998). По-късно скалата е валидизирана от екип от здравни психолози. Множество автори разработват методологии за измерване на различни аспекти от онкологичната диагноза като измерване на симптомите и контрола им, необходимостта от палиативни грижи, управление на болката и получаване на психосоциална подкрепа.

Социалните работници заедно с медицинските сестри са първите, които започват да търсят решения на психологическите и социалните проблеми на онкологичните пациенти и техните близки.

От 1983 г. започва да се издава сп. „Психосоциална онкология". То е първото, в което се публикуват резултати от проведени изследвания с цел да се информират специалистите от здравната сфера.

Към психоонкологията в последните години на XX век се присъединяват свещеници и други духовни лица. Със своята работа като част от оказваната психосоциална подкрепа на пациента те помагат в преодоляване на екзистенциалната криза при поставена животозастрашаваща диагноза. В световен мащаб е призната безспорната роля и необходимост от вярата, религията и духовността, за да преоткрият онкологичните пациенти смисъла в живота след преодоляно сериозно заболяване, премината психологична и/ или духовна криза. Тази страна от психоонкологията е развита методологично най-вече от Паргамен (Pargament, 1997) и др., разработени са скали за измерване на духовните вярвания на пациентите и до каква степен те им помагат при справяне с рака. Специален брой на сп. „Психосоциална психоонкология" прави преглед на проведените изследвания на духовните и религиозните вярвания на пациентите.

Приносът на психиатрията, поведенческата медицина, здравната психология, социалната работа, медицинските сестри и свещеници, онколози и самите пациенти създава богато разнообразие от информация и теоретични модели както в проведените емпирични изследвания, така и в оказването на клинична грижа на хората с поставена онкологична диагноза. В световен мащаб най-успешните клиники за лечение включват разнообразието от психосоциални и поведенчески методи за оказване на помощ, което предлага психоонкологията. Тъй като работят като многопрофилни организации, те имат предимството, че в тях пациентите се оценяват и им се предлага най-подходящото лечение.

През 1998 г. е публикуван учебник по „Психоонкология", в който са анализирани и описани различните направления от дисциплината и множество програми за психологическа работа с онкологични пациенти.

През 1992 г. започва да излиза сп. „Психоонкология", което е официалният печатен орган на Международното дружество по психоонкология, на Британската група по психосоциална онкология и на Американското дружество по психосоциална и поведенческа онкология. То обхваща психологическите, социалните и поведенческите измерения на рака. Стремежът на редакционната му колегия е в него да се публикуват

резултати от скорошно проведени емпирични изследвания в различни области, свързани с лечението на рака. Специални броеве са посветени на подкрепа на членовете на семейството на онкологичните пациенти, на духовните измерения на заболяването и на оцелелите от него.

Да се справяш с неизвестното
„Не е лесно да се справяш с неизвестното. Знаех, че нещо не е наред. Когато го открихме и назовахме, си отдъхнах, защото не си въобразявах. При поставена диагноза вече знаеш с какво ще воюваш, знанието е сила."

Фигура 1.1 Гравюра на жена от Дания с премахнат тумор от врата през 1689 г. Национална медицинска библиотека, САЩ

Въпреки че развитието на психоонкологията е най-интензивно през последните 25 години от XX век, необходимо е да се разберат обществените нагласи както в САЩ, така и в световен мащаб към рака. Въпреки че в по-ниска степен все още съществуват бариери при оказване на добра психосоциална помощ и грижи, както към провежданите научни изследвания по темата, така и към пациентите.

Психоонкологията е утвърдила своето място като подспециалност на онкологията с 2 психологически измерения: 1) психологическите реакции на онкологичните пациенти и техните семейства на всеки стадий от заболяването и стреса, който обгрижващият персонал преживява и 2) психологическите, социалните и поведенческите фактори, които допринасят за причините за рака и оцеляването от него.

През 90-те години на XX век прилаганият модел за развитие на психоонкологията е представен на Фиг. 1.2. Ракът и неговото лечение са независими променливи, качеството на живот и измеренията му, включително психологическото оцеляване са резултативни променливи. Същността на психоонкологията са свързващите променливи и програмите за влияние. Обикновено проведените изследвания анализират:

1. Социодемографски променливи, личностни фактори, стил на справяне, вярвания и реакция и приспособяване към предишни житейски трудности.

2. Променливи, свързани със стадия на заболяването, възможности за рехабилитация, поведение, провокирано от заболяването, и изградената връзка с членовете на екипа от медицински специалисти.
3. Получената социална подкрепа от членове на семейството, приятели, колеги, от общността и социокултурно влияние и
4. Допълнителни стресори, свързани с болестта, които натоварват психиката на пациента.

Фигура 1.2 Модел на провеждани изследвания в психоонкологията

На Фиг. 1.3 е представена активната роля на психоонкологията чрез континуума рак – превенция (първична и вторична) от рак – предклиничен рак (налице е известен генетичен риск или туморните маркери за специфичен вид рак да покажат отсъствие на клинично заболяване) – поставяне на диагноза – лечение – оцеляване и лечение – палиативни грижи в края на живота. *Палиативните грижи* в края на живота са насочени към създаване на максимално удобство за пациента, овладяване на симптоми като болка, депресия, тревожност и делириум. Безспорна е необходимостта от провеждане на изследвания в областта на психоонкологията и клиничното оказване на грижи във всяка фаза от континуума. Активно полаганите палиативни грижи са преместени от болницата в полагани в амбулаторни условия или вкъщи.

Фигура 1.3 Континуум на онкологичната грижа

Оказването на *палиативни грижи* е част от медицината, която е насочена към облекчаване на болката, стреса и други симптоми при сериозна болест. Те не зависят от прогнозата и могат да се прилагат по време на лечението. Целта им е да облекчат страданието и да осигурят възможно най-доброто качество на живот за пациента и неговите близки по време на лечението. Всеки пациент отговаря по различен начин на видовете лечение, които се прилагат към него. Най-голямото предимство на палиативните грижи е, че те се адаптират към пациента с цел да задоволят индивидуалните му потребности. Те облекчават симптоми като болка, задъхване, умора, запек, гадене, загуба на апетит и проблеми със съня. Те помагат пациентът да си върне силата, за да поеме ежедневните си задължения и подобряват способността му да понася класическите терапии за лечение и по-добре да разбира своя избор за лечение. Екипът помага на пациента и неговите близки да вземат решение за последващото лечение.

Палиативните грижи се различават от оказваните грижи в хосписа. Те могат да се осигурят още от момента на поставяне на диагнозата и са част от лечебния процес. Полаганите грижи в хосписа винаги включват палиативни грижи.

По правило палиативните грижи се осигуряват от екип от специалисти, който включва лекари, медицински сестри и социални работници, свещеник, психолог, масажист, фармацевт и диетолог. Пациентите получават този вид грижа в болницата като част от програмата за оказване на палиативни грижи. В партньорство с лекуващия лекар, екипът за палиативни грижи осигурява:

- облекчаване на болката и другите симптоми
- близка и ясна комуникация
- ориентация в здравната система
- ръководство и оказване на подкрепа в трудните и комплексни избори за лечение
- подробна практическа информация и помощ
- емоционална и духовна подкрепа за пациентите и близките им

Болниците са шумни места, в които персоналът е активен и забързан, обикаля между различни клиники, звънят мобилни телефони, аларми, непрекъснато има пристигащи и заминаващи пациенти. Социалните работници рядко могат да се открият в тих и спокоен офис. Вместо това те прекарват повече време с пациентите, дават дежурства или са част от лекуващия екип (Holland, 1998). Във въздуха около тях често витае усещането за

неотложност и въодушевление. Те изпълняват разнообразна дейност на различни нива. Пациентите и медицинският персонал имат многобройни изисквания към тях. От тях се очаква да работят бързо, ефективно и самостоятелно.

Основните функции на клиничния социален работник в болницата включват:

1. Оценяване на социалните потребности на семейството на пациента, динамиката на взаимоотношенията в него и способността за справяне с болестта, лечението и хоспитализацията.
2. Консултиране с екипа от специалисти на лечебния процес как най-ефективно да е взаимодействието между пациента и семейната система.
3. Диагностициране на психологичните, емоционалните и социалните бариери, които пречат на лечебния процес, позитивни резултати или изписване от болницата.
4. Установяване и изясняване на конфликти, които могат да възникнат между обгрижващите и пациента. Оказване на посредничество между пациента, членовете на неговото семейство и екипа от специалисти.
5. Осигуряване на медицинска консултация в кризисни ситуации и емоционална подкрепа на пациента и семейството му.
6. Консултиране за края на живота и траура.
7. Оценка на психичното здраве и програми за кризисни ситуации.
8. Преподаване и научно-изследователска дейност в медицински научни центрове.

Страхове на специалистите от здравната сфера при общуване с пациенти, които получават палиативни грижи (Buckman, 1999):

- да не бъдат обвинени
- да реагират спонтанно
- да изразяват своите емоционални реакции като сълзи, гняв и др.
- да кажат, че не знаят
- от професионалистите в медицинската йерархия, които са над тях
- тревожност от собствената смърт

Необходимо е психиатри и психолози да обединят своите усилия и да работят съвместно в осигуряване на психологически грижи като част от медицинския модел на лечение. Възможно е те да овладяват болката чрез техники като молитва, медитация и релаксация, индивидуална и/ или групова психотерапия. Допълнителни възможности като масаж, акупунктура, промени в хранителния режим и др. предлага алтернативната медицина за лечение на рака, която е всяка намеса, различна от традиционното оперативно лечение, химиотерапия или лъчетерапия. Провеждане на групови сесии с пациенти с рак на млечната жлеза и с меланома оказват позитивно влияние върху преживяемостта (Spiegel, Kraemer, Bloom & Gottheil, 1989; Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey & Morton, 1993).

Националната мрежа на онкологични центрове в САЩ е организация от 21 онкологични центъра и включва специалисти от различни сфери, които разработват първите стандарти за оказване на психосоциални грижи на онкологични пациенти и насоки за клиничната практика (Holland, 2001). Според тях всички пациенти се нуждаят от първична оценка на изпитваната болка, проследяване на нивото ѝ и природата на психосоциалния дистрес. В научната литература е предпочитана за употреба именно думата „дистрес", тъй като стигматизира в по-ниска степен пациентите. В чакалнята пред кабинета на онколога чрез Термометъра за дистрес (Фиг. 1.4) чрез скàла от 0 (липса на стрес) до 10 (високо ниво на стрес) бързо се оценява наличието или отсъствието на болка заедно със списъка с изброени възможни физически, психологични, социални и духовни проблеми и странични реакции от проведеното лечение на заболяването. В клиничната практика често се използва и *Скàла за болнична тревожност и депресия (СБТД) (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983). Сред установените често

срещани проблеми при пациентите са изпитване на умора, болка, тревожност, проблеми със съня и тъга. Целта на двете методологии е да подобрят психичното благополучие и качеството на живот на пациентите.

Ракът е комплексно заболяване както за диагностициране, така и за лечение. Той е голямо житейско изпитание както за пациентите и семействата им, така и за здравната система и за обществото като цяло. Вместо да се отричат чувствата, по-добра идея е човек да се вслуша в своите потребности, защото като онкологичен пациент той има шанс да се промени, развие и израсте. Той може да се обърне към другите и да бъде част от живота им, да инвестира собствената си личност във взаимоотношенията със своите приятели и във връзката със самия него. Човек отново се връща към живота и започва да живее, след като е отдал необходимото време да преживее и преодолее своята мъка. Целта, към която трябва да се стреми, е да постигне личностно израстване чрез преодоляване на изпитанията.

1.2 Стратегия за съобщаване на диагнозата

„Експерт по съобщаване на лоши новини е не този,
който го прави правилно всеки път,
а този, който греши по-рядко и се тревожи по-малко,
когато нещата не вървят по план"
Р. Бъкман

В областта на клиничната онкологична практика винаги е трудно, отговорно и неловко да се съобщават лоши новини на пациента както по отношение на първоначално поставена диагноза, рецидив и развитие на заболяването, така и за необходимост от получаване на палиативни грижи. Това е тежко преживяване и за двете страни, както за носителя на информацията, така и за реципиента (Aitini & Aleotti, 2006). Проведено изследване установява, че 42% от лекуващите лекари продължават да бъдат стресирани от няколко часа до 3 дни след съобщаване на тежки диагнози (Ptacek, Ptacek & Ellison, 2001).

Какво обаче прави *лошите новини* толкова трудни за възприемане? Това, че те *променят жизнените очаквания и перспективи на пациента*. Всяка информация, която неприятно и сериозно влияе на гледната точка на личността за нейното бъдеще, е трудна за възприемане. Тя е съпроводена от чувство на безнадеждност, застрашен е досегашният начин на живот на пациента или представлява заплаха за психологическото или физическото му благополучие (Ptacek & Eberhardt, 1996). Тя оказва сериозни последствия както за него, така и за членовете на семейството му. Безспорно начинът, по който се съобщават лоши новини като терминална диагноза, например, винаги ще се помни от пациента без значение как това е направено (McCulloch, 2004).

Именно поради основните характеристики на лошите новини е добре да не се забравя, че: 1) Сериозността на новината или влиянието, което тя оказва върху живота на пациента и неговите близки, представлява несъответствие между очакванията му в конкретната ситуация и неговото реално здравословно състояние и 2) лекарите няма начин да предвидят как ще реагират пациентите при съобщаването им на лоши новини. Затова е необходимо предварително те да установят как пациентите възприемат клиничната ситуация, като задават въпроси.

Резултати от множество проведени изследвания показват, че пациентите с рак на млечната жлеза се нуждаят от повече информация, отколкото получават от своите лекари, и че незадовляването на тази потребност е огромно. Като цяло пациентите, които са по-добре информирани, имат по-стабилно емоционално, социално и физическо

състояние, понасят по-леко лечението, имат по-добри клинични резултати от изследвания, по-високо качество на живот и са по-удовлетворени от грижите, които получават. За разлика от по-възрастните, по-младите пациенти желаят да се включват повече във вземането на решения за лечението и техните потребности от информация са по-големи.

Пациентите предпочитат да имат информация за своята диагноза и прогноза за развитие на заболяването им, дори когато новините са по-лоши от очакваните. След като е изследвана голяма извадка от 2027 човека с различен вид рак, става ясно, че 87% от тях желаят да получат цялата информация без значение дали тя е позитивна или негативна (Colletti, Gruppen, Barclay & Stern, 2001). Хората предпочитат да чуват лоши новини от професионалисти, които ги познават като пациенти. Те знаят, че лекарите са преминали през подобна ситуация с други пациенти и затова се обръща към тях за напътствия и съвети.

Специалистите в общуването знаят, че начинът, по който се съобщава диагнозата, е по-важен от детайлите на конкретната информация. Добрата комуникация между лекар и пациент създава яснота в отношенията им, изгражда доверие между тях, увеличава усещането за контрол над заболяването и съхранява човешкото достойнство на пациента. Начинът, по който са съобщени лошите новини, влияе на приспособяването на пациента към заболяването и приемането му от него. Безчувственото споделяне на истината е толкова нараняващо, колкото и безсърдечното ѝ скриване. Добрите умения за общуване с пациента помагат на лекаря да открива по-лесно здравословния му проблем, чувства се по-удовлетворен от своята медицинска практика, намалява стреса, който тя предизвиква в него, и прави пациентите по-удовлетворени (Maguire, 2002). Именно това налага необходимостта от следване на стратегия (Buckman, 1992) за съобщаване на лоши новини. Тя подчертава най-важните характеристики от разговора за съобщаване на тежка диагноза на пациента, предлага методи за оценка на ситуацията и конструктивни отговори и реакции към случващото се.

Безспорен факт е, че дори само присъствието на друг човек, който е под огромен стрес, затруднява съобщаването на диагнозата. Проведено изследване в Канада с лекари-специализанти с цел да се установи как те самите възприемат съобщената от тях животозастрашаваща информация установява, че липсата на емоционална подкрепа от другите професионалисти от здравната сфера, личните страхове за протичане на лечебния процес и малкото време, с което разполагат за това ги прави неефективни в своята професионална роля (Dosanjh, Barnes & Bhandari, 2001). Някои от слабите места, които затрудняват лекарите при съобщаване на диагнозата, са в необръщането на достатъчно внимание или игнорирането на емоционалните реакции на пациента, разговарянето с пациента на крак и липсата на печатни материали за поставената диагноза.

Лекарите, които съобщават трудна диагноза, е възможно да се чувстват безсилни, неоснователно виновни или чувството им за справедливост да се изостри, особено когато липсват варианти за активно лечение на пациентите (Buckman, 1992). Именно поради тези причини не буди учудване фактът, че те спестяват медицинската истина пред пациентите в усилията си да избегнат собствените си или техните емоционални реакции към поставената диагноза.

Тъй като тези специфични комуникативни умения не се преподават в повечето медицински университети, обикновено лекарите се научават да съобщават трудни диагнози от своя собствен опит или като наблюдават свои колеги с по-голям опит (Colletti, Gruppen, Barclay & Stern, 2001). Установено е, че проблемите в общуването с пациентите, които имат по-опитните онколози не се разрешават с натрупания клиничен опит (Fallowfield, 2005) и че провеждането на допълнителни тренинги в тази насока значително подобряват уменията им за общуване с онкологични пациенти. Комуникативните умения на медицинския персонал могат да се развиват и

усъвършенстват с тренинги (Fellowes, Wilkinson & Moore, 2004). Получените резултати от цитираното изследване служат за организирането на национална обучителна програма във Великобритания за лекари, които работят с онкологични пациенти. Проведено изследване (пак там) с 160 лекари от 34 онкологични центъра във Великобритания установява, че 3-дневен тренинг подобрява значително уменията им за общуване и по-конкретно за съобщаване на лоши новини на пациентите. Когато той приключва, те се чувстват по-уверени.

Начинът, по който се съобщава тежка диагноза, влияе както на по-нататъшния живот на пациента, така и на връзката, която се изгражда между него и лекуващия го лекар. Повечето пациенти очакват да получат пълната информация, поднесена с емпатия, топлота, внимание и яснота (Ambuel & Mazzone, 2001). Няколко изследвания показват, че начинът, по който е съобщена диагнозата, влияе на удовлетвореността от получените медицински грижи от пациента и на по-нататъшното му психологическо приспособяване към нея (Ford, Fallowfield & Lewis, 1996). Например както пациентите с по-високо образователно равнище, така и жените очакват повече подробности за своето заболяване (Parker, Baile, de Moor, Lenzi, Kudelka & Cohen, 2001).

През 1998 г. като част от традиционната годишна среща на Американското дружество по клинична онкология е организиран обучителен семинар за подобряване на комуникацията между лекари и онкологични пациенти и по-конкретно, за да развият умения за съобщаване на трудни новини. Присъстват приблизително 4 000 онколога. Под 5% от тях признават, че са получили предварителна подготовка в тази насока. Над 66% споделят, че съобщават тежки диагнози между 5 и 20 пъти на месец, а 74% не разполагат с конкретна, планирана и обмислена стратегия за това. Според над 90% най-трудната част в общуването с пациента е именно овладяването на емоциите, предизвикани от съобщаване на диагнозата. Според 99% от онколозите стратегията, разработена от канадския лекар Робърт Бъкмън (Buckman, 1992), насочена към установяване и приемане на емоциите, е лесна за разбиране, запомняне и прилагане за съобщаване на тежка диагноза.

Стратегия от 6 стъпки за съобщаване на лоши новини (Buckman, 1992):

1. Необходимост от подходяща *обстановка*.
2. Установяване *с каква информация разполага* пациентът до момента.
3. Установяване *колко още желае да научи* пациентът.
4. Споделяне на информацията *структурирано и вежливо*.
5. *Отговаряне на изпитваните емоции* от пациента.
6. Планиране на *следващи стъпки* като среща, преглед и т. н.

Къде, в каква *среда, обстановка* се съобщава тежката диагноза оказва голямо влияние на резултата от провеждания разговор. Места, които не са подходящи за водене на чувствителни, конфиденциални и тежки дискусии, са например болнични коридори. Необходима е подходяща стая като лекарски кабинет със затворена врата. Ако са включени радио или телевизор, добре е лекарят да помоли за разрешение от пациента, за да ги изключи или да намали други разсейващи го технически средства.

Пациентите, на които се съобщават лошите новини, запомнят къде, кога и как те са им съобщени (Fallowfield, 2005; Koopmeiners, Post-White, Gutknecht, Ceronsky, Nickelson, Drew & Mackey, 1997). Поради големия шок, който преживяват, те запаметяват незначителни детайли от обстановката като вид несъзнателно разтоварване на напрежението. В литературата са описани случаи на пациенти, които не могат да влязат в конкретен кабинет за консултации в болница, тъй като го асоциират с болезнени спомени, когато им е съобщено, че имат рак. Най-често срещана реакция при съобщаване на лоши новини е шокът, който може да се изрази по различни начини като отричане, гняв, пазарене, сълзи или приемане (O'Donovan, 1999). Как реагират пациентите при

съобщаване на онкологичната им диагноза? Установено е (Lobb, Butow, Kenny & Tattersall, 1999), че 54% са в шок, 46% решават, че ще се борят, 40% я приемат, 24% са тъжни, а 15% не се притесняват.

Изисквания на пациентите, когато им се съобщават лоши новини от професионалисти от здравната сфера (Fallowfield & Jenkins, 1994):

- да разбират информацията, която е важна за тях, когато им се съобщават разстройващи новини,
- носителят на информацията да проявява загриженост при съобщаването ѝ, а не да се държи хладно, професионално и дистанцирано,
- предпочитат лекари, които са уверени, проявяват емпатия и разбиране, но същевременно отделят достатъчно време за обсъждане на зададените от пациентите въпроси,
- отдават значение на нагласата и знанията на носителя на информацията, оценяват яснотата и конфиденциалността на отправеното им послание.

Някои пациенти предпочитат да ги придружава член от семейството или приятел, когато им се съобщават лошите новини. Ако пациентът е придружен и подкрепян от *близки хора,* добра идея е лекарят да попита кой ще бъде говорител по време на разговора. Това осигурява подкрепа на пациента и намалява преживявания от лекаря стрес, когато работи с няколко човека по време на емоционално натоварващия разговор.

Ако лекарят току-що е прегледал пациента, добре е да му остави време, за да се облече, преди да започне разговорът. Желателно е лекарят да е *седнал* по време на разговора, като избягва скриване зад физически бариери като бюро или маса. Ако пациентът е в болнично легло, той би могъл да седне на стол до него, а ако няма наблизо да помоли за разрешение да седне на края на леглото. Седналото положение намалява чувството на уязвимост в пациента, създава усещане за партньорство в общуването и по този начин по-лесно се установява зрителен контакт между двамата.

Логично повечето лекари се чувстват тревожни, когато съобщават тежки новини и е необходимо да се положат усилия за намаляване или премахване на невербалните послания, които отправят, докато са напрегнати. Ако например лекарят има навика да си играе с ръцете или да се върти по време на трудни разговори, добре е да заеме т. нар. психотерапевтична неутрална поза – да постави краката си на земята, глезените да са събрани един до друг, а ръцете да са обърнати с дланите надолу, поставени върху краката. Той трябва да изглежда внимателен и спокоен. Поддържането на зрителен контакт с пациента ще го увери във вниманието, което му обръща. Ако пациентът обаче се натъжи или разплаче, добре е лекарят да прекрати очния контакт. Повечето хора не обичат да бъдат наблюдавани, докато изразяват емоциите си и плачат, защото се чувстват особено уязвими. Лекарят може да постави ръка върху рамото или върху ръката на пациента, ако се чувства комфортно да го направи и е преценил, че ситуацията е подходяща за това.

Всеки онкологичен кабинет е важно да разполага с кутия с носни кърпички близо до пациента, за да може, ако той или негови близки започнат да плачат, да им се предложат. Това освен, че ще им послужи като своеобразно разрешение да изразяват свободно емоциите си и да скърбят, но те ще се чувстват и по-малко уязвими, докато плачат.

Активното слушане и *перифразирането* са две техники в общуването, които изпращат послание към пациента, че е изслушан от лекаря. Изслушването му показва, че е уважаван той самият и това, което казва. Перифразирането включва най-важните думи от последното казано изречение от пациента, което се явява първо за лекаря. Например ако пациентът казва: „Омръзна ми лечението", лекарят може да отговори „Какво по-конкретно от него ти е омръзнало?" Други основни техники, които показват на пациента,

че лекарят го слуша, включват леко усмихване или утвърдително кимане с глава в знак на съгласие и разбиране.

Преди да се състои разговорът за съобщаване на тежките новини, е необходимо лекарят да се е разбрал в случай, че телефонът в кабинета звънне, да се вдига от друг колега, или да се включи гласова поща, която няма да прекъсне разговора. Все пак ако телефонът звънне и срещата се прекъсне поради друга причина, лекарят е необходимо учтиво да се извини на пациента, за да не се почувства по-малко значим от причината за прекъсването. Ако лекарят има записани други пациенти или ангажименти, добре е ясно да информира пациента с какво време разполага за провеждане на разговора.

Преди да съобщи тежката новина на своя пациент, лекарят трябва да е наясно как той възприема конкретната медицинска ситуация и до каква степен смята, че има сериозен здравословен проблем. Именно затова е необходимо да му зададе въпроси и да определи точните думи, които се предпочитат и избират от индивидуалния му стил на общуване. Може да попита пациента например „Какво помислихте, че се случва с Вас, когато открихте бучката?", „Какво Ви казаха досега за всичко това?" или „Притеснявате ли се, че това може да е и нещо сериозно?" Докато пациентът отговаря на зададените му въпроси лекарят е необходимо да бъде наблюдателен и да обръща внимание на езика и думите, които използва, и след това да се опита да ги включи в своя отговор. Това е от значение, защото помага да оцени несъответствието, често пъти неочаквано голямо, между очакванията на пациента и реалното му здравословно състояние (Lubinsky, 1999).

Отричане
„Никога не съм предполагала, че може да се случи на мен. Изключвах тази възможност."

Ако пациентът използва стратегия на *отричане* на случващото се като несъзнателен механизъм, който му помага да се справи със стреса, това показва, че лекарят трябва да се отнася още по-внимателно при срещите си с него. В този ранен период противопоставянето от страна на лекаря не е препоръчително, защото излишно ще засили тревожността в пациента и ще се отрази на връзката и отношенията между лекар и пациент в негативен смисъл. На по-късен етап пациентът не може повече да отрича своята болест, той изпитва усещане за загуба и силен страх.

Въпреки че повечето пациенти имат желание да са запознати с подробности относно своето здравословно състояние, добра идея е лекарят да се увери, че това е така. Необходимо е той да получи разрешение от пациента да започне разговора като по този начин уважава правото му на информираност. Някои примери в това отношение са: „Всички подробности за случващото се ли искате да знаете?", „Колко информация за диагнозата и последващото лечение бихте желали да Ви дам?" или „Бихте ли желали да Ви кажа подробности за случващото се или предпочитате да обсъдим лечението, което предлагам?"

Преди да се съобщят трудните новини, добре е лекарят да предупреди пациента за това. По този начин той разполага с още няколко секунди, за да се подготви психологически за тях. Например „За съжаление имам лоши новини за Вас, госпожо" или „Госпожо/ Господин, (името на пациента), много съжалявам, че трябва да Ви кажа, че…" (Maynard, 1997; Maguire & Faulkner, 1988).

Изследователите (Wright, 1996) са единодушни, че пациентът няма да има друга възможност да преживее и преработи емоциите от този толкова тежък момент в живота си, когато му се съобщава, че е болен от онкологична диагноза. Именно затова е добре да му се даде необходимото време и пространство за това. По този начин той има възможност да започне естествения цикъл на скръбта, който не е добре да се загуби.

Когато лекарят съобщава установена тежка диагноза на пациента, е добре *да използва същите изрази* като него. Например ако пациентът използва думи като „расте" и „разпространява се", хубаво е лекарят да употребява същите думи, а не неразбираеми

медицински термини на латински език. Ако лекарят желае да бъде разбран от пациента и да му е ясно за какво говорят, а не информацията, която предава да се изкриви и възприеме неправилно, то е желателно да не използва научни понятия. Дори и добре информирани пациенти се затрудняват в разбирането на строго медицински термини и в запомнянето им по време на силен емоционален стрес.

Лекарят предоставя *информацията на малки части,* като се уверява, че в края на всяка „порция" пациентът е разбрал какво му се казва. Ако е необходимо, той може да повтори няколко пъти конкретното изречение, докато е сигурен, че пациентът го е разбрал наистина, а не само, че казва, че това е така. Например той може често да пита „Разбирате ли какво имам предвид?", „Дотук става ли Ви ясно", „Ясно ли се изразявам?" или „Следите ли мисълта ми?" Основното разминаване е между това, което лекарят смята, че е казал и това, което пациентът е разбрал (Ford et al., 1996).

Лекарят е необходимо да адаптира поднасяната информация за конкретния пациент. Ако той показва, че разбира казаното до момента, лекарят може да продължи нататък със следващата информация. Ако обаче пациентът не е наясно с казаното до момента, лекарят е необходимо да го повтори и изясни. Тъй като по време на разговора се изразяват силни емоции и реакции, лекарят е необходимо да ги признае и да им отговори.

За повечето лекари да отговорят на емоциите, изпитвани от пациентите, е една от най-трудните задачи по време на разговора. В своите усилия да облекчат дискомфорта, който изпитват и да намалят част от товара на своите пациенти, те често задържат част от информацията за себе си, сериозно омаловажават състоянието на пациента или дават по-благоприятна прогноза за развитието му, отколкото е в действителност. Въпреки че изброените стъпки от стратегията намаляват изпитвания стрес както от лекарите, така и от техните пациенти в краткосрочна перспектива, в дългосрочен план те им създават проблеми. Значително по-полезно от терапевтична гледна точка е лекарят да признае изпитваните емоции от пациента чрез т. нар. *техника на емпатиен отговор*, която включва следните 3 последователни стъпки:

***Стъпка 1**: Внимателно изслушване, за да се определят преживяваните емоциите* от пациента. Ако лекарят не е наясно каква емоция изпитва пациентът, той може да зададе уточняващи въпроси като „Как това Ви кара да се чувствате?" или „Какво разбрахте от това, което току-що Ви казах?"

***Стъпка 2**: Установяване на причината или източника на емоциите*. Обикновено това са лошите новини, които пациентът току-що е чул.

***Стъпка 3**: Лекарят показва на своя пациент, че свързва Стъпка 1 със Стъпка 2* или е идентифицирал преживяваните от него емоции и причините за тях, като казва например „Да чуете резултатите от снимката на костите (сцинтиграфията) е със сигурност голям шок за Вас", „Очевидно новините силно Ви разстройват" или „Ясно е, че тази информация силно Ви стресира." Друг полезен отговор е „Знам, че това не е, което желаехте или очаквахте да чуете."

Стъпки за съобщаване на лоши новини (Buckman, 1992):

1. Подготовка на информацията, мястото, обстановката, подходящите близки хора.
2. Установяване какво знае пациентът до момента.
3. Установяване колко още желае да научи.
4. Съобщаване на информацията – „Имам лоши новини за резултатите Ви от изследванията на кръвта".
5. Отговаряне на емоциите на пациента – „Виждам, че не сте очаквал да чуете именно тази информация." Лекарят не трябва да изразява съгласие или да споделя емоциите на пациента.
6. Обсъждане на конкретни стъпки в бъдеще.

Чрез емпатийните отговори лекарят потвърждава чувствата, които изпитва неговият пациент и ги свързва със собствената си гледна точка например чрез отговора: „Бих желал новините да бяха по-добри!" *При даване на емпатиен отговор не е необходимо лекарят да изпитва същите чувства като своя пациент.* Чрез него лекарят показва, че е възприел, че си дава сметка и осъзнава какви емоции разтърсват неговия пациент в момента. Желателно е да има нагласа на „неосъдителна топлина", която изключва осъждането и се изразява в искрено общуване.

След като лекарят е проявил своето емпатийно отношение, установил е какви емоции изпитва неговият пациент в момента и ги е признал, той е готов да ги *потвърди* чрез изрази като „Разбирам как се чувствате." За да се намали усещането за неудобство, изолация и самота в пациента, лекарят може да го увери, че изразяването на емоциите е напълно естествен процес и реакция.

Съчетаването на емпатийни с уточняващи отговори, ако е необходимо, и след това признаване на изпитваните емоции от пациента (в посочената последователност) ще го увери, че лекарят разбира чисто човешката страна на медицинските въпроси и здравното му състояние и че изразяваните от него емоции са част от общуването между тях (Molleman, Krabbendam & Annyas, 1984).

Един от подходящите начини да се подготви пациентът, за да участва в решенията за предстоящото му лечение е лекуващият го лекар да се увери, че той разбира информацията, която му предоставя. Именно затова е добре той често да проверява дали пациентът следи мисълта му. Преди да приключи разговорът, е добре да обобщи информацията, която е съобщил, и същевременно да даде възможност на пациента да изрази своите страхове или да зададе въпроси. Ако лекарят не разполага с достатъчно време, за да им отговори, те могат да бъдат оставени за обсъждане при следващата среща или преглед. Лекарят и неговият пациент трябва да приключат разговора с ясен план за предстоящи стъпки, които е необходимо да се предприемат и с ролите и отговорностите, които двамата ще поемат по време на лечението.

Разгледаната стратегия дава конкретни стъпки за следване, които са лесни и логични за запомняне. Емпатийните, уточняващите и потвърждаващите изказвания помагат на лекаря да изрази своята подкрепа към пациента. Това е и един от основните психологически методи за намаляване на дистреса. Установено е, че протоколът е лесно разбираем и приложим и увеличава чувството на компетентност в лекаря в конкретната трудна ситуация.

Етапи при съобщаване на тежка диагноза (Edlich & Kubler-Ross, 1992; Buckman, 1992; Kaye, 1996):

1. подготовка
2. съобщаване на новината
3. управление на емоциите
4. планиране на следващи стъпки

При *съобщаване на лоши новини по телефона*, стационарен или мобилен, е добре разговорът да започне с представяне на медицинското лице, от къде (коя институция) се обажда, да е наясно с кого разговаря, да се изясни дали са се срещали и запознавали преди и ако това се потвърди, да се уточни кога е протекла срещата (Buckman, 1992). При обаждане на мобилен телефон медицинското лице е желателно да провери дали моментът е подходящ за разговор. Ако не е поради шофиране или други обстоятелства, добре е да се изчака реципиентът на новините да се премести на удобно място и да се уточни подходящо време за повторно обаждане. Добре е да се изясни дали той е сам или е придружен от някой друг.

При *съобщаване на смъртен случай на близките* е важно да се произнесе на глас думата „почина", дори когато реципиентът използва евфемизми като „замина си", за да се

избегнат недоразумения (Wright, 1996). Добра идея е медицинското лице да опише накратко какво се е случило с починалия пациент например: „Тя се събуди с внезапни болки в гърдите, извикахме лекар, сърцето ѝ спря да бие, опитахме да ѝ помогнем, да я съживим, но не успяхме. Съжалявам да Ви съобщя, че тя почина." (Buckman, 1992)

Желателно е *задаване на отворени въпроси* от лекарите като:

1. „Какво знаете за диагнозата си?"
2. „Какво са Ви казали за диагнозата Ви до момента?"
3. „Какво Ви притеснява най-вече: заболяването, вашето семейство или бъдещето?"
4. „Как се отразява лечението на семейството Ви?"
5. „Какво Ви е най-тежко до сега в това да сте болен?"
6. „Какви са Вашите надежди, страхове и очаквания за бъдещето?"
7. „Какво има най-голямо значение за Вас?"
8. „Кога се чувствате най-добре?"
9. „Чувствам, че сте изплашен. Искате ли да ми кажете как се чувствате?"

Съобщаването на тежка диагноза е труден и стресиращ опит както за пациента, така и за лекуващия го лекар. Често хората, които го правят, се идентифицират с негативните аспекти на информацията, която съобщават (Buckman, 1984). Без предварителен план или стратегия за следване е възможно лекарят да съобщи само част от информацията, което е възможно да лиши пациента от активното му участие в процеса на вземане на решения за по-нататъшното му лечение. Ако лекарят не е честен с пациента, е възможно да изгуби неговото доверие. Съобщаването на лоши новини никога няма да е леко, но когато лекарят има план за действие и като знае, че може да подкрепи и да бъде съпричастен със своя пациент в трудната ситуация, неговата работа е облекчена значително.

1.3 Модели на скръбта и кризата

„Скръбта е това, което добавяме към загубата.
Тя е заучен отговор, специфичен само за някои култури.
Скръбта не е неизбежна."
Аджан Брам

Повечето хора, когато чуят, че лекарят им произнася думите „Вие имате рак" се чувстват ужасно. Те са шокирани, а мозъкът им отказва да работи. Те започват да мислят, че скоро ще починат, представят си и психически сякаш присъстват на собственото си погребение, започват да се тревожат как ще съобщят поставената онкологична диагноза на своите деца, семейство, приятели и колеги, как ще преминат през лечебния процес. Всички тези мисли и чувства са по-скоро норма, а не изключение. От значение обаче е как те се справят със своите страхове и опасения и как преодоляват значимите препятствия в техния живот, за да продължат напред.

Реакциите при поставяне на хронична диагноза, каквато е ракът, са различни, но те винаги са *силни* и *бурни*. Емоциите могат да са от шок до облекчение и всичко в този спектър. Дори, когато симптомите са били на лице дълго време, поставената диагноза *винаги* е неочаквана за пациента, защото никой никога не е подготвен да му съобщят, че има рак (Серван-Шрайбер, 2011; Kneece, 2004). Нормално е онкологичните пациенти да започнат да се питат и чудят защо това се случва именно на тях. Възможно е дори да не повярват на поставената диагноза, особено ако не се чувстват болни.

„Човек винаги смята, че конкретно на самия него не може да се случи."
„Живееш и чуваш, че на другите хора откриват рак и изведнъж осъзнаваш, че си част от тях. Да, за мен беше огромен шок!"
„Никога по никакъв начин не очакваш да се случи на теб. Винаги се случва на другите, никога на теб. Много е трудно да го приемеш. Трудно е да свикнеш с мисълта, че имаш рак."

Ако **шокът** е първата изпитвана емоция, то отричането, а след това гневът, траурът и тъгата съпътстват загубата на здравето. Някои хора се откъсват от действителността и престават да се интересуват какво става около тях. Други могат повече да спят, плачат и да се дистанцират дори от собствената си личност. Всички тези реакции са обичайни и нормални.

Реакции към болестта
„Бях разстроена. Бях шокирана. Страдах. Мислех за всички неща, които остава да направя. Изплаших се още повече може би, защото познавах диагнозата. Баща ми имаше рак, знам колко коварна и непредвидима болест е. Знаех какво да очаквам и това ме съсипваше."

„Воюващият дух" или *„отричането"* са два психологически отговора, първоначално описани от изследователи от Великобритания чрез клинични интервюта, проведени с 69 пациенти с ранно диагностициран рак на млечната жлеза, които в последствие се адаптират по-лесно и успешно към заболяването в период от 5 години в сравнение с пациенти, чиито отговор се изразява в *„стоическо приемане"* или *„безпомощност и безнадеждност"*. Резултати от проведени изследвания през следващите между 10 и 15 години със същите изследвани лица потвърждават сходни тенденции като първоначално проведените изследвания. До подобни изводи достига и проведено изследване през 1979 г. с 35 жени с метастазирал рак на млечната жлеза, лекувани в болницата „Джон Хопкинс" в Балтимор, Мериленд, според което по-голяма преживяемост се наблюдава

при изследвани лица, които на по-ранен етап изразяват по-негативни емоции по време на лечението.

Безспорен факт е, че поставената онкологична диагноза оказва голямо влияние както на пациента, така и на неговото семейство и приятели. Той вероятно се чувства изплашен, объркан или гневен на нежеланите от него промени, които ракът ще внесе в качеството му на живот (Katz, 2009). Възможно е поради силния стрес да „блокира" емоционално и да не може да слуша, възприема или запомня информацията, която лекарите му казват в конкретния момент. Това е особено силно и важи най-вече при първоначалното съобщаване на диагнозата. Напълно естествена реакция е хората да се „вцепенят" психически при чуване на думата „рак". Те по правило се чувстват шокирани, обезверени, ужасени, изплашени, силно тревожни, виновни, тъжни, депресирани, гневни и т. н.

Тъга/ траур
„Плачех сама преди да заспя. След като се научих обаче да споделям моите чувства с другите, заспивам по-лесно."

Усещането за вина се изразява чрез въпроси към собствената личност дали пациентът е забелязал симптомите по-рано и се чуди какво от поведението му е причинило заболяването, дали е бил изложен на конкретно негативно влияние в работата и вкъщи, което би причинило заболяването, обичайни са опасенията, че другите членове на семейството също ще се разболеят от рак.

Вина и страх от смъртта
„Изпитвам чувство на вина, че не винаги успявам да се справя с диагнозата."
„Извинявах се на Бога, че се съмнявах в Него."
„Страхувах се, че ще умра. Не бях сигурна в нищо…"

Част от пациентите се страхуват от самата диагноза, а друга част от предстоящото лечение, как ще го преживеят и понесат. Друг голям страх, който те и членовете на семействата им преживяват, е страхът от болката и страданието. Всеки от тях е нормално да изпита някои от изброените емоции и да ги преодолее по различен, индивидуален начин.

Страхове, свързани със смъртта (Buckman, 1999):
- от *физическа болест* - изпитване на болка, гадене, безпомощност и др.
- *психологически* страхове – несправяне със стреса, получаване на нервен срив и др.
- свързани с *умирането* – екзистенциални и религиозни страхове,
- пациентът да не е товар за членовете на семейството си или е неспособен да осигури прехраната им, особено само ако той работи

Мисълта за предстоящото лечение е възможно да провокира различни чувства (Серван-Шрайбер, 2011; Kneece, 2004) като: **страх от страничните му ефекти**, тревожност дали пациентът ще е в състояние да работи и да полага грижи за членовете на своето семейство по време на лечението, притеснение как да съобщи диагнозата на своите малки деца и да им обясни какво се случва, опасения, че лечението няма да е адекватно и е трябвало да избере друга терапия, притеснения колко време ще отнеме лечението и как ще се справя със своите задължения, докато трае то, страх, че няма да може да се грижи за себе си и ще се нуждае от допълнителна помощ, финансови притеснения, че няма да може да си позволи лечението. Изпитването на подобни страхове е нормална реакция и е добра идея пациентът да си позволи да ги изживее. Ако това не стане, е възможно той да блокира емоционално, да се затрудни последващото му функциониране и това да се

отрази негативно на взаимоотношенията му с другите хора. Поради изпитване на висока степен на тревожност е възможно пациентът да спре да си взема часове при лекуващия го лекар, да престане да ходи на текущи изследвания или да прекрати лечението си по-рано от необходимото, да изпитва затруднения в логичното мислене, ясното говорене и вземането на решения, в четенето и запаметяването на информация, да страда от безсъние, да намали своя апетит, да изпитва затруднения в извършване на ежедневните си дейности, например да престане да спортува, да не успява да се свързва и общува естествено с хората и по този начин да не получава подкрепата и помощта, от които се нуждае. Тъй като онкологичният пациент не е в състояние да промени много събития от своя живот, добре е да насочи вниманието си и да се концентрира над тези, които зависят от него и по този начин да има усещане за контрол над травмиращата ситуация.

Пациентът е възможно да се чувства **обезнадежден и тъжен** от диагнозата, от това, че за него тя е пречка за пълноценния му щастлив живот. За него бъдещето става неясно. Самата мисъл за предстоящото лечение и времето, което то ще отнеме може да изглежда прекалено трудна за понасяне. Чувствата на тъга, обърканост и неяснота могат да се задълбочат при пациенти с рецидив на заболяването и натрупан минал опит в лечението му.

Неяснота в бъдещето
„Не резервирахме предварително ваканцията за догодина, защото не знаем какво може да се случи с мен."
„Всички мои планове за живота в бъдеще рухнаха, когато ми поставиха диагнозата. Затова сега не планирам."

Възможно е изпитване на силно **усещане за загуба,** свързано с поставената онкологична диагноза и последващото лечение. Ракът е твърде вероятно да промени усещането за собственото Аз, как пациентът възприема собственото си тяло (Kneece, 2004) и своето бъдеще. Тъгата е нормална реакция при прощаване със стари идеи и илюзии в себевъзприемането, преди да се развият нови начини за възприемане на настъпилите промени в собствения живот и Аз-образ на личността. Добра идея и действа подкрепящо пациентът да споделя преживяванията си на тъга с близък човек. Нормално е този процес, в който се осъзнават загубите и настъпилите промени в живота, да отнеме време. Както пациентът се грижи за физическото си излекуване чрез различни терапии, той е необходимо да се погрижи и за чувствата, които изпитва.

Да се справяш с неизвестното
„Вече 5 години се боря с въпроса как да водя „нормален живот" въпреки заболяването и да планирам бъдещето, докато то и смъртта са надвиснали над мен. Мисля, че непрекъснатата несигурност е най-лошото."

Специалистите съветват пациентът да състави списък с въпроси към професионалистите от лекуващия го екип. Желателно е член от семейството или приятел да го придружава по време на медицинските прегледи, изследвания и лечение. От една страна, ще го подкрепя, а от друга, ще запомня възможните варианти за лечение. Добре е той да си води записки с мнението на специалистите и да изяснява значението на непознатите медицински термини, които лекарите използват. Неговата функция включва и обяснения на пациента на всичко, което не му е ясно.

Поради комплексността, болезнеността и стреса от поставената онкологична диагноза, някои пациенти смятат, че по-лесно биха приели новината за нея, ако разполагат с колкото е възможно повече информация за рака. По този начин, доколкото е възможно, се намалява страхът от непознатото и неясното предстоящо лечение. Знанието за конкретния вид рак, за съответното му лечение и шансовете за възстановяване може да

бъде полезно. Въпреки че онкологичните пациенти не могат да променят поставената им диагноза, те могат да потърсят надеждна, съвременна и полезна информация за заболяването, която да обсъдят с членовете на своите семейства, приятели и медицински специалисти от лекуващия ги екип. Достъпът до нея им помага да вземат информирани решения за бъдещото им лечение и им създава усещане за контрол над ситуацията.

В опит да се разберат психологическите реакции и отговори на пациентите към рака в науката са разработени различни стадиални модели, които описват процеса на приближаване към края конкретно от поставена онкологична диагноза. Те отразяват историческото развитие на провежданите изследвания по темата.

Модел на скръбта

В научната литература се е утвърдил като класически **моделът на скръбта**, който Елизабет Кюблер-Рос за първи път разработва и публикува в книгата си „За смъртта и умирането" през 1969 г. (Kübler-Ross, 1969; Kneece, 2004). Той се основава на проведени дългогодишни научни изследвания и по-конкретно на интервюта с повече от 500 пациента на прага на смъртта. Включва 5 фази, през които хората преминават, за да се справят със скръбта и трагичната новина, че са диагностицирани с терминално заболяване или преживяват огромна загуба в живота си. Издадената от нея книга води до повишаване на чувствителността, подобряване на лечението и полагане на грижи при хора, които страдат или боледуват тежко. Според авторката представените стадии не претендират за изчерпателност, не е задължително да произтичат хронологично един от друг и не следват определена линейна последователност във времето. Освен това не всеки, който преживява животозастрашаващо събитие, преминава през петте фази на скръбта в разгледаната последователност (Barraclough, 1999; Buckman, 1999), но човек по правило преживява поне 2 от тях. Реакциите към болест, смърт или загуба са толкова индивидуални, колкото хора ги преживяват. **Цикълът на скръбта** не е ригидна серия от последователни или сходни стъпки във времето, сам по себе си *не е процес, а модел* или *рамка*. Процесът е установен и постоянен за разлика от модела, който е по-малко специфичен, по-скоро задава посоката и формата на изпитваните емоции. Например хората не винаги преживяват петте фази от цикъла на скръбта, може да се „избере" една и да се „остане" дълго време в нея. Някои е възможно да се преживяват отново и отново, а други изобщо да отсъстват, преходът между тях е по-скоро като поток, а не като последователно развиващ се процес, те не са равнозначни по между си. Често пациентите преминават през модела бързо и се връщат към конкретна фаза няколко пъти, преди да я преработят в съзнанието си. По-често жените отколкото мъжете изживяват петте фази от модела на скръбта.

Според модела човек е необходимо да премине през своето собствено индивидуално пътуване, след което той приема реалността. Чрез него се обяснява как и защо „времето лекува" и как „животът продължава". Въпреки че фокусът на внимание на Е. Кюблер-Рос е върху смъртта и загубата, той е полезен за разбиране на собствените и чуждите емоционални реакции към травмата и промяната, без значение каква е причината за нея. Първоначално авторката разработва разглеждания модел за хора с терминални диагнози. По-късно той е отнесен към катастрофални лични загуби като например загуба на работа, доход, лична свобода или към значими житейски събития като смърт на близък, отхвърляне, прекратяване на интимна връзка или развод, наркотична зависимост, излежаване на присъда в затвора, промени в работната среда, поставяне на хронична диагноза, безплодие и преживяване на различни трагични събития в живота.

Моделът за справяне със загуба включва следните 5 стадия:

1) ***Отричане*** – Характерни за тази фаза са мисли и изказвания като „Чувствам се добре" и „Това не се случва на мен". По правило отрицанието е само временна защита на личността. То е изместено от чувството на притежание и от мисълта за значимите други,

които ще бъдат изоставени след смъртта, раздялата или загубата. В тази фаза заобикалящият свят и животът губят своя смисъл и значение, човек е в състояние на шок и вцепенение, чуди се как и защо да продължи напред, търси начин да живее всеки ден, опитва се да се утеши и да овладее чувството на скръб, което изпитва, проявява своето благородство. Отричането е естественият път пациентът да поеме колкото може да понесе и издържи от емоционалната травма. То помага тя да се преживее и е естествен механизъм за защита. То е съзнателен или несъзнателен отказ да се приемат факти, информация от реалността, която е свързана с травмиращата ситуация. Някои хора е възможно да се „заключат" и останат в тази фаза, докато преработят травмиращата промяна, която отричат.

Реакции към болестта
Отричане
„Поставиха диагнозата, бях болна и прогнозата не изглеждаше добра. Беше отчайващо, не знаех какво се случва в тялото ми. Бях толкова болна, че не ме интересуваше нищо друго освен да оцелея. Болестта атакува тялото ми. Продължавах да мисля, че утре, когато се събудя, всичко това ще е само кошмар."

Отказът да се приеме диагнозата веднага показва необходимостта на пациента да събере достатъчно сили, за да се изправи пред това, което му предстои. Той изпитва объркване, страх, гняв, а понякога избягването да се мисли за диагнозата е здравословна реакция.

Когато човек приеме реалността на загубата, започва да си задава въпроси, започва лечебният процес, той става по-силен, а отричането отстъпва място. Ако то обаче се засили всички чувства, които се отричат, изплуват на повърхността на съзнанието.

2) ***Гняв*** – Характерни за тази фаза са мисли и изказвания като „Защо аз? Не е честно!", „Как може това да се случва точно на мен?" и „Кой е виновен? Кого да обвиня" Във втори стадий човек признава, че отричането не може да продължи. Когато пациентът преминава през тази фаза, за него е трудно да се полагат грижи, защото в него бушуват емоции като гняв и завист. Зад гнева е скрита собствената болка. Естествено е човек да се чувства самотен и изоставен. По своята същност гневът представлява съпротивление, пациентът може да се хване за него и да изгради времева структура, да има отново усещане за време в безвремието на загубата.

Гняв
„Не мога да кажа, че е лесен опит. Доста плаках, обвинявах и се ядосвах на целия свят. Научих, че омразата, която изпитвам, не ми помага. Тогава избрах да се променя и да видя какво мога да получа и развия чрез моята болест."

В началото страданието кара човек да се чувства като изгубен в морето, защото е прекъсната връзката с всичко и всички. След това обаче структурата на гнева се превръща в мост над откритото море на травмата, във връзка между пациента и значимите други. Това може да се проявява по различни начини: да е насочен към собствената личност или към екипа от медицински специалисти. Той поддържа човека и го кара да се чувства по-добре. В научната литература е изписано повече за начините как гневът да се потиска, а не как да се почувства и преживее. Когато човек знае за него, той по-лесно го приема и няма осъдително отношение към него.

Гневът е необходима фаза от лечебния процес. Необходимо е той да се почувства, изрази и преживее, въпреки че изглежда безкраен. Колкото повече се преживява, толкова повече той намалява и пациентът повече се излекува. Зад него има скрити много други емоции, но той е най-често срещаната и изразявана. Въпреки че не познава граници, хората най-често се справят с него. Той може да се разпростре над приятели, лекари, семейство, собствената личност и значимите други, които полагат грижи, но и върху

Бога. Пациентът е възможно да се запита „Къде е Бог във всичко това?". Обикновено това не е целенасочен процес, пациентът няма за цел умишлено да наранява хората около себе си. Изход от него е да изразява чувствата, които изпитва от поставената диагноза, да обяснява как се чувства той самият, да уточни, че не очаква от своите близки да разрешат неговите проблеми и да не ги обвинява, а ще се радва, ако го изслушат и подкрепят.

Гняв – веднага след поставяне на диагнозата, период на задаване на гневни въпроси
„Защо се случва на мен? Господи, защо изпращаш това изпитание рака на мен? Къде сгреших? С какво го заслужих?"

3) ***Пазарене*** **–** Характерни за тази фаза са мисли и изказвания като „Ще направя всичко в замяна на още няколко години живот", „Ще дам всичките си спестявания, ако…" и „Мили Боже, никога няма отново да се ядосвам на жена ми, ако я оставиш да живее." В нея присъства надеждата, че човек може да отложи смъртта по някакъв начин. Обикновено пазаренето за удължаване на живота се прави с по-висша сила в замяна на промени в живота на пациента. От психологическа гледна точка човек казва: „Разбирам, че ще умра, но само ако мога да направя нещо, за да спечеля повече време."

Пациентът е склонен да приема различни условия с цел да облекчи, намали или да се освободи от собственото си страдание. То може да е под формата и на сключване на временно примирие: „Ако посветя остатъка от живота си да помагам на другите, може ли тогава да се събудя и да осъзная, че всичко това е лош сън?" Човек се изгубва в лабиринта на твърденията „ако…". Той желае да се върне в миналото на своя живот, когато е бил с обичаните от него хора, желае да се върне назад във времето, да открие тумора по-рано, да се диагностицира заболяването по-скоро или да предотврати катастрофата. Често чувството за вина е част от процеса на пазарене. Разсъждения от вида „само ако…" предизвикват самообвинения и обмисляне на различни жизнени сценарии преди травмиращото събитие. Възможно е пазарене дори с изпитването на болка: „Ще направя всичко, за да не изпитвам болка от загубата". Пациентът психически се връща в миналото като преговаря, за да не бъде наранен. Обикновено тази фаза при хора на прага на смъртта включва пазарене с всичко, в което човек вярва. Хората, които преживяват по-леко емоционалната травма търсят компромис.

4) ***Депресия*** **–** Характерни за тази фаза са мисли и изказвания като „Толкова съм тъжен, за какво да се занимавам с нещо?", „След като ще умра скоро, какъв е смисълът?" и „Липсват ми хората, които обичам, за какво да продължавам?" През нея умиращият човек започва да разбира неизбежността на смъртта. Именно поради тази причина той може да стане мълчалив, да отказва да се среща с хора и да прекарва повечето време като плаче и скърби. Този процес му позволява да се откъсне от хората и вещите, които обича. Докато трае фазата, не се препоръчва да се правят опити пациентът да се утешава, ободрява или развеселява. Това е много важно време за скръб, което трябва да се премине и изживее.

След фазата на пазарене вниманието на пациента бързо се насочва към настоящето. В него на дълбинно ниво е налице усещане за празнота и скръб в живота му, което едва ли страничен човек може да си представи. Депресивната фаза създава и носи усещането в пациента, че ще трае вечно. Важно е да се разбере, че тя не е знак за ментален проблем в него. Тя е съответният отговор на преживяването на голяма загуба и емоционална травма, след която човек има нужда да се оттегли от живота, да се чувства сякаш е в мъглата на интензивна тъга, недоумение, съмнение и търсене на отговор на въпроса „Изобщо защо да продължавам?" Депресията от загубата често се възприема като неестествено състояние, което е необходимо да се поправи, нещо, от което човек трябва бързо да се отърси. Първият въпрос, който пациентът е необходимо да си зададе, е дали ситуацията, в която се намира всъщност предизвиква депресия. Загубата на обичан човек, например, е силно депресивна ситуация, обясним и логичен е и съответният ѝ

отговор. Естествено е човек да бъде тъжен, да усеща съжаление, страх, неяснота, объркaност. Ако скръбта е лечебен процес, то депресията е една от многото необходими стъпки по пътя, тя е подготовка за приемане на скръбта, показва, че човек започва да приема реалността.

5) ***Приемане*** **–** Характерни за тази последна фаза са мисли и изказвания като „Всичко ще бъде наред!" и „Не мога да победя, но мога да се подготвя." През нея хората приемат и се примиряват със своята или на значимите други смъртност или друго трагично събитие. Повечето хора преживяват тежко загубата на близък човек, когото обичат. Целта на тази фаза е да се приеме, че са починали физически обичани хора и да се осъзнае, че новата реалност е постоянна. Тя никога няма да се харесва, но е необходимо човек да се научи да живее с нея. Животът продължава в свят, в който обичаните хора липсват. По правило много хора се съпротивляват на това, като се опитват да поддържат живота какъвто е бил преди загубата, но от своя жизнен опит те разбират, че не е възможно да се държат сякаш миналото е недокоснато, то завинаги е претърпяло промяна, към която е необходимо да се приспособят. В тази фаза човек трябва да се научи да преподрежда и сменя социалните си роли, да делегира част от тях на други хора или самият той да поема нови. Приемането води до преживяване на повече добри за сметка на лоши дни. Човек започва да живее отново и да се наслаждава на живота. Това е паралелен процес на усещането, че по този начин се предават обичаните хора, които са си заминали. Никога не е възможно да се замени загубата, но е възможно да се изградят нови, пълноценни, изпълнени със смисъл междуличностни отношения. Приемането показва наличие на емоционално разграничение и обективност спрямо емоционалната травма. Според авторката ако пациентите разполагат с достатъчно време и получават помощ в успешното преживяване на предишните стадии, те достигат до приемане на своята диагноза.

Приемане
„Примирих се със смъртта. Никога не знаем кога ще починем. Няма значение дали получаваме сърдечен удар или ни блъсва кола, никой не знае кога ще му дойде часът, затова се примирих."

Хората, изправени пред смъртта, могат да навлязат в тази фаза преди своите близки, които е необходимо да преминат през другите стадии за справяне с мъката. Част от тях обаче се борят със смъртта до края. Някои психолози смятат, че колкото борбата е по-тежка, толкова по-дълго време човек остава във фазата на отричането. Това означава, че на пациента ще му е по-трудно да си замине по достоен начин. Според други психолози неприемането на смъртта до края е полезно. Пациенти, които изпитват затруднения в преработката на представените фази на скръбта е необходимо да се включат в група за подкрепа.

Стадиалният модел на Кюблер-Рос е част от процеса на научаване да се живее с човек, когото губим. Той е средство, чрез което се установява какви са чувствата, които изпитват както пациентът, така и неговите близки. В скръбта обаче няма спирки и всеки човек я преживява по различен начин, в различна последователност и интензивност. Всяко докосване до скръбта е толкова дълбоко индивидуално, колкото индивидуален е животът и отпечатъкът на пръста на всеки човек.

Мрежи за подкрепа
„Не знаех какво ми има, чувствах се много отпаднала, изморена, нямах сили, лесно се разболявах, отслабнах. След като ми поставиха диагнозата си помислих, че има и други жени като мен, които мога да потърся и да се свържа. Смятам, че всеки се нуждае от подкрепа в толкова труден момент. Споделям моите страхове с приятелите ми и с други жени със същата диагноза, които чувствам като второ мое семейство. По този начин не трупам всичко в себе си."

Хората смятат, че всяка фаза продължава седмици или месеци. Те забравят, че представените стадии отговарят на чувствата, които могат да траят минути или часове, именно затова не съществува установена *линейна* последователност в преминаването през тях. Възможно е пациентът да е в един стадий, след това да премине в друг, а след това отново да се върне в първия.

Представеният цикъл на скръбта е свързан и със значението, смисъла и целта, която човек си поставя и открива в своя живот. Резултати от проведено изследване (Santrock, 2007) с 160 изследвани лица, на които им остава по-малко от 3 месеца живот, показват, че тези които разбират целта на своя живот и са открили неговия смисъл, изпитват по-малко страх и отчаяние през последните седмици от него в сравнение с тези, които не са. В подобни изследвания се установява, че духовността помага на хората да преминат през състоянието на депресия по-лесно.

Сред *критиците* на разгледания модел на скръбта на Е. Кюблер-Рос са Дж. Бонано от Университета в Йейл и проведените от него изследвания между 2000 и 2003 г. с умиращи хора (Bonanno, 2009). Някои от получените резултати го потвърждават, а други го отричат. Други автори също критикуват стадиалния модел на Е. Кюблер-Рос (Barraclough, 1999; Morris, 1987; Buckman, 1999; Holland, 1989; Rando, 1984). Те посочват, че някои емоции като ужас от смъртта, вина, циклични чувства на надежда и отчаяние и реакции като страх, например, не са включени и разгледани в модела, въпреки че се наблюдават при оказване на палиативни грижи на пациентите. Безспорно моделът предлага полезна рамка за разбиране как пациентите се приспособяват към онкологична и други сериозни диагнози (Barraclough, 1999) и затова не трябва да се възприема като ригиден, а като динамичен.

Няколко години след като Кюблер-Рос разработва своя модел за умирането (Holland, 1989) се смята, че пътят, който изминават пациентите с поставена терминална диагноза, е предвидим и предначертан. На практика обаче се оказва, че прилагането на описаните стадии често води до категоризиране и етикетиране на пациентите, без да се отчитат и имат предвид индивидуалните им потребности и емоции. По-късно (Weisman, 1972) се обръща внимание на потребността от разбиране на индивидуалните психологически отговори към скръбта, която преживяват пациентите при анализ на психологическия опит, свързан с онкологичната им диагноза. По правило преживяната криза от поставена онкологична диагноза се разглежда като травматичен опит (Bolund, 1990).

Модел за разбиране на процеса на приближаване към смъртта

Според друг модел за разбиране на процеса на приближаване към смъртта (Buckman, 1999) пациентите по правило проявяват смес от реакции, които са характерни за тях, а не за конкретен стадий от него. Развитието е маркирано от преживяване на изпитваните емоции, а не от промяна във вида или природата им. Стадиите, които се предлагат, са:

1. ***начален стадии*** – включва емоционалните отговори към възможна смърт, които представят избраната от пациента стратегия за справяне.
2. ***хроничен стадии*** – включва разрешаване на елементи от първоначалния отговор и намаляване на интензивността на преживяване на всички емоции и
3. ***финална фаза*** или ***приемане на смъртта*** от пациента.

Друг практичен и относително опростен модел (Cullberg, 1975), който представя как онкологичните пациенти се справят на емоционално ниво с поставената им диагноза, продължават да живеят с нея и анализира психологичните и социалните им потребности, обхваща четири черти.

Теорията на Й. Кълбърг за хората в криза

Теорията на Й. Кълбърг (Cullberg, 2003) за хората в криза помага за по-доброто разбиране на механизмите, които стоят зад избора и приложението на конкретна стратегия за преодоляването ѝ. Според него всяка криза се развива в 4 фази, които описват как личността реагира и се справя с драматични събития в своя живот с цел след тях да продължи да функционира относително „нормално". Първите 2 фази се разглеждат като отделни половини на острата фаза. През всяка фаза е възможно да се прилага различен защитен механизъм за справяне със ситуацията в момента.

1) ***фаза на шок*** **–** продължава от няколко секунди до няколко дни. Човек се дистанцира от реалността и не може да се адаптира към случилото се. Под повърхността, вътре в човека всичко е хаос. Възможно е той да прояви агресия или да се върне назад в развитието си. Човек в шок се затваря в себе си, отдалечава се от света за известно време, за да се предпази. След като е направена първоначалната оценка, е осъзната заплахата за тялото. При вторичната оценка поведението направлява ума, като го задушава. Въпреки че човек в шок външно може да изглежда както обикновено, вътрешно може да се чувства силно объркан. Казани думи или случили се събития през тази фаза е възможно да се подтиснат или забравят напълно. Човек може да крещи истерично или да гледа втренчено в пода или в една точка.

Онкологичната диагноза се възприема като катастрофа както от самия пациент, така и от неговите близки. Той изпитва недоверие в собственото тяло, което приема за причина за надвисналата смъртна опасност и бъдещето е поставено под въпрос. Задушаващата тежест на екзистенциалната криза не се осъзнава с цел да предпази ума от психотична реакция. Човек се чувства вцепенен или отделен от всичко около него. Фазата съответства на първия стадий на отричането и изолацията, разгледан в модела на Кюблер-Рос (Kübler-Ross, 1969).

2) ***фаза на реакция*** **–** продължава между 4 и 6 седмици. Човек започва да осъзнава какво се случва и се опитва да открие смисъл в него. Налице е чувство на вина, прилагат се различни механизми за защита, за да се намали влиянието на травмиращия опит и усещането за заплаха и опасност в личността. В тази фаза са често срещани реакции като чувство на тъга, отчаяние, усещане за изоставяне, злоупотреба с вещества, хаос, неспособност да се открие смисълът в живота, прояви на агресия и психосоматични заболявания. Пациентът се изправя лице в лице с реалността чрез изразяване на първичната реакция на тревожност, той изживява заплахата от възможната смърт и предстояща загуба. През тази фаза човек започва да осъзнава какво всъщност се е случило и започва да възприема новата реалност. Засегнатият човек често задава едни и същи въпроси като „Защо това се случи на мен? Какво направих, че заслужих това? Защо именно сега?" Възможно е личността да бъде завладяна от чувство на вина и себекритика за случилото се.

3) ***фаза на адаптация*** **–** продължава между половин и 2 години. Пациентът започва да живее с хроничната диагноза и се адаптира към новите социални роли. Той се връща към дейности, които са се извършвали преди травмиращото събитие, отдалечава се усещането за вина. Най-накрая човек е започнал процес на приемане на диагнозата, на случилото се и на травмиращия опит, оставя я зад гърба си, започва да гледа напред и да планира своя живот. Фазата е от значение, защото докато трае, пациентът често е вкъщи, в болнични, далеч от клинична среда. Именно затова е толкова важно той да бъде подкрепян от своето семейство и/ или социално обкръжение от приятели, за да

продължи с адаптацията. През тази ***фаза на преработка*** той преживява лечението както физически, така и умствено. Пациентът прави опит да разбере новата житейска ситуация и търси начин как да се справи с нея, как да приеме травмиращата реалност. Възможно е да преосмисли своите взаимоотношения със значими за него хора, които в миналото са били незадоволителни като качество. Докато трае фазата той често си задава въпроса „защо?". Тя съответства на втория стадий от модела на Кюблер-Рос (Kübler-Ross, 1969).

4) ***фаза на преориентиране*** – обхваща остатъка от живота. Някои интереси са заменени от други. Нараненатa самооценка се възстановява. Кризата се превръща в част от житейския път на личността. Човек вече е приел поставената му диагноза и е започнал да живее в новата ситуация. Разбира се, той не е забравил случилото се, но го е приел и може би е намерил ново хоби, например, или спортна дейност, на която е в състояние да се отдаде въпреки поставената му диагноза.

Приятни изживявания
„Обичам да плувам, когато съм в голям басейн сама. Чувствам се сякаш съм в свой собствен свят. Мога да контролирам изцяло тялото си."
„Обичам да излизам сред природата и да се снимам. По този начин изразявам себе си."
„Изцяло промених рецептите, по които готвя за семейството ми. Вече правя сладкиши без захар. Снимам ястията и споделям рецептите с приятели. За всички е по-добре да се хранят здравословно."

Фазата се преживява при всеки контролен преглед, на който пациентът изпитва страх от откриване на нови следи от рака. Заедно с преживявания ужас протича и процес на преработка на опита и адаптация. Чувството на облекчение е налице след приключване на контролните изследвания, които потвърждават липсата на рак. Пациентът преоценява своя живот, целите, които си е поставил в него, и смисъла, който му отдава, своята идентичност и какво желае в бъдеще.

Изпитване на смесени емоции – от възторг до депресивни чувства
Съвпада с фазата на преориентиране от модела за кризи (Cullberg, 1975)
„Много дни се чувстваш подтиснат, а след това се усмихваш отново. Разплаках се след като ми казаха, че резултатите са ми добри. Не знам защо се разплаках, а трябваше да се радвам. Бях щастлива."
„От една страна бях възторжена, но от друга се чувствах депресирана."
„От една страна се радваш, но от друга винаги имаш усещането, че може да се върне отново."

Фазата на шока и *фазата на преработка* са най-спешните фази от кризата, които изискват непосредствена намеса и подкрепа от страна на професионалистите от здравната сфера.

„Сезони на оцеляване"

Друга алтернативна рамка на различните фази и предизвикателствата, които предлагат на пациента, са т. нар. „*сезони на оцеляване*" (Mullan, 1985). Те са полезни за разбиране на преживения опит от поставена онкологична диагноза, като описват стадия, в който заболяването не се възприема като заплаха. Налице са 3 фази на преодоляване на поставената онкологична диагноза:

1. *остро оцеляване*
2. *продължаващо оцеляване*
3. *дългосрочно оцеляване*

Оцеляването е термин, който свободно се използва в част от научната литература за рака. То обхваща периода от време след проведеното лечение до 4-5 години от поставената диагноза, след който вероятността от рецидив на заболяването е относително по-малка.

По време на ***острата фаза*** на оцеляване започват да се полагат усилия от пациента до излекуване от диагнозата и обикновено продължава до приключване на лечението или приблизително 1 година след първоначалното поставяне на диагнозата. Някои от изпитваните странични ефекти от провежданото лечение, които са налице в първата фаза, продължават и във втората.

Проведени са множество изследвания на психосоциалните проблеми, с които пациентите се сблъскват в разглежданата фаза (Barraclough, 1999; Fobair, Hoppe, Bloom, Cox, Varghese & Spiegel, 1986; Gotay, Holup & Pagano, 2002; Maguire, Lee, Bevington, Kuchemann, Crabtree & Cornell, 1978; Morris, Greer & White, 1977; Stanton, Danoff-Burg & Higgins, 2002). Някои от ранните изследвания по темата са с пациенти с рак на млечната жлеза (Maguire et al., 1978; Morris et al., 1977). По-голямата част са насочени към стратегиите за справяне, които пациентите прилагат при приспособяването си към диагнозата (Stanton et al., 2002) и сравнителни изследвания (Gotay et al., 2002), които анализират етническите различия в качеството на живот на 2 групи пациенти: преживели рак на млечната жлеза и на простатата.

Онкологичният опит на пациентите през тази фаза (Barraclough, 1999) се характеризира с преживяване на загуба или на заплаха от загуба на енергия и физическа сила в бъдеще (Fobair et al., 1986). Това се отнася особено за пациенти, които имат интензивна работа, спортуват или имат хоби, свързано с физическа активност. Физическата слабост е придружена от загуба на независимост за много пациенти, които са лежащоболни или не са активни поради заболяването. Те са фрустрирани или смятат, че са товар за семействата си или обгрижващите ги (Barraclough, 1999; Rowland, 1989), изпълняват пасивна роля в провежданото от тях лечение, което е възможно да задълбочи усещането им за загуба на контрол или безпомощност (Lambley, 1987).

Онкологичният пациент е възможно да се притеснява кой ще поеме и изпълнява неговите задължения, да преживее загуба на важни роли в живота си и да се чувства отчужден от „здравите хора" (Rowland, 1989) или да не принадлежат на „клуба на здравите" (Серван-Шрайбер, 2011). Загубата на очакванията от живота е възможно да е придружена от тъга или гняв, тъй като той се изправят пред мисълта за собствената си смърт. Поради заболяването той трябва да преосмисли житейските цели, които си е поставил, или да ги отложи за бъдещ момент или за неопределен период от време.

Продължаващото оцеляване (фаза 2) трае от момента, в който лечението приключи, обикновено 1 година след поставената диагноза до около 4 години след това и е период с най-голяма вероятност от рецидив на заболяването (Mullan, 1985). През това време пациентът е необходимо да преодолее страничните физически и психологически последствия от рака и неговото лечение, които обикновено взаимодействат с ежедневното функциониране на пациента и с обичайните му дейности, извършвани у дома и на работното място. Те могат да се изразяват във физически проблеми, сексуални дисфункции или в невъзможност да се изпълняват определени дейности в резултат на извършената операция. След приключване на лечението е възможно да се изпитва и хронична умора (Servaes, Prins, Verhagen & Bleijenberg, 2002). Сред страничните реакции при химиотерапия се посочват гадене, загуба на апетит, умора, повръщане, анемия, загуба на коса, ставно-мускулни болки и др.

В сравнение с острата фаза, значително по-малко изследвания са проведени на психологическите и социалните последствия при пациенти в удължената фаза на оцеляване. Основният фокус на внимание е насочен към рака на млечната жлеза (Barraclough, 1999; Bleiker, Pouwer, van der Ploeg, Leer & Adler, 2000; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky & Petersen, 1996; Spelten, Sprangers & Verbeek, 2002).

За *постоянно оцеляване* се говори около 4-5 години след поставяне на диагнозата, когато възможността за рецидив се смята за относително по-малка и онколозите вярват, че контролират заболяването. През тази фаза е необходимо пациентите да преодолеят продължителните странични ефекти от проведеното лечение и емоционалния опит като изпитван страх от връщане на рака или преодоляване на трудности в живота в резултат на поставената диагноза, като отново заемане на постоянна работна позиция (Mullan, 1985).

Дългосрочното оцеляване (фаза 3) може да се възприема за позитивен опит в живота, който засилва отдаваната му ценност, като силно травматичен или като неуспех (Barraclough, 1999).

Много пациенти, преживели рак, изпитват непрекъснат страх от рецидив на заболяването (Barraclough, 1999; Tross & Holland, 1989). Те осъзнават своята смъртност, което провокира в тях чувство на неяснота по отношение на бъдещето. Това явление в науката се нарича **Дамоклиев[1] синдром** (Koocher & O'Malley, 1981).

Синдром на дамоклиевия меч
Непрекъснат страх от рецидив на заболяването
Един от най-големите страхове на жените с мастектомия е страхът от рецидив (Zemore, Rinholm, Shepel & Richards, 1989).
„Чувстваш се винаги сякаш над главата ти е надвиснал дамоклиев меч."
„Знаеш винаги, че трябва да отидеш на контролни прегледи, не знаеш дали ракът не се е върнал. Не трябва да забравяш, че винаги може да се върне. ВИНАГИ МОЖЕ ДА СЕ ВЪРНЕ. Никога не можеш да забравиш факта, че си го имал. Все още понякога се съмнявам. Мисля, че е естествено да се съмнявам."
„Дори най-малкото нещо, което не е наред с мен, веднага ме кара да се съмнявам. Дори при най-слабата болка ти се иска да отидеш на лекар. Изплашен си, тревожиш се за неща като настинка, температура… Ако нещо леко тук-там те заболи, веднага започвам да се чудя и мисля дали ракът не се е върнал или се е преместил в друга част от тялото ми, започваш да мислиш дали отново няма да се случи…"

Въпреки че е възможно да липсват следи от рецидив на заболяването, преживелите рак хора е възможно да влязат в ролята на постоянно болни в семейството (Barraclough, 1999; Bolund, 1990). Това затруднява динамиката на семейната система, защото те често извличат вторични ползи чрез вниманието, което получават и зависимостта, в която се намират като приемат ролята на несправящи се (Zittoun, 1990). Друг вариант е те да изпитват **Синдрома на Полиана[2]**. Името на малката героиня става нарицателно за човек, който винаги успява да намери нещо хубаво дори в най-тежката ситуация и е оптимист без причина и логика и като резултат носи любов, светлина и непоколебима вяра в доброто в живота на хората около себе си.). Когато изпитват тревожност, от тях се изисква да са удовлетворени и щастливи от факта, че са живи и да не се оплакват. Това явление е породено от вината, че са преживели тежката диагноза и от чувството, че животът и времето като цяло са им отпуснати назаем (Bolund, 1990). Междуличностните отношения е възможно също да са засегнати поради усещането за физическа слабост или невъзможността да се изпълняват определени дейности, поради социалното отдръпване или чувствителността към потенциално отблъскване (Tross & Holland, 1989).

[1] **Дамоклевият меч** (на латински: Damoclis gladius) е онзи, който сиракузкият тиран Дионисий I Стари заповядал да закачат на конски косъм над главата на ласкателя му, а инак завистник - Дамокъл. Изразът се е превърнал в крилата фраза и е предаден за историята и поколенията от Цицерон в неговите "Тускулански беседи".

[2] **Полиана** (1913) е главната героиня в едноименната книга на Елеонор Портър (Eleanor Porter, 1868-1920). Книгата е екранизирана през 2003 г.

Религиозни нагласи на личността

Тъй като повечето религии предлагат отговори на екзистенциални въпроси, свързани със смъртта и умирането, вероятно **религиозните нагласи на личността** са от значение за нагласите към смъртта, които тя развива. Проведени са редица емпирични изследвания за ролята на религиозността върху начина, по който хората преодоляват своя страх от смъртта и края на живота. Общоприето разбиране е, че религията предлага отговор на екзистенциални въпроси, свързани със смъртта, осигурява на хората усещане за предвидимост и контрол, който намалява задушаващата тревожност, породена от мисълта за смъртта. Според Юнг (Jung, 1965), например, всички световни религии представляват сложна система за подготовка за смъртта, втората част от живота се характеризира с естествен процес на подготовка за смъртта и религията може да му придаде усещане за смисъл. Аналогично Франкл (Frankl, 1977) описва осъзнаването на неизбежността на смъртта като екзистенциална криза, в която личността се сблъсква с потребността от откриване на смисъл в живота. Според него духовните вярвания са най-важният и ефективен начин да се възприеме мисълта за собствената смърт и да се придаде смисъл на живота.

Загуба на усещане за контрол
„Трудно ми е, но осъзнах, че Бог контролира нещата. Аз не контролирам моя живот. Беше ми трудно да приема, че Бог контролира моя живот. Осъзнах, че Негова воля е да бъдем утре тук."

Проведени изследвания анализират връзката между религиозната ориентация и различните аспекти от личностни качества като тревожност, предразсъдъци, страх от смъртта, психично благополучие, просоциално поведение, локус на контрол, самоконтрол, социалност, отговорност, толерантност и др. (Kirkpatrick & Hood, 1990; 1991; Masters, 1991). Те показват, че религиозността е свързана правопропорционално с намалена тревожност (Tansey, 1976; Entner, 1976), с по-добро психологическо приспособяване (Stark, 1971) и по-добро качество на живот (Emmons, 2005; Paloutzian & Park, 2005).

Да си в хармония със себе си
„Затварям вратата на стаята и започвам да се моля със сърцето си, благодаря за всичко, което ми е дадено, дишам дълбоко и се отпускам."
„Правя неща, които ми доставят удоволствие. Чувствам се в хармония със себе си."
„С годините съм все повече в мир и хармония със себе си."
„Научих, че с тази диагноза не може да не си полезен."

При анализ как постигането на личните цели се свързва с дългосрочни нива на щастие и удовлетвореност от живота (Emmons, 2005) се установява, че притесненията и емоциите са свързани с природата и състоянието на личните цели (Klinger, 1998). *Реализацията на целите* е ключов елемент при постигане на психично благополучие. Налице е позитивна връзка между духовен и религиозен опит, поставени и реализирани цели и подобряване на качеството на живот, психичното благополучие и физическото здраве.

Става ясно, че религиозните вярвания са позитивно свързани с позитивните нагласи към смъртта и възприемането ѝ като естествен край на живота и негативно с негативните нагласи към смъртта, възприемана като провал (Christopher, Drummond, Jones, Marek & Therriault, 2006). Полезни са както негативните нагласи към смъртта като изпитване на тревожност и избягване, така и на неутралните и/ или на относително по-позитивните като нейното приемане.

Избягване
„Опитвах се да не мисля много за болестта, докато не започне лечението ѝ."

Авторите на *Теорията за управление на ужаса* (Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 1998) анализират психодиамичните процеси, които лежат в основата на осъзнаването на смъртта и ролята на религията в него. Те се основават на твърдения на Бекер (Becker, 1973), че ужасът, породен от смъртта играе главна роля в човешките действия и хората изграждат своята културна гледна точка за света, за да преодолеят безпокойството от осъзнаване на смъртта. Според теорията културата и изповядваната религия са важни, за да се чувства човек значим и животът му да има цел и смисъл (Beck, 2006). Религията е възможно да намали изпитвания ужас от смъртта като дава отговор на екзистенциални въпроси за смъртта и умирането и като дава надежда в *символното* (като създадат и завещаят велики творби, произведения на изкуството и др.) или *буквалното* (чрез религиозни вярвания в прераждането или рая) *безсмъртие* (Solomon et al., 1998). Подобно на Юнг (Jung, 1965) и Франкл (Frankl, 1977), според Теорията за управление на ужаса следването на религиозни убеждения е възможно да намали тревожността от смъртта и по този начин да изпълнява защитна функция от чувството на екзистенциално отчаяние.

Различен вид осъзнаване на смъртта от пациента (Glaser & Strauss, 1968):

- *Затворено осъзнаване* – пациентът не признава или отрича, че умира, въпреки че всички около него знаят.
- *Подозиращо осъзнаване* – пациентът подозира това, което другите знаят и се опитва да го потвърди или отрече.
- *Взаимно осъзнаване* – всички знаят, че пациентът умира, но един пред друг се правят, че не знаят.
- *Отворено осъзнаване* – пациентът, здравният персонал и близките признават, че смъртта е неизбежна и говорят и действат в съответствие с това.

Утвърден е многоизмерният инструмент *Профил за нагласи към смъртта* в неговата ревизирана версия (*Death Attitude Profile – R) (DAP-R)* (Gesser, Wong & Reker, 1987), който съдържа скали за страха от нея и приемането ѝ. Налице са очертани различия в понятията *страх* от смъртта и *приемане* на смъртта, които се изразяват в 5 различни нагласи към нея: **1)** *неутрално приемане* – включва гледната точка, че смъртта е неизменна част от живота, **2)** *близко приемане* – позитивна нагласа към смъртта, която се корени във вярването за щастлив живот след смъртта, **3)** *избягващо приемане* – смъртта е добре дошла алтернатива при живот, изпълнен с болка и страдание, **4)** *страх от смъртта* – включва чувства на страх, провокирани от сблъсъка с нея и **5)** *избягване на смъртта* – включва избягване на мислене и говорене за смъртта с цел намаляване на тревожността от нея. Проведените изследвания показват, че методологията има задоволителни психометрични качества като фактурна структура, надеждност и външна валидност (Wong, Reker & Gesser, 1994).

В повечето проведени изследвания на религиозни нагласи като теоретична рамка се използва *моделът за вътрешна или външна религиозна ориентация* (Allport & Ross, 1967). Той и скалата, разработена за неговата операционализация, разглеждат религиозните нагласи като източник за мотивация (Neyrinck, Lens & Vansteenkiste, 2005). По-късно обаче се установява, че моделът е неподходящ при измерване на религиозни нагласи в светска среда като западна Европа, чието население се характеризира с по-ниски нива на религиозност и по-слабо посещаване на храма (Dezutter, Soenens & Hutsebaut, 2006).

Видове отворено осъзнаване на смъртта (Vess et al., 2009):

1. *Прекъснато отворено осъзнаване* – пациентът и близките му игнорират информацията, която получават и я отричат. Възможно е това да бъде кратковременна ранна реакция в резултат на научените лоши новини.
2. *Неопределено отворено осъзнаване* – пациентът и членовете на семейството му пренебрегват негативните аспекти на информацията, която получават, и се надяват на добър изход.
3. *Активно отворено осъзнаване* – семейното обкръжение приема достоверността на информацията и действа в съответствие с нея.

Религиозните нагласи, тъй като са по-пряко свързани с дълбоки различия в индивидуалното психологическо функциониране, показват по-ясна тенденция към връзка с нагласите към смъртта. Установено е (Cohen, Pierce, Chambers, Meade, Gorvine & Koenig, 2005), че *вътрешната религиозност* (например възприемането на религиозността като висш мотив в човешкия живот) е негативно свързана с тревожността от смъртта при изследвани лица, които са протестанти, а *външната религиозност* (религията да се изповядва, за да се придобие в края емоционална подкрепа) е позитивно свързана с тревожността от смъртта. При по-възрастни изследвани лица (Ardelt & Koenig, 2006) вътрешната религиозност е силно свързана с нагласи на приемане на смъртта, а външната религиозност е свързана с тревожност от смъртта.

Според теорията на Олпорт (Allport, 1950; 1966; Allport & Ross, 1967) хората имат *вътрешна или външна религиозна ориентация*. За първите религията е най-значимият аспект от техния живот, придава смисъл на живота им и влияе на всичко останали аспекти от живота им, те интернализират безрезервно и безкритично религиозните вярвания и ценности (Neyrinck et al., 2005). Първите живеят чрез религията, в вторите я използват. За вторите религията е в периферията на житейските избори и е част от края на живота им. При тях религията е негативно свързана с психичното здраве, а при първите корелацията е позитивна (Bergin, Masters & Richards, 1987).

Установено е, че хора със силни вътрешни религиозни нагласи функционират по-добре в сравнение с хора с външни религиозни нагласи (пак там). Изследователите установяват, че първите са по-слабо тревожни и се самоконтролират в по-висока степен. Не е установена корелация между религиозната ориентация и нерационалните вярвания или депресията. Това е възможно да се обясни с факта, че прилаганият инструмент за депресия е предназначен за клинична извадка, а изследваните лица са университетски студенти.

Разграничението между *външна и вътрешна религиозна ориентация* (Allport, 1966; Allport & Ross, 1967) се корени в концептуализацията за зрели и незрели религиозни чувства (Allport, 1950). За хората с *вътрешна религиозна ориентация* религията в върховна цел в живота. Те интернализират безрезервно религиозни вярвания и ценности като скромност, състрадание и т. н., личните потребности и цели са ориентирани и хармонизирани в съгласие със съдържанието на Библията, религията „изпълва живота им с мотивация и смисъл" (Allport, 1966, с. 455). За тях религията е средство за постигане на комфорт, сигурност и защита и/ или социален контакт, като я упражняват.

Обратната тенденция се наблюдава при хората с *външна религиозна ориентация*. Те възприемат религията по прагматичен и инструментален начин, тя им помага да се насочат към себе си и да възприемат края като безопасен, като утешение. От своя страна външната религиозна ориентация може да е *личностна* или *социална* (Kirkpatrick, 1989). *Външната социална ориентация* е свързана с получаване на социална подкрепа, а *външната лична ориентация* е свързана с преодоляване и контрол на психологически затруднения и дистрес. *Външната ориентация* е позитивно свързана с наличие на предразсъдъци, а вътрешната е негативно свързана с тях. При *външната ориентация* религията е източник на сигурност, удобство, статус или социална подкрепа, служи на личността, религията е

инструмент, насочен към социалните норми. При *вътрешната ориентация* религията осигурява смисъл и разбиране на живота на хората.

Вяра
„Самата мисъл, че не съм сама в битката, която водя, ми помага. Снощи плаках, защото не искам да съм в болницата при лекарите и медицинските сестри. Вярата и оптимизмът, които имам, обаче, ми помагат да премина през този ад."
„Трудностите не са време за негативизъм, а житейски опит. Съществуват много възможности за лечение. Може да е невероятно, но всеки ден се откриват нови лекарства."
„Опитах се да се пазаря с Бога. След това осъзнах, че диагнозата ми дава нови цели в живота, които преди не съм си и представяла. Може би това е отговорът на Бога на моите молитви."

Първоначално Олпорт разполага двете религиозни ориентации в двата края на континуум. Повечето емпирични изследвания показват обаче, че те са два лъча с едно и също начало, които включват различни аспекти от оригиналното понятие за зрели, добре диференцирани, критични, гъвкави и отворени религиозни нагласи (Batson, 1976; Batson, Schoenrade & Ventis, 1993). За да операционализира тези характеристики авторът предлага като трета религиозна ориентация „*търсене*". Ориентацията на търсене се изразява в 3 измерения: **1)** поставяне на екзистенциални въпроси, без да се намалява тяхната сложност, **2)** възприемане на съмнението в религията като важно и позитивно и **3)** акцентиране на съблазните и неизчерпателността при отговор на религиозни въпроси и готовност за промяна в разбиранията.

Тъй като резултати от проведени изследвания (Donahue, 1985) показват, че ориентацията на *търсене* не е свързана с методологии за изследване на религиозността, скалата за ориентация за религиозно търсене измерва по-скоро агностицизъм, а не религиозна ориентация. Религиозно активните хора като семинаристи, например, имат по-високи стойности по скалата за религиозно търсене в сравнение с относително по-слабо религиозните хора като бакалаври с умерен интерес към религията (Batson, Schoenrade & Ventis, 1993).

Друга отправена критика (Kirkpatrick & Hood, 1990) е по отношение на концептуалната яснота на понятието „*религиозна ориентация*". Какво е това понятие: мотивационно, когнитивно или смесица от двете.

Надежда
„Надеждата се ражда от отчаянието. Трябва да се поемат рискове, когато се експериментира човек става по-смел, преодолява по-лесно диагнозата. За да оцелееш трябва да имаш надежда и вяра."
„Ракът на млечната жлеза не е смъртна присъда, а диагноза. Непрекъснато по света се провеждат изследвания."

Друг модел, който свързва психологията и религията, обобщава подходите за анализ на религиозността в 2 измерения на графика с 2 оси (Wulff, 1991). *Включване/ изключване* е трансцеденталното измерение по вертикалната ос, което показва дали хората вярват в трансцеденталната религиозност. *Буквалното/ символното измерение* показва дали религията се възприема буквално или символно. Първото измерение (включване/ изключване) характеризира самата религиозност, а второто се отнася до начина, по който хората възприемат и осмислят религиозното съдържание. Двете измерения са смятани за относително ортогонални и въз основа на тях се определят *4 основни нагласи към религията* (Hutsebaut, 1996; Wulff, 1991): **1)** *буквално включване* – характерна е за хора, които се себеопределят като религиозни и възприемат съдържанието на религиозните книги по ригиден, ограничен, догматичен начин, безкритично и стриктно възприемат

религиозното съдържание, постулати и традиции; **2)** *буквално изключване* – хората с тази нагласа отхвърлят възможностите на религиозната реалност чрез точни и буквални аргументи като например липса на научни доказателства за историята и чудесата, описани в Библията, **3)** *символно включване* – тези хора също се себеопределят като религиозни, но те осмислят религиозното съдържание в по-символен, отворен и толерантен начин. Те приемат, че са възможни различни интерпретации на религиозното съдържание и се опитват да открият тази, която конкретно за тях имат смисъл и **4)** *символно изключване* – хората с тази нагласа също се себеопределят като нерелигиозни, но те са по-слабо критични и затворени в религиозността в сравнение с хората с нагласа за буквално изключване. За тях религията предлага начини да се осмисли животът сред много други начини. Те уважават избора на другите хора да са религиозни, но самите те не се нуждаят от религиозност, за да намерят смисъла на живота конкретно за себе си.

Необходимо е да се отбележи, че разглежданият модел (Wulff, 1991) се различава от този на Олпорт и Рос (Allport & Ross, 1967). Двете класификации са изградени на различни основи. Четирите вида нагласи от първата представляват четири различни социално-когнитивни гледни точки към религиозността. Втората класификация разглежда религиозните нагласи на хората като източник за мотивация. Освен това за разлика от втория, първият модел включва и хората с нерелигиозни нагласи (Dezutter, Soenens & Hutsebaut, 2006).

С цел измерване на четирите религиозни нагласи (*буквално включване, буквално изключване, символно включване, символно изключване*) е разработена Скàла за пост-критични вярвания *(The Post-Critical Belief Scale) (PCBS)* (Hutsebaut, 1996). Чрез факторен анализ са доказани емпирично различията в подскàлите (Duriez, Fontaine & Hutsebaut, 2000). Факторната структура обаче е доста слаба и подлежи на повторение (Fontaine, Duriez, Luyten & Hutsebaut, 2003). Установено е, че, както се очаква от теорията, подскàлите корелират с инструменти за измерване на религиозно поведение (например посещаване на храм и др.) и социална когниция (необходимост от затваряне) и има задоволителна валидност. Освен това проведените изследвания показват, че когато се анализира дали човек е религиозен или не (измеренията изключване/ включване по трансцеденталната ос) или от начина, по който се възприема и осмисля религиозното съдържание (буквална/ символна интерпретация), съществуват теоретични смислови връзки между четирите вида религиозни нагласи и различни външни променливи. Например, изразяването на религиозни нагласи по по-буквален и догматичен начин (буквално включване и буквално изключване) са свързани с по-високи нива на расизъм (Duriez & Hutsebaut, 2000), по-високи нива на авторитаризъм и потребност от затваряне (Duriez & Van Hiel, 2002), по-контролирани причини за обвързване с религиозни дейности (Neyrinck, Vansteenkiste, Lens, Duriez & Hutsebaut, 2006) и по-лошо психично здраве (Dezutter et al., 2006).

Начинът, по който пациентът преодолява поставената му онкологична диагноза, зависи от това как е свикнал да се справя с кризите в своя живот. Ако се справя с тях успешно, става по-силен и извлича позитивен опит (Серван-Шрайбер, 2011) от подкрепата на другите хора, то в своята борба със заболяването той ще търси и намери сили, за които не е подозирал, че притежава преди това. Много пациенти преосмислят житейските си ценности и приоритети след травмиращото събитие. Те осъзнават, че пътят за личностно израстване е труден, но си струва всяка крачка от него. Промените, пред които са изправени в своя живот са също и извор на неочаквани скрити възможности, като например създаване на приятелски отношения с пациенти със сходен проблем. Позитивното мислене, получената емоционална подкрепа от значимите други, получената информационна подкрепа от екипа от лекуващи специалисти и оказването на инструментална помощ са от значение за пациента, за да погледне, приеме, преработи и „превърне" трудностите в позитивен опит и да извлече психологическа полза от

поставената му диагноза. Той се превръща в доказателство, че всеки човек притежава силата да продължи своя живот, след като преодолее голямо препятствие в него.

1.4 Модели на психологичен стрес, стратегии за справяне с него и скали за измерване

„Ракът на гърдата нахлу в тялото,
но не завладя духа ми.
Имам белези по гърдите,
но нямам белези по душата!"
Джуди Ниис

Всеки онкологичен пациент изпитва високо ниво на дистрес, свързан с поставената му диагноза и последващо лечение, без значение в кой стадии от заболяването се намира. Проведени изследвания показват, че между 20 и 40% от онкологичните пациенти преживяват значими нива на стрес. Въпреки това професионалистите от здравната сфера го подценяват. Под 10% от диагностицираните пациенти посочват, че са се обърнали към специалист с цел да облекчи състоянието им. Преживяваният дистрес от онкологичните пациенти обаче провокира затруднения при вземане на решения за лечението, изготвянето и придържането към лечебния план, води до извършване на ненужни допълнителни медицински прегледи, вкопчване в екипа от онколози и дори до изпитване на повече стрес от тях.

Психологическият дистрес при онкологичните пациенти зависи от вида рак и е най-силен при пациенти в напреднал стадии на заболяването. В изследване с 4 496 души средното ниво на изпитвания дистрес е 35% като варира от 29.6% при пациенти с гинекологичен рак до 43.4% при пациенти с рак на белия дроб (Sellick & Edwardson, 2007). Проведено изследване в амбулаторни условия с Термометър за стрес (Фиг. 1.4) показва, че между 20 и 40% от онкологичните пациенти изпитват значително ниво на дистрес и имат симптоми като умора, болка, тревожност, депресия, затруднения в когнитивното функциониране и в извършване на ежедневните дейности. Ранното му установяване чрез скрининг и ефективното му преодоляване помага при провеждане на лечението.

Поставянето на онкологична диагноза води до преживяване на силен психосоциален дистрес, който включва симптоми на депресия и тревожност (Akechi, Okuyama, Sugawara, Nakano, Shima & Uchitomi, 2004). Резултати от проведени изследвания показват, че сред тази конкретна група от пациенти изпитваният дистрес е между 5 и 53% в зависимост от изследваните лица и прилагания метод за оценка (Maraste, Brandt, Olsson & Ryde-Brandt, 1992; Sellick & Edwardson, 2007). С психосоциалния дистрес се свързват различни фактори като медицински, например вида на тумора или прилаганото лечение, социодемографски, някои негативни отговори на стреса, тревожност, страх от лечението, липсата на емоционална подкрепа също води до преживяване на по-високи нива на психосоциален дистрес от пациентите (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda & Peretz, 2003; Schroevers, Ranchor & Sanderman, 2003).

За описание на различните аспекти от процеса на стреса в проведените психологически изследвания се използват различни теоретични модели и понятия. Според Лазарус (Lazarus, 1966) стресът не е стимул, отговор или променлива, а обобщено понятие, отделна изследователска област. Той е основно 2 вида: 1) *физиологичен* – поставя се акцент върху реагиращия организъм и 2) *транзакционен* (Singer & Davidson, 1986) – поставя се акцент върху когнитивните и емоционалните процеси, които влияят върху реакцията на стрес.

Определението за стрес включва 2 компонента: физически и психологически, които са в непрекъснато взаимодействие, а не отделени един от друг. Твърди се, че не съществува физически стрес без психологичен компонент, но психологическият стрес може да съществува без физически произход (Lovallo, 2005).

Био-психо-социален модел

Био-психо-социалният модел (Lazarus & Folkman, 1984; по-подробно виж Рашева, 1999; 2006) за психологичен стрес описва как контактът и вътрешното и външното взаимодействие със средата може да провокира емоционални (психосоматични) реакции, които водят до физически израз на стреса.

В сравнение с традиционните биологични модели, които са свързани с теориите за болката, се установява, че био-психо-социалните модели са по-подходящи при обяснение и разбиране на хронична болка, тъй като резултатите от изследвания показват, че е налице взаимодействие между психологичните и биохимичните процеси в човешкото тяло (Lovallo, 2005). Физическите и психологическите променливи непрекъснато се свързват едни с други поради вроден механизъм за проверка (Hanley, Bradburn, Barnes, Evans, Goodare & Kelson, 2004). Стресът започва с когнитивната точка за света, която има личността (Lazarus & Folkman 1984). Това означава, че всеки човек анализира и оценява дали конкретно явление представлява физическа или психологическа заплаха за него според начина, по който възприема социалната среда. Тази първоначална оценка представлява процес на интелектуален избор, за да се избегне попадането в опасни ситуации. Анализират се ***3 вида първична оценка*** (Lazarus & Folkman, 1984):

1. *нерелевантна* – тъй като липсва заплаха или загуба, не е необходимо анализиране на ситуацията,
2. *благоприятна или позитивна* – резултатите предпазват или засилват психичното благополучие на личността. Чувства като любов, щастие, радост могат да доведат до изпитване на страх или мрачно предчувствие при хора, които са убедени, че трябва да платят цената за всички позитивни преживявания.
3. *стресираща* – отнася се до понятия като: **а)** *загуба* – от нанесена вреда, на социална позиция, на обичан човек, изпадане в голяма житейска криза, в която основни ценности или вярвания са изгубени и са управляеми (позитивно или негативно) от механизми за справяне със стреса, **б)** *заплаха* или предчувствие, нараняване до безпомощност или болест. Дори след като вредата е нанесена, заплахата винаги се свързва с риск от нанасяне на допълнителни нови загуби или вреди в бъдеще и **в)** *предизвикателство* – едновременно със заплахата е налице и оценка, насочена към възможността за извличане на психологически ползи или личностно израстване, а съпътстващите емоции са позитивни и оптимистични като нетърпение, въодушевление, бодрост и радост. Ако обаче е налице заплаха от вреда или загуба, изпитваните емоции ще са негативни като страх, тревожност и гняв. В някои случаи може да се каже, че при възприемане на събитие като заплаха и предизвикателство оценката се променя при промяна на ситуацията. Дали сблъсъкът се възприема като негативен или позитивен зависи от избора на конкретна стратегия за справяне, която прилага личността. Хората, които предпочитат предизвикателствата по правило имат по-високо качество на функциониране, по-силен дух и дори по-добро здраве в сравнение с хората, които възприемат същото събитие единствено като заплаха.

След като човек определи дали събитието се отнася или не до него, дали е благоприятно или стресиращо, той трябва да реши как да го преодолее. Този процес се нарича ***вторична оценка*** и по природа е поведенчески. Той представлява важен аспект от всеки сблъсък със стресора, защото крайният резултат зависи от това какво личността може да направи, за да преодолее събитието, какви са рисковете, които поема и какво смята за

изгубено. Вторичната оценка не представлява списък в ума какво може да се направи, а комплексен процес, при който се анализират наличните възможности за справяне, възможността даден вариант за справяне да допринесе към очакванията какво да се направи и вероятността личността да прилага конкретна стратегия или комбинация от стратегии ефективно.

Преоценката представлява нова оценка, която се основава на предишни събития и по-ранни оценки. Процесът на когнитивна преработка и поведението към възприемане и анализиране на информацията влияе върху различните телесни функции, които се регулират от ендокринната и други автономни системи. Те, от своя страна, оказват влияние върху неврофизиологията и емоциите (Lovallo, 2005). Всички други системи в организма оказват влияние и едновременно с това са повлияни от избора на различни стратегии за справяне.

Стресът представлява преживяно физическо, умствено или емоционално напрежение като реакция на конкретна ситуация. Той е налице, когато очакванията са по-големи и превишават възможностите на личността. Резултат е от заплаха от ситуацията и съмнение в собствените способности и възможности, че са достатъчни, за да се преодолее заплахата. Стресиращите ситуации, водещи до проява на симптоми на стрес могат да бъдат: *когнитивни, емоционални, поведенчески, физически* и *социални*. Управление на стреса се осъществява, като се намалява възприеманата заплаха и се увеличава възприеманите налични възможности.

С. Фолкман преразглежда модела за стрес и справяне с него, предложен от Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1984), като включва „*придаване на смисъл*". Той се основава на проведени изследвания с пациенти със СПИН и с хората, които се грижат за тях. Той помага при разбиране на преодоляване на преживявания стрес от поставена животозастрашаваща диагноза, като служи за основа за разработване на множество психосоциални програми за преодоляването му.

Според Фолкман всеки човек притежава „*общ смисъл*", който включва неговите вярвания, ценности, убеждения, цели и себевъзприемане, които се развиват и съхраняват през целия му жизнен цикъл. Той е подложен на съмнение от тежки житейски събития със ситуационно значение като поставена онкологична диагноза или загуба на обичан човек, например. Процесът на справяне с тях е насочен към възстановяване на общия, по време на целия живот, смисъл със ситуационно значение чрез извършване на оценка и преоценка, чрез разрешаване на проблемите, контролиране на емоциите или изграждане на смисъла. Целта е да се постигне баланс между общия и ситуационния смисъл, който ще позволи процесът на справяне да продължи. Пример е млад бегач на дълги разстояния, на който е необходима ампутация на крака поради остеосарком. Необходимо е той да се примири и приеме загубата на дългосрочните си цели или да промени общия смисъл, като в него включи загубата. Приносът на духовните вярвания може да се разбере в контекста на откриване на смисъла, заедно с избраната стратегия за справяне и психосоциалната програма.

Транзакционен модел

Според **транзакционния модел** (Monat & Lazarus, 1991) теоретичните компоненти, които изграждат процеса на психологически стрес, са: *стресори, оценка, напрежение, реакции към стреса* и приложение на *стратегии за справяне с него*. *Стресор* е всеки стимул, който представлява, предизвиква и е възприеман като заплаха. Когнитивната *първична оценка* е насочена към него и включва собствените ресурси на личността за преодоляването му. Събитие, оценено като стресор, предизвиква *напрежение*. То, от своя страна, се изразява в *реакциите към стреса*, които се наблюдават при физиологичните процеси и в емоционалната, поведенческата и умствената дейност на личността. Съществуват

различни *стратегии за справяне (копинг стратегии)* с напрежението и стреса. Те представляват усилията, полагани от личността да овладее трудната ситуация, която надхвърля нейните възможности. Предчувствието за справяне е свързано с възможността за планиране на бъдещето. Стресорът, ресурсите и резултатът от полаганите усилия за справяне са многократно оценявани по време на процеса на стресиране. Психологическите резултати от направената оценка се изразяват в процес на адаптация и приспособяване на личността към него.

Понятието „*криза*" или „*травма*" се използва, когато психологическото влияние на дадено житейско събитие е особено силно и интензивно. Обикновено *травмиращият стресор* включва настояща заплаха за смърт, за сериозна увреда или заплаха за физическата цялост на тялото. Фили (Figley, 1985, с. XVII) използва понятието „*катастрофа*", определяно като „изключително събитие или серия от събития, които са неочаквани, съкрушителни и често опасни за самата личност или за значимите други". Преживените кризи и травми променят гледната точка на човека за света. Целта на последващите изпитвани емоции и когнитивни реакции е именно възстановяване на предишната гледна точка за живота и света. Теоретичните модели, които обобщават *реакциите към кризи,* често включват последователност от отделни фази. Според някои модели фазите линеарно следват една след друга, а според други те са циклично повтарящи се във времето, докато трае кризисният процес.

Контролиране чрез планиране
„Винаги се боря. Понякога поемем дълбоко въздух, понякога си давам почивка, но знам, че ще продължавам, докато мога. Няма да се откажа. При всеки пациент има още какво да се направи, има варианти за лечение."
„По време на лечението си казвах, че нищо не продължава вечно и това ще мине. Ще го преживея и няма да се връщам към него. Трябва да продължа да се боря."

Сред последствията е *физиологичният отговор* към стреса, който включва непосредствено стимулиране на мускулатурата и органите и по-нататъшна невроендокринна реакция (Everly & Lating, 2002). Ендокринната активност се свързва с изпитваното продължително напрежение и е различна от стратегията „борба или бягство" (Herbert, 1997). *Емоционалните последствия* от стреса, тревожността и депресията включват изпитване на чувство на неяснота, несигурност, загуба на усещане за контрол, самота и безнадеждност. *Поведенческите аспекти* се изразяват в безпокойство, затваряне в себе си, повишена възбудимост в организма, която е възможно да доведе до проблеми в съня. *Когнитивните проявления* на травматичното събитие включват проблеми в запомнянето и паметта като цяло, затруднения в концентрацията и вниманието и редуване на натрапливи мисли и избягване на спомени за него. Типични *психосоматични последствия* от стреса са ставно-мускулни болки и главоболие. Проведените изследвания на различните стресори обикновено измерват един или повече отговори към него.

Според Джоузеф (Joseph, 2000), например, натрапливите мисли и избягването на спомени могат да се разглеждат като връзка между травмиращия опит и последващото приспособяване към него. Според теоретичния модел на Пиаже (Piaget, 1971) понятията „*акомодация*" и „*асимилация*" са компоненти от процеса на включване на всяка информация, която не противоречи на идеите на личността за света. Именно затова несъзнаваното избягване или осмислянето на травмиращото събитие помагат за позитивната адаптация към него (Linley & Joseph, 2004). Понякога обаче травмата е толкова тежка, че личността не успява да я интегрира като част от своя жизнен опит. Това явление е наречено ***посттравматичен стрес***. С него са свързани 3 вида емоционални и поведенчески реакции: 1) натрапливи мисли или спомени за травмиращото събитие, 2) избягване на спомени за събитието и 3) засилване на възбудните процеси в личността.

Това са критериите за наличие на *посттравматично стресово разстройство* (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV), American Psychiatric Association, 2000). За да се окачествят дадени реакции като посттравматични, те трябва да са свързани с травматичното събитие и да се наблюдават в продължение най-малко на 4 седмици след него. Според някои изследователи (Stuber, Kazak, Meeske & Barakat, 1998) отговорите на травматичния стрес могат да са качествено различни от другите реакции към стреса, а според други (Ruscio, Ruscio & Keane, 2002) те са разположени в континуум, като травмиращото събитие представлява най-силното напрежение.

Не е необходимо стресорите да бъдат травмиращи, за да оказват голямо психологическо влияние върху личността. Дори слабо интензивните стресори оказват голямо влияние, ако се повтарят и/ или са продължителни във времето. Всяко излагане на подобен стресор представлява ограничена заплаха, но ако напрежението продължи, то може да се натрупа и да доведе до изтощение на личността (Singer & Davidson, 1986). ***Хроничният стрес*** най-често е свързан с преувеличени изисквания, въпреки че е възможно да възниква и вследствие на други постоянни условия като заплаха, неяснота или ограничение в избора (Wheaton, 1997). Изброените стресори често се развиват бавно, без ясно изразено начало и обикновено продължават във времето повече, отколкото траят травмиращите житейски събития. Установено е, че депресията е преобладаващият емоционален отговор към хроничния стрес, който е свързан с усещането за „хващане в капан" (Gilbert, Gilbert & Irons, 2004). Все повече изследователите са единодушни, че преживяването на хроничен стрес води до негативни последствия върху здравето (Herbert, 1997; Strike & Steptoe, 2004). Обект на изследване е опосредстващата роля на някои ендокринни процеси между хроничния стрес и психологическите и физиологическите последствия от него (Tafet & Bernardini, 2003).

Причина ли е стресът за рак на млечната жлеза? Множество автори са се опитвали да дадат отговор на този въпрос. За тази цел е необходимо стресът да бъде свързан обективно и независимо със заболяването. Това изискване е спазено в няколко проведени изследвания: сравнени са 50 жени с ранно диагностициран рак на млечната жлеза с 50 жени в ремисия, като в стандартизирано интервю се обсъждат житейските трудности и предизвикателства, през които преминават (Ramirez, Craig, Watson, Fentiman, North & Rubens, 1989). Резултатите показват, че препятствията в жизнения път увеличават риска от рецидив на заболяването. Сравнени са 39 жени с рак на млечната жлеза с 58 жени с доброкачествени тумори в деня на биопсията и се установява, че събития, протекли преди 8 години, имат връзка с поставената диагноза (Geyer, 1991). Степента на трудност на всяко житейско изпитание или събитие е оценена чрез 4-степенна скàла във формат на Ликерт от 1 – представлява голяма заплаха, 2 – средна/ умерена степен на заплаха, 3 – постоянна степен на заплаха и 4 – малка/ ниска степен на заплаха. На всяко изследвано лице е предоставен списък с 70 стресиращи житейски събития с висока надеждност (к коефициент = 0.81) като то е помолено да посочи преживените от него и да ги оцени. Става ясно, че най-нараняващите житейски събития са тези, над които хората упражняват най-слаб контрол като смърт на близък или животозастрашаваща болест на член от семейството (Cooper & Faragher, 1992; 1993). Друго проведено изследване с хора от 3 култури установява, че те са единодушни, когато посочват загуба на член от семейството чрез раздяла или смърт сред значимите житейски събития, които изискват полагане на значителни усилия за приспособяване към тях (Holmes & Rahe, 1967) е.

Основните **изводи**, до които се достига, са следните: *събитията от живота оказват влияние върху физическото здраве, жени с рак на млечната жлеза са преживели по-тежки житейски събития 5 години преди поставяне на диагнозата, начинът, по който жените се справят със стреса, влияе върху потенциалния риск от рак на млечната жлеза и е необходимо*

провеждане на лонгитюдни изследвания на жени с рак на млечната жлеза, за да се потвърдят посочените изводи.

Процесът на справяне е изследван под формата на прилаган специфичен за конкретна ситуация при сблъсък с даден стресор, личностен стил (стратегия) за справяне. Личността избира и прилага стратегия в конкретна ситуация от набора, с който разполага. Човек търси отговор на въпроса „Какви стратегии се прилагат в тази ситуация?" Проведените изследвания на стила за справяне анализират дали и колко често изследваните лица използват конкретна стратегия? Дори когато някои изследователи (Moos & Holahan, 2003) акцентират върху относителната стабилност върху личностния профил на предпочитана стратегия за справяне, други подчертават факта, че хората адаптират своя избор на стратегия към изискванията на ситуацията (Lazarus, 1999).

Полаганите усилия от личността за ***справяне със стреса*** включват няколко *когнитивни и поведенчески стратегии*, които се разделят в 2 категории: 1) стратегии, които целят да премахнат стресора, *насочени* са *към решаване на проблема* или към постигане на *първичен контрол* и 2) насочени към намаляване на отговора към стреса, *свързани* са *с емоциите* и с *вторичния контрол* над него. Всяка една от двете групи обхваща различни подкатегории (Pearlin, Lieberman, Menaghau & Mullan, 1981). В литературата се обсъждат различията между значението на проблемите и управление на емоциите и соматичните симптоми на стреса в стратегии, насочени към емоциите. Като цяло *всяка стратегия за справяне не е нито лоша нито добра сама по себе си*. Тя може да е подходяща в една ситуация, но неефективна и дори нараняваща в друг контекст (Lazarus, 1999). Адаптацията към справянето води до намаляване на реакциите към стреса. Намаляването на реакциите към стреса обаче не винаги е провокирано от адаптация към избора на стратегия за справяне. Способността за справяне със стреса е основен детерминант за психичното благополучие на личността (Folkman & Lazarus, 1980). Някои изследователи установяват, че религиозните хора са склонни да използват по-ефективни механизми за справяне (Hold, Clark & Klem, 2007).

Справянето, насочено към *решаване на проблема,* включва стратегии като планиране, потискане на конкурентни дейности, въздържано справяне, активно справяне, търсене на социална и инструментална подкрепа, търсене на информация, поставяне на цели, разрешаване на конфликти, изказване на молба за помощ и др. Хората предпочитат да прилагат стратегии, ориентирани към решаване на проблеми, когато търсят конструктивни решения.

Стратегиите за справяне, насочено към *емоциите,* включват търсене на емоционална социална подкрепа, позитивно преинтерпретиране на травмиращата ситуация, приемане, отричане, обръщане към религията, преоценка на ситуацията, преструктуриращи мисли, упражнения, релаксация, разговор с приятели и т. н. Те са предпочитани, когато хората смятат, че промяната в ситуацията зависи от тях в ниска степен и е необходимо само да се справят с нея. Справянето, ориентирано към сближаване, включва активно приемане, търсене на социална подкрепа и емоционално изразяване.

Примери на стратегии за справяне (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Livneh et al., 2000)

В научната литература се разглеждат различни стратегии за справяне след преживяно травматично събитие или хронично заболяване. Те дават ясна представа за темите, които са актуални за пациента.

1. *Активното справяне* е процес на предприемане на активни действия в опит за прекратяване или преодоляване на стресора или намаляване на неговото влияние.
2. *Планирането* е мислене как да се преодолее стресора.
3. *Самокритика* е тенденцията пациентът да обвинява самия себе си за случилото се без значение дали има основание за това.
4. *Социално отдръпване* – пациентът се отдалечава от приятели, семейство, от общността, към която принадлежи, за да избегне неудобните, трудни или негативни ситуации.
5. *Пожелателното мислене* или *фантазирането* е стратегия на избягване с цел да се ограничи нараняващото влияние на стресора.
6. *Подтискане или избягване на конкурентни дейности* – изоставят се различни проекти, в които до скоро пациентът е участвал, за да не го разсейват от основното травмиращо го събитие. Той се отказва от други дейности, за да преодолее стресора.
7. *Въздържаното справяне* се изразява в изчакване да се появи подходяща възможност за действие, като човек се овладява, за да не действа изпреварващо, неподготвено и необмислено.
8. *Търсенето на социална подкрепа с инструментална цел* се изразява в молба за съвет, информация или оказване на помощ.
9. *Търсенето на социална подкрепа с емоционална цел* включва получаване на морална подкрепа, съчувствие и разбиране.
10. *Позитивното интерпретиране* е справяне, насочено към контрол на емоциите, които причиняват дистрес, а не към преодоляване или ограничаване на влиянието на стресора.
11. *Приемането* е отговор на функционално справяне, в което човек, приел реалността на стресиращата ситуация, остава автентичен, верен на себе си и обвързан с житейския си опит, за да преодолее ситуацията.
12. *Обръщането към религията* служи за емоционална подкрепа, като средство за позитивна интерпретация или като стратегия за активно справяне със стресора.
13. *Фокусирането върху* или *вентилирането на емоциите* е стратегия, насочена към стресора или преживяванията на наранения човек и как той се освобождава от изпитваните чувства.
14. *Отричането* представлява отказ да се повярва, че стресорът реално съществува.
15. *Поведенческото избягване* се изразява в намалените усилия, които полага пациентът, за да се справи със стресора или в отказ да направи опит за постигане на цели, свързани със стресора.
16. *Избягване на стресора чрез алкохол и употреба на вещества* с цел намаляване на влиянието му.

Изследвана е връзката между стратегиите за справяне и различните личностни черти (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Установено е, че оптимистично настроените хора предпочитат стратегии, ориентирани към решаване на проблема и обратното, хората, които избират отричане и разтоварване, са по-слабо склонни към вътрешен контрол, оптимизъм и/ или висока самооценка. Отричането и разтоварването са позитивно свързани с тревожността. Получените резултати показват, че стратегиите, ориентирани към решаване на проблеми, се прилагат по-често от по-добре приспособените хора и те играят ролята на буфери спрямо постоянните стресори в живота.

От това как пациентът се е справял в своето минало с кризисни ситуации, от неговата история на преодоляване на стресиращи събития зависи как ще реагира на кризи в настоящето (Mao, Bardell, Major & Dimsdale, 2003). Смята се, че изборът на стратегия за

справяне често зависи от времето и от ситуацията, в която се намира личността (Livneh, Antonak & Gerhardt, 2000).

Начинът, по който пациентите се справят с поставената им диагноза, се обуславя от това как са преодолявали жизнени кризи в миналото. Когато те са преодолени, пациентът става по-силен и се радва на подкрепата на другите. Онкологичният опит е уникален за всеки човек. Той зависи от личността му, начина, по който се е справял с трудности в миналото, от системата му от ценности и вярвания, от това как възприема света. Много хора с една и съща диагноза и сходни симптоми проявяват различни емоционални реакции. При поставяне на онкологична диагноза пациентите могат да открият в себе си сили, за които дори не са и подозирали, че притежават. Ако онкологичното заболяване затваря някои врати за извършване на определени дейности от живота на пациентите, то също отваря други. Пациентите се справят по различен начин с поставената им диагноза. Нейното приемане е от значение, заедно с откриване на начини за контролирането ѝ. От значение е както да се съхранят добрите взаимоотношения със значимите други, така и да се създадат нови.

☐ Според био-психо-социалния модел (Lazarus & Folkman, 1984) на психологически отговор на стреса акцент се поставя на упражняването на контрол над средата като важен фактор за психологическото влияние на събитията. Усещането за контрол може да се постигне чрез употребата на ***хумор*** като ефективен инструмент за справяне (Rybarczyk, Nicholas & Nyenhuis, 1997). Прибягването до употреба на хумор дори в най-тежките житейски ситуации като при поставяне на онкологична диагноза показва неговото значение при улесняване на комуникацията между лекар и пациент. Той е терапевтично средство, чрез което хората могат да изразяват своите мисли и емоции по трудни теми. Въпреки безспорната му роля като стратегия за овладяване и преодоляване на стреса и за привличане на вниманието (Sandford & Eder, 1984), рядко се признава неговото значение при управление на емоциите в човешките взаимоотношения и затова е пренебрегван в научните изследвания на поведението на хората. Хуморът е както ефективна стратегия за преодоляване на стреса, така и успешно се прилага при оказване на социална подкрепа. Той принадлежи към стратегиите за справяне със стреса, насочени към *емоциите*.

Хуморът се прилага в *собствената група* без значение на нейния размер, дали се състои от 2 човека или обхваща цялото общество (Francis, 1994), защото е необходимо едно и също възприемане на ситуацията, за да се разбере защо казаното е предизвиква смях. Той е междуличностна стратегия, уникална сред техниките за емоционално справяне със стреса, и е предназначена за употреба в междуличностното взаимодействие. Хората рядко се шегуват, за да забавляват себе си, а по-скоро, за да споделят собствените си емоции с групата.

Добре анализирано явление е как медицинският персонал използва хумора в своята работа, в общуването помежду си, за да се справи с напрежението и как общопрактикуващи специалисти го прилагат зад гърба на пациентите (Zussman, 1992), как медицинският персонал използва хумора под натиска на стреса да се вземат животоспасяващи решения в неонатологична клиника за интензивни грижи (Anspach, 1993), хуморът, който се използва в медицински университети с цел преодоляване на неудобството при преглед на пациент от бъдещите лекари (Smith & Kleinman, 1989), разгледано е приложението на хумора в помощ на здравното образование (Carolyn & Carolyn, 1987), от лекарите, работещи в Бърза помощ (Lindsey & Benjamin, 1979; Buxman, 1993). Изследванията са насочени към това *как, по какъв начин* се използва хуморът, а не на влиянието, което оказва върху взаимоотношенията.

Според изследваните лица (5 лекари, 7 медицински сестри, 8 социални работника, 1 свещеник и 1 диетолог) (Francis, 1994) чрез хумора те създават връзка с пациента, за да изразяват своята хуманност и съпричастност, намаляват тревожността и заплахата от

поставената диагноза, за да изграждат топли и сърдечни отношения с пациентите, за изразяване на гнева и фрустрацията, която изпитват и за да разтоварят натрупаното напрежение. До прилагането на хумор като механизъм за справяне прибягват и 15 деца с онкологична диагноза, след като са се научили да преодоляват факта, че имат рак и разполагат с голямо количество информация за него (Le Vieux, 2003).

Научният интерес как хората преодоляват поставената им онкологична диагноза продължава вече десетилетия. Важни описателни изследвания по темата са проведени през 50-те години (Bard & Sutherland, 1955; Quint, 1965; Shands et al., 1951). Те подчертават прилагането на несъзнателни защитни механизми като отричане и предпочитание към стратегии за справяне, които водят до недобра адаптация към диагнозата. В края на 70-те години е проведено систематично изследване за справянето с рака като се използват разнообразни методи за оценка и е установена връзка между избраната стратегия за справяне и преживявания емоционален дистрес. Процесът на преодоляване е определен като „действията на човек, за да облекчи възприемането на проблема или да го балансира…" (Weisman, 1979, с. 27). По-късно процесът на справяне е определен по сходен начин (Lazarus & Folkman, 1984) като „полаганите когнитивни и поведенчески усилия за управление на оценката на потребностите като изискващи големи усилия или надхвърлящи ресурсите на личността".

Полаганите усилия за преодоляване се различават от влиянието, оказвано от стресиращата ситуация върху емоционалното благополучие и по-късно върху здравето и приспособяването към диагнозата. Установено е, че усилията са както функция на *личностни*, така *и на ситуативни фактори* (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Въпреки това, малко се знае какво кара онкологичните пациенти да предпочитат дадена стратегия за справяне пред друга. Защо някои от тях възприемат своето здравословно състояние в позитивна светлина, а други не? Кои фактори карат пациента да предпочете стратегия на избягване като фантазиране или социално отдръпване в отговор на поставената му диагноза? Кои пациенти са по-склонни да потърсят и приемат оказана подкрепа? Подобна информация е полезна при изготвяне на програми за рехабилитация на пациенти и при по-нататъшното развитие на детерминантите на справянето със стреса като цяло.

Проведените изследвания установяват, че хората ще се справят по различен начин в зависимост от конкретната стресова ситуация, в която участват (Folkman & Lazarus, 1980; McCrae, 1984). Поставянето на онкологична диагноза и последващото лечение предлага разнообразни ситуации, в което е необходимо пациентът да преодолее като наличие на болезнени и стресиращи симптоми, неяснота на прогнозата и промени в социалните взаимоотношения. Адаптивните стратегии за преодоляване на физическия дискомфорт могат да са насочени към решаване на проблема, например търсене на съвет от лекари или вземане на лекарство, докато най-добрите стратегии за справяне с неясната прогноза на развитието на заболяването в бъдеще може да е емоционалната регулация, например разсейване или избягване.

Ситуативни фактори като: местоположение и стадии на развитие на заболяването, изминало време от поставяне на диагнозата и дали пациентът се лекува в момента е възможно да оказват допълнително влияние върху поведението на преодоляване от онкологичния пациент. Пациенти с остро и тежко протичащи заболявания са по-склонни да прилагат множество различни стратегии за справяне в сравнение с хората с по-леки здравословни проблеми. Въпреки това теориите за стреса и справянето с него обръщат внимание на субективната оценка, която прави пациентът на стресиращата ситуация (Hobfoll, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Те изтъкват, че важността на направената оценка на стреса и на възприемането на степента на текущия стрес от онкологичния пациент влияе на процеса на справяне толкова, колкото самото заболяване. Двете понятия са значими детерминанти в него.

Разсейване
„Веднъж се чувствах самотна, докато ми вливаха поредната химиотерапия. Навън валеше и беше студено, а аз изпитвах болка. Обезболяващото щеше да отнеме 20 мин. докато подейства, а докато чаках, насочих своето внимание към снежинките и времето навън. Възхитих се на съвършенството на природата и на топлия кафяв цвят на близкото дърво."
„Обърнах глава към прозореца и на перваза кацна гълъб. След това дойде втори, трети. Наблюдавах ги и мислех колко са красиви. Бяха навън на студа, а аз стоях на топло и сигурно в клиниката. Те търсеха храна, а аз чаках вливането. Природата ме разсея и тъгата ми се стопи."
„Има дни, в които имам нужда от почивка, за да прочета нещо интересно – криминален роман, да сготвя, ако ми се занимава, или просто да се отпусна."

Друга група променливи, които подтикват хората да се справят по конкретен начин, са *социодемографските характеристики*. По правило по-високият социално-икономически статус е свързан с избора на конкретни стратегии за справяне, но не и при изследваните лица с рак (Menaghan, 1983). Изследвани лица с по-високо образование предпочитат да прилагат по-често стратегии за решаване на проблема (Billings & Moos, 1981) и по-малко стратегия на избягване при разрешаване на ежедневните проблеми. До каква степен обаче тази тенденция важи при преодоляване на стреса от онкологични пациенти?

Фактори от социалната среда като наличието на социална мрежа за подкрепа също е свързана с процеса на справяне (Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987). Установено е, например, че жени, които не получават подкрепа от членовете на своето семейство, предпочитат стратегия на избягване при преодоляване на стреса (Cronkite & Moos, 1984). Влияние оказват фактори като социалния статус, брой собствени деца и дали пациентът живее сам.

Високо стресираните онкологични пациенти преодоляват стреса от заболяването по различен начин в сравнение с по-малко стресираните пациенти с рак. В две изследвания позитивното преформулиране на стресиращата ситуация е свързано с изпитване на по-малко стрес, а прилагането на стратегия на избягване е свързано с повече стрес (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984).

☐ През 1999 г. Националната мрежа от 21 водещи онкологични центъра в САЩ разработва насоки за клиничната практика с цел да подобри психосоциалната грижа за онкологичните пациенти, които служат за основа на доклада от 2007 г. на Медицинския институт в САЩ „*Цялостни онкологични грижи за пациента: задоволяване на психосоциалните и здравните му потребности*". В него се препоръчва скрининг на изпитвания дистрес при всички онкологични пациенти и изготвяне на план за лечение, който включва необходимите психосоциални средства.

Терминът „дистрес" е избран от Националната мрежа от онкологични центрове в САЩ, за да намали стигматизиращия характер на понятия като „психиатричен", „психологичен" или емоционален дистрес. Според указанията дистресът при онкологичните пациенти е дефиниран като „многофакторен неприятен емоционален психологичен, социален и/ или духовен опит, който е възможно да влияе на възможностите за ефективно справяне на пациента с рака, на изпитваните физически симптоми от него и лечението." Дистресът може да се разположи в континуум, в единия край на който е обикновеното усещане за уязвимост, тъга и страх от проблеми, които могат да доведат до затруднения във функционирането на пациентите поради изпитване на симптоми на депресия, тревожност, паника, социална изолация, екзистенциална и/ или духовна криза. Необходимо е специалистите от клиничната практика да разпознават, проследяват и облекчават дистрес при всички стадии от развитие на онкологичната диагноза, което изисква диагностициране на дистреса от първото

посещение при лекаря, по време на протичане на заболяването и лечението му и в периода на дългосрочното оцеляване на пациента.

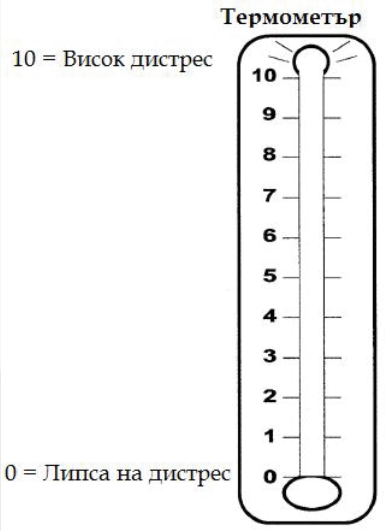
Съществуват различни инструменти за диагностициране на изпитвания психосоциален дистрес при онкологичните пациенти. **Термометърът на стреса** е първоначалният инструмент за диагностициране, който е подобен на скалите за измерване на болка от 0 (липса на стрес) до 10 (много високи нива на стрес). Той се състои само от 1 въпрос за стрес, изпитван поради различни причини, дори несвързани с рака. Към него има списък с 35 въпроса, чрез който пациентът посочва своите затруднения в 5 категории: *практически въпроси, семейство, емоции, духовни/ религиозни* и *физически*. Сборът над 4 показва значимо клинично ниво на изпитван дистрес. Термометърът на стреса е валидизиран с онкологични пациенти с различен вид рак и е установена зависимост със *Скалата за болнична тревожност и депресия (СБТД) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983). Той е чувствителен инструмент, който обхваща различните аспекти на дистреса. Широкото му приложение в онкологичните клиники помага за подобряване на интеграцията на психосоциалните и психологическите грижи като част от цялостните грижи, полагани за онкологичните пациенти. Желателно е да се задават въпроси за настроението и духа като цяло на пациента, без да се използва думата „депресия", защото тя носи негативна стигма и се асоциира с психично заболяване.

Лекият дистрес (сбор от 0 до 4) обикновено е овладян от медицинския екип от онколози и най-често включва симптоми като изпитване на страх, притеснения и неяснота относно бъдещето, опасения за заболяването, тъга по изгубеното здраве, гняв и усещане, че животът е извън контрол, проблеми със съня, апетита и концентрацията, натрапливи мисли за заболяването, вторичните ефекти от лечението и смъртта. Повечето пациенти изпитват тези симптоми при диагностициране на заболяването и по време на последващото лечение. Възможно е те да са налице и дълго време след приключване на лечението.

Контролиране
„Не искам да съм болна, но се справям както мога. Не мога да променя факта, че ми е поставена тази диагноза, но мога да се осведомя максимално за нея, за да се грижа възможно най-добре за себе си. Опитвам се да бъда много изпълнителна, вземам внимателно всички предписани ми лекарства, храня се с разрешени храни, физически съм активна, почивам си. Останалото е в ръцете на Бога."

Ако изпитваният дистрес от пациента е умерен или силен (сбор от 5 до 10), екипът от медицински специалисти е необходимо да отчете необходимостта да се потърси професионална помощ от психолог, социален работник или духовен служител в зависимост от посочените проблеми. Често срещани симптоми, които изискват допълнително оценяване, са прекомерни страхове и притеснения, тъга, отчаяние, безнадеждност, трудни семейни проблеми и преживяване на духовна криза.

Фигура 1.4 Термометър на стрес и списък на странични ефекти от лечението



Дата: …….

Първо: моля отбележете числото на термометъра, което най-добре описва колко сте стресиран(а) (10 – максимум, 0 – минимум) физически, емоционално, социално, на практика и религиозно през последната седмица (включително и днес).

Второ: моля отбележете с *да* или *не,* ако някои от следните твърдения са проблем за Вас през последната седмица (включително и днес).

Да	Не	
		Практически проблеми
○	○	в грижите за децата
○	○	у дома
○	○	с домакинство
○	○	на работа/ училище/ университета
○	○	финансови
○	○	със здравната застраховка
		Семейни / социални проблеми
○	○	с партньора
○	○	с децата
○	○	с приятели/ членове на семейството
		Емоционални проблеми
○	○	с контрола на емоциите
○	○	с паметта
○	○	със самоувереността
○	○	страхове
○	○	депресия
○	○	напрежение/ нервност
○	○	самота
○	○	концентрацията
○	○	изпитване на вина
○	○	загуба на контрол като цяло
○	○	зависимост от другите
		Религиозни/ духовни проблеми
○	○	със смисъла на живота
○	○	във вярата в Бога/ религията

Да	Не	
		Физически проблеми
○	○	външен вид
○	○	промяна в уринирането
○	○	запек
○	○	диария
○	○	ядене
○	○	отоци
○	○	температура
○	○	болки в устата/ гърлото
○	○	гадене
○	○	запушен нос
○	○	болка
○	○	сексуални
○	○	кожен сърбеж
○	○	сън
○	○	недостиг на въздух/ дишане
○	○	говор
○	○	вкус
○	○	промени в теглото
○	○	изтръпване на ръце/ крака
○	○	къпане/ обличане
○	○	ежедневни дейности
○	○	умора
○	○	не във форма
○	○	мускулна сила

Други проблеми? _____

Бихте ли искали да обсъдите със специалист Вашите проблеми?

○ Да ○ Може би ○ Не

Ако да, с какъв?

○ медицинска сестра	○ свещеник
○ диетолог	○ психолог
○ физиотерапевт	○ асоциация на пациенти
○ социален работник	○ друг ……

Пациентите с висок риск са тези, които имат психиатрична история, злоупотреба с вещества, когнитивни затруднения, тежки съпътстващи заболявания, социални проблеми или бариери в общуването. Специалистите от здравната сфера оценяват природата на дистреса, поведението, психологическите симптоми, психиатричната история, използването на лекарства, контрола на болката и други физически симптоми, сексуалността и способността за вземане на решения.

Услугите, предлагани от социалните работници, се препоръчват на пациенти с основно психосоциално приспособяване към заболяването, при решаване на конфликти в семейството, при преодоляване на социалната изолация, при затруднения във вземането на решения, при разрешаване на въпроси, свързани с качеството на живот, при необходимост от съвет или при разрешаване на практически проблеми за дома, храната, финансиране на лечението, оказване на помощ при ежедневни дейности, осигуряване на транспорт и друга логистична помощ в работата, преодоляване на културни и езикови бариери, достъп до здравната система и др. Според указанията на Националната мрежа на онкологичните центрове в САЩ в случай на установена духовна криза или изпитвани религиозни проблеми от пациента, необходимо е той да се насочи към свещеник.

Качеството на общуване с лекуващия лекар е от особено значение в този критичен момент от живота на пациента. Когато комуникацията е добра, по време на диагностициране на заболяването се изгражда доверие между тях, което е от значение за по-нататъшното лечение. Всеки онкологичен пациент е необходимо да разполага с информация за възможностите, които предлагат местните групи за подкрепа …

☐ По правило медицинският персонал често не обръща достатъчно внимание на изпитвания психосоциален дистрес от онкологичните пациенти и това състояние не е облекчено (Hopwood & Stephens, 2000). Най-пренебрегваната сфера от обгрижването на онкологичните пациенти са психологическите аспекти на изпитвания стрес от тях, защото дори не се обсъждат с тях. Дистресът оказва влияние както върху здравето и лечението на пациентите (Dimatteo, Lepper & Croghan, 2000), така и върху качеството им на живот (Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001).

Именно поради тази причина, за да се открие и лекува изпитвания психосоциален дистрес при онкологични пациенти, са необходими надеждни и валидни инструменти. Те са важна част от оказването на грижи за тях, а успешното им прилагане може да предотврати подценяването на този значим за пациента въпрос. Ефективният контрол на клиничния психосоциален дистрес е възможно да предотврати по-нататъшните проблеми на пациента и развитието на потенциално психиатрично разстройство (Akechi et al., 2004). Прилагането на инструмент за сканиране облекчава и комуникацията между пациента и медицинския персонал.

►*Въпросникът, сканиращ за психосоциални проблеми (The Screening Inventory of Psychosocial Problems) (SIPP)* (Pruyn, Heule-Dieleman, Knegt, Mosterd, van Hest, Sinnige, Pruyn & de Boer, 2004) е инструмент, който се попълва от онкологичен пациент и има за цел систематично да идентифицира психосоциалния му дистрес. Той е разработен в Холандия през 1997 г. като първоначално е наречен „интегрален чеклист" и съдържа 51 въпроса. По-късно е ревизиран и съкратен и е проведено пилотно изследване с него с лица от Дания (Borsboom, Cramer, Kievit, Scholten & Franic, 2009). По-късно е дадено наименованието *Въпросник, сканиращ за психосоциални проблеми (The Screening Inventory of Psychosocial Problems) (SIPP)* (Pruyn et al., 2004) на настоящата версия, която съдържа 24 въпроса.

►Въпреки че съществуват инструменти за психосоциален скрининг със задоволителна валидност като *Скалата за болнична тревожност и депресия (СБТД) (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983), *Краткият въпросник за симптоми (the Brief Symptom Inventory)* (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs & Carnicke, 1983) и *Общият въпросник за здравето (the General Health Questionnaire)* (Goldberg & Williams, 1988), те изискват отделяне на значително време и

усилия за попълване, обработка и интерпретация, а това е възможно да попречи на приложението им в клиничната онкология. Например 8 въпроса от *Скàлата за болнична тревожност и депресия (СБТД) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) са обратно фразирани (ревърсни) и е необходимо да се изчислят, преди да се изчисли общата стойност на подскàлата за депресия и тревожност. В сравнение с тези инструменти доста по-краткият *термометър на стреса* (Roth et al., 1998) е по-лесен както за попълване, така и за изчисляване. Толкова обща визуална скàла, която се състои само от 1 въпрос обаче, не е достатъчно точна и надеждна при изчисляване на психосоциалния дистрес (Galdon, Durá, Andreu, Ferrando, Murgui, Pérez & Ibáñez, 2008), не е в състояние да различи аспектите на дистреса или например необходимостта от подобряване на комуникацията между пациентите и медицинския екип. Освен това повечето инструменти, подобно на *Скàла за болнична тревожност и депресия (СБТД) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) са насочени основно към един елемент от психосоциалния дистрес като симптоми на депресия и/ или тревожност (Zabora et al., 2001; Akizuki, Yamawaki, Akechi, Nakano & Uchitomi, 2005) и не са разработени специално за онкологични пациенти. Инструментите за сканиране на онкологични пациенти е необходимо да отговарят на следните *критерии*: да са кратки, да не надхвърлят 1 страница, да са лесни за попълване, за да се избегне допълнителния дистрес чрез излишно задаване на въпроси, да са лесни за обработка и интерпретация от медицинския персонал (Higginson & Carr, 2001) и да са разработени конкретно за онкологични пациенти, да облекчават общуването за психосоциалния дистрес между пациентите и медицинския персонал (Passik, Ricketts, Moadel, Ostroff, Schantz, Bernhard, Huerny, Sarna, Roth, Scher, Auchincloss, McCartney, Fawzy, Fawzy, Rowland, Massie, Payne, Lundberg, Lesko, Rosenfeld & Saltz, 1998).

►Въпреки че съдържа 24 въпроса, *Въпросникът, сканиращ за психосоциални проблеми (The Screening Inventory of Psychosocial Problems) (SIPP)* (Pruyn et al., 2004) е кратък инструмент и затова не затруднява онкологичните пациенти при попълване, като отнема средно по около 3 минути, тъй като пациентът посочва отговори между „да", „понякога" и „не". Той е разработен специално за онкологични пациенти за оценка на многоизмерното понятие психосоциален дистрес за няколко минути и се прилага в различни болници в Холандия.

►*Въпросникът, сканиращ за психосоциални проблеми (The Screening Inventory of Psychosocial Problems) (SIPP)* (Pruyn et al., 2004) съдържа 24 въпроса, на които се отговаря чрез 3-степенна скàла чрез *не (0)*, *понякога (1)* или *да (2)*. Включва 4 подскàли, които представляват различни измерения на изпитвания психосоциален дистрес: 1) *физически оплаквания* (7 въпроса, минимален диапазон 0 и максимален диапазон 14) – умора, проблеми със съня, загуба на тегло, липса на апетит, проблеми в ежедневното функциониране, виене на свят (замайване), болка; 2) *психологически оплаквания* (10 въпроса, минимален диапазон 0 и максимален диапазон 20) – безпокойство, усещане за самота, за загуба, безсилие, дистрес, неспособност да се контролират собствените емоции, намалено доверие в собствените сили, страх от рака или лечението му, отчаяние, липса на настроение; 3) *социални проблеми* (4 въпроса, минимален диапазон 0 и максимален диапазон 8) – чувство на неудобство при обсъждане на заболяването с другите, липса на социална подкрепа, финансови затруднения, желание изброените проблеми да се обсъдят със специалист и 4) съдържа 2 въпроса за *сексуални проблеми* и 1 въпрос дали пациентът би желал помощ или съвет за разрешаване на сексуалните проблеми (общо 3 въпроса, минимален диапазон 0 и максимален диапазон 6 с възможен отговор „не се отнася до мен") – интимни проблеми с партньора, намален интерес към секса. По-големият сбор означава влошено функциониране на пациента.

►*Скàлата за болнична тревожност и депресия (СБТД) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) е разработена с цел да идентифицира симптоми на тревожност, депресия и психосоциален дистрес при пациенти. В него не са включени

въпроси за физически симптоми (Zigmond & Snaith, 1983). Той е валидна (Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens & Van Hemert, 1997) и широко прилагана методология с онкологични пациенти, въпреки че не е разработен конкретно за тях. Състои се от 14 въпроса с 4 възможни отговора с минимален диапазон 0 и максимален диапазон 21 както за подскалата за тревожност (включва 7 въпроса), така и за депресия (включва 7 въпроса). Общият сбор е между 0 и 42 и може да се използва като мярка за преживяване на психосоциален дистрес, като по-високите стойности показват изпитване на по-високи нива на тревожност и депресия.

►*Скалата за умствено приспособяване към рака (The Mental Adjustment to Cancer Scale) (MAC scale)* (Watson & Homewood, 2008) е разработена за измерване на степента на когнитивна приспособимост на пациентите след поставена онкологична диагноза (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, & Robertson, 1988; Watson, Law, dos Santos, Greer, Baruch & Bliss, 1994). Той е също широко приложима методология при изследване на онкологични пациенти и се състои от 40 въпроса, чрез които изследваните лица оценяват себе си. Има 2 начина за изчисляване: 1) включва 5 отделни подскали – *борчески дух, тревожни притеснения, фатализъм, избягване* и *безпомощност/ безнадеждност*. 2) комбинация и преподреждане на различните подскали в обща подскала за позитивно приспособяване (отговорите за позитивно приспособяване) (съдържа 17 въпроса, минимален диапазон 17 и максимален диапазон 68) и обща подскала за негативно приспособяване (отговорите за негативно приспособяване) (съдържа 16 въпроса, минимален диапазон 16 и максимален диапазон 64) (Watson & Homewood, 2008). По-високите стойности по двете подскали показват по-добро приспособяване към поставената онкологична диагноза. Вторият начин за изчисляване е по-често прилаган от първия.

Сред жените по цял свят гинекологичният и ракът на млечната жлеза са сред най-често срещаните. Диагностицирането в ранен етап е от голямо значение както за самите пациенти и техните семейства, така и за здравната система. Въпреки че доста от жените с ранно диагностициран рак на млечната жлеза го преживяват и оцеляват, онкологичният опит, който натрупват, е голямо предизвикателство и психологическа травма. Първоначалната реакция при поставената диагноза по правило е силна, остра и стресираща.

Приемане на физическата промяна
„В началото криех белезите си. Разстройвах се и се ядосвах, когато ги гледах. Научих се обаче да приемам себе си каквато съм, затова каква съм заради всички позитивни качества, които притежавам. Свикнах да приемам белезите по тялото ми, че са от битката за живот, която водя. Поглеждам в огледалото и виждам колко съм красива."

1.5 Гледната точка на съпрузите и децата на жени с рак на гърдата

Произнесено в лекарски кабинет, изречението „*Вие имате рак на гърдата*" засяга освен пациентката, към която е насочено, също така нейния партньор и всеки член от семейството й. През последните години се увеличава отделяното внимание и проведени изследвания на опита на **съпрузите, когато съпругите им се нуждаят от химиотерапия** и как това се отразява на семейния им живот. От мъжете се очаква да помагат на своите „половинки" и членове на семействата им в ситуация, в която те самите се нуждаят от подкрепа. Доброто разбиране на опита на съпрузите на онкологичните пациентки допринася за анализ на динамиката на семейните отношения в силно стресиращ период, полезно е при разработване на начини, чрез които се помага на мъжете, за да преодолеят чисто психологически заболяването на съпругите си и при овладяване на стреса в другите членове на семейството.

Въпреки че в проведените изследвания със съпрузи на онкологични пациенти се анализират техните страхове и най-често прилагани стратегии за справяне със стреса, те са често пренебрегвани като изследвани лица. За съжаление изследователите често не разглеждат отделно техните отговори от отговорите на съпругите им или същността на отговорите им не се анализира от тяхната гледна точка в цялост, по количествен и качествен начин.

Мъжете преживяват разнообразни емоции в отговор на рака на съпругите си поради проблемите и предизвикателствата, пред които се изправят в конкретната ситуация. Изследванията на поставената диагноза, лечение, прогноза и възможната смърт на партньора се изразява в преживяване на шок, недоверие и отричане, а често споделяни емоции, преживявани от съпрузите на пациентките, са гняв, вина, депресия, тревожност, неопределеност, безпомощност, страх, загуба на контрол и изолация (Hilton, 1993; Northouse & Peters-Golden, 1993; Zahlis & Shands, 1991).

Страховете на съпрузите на пациентите са по правило най-силно изразени по време на поставяне на диагнозата и хоспитализацията за операцията и лечението, но тревожността и дистреса продължават да се наблюдават след като те са приключили тяхното лечение (Ell, Nishimoto, Mantell & Hamovitch, 1988; Zahlis & Shands, 1993). По време на биопсия от гърдата, като използва стандартизиран инструмент, Нортхаус и колеги с извадка от 265 човека установяват, че съпрузите са по-стресирани в обсесивно-компулсивно отношение: те се чувстват блокирани от всички задачи, които е необходимо да свършат и срещат затруднения в концентрацията (Northouse, Jeffs, Cracchiolo-Caraway, Lampman & Dorris, 1995). Партньорите изпитват по-ниска удовлетвореност от брачните отношения, забелязват влошено функциониране на семейството, имат както повече надежда, така и повече стрес. Логично потребностите на пациентите и симптомите им също оказват влияние на дистреса, който преживяват съпрузите им (Hilton, 1994; Lewis, Woods, Hough & Bensley, 1989).

Евентуален *рецидив* на заболяването води до възникване на нови потребности и предизвиква допълнителен емоционален отговор от страна на съпрузите освен чувството за несправедливост, траур, надежда, симптоми на депресия и тревога дали техните съпруги ще оцелеят (Halliburton, Larson, Dibble & Dodd, 1992; Lewis & Deal, 1995; Northouse, Laten & Reddy, 1995). Най-често споделяните потребности на пациентите при рецидив на заболяването са свързани с оказване на физически грижи, спазване на режима на лечение, извършване на необходими промени и физическо присъствие в близост до пациента (Stetz, 1987), стрес, предизвикан от наблюдение на симптомите на пациентите, опасения и притеснения за взаимоотношенията с другите и за собствената личност (Hull, 1990).

Често срещани при съпрузите са дистресът, изпитване на страхове, свързани със способностите им да се справят и чувство на изтощение (Zahlis & Shands, 1991). Особено стресиращи за тях са промени в изпълняваните роли и поетите задължения в ежедневния семеен живот. По време на заболяването и престоя в болницата, при протичане на химиотерапията или при рецидив съпрузите споделят, че предизвикателството пред тях е, че наред с обичайните роли, които се изисква от тях да изпълняват, те са натоварени допълнително с домакинска работа, осигуряват физическите грижи и емоционална подкрепа на своите съпруги, поддържат брачните и сексуалните взаимоотношения. В количествено изследване за приспособяването към рецидива на заболяването (Northouse, Laten & Reddy, 1995) се установява, че съпрузи на жени с рак на млечната жлеза преживяват сходен брой проблеми, свързани с ролите като съпругите си, но споделят повече проблеми от съпрузите на току-що диагностицирани жени, включително затруднения в изпълнение на сексуалните роли и социалните си задължения. Като цяло се наблюдава тенденцията мъжете да засилват изпълнението на мъжката си роля с цел да компенсират възникналите проблеми в другите им роли.

Да помолиш за помощ
„Дразнех се, когато всички се опитват да ми помогнат. Те усещаха моя проблем и необходимостта ми от помощ. Научих се да приемам оказаната ми помощ, като съхранявам самоуважението си. Казвам „не, благодаря" за неща, с които мога да се справя сама и се научих да моля за помощ, когато се нуждая от нея. Уча се на смирение и търпение."

Какви *стратегии* използват мъжете, *за да преодолеят рака на своите съпруги,* е изследвано в различни качествени и количествени изследвания (Zahlis & Shands, 1991; Wilson & Morse, 1991; Lewis & Deal, 1995). Установените стратегии включват: *търсене на информация, активно действие, предлагане и търсене на емоционална подкрепа, обсъждане или не на симптомите на заболяването с техните съпруги, приятели, колеги и професионалисти от здравната сфера, отричане или омаловажаване на натрупания опит по време на лечението и изпитваните емоции, физическа близост, да съхранят позитивността, оптимизма и надеждата си, имат вяра, закрилят, осланят се на молитвата, адаптират се към нарасналите задължения* (Northouse & Peters-Golden, 1993). Мъжете често прилагат комбинация от изброените стратегии за справяне. В сравнително изследване на 36 мъже, чиито съпруги имат рак, (Ptacek, Ptacek & Dodge, 1994) чрез скали за измерване на степента на справяне се установява статистическа значимост между прилаганите стратегии за справяне от тях и съпругите им.

В количествено изследване, като се прилагат отворените въпроси от т. нар. *интервю за потребностите при заболяване* (Zahlis & Shands, 1991) се анализират използваните стратегии за справяне от 87 съпрузи: *обсъждане на натрупания онкологичен опит, адаптиране на начина на живот, чувствителност към потребностите на съпругите, обмисляне на планове за бъдещето* и *намаляване на страничните ефекти от лечението*. Обсъждането на заболяването включва количеството на предоставената информация при вземане на решение за бъдещо лечение, изчакване да се оцени сериозността на заболяването и общуване с лекари и приятели по време на лечението. Адаптирането на начина на живот включва балансиране и поемане на увеличилите се домакински задължения наравно със служебните, като се правят промени в работния график, за да се съчетаят новите ангажименти, грижите за децата и дома, промените в плановете за ваканция и в социалните задължения. Проявата на чувствителност при задоволяване на физическите и емоционалните потребности на съпругата изключва избягване на нараняване при физически контакт, прояви на сила и подкрепа, поемане на удари като боксова круша в съчетание с проява на емпатия в подобни моменти. Стратегиите, свързани с намаляване на страничните ефекти от лечението, включват опитите да се гледа с усмивка, вяра и надежда към бъдещето, промяна в житейските приоритети, обаждане вкъщи на обяд, опит да се съхрани и поддържа позитивна нагласа, като се избягват натрапливите мисли за заболяването.

В литературата е описано преодоляването на рака на „половинките" от съпрузите и химиотерапията след поставяне на диагнозата като социален процес, който включва 3 стъпки: 1) *идентификация на заплахата*, 2) *включване в битката* и 3) *превръщане във ветерани* (Wilson & Morse, 1991). Авторите описват буферирането като основен процес, включително при филтриране и опита да се премахнат ежедневните стресори при защита на съпругите им. То включва проява на непрекъсната бдителност при проследяване на отговорите на съпругите им по време на химиотерапията, в отношенията с другите и действие в съответствие с интерпретиране и оценка на ситуациите, през които съпругите преминават или те решават какво да направят, за да намалят стреса в конкретната ситуация.

Изпитвани емоции по време на фазата на удължено оцеляване
Облекчение, усещане за споделена радост и щастие при липса на следи от рак в тялото след проведени контролни изследвания след лечението:
„Прекрасно чувство. Изпитвам радост в сърцето."

В едно от проведените качествени изследвания за справяне на съпрузите при *рецидив* на заболяването на техните съпруги (Lewis & Deal, 1995) е установено, че основните променливи, свързани с преодоляването, включват: **1)** балансиран живот като двойка и **2)** ракът на млечната жлеза е оставен на заден план. Балансираният живот се състои от 4 основни процеса: **а)** *управление на заболяването на ежедневно ниво*, което се изразява в прилагането на стратегии като разговори за лечението и диагнозата, самообразование, съпровождане на съпругата при редовни контролни прегледи, проследяване на симптомите ѝ без насочване и потъване в тях, преодоляване на емоциите, непознаването и неяснотата на заболяването, **б)** *оцеляването* включва знания да се живее с диагнозата, борба със свързаните с нея симптоми и опит да се контролират, разговори за децата, **в)** *излекуването* включва напредване в лечението, съхраняване на оптимистичната нагласа и опит да се намали стреса до минимум и **г)** *подготовката за смърт* включва разговори за смъртта и умирането и обсъждане на живота на мъжа след това. Според авторите балансираният живот се отразява на поведението, но не е свързан с настроението и качеството на брака.

Задълбочаване на личните взаимоотношения
„Диагнозата ни сближи. Усетих силата на любовта в грижите на другите за мен."
„За 1 година преминах през много тежко лечение. Срещнаха ме приятели, които ми казаха, че не биха издържали. Всъщност това не би им помогнало, а само би влошило ситуацията."

Справянето на съпруга и приспособяването му към рака на съпругата е повлияно и от социализирането в мъжката му роля, от качеството на съпружеските отношения, от наличната информация, с която разполага и от подкрепата, която оказва и получава. Установено е, че съпрузите отчаяно крият своите чувства и приемат ролята на ангели-пазители по време на престоя на съпругите им в болница, което поведение е пряко свързано и произтича от мъжката им роля (Sabo, Brown & Smith, 1986). То обаче провокира отричане, а по-късно дори блокира общуването между партньорите. (Sabo, 1990). Двойки, които прилагат стратегията на избягване при справяне със стреса, обсъждат рака бегло или не го правят. Ролята на мъжа като защитник и снабдител и по време на социализацията в мъжката му роля му помага да развива основни ценности като сила, резервираност и непроява на емоции, което повлиява на преодоляването и приспособяването му към тежки ситуации. Културните разбирания за мъжка и женска роля, обаче, могат да взаимодействат с опита на мъжете да предлагат подкрепа, която да се отразява на общуването им със съпругите (Northouse & Peters-Golden, 1993; Northouse, Laten & Reddy, 1995).

Видът и качеството на съпружеските и сексуалните взаимоотношения влияят на стреса и приспособяването към заболяването на съпругите. Двойки с влошени отношения преди рака изпитват повече затруднения в приспособяването към него (Zahlis & Shands, 1991; Northouse et al., 1995). Начинът, по който двойката обсъжда и говори за заболяването, изпитваните затруднения и страхове, също се отразява на процеса на преодоляване (Hilton, 1994; Kristjanson & Ashcroft, 1994). Освен това е налице връзка между дистреса и приспособяването на съпругите и изпитвания дистрес и приспособяването на съпрузите (Northouse, Cracchiolo-Caraway & Appel, 1991; Northouse & Peters-Golden, 1993).

В проведени интервюта как съпрузи се справят с рака на млечната жлеза на своите съпруги (Wilson & Morse, 1991) се открояват следните **теми и подтеми за прилагани стратегии за справяне**:

Насочени към заболяването на съпругата и полаганите грижи:

1. Необходимост от физическо присъствие, оказване на емоционална подкрепа, включеност, на разположение
2. Доверие в специалистите от здравната сфера за качествени и компетентни грижи, отношение на уважение, свързаност
3. Добра информираност и участие във вземането на решения, провеждане на разговори за заболяването с близки хора, приятели, колеги.

Насочени към съхраняване и поддържане на обичайния ритъм на семейния живот:

1. Приемане на оказаната помощ от другите, доверие в тях и същевременно изграждане на граници с тях
2. Съхраняване на позитивната оптимистична нагласа чрез окуражаване и подкрепяне на пациента, за да се предпазят собствената личност и другите хора
3. Поставяне на собствената личност на второ място след личността на пациента, адаптация към настъпилите промени и задоволяване на собствените потребности
4. Адаптация на служебните задължения към увеличените домашни ангажименти
5. Управление на финансите

Предоставените възможности за изясняване на информацията и достъп до получаваната подкрепа от семейството, приятелите и професионалистите от здравната сфера също оказват влияние на приспособяването на съпрузите (Northouse et al., 1995; Zahlis & Shands, 1991; Northouse & Peters-Golden, 1993). Очакванията на съпрузите, личната преоценка на стресорите, силата и продължителността на дистреса и неопределеността на ситуацията (Northouse et al., 1995; Zahlis & Shands, 1991) също не са за подценяване.

Проблемите за разрешаване пред семейството на пациентките са:

1. да се преодолее напрежението във взаимоотношенията поради рака на млечната жлеза
2. да се преодолее непредсказуемостта на заболяването
3. да се преодолее усещането за загуба
4. да се преодолее страхът от рецидив
5. да се намери подходящ начин за споделяне на заболяването с други семейства и приятели и да се преодолее болката от разговорите
6. да се възстанови сексуалната близост
7. да се поеме и овладее изразеният гняв от партньора
8. да се избере модел на лечение на рака
9. да се получава и предлага социална подкрепа извън семейството

Децата, чиито родители са онкологично диагностицирани, са изправени пред значителен стрес. Ракът оказва между средно и високо ниво на емоционален дистрес както на родителите, така и на техните деца, юноши и младежи (Compas, Worsham, Epping-Jordan, Grant, Mireault, Howell & Malcarne, 1994). 81% от интервюираните деца на онкологични пациентки с рак на млечната жлеза се страхуват, че мама ще почине от него (Zahlis, 2001). За тях заболяването на родител представлява временна загуба поради симптомите на заболяването, от страничните ефекти на лечението, от промяната в семейните роли и семейния живот или заплаха от загубата му поради смърт (Grant & Compas, 1995; Lewis, 1990; Siegel, Mesagno, Karus, Christ, Banks & Moynihan, 1992).

Справянето може да се разбира като процес на полагане на усилия за адаптация към предизвикателство, заплаха или нараняващо събитие (Lazarus, 1991; Lazarus & Folkman, 1984). Начинът, по който децата преодоляват стреса от поставена онкологична диагноза на техните родители, играе важна роля за емоционалното им приспособяване към стресиращи житейски събития в бъдеще.

Въпреки голямото значение на разбирането на прилаганите стратегии от деца за преодоляване на онкологичната диагноза на техните родители, по темата са проведени малко изследвания. Те са сведени основно до описание и анализ на различни случаи и ситуации как децата реагират (Wellisch, 1979). Най-подробни данни са представени в серия от статии как децата се справят с метастазирал рак на млечната жлеза на техните майки (Issel, Ersek & Lewis, 1990; Lewis, 1990; Lewis, Ellison & Woods, 1985). Става ясно, че те се опитват да вършат обичайните си задължения, избягват да мислят за рака и да изглеждат загрижени и помагат вкъщи. В друго проведено изследване (Lewis, Hammond & Woods, 1993) за начините за преодоляване на стреса от родителите, които се прилагат в семейството, се установява, че те са свързани с приспособяването на децата към голямото изпитание. Въпреки това нито едно от цитираните изследвания не включва количествен анализ на личните усилия, полагани от децата да се справят или на връзката между положените усилия от детето и емоционалното му приспособяване. Освен това анализираните данни в тях са събрани няколко месеца или години след като е поставена диагнозата на родителите. Липсват данни, събрани непосредствено след поставяне на диагнозата на родителите.

Изследователите на темата смятат, че са от голямо значение отговорите на *5 научни въпроса*: **1)** Как децата преодоляват поставената онкологична диагноза на техните родители? Какви стратегии за справяне използват най-често? **2)** Какви разлики са налице в справянето по възраст (в години) и нивото на детското развитие? **3)** Какви разлики са налице в справянето в зависимост от характеристиките на заболяването на родителите? **4)** Какви разлики са налице в справянето според когнитивната оценка на заболяването, която детето прави? и **5)** Каква е връзката между справянето на децата и психологическото им приспособяване към заболяването.

Полагането на усилия за справяне може да се класифицира в 2 големи категории, които се основават на намеренията или целите на личността: **1)** насочени към *решаване на проблема* – включват се усилията, насочени към промяна на някои аспекти от стресора или **2)** насочени към *емоциите* – включват мисли и действия, насочени към управление на емоциите, предизвикани от стресиращото събитие (Lazarus & Folkman, 1984). Двата вида стратегии се състоят от разнообразни подтипове от отговори за справяне и представляват логична отправна точка за анализ на видовете справяне, които се прилагат при анализ на родител с рак. Става ясно, че единичен отговор за справяне може да е „*двоен по посока*" и да включва както стратегии, ориентирани към решаване на проблема, така и към емоциите (Rosenberg, 1990). Например, онкологичните пациенти е възможно да се включват в упражнения както, за да овладеят своята тревожност, така и в опит да контролират отговора на своите тела към заболяването. Честотата, с която децата на онкологични пациенти прибягват до стратегиите за справяне с рака на своите родители обаче не е изследвана.

Справянето на децата с поставена онкологична диагноза на техните родители е необходимо да се разглежда и от *перспективата на жизнения път на детското развитие*. Тя се занимава с анализ на настъпващите промени в развитието от детство към юношество и от юношество към възрастност (Baltes, 1989; Featherman, Lerner & Perlmutter, 1994). Проведени са няколко изследвания за начините, по които деца и юноши преодоляват различни стресори чрез подтиповете на двете големи групи стратегии, ориентирани към решаване на проблема или към преодоляване на емоциите (Altshuler & Ruble, 1989; Band, 1990; Band & Weisz, 1988; Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988; Curry & Russ, 1985; Kliewer, 1991; Ryan, 1989; Wertlieb, Weigel & Feldstein, 1987). Те установяват позитивна връзка

между стратегиите, ориентирани към емоциите и възрастта в извадка от деца и юноши между 5 и 17-годишна възраст. В три изследвания в противоречие с установената засилена употреба на стратегиите, насочени към емоциите, с увеличаване на възрастта не се установяват промени в развитието при прилагане на стратегии, насочени към решаване на проблема (Altshuler & Ruble, 1989; Compas et al., 1988; Wertlieb et al., 1987). В две от изследванията е установено увеличаване на приложението на първата група стратегии с увеличаване на възрастта (Band & Weisz, 1988; Curry & Russ, 1985).

Изборът, приложението и ефективността на различни стратегии за справяне са свързани както с обективните характеристики на стресора и с когнитивното ниво на изпитвания стрес, така и с оценката на упражнявания контрол над него. При анализ как децата се справят с поставена онкологична диагноза на техните родители става ясно, че е от значение видът рак и стадият от развитието на болестта. По-напреднало заболяване предявява различни потребности в пациента и следователно различни отговори за справяне в сравнение с рак с добра прогноза. Също така възприемането от детето на сериозността на заболяването или стреса от рака на неговите родители е по-тясно свързан с усилията за преодоляване, които полагат в сравнение с обективните характеристики на заболяването. От значение е оценката на детето на упражнявания контрол над заболяването на неговите родители. По правило онкологичната диагноза на родител е трудно контролиран стресор и като цяло предлага малко възможности за упражняване на контрол (Weisz, McCabe & Dennig, 1994). За съжаление възможностите за упражняване на контрол над заболяването, с които разполагат възрастните, не са достъпни за техните деца. При преглед на научната литература за преодоляване на стреса се установява, че оценката на справянето е свързана с прилагането на стратегии за решаване на проблема, но не е насочена към емоциите. Също така първата голяма група стратегии и упражняваният контрол си взаимодействат с изпитвания психологически дистрес (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991). Упражняваният контрол и прилагането на стратегии, ориентирани към решаване на проблема са свързани с по-нисък психологичен дистрес при деца, юноши и възрастни, които са изправени пред различни стресори (Conway & Terry, 1992; Weisz et al., 1994). Полаганите усилия за решаване на проблема са силно корелирани със стресори, които се смятат за подлежащи на контрол.

В проведено изследване с 32 деца между 6 и 10-годишна възраст, 59 юноши между 11 и 18-годишна възраст и 43 младежи между 19 и 32 години се установява средно ниво на изпитвани симптоми на тревожност и депресия. При юношите нивото на изпитван стрес е съответно най-високо (Compas et al., 1994). Приложението на стратегии, насочени към емоциите, се увеличава от детство към юношество, а честота на използване на стратегии, насочени към решаване на проблема не се различава между двете възрастови групи. Юношите преживяват повече ситуации на дистрес (Compas et al., 1988). Като цяло изследваните лица от трите възрастови групи имат малко възможности за упражняване на контрол над заболяването на техните родители. Те имат повече възможности за упражняване на контрол над външни фактори в сравнение с контрола, упражняван лично от тях. Става ясно, че насочените усилия към стратегии, ориентирани към емоциите и за избягване на мисли за рака на техните родители, са свързани с наличие на повече симптоми на тревожност и депресия. Освен това използването на стратегии, ориентирани към емоциите и към избягване, се засилва с увеличаване на възрастта, което показва, че по-големите на възраст изследвани лица прибягват до стратегии за справяне, ориентирани към емоциите. Не е установена връзка между справянето и упражнявания контрол над заболяването, което означава, че вероятно той не оказва влияние върху симптомите на тревожност и депресия. Децата са наясно с характеристиките и симптомите на заболяването на техните родители, с неговата сериозност, стадии и прогноза. Това се потвърждава и от разработените когнитивни модели на стреса, в които оценката е по-важна от емоционалния отговор и от обективните характеристики на

ситуацията. Тъй като повечето изследвани деца смятат, че имат по-малко възможности за упражняване на личен контрол над заболяването, те по-рядкото прилагат стратегии за решаване на проблеми.

Красива и плешива кукла Барби

За дългогодишната си история една от най-популярните детски играчки кукла Барби, създадена през 1959 г., по модела на куклата Лили от компанията Метел, е сменила около 1 милиард тоалета, работила е 108 професии, имала е повече от 50 домашни любимци и е била от близо 50 националности. Нейният статус сред малките момиченца е утвърден като безспорен ролеви модел.

След масова кампания на родители и деца с онкологични заболявания, алопеция (загуба на коса), трихотиломания (падане на косата) и други автоимунни заболявания от юни 2012 г. е в търговската мрежа в САЩ „*Красива и плешива Барби*" като част от линията „Истинска надежда". Кампанията протича непосредствено след като група родители от гр. Кълъмбъс, Джорджия, САЩ се организират с искане цветнокожата Барби да няма дълга и права коса, каквато е произведена в завода, а да е по-близо до естествения стил на техните деца с къдрава коса. В домашни условия те къдрят косите на пластмасовите играчки на своите деца, за да се приемат такива, каквито са.

Петицията за „*Красива и плешива Барби*" стартира с подписите на две приятелки, Ребека Сипин, която работи с деца със специални образователни потребности и Джейн Бингам, фотограф, за които всеки ден е битка за живот. Джейн има лимфом и губи косата си след химиотерапия, а 12-годишната дъщеря на Ребека воюва с левкемия и поради лечението губи своята коса за 7 месеца. Тя се чувства неловко пред погледите на непознати клиенти в магазина или на въпросите на децата, защото липсата на коса не е нещо, което са свикнали да виждат. Двете дами, подкрепени от над 100 хиляди души в официалната страница на кампанията във Facebook, успяват чрез нея да помагат на болните по-лесно да се справят с образа в огледалото, а околните, като преодоляват своите предразсъдъци и стереотипи, да ги приемат без съжаление, страх и подигравки такива, каквито са – воюващи, *плешиви, но красиви*. Те смятат, че куклата не само ще служи за ролеви модел на децата, които са на химиотерапия и се лекуват, но тя ще има и терапевтични функции, ще помага липсата на коса да се възприема като естествена и ще намалява стигмата към хората без коса. Посланието, което Барби без коса отправя е, че е красива въпреки това и не е необходимо да го крие, да се срамува или да се чувства неловко.

На пазара Барби без коса има разнообразни аксесоари като перуки, шапки, кърпи за глава и др. В началото на 2013 г. компанията Метел произвежда еднократно 10 000 плешиви приятели на Барби, които раздава благотворително на малки пациенти в детските болници в САЩ.

Ребека и Джейн продължават своята благотворителна дейност, като организират и изпращат пакети за деца и жени за украса на главата, когато са изгубили своята коса. Целта им е да ги накарат да се усмихнат, да укрепят самооценката им и да ги подкрепят, като се почувстват по-удобно. Те включват: шал или шапка, временни татуировки, маркери за рисуване по тяло, които се отмиват с вода, бижута за тяло, Новия завет и любов и подкрепа от движението „*Красива и плешива*".

Аналогично става ясно, че стратегиите, ориентирани към емоциите, са относително по-неефективни при справяне с емоционален дистрес. Тяхното приложение е свързано с приемане, че ракът е по-стресиращ, с избягване на мисли за заболяването на родителите и с повече симптоми на тревожност и депресия. Всъщност децата ги използват предимно като начин да се откъснат и освободят от стреса от заболяването на своите родители. Оказва се, обаче, че усилията, които те полагат в тази насока, предизвикват повече, а не по-малко дистрес.

Засилване на прилагане на стратегията *избягване* е свързано с по-напреднал стадий и по-неблагоприятна прогноза на заболяването, с възприемане на рака като много

сериозен и стресиращ, с използване на повече стратегии, ориентирани към емоциите, и с проява на повече симптоми на тревожност и депресия. Тази стратегия е свързана и с увеличаване на емоционалния дистрес.

С увеличаване на възрастта децата засилват прилагането на стратегии, ориентирани към емоциите при преодоляване на различни видове стресори (Altshuler & Ruble, 1989). Възможно е този вид умения за справяне със стреса да се придобиват като част от детското развитие и да не са специфични при справяне на децата с рака на техните родители.

Психологическото приспособяване на детето към поставена онкологична диагноза на родителите подлежи на *измерване* по няколко начина. В списъка на емоционален дистрес са симптоми като: депресия, тревожност и изпитване на негативни чувства. Симптомите на *синдрома за отговор на стреса* са важен инструмент за измерване на приспособяването към заплаха или травмиращо събитие (Horowitz, Field & Classen, 1993). По-конкретно наличието на натрапливи мисли за рака на родителите и полаганите усилия да се избягват са от значение за отговора към стреса от децата (Finch & Daugherty, 1993; Yule, 1992; Yule, Ten Bruggencate & Joseph, 1994). Изследването на връзката между справянето на децата и посочените характеристики на психологичен дистрес би дала информация за ефективността на управлението на стреса, причинен от поставена онкологична диагноза на родителите.

1.6 Качество на живот на жени с рак на гърдата

"Най-красивите хора, които познаваме, са тези, които знаят, какво е поражението, изпитали са мъката, водили са вътрешна борба, преживели са загубата и са намерили начин да изплуват от дълбините. Тези хора притежават признателност, чувствителност и разбиране за живота, което ги изпълва със състрадание, нежност и дълбоко любяща загриженост. Красивите хора не са красиви просто по някаква случайност…"

Е. Кюблер-Рос

Качеството на живот е широко понятие, върху което оказват влияние физическото здраве на хората, психологичното им състояние, степента на самостоятелност, социалните им взаимоотношения и връзката им със значимите характеристики на средата. Качеството на живот, свързано със здравето, е многоизмерно понятие, което включва *субективната оценка на физическото, емоционалното* и *социалното функционално благополучие* на изследваните лица. То е насочено към „цялостната личност, към социалните и психологическите ѝ аспекти, към индивидуалното изпълнение на социалните роли, умствената ѝ дейност, емоционалното ѝ състояние, усещането ѝ за благополучие и взаимоотношенията ѝ с другите хора" (Levine, 1987). Качеството на живот се определя като несъответствието между надеждите и очакванията на личността и житейския ѝ опит за определен период от време (Calman, 1987). Понятието включва не само обективното състояние на личността, но и до каква степен са отразени очакванията и мечтите ѝ в ежедневния живот. То се изразява в придавания индивидуален смисъл на житейската ситуация от дадена жена. Две жени е възможно да имат сходно обективно здравно състояние, но те може да възприемат като различно качеството си на живот. Именно поради тази причина се приема, че *най-добре е то да се определя от гледната точка на самия пациент*.

Качеството на живот се променя през различните периоди от живота, то зависи от възрастта и натрупания житейски опит. Хората на години се приспособяват по-лесно към настъпилите промени в здравословното им състояние, а по-младите имат по-високи очаквания към физическия и функционалния си статус. Установено е по-високо качество

на живот при хора в по-напреднала възраст в сравнение с по-младите (Ganz et al., 1993; Sarna, 1993).

Качеството на живот не е едноизмерно понятие. То включва различни житейски области, всяка от които може да се възприема по различен начин и да ѝ се придава различна значимост. Въпреки че в литературата се описват най-много между 12 и 14 различни области (Levine, 1987), като цяло качеството на живот е *комплексно* понятие. Настъпилите промени в една област оказват влияние на възприемането на другите области. Именно поради тази причина трудностите във физическото здраве оказват влияние на социалното или психичното благополучие.

Многокомпонентният модел за качество на живот, представен на Фиг. 1.5, на ранно диагностицираните пациенти с рак включва *физическо, психическо, социално* и *духовно благополучие*.

Физическо благополучие

Физическото благополучие се изразява в контрола или облекчението на симптомите и увеличаване на самостоятелното функциониране. Проблемите на жените с рак на млечната жлеза, свързани с физическото им благополучие, се изразяват в преждевременно предизвикана менопауза поради продължителна хормонална терапия и лечение, репродуктивни затруднения, проблеми със заспиването и съня, лимфодема, изпитване на болка, затруднения при изпълнение на физически упражнения и ежедневни спортни дейности, натрупване на излишни килограми (Ferrell & Dow, 1997). Установени са и проблеми с ръката откъм оперираната гърда 2-3 години след проведеното лечение като напрежение, изтръпване, усещане за дърпане, тежест и дори непрекъсната слаба болка. 70% от изследваните лица споделят намалена енергия, а 60% изпитват затруднения при физически упражнения и натоварване. По отношение на физическото си здраве изследваните лица споделят затруднения от хормоналната терапия, с хранителния режим, който спазват и натрупаните килограми и проблеми, свързани с реконструкцията на гърдата (Ganz et al., 1996). В проведено изследване с 98 жени 8 години след като им е поставена диагнозата и 262 здрави изследвани лица (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson & Masse, 1998) пациентите споделят, че продължават да имат проблеми с ръката от страната на оперираната гърда като оток (лимфодема) и загуба на чувствителност за разлика от здравите жени. Пациентите с рак на гърдата воюват и със свързаните с лечението на основното им заболяване допълнителни оплаквания като остеопороза или как да намалят симптомите на предизвиканата ранна менопауза.

Американското онкологично дружество препоръчва промени във физическата активност, режима на хранене и тютюнопушене за онкологичните пациенти: **1)** най-малко 150 мин. умерена до интензивна физическа активност или 60 мин. интензивна активност на седмица, **2)** да се приемат най-малко 5 порции плодове и зеленчуци на ден и **3)** да се избягва тютюнопушенето. Проведени изследвания в САЩ и Австралия установяват, че 70% от онкологичните пациенти не се натоварват достатъчно физически, между 48 и 74% не спазват хранителен режим, богат на плодове и зеленчуци и между 20 и 24% продължават да пушат.

Въпреки че онкологичната диагноза се възприема като възможен „учебен момент", а пациентите, които я преживяват, са мотивирани да променят начина си на живот с цел подобряване на собственото си здраве, всъщност малцина реално го правят. Липсата на промени в живота пред лицето на смъртта показва безспорната необходимост от провеждане на допълнителни изследвания с цел установяване на причините за това.

Учените смятат, че промяна в един от разгледаните направления на поведение служи за стимул за промяна в друг. Установено е, че тютюнопушенето, поемането на най-малко 5 порции плодове и зеленчуци на ден и активната физическа дейност през деня са значимо свързани помежду си (Агюло, 2009; Серван-Шрайбер, 2011; Хафенхолер, 2010).

Фигура 1.5 Адаптиран модел на качеството на живот на жени с рак на гърдата

Онкологичните пациенти, които спазват повече от една от препоръките, имат по-високо качество на живот в сравнение с пациентите, които съблюдават само един от разглежданите критерии. Това е възможно да се обясни с факта, че пациентите, които спазват повече от една от препоръките, ще намалят възприеманата собствена уязвимост, например възможността от рецидив на заболяването, който ще доведе до фатален изход, и да се увеличи усещането им за контрол над собствения им живот (Сивчева, 2007), което подобрява качеството им на живот. Колкото повече от препоръките на Американското онкологично дружество се спазват, толкова е по-добро качеството на живот на онкологичните пациенти.

Психично благополучие

Психичното благополучие представлява стремежа да се поддържа усещане за контрол пред лицето на животозастрашаващата диагноза, която се характеризира с емоционален дистрес, промяна в житейските приоритети, страх от неизвестното бъдеще и с позитивни промени в живота на пациента. Множеството проведени психосоциални изследвания на жени с рак на млечната жлеза обхващат периода непосредствено след поставената диагноза или след приключване на провежданото лечение. Според лонгитюдни данни от изследване на психичните аспекти на рака на млечната жлеза (Andersen, Anderson & deProsse, 1989) огромният дистрес от поставената диагноза намалява с времето при ранно поставена диагноза (I и II стадии) и пациентките се стабилизират емоционално. В края на първата година психологическият профил на жените с рак на млечната жлеза не се различава значително от този на жените, оперирани от доброкачествено образувание в гърдата. Установено е значимо подобрение в настроението и качеството им на живот *в края на първата година* от поставената им диагноза (Ganz et al., 1996), но след 2-3 години тази тенденция не се наблюдава. Въпреки това обаче психологическите проблеми

продължават да са източник на голям стрес при пациенти с рак на млечната жлеза (Ferrell & Dow, 1997; Ferrell & Dow, 1997). Приблизително 1/3 от изследваните лица живеят със симптоми на депресия (Dorval et al., 1998). По-късно обаче се установяват по-ниски нива на преживявана депресия и тревожност. В изследване с малка извадка от 32 жени с рак на млечната жлеза между 5 и 26 години след направена мастектомия, 38% от тях прибягват до употреба на алкохол или предписани медикаменти, за да преодолеят стреса (Sorenson, 1994). Основен проблем са страховете за бъдещето (Omne-Ponten, Holmberg & Sjoden, 1994), но и притеснения за развитието на онкологичната диагноза и лечението ѝ, нервност при провеждане на медицински изследвания и въпроси, свързани с възприемането на собственото тяло, също са често посочвани от пациентите. Обикновено симптомите на заболяването и психосоциалните фактори са свързани повече с качеството на живот, отколкото с медицински фактори.

Основните психосоциални страхове, които споделят жените с рак на гърдата са (Ganz et al., 1996):

- страх от рецидив
- физически симптоми като умора, проблеми със съня или изпитване на болка
- затруднения във възприемането на собственото тяло
- сексуални дисфункции
- тревожност, свързана с лечението
- натрапливи мисли за заболяването или постоянна тревожност
- проблеми в комуникацията с партньора
- усещане за уязвимост
- екзистенциални въпроси, свързани със собствената смърт

Най-често срещаните страхове при жени с рак на млечната жлеза са: страх от рецидив на заболяването, изпитване на болка, от смъртта, нанесени вреди от адювантното лечение и покриването на медицинските сметки.

Социално благополучие

Социалното благополучие обхваща полаганите усилия, за да се преодолеят последствията от рака, оказани върху личността, върху изпълняваните от нея социални роли и взаимоотношенията с другите хора. Социалните въпроси са свързани със заеманата работна позиция от пациентите и проявите на скрита дискриминация или подценяване при възможности за кариерно развитие, защото ръководният персонал не вярва, че те могат да се справят с поставената задача (Halttunen, Hietanen, Jallinoja & Lonnqvist, 1992). Жените с рак на гърдата споделят и затруднения при получаване на средствата от здравната застраховка, при съхраняване на конфиденциалността на медицинската информация и липса на ресурси и подкрепа при връщане към работата след ползване на болничен (Carter, 1994). Проблеми възникват при предявени физически изисквания към заеманата работна позиция и достъпа до транспорт. С увеличаване на изминалото време след проведеното лечение са налице и постоянно растящи проблеми в сексуалното функциониране при жените с рак на млечната жлеза (Ganz et al., 1996; Dow, Ferrell, Leigh, Ly & Gulasekaram, 1996). Те не зависят от това дали е направена съхраняваща гърдата операция или мастектомия (Margolis, Goodman, Rubin & Pajac, 1989). Физиологичните проблеми отчасти имат и психологически аспекти. Жените се чувстват отблъснати, тъй като смятат, че техните партньори няма да имат желание и смелост да докоснат засегнатите от диагнозата гърди. Именно поради тази причина са налице и проблеми с възприемането на собственото тяло и личност. На жените с рак на гърдата им се налага да разрешават и проблеми с достъпа до медицинска помощ и в общуването с лекуващите ги лекари.

Изолация от близките хора
„От една страна имаш голямата подкрепа на близките, но все пак сама трябва да изминеш Пътя. Част от него извървяваш сама. Чувствах се самотна. ”

Някои от пациентите споделят, че се чувстват изоставени от медицината, срещат неразбиране при обсъждане на тяхното здраве с други хора, налага им се да преодоляват социалната стигма, свързана с рака и/ или когато молят и получават помощ и подкрепа. За много жени с рак на млечната жлеза проблем за преодоляване е стресът и товарът, който носи ракът в техните семейства, разговорите за диагнозата, които провеждат с децата си и опасенията дали ще могат да продължат да изпълняват родителските си задължения успешно, както досега (Polinsky, 1994).

Духовно благополучие

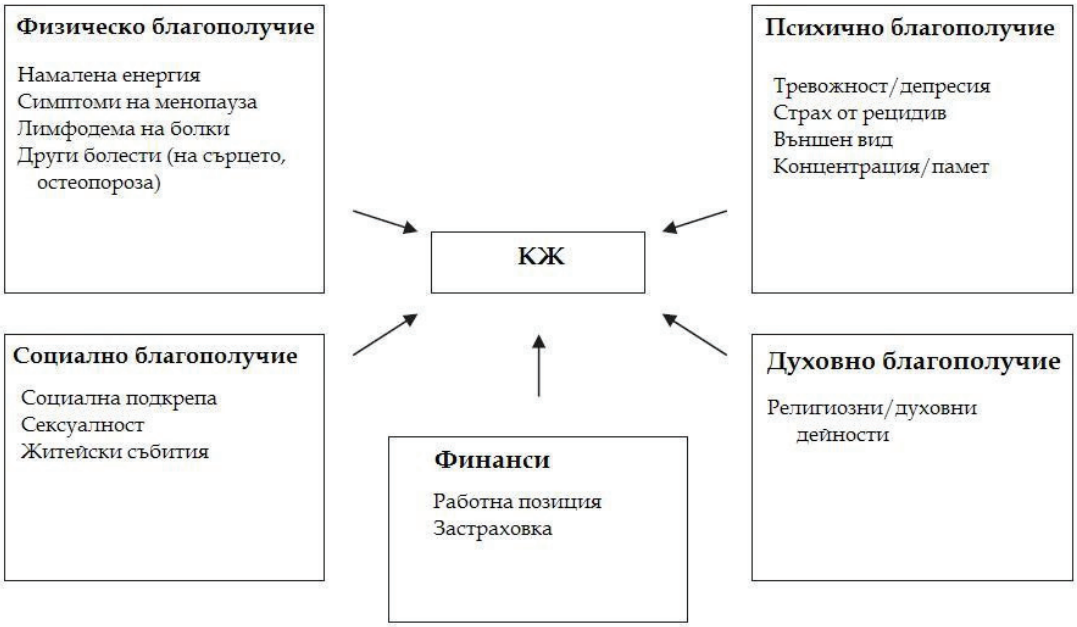
Духовното благополучие е способността да се поддържа надежда и да се извлича смисъл от онкологичния опит, който се характеризира с висока степен на неяснота. Логично основните проблеми при жените с рак на млечната жлеза са свързани с преразглеждане на духовната, философската и религиозната им гледна точка за живота, в пренареждане на житейските приоритети и в приемане на собствената им смъртност (Фиг. 1.6).

Онкологичният опит е възможно да оказва и *позитивно психологическо* и *социално влияние* върху пациента (Barraclough, 1999). В проведено от нея изследване със 155 жени с рак на млечната жлеза 2 години след поставяне на диагнозата те са помолени да опишат как заболяването се е отразило на гледната им точка за живота. По-голямата част от тях посочват позитивни аспекти като това, че са започнали да ценят повече живота, по-малко да обръщат внимание на тривиални житейски ситуации от ежедневието, развили са способност да живеят в настоящето, тук и сега, обръщат по-малко внимание на материални въпроси, станали са по-самоуверени и поемат по-голяма отговорност за изпълнение на собствените си жизнени цели.

„Никога не попитах *защо аз*. Винаги си мислех *по-добре аз*!”

Тъй като някои *млади жени* все още не са сканирали своите гърди за рак или плътността и структурата на гърдите им затрудняват извършването на мамографии, техният рак на гърдата не е установен в ранен стадии. Поради тези причини и защото ракът на млечната жлеза при тях е по правило по-агресивен, често им се предлага комплексно многопрофилно лечение, което е с по-висока степен на токсичност в сравнение с това, през което преминават жените на средна възраст (Shapiro & Recht, 1994; Quivey, Luce, Stewart, Johnston, Banks & Bloom, 1998; Osteen, Cady, Friedman, Kraybill, Doggett, Hussey, Urist, Chmiel, Clive & Winchester, 1994). Обикновено проведеното лечение оказва дългосрочни последствия върху пациентите, като влошава качеството им на живот в различни области между 5 и 10 години след поставяне на диагнозата (Ganz et al., 2002).

Фигура 1.6 Теоретичен модел на факторите, които оказват влияние на качеството на живот на пациентите и членовете на техните семейства



По-младите жени изпитват по-силна психологическа болка и имат по-ниско качество на живот след поставена диагноза рак на млечната жлеза в сравнение с жените в напреднала възраст (Osteen et al., 1994). Конкретните проблеми, пред които са изправени по-младите жени с малки деца, включват: съмнение дали ще преодолеят и преживеят това голямо житейско изпитание, дали ще могат да имат деца след поставената им животозастрашаваща диагноза и последващото ѝ лечение поради преждевременната менопауза в следствие на продължаващата хормонална терапия в продължение на 5 години, която води до загуба на репродуктивни способности; изпитване на широк спектър от вазомоторни симптоми и поради последствията в дългосрочен план от ранната менопауза като горещи вълни, ранно събуждане, забравяне, чувствителни гърди и др.; опасения, че последваща бременност е възможно да увеличи риска от рецидив на заболяването, поради изпитваните трудности във възприемането на собственото тяло и в сексуалния живот, в службата; усещането за неспособност да се смени работата или страх от загуба на заеманата работна позиция поради несигурност и неяснота в завръщане на заболяването. Особено проблематични за пациентите с рак на млечната жлеза са преждевременната менопауза, сексуалното функциониране и възприемането на собственото тяло. При тях обаче се съхраняват късните ефекти от химиотерапията върху различни аспекти от качеството им на живот, постоянни симптоми като умора, когнитивни оплаквания, сексуални дисфункции, трудности в заспиването и невропатии, месеци и години след като е приключило лечението. По-младите жени с рак на млечната жлеза изпитват по-голям психосоциален дистрес, срещат повече затруднения в приспособяването към диагнозата и последващото лечение, а затрудненията в сексуалността намаляват качеството им на живот повече в сравнение с по-възрастните.

Негативни промени след поставена диагноза рак на млечната жлеза настъпват в сексуалността, нивото на енергия и умора, дистрес, неяснота за бъдещето, в когнитивното функциониране, лимфодема, а позитивни промени – жизнените приоритети и духовността. При повече от 40% от жените се среща наднормено тегло и симптоми като вагинална сухота и нощни изпотявания. Жени, преживели рак на млечната жлеза, са 5 пъти по-предразположени в сравнение със здравите изследвани лица на същата възраст към симптоми, свързани с ранната менопауза (Quivey et al., 1998).

Проведените изследвания установяват, че жени с рак на млечната жлеза години след приключване на лечението продължават да изпитват симптоми като умора, депресия, както мускулна, така и ставна болка.

Все повече се увеличава значението, което се отдава на *сексуалността* като компонент от качеството на живот на онкологичните пациенти. Тъй като целите на лечение на рака се променят от физическо оцеляване към подобряване на качеството им на живот, логично се увеличават и провежданите изследвания по темата.

В литературата като част от изследванията на качеството на живот на жени с рак на млечната жлеза е анализирана връзката между различни медицински, демографски и психологични промени, свързани със сексуалното здраве. Разработен е „прогнозиращ" *модел за сексуалния интерес, сексуалните дисфункции и сексуалното задоволяване след преживян рак на млечната жлеза* (Schover, 1991). Той е апробиран на една извадка от изследвани лица, а е валидизиран в друга, независима извадка.

Като се основава на информацията от жени с рак на млечната жлеза и на промените, които се отразяват на сексуалното им здраве, или здрави жени без хронични или сериозни заболявания е разработена концептуална рамка за сексуалното функциониране и задоволяване на жени, преодолели рак на гърдата. Аспектите от сексуалното здраве, които се разглеждат са *сексуален интерес, липса на интерес към сексуални дейности, сексуални дисфункции като например затруднения в честотата на сексуалните контакти, възбуда и достигане до оргазъм и сексуално задоволяване или в средната оценка, която дават на качеството на сексуалния си живот като цяло*. Първите 2 променливи отразяват концептуализацията на Каплан (Kaplan, 1979) за сексуалното желание и оргазма. Като се основават на научната литература, авторите предполагат, че множеството променливи е възможно също да оказват влияние на разглежданите аспекти от сексуалното здраве, като например възраст, състояние на хормоните в организма, психично благополучие, физическото здраве като цяло, ако жената е в менопауза, е от значение нивото на хормоните, качеството на взаимоотношенията между партньорите и дали, от своя страна, партньорът й е имал затруднения в сексуалното функциониране. Допълнителни специфични променливи, свързани с рака на млечната жлеза, които са от значение, е възприемането на собственото тяло след операцията и проведеното лечение и симптоми на менопауза, свързани със сексуалното функциониране, като вагинална сухота, топли вълни, промяна в настроението и др. Освен това получаваната социална подкрепа след поставяне на диагнозата е възможно да оказва влияние на усещането за цялостност и удовлетворение от сексуалната дейност при жени, преживели рак на гърдата.

Въпреки че все повече изследователи подчертават увеличаващото се значение на сексуалните въпроси за онкологичните пациенти, професионалистите от здравната сфера остават относително пасивни в поставяне на началото на обсъждане на темата в клинична перспектива. Сред бариерите, които се посочват в общуването между пациент и лекар, е мнението за задълженията, които влизат в професионалната роля на лекаря като насочен към лечението, липсата на информация как могат да се разрешат сексуалните затруднения, усещането, че пациентите са възприети едностранно единствено като онкологично болни, а не като цялостни личности със сексуални потребности и неудобството темата да се повдигне за обсъждане. Липсата на учебен материал, посветен на сексуалните въпроси в медицинските университети, също обяснява пасивната позиция по въпроса, защото консултирането на пациент със затруднения в сексуалното функциониране не се смята за рутинно лекарско задължение. Установено е, че програми за рехабилитация влияят позитивно върху преодоляване на затруднения в тази насока.

Повечето от проведените изследвания за ролята на професионалистите от здравната сфера в работата им с онкологични пациенти и здравни въпроси са насочени основно към медицинските сестри. За задължение на сестрите често се смята осигуряването на

подкрепа за сексуалните въпроси на пациентите, а изследванията как лекарите работят по въпроса са малко на брой.

Въпреки че се обръща внимание на лечението на рака на млечната жлеза, малко информация има за психосоциалните аспекти при *рецидив* или *повторното* му *завръщане*. Установено е, че пациенти с рецидив на рака на млечната жлеза изпитват затруднения във физическото функциониране, възприемат в по-негативна светлина своето здраве, имат по-малко надежда и имат повече затруднения в отношенията както с лекуващия ги лекар, така и с екипа от медицински специалисти, които се грижат за тях в сравнение с пациенти с току-що поставена онкологична диагноза (Shapiro, 2013). Проведени изследвания на членове от семействата на жени с рецидив на заболяването установяват, че те изпитват високи нива на емоционален дистрес и неяснота, имат множество затруднения в приспособяването и получават малко подкрепа от другите по време на завръщането на заболяването.

Въпреки че рецидивът на рака на млечната жлеза е свързан с голям дистрес, в научната литература се срещат относително малко емпирични данни, които обясняват защо някои жени и членове на семействата им съхраняват своето качество на живот след него, а други не. Разработен и изследван е ***модел на качеството на живот*** при жени и техните семейства, *когато заболяването се завръща*. Авторите адаптират теоретичния модел на стреса, разработен от Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1984) за онкологични пациенти и семействата им.

Според теоретичния модел са налице няколко предшестващи **1)** *личностни*, **2)** *социални* и **3)** *свързани със заболяването* **фактори** и *опосредстващи* **променливи** като: **1)** оценка на заболяването, **2)** неопределеност и **3)** безнадеждност. Те директно или индиректно се отразяват както на качеството на живот на пациента, така и на членовете на неговото семейство. Моделът показва, че има реципрочна връзка между качеството на живот на пациента и членовете на неговото семейство. Установено е, че той се променя при приспособяване на жени и партньорите им с току-що диагностициран рак на млечната жлеза и при скоро поставена диагноза рак на дебелото черво.

В модела *личностните фактори* представляват характеристиките на пациента, които оказват влияние на оценката на заболяването. Тя съответно се отразява и на качеството му на живот. Тази широка категория включва променливи като демографски характеристики (възраст, образование), оказване на себепомощ и проблеми в текущото здравословно състояние. Установено е, че жените, които са диагностицирани с рак на млечната жлеза в по-млада възраст, преживяват по-силен емоционален дистрес в сравнение с пациентите на по-зряла възраст, при които, от своя страна, се наблюдават повече физически ограничения. По-младата възраст е свързана с преживяване на по-високи нива на стрес от заболяването вероятно поради заплахата от рецидив, която често съпътства пациентите, когато се безпокоят и са загрижени за отглеждане на малките си деца. *Образователното равнище* също оказва влияние на променливите, свързани с оценка на заболяването и на качеството на живот. Резултатите от проведени изследвания, обаче, са противоречиви. Вероятно образованието е свързано с рака на млечната жлеза, но влиянието, което оказва, е слабо. *Личната ефективност* представлява степента на увереност, която онкологичните пациенти имат в своята способност да контролират потребностите си, предизвикани от поставената диагноза. Личната ефективност на членовете на семейството на пациентите е свързана с доверието, което имат в умението да се грижат за тях, или до каква степен вярват в осигуряването на емоционални и физически грижи за своите болни членове на семейството. При животозастрашаваща диагноза по-високите нива на лична ефективност са свързани с по-добри резултати както за пациентите, така и за членовете на техните семейства, които ги обгрижват. *Решаването на текущи въпроси*, които хората е необходимо да преодолеят същевременно с лечението на онкологичното заболяване, е свързано с оценката на диагнозата и със степента на

приспособяване на пациента и неговото семейство към заболяването. Щом текущите въпроси за разрешаване се увеличават, пациентите и семействата им възприемат рака като заплаха и се приспособяват по-трудно към него, вероятно поради това, че ресурсите им за справяне с болестта са насочени към други по-неотложни проблеми на дневен ред. Наличието на повече текущи въпроси за разрешаване е свързано с по-негативна оценка на заболяването и индиректно с по-ниско качество на живот.

Социалните и семейните фактори като семейната сплотеност и оказаната социална подкрепа също оказват влияние върху качеството на живот. Семейната сплотеност представлява вътрешната сила на семейството и колективната способност да се преодоляват трудности и промени. Членовете на семейството, които обгрижват онкологичния пациент и чувстват семейната сплотеност в по-висока степен, повече оценяват заболяването и полаганите грижи като предизвикателство с благотворно влияние, а не като негативен опит (Великова – Цонкова, 2009). Семейната сплотеност е директно свързана с оценката на заболяването и индиректно свързана с по-високо качество на живот на пациентите. Оказваната *социална подкрепа* е свързана с по-добро приспособяване на жените и техните семейства както при скоро поставена диагноза рак на млечната жлеза, така и при рецидивиране на заболяването (по-подробно виж Великова – Цонкова, 2011а; 2011б) и при по-продължителна преживяемост при жени с напреднало заболяване (Shapiro, 2013). Тя помага на пациента, като намалява негативната му оценка за диагнозата, възприемането ѝ като заплаха и чрез по-слаб отговор на стреса, например по-рядко е в депресивно настроение. Оказваната социална подкрепа е директно свързана с позитивната оценка на заболяването и индиректно свързана с по-добро качество на живот на пациентите.

Като част от представения модел се анализират и различни *фактори, свързани със заболяването*, които влияят на качеството на живот на пациентите след рецидив: дистрес, причинен от симптомите на заболяването, стадии на заболяването и продължителност на интервалите от време в ремисия между поставената диагноза и рецидива. По-големият дистрес, изпитван от пациентите и от членовете на семействата им, които полагат грижи за тях, е провокиран от симптомите на болестта и е най-тясно свързан с по-ниско качество на живот при жени с рак на млечната жлеза и при членовете на техните семейства и индиректно се отразява на качеството на живот чрез оценката на стреса от поставената диагноза. Стадият от развитието на заболяването при рецидив и продължителността на интервалите от време в ремисия също оказват влияние на качеството на живот поради значимата им връзка с продължителността на живота на пациентите.

Според разглеждания ***модел на качеството на живот*** на жени с рак на гърдата *след рецидив* на заболяването има три **променливи**, които се смятат за оценителни: **1)** оценка на заболяването, **2)** на полаганите грижи и **3)** неяснотата и безнадеждността. Те оказват директно влияние на качеството на живот на пациентите и индиректно влияние на някои от разгледаните променливи. Пациентите и членовете на семействата им, които оценяват рака като по-голяма заплаха, чувстват по-голяма неяснота по отношение на развитието му и изпитват повече безнадеждност в своето бъдеще, преживяват повече затруднения в приспособяването към болестта и съответно имат по-ниско качество на живот.

Според представения модел е налице специфична връзка между качеството на живот на пациента и на членовете от неговото семейство. Нивото на приспособяване на членовете на семейството оказва по-голямо влияние върху приспособяването на онкологичния пациент в сравнение с демографски характеристики или медицински показатели (Schover, 1991).

Освен разгледаните аспекти от заболяването, то представлява и *значителен финансов и икономически товар* за пациентите и членовете на техните семейства. Директните разходи, следващи от поставената диагноза, са свързани с консултации с лекари,

провеждане на медицински изследвания или допълнително лечение, а индиректните разходи се изразяват в необходимост от закупуване на нови дрехи поради качени килограми, промяна във външния вид след извършена операция, промяна в хранителния режим или за хранителни добавки, за оказване на помощ при отглеждане на децата или в домакинството или поради увеличени месечни сметки за поддържане на жилището (Longo, Deber, Fitch, Williams & D'Souza, 2007; Brooks, Wilson & Amir, 2011; Sharp & Timmons, 2010). Обикновено жените с рак на гърдата са в болнични, което допълнително намалява доходите им. Заболяването оказва значителни финансови последствия за оцелелите от него като например: те са принудени да харчат по-малко, да прибягват до спестени средства или да вземат заем. Комбинацията от възникналите допълнителни разходи и намалени приходи предизвиква нови притеснения и дистрес в пациентите (Sharp & Timmons, 2010; Cohn, Goodenough, Foreman & Suneson, 2003; Markman & Luce, 2010).

Във Великобритания, например, финансовите притеснения са втората причина, след усещането за болка, за стрес сред онкологичните пациенти (Quinn, 2002). Сред жените с рак на млечната жлеза в Корея се наблюдават повече симптоми на депресия при тези с по-нисък месечен доход (Kim, Son, Hwang, Han, Yang, Lee & Yun, 2008). В проведени изследвания в Корея, Израел и Австрия (Kim, Kang, Kim, Kim, Seong, Cha, Park & Yun, 2010; Lee, Park, Lee, Ro, Kang, Shin, Lee, Chung, Kim & Yun, 2011; Baider, Andritsch, Uziely, Ever-Hadani, Goldzweig, Hofmann & Samonigg, 2003) финансовите затруднения са значим предиктор за нежелани психологически проблеми. Те установяват, че финансовите затруднения след поставената диагноза се отразяват пряко върху психичното благополучие на пациентите.

- *Качеството на живот, свързано със здравето,* представлява влиянието, което поставената диагноза и нейното лечение оказва върху пациентите. Въпреки че има противоречиви определения и инструменти за измерването му, повечето въпросници са разработени според работната дефиниция на Световната здравна организация, като оценява 3 аспекта за благополучие: *физически, емоционални* и *социални*. Инструментите за измерване на качеството на живот, свързано със здравето, са обикновено въпросници, които се попълват от пациентите. Те са *общи*, разработени с цел сравняване на здравния статус на група от пациенти с клинично здрави хора или *специализирани за пациенти с конкретна диагноза* като например диабет или рак, които отразяват основните физически симптоми на заболяването. В средата на 70-те години на XX век са положени първите усилия, за да се разработи инструмент за измерване на качеството на живот по време на лечение на жени с напреднал рак на млечната жлеза (Priestman & Baum, 1976).

Пример за широко използван общ въпросник е *RAND 36 – Item Health Survey (SF - 36)* и специално за измерване на резултати от програми за рехабилитация за онкологични пациенти *Functional Living Index – Cancer (FLIC)*. Тъй като качеството на живот, свързано със здравето е многоаспектно понятие, те включват подскали, които представляват различни аспекти от него. Прилагат се и обобщени въпроси с цел изчисляване на средната стойност на качеството на живот на пациентите.

Скала за измерване на качеството на живот, свързано със здравето, включва следните подскали за наличие на: горещи и студени вълни, гадене, изпускане на урина в гащите, вагинални проблеми, ставномускулни болки, когнитивни затруднения, наднормено тегло и болки в ръката от страната на оперираната гърда.

- В заключение, жените с рак на млечната жлеза са изправени пред разнообразни физически, икономически, духовни и психосоциални проблеми като резултат от поставената им диагноза и провежданото лечение. Въпреки че повечето от тях са разрешени, проблемите в областта на получаването на емоционална и социална подкрепа, изграждане на здравни навици, промяна в духовната и философската им

гледна точка за живота, опасенията при възприемане на промените в собственото тяло и сексуалност, неопределеността в бъдеще, наличието на физически симптоми като болка и лимфодема продължават да съществуват в период между 5 и 10 години след поставяне на диагнозата и проведеното лечение.

Ракът на млечната жлеза е най-често срещаният рак при жените. Благодарение на ранното му диагностициране и непрекъснатото развитие в лечението, което се предлага, критичният период от 5 години след диагностицирането му, преживян от пациентите, неговото откриване, се увеличава процентът на пациентите, които успяват да преодолеят това голямо житейско изпитание в зависимост от възрастта, етническия им произход и стадия на заболяването. Заедно с продължителността на живота след преживяна диагноза рак на млечната жлеза се увеличават и страничните ефекти, получени в резултат на лечението, много от които се отразяват пагубно върху здравето на пациентите и качеството им на живот. Именно поради тази причина използването на инструменти за измерване на качеството на живот след преживяна онкологична диагноза се увеличава често след участие в програми за рехабилитация.

1.7 Оказване на социална подкрепа на жени с рак на гърдата

Често в литературата се разглежда позитивната зависимост между социалната подкрепа и психичното благополучие. Понякога получаваната социална подкрепа е наречена „*ресурс за справяне*" и е установено, че влияе върху приложението на различни стратегии за справяне (Daniels, 1999; Dukes-Holland & Holahan, 2003). Освен това социалната подкрепа влияе върху психичното благополучие, като подобрява личната ефективност (Major, Cozzarelli, Sciacchitano, Cooper, Testa & Mueller, 1990) и върху оценката на стресора.

Специалистите в здравната сфера са изправени пред ново предизвикателство да помагат на все повече хора, които са преживели или преживяват рак (Scott & Eisendrath, 1986). Важен детерминант на способността на пациентите да продължат да живеят със своята болест е **социалната среда**. Установено е, че различни аспекти от социалната среда влияят на психичното им благополучие и ги предпазват от негативното влияние на стресиращи житейски събития (Cohen & Wills, 1985). Както структурата и размерът на социалната мрежа, така и функциите на емоционалната социална подкрепа, която осигурява, са свързани с разпространението (заболеваемостта) и смъртността от онкологични заболявания (Glanz & Lerman, 1992). Ракът е силно стресиращо събитие, което оказва влияние на междуличностните взаимоотношения (Peters-Golden, 1982). Тъй като е потенциално терминална диагноза и често се характеризира със стигма, членовете на мрежата от онкологични пациенти могат да се оттеглят или да реагират неуместно. Той засяга взаимоотношенията и индиректно пациентът намалява своите социални дейности, което ограничава достъпа му до подкрепа от тях (Bloom & Kessler, 1994). Именно поради тази причина онкологичните пациенти е възможно да срещат затруднения при получаване на социална подкрепа, когато всъщност най-силно се нуждаят от нея.

Живот в настоящето
„Разбрах, че има само тук и сега. Утре не знаем."

Социалните фактори също оказват влияние върху оцеляването от рак (Waxler-Morrison, Hislop, Mears & Kan, 1991). Изследвана е връзката между социалната среда и 133 жени, които са току-що онкологично диагностицирани с рак на млечната жлеза и шансовете им да я преживеят 4 години по-късно. Установено е, че броят на хората, които ги подкрепят,

броят на приятелите, които са до тях, дали изследваните лица работят, дали са семейни и вида общуване с приятелите са статистически значими за оцеляването от рак.

Възприемането на диагнозата от пациента зависи от различни *социодемографски променливи* като възраст, пол, доход, засегнати органи, стадии на диагностициране на заболяването и провеждане на вид лечение (оперативно, химиотерапия, лъчетерапия, хормонална терапия). Въпреки разнообразния опит, който имат пациентите, те са изправени пред сходни психосоциални въпроси за разрешаване и в резултат на това имат сходни потребности, които могат да се задоволят от хората в социалното им обкръжение.

Поставената онкологична диагноза представлява житейско предизвикателство както за представата за собствената личност на пациента, така и за разбиранията му за живота и света като цяло, а успешното адаптиране към нея е свързано с връщането и включването му отново в социалната среда (Taylor, 1983). По-конкретно поставената онкологична диагноза може да провокира чувство на неадекватност в личността на пациента, намалено усещане за контрол над живота, увеличено усещане за крехкост и уязвимост и засилено усещане за дезориентация (Lesko, Ostroff & Smith, 1991). Чрез своето поведение хората от социалното обкръжение на пациентите оказват влияние върху посочените им усещания.

Научните изследвания на връзката между оказваната социална подкрепа и рака са насочени в 2 посоки: **1)** събират се данни за вида подкрепа, от който пациентите най-често се нуждаят и желаят да получат от членовете на своето обкръжение и **2)** изследвания на връзката на вида оказвана подкрепа и приспособяване на пациентите към поставената им диагноза.

Съществуват **3 вида социална подкрепа** (Hobfoll & Vaux, 1993):

1. *ресурси на социалното обкръжение, на социалната мрежа* – представлява броя хора, които са на разположение да окажат подкрепа,
2. *поведенческа подкрепа* – изразява се в търсене и приемане на подкрепа от пациента и
3. *възприемана социална подкрепа*– субективното убеждение, че другите имат желание да окажат подкрепа ако е необходимо, субективната оценка на получената подкрепа (Pierce, Sarason & Sarason, 1996). Тя е и най-силно свързана с психичното благополучие.

В литературата са дефинирани следните основни **видове подкрепа, получавани от социалните взаимоотношения**: 1) *емоционална,* 2) *информационна* и 3) *инструментална* (House & Kahn, 1985). Теоретично се приема, че всеки отделен вид подкрепа би могъл да оказва влияние над описаните реакции към болестта.

Емоционалната подкрепа е описана като поведение, което уверява личността, че е обичана и ценна като личност, без значение какво е постигнала (Bloom, 1982; Cobb, 1976). Тя се дефинира също като физическо присъствие, изразяване на емпатия, на загриженост, на чувства и на приемане на онкологичната диагноза на пациента, специално разбиране, любов (Dakof & Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984; Schaefer et al., 1981), на окуражаване и близост с другия човек, на който пациентът има доверие.

Емоционалната подкрепа включва вербална и невербална комуникация за изразяване на съпричастност и загриженост. Тя се изразява чрез изслушване, успокояване и утешаване. Чрез нея пациентът е подпомогнат да възстанови своята самооценка, да се намали усещането му за неадекватност чрез послания, че той е ценен и обичан. Изразяването на чувства към пациента намаляват изпитвания от него стрес. Емоционалната подкрепа може да доведе до отделяне на по-голямо внимание и подобряване на междуличностните взаимоотношения с неговите близки, а оттам на извличане на позитивен опит и откриване на смисъл в поставената диагноза.

Поставянето на онкологична диагноза провокира преживяването на разнообразни емоции като страх, тревога, гняв, депресия, отчаяние и безпомощност. Това е период на огромен емоционален дистрес както за пациента, така и за членовете на неговото

семейство. Той, като част от лечебния процес, преминава през серия от различни стресиращи процедури, терапии с неприятни странични ефекти, част от неговите въпроси по отношение на евентуален рецидив остават без отговор и/ или изпитва болка. С неясното усещане за загуба на контрол над собствения живот се увеличава и потребността от емоционална подкрепа (Broadhead & Kaplan, 1991). Пациентите е необходимо да разбират какво им се случва, да бъдат подкрепяни и уверявани от другите какво ще им се случи и дали реакциите им са в реда на нещата. Пациентите, които получават силна и постоянна във времето емоционална подкрепа, се приспособяват по-успешно към поставената им диагноза (Dunkel-Schetter, 1984).

Психосоциалната подкрепа, получавана от член от семейството, приятели, колеги, общността и лекарите, е свързана с по-добро емоционално здраве, усещане за надежда и промяна в нагласите от песимистични в оптимистични, особено при пациенти, които са били изложени на стрес. Различните източници на подкрепа като семейството, приятелите или лекарите осигуряват различен вид подкрепа (Rowland, 1990).

Други изследвания показват, че даваната информация е важен предиктор за удовлетворение от емоционалната подкрепа за пациента (Blanchard, Labrecque, Ruckdeschel & Blanchard, 1990). Изразяването на притесненията и страховете на пациента, членове на семейството му или на приятелите му помага при тяхното преодоляване. Добра идея е да се обсъждат страховете и на професионалистите от здравната сфера и да получават съвети, как да се справят с тях (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979).

Информационната подкрепа е свързана с осигуряване на информация, която служи за ръководство и напътствия. Наличието на информация е възможно да увеличи усещането за контрол над заболяването и за овладяване на симптомите. Това е възможно да засили оптимизма и вярата в бъдещето на пациента и да намали усещането му за уязвимост и чувството за объркaност, което е резултат от поставената диагноза. Чрез предоставената му информация пациентът по-цялостно разбира насоката на лечението му.

Инструменталната подкрепа включва осигуряване на материални блага като например транспорт, финанси или помощ в домакинските задължения. Тя може да намали усещането за загуба на контрол по време на лечението, но може да засили чувството на зависимост и да подложи на съмнение усещането за справяне и за лична ефективност на пациента (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

За да се изследва *полезната* и *безполезната подкрепа,* в три независими едно от друго изследвания пациентите са помолени да опишат отношенията, които са им били полезни и съответно безполезни по време на лечението. От получените резултати става ясно, че *емоционалната подкрепа* им е от най-голяма помощ, без значение член от коя социална мрежа я оказва. *Информационната подкрепа* е от голямо значение, оказана от професионалист от здравната сфера, но е най-безполезна, оказана от член от семейството или приятелите на пациента.

Интервюирани са 79 пациента с рак на млечната жлеза и на дебелото черво в период между 7 и 20 месеца след поставената диагноза (Dunkel-Schetter, 1984). Респондентите са помолени да опишат поведението, което им помага в най-голяма и в най-малка степен и източниците (хората), от които идва то. Анализират се 4 различни аспекта на поведението: *емоционален* (любов, загриженост, разбиране, успокояване и окуражаване), *инструментална помощ, осигуряване на информация* (даване на съвет за решаване на проблем) *и оценка* (например одобрение). Установява се, че най-често посочвана като най-важна е емоционалната подкрепа, а най-незначима е инструменталната подкрепа.

Сходни резултати се получават и от лонгитюдно изследване (Neuling & Winefield, 1988) с 58 жени, които се възстановяват след операция на рак на гърдата. Те са интервюирани в 3 различни точки от време: в болницата, непосредствено след оперативната интервенция, 1 месец по-късно и 3 месеца след това. Всеки път те са помолени да оценят честотата, с която членове на семействата им, приятели и хирурзите

им осигуряват някой от следните видове подкрепа: *емоционална* (изслушване, окуражаване чрез разговор, разбиране, любов, успокояване), *информационна* (даване на съвет, уточняване какви да бъдат очакванията на пациентите, отговори на техни въпроси) и *инструментална* (помощ в домакинските задължения, осигуряване на транспорт, полагане на грижи за техните деца). Получените резултати показват, че: **1)** е налице ясно изразена потребност от *емоционална* подкрепа, оказана от членове на семейството, **2)** *емоционалната* подкрепа е най-често получавана, но е и най-слабо адекватна и **3)** изследваните лица желаят *информационна* подкрепа единствено от лекарите.

Направените изводи за *емоционалната* и *информационната* подкрепа се потвърждават (Dakof & Taylor, 1990) и от изследване, в което 55 онкологични пациента с различни видове рак 6 години след поставената диагноза са помолени да посочат най-полезното и най-безполезното поведение по време на своето лечение. То съответства на 3 вида социална подкрепа: *емоционалната* подкрепа включва физическо присъствие, проява на загриженост, изразяване на чувства като разбиране, съпричастност и емпатия, *информационната* подкрепа включва осигуряване на информация, оптимизъм за прогнозата, вяра в бъдещето, пациентът да представлява позитивен ролеви модел и *инструментална* подкрепа, която включва оказване на осезаема практическа помощ и грижи в лечението. Резултатите показват, че *емоционалната* подкрепа е посочена като най-значима, ако идва от съпруг, член на семейството или приятел за изследваните лица, а липсата ѝ е оценена като най-нараняваща. Най-ценна е *информационната* подкрепа, предоставена от лекар, ако е налице, а липсата на *емоционална* и *информационна* подкрепа е най-нараняваща, когато той не ги предоставя. *Инструменталната* подкрепа е най-високо оценена от пациенти с неблагоприятна прогноза на заболяването.

Друго изследване с 64 пациента с различни видове рак, 59% от тях имат рак на гърдата средно 18 месеца след поставената диагноза са помолени да оценят степента, в която се нуждаят от *емоционална, информационна* и *инструментална* подкрепа от 3 източника*: семейство, приятели и професионалисти от здравната сфера* (Rose, 1990). Някои аспекти от емоционалната подкрепа са еднакво желани от трите източника, а другите два вида подкрепа са по-предпочитани от един конкретен източник. Например възможността за изразяване на емоциите като част от емоционалната подкрепа е по-желана от членове на семейството и приятелите, отколкото от лекарите. Пациентите предпочитат да получават инструментална подкрепа по-скоро от членове на техните семейства, а не от приятелите и от професионалисти от здравната сфера, но информационната подкрепа е по-желана от лекарите, а не от семейство и приятели. Освен това пациентите изразяват желание за конкретен специфичен вид информационна подкрепа – да имат за модел приятел, който вече е имал рак.

Проведено е интервю с цел да се определи поведението, което е полезно и е направен сравнителен анализ на нагласите към рака на 100 здрави изследвани лица и на 100 жени с рак на млечната жлеза, които са диагностицирани в период между 3 седмици и 21 години след това (Peters-Golden, 1982). Получените резултати установяват няколко грешки, които допускат клинично здравите хора по отношение на нуждите и желанията на онкологичните пациенти. Докато по-голяма част от хората, които имат потенциална възможност да оказват подкрепа, казват, че биха се опитали да ободрят и развеселят пациентите, по-голямата част от пациентите споделят, че „неоснователният оптимизъм" ги безпокои. За онкологичните пациенти също така е нараняващо да се обсъжда заболяването им. Освен това здравите хора вярват, че най-голямата грижа на пациентите е козметична, т. е. загубата на гърда при мастектомия, за тялото им, а реално става ясно, че най-големият им страх е от рецидив на заболяването, който да доведе до смърт.

Като *безполезно* е дефинирано поведение от пациенти (Dakof & Taylor, 1990) като подценяване на проблема, принудително ободряване, „изкуствено" развеселяване, изказвания от типа „не се притеснявай", получаване на медицинско обслужване с отсъствие на емоционална подкрепа и безчувствени коментари от страна на приятели.

Особено нараняващо поведение от гледна точка на пациентите е избягването на контакт с тях. Това е по-болезнено, когато се среща от приятелите в сравнение, ако то е от съпруга или членове на семейството.

Най-често посочваното нараняващо поведение от страна на пациентите е липсата на *емоционална подкрепа*. Избягващо поведение, омаловажаване на здравословния проблем и насилствено ободряване пречи на пациента свободно да обсъжда състоянието си. Основен аспект от оказването на емоционална подкрепа е наличието на човек, с който пациентът свободно да обсъжда своите опасения и негативни чувства относно диагнозата. Членовете на социалното обкръжение на пациентите погрешно смятат, че подобни разговори за хода на болестта разстройват и натоварват пациентите.

В проведено изследване (Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986) 55% от членовете от групата за подкрепа заявяват, че биха искали да разговарят по-свободно за заболяването с членовете на своето семейство. В друго изследване (Dunkel-Schetter, 1984) 87% от изследваните лица споделят, че се справят с поставената диагноза, като съхраняват мислите и чувствата си за себе си. Изследваните пациенти са загрижени как другите хора ще реагират, ако те изрязват своите чувства.

Въпреки че липсата на емоционална подкрепа от член на семейството или приятел е нараняваща, има граници, в които пациентът очаква от тях да я проявят. Например уверението „всичко ще е наред" или емпатийният отговор „знам как се чувстваш" е възможно да не помагат, а да се възприемат по-скоро като омаловажаване на проблема, когато са изречени от членове на семейството или приятели (Rowland, 1989). Същите изказвания обаче вербализирани от пациент със същата диагноза се възприемат като уместни, помагащи и полезни. В този случай пациентите се чувстват подкрепени от приятел, изправен пред същия стресор. От проведено изследване (Wortman & Lehman, 1985) става ясно, че пациенти с една и съща диагноза са в благоприятна позиция да осигурят помощ, защото те не са обременени от неправилните нагласи, които имат другите хора за справянето с рака и не смятат, че обсъждане на заболяването ще предизвика в пациента тревожност и страх, както смятат другите членове на неговото социално обкръжение.

При анализ на различни източници за подкрепа става ясно, че *емоционалната и инструменталната се приемат добре от всеки източник, от който идват, а информационната само ако е оказана от професионалист от здравната сфера*. Липсата на информация от лекар се възприема като проблем, така както и предоставянето на прекалено много информация от член от семейството или от приятел.

В научната литература е налице голямо количество проведени изследвания за *връзката между оказването на социална подкрепа* и *приспособяването към рака*. В 6 от тях е установена позитивна връзка между получаването на емоционална подкрепа и приспособяването към диагнозата. ***Психичното приспособяване*** е свързано с адаптирането към заболяването без непрекъснато увеличаване на психологическия стрес, тревожност, депресия и без загуба на изпълняването на различни роли: социални, сексуални, професионални и т. н. ***Развитието на заболяването*** се отнася до силата на симптомите, които са налице и продължителността на живота на пациента.

Например проведено е интервю с 41 жени с мастектомия след средно 22 месеца от операцията. Тези от тях, които получават по-голяма подкрепа от страна на партньора, лекуващия лекар, хирурга, медицински сестри или от своите деца твърдят, че се приспособяват към диагнозата по-лесно (Jamison, Wellisch & Pasnan, 1978). Подобни са резултатите в проведено изследване (Bloom & Spiegel, 1984) с 86 жени в напреднал стадии на рак на гърдата, интервюирани 28 месеца след поставената им диагноза. Резултатите показват, че получаването на емоционална подкрепа от член на семейството, която се изразява в по-голяма сплотеност и по-ниски нива на конфликтност, е свързана с по-благоприятна перспектива, например пациентите имат повече надежда в бъдещето. При

проведено изследване с 301 жени с рак на млечната жлеза (I и II стадии) (Zemore & Shepel, 1989) с благоприятна прогноза за възстановяване в бъдеще се установява, че емоционалната подкрепа, която получават, е свързана с по-добро социално и емоционално приспособяване, което се изразява в по-добро ролево функциониране, подобрена самооценка и удовлетвореност от живота, намалена враждебност и т. н.

Проведено лонгитюдно изследване (Northouse, 1988) с интервюирани 50 жени 3 дни (Време 1) и 30 дни (Време 2) след като им е направена мастектомия също потвърждават връзката между получената емоционална подкрепа и приспособяването към диагнозата. Емоционалната подкрепа е измерена като произтичаща от 5 източника: *партньор, член на семейството, приятел, медицинска сестра* и *лекуващ лекар в следните дейности: изслушване, разбиране, изразяване на обич, загриженост, насърчаване на пациентката да говори за своите проблеми* и *да ѝ е позволено да бъде себе си*. Изчислен е индекс на приспособяване към диагнозата от получените резултати от методологията за доминиращо настроение, изпитван психологичен дистрес и психосоциално функциониране. Налице е позитивна връзка между получената емоционална подкрепа и приспособяването на пациентките към рака в кроссекционния анализ, както във Време 1, така и във Време 2. Получената емоционална подкрепа във Време 1 е свързана с приспособяването във Време 2, но приспособяването във Време 1 не е статистически контролирано.

Анализирана е връзката между емоционалната подкрепа и приспособяването, опосредствано от способността за справяне с диагнозата (Bloom, 1982). 133 жени с ранно диагностициран рак на млечната жлеза са интервюирани между 1 седмица и 2.5 години след извършената операция. Изчислени са индекси за 1) *емоционална подкрепа* (например семейна сплотеност), 2) *степен на доверие* и 3) *извършвани социални дейности* в 2 аспекта: *възприятие на социалните контакти и дейности в свободното време*. Резултатите показват, че нито една от променливите за подкрепа не са директно свързани с един от трите индекса за приспособяване (себевъзприемане, усещане за сила и психологичен дистрес), но индексът за емоционална подкрепа и променливите за социални контакти са индиректно свързани с трите индекса за приспособяване. Второто интервю, проведено с част от изследваните лица (n=112) потвърждава кроссекционната тенденция в получените резултати.

Адекватната емоционална подкрепа оказва благоприятно въздействие както на приспособяването на пациента, така и на преживяемостта му (Ell, Nishimoto, Medianski, Mantell & Hamovitch, 1992). Интервюирани са 294 човека с рак на гърдата, на белия дроб или на дебелото черво между 3 и 6 месеца след поставяне на диагнозата и отново 3 месеца след това. Установява се, че получаваната емоционална подкрепа е свързана с намаляване на дистреса при първото интервю и е предиктор за преживяемостта на пациентите. Направен е отделен статистически анализ, който показва извлечени психологически ползи единствено от жените с рак на гърдата и само за тези, чието заболяване е локализирано. Именно затова се прави изводът, че вероятно са от значение видът рак и стадият, в който е диагностициран като значими фактори за връзката между социалната подкрепа и здравето.

Многообразието на оказваната *емоционална подкрепа* и връзката ѝ с приспособяването към диагнозата са разгледани в още няколко изследвания. Например (Primomo, Yates & Woods, 1990) измерени са при 58 жени с рак на млечната жлеза (средното време от поставената диагноза е 4 години), диабет или кисти на яйчниците 5 аспекта на получаваната подкрепа: *изразяване на позитивни чувства към пациента, окуражаване, степен на изпитвано доверие от него към член на социалното му обкръжение, обсъждане на важни проблеми за пациента с член от социалното му обкръжение и оказване на инструментална подкрепа от 4 източника: съпруг, друг член от семейството, приятели* и *други хора*. Първите 4 вида оказвана подкрепа е емоционална, а 2 вида от нея, *получаване на позитивни чувства* и *взаимност*, са свързани с намаляване на депресията при всяка една от трите изследвани групи жени, когато е получена от партньор или член на семейството. Инструменталната

помощ, получена от които и да е от изброените източници, не е свързана с депресивни симптоми.

Как се възприема оказваната емоционална, професионална и финансова подкрепа е изследвано сред 151 жени с мастектомия в период между 3 и 12 месеца след операцията чрез проведено интервю (Funch & Mettlin, 1982). Емоционалната подкрепа, разбирана като степента, в която пациентът може да има доверие и да говори с член на социалното си обкръжение, е свързана с трите приложени методологии за приспособяване – изпитване на позитивни и негативни чувства и изчисляване на индекс за психично благополучие. Резултатите показват, че получената професионална подкрепа като например информация и удовлетворение от специалистите от здравната сфера е свързана с два от трите индекса за приспособяване – негативни чувства и психично благополучие. Както емоционалната, така и професионалната помощ, обаче, не са свързани с някой от петте индекса за физическо възстановяване. Финансовата подкрепа, изразяваща се в доходи и застраховки, е свързана с по-добро физическо възстановяване във всички 5 индекса. Ето защо може да се направи изводът, че подкрепата, оказвана за психично и физическо здраве, вероятно е различна.

Възприетата готовност за оказване на *емоционална*, например желание за изслужване, и *инструментална подкрепа*, получавана от партньор, членове на семейството, приятели, лекуващ лекар и медицински сестри, е изследвана при 49 жени с мастектомия (Woods & Earp, 1978). Резултатите показват, че нито един от оказваните видове подкрепа не е свързан с депресията при изследваните жени с усложнения след операцията, но всички са свързани с намаляване на депресията при жените без усложнения от извършената операция. Авторите стигат до извода, че социалната и по-конкретно особено оказваната инструментална подкрепа е полезна до определено ниво на физическа безпомощност.

Две от проведените изследвания по темата (Mitchell & Glicksman, 1977; Peck & Bowland, 1977) включват 50 пациентки, които се лекуват с лъчетерапия. Анализирано е получаването единствено на информационна подкрепа от един източник – лекуващия лекар. Според по-голямата част от изследваните лица той не ги е подготвил достатъчно за провежданото лечение. В двете изследвания липсата на информация е свързана с излишни и ирационални страхове.

От представения теоретичен обзор на проведените изследвания може да се направи заключението, че са по-малко изследванията, които разглеждат различните видове подкрепа, свързана с приспособяването към заболяването. Като цяло са проведени повече изследвания на *емоционалната подкрепа*, които установяват нейната водеща роля в сравнение с *информационната* и *инструменталната подкрепа*. *Информационната подкрепа* е от най-голямо значение, когато източникът ѝ е професионалист от здравната сфера. Налице са малко споделени ползи от получената *инструменталната подкрепа*, но също така тя е изследвана най-рядко. Нейната роля е водеща при физическо възстановяване на пациентите.

1.8 Основни изисквания към груповите дискусии и здравнообразователните програми за психорехабилитация

„Възстановяването е процес– маратон, а не спринт."
„Частна практика"

Една от основните форми за групова работа с онкологични пациенти е **дискусията**. Тя представлява неструктуриран или фокусиран, целенасочен разговор по психологически въпроси. По правило тя се провежда в позитивна атмосфера на загриженост и приемане и служи за получаване на *емоционална подкрепа* чрез изслушване и окуражаване, изразяване на съгласие и загриженост. Дискусиите с други пациенти са 2 *вида*: **1) дискусия**, обсъждане, разговор, *диалог в двойка между току- що диагностициран пациент и пациент в ремисия*, който му дава съвети и **2)** дискусия в група. Идеята, която стои зад *дискусията в двойка* с бивш пациент в ремисия е, че той осигурява уникален вид *емоционална подкрепа*, успокоява, създава комфорт чрез разбиране и емпатия, защото е преминал през същия жизнен опит като настоящия пациент. От друга страна, той потвърждава и олицетворява убеждението, че е възможно човек да се възстанови от тежката диагноза. Той окуражава и изслушва опасенията на настоящия пациент, споделя чувства и дава съвети, как да се справи със заболяването. *Информационната подкрепа* обаче, която предлага, не е толкова точна, колкото когато тя е получена в програми с тази насоченост. Вторият вид дискусия е в *група за подкрепа* между повече от 2 пациента с рак, по правило поне 6, като обикновено се структурира от лидери. **Образователните програми** включват осигуряване основно на *информационна подкрепа* чрез предоставяне на информация за заболяването и начините за преодоляването му.

Обикновено **програмите за групови дискусии** са насочени към подобряване на приспособяването на пациентите към диагнозата, като подкрепят тяхната *самооценка* (Lieberman, 1988; Yalom & Greaves, 1977) и като им осигуряват *емоционална подкрепа*. Дискусията с други пациенти в приемаща, загрижена и топла атмосфера се предполага, че намалява усещането за индивидуално страдание, защото се споделят чувства и сходен жизнен опит. Тя има за цел да подкрепи позитивните чувства към собствената личност и да намали усещането за лична неадекватност и загуба на контрол, което съпътства заболяването. Взаимната подкрепа и окуражаването също подпомагат оптимистичната нагласа и вярата в бъдещето в пациентите. Освен това процесът на себеизразяване в приемаща атмосфера на откритост подпомага пациентите да си дадат сметка и да станат по-чувствителни и да преосмислят предишен болезнен жизнен опит (Greenberg & Safran, 1989; Тарейн, 2008; 2011).

Проведени са изследвания как получената социална подкрепа от друг пациент със същата диагноза влияе на приспособяването към рака, основно поради 2 причини: **1)** онкологичните пациенти имат потребности, например желание да се обсъжда хода на заболяването, проява на емпатия и т. н., които остават незадоволени от естественото им социално обкръжение, но които успешно са задоволени от други пациенти със същата диагноза (Coates & Winston, 1983). Естествената социална среда или значимите други от нея минимизират негативните чувства, окуражават, ободряват, развеселяват и окуражават пациента да загърби травмиращия опит, преди да е готов за това, но същевременно е възможно той да чувства отчуждение от член на непосредственото си социално обкръжение или от социалната му мрежа. Пациентът със сходна диагноза обаче е в състояние, например, да осигури потвърждение за изпитваните негативни чувства. **2)** Тъй като ракът може да се отрази негативно на съществуващите социални взаимоотношения, възможно е пациентите да се обърнат за подкрепа към човек, който не принадлежи към непосредственото им социално обкръжение. Алтернативен източник за

това са т. нар. *групи за подкрепа*, които включват пациенти, подложени на един и същи стресор. В проведено съпоставително изследване на пациенти, които посещават групи за подкрепа с такива, които не участват в тях, първите споделят значително повече негативен опит със специалисти от здравната сфера и повече проблеми в общуването с членове на семейството (Taylor, Falke, Shoptaw & Lichtman, 1986).

При анализ на получените резултати на повече от 20 проведени изследвания, посветени на социалното взаимодействие (Holland, 2001) и поведенчески техники, повечето изследвани лица споделят подобрение в психологическото приспособяване към диагнозата. При повечето анализирани изследвания обаче липсва конкретна теоретична основа, а редица от тях имат сериозни методологични пропуски, като например липсва контролна група или еднакви условия. След като правят преглед на статии, които представят и анализират рехабилитационни програми за онкологични пациенти, Тейлър и колеги (Taylor, Falke, Mazal & Hilsberg, 1988) заключават, че участието в конкретна форма на групова работа намалява стреса и помага на пациентите да се върнат към изпълнение на ежедневните си задължения, но процесът, чрез който се постигат тези резултати, рядко е изследван.

Жени с напреднал рак на млечната жлеза се разпределят в контролна (n=24) или експериментална (n=34) група (Spiegel, Bloom & Yalom, 1981). Сформирани са общо 3 групи. Програмата включва 90-минутни срещи веднъж седмично в продължение на 1 година. Те са посветени на живота на пациенти с терминална диагноза и на начина на подобряване на взаимоотношенията. Измерено е настроението в началото преди груповата работа и след 4, 8 и 12 месеца. Резултатите показват, че не се наблюдават различия в контролната група в приспособяването към рака 4 и 8 месеца след започване на програмата, но 1 година след това пациентите от експерименталната група имат по-добри резултати: по-ниски нива на депресия, увеличена жизненост, изпитват по-слабо умора и по-ниска степен на обърканост. Въпреки това обаче, 1 година след приключване на програмата са живи половината пациенти както от контролната, така и от експерименталната група. Същият екип от изследователи 10 години по-късно установява, че програмата е увеличила преживяемостта с 18 месеца (Spiegel, Bloom, Kraemer & Gottheil, 1989).

Друга програма, която трае 12 месеца, също установява по-лесно и добро приспособяване към диагнозата в резултат на групови дискусии (Kriss & Kraemer, 1986). Участват 62 жени с мастектомия. Първите 6 месеца срещите траят по 90 мин. веднъж в седмицата и веднъж в месеца през следващите 6 месеца. Експерименталните групи са 6, като всяка обхваща между 8 и 12 жени. Съдържанието на програмата е насочено към себевъзприемането на собственото тяло и сексуалност, създава се атмосфера на приемане и загриженост, осигурява се емоционална подкрепа, използват се ролеви игри, психодрама и визуализация. В края на програмата резултатите показват, че тя не променя възприемането на собственото тяло, но увеличава позитивните чувства и приспособяването към сексуалността.

Програмите за групови дискусии обаче притежават потенциала да *влияят както позитивно, така и негативно* върху реакциите на пациентите към заболяването. Те могат да намалят самооценката, нивото на оптимизъм в бъдещето, усещането за упражняван контрол над жизнените събития или да насочат пациента към грешен източник на емоционална подкрепа какъвто е друг пациент с рак. Пациентите е възможно да обсъждат неудобни и плашещи теми, които биха могли да увеличат тревожността им ако не се зададе необходимата психологична перспектива и рамка от подготвени професионалисти. Въпреки че целта на груповите дискусии е да се разказват собствени чувства, пациентите могат да установят, че другите участници не ги споделят и по този начин да се почувстват още по-самотни, изолирани и неразбрани. Когато групите включват пациенти с различни видове рак, лечение и прогнози те изпитват по-големи затруднения при споделяне на сходен опит. Самооценката е възможно да бъде наранена

поради взаимоотношенията на неразбиране между членовете в групата. Тези различия оказват по-голямо влияние върху съдържанието на програмите за групови дискусии и по-малко върху обучителните програми.

Друг безспорен факт от груповата работа е това, че когато се обсъжда подобрение в състоянието на член от групата, това е вдъхновяващо, но когато състоянието се влошава, се изпитва страх и опасения. Въпреки че негативните сравнения по правило повишават самооценката и карат пациентите да се чувстват по-добре, това се наблюдава, когато пациентите имат възможност сами да избират моделите за социално сравнение.

По време на групова дискусия с цел получаване на подкрепа пациентите са подложени на множество социални сравнения. Участниците в групата за подкрепа се чувстват неудобно, когато са налице негативни сравнения (Taylor, Falke, Mazal & Hilsberg, 1988; Vernberg & Vogel, 1993). Присъствието на пациенти в групата, които се влошават, е възможно да намали оптимизма и вярата в бъдещето на другите пациенти.

Освен това участието в групи за дискусии може да влияе негативно върху самооценката на пациентите, като подчертава принадлежността им към стигматизирана група (Coates & Winston, 1983). Идентификацията с групата пречи на пациента да се интегрира в обществото, а участниците в групата е възможно да срещат по-големи затруднения в получаването на подкрепа от член от своето социално обкръжение.

Стигматизиране
Клюки как пациентът изглежда по време и след лечението – като от герой от научнофантастичен филм
„Много хора ми казаха „Мислехме, че ще изглеждаш различна." или „Но ти изглеждаш добре" или „Много си отслабнала/ напълняла."

Груповите дискусии е възможно временно да намалят възприятието за упражняван контрол над заболяването от някои пациенти. Един от начините за упражняване на контрол над опита със заболяването е да се отрича съществуването му, а груповите дискусии могат да намалят това усещане и по този начин да стресират допълнително пациентите.

Получената емоционална подкрепа от другите онкологични пациенти по време на груповите дискусии е възможно да не влия върху психичното им благополучие. Възможно е оказваната емоционална подкрепа от близкото обкръжение като членове на семейството, приятелите или лекуващите лекари да е от по-голямо значение за приспособяването в сравнение с емоционалната подкрепа, получена от други онкологични пациенти. Емоционалната подкрепа, получена от други пациенти обикновено е *краткосрочна*, тъй като програмата е ограничена във времето в сравнение с емоционалната подкрепа от членове на естественото социално обкръжение. Емоционалната подкрепа от другите пациенти може да не е толкова ефективна при намаляване на дистреса, колкото получената емоционална подкрепа от други източници, защото взаимоотношенията с тях не са толкова интимни и топли или защото подкрепата е „изкуствена" *в рамките на програмата* (Rook & Dooley, 1985). Дългосрочната подкрепа от други пациенти е възможно да бъде ефективна, когато е придружена с приятелски отношения между пациентите, което превръща административно подкрепяните отношения в естествени.

Липсата на установени позитивни резултати от груповите дискусии към приспособяването към рака е възможно да е резултат от методологични слабости като например малка извадка, недостатъчен брой изследвани лица и т. н. Освен това обаче при тях се наблюдават и сериозни методологични слабости. В бъдещите изследвания е добре да се използват контролни групи от пациенти, избрани по случаен начин.

Някои от изброените затруднения могат да се избегнат чрез подходящо структуриран формат за групова работа и добре подготвени професионалисти

(Lieberman, 1988). Структурирана работа не означава стандартизиране на диалога в групата. Трудно е да се стандартизира психотерапевтичната работа, защото участниците в нея имат различни проблеми и потребности. Структурата предполага **1)** подготвен професионалист, който да ръководи дискусията и да намалява хаотичността на разговорите, **2)** да засилва чувството за общност и взаимно приемане между тях, като ги противопоставя на усещането за откъснатост, девиантност и отчужденост, **3)** потвърждава преживения сходен опит, **4)** помага за по-добро разбиране между членовете в групата и **5)** предварително да се очертава пътя, по който се очаква програмата да достигне своите резултати, например повишаване на самооценката. Груповите дискусии, в които не са спазени тези изисквания рискуват да окажат както позитивно, така и негативно влияние върху психичното благополучие на пациентите.

Необходимо е психологичното приспособяване да се измери преди, по време на и след приключване на програмата. Добре е да се включи както краткосрочно така и дългосрочно (най-малко след 1 година) измерване на постигнатите резултати. Краткосрочните резултати от програмата е възможно бързо да се разсеят и „изчезнат" във времето или е необходимо повече време, за да се наблюдават позитивни резултати върху здравословното състояние на пациентите. По-късната поява на резултати от приложението на програма е подобно на групата за подкрепа и дискусии в други области (Cowan & Cowan, 1986). Например по време на програма за дискусии не се установява, че тя оказва благоприятно влияние върху приспособяването на 4 и 8 месец, а то е налице непосредствено след приключването ѝ, след 12 месеца (Spiegel et al., 1989).

Добре е да се отчита от изследователите дали групата в една програма включва пациенти с различен вид рак и с различна прогноза, защото различията влияят върху емпатията, споделения опит и чувства от пациентите. Участието на пациенти с различна прогноза в една и съща група за дискусия не само оказва влияние върху темите, които ще се обсъждат, но е възможно да окаже влияние върху прогнозата на всеки пациент след приключване на програмата.

Необходимо е провеждане на повече изследвания, които включват програми с двойки от пациенти, защото при тях не се срещат някои от слабостите на програмите за групови дискусии. Онкологични ролеви модели могат да се избират, като се изследва оптимизмът им, психичната стабилност и позитивните отговори към заболяването. Добър пример в това отношение е програмата „Посети, за да се възстанови" на американското онкологично общество, в която бивши пациентки посещават в болницата току-що оперирани жени с рак на млечната жлеза.

- **Образователните програми** предлагат информация за рака, лечението му и как да се приеме психологически по-лесно диагнозата.

Разработена програма за овладяване на стреса от поставената диагноза (Heinrich & Schag, 1985) включва предоставяне на информация за диагнозата, усвояване на техники за релаксация, стратегии за решаване на проблеми и физически упражнения. Тя се състои от двучасови сесии веднъж седмично и продължава 6 седмици. Контролните (n=25) и експерименталните (n=26) групи включват между 5 и 10 пациента с различен вид рак. В края на програмата пациентите от експерименталните групи разполагат с повече информация в сравнение с пациентите от контролната група. Не се наблюдават обаче различия в нивото на приспособяване към рака и в активността на пациентите от двете групи.

В друго проведено изследване е установено, че даването на информация за рака подобрява приспособяването на пациентите към него. Пациентки с гинекологичен рак по случаен начин са разпределени за индивидуално консултиране (n=21), групово консултиране (n=28) и в контролна група (n=31) (Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer & Schwartz, 1986). Формирани са между 5 и 7 отделни групи всяка, от които се състои от между 4 и 6 пациента. Програмата включва 8 сесии веднъж седмично. Консултирането се

изразява в даване на информация за рака и за позитивни здравни стратегии като например спазване на хранителна диета, физическо натоварване, упражнения за релаксация. Преди да стартира програмата, социалният работник оценява тревожността, нивото на изпитвана депресия и психологическото приспособяване към болестта на изследваните лица. Направената оценка се повтаря в две времеви точки: 2 седмици и 6 месеца след началото на програмата. Резултатите показват, че 2 седмици след началото на програмата индивидуално консултираните пациентки са по-слабо тревожни в сравнение с останалите изследвани лица, групово консултирани и от контролната група. Всички консултирани пациенти, както индивидуално, така и групово, показват повече знания за рака в сравнение с контролната група. При оценяването 6 месеца след стартиране на програмата се установява, че всички консултирани пациенти са по-ниско тревожни, по-слабо депресирани и по-добре адаптирани към диагнозата в сравнение с пациентите от контролната група. Проведеното изследване потвърждава, че даването на информация, както на индивидуално, така и на групово ниво, увеличава знанията за рака и подобрява психологическото приспособяване към него. Индивидуалното консултиране оказва по-голямо влияние на тревожността в краткосрочен план, а груповото консултиране е еднакво успешно във времето в подобряване на психологическото приспособяване.

„Опитът с рака ме накара да погледна дълбоко в душата и живота си, да променя много неща, а не да продължавам както преди, по навик. Даде ми сила да направя това, което трябва!"

При изследване на пациенти с различен вид рак се установява позитивното влияние на даването на информация за заболяването върху психологическото приспособяване към него (Johnson, 1982). Пациентите са разпределени по двойки според възрастта, пола и получените резултати от попълване на скали за тревожност, смисъл в живота и знания за рака. Единият партньор от двойката е част от експерименталната група (*n*=22), а другият от контролната група (*n*=22). Програмата включва 8 сесии всяка, от които трае 90 мин. в продължение на 4 седмици. В края на програмата пациентите от експерименталната група показват значително по-ниско ниво на тревожност, отдаване на по-голямо значение на смисъла в живота и повече знания за диагнозата в сравнение с контролната група.

Налице е извличане на психологически ползи от образователни програми, но някои позитивни ефекти от тях са краткосрочни и с времето изчезват (Berglund, Bolund, Gustafsson & Sjoden, 1994). По случаен признак пациенти, от които 80% са с рак на млечната жлеза, са включени в експериментална група (*n*=98) на образователна програма, която предлага информация за заболяването, усвояване на физически упражнения и умения за справяне с болестта или към контролна група (*n*=101). Тя включва 11 срещи в продължение на 7 седмици. Всяка сесия е посетена от между 3 и 7 пациента. Преди започване и 3, 6 и 12 месеца след завършване на програмата са измерени променливи, които се цели да бъдат разработени, докато тя трае. След приключването ѝ е установено, че пациентите от експерименталната група са увеличили физическата си сила и „бойния си дух" (подскала от скала за измерване на *приспособяването към рака*) в сравнение с пациентите от контролната група. Постигнатите резултати се съхраняват в продължение на 12 месеца. Други краткосрочни позитивни резултати, които изчезват до 12 месеца при пациенти от експерименталната група, е намаленото ниво на депресия и позитивното възприятие на собственото тяло.

Оценени са резултатите от краткосрочна образователна програма наречена „*Изглеждай добре, чувствай се по-добре*". Нейната цел е да подобри възприемането на собственото тяло при пациентки с рак на млечната жлеза (Manne, Girasek & Ambrosio, 1994). Повечето са в I и II стадии и се включват доброволно в програмата. След като

сутринта попълват въпросник, пациентите от експерименталната група (*n*=45) участват в двучасова сесия в ранния следобяд, а пациентите от контролната група (*n*=76) чакат да се включат в програмата. След двучасова програма всички пациенти, както от експерименталната, така и от контролната група, попълват въпросник. Резултатите показват, че програмата оказва позитивно влияние върху настроението и възприемането като привлекателно на собственото тяло, самооценката в контролната група е намалена, но в експерименталната тя се съхранява. Получените резултати обаче са ограничени от факта, че: 1) пациентите сами избират да участват или не в програмата и 2) зависимите променливи са измерени непосредствено след приключване на програмата, когато например е подобрено възприятието на собственото тяло.

Изследванията, сравняващи влиянието на образователните програми, в които пациентите са разделени на експериментална и контролна група, установяват, че първите увеличават знанията си за рака и подобряват психологическото и физическото си приспособяване към него. Образователните програми, в които се предлага информация за диагнозата, е възможно да оказват директно влияние върху приспособяването към рака, защото помагат на пациента да възстанови контрола над своя живот, да открие смисъл в онкологичния си жизнен опит, да възстанови самооценката си и оптимизма си в бъдещето. Те увеличават усещането за контрол над собствения живот на пациента и на събитията в него, като му предоставят информация за причините, развитието и лечението на заболяването, като му предлагат начини за справяне с него и страничните му ефекти. Чрез тях те може да получат информация как да подобрят своя външен вид по време на химиотерапията, например, или да усвоят стратегии за справяне със страничните ефекти от лечението. Поради своите знания и подготовка, професионалистите от здравната сфера, а не другите пациенти са по-надеждни източници на информация за диагнозата, протичането, лечението и страничните ѝ ефекти. Въпреки че повечето от оценките са извършени малко след приключване на програмата, някои изследователи установяват, че постигнатите позитивни резултати се съхраняват между 6 и 12 месеца след това.

В заключение, образователните програми задоволяват потребностите на повече онкологични пациенти, като същевременно не ги излагат на риска и стреса от споделяне на негативни резултати от провежданото лечение. Чрез тях се възстановява изгубеният контрол над жизнените събития, придава се смисъл на болезнения жизнен опит, повишава се самооценката и оптимизмът в бъдещето, пациентите получават както информация, така и неформална емоционална подкрепа. Те оказват по-значим позитивен ефект върху приспособяването към диагнозата, относително по-лесни са за прилагане и са по-евтини в сравнение с груповите дискусии. Като цяло според научната литература и теоретичните аргументи програмите за групова емоционална подкрепа оказват позитивно влияние на пациентите. Необходимо е, обаче, да се използва утвърдена методология за оценка на ефективността им след приключване, която да е насочена към подобряване на емоционалната подкрепа, оказвана от членовете на естественото социално обкръжение на пациентите.

- Налице са и редица проведени изследвания, които сравняват *резултатите, постигнати от групови дискусии, образователни програми за приспособяване към рака и контролна група от пациенти*, които не участват в програмите.

В проведено изследване с пациенти с лимфом на Ходжкин (Jacobs, Ross, Walker & Stoekdale, 1983) индиректно се съпоставят груповите дискусии и получаването на знания по темата. Проведени са 2 експеримента. В първия по случаен признак пациентите са разпределени в образователни групи, които получават информационна подкрепа чрез брошури (*n*=21) или в контролна група (*n*=26). Във втория отново по случаен признак пациентите са разпределени в групи за обсъждане на проблема, получават емоционална подкрепа и общи грижи (*n*=16) и в контролна група (*n*=18). Групата за обсъждане се

събира в продължение на 8 седмици, като всяка сесия трае по 90 мин. Приблизително 3 месеца след приключване на програмата се установява, че пациентите от образователната група имат повече знания за лимфома на Ходжкин, по-малко усложнения при лечението, по-ниски нива на тревожност и депресия, по-устойчива гледна точка за живота в сравнение със съответните пациенти от контролните групи. Резултатите не установяват различие в приспособяването към заболяването между пациентите, участващи в груповите дискусии и от контролната група. За съжаление не е направено сравнение между пациентите от образователната група и участниците в груповите дискусии.

В друго изследване (Telch & Telch, 1986) обаче е направено сравнение между групата за дискусии, в която пациентите получават *емоционална подкрепа* и групата, в която пациентите получават *информационна подкрепа*. Пациентите от втората група определено постигат по-добри резултати в сравнение с пациентите от първата група. Всички участници имат различен вид рак и се разпределят по случаен признак в група, в която се осигурява информационна подкрепа под формата на развитие на различни умения за справяне (n=13), в група за дискусии, в която се осигурява емоционална подкрепа, споделяне на чувства и опасения (n=14) или в контролна група (n=14). Всяка програма се състои от 6 сесии по 1 всяка седмица, която трае 90 мин. Всяка група включва около 5 човека. Преди и след програмата на изследваните лица се измерва дистресът, личната ефективност и променливи, свързани с рака, като възприемане на собственото тяло, наличие на болка, настъпили промени във взаимоотношенията и ограничения на някои дейности. Освен това, чрез интервю терапевтите оценяват психологическата приспособимост на всеки пациент. Независим експерт анализира записа от проведеното интервю и отчита наличие на проблеми в ежедневието, опасения, свързани със здравето и взаимоотношенията. Приблизително 6 седмици след приключване на програмата резултатите показват, че участниците в образователната програма са по-добре приспособени към заболяването, изпитват по-ниски нива на стрес и имат по-голямо усещане за лична ефективност в сравнение с участниците в групата за дискусии, които обаче, от своя страна, са по-добре приспособени в сравнение с пациентите от контролната група. Сравнението на зависимите променливи преди и след приключване на програмата установява подобрение в психичното състояние на пациентите от образователните програми, липса на промяна за участниците в дискусиите и влошаване на състоянието на пациентите от контролната група. След приключване на програмата пациентите от образователната група са оценени като по-добре приспособени към заболяването в сравнение с участниците в другите две групи, както от терапевта, така и от независимия експерт. Липсват статистически значими различия в психологическото приспособяване на пациентите от групата за дискусии и от контролната група.

Съпоставят се получените резултати след участие както в образователна програма, така и в група за дискусия и участие единствено в група за обсъждане (Cunnigham & Tossо, 1989). По случен признак са разпределени пациенти с различни видове рак в образователна програма, която е насочена към развитие на умения за справяне като релаксация, визуализация, промени в начина на живот и т. н. и допълнително обсъждане на диагнозата в подкрепяща среда (n=28) или единствено към група за дискусии (n=25). Двете програми се състоят от 6-седмични сесии, всяка продължава по 2 часа, а групите включват между 7 и 10 пациента. Преди започване на програмите, в края на втората сесия и 2-3 седмици след това е измерено настроението и психологичните симптоми на изследваните лица. Участниците и в двете групи показват подобрение във времето, но при пациентите, които участват както в образователната програмата, така и в дискусионните групи то е по-голямо. След приключване на програмата пациентите от листа за чакащи, т. е. контролната група (n=18) не показват промяна в психологичното приспособяване към диагнозата.

„Сега харесвам себе си повече от преди. Всичко хубаво и добро се умножи и аз го ценя повече. Не обръщам внимание на ежедневните тривиални неща. Насочила съм живота си към *доброто, позитивното* и *важното*."

При оценка на групово консултиране на пациенти с различен вид напреднал рак, което започва с осигуряване на *информационна подкрепа* и завършва с групова дискусия, т. е. емоционална подкрепа групите се събират 3 пъти седмично в продължение на 2 седмици като всяка сесия трае по 90 мин и включва 8 пациента (Ferlic, Goldman & Kennedy, 1979). Изследваните лица са разделени в 2 групи – експериментална (n=30) и контролна (n=30), така че съответстват по възраст, пол и образование. Преди и след груповата работа е измерена самооценката и т. нар. психосоциалното им приспособяване, което се изразява в изпитваното доверие в комуникацията с членове на социалното обкръжение, с професионалисти от здравната сфера и с други пациенти с рак, знанията им за рака и разбиранията им за смъртта. В сравнение с контролната членовете на експерименталната група увеличават своята самооценка и психосоциалното си приспособяване след период от 2 седмици.

„След приключване на лечението осъзнаваш *позитивната страна* на това да имаш рак. Смятам себе си не за оцеляла, а за обогатена от него. Когато изпитвам слаба болка, тя ми напомня, че съм жива, че имам две гърди и съм късметлиика."

По случаен начин са разпределени пациенти в експериментална (n=38) и контролна (n=28) група в I и II стадии с меланом (Fawzy et al., 1993). Програмата включва предоставяне на информация за диагнозата, управление на стреса, развитие на умения за справяне и разговор с пациентите, което представлява предоставяне на информационна и емоционална подкрепа. Програмата включва 6 пъти седмично сесии по 90 мин и 4 отделни срещи в група. 6 месеца след като тя приключва се установява, че пациентите от експерименталната група изпитват по-ниски нива на дистрес, увеличили са своите имунни функции, т. е. се е увеличила дейността на естествените клетки-убийци, увеличени са както Т-клетките, така и лимфоцитите (Fawzy et al., 1993) в сравнение с пациентите от контролната група. Програмата намалява рецидивите на заболяването и увеличава преживяемостта с 6 години. Въпреки това обаче подобрените функции на имунната система не могат да обяснят ефекта на програмата върху смъртността.

Като цяло въпреки че проведените изследвания след приключване на програми показват позитивното влияние върху приспособяването към рака при сравнение на пациенти от контролната група, в повечето от тях се наблюдават някои методологични слабости. Освен това, нито едно от тях не анализира влиянието на програмата върху конкретен пациент и върху индивидуалните му особености, а го разглежда като част от групата.

Става ясно, че разработването на **програми за подобряване на взаимоотношенията** със значимите други, **с членове на естественото социално обкръжение** е по-необходимо от създаване на нови социални взаимоотношения с други пациенти със същата диагноза с цел оказване на емоционална подкрепа на пациентите.

Семейство и приятели. Програмите, които обхващат членове на семейството и приятелите могат да опровергаят митове като това, че не е добра идея да се обсъжда с пациента заболяването, да подобри комуникацията между тях и да се улеснят и двете страни, както пациентът, който би могъл да споделя своите мисли и чувства, така и неговите близки. Например след операция на рак на гърдата съпрузите често възприемат пациентките като крехки и се страхуват, че физическа близост би могла да ги нарани. Пациентките, от своя страна, възприемат липсата на физическа близост с партньора като

изоставяне. Подобряването на комуникацията между пациентките и партньора помага всеки един от тях да разбере действията на другия.

Програми за подобряване на отношенията между пациентките и партньорите им са особено важни, защото подкрепата, която получават от тях е от особено значение при приспособяването към диагнозата (Jamison et al., 1978). Изследователите специално разработват програми за подобряване на комуникацията между жени с рак на млечната жлеза след направена мастектомия и техните партньори (Christensen, 1983). При експерименталната група е налице намаляване на депресията при пациентките и увеличаване на сексуалната удовлетвореност при двамата партньора в сравнение с пациентките от контролната група.

Лекари. Необходимо е разработване на програми за обучение на лекари за осигуряване освен на *информационна*, но и на *емоционална подкрепа* на пациентите. Необходимо е те да умеят да поднасят силно стресираща информация по подходящ, щадящ и загрижен начин, която да е разбираема за пациентите без латински термини. Установено е, че пациентите са по-склонни да се лекуват при лекари, които проявяват емпатия към тях, а не при компетентни, но несъчувстващи специалисти (Korsch & Negrete, 1972). С увеличаване на емоционалната подкрепа от лекаря към пациента ще се увеличи доверието на пациента в него и отвореността и чувството му за контрол над жизнените събития, докато получава необходимата информация.

Налице са също така и *бариери* при приложение на програми за подобряване на комуникацията с членове на социалното обкръжение (Chapman & Pancoast, 1985). От една страна е трудно да се промени съдържанието на комуникацията във вече установени отношения. От друга страна, обгрижващите са пренатоварени и е възможно да откажат да участват в подобни програми. Освен това някои взаимоотношения не са подкрепящи, дори напротив, те са конфликтни и партньорите не са подходящи за включване в програма за подобряване на комуникацията.

Алтернативен подход за подобряване на комуникацията се изразява в развитие в пациента на общи социални умения за оказване на влияние върху членовете на социалното му обкръжение (Cohen & Hoberman, 1983) като например: асертивност, която помага на пациента да изразява своите потребности и да различава полезни от безполезни социални ресурси, повишаване на знанията как диагнозата влияе на социалните му взаимоотношения. Целта е да се намали неразбирането между близки хора, а да се увеличи емпатията, съпричастността и оказваната помощ в социалните взаимоотношения.

Интерес представлява програма за възстановяване чрез когнитивно-поведенческа терапия, приложена в Япония (Fukui, Kugaya, Okamura, Kamiya, Koike, Nakanishi, Imoto, Kanagawa & Uchitomi, 2000). Тя има за цел да подпомогне справянето на пациенти с дългосрочния психологически дистрес, предизвикан от рак на млечната жлеза и лечението му. Прилага се в продължение на 2 години в Източната националната онкологична болница и включва 4 компонента:

1. *здравно образование*: предоставяне на специфична медицинска и психологическа информация за рака на млечната жлеза. На пациентите се задават въпроси и се раздават брошури и материали за подготовка за всяка сесия.
2. *тренинг за развитие на умения за справяне*: представлява обучение в прилагане на активни както когнитивни, така и поведенчески стратегии за справяне при сблъсък с конкретни проблеми, предизвикани от онкологичната им диагноза. На сесиите терапевтите представят 8 картини, които илюстрират сходни ситуации, пред които са изправени пациентите с рак на млечната жлеза: **а)** поставяне на диагноза, **б)** провеждане на лечение, **в)** възприемане на настъпилите промени в собственото тяло, **г)** необходимост от оказване на подкрепа от членовете на семейството, **д)** общуване и съобщаване на диагнозата на приятели и колеги, **е)** изграждане на връзка между

лекар и пациент, **ж)** изразяване на страха от рецидив и **з)** съставяне на планове за бъдещето. Всяка от ситуациите е представена в 2 различни картини, които представляват кратко описание на прилагането на ефективни и неефективни стратегии за справяне. Пациентите са насърчавани да използват ефективните стратегии за справяне чрез анализ на предлаганите картини.

3. *управление на стреса*: научаване на упражнения за мускулна релаксация и ръководена визуализация. В края на първата сесия на всеки пациент е даден диск с 20-минутна инструкция, като се препоръчва вкъщи 2 пъти дневно да прави упражненията за мускулна релаксация и визуализация.
4. *оказване на психосоциална подкрепа*: предложена е както между самите пациенти, така и от участващите професионалисти в програмата.

Група между 6 и 10 човека се срещат по час и половина веднъж седмично в продължение на 6 седмици. Ръководени са от 2 терапевта-психиатри и 1 клиничен психолог. На пациентите, участващи в програмата, не се разрешава да отсъстват повече от 1 път.

С цел да се отчетат резултатите от описаната програма е измерен психологическият дистрес, справянето с онкологичната диагноза, тревожността и депресията чрез следните 3 скали:

1. *Профил на състоянието на настроението (Profile of Mood State - POMS)* (McNair, Lorr & Droppleman, 1971). Включва 65 въпроса, от които 7 са дистрактори като измерва 6 емоционални състояния (подскали): *напрежение-тревожност, депресия-отхвърляне, гняв-враждебност, сила-активност, умора-инертност* и *объркване-смущение*. Отнема между 5 и 10 минути за попълване. Отделно се измерва *общото объркване в настроението*, което представлява сума от подскалите на измерените емоционални състояния. Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна скала във формат на Ликерт от „съвсем не" до „напълно". Минималният и максималният диапазон е между 32 и 200 като по-високата оценка показва по-голям дистрес.
2. *Скалата за умствено приспособяване към рака (The Mental Adjustment to Cancer Scale) (MAC scale)* (Watson & Homewood, 2008) включва 40 въпроса за оценка на стила за справяне, който използват пациентите. Състои се от следните 4 подскали: *борбен дух, тревожно безпокойство, безпомощност-безнадеждност* и *фатализъм*. Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна скала във формат на Ликерт между 1 и 4 от „съвсем не се отнася до мен" до „определено се отнася до мен" като по-високите стойности означават по-ясно изразена тенденция към конкретен стил за справяне.
3. *Скалата за болнична тревожност и депресия (СБТД) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) се състои от 14 въпроса, които измерват тревожността и депресията в болницата. Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна скала във формат на Ликерт между 0 и 3 като по-високият резултат показва по-ясна тенденция към тревожност и депресия.

Представените изследвания оценяват ефективността на програми за групови дискусии, които осигуряват емоционална подкрепа, образователни програми, които осигуряват информационна подкрепа или комбинацията от двата вида програми. От теоретичния обзор може да се направи изводът, че и двата вида програми имат своето извоювано място и степен на ефективност в рехабилитационния процес, през който преминават онкологичните пациенти. Налице са 5 психологични механизма, чрез които те работят: укрепване на самооценката, увеличено усещане за контрол над жизнените събития, повече оптимизъм в бъдещето, откриване на смисъл в натрупания онкологичен житейски опит и емоционалната му преработка от онкологичните пациенти.

Изследванията, които сравняват участието както в групови дискусии, така и в образователни програми с контролна група, показват по-голяма ефективност на образователните програма в сравнение с участие в групови дискусии. Повечето

изследвания с достатъчно изследвани лица, които оценяват както груповите дискусии, така и образователните програми, и включват сравнение с контролна група, установяват по-добри резултати на образователните програми в сравнение с груповите дискусии в приспособяването към заболяването. Изключение прави изследване на полезността на груповите дискусии в програма от 12 месеца (Kriss & Kraemer, 1986; Spiegel et al., 1989). По правило образователните програми продължават не повече от 9 седмици, а в някои случаи имат по-позитивни резултати от програмите, които продължават между 6 месеца и 1 година.

Трудност, която възниква при съпоставката на двата вида програми, е фактът, че те не са нито чисто образователни, нито чисто дискусионни. Възможно е по време на образователни програми да протичат някои неформални дискусии между участниците в тях и по време на програми за групово обсъждане може да се предоставя информация за заболяването. Именно поради тази причина краткосрочни образователни програми без значение дали включват неформално обсъждане са по-полезни за приспособяването в сравнение с програмите за групово обсъждане без предоставяне на информация.

„Това не е белег, че почти не умрях, а е белег, че оцелях."

Позитивните резултати след групови дискусии с други пациенти с рак потвърждават силната необходимост от емоционална подкрепа в онкологичните пациенти и по-конкретно до тях да има човек, с който да споделят своите страхове, притеснения и грижи при приспособяване към диагнозата.

Направеният теоретичен преглед не претендира за изчерпателност, още повече, че разглежданата изследователска област се развива динамично. На основата на това, че науката представлява непрекъснато търсене на по-логични обяснения, и на това, че не съществува напълно завършена теория, смятам, че представените резултати от проведени програми с течение на времето ще бъде заменени от по-добри и по-цялостни. За да подпомагат ефективно пациентите, които носят тежестта да са онкологично диагностицирани, е необходимо те да участват в тях.

1. 9 Практически насоки за жени с рак на гърдата и техните близки

„За хирурзите „безнадежден" означава „опитай отново"
Анатомията на Грей

Само по себе си приемането на и живеенето с онкологична диагноза представлява огромен товар както за пациента, така и за неговите близки. При диагностицирането и последващото лечение от основно значение са убежденията, вярванията и натрупаният жизнен опит на личността. При отдаваното значение на диагнозата, при приемането на собствената смъртност и при справянето с множество изисквания, които ракът предявява, човек прибягва до своите религиозни вярвания, лични и семейни ценности, които изповядва и до смисъла, който придава на своя живот. Осъзнаването и приемането на поставена онкологична диагноза представлява огромно предизвикателство пред пациента.

Някои пациенти смятат, че по-лесно биха приели трудната новина ако разполагат с колкото е възможно повече информация за нея. Знанията е възможно да са полезни в преодоляване на страха от неяснотата и непознатото, от това какво ще се случи в бъдеще, от вида рак, съответното му лечение и шансовете за възстановяване на пациентите. Въпреки че не са в състояние да променят поставената им диагноза, те могат да потърсят надеждна, съвременна и полезна информация, която да обсъдят с членовете на своето семейство, приятели и специалисти от лекуващия ги екип. Откриването на добри източници на информация помага на онкологичните пациенти да вземат информирани решения за своето бъдещо лечение и им създава усещане за контрол над ситуацията.

Въпреки че живеем в информационно общество, информацията за рака понякога е сложна и объркваща, неразбираема и противоречива. За откриване на вярна и обновена информация е добре да се ползват надеждни източници като реферирани медицински списания или интернет страници от световно утвърдени уважавани научни центрове за изследвания на рака, национални организации свързани с него, професионални организации на лекари и други помагащи професии и правителствени агенции. Информацията от интернет страници и онлайн групи за подкрепа и взаимопомощ по правило е много полезна, но тя е различна по качество и точност.

Контролиране
„Знам при какви стойности на кръвните показатели ще ми влеят поредната химиотерапия. Информирам се възможно най-много, а когато не знам нещо, питам. Това, което и другите не знаят, го научаваме заедно."

Добре е да се чете информация, която е рецензирана от лекари-експерти, периодично обновявана и ясно посочено с каква цел е публикувана. След като пациентът се запознае с конкретна информация, е добре той да я обсъди със своя лекуваш лекар, за да разбере дали и по какъв начин се отнася до него. Обикновено общата информация за рака не може да замести съветите и препоръките от екипа от специалисти, които се грижат за пациента.

Необходимо е да се обърне внимание на чувствата, които предизвиква поставената диагноза, защото от тях зависи как пациентите ще възприемат собствената си личност и бъдещия си живот. Примерни съвети в тази насока са:

- съставяне на списък с въпроси към специалистите от лекуващия екип
- много добра идея е член от семейството или приятел да придружава пациента, за да го подкрепя и да запомня вариантите за лечение
- да попита дали е възможно да се записват важните разговори

- водене на бележки и изясняване на непознати, но важни медицински термини на латински
- допълнително разясняване на информацията, която остава неясна за пациента

Добра идея е пациентът:

- да открие начини за изразяване на собствените чувства като например: да говори (споделя) или пише, публикува статии във вестници и списания, собствен блог и т. н.
- да си осигури лично време и пространство, в което ще се отдава на любими занимания.
- да получава духовна подкрепа чрез молитва, медитация или други практики, които помагат човек да се чувства в мир със себе си. Добра идея са срещи със свещеник от съответната изповядвана религия от пациента с цел получаване на духовно ръководство и напътствия от религиозен лидер.
- да отделя време за ежедневни разходки и физическа активност. Преди да избере и изпълнява обаче нова програма за физически упражнения, е добре да я обсъди със специалистите от лекуващия го екип.
- да открие какво помага на другите онкологични пациенти и семействата им да се справят с диагнозата и/ или да води разговори с хора със същия вид рак.
- да направи промени вкъщи с цел средата да стане по-здравословна, да обсъди с лекуващия го лекар по-здравословен начин на живот и промени в режима на хранене и т. н.

Контролиране
„Никога не се преодолява тъгата, скръбта или болката. Признаваш ги, отминават, но понякога се връщаш към тях. Не трябва обаче да се оставяш да потънеш в тях."

Непрекъснатото изпитване на чувство на тъга, проблеми със съня или натрапливи суицидни мисли са белег за необходимост от професионална психологична помощ. Други симптоми, които се нуждаят от лечение, е преживяването на панически чувства, силна тревожност или непрекъснат плач.

Контролиране
„Научих възможно най-много за моята диагноза. Чета литература на чужди езици, за да вземем по-добри решения. Искам да помагам в борбата със заболяването ми. Любопитна съм и искам да знам какви лекарства ми се вливат и какви са резултатите от изследванията ми."

При първоначалното поставяне на онкологична диагноза пациентите смятат, че колкото по-бързо оперират и премахнат злокачественото образувание, толкова по-добре. Те се чувстват притиснати от времето и от необходимостта веднага на мига да вземат решение за последващото лечение. Възможно е те да се притесняват, че допълнителните изследвания и консултации с други лекари ще отнемат време, което би могло да се използва за лечение. Безспорен факт обаче е, че различните видове рак се разрастват за различно време. Повечето от тях не се развиват много бързо, което позволява да се събере информация, която да се обсъди със специалисти, да се потърси второ мнение и тогава да се вземе решение за най-подходящото лечение. При събиране на информация за конкретен вид рак е необходимо да се знае видът на неговите клетки и стадият от развитието на заболяването, в който се намира пациентът. Това е от значение за вземане на решение за лечение за всеки пациент.

Необходимо е пациентът да разполага с необходимото време, за да вземе решение за последващото лечение, тъй като съществуват различни видове терапии за борба с рака на гърдата. Изборът на най-подходяща за конкретния пациент, обаче, отнема време, защото:

- необходимо е време за второ мнение или за обмисляне на избор за лечение
- върху пациента не трябва да се оказва натиск, за да вземе решение веднага. Обикновено няколко седмици не са от голямо значение за развитие на заболяването.
- Изчакването на няколко седмици за вземане на решение за по-нататъшно лечение може да направи целия процес по-малко страшен в очите на пациента.

Обогатяване от контакта и общуването с другите
„Съдействам на лекарския екип от специалисти. Когато ми назначат изследване, заедно с тях търся отговорите. Не ми вземат кръв, защото им харесва и искат, а за да намерят отговорите на поставените въпроси от развитието на заболяването."
„Мразя усещането нищо да не контролирам и да не зависи от мен. "

От стадия и вида рак заедно с други фактори се определя целта на лечението, която обикновено е една от изброените три:

1. излекуване на рака
2. контролиране на рака
3. облекчаване на симптомите, за да се чувства пациентът по-добре.

Понякога след като лечението е започнало, е възможна промяна в поставената цел. Добра идея е пациентът и семейството му да са запознати с различните алтернативи за лечение, а също така с поставените от лекаря цели пред него.

Нещата, които бих искал да ми кажат, когато ми поставят диагноза рак:

- ***Връзките Ви ще се променят.*** Всичките. Някои ще станат по-силни. Вероятно няма да са с хората, които бихте очаквали. Хората, които искате да се справят с това добре, може да не могат по редица причини. Някои от причините ще бъдат егоистични. Някои от тях ще бъдат съвсем невинни и случайни. Всички те ще бъдат простими, защото никой не прави планове за рака. Проявата на озлобеност или гняв няма да помогне на възстановяването Ви. Борбата някой да стои близо да Вас няма да Ви излекува. Тези, които могат, ще стоят близо да Вас.
- ***Ще сте решили твърдо да имате повече енергия, отколкото имате.*** Ще убедите себе си, че мислите ясно, можете да се справите с всичко това и нямате нужда от никого. Ще хабите гориво. Първо ще се промени тялото Ви, а след това ще последва съзнанието Ви. Няма да загубите разсъдъка, спомените или чувствителността си. Всичко ще се върне. Но ще бъдете различни. Никога няма да имате същото усещане за себе си. Трябва да приемете това. Предишното Ви „аз" вероятно е било наистина велико. Трансформираното Ви „аз" ще бъде дори по-добро. Отдайте се на това, което се случва и му се доверете.
- ***Ще чувствате страх.*** Дори ако нормално сте упорити, уверени и външно непобедими, накрая ще се окаже, че признавате, че сте уплашени от нещо. Ракът е плашещ и невероятно обърквaщ. Неизвестното ще Ви разяжда по-зле от самата болест. Ще имате нужда от неща, които отвличат вниманието. Музиката и сънят вероятно ще бъдат тези, до които прибягвате най-често. Четенето ще стане трудно. Както и гледането на телевизия или филми, воденето на разговори, писането и всъщност всичко друго. Наричат това „химиомозък" не без основание. В крайна сметка ще се чувствате нормално. Само нов вид нормално. Когато се страхувате, оставете се да се облегнете на тези около Вас. Плачете. Бъдете уязвими. Вие сте уязвими. Ще има време за сила, но недопускането никога на слабост ще накара безпокойството да се надигне и състоянието Ви да се влоши. Изкарайте си го. Крещете, ако трябва. Пейте, когато Ви се пее. Хлипайте неконтролирано. Извинявайте се за промените в настроението Ви. Леченията и рецептите често ще бъдат причината за тях. Хората, които Ви обичат, ще разберат.
- ***Хората, които Ви обичат, ще бъдат точно толкова уплашени, колкото и Вие.*** Вероятно повече. Те ще се тревожат, дори когато се усмихват. Ще мислят, че Ви боли повече, отколкото ви боли. Ще мислят, че умирате и ще се подготвят за живота без Вас.

Ще преминат процес, който никога няма да разберете, точно както те никога няма да разберат процеса, който преминавате. Оставете ги да преработват. Простете им, когато не разбират. Проявявайте търпение, когато можете. Знайте, че тези, които са създадени за това, ще бъдат там, когато преминете на другата страна, и всички ще можете да се смеете отново заедно. И ще плачете заедно. Тогава ще се озовете на място, където просто ще живеете отново на света заедно, и това е, когато разберете, че сте победили това.

- ***Колкото по-скоро осъзнаете, че сте смъртни, толкова по-скоро можете да създадете манталитет за оцеляване.*** Има шанс да не можете да сторите това. Както и има шанс да го сторите. Не гледайте статистиките. Вие сте уникални и това, което се случва във Вас, е уникално. Борбата Ви си е само Ваша и има твърде много фактори да се сравнявате с другите, които са имали заболяването Ви. Никой няма да иска да мислите за смъртта, но няма да имате избор. Ще мислите за нея от мига, в който Ви поставят диагнозата. Примирете се с нея. Спокойно я приемете. След това насочете всяка мисъл, която имате, към това да вярвате, че няма да умрете. Ще победите това. Умственото Ви съсредоточаване върху този факт ще бъде по-силно от всяко лечение, което получавате.
- ***Вашите лекари и сестри ще станат източникът Ви на утеха.*** С тях ще се чувствате сигурни. Ако не се чувствате сигурни с тях, трябва незабавно да смените доставчика си на медицински услуги. Няма време за губене. Това не трябва да бъде игра, играна при чужди условия, а при Вашите. Когато намерите правилните обгрижващи, ще разберете незабавно. Не оставяйте осигуряването, парите или бюрокрацията да Ви попречат да получите лечението, което заслужавате. Това е единственият Ви шанс. Винаги има начин. Намерете тези ръце, на които поверявате живота си, и охотно им го дайте. Те бързо ще Ви донесат усещане за спокойствие. Те ще отделят време да отговорят на въпросите Ви. За тях няма да има глупави въпроси. Те няма да сторят нищо освен да Ви накарат да чувствате, че сте най-важният живот, който съществува. Никога няма да Ви накарат да чувствате, че не контролират нещата. Ще бъдат честни и достъпни по всяко време. Би могло дори да Ви станат приятели. Бихте могли да празнувате с тях на чашка месеци или години, след като са Ви излекували. Ежедневно заслужават благодарността, уважението и оценката Ви. Ако се огорчите от тях по време на лечението, знайте, че ще Ви простят. Те разбират, че преминавате през нещо, което не могат да си представят, но разбират по-добре от всеки. Те виждат това всеки ден и избират да са там, защото искат да направят най-лошото преживяване от живота Ви по-поносимо.
- ***Ще трябва да намерите баланс след лечението.*** Започнете с търсене на баланс по време на лечението. Хранете се добре. Спете добре. Слушайте тялото си. Изследвайте медитацията. Експериментирайте с нови форми на упражнение, които не изискват толкова усилия. Приемете масажа и другите терапии на тялото. Ходете на терапия. Терапевтът ще може да Ви води през пътуването Ви по начини, които никога не бихте могли да разберете. Не бъдете твърде горди да разговаряте с някого. Не можете да си позволите да съхранявате силата на чувството, което идва с борбата с животозастрашаваща болест. Излейте душата си. Ще започнете да чувате, че гласът Ви се променя. Това е гласът, който ставате в лицето на смъртността. Слушайте този глас. Той ще бъде Вашата най-чиста, най-автентична версия, която някога сте познавали. Изкарайте тази личност пред света – силните страни и уязвимостите са всичко помежду. Бъдете тази личност завинаги.
- ***Ще вдъхновявате другите. Ще изглежда странно.*** Хора, с които не сте разговаряли от началното училище, ще поддържат връзка. Бивши приятелки, бивши колеги... дори хора, които сте чувствали, че никога не искат да разговарят отново с Вас. Потокът от интерес към Вашия външно затихващ живот ще бъде по-голям от който и да е жив момент, който някога сте преживели. Тази подкрепа е това, което ще превърне затихващия живот в живот за оцеляване. Бъдете благодарни за всяко съобщение. Ценете всеки подарък и всяко посещение. Ще има мигове, когато цялото това внимание ще Ви накара да се почувствате по-самотни, отколкото сте се чувствали някога в живота си. В болнична стая, пълна с хора със съобщения, пълнещи Вашата входяща кутия, гласова поща или пощенска кутия, ще установите, че се чувствате съвсем сами. Именно тогава

ще разберете, че бихте могли да си позволите да имате по-силна връзка със себе си. Че само Вие ходите по тази земя със 100 % инвестиция в себе си. Направете инвестицията и използвайте това като възможност да преразгледате самоуважението си. Обичайте себе си повече от всякога и осъзнайте колко любов има за Вас на света. Тогава започнете да споделяте тази любов. Ще разберете, че дори когато сте най-нуждаещото се лице, знаете, че все още можете да давате. Даването ще Ви накара да се почувствате по-добре от вземането.

- ***Когато преминете на другата страна, няма да повярвате.*** Ще Ви кажат, че болестта си е отишла. Всеки, когото познавате, ще се радва и ще се върне към живота си. Постоянно ще се чудите дали се връща. Бавно това чувство ще отшуми, но ракът винаги ще бъде частица от Вас. Той ще определя как виждате света да напредва. Ще чувствате, че светът е забавно нещо, за което да мислиш, тъй като настоящето внезапно ще изглежда невероятно важно. Продължавайте напред. Ще бъдете по-продуктивни. Ще разберете кой наистина Ви обича, тъй като все още ще бъде там. Ще искате да се срещате с нови хора, които свързват с новоразвилата се версия на Вашето старо „аз". Ще искате да се освободите от тези, които не схващат кой сте сега. Ще се чувствате малко виновни, като правите това. След това ще продължите. Нямате време за губене. Най-големият дар, който Ви е даден, е, че сега разбирате, че ще използвате най-рационално всяка секунда. Ще бъдете най-страстната личност, която познавате, която продължава напред. Превърнете тази страст в по-голяма цел. Бъдете отново безстрашни.

Беше ми поставена диагноза левкемия на 27 години. Сега, на 28 години, ми казаха, че нямам и следа от болестта в тялото си.

Джеф Томчек е писател на свободна практика и основател на C2Bseen, предлагаща консултантски услуги на нишови марки и предприемачи.

Първата стъпка, която екипът от специалисти предприема, е да получи възможно най-много информация за състоянието на пациента и за конкретния вид рак, който му е диагностициран. За да се установи стадия от развитието на болестта, е необходимо да се направи биопсия и други лабораторни тестове, лекарски прегледи и изследвания от образна диагностика. Следващата стъпка е използването на събраната информация от лекуващия лекар с цел да се стесни възможния избор от варианти за лечение. Лекуващият лекар е възможно да обсъди с други колеги и с други здравни специалисти състоянието на пациента, за да планира последващото лечение. Възможно е пациентът да получи второ мнение в друг лечебен център. То му помага да има по-голямо усещане за избор на лечение.

За диагностицираните пациенти с рак е важно да обсъждат състоянието си с лекари, медицински сестри и други членове от екипа, поел лечението им. Те могат да споделят къде да потърсят и открият информация за съответния вид рак и лечението му, да отговарят на зададените им въпроси, да ги подкрепят по подходящ начин и да ги ориентират в здравната система. Решение на пациента е кога, с какво темпо и от кого да потърси информация за вида рак, който му е диагностициран, и с кого и при какви условия да я обсъди.

Лекарите и медицинските сестри са добри източници на информация, когато пациентът има медицински въпроси, свързани със заболяването. Преди посещението при тях е добре той да си запише въпросите, които има за диагнозата, последващото лечение, очакваните странични ефекти от него и ограниченията, които тя налага в ежедневните му дейности. Другите членове на екипа от здравни специалисти, които са поели лечението му, са: *фармацевт, диетолог, социален работник, физически терапевт, лъчев терапевт* и др. Те са експерти в различни области от възстановителния процес, през който преминава пациентът. Той не трябва да се страхува да им задава въпроси. Задаването на въпроси по лечението от пациента показва желанието му да научи повече

за своята диагноза и да участва активно в своето излекуване. Ако член на лекуващия го екип от специалисти не разполага с необходимото време, за да отговори на всички поставени въпроси от пациента, добре е да обсъдят удобен момент, в който ще довършат своя разговор или да му посочи друг начин, по който ще получи отговорите на зададените въпроси.

Пациентите с онкологична диагноза трябва да знаят кога е необходимо да потърсят лекарска помощ, да са наясно при какви симптоми или появата на необичайни знаци трябва да се следят и при поява да се каже на лекуващия ги лекар. Някои оплаквания на пациента могат да изчакат до следващата дата за лекарски преглед или до приемното време, когато може да се обсъдят с медицинска сестра. При наличие на тежки и неочаквани странични ефекти, обаче, пациентът е необходимо да знае как и къде може да открие своя лекар и кога кабинетът му е затворен. Както пациентът, така и неговите близки е необходимо да разполагат с телефонния номер на лекуващия лекар. В случай, че той е зает пациентът е необходимо да знае към кого може да се обърне при необходимост от медицинска помощ.

Възможно е членовете на семейството да имат желание да разговарят с членовете на лекуващия екип от специалисти. По този начин те могат да получат отговор от тях на зададените въпроси и това да им помогне да се справят със собствените си чувства. Ако пациентът не даде своето съгласие, членове на лекуващия го екип от специалисти нямат право да обсъждат с членове на семейството и приятелите здравословното му състояние. Добре е лекуващите лекари и медицински сестри да знаят с кои членове на семейството и приятели ще се свържат с тях и каква информация могат да споделят и да им предоставят.

В идеалния вариант всички специалисти, които работят в здравната сфера е необходимо да са търпеливи, разбиращи, любящи, да разполагат с необходимото време за отговор на зададените им въпроси от пациента и да успеят да му обяснят сложната материя по достъпен начин така, че да я разбере. Да се открият и съчетаят, обаче, всички изброени качества в един човек е рядкост. Въпреки това пациентът е необходимо да има доверие в лекуващия го лекар и в екипа от специалисти, които се грижат за него, и да общува свободно с тях. Ако пациентът няма доверие в тях, е необходимо да потърси друга алтернатива на провежданото лечение и за оказване на медицински грижи от друг лекар, в който той има по-голямо доверие. Пациентът не е необходимо да изпитва страх да попита своя лекуващ лекар към кой негов колега може да се обърне за второ мнение. Той трябва да бъде активен член на екипа от специалисти, който го лекува, да спазва уговорените часове за прегледи, да взема лекарствата, които са му предписани, и да посочва страничните ефекти от тях.

Хората, на които е съобщено, че имат рак, обикновено се чудят с кого и по какъв начин да споделят своята диагноза. Често те се чувстват притиснати да го правят, но повечето пациенти успяват да изчакат, докато са готови за това. Не съществува обаче определено време, в което те се чувстват достатъчно подготвени, за да обсъдят своята диагноза с другите. По правило за всеки пациент този момент настъпва по различно време.

Единствено диагностицираният пациент с рак знае точния момент и подходящите думи, за да сподели със своето семейство и приятели поставената му диагноза. Той може да установи, че споделянето на какво лечение му предстои превръща хората в негови съюзници, предлагащи му подкрепа и съпричастност. Споделянето със значимите други на тежката диагноза им предоставя възможност да предложат своята подкрепа. Откровеното поведение на пациента може да е причина за изграждане на нови канали за комуникация и/ или да подобри и засили връзката със значимите други.

Ракът на гърдата не може да:

- завладее душата
- изтрие спомените
- погуби приятелства
- разруши вътрешния мир
- завоюва духа
- разбие надеждата
- прогони любовта
- подкопае вярата
- открадне вечния живот
- потисне смелостта

Много е трудно да се крие онкологична диагноза както от самия пациент, така и от неговите близки. Приятели и роднини могат да подозират поставената диагноза, когато пациентът проявява конкретни симптоми и прави определени изследвания. Често, когато хората не знаят какво се случва, си представят възможно най-лошата ситуация. Когато, обаче, пациентът споделя с тях новините, те могат да се шокират, да не знаят как да реагират и какво да кажат.

Преди онкологичният пациент да обсъди своята диагноза с другите хора, е необходимо да помисли за собствените си чувства, своите причини да им казва и какви са очакванията му към тях. Необходимо е той да е подготвен за разнообразни реакции. При споделянето на различна информация членовете на семейството и приятелите също изпитват смесени чувства. В този момент те също се нуждаят от подкрепа. Възможно е те да се опитат да изразят своите чувства пред пациента или да предпочетат да ги прикрият.

Всеки човек реагира и се справя по различен начин, когато разбере, че на обичан от него човек е поставена онкологична диагноза. Възможно е членовете на семейството и приятелите да са готови да разговарят за рака преди самия пациент. При всички случаи обаче той не трябва да се притиска, не трябва върху него да се оказва натиск. В случай, че той не е готов, може да им благодари за загрижеността и да сподели, че все още не е готов да говори за това.

Възможно е някои членове на семейството или приятелите да се чувстват неудобно да разговарят за рака. Пациентът може да забележи промяна в поведението им към него, след като им съобщи новината. Възможно е неудобството им да произтича от това, че не знаят какво да кажат, как да реагират и как да постъпят. Поставената диагноза е новост както за пациента, така и за членовете на неговото семейство и приятели. Не всички хора са се сблъсквали с рака преди, а дори тези, които имат предишен опит, може да не разполагат с информация за конкретния вид рак и неговото лечение. Някои приятели могат да реагират странно и да се отдалечат от пациента, а други да продължат да бъдат себе си, някои е възможно да станат прекалено любопитни или свръхпомагащи. При всички случаи е необходимо време за адаптация към рака, за да се чувстват по-удобно, когато разговарят за него. С времето повечето хора могат да проявят разбиране, съчувствие и да протегнат приятелска ръка за помощ. Дадената информация и възможността да се задават въпроси както на пациента, така и на неговите близки, им помага да преживеят този момент заедно.

Ако някои от реакциите на близките на пациента го тревожат, добра идея е той да поговори с тях за това и да обясни кой вид отговор е по-помагащ за него. Той не трябва да се страхува да каже на хората какво е здравното му състояние. Добре е да сподели и да им обясни какъв рак има и какво лечение му предстои, да поговорят, че поставената онкологична диагноза не е смъртна присъда и тя не е заразна. Най-добрата стратегия е проява на *откровеност* в изпитваните чувства както от страна на пациента, така и от страна на членовете на неговото семейство и приятели. Всички хора често изпитват страх

от бъдещето. Когато обаче тези чувства се изказват, повечето от тях споделят и своите надежди и бъдещи планове.

След като пациентът съобщи новината на членовете на своето семейство и приятели, те могат да му предложат практическа помощ, например, в изпълняването на домакинските задължения като готвене, пазаруване и грижите за децата. Приятели е възможно да се обаждат, за да видят какво е състоянието му и да му предлагат своята готовност за оказване на помощ. Те се нуждаят от указания от пациента, за да го отменят в конкретни негови задължения, необходимо им е да знаят какъв е най-добрият начин, за да му бъдат максимално полезни. Някои пациенти правят списък със задълженията, от които се нуждаят от помощ и го поставят до телефона така, че когато се обади приятел те споделят с него в какво е възможно да им е полезен.

Изразяване на емоции
„Борех се с гнева в себе си, защото не искам никой да нараня. Когато съм много тревожна и напрегната, свиря на пиано."
„Когато ми съобщиха диагнозата, бях шокирана. Човек наистина има нужда от близък, който да го придружава и да взема решенията вместо него. И това състояние продължи месеци наред."
„Човек не може да бъде твърд непрекъснато. Той трябва да разреши на себе си да плаче. Чувствата не трябва да се отричат. Скръбта трябва да се преживее."
„Както се изразяват позитивните емоции, така човек има нужда да се отдаде на скръбта, тъгата и безнадеждността, която преживява. В лечебния процес обаче помагат хуморът, вярата, надеждата, подкрепата и отдаването на любими дейности."

Ако пациентът е имал любими занимания (хобита), на които е посвещавал време с приятели, преди да му се постави онкологичната диагноза, добре е след това да им напомни, че все още изпитва радост и наслада от тези дейности. Той не трябва обаче да се страхува да сподели с тях, когато няма сили или желание да им се отдаде. Ако предпочита да го обсъдят и да го попитат отново след време и да го държат в течение какво се случва, добре е да им го каже, за да знаят. Много хора, конкретно неговите приятели, ще се радват да направят това за пациента. Необходимо е той да им каже дали това го радва, дори в дните, в които не се чувства добре.

☐ *Децата* и *тинейджърите*, в чието семейство има човек с онкологична диагноза, е необходимо да са запознати с нея и да се чувстват включени, доколкото е възможно съобразно възрастта им, в оздравителния процес. Важно е да се говори с тях за рака, да се обсъждат пътищата за лечението му и промените, които той внася в живота на техните близки. По този начин те имат възможност да научат, че семейството е на разположение да оказва подкрепа на своите членове, могат да разчитат на тях, когато откровено им се съобщават нещата. Те трябва да се насърчават да споделят и изразяват своите чувства. Родителите, които се опитват да спестят и по този начин да предпазят своите деца от трудната новина и не им казват истината, по-късно съжаляват, че не са обсъдили с тях по подходящ начин развитието на болестта.

Дори, когато родителите предпочитат да скрият информацията за заболяването от своите деца, те долавят напрежението и стреса в семейството и като резултат може да подозират, че се крият факти от тях. Възможно е те да подслушват разговорите на възрастните, за да получат информация от тях или да станат неволни слушатели или участници в ситуации, които не са предназначени за тях. Възможно е да не разберат това, което чуват поради медицинските термини, но със сигурност ще знаят и ще чувстват, че нещо не е наред.

Децата възприемат света като единствено свързан с тях. Според тях е нормално нещо, което са казали или направили, да смятат, че е причина за появата на рака в тяхното

семейство. Именно поради тази причина е необходимо да се обсъди с тях поставената диагноза на човека, когото обичат, за да се изясни, че вината не е тяхна за случващото се.

Ракът не е понятие, което децата разбират или имат опит. Те възприемат предоставената им информация и правят обобщения. Затова може би те не биха осъзнали наличието на различни видове рак, фактът, че диагнозата на всеки човек е индивидуална и това, че диагнозата се асоциира непременно със смърт като изход. Източници на информация за тях са другите деца и средствата за масова комуникация. Без наличието на вярна информация е възможно въображението им да запълни празнотите в нея. Често това, което си представят, е много по-страшно от действителността.

Често родителите не знаят как да съобщят на своите деца, че им е поставена онкологична диагноза. Колко е необходимо да знаят и колко могат да понесат зависи от възрастта на децата и степента им на зрялост. Добре е да им се дава по малко количество информация на определено време с подходящи думи, които те разбират. След това е добре да имат време, за да я възприемат и да задават въпроси.

Родителите могат да ги попитат дали са чули думи, които не разбират или смятат, че ги плашат. Те могат да ги изслушат, да им помогнат да изразят своите чувства и да ги уверят в любовта си към тях. По-малките деца изразяват своите чувства по-лесно чрез различни дейности и играчки, например чрез рисуване или чрез кукли за детски театър. По-големите деца може да предпочетат да напишат стихотворение или разказ или да нарисуват картина.

Необходимо е родителите да си дават сметка, че думите, които използват и емоциите, които изразяват при споделяне на поставената им онкологична диагноза, оказват голямо значение върху по-нататъшните реакции на техните деца. Колкото родителите са по-спокойни и уве́рени, толкова децата ще се изплашат по-малко. Съобщаването на новината за поставена онкологична диагноза на член от семейството е голям шок както за възрастните, така и за децата и предизвиква в тях страх и сълзи.

Важно е децата да бъдат уверéни, че родителите им ще направят всичко възможно, за да се излекуват, ако са пациенти, че все още са дълбоко обичани и винаги ще бъдат и ако е необходимо да се уточни, че те нямат вина за поставената диагноза.

Родителят може да обясни на своето дете какво се случва с няколко изречения: „Моят лекар ми каза, че съм болен от рак. Той ще направи всичко възможно, за да се почувствам по-добре. Ще се налага често да ходя при него, за да ми дава специални лекарства, затова може да нямам възможност да прекарвам много време с теб, както преди. Понякога заради лекарствата ще се чувствам зле, затова няма да можем да играем толкова много, но ще бъда тук с теб. Искам да знаеш колко много те обичам."

Когато *родител* стане онкологичен пациент, децата му се справят добре, когато се чувстват част от екипа за водене на борба и им се обясни какво се случва. Те страдат, когато състоянието на пациента е обвито в мистерия пред тях, все едно се е случило нещо, а детето се чувства изключено от събитията. Децата си представят най-лошия сценарии, така че родителите не ги предпазват, когато не ги информират и държат на разстояние. Те се чувстват по-добре, ако усещат, че им се има достатъчно доверие, за да им се каже какво се случва: „Отивам в болницата, където ще ме оперират и ще си изгубя косата след това. Да, няма да е весело, но всички заедно можем да преминем през това." По този начин децата се чувстват част от изпитанието, през което преминава цялото семейство и успяват по-лесно да го приемат.

По-близки взаимоотношения със семейството
„Със съпруга ми винаги сме имали добри взаимоотношения с децата, но след всичко те станаха още по-топли и близки. "

Ако на самия онкологичен пациент не му е удобно да каже на своите деца за заболяването, може да го отмени близък роднина или приятел, като им обясни новата ситуация. Това зависи от роднинската връзка на пациента с детето – дали е негова леля, баба или майка.

„Аз не съм жертва на рак на гърдата. Аз преживявам рак на гърдата.
Аз не умирам. Аз живея.
Аз не се церя. Аз се лекувам и възстановявам.
Аз не се страхувам. Аз обичам и се доверявам.
Аз не се боря. Аз спирам всяка враждебност и конфликт.
Аз не съм слаба или изтощена. Аз съм силна и цяла.
Аз не плача. Аз се смея, докато по крака ми потекат сълзи.
Тялото ми не ми е враг. Моето тяло ми е верен приятел и нежен съветник.
Историята на живота ми не е история. Историята на живота ми е легенда.
Аз не съм безсилна. Аз съм прекомерно силна.
Аз не съм капка в океана. Аз съм океанът в капка.
Аз не съм разпиляна. Аз съм ориентирана.
Аз не се руша. Аз градя свещената си фигура.
Аз не съм хваната в капан или клетка. Аз съм свободна като току-що оперено пиле.
Тялото ми не е кална локва от отчаяние. Тялото ми е осветен храм на духа.
Аз не съм изпълнена със сенки. Аз съм изпълнена с озаряваща светлина.
Аз не съм пасивна марионетка. Аз съм активна защитничка и ентусиазирана участничка.
Аз не съм уморена и не ми се помага. Аз съм обвързана и вложена.
Аз не съм без глас или значение или предназначение. Аз съм небесен вестител.
Аз не съм бракувана. Аз съм нужна.
Аз не падам, не се влача или колебая. Аз съм постоянно вдъхновяваща и повдигаща настроението.
Аз не живея в отраженията на миналото или проекциите на бъдещето.
Аз радостно танцувам гола в разгръщащата се мистерия на настоящия момент.
Аз не съм сама или изоставена. Аз съм безкрайно свързана от меките, копринени вибриращи нишки на любовта.
Няма да забравям. Ще си спомням.
Няма да изгоря. Ще искря завинаги."

Лора Барнз

Нормално е децата да изпитват затруднения при приемането и справянето с рака на своя родител или член на семейството по много причини. Пациентът е възможно да се лекува в болница далеч от къщи или се възстановява след това вкъщи, да изглежда различно и това да създава неудобства. Децата е възможно да са помолени да помагат повече или да се държат добре, особено ако други хора, различни от техните родители помагат във възстановителния процес. Възможно е да получават по-малко внимание и това да ги обижда.

Ако приятели или други членове на семейството имат желание и възможност да помагат, могат да водят децата на училище или на други занимания, когато родителят с онкологична диагноза не е в състояние да го направи. Това помага да настъпят възможно най-малко промени в начина на живот на децата.

По-малките деца могат да насочат своето внимание към смъртта. Те често се притесняват кой ще се грижи за тях, ако се случи нещо с родителите им и е добре да знаят какво ги очаква. По-големите деца и тинейджъри, които са по-независими, могат да се справят с настъпилите промени в начина им на живот в резултат на онкологичната диагноза в семейството и с по-дълга раздяла с родителя им.

Въпреки че е важно да се поддържа обичайният живот и ежедневни задължения на децата, те също е необходимо да се включат като част от семейството във войната срещу рака. Те е възможно да се интересуват къде ще се провежда лечението на техния родител или да задават въпроси за настъпилите промени във външния му вид. Добра идея е детето да се включва в различни дейности като например избор на перука при лечение с химиотерапия или в местни групи за подкрепа на деца, чиито родители имат рак.

Много деца се опитват да се държат като възрастни и да улесняват живота на своите родители. Участие в група за подкрепа на деца може да им осигури подходящо място за изразяване на тяхната фрустрация и страхове и същевременно да се чувстват защитени и разбрани. Тя може да се ръководи от социални работници от болницата, медицински сестри, психолози, духовници или психологически съветници.

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. Те сякаш присъстват на собственото си погребение.

Освен огромния стрес, който носи за пациента поставената му онкологична диагноза, но той е необходимо да се погрижи цялостно за себе си, а не само за заболяването. За да отклонят своето внимание от него, някои пациенти увеличават ежедневната си физическа активност като ходене, танцуване, балет, йога с цел подобряване на психичното си благополучие и възприемането на своето тяло. Други креативни начини за себеизразяване и разсейване са участие в класове по поезия, музика, рисуване, пластична живопис и четене. Ежедневните молитви и релаксацията са полезни за контрол на тревожността и симптомите на заболяването. Започването на нови вдъхновяващи дейности може да даде на пациента усещане за себеутвърждаване, реализация на творческия му потенциал и да му помогне да овладее стреса, на който е подложен.

Помощ чрез дейности и творчество

„Докато съм в болницата, не мога да отделям време на синовете си, затова им пиша писма. В тях описвам как се чувствам и им казвам, че ги обичам, съветвам ги и се надявам болезненият ми опит да им е от полза и на тях."

„Когато имам достатъчно сили и енергия, се занимавам с цветята в градината. Трябва нещо да правя с ръцете си, затова се занимавам с тях, колкото мога повече. Това е един от начините, с които се справям с диагнозата си. Никой не може да ми отнеме любимото ми занимание."

☐ Сред грижите за себе си, на които онкологичният пациент е необходимо да се научи, е умението да помоли и приеме помощ от приятели или от членове на семейството му, да признае, че не е в състояние да се справя с някои от своите задължения. Молбата за помощ не означава слабост на характера. Някои от списъка със задачи, които е необходимо да се изпълнят, са например осигуряване на транспорт до болницата, в която се провежда лечението, обратно до вкъщи, използване на медицинско оборудване вкъщи, намиране на човек, който ще гледа децата по време на лечението и т. н. Стресиращо е наред с обичайните задължения да се търси решение и за изброените промени в ежедневието. Именно за да се справят по-лесно, повечето хора се нуждаят от оказване на допълнителна помощ.

☐ Ракът и неговото лечение обикновено причинява видими промени в тялото на пациента. Много хора се чувстват несигурни по отношение как промените се отразяват на телата им и себевъзприемането им. Извършената операция оставя видими белези по телата им, а последващото лечение се отразява на общото им здравословно състояние. Страничните ефекти от него като загуба или натрупване на тегло, загуба на

коса, промени в кожата променят външния вид на пациента. Натрупаната умора от проведеното лечение още повече затруднява полагането на грижи за собствената личност от страна на пациента.

Членовете на семейството и приятелите могат да помогнат на своите близки с рак да приемат своите чувства по отношение на настъпилите промени във външния им вид и в живота им, като предложат своята любов, подкрепа и разбиране. Онкологичните пациенти се нуждаят от време, за да се приспособят към промените във външния си вид и към новия си Аз-образ.

Лекарствата, дозите, графикът и видът лечение оказват влияние върху страничните ефекти, които пациентът може да очаква. Те са различни и индивидуални при всеки. Едно и също лечение е възможно да има едни странични ефекти при някои пациенти, а при други те да липсват. Добре е пациентът да споделя със своя лекуваш лекар и сестра как се чувства и колко силни са страничните ефекти от провежданото лечение.

Екипът от специалисти по лечението може да помогне пациентът по-леко да се справя със страничните ефекти, когато знае какви са те и как му се отразяват физически и емоционално. Понякога лечението на рака причинява повече дискомфорт в сравнение със самия рак. Пациентът е добре да попита лекуващия си лекар какви странични ефекти да очаква от провежданото лечение и за кои от тях да следи за появата им.

☐ Онкологичните пациенти често се фрустрират от факта, че правят всичко правилно, но то не помага или когато лечението им е необходимо, то трябва да се отложи, защото телата им не са в състояние да понесат повече. Понякога промените в настроението им се дължат на употреба и лечение с определено лекарство, а друг път може да са силно стресирани от борбата с рака. Нормално е по време на лечебния процес пациентите да преминават през възходи и спадове.

Повече ценене на живота и на малките неща в него
„Намирам време да помириша розите или да обърна внимание колко красиви са цветята."
„Да имаш рак е толкова тежък опит, че се радвам, че се случи на мен, защото промени живота ми. Сега спирам да помириша розите, оценявам малките неща…"

По време на лечението на рака настъпващите промени в тялото са от загуба на коса до отстраняване на орган. С тях е трудно да се свикне, защото те са видими от другите хора. Много пациенти, които губят своята коса, предпочитат да носят шалове, перуки или шапки. След операцията за премахване на рака някои хора започват да носят протези или си правят реконструкция. Както краткосрочните, така и дългосрочните решения по-малко привличат вниманието към различието и помагат на пациентите да го прикрият.

Когато е необходимо да се вземат трудни решения, помага провеждането на разговор с други пациенти, които са имали същия проблем и са миналия по сходен път, вече носят същия вид протеза или са имали реконструираща гърдата операция. Хирургът е възможно да покаже снимки с постигнати резултати след операция за реконструкция.

☐ Чувството за хумор, положителната нагласа, откровеността и високия дух е голяма част от това, което привлича партньора. Лечението на рака е възможно да се отрази на тези качества, но в краткосрочен план. Възможно е да се осъзнава, че те са налице, но в момента не се проявяват, подтиснати са от натрупания опит от борбата с рака.

Хумор като стратегия за справяне, след първоначалния шок от поставената диагноза
„Животът не винаги е лесен, но човек може да се усмихва."
„Вървя по улиците и се усмихвам на непознати хора. Радвам се, че съм жива и през днешния ден!"

Ако пациентът желае да има *деца*, по-късно е важно да обсъди това със своя лекуващ лекар, *преди* да започне лечението, защото то често води до стерилитет. Съществуват обаче различни начини да се съхрани репродуктивната способност на пациента, но това е необходимо да се направи преди започване на терапията.

Дори когато е възможно да се получи стерилитет като страничен ефект от терапиите и лечението, важно е да се използва надежден метод за предпазване от забременяване. Дори когато рискът от забременяване е нисък, е необходимо да се използват антиконцепционни средства по време и непосредствено след провеждането на лечението, защото то може да увреди развиващия се плод. Пациентите е необходимо да знаят, че не е безопасно да се забременява по време на провеждане на лечението.

Страничните ефекти от лечението е възможно да се отразят и на *сексуалността* на пациента. Те могат да бъдат умора, липса на желание за интимност и усещане за физическа непривлекателност, вагинална сухота, гадене, страх, тревожност или симптоми на депресия. Изброените физически и емоционални странични ефекти, както и множество други, могат да се овладеят с помощта на медикаменти и подходяща психологическа терапия. Именно затова е важно те да се споделят с лекуващия лекар, въпреки усещането в пациента, че с това може да стане досаден.

Депресивни чувства
„Не е лесен път, определено, пих антидепресанти 3 месеца. Не се интересувах какво се случва около мен. Изпитвах ужасни чувства, които ме задушаваха."

Промените във външния вид на пациента е възможно да се отразят и на сексуалното му желание и да се чувства сексуално непривлекателен. Когато е възможно да прави секс, пациентът е добре да сподели със своя партньор как се чувства и кога е готов за това. Той се нуждае от пространство и време да се адаптира, да се настрои и приеме настъпилите промени в тялото и самооценката си. Когато пациентът изрази своето желание и готовност за физическа близост и контакт, е добре да конкретизира какви са желанията му. Междувременно друг вид физически контакт, различен от сексуалния, като прегръдки, целувки и докосване може да му помогне да се почувства по-добре от физическа близост.

За пациентите не е необичайно да се оттеглят от своя партньор, когато са налице настъпили промени в телата и самооценката им. Хора с рак, при които промените са свързани и със сексуалността им, искат да знаят и се питат дали партньорът им все още се интересува от тях, дали го привличат сексуално и дали им харесва. Партньорът на онкологичен пациент може да изрази своите чувства по различен начин. Необходимо е да се проведе разговор с пациента за чувствата на неговия партньор, да изслуша настъпилите промени в неговата сексуалност, в представата му за себе си и собственото тяло.

Взаимоотношения с партньора

Подкрепата и нейното значение

„Съпругът ми винаги много ме подкрепяше. Той е скалата, на която се облягам. През цялото време беше до мен. И дори сега, когато съм добре, мисля, че знае все още колко е важна за мен неговата подкрепа."

„Много съм му благодарна. Мисля, че без неговата помощ щеше да бъде още по-трудно. Мисля, че за хората, които нямат тази подкрепа, е още по-трудно. Понякога си мисля за тях… С любовта и подкрепата, която имам, е толкова трудно…"

Липса на подкрепа

„От самото начало съпругът ми отрича диагнозата, не ме подкрепя и не говорим за нея."

Сближаване с партньора

„Със съпруга ми станахме по-близки. Мисля, че се ценим взаимно още повече. Кризата ни сближи."

Някои хора се страхуват от физическа близост поради страх от зараза с рак от своя партньор или се страхуват да не го наранят. Ракът не е заразен и по време на секс не може да се предаде на партньора. Понякога за кратък период от време е възможно сексът да не е разрешен, когато пациентът се възстановява от операция или когато е особено податлив към инфекции.

Лекуващият лекар е необходимо да каже какви предпазни мерки да се вземат в зависимост от лечението, което се прилага на пациента в момента. Добре е партньорът да сподели своите страхове с него, за да не му причинява болка и дискомфорт. Ако пациентът не е готов за сексуален контакт, съществуват други нежни форми на изразяване на любовта чрез докосване като прегръдки и държане за ръка, например.

Ако пациентката няма интимен партньор при поставяне на онкологична диагноза и последващото лечение, е възможно да се чувства несигурна как и кога да изрази своето желание за нова връзка. Единствено обаче тя знае дали и на кого има достатъчно доверие, за да сподели тази част от своя живот. Дали ще го заяви рано във връзката или на по-късен етап от взаимоотношенията зависи от нея. Може да се упражнява какво и по какъв начин ще каже пред някой друг, преди да го сподели с новия си партньор.

Подобрена комуникация

„Сега говоря много по-лесно за всичко."

Някои пациентки се страхуват, че партньорът им ще избягва физически контакт с тях. Други могат да се опасяват, че той ще ги напусне и ще намери някой друг. Ако има проблеми във взаимоотношенията преди поставяне на онкологичната диагноза, те ще продължат да съществуват и след това. Ако обаче са налице стабилни отношения в двойката и тя има опит в преодоляването на препятствия заедно, партньорите ще приемат рака като поредното предизвикателство, с което е необходимо да се справят. Когато комуникацията между тях е добра, те могат да обсъдят своите чувства и стреса, който диагнозата оказва върху тях и взаимоотношенията им.

Сблъсъкът с рака при един от партньорите е възможно да укрепи взаимоотношенията им и те да се чувстват още по-близки. Чрез него те могат да осъзнаят какво наистина е от значение за тях. Предишните им приоритети и/ или проблеми могат да им изглеждат по-маловажни, възможно е да йерархизират по друг начин своите ценности.

Пациентките, които не са подкрепени от своите партньори, могат да участват в групи за самопомощ или с професионални съветници или приятели, както за онкологичните пациентки, за техните партньори или така и за двойката като цяло, за партньорите. Съветникът може да е полезен в търсене на начини за подобряване на комуникацията и за разрешаване на проблеми във взаимоотношенията. Групи за подкрепа и/ или

самопомощ са друг източник за практически съвети и идеи за справяне с настъпилите промени в сексуалността.

Взаимоотношения с членове на семейството

Получаване на подкрепа

„Цялото ми семейство непрекъснато ме подкрепя. В този момент благодарих на Бога за това, че имам семейство."

Липса на подкрепа

„Трудно се живее с човек като моя син, който отрича случващото ми се, отказава да говорим по темата и дори не ме пита как съм."

Понякога членовете на семейството първи научават, че на обичан от тях човек е поставена онкологична диагноза. Как и кога семейството решава да съобщи диагнозата на онкологичния пациент? Някои хора емоционално нестабилни ли са, прекалено млади или на години ли са за това?

Повечето хора са в състояние да понесат новината, че имат рак, но всеки се нуждае от време, за да се адаптира към нея и да установи какво означава тя за него и живота му.

Всеки член на семейството, който е необходимо да съобщи, че обичан от него човек има рак, е необходимо да има предвид следното: пациентът смята, че носи лоши новини; той със сигурност усеща, че с него нещо се случва и не е наред, особено ако са започнали да му правят редица изследвания и/ или не се чувства добре. Онкологичният пациент е възможно да не е съгласен членовете на неговото семейство да пазят в тайна от него поставената му диагноза. Въпреки че те го правят с цел да го предпазят, възможно е той да го възприеме като проява на нечестност.

Когато на онкологичните пациенти не е съобщена диагнозата, те са лишени от възможността да вземат важни решения за своето лечение и живот като цяло. Възможно е да има неща, за които желаят да се погрижат, да изгладят отношения или да уредят юридически въпроси. Дори, когато пациентът има рак с добра прогноза, членовете на семейството е необходимо да обсъдят възможностите за лечение, целите, които си поставят в дългосрочен план и дори предсмъртните му желания. Специалистите от лекуващия екип могат да помогнат в обсъждането и подготовката как близките да съобщят новината на пациента, защото те имат опит в това отношение.

Обикновено хората се нуждаят от време, за да си дадат сметка и осъзнаят своите чувства, преди да ги изразят и споделят, както желаят. В подобен труден момент приятелите и членовете на семейството може да са обект на силни позитивни чувства, изразени от страна на онкологичния пациент. Ако обаче той насочва своя гняв, разочарование и фрустрация към тях, е необходимо те да си дадат сметка, че не са причината и нямат вина за това. Те са хора, на които пациентът има доверие, затова и пред тях той изразява своите чувства, които провокира ракът. Пациентът се ядосва на рака и как той променя неговия живот. Въпреки че членовете на семейството и приятелите обикновено се опитват да окажат подкрепа чрез своите отговори, гневът и изразяването му понякога е естествена реакция към диагнозата. На приятелите и членовете на семейството също е необходимо време, за да се адаптират към поставената онкологична диагноза. Необходимо е те да се справят с увеличените им задължения докато същевременно преодоляват множество емоции. Освен това те полагат усилия и се опитват да бъдат чувствителни към потребностите, които обичаният от тях човек с рак има.

Ако човек е в близост до онкологичния пациент и каже нещо като „Тук съм, когато си готов да поговорим", това помага да се съхрани каналът за връзка отворен и да му се предложи да сподели своя опит. Присъствието е друг начин да се изрази подкрепа към

обичания пациент. Проявата на честност в отношенията позволява всеки да сподели изпитваните чувства и трудности с другия и заедно да ги преодолеят.

Значение на социалната подкрепа
По-близки отношения с приятелите
Избягване на близки отношения по време на лечението поради страх от рака, който ги плаши, но след него - желание приятелството да продължи.
„Те се страхуват, не знаят как да общуват с теб, какво да ти кажат."

Със сигурност човекът, който съобщава диагнозата на пациента, търси „правилните" и най-подходящи думи за това. В този случай обаче не съществуват правилни думи или поведение. Понякога изслушването на пациента е от по-голяма помощ и значение в сравнение с отговорите, които ще му даде обгрижващият човек. Едно от най-важните неща, които може да направи, е да увери пациента в своята любов и подкрепа, в това, че ще бъде до него през всички етапи на лечението.

Повечето онкологични пациенти не желаят да водят битката за живота си сами и се нуждаят от своето семейство и приятели. „До теб съм" са вероятно най-подходящите, силни и желани думи за изразяване на подкрепа и съпричастност към обичания човек с рак.

Получаване на социална подкрепа
от искрени приятели
„От първия ден те ме подкрепят. Нищо не се промени в отношенията ни. Те бяха/ останаха до мен по време на лечението и след това, когато вече съм добре. По Божията милост те не се промениха, останаха също толкова загрижени, когато вече съм добре."

Необходимо е да се има предвид, че не всеки онкологичен пациент желае да говори за своите чувства или да обсъжда през какво преминава като житейски опит. Възможно е той да има друг начин за изразяване на своите емоции, а някои хора дори предпочитат да ги запазят за себе си. Пациентите е възможно да поискат от своите близки и приятели да им помогнат да съхранят своите ежедневни дейности колкото е възможно повече, както са ги извършвали преди поставяне на диагнозата. В този случай хората около тях е необходимо да бъдат себе си, да съхранят отношението си към тях, да продължат да правят с тях всички неща, както преди, сякаш те нямат рак.

Безспорно поставената онкологична диагноза променя отношенията между членовете в семейството завинаги. Изведнъж въпроси като какво ще има за обяд или какви са плановете за уикенда губят своето значение. Семейните и личните ценности са поставени на изпитание, а приоритетите са силно променени и преподредени.

По време на битката, която член от семейството води с рака, може да се изтъкне като причина на дневен ред да се обсъждат отново стари чувства и неразрешени конфликти от миналото, преди всеки член от семейството да се включи в борбата като част от отбора.

Гледна точка за живота
Позитивен опит и откриване на смисъл в заболяването
„Не винаги е вярно, че ракът е краят. Може да е и ново начало на живот."
„За мен ракът беше началото на по-добър живот, на нова, по-позитивна гледна точка за живота. Всичко в живота има смисъл."
„Докато имаш рак се усмихваш на някой, говориш с някой или му помагаш – за мен това е мисия."

Ракът може да причини и промени в семейните роли. Сестра, майка, баба, леля или приятелка е възможно да е зависима в голяма степен от другите членове на семейството. Възможно е да им се наложи да променят своето работно време и начина, по който общуват по между си, а новите отговорности да се увеличават, докато помагат на онкологичния пациент.

Родителите могат да се обърнат за подкрепа към своите деца. Ако те са достатъчно големи, могат да бъдат помолени да поемат повече задължения в домакинството и да помагат. Молбата често е отправена към децата в момент, когато те самите се нуждаят от подкрепа и грижи. В отговор на стреса в семейството, на който са подложени децата, е възможно да започнат да се държат незряло, все едно са на по-малка възраст. Възможно е това да е техният начин да се справят с настъпилите промени в семейството заради рака. Тинейджъри, които по правило са бунтари и прекарват повече време със своите приятели, може да се обърнат към семейството за подкрепа.

Членовете на семейството и приятелите на онкологичния пациент също имат своите потребности, които е необходимо да се задоволят. Необходимо е те да полагат грижи за себе си, за да се чувстват добре и да имат сили да се грижат за пациентите. Когато са задоволени потребностите на обгрижващия, това е полезно и за самия пациент. Добре е и двамата да знаят своите граници и да отделят време за почивка, когато е нужно. Обгрижващият е на разположение физически и емоционално на пациента за водене на искрени, топли и сърдечни разговори с него.

Понякога членовете на семейството се отнасят към пациента сякаш е безпомощен, въпреки че той е в състояние да се грижи за себе си. Понякога пациентът не желае да получи помощ, например, в къпането или в обличането, а предпочита той самият да се грижи за себе си. Доколкото е възможно, тези негови желания е добре да се уважават.

Как се справя всяко семейство с тежката диагноза зависи от това как в миналото е преодолявало проблеми. Хората, които са свикнали да общуват открито и да споделят своите чувства, обикновено споделят как ракът е засегнал живота им. Семейство, в което всеки член разрешава проблемите си индивидуално, а не като екип, е възможно по-трудно да се справи с травмиращата диагноза.

Лечението на рака включва полагане на грижи както за онкологичния пациент, така и за неговото семейство. Именно поради тази причина в екипа от специалисти, които провеждат лечението, се включват както психолози, така и социални работници. Ако те не фигурират в него, е необходимо да се разговаря с лекуващия лекар или медицинска сестра, за да посочат други източници за подкрепа и справяне с рака на пациента и неговото семейство.

Онкологичните пациенти често споделят, че *липсата на комуникация* в техните семейства е проблем. Промените в семейните задължения могат да са причина за недоволство и тревожност. Някои членове на семейството може да не желаят открито да обсъждат своите чувства. Други е възможно да избягват контакти с онкологичния пациент, защото чувстват, че нямат какво да му предложат, не знаят как да се държат с него или няма с какво да му помогнат, за да подобрят ситуацията. Всички тези и други причини могат да отдалечат един от друг членовете на семейството, когато е необходимо да бъдат сплотени и подкрепящи се. Подходяща професионална помощ в тази насока те могат да получат от клиничен психолог. С него биха могли да работят над това как да се справят с настъпилите промени в семейството и да изразяват и обсъждат своите чувства спокойно помежду си.

Членове на семейството на пациента и неговите приятели разполагат с различни начини за намаляване на стреса, на който са подложени, като участват в различни дейности извън дома, например индивидуални срещи с психолог, участие в групи за подкрепа и т. н. могат да помогнат за преодоляване на фрустрацията, която чувстват.

Несъгласие с хората, които вредят на телата си
„Ядосвам се, когато видя хора, които злоупотребяват с телата си, пушат, пият или използват наркотици. Имам желание да им кажа: „Това, което правите, не е добро. Трябва да се грижите за собственото си здраве, защото то не е даденост."

За онкологичните пациенти и техните семейства са на разположение също така и множество източници за подкрепа. Те могат да получат подкрепа от семейството и приятелите, от професионалисти от здравната сфера или от различни терапевтични групи за подпомагане. Оказаната подкрепа е начин пациентите отново да почувстват, че контролират събитията в своя живот.

В случай, че пациентът не се чувства подкрепен от семейството и приятелите си, живее сам и/ или се чувства самотен и е изгубил посоката и смисъла на своя живот, е необходимо да намери хора, които да го подкрепят. Вероятно в квартала, в който живее, другите хора се нуждаят от компанията му точно толкова, колкото и той от тяхната. Взаимната подкрепа, оказана между онкологични пациенти, е също от значение. Няма онкологичен пациент, който да не е готов да помогне на друг онкологичен пациент.

Реакциите на другите
„Когато видя друг пациент като мен си казвам: „Горката жена". След това си дадох сметка, че най-вероятно другите хора си казват същото за мен".

Програмите за подкрепа съществуват в различни форми, както като индивидуална работа с пациента, така и групова. Някои групи се сформират по формален признак и имат за цел членовете им да разширят своите знания за онкологичната диагноза и за начините как да се справят с нея. Други са неформални и социални. Някои групи включват само пациенти или само хора, които обгрижват близки с рак, а други се състоят от съпрузи, членове на семействата и/ или приятели. Някои групи са сформирани от пациенти с конкретен вид рак или с конкретен стадии на заболяването. Сбирките могат да имат предварително определен брой терапевтични срещи за седмица, месец или този параметър да не е зададен. Някои програми не приемат нови членове, след като са започнали, а други са отворени за нови членове на мястото на отказващите се.

Ръководител на групата може да е специалист от здравната сфера като социален работник, медицинска сестра или друг подготвен и лицензиран професионалист или член на групата, който има необходимата предварителна подготовка.

За хората, които нямат възможност да посещават сбирките, даване на консултации и съвети по телефона е добър вариант, които различни неправителствени организации предлагат. Друга алтернатива са онлайн групите за подкрепа, в които се съхранява анонимността или чат с пациенти със сходна диагноза.

Без значение в каква група участва, пациентът трябва да се чувства комфортно в нея, приет и разбран, както от членовете ѝ, така и от ръководителя ѝ. Добре е преди да влезе в нея и да стане част от живота на групата да сподели страховете, които има, и неяснотите, които изпитва.

Предложената подкрепа в различни форми позволява на членовете на групата да споделят своите чувства и опасения и да развиват умения за справяне с настъпилите промени в техния живот. Проведени изследвания установяват, че хора, които участват в групи за подкрепа, подобряват своето качество на живот, спят по-добре и имат повече апетит (Shapiro, 2013).

Групите за самопомощ обикновено се ръководят от неспециалист, от човек, който е преминал през сходен проблем или криза като участниците. Те могат да се доверят на неговия опит от първа ръка и често да получават съвети и препоръки за по-лесно понасяне на лечението. Например възможно е да се препоръча домашно средство срещу гаденето като чай от джинджифил или да се обсъди къде са най-добрите цени на перуки

и шалчета за тюрбани. Ако членовете на семейството не посещават групата, пациентите могат да изразяват своите чувства и да опишат и споделят как точно се чувстват. На членовете на семейството също е възможно да е полезно да споделят своите чувства, страхове и тревоги с други членове на семейства, засегнати от рак.

Групите за самопомощ дават възможност на пациентите, които са в процес на възстановяване или са се възстановили от рака, възможност да помогнат на други онкологични пациенти. Множество пациенти установяват, че се чувстват по-добре, когато разширяват и задълбочават своите познания за диагнозата и ги споделят с други онкологични пациенти. Те могат да станат съветници, фасилитатори или доброволци. Като споделят своя опит и изминат път, те успокояват и намаляват страха в току що диагностицираните пациенти и се радват, когато стресът не се усеща в техните гласове.

Важен е също така изборът на момент за включване в група за подкрепа. Някои току-що диагностицирани пациенти е трудно да го направят. Историите, които другите пациенти споделят след месеци и дори години лечение, могат да са допълнително натоварващи и разстройващи. Ако пациент се опита да се включи в група, но не се чувства достатъчно уютно в нея, може да пожелае да опита отново по-късно или да я смени.

- За някои пациенти източник на духовна подкрепа и сила са религиозните убеждения.

Религиозен опит
Връзка с Бога
„Не бих могла да премина през този тежък и болезнен опит по време и след лечението, без връзката ми с Бога."
„Ако не вярвах в Бога, не знам как щях да преживея всичко това. За Бога няма нищо невъзможно. Без Неговата помощ нямаше да мога да го преживея."
„Не изминах Пътя сама. Виждах Неговите следи в пясъка, докато ме носеше на ръце."
„Съжалявам хората и не знам как се справят с такова изпитание, ако не вярват в Него."
„По време на лечението и след това, когато ходя на контролни изследвания, гледам другите хора и си мисля, че не бих могла да се справя, ако Бог не беше с мен."

Откриване на смисъла на заболяването чрез религията – налице е божествена причина за заболяването
„Бях прекалено заета, а заболяването беше единственият начин да ме спре и да ми напомни за Бога, да Го чуя. Оздравях, за да продължа да работя за Него."
„Не знам защо се случи, но беше по волята на Бога. Вярвам, че всичко е за добро. За да остана позитивно настроен човек, за да разказвам на другите хора моя опит и те да вярват, че изход има."

Когато са онкологично диагностицирани, те откриват вярата по нов начин, а други смятат, че онкологичният им опит засилва съществуващите им религиозни вярвания и че те им дават надежда. Духовна подкрепа могат да получат от религиозно лице или от специално обучен енориаш, който помага на пациенти и семействата им.

Други пациенти, които не са силно вярващи в този момент, могат да се обърнат към вярата и Църквата. Те може да прибягнат до извършване на друг вид духовна работа, дневни практики и занимания като молитва, съзерцание, медитация, вслушване и/ или изказване на благодарност. Някои хора изразяват своята духовност в прекарване на време сред природата, в участие в креативни дейности или като служат и помагат на другите. Това може да е част от духовността, която се изразява в ежедневния живот.

Благодарност към живота
„Когато се събудя сутрин, се радвам и благодаря на Бога и за днешния ден."
„Благодаря на Бога, когато децата дойдат събота или неделя, когато сме заедно на празници или когато ходим на екскурзия. Когато имаш поставена онкологична диагноза, осъзнаваш, че тези неща не са даденост и благодариш за всяко едно от тях. Благодаря ти, Боже, че доживях и тази пролет, и този рожден ден, и тази годишнина, защото преди 2 месеца, например, бях толкова зле, че не знаех дали ще я дочакам."

Освен програмата за емоционална подкрепа, всеки онкологичен пациент се нуждае от специалист за:

- извършване на здравни услуги по домовете
- социални служби за съвет и помощ
- диетолог
- рехабилитатор
- духовник

Когато лечението приключи, пациентите откриват нова страница от своя живот, изпълнена с надежди, благополучие и може би страх. Страхът от рецидив от заболяването е общ за всички пациенти с рак и понякога е много силен. Прегледи при лекарите и отбелязване на годишнини от поставената диагноза може да провокират смесени чувства.

Преодоляване
„Да имаш рак е много емоционално, защото страдаш, плачеш, скърбиш. Това състояние обаче не може да продължава дълго време. Признаваш пред себе си, че имаш право да се чувстваш по този начин, но ако това не се промени, няма да можеш да изживееш пълноценно времето, което ти остава. Можеш да си полезен, да свършиш много неща, въпреки че не както преди поставянето на диагнозата. От теб зависи да се наслаждаваш пълноценно на живота."

Всички онкологични пациенти желаят да се върнат към своя обичаен начин на живот преди поставянето на диагнозата, но този процес представлява предизвикателство и всеки се справя с него по свой собствен начин. Те полагат съзнателни усилия да мислят позитивно, да правят планове за бъдещето, да се хранят по-здравословно, да се натоварват физически всеки ден и като цяло да живеят по-спокойно и по-добре.

Начин на живот
Връщане към обичайния начин на живот и желание да направят повече неща в живота
„Животът е кратък, не искам да го пропилявам, наслаждавам се на всеки ден, който Бог ми е дарил."

Обикновено поставената онкологична диагноза променя както отношенията между членовете в семейството, така и извън него. Някои от приятелите на пациента може да престанат да се обаждат по редица причини. Може да не знаят как да реагират на настъпилата промяна във външния вид или да го избягват, за да не мислят за възможен фатален изход за пациента или да им се напомня, че всеки ще почине някой ден. Поставената онкологична диагноза е възможно да им напомня за загуба на близък човек в миналото. Други хора е възможно да се срамуват повече от самия пациент и да не знаят какво и по какъв начин да разговарят с него.

Въпреки това, фактът, че някои приятели на пациента не знаят как да разговарят с него в този момент, не намалява болката, фрустрацията и страданието да е изолиран и оставен сам. Другите хора е възможно да направят изказвания, които не звучат искрено, а

клиширано и нараняващо. Пациентът е добре да знае и да си дава сметка, че те се стараят и дават най-доброто от себе си. Ако той е отворен и готов да сподели опита си от заболяването с тях, вероятно и те ще се отпуснат.

Личностно израстване чрез преодоляно препятствие
„Искам да споделя натрупания опит с други пациенти, да им е от помощ през какво съм преминала. Така се чувствам полезна и необходима. Търся и намирам хармония между тялото, душата и ума."
„Вярвам, че всеки ден е подарък за мен. Утрешният ден не е обещан на никого. Има само днес."
„Заболяването е част от живота ми, но то не представлява целия ми живот."
„Внучката ми се молела на Бога така: „Господи, не позволявай на баба да си замине. Нека бъде както преди, когато тичахме и играехме заедно." Въпреки че тялото ми е различно, ние правим много неща заедно. Смятам, че заболяването ме направи по-добра баба отколкото бях преди."
„Ценя повече живота, откакто бях на крачка от смъртта. Искам всеки ден да давам най-доброто от себе си. Животът ми след диагнозата е толкова различен. Сякаш след нея оживях, сякаш живея втори живот. Сега за мен са много по-важни взаимоотношенията с другите хора, открих нов смисъл в живота си, старая се да откривам красота във всичко. Дори, когато вали, очаквам да се появи дъгата."

Ако кариерното развитие заема важно място в живота на онкологичния пациент, връщането на работа, възможно най-скоро, когато физически е готов за това, е начин да възвърне стабилността в своя живот. Ако поради проведено лечение той не е в състояние да се върне на предишната си работна позиция, добре е да участва в рехабилитационни програми и в преквалификационни курсове, които се предлагат по местоживеене.

Когато се върне на работа, онкологичният пациент може да установи, че отношенията му с колегите са се променили. Възможно е той да е същият предишен човек, който е бил, но е възможно те да не се чувстват удобно в негово присъствие, както преди. Някои може да се държат сякаш той не е имал рак и да не говорят за тази част от живота му или може те да виждат, че пациентът изглежда добре, да се справя отлично с работата и да подценяват сериозно лечебния процес, през който е преминал. Колегите може да не са сигурни какво да направят, да не знаят какво да кажат или да се опитат да предпазят чувствата на пациента.

В заключение, в съвременния свят ракът не е смъртна присъда. Всеки ден се откриват нови лекарства за лечението му и за него вече се знае почти всичко. Някои видове рак имат по-добри прогнози за излекуване в сравнение с други, но като цяло хората с рак живеят по-дълго.

Лекарите не могат да предвидят колко дълго ще живее човек. Те могат да предполагат като стъпват на своя опит в лечението на другите пациенти със сходен здравословен проблем. Дори когато перспективите за пациента не са добри, не са в негова полза, провеждането на нови изследвания и откриването на нови лекарства, които могат да държат под контрол и да овладеят заболяването, дават надежда. Ако обичан човек е с рак, членовете на неговото семейство и приятели също са източник на надежда, непрекъсната подкрепа, съпричастност и безусловна любов.

Без значение от прогнозите, периодът от време, в който пациентът може да се отдаде на дейности, за които винаги е мечтал и е имал желание, но не е разполагал с време и възможност, зависи от него. Той има възможност да прекарва време със своето семейство и приятели.

Добре е да се концентрира и насочи вниманието си към дейности, на които може да се отдаде и зависят от него, а не към ситуации и събития, които не би могъл да контролира. Той винаги може да води активен живот, изпълнен със съдържание.

2 Изследване на жени с рак на млечната жлеза до една година от поставяне на диагнозата

2.1	Изследване на текущото състояние	131
2.2	Изследване на възприемането на собственото тяло	150
2.3	Изследване на привързаността към партньора	163
2.4	Изследване на начините за справяне с диагнозата	175
2.5	Изследване на позитивния опит от поставената диагноза	192
2.6	Сравнителен анализ на текущото състояние, възприемането на собственото тяло и позитивния опит от поставената диагноза	199

2.1 Изследване на текущото състояние

2.1.1 Въведение

Ракът на млечната жлеза е най-често срещаният рак при жените. Благодарение на ранното му откриване и непрекъснатото развитие в лечението, което се предлага, критичният период от 5 години след диагностицирането му се достига от все повече пациенти от различна възраст, етнос и стадии на заболяването. Заедно с продължителността на живота, след като това голямо житейско препятствие е преодоляно, се увеличават и страничните ефекти, получени в резултат на лечението, много от които се отразяват пагубно върху здравето на пациентите и качеството им на живот. Именно поради тази причина, използването на инструменти за измерване на настъпилите *промени в текущото им състояние* и качество на живот след преживяна онкологична диагноза установява, че то се подобрява след приключване на програми за психорехабилитация.

По правило хората, които воюват със заболяването, преживяват значителен психологичен дистрес, страдат емоционално и понижават своето качество на живот (Larouche & Edgar, 2004; Wilson et al., 2000; Zabora et al., 2000; Flanagan & Holmes, 2000). Приблизително 30% от онкологичните пациенти развиват симптоми на клинична депресия (Pasacreta, 1997). При тях тя се среща 2 пъти повече в сравнение със здравото население (Katon & Sullivan, 1990). Налице са проблеми с приспособяването, тревожност, завишени нива на суицидна идеация, изпитване на болка и умора (Zabora et al., 2000; Carlson et al., 2004). Симптомите на дистрес понякога се преплитат с усложнения и странични ефекти от лечението по време на очакване на резултатите от медицинските изследвания. Изследователите са единодушни, че е необходимо да се отделя по-голямо внимание на емоционалното благополучие на онкологичните пациенти, като им се окаже психологическа помощ, за да преодолеят първоначалния шок от поставената

диагноза, а по-късно и промените в мечтите и жизнения им сценарий в резултат на проведеното лечение (Larouche & Edgar, 2004; Bultz & Carlson, 2006).

Хората се справят със стреса по различен начин в зависимост от конкретната ситуация, пред която са изправени (Folkman & Lazarus, 1980; McCrae, 1984). Поставянето на онкологична диагноза и последващото лечение изправя пациента пред необходимостта от преодоляване на болезнени и плашещи симптоми, неяснота на прогнозата на заболяването и промени в социалните взаимоотношения. Полаганите усилия от пациента за преодоляване на стреса са функция както на *личностни*, така и на *ситуативни фактори* (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Става ясно, че подходящите стратегии, които се предпочитат за адаптиране към физическия дискомфорт, са насочени към решаване на проблема, като например търсене на съвет от лекари или вземане на лекарство, а по-добра стратегия за справяне с неопределеността в бъдеще е емоционалната регулация, като например разсейване или избягване на натрапчиви мисли.

Резултати от проведени изследвания установяват, че високо стресираните онкологични пациенти преодоляват стреса от заболяването по различен начин в сравнение с по-малко стресираните пациенти с рак. В две изследвания позитивното преформулиране на стресиращата ситуация е свързано с изпитване на по-малко стрес, а прилагането на стратегия на избягване е свързано с преживяване на по-високи нива на стрес (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984; Weisman & Worden, 1976).

По-младите пациентки преживяват повече трудности в психологическото приспособяване към заболяването в сравнение с по-възрастните. Те срещат повече затруднения в адаптацията към неочаквано поставената диагноза в съответния етап от своя живот. Заради нея те претърпяват загуби в кариерното развитие, сексуалността, семейния живот, репродуктивното здраве и като цяло се влошава качеството им на живот. Поради хормоналното лечение, което трае между 1 и 5 години, при повече от 40% от жените се среща наднормено тегло и симптоми като вагинална сухота и нощни изпотявания. Жени, преживели рак на млечната жлеза, са 5 пъти по-предразположени в сравнение със здравите изследвани лица на същата възраст към симптоми, свързани с ранната предизвикана менопауза (Ganz et al., 1993; Ganz et al., 1995; Ganz et al., 1998). Конкретните проблеми, пред които са изправени по-младите жени при поставена онкологична диагноза на гърдата, които имат малки деца, включват съмнения дали ще преодолеят и преживеят това голямо житейско изпитание, ще успеят ли да ги отгледат, дали последваща бременност ще увеличи риска от рецидив на заболяването, изпитват трудности във възприемането на собственото тяло след извършената операция за отстраняване на тумора (Ганева, 2011а), в сексуалния живот, чувстват се несигурни в службата, имат усещане за неспособност да сменят своята работна позиция или се страхуват да не я загубят поради несигурност и неяснота в завръщане на заболяването. Установено е, че жени с рак на млечната жлеза години след приключване на лечението продължават да изпитват симптоми като умора, депресия, мускулни и ставни болки.

При повечето жени силният първоначален дистрес намалява и настроението им се нормализира, връща се в границата на нормалното *между 6 и 12 месеца след приключване на лечението* (Coyne, Benazon, Gaba, Calzone & Weber, 2000). Въпреки това в период до 10 години след поставяне на диагнозата около 20% от пациентите страдат от силно изразени симптоми на депресия или тревожност (Morasso, Costantini, Viterbori, Bonci, Del Mastro, Musso, Garrone & Venturini, 2001) и отговарят на критериите за посттравматично стресово разстройство. Конкретно ракът на млечната жлеза е пряко свързан с усещането за женственост и сексуалност при жените. Много от пациентките споделят, че е намаляло усещането им за собствената им привлекателност и сексуално желание след лечението (Carver et al., 1998) и около 30% споделят проблеми при възприемане на собственото тяло и сексуални дисфункции, които продължават години наред (Yurek, Farrar & Andersen, 2000).

Изследвано е психологическото приспособяване и оценката на качеството на живот (Deshields et al., 2005) на 79 жени непосредствено след приключване на лъчетерапия, 2 седмици след това и на контролен преглед след 6 седмици. Веднага след приключване на лечението те споделят високи нива както на депресия, така и на надежда, изпитват тревожност в ниска степен и се чувстват изморени. Симптомите на депресия намаляват 2 седмици след лечението, но те се увеличават на контролния преглед като 29% от изследваните лица изпитват клинични симптоми на депресия непосредствено след приключване на лечението, а 28% при контролния преглед. С времето качеството на живот на пациентите се подобрява значително. Жените над 55-годишна възраст изпитват по-малко симптоми на депресия и тревожност и имат по-добро качество на живот в сравнение с по-младите изследвани лица.

Анализирано е наличието и предикторите на дистрес (Rabin et al., 2004) сред 50 жени с рак на млечната жлеза, които са се лекували само с химиотерапия или с химиотерапия в комбинация с лъчетерапия. Те са изследвани в 3 времеви интервала: преди приключване на лечението, 1 и 3 месеца след него. Получените резултати показват, че някои пациентки продължават да изпитват повече тревожност в месеците след проведеното лечение, въпреки че не са установени по-високи нива на депресия. След приключване на лечението изпитваният дистрес не се е увеличил. Въпреки това, обаче, изследваните лица споделят своя негативен опит със здравната система, застрахователите, интимните партньори и неадекватната социална подкрепа, която им създава усещане за стигматизация. Пациентите, които възприемат своята онкологична диагноза като хронична, са по-тревожни, депресирани и притеснени от възможен рецидив в сравнение с пациентите, за които тя представлява остър епизод на заболяването.

Става ясно, че значителен брой пациентки продължават да изпитват по-високи нива на тревожност месеци след приключване на лечението. *Най-често срещаните страхове* при жени с рак на млечната жлеза са страх от рецидив на заболяването, от изпитване на болка, от смъртта, от нанесените вреди от адювантното лечение и покриването на медицинските сметки. В литературата се разглежда *синдромът на дамоклиевия меч* (Koocher & O'Malley, 1981), който се изразява в изпитвана тревожност от онкологичните пациенти, че ракът може да се върне по всяко време, след приключване на лечението те усещат, че над тях е надвиснал своеобразен дамоклиев меч.

Опитът на пациенти, преживели рак на млечната жлеза, в дългосрочен план също е оценен в сравнение със здрави жени (Tomich & Helgeson, 2002). Резултатите показват, че пациентите възприемат света като място, което подлежи на контрол в значително по-ниска степен, а събитията в него са по-скоро случайни. Те преживяват значително по-малко позитивни емоции и имат по-ниски стойности на качество на живот в сравнение с изследваните лица от контролната група. Установено е (Amir & Ramati, 2002), че физическите и психологическите аспекти от качеството на живот са значително по-ниски при оцелелите от рак на гърдата жени в сравнение с изследваните лица от контролната група. В групата на онкологичните пациенти са налице статистически значимо повече симптоми на цялостно и частично стресово разстройство и емоционален дистрес и значително по-ниски нива на физически и психологически аспекти от качеството на живот.

Фактори от социалната среда като наличието на *социална мрежа за подкрепа* също оказват влияние на процеса на справяне с поставената онкологична диагноза (Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987). Установено е, например, че жени, които не получават подкрепа от членовете на своето семейство, предпочитат стратегия на избягване при преодоляване на стреса (Cronkite & Moos, 1984). От значение са фактори като социален статус, брой собствени деца и дали пациентът живее сам.

От проведени интервюта с 87 жени с рак на млечната жлеза и техните значими други (Lichtman, Taylor & Wood, 1987) се установява, че приблизително при ¾ от изследваните лица взаимоотношенията с членовете на семейството и приятелите продължават да бъдат

подкрепящи и топли, след като заболяването е преминало. ¼ от изследваните лица обаче споделят отдалечаване, известно охладняване в отношенията и наличие на бариери в комуникацията с тях. В друго изследване 95% от пациентите споделят, че получават същото количество любов, съвети, насърчение, помощ, удовлетворение и одобрение по време на лечението както преди него от значимите хора в техния живот (Dunkel-Schetter, 1984). Онкологичните пациенти са дори често пъти изненадани от неочакваните източници на подкрепа по време на преживяната криза (Rowland, 1989). Авторката обяснява, че понякога случен приятел оказва силна подкрепа, която всъщност е очаквана от близък член на семейството.

Сходни проблеми при приспособяването и високи нива на дистрес от поставената онкологична диагноза преживяват и *партньорите на жените с рак на млечната жлеза* (Northouse, Templin & Mood, 2001). Най-често посочваните притеснения от тях са свързани с оцеляването на техните съпруги (Gotay, 1984), най-добрия начин да им оказват подкрепа (Kilpatrick, Kristjanson, Tataryn & Fraser, 1998) и как да задоволят потребностите им в процеса на обгрижване (Zahlis & Shands, 1991). Сравнително нисък процент от партньорите изпитват ниска тревожност и симптоми на депресия в дългосрочен план (Gilbar, 1999). Емпирично е доказано (Mikulincer & Florian, 2000), че с увеличаване на значението на приближаваща опасност от смърт се увеличават изпитваните интимни чувства между партньорите, ако те са сигурно привързани един към друг.

Тъй като независимостта е високо ценена в културата, в която живеем, за пациентите с рак на млечната жлеза може да се окаже истинско предизвикателство да бъдат *асертивни*, да помолят за помощ и след това да я приемат. Сред грижите за себе си, на които е необходимо те да се научат, е и умението да помоли и приеме помощ от приятели или от членове на семейството, да признае, че молбата за помощ не означава слабост на характера и че не е в състояние да се справя с някои от своите задължения. Някои от списъка със задачи, които е необходимо да се изпълнят, са например: осигуряване на транспорт до болницата, в която се провежда лечението, обратно до вкъщи, използване на медицинско оборудване вкъщи, намиране на човек, който ще се грижи за децата по време на лечението и т. н. Стресиращо е наред с обичайните задължения да се търси решение и за изброените промени в ежедневието. Именно за да се справят по-лесно, повечето пациенти се нуждаят от оказване на допълнителна помощ.

Интерес представлява фактът, че не според всички изследователи онкологичните пациенти преживяват негативно поставената им диагноза. Установено е, че някои от тях успяват да съхранят своята цел в живота, вдъхновение, възторг и позитивна оценка към света и към взаимоотношенията със значимите други и дори личностно израстват и извличат психологически ползи (Tomich & Helgeson, 2004; Ганева, 2011б).

Целта на настоящото изследване е да се направи сравнителен анализ на **(а)** *общото състояние* на диагностицирани жени с рак на гърдата в период до 1 година след първоначалното поставяне на диагнозата и клинично здрави изследвани лица и **(б)** да се анализират *неспецифичните ефекти от провежданото* от тях *лечение*.

Формулирани са следните **научни хипотези**: **(1)** клинично здравите изследвани жени ще дадат по-висока оценка на общото си състояние в сравнение с диагностицираните жени с рак на гърдата и **(2)** колкото повече терапии провеждат пациентките, толкова повече неспецифични ефекти от лечението ще имат.

2.1.2 МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Изследвани лица

В изследването участват 95 жени от български произход, от които 41 са с рак на млечната жлеза, а 54 са клинично здрави.

Диагностицираните жени ($N = 41$) са на средна възраст 35.25 години (минимум 18 и максимум 69 години). По отношение на ***демографските данни*** от тях 49% са с висше и 51% са със средно образование, 80% са омъжени, 15% са разведени, а 5% не са встъпвали в брак, 100% са православни християни.

За 68% от респондентите операцията е направена преди повече от 6 месеца, а при 32% - преди по-малко от 6 месеца. На 22% от изследваните жени заболяването е диагностицирано в I стадий, на 71% - във II стадий и на 7% - в III стадий. От тях 95% са раждали и 5% не са. Едно дете имат 62%, а две деца имат 38%. Аборти са имали 66%, а 34% не са. Един аборт са преживели 44%, два 44% и три аборта са правили 12% от изследваните лица.

По отношение на заболяването и свързаната с него ***медицинска информация*** 100% са оперирани и са им премахнати съответните лимфни възли. На 59% е направена радикална мастектомия (цялостно премахване на гърдата), а на 41% е направена лъмпектомия (секторална резекция или премахване на част от гърдата). При 29% са извадени по 12 броя лимфни възли. В 56% от тях са намерени метастази, а в 44% такива липсват. При 53% са налице метастази в между 1 и 10 лимфни възела, а при 47% над 10 лимфни възела са обхванати от заболяването.

По отношение на ***класическите терапии*** *за лечение* на заболяването на 78% е предписана химиотерапия, а на 22% не е. От тях 73% са се подложили на нея, а 27% са отказали. На 78% е изписана лъчетерапия, а на 22% не е. От тях 66% са я провели, а 34% не са. На 71% е предписана хормонална терапия, а на 29% не е. От тях 51% са я приели и я прилагат в ежедневния си живот, а 49% са се отказали от нея.

От тях 66% нямат сродници с онкологично заболяване, а 34% имат. При 47% сродниците са с рак на млечната жлеза, а при 53% е на друг орган.

По отношение на ***алтернативните методи*** *за лечение* на заболяването 29% ги прилагат ежедневно, 29% са чували за тях, но не ги използват, а 42% никога не са чували. От тях билколечение използват 22%, 15% са чували, но не го използват и 63% никога не са прибягвали до него. На специална антиракова хранителна диета са 7%, 29% са чували за нея, но не я прилагат, а 64% не са запознати с въпроса. Хранителни добавки приемат 22% от изследваните жени, 42% са чували за различни видове, но не приемат, а 36% не са запознати с въпроса. Ежедневни физически упражнения правят 56%, а 44% са чували, но не спортуват целенасочено. На масаж лимфен дренаж ходят 29%, 29% са чували, но не им се прави, а 42% никога не са чували за него.

Здравите жени ($N = 54$) са на средна възраст 31.18 години (минимум 18 и максимум 42 години). По отношение на ***демографските данни*** от тях 27% са с висше и 73% са със средно образование, 12% са омъжени, а 88% не са встъпвали в брак, 100% са православни християни.

Изследването е проведено в София.

Метод

Измерване. Изследваните жени попълват въпросника *Measure of Current Status (MOCS)* (Antoni et al., 2006) за измерване на текущото им състояние (Приложение 1). Той се състои от 23 въпроса, които формират две скали с осем подскали и са разделени в две части:

Част А: за *оценка на собственото състояние* (включва 13 въпроса), която се състои от една скала и 4 подскали: за *релаксация* (включва два въпроса, например, "В състояние съм да използвам техники за мускулна релаксация, за да намаля напрежението, което изпитвам"); за *изпитвано напрежение* (включва три въпроса, например, "Лесно мога да разпозная ситуации, които ме стресират или ме карат да се чувствам тъжна"); за *асертивност* (включва три въпроса, например, "Мога ясно да изразя потребностите си пред хората, които са важни за мен") и за *справяне* (включва пет въпроса, например, "За мен е лесно да реша как да се справя с всеки възникнал проблем"). Изследваните лица

отговарят чрез 5-степенна скàла във формат на Ликерт за степен от: 0 – "изобщо не мога да направя това" до 4 – "много добре мога да направя това" с 2 – неутрално мнение: "понякога правя това".

Част Б: за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (включва 10 въпроса), която се състои от една скàла и 4 подскàли: за *получаване на грижи* (включва 3 въпроса, например, "Получавам доста позитивно внимание от хората около мен"); за *степен на рутинност* (включва 3 въпроса, например, "Това, че съм с диагноза рак, ме кара да се чувствам като аутсайдер в живота"); за *степен на сравнение* (включва 2 въпроса, например, "Повечето хора, които имат рак, живеят по-трудно в сравнение с мен") и за *степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза* (включва 2 въпроса, например, "Чувствам се свързана с другите пациенти с рак на гърдата"). Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна скàла във формат на Ликерт за съгласие от: 0 – "напълно не съм съгласна" до 4 – "напълно съм съгласна" с 2 – "неутрално мнение" (нито съм съгласна, нито съм несъгласна).

Изчисляване. Резултатът от всяка от двете скàли (част А и част Б) и от осемте им подскàли представлява средноаритметична стойност от всички дадени отговори и варира между 0 (минимум) и 4 (максимум). По-високите получени стойности съответстват на по-добро текущо състояние на изследваните лица.

Надеждност и валидност. За проверка на *надеждността* на скàлите и техните подскàли е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта са анализирани 23-те въпроса за съответната извадка: за част А: $N = 95$ (на тези въпроси отговарят както диагностицираните, така и здравите жени); за част Б: $N = 41$ (на тези въпроси отговарят само диагностицираните жени). Надеждността на скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А) е $\alpha = 0.92$, а за нейни четири подскàли е съответно: за *релаксация* (въпроси: 1 и 10) е $\alpha = 0.80$, за *изпитвано напрежение* (въпроси: 2, 6 и 8) е $\alpha = 0.77$, за *асертивност* (въпроси: 3, 9 и 13) е $\alpha = 0.88$ и за *справяне* (въпроси: 4, 5, 7, 11 и 12) е $\alpha = 0.88$. Надеждността на скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) е $\alpha = 0.87$, а за нейни четири подскàли е съответно: за *получаване на грижи* (въпроси: 2, 5 и 8) е $\alpha = 0.79$, за *степен на рутинност* (въпроси: 1, 3 и 7) е $\alpha = 0.75$, за *степен на сравнение* (въпроси: 4 и 10) е $\alpha = 0.79$ и за *степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза* (въпроси: 6 и 9) е $\alpha = 0.88$. Тези стойности надвишават минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012) и показват, че вътрешната съгласуваност за съответните скàли и техните подскàли е достатъчно висока, т. е. въпросите, които ги изграждат, формират обща група.

За проверка на *вътрешната валидност* на двете скàли за анализираната извадка, т. е. на способността на изследователския дизайн да направи невъзможно алтернативното обяснение на получените резултати (Kazdin, 2003) се проверява хипотезата, че всяка скàла трябва да има: (**1**) позитивна асоциация (корелация) със скàлите за: **(а)** *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота* (Scheier, Carver & Bridges, 1994; виж също: Глава 4 и Приложение 7) и за **(б)** *самооценка* на Розенберг (Rosenberg, 1965; виж също: Глава 4 и Приложение 8) и **(2)** негативна асоциация (корелация) със скàлите за: **(а)** *самота* на Ръсел (Russell, 1996; виж също: Глава 4 и Приложение 9) и с **(б)** *усещането за контрол* (Pearlin & Schooler, 1978; Pearlin, 1981; виж също: Глава 4 и Приложение 10). За проверка на хипотезата за вътрешна валидност на двете скàли е използван корелационният коефициентът на Пирсън. Неговите стойности за скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А) за анализираната извадка ($N = 95$) е съответно: $r = 0.62$; $r = 0.46$; $r = -0.47$ и $r = -0.32$, като и в четирите случая той е статистически значим при $p < 0.001$. За скàлата за *оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение* (част Б) за анализираната извадка ($N = 41$) стойностите са съответно: $r = 0.72$; $r = 0.75$; $r = -0.34$ и $r = -0.60$, като и в четирите случая те са статистически значими при $p < 0.001$. Тези

стойности на корелационния коефициент на Пирсън потвърждават издигнатата хипотеза за вътрешна валидност за двете скали за съответните извадки.

С цел да се провери *конструктивната валидност* на двете скали за съответните извадки е проведен корелационен анализ на четирите подскали, които ги изграждат. За целта е изчислен корелационният коефициент на Пирсън между тях. За скалата за *оценка на собственото състояние* (част А) за анализираната извадка ($N = 95$) корелацията между четирите подскали е между 0.39 и 0.83 (Таблица 2.1), т. е. тя е предимно средна и голяма. За скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) за анализираната извадка ($N = 41$) корелацията (по абсолютна стойност) между четирите подскали е между 0.21 и 0.68 (Таблица 2.5), т. е. тя също е предимно средна и голяма. Тъй като корелацията не е нито слаба (близка до 0.00), каквато би била, ако подскалите са независими и не принадлежат към една обща скала, нито много голяма (близка до 1.00), каквато би била, ако подскалите измерват едно и също понятие, а е средна и голяма, то се приема, че има конструктивна валидност на двете скали за съответните извадки.

Получените резултати от коефициента алфа α на Кронбах и от корелационния анализ показват, че приложената методология за измерване на *текущото състояние* (Carver, 2006) е задоволително надеждна и валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

2.1.3 РЕЗУЛТАТИ – ЧАСТ А: ОЦЕНКА НА СОБСТВЕНОТО СЪСТОЯНИЕ

Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 2.1 са представени дескриптивната статистика и корелацията между четирите подскали на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А): *релаксация, изпитвано напрежение, асертивност* и *справяне*. Средноаритметичното за скалата за *оценка на собственото състояние* (част А) е $M = 2.36$, стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е $SD = 0.82$, наблюдаваният диапазон е $[1.23, 3.62]$, а максималният диапазон е $[0.00, 4.00]$.

Таблица 2.1 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдавания диапазон на подскалите на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А): релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне за цялата извадка (*N*=95)

корелация между	*релаксация*	*напрежение*	*асертивност*	*справяне*
релаксация	1			
напрежение	0.70***	1		
асертивност	0.83***	0.58***	1	
справяне	0.77***	0.39***	0.77***	1
средно	2.02	2.59	2.66	2.17
стандартно отклонение	1.27	0.66	1.07	0.87
наблюдаван диапазон	0.00, 4.00	1.67, 3.67	1.33, 4.00	0.60, 3.40
максимален диапазон	0.00, 4.00	0.00, 4.00	0.00, 4.00	0.00, 4.00

*Забележки: данните са анализирани с корелационния коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

Средните стойности и на четирите подскали са близки около средната стойност за максималния диапазон на изменение ($M = 2.00$), като за *изпитвано напрежение* респондентите имат най-хомогенно мнение – стандартното отклонение е минимално: $SD = 0.66$ и наблюдаваният диапазон е най-тесен: $[1.67, 3.67]$. За подскалата *релаксация* тяхното мнение е най-разнородно – стандартното отклонение е най-голямо: $[SD = 1.27]$,

наблюдаваният диапазон е максимално голям [0.00,4.00] и съвпада с максималния диапазон.

Корелацията на четирите подскали е положителна, което означава, че има позитивна асоциация между четирите понятия или при увеличаване на едно от тях се увеличават и другите три.

Основен анализ: връзка между оценката на собственото състояние и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 2.2 са представени средните стойности на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на четирите подскали, които я изграждат, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните жени. С цел да се анализират различията между двете групи, пациенти и клинично здрави, са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (за две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (за три и повече групи).

Представените резултати в Таблица 2.2 показват, че диагностицираните жени с рак на млечната жлеза дават по-ниска оценка на собственото си състояние. Те се справят със стресови ситуации в по-ниска степен в сравнение със здравите изследвани лица.

Таблица 2.2 Средни стойности на скалата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на четирите подскали, които я изграждат: релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*част А*	*подскали* на скалата за част А			
		релаксация	изпитвано напрежение	асертивност	справяне
здрави/диагностицирани					
здрави жени	2.59	1.94	2.56	2.89	2.70
диагностицирани жени	2.36	2.02	2.59	2.66	2.17
статистическа значимост	*	-	-	-	*
големина на ефекта ***d***=	*0.37,М*	-	-	-	*0.74,Т*
операция на гърдата					
здрави жени	2.59^{b}	1.94	2.56	2.89^{b}	2.70^{b}
цялата гърда премахната	2.46^{ab}	2.06	2.60	3.00^{b}	2.22^{ab}
част от гърдата	2.21^{a}	1.97	2.59	2.18^{a}	2.09^{a}
статистическа значимост	*	-	-	*	*
големина на ефекта ета ***η***=	*0.24,Т*	-	-	*0.33,Т*	*0.37,Г*
време след операцията					
здрави жени	2.59^{b}	1.94	2.56	2.89	2.70^{b}
по-малко от 6 месеца	2.00^{a}	1.62	2.69	2.42	1.48^{a}
повече от 6 месеца	2.40^{ab}	2.10	2.50	2.62	2.34^{b}
статистическа значимост	*	-	-	-	*
големина на ефекта ета ***η***=	*0.33,Т*	-	-	-	*0.63,>Г*
стадии на болестта					
здрави жени	2.59^{b}	1.94^{a}	2.56	2.89	2.70^{b}
I стадий	2.74^{b}	3.00^{b}	2.81	3.11	2.37^{ab}
II стадий	2.27^{a}	1.77^{ab}	2.55	2.58	2.11^{ab}
III стадий	2.00^{a}	1.50^{a}	2.33	2.00	2.00^{a}
статистическа значимост	*	*	-	-	*
големина на ефекта ета ***η***=	*0.30,Т*	*0.35,Т*	-	-	*0.38,Г*

премахнати лимфни възли					
здрави жени	2.59	1.94	2.56	2.89	2.70[b]
под 12 възела	2.59	2.23	2.45	3.00	2.58[ab]
над 12 възела	2.30	2.00	2.71	2.47	2.06[a]
статистическа значимост	-	-	-	-	*
големина на ефекта ета ***η=***	-	-	-	-	*0.38, Г*
метастази в лимфните възли					
здрави жени	2.59[b]	1.94[a]	2.56	2.89[b]	2.70[b]
да, има	2.03[a]	1.46[a]	2.61	2.17[a]	1.83[a]
не, няма	2.77[b]	2.75[b]	2.57	3.28[b]	2.59[b]
статистическа значимост	*	*	-	*	*
големина на ефекта ета ***η=***	*0.46,>Г*	*0.45,>Г*	-	*0.45,>Г*	*0.53,>Г*
онкологично болни сродници					
здрави жени	2.59[b]	1.94[a]	2.56	2.89[b]	2.70[b]
да, има	2.76[b]	2.61[ab]	2.52	3.36[b]	2.61[b]
не, няма	2.15[a]	2.72[b]	2.63	2.30[a]	1.93[a]
статистическа значимост	*	*	-	*	*
големина на ефекта ета ***η=***	*0.38,Г*	*0.28,Т*	-	*0.41,Г*	*0.49,>Г*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-висока оценка на собственото състояние (0 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследваните жени върху разглежданата скала или нейните подскали за дадена медицинска характеристика, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Най-ниска оценка на собственото състояние дават жените с лъмпектомия или с частично съхранена гърда. Те са в най-ниска степен асертивни и имат най-малко доверие в себе си при справяне със стресови ситуации. Здравите жени дават най-висока оценка за собственото си състояние. В период след 6 месеца от извършена операция на рак на гърдата диагностицираните жени се справят със стреса толкова добре, колкото и здравите. Както здравите, така и жените, които нямат метастази в лимфните възли, имат по-добро общо текущо състояние, по-асертивни са и се справят със стреса по-леко в сравнение с жените, в чиито лимфни възли при операцията са открити разсейки. Жените в I стадий оценяват своето състояние като групата на здравите. Както жените във II стадий от развитието на заболяването, така и тези в III стадий оценяват собственото си състояние по-негативно в сравнение с групата на здравите. Жените в III стадий се справят най-трудно със стресиращи ситуации.

Основен анализ: връзка между оценката на собственото състояние и класическите терапии за лечение

В Таблица 2.3 са представени средните стойности на скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на четирите подскàли, които я изграждат, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) провеждат или (б) не провеждат съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Таблица 2.3 Средни стойности на скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на четирите подскàли, които я изграждат: релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димeнсия	***Част А***	*подскàли* на скàлата за **част А**			
		релаксация	изпитвано напрежение	асертивност	справяне
химиотерапия					
здрави жени	2.59[ab]	1.94[a]	2.56	2.89	2.70[b]
правят химиотерапия	2.25[a]	1.70[a]	2.50	2.57	2.12[a]
не правят химиотераления	2.66 [b]	2.91[b]	2.85	2.91	2.29[ab]
статистическа значимост	*	*	-	-	*
големина на ефекта ***η=***	*0.27,Т*	*0.36,Т*	-	-	*0.37,Г*
лъчетерапия					
здрави жени	2.59[b]	1.94	2.56	2.89[ab]	2.70[b]
правят лъчетерапия	2.27[a]	2.00	2.63	2.44[a]	2.07[a]
не правят лъчетерапия	2.51[ab]	2.07	2.52	3.07[b]	2.36[ab]
статистическа значимост	*	-	-	*	*
големина на ефекта ***η=***	*0.24,Т*	-	-	*0.25,Т*	*0.39,Г*
хормонотерапия					
здрави жени	2.59[b]	1.94	2.56[ab]	2.89[ab]	2.70[b]
правят хормонотерапия	2.16[a]	1.86	2.30[a]	2.38[a]	2.08[a]
не правят хормонотерапия	2.56[ab]	2.20	2.90[b]	2.95[b]	2.26[ab]
статистическа значимост	*	-	*	*	*
големина на ефекта ***η=***	*0.28,Т*	-	*0.34,Т*	*0.25,Т*	*0.38,Г*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-висока оценка на собственото състояние (0 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.3 показват, че жените, които са подложени на химиотерапевтично лечение, имат най-ниска оценка на собственото си състояние. Те се справят и най-трудно със стресори. Групата на жените, които не се лекуват чрез този вид терапия, прибягват до приложение на техники за релаксация най-често.

Жените, които правят химиотерапия, релаксират колкото и групата на здравите жени. Както жените, които ходят на лъчетерапия, така и тези, на които е предписана хормонална терапия, дават най-ниска оценка на собственото си състояние. Те са както в най-ниска степен асертивни, така и най-трудно се справят със стресиращи ситуации в ежедневието си. Жените, които използват хормонална терапия като част от своя лечебен план, изпитват напрежение в най-ниска степен.

Основен анализ: връзка между оценката на собственото състояние и алтернативните терапии за лечение

Таблица 2.4 Средни стойности на скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на нейните четирите подскàли, които я изграждат: релаксация, изпитвано напрежение, асертивност и справяне, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	***Част А***	*подскàли*			
		1	**2**	**3**	**4**
алтернативни терапии					
здрави жени	2.59	1.94	2.56	2.89	2.70[b]
не знае	2.34	2.00	2.86	2.91	1.83[a]
знае, но не използва	2.34	2.25	2.41	2.50	2.25[ab]
използва	2.37	1.88	2.52	2.58	2.34[ab]
статистическа значимост	-	-	-	-	*
големина на ефекта ***η***=					*0.43,Г*
билколечение					
здрави жени	2.59[ab]	1.94	2.56	2.89[ab]	2.70[ab]
не знае	2.61[ab]	2.33	2.92	3.11[ab]	2.24[ab]
знае, но не използва	2.88[b]	2.75	2.66	3.33[b]	2.80[b]
използва	2.14[a]	1.75	2.46	2.34[a]	1.99[a]
статистическа значимост	*	-	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.37,Г*	-	-	*0.34,Т*	*0.46,>Г*
хранителна диета					
здрави жени	2.59[b]	1.94[b]	2.56	2.89[b]	2.70[c]
не знае	1.23[a]	0.00[a]	2.33	1.33[a]	1.00[a]
знае, но не използва	2.34[b]	2.00[b]	2.66	2.75[b]	2.05[b]
използва	2.49[b]	2.26[b]	2.58	2.76[b]	2.35[b]
статистическа значимост	*	*	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.41,Г*	*0.40,Г*	-	*0.31,Т*	*0.52,>Г*
хранителни добавки					
здрави жени	2.59	1.94	2.56	2.89	2.70[b]
не знае	2.61	2.33	2.92	3.11	2.24[ab]
знае, но не използва	2.30	1.97	2.52	2.64	2.09[a]
използва	2.26	1.90	2.46	2.40	2.20[ab]
статистическа значимост	-	-	-	-	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	-	-	*0.37,Г*
физически упражнения					
здрави жени	2.59[b]	1.94[ab]	2.56	2.89	2.70[b]
не знае	*нд*	*нд*	*нд*	*нд*	*нд*
знае, но не използва	2.17[a]	1.58[a]	2.72	2.50	1.87[a]
използва	2.50[ab]	2.37[b]	2.49	2.78	2.40[b]
статистическа значимост	*	*	-	-	*
големина на ефекта ***η***=	*0.26,Т*	*0.26,Т*	-	-	*0.45,>Г*

масаж лимфен дренаж					
здрави жени	2.59[b]	1.94[b]	2.56[ab]	2.89[b]	2.70[b]
не знае	2.53[b]	2.37[b]	2.86[b]	3.08[b]	2.08[ab]
знае, но не използва	1.76[a]	1.00[a]	2.25[a]	2.00[a]	1.65[a]
използва	2.64[b]	2.50[b]	2.64[ab]	2.82[ab]	2.58[b]
статистическа значимост	*	*	*	*	*
големина на ефекта ***η=***	*0.48,>Г*	*0.47,>Г*	*0.26,Т*	*0.36,Т*	*0.55,>Г*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-висока оценка на собственото състояние (0 –минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите групи от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от четири числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); нд – няма данни.

В Таблица 2.4 са представени средните стойности на скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А) и на четирите подскàли, които я изграждат, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени. Посочени са три групи: (а) не знаят за съответната терапия; (б) знаят, но не я прилагат и (в) знаят и я прилагат) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между четирите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 2.4 показват, че диагностицираните жени, които не знаят за съществуването на алтернативни терапии като цяло за лечение, имат най-малко доверие в себе си, че ще се справят със стресиращите събития в живота си. Жените, които употребяват билки в своето лечение, имат най-ниска оценка на собственото си състояние. Те са асертивни в най-ниска степен и имат най-малко доверие в себе си, че ще преодолеят стресиращата диагноза. Жените, които не разполагат с информация за нисковъглехидратната антиракова диета, дават най-ниска оценка на собственото си състояние. Те най-рядко прибягват до релаксация, проявяват асертивност и имат най-ниско доверие в способността си да преодолеят стреса. Оперираните жени, които имат информация за употребата на хранителни добавки като част от лечебния процес, през който преминават, но не ги използват в него, вярват в най-ниска степен, че ще овладеят стреса от поставената диагноза. Жените, които знаят за благоприятното влияние, което оказва ежедневното физическо натоварване в лечението на рака на гърдата, но не го практикуват, дават най-ниска оценка на собственото си състояние, най-рядко релаксират и най-малко вярват, че ще се справят със стреса от поставената диагноза. Жените, които разполагат с информация, но не ходят на масаж тип лимфен дренаж, дават по-ниска оценка на собственото си състояние, релаксират по-рядко, асертивни са в по-ниска степен и най-малко вярват, че ще се справят със стреса от поставената диагноза. Същевременно, обаче, те изпитват най-малко напрежение.

2.1.4 РЕЗУЛТАТИ – ЧАСТ Б: ОЦЕНКА НА НЕСПЕЦИФИЧНИТЕ ЕФЕКТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ЛЕЧЕНИЕ

Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 2.5 са представени дескриптивната статистика и корелацията между четирите подскали на скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б): *получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение* и *степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза*. Средноаритметичното за скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) е $M = 2.52$, стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е $SD = 0.68$, наблюдаваният диапазон е $[1.50, 3.60]$, а максималният диапазон е $[0.00, 4.00]$.

Таблица 2.5 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдаван диапазон на подскалите на скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б): получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза за диагностицираните жени (*N*=41)

корелация между	*грижи*	*рутинност*	*сравнение*	*свързаност*
грижи	1			
рутинност	0.32	1		
сравнение	0.68***	0.21	1	
свързаност	0.53***	-0.30	0.32**	1
средно	2.52	2.62	2.60	2.59
стандартно отклонение	0.68	1.41	0.84	0.74
наблюдаван диапазон	1.50, 3.60	0.00, 4.00	1.33, 4.00	1.50, 3.50
максимален диапазон	0.00, 4.00	0.00, 4.00	0.00, 4.00	0.00, 4.00

*Забележки: данните са анализирани с коефициента на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

Средните стойности и за четирите подскали са над средната стойност за максималния диапазон на изменение $M = 2.00$. За *получаване на грижи* респондентите са имали най-хомогенно мнение – стандартното отклонение е минимално $SD = 0.68$, а за *степента на рутинност* мнението им е най-разнородно – стандартното отклонение е най-голямо $SD = 1.41$ и наблюдаваният диапазон е максимално голям $[0.00, 4.00]$ и съвпада с максималния диапазон.

Само корелацията между *степен на рутинност* и *степен на свързване* е отрицателна $r = -0.30$, което показва слаба обратнопропорционална асоциация между двете подскали, т. е. например при увеличаване на *степента на рутинност* ще се наблюдава (слабо) намаляване на *степента на свързване*. В останалите случаи корелацията между четирите подскали е положителна, което означава че има правопропорционална асоциация между тях. Например корелацията между *степента на рутинност* и *степента на сравнение* е $r = 0.21$, което означава, че при увеличаване на *степента на рутинност,* ще се наблюдава (слабо) увеличаване на *степента на сравнение*.

Основен анализ: връзка между неспецифичните ефекти от проведеното лечение и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 2.6 са представени средните стойности на скалата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) и четирите подскали, които я изграждат, разпределени *по медицински характеристики* от диагностицираните жени. С цел да се

анализират различията между групите са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (за две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (за три групи).

Таблица 2.6 Средни стойности на скàлата за *оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскàли, които я изграждат: получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	*скàла* част Б	*подскàли* на скàлата за част Б			
		грижи	*рутинност*	*сравнение*	*свързаност*
операция на гърдата					
цялата гърда премахната	2.63	2.99	2.64	2.75	3.25
част от гърдата	2.37	2.10	2.55	2.35	3.32
статистическа значимост	-	*	-	*	-
големина на ефекта ***d***=	-	*0.67, Т*	-	*0.56, Т*	-
време след операцията					
по-малко от 6 месеца	2.38	2.06	2.31	2.50	2.88
повече от 6 месеца	2.64	2.72	2.86	2.52	3.38
статистическа значимост	-	-	*	-	*
големина на ефекта ***d***=	-	-	*0.70, Т*	-	*0.89, Г*
стадии на болестта					
I стадий	2.87	2.96	2.61	3.00[b]	4.00[c]
II стадий	2.36	2.54	2.47	2.41[a]	3.19[b]
III стадий	2.70	2.33	3.33	3.00[b]	2.00[a]
статическа значимост	-	-	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	-	*0.39, >Г*	*1.26, >Г*
премахнати лимфни възли					
под 12 възела	3.03	2.97	3.25	2.95	2.95
над 12 възела	2.27	2.48	2.50	2.29	3.43
статистическа значимост	*	-	*	*	*
големина на ефекта ***d***=	*1.57,>Г*	-	*1.01,>Г*	*1.18,>Г*	*0.80,Т*
метастази в лимфните възли					
да, има	2.21	2.20	2.35	2.13	2.98
не, няма	3.11	3.15	3.07	3.17	3.67
статистическа значимост	*	*	*	*	*
големина на ефекта ***d***=	*1.74, >Г*	*0.71, Т*	*0.95, Г*	*1.97, >Г*	*1.30, >Г*
онкологично болни сродници					
да, има	3.20	3.45	2.58	3.18	3.50
не, няма	2.22	2.18	2.61	2.28	3.17
статистическа значимост	*	*	-	*	*
големина на ефекта ***d***=	*1.96, >Г*	*1.00, >Г*	-	*1.50, >Г*	*0.54, Т*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват повече неспецифични ефекти от лечението (0 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена медицинска характеристика, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.6 показват, че жените с мастектомия или цялостно премахване на гърдата получават повече грижи и се сравняват по-често с другите пациенти със същата онкологична диагноза в сравнение с жените, на които е направена лъмпектомия или частично е съхранена гърдата. В период до 6 месеца от извършената хирургическа интервенция за отстраняване на рака на гърдата жените се чувстват по-слабо свързани с другите пациенти със същата диагноза. В същия период до 6 месеца след операцията степента на рутинност е по-ниска при оперираните жени. Жените във II стадий от развитието на диагнозата се сравняват в по-ниска степен с останалите онкологични пациенти със същата диагноза. Жените в III стадий се чувстват най-малко свързани с останалите пациенти със същата диагноза. Жените, на които са премахнати под 12 лимфни възела, изпитват повече неспецифични ефекти от лечението, по-висока степен на рутинност, в по-голяма степен се сравняват, но по-малко се чувстват свързани с другите диагностицирани жени в сравнение с тези, на които са премахнати над 12 лимфни възела. Жените, които нямат сродници с поставена онкологична диагноза, като цяло изпитват по-малко неспецифични ефекти от проведеното лечение, получават по-малко грижи, в по-ниска степен се сравняват с другите онкологични пациенти и се чувстват по-малко свързани с тях в сравнение с жените, които имат сродници с поставена онкологична диагноза.

Основен анализ: връзка между неспецифичните ефекти от проведеното лечение и класическите терапии

Таблица 2.7 Средни стойности на скалата за *оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскали, които я изграждат: получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димeнсия	***Част Б***	*подскали* на скалата за **част Б**			
		грижи	*рутинност*	*сравнение*	*свързаност*
химиотерапия					
правят химиотерапия	2.38	2.63	2.67	2.50	3.10
не правят химиотералия	2.83	2.58	2.46	2.82	3.77
статистическа значимост	*	-	-	-	*
*големина на ефекта **d**=*	*0.68, Т*	-	-	-	*1.21, >Г*
лъчетерапия					
правят лъчетерапия	2.37	2.41	2.67	2.50	3.22
не правят лъчетерапия	2.74	2.02	2.52	2.75	3.29
статистическа значимост	-	-	-	-	-
*големина на ефекта **d**=*	-	-	-	-	-
хормонотерапия					
правят хормонотерапия	2.72	2.60	2.81	2.71	3.21
не правят хормонотерапия	2.06	2.63	2.12	2.45	3.35
статистическа значимост	*	-	*	-	-
*големина на ефекта **d**=*	*1.09, >Г*	-	*0.89, Г*	-	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват повече неспецифични ефекти от лечението (0 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05

между двете групи от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с t-тест за независими извадки (independent-samples t-test); 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988);

В Таблица 2.7 са представени средните стойности на скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскàли, които я изграждат, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) провеждат или (б) не провеждат съответната терапия). С цел да се анализират различията между двете групи са направени няколко *t*-теста за независими извадки.

Представените резултати в Таблица 2.7 показват, че жените, които не ходят на химиотерапия, преживяват повече неспецифични ефекти от проведеното лечение и се чувстват в по-голяма степен свързани с другите онкологични пациенти със същата диагноза. Жените, които използват хормонална терапия като част от своя оздравителен план, изпитват повече неспецифични ефекти от проведеното лечение и при тях се наблюдава по-голяма степен на рутинност в сравнение с тези, които не я прилагат.

Основен анализ: връзка между неспецифичните ефекти от проведеното лечение и алтернативните терапии

В Таблица 2.8 са представени средните стойности на скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскàли, които я изграждат, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят за съответната терапия; (б) знаят, но не използват и (в) знаят и използват съответната терапия). С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки, а в случаите на налична информация само за две от трите групи (за физическите упражнения) – с *t*-тестове за независими извадки.

Представените резултати в Таблица 2.8 показват, че жените, които не използват алтернативни терапии, като цяло имат най-висока степен на рутинност и най-често се сравняват с другите онкологични пациенти със същата диагноза. Жените, които използват билки като част от своя лечебен план, изпитват по-голяма степен на рутинност и най-рядко се сравняват с другите онкологични пациентки със същата диагноза. Жените, които не знаят за съществуването на нисковъглехидратна антиракова диета, имат най-малко неспецифични ефекти от проведеното лечение, обгрижвани са в най-ниска степен, най-рядко се сравняват с другите онкологични пациентки със същата диагноза и в най-ниска степен се чувстват свързани с тях. Жените, които използват хранителни добавки като част от лечебния процес, през който преминават, най-бързо се връщат към своето рутинно ежедневие и в най-ниска степен се сравняват с другите онкологични пациентки със същата диагноза. Жените, които са физически активни всеки ден, имат повече неспецифични ефекти от лечението, по-често са обгрижвани и се чувстват по-малко свързани с другите жени със същата диагноза. Жените, които не използват масаж тип лимфен дренаж като част от своето лечение, имат най-малко неспецифични ефекти от проведеното лечение, получават по-малко грижи, най-рядко се сравняват с другите жени със същата диагноза и се чувстват свързани с тях в най-ниска степен.

Таблица 2.8 Средни стойности на скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) и на четирите подскàли, които я изграждат: получаване на грижи, степен на рутинност, степен на сравнение и степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	***Част Б***	*подскàли*			
		1	**2**	**3**	**4**
алтернативни терапии					
не знае	2.28	2.47	1.96[a]	2.62[ab]	3.37
знае, но не използва	2.65	2.33	3.50[b]	3.00[b]	3.25
използва	2.65	2.92	2.63[ab]	2.26[a]	3.24
статистическа значимост	-	-	*	*	-
големина на ефекта ***η=***	-	-	*0.97, >Г*	*0.46, >Г*	-
билколечение					
не знае	2.32	2.63	1.94	2.83[ab]	3.50
знае, но не използва	*нд*	3.00	*нд*	3.50 [b]	3.50
използва	2.58	2.53	2.80	2.29[a]	3.15
статистическа значимост	-	-	*	*	-
големина на ефекта ***η=***	-	-	*0.49, >Г*	*0.75, >Г*	-
хранителна диета					
не знае	1.50[a]	0.00[a]	2.33	1.50[a]	2.50[a]
знае, но не използва	2.75[b]	2.83[b]	2.67	2.75 [b]	3.00[ab]
използва	2.72[b]	2.82[b]	2.63	2.63[b]	3.50[b]
статистическа значимост	*	*	-	*	*
големина на ефекта ***η=***	*0.70, >Г*	*0.62, >Г*	-	*0.47, >Г*	*0.58, >Г*
хранителни добавки					
не знае	2.32	2.63	1.94 [a]	2.83[b]	3.50
знае, но не използва	2.51	2.75	2.50[ab]	2.79[b]	3.06
използва	2.62	2.47	3.00[b]	2.20[a]	3.40
статистическа значимост	-	-	*	*	-
големина на ефекта ***η=***	-	-	*0.59, >Г*	*0.44, Г*	-
физически упражнения					
не знае	*нд*	*нд*	*нд*	*нд*	*нд*
знае, но не използва	1.97	1.78	2.50	2.50	2.91
използва	2.98	3.28	2.69	2.65	3.57
статистическа значимост	*	*	-	-	*
големина на ефекта ***η=***	*2.26, >Г*	*1.26, >Г*	-	-	*1.20, >Г*
масаж лимфен дренаж					
не знае	2.68[b]	3.06[b]	2.29	3.00[b]	3.25[ab]
не използва	2.30[a]	1.67[a]	2.33	2.25[a]	2.87[a]
използва	2.95[b]	2.98[b]	3.00	2.53[ab]	3.59[b]
статистическа значимост	*	*	-	*	*
големина на ефекта ***η=***	*1,64, >Г*	*0.49, >Г*	-	*0.43, Г*	*0.54, >Г*

<u>Забележки</u>: По-високите стойности на числата отразяват повече неспецифични ефекти от лечението (0 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); нд – няма данни.

2.1.5 Дискусия

Сред жените по цял свят гинекологичният и ракът на млечната жлеза са сред най-често срещаните. Диагностицирането в ранен етап е от голямо значение както за самите пациенти и техните семейства, така и за здравната система като цяло. Въпреки че доста от жените с ранно диагностициран рак на млечната жлеза го преживяват и оцеляват, онкологичният опит, който натрупват е голямо предизвикателство и психологическа травма. Първоначалната реакция при поставената диагноза по правило е силна, остра и стресираща. Пациентите са шокирани, изпитват трудности в концентрацията, емоционално се вцепеняват, страдат от безсъние, а когато заспят сънуват кошмари, засилват се възбудните процеси в тях, депресирани са, тревожни, имат натрапчиви мисли за смъртта, умирането и рецидив на заболяването (Vickberg, Bovbjerg, DuHamel, Currie & Redd, 2000). Получените резултати от проведеното изследване показват, че жените с рак на гърдата оценяват по-негативно собственото си текущо състояние в сравнение със здравите жени. Това вероятно се дължи на посочените странични ефекти от проведеното лечение, които продължават години, след като то е приключило. Диагностицираните жени се справят и по-трудно със стресовите ситуации, в които попадат, което *потвърждава издигнатата първа научна хипотеза*.

Като цяло първоначалното лечение на рака на гърдата е сложно и многоаспектно. То включва операция за премахване на тумора, провеждане на химиотерапия, лъчетерапия, евентуална реконструкция на гърдата и/ или хормонална терапия, която често продължава между 1 и 5 години. Пациентките са принудени да се справят със страничните ефекти и усещането за уязвимост по време на лечението, което е възможно да се преживява години, след като то е приключило (Bleiker et al., 2000). Резултатите от представеното изследване показват, че жените, на които е изцяло премахната гърдата, се нуждаят от получаване на повече грижи. Те се сравняват с другите онкологични пациенти със същата диагноза по-често отколкото жените, чиито гърди са частично оперирани. Жените, които провеждат химиотерапия като част от своя оздравителен план, изпитват по-малко неспецифични ефекти от лечението, а при тези, които са на хормонална терапия, те са повече, което *отчасти потвърждава издигнатата втора хипотеза*.

Когато лечението приключи пациентите откриват нова страница от своя живот, изпълнена с надежди, благополучие и може би страх. Страхът от рецидив на заболяването понякога е много силен и е един и същи за всички. Именно поради тази причина прегледи при лекарите и отбелязване на годишнини от поставената диагноза може да провокират смесени чувства.

В научната литература различните терапии за психологическа интервенция в помощ на преодоляване на рака включват един от трите компонента: *здравно образование, тренинг за справяне* и *даване и получаване на социална подкрепа* (Schneiderman, Antoni, Saab & Ironson, 2001). *Здравното образование* за онкологични пациенти включва информация за вида рак, който те имат, последващото лечение и страничните му ефекти. Тренингът за справяне включва развитие на умения за използване на активни стратегии за преодоляване на диагнозата като управление и реалистична когнитивна оценка на стреса. *Оказването на социална подкрепа* води до подобряване на настроението и/ или социалното функциониране на пациента. Направеният теоретичен обзор показва, че цитираните

статистически значими ефекти върху настроението и справянето имат малка големина на ефекта (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998). Образователните програми, от друга страна, в които се предлага информация за диагнозата, е възможно да оказват директно влияние върху приспособяването към рака, защото помагат на пациентите да възстановят контрола над своя живот, да открият смисъл в натрупания болезнен онкологичен жизнен опит, да възстановят самооценката си и оптимизма си в бъдещето. Чрез тях те получават освен неформална емоционална подкрепа, но и информация как да подобрят своя външен вид по време на химиотерапия, например, или как да намалят гаденето и ставните болки. Образователните програми оказват по-значим позитивен ефект върху приспособяването към диагнозата, относително по-лесни са за прилагане и са по-евтини в сравнение с груповите дискусии. След приключването им е добре да се използват утвърдени методологии за оценка на ефективността им. Остава необходимостта от разработване на програми, насочени към подобряване на оказваната емоционална подкрепа от членове на естественото социално обкръжение на онкологичните пациенти.

2.2. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ВЪЗПРИЕМАНЕТО НА СОБСТВЕНОТО ТЯЛО

2.2.1 ВЪВЕДЕНИЕ

Отговорът на въпроса кои сме ние е свързан до известна степен с това как физически изглеждаме. Женските гърди са символ на полова идентичност, усещане за привлекателност, сексуалност, женственост. Мастектомията или цялостното премахване на гърдата вследствие на поставена диагноза рак на млечната жлеза стигматизира пациентките, като променя идентичността им от здрав в болен човек и отношението им към собствената личност както за тях самите, така и за хората, които ги заобикалят: семейство, приятели, колеги. Загубата на орган от собственото тяло оказва голямо влияние на възприемането му, което от своя страна се отразява директно на самооценката и самоувереността. Това може да провокира емоционално страдание, личностни и социални проблеми на работното място и да влияе негативно върху качеството на живот на пациентките.

Веднъж поставена диагнозата рак на млечната жлеза и последващото лечение оказва голямо влияние на външния вид на пациентките (Frith et al., 2007; Rumsey & Harcourt, 2005). При по-голямата част от тях промените са свързани с отстранява на част, на едната или двете гърди и/ или загуба на коса в следствие на провежданото химиотерапевтично лечение, което също е източник на силен стрес. Резултати от проведени изследвания установяват, че това е по-трудно да се преодолее в сравнение с вторичните симптоми като гадене и повръщане (White, 2002).

Представата за собственото тяло, която имат онкологично болните след извършена операция и проведено лечение, е важна част и оказва влияние на качеството им на живот (DeFrank et al., 2007) след това. Въпреки че все още не съществува общоприето определение и теория за възприемането на собственото тяло в психоонкологията (White, 2000), проведени изследвания по темата го разглеждат като многоизмерно понятие, което включва *когнитивни* (изпитване на удовлетворение от външния вид, когато човек е облечен), *афективни* (усещане за женственост и привлекателност) *и поведенчески компоненти* (избягване на социални контакти заради външния вид, наличие на трудности при гледане на собственото тяло, когато то не е облечено) (Cash & Pruzinsky, 2002; Jakatdar et al., 2006).

В научната литература са представени резултати от голям брой проведени изследвания за възприемането на собственото тяло при онкологични пациенти и по-конкретно при жени с рак на млечната жлеза. Част от тях разглеждат влиянието на извършената операция върху качеството им на живот след това. Според получените резултати (например Janz et al., 2005) не се наблюдава разлика при изследваните лица, на които е направена съхраняваща гърдата операция или т. нар. квадрантектомия (отстранява се туморът и тъканта, която го заобикаля) и мастектомия (отстранява се цялата гърда). Единствените различия, които се установяват между двете групи изследвани жени, са именно във възприятието на собственото тяло и сексуалното функциониране. Пациентките, на които е отстранена цялата гърда, споделят, че имат по-големи трудности във възприемането на собствения външен вид и в сексуалните функции в сравнение с тези, на които е извършена съхраняваща гърдата операция.

Жени със съхраняваща гърдата операция като цяло имат по-позитивно възприятие за собственото тяло (Moyer, 1997; Pozo et al., 1992; Mock, 1993), изпитват по-слабо чувство на загуба, по-склонни са да се възприемат като физически привлекателни и женствени в сравнение с жени, на които е направена мастектомия. Възприемането на собственото тяло се свързва и с изпитваното ниво на емоционален дистрес при по-млади пациентки с рак на млечната жлеза (Carver et al., 1998; Lasry et al., 1987; Yurek et al., 2000).

Въпреки че са проведени множество изследвания по темата, налице са едва няколко разработени методологии за анализ на възприемането на външния вид на онкологичните пациенти. По-голямата част от прилаганите методологии са предназначени за здрави хора, например *Appearance Schemas Inventory - Revised* (Cash et al., 2004), като по-голямата част от айтемите не са насочени към измерване на специфичните промени, настъпили във външния вид на пациентите в следствие от извършената операция, лъчетерапията или проведената химиотерапия.

Друг често прилаган подход е възприемането на външния вид от онкологично болните да се измерва чрез подскàла или включване допълнително на няколко въпроса, свързани с рака като цяло и влиянието му върху качеството им на живот (Victorson et al., 2007). Освен несъмненото предимство на тези инструменти, които са разработени специално за онкологично болни изследвани лица, и отчитането на чувствителността към трудностите, през които те преминават след операцията и лечението, те са прекалено общи и се състоят от едва няколко въпроса за оценка на възприемането на външния им вид. Пример за това е разработеният модул за изследване на пациентки с рак на гърдата от въпросника за качество на живот на Европейската организация за изследване и лечение на рака (Aaronson et al., 1993). Подскàлата за изследване на външния вид се състои от 4 айтема и обхваща теми като удовлетворение от собственото тяло и усещане за физическа привлекателност. Друг пример е *Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)* (Ganz et al., 1992c), който включва 3 въпроса за оценка на дискомфорта и затрудненията в тялото на онкологичните пациенти, настъпили в резултат на извършената операция и проведеното лечение.

Пример за самостоятелно разработена методология по темата е *Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)* (Baxter at al., 2006). Целта ѝ е да анализира в дългосрочен план влиянието на диагнозата рак на гърдата върху различните аспекти от възприемането на собственото тяло. Тя съдържа 45 въпроса, което не я прави лесна за прилагане в клинични и научни изследвания.

Друга широкоприлагана методология е *Body Image Scale (BIS)* (Hopwood et al., 2001), която се състои от 10 въпроса, има задоволителни психометрични характеристики и въпреки че е валидизирана с извадка от жени с рак на млечната жлеза, тя е приложима за всички онкологични пациенти без значение тяхната възраст, вид рак, преминато лечение или стадий на заболяването.

Целта на настоящото изследване е да измери възприемането на собственото тяло чрез скàлата *Measure of Body Apperception (MBA) (Carver et al., 1998)* на жени с рак на млечната жлеза в период до 1 година след първоначалното поставяне на диагнозата и последваща оперативна интервенция и лечение.

Формулирани са следните **научни хипотези**: **(1)** клинично здравите изследвани жени ще възприемат в по-позитивна светлина своето тяло, външния си вид и телесната си цялост в сравнение с оперираните жени с рак на гърдата, **(2)** колкото по-тежки терапии провеждат пациентките, толкова по-позитивно отношение ще имат към собственото тяло и **(3)** с увеличаване на времето от първоначално поставената диагноза и извършената операция (до 6 месеца и след 6 месеца) ще се подобрява възприемането на външния вид и на собственото тяло от диагностицираните лица.

2.2.2 МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Изследвани лица

Изследваните лица са същите от изследването на *текущото състояние* (Carver, 2006) и са описани в раздел 2.1.2

Метод

Измерване. Изследваните жени попълват въпросника *Measure of Body Apperception (MBA)* (Carver et al., 1998) за *измерване на възприемането на собственото тяло* на жени, оперирани от рак на гърдата (Приложение 2). Той се състои от 10 въпроса, които образуват една скàла (включва 8 въпроса и 2 дистрактора). Скàлата се състои от две подскàли: за *възприемане на външния вид*, която включва 4 въпроса (например: "Ако жената не изглежда добре в очите на другите, то самата тя вероятно не се чувства добре") и за *телесна цялост*, която също включва 4 въпроса (например: "Когато нещо не е наред вътре в тялото ти, ти никога не си същия човек"). Двата дистрактора (въпроси: 5 и 10) не се обработват и анализират. Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна скàла за съгласие във формат на Ликерт от: 1 – "напълно не съм съгласна с посоченото твърдение" до 4 – "напълно съм съгласна с посоченото твърдение", без "неутрално мнение" (нито съм съгласна, нито съм несъгласна).

Изчисляване. Резултатът за скàлата и за всяка от двете подскàли представлява средноаритметична стойност на съответните отговори (без дистракторите) и варира между 1 (минимум) и 4 (максимум). По-високите получени стойности съответстват на по-позитивно възприемане на собственото тяло от изследваните лица.

Надеждност и валидност. За проверка на *надеждността* на скàлата и нейните две подскàли е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта са анализирани 8-те въпроса за извадката от диагностицирани жени $N = 41$. Надеждността на скàлата за *възприемане на собственото тяло* е $\alpha = 0.80$, а за двете ѝ подскàли е съответно: за *външен вид* (въпроси: 1, 3, 6 и 8) е $\alpha = 0.82$ и за *телесна цялост* (въпроси: 2, 4, 7 и 9) е $\alpha = 0.72$. Тъй като тези стойности надвишават минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012), то вътрешната съгласуваност за съответните скàли и техните подскàли е достатъчно висока, т. е. въпросите, които ги изграждат формират обща група.

Таблица 2.9 Резултати от потвърждаващия факторен анализ на скàлата за *възприемане на собственото тяло* от жени с рак на млечната жлеза. Дадени са факторните тегла, собственото им значение и процентът на обяснена дисперсия (*N*=41)

	Въпрос	*Факторно тегло*	
		1	2
3	Ако жената не изглежда добре в очите на другите, то самата тя вероятно не се чувства добре.	**0.927**	0.098
6	Чувствам се добре само ако знам, че изглеждам добре в очите на хората.	**0.876**	0.070
1	За мен е важно да изглеждам много добре през целия ден.	**0.810**	-0.066
8	Трябва да изглеждам възможно най-добре в очите на другите, за да се чувствам добре в собствените си очи.	**0.769**	0.518
7	Страхувам се от операция, дори ако белегът от нея не се вижда, защото тя постоянно ми напомня, че нещо не е било наред с мен.	0.158	**0.895**
4	Мисълта за операция ме притеснява, защото е свързана с нанасяне на вреда по тялото ми.	-0.029	**0.892**
9	Като оставим настрана болката, ще ми бъде неприятно сама да си поставям инжекция заради натиска на иглата върху здрава част от тялото ми.	0.170	**0.709**
2	Когато нещо не е наред вътре в тялото ти, ти никога не си същият човек.	0.173	**0.417**
Собствено значение		3.64	1.89
% на обяснена дисперсия за всеки фактор (общо=69.01%)		45.44	23.57

Забележки: Данните са анализирани чрез факторен анализ по метода на главните компоненти; ротация по метода Варимакс (Varimax) с нормализация на Кайзер (Kaiser); факторните тегла са подредени в низходящ ред за всеки фактор, като по-големите от 0.41 са отбелязани с по-тъмен цвят.

За проверка на *конструктивната валидност* на скàлата за извадката е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 8-те въпроса (без дистракторите). Зададени са два фактора според броя на подскàлите в методологията. Данните са анализирани по метода на главните компоненти с ротация по метода Варимакс (Varimax) с нормализация на Кайзер (Kaiser). Получените резултати показват, че тестът на Бартлет за сферичност (Bartlett, 1954) е статистически значим ($p < 0.001$), а мярката за адекватност (*The Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) е 0.64, което надвишава препоръчаната стойност от 0.60 (Kaiser, 1970, 1974). Общата обяснена дисперсия (Таблица 2.9) от двата фактора е 69.01%. Към фактор 1, който обяснява 45.4% от общата дисперсия се отнасят въпроси: 3, 6, 1 и 8 с факторно тегло между 0.76 и 0.92 и се асоциира с подскàлата *възприемане на външния вид*. Към фактор 2, който обяснява 23.6% от общата дисперсия се отнасят въпроси: 7, 4, 9 и 2 с факторно тегло между 0.41 и 0.89 и се асоциира с подскàлата *възприемане на цялостността на собственото тяло*. Стойностите на собственото значение за двата фактора са съответно 3.64 и 1.89. Те са по-големи от 1.00, което е общоприет критерий, че факторът има смисъл (Kaiser, 1970).

Получените резултати от коефициента алфа α на Кронбах и от потвърждаващия факторен анализ показват, че приложената методология за *измерване на възприемането на собственото тяло* (Carver et al., 1998) е задоволително надеждна и валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

2.2.3 РЕЗУЛТАТИ

Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 2.10 са представени дескриптивната статистика и корелацията между двете подскàли на скàлата за възприемане на собственото тяло: *възприемане на външния вид* и *възприемане на цялостността на собственото тяло*. Средноаритметичното за скàлата за *възприемане на собственото тяло* е $M = 3.14$, стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е $SD = 0.65$, наблюдаваният диапазон е $[2.00, 4.00]$, а максималният диапазон е $[1.00, 4.00]$.

Таблица 2.10 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдаван диапазон на подскàлите на скàлата за *възприемане на собственото тяло*: възприемане на външния вид и възприемане на цялостността на собственото тяло за диагностицираните жени (*N*=41)

корелация между	*външен вид*	*телесна цялост*
външен вид	1	
телесна цялост	0.37*	1
средно	3.26	3.02
стандартно отклонение	0.76	0.82
наблюдаван диапазон	1.75, 4.00	1.50, 4.00
максимален диапазон	1.00, 4.00	1.00, 4.00

*Забележки: данните са анализирани с коефициента на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

Средните стойности и за двете подскàли са над средната стойност за максималния диапазон на изменение $M = 2.50$ като за *възприемането на външния вид* респондентите са

имали по-хомогенно мнение – стандартното отклонение е по-малко $SD = 0.76$ и наблюдаваният диапазон $[1.75, 4.00]$ е по-тесен, а за *възприемането на цялостността на собственото тяло* тяхното мнение е по-разнородно – стандартното отклонение е по-голямо $SD = 0.82$ и наблюдаваният диапазон е по-голям $[1.50, 4.00]$.

Корелацията между двете подскали е средна положителна $r = 0.37$, което означава, че има правопропорционална средна асоциация между тях или при увеличаване на стойностите на едната скала се увеличават и стойностите на другата скала.

Основен анализ: връзка между възприемането на собственото тяло и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 2.11 са представени средните стойности на *скалата за възприемане на собственото тяло* и на двете *подскали*, които я изграждат, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните и здравите жени. С цел да се анализират различията между двете групи, диагностицирани и здрави жени, са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (за две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (за три и повече групи).

Представените резултати в Таблица 2.11 показват, че като цяло за жените с рак на млечната жлеза е от по-голямо значение възприемането на собственото тяло, както на външния им вид, така и на телесната му цялост.

Прави впечатление, че всички изследвани жени с поставена онкологична диагноза, както на тези, на които е извършена частична операция на гърдата, така и тези, на които цялата е отстранена, възприемат по-позитивно собственото си тяло в сравнение със здравите жени. За жените с мастектомия външният им вид е от по-голямо значение, а за здравите той е от по-малко значение. За жените с частично съхранена гърда е от по-голямо значение телесната цялост в сравнение със здравите и тези, на които е направена мастектомия.

Непосредствено в първите 6 месеца от извършената операция жените с рак на млечната жлеза отдават най-голямо значение както на своя външен вид, така и на телесната си цялост.

Жените с поставена онкологична диагноза във II стадий отдават най-голямо значение на възприемането на собственото си тяло като цяло, както на своя външен вид, така и на телесната му цялост. Жените в I стадий от развитието на болестта възприемат собственото си тяло и външния си вид като групата на здравите. Жените в III стадий отдават най-малко значение на възприемането на собственото си тяло, както на външния си вид, така и на телесната му цялост.

Жените, на които са отстранени повече от 12 лимфни възела поради наличие на метастази в ръката, от чиято страна е извършена операцията, отдават най-голямо значение както на възприемането на собственото си тяло като цяло, така и на външния си вид.

Жените, които имат метастази в лимфните възли, възприемат своето тяло в по-позитивна светлина, както своя външен вид, така и телесната си цялост, в сравнение със здравите и жените, които нямат.

За изследваните жени с рак на млечната жлеза, които нямат сродници с поставена онкологична диагноза, е от най-голямо значение както възприемането на собственото тяло като цяло, така и телесната им цялост. Външният вид е от по-голямо значение за всички онкологични пациентки, както за тези, които имат диагностицирани сродници, така и тези, които нямат, в сравнение със здравите изследвани лица.

Таблица 2.11 Средни стойности на скàлата за *възприемане на собственото тяло* и двете подскàли: външен вид и телесна цялост, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*възприемане на тялото*	*подскàли*	
		външен вид	телесна цялост
здрави/диагностицирани			
здрави жени	2.77	2.83	2.71
диагностицирани жени	3.14	3.26	3.02
статистическа значимост	*	*	-
*големина на ефекта, **d**=*	*0.51, Т*	*0.55, Т*	-
операция на гърдата			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71[a]
цялата гърда премахната	3.14[b]	3.44[b]	2.84[a]
част от гърдата	3.13[b]	3.00[ab]	3.26[b]
статистическа значимост	*	*	*
*големина на ефекта, **η**=*	*0.25, Т*	*0.34, Т*	*0.24, Т*
време след операцията			
здрави	2.77[a]	2.83[a]	2.71[a]
по-малко от 6 месеца	3.41[b]	3.50[b]	3.31[b]
повече от 6 месеца	3.03[ab]	3.06[ab]	3.00[ab]
статистическа значимост	*	*	*
*големина на ефекта, **η**=*	*0.30, Т*	*0.31, Т*	*0.25, Т*
стадии на болестта			
здрави жени	2.77[ab]	2.83[ab]	2.71[ab]
I стадий	2.71[ab]	3.08[ab]	2.33[a]
II стадий	3.34[b]	3.39[b]	3.28[b]
III стадий	2.50[a]	2.50[a]	2.50[a]
статистическа значимост	*	*	*
*големина на ефекта, **η**=*	*0.40, Г*	*0.36, Г*	*0.39, Г*
премахнати лимфни възли			
здрави жени	2.77	2.83	2.71
под 12 възела	2.90	2.93	2.86
над 12 възела	3.25	3.29	3.21
статистическа значимост	(*)	(*)	(*)
*големина на ефекта ета **η**=*	*0.28,Т*	*0.24,Т*	*0.26,Т*
метастази в лимфните възли			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71[a]
да, има	3.49[b]	3.42[b]	3.55[b]
не, няма	2.69[a]	3.04[ab]	2.33[a]
статистическа значимост	*	*	*
*големина на ефекта ета **η**=*	*0.48,>Г*	*0.32,Т*	*0.57,>Г*
онкологично болни сродници			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71[ab]
да, има	2.92[ab]	3.21[b]	2.62[a]
не, няма	3.25[b]	3.27[b]	3.22[b]
статистическа значимост	*	*	*
*големина на ефекта, **η**=*	*0.29, Т*	*0.28, Т*	*0.29, Т*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-позитивно възприемане на собственото тяло (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена медицинска характеристика, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е

поставена звездичка и при повече от две групи точното 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); когато звездичката е поставена в кръгли скоби, статистически значимият ефект не може да бъде локализиран от постхок теста; 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Основен анализ: връзка между възприемането на собственото тяло и класическите терапии за лечение

В Таблица 2.12 са представени средните стойности на скàлата за *възприемане на собственото тяло* и двете подскàли, които я изграждат, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) провеждат съответната терапия; (б) не провеждат съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между трите групи са направени еднофакторни дисперсионни анализи с постхок тестове на Туки.

Таблица 2.12 Средни стойности на скàлата за *възприемане на собственото тяло* и двете подскàли: външен вид и телесна цялост, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*възприемане на тялото*	*подскàли*	
		външен вид	телесна цялост
химиотерапия			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71
правят химиотерапия	3.21[b]	3.32[b]	3.10
не правят химиотералия	2.93[ab]	3.07[ab]	2.79
статистическа значимост	*	*	-
*големина на ефекта, **η**=*	*0.28, Т*	*0.29, Т*	-
лъчетерапия			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71
правят лъчетерапия	3.08[ab]	3.14[ab]	3.03
не правят лъчетерапия	3.24[b]	3.48[b]	3.00
статистическа значимост	*	*	-
*големина на ефекта, **η**=*	*0.26, Т*	*0.31, Т*	-
хормонотерапия			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71[a]
правят хормонотерапия	2.84[ab]	2.86[b]	2.82[ab]
не правят хормонотерапия	3.45[b]	3.67[b]	3.23[b]
статистическа значимост	*	*	*
*големина на ефекта, **η**=*	*0,39, Г*	*0.48, >Г*	*0.24, Т*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-позитивно възприемане на собственото тяло (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три

числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.12 показват, че възприемането на собственото тяло и външния вид като цяло е от най-голямо значение за жените, които правят химиотерапия, а от най-малко значение за здравите изследвани лица. Възприемането на собственото тяло и външния вид е най-позитивно за жените, които не правят лъчетерапия. Външният вид е от най-малко значение за здравите изследвани лица. Жените, които не са на хормонална терапия, отдават най-голямо значение на възприемането на собственото си тяло, на външния си вид и на телесната му цялост. Трите анализирани променливи са от най-малко значение за здравите жени. Външният вид е от еднакво значение както за тези, които използват хормонална терапия като част от лечението си, така и за тези, които не я прилагат в ежедневието си.

Основен анализ: връзка между възприемането на собственото тяло и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 2.13 са представени средните стойности на скалата за *възприемане на собственото тяло* и двете подскали, които я изграждат, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват и (в) знаят и използват съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между четирите групи са направени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 2.13 показват, че възприемането на собственото тяло и външния вид е от най-голямо значение за жените с рак на млечната жлеза, които не знаят за съществуването на алтернативни терапии за лечение като цяло. Телесната цялост е от най-голямо значение както за тези, които не знаят, така и за диагностицираните жени, които използват алтернативни терапии в своето лечение. Възприемането на собственото тяло и външния вид е най-важен за онкологичните пациентки, които не знаят, че съществува възможност за лечение с билки. Телесната цялост, обаче, е от най-голямо значение за жените с рак на млечната жлеза, които приемат билки като част от лечебния процес. Възприемането на собственото тяло, външният вид и телесната цялост е от най-голямо значение за онкологичните пациентки, които не знаят за съществуването на специална нисковъглехидратна антиракова диета. Възприемането на собственото тяло и външният вид са от най-голямо значение за жените с рак на млечната жлеза, които не знаят за възможностите за лечение, които предлагат хранителните добавки. Външният вид от своя страна, обаче, е еднакво оценен по значимост както от здравите изследвани жени, така и от пациентките, които използват в ежедневието си хранителни добавки. Възприемането на собственото тяло и външният вид са от най-голямо значение за диагностицираните жени, които не изпълняват физически упражнения. Разглежданите две променливи са от еднакво значение както за жените с рак на млечната жлеза, които се натоварват физически всеки ден, така и за здравите изследвани лица. Възприемането на собственото тяло и външния вид са от по-голямо значение както за диагностицираните жени, които нямат информация, така и за тези, които знаят, но не използват масаж тип лимфен дренаж. Анализираните две

променливи са от еднакво значение както за оперираните пациентки, които го практикуват, така и за здравите изследвани жени.

Таблица 2.13 Средни стойности на скàлата за възприемане на собственото тяло и двете подскàли: външен вид и телесна цялост, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*възприемане на тялото*	*подскàли*	
		външен вид	телесна цялост
алтернативни терапии			
здрави жени	2.77[ab]	2.83[a]	2.71[ab]
не знае	3.53[c]	3.87[b]	3.19[b]
знае, но не използва	2.50[a]	2.75[a]	2.25[a]
използва	3.31[bc]	3.18[a]	3.44[b]
статистическа значимост	*	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.50, >Г*	*0.52, >Г*	*0.47, >Г*
билколечение			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71[ab]
не знае	3.37[b]	3.83[b]	2.92[ab]
знае, но не използва	2.75[a]	3.37[ab]	2.12[a]
използва	3.14[ab]	3.03[a]	3.26[b]
статистическа значимост	*	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.31, Т*	*0.41, Г*	*0.37, Г*
хранителна диета			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71[a]
не знае	4.00[b]	4.00[b]	4.00[b]
знае, но не използва	3.06[a]	3.25[ab]	2.87[ab]
използва	3.07[a]	3.17[ab]	2.97[ab]
статистическа значимост	*	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.35, Т*	*0.34, Т*	*0.29, Т*
хранителни добавки			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71
не знае	3.37[b]	3.83[b]	2.92
знае, но не използва	3.04[ab]	3.22[ab]	2.87
използва	3.10[ab]	2.95[a]	3.25
статистическа значимост	*	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.28, Т*	*0.41, Г*	-
физически упражнения			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71
не знае	*нд*	*нд*	*нд*
знае, но не използва	3.44[b]	3.67[b]	3.21
използва	2.90[a]	2.93[a]	2.87
статистическа значимост	*	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.36, Г*	*0.44, Г*	-
масаж лимфен дренаж			
здрави жени	2.77[a]	2.83[a]	2.71
не знае	3.16[b]	3.50[b]	2.81
знае, но не използва	3.28[b]	3.44[b]	3.12
използва	3.02[a]	2.96[a]	3.09
статистическа значимост	*	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.27, Т*	*0.36, Т*	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-позитивно възприемане на собственото тяло (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при

p<0.05 между четирите групи от изследвани жени върху разглежданата скàла или нейните подскàли за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от четири числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); нд – няма данни.

2.2.4 Дискусия

Получените резултати от проведеното изследване показват, че скàлата *Measure of Body Apperception (MBA) (Carver et al., 1998)* приложена с извадка от жени с рак на млечната жлеза, подобно на оригиналната версия на методологията, има задоволителни психометрични свойства за оценка на възприемане на собственото тяло и е подходяща да се прилага в изследователска и клинична среда. Направеният факторен анализ потвърждава наличието на 2 фактора, които съответстват на двете подскàли за *възприемане на външния вид* и за *телесната цялост*, с 69.01% обща обяснена дисперсия.

Резултатите потвърждават, че видът операция, която се извършва на жени с рак на млечната жлеза, играе важна роля върху възприемането им на собственото тяло и усещането им за привлекателност. Според тях жените, на които е направена мастектомия или цялостно премахване на гърдата, имат по-високи стойности по *подскàлата за външен вид*, което означава, че се възприемат в по-позитивна светлина в сравнение с тези, на които частично е премахната гърдата и е извършена квадрантектомия, което *отхвърля издигнатата първа хипотеза*. Обратна е тенденцията при *подскàлата за телесна цялост*, където пациентките с отстранена гърда логично имат по-ниски стойности. Този факт, от една страна, потвърждава успешното прилагане на скàлата при диференциране на групите изследвани лица според вида оперативна намеса, която са претърпели, и води до различна степен на промяна във външния им вид. От друга страна, получените резултати се потвърждават от предишни изследвания по темата (Bloom et al., 1998; Hopwood et al., 2001). Вероятно обяснение на тази тенденция би могло да бъде открито в референтните групи, с които се сравняват изследваните лица. Жените с частично премахване на гърдата се позиционират по-близо до здравите в сравнение, с които имат по-негативна представа за собственото тяло. Въпреки извършената операция, пациентките с цялостно премахване на гърдата възприемат в по-позитивна светлина собственото си тяло, защото чрез ежедневното наблюдаване на белезите по него насочват вниманието си повече към диагнозата и изпитваната благодарност, че се радват на живота.

С увеличаване на времето от първоначално поставената диагноза и извършената операция (до 6 месеца и след 6 месеца) се влошава възприемането на външния вид и на собственото тяло от изследваните лица, което *опровергава издигнатата трета научна хипотеза*. Този факт се потвърждава и от други проведени изследвания по темата (Hartl et al., 2003; Bloom et al., 1998). Вероятно веднага след направената операция жените възприемат собственото си тяло в по-позитивна светлина поради стреса от поставената диагноза и страха от неблагоприятния изход, а с течение на времето, връщайки се към живота, започват да се себеоценяват и съпоставят със здравите хора и да променят оценката за белезите, които имат. За тях те се превръщат не в белези, че почти не са умрели, а в доказателство, че са живи.

Краткостта и разбираемостта на приложената методология позволява сравнително бързо и еднозначно да се оцени как жени с рак на млечната жлеза възприемат собственото си тяло. Тя е важен инструмент за медицински сестри и онколози, които при поддържане на близък и редовен контакт с пациентките във всички стадии на заболяването имат значима роля в оказването на помощ при приемане на настъпващите промени във външния вид. Те могат да помогнат пациентките по-успешно да се справят с чувството за срам, загуба на собствено достойнство и самооценка, в затрудненията във вземане на решения за последващата операция, в трудностите на приемането на собствения вид след нея, в превенцията на психологичните затруднения в настъпилите промени в собственото тяло след това, в загубата на коса при химиотерапевтичното лечение или получаването на евентуален лимфодем след провеждане на лъчетерапия и т. н.

Сред **ограниченията** на проведеното изследване е фактът, че всички изследвани лица са от София, от български произход т. е. принадлежат към групата на мнозинството и са мотивирани да участват в него, което поставя под съмнение потенциалното обобщаване на получените резултати за жените с рак на млечната жлеза като цяло в България.

Провеждане на **бъдещи изследвания** по темата са необходими с цел извършване на съпоставителен анализ на различната възраст, на която е диагностициран и отстранен проблемът, и как това влияе на възприемането на собственото тяло при по-млади и при по-зрели жени. Необходими са бъдещи изследвания и за потвърждаване на двуфакторната структура на приложената скала при диагностицирани пациенти с друг вид рак и анализиране как те възприемат собственото си тяло след лечението. Интересна идея е да се анализира как фактори като етническа и културна принадлежност, по-ниско образователно ниво и доходи влияят при осмисляне и възприемане на травмиращи събития като поставяне на диагноза рак на млечната жлеза.

Въпреки че се отделя все повече внимание на цялостното, комплексно и многоаспектно лечение на пациентите със злокачествени заболявания на гърдата, лекарите продължават да бъдат относително пасивни при обсъждане на външния им вид преди и след операцията за отстраняване на тумора. Сред възможните бариери, които нарушават комуникацията между лекар и пациент, могат да се посочат задълженията, които онколозите поемат в процеса на лечение, липсата на информация за възможностите за реконструкция на бюста, които се предлагат и успешно извършват, възприемането на пациентките едностранно като диагностицирани с рак, без да се отчитат физическите последствия и остатъчните белези след операцията и лечението и неудобството в пациентките темата да се постави за обсъждане.

В заключение, белезите след извършена операция за премахване на рак на гърдата са доказателство за сила на духа и вътрешна красота, те са свидетелства за водената битка за живот от пациентките. На пръв поглед са разтърсващи, но в тях се преплитат хуманност, нежност, воля, смелост, болка, състрадание, женственост и дори красота. Те показват скритата страна на рака на гърдата, който не е розова панделка. Те се превръщат в символ на съпричастност, надежда, повод за размисъл и излекуване, себеприемане и човешко достойнство. Във физическата си уязвимост жените с рак на млечната жлеза стават духовно силни и подкрепящи. Със сигурност след възстановяването от тежката диагноза те водят по-съзнателен, по-уравновесен и по-красив живот.

Като част от проекта *„Да преодолееш рака: абсолютна реалност" (Surviving Cancer: Absolute Reality – SCAR)* модният фотограф Дейвид Джей снима над 100 жени на възраст между 18 и 35 години от цяла Америка след операция на рак на гърдата. Той и част от фотографиите в голям формат, които прави са представени в издания като Лайф, Форбс, Сайколъджи Тъдей, Уол Стриит Джърнал, Америка Онлайн, Лансет и др. Те показват, че всеки човек носи белези по тялото си от различни житейски битки. Проектът представя визуално рака на млечната жлеза, а в очите на участниците в него се чете едновременно ужас и красота. Серията от голи портрети показват емоционалните и физическите белези по телата и душите на млади жени с рак на млечната жлеза. Те излъчват палитра от емоции, които заболяването предизвиква като смелост, страх, приемане, гордост, тъга и др. Фотографиите показват колко дълбоко заболяването засяга физически и емоционално жените.

Според Дейвид Джей ракът на млечната жлеза е ужасяващо заболяване, което хората покриват с розова панделка. Проектът вдъхва надежда, кара посетителите да се замислят и олицетворява излекуването. Чрез него авторът цели да насочи вниманието на обществото към значението на ранното откриване и поставяне на диагнозата, да събере средства за провеждане на научни изследвания за заболяването и за създаване на програми за рехабилитация на жените с тази диагноза. Чрез участието си в проекта жените споделят, че откриват своята сила и красота. На плаката на изложбата на проекта в Ню Йорк е поставена снимката на бременна млада жена с белег от мастектомия. Тя представя гърдите като символ на женственост и майчинство.

Както повечето хора, Дейвид Джей смята, че ракът на млечната жлеза е заболяване на жените в зряла възраст, докато не му се обажда близка приятелка, която току-що е диагностицирана със заболяването на 29 години. Бързо ѝ е направена мастектомия, след която тя се съгласява да позира гола до кръста, за да сподели своите белези от операцията, да подкрепи други жени като нея и да покаже на обществото истинското лице на рака. Така се ражда идеята за проекта. Авторът пуска обява, че набира модели за снимките, които стават обществени, и постепенно млади жени с рак на гърдата от цяла Америка започват да идват в студиото му в Ню Йорк, за да ги снима.

Авторът разказва, че жените, които са се свързали с него, са споделяли, че не се чувстват женствени след операцията, че все още не са се съблекли пред съпрузите си, че не позволяват на децата си да ги гледат съблечени, че се преобличат на тъмно, че не желаят да се къпят, за да не гледат белезите си. След направените снимки се променя тяхното възприятие за собствената личност, те имат терапевтичен ефект, променят живота им, възстановява се усещането им за женственост и привлекателност на собственото тяло, идентичността им, дава им сили и те започват да мислят, че ако и след това изглеждат красиви, тогава може би все още са красиви. За всяка една от тях участието ѝ в проекта символизира личната ѝ малка победа над заболяването. За моделите позирането и фотографиите са удовлетворяващ и освобождаващ опит, момент на приемане на собственото променено тяло, именно затова те показват смелост и гордост, болка и красота, надежда, страх и уязвимост, човешко достойнство. Видимите белези напомнят за болезнения им опит и признанието, че животът им е променен завинаги. Всяка снимка документира едновременно елегантност и приемане, очите на моделите показват, че са в мир със себе си след като им е поставена животозастрашаваща диагноза. Всяка фотография разказва човешка история.

Ракът на млечната жлеза влиза в живота на една от жените, Хедър Саласар, след като осиновява момиченце, чиято майка почива от рак на гърдата на 23-годишна възраст. След 2 години, майка на 4 деца от Охайо, САЩ, Хедър не може да повярва, когато на 31-годишна възраст тя самата е диагностицирана с рак на гърдата. На снимките тя позира с двете си по-малки дъщери.

Като резултат от проекта през 2012 г. е издаден **албум** от 126 страници със снимки и с историите на моделите, част от които вече не са сред живите, озаглавен „Ракът на гърдата не е розова панделка". Той съдържа 50 фотографии на млади жени с рак на млечната жлеза и кратка автобиография на всяка една от тях, която описва личния ѝ опит със заболяването. На една от снимките в албума е присъдена наградата Пулицер. Предвижда се издаване на

втора част на албума с останалите снимки от проекта.

Документалният **филм** за проекта „Да понесеш всичко", продуциран и режисиран от австралийката Патрисия Загарела печели наградата Еми. В него са интервюирани 4 жени с рак на млечната жлеза, които участват като модели в изложбата. Всяка една от тях е изключителна по свой собствен начин.

Докосваща е историята на *Марси*, която открива бучка в своята гърда, докато е бременна с второто си дете. Тя и съпругът ѝ споделят как са се почувствали в деня, в който им е съобщена диагнозата като превратен момент в техния живот.

Представен е и разказът на *Ванеса*, жена на около 25 години, на която е поставена диагнозата 6 месеца след като се омъжва за своята студентска любов. Тя искрено разказва как ракът е променил живота ѝ, как се е отразил на женствеността ѝ и колко много ѝ помага силната подкрепа на съпруга ѝ Били за участието ѝ във филма.

Представена е и *Михаела*, която е преживяла рак на яйчниците и са ѝ премахнати и двете гърди с цел превенция. „Чувствам, че 20 години от живота ми сякаш са отнети", тъжно разсъждава тя.

Силвия е млада жена от азиатски произход на 20 и малко години, на която също е извършена радикална мастектомия и е преминала през химиотерапевтично лечение. Тя носи всички 5 свои перуки за снимките, които се провеждат в хотелска стая в Ню Йорк. Моли Дейвид да ѝ направи „по-консервативни" снимки, защото семейството ѝ е „по-традиционно".

Във филма четирите представени жени с рак на гърдата са в различен стадии от лечението на заболяването. Освен поставената диагноза, това, което свързва четирите споделени истории е оптимизмът и вярата, които жените имат, че утре ще бъде нов, по-добър ден. Всъщност филмът не е само за рака на млечната жлеза, а за себеприемането, състраданието, любовта, добротата, човечността, смелостта, приемането на всичко, което животът поднася, както красивите неща, така и скръбта и страданията, смело, с емпатия и разбиране.

Розовата панделка е универсално признат символ на рака на млечната жлеза. Милиони хора я носят гордо в подкрепа на борещите се или победените от диагнозата и за да привличат общественото внимание към заболяването. За пациентите, които воюват с него, обаче, и за хората, които ги обичат, розовата лентичка дори не представя първоначалния шок от диагнозата, трагедията на рака, техния опит с него, необходимостта от вяра и надежда, физическата болка, емоционалната агония и като цяло реалността на рака на гърдата.

2.3. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРИВЪРЗАНОСТТА КЪМ ПАРТНЬОРА

2.3.1 ВЪВЕДЕНИЕ

Въпреки безспорно постигнатия напредък в медицината, поставянето на онкологична диагноза продължава да бъде силно стресиращо събитие както за самите пациенти, така и за членовете на техните семейства, защото ракът има висока смъртност както в национален, така и в световен мащаб. Грижата за член от семейството с онкологична диагноза изисква съобразяване с множество фактори с цел задоволяване на неговите потребности. Въпреки че част от пациентите развиват дисфория и депресия, влиянието на поставената диагноза невинаги е изцяло негативно. Друга част от пациентите споделят настъпили позитивни промени като откриване на повече смисъл в живота и по-голямо удовлетворение от него (McCausland & Pakenham, 2003; Ганева, 2011).

Взаимоотношенията с интимните партньори (съпрузите) и членовете на семейството може както да са затруднени, така и да са от помощ при преживяване на диагнозата. Възможно е тя да провокира бариери в общуването, които пречат на откровеното обсъждане на рака, или пациентът да установи, че близките отношения са затруднени от стреса, който всички преживяват и на който са подложени. След като непосредствената заплаха от рака е отминала и изпитваният стрес намалее, бариерите в общуването се преодоляват и се оказва подкрепа на пациента (Rowland, 1989).

Изследвано е влиянието на партньорите, които не оказват подкрепа в преодоляването на изпитвания психологически дистрес в 191 омъжени пациентки по време на лечение (Manne & Glassman, 2000). Установява се, че неподкрепящото поведение от съпрузите и другите членове на семейството е свързано с психологическия дистрес при онкологичните пациенти. При провеждане на структурирани интервюта с 113 жени с рак на млечната жлеза в период до 1 година след поставяне на диагнозата става ясно, че удовлетвореността от подкрепящи взаимоотношения между партньорите е свързана с психичното им благополучие (Pistrang & Barker, 1995). Става ясно, че партньорите играят значима роля в процеса на адаптация на пациентите към рака на млечната жлеза.

Възприетата социална подкрепа е добре проучен показател за приспособяване към рака. За омъжените жени от особено значение е подкрепата, която получават от своите съпрузи (Ell, Nishimoto, Morvay, Mantell & Hamovich, 1989). Удовлетворението им от нея се отразява върху подобряване на настроението и качеството им на живот (Helgeson & Cohen, 1996). Те споделят, че им помага изразяването на чувства от страна на партньорите и емпатииното обсъждане на проблемите (Lichtman, Taylor & Wood, 1988). От друга страна жените смятат, че е безполезно да се избягва да се дискутира диагнозата им, да се оттеглят емоционално, да се омаловажава значението на рака и да се критикува начинът, по който те се справят с него (Pistrang & Barker, 1995). Според модела за социално-когнитивна преработка (Lepore, Ragan & Jones, 2000) реакциите на партньорите са от значение при адаптиране на пациентките към заболяването, защото влияят върху процеса на преработка и осмисляне на онкологичния им опит. Жени с рак, които възприемат своите съпрузи с критикуващо или избягващо поведение към диагнозата, имат повече натрапливи мисли, свързани с рака, в сравнение с жените, чиито съпрузи са по-слабо негативно ориентирани (Lepore, 2001; Manne, 1999).

При двойките личностният отговор на партньора към стресиращото събитие си взаимодейства с често оказваната социална подкрепа (Gignac & Gottlieb, 1997). Всъщност според много изследователи взаимодействието между партньорите е от голямо значение при съвместно преодоляване на стресора. Ефективното справяне на двойката се постига чрез емпатично, искрено и топло общуване между партньорите и споделяне на реалистична и позитивна оценка към стреса, което развива емоционалната връзка между тях (Cutrona, 1996; Lyons, Mickelson, Sullivan & Coyne, 1998). Освен това и обратното е вярно – споделената оценка води до съвместно преодоляване и оказване на взаимна

подкрепа (Coyne & Smith, 1994). От значение при справянето на двойката е общуването, което води до споделени гледни точки и представи за стреса като „наш проблем" (Lyons et al., 1998). Преодоляването в двойката и емпатичната комуникация между партньорите е свързано с приспособяването към здравословни кризи, каквато е ракът на млечната жлеза.

Степента, в която пациентите с рак изпитват депресивни симптоми и неудовлетвореност от живота или позитивни промени след поставяне на диагнозата зависи от редица социални и личностни фактори като например връзката с партньора, който ежедневно полага грижи за тях и им помага в процеса на лечение. Членовете на семействата на жени с рак на млечната жлеза, по-конкретно техните съпрузи, често смятат, че е малко вероятно да не изпълняват отредената им роля на обгрижващи, въпреки че са я получили без предупреждение. В този смисъл качеството на изградената връзка между партньорите до момента на поставяне на онкологичната диагноза на съпругите им силно повлиява степента, в която обгрижващите доброволно я поемат, изцяло ѝ се отдават и се приспособяват към нея.

През последните десетилетия голям научен интерес представлява идеята за изграждане на паралел между формирането на привързаност през ранното детство и характера на социалните взаимоотношения при възрастните (Bartholomew & Perlman, 1994). Изследователите установяват наличие на 3 основни вида привързаност през детството: *сигурна, избягваща и амбивалентна* (Ainsworth, 1983; 1989). *Сигурната привързаност* се характеризира с изпитването на стрес в рамките на нормалното при оттегляне на родителя и с щастливо, радостно приемане при завръщането му. Той е източник на комфорт и сигурност за детето. Налице са най-малко 2 вида несигурна привързаност. При *избягващата привързаност* има тих отговор при излизане на родителя и избягване и отблъскване, когато се върне. Детето е научило, че на него не може да се вярва и разчита за получаване на подкрепа. При *амбивалентната привързаност* детето се притиска в родителя и се разстройва при напускането му на стаята, а при връщането му то отговаря ядосано и го отблъсква. Завръщането на родителя се разглежда като последен опит на детето да получи подкрепа от човека, който я осигурява понякога, но не винаги и като цяло ненадеждно. *Избягваща и амбивалентна привързаност* се формира, когато родителите не са на емоционално разположение на детето и са непоследователни в своите действия спрямо него (Bowlby, 1982).

Проведените изследвания на привързаността при възрастните се основават отчасти на идеята, че се установява сходство между формираната привързаност към родителите през детството и начина, по който възрастните се свързват със значимите други в своя живот. Според някои автори установения тип привързаност през детството се съхранява през целия жизнен цикъл. Детето изгражда *„работещ модел"* за природата на взаимоотношенията през детството, който се препотвърждава през периода на възрастността. Възрастни, които са формирали *сигурна привързаност* в детството ще бъдат и сигурно привързани към своя интимен партньор и към другите хора. Изградената *избягваща привързаност* през детството води до по-недоверчиви и дистанцирани отношения като възрастни. Формирането на *амбивалентна привързаност* през детството води до комбинация от сливаща близост и отхвърляне и/ или отблъскване.

Според *теорията за привързаността при възрастните* (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2003) системата от привързаност се активира в ситуация на изпитван силен стрес или заплаха с цел да съхрани усещането за сигурност.

Индивидуалните различия във формирания вид привързаност са свързани с психологическото приспособяване към стреса (Mikulincer & Shaver, 2003) и с изпитвания стрес при обгрижване на партньора. Например *сигурната привързаност*, която се изразява в преживяване на чувство на близост и лесно доверяване на другите, с чувствителни и кооперативни отношения между партньорите, е свързана с по-голяма удовлетвореност от брачните отношения (Feeney, 1996) и с по-ниски стойности на депресия (Ciechanowski et

al., 2003). *Избягващата привързаност*, която се характеризира с по-висока степен на независимост, поддържане на дистанция с другите и изпитване на дискомфорт при близост е свързана с по-голяма неудовлетвореност и депресия (Shaver et al., 2005), въпреки че тази връзка често зависи от преживяване на високо стресови житейски събития. *Тревожната привързаност*, която отразява желанието за близост и несигурността в отговора на партньора, наличие на страх от изоставяне, изпитване на безпокойство, ревност и страх от отблъскване също води до по-ниска удовлетвореност от брачните отношения и по-често до симптоми на депресия (Shaver et al., 2005). Хората, които изграждат тревожна привързаност към партньора по правило са компулсивни и контролиращи, по-скоро доминиращи отколкото отговорни и склонни към отношения на сътрудничество.

Грижите за физически болен човек се състоят в изпълнението на редица задължения с цел задоволяване на неговите потребности. Това включва проследяване на лечебния процес, през който преминава, отчитане на наличие или отсъствие на симптоми от поставената диагноза и редовно провеждане на необходимите изследвания за проследяване на състоянието му, задоволяване на изпитваната от него необходимост от получаване на инструментална, финансова и емоционална подкрепа. Обикновено след като пациентите неочаквано са получили новината за своето хронично онкологично заболяване се налага бързо да приемат новата и сложна роля да се грижат за себе си и да продължат да живеят по нов начин. Тази високо стресова ситуация повлиява отношенията с партньора и се отразява на вида привързаност, която е формирана в двойката.

В този смисъл проведени изследвания с дъщери, които обгрижват своите родители в напреднала възраст установяват, че сигурно привързаните към тях осигуряват най-емоционална грижа, а тревожно привързаните съответно най-слабо емоционална (Carpenter, 2001). Резултатите от друго изследване показват, че сигурно привързаните деца на пациенти с деменция изпитват по-малко стрес от обгрижването докато тревожно привързаните имат високи нива на общ психологичен дистрес, но не и специфичен стрес от полагането на грижи за тях (Crispi et al., 1997). Друго изследване доказва, че несигурната привързаност, противоположно на сигурната привързаност, е единственият значим предиктор за депресия или изпитване на стрес от обгрижване (Besser & Priel, 2005; Carnelley et al., 1996; Rothbard & Shaver, 1994) след демографските фактори на обгрижващите и над физическото състояние на пациентите с деменция (Magai & Cohen, 1998).

Тъй като традиционно полагането на грижи се свързва със специфични ролеви очаквания към жената, *полът* оказва влияние върху формираната привързаност. В множество култури се очаква от жената да има поведение на обгрижване на членовете на семейството. Именно затова според жените оказването на грижи е това, което се очаква от тях и е социално желано поведение. С тези очаквания и с факта, че в някои случаи само те се грижат за семейството или за болен член от него, жените се чувстват по-натоварени и обременени, имат по-ниска самооценка и самочувствие в сравнение с мъжете, които обгрижват болен член от семейството (Collins & Jones, 1997; Rose-Rego et al., 1998). Проведените множество изследвания установяват, че жените по-често се грижат за своите деца с умствени или физически затруднения, по-често лично изпълняват своите домакински задължения, по-натоварени и обвързани са в осигуряване на конкретна информационна подкрепа, към която са по-склонни мъжете, които се грижат (Miller & Cafasso, 1992; Yee & Schulz, 2000). Установено е също така, че жените са по-отговорни и импулсивни при осигуряване на грижи в сравнение с мъжете (Carnelley et al., 1996; Kunce & Shaver, 1994; Feeney & Kirkpatrick, 1996).

Целта на настоящото изследване е да анализира качеството на привързаността към партньора чрез скàлата *Measure of Attachment Qualities (MAQ) (Carver, 1997)* на жени с рак на млечната жлеза в период до 1 година след първоначалното поставяне на диагнозата и последваща оперативна интервенция и лечение.

Хипотезата, която се издига в проведеното изследване е, че различните характеристики на поставената диагноза рак на млечната жлеза при жените с формирана сигурна привързаност към своите партньори ще зависят в най-ниска степен от лечението и ще оказват слабо влияние върху нея. И обратното, различните медицински параметри на поставената диагноза ще оказват най-голямо влияние на жените с рак на млечната жлеза, които са формирали несигурна привързаност, както избягваща, така и амбивалентна.

2.3.2 МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Изследвани лица

Изследваните лица са същите от изследването на *текущото състояние* (Carver, 2006) и са описани в раздел 2.1.2

Метод

Измерване. Изследваните жени попълват въпросника *Measure of Attachment Qualities (MAQ)*, (Carver, 1997) за измерване на качеството на привързаност към партньора (Приложение 3). Той се състои от 14 въпроса, които не формират скàла, а само 4 подскàли: за *сигурна привързаност*, която включва три въпроса (например: "Близостта до някой ми дава усещане за комфорт към живота като цяло"), за *избягваща привързаност*, която включва пет въпроса (например (обратно-фразиран): "Много ми е комфортно да бъда близка с хората"), за *амбивалентно-тревожна привързаност*, която включва три въпроса (например: "Често се притеснявам, че партньорът ми ще ме напусне") и за *амбивалентно-сливаща привързаност*, която включва три въпроса (например: "Желанието ми да бъда в близки отношения с хората понякога ги плаши"). Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна скàла за съгласие във формат на Ликерт от: 1 – "напълно не съм съгласна с посоченото твърдение" до 4 – "напълно съм съгласна с посоченото твърдение" без "неутрално мнение" (нито съм съгласна нито съм несъгласна).

Изчисляване. Съгласно методологията се изчисляват и анализират само четирите подскàли като самата скàла не се изчислява и анализира. Има 3 обратно-фразирани въпроса (въпроси: 4, 8 и 9) и затова се създават нови три ревърсни по стойност променливи със съответни кодове: 4 – "напълно несъгласна",…, 1 – "напълно съгласна". Резултатът за всяка от четирите подскàли представлява средноаритметична стойност от всички дадени отговори като за обратно-фразираните въпроси се използват стойностите за ревърсните им променливи и варират между 1 (минимум) и 4 (максимум). По-високите получени стойности съответстват на по-голяма привързаност към партньора.

Надеждност. За проверка на *надеждността* на четирите подскàли е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта са анализирани 14-те въпроса за извадката от диагностицираните жени $N = 41$. Надеждността на подскàлата за *сигурна привързаност*, (въпроси: 1, 7 и 14) е равна на $\alpha = 0.72$, на подскàлата за *избягваща привързаност* (въпроси: 4, 6, 8, 11 и 13) е $\alpha = 0.85$, на подскàлата за *амбивалентно-тревожна привързаност* (въпроси: 2, 5 и 9) е $\alpha = 0.74$ и на подскàлата за *амбивалентно-сливаща привързаност* (въпроси: 3, 10 и 12) е $\alpha = 0.78$. Тези стойности надвишават минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012), което показва, че вътрешната съгласуваност на подскàлите е достатъчно висока или въпросите, които ги изграждат, формират обща група. Това потвърждава задоволителната надеждност на приложената методология за *измерване на качеството на привързаност към партньора* (Carver, 1997), което позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

2.3.3 РЕЗУЛТАТИ

Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 2.14 са представени дескриптивната статистика и корелацията между четирите подскали на скалата за *качество на привързаността*: за *сигурна привързаност*, за *избягваща привързаност*, за *амбивалентно-тревожна привързаност* и за *амбивалентно-сливаща привързаност*.

Таблица 2.14 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение и наблюдаван диапазон на подскалите на скалата за *качество на привързаността*: за сигурна привързаност, за избягваща привързаност, за амбивалентно-тревожна привързаност и за амбивалентно-сливаща привързаност за диагностицираните жени (*N*=41)

корелация между подскалите	*сигурна*	*избягваща*	*амбивалентно-тревожна*	*амбивалентно-сливаща*
сигурна	1			
избягваща	-0.05	1		
амбивалентно-тревожна	0.03	0.43**	1	
амбивалентно-сливаща	0.24	0.47**	0.57***	1
средно	3.59	1.90	1.68	1.72
стандартно отклонение	0.53	0.42	0.81	0.45
наблюдаван диапазон	2.67, 4.00	1.20, 2.60	1.00, 4.00	1.00, 2.67
максимален диапазон	1.00, 4.00	1.00, 4.00	1.00, 4.00	1.00, 4.00

*Забележки: данните са анализирани с коефициента на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

Средната стойност за *сигурната привързаност* $M = 3.59$ е значително над средната стойност на максималния диапазон на изменение $M = 2.50$, а средните стойности на останалите три подскали: $M = 1.90$, $M = 1.68$ и $M = 1.72$ са под средната стойност на максималния диапазон на изменение $M = 2.50$. Респондентите имат най-хомогенно мнение за *избягваща привързаност* - стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е минимално $SD = 0.42$ и наблюдаваният диапазон е най-тесен: $[1.20, 2.60]$, а за *амбивалентно-тревожна привързаност* тяхното мнение е най-разнородно – стандартното отклонение е най-голямо $SD = 0.81$, наблюдаваният диапазон е максимално голям $[1.00, 4.00]$ и съвпада с максималния диапазон.

Само корелацията между *сигурната привързаност* и *избягващата привързаност* е отрицателна $r = -0.05$, което показва слаба обратнопропорционална асоциация между тези две подскали. В останалите случаи корелацията между четирите подскали е положителна, което означава, че има правопропорционална средна асоциация между тях.

Основен анализ: връзка между качеството на привързаността и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 2.15 са представени средните стойности на *четирите подскали*, които изграждат *скалата за качество на привързаността* (тя не се изчислява и не се анализира), разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните и здравите жени. С цел да се анализират различията между групите са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (за две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (за три и повече групи).

Таблица 2.15 Средни стойности на четирите подскали на скалата за *качество на привързаността*: сигурна привързаност, избягваща привързаност, амбивалентно-тревожна привързаност и амбивалентно-сливаща привързаност, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*сигурна*	*избягваща*	*амбивалентно-тревожна*	*амбивалентно-сливаща*
здрави/диагностицирани				
здрави жени	3.56	2.01	2.15	1.95
диагностицирани жени	3.59	1.90	1.67	1.72
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта ***d***=	-	-	*0.65, Т*	*0.35, М*
операция на гърдата				
здрави жени	3.56	2.01	2.15^{b}	1.95^{b}
цялата гърда премахната	3.50	1.78	1.75^{ab}	1.60^{a}
част от гърдата	3.71	2.07	1.57^{a}	1.90^{ab}
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.33, Т*	*0.26; Т*
време след операцията				
здрави жени	3.56	2.01	2.15^{b}	1.95
по-малко от 6 месеца	3.33	2.02	1.58^{a}	1.61
повече от 6 месеца	3.65	1.88	1.80^{ab}	1.86
статистическа значимост	-	-	*	-
големина на ефекта ***η***=		-	*0.30, Т*	-
стадии на болестта				
здрави жени	3.56	2.01	2.15^{b}	1.95^{b}
I стадий	3.67	1.96	1.00^{a}	1.37^{a}
II стадий	3.62	1.92	1.89^{ab}	1.80^{ab}
III стадий	3.00	1.60	1.67^{ab}	2.00^{b}
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.49; >Г*	*0.30, Т*
премахнати лимфни възли				
здрави жени	3.56	2.01^{b}	2.15^{b}	1.95
под 12 възела	3.73	1.56^{a}	1.70^{a}	1.85
над 12 възела	3.67	1.97^{ab}	1.81^{ab}	1.81
статистическа значимост	-	*	*	-
големина на ефекта ета ***η***=	-	*0.29, Т*	*0.25; Т*	-
метастази в лимфните възли				
здрави жени	3.56	2.01	2.15^{b}	1.95^{b}
да, има	3.57	1.97	2.03^{b}	1.88^{ab}
не, няма	3.61	1.81	1.22^{a}	1.52^{a}
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта ета ***η***=	-	-	*0.52,>Г*	*0.29,Т*
онкологично болни сродници				
здрави жени	3.56	2.01	2.15^{b}	1.95^{b}
да, има	3.50	1.71	1.48^{a}	1.55^{a}
не, няма	3.63	2.00	1.78^{ab}	1.81^{ab}
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.35, Т*	*0.24, Т*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-голяма привързаност от даден вид (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата подскала за дадена медицинска характеристика, на реда

"статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.15 показват, че амбивалентно-тревожната и амбивалентно-сливащата привързаност е по-често срещана при здрави в сравнение с онкологично диагностицирани жени.

Жените със съхраняваща гърдата операция в най-ниска степен са амбивалентно-тревожно привързани, а жените с мастектомия са най-слабо амбивалентно-сливащо привързани. При здравите жени са по-ясно изразени двата вида амбивалентна привързаност, както тревожна, така и сливаща.

Жените в първите 6 месеца след извършена операция са най-слабо амбивалентно-тревожно привързани, а здравите изследвани жени са в най-голяма степен амбивалентно-тревожно привързани.

Жените в I стадий от развитието на заболяването са най-слабо привързани, а здравите жени са най-често амбивалентно-тревожно привързани. Здравите жени и тези, които са в III стадий, са най-ясно изразено амбивалентно-сливащо привързани. Онкологичните пациентки в I стадий са най-слабо амбивалентно-сливащо привързани.

При жените с отстранени под 12 лимфни възела избягващата и амбивалентно-тревожната привързаност са най-слабо изразени. Здравите жени най-ясно изразяват своята избягваща и амбивалентно-тревожна привързаност към партньорите.

Диагностицираните жени, които нямат метастази в своите лимфни възли са по-слабо амбивалентно-тревожно и амбивалентно-сливащо привързани.

Най-слабо изразена е както амбивалентно-сливащата, така и амбивалентно-тревожната привързаност при оперираните жени, които имат сродници с поставена онкологична диагноза, а те са най-силно изразени при здравите изследвани жени.

Основен анализ: връзка между качеството на привързаността и класическите терапии за лечение

В Таблица 2.16 са представени средните стойности на четирите подскали, които изграждат скалата за *качество на привързаността* (тя не се изчислява и не се анализира), разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) провеждат, (б) не провеждат съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между трите групи са направени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 2.16 показват, че амбивалентно-тревожната привързаност е най-силно изразена при здравите жени, а най-слабо проявена е при диагностицираните жени, които не провеждат химиотерапевтично лечение. Амбивалентно-тревожната привързаност е най-често срещана при здравите жени, а най-слабо изразена при жените с рак на млечната жлеза, които не правят лъчетерапия. При диагностицираните жени, които не правят лъчетерапия, е най-слабо изразена и

амбивалентно-сливащата привързаност. Жените, които не приемат хормонална терапия, са най-често силно привързани към своите партньори, а тези, които я използват като част от своето лечение, са най-слабо привързани. Жените, за които разглежданата терапия не е част от лечебния план, който следват, са в най-ниска степен амбивалентно-тревожно привързани.

Таблица 2.16 Средни стойности на четирите подскали на скалата за *качество на привързаността*: сигурна привързаност, избягваща привързаност, амбивалентно-тревожна привързаност и амбивалентно-сливаща привързаност, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*сигурна*	*избягваща*	*амбивалентно-тревожна*	*амбивалентно-сливаща*
химиотерапия				
здрави жени	3.56	2.01	2.15[b]	1.95
правят химиотерапия	3.53	1.92	1.83[ab]	1.73
не правят химиотералия	3.73	1.85	1.24[a]	1.70
статистическа значимост	-	-	*	-
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.41; Г*	-
лъчетерапия				
здрави жени	3.56	2.01	2.15[b]	1.95[b]
правят лъчетерапия	3.48	1.91	1.74[ab]	1.89[b]
не правят лъчетерапия	3.79	1.89	1.55[a]	1.40[a]
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.34; М*	*0.33; М*
хормонотерапия				
здрави жени	3.56[ab]	2.01	2.15[b]	1.95
правят хормонотерапия	3.33[a]	2.01	1.90[b]	1.78
не правят хормонотерапия	3.85[b]	1.79	1.43[a]	1.67
статистическа значимост	*	-	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.34; Т*	-	*0.40; Г*	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-голяма привързаност от даден вид (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследвани жени върху разглежданата подскала за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Основен анализ: връзка между качеството на привързаността и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 2.17 са представени средните стойности на *четирите подскали*, които изграждат *скалата за качество на привързаността* (тя не се изчислява и не се анализира), разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят за съответната терапия; (б) знаят, но не използват съответната терапия и (в) знаят и използват съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията

между четирите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Таблица 2.17 Средни стойности на четирите подскали на скалата за *качество на привързаността*: сигурна привързаност, избягваща привързаност, амбивалентно-тревожна привързаност и амбивалентно-сливаща привързаност, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*сигурна*	*избягваща*	*амбивалентно-тревожна*	*амбивалентно-сливаща*
алтернативни терапии				
здрави жени	3.56	2.01	2.15[b]	1.95[b]
не знае	3.58	2.02	1.42[a]	1.36[a]
знае, но не използва	3.42	1.80	1.25[a]	1.83[b]
използва	3.71	1.89	2.16[b]	1.90[b]
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта η=	-	-	*0.53; >Г*	*0.34; Т*
билколечение				
здрави жени	3.56	2.01	2.15[b]	1.95[b]
не знае	3.67	2.09	1.22[a]	1.26[a]
знае, но не използва	3.33	1.70	1.17[a]	1.67[ab]
използва	3.62	1.88	1.95[b]	1.90[b]
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта η=	-	-	*0.49; >Г*	*0.36; Т*
хранителна диета				
здрави жени	3.56	2.01[ab]	2.15[b]	1.95
не знае	4.00	2.60[b]	1.67[a]	1.67
знае, но не използва	3.50	1.80[a]	1.50[a]	1.75
използва	3.58	1.87[a]	1.76[ab]	1.72
статистическа значимост	-	*	*	-
големина на ефекта η=	-	*0.28; Т*	*0.34; Т*	-
хранителни добавки				
здрави жени	3.56	2.01	2.15[b]	1.95[b]
не знае	3.67	2.09	1.22[a]	1.26[a]
знае, но не използва	3.41	1.75	1.57[ab]	1.84[b]
използва	3.73	1.96	2.07[b]	1.87[b]
статистическа значимост	-	-	*	*
големина на ефекта η=	-	-	*0.46; >Г*	*0.35; Т*
физически упражнения				
здрави жени	3.56	2.01	2.15[b]	1.95
не знае	*нд*	*нд*	*нд*	*нд*
знае, но не използва	3.72	1.97	1.89[ab]	1.83
използва	3.48	1.85	1.51[a]	1.64
статистическа значимост	-	-	*	-
големина на ефекта η=	-	-	*0.24; Г*	-
масаж лимфен дренаж				
здрави жени	3.56	2.01[ab]	2.15[b]	1.95[b]
не знае	3.33	1.77[a]	1.42[a]	1.44 [a]
знае, но не използва	3.58	2.30[b]	2.08[b]	2.00[b]
използва	3.76	1.72[a]	1.57[ab]	1.73[ab]
статистическа значимост	-	*	*	*
големина на ефекта η=	-	*0.37;>Г*	*0.42; Г*	*0.32; Т*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-голяма привързаност от даден вид (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите групи от изследвани жени върху разглежданата подскала за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от четирите числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); нд – няма данни.

Представените резултати в Таблица 2.17 показват, че здравите жени и диагностицираните жени с рак на млечната жлеза, които използват алтернативните терапии, като цяло в своето лечение са по-често амбивалентно-тревожно привързани към своя партньор в сравнение с тези, които не знаят или имат информация, но не ги използват. Оперираните жени, които не знаят за алтернативните терапии, са в най-ниска степен амбивалентно-сливащо привързани.

Здравите жени и диагностицираните, които използват билки в своето лечение, са по-често амбивалентно-тревожно привързани към своя партньор в сравнение с тези, които не знаят или знаят, но не употребяват. Здравите жени и тези, които използват билколечение в ежедневието си, са по-често амбивалентно-сливащо привързани в сравнение с тези, които не знаят за този вид алтернативна терапия.

Жените с рак на млечната жлеза, които нямат информация за нисковъглехидратната антиракова диета, са в най-голяма степен избягващо привързани към своя партньор. Здравите изследвани жени са най-често амбивалентно-тревожно привързани, а диагностицираните жени, които не знаят или знаят, но не са на този вид хранителен режим, са в най-ниска степен амбивалентно-тервожно привързани.

Оперираните жени, които не знаят за благоприятното въздействие на хранителните добавки, по време на лечението на поставената им диагноза са в най-ниска степен амбивалентно-тревожно и амбивалентно-сливащо привързани към своя партньор, а тези, които използват в ежедневието си хранителни добавки, са най-често амбивалентно-тревожно привързани.

Диагностицираните жени, които са физически активни в своето ежедневие, са най-слабо амбивалентно-тревожно привързани, а здравите са в най-висока степен амбивалентно-тревожно привързани.

Жените, които разполагат с информация, но не практикуват масаж тип лимфен дренаж, са най-вече избягващо привързани. Тези, които не знаят за него, са в най-ниска степен както амбивалентно-тревожно, така и амбивалентно-сливащо привързани. Здравите и диагностицираните изследвани жени, които разполагат с информация за него, но не го практикуват, са най-често както амбивалентно-тревожно, така и амбивалентно-сливащо привързани.

2.3.4 Дискусия

Получените резултати от проведеното изследване показват, че медицинските характеристики при поставена диагноза рак на млечната жлеза се отразяват най-вече на формираната *амбивалентна привързаност* към партньора, както на амбивалентно-тревожната, така и на амбивалентно-сливащата привързаност, следва избягващата и оказват най-слабо влияние на формираната сигурна привързаност. С други думи може да се направи изводът, че различните видове несигурна привързаност в най-голяма

степен се влияе и зависи от характеристиките на поставената диагноза, а при сигурната привързаност промяната в отношенията е най-слаба. Този факт е възможно да се обясни в изпитвания по-голям комфорт по принцип в отношенията на сигурна привързаност към партньора. Поставената стресира диагноза рак на млечната жлеза оказва най-слабо влияние при установени отношения на сигурна привързаност.

При провеждане или не на класически терапии за преодоляване на диагнозата (Таблица 2.16) се наблюдава друга тенденция. При жените с *амбивалентно-тревожна привързаност* към своите партньори, които ходят на химиотерапия и лъчетерапия, се увеличава степента на привързаност, която изпитват към тях. Това вероятно се дължи на по-често избирания компулсивен или практичен стил при оказване на самопомощ при изследваните жени. И обратното – липсата на различие между провежданите стандартни медицински терапии при избягващата привързаност вероятно се обяснява с тенденцията към независимост, дистанция от другите хора и изпитване на дискомфорт при близост или при необходимост от емоционална подкрепа.

Качеството на формирания вид привързаност влияе и върху оказването на определен вид грижа. Като цяло на сигурно привързаните партньори най-малко влияние оказват различните медицински показатели, което се потвърждава и от други проведени изследвания (Carpenter, 2001; Crispi et al., 1997).

При анализ на получените резултати прави впечатление, че при трите вида *несигурна привързаност* при провеждане на конкретен вид терапия привързаността се увеличава, а сигурната привързаност намалява. Те биха могли да се обяснят и с това, че сигурно привързаните жени с рак на млечната жлеза се чувстват по-некомфортно като се нуждаят от оказване на *инструментална помощ* поради изпитваната сигурност, което им пречи да усещат близост с партньора и да се нуждаят от оказване на практическа подкрепа.

Обратна е тенденцията при жени с *избягваща привързаност* към партньора, при които се увеличава оказваната емоционална подкрепа. Оказването на емоционална подкрепа за разлика от оказването на практическа помощ включва психологическия риск от увеличаване на привързаността. За да се избегне изпитването на дискомфорт от евентуална емоционална близост с партньора хора с избягваща привързаност по правило използват стратегия за деактивиране на емоционалната регулация. Тя включва отричане на необходимостта от привързаност както от самата личност, така и към партньора и избягване на емоционално включване, интимност и зависимост от него. Сигурната и избягващата привързаност по-скоро са противоположни краища на континуум, а не са различни качества (Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Тревожно-привързаните жени с рак на гърдата се безпокоят за своята собствена несигурност във взаимоотношенията, което затруднява осигуряването на постоянна, чувствителна и адекватна грижа към тях. Тревожната привързаност по правило се проявява и изразява в хиперактивиращи стратегии и с увеличаване на опазването от потенциална заплаха (Mikulincer & Shaver, 2003; Feeney & Collins, 2001). Възможно е свръхзащитата на фигурата на привързаността да попречи на полагане на грижи към собствената личност с лекота и желание. Тревожната привързаност отразява свръхпредпазване на връзката при възникваща заплаха за нея.

В представеното изследване е направен анализ на качеството на привързаността към партньора при жени с рак на гърдата, но не е изследван стилът на привързаност на техните партньори. С цел по-добро, задълбочено и цялостно разбиране на динамиката на привързаността е желателно в **бъдещи изследвания** да се включат и двете страни, както на личностно, така и на междуличностно ниво.

Настоящото изследване е посветено на жени с рак на млечната жлеза. Интерес представлява изследване в бъдеще на стила на привързаност на изследвани лица с един от десетте най-широко разпространени видове рак и как диагнозата влияе на качеството на привързаността между партньорите и на грижите, които те оказват и получават.

Представените резултати логично се потвърждават от теорията за привързаността при възрастните. След подробен анализ на проведени изследвания (Mikulincer & Shaver, 2003) е установено, че тревожната привързаност включва хиперактивност на системата на привързаност, а при избягващата привързаност тя се деактивира. Това заключение също се потвърждава и от проведеното изследване на привързаността между партньори, единият от които е с рак на млечната жлеза. Въпреки това обаче пътят, по който хората, формирали несигурна привързаност се приспособяват психически по-слабо остава неясен и в тази насока предстои провеждане на бъдещи изследвания.

Въпреки някои ограничения, предственото изследване има безспорно своите значими приноси както в теоретичен, така и в емпиричен план. То показва, че теорията за привързаността при възрастните е подходяща основа за разбиране на влиянието на животозастрашаващо събитие като поставена диагноза рак на млечната жлеза на един от партньорите върху формираната привързаност между тях. То дава практически полезна информация за изследователи и клиницисти как различните характеристики на заболяването се отразяват на стила на изпитвана привързаност към партньора от техните пациентки. Например жени, които са формирали избягваща привързаност ще изпитват затруднения да получават емоционална помощ и подкрепа, дистанцират се от другите и изпитват дискомфорт от близост с партньора. За тази група жени, както за тях самите, така и за партньорите им, е подходящо обучение за развитие на емпатийно слушане и ефективна комуникация. Сигурната привързаност е свързана с изпитване на комфорт от близостта с партньора и взаимната зависимост е свързана с оказване на помощ поради *автономни* причини и мотиви за обгрижване.

В заключение, когато хората преминават през силно стресиращи и заплашващи живота житейски събития те търсят успокоение, подкрепа и разбиране в своите партньори. Множество проведени изследвания установяват, че получаването на социална подкрепа или изпитването на доверие в отношенията помага за по-ефективно справяне с проблемни ситуации и оказва дългосрочно позитивно влияние върху здравето и психичното им благополучие. Резултатите от представеното емпирично изследване добавят още един щрих в анализирането на връзката между получаването на социална подкрепа и постигането на важни цели за личността и нейното развитие. Те потвърждават успешното приложение на теорията за привързаността (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2003) при хора с хронични заболявания.

2.4. ИЗСЛЕДВАНЕ НА НАЧИНИТЕ ЗА СПРАВЯНЕ С ДИАГНОЗАТА

2.4.1 ВЪВЕДЕНИЕ

През последните десетилетия се увеличава значително научната литература, посветена на справянето със стреса от поставена терминална диагноза. Проведени са емпирични изследвания, които анализират отговора на хората към различни стресори и преодоляване на предизвикателства като хронично заболяване, животозастрашаваща диагноза, природни бедствия и дори явяване на трудни изпити. Въпреки че от тях са изведени няколко ясни принципа, изследователите са единодушни, че остават множество въпроси, на които е необходимо да се потърси и даде отговор. Ето защо продължава провеждането на изследвания на процеса на справяне със стреса, породен от различни причини.

В научната литература психологическия стрес се разглежда като връзката между личността и средата, която е оценена като потенциална заплаха за психичното благополучие (Lazarus & Folkman, 1984). Тя се опосредства от 2 процеса: 1) *когнитивната оценка*, която определя защо и до каква степен конкретно събитие е стресиращо и 2) *процеса на справяне*, чрез който личността управлява своите потребности и емоции, провокирани от създадената стресираща ситуация.

Когнитивната оценка като цяло представлява процес на категоризация на ситуацията и нейното значение за психичното благополучие на личността. Тя включва в себе си 3 отделни оценки. *Първоначалната оценка* на ситуацията като незначима, позитивна (благоприятна) или стресираща. Първоначалната оценка на ситуацията като стресираща се изразява в една от трите форми: вреди/ загуби (например вредите за личността вече са овладени), заплаха (предхожда вредите/ загубите) или предизвикателства (събития, които имат потенциала да се контролират или от които могат да се извлекат печалби). Тя е свързана с възможността да се упражнява контрол над стресиращата ситуация и с ресурсите, с които личността разполага, за да се справи с нея. *Вторичната оценка* представлява съждение от типа какво би могло да се направи. Тя служи за определяне на ползите и последствията от прилагането на конкретна стратегия за справяне като отчита целите на личността. *Оценяването отново* е последователен процес, който се основава на постъпила нова информация от средата или от личността при определени обстоятелства след като е направена по-рано когнитивна оценка. То отчита ефективността на прилаганите стратегии за справяне и индивидуалното психологическо приспособяване към тях.

Справянето е дефинирано в литературата като „полаганите непрекъснато променящи се когнитивни и поведенчески усилия за управление на специфичните външни и вътрешни потребности, които са оценени като изискващи много или превишаващи ресурсите на личността" (Lazarus & Folkman, 1984, с. 141). Процесът на справяне не се отъждествява със заплахата за личността или стила на реагиране, който остава постоянен в различни ситуации. Той представлява набор от стратегии, които са на разположение на личността и се прилагат към конкретна ситуация.

Исторически са се формирали *3 основни теоретични подхода към анализа на справянето със стреса* (Conway & Terry, 1992). Според *първия* то е процес, свързан с Аз-а с цел намаляване на емоционалното напрежение. Това направление обаче е проблематично (Folkman & Lazarus, 1980), защото поставя знак за равенство между справянето и контрола над стресиращата ситуация, т. е. процесът на справяне е объркан с неговата крайна цел. Според *втората* концептуализация справянето е отличителна черта на личността. Този подход обаче е критикуван, защото не отчита факта, че стресиращите ситуации са динамични, а не статични и това, че хората не отговарят по сходен начин на стресиращи събития (Lazarus & Folkman, 1984). Според *третия* теоретичен подход справянето със

стресиращи ситуации е динамичен процес, който се отнася не само до конкретна ситуация, но зависи и от степента на неочакваност, с която се случва. В този смисъл то не е просто отговор на напрежението, а напротив – зависи от индивидуалната когнитивна оценка на ситуацията, която от своя страна оказва влияние на емоционалната възбуда на личността (Folkman & Lazarus, 1988).

По правило процесът на справяне приема една от *двете форми*: насочен е към *вътрешните емоционални състояния* или към *външната ситуация, към проблема*, който предизвиква емоционалния отговор. Стратегията за справяне, насочена към засилване на емоциите на личността е налице при оценка, според която нищо не може да се направи за промяна на нараняващи, заплашителни или представляващи предизвикателство условия от средата. Тя включва стратегии като пожелателно мислене, минимизиране или избягване на проблема. При обратната стратегия за справяне се засилва влиянието на стресора чрез конкретни действия и се прилага по-често, когато условията от средата са оценени като подлежащи на промяна. Тя включва научаването на нови умения, откриването на допълнителни начини за удовлетворение или развитие на нови поведенчески стандарти. Някои стратегии за справяне обаче като търсене на социална подкрепа, например, са както свързани с емоциите така са и насочени към конкретния проблем (Vitaliano, Maiuro, Russo & Becker, 1987). Повечето хора в отговор на стресиращо събитие прибягват както до стратегии за справяне, насочени към емоциите, така и към стресиращата ситуация (Folkman & Lazarus, 1980). Проведените изследвания (Schmitz & Crystal, 2000) установяват, че не съществува статистически значима корелация между двете стратегии за справяне. Те са различни конструкти, а не просто противоположни краища на един континуум, т. е. увеличението на прилагането на едната стратегия не е свързано и не провокира намаляване на другата.

Важен психологичен аспект от проведените изследвания по темата е изучаването на реакциите за справяне. Широкоизвестни са различни инструменти, които ги измерват като например *Начини за справяне (Ways of Coping)* (Folkman & Lazarus, 1980), *Многоизмерен въпросник за справяне (Multidimensional Coping Inventory)* (Endler & Parker, 1990), *Въпросник за стратегии за справяне (Coping Strategies Inventory)* (Tobin et al., 1989) и въпросникът за *Ориентация за справяне с изпитвани проблеми (ОСИП) (Coping Orientation to Problems Experienced – COPE)* (Carver at al., 1989). Въпреки че изброените методологии се различават една от друга, всички те измерват както справяне с конкретен проблем, така и отговора към дадена стресова ситуация, а не нивото на самия стрес. По правило те изследват както нефункционалните, така и адаптивните отговори за справяне. Проведените изследвания показват, че е необходимо и ценно да се анализират и двата аспекта (Bolger, 1990; Aldwin & Revenson, 1987; Vaillant, 1977; Wills, 1986).

Въпросникът *Начини за справяне (Ways of Coping)* (Folkman & Lazarus, 1980) е разработен чрез факторен анализ на 68 въпроса и е апробиран едва върху 100 изследвани лица. Поради малкия брой на извадката, генерализирането и конструкт-валидността на факторите и скàлите са поставени под съмнение (Aldwin & Revenson, 1987). Той е критикуван и заради прекалената си дължина и поради факта, че някои въпроси емпирично не се различават един от друг (Vitaliano et al., 1987).

Конкретно въпросникът за *Ориентация за справяне с изпитвани проблеми (ОСИП) (Coping Orientation to Problems Experienced – COPE)* (Carver et al., 1989) се основава на част от научната литература по темата, на модела за справяне със стреса (Lazarus & Folkman, 1984) и на модела за поведенческа саморегулация (Carver & Sheier, 1981; 1990). Той се състои от 15 скàли, всяка от които е със специфична понятийна насоченост. Няколко скàли експлицитно разглеждат теоретично значими аспекти от процеса на справяне, а други са включени, защото резултатите от предишни изследвания показват несъмненото им значение за него. Анализ на неговото приложение в направен от Великова – Цонкова (2012).

Въпросникът за *Ориентация за справяне с изпитвани проблеми (ОСИП) (Coping Orientation to Problems Experienced – COPE)* (Carver et al., 1989) намира приложение в множество изследвания посветени на здравето. Получените резултати от тях потвърждават, че той оценява важни аспекти от процеса на справяне със стресова ситуация и чрез него може да се прогнозира дори психологическото състояние на пациентите в бъдеще. Установява се, например, че изпитвания дистрес като крайна фаза, отричането и поведенческия отказ са предиктори за преживяване на дистрес в бъдеще при ХИВ-позитивни мъже (Antoni at al., 1991) и жени с рак на млечната жлеза (Carver et al., 1993). Приемането на стресовата ситуация като част от процеса на справяне е предиктор за изпитване на по-ниски нива на дистрес в бъдеще при ХИВ-позитивни мъже. Става ясно, че отричането и поведенческия отказ при даваните отговори от изследваните лица са свързани с по-голямо развитие и напредване на заболяването 1 година по-късно (Antoni at al., 1995).

Цялата скàла за *Ориентацията за справяне с изпитвани проблеми (ОСИП) (Coping Orientation to Problems Experienced – COPE)* (Carver et al., 1989) включва 60 въпроса, разпределени в 15 скàли, всяка от които се състои от 4 въпроса. Тъй като някои от въпросите се повтарят и изследваните лица нямат необходимото търпение да отговорят на всички, авторите свеждат всяка скàла до 3 вместо 4 въпроса (Carver et al., 1993).

По-късно е разработена още по-кратка версия на въпросника т. нар. *Brief COPE (Carver, 1997)*, която е приложена в настоящето изследване. Тя се състои от 14 скàли, всяка от които включва по 2 въпроса. За всяка скàла при техния избор са приложени следните 2 критерия: 1) те имат високо факторно тегло в направения факторен анализ (Carver et al., 1989) и 2) са ясни и значението им се разбира с лекота от изследвани лица, които не са студенти. В кратката версия изцяло са премахнати 2 скàли (Ограничено справяне и Потискане на конкурентни дейности), защото не доказват своята необходимост и полезност в предишни изследвания. Съдържанието им отчасти се повтаря с въпросите от скàлата Активно справяне. Леко е променен фокусът на внимание на 3 други скàли, защото се оказва, че са проблематични в проведени изследвания. Добавена е 1 допълнителна скàла за самообвинение, която не съществува в оригиналния вариант на въпросника *COPE*. Тя е предиктор за трудно приспособяване към стреса (Bolger, 1990; McCrae & Costa, 1986). За първи път *Brief COPE (Carver, 1997)* е приложен на изследвани лица, които са преживели и се възстановяват от урагана Андрю. Той показва задоволителни психометрични характеристики, валидност и надеждност.

Целта на настоящото изследване е да анализира позитивните и негативните стратегии за справяне със стреса от поставената диагноза рак на млечната жлеза чрез въпросника за *Ориентация за справяне с изпитвани проблеми (ОСИП) (Coping Orientation to Problems Experienced (Brief COPE) (Carver, 1997)* при жени до 1 година след оперативната интервенция и последващото лечение.

Формулирани са следните **научни хипотези**: **(1)** колкото е по-голям размерът на извършената операция и по-тежко предписаното следоперативно лечение, толкова по-малко позитивни начини за справяне със стреса ще прилагат изследваните жени и **(2)** колкото изминалото време след операцията се увеличава, толкова по-малко негативни начини за справяне със стреса ще прилагат диагностицираните жени.

2.4.2 МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Изследвани лица

Изследваните лица са същите от изследването на *текущото състояние* (Carver, 2006) и са описани в раздел 2.1.2

Метод

Измерване. Изследваните жени попълват въпросника *Brief COPE* (Carver, 1997) за *измерване на позитивните и негативните начини за справяне* (Приложение 4). Той се състои от 28 въпроса, които образуват 14 скали, всяка от които включва по два въпроса. Те са разделени в две групи, позитивни и негативни начини за справяне, като всяка група съдържа по седем скали.

Позитивните скали са: за *активно справяне*, например: "Прибягвам до конкретни действия, за да подобря ситуацията", за *използване на емоционална подкрепа*, например: "Чувствам се приета и разбрана от някой", за *позитивно преформулиране*, например: "Търся позитивната страна на това, което ми се случва", за *планиране*, например: "Опитвам се да разработя стратегия какво да правя", за *хумор*, например: "Шегувам се с това, което ми се случва", за *приемане*, например: "Приемам реалността и факта, че това ми се случва" и за *религиозност*, например: "Моля се и/или медитирам".

Негативните скали са: за *разсейване*, например: "Намирам си работа или се занимавам с други неща, за да си отвлека вниманието", за *отричане*, например: "Отказвам да повярвам, че това се случва", за *използване на вещества*, например: "Пийвам си алкохол или успокоителни, за да се почувствам по-добре", за *използване на инструментална подкрепа*, например: "Получавам помощ и съвет от хората", за *поведенчески отказ*, например: "Отказвала съм се от полагане на усилия да се справя", за *изразяване* например: "Давам израз на негативните си чувства" и за *самообвинение* например: "Упреквам себе си".

Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна скала във формат на Ликерт от: 1 – "изобщо не правя това" до 4 – "много често правя това" без неутрално мнение.

Изчисляване. Резултатът от всяка от 14-те скали за справяне представлява средноаритметичното от двата дадени отговора и варира между 1 (минимум) и 4 (максимум). По-високите стойности за 7-те позитивни скали съответстват на по-висока степен на справяне, а получените по-високи стойности за 7-те негативни скали съответстват на по-ниска степен на справяне.

Надеждност и валидност. За проверка на *надеждността* на скалите е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта са анализирани 28-те въпроса за извадката от диагностицираните жени $N = 41$. Надеждността на *позитивните* скали за справяне са съответно: на скалата *активно справяне* (въпроси: 2 и 7) е $\alpha = 0.71$, на скалата *използване на емоционална подкрепа* (въпроси: 5 и 15) е $\alpha = 0.72$, на скалата *позитивно преформулиране* (въпроси: 12 и 17) е $\alpha = 0.77$, на скалата *планиране* (въпроси 14 и 25) е $\alpha = 0.70$, на скалата *хумор* (въпроси: 18 и 28) е $\alpha = 0.71$, на скалата *приемане* (въпроси: 20 и 24) е $\alpha = 0.92$ и на скалата *религиозност* (въпроси: 22 и 27) е $\alpha = 0.64$. Надеждността на *негативните* скали за справяне са съответно: на скалата *разсейване* (въпроси: 1 и 19) е $\alpha = 0.81$, на скалата *отричане* (въпроси: 3 и 8) е $\alpha = 0.86$, на скалата *използване на вещества* (въпроси: 4 и 11) е $\alpha = 0.73$, на скалата *използване на инструментална подкрепа* (въпроси: 10 и 23) е $\alpha = 0.79$, на скалата *поведенчески отказ* (въпроси: 6 и 16) е $\alpha = 0.73$, на скалата *изразяване* (въпроси: 9 и 21) е $\alpha = 0.73$ и на скалата *самообвинение* (въпроси: 13 и 26) е $\alpha = 0.87$. Тези стойности на коефициента α на Кронбах надвишават минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012). Това показва, че вътрешната съгласуваност на 14-те скали е достатъчно висока и въпросите, които ги изграждат, формират обща група.

С цел да се провери *конструктивната валидност* на 14-те скали е проведен корелационен анализ. За целта е изчислен корелационният коефициент на Пирсън между тях. За позитивните скали за справяне корелацията (по абсолютна стойност) между седемте скали е между 0.02 и 0.76 (Таблица 2.18), като в повечето случаи тя е слаба, т. е. със стойности, близки до нула. За негативните скали за справяне корелацията (по абсолютна стойност) между седемте скали е между 0.01 и 0.56 (Таблица 2.19), като

тенденцията е за слаба корелация, т. е. със стойности, близки до нулата, е още по-ясно оформена. Преобладаващата слаба корелация между скàлите показва, че те могат да се интерпретират като независими понятия, т. е. като отделни скàли, а не като подскàли. Именно затова се приема, че има конструктивна валидност на 14-те скàли за анализираната извадка от диагностицираните жени $N = 41$.

Получените резултати от коефициента алфа α на Кронбах и от корелационния анализ показват, че приложената методология за *измерване на позитивните и негативните начини за справяне* (Carver, 1997) е задоволително надеждна и валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

2.4.3 РЕЗУЛТАТИ

Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 2.18 е представена дескриптивната статистика и корелацията между седемте позитивни скàли за справяне: за *активно справяне*, за *използване на емоционална подкрепа*, за *позитивно преформулиране*, за *планиране*, за *хумор*, за *приемане* и за *религиозност*.

Таблица 2.18 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на седемте *позитивни скàли за справяне*: (1) активно справяне, (2) използване на емоционална подкрепа, (3) позитивно преформулиране, (4) планиране, (5) хумор, (6) приемане и (7) религиозност за диагностицираните жени (*N*=41)

корелация между	*(1)*	*(2)*	*(3)*	*(4)*	*(5)*	*(6)*	*(7)*
активно справяне	1						
емоционална подкрепа	0.76***	1					
преформулиране	-0.06	-0.04	1				
планиране	0.34*	0.56***	0.09	1			
хумор	0.40*	0.47**	0.54***	0.34*	1		
приемане	0.52**	0.76***	0.06	0.74***	0.46**	1	
религиозност	0.22	0.02	-0.09	0.02	-0.04	0.15	1
средно	3.09	3.20	2.94	3.34	2.10	3.52	2.79
стандартно отклонение	0.69	0.78	0.92	0.65	0.89	0.85	0.94
наблюдаван диапазон	2.0, 4.0	1.5, 4.0	1.0, 4.0	1.5, 4.0	1.0, 3.5	1.5, 4.0	1.0, 4.0
максимален диапазон	1.0, 4.0	1.0, 4.0	1.0, 4.0	1.0, 4.0	1.0, 4.0	1.0, 4.0	1.0, 4.0

*Забележки: данните са анализирани с корелационния коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

За три от скàлите, за *хумор*, за *позитивно преформулиране* и за *религиозност*, средните стойности са близки около средната стойност за максималния диапазон на изменение $M = 2.50$. За останалите четири скàли се наблюдава тенденцията за по-високи степени на справяне, като за *приемане* това е най-подчертано: $M = 3.52$. Единствено за скàлата *хумор* средното ($M = 2.10$) е под средното за максималния диапазон ($M = 2.50$), което показва, че респондентите прибягват рядко до справяне чрез хумор. Диагностицираните жени имат приблизително хомогенно мнение по всички седем скàли, защото стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е приблизително еднакво. За скàлата за *планиране* тяхното мнение е най-еднородно: минимално стандартно отклонение: $SD = 0.65$ и най-тесен диапазон на наблюдения: $[1.5, 4.0]$, а за скàлата за *религиозност* мнението им е най-разнородно: максимално стандартното отклонение: $SD = 0.94$, наблюдаваният диапазон е максимално голям $[1.0, 4.0]$ и съвпада с максималния диапазон.

Корелацията в повечето случаи е близка до нулата, което показва, че няма линейна асоциация между скàлите. Тя е предимно положителна, т. е. увеличаването на стойностите на дадена позитивна скàла за справяне води до (слабо) увеличаване на стойностите на другите позитивни скàли за справяне. Това е най-очевидно между скàлите за *активно справяне* и за *използване на емоционална подкрепа*: $r = 0.76$.

Таблица 2.19 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на седемте *негативни скàли за справяне*: (1) разсейване, (2) отричане, (3) използване на вещества, (4) използване на инструментална подкрепа, (5) поведенчески отказ, (6) изразяване и (7) самообвинение за диагностицираните жени (*N*=41)

корелация между	*(1)*	*(2)*	*(3)*	*(4)*	*(5)*	*(6)*	*(7)*
разсейване	1						
отричане	0.04	1					
използване на вещества	-0.35*	-0.40*	1				
използване на инстр. подкрепа	-0.04	0.05	0.03	1			
поведенчески отказ	0.02	0.08	0.29	-0.24	1		
изразяване	0.09	0.03	-0.56***	0.01	-0.05	1	
самообвинение	0.16	0.09	-0.22	0.19	0.03	0.17	1
средно	3.38	2.26	1.66	3.20	1.51	2.62	2.32
стандартно отклонение	0.80	1.04	0.78	0.81	0.64	0.80	1.12
наблюдаван диапазон	1.5,4.0	1.0,4.0	1.0,3.5	1.0,4.0	1.0,2.5	1.0,3.5	1.0,4.0
максимален диапазон	1.0,4.0	1.0,4.0	1.0,4.0	1.0,4.0	1.0,4.0	1.0,4.0	1.0,4.0

*Забележки: данните са анализирани с корелационния коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

В Таблица 2.19 е представена дескриптивната статистика и корелацията между седемте негативни скàли за справяне: за *разсейване*, за *отричане*, за *използване на вещества*, за *използване на инструментална подкрепа*, за *поведенчески отказ*, за *изразяване* и за *самообвинение*.

Средните стойности на две от скàлите, за *разсейване* и за *използване на инструментална подкрепа*, са по-големи около средната стойност за диапазона на измененията им (2.50), което съответства на по-ниска степен на справяне. За останалите 5 скàли тенденцията е обратна и показва по-висока степен на справяне.

Диагностицираните жени нямат толкова хомогенно мнение, колкото при позитивните скàли. Най-еднородно (минимално стандартното отклонение $SD = 0.64$ и най-тесен диапазон на наблюдения $[1.0, 2.5]$) е мнението за *поведенчески отказ*, а за *самообвинение* мнението им е най-разнородно (максимално стандартното отклонение $SD = 1.12$, наблюдаваният диапазон е максимално голям $[1.0, 4.0]$ и съвпада с максималния възможен диапазон.

Корелацията в повечето случаи е близка до нулата, което показва, че няма линейна асоциация между скàлите. Когато корелацията е средна, тя е предимно отрицателна, т. е. увеличаването на стойностите на дадена негативна скàла за справяне може да се асоциира с (средно) намаляване на стойностите на друга негативна скàла за справяне. Това е най-очевидно между скàлите за *поведенчески отказ* и за *изразяване* $r = -0.56$.

Основен анализ: връзка между позитивните скàли за справяне и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 2.20 са представени средните стойности на 7-те *позитивни скàли за справяне*, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени. С цел да се

анализират различията между групите са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (за две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (за три и повече групи).

Таблица 2.20 Средни стойности на *позитивните скали за справяне*: **(1)** активно справяне, **(2)** използване на емоционална подкрепа, **(3)** позитивно преформулиране, **(4)** планиране, **(5)** хумор, **(6)** приемане и **(7)** религиозност, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
операция на гърдата							
цялата гърда премахната	3.06	3.13	2.94	3.13	2.13	3.44	2.88
част от гърдата	3.12	3.29	2.95	3.65	2.06	3.65	2.68
статистическа значимост	-	-	-	*	-	-	-
големина на ефекта ***d***=	-	-	-	*0.90, Г*	-	-	-
време след операцията							
по-малко от 6 месеца	2.75	3.00	2.38	2.75	1.88	3.00	2.38
повече от 6 месеца	3.13	3.19	3.08	3.60	2.04	3.71	2.96
статистическа значимост	-	-	*	*	-	*	-
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.78, Т*	*1.37,>Г*	-	*0.50,Т*	-
стадии на болестта							
I стадий	3.67	3.83	2.33	3.67	2.17[a]	4.00	2.83[b]
II стадий	2.91	2.97	3.07	3.28	1.93[a]	3.33	2.97[b]
III стадий	3.00	3.50	3.50	3.00	3.50[b]	4.00	1.00[a]
статистическа значимост	-	-	-	-	*	-	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	-	-	*0.57,>Г*	-	*0.98,>Г*
премахнати лимфни възли							
под 12 възела	3.45	2.76	3.35	3.15	2.11	3.22	2.70
над 12 възела	2.93	3.75	2.42	3.58	2.08	3.92	2.92
статистическа значимост	*	*	*	*	-	*	-
големина на ефекта ***d***=	*1.69,>Г*	*1.64,>Г*	*1.17,>Г*	*0.71,Т*	-	*0.90,Г*	-
метастази в лимфните възли							
да, има	2.70	2.76	3.35	3.15	2.11	3.22	2.70
не, няма	3.58	3.75	2.42	3.58	2.08	3.92	2.92
статистическа значимост	*	*	*	*	-	*	-
големина на ефекта ***d***=	*1.73, >Г*	*1.70, >Г*	*1.13, >Г*	*0.73, Т*	-	*0.95, Г*	-
онкологично болни сродници							
да, има	3.57	3.79	2.39	3.59	1.96	3.89	3.14
не, няма	2.83	2.89	3.22	3.22	2.17	3.33	3.61
статистическа значимост	*	*	*	-	-	*	-
големина на ефекта ***d***=	*1.33, >Г*	*1.53, >Г*	*0.95, Г*	-	-	*0.78, Т*	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват ***по-висока*** *степен на справяне (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена медицинска характеристика, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма*

или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.20 показват, че жените, на които е направена частична операция, съхраняваща гърдата, са по-склонни да планират своето бъдеще в сравнение с жените с мастектомия. Жените, които са преминали над 6 месеца от операцията, в по-висока степен позитивно преформулират стресиращата ситуация, правят повече планове и приемат в по-голяма степен стресиращото събитие в сравнение с изследваните жени, които все още не са достигнали 6 месеца от извършената хирургическа интервенция. Жените в по-напреднал III стадий от заболяването имат по-силно чувство за хумор в сравнение с жените от предходните два стадия, I и II. Обратна е тенденцията, която се наблюдава при скàлата за *религиозност* – жените от III стадий са по-слабо религиозни в сравнение с изследваните жени от I и II стадии. Жените, на които са премахнати под 12 лимфни възела, прибягват по-често до активно справяне и позитивно преформулиране на ситуацията, в която се намират. Жените, в чийто лимфни възли не са открити метастази при операцията, се справят по-активно, прибягват по-често до използване на емоционална подкрепа, позволяват си да планират повече и приемат в по-голяма степен поставената им диагноза. Жените с метастази в лимфните възли на ръката, от чиято страна е извършена операцията на гърдата, позитивно преформулират в по-голяма степен стресиращото събитие, което преживяват. Жените, които имат сродници с поставена онкологична диагноза, се справят по-активно, прибягват по-често до емоционална подкрепа и приемат в по-голяма степен ситуацията, в която се намират. Жените, които нямат сродници с поставена онкологична диагноза, от своя страна, позитивно преформулират ситуацията в по-голяма степен.

Основен анализ: връзка между негативните скàли за справяне и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 2.21 са представени средните стойности на 7-те *негативни скàли за справяне*, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени. С цел да се анализират различията между групите са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (за две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (за три и повече групи).

Представените резултати в Таблица 2.21 показват, че жените с извършена операция в период до 6 месеца прибягват по-рядко до употребата на химични вещества (лекарства), използват по-често инструментална подкрепа и по-слабо изразяват своя поведенчески отказ да приемат поставената диагноза. Жените в III стадий от развитието на болестта я отричат най-слабо в сравнение с изследваните лица в предишните 2 стадия, I и II. Жените, на които са премахнати под 12 лимфни възела, прибягват по-често до стратегии за справяне като разсейване и използване на вещества и по-рядко до отричане, до инструментална подкрепа и самообвинения. Жените, които нямат метастази в лимфните възли на ръката, от чиято страна е извършена операцията на гърдата, прибягват по-рядко до инструментална подкрепа. Жените с метастази в лимфните възли на ръката от оперираната страна изразяват по-слабо отказа си да приемат поставената диагноза чрез своето поведение.

Таблица 2.21 Средни стойности на *негативните скали за справяне:* **(1)** разсейване, **(2)** отричане, **(3)** използване на вещества, **(4)** използване на инструментална подкрепа, **(5)** поведенчески отказ, **(6)** изразяване и **(7)** самообвинение, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
операция на гърдата							
цялата гърда премахната	3.38	2.25	1.63	3.06	1.38	2.69	2.38
част от гърдата	3.38	2.26	1.71	3.38	1.71	2.53	2.24
статическа значимост	-	-	-	-	-	-	-
големина на ефекта ***d***=	-	-	-	-	-	-	-
време след операцията							
по-малко от 6 месеца	3.25	2.50	2.00	2.63	1.88	2.63	2.50
повече от 6 месеца	3.37	2.29	1.35	3.37	1.40	2.80	2.38
статистическа значимост	-	-	*	*	*	-	-
големина на ефекта ***d***=	-	-	*0.86, Г*	*0.91, Г*	*0.80, Г*	-	-
стадии на болестта							
I стадий	3.83	1.17[a]	2.00	3.33	1.33	2.33	2.00
II стадий	3.22	2.41[b]	1.62	3.17	1.62	2.72	2.34
III стадий	3.50	4.00[c]	1.00	3.00	1.00	2.50	3.00
статистическа значимост	-	*	-	-	-	-	-
големина на ефекта ***η***=	-	*0.34, Т*	-	-	-	-	-
премахнати лимфни възли							
под 12 възела	3.32	3.09	1.00	3.73	1.27	2.82	3.05
над 12 възела	3.71	1.93	1.64	2.93	1.50	2.57	1.86
статистическа значимост	*	*	*	*	-	-	*
големина на ефекта ***d***=	*0.74,Т*	*1.19,>Г*	*1.22,>Г*	*0.97,Г*	-	-	*1.22,>Г*
метастази в лимфните възли							
да, има	3.41	2.46	1.65	2.96	1.78	2.72	2.24
не, няма	3.33	2.00	1.67	3.50	1.17	2.50	2.42
статистическа значимост	-	-	-	*	*	-	-
големина на ефекта ***d***=	-	-	-	*0.72, Г*	*1.12, >Г*	-	-
онкологично болни сродници							
да, има	3.25	2.43	1.43	3.68	1.43	2.96	3.04
не, няма	3.44	2.17	1.78	2.94	1.56	2.44	1.94
статистическа значимост	-	-	-	*	-	*	*
големина на ефекта ***d***=	-	-	-	*1.10, >Г*	-	*0.70, Т*	*1.12, >Г*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват ***по-ниска*** *степен на справяне (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена медицинска характеристика, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната*

(Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Основен анализ: връзка между позитивните скàли за справяне и класическите терапии за лечение

В Таблица 2.22 са представени средните стойности на 7-те *позитивни скàли за справяне*, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) провеждат съответната терапия, (б) не провеждат съответната терапия). С цел да се анализират различията между двете групи са направени няколко *t*-теста за независими извадки.

Таблица 2.22 Средни стойности на *позитивните скàли за справяне*: **(1)** активно справяне, **(2)** използване на емоционална подкрепа, **(3)** позитивно преформулиране, **(4)** планиране, **(5)** хумор, **(6)** приемане и **(7)** религиозност, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***
химиотерапия							
правят химиотерапия	2.90	3.00	3.25	3.15	2.15	3.40	2.75
не правят химиотерапия	3.59	3.73	2.09	3.86	1.95	3.86	2.91
статистическа значимост	*	*	*	*	-	*	-
големина на ефекта ***d***=	*1.22, >Г*	*1.20, >Г*	*1.33, >Г*	*1.48, >Г*	-	*0.66, Т*	-
лъчетерапия							
правят лъчетерапия	2.94	2.89	2.94	3.33	2.11	3.44	2.72
не правят лъчетерапия	3.36	3.79	2.93	3.36	2.07	3.68	2.93
статистическа значимост	-	*	-	-	-	-	-
големина на ефекта ***d***=	-	*1.47, >Г*	-	-	-	-	-
хормонотерапия							
правят хормонотерапия	3.14	3.29	2.71	3.36	1.79	3.71	2.43
не правят хормонотерапия	3.03	3.10	3.18	3.33	2.43	3.33	3.18
статистическа значимост	-	-	-	-	*	-	*
големина на ефекта ***d***=	-	-	-	-	*0.76, Т*	-	*0.29, М*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-висока степен на справяне (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между двете групи от изследвани жени върху разглежданата скàла за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с t-тест за независими извадки (independent-samples t-test); 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.22 показват, че жените, които не преминават през химиотерапевтично лечение, се справят чрез по-активни стратегии, използват по-често емоционална подкрепа, отделят повече време за планиране на бъдещето и приемат стресиращата ситуация в по-голяма степен. Жените, обаче, които ходят на химиотерапия, позитивно преформулират поставената им диагноза в по-голяма степен. Жените, на които не се прави лъчетерапия, прибягват по-често до употребата на емоционална подкрепа в сравнение с тези, които преминават този вид лечение. Жените, които приемат хормонални препарати, се шегуват повече и са религиозни в по-висока степен в сравнение с тези, които не използват този вид терапия в своето лечение.

Основен анализ: връзка между негативните скали за справяне и класическите терапии за лечение

В Таблица 2.23 са представени средните стойности на 7-те *негативни скали за справяне*, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) провеждат съответната терапия, (б) не провеждат съответната терапия). С цел да се анализират различията между двете групи са проведени няколко *t*-теста за независими извадки.

Таблица 2.23 Средни стойности на *негативните* скали *за справяне:* **(1)** разсейване, **(2)** отричане, **(3)** използване на вещества, **(4)** използване на инструментална подкрепа, **(5)** поведенчески отказ, **(6)** изразяване и **(7)** самообвинение, разпределени по *класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
химиотерапия							
правят химиотерапия	3.20	2.35	1.80	3.10	1.50	2.55	2.10
не правят химиотералия	3.86	2.00	1.27	3.45	1.55	2.82	2.91
статистическа значимост	*	-	*	-	-	-	*
големина на ефекта ***d***=	*1.05, >Г*	-	*0.79, Т*	-	-	-	*0.69, Т*
лъчетерапия							
правят лъчетерапия	3.56	2.50	1.39	2.94	1.39	2.67	2.33
не правят лъчетерапия	3.04	1.79	2.18	3.68	1.75	2.54	2.29
статистическа значимост	-	*	*	*	-	-	-
големина на ефекта ***d***=	-	*0.77, Т*	*0.99, Г*	*1.10, >Г*	-	-	-
хормонотерапия							
правят хормонотерапия	3.29	2.43	1.43	3.14	1.50	2.71	2.57
не правят хормонотерапия	3.48	2.08	1.90	3.25	1.53	2.53	2.05
статистическа значимост	-	-	*	-	-	-	-
големина на ефекта ***d***=	-	-	*0.62, Т*	-	-	-	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват ***по-ниска*** *степен на справяне (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между двете групи от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с t-тест за независими извадки (independent-samples t-test); 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).*

Представените резултати в Таблица 2.23 показват, че жените, които не са на химиотерапевтично лечение, се разсейват по-малко от поставената диагноза чрез други дейности, прибягват по-често до употребата на химически вещества (лекарства) и се самообвиняват по-рядко. Жените, които ходят на лъчетерапия, използват по-рядко отричането като стратегия. Изследваните жени, които не ходят на лъчетерапия, пият по-малко лекарства и прибягват по-рядко до употребата на инструментална подкрепа. Жените, които не са на хормонална терапия, използват по-малко и приемат по-рядко химически вещества (лекарства) в сравнение с тези, които са на хормонално лечение.

Основен анализ: връзка между позитивните скали за справяне и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 2.24 са представени средните стойности на 7-те *позитивни скали за справяне*, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени

(три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват и (в) знаят и използват съответна терапия). С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Таблица 2.24 Средни стойности на *позитивните скали за справяне*: **(1)** активно справяне, **(2)** използване на емоционална подкрепа, **(3)** позитивно преформулиране, **(4)** планиране, **(5)** хумор, **(6)** приемане и **(7)** религиозност, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
алтернативни терапии							
не знае	3.00	3.13	2.50[a]	2.88[a]	1.88	3.00[a]	2.88[ab]
знае, но не използва	3.38	3.50	2.50[a]	3.63[b]	2.38	3.88[b]	2.25[a]
използва	2.94	3.03	3.56[b]	3.47[b]	2.06	3.65[ab]	3.12[b]
статистическа значимост	-	-	*	*	-	*	*
големина на ефекта ***η=***	-	-	*0.53, >Г*	*0.48, >Г*	-	*0.46, >Г*	*0.64, >Г*
билколечение							
не знае	3.17	3.67	2.67	3.33	2.17	3.50	2.50
знае, но не използва	3.50	3.50	2.25	3.75	2.25	3.75	2.75
използва	2.96	2.95	3.19	3.25	3.04	3.48	2.90
статистическа значимост	-	-	-	-	-	-	-
големина на ефекта ***η=***	-	-	-	-	-	-	-
хранителна диета							
не знае	2.00[a]	3.00	3.00	3.00	1.50[a]	2.50[a]	1.50[a]
знае, но не използва	3.25[b]	3.13	3.38	2.88	2.88[b]	3.38[ab]	2.88[b]
използва	3.13[b]	3.25	2.73	3.60	1.81[a]	3.71[b]	2.90[b]
статистическа значимост	*	-	-	-	*	*	*
големина на ефекта ***η=***	*0.44, Г*	-	-	-	*0.57, >Г*	*0.45, >Г*	*0.42, Г*
хранителни добавки							
не знае	3.17	3.67[b]	2.67	3.33	2.17[ab]	3.50	2.50
знае, но не използва	3.29	3.21[ab]	2.94	3.21	2.50[b]	3.47	2.94
използва	2.80	2.90[a]	3.10	3.50	1.60[a]	3.60	2.80
статистическа значимост	-	*	-	-	*	-	-
големина на ефекта ***η=***	-	*0.63, >Г*	-	-	*0.74, >Г*	-	-
физически упражнения							
не знае	-	-	-	-	-	-	-
знае, но не използва	2.92	2.92	3.08	3.00	2.25	2.92	2.25
използва	3.22	3.41	2.83	3.61	1.98	4.00	3.22
статистическа значимост	-	*	-	*	-	*	*
големина на ефекта ***η=***	-	*0.93, >Г*	-	*0.91, >Г*	-	*0.85, >Г*	*0.84, >Г*
масаж лимфен дренаж							
не знае	3.25	3.25	2.63	2.88 [a]	2.38	3.38 [a]	2.75
не използва	2.88	3.00	3.38	3.25 [a]	2.13	3.13 [a]	2.38
използва	3.12	3.29	2.85	3.73 [b]	1.88	3.91 [b]	2.12
статистическа значимост	-	-	-	*	-	*	-
големина на ефекта ***η=***	-	-	-	*0.49, >Г*	-	*0.53, >Г*	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват ***по-висока*** *степен на справяне (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.24 показват, че жените, които използват алтернативни терапии, като цяло по-често позитивно преформулират стресиращото събитие и са по-религиозни. Жените, обаче, които не ги използват, по-лесно приемат поставената диагноза, вероятно поради факта, че чрез тях тя не им се напомня ежедневно. Активно се справят с поставената онкологична диагноза и са религиозни в еднаква степен както жените, които следват определен хранителен режим, така и тези, които са на общо хранене. Тези, които не са на ниско въглехидратна диета за онкологични пациенти, по-често проявяват чувство за хумор. Жените, които се ограничават в своето хранене, приемат поставената им диагноза в по-голяма степен. Жените, които не знаят, че могат да употребяват хранителни добавки, по-често прибягват до емоционална подкрепа. Тези, които не ги използват, се смеят по-често и повече проявяват своето чувство за хумор. Жените, които са физически активни в своето ежедневие, прибягват по-често до емоционална подкрепа, правят повече планове за бъдещето, приемат стресиращата ситуация в по-голяма степен и са по-религиозни в сравнение с тези, които водят по-заседнал начин на живот. Жените, които ходят на масаж тип лимфен дренаж, планират повече своето бъдеще и приемат в по-голяма степен стресиращото събитие в сравнение с тези, които не го използват като алтернативна терапия.

Основен анализ: връзка между негативните скали за справяне и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 2.25 са представени средните стойности на 7-те *негативни скали за справяне*, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват и (в) знаят и използват съответната терапия). С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 2.25 показват, че жените, които не използват алтернативни терапии, като цяло отричат поставената им диагноза в по-слаба степен. Жените, които не знаят за тях, приемат по-малко лекарства. Както жените, които нямат информация за тях, така и тези, които ги използват, изразяват в по-ниска степен своя отказ да приемат поставената им диагноза чрез поведението си. Жените, които използват алтернативни терапии за лечение, в ежедневието си най-слабо изразяват своите негативни чувства от поставената им диагноза.

Жените, които не използват билкова терапия в своето лечение, в най-малка степен отричат случващото им се. Тези, които не разполагат с информация за този вид терапия, най-рядко поемат лекарства и най-слабо изразяват своя отказ да приемат стресиращата ситуация чрез поведението си. Жените, които използват билки като част от лечебния процес, през който преминават, в най-ниска степен изразяват своите негативни емоции, породени от него.

Както жените, които спазват определен хранителен режим за онкологично болни, така и тези, които са на общо хранене, по-рядко се разсейват чрез извършване на различни дейности и отклоняват своето внимание от стресора и същевременно по-слабо изразяват своите негативни емоции, които той провокира. Жените, които нямат информация за нисковъглехидратната диета за онкологични пациенти, по-рядко

използват лекарства и по-слабо изразяват своя отказ да приемат стресиращата ситуация чрез поведението си.

Таблица 2.25 Средни стойности на *негативните скали за справяне:* **(1)** разсейване, **(2)** отричане, **(3)** използване на вещества, **(4)** използване на инструментална подкрепа, **(5)** поведенчески отказ, **(6)** изразяване и **(7)** самообвинение, разпределени по *алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=41)

Димензия	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
алтернативни терапии							
не знае	3.38	1.75[a]	2.50[b]	2.88	1.88[b]	2.25[a]	2.00
знае, но не използва	3.38	2.75[b]	1.25[a]	3.13	1.00[a]	2.38[a]	2.50
използва	3.38	2.26[ab]	1.35[a]	3.47	1.62[b]	3.06[b]	2.41
статистическа значимост	-	*	*	-	*	*	-
големина на ефекта η=	-	*0.53, >Г*	*1.22, >Г*	-	*1.08, >Г*	*0.56, >Г*	-
билколечение							
не знае	3.17	1.50[a]	2.83[b]	3.50	1.83[b]	2.00[a]	2.17
знае, но не използва	3.25	3.00[b]	1.50[a]	3.50	1.00[a]	2.25[ab]	3.00
използва	3.48	2.35[ab]	1.29[a]	3.02	1.52[ab]	2.92[b]	2.21
статистическа значимост	-	*	*	-	*	*	-
големина на ефекта η=	-	*0.46, >Г*	*1.20, >Г*	-	*1,20, >Г*	*0.55, >Г*	-
хранителна диета							
не знае	1.50[a]	2.00	3.50[b]	3.00	2.50[b]	1.50[a]	1.50
знае, но не използва	3.75[b]	2.13	1.88[a]	2.88	1.25[a]	2.50[b]	2.13
използва	3.42[b]	2.35	1.35[a]	3.37	1.52[a]	2.81[b]	2.50
статистическа значимост	*	-	*	-	*	*	-
големина на ефекта η=	*0.34, Т*	-	*1.17, >Г*	-	*1.15, >Г*	*0.46, >Г*	-
хранителни добавки							
не знае	3.17	1.50[a]	2.83[b]	3.50	1.83	2.00[a]	2.17
знае, но не използва	3.56	2.62[b]	1.44[a]	3.03	1.35	2.79[b]	2.68
използва	3.30	2.30[ab]	1.20[a]	3.20	1.50	2.80[b]	2.00
статистическа значимост	-	*	*	-	-	*	-
големина на ефекта η=	-	*0.50, >Г*	*1.28, >Г*	-	-	*0.50, >Г*	-
физически упражнения							
не знае	-	-	-	-	-	-	-
знае, но не използва	3.42	2.42	1.92	2.92	1.58	2.00	2.50
използва	3.35	2.13	1.46	3.41	1.46	3.11	2.17
статистическа значимост	-	-	-	-	-	*	-
големина на ефекта η=	-	-	-	-	-	*0.80, >Г*	-
масаж лимфен дренаж							
не знае	3.88[b]	2.25	1.88[b]	2.88	1.50	2.50	2.38
не използва	2.75[a]	1.75	2.25[b]	3.00	1.63	2.38	2.63
използва	3.47[a]	2.62	1.09[a]	3.56	1.44	2.88	2.06
статистическа значимост	*	-	*	-	-	-	-
големина на ефекта η=	*0.64, >Г*	-	*0.88, >Г*	-	-	-	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват ***по-ниска*** *степен на справяне (1 – минимум, 4 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследвани жени върху разглежданата скала или нейните подскали за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Жените, които не използват допълнителни хранителни добавки в своето лечение, в най-ниска степен отричат поставената им диагноза. Жените, които не знаят за съществуването им като алтернативна терапия, по-рядко използват лекарства в своето лечение. Както жените, които използват, така и тези, които не използват хранителни добавки в своето ежедневие, изразяват по-слабо негативните си емоции, породени от поставената им диагноза в сравнение с тези, които не знаят за тях.

Жените, които се натоварват физически ежедневно, изразяват по-слабо своите негативни емоции в сравнение с тези, които не са физически активни.

Жените, които нямат информация за съществуването на масаж тип лимфен дренаж, по-рядко се разсейват от поставената им диагноза чрез извършване на различни дейности. Жените, които нямат информация за него и не го използват като алтернативна терапия, по-рядко прибягват до поемане на лекарства в сравнение с тези, които го практикуват.

2.4.4 Дискусия

Представеното изследване анализира начините за справяне с животозастрашаваща диагноза каквато е рак на млечната жлеза, като е приложен въпросникът за *Ориентация за справяне с изпитвани проблеми (ОСИП) (Brief COPE) (Carver, 1997)*. Той се състои само от 28 въпроса, разпределени в 14 различни реакции за справяне половината, от които са позитивни или адаптивни, а другата част са негативни или проблематични. Представената методология е бърз начин за анализ на използваните потенциално важни отговори за справяне. Скàлите, които изграждат въпросника, имат задоволителна вътрешна надеждност с изследвани лица, които са преживели рак на млечната жлеза в период до 1 година след извършената операция. Според автора на скàлата е възможно да се използват отделни части от нея самостоятелно, селективно, според поставените времеви ограничения за попълването ѝ или според целта на конкретното изследване и потребностите на извадката.

Резултатите от проведеното изследване показват, че възприемането на поставената диагноза и използваните позитивни и негативни начини за преодоляването ѝ зависят от различни променливи като частично или цялостно премахване на гърдата, време след операцията, стадии на заболяването, засегнати или не лимфни възли, наличие или липса на сродници с онкологична диагноза, избор на провеждано традиционно (химиотерапия, лъчетерапия и/ или хормонална терапия) или алтернативно (спазване на нисковъглехидратна хранителна диета, билкова терапия, приемане на допълнителни хранителни добавки, ежедневна физическа активност и практикуване на масаж тип лимфен дренаж) лечение, което частично потвърждава издигнатите научни хипотези.

Поставената онкологична диагноза представлява голямо житейско предизвикателство за представите за света и за личността, а успешното адаптиране към нея се изразява в активно включване в света (Taylor, 1983). *Психологическото приспособяване* на пациентите е свързано с приемане на заболяването без непрекъснато увеличаване на изпитвания стрес, тревожност, депресия и без загуба на изпълняваните различни социални роли като сексуална (Ганева, 2011а), професионална и т. н. По-конкретно то провокира чувство на неадекватност на личността, намален контрол над собствения живот и събитията в него, увеличено усещане за уязвимост и за изгубеност (Lesko, Ostroff

& Smith, 1991). Чрез поведението си хората от социалното обкръжение на пациентите могат да окажат влияние върху тези усещания.

Безспорен факт е, че поставянето на онкологична диагноза е силно стресиращо събитие в живота, което оказва влияние на междуличностните взаимоотношения (Peters-Golden, 1982). Въпреки разнообразието в опита, който имат в процеса на оцеляване, пациентите са изправени пред общи психосоциални въпроси за разрешаване и в резултат на това имат сходни потребности, които могат да се задоволят от хората в социалното им обкръжение. Те често намаляват дейностите, които обичайно извършват в ежедневието си, чувстват се стигматизирани, което води до социално оттегляне и затруднение при получаване на подкрепа от социалното им обкръжение, в момент, в който се нуждаят най-силно от нея.

Оцеляването от рак в дългосрочен план на член от семейството се отразява и върху всички останали вкъщи (Mellon & Northouse, 2001). Изследвано е чрез интервюта качеството на живот на 123 семейства на онкологични пациенти във *фазата на постоянно оцеляване*. Резултатите подчертават важността на получаването на социална подкрепа и отдаваното значение на болестта в семейството като ключови въпроси, които оказват влияние върху качеството на живот на близкото обкръжение на пациентите.

Оказването на различни видове подкрепа целят ограничаване на *развитието на заболяването*, намаляване на силата на симптомите, които са налице и увеличаване на продължителността и качеството на живота на онкологичните пациенти. Основните видове подкрепа, изразена чрез социалните взаимоотношения, са: *емоционална, информационна и инструментална* (House & Kahn, 1985) и всеки един от тях обуславя реакциите им към болестта.

Взаимната подкрепа, оказвана както от членове на семейството, приятелите и/ или колегите, така и от самите онкологични пациенти, също е от значение. Разработени са *програми за оказване на психологическа помощ* както на индивидуално личностно, така и на групово ниво за преодоляване на фрустрацията, която те чувстват (по-подробно виж Механджийска, 2009). Някои групи са сформирани по формален признак и имат за цел да разширят познанията на своите членове за онкологичната диагноза и да предложат начини за справяне с нея, а други са неформални. Част от тях включват само пациенти или хора, които обгрижват онкологични пациенти, а други обхващат съпрузи, членове на семействата и/ или приятели. Някои са сформирани за пациенти с конкретен вид рак или за хора с конкретен стадий на заболяването. Сбирките могат да имат предварително зададен брой терапевтични срещи в седмицата или това да не е дефинирано. Някои програми не приемат нови членове, след като стартират, а други са отворени за това. Без значение в каква група участва, човек трябва да се чувства комфортно в нея, приет и разбран, както от нейните членове, така и от ръководителя й. Получената подкрепа подтиква към споделяне на собствените чувства, страхове и тревоги и към развитие на умения за справяне с тях и с настъпилите промени в живота.

Сред някои от начините за преодоляване на силния стрес и негативните чувства в пациентките, провокирани от поставената им диагноза са: съставяне на списък с въпроси към специалистите от лекуващия екип, водене на бележки и изясняване на непознатите медицински термини на латински и търсене на обяснение на информацията, която не е ясна. Много добра идея е член от семейството или приятел на пациента да го съпровожда, за да го подкрепя и запомня факти за заболяването и предстоящото лечение, което лекарите предлагат.

Въпреки че онкологичните пациенти не могат да променят поставената им диагноза, те могат да потърсят надеждна, актуална и полезна информация за нея, която да обсъдят с членовете на своето семейство, приятели и медицински специалисти от екипа, който ги лекува. Достъпът до съвременни източници на информация им помага да вземат информирани решения за бъдещото лечение и им създава също усещане за контрол над ситуацията.

Всеки онкологичен пациент желае след проведеното лечение да се върне към обичайните си задължения и начин на живот преди да му поставят диагнозата, но това е предизвикателство, продължителен процес и път, който всеки извървява индивидуално, по свой собствен начин. Всички онкологични пациенти полагат съзнателни усилия да мислят позитивно, да правят планове за своето бъдеще, да се хранят и живеят по-здравословно и редовно да се натоварват физически, доколкото състоянието им позволява. За някои от тях източник на нови сили и надежда са религиозните им убеждения за възстановяване на връзката им с Бога чрез ежедневни духовни практики като молитва, съзерцание, изказване на благодарност, прекарване на време сред природата, отдаване на любими креативни дейности (например посещаване на часове по рисуване, балет и т. н.), служене или оказване на помощ на други хора. Тъй като обикновено те не са в състояние да променят поставената диагноза, добре е да насочат своето внимание и да се концентрират над събитията в живота им, които зависят от тях.

Всяка жена, която чува лекарят ѝ да произнася думите „Вие имате рак на гърдата", е ужасена. Тя е шокирана и мозъкът ѝ отказва да работи, започва да си представя собственото погребение, тревожи се как ще го съобщи на своите деца, семейство, приятели и колеги, как ще премине през процеса на лечение и как ще преодолее усещането за обреченост. Изпитването на всички тези чувства и мисли е по-скоро норма, а не изключение. От значение обаче са начините, които тя използва, за да се справи със своите страхове и опасения и отговорите, които дава на значимите въпроси в нейния живот, за да продължи да го живее достойно след преодоляното препятствие. В заключение, понякога се налага човек да се раздели с дейности, които е извършвал в миналото, но той винаги има избор да изживява всеки ден от своя живот по-осмислено, хармонично и пълноценно.

2.5. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПОЗИТИВНИЯ ОПИТ ОТ ПОСТАВЕНАТА ДИАГНОЗА

2.5.1 ВЪВЕДЕНИЕ

Диагнозата рак на млечната жлеза е най-често срещаната при жените както в световен, така и в национален мащаб. Редица проведени изследвания в областта на психоонкологията са насочени към анализ на негативните последствия от нея, защото самата тя и поставянето ѝ е огромен стресор, последствията от медицинските процедури и множеството странични ефекти от проведеното лечение са тежки, пациентите претърпяват значителни личностни, психологически и физически загуби. Въпреки това, обаче, в научната литература се срещат множество статии, посветени на осмислянето на травматичния опит в позитивна светлина и оценяването му като полезен.

Ранните изследвания по темата показват, че 53% от жените с рак на гърдата ***в начален стадии*** твърдят, че животът им се е променил в позитивна насока след поставяне на диагнозата (Taylor, 1983; Antoni et al., 2001). Сред позитивните промени, които посочват, е, че са станали по-асертивни, отдават по-голямо значение на отношенията с членовете на семейството и приятелите, със значимите други като цяло, обръщат по-голямо внимание на духовността, преструктурирали са йерархията на ценностите и житейските си приоритети, имат по-ясно усещане за преследване на цел в житейския си път. Резултатите от проведено крос-секционно изследване показват, че при жените с рак на млечната жлеза посттравматичното израстване и развитие е по-голямо от момента на диагностициране в сравнение със здрави жени за същия период от време (Cordova et al., 2001).

В науката е анализирана връзката между възприемането като позитивен опит поставянето на онкологичната диагноза и демографски и медицински променливи. Сред тях голямо значение се отдава на стадия, в който е открит проблемът. Колкото болестта е в по-напреднала фаза, толкова пациентките са по-малко склонни да откриват позитивни страни в нея, защото физическото им състояние е по-сериозно и заплахата за животът им е по-голяма. Със стадия, в който е поставена диагнозата, се свързва и процентът на оцелели дами след условния 5-годишен период от диагностициране.

Според друга гледна точка хората, на които е поставена по-тежка диагноза, са по-склонни да откриват позитивните страни в своя опит, а начинът, който избират за справяне със стреса, е да извлекат ползи от преодолените трудности. Според теорията за когнитивната адаптация (Taylor, 1983) хората преосмислят своите нагласи и променят приоритетите си в живота под влияние на заплашително или травматично събитие, което преживяват. Травматичните събития в литературата варират от грабеж, безплодие, упражнявано сексуално насилие през детството, присъствие по време на торнадо, масово убийство или самолетна катастрофа. Според изследователите (Tedeschi & Calhoun, 1995) изпитваната болка и водената борба за физическо оцеляване водят до личностно израстване. Като потвърждение от теорията на Тейлър (Taylor, 1983) резултатите от крос-секционно изследване показват, че млади хора, които по време на жизнения цикъл преживяват повече травматични събития, твърдят, че имат по-позитивен опит в сравнение с хора, които преживяват по-малко травми (McFarland & Alvaro, 2000). Отново в проведено крос-секционно изследване пациентите, при които трансплантацията на костен мозък е свързана с повече рискове, твърдят, че имат по-позитивен опит в сравнение с останалите изследвани лица (Fromm, Andrykowski & Hunt, 1996).

Целта на настоящето изследване е да установи кои демографски и медицински характеристики влияят върху откриването на позитивни страни от диагнозата при жени с рак на млечната жлеза в период до 1 година от поставянето ѝ.

Обърнато е внимание на стадия, в който е установено заболяването, като научната **хипотеза**, която се издига е, че изследваните лица в по-напреднал стадии, с по-голям размер на извършената операция, преминали през по-сериозно лечение и с увеличаване на

времето от оперативната интервенция, ще възприемат като по-позитивен натрупания онкологичен опит.

2.5.2 МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Изследвани лица

Изследваните лица са същите от изследването на *текущото състояние* (Carver, 2006) и са описани в раздел 2.1.2

Метод

Измерване. Изследваните жени попълват въпросника *Benefit Finding (Tomich & Helgeson, 2004)* за измерване на степента на възприемане като *позитивния опит* от поставяне на диагноза рак на гърдата и последващото ѝ лечение (Приложение 5). Той се състои от 17 въпроси, които образуват една скàла без подскàли. Те започват с фразата *„Да имам рак на гърдата…"* и включват твърдения за позитивните страни от поставената диагноза като *„сплоти повече семейството ми"*, *„ми показа, че всеки има цел в живота"*, *„ме научи да бъда търпелива"*, *„допринесе като цяло за моето емоционално и духовно израстване"*, *„ме направи по-загрижена за бъдещето на всички хора"* и т. н. Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна скàла във формат на Ликерт от: „1 – съвсем несъгласна" до „5 – напълно съгласна" с 3 – "неутрално мнение" (нито съм съгласна нито съм несъгласна).

Изчисляване. Резултатът от скàлата *Benefit Finding (Tomich & Helgeson, 2004)* представлява средната стойност на всички дадени отговори на 17-те въпроса, които я изграждат. Той варира между 1 (минимум) и 5 (максимум). По-високите получени стойности съответстват на по-позитивен опит от поставената диагноза.

Надеждност и валидност. За проверка на *надеждността* на скàлата е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта са анализирани 17-те въпроса за извадката от диагностицираните жени $N = 41$. Тъй като стойността $\alpha = 0.88$ надвишава минималната препоръчана стойност $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012), то вътрешната съгласуваност на скàлата е достатъчно висока и 17-те въпроса, които я изграждат, формират обща група (скàла).

За проверка на *конструктивната валидност* на скàлата за извадката е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 17-те въпроса. Резултатите показват, че има само един фактор, който включва всички 17 въпроса.

Получените резултати показват, че приложената методология за измерване на позитивния опит от поставената диагноза и последващото ѝ лечение *(Tomich & Helgeson, 2004)* е задоволително надеждна и конструктивно валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

2.5.3 РЕЗУЛТАТИ

Средноаритметичното за скàлата за *позитивен опит* е $M = 3.49$, дисперсията е $SD = 0.67$, наблюдаваният диапазон е $[2.29, 4.53]$, а максималният диапазон на изменение е $[1.00, 5.00]$. Средното за скàлата $M = 3.49$ е по-голямо от средното за максималния диапазон на изменение $M = 3.00$.

Връзка между позитивния опит и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 2.26 са представени средните стойности на скàлата за *позитивен опит*, разпределени по *медицински характеристики* на диагностицираните жени. С цел да се анализират различията между групите са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (за две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (за три и повече групи).

Таблица 2.26 Средни стойности на скàлата за *позитивен опит*, разпределени по *медицински характеристики* на изследваните жени (*N*=41)

Димензия		*Позитивен опит*
операция на гърдата		
цялата гърда премахната		3.77
част от гърдата		3.28
	статистическа значимост	*
	големина на ефекта ***d***=	*0.67, Т*
време след операцията		
по-малко от 6 месеца		3.12
повече от 6 месеца		3.65
	статистическа значимост	*
	големина на ефекта ***d***=	*0.78, Т*
стадии на болестта		
I стадий		4.04[a]
II стадий		3.87[a]
III стадий		4.56[b]
	статистическа значимост	*
	големина на ефекта ***η***=	*0.49, М*
премахнати лимфни възли		
под 12 възела		3.75
над 12 възела		3.47
	статистическа значимост	-
	големина на ефекта ***d***=	-
метастази в лимфните възли		
да, има		3.34
не, няма		3.70
	статистическа значимост	-
	големина на ефекта ***d***=	-
онкологично болни сродници		
да, има		3.60
не, няма		3.44
	статистическа значимост	-
	големина на ефекта ***d***=	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват възприемане като по-позитивен опита, свързан с поставената онкологична диагноза и лечението ѝ (1 –минимум, 5 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скàла за дадена медицинска характеристика, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма

или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.26 показват, че жените, на които е направена мастектомия и е премахната цялата гърда, имат по-позитивен опит от поставената диагноза в сравнение с тези, на които тя е съхранена. С увеличаване на времето след извършената операция се увеличват и психологическите ползи, които жените с рак на млечната жлеза извличат от поставената диагноза. Жените в III стадий на заболяването имат по-позитивен опит от поставената диагноза в сравнение с тези, които са в I и II стадии.

Връзка между позитивния опит и класическите терапии за лечение

В Таблица 2.27 са представени средните стойности на скалата за *позитивен опит*, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) правят и (б) не правят съответната терапия). С цел да се анализират различията между двете групи са проведени няколко *t*-теста за независими извадки.

Таблица 2.27 Средни стойности на скалата за *позитивен опит*, разпределени по *класически терапии* на изследваните жени (*N*=41)

Димензия		*Позитивен опит*
химиотерапия		
правят химиотерапия		3.70
не правят химиотералия		3.42
	статистическа значимост	*
	големина на ефекта ***d***=	*2.13, >Г*
лъчетерапия		
правят лъчетерапия		3.76
не правят лъчетерапия		3.35
	статистическа значимост	*
	големина на ефекта ***d***=	*0.56, Т*
хормонотерапия		
правят хормонотерапия		3.55
не правят хормонотерапия		3.44
	статистическа значимост	*
	големина на ефекта ***d***=	*0.77, Т*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват възприемане като по-позитивен опита, свързан с поставената онкологична диагноза и лечението ѝ (1 –минимум, 5 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между двете групи от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с t-тест за независими извадки (independent-samples t-test); 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.27 показват, че жените, които се лекуват чрез изброените класически терапии – химиотерапия, лъчетерапия и хормонална терапия, извличат повече позитивен опит в сравнение с тези, на които те не са предписани.

Връзка между позитивния опит и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 2.28 са представени средните стойности на скàлата за *позитивен опит*, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват и (в) знаят и използват съответната терапия). С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Таблица 2.28 Средни стойности на скàлата за *позитивен опит*, разпределени по *алтернативни терапии* на изследваните жени (*N*=41)

Димензия	*Позитивен опит*
алтернативни терапии	
не знае	3.44[a]
знае, но не използва	3.41[a]
използва	3.59[b]
статистическа значимост	*
големина на ефекта ***η***=	*0.47, >Г*
билколечение	
не знае	3.82
знае, но не използва	3.18
използва	3.45
статистическа значимост	-
големина на ефекта ***η***=	-
хранителна диета	
не знае	2.59[a]
знае, но не използва	3.59[b]
използва	3.55[b]
статистическа значимост	*
големина на ефекта ***η***=	*0.27, Т*
хранителни добавки	
не знае	3.82
знае, но не използва	3.28
използва	3.54
статистическа значимост	-
големина на ефекта ***η***=	-
физически упражнения	
не знае	-
знае, но не използва	3.31
използва	3.63
статистическа значимост	-
големина на ефекта ***η***=	-
масаж лимфен дренаж	
не знае	3.81[b]
не използва	2.91[a]
използва	3.68[b]
статистическа значимост	*
големина на ефекта ***η***=	*0.60, >Г*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват възприемане като по-позитивен опита, свързан с поставената онкологична диагноза и лечението ѝ (1 –минимум, 5 – максимум); където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследвани жени върху разглежданата скàла за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests);

големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.28 показват, че оперираните жени, които използват алтернативни терапии, като цяло извличат най-много позитивен опит от поставената им диагноза. Жените, които нямат информация за антираковата хранителна диета, извличат в най-ниска степен позитивен опит от поставената им онкологична диагноза. Жените, които не използват масаж тип лимфен дренаж, извличат най-малко психологически ползи от процеса на лечение, през който преминават.

2.5.4 Дискусия

Според проведените изследвания някои хора извличат позитивен опит от травматични житейски събития, като ги приемат. Според Тейлър (Taylor, 1983) много жени възприемат поставената им диагноза рак на млечната жлеза в позитивна светлина, преосмислят голямото изпитание и чрез него израстват личностно и се развиват. В научната литература обаче въпросите, които остават без отговор са „Какъв тип личност извлича полза от травмираща диагноза като рак на гърдата? При какви условия това се наблюдава?"

Получените резултати от представеното изследване установяват връзка между стадия, в който е диагностицирано заболяването, и възприемането му в позитивна светлина. Колкото то е по-напреднало и лечението е по-сериозно, толкова пациентките в по-висока степен осмислят случващото се като позитивен опит. Това се потвърждава от растящия брой проведени изследвания, според които хората, които преживяват по-травматични събития в жизнения си път, посочват, че имат по-позитивен житейски опит в сравнение с тези, които преминават през по-малко изпитания (Cordova et al., 2001; Fromm et al., 1996; McFarland & Alvaro, 2000; Taylor, 1983; Tedeschi & Calhoun, 1996). Анализирано е личностното израстване след преживяната травма. Получените резултати позволяват да се направи заключението, че те *потвърждават издигната хипотеза* в изследването. Въпреки това обаче е необходимо да се посочи, че тя е ограничена от факта, че изследваните лица са в I, II и III стадий, като липсват пациентки в IV стадии. Бъдещите изследвания по темата е добре да обхващат респонденти с по-напреднал рак на млечната жлеза с цел документиране на тяхната гледна точка. Според изследователите (Breznitz, 1983) възможна реакция към голяма заплаха за живота на личността или нанесена вреда с цел самозащита и предпазване от болезнената информация е нейното ***отричане***. Именно тази хипотеза е добре да бъде проверена в бъдещи изследвания.

Друг аспект от проведеното изследване е, че то измерва позитивния опит от поставената диагноза *до 1 година след това*. Възможно е в по-късен период травмиращото събитие да се преосмисли от пациентките в още по-позитивна светлина и това да бъде избраната психологическа стратегия за справяне със стреса от него. Възможно е също така след известен период от време те да бъдат преосмислени по ***качествено*** различен позитивен начин.

Някои от получените противоречиви резултати в тази изследователска линия намират чисто ***методологично обяснение***. Изследователите на позитивния опит от преживяна травма често молят изследваните лица да посочат в каква степен дадени позитивни твърдения са резултат от травмиращото житейско събитие (например Tedeschi & Calhoun, 1996). Един от недостатъците е, че респондентите бързо могат да се ориентират в даването на социално желателни отговори и да посочват позитивни резултати от трудния си опит. По-валидна методология за изследване на въпроса би могла да включва посочване на както позитивни така и негативни последствия от заболяването като

приложената от Лехман и неговите колеги (Lehman et al., 1993). Всъщност онкологичните пациенти често посочват както позитивни така и негативни промени в своя живот като резултат от битката им с рака. Методологията, която включва както позитивни така и негативни твърдения, би дала свобода на пациентите да изразят това. В представеното изследване е направен опит социално желателните отговори да се редуцират чрез дадената инструкция на изследваните лица преди попълване на въпросника. На тях им се обясни, че някои хора откриват позитивни страни в своя опит в борбата им със заболяването, а други – не.

Сред ***ограниченията*** на проведеното изследване е фактът, че приложената скàла *Benefit Finding (Tomich & Helgeson, 2004)* е относително нова в научната литература. Необходима е повече информация за нейната валидност с цел генерализиране на получените резултати.

В настоящето изследване е измерен позитивният опит като цяло, без да се разглеждат конкретни аспекти от него, като например отношения със значимите други, степен на духовно израстване и др., което предстои да се направи в ***бъдещи изследвания***. Добра идея е да се изследва и връзката между позитивния опит от травмиращо житейско събитие и различни скàли за психично благополучие (Ганева, 2010).

В научната литература има резултати от емпирични изследвания в подкрепа на идеята, че откриването на позитивни страни в тежката житейска ситуация и личностното израстване от това оказват благоприятно влияние върху физическото състояние на пациентите и по-конкретно на серума кортизол в организма им и на отговора на имунната им система (Bower et al., 1998). Този аспект също предстои да се анализира в бъдещи изследвания.

Безспорен факт е, че жените с рак на гърдата изживяват шок при поставяне на животозастрашаващата диагноза, настройват се песимистично по отношение на бъдещето, изпадат в тежка депресия, страдат от инсомния и безапетитие, тъй като са силно емоционално разстроени. Именно затова, въпреки осмислянето на травмиращото събитие като позитивен опит, те се нуждаят от участие в ***терапевтични програми*** или групи за личен опит (Механджийска, 2009). Чрез прилагане на когнитивно преструктуриране, техники за релаксация, научаване на стратегии за решаване на проблеми, справяне с гнева и тревожността те ще подобрят комуникацията си със значимите други и ще станат по-асертивни, ще имат позитивен опит от споделяне на трудностите и малките си победи с други пациентки като тях във взаимно подкрепяща се групова среда.

2.6. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ТЕКУЩОТО СЪСТОЯНИЕ, ВЪЗПРИЕМАНЕТО НА СОБСТВЕНОТО ТЯЛО И ПОЗИТИВНИЯ ОПИТ ОТ ПОСТАВЕНАТА ДИАГНОЗА

2.6.1 ВЪВЕДЕНИЕ

Въпреки увеличаващия се брой онкологични пациенти, които се връщат към обичайния си ритъм на живот след проведеното лечение, поставената диагноза *„рак на гърдата"* е стресираща за всяка жена. Адаптацията към нея е повлияна от психосоциалния ресурс на личността като оптимистични нагласи (Carver et al., 1994), предпочитани стратегии за преодоляване на стреса (Carver et al., 1993) и получаване на социална подкрепа (Arora et al., 2007; Falagas et al., 2007; Manne et al., 2003; Weihs et al., 2008). Проведените изследвания установяват, че жени с рак на млечната жлеза продължават да изпитват след години значимо ниво на психологичен дистрес, тревожност, враждебност и депресия (Zabora et al., 2001; Ell et al., 2005), което пречи на ежедневното им функциониране и съответно намалява качеството им на живот (Gelinas & Fillion, 2004; Magnan & Mood, 2003; Schou et al., 2005; Wengstrom et al., 2001).

Като цяло първоначалното лечение на рака на гърдата е сложно и многоаспектно. То включва операция за премахване на тумора, провеждане на химиотерапия, лъчетерапия, евентуална реконструкция на гърдата и/ или хормонална терапия, която често продължава между 1 и 5 години. Пациентките са принудени да се справят със страничните ефекти и усещането за уязвимост по време на лечението, което е възможно да се преживява години, след като то е приключило (Bleiker et al., 2000; Schou et al., 2004). *Основните психосоциални страхове*, които споделят жените с рак на гърдата, са: страх от рецидив на заболяването, наличие на физически симптоми като умора, проблеми със съня или изпитване на болка, затруднения във възприемането на собственото тяло, сексуални дисфункции, тревожност, свързана с лечението, натрапливи мисли за диагнозата или постоянна тревожност, проблеми в комуникацията с партньора, усещане за уязвимост и екзистенциални въпроси за собствената смърт (Ganz, 2009). Дори чакането преди и след провеждане на лечението е описано като „трудно, скучно и нараняващо" (Fitch et al., 2003). Емоционалният дистрес е свързан с ниска удовлетвореност от получаваните грижи и влошено качество на живот (Jacobsen et al., 2005; Tomich & Helgeson, 2002) на пациентите. В литературата повече изследвания са посветени на емоционалното влияние на рака, а по-малко от тях анализират връзката между личностните характеристики като оптимистична нагласа, избор на стратегия за справяне със стреса, получавана социална подкрепа и емоционалното благополучие.

В проведено изследване, превърнало се в класическо, т. нар. *Nurses Health Study (NHS)* (Michael et al., 1999) между 1992 и 1996 г. на здравния статус и функционирането на медицински сестри са сравнени 759 жени с рак на млечната жлеза (599 с напреднал рак на гърдата и 160 с ин ситу рак на гърдата в I стадий) с група от клинично здрави изследвани лица на възраст между 54 и 73 години. От получените резултати става ясно, че жените с рак на млечната жлеза са по-слабо физически активни, имат затруднения в емоционалното и социалното функциониране, жизнеността и изпитват повече болка в периода на изследване в сравнение с клинично здравите жени.

Ракът на млечната жлеза представлява заплаха както за физическото, така и за емоционалното благополучие на пациентите. През първите 2 години след поставянето на диагнозата повечето от тях развиват симптоми на тревожност и депресия. Сред потенциалните рискови фактори за емоционален дистрес са младата възраст, липсата на социална подкрепа, дистрес, причинен от отношенията с партньора, недобра комуникация с лекуващия лекар и отношенията с колегите и ръководството на заеманата работна позиция и наличие на симптоми на депресия в миналото (Schou et al., 2005).

Установено е, че жените с рак на млечната жлеза се възстановяват в най-висока степен от физическите и психологическите травми от поставената им онкологична диагноза и последващото лечение *1 година* след това. Това е периодът, след който се подобряват различни аспекти от качеството им на живот и се разрешават част от физическите им проблеми чрез рехабилитация, защото първоначалното оперативно, химиотерапевтично и/ или лъчетерапевтично лечение е приключило. Поради премахнатите лимфни възли голяма част от тях страдат от изпитван непрекъснат дискомфорт в ръката от страната на оперираната гърда, което се отразява на извършваните движения с нея.

Въпреки че се смята, че ракът на млечната жлеза засяга най-често жените над 45-годишна възраст, в последните години все повече се увеличава броят на засегнатите от диагнозата жени преди разглежданата възрастова граница. Според научната литература адаптацията и качеството на живот след преживяната диагноза и лечението ѝ е по-трудно за *младите жени* (Ganz et al., 1993; Ganz et al., 1995; Ganz et al., 1998). При изследване на симптомите на депресия и качеството им на живот със стандартизирани инструменти се установяват по-значителни чести промени в настроението, по-бедно емоционално функциониране, повече затруднения поради лечението при отглеждане на децата и на работното място в сравнение с по-възрастните изследвани лица. Налице са и конкретни последствия от проведеното лечение като безсъние, умора, трудности в репродуктивното здраве, симптоми на ранна предизвикана менопауза като горещи вълни, ранно събуждане, забравяне, чувствителни гърди и др., промени в специфични психосоциални аспекти като в жизнените роли, в емоционалното, когнитивното и социалното функциониране и финансови затруднения. По-възрастните жени с рак на млечната жлеза, от своя страна, изпитват повече постоянни затруднения с физическото функциониране след поставяне на диагнозата. При тях е възможно надценяване на физическото и подценяване на когнитивното влияние, което тя оказва.

Ракът и неговото лечение обикновено причинява видими промени в тялото на пациента. Много жени се чувстват несигурни по отношение как те се отразяват на телата им и себевъзприемането им. Именно затова все повече се увеличава значението, което се отдава на сексуалността като компонент от качеството на живот на онкологичните пациенти. Тъй като целите на лечение на рака се променят от физическо оцеляване към подобряване на качеството на живот на пациентите, логично се увеличават и провежданите изследвания по темата. В проведено изследване (Moyer, 1997) с малко на брой пациентки, на които е направена реконструкция на премахнатата гърда и в други, в които се анализира само възприемането на собственото тяло и самооценката (Pozo et al., 1992; Mock, 1993) е установено, че жени със съхраняваща гърдата операция (лъмпектомия) имат по-позитивна представа за собственото тяло в сравнение с тези, на които е направена мастектомия (цялостно отстраняване на гърдата), въпреки че непосредствено след това тя е реконструирана.

Безспорен факт е, че почти всеки човек е чувал за рака на гърдата, защото е водеща причина за онкологичната смъртност в световен мащаб при жените между 15 и 40-годишна възраст. Визуална представа обаче за него дава проектът *„Да преодолееш рака: абсолютна реалност"* (*Surviving Cancer: Absolute Reality - SCAR*). Той изразява на глас мълчаливото страдание на пациентките, а камерата запечатва за секунди дългата и разностранна битка, която те водят. Модният фотограф Дейвид Джей снима над 100 жени на възраст между 18 и 35 години от САЩ след операция на рак на гърдата. Голите портрети в голям формат показват реалността след направена операция за отстраняване на рака на млечната жлеза, белезите по телата им от битката за живот, която водят, и изпитването едновременно на страх и смелост в очите им. Виждат се физическите следи от заболяването, от направена двойна мастектомия, лъмпектомия, частична или цялостна реконструкция. Авторът разказва, че жените, които са се свързали с него, са споделяли, че не се чувстват женствени след операцията, че все още не смеят да се съблекат пред съпрузите и децата си, че се преобличат на тъмно, че не желаят да се къпят, за да не

гледат белезите си. Фотографиите показват болката от загубата, страха от неясното бъдеще, ужаса от липсата на контрол над заболяването и желанието и силата да направят повече в живота си, отколкото само да оцелеят. Чрез смелостта на моделите, които са се снимали, изложбата цели да промени отношението на публиката към диагнозата, да направи хората по-добри в отношенията си един към друг, по-хуманни, по-разбиращи и състрадателни. Всяка фотография от изложбата разказва различна човешка история. Тя има и терапевтичен ефект, като помага на засегнатите млади жени да видят своите белези, да ги приемат, да покажат лицата си и да споделят своя онкологичен опит по нов, честен и подкрепящ, вдъхващ им сили и смелост начин. Изложбата показва, че ракът на гърдата не е розова панделка, че той няма цвят и възраст, а засяга физически и емоционално по един и същи начин жени от всички раси.

Поставянето на онкологична диагноза променя идентичността на пациента, като го кара да се замисли за екзистенциални въпроси за смисъла в живота и пренарежда неговите ценности и приоритети (Gall & Cornblat, 2002). В научната литература се срещат множество статии, посветени на осмислянето на травматичния опит в позитивна светлина и оценяването му като полезен. Сред настъпилите промени е това, че пациентите започват да обръщат по-малко внимание на ежедневни проблеми. Ядосват се на хората, които ги занимават с тях, и предпочитат да прекарват повече време с хора, които са отдадени на дълбоко хуманни каузи, свързани със смисъла на живота. Те са осъзнали, че животът е кратък, че водят битка за всеки ден и искат той да е осмислен (Barraclough, 1999). Повечето от изследваните жени с рак на млечната жлеза във фаза на продължително оцеляване поемат отговорността за реализацията на собствените си цели в живота, осъзнават своята смъртност и се тревожат, че ракът може да се върне по всяко време. Те подобряват своето хранене и колкото и да им е трудно избягват ситуации и хора, които ги стресират. Тя съвпада с фазата на преориентация (Cullberg, 1975), когато преосмислят своя живот, свеждат до минимум излагането на стресиращи събития и преоценяват своите хранителни навици, за да избегнат рака в бъдеще. По правило всички се тревожат и страхуват от възможен рецидив на заболяването.

Религиозните фактори също са от значение във фазата на дългосрочно оцеляване. В проведено изследване (Gall & Cornblat, 2002) с 52 жени между 39 и 70-годишна възраст са помолени да опишат със свои думи ролята на религиозни и духовни фактори в разбирането и справянето им с рака на млечната жлеза. По-голямата част от участниците споделят, че духовните ресурси включително връзката им с Бога, религиозни дейности като молитва, откриване на смисъла в живота, съзерцание и получаване на социална подкрепа играят позитивна роля в онкологичния им опит. Според получените резултати духовната подкрепа помага в дългосрочното оцеляване от рак на млечната жлеза и чрез нея пациентите придават смисъл на заболяването, наслаждават се на усещането за утвърждаване на живота и личното им израстване, свързано с онкологичния им опит. Именно поради влиянието на рака върху качеството на живот на оцелелите от него в дългосрочен план и техните семейства, разработването и значението на програми за психосоциална подкрепа и рехабилитация е голямо (Spiegel, 1995; Bland, 1997; Greer, 1999; Ades, Gansler & Eyre, 2001).

Целта на настоящото изследване е да се направи сравнителен анализ на *текущото състояние, възприемането на собственото тяло* и *позитивния опит от заболяването* на жени с рак на млечната жлеза в период до 1 година след първоначалното поставяне на диагнозата и последваща операция и лечение, разгледан по медицински характеристики и провеждане или не на класически и алтернативни терапии.

Формулирани са следните **научни хипотези**: **(1)** колкото повече терапии за лечение провеждат изследваните лица, толкова като по-незадоволително ще оценяват текущото си общо състояние и ще споделят наличие на повече неспецифични ефекти от него, **(2)** колкото е по-голям размерът на извършената операция за отстраняване на туморното образувание, толкова по-позитивна представа ще имат за собствените си тела и **(3)**

колкото повече време минава след оперативното лечение, толкова натрупаният позитивен опит от онкологичната диагноза ще се увеличава.

2.6.2 МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Изследвани лица

Изследваните лица са същите от изследването на *текущото състояние* (Carver, 2006) и са описани в раздел 2.1.2

Метод

Изследваните жени попълват въпросниците *Measure of Current Status (MOCS)* (Antoni et al., 2006) за измерване на *текущото им състояние* (Приложение 1), *Measure of Body Apperception (MBA)* (Carver et al., 1998) за измерване на *възприемането на собственото им тяло* (Приложение 2) и *Benefit Finding* (Tomich & Helgeson, 2004) за измерване на *позитивния опит* от поставената им диагноза и последващото ѝ лечение (Приложение 5), които са описани съответно в раздели: 2.1.2, 2.2.2 и 2.5.2.

Тъй като максимално допустимият диапазон на изменение на четирите скали е различен (виж последния ред на таблици 2.1, 2.5, 2.10 и раздел 2.5.3), то техните стойности не подлежат на директно сравнение. За да се проведе сравнителен анализ между четирите скали е необходимо техните стойности да са в един и същи диапазон. Именно поради тази причина те се преизчисляват и стандартизират в диапазона от 0 до 1, т. е. стойностите на всяка от четирите скали са в диапазона от 0.00 (минимум) до 1.00 (максимум). С цел да се установят различията между тях след това е проведен сравнителен анализ между стандартизираните средни стойности на скалите.

2.6.3 РЕЗУЛТАТИ

Дескриптивна статистика и корелационен анализ

Таблица 2.29 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на стандартизираните стойности на скалите: **(1)** за *оценка на собственото състояние* (част А), **(2)** за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), **(3)** за *възприемане на собственото тяло* и **(4)** за *позитивния опит* от поставената диагноза и последващото ѝ лечение за изследваните жени (*N*=41)

корелация между скалите за	***1***	***2***	***3***	***4***
собственото състояние	1			
неспецифични ефекти	0.86***	1		
възприемане на собственото тяло	-0.20	-0.67***	1	
позитивен опит	0.75***	0.76***	-0.31*	1
средно	0.59	0.63	0.71	0.62
стандартно отклонение	0.20	0.17	0.21	0.17
наблюдаван диапазон	0.31, 0.90	0.38,0.90	0.33,1.00	0.32, 0.88
максимален диапазон	0.00, 1.00	0.00, 1.00	0.00, 1.00	0.00, 1.00

*Забележки: данните са анализирани с корелационният коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

В Таблица 2.29 са представени дескриптивната статистика и корелацията между скалите: за *оценка на собственото състояние* (част А), за *оценка на неспецифични ефекти от*

проведеното лечение (част Б), за *възприемане на собственото тяло* и за *позитивния опит* от поставената диагноза и последващото ѝ лечение.

Средните стойности на всички скали са по-големи от средната стойност за максималния диапазон на изменение $M = 0.50$. Диагностицираните жени имат приблизително хомогенно мнение за четирите скали: стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е приблизително еднакво. За *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б) тяхното мнение е най-еднородно – минимално стандартно отклонение $SD = 0.17$ и най-тесен диапазон на наблюдения: $[0.38, 0.90]$. За *възприемане на собственото тяло* мнението им е най-разнородно – максимално стандартно отклонение $SD = 0.21$ и наблюдаваният диапазон е максимално голям: $[0.33, 1.00]$.

Корелацията на скалата за *възприемане на собственото тяло* е отрицателна с останалите три скали. Това означава, че колкото повече диагностираната жена положително възприема *собственото си състояние*, *неспецифичните ефекти от проведеното лечение* или *позитивния си опит от болестта*, толкова тя по-негативно *възприема собственото си тяло*. Корелацията между другите три скали е положителна, което означава, че увеличаването на стойностите на която и да е от тях се асоциира с увеличаване на стойностите на другите две.

Основен анализ: връзка между стандартизираните средни стойности на скалите и медицинските показатели на изследваните лица

С цел да се сравни дали има статистически значимо различие между стойностите на четирите скали за дадена група са проведени няколко еднофакторни дисперсионни анализа за свързани извадки, при който е използван многомерният тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda), а при сравнението по двойки е използван методът на Бонферони (Bonferroni). Резултатите са представени в Таблици 2.30, 2.31 и 2.32.

Представените резултати в Таблица 2.30 показват, че жените, на които е направена мастектомия (цялостно премахване на гърдата), оценяват по-позитивно собственото си състояние и имат по-позитивен опит от поставената им диагноза. С увеличаване на изминалото време след извършената операция намалява позитивната оценка на собственото състояние, което дават пациентите и на възприемането на собственото тяло, но се увеличава позитивният опит от поставената диагноза, който те имат. Логично най-позитивно оценяват своето състояние жените от I стадий от развитието на болестта, във II стадий възприемат своето тяло в най-позитивна светлина, а в III стадий те имат най-позитивен опит от поставената им диагноза. Пациенти с премахнати над 12 броя лимфни възли по време на операцията изпитват по-слабо неспецифичните ефекти от проведеното лечение, но възприемат собственото си тяло в по-позитивна светлина. Жените без метастази в лимфните възли, които са им отстранени, дават по-висока оценка както на собственото си състояние, така и на неспецифичните ефекти от проведеното лечение, които преживяват, но оценяват телата си в по-негативна светлина в сравнение с тези, които имат. Пациентите, които имат други сродници с поставена онкологична диагноза, оценяват по-позитивно собственото си състояние, изпитват повече неспецифични ефекти от проведеното лечение и възприемат по-негативно телата си в сравнение с тези, които нямат. Всички пациенти възприемат собственото си тяло в най-позитивна светлина и дават най-ниска оценка на физическото си състояние, в което се намират в момента.

Пациентите в I стадий преживяват най-много неспецифични ефекти от поставената им диагноза и оценяват най-позитивно онкологичния опит, който трупат. Във II стадий те възприемат телата си в най-позитивна светлина, а оценяват текущото си физическо състояние като най-малко задоволително. В III стадий те извличат най-позитивен опит от поставената им диагноза.

Таблица 2.30 Средни стойности на **(1)** скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А), **(2)** скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), **(3)** скàлата за *възприемане на собственото тяло* и **(4)** скàлата за *позитивен опит*, разпределени по *медицински характеристики* на изследваните жени (*N*=41)

Димензия	**1**	**2**	**3**	**4**	*статистика*	
					СЗ	*ГЕ η*
операция на гърдата						
цялата гърда премахната	0.53^{a}	0.66^{ab}	0.74^{b}	0.61^{ab}	*	*0.86,>Г*
част от гърдата	0.44^{a}	0.59^{ab}	0.75^{b}	0.57^{ab}	*	*0.99,>Г*
време след операцията						
по-малко от 6 месеца	0.50^{a}	0.60^{ab}	0.80^{b}	0.58^{ab}	*	*0.84,>Г*
повече от 6 месеца	0.49^{a}	0.66^{b}	0.69^{b}	0.61^{b}	*	*0.97,>Г*
стадии на болестта						
I стадий	0.61^{b}	0.72^{c}	0.52^{a}	0.70^{c}	*	*0.95,>Г*
II стадий	0.45^{a}	0.59^{b}	0.87^{c}	0.53^{b}	*	*0.75,>Г*
III стадий	0.50^{a}	0.67^{ab}	0.50^{a}	0.76^{b}	*	*0.52,>Г*
премахнати лимфни възли						
под 12 възела	0.58^{a}	0.79^{b}	0.50^{a}	0.72^{b}	*	*1.58,>Г*
над 12 възела	0.61^{ab}	0.58^{a}	0.76^{b}	0.62^{ab}	*	*0.37,Г*
метастази в лимфните възли						
да, има	0.42^{a}	0.55^{b}	0.87^{c}	0.55^{b}	*	*0.75,>Г*
не, няма	0.62^{ab}	0.78^{b}	0.51^{a}	0.69^{ab}	*	*0.47,>Г*
онкологично болни сродници						
да, има	0.67^{a}	0.80^{b}	0.68^{a}	0.73^{b}	*	*0.85,>Г*
не, няма	0.41^{a}	0.55^{b}	0.77^{c}	0.54^{b}	*	*0.92,>Г*

Забележки: СЗ – статистическа значимост, ГЕ – големина на ефекта; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите скàли в предпоследната колона СЗ "статистическа значимост" е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ за свързани извадки (one-way repeated measures ANOVA), многомерен тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda) и сравнение по двойки по методът на Бонферони (Bonferroni); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Пациентите с премахнати над 12 броя лимфни възли възприемат своите тела в най-позитивна светлина и преживяват най-малко неспецифични ефекти от проведеното лечение. Изследваните лица с метастази в лимфните възли дават най-ниска оценка на физическото състояние, в което се намират, но възприемат телата си в най-позитивна светлина. Тези, в чиито лимфни възли не са открити метастази споделят най-много неспецифични ефекти от лечението, но възприемат най-слабо позитивно собствените си тела. Пациенти, които нямат сродници с онкологична диагноза оценяват най-слабо задоволително текущото си състояние, но най-добре възприемат собственото си тяло.

Таблица 2.31 Средни стойности на **(1)** скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А), **(2)** скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), **(3)** скàлата за *възприемане на собственото тяло* и **(4)** скàлата за *позитивен опит*, разпределени по *класически терапии* на изследваните жени (*N*=41)

Димензия	**1**	**2**	**3**	**4**	*статистика*	
					СЗ	*ГЕ* η
химиотерапия						
правят химиотерапия	0.46[a]	0.60[b]	0.80[c]	0.56[b]	*	*0.97,>Г*
не правят химиотералия	0.57[a]	0.71[c]	0.62[b]	0.69[c]	*	*0.91,>Г*
лъчетерапия						
правят лъчетерапия	0.43[a]	0.59[b]	0.73[c]	0.56[b]	*	*0.83,>Г*
не правят лъчетерапия	0.57[a]	0.68[b]	0.77[c]	0.64[b]	*	*0.81,>Г*
хормонотерапия						
правят хормонотерапия	0.54[a]	0.68[b]	0.61[b]	0.64[b]	*	*0.96,>Г*
не правят хормонотерапия	0.38[a]	0.52[b]	0.98[c]	0.43[b]	*	*0.95,>Г*

Забележки: СЗ – статистическа значимост, ГЕ – големина на ефекта; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите скàли в предпоследната колона СЗ "статистическа значимост" е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ за свързани извадки (one-way repeated measures ANOVA), многомерен тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda) и сравнение по двойки по методът на Бонферони (Bonferroni); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 2.31 показват, че изследваните жени, които правят химиотерапия, оценяват по-негативно своето физическо състояние, изпитват по-малко неспецифични ефекти от провежданото лечение, възприемат по-позитивно своето тяло и имат по-малко позитивен опит от поставената им диагноза в сравнение с тези, които не провеждат този вид лечение. Пациентите, които не провеждат лъчетерапия, оценяват по-позитивно своето текущо физическо състояние, своите тела и имат по-позитивен опит от поставената им диагноза в сравнение с тези, на които е предписано този вид лечение. Жените, които са на хормонална терапия, дават по-позитивна оценка на текущото си физическо състояние и на натрупания онкологичен опит до момента, но изпитват повече неспецифични ефекти от лечението и по-негативно възприемат собствените си тела, вероятно поради допълнително качените килограми. Изследваните лица, които провеждат химиотерапия и на които не им е предписана хормонална терапия, се чувстват най-зле физически, но възприемат своите тела в най-позитивна светлина.

Представените резултати в Таблица 2.32 показват, че жените, които нямат информация за алтернативните терапии, като цяло възприемат най-позитивно собствените си тела, а тези, които разполагат с нея, но не ги прилагат като част от своето лечение, го възприемат най-негативно. Пациентите, които се лекуват с билки, дават най-ниска оценка на текущото си физическо състояние. Тези, които нямат информация за този вид лечение, възприемат собствените си тела в най-позитивна светлина, а тези, които знаят, но не го прилагат, съответно в най-негативна светлина. Изследваните лица, които спазват специфичен хранителен режим за онкологични пациенти, оценяват най-позитивно текущото си състояние, а тези, които нямат информация за него, го оценяват най-негативно.

Таблица 2.32 Средни стойности на **(1)** скàлата за *оценка на собственото състояние* (част А), **(2)** скàлата за *оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение* (част Б), **(3)** скàлата за *възприемане на собственото тяло* и **(4)** скàлата за *позитивен опит*, разпределени по *алтернативни терапии* на изследваните жени (*N*=41)

Димензия	**1**	**2**	**3**	**4**	*статистика*	
					СЗ	*ГЕ*
алтернативни терапии						
не знае	0.50[a]	0.57[b]	0.90[c]	0.52[ab]	*	*0.82,>Г*
знае, но не използва	0.45[a]	0.66[b]	0.42[a]	0.66[b]	*	*0.85,>Г*
използва	0.51[a]	0.66[b]	0.79[c]	0.62[b]	*	*0.91,>Г*
билколечение						
не знае	0.56[a]	0.58[a]	0.85[b]	0.62[a]	*	*0.92,>Г*
знае, но не използва	0.52	*нд*	0.58	0.54	-	-
използва	0.47[a]	0.64[b]	0.71[c]	0.59[b]	*	*0.90,>Г*
хранителна диета						
не знае	0.31[a]	0.37[a]	0.89[b]	0.40[a]	*	*1.12,>Г*
знае, но не използва	0.44[a]	0.61[b]	0.75[c]	0.54[b]	*	*0.93,>Г*
използва	0.54[a]	0.68[b]	0.70[b]	0.65[b]	*	*0.84,>Г*
хранителни добавки						
не знае	0.56[a]	0.58[a]	0.85[b]	0.62[a]	*	*0.99,>Г*
знае, но не използва	0.45[a]	0.63[b]	0.79[c]	0.57[b]	*	*0.93,>Г*
използва	0.49[a]	0.66[b]	0.66[b]	0.60[b]	*	*0.98,>Г*
физически упражнения						
не знае	*нд*	*нд*	*нд*	*нд*	-	-
не използва	0.38[a]	0.49[b]	0.87[c]	0.48[b]	*	*0.91,>Г*
използва	0.59[a]	0.75[b]	0.63[a]	0.69[b]	*	*0.76,>Г*
масаж лимфен дренаж						
не знае	0.56[a]	0.67[b]	0.74[b]	0.64[ab]	*	*0.78,>Г*
знае, но не използва	0.31[a]	0.37[ab]	0.95[c]	0.42[b]	*	*0.94,>Г*
използва	0.53[a]	0.74[c]	0.61[b]	0.65[b]	*	*0.97,>Г*

Забележки: СЗ – статистическа значимост, ГЕ – големина на ефекта; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите скàли в предпоследната колона СЗ "статистическа значимост" е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ за свързани извадки (one-way repeated measures ANOVA), многомерен тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda) и сравнение по двойки по методът на Бонферони (Bonferroni); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Жените, които се натоварват ежедневно физически, оценяват по-позитивно своето физическо състояние, но споделят, че имат повече неспецифични ефекти от провежданото лечение и възприемат телата си в по-негативна светлина в сравнение с тези, които не изпълняват физически упражнения всеки ден.

Пациентите, които използват алтернативни терапии като цяло и билки, които разполагат с информация за специфичния режим на хранене при рак, за хранителни добавки и за масажа тип лимфен дренаж, но не ги прилагат в лечебния процес, през

който преминават, и не се натоварват ежедневно физически, оценяват най-негативно собственото си текущо състояние, но възприемат телата си в най-позитивна светлина.

2.6.5 Дискусия

Женските гърди са утвърден културен символ на полова идентичност, на женственост и майчинство, на красота и сексуалност. Мастектомията или цялостното премахване на гърдата вследствие на поставена диагноза рак на млечната жлеза стигматизира пациентките, като променя идентичността им от здрав в болен човек и отношението им към собствената личност както за тях самите, така и за хората, които ги заобикалят, семейство, приятели, колеги. Загубата на орган от собственото тяло оказва голямо влияние на възприемането му, което от своя страна се отразява директно на самооценката и самоувереността им (Ганева, 2011а; Ганева, 2012). Това може да провокира емоционално страдание, личностни и социални проблеми на работното място и да влияе негативно върху качеството на живот на пациентките.

Получените резултати *потвърждават издигнатата втора хипотеза*, че жените, на които е направена мастектомия имат по-позитивна представа за телата си в сравнение с тези, на които частично е съхранена гърдата и е извършена квадрантектомия. Вероятно обяснение на тази тенденция би могло да бъде открито в референтните групи, с които се сравняват изследваните лица. Жените с частично премахване на гърдата се позиционират по-близо до здравите в сравнение, с които имат по-негативна представа за собственото тяло. Въпреки извършената операция, пациентките с цялостно премахване на гърдата възприемат в по-позитивна светлина собственото си тяло, защото чрез ежедневното наблюдаване на белезите по него насочват вниманието си повече към диагнозата и изпитваната благодарност и радост от живота. Получените резултати се потвърждават и от предишни изследвания по темата (Bloom et al., 1998; Hopwood et al., 2001).

Само по себе си приемането и живеенето с онкологична диагноза представлява огромен товар както за пациента, така и за неговите близки. При диагностицирането и последващото лечение от основно значение са убежденията, вярванията и натрупания жизнен опит на личността. При отдаваното значение на диагнозата, при приемането на собствената смъртност и при справянето с множество изисквания, които ракът предявява, човек прибягва до своите религиозни вярвания, лични и семейни ценности, които изповядва и до смисъла, който отдава на своя живот.

По правило основният страх на онкологичните пациенти е от рецидив на заболяването и неговото неочаквано връщане (Barraclough, 1999; Tross & Holland, 1989). Те осъзнават своята смъртност, което провокира в тях чувство на неяснота по отношение на бъдещето. Т. нар. *синдром на Дамокъл* (Koocher & O'Malley, 1981) е налице и в проведено изследване със 155 жени с рак на млечната жлеза 2 години след поставената им диагноза. Повечето от тях споделят, че благодарение на натрупания онкологичен опит са развили способността да се наслаждават на мига и да живеят само в настоящия момент, в днешния ден, като избягват да правят планове дори за близко бъдеще (Barraclough, 1999). Сред настъпилите позитивни промени в резултат на поставената диагноза, които те посочват, е поемането на отговорност за реализация на собствените им жизнени цели, започват повече да ценят живота, свеждат стреса до минимум в него, отделят повече време да общуват със своите близки и приятели, които ги подкрепят, имат усещане за удовлетвореност и личностно израстване, възстановяват връзката си с Бога и се отдават на духовни практики и дейности като молитва, съзерцание, оказване на помощ и откриване на смисъла в живота (Ганева, 2011б). Пациентите с тази диагноза, за да оцелеят в дългосрочен план, е необходимо успешно да съчетават в себе си изпитваната надежда, страх, смелост, човешко достойнство и уязвимост.

Резултатите от проведеното изследване показват, че колкото повече терапии за лечение провеждат пациентите, толкова по-незадоволително те оценяват текущото си общо състояние и споделят наличие на повече неспецифични ефекти от него. Издигнатата *първа хипотеза се потвърждава частично* по отношение на химиотерапията и лъчетерапията, но при жените, които използват хормонална терапия като част от лечебния процес, през който преминават, се наблюдава обратната тенденция – въпреки изкуствено предизвиканата ранна менопауза, те се чувстват добре физически. Друго обяснение на получените резултатите предлага т. нар. *синдром на Полиана*. Той се наблюдава, когато пациентите изпитват тревожност и имат желание да споделят своите опасения и страхове, а от тях се изисква да са удовлетворени и щастливи от факта, че са живи. Възможно е част от тях да изпитват вина, че са преживели тежката диагноза и да имат усещането, че животът и времето като цяло им е отпуснат назаем, че воюват за всеки ден (Bolund, 1990). Полиана (1913) е главната героиня в едноименната книга на Елеонор Портър (Eleanor Porter, 1868-1920). Името ѝ става нарицателно за човек, който винаги успява да намери хубавото дори в най-тежката ситуация, оптимист е без конкретна причина и логика и като резултат внася любов, светлина, непоколебима вяра и доброта в живота на хората около себе си.

Променливата *време от поставената диагноза* е своеобразен съюзник на изследваните лица. Колкото повече тя се увеличава, толкова по-позитивен онкологичен опит те трупат, с което *се потвърждава третата хипотеза* от проведеното изследване.

В заключение, жените с рак на млечната жлеза са изправени пред разнообразни физически, икономически, духовни и психосоциални проблеми като резултат от поставената им диагноза и извършената операция. Въпреки че повечето от тях са разрешени, затрудненията в областта на получаването на емоционална и социална подкрепа, изграждане на нови здравни навици, промяна в духовната и философската им гледна точка за живота, опасенията при възприемането на собственото тяло и сексуалност, неопределеността в бъдеще, наличието на физически симптоми като болка и лимфодем продължават да съществуват години след приключване на лечението.

Въпреки несъвършенствата на получените резултати от проведеното изследване, те са значима първа крачка при разбиране на дългосрочните странични ефекти от лечението на рака на млечната жлеза и са от значение както за клиничните психолози, социалните работници и други специалисти в здравната сфера, така и за бъдещите изследователи на пациенти с тази диагноза.

3 Изследване на жени с рак на млечната жлеза след една година от поставената диагноза

3.1	Въведение	209
3.2	Метод и процедура на изследване	212
3.3	Резултати	214
3.4	Дискусия	226

3.1 Въведение

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 (http://www.her2bg.com/87/statistika-balgariya), 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 заболеят от рак на гърдата, но при тях вероятността за това е 100 пъти по-малка, отколкото при жените.

Голямото значение на запазване качеството на живот на онкологичните пациенти е признато както от академични изследователи, така и от практици и медици 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 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 светоусещането, 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 димензии: физическа, психическа, социална и духовна. Те разработват скàла 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 скàлата е направено с извадка от хора, преживели рак след диагностицирането им от 4 месеца до 28 години, което включва и пациенти с току-що 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 подскàли изследват многоизмерни и многостранни понятия заедно, а не поотделно (например подскàлата за социално взаимодействие включва възприемането на външния вид, сексуалното функциониране и дистреса, 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 скàлата 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 скàла от 34 айтема, разпределени в 4 подскàли, които слабо се различават от *Quality of Life – Cancer Survivors scale (QOL - CS)* (Ferrell et al., 1995). Тя включва въпроси за физическото състояния, за изповядваната философия за живота, за изпълнение на физически упражнения и натоварване и за получената социална подкрепа. Въпреки че психометричните качества на новата скàла са подобрени в сравнение с предишната, някои от въпросите са неясни, а подскàлите включват повече от един значим аспект на качеството на живот. Например в скàлата 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. По-широко 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 живот 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, интимният или сексуалният 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 живот 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.

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 (Приложение 6).

Формулирани са следните **научни хипотези**: **(1)** клинично здравите изследвани жени ще имат по-добро качество на живот по общите скали в сравнение с диагностицираните жени с рак на гърдата, **(2)** колкото е по-голям размерът на извършената операция на пациентите, толкова те ще имат по-ниско качество на живот по специфичните онкологични скали и **(3)** и с увеличаване на изминалото време от направената операция ще се подобрява и качеството им на живот по специфичните онкологични скали.

3.2 МЕТОД И ПРОЦЕДУРА НА ИЗСЛЕДВАНЕ

3.2.1 ИЗСЛЕДВАНИ ЛИЦА

В изследването участват 96 жени от български произход, от които 42 са с рак на млечната жлеза, а 54 са клинично здрави.

Диагностицираните жени (*N*=42) са 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 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 стадий, на 57% във II стадий и на 21% в III стадий. От тях са раждали 79%, а 21% не са. Едно дете имат 43%, две деца имат 21% и три деца имат 7%. Аборти са имали 50% от тях. Един аборт са преживели 29%, а два - 14% от изследваните лица.

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 такива. 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 ежедневния 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 чували за тях, но не ги използват, а 14% никога не са чували за тях. Билколечение използват 43%, 43% са чували, но не го използват и 14% никога не са прибягвали 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.

Здравите жени (*N*=54) са на средна възраст 31.18 години (минимум 18 и максимум 42 години). По отношение на ***демографските данни*** от тях 27% са с висше и 73% са със средно образование, 12% са омъжени, а 88% не са встъпвали в брак, 100% са православни християни.

Изследването е проведено в София.

3.2.2 МЕТОД

Измерване. Изследваните жени попълват въпросника *Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)* (Avis et al., 2005) за измерване на *качеството на живота на възрастни, преживели рак* (Приложение 6). Той се състои от 47 въпроса, които формират 13 скали: 8 общи и 5 онкологично специфични.

Общите скали са: за *негативни чувства* (включва 4 въпроса, например: "Чувствахте се в лошо настроение или подтисната"), за *позитивни чувства* (включва 4 въпроса, например: "Чувствахте се щастлива"), за *когнитивни проблеми* (включва 4 въпроса, например: "Притесняваше ви честата промяна в настроението ви"), за *усещане за болка* (включва 4 въпроса, например: "Болеше ви навсякъде"), за *сексуален интерес* (включва 2 въпроса, например: "Избягвахте сексуални дейности"), за *ниво на енергия и умора* (включва 4 въпроса, например въпрос 1 (обратно-фразиран): "Имахте енергията да направите нещата, които желаехте"), за *сексуални функции* (включва 2 въпроса, например: "Чувствахте своя сексуален живот като незадоволителен") и за *избягване на социални контакти* (включва 4 въпроса, например: "Отказвахте да започнете нови взаимоотношение и връзки").

Онкологично специфични скали са: за *финансови проблеми* (включва 4 въпроса, например: "Имахте финансови проблеми като загуба на доход поради диагнозата"), за *извличане на ползи от диагнозата*, която се състои от 4 въпроса (например въпрос 29: "Повече ценяхте живота поради факта, че сте преболедувала от рак"), за *причинен стрес на семейството* (включва 3 въпроса, например: "Притесняхте се, че членовете на вашето семейство рискуват да се разболеят от рак"), за *възприемане на външния вид* (включва 4 въпроса, например: "Чувствахте се непривлекателна заради диагнозата ви и нейното лечение") и за *изпитвано безпокойство за рецидив* (включва 4 въпроса, например: "Притесняхте се, че ракът ще се върне обратно").

Изследваните лица отговарят чрез 7-степенна скала за "*колко често сте правила всяка една от посочените дейности*" във формат на Ликерт от: 1 – "никога" до 7 – "винаги" с 4 – "не знам", което се третира като "неутрално мнение".

Изчисляване. Въпрос 1: "Имахте енергията да направите нещата, които желаехте" е обратно-фразиран и затова се създава нова ревърсна по стойност променлива, за която кодовете са съответно: 7 – "никога",…, 1 – "винаги". Резултатът от всяка от 13-те скали представлява *сума* от всички дадени отговори, като за обратно-фразираният въпрос 1 (общата скала за *ниво на енергия и умора*) се използват стойностите на ревърсната променлива. Максималният възможен диапазон на изменение за две от общите скали: за *сексуален интерес* и за *сексуални функции* варира между 2 (минимум) и 14 (максимум), за онкологично специфичната скала за *причинен стрес на семейството* той е между 3 (минимум) и 21 (максимум), а за останалите 10 (6 общи и 4 онкологично специфични) скали той е между 4 (минимум) и 28 (максимум).

За всички 13 скали за качество на живот *по-високите* получени стойности съответстват на *по-ниско* качество на живот на изследваните лица.

Надеждност и валидност. За проверка на *надеждността* на 13-те скали за качество на живот е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта са анализирани 47-те въпроса за извадката от диагностицирани жени $N = 42$.

Надеждността на 8-те *общи* скали за качество на живот са съответно: за скалата за *негативни чувства* (въпроси: 7, 9, 19 и 24) е $\alpha = 0.77$, за *позитивни чувства* (въпроси: 6, 8, 22 и 28) е $\alpha = 0.68$, за *когнитивни проблеми* (въпроси: 2, 3, 4 и 23) е $\alpha = 0.76$, за *усещане за болка* (въпроси: 13, 17, 21 и 27) е $\alpha = 0.77$, за *сексуален интерес* (въпроси: 16 и 26) е $\alpha = 0.78$, за *ниво на енергия и умора* (въпроси: 1, 5, 11 и 14) е $\alpha = 0.73$, за *сексуални функции* (въпроси: 10 и 12) е $\alpha = 0.73$ и за скалата за *избягване на социални контакти* (въпроси: 15, 18, 20 и 25) е $\alpha = 0.79$.

Надеждността на 5-те *онкологично специфични* скали за качество на живот е съответно: на скалата за *финансови проблеми* (въпроси: 30, 37, 43 и 45) е $\alpha = 0.63$, за *извличане на ползи от диагнозата* (въпроси: 29, 32, 40 и 41) е $\alpha = 0.78$, за *причинен стрес на семейството* (въпроси: 31, 34 и 42) е $\alpha = 0.72$, за *възприемане на външния вид* (въпроси: 33, 35, 38 и 44) е

$\alpha = 0.63$ и за скàлата за *изпитвано безпокойство за рецидив* (въпроси: 36, 39, 46, 47) е $\alpha = 0.79$.

Стойностите на коефициента α на Кронбах надвишават минималната препоръчана стойност за скàли, състоящи се от малък брой въпроси от $\alpha = 0.60$ (DeVellis, 2012). Това показва, че вътрешната съгласуваност на 13-те скàли за качество на живот е достатъчно висока и въпросите, които ги изграждат, формират обща група.

С цел да се провери *конструктивната валидност* на 13-те скàли е проведен корелационен анализ, като за целта е изчислен между тях корелационният коефициент на Пирсън. За 8-те общи скàли за качество на живот корелацията (по абсолютна стойност) е между 0.25 и 0.65 (Таблица 3.1), а за 5-те онкологично специфични скàли за качество на живот корелацията (по абсолютна стойност) е между 0.03 и 0.47 (Таблица 3.2). Преобладаващата слаба и средна корелация между скàлите показва, че те могат да се интерпретират като независими понятия, т. е. като отделни скàли, а не като подскàли. Именно затова се приема, че има конструктивна валидност на 13-те скàли за качество на живот за анализираната извадка от диагностицираните жени $N = 42$.

Получените резултати от коефициента алфа α на Кронбах и от корелационния анализ показват, че приложената методология за *качество на живот на възрастни, преживели рак* (Avis et al., 2005) е задоволително надеждна и валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

3.3 Резултати

3.3.1 Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 3.1 е показана дескриптивната статистика и корелацията между осемте *общи* скàли за качество на живот: за *негативни чувства*, за *позитивни чувства*, за *когнитивни проблеми*, за *усещане за болка*, за *сексуален интерес*, за *ниво на енергия и умора*, за *сексуални функции* и за *избягване на социални контакти*.

Таблица 3.1 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на 8-те *общи скàли* за качество на живот: **(1)** негативни чувства, **(2)** позитивни чувства, **(3)** когнитивни проблеми, **(4)** усещане за болка, **(5)** сексуален интерес, **(6)** ниво на енергия и умора, **(7)** сексуални функции и **(8)** избягване на социални контакти за цялата извадка (*N*=96)

корелация между	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
негативни чувства	1							
позитивни чувства	-0.65***	1						
когнитивни проблеми	0.62***	-0.38***	1					
усещане за болка	0.50***	-0.42***	0.53***	1				
сексуален интерес	0.49***	-0.57***	0.26**	0.51***	1			
ниво на енергия и умора	0.31**	-0.47***	0.30**	0.55***	0.37***	1		
сексуални функции	0.56***	-0.48***	0.25**	0.39***	0.63***	0.30**	1	
социални контакти	0.61***	-0.59***	0.50***	0.51***	0.58***	0.27**	0.42***	1
средно	12.86	20.31	11.45	10.36	5.37	12.73	4.86	9.80
стандартно отклонение	4.69	4.74	4.84	4.69	3.42	4.40	3.11	4.85
наблюдаван диапазон	6;24	7;28	4;24	4;20	2;12	5;24	2;13	4;24
максимален диапазон	4;28	4;28	4;28	4;28	2;14	4;28	2;14	4;28

*Забележки: данните са анализирани с корелационния коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

Средните стойности на скàлите за *сексуален интерес* и за *сексуални функции* са под средното за диапазона на изменение (*M*=8.00), което показва относително високо качество на живот за диагностицираните жени. За останалите 6 скàли средното за диапазона на тяхното изменение е 16.00. Най-високи са стойностите за скàлата за *позитивни чувства* (*M*=20.31), а най-ниските са за скàлата за *избягване на социални контакти* (*M*=9.80), което показва ниски нива на позитивни чувства и изявено избягване на социални контакти от страна на изследваните жени.

Диагностицираните жени имат приблизително хомогенно мнение за всички осем скàли (стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е приблизително еднакво), като за *сексуални функции* тяхното мнение е най-еднородно (стандартното отклонение е минимално: *SD*=3.11), а за *избягване на социални контакти* тяхното мнение е най-разнородно (стандартното отклонение е максимално: *SD*=4.85).

Корелацията между скàлите е средна. Тя е отрицателна между скàлата за *позитивни чувства* и останалите 7 скàли, което означава, че увеличаването на стойностите на *позитивни чувства* се асоциира със средно намаляване на стойностите на останалите 7 скàли. Корелацията между останалите 7 скàли е средна позитивна, т. е. увеличаването на стойностите на която и да е от тях се асоциира със средно позитивно увеличаване на стойностите и на останалите 6 скàли. Корелацията е най-силна между скàлите за *негативни* и за *позитивни чувства*: $r = -0.65$ и е най-слаба между скàлите за *избягване на социални контакти* и за *ниво на енергия и умора*: $r = 0.27$.

В Таблица 3.2 е показана дескриптивната статистика и корелацията между петте *онкологично специфични скàли* за качество на живот: за *финансови проблеми*, за *извличане на ползи от диагнозата*, за *причинен стрес на семейството*, за *възприемане на външния вид* и за *изпитвано безпокойство за рецидив*.

Таблица 3.2 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон 5-те *онкологично специфични* скàли за качество на живот: **(1)** финансови проблеми, **(2)** извличане на ползи от диагнозата, **(3)** причинен стрес на семейството, **(4)** възприемане на външния вид и **(5)** изпитвано безпокойство за рецидив за диагностицираните жени (*N*=42)

корелация между	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
финансови проблеми	1				
извличане на ползи от диагнозата	0.03	1			
причинен стрес на семейството	-0.07	-0.26	1		
възприемане на външния вид	0.35*	-0.04	0.28	1	
изпитвано безпокойство за рецидив	-0.14	-0.47**	0.47**	0.23	1
средно	9.95	19.95	10.71	16.45	15.33
стандартно отклонение	4.79	6.60	5.07	5.89	6.92
наблюдаван диапазон	4; 24	4; 28	3; 21	5; 25	6; 28
максимален диапазон	4; 28	4; 28	3; 21	4; 28	4; 28

*Забележки: данните са анализирани с корелационния коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.*

Средното на скàлата за *причинен стрес на семейството* $M = 10.71$ е под средното за максималния диапазон на изменение $M = 12.00$, което говори за относително високо ниво на стрес за диагностицираните жени. За останалите 4 скàли средното за максималния диапазон на изменение е $M = 16.00$, като най-високи са средните стойности за скàлата за *извличане на ползи от диагнозата*: $M = 19.95$. Най-ниски са средните стойности за скàлата за *финансови проблеми* $M = 9.95$, което показва ниски нива

на извличане на ползи от диагнозата и високи нива на финансови проблеми от страна на изследваните жени.

Диагностицираните жени имат приблизително хомогенно мнение за всички пет скали – стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е приблизително еднакво. За *финансови проблеми* тяхното мнение е най-еднородно: дисперсията е минимална $SD = 4.79$, а за *изпитвано безпокойство за рецидив* тяхното мнение е най-разнородно – стандартното отклонение е максимално: $SD = 6.92$.

За осемте общи скали за качество на живот мнението на диагностираните жени е по-еднородно, отколкото при петте онкологично специфични скали.

Корелацията между скалите е слаба и средна и е както положителна, така и отрицателна. Тя е най-силна между скалите за *изпитвано безпокойство за рецидив* и **(а)** за *избягване на социални контакти* $r = -0.47$ и **(б)** за *причинен стрес на семейството* $r = 0.47$. Корелацията е най-слаба между скалите за *финансови проблеми* и за *извличане на ползи от диагнозата* $r = 0.03$, което позволява тези скали да се интерпретират като независими.

3.3.2 Връзка между общите скали за качество на живот и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 3.3 са представени средните стойности на 8-те общи скали за *качество на живот*, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните и за здравите жени. С цел да се анализират различията между групите са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (при две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (при три и повече групи).

Таблица 3.3 Средни стойности на осемте общи скали за *качество на живот*: **(1)** негативни чувства, **(2)** позитивни чувства, **(3)** когнитивни проблеми, **(4)** изпитвана болка, **(5)** сексуален интерес, **(6)** енергия/умора, **(7)** сексуални функции и **(8)** избягване на социални контакти, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=42) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*общи скали за качество на живот*							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
здрави/болни								
здрави жени	12.70	20.96	11.33	10.11	4.00	13.37	4.67	9.22
болни жени	13.07	19.48	11.59	10.69	7.14	11.90	5.12	10.55
СЗ	-	-	-	-	*	*	-	-
ГЕ: ***d***	-	-	-	-	*1.03,Г*	*0.34,М*	-	-
операция на гърдата								
здрави жени	12.70	20.96[ab]	11.33	10.11	4.00[a]	13.37	4.67	9.22[ab]
цяла гърда	13.60	18.70[a]	12.07	11.47	7.67[b]	11.77	5.47	12.10[b]
частично гърдата	10.67	21.56[b]	9.11	9.00	5.22[b]	12.78	4.33	7.44[a]
СЗ	-	*	-	-	*	-	-	*
ГЕ: ***η***	-	*6.88,>Г*	-	-	*20.01,>Г*	-	-	*17.61,>Г*
време след операция								
здрави жени	12.70	20.96[ab]	11.33	10.11	4.00[a]	13.37[b]	4.67	9.22[ab]
преди 1-2 години	13.61	18.72[a]	13.00	10.33	7.56[b]	10.89[a]	5.22	12.66[b]
преди 2-3 години	10.37	24.12[b]	11.12	9.75	5.37[ab]	10.25[a]	3.75	7.25[a]
преди >3 години	13.81	18.00[a]	10.25	11.56	7.56[b]	13.87[b]	5.68	9.81[ab]
СЗ	-	*	-	-	*	*	-	*
ГЕ: ***η***	-	*0.38,Г*	-	-	*0.56,>Г*	*0.30,Т*	-	*0.33,Г*

стадии на болестта								
здрави жени	12.70	20.96	11.33	10.11[a]	4.00[a]	13.37[ab]	4.67	9.22[ab]
I стадий	12.00	20.17	9.67	8.00[a]	5.67[ab]	10.00[a]	3.17	4.50[a]
II стадий	13.04	19.38	11.67	10.00[a]	7.42[bc]	11.79[ab]	5.71	11.79[b]
III стадий	14.67	17.33	13.22	15.67[b]	8.89[c]	15.11[b]	5.78	11.78[b]
СЗ	-	-	-	*	*	*	-	*
ГЕ: η	-	-	-	*0.41,Г*	*0.64,>Г*	*0.29,Т*	-	*0.41,Г*
лимфни възли								
здрави жени	12.70	20.96	11.33[b]	10.11	4.00[ab]	13.37	4.67	9.22[ab]
има премахнати	13.38	19.49	12.10[b]	10.89	7.41[b]	12.10	5.33	11.00[b]
няма премахнати	9.00	19.33	5.00[a]	8.00	3.66[a]	9.33	2.33	4.66[a]
СЗ	-	-	*	-	*	-	-	*
ГЕ: η	-	-	*0.26,Т*	-	*0.57,>Г*	-	-	*0.27,Т*
брой лимфни възли								
здрави жени	12.70	20.96[ab]	11.33	10.11	4.00[a]	13.37	4.67[ab]	9.22[b]
≤ 12 възела	11.83	22.08[b]	12.42	11.25	6.25[a]	13.08	3.83[a]	7.67[a]
> 12 възела	12.25	17.58[a]	10.75	12.25	8.83[b]	13.67	6.92[b]	12.50[b]
СЗ	-	*	-	-	*	-	*	*
ГЕ: η	-	*0.33,Т*	-	-	*0.68,>Г*	-	*0.30,Т*	*0.41,Г*
метастази								
здрави жени	12.70[a]	20.96[b]	11.33[a]	10.11	4.00[a]	13.37	4.67	9.22[a]
да, има	11.86[a]	20.44[b]	11.41[a]	11.19	7.00[b]	12.67	5.04	9.96[a]
не, няма	19.67[b]	14.67[a]	16.22[b]	12.63	10.33[c]	12.44	6.67	16.22[b]
СЗ	*	*	*	-	*	-	-	*
ГЕ: η	*0.54,>Г*	*0.42,Г*	*0.33,Т*	-	*0.76,>Г*	-	-	*0.47,>Г*
онко сродници								
здрави жени	12.70	20.96[b]	11.33	10.11[a]	4.00[a]	13.37[b]	4.67	9.22[a]
да, има	13.83	17.33[a]	13.11	14.39[b]	8.94[b]	13.94[b]	6.22	12.33[b]
не, няма	12.50	21.08[ab]	10.64	7.92[a]	5.79[a]	10.38[a]	4.29	9.21[a]
СЗ	-	*	-	*	*	*	-	*
ГЕ: η	-	*0.32,Т*	-	*0.53,>Г*	*0.66,>Г*	*0.33,Т*	-	*0.26,Т*

Забележки: СЗ – статистическа значимост, ГЕ – големина на ефекта; по-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена медицинска характеристика, на реда СЗ (статистическа значимост) под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 3.3 показват, че диагностицираните жени с рак на млечната жлеза имат по-слабо изразен сексуален интерес и по-високи нива на енергия в сравнение с изследваните здрави жени.

Жените с мастектомия изпитват повече позитивни чувства и по-рядко избягват осъществяване на социални контакти в сравнение с жените, на които е направена частична операция за съхраняване на гърдата. Като цяло жените с рак на гърдата имат по-слабо изразен интерес към секса в сравнение с групата на здравите жени.

Като цяло жените в период между 2 и 3 години от извършената операция изпитват в най-ниска степен позитивни чувства. Тези, които са достигнали 3 години след операцията, имат еднакво ниво на сили и енергия, като здравите. Като цяло диагностицираните жени с рак изпитват по-слаб интерес към секса в сравнение с групата на здравите. В период между 1 и 2 години от направената операция жените в най-ниска степен избягват да осъществяват социални контакти, а между 2 и 3 години след това те са най-социални.

Жените в III стадий от развитието на болестта изпитват болки в най-ниска степен. Те имат най-слабо изразен интерес към секса и най-малко сили и енергия. Жените, диагностицирани в I стадий, в най-висока степен избягват осъществяването на социални контакти.

Жените, чиито лимфни възли не са отстранени по време на извършената операция за премахване на рака на гърдата, имат по-ясно изразени когнитивни проблеми, по-голям сексуален интерес и в по-голяма степен избягват осъществяване на социални контакти.

Жените, на които са отстранени повече от 12 лимфни възела, изпитват повече позитивни чувства, имат по-слабо изразен сексуален интерес, повече проблеми със сексуалните функции и избягват да осъществяват социални контакти в сравнение с групата на здравите жени.

Оперираните жени, които имат сродници с поставена онкологична диагноза, изпитват повече позитивни чувства, в по-ниска степен изпитват болка, имат по-слабо изразен сексуален интерес, имат сили и енергия колкото групата на здравите жени и в най-ниска степен избягват осъществяване на социални взаимоотношения.

3.3.3 Връзка между онкологично специфичните скали за качество на живот и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 3.4 са представени средните стойности на *5-те онкологично специфични скали за качество на живот*, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните жени. С цел да се анализират различията между групите са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (при две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестове на Туки (при три и повече групи).

Представените резултати в Таблица 3.4 показват, че за жените с мастектомия е от по-малко значение външният им вид в сравнение с жените, на които е извършена лъмпектомия или съхраняваща гърдата операция.

Жените, на които е извършена операция за отстраняване на рака на гърдата, в период над 3 години извличат повече психологически ползи от поставената диагноза и отдават по-голямо значение на външния си вид.

Жените в III стадий от развитието на заболяването изпитват най-малко финансови затруднения и в най-ниска степен се интересуват от външния си вид.

Жените, на които не са премахнати лимфни възли по време на операцията, имат повече финансови затруднения, извличат по-малко психологически ползи от поставената им диагноза, преживяват по-голям стрес в своето семейство, отдават по-голямо значение на своя външен вид и се безпокоят от рецидив в по-ниска степен.

Оперираните жени, които имат сродници с поставена онкологична диагноза, имат по-малко финансови проблеми и преживяват по-високи нива на стрес в семейството.

Таблица 3.4 Средни стойности на петте онкологично специфични скали за *качество на живот*: **(1)** финансови проблеми, **(2)** извлечени ползи, **(3)** стрес в семейството, **(4)** външен вид и **(5)** безпокойство за рецидив, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните жени (*N*=42)

димензия	*специфични онкологични скали за качество на живот*				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
операция на гърдата					
цялата е премахната	10.23	19.57	10.97	17.70	17.50
частично е премахната	8.78	18.78	9.67	12.89	10.56
статистическа значимост	-	-	-	*	*
*големина на ефекта, **d***	-	-	-	*0.84,Г*	*1.12,>Г*
време след операцията					
преди 1-2 години	10.48	21.64[b]	10.88	18.48[b]	14.92
преди 2-3 години	11.00	22.40[b]	13.60	18.20[b]	17.20
преди >3 години	8.41	15.41[a]	9.16	11.50[a]	15.41
статистическа значимост	-	*	-	*	-
*големина на ефекта, **η***	-	*0.49,>Г*	-	*0.64,>Г*	-
стадии на болестта					
I стадий	7.67[a]	20.50	9.17	10.83[a]	14.00
II стадий	8.50[a]	18.92	12.17	15.58[ab]	14.79
III стадий	16.33[b]	21.00	9.11	20.33[b]	16.44
статистическа значимост	*	-	-	*	-
*големина на ефекта, **η***	*0.98,>Г*	-	-	*0.59,>Г*	-
премахнати лимфни възли					
да, премахнати	10.36	20.44	11.00	17.18	14.97
няма премахнати	4.67	13.67	7.00	7.00	20.00
статистическа значимост	*	*	*	*	*
*големина на ефекта, **d***	*1.25,>Г*	*1.07,>Г*	*0.81,Г*	*1.93,>Г*	*0.74,Т*
брой на лимфните възлите					
под 12 възела	10.42	21.83	10.83	18.42	13.92
над 12 възела	11.33	20.50	11.50	15.50	14.50
статистическа значимост	-	-	-	-	-
*големина на ефекта, **d***	-	-	-	-	-
метастази в лимфните възлите					
под 12 възела	10.44	21.48	10.70	17.63	14.74
над 12 възела	10.78	17.00	13.44	18.11	18.33
статистическа значимост	-	-	-	-	-
*големина на ефекта, **d***	-	-	-	-	-
онкологично болни сродници					
да, има	11.72	20.28	9.50	17.17	16.06
не, няма	8.62	19.71	11.62	15.92	14.79
статистическа значимост	*	-	*	-	-
*големина на ефекта, **d***	*0.68,Г*	-	*0.43,М*	-	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена медицинска характеристика, на реда СЗ (статистическа значимост) под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

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

Таблица 3.5 Средни стойности на осемте общи скали за *качество на живот*: **(1)** негативни чувства, **(2)** позитивни чувства, **(3)** когнитивни проблеми, **(4)** изпитвана болка, **(5)** сексуален интерес, **(6)** енергия/умора, **(7)** сексуални функции и **(8)** избягване на социални контакти, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=42) и здравите жени (*N*=54)

димензия	*общи скали за качество на живот*							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
химиотерапия								
здрави жени	12.70[a]	20.96[b]	11.33	10.11	4.00[a]	13.37	4.67	9.22[a]
правят химиотерапия	11.82[a]	20.94[b]	11.18	10.30	6.64[b]	11.88	4.85	8.97[a]
не правят химиотералия	17.67[b]	14.11[a]	13.11	12.11	9.00[c]	12.00	6.11	16.33[b]
статистическа значимост	*	*	-	-	*	-	-	*
*големина на ефекта, **η**=*	*0.36,Т*	*0.47,>Г*	-	-	*0.57,>Г*	-	-	*0.48,>Г*
лъчетерапия								
здрави жени	12.70[a]	20.96[b]	11.33	10.11	4.00[a]	13.37	4.67	9.22[a]
правят лъчетерапия	11.50[a]	20.93[b]	10.87	10.53	6.53[b]	12.00	4.93	9.43[a]
не правят лъчетерапия	17.00[b]	15.83[a]	13.42	11.08	8.67[b]	11.67	5.58	13.33[b]
статистическа значимост	*	*	-	-	*	-	-	*
*големина на ефекта, **η**=*	*0.38,Г*	*0.38,Г*	-	-	*0.57,>Г*	-	-	*0.29,Т*
хормонотерапия								
здрави жени	12.70	20.96	11.33	10.11	4.00[a]	13.37	4.67	9.22[a]
правят хормонотерапия	12.61	20.61	10.33	9.33	6.89[b]	12.89	5.00	7.61[a]
не правят хормонотерапия	13.42	18.62	12.54	11.71	7.33[b]	11.17	5.21	12.75[b]
статистическа значимост	-	-	-	-	*	-	-	*
*големина на ефекта, **η**=*	-	-	-	-	*0.52,>Г*	-	-	*0.40,Г*

Забележки: : По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групите от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

В Таблица 3.5 са представени средните стойности на *8-те общи скали за качество на живот*, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) правят или (б) не правят съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 3.5 показват, че диагностицираните жени, които не се лекуват чрез химиотерапия и лъчетерапия, изпитват по-малко негативни и повече позитивни чувства. Те имат най-слабо изразен интерес към секса и в най-ниска степен избягват осъществяването на социални контакти.

Оперираните жени, които не използват хормонална терапия в своето лечение, най-малко избягват осъществяването на социални контакти.

3.3.5 ВРЪЗКА МЕЖДУ ОНКОЛОГИЧНО СПЕЦИФИЧНИТЕ СКАЛИ ЗА КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ И КЛАСИЧЕСКИТЕ ТЕРАПИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ

Таблица 3.6 Средни стойности на петте специфични онкологични скали *за качество на живот*: **(1)** финансови проблеми, **(2)** извлечени ползи, **(3)** стрес в семейството, **(4)** външен вид и **(5)** безпокойство за рецидив, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=42)

димензия	*специфични онкологични скали за качество на живот*				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
химиотерапия					
правят химиотерапия	10.27	22.00	10.36	16.70	13.42
не правят химиотералия	8.78	12.44	12.00	15.56	22.33
статистическа значимост	-	*	-	-	*
големина на ефекта ***d***	-	*1.81,>Г*	-	-	*1.52,>Г*
лъчетерапия					
правят лъчетерапия	10.23	21.47	10.27	16.90	13.97
не правят лъчетерапия	9.25	16.17	11.83	15.33	18.75
статистическа значимост	-	*	-	-	*
големина на ефекта ***d***	-	*0.86,Г*	-	-	*0.73,Т*
хормонотерапия					
правят хормонотерапия	9.28	21.11	12.72	14.89	14.56
не правят хормонотерапия	10.46	19.08	9.21	17.62	15.92
статистическа значимост	-	-	*	-	-
големина на ефекта ***d***	-	-	*0.74,Т*	-	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между двете групи от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под

съответната колона от две числа е поставена звездичка; данните са обработени с t-тест за независими извадки (independent-samples t-test); 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

В Таблица 3.6 са представени средните стойности на 5-*те онкологично специфични скàли за качество на живот*, разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) правят или (б) не правят съответната терапия). С цел да се анализират различията между двете групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализа с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 3.6 показват, че жените, които не преминават през химиотерапия и лъчетерапия като част от своето лечение, извличат повече психологически ползи и по-малко се безпокоят за възможен рецидив на заболяването. Жените, които прилагат тези две терапии като част от своя лечебен план, извличат по-малко психологически ползи от поставената диагноза и изпитват по-голямо безпокойство и страх от рецидив на заболяването.

Жените, които са на хормонална терапия, изпитват по-ниски нива на стрес в семейството.

3.3.6 Връзка между общите скàли за качество на живот и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 3.7 са представени средните стойности на *8-те общи скàли за качество на живот*, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват и (в) знаят и използват съответната терапия) и здравите жени. С цел да се анализират различията между четирите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализи с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 3.7 показват, че диагностицираните жени, които нямат информация за алтернативните терапии като цяло за лечение на заболяването, изпитват повече негативни и по-малко позитивни чувства, имат повече когнитивни проблеми, по-често преживяват болка и по-често избягват осъществяване на социални контакти. Оперираните жени, които разполагат с информация, но не използват в своето ежедневие алтернативни терапии за лечение, изпитват по-слаб сексуален интерес, имат по-малко сили и енергия и отдават по-малко значение на сексуалните си функции.

Жените с рак на млечната жлеза, които използват билки в своето лечение, изпитват по-малко позитивни чувства и имат повече сили и енергия. Жените, които нямат информация за възможностите, които предлага билколечението, изпитват повече позитивни чувства, имат по-често когнитивни проблеми, по-слабо изразен сексуален интерес, по-малко сили и енергия и по-често избягват да осъществяват социални контакти.

Диагностицираните жени, които не разполагат с информация за нисковъглехидратната антиракова диета, имат повече когнитивни проблеми, изпитват по-често болка, имат по-голям сексуален интерес, имат повече енергия и по-често избягват осъществяването на социални контакти.

Оперираните жени, които използват хранителни добавки в своето лечение ежедневно, имат по-малко когнитивни проблеми и по-слабо изразен сексуален интерес в сравнение с групата на здравите жени.

Таблица 3.7 Средни стойности на осемте общи скали за *качество на живот*: **(1)** негативни чувства, **(2)** позитивни чувства, **(3)** когнитивни проблеми, **(4)** изпитвана болка, **(5)** сексуален интерес, **(6)** енергия/умора, **(7)** сексуални функции и **(8)** избягване на социални контакти, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=42) и здравите жени (*N*=54)

димензия	*общи скали за качество на живот*							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
алтернативни терапии								
здрави жени	12.70^{ab}	20.96^{ab}	11.33^{b}	10.11^{ab}	4.00^{a}	13.37^{ab}	4.67^{ab}	9.22^{ab}
не знае	8.67^{a}	21.67^{b}	5.83^{a}	7.50^{a}	4.67^{a}	9.33^{a}	3.17^{a}	6.67^{a}
знае, но не използва	14.33^{b}	16.94^{a}	13.39^{b}	13.39^{b}	8.56^{b}	14.89^{b}	6.78^{b}	12.67^{b}
използва	13.28^{ab}	21.28^{ab}	11.72^{b}	9.06^{ab}	6.56^{ab}	9.78^{a}	4.11^{a}	9.72^{ab}
статист. значимост	*	*	*	*	*	*	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.28,Т*	*0.37,Г*	*0.36,Т*	*0.37,Г*	*0.62,>Г*	*0.47,>Г*	*0.34,Т*	*0.35,Т*
билколечение								
здрави жени	12.70	20.96^{b}	11.33^{b}	10.11	4.00^{a}	13.37^{b}	4.67	9.22^{ab}
не знае	12.83	16.67^{a}	5.17^{a}	11.00	7.67^{b}	14.17^{b}	6.17	6.83^{a}
знае, но не използва	13.33	18.83^{ab}	14.17^{b}	12.17	7.06^{ab}	12.89^{ab}	5.50	12.67^{b}
използва	12.89	21.06^{b}	11.17^{b}	9.11	7.06^{ab}	10.17^{a}	4.39	9.67^{ab}
статист. значимост	-	*	*	-	*	*	-	*
големина на ефекта ***η***=	-	*0.28,Т*	*0.45,>Г*	-	*0.53,>Г*	*0.30,Т*	-	*0.33,Т*
хранителна диета								
здрави жени	12.70	20.96	11.33^{b}	10.11^{ab}	4.00^{a}	13.37^{ab}	4.67	9.22^{ab}
не знае	9.00	19.33	5.00^{a}	8.00^{a}	3.67^{a}	9.33^{a}	2.33	4.67^{a}
знае, но не използва	11.44	19.11	11.89^{b}	14.00^{b}	8.78^{b}	15.11^{b}	6.00	9.11 ^{ab}
използва	13.97	19.60	12.17^{b}	9.97^{ab}	7.00^{ab}	11.20^{ab}	5.13	11.57^{b}
статист. значимост	-	-	*	*	*	*	-	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.26,Т*	*0.27,Т*	*0.60,>Г*	*0.33,Т*	-	*0.33,Т*
хранителни добавки								
здрави жени	12.70	20.96	11.33^{a}	10.11	4.00^{a}	13.37	4.67	9.22
не знае	13.92	18.00	10.08^{a}	11.83	8.17^{b}	13.17	6.08^{b}	10.83
знае, но не използва	12.17	19.61	9.72^{a}	9.06	6.39^{ab}	11.28	5.50^{ab}	10.61
използва	13.58	20.75	15.92^{b}	12.00	7.25^{b}	11.58	3.58^{a}	10.17
статист. значимост	-	-	*	-	*	-	-	-
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.41,Г*	-	*0.55,>Г*	-	-	-
физически упражнения								
здрави жени	12.70	20.96	11.33^{b}	10.11^{ab}	4.00^{a}	13.37^{ab}	4.67	9.22^{ab}
не знае	9.00	19.33	5.00^{a}	8.00^{a}	3.67^{a}	9.33^{a}	2.33	4.67^{a}
знае, но не използва	14.67	17.73	13.00^{b}	13.20^{b}	8.07^{b}	14.67^{b}	5.27	9.40^{ab}
използва	12.58	20.58	11.54^{b}	9.46^{a}	7.00^{ab}	10.50^{ab}	5.38	12.00^{b}
статист. значимост	-	-	*	*	*	*	-	*
големина на ефекта ***η***=	-	-	*0.28,Т*	*0.29,Т*	*0.58,>Г*	*0.38,Г*	-	*0.33,Т*
масаж лимфен дренаж								
здрави жени	12.70	20.96	11.33	10.11	4.00^{a}	13.37	4.67	9.22
не знае	13.00	19.33	11.67	11.11	7.00^{b}	11.22	4.78	11.44
знае, но не използва	11.67	20.17	12.83	11.44	6.89^{b}	12.17	4.83	10.22
използва	14.80	18.73	10.07	9.53	7.53^{b}	12.00	5.67	10.40
статист. значимост	-	-	-	-	*	-	-	-
големина на ефекта ***η***=	-	-	-	-	*0.52,>Г*	-	-	-

Забележки: : По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите групи от изследвани жени върху разглежданата скàла за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от четири числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

Жените с рак на млечната жлеза, които нямат информация за благоприятното влияние на физическата активност върху лечебния процес, имат повече когнитивни проблеми, изпитват по-често болка, имат по-силно изразен сексуален интерес, по-енергични са, но и по-често избягват да осъществяват социални контакти.

3.3.7 ВРЪЗКА МЕЖДУ ОНКОЛОГИЧНО СПЕЦИФИЧНИТЕ СКÀЛИ ЗА КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ И АЛТЕРНАТИВНИТЕ ТЕРАПИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ

В Таблица 3.8 са представени средните стойности на *5-те онкологично специфични скàли за качество на живот*, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват и (в) знаят и използват съответната терапия). С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализи с постхок тестове на Туки.

Представените резултати в Таблица 3.8 показват, че диагностицираните жени, които не знаят за предлаганите възможности на алтернативните терапии за лечение, отдават по-голямо значение на външния си вид.

Жените, които използват билкова терапия в своя лечебен план, имат по-малко финансови проблеми и изпитват по-ниски нива на стрес в семейството. Тези, които използват билки в ежедневието си, и тези, които не ги прилагат в лечебния процес, преживяват в еднаква степен страх от рецидив на поставената диагноза.

Жените, които не знаят за съществуването на нисковъглехидратната антиракова диета, имат повече финансови затруднения, отдават по-голямо значение на външния си вид и изпитват по-малко безпокойство от рецидив на заболяването.

Жените, които не използват хранителни добавки в ежедневното си лечение, имат повече финансови проблеми. Тези, които ги прилагат, извличат по-малко психологически ползи от поставената диагноза и отдават по-малко значение на външния си вид.

Жените, които не знаят, че физическата активност оказва благоприятно влияние на възстановителния процес, след извършената операция преминават през по-големи финансови затруднения и отдават по-голямо значение на външния си вид.

Жените, които не разполагат с информация за масажа тип лимфен дренаж, отдават по-голямо значение на външния си вид.

Таблица 3.8 Средни стойности на петте онкологично специфични скали за *качество на живот*: **(1)** финансови проблеми, **(2)** извлечени ползи, **(3)** стрес в семейството, **(4)** външен вид и **(5)** безпокойство за рецидив, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=42)

димензия	*специфични онкологични скали за качество на живот*				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
алтернативни терапии					
не знае	8.50	15.33	9.00	6.00[a]	15.50
знае, но не използва	9.44	20.56	10.28	17.61[b]	14.61
използва	10.94	20.89	11.72	18.78[b]	16.00
статистическа значимост	-	-	-	*	-
големина на ефекта ***η***=	-	-	-	*1.09,>Г*	-
билколечение					
не знае	9.33[ab]	16.33	12.00[b]	13.50	21.00[b]
знае, но не използва	8.28[a]	21.39	8.61[a]	18.11	14.11[a]
използва	11.83[b]	19.72	12.39[b]	15.78	14.67[a]
статистическа значимост	*	-	*	-	*
големина на ефекта ***η***=	*0.38,Г*	-	*0.39,Г*	-	*0.36,Т*
хранителна диета					
не знае	4.67[a]	13.67	7.00	7.00[a]	20.00[b]
знае, но не използва	12.33[b]	20.67	10.11	21.00[b]	9.00[a]
използва	9.77[ab]	20.37	11.27	16.03[b]	16.77[ab]
статистическа значимост	*	-	-	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.41,Г*	-	-	*0.69,>Г*	*0.58,>Г*
хранителни добавки					
не знае	10.17[ab]	17.17[a]	10.92	11.75[a]	18.25
знае, но не използва	8.06[a]	19.22[ab]	10.94	18.61[b]	13.44
използва	12.58[b]	23.83[b]	10.17	17.92[b]	15.25
статистическа значимост	*	*	-	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.43,Г*	*0.42,Г*	-	*0.60,>Г*	-
физически упражнения					
не знае	4.67[a]	13.67	7.00	7.00[a]	20.00
знае, но не използва	13.33[b]	20.47	9.73	18.93[b]	13.60
използва	8.50[ab]	20.42	11.79	16.08[b]	15.83
статистическа значимост	*	-	-	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.69,>Г*	-	-	*0.58,>Г*	-
масаж лимфен дренаж					
не знае	8.89	16.56	8.89	9.00[a]	17.00
знае, но не използва	10.33	21.22	9.94	17.72[b]	12.94
използва	10.13	20.47	12.73	19.40[b]	17.20
статистическа значимост	-	-	-	*	-
големина на ефекта ***η***=				*0.93,>Г*	

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-ниско качество на живот; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследвани жени върху разглежданата скала за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

3.4 Дискусия

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 скàлата за *Качество на живот 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 скàли 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 скàли са насочени към поставената диагноза. Те са предназначени да оценят как проведеното лечение се отразява на качеството на живот на хора, преживели рак. Приложените скàли 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 скàли, 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 намаленият сексуален интерес и изпитваното ниво на енергия или умора. Логично по-добро качество на живот по общите скàли имат здравите жени в сравнение с диагностицираните, а при онкологично специфичните скàли жените с частично съхранена гърда в сравнение с пациентки, на които е премахната изцяло гърдата. С увеличаване на изминалото време след оперативната интервенция качеството им на живот се подобрява. Наблюдаваните тенденции *потвърждават и трите издигнати научни хипотези*.

В зависимост от множество индивидуални фактори при поставянето на диагнозата 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 стадий, 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 възрастовият диапазон на изследваните лица, като се включат и на по-малка възраст. Интерес представлява и извършването на сравнителен 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-балансирани, 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.

4 Изследване на психичното благополучие на жени с рак на млечната жлеза

4.1 Въведение 229
4.2 Метод и процедура на изследване 238
4.3 Резултати 242
4.4 Дискусия 254

4.1 Въведение

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), 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.

В повечето случаи всеки човек, който е изправен пред внезапна заплаха за живота си или промяна в средата започва да търси причините за нея и има желание да ги разбере (Pyszczynski & Greenberg, 1981). Така той се опитва да прогнозира и контролира заплахата и по този начин се адаптира по-лесно към нея. В литературата са представени резултати от проведени множество изследвания за причините, с които онкологичните пациенти обясняват произхода на своето заболяване (Good & Good, 1980). В тях са установени, например, високи нива на самообвинение (Bard & Dyk, 1956) или те посочват Божията воля (Meyerowitz, 1980). Става ясно, че онкологичните пациенти, които отдават заболяването си на подлежащи на **контрол** фактори от средата (Wortman, 1976), се справят по-лесно с него в сравнение, когато те не подлежат на контрол. Например при жертви на катастрофи, които страдат от квадриплегия и параплегия (Bulman & Wortman,

1977), самообвиненията са правопропорционални на преодоляването на проблема. Според автора те са свързани с поемането на лична отговорност за катастрофата и по този начин с възстановяване на усещането за контрол над собствения живот. Освен това, обвинения от друг човек за случилото се, което в по-ниска степен подлежи на контрол от личността, се свързват с влошено психично благополучие.

Според други изследователи самообвиненията за негативни жизнени 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 (Bard & Dyk, 1956).

На самооценката се отрежда подобаващо значимо място още през 1890 г. в първия учебник по психология, когато Уилям Джеймс пише, че стремежът на личността да се чувства добре в собствената си кожа е основен аспект от човешката природа. Интересът към нея продължава повече от век, през който психолозите на развитието са изучавали предпоставките и ролята ѝ в човешкото развитие, социалните психолози насочват вниманието си към поведението, което я поддържа, психолозите на личността изследват индивидуалните различия в нея, а теоретиците от различни научни направления обсъждат значението ѝ за психологическото приспособяване.

Въпреки че самооценката има над 100-годишна история и има стотици публикувани изследвания за нея, изясняването на основните въпроси предстои: защо е важна? Какво е значението ѝ? Наистина ли хората се нуждаят от нея? Защо зависи в голяма степен от това как хората вярват, че са оценени от другите? Ниската самооценка свързана ли е с психологически затруднения и ако да, защо? Полаганите усилия да се засили самооценката намаляват ли личностните и социални проблеми?

Според множество автори хората се стремят да съхранят своята самооценка, защото притежават вродена потребност да се чувстват добре в собствената си кожа. Според хуманистичните психолози високата самооценка отразява съответствие между реалния и идеалния аз и чрез нея човек става самостоятелен в своето поведение. Според някои автори хората се стремят към висока самооценка, защото тя им помага при постигане на определени цели. Тя е субективна обратна връзка за адекватността на личността (Bedner, Wells & Peterson, 1989) в социалния свят. Тя засяга постигането на жизнени цели, позитивна е, когато човек преодолява успешно житейски трудности и негативна, когато ги избягва. Високата самооценка помага при справяне със стреса, а ниската води до предпочитане на стратегии като избягване.

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, така 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 действия. При *ретроспективния* контрол пациентът пост фактум 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.

Човешкото съществуване се характеризира както със способността за *откъсване от собствената личност*, така и със стремежа към по-висок социален статус, власт и удоволствие, които са производни на основния копнеж на човека да осмисли своя живот чрез тях (Frankl, 1966а; 1966б; 1977). Откриването на смисъл в живота се проявява по различен начин: чрез креативност и творчество, чрез извличане на вдъхновяващ опит и приемане на ситуации, които не подлежат на промяна. **Оптимистите** поради благоприятните очаквания в бъдещето могат да се издигнат над трудните житейски ситуации и да трансформират страданието в човешко постижение или да се обновят чрез усещане за благополучие (Reed, 1991). В теорията своеобразното откъсване от собствената личност е определено като разширяване на понятийните ѝ граници чрез дейности, насочени към вътрешния ѝ свят, чрез загриженост за благополучието на другите и чрез свързване на времевото възприемане на минало и бъдеще, за да се засили пребиваването в настоящето. Откъсването от собствената личност засилва емоционалното благополучие особено при хора, близо до края на своя живот, при заболяване, когато остаряват или израстват личностно. При тези условия те започват да обръщат по-голямо внимание на личните взаимоотношения, приемат своите намалени физически качества и влошено здравословно състояние, споделят натрупаната житейска мъдрост с по-младите хора от различни поколения. Проведени изследвания със здрави хора на възраст (Coward, 1996), с хора в напреднала възраст (Reed, 1991), със СПИН (Coward & Lewis, 1993; Coward, 1995) и жени с напреднал рак на млечната жлеза, установяват силна връзка между откъсването от собствената личност и емоционалното благополучие. Емоционалният дистрес е свързан с отдалечаване от лечението, ниска удовлетвореност от получаваните грижи и ниско качество на живот (Jacobsen et al., 2005; Tomich & Helgeson, 2002). В литературата повечето изследвания са посветени на емоционалното влияние на рака, а по-малко от тях анализират връзката между личностните характеристики като оптимистична нагласа, избор на стратегия за справяне със стреса, получавана социална подкрепа и емоционално благополучие.

Хората прибягват до социални и когнитивни филтри, за да интерпретират своя житейски опит до известна степен по възможно най-благоприятен за бъдещето им (Taylor et al., 1988). В литературата се разглеждат оптимизмът и песимизмът като два края на един и същи континуум (Carver et al., 2003). Оптимизмът представлява обща тенденция да се вярва, че ще се случат повече добри, а не лоши събития в бъдеще в жизнения път на личността (Carver & Scheier, 1981; Scheier & Carver, 1992). Сред различните форми, под които той съществува, са: *оптимистичните нагласи* представляват вярванията на личността, че ще ѝ се случат и преживее повече позитивни случки и по-малко негативни в сравнение с другите хора (Weinstein, 1984; 1987). *Диспозиционният оптимизъм* представлява стабилно убеждение да се очаква възможно най-добрият изход (Carver & Scheier, 1981) и *нереалистичният оптимизъм* е налице, когато личните предположения надхвърлят информацията от обективните индикатори (Newby-Clark, Ross, Buehler,

Koehler & Griffin, 2000). Оптимистичната нагласа поддържа доброто настроение и предпазва пациентите от негативното влияние на рака и неговото лечение.

Въпреки очевидното влияние на оптимизма върху благополучието по време на болест, комплексното влияние на опосредстващи фактори върху емоционалното здраве не е добре изследвано. Връзката между оптимизъм, получавана социална подкрепа и справяне със стреса чрез разрешаване на проблема са потенциални медиатори, които оказват влияние върху емоционалното благополучие. **Моделът за поведенческа саморегулация** (Scheier & Carver, 1985) обяснява директната и индиректната връзка между разглежданите понятия.

Саморегулацията е дефинирана в научната литература като процес, вътрешна и/или външна транзакция, която позволява на личността да ръководи нейните дейности, насочени към постигане на цели в конкретно време и при определени обстоятелства (Karoly, 1993). Регулирането предполага промяна в мислите, чувствата, поведението или вниманието чрез обмислено или автоматично прилагане на специфични механизми и умения. Саморегулацията започва, когато рутинни действия или цели са възпрепятствани или забавени като стабилен елемент в ръководното поведение за постигането им. Според авторите хората непрекъснато оценяват вероятността за постигане на определени цели (Scheier & Carver, 1985), които могат да са *конкретни* като закупуване на нова кола или *абстрактни* като здраве, щастие. Според модела общите позитивни очаквания за постигане на целите или вярването, че ще се случат добри неща в бъдеще, оказва влияние върху поведението и настроението.

Проведените изследвания установяват, че позитивните очаквания за постигане на желани цели водят до обвързване в дългосрочен план с дейности, свързани с тяхното реализиране (пак там). Негативните или неблагоприятни очаквания водят до когнитивно или физическо отдръпване от желани цели и дейности за постигането им, като например отричане и др. При приближаване към желани цели хората изпитват емоционално благополучие и позитивно настроение (Scheier & Carver, 1992). Жените с рак на млечната жлеза са по-податливи на дистрес и негативно настроение поради неблагоприятните очаквания към бъдещето, които имат и поради надвисналата заплаха от заболяването над житейските цели, които са си поставили. Като цяло позитивните очаквания или нивото на оптимизъм е важен когнитивен механизъм, чрез който жените структурират поведението си и продължават да преследват поставените житейски цели, въпреки диагнозата си.

Оптимистите се справят със стреса по-успешно в сравнение с песимистите поради оценката на заплахата, която дават и резултативните отговори за справяне (Carver et al., 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Стратегиите за справяне със стреса чрез определяне и решаване на проблема включват търсене на различни решения и обмислен избор от множество алтернативи. Оптимистичните нагласи могат да намалят оценката на заплахата и да поддържат усилията за справяне пред лицето на трудната житейска ситуация (Scheier & Carver, 1985). Оптимистите оценяват стресиращите събития като заплаха, изискваща намеса и имат склонност да предхождат към позитивните резултати. Именно поради тези причини те са по-склонни да избират адаптивни стратегии за активно справяне със стреса в сравнение с песимистите (Florian, Mikulincer & Taubman, 1995). Оптимистите прибягват по-често до стратегии за решаване на проблеми при преодоляване на стреса в сравнение с песимистите при справяне с рак на млечната жлеза, вземане на биопсия от гърдата (Stanton & Snider, 1993) и области като промоция на здравето (Robbins, Spence & Clark, 1991; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht & Iliffe, 2006). Изборът именно на този стил за справяне от оптимистите води до по-голямо емоционално благополучие, свързано с рака (Stanton & Snider, 1993; Schnoll, Harlow, Stolbach & Brandt, 1998; Wagner, Armstrong & Laughlin, 1995). Установено е позитивно влияние на оптимизма върху качеството на живот, опосредствано от справянето с диагнозата 12 месеца след операцията за отстраняване на рака на млечната жлеза.

Оптимистичното мислене засилва възприятието за готовност на членовете на *социалната мрежа* да окаже подкрепа, което намалява оценката на заплахата, засилва усещането за успех (Cohen & McKay, 1984; Wethington & Kessler, 1986) и увеличава социално желаното поведение (Carver et al., 1992; 1994; Harker & Keltner, 2001). Оптимистите поддържат по-дългосрочни приятелства (Geers et al., 1998), по-склонни са да участват в групи за подкрепа на пациенти с рак (Schou et al., 2005), по-силно възприемат оказваната им социална подкрепа, докато се приспособяват към стресиращи житейски събития и по този начин намаляват своите реакции към стресора (Brissette et al., 2002; Dougall et al., 2001). По-оптимистично настроените хора са по-малко склонни да натоварват емоционално другите хора и създават по-благоприятна среда за оказване на подкрепа на другите (Trunzo & Pinto, 2003). При онкологичните пациенти по-ниските нива на оптимизъм са свързани със засилване на усещането, че изразяването на травмиращи мисли, чувства или опасения, свързани с рака, трябва да се потискат в отношенията с партньора или другите членове на семейството като изискване от обществото. Оптимистите са по-склонни да споделят труден опит, свързан с рака при важни социални взаимоотношения, които могат да засилят психологическото им приспособяване (Lepore & Ituarte, 2008). Оптимистичната нагласа е полезна при преодоляване на стреса и при получаване на подкрепа от социалната мрежа. Става ясно, че мъже с рак предпочитат да ги обгрижва един човек, на който имат доверие, обикновено партньорът, а жените с онкологична диагноза използват широка мрежа от приятелства при преодоляването на кризите, свързани с диагнозата.

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).

Социалната подкрепа е многоизмерно понятие, което включва количеството на социалните взаимоотношения (размера на *социалната мрежа*, нейната плътност и численост), качеството на връзките и възприеманата и налична готовност за оказване на подкрепа от тези хора. Добре анализирана е ролята на социалните мрежи като буфери, служещи за намаляване на стреса при поддържане на умственото здраве. По-рано проведени изследвания установяват, че възприеманата социална подкрепа, която оказва влияние върху емоционалното благополучие като намалява оценката на заплахата и увеличава усещането за контрол, е по-тясно свързана с емоционалното благополучие отколкото размера на социалните мрежи и плътността им (Cohen & McKay, 1984; Wethington & Kessler, 1986). Установено е, че разнообразието от източници на социална подкрепа е свързано с благополучието и приспособяването към стреса от рака на гърдата (Lieberman & Goldstein, 2005; Manning-Walsh, 2005; Wengstrom, Haggmark & Forsberg, 2001).

Целта на настоящото изследване е да се направи съпоставителен анализ на: **(а)** *самооценката* (Rosenberg, 1965), **(б)** *степента на изпитвана самота* (Russell, 1996), **(в)** *усещане за контрол* (Pearlin & Schooler, 1978; Pearlin, 1981) и **(г)** *оптимизма и песимизма като ориентация в живота* (Scheier, Carver & Bridges, 1994) на **(1)** жени с рак на млечната жлеза с **(2)** клинично здрави жени по: (а) медицински характеристики, (б) провеждане или не на класически (химиотерапия, лъчетерапия и хормонална) терапия и (в) алтернативни терапии.

Формулирани са следните **научни хипотези** *за различие*: диагностицираните жени с рак на гърдата ще имат **(1)** по-ниска самооценка, ще се чувстват **(2)** самотни в по-висока

степен, ще контролират своя живот в по-ниска степен **(3)** и ще са оптимисти в по-ниска степен **(4)** в сравнение с клинично здравите изследвани жени.

Въпреки че краят на живота е неизбежен за всеки човек, хората имат различни нагласи към него (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004). За някои смъртта представлява ужасна заплаха и неразгадана мистерия, а за други тя е естествен преход или своеобразно „връщане у дома", което дори е възможно да бъде осмислено. Различията във възприемането на смъртта влияят върху даването на отговор на основни екзистенциални въпроси като какъв е смисълът на живота и има ли живот след смъртта.

В средата на 80-те години на XX век Том Пжински (Tom Pyszczynski), Джеф Гриинберг (Jeff Greenberg) и Шелдън Соломон (Sheldon Solomon) заедно създават и определят основните принципи на **Теорията за управление на ужаса** (Terror management theory) (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986). Тя е най-новата и многоаспектна теория, която дава обяснение на страха от смъртта, блокиращ психологическото и социалното функциониране на личността. Тримата изследователи са вдъхновени от творчеството на екзистенциалния психолог и културен антрополог Ернст Бекер (Becker, 1973). През 70-те години на XX век той анализира възприемането на смъртта и парализиращия ужас, с който тя се свързва, като синтезира творбите на С. Киркегор, О. Ранк, Г. Зилбург, Н. Браун и др. Според него мисленето и предчувствието на смъртта е резултат от еволюционното филогенетично развитие на когнитивните процеси при хората. Страхът от смъртта се корени в инстинкта за самосъхранение, който притежават както човекът, така и другите видове. Въпреки това единствено човекът осъзнава нейната неизбежност и това, че със сигурност е заплашен. Комбинацията от инстинкт за самосъхранение и осъзнаване на неизбежността на смъртта предизвиква неописуем ужас.

Според разглежданата теория обаче именно страхът от края е в основата на осъзнаването на значението на собствения живот. Изпитването на парализиращ ужас по правило разстройва функционирането на Аз-а, а способността да контролира ситуацията му дава сили, увеличава възможностите му да реализира своите цели, подготвя го да участва в най-голяма степен в социалния живот на общността му, чувството на принадлежност, стимулира го да „подреди" взаимоотношенията си със значимите други и по този начин да се подготви и да приеме края.

Не всеки пациент в терминален стадий с онкологична диагноза обаче изпитва ужас пред лицето на смъртта. Теорията за управление на ужаса помага в откриване на причините за индивидуалните различия в това отношение и предлага начини как той да се контролира. От една страна, е възможно пациентът да се адаптира към ситуацията с помощта на когнитивната оценка, която й прави, с високата степен на самоосъзнаване и със способността си да предчувства бъдещи събития и да разсъждава над тях. От друга страна, осъзнаването на собствената смъртност води до преживяване на парализиращ страх. В тази толкова трудна ситуация в пациентите се включват различни психологически механизми т. нар. *буфери*, които им помагат да функционират в нея. Един от тях, който има голямо значение, е **културата** с нейната изграждаща и предпазваща функция. Според Теорията за управление на ужаса тя е източник на безопасност, на ред, постоянство и стабилност, осигуряват смисъл и идентичност – „да бъдеш някой", задава утвърдени образци, сценарии и рецепти за поведение пред наближаващата смърт. Те се откриват в гледната точка и идеологиите, които се изповядват, в моралните и религиозните принципи и в обяснението за човешкия живот, което дават хората. Експериментално се установява, че, изправени пред ужаса от края, хората се обръщат към собствената си култура. По този начин тя се оказва среда, в която човек се възприема като значим участник в осмислен свят и затова запазва самообладание и хладнокръвие пред лицето на смъртта.

Културата обещава *буквално* и *символно безсмъртие* за тези, които следват зададените от нея ценности и предписания. Проява на *символно безсмъртие* е създаването на значими произведения на изкуството, които остават след смъртта на автора, достигане на световна известност, вяра в прогреса и развитието на човечеството и възприемане на упражняван контрол. Религиозните нагласи са източник на *буквално безсмъртие*. Те дават духовна сила в разрешаване на мистерията на колелото на смъртта, намаляват страха от нея и предпазват от чувство на екзистенциално отчаяние. Според резултати от проведени изследвания в Полша (Makselon, 1988) те помагат за по-доброто когнитивно функциониране на пациенти с терминална диагноза, за възстановяване на техния баланс, осигуряват им емоционална подкрепа от другите последователи, създават позитивна нагласа към смъртта и им помагат да я приемат. Чрез религиозните обичаи и ритуали заплахата от нея подлежи на контрол, намалява се неопределеността и към предстоящото се гледа с по-голяма омиротвореност.

Според Теорията за управление на ужаса пациентите ще реагират негативно към хората, които нарушават културните норми и ценности (Miller & Anderson, 1979; Schachter, 1951), защото имплицитно по този начин те заплашват валидността на собствените им убеждения и разбирания за реалността. Ако моралните принципи не се следват от всички членове на обществото, означава, че те не са общовалидни или нарушителите им са лоши и заслужават наказание. Проведени изследвания установяват, че пациентите намаляват изпитваната тревожност от мисълта за собствената смърт, като подкрепят хора със сходни културни гледни точки като техните и са против различните.

Става ясно експериментално, че след като на изследваните лица се припомни собствената им смъртност (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1995; Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Rosenblatt, Veeder, Kirkland & Lyon, 1990; Harmon-Jones, Simon, Greenberg, Pyszczynski, Solomon & McGregor, 1997), като отговарят на отворени въпроси за мислите и чувствата, които тя провокира в тях или като изразяват своето ниво на съгласие с твърдения за вярванията им за нея, те оценяват по-позитивно хората, които споделят гледната им точка за света и по-негативно тези, които я отхвърлят. Напомнянето на смъртта води до избор на по-сурови наказания за нарушителите на морала, по-голямо одобрение на хора, които ценят своята страна в сравнение с тези, които я критикуват, по-силни предпочитания към членове на собствената група на принадлежност и физическо дистанциране от чужденци. Случайното преминаване по улица с погребална агенция води до повишаване на възприемането на социалния консенсус и близост между личните и чуждите нагласи. Получените резултати са налице, когато се използва различен стимулен материал и се потвърждават в страни като САЩ, Канада, Германия и Израел.

При анализ на отдаваното значение на смъртта се установява, че изследваните лица осъждат по-строго хората, които нарушават културните норми и принципи, и възприемат по-добре тези, които ги спазват (Florian & Mikulincer, 1997), привличат се по-силно с тези, които експлицитно одобряват различни аспекти от културната гледна точка за света и не одобряват тези, които я критикуват (Greenberg et al., 1990); изразяват повече предпочитания към членове на собствената група, като се наблюдава поведенческо избягване на членове на другите групи и дори протичат процеси на стереотипизиране, увеличава се агресията към хората, които поставят под съмнение културните ценности и вярвания (McGregor, Lieberman, Greenberg, Solomon, Arndt, Simon & Pyszczynski, 1998) и се увеличава социалният консенсус спрямо личните нагласи, особено когато човек е част и принадлежи към малцинствена група (Pyszczynski, Wicklund, Floresku, Gauch, Koch, Solomon & Greenberg, 1996).

Друг механизъм за защита пред лицето на смъртта, който разглежда Теорията за управление на ужаса (Greenberg et al., 1986), е **самооценката**. Тя се изразява в изпитваната степен на доверие и правилност на собствената гледна точка на личността за живота и в убеждението, че той е протекъл и все още тече според ценностите и разбиранията му за

него. Ако жизнените принципи не се следват или се нарушават, те имат по-слабо предпазваща функция и обратното – укрепването на самооценката и увереността в правотата им намалява страха от смъртта. Несъмнено описаният процес е индивидуален при всеки пациент и зависи от жизнения опит, който е натрупал.

Осъзнаването на собствената смъртност се изразява в поляризиране на нагласите към личната и чуждата гледна точка за живота и логично се отразява върху самооценката. Процесът на приемане на ужаса от смъртта изисква както гледната точка за живота, така и самооценката да се потвърдят от културата, от която пациентът произлиза, в която е живял и живее, в която е споделял и споделя същите нагласи като на своите близки. Тревожността от смъртта намалява, когато човек се чувства ценен и има укрепнала самооценка в културен контекст. В този случай културата му дава сигурност, защото той спазват стандартите, зададени от нея.

Избягването на мисли, свързани със собствената смъртност, е свързано с наличие на предразсъдъци (McGregor et al., 2001), поддържане на културни норми (Rosenblatt et al., 1989), поддържане на самооценката (Harmon-Jones et al., 1997), предпазване на икони на културата (Greenberg et al., 1995), с безразсъдното шофиране (Taubman et al., 1999), с национализма (Nelson et al., 1997), с ефекта на фалшивия консенсус (Pyszczynski et al., 1996), със сексуална невроза (Goldenberg et al., 1999) и агресия (McGregor et al., 1998).

Установено е, че самооценката е отрицателно свързана с общата тревожност, тревожността от смъртта и с физическото и психичното благополучие (French, 1968; Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 1991). Когато тя е заплашена, провокира тревожност (Bennett & Holmes, 1975; Gollwitzer, Earle & Stephan, 1982), а когато е укрепена, води до редуцирането ѝ (Mehlman & Snyder, 1985). По правило високата самооценка намалява тревожността от смъртта. Анализ на промяната в самооценката и Аз-образа при онкологични пациенти прави Великова – Цонкова (2010).

Когато експериментално самооценката се повишава, изследваните лица, които са изложени на заплашителни стимули, проявяват по-слаба тревожност, по-ниска степен на физиологична възбуда и по-малко защити, свързани с тревожността (Greenberg et al., 1993; 1992). Това се потвърждава и от изследвания, според които напомнянето на хората за собствената смъртност води до повишаване на самооценката им. При отдаваното значение на смъртта се увеличават аспекти от структурата на личността, свързани със самооценката, и се разграничават аспекти от личността, които представляват заплаха за нея (Goldenberg, McCoy, Pyszczynski, Greenberg & Solomon, 2000). Също така се увеличава тенденцията пациентът да се държи в съответствие със собствените ценности (Taubman Ben-Ari, Florian & Mikulincer, 1999), увеличава се дистресът, когато се държи по начин, който нарушава или заплашва културните норми (Greenberg, Simon, Porteus, Pyszczynski & Solomon,1995) и се увеличава стремежът към личностно отличаване от другите хора (Simon, Greenberg, Arndt, Pyszczynski, Clement & Solomon, 1997). Освен това повишената самооценка намалява достъпът на съзнанието до мисли, свързани със смисъла на живота (Harmon-Jones et al., 1997).

Експерименти показват, че успешно решен тест за интелигентност дава увереност и намалява тревожността на изследваните лица в отговор на видео, което съдържа тежки кадри, свързани със смърт и намалена кожна реакция (мярка за активността на симпатиковата нервна система) в отговор на предчувствие за болезнен електрически шок (Greenberg, Solomon et al., 1992). От други експерименти става ясно, че когато изследваните лица са помолени да изброят причините в подкрепа на нагласите им за американското включване във войната в Персийския залив и убежденията им са подкрепени и споделяни от културата, в която живеят и се социализират, те са по-малко склонни да проявяват кожни реакции и тревожност в отговор на въпроси, свързани със смъртта. Установено е, че изследваните лица с по-висока самооценка в по-ниска степен отричат уязвимостта си при евентуална по-кратка продължителност на живот (Greenberg

et al., 1993). Самооценката на пациенти с терминална диагноза се засилва, когато близките им споделят същите ценности. Ако обаче процесът не се наблюдава, те ще защитават ценностите си с цел да съхранят самооценката си.

В този смисъл социално отхвърлените пациенти имат по-ниско качество на живот, разполагат с по-малко възможности за приемане на смъртта и изпитват по-голям страх от нея. Те по-слабо се идентифицират с нормите и ценностите на обществото, в което живеят, по-често стават свидетели как се пренебрегват и нарушават, как взаимоотношенията се разпадат и осъзнават, че границата между правилно и грешно е много крехка. Затова обикновено не могат да спрат да страдат, да се чувстват нещастни и да преживяват ужаса от смъртта, който сякаш ги поглъща.

Намаляването на страха от смъртта и процесът на адаптация на пациента е подпомогнат от самооценката му, от гледната му точка за живота, утвърдена в културата, от която се чувства част, от вярата, която изпитва и от инстинкта му за самосъхранение и оцеляване (Arndt, Greenberg, Pyszczynski, Solomon & Simon, 1997). Хората, изправени пред ужаса от края, преминават през два вида процеси на адаптация: *директни* и *символни*, които въпреки че са по-отдалечени, са ключови. *Директните процеси* включва осъзнаване на начините за търсене на комфорт и спокойствие, отричане, разсейване от собствената безпомощност, изваждането ѝ извън фокуса на внимание и реакция от типа „не се отнася до мен" и „моментът не е сега". Те се изразяват в хиперактивност, забравяне на представената информация и правене на планове, които пациентът не е в състояние да реализира. *Символните процеси* се откриват в механизми като изпитване на доверие в приетата гледна точка за живота, съхраняване и засилване на самооценката и надграждане и укрепване на близки отношения със значимите други.

Друг механизъм, който също е източник на преживяване на ужас в онкологичните пациенти е *отричането на смъртта*. Той включва 4 стадия (Weisman, 1979): **1)** приемане на терминалната диагноза, **2)** отричане на факта, че животът е краен, **3)** анализ на информация, че заболяването подлежи на лечение, например чрез чудодейно лекарство или по друг начин и **4)** преориентация и преоценка на собствената гледна точка с цел адаптация към него.

Пред страха от смъртта са налице също така *близки* и *далечни умствени защити* (Pyszczynski, Greenberg & Solomon, 1999). Близките са осъзнати, активни и рационални, например, когато на хората се напомня, че са смъртни, а те съзнателно разсейват тези мисли като казват, че са живи и здрави. Далечните защити са несъзнати, символни и са свързани с натрупания жизнен опит от личността. Тъй като защитата на собствената културна гледна точка е несъзнателен процес, тя е далечна защита.

Друг аспект от значението, което се отдава на смъртта, е, че то не се наблюдава в отговор на провокиране на мисли за други трудни събития като планиране и изнасяне на реч пред голяма аудитория в гимназията, преди важен тест или невзет изпит, при притеснения за живота след завършване на средно образование или при преживяване на силна физическа болка като зъбобол, при парализа или социално изключване (Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Simon & Breus, 1994; Greenberg et al., 1995). Изследваните лица реагират на страха от смъртта, като засилват защитата на собствената гледна точка, а не с увеличаване на негативните емоции. Наблюдава се и обратната тенденция – те отговарят на мисли за други трудни събития с увеличаване на негативните емоции, но не и със засилване на защитата на собствената гледна точка (Greenberg et al., 1995). Става ясно, че наличието на мисли за смъртта активизира защитата на собствената гледна точка, което води до тяхното намаляване и по този начин до разтоварване на напрежението (Arndt et al., 1997).

Подобни реакции като при страх от смъртна заплаха провокира преживяване на неяснота в междуличностните взаимоотношения, изпитване на когнитивен дисонанс, раздяла с фигура на привързаността, усещане за самота, липса на смисъл в живота и несправяне с конкретна социална система.

Издигат се следните четири научни хипотези за *различие* между здравите и диагностицираните изследвани лица с рак на млечната жлеза съгласно Теорията за управление на ужаса. Изправени пред лицето на смъртта с поставена терминална диагноза, онкологичните пациенти ще имат: **(1)** по-висока *самооценка*, **(2)** ще се чувстват по-малко *самотни*, **(3)** ще имат усещане, че *контролират* в по-висока степен своя живот и **(4)** ще бъдат по-скоро *оптимисти*, отколкото песимисти за своето бъдеще.

4.2 Метод и процедура на изследване

4.2.1 Изследвани лица

В изследването участват 127 жени от български произход, от които 83 са с рак на млечната жлеза, а 44 са клинично здрави. Диагностицираните жени ($N = 83$) са на средна възраст 39.72 години, а на здравите жени ($N = 44$) на 30.64.

За диагностицираните жени 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.

По отношение на ***класическите терапии*** *за лечение* на заболяването на 54% е предписана химиотерапия, а на 12% не е. От тях 49% са се подложили на нея, а 15% са отказали. На 49% е изписана лъчетерапия, а на 16% не е. От тях 45% са я провели, а 20% не са. На 44% е предписана хормонална терапия, а на 21% не е. От тях 31% са я приели и я прилагат в ежедневния си живот, а 35% са се отказали от нея. От тях 40% нямат сродници с онкологично заболяване, а 25% имат.

По отношение на ***алтернативните методи*** *за лечение* на заболяването 28% ги прилагат ежедневно, 24% са чували за тях, но не ги използват, а 14% никога не са чували. От тях билколечение използват 35%, 19% са чували, но не го използват и 12% никога не са прибягвали до него. На специална антиракова хранителна диета са 44%, 17% са чували за нея, но не я прилагат, а 5% не са запознати с въпроса. Хранителни добавки приемат 21% от изследваните жени, 28% са чували за различни видове, но не приемат, а 16% не са запознати с въпроса.

Ежедневни физически упражнения правят 37%, а 26% са чували, но не спортуват целенасочено. На масаж лимфен дренаж ходят 25%, 24% са чували, но не им се прави, а 16% никога не са чували за него.

4.2.2 Метод

Изследваните жени попълват въпросник, който съдържа четири скали за психическо благополучие. Това позволява да бъде проведен както анализ на всяка от скалите поотделно, така и сравнителен анализ между тях.

I. Скала за измерване на оптимизма и песимизма като ориентация в живота

Измерване. Изследваните жени попълват въпросник за *измерване на оптимизма и песимизма като ориентация в живота Life Orientation Test (LOT–R)* (Scheier, Carver & Bridges, 1994) (Приложение 7). Той се състои от 10 въпроса, от които 4 са дистрактори – въпроси, които не се обработват и анализират, а останалите 6 образуват една скала и две подскали (Ганева, 2010): за *оптимизъм*, която включва три въпроса (например въпрос 1: "В ситуация

на неопределеност обикновено очаквам най-доброто") и за песимизъм, която също включва три въпроса (например въпрос 3: "Ако нещо може да се обърка, то задължително ще се обърка"). Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна скала за съгласие във формат на Ликерт от: 1 – "напълно несъгласен" до 5 – "напълно съгласен" с 3 – "неутрално мнение", т. е. нито съгласен, нито несъгласен.

Изчисляване. Дистракторите не се изчисляват и не се отчитат при обработване на скалата. Подскалите за оптимизъм и за песимизъм се изчислява като сума на съответните три въпроси. Резултатът от скалата представлява сума от 6-те дадени отговори, като въпрос 3, 7 и 9 в този случай се третират като обратно-фразирани и затова се създават нови три ревърсни по стойност променливи (3R, 7R и 9R) и за тях кодовете са съответно: 5 – "напълно несъгласен", …, 1 – "напълно съгласен". Сборът на шестте въпроса (трите директни и трите ревърсни) дава стойността на скалата, която варира между 6 (минимум) и 30 (максимум). Високите стойности (около 30) по скалата са индикатор за високи нива на оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота. Стойностите на двете подскали варират между 3 (минимум) и 15 (максимум), като по-високите стойности са индикатор за по-високи нива съответно за оптимизъм или за песимизъм.

Надеждност и валидност. За проверка на *надеждността* на скалата и нейните две подскали е използван коефициентът алфа α на Кронбах, като за целта се анализират 6-те въпроса за цялата извадка $N = 127$. Надеждността на скалата за *измерване на оптимизма и песимизма като ориентация в живота* (въпроси: 1, 4, 10, 3R, 7R и 9R) е $\alpha = 0.74$, на подскалата за *оптимизъм* (въпроси: 1, 4 и 10) е $\alpha = 0.73$, а на подскалата за *песимизъм* (въпроси: 3, 7 и 9) е $\alpha = 0.72$. Посочените стойности на коефициента α на Кронбах надвишават минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012). Това означава, че вътрешната съгласуваност както на скалата, така и на подскалите е достатъчно висока и въпросите, които ги изграждат, формират една обща група.

Таблица 4.1. Резултати от потвърждаващия факторен анализ на Скалата за оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота (включва 6 въпроса) *Life Orientation Test (LOT–R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994)*. Дадени са факторните тегла, собственото им значение и процентът на обяснена дисперсия (*N*=127)

	Въпрос	*Факторно тегло*	
		1	2
9	Рядко обръщам внимание на добрите неща, които ми се случват	**-0.748**	0.041
3	Ако нещо може да се обърка, то задължително ще се обърка	**-0.742**	-0.223
7	Изобщо не очаквам нещата да станат така, както на мен ми се иска	**-0.706**	-0.353
1	В ситуация на неопределеност обикновено очаквам най-доброто	0.064	**0.827**
4	Винаги съм оптимист по отношение на моето бъдеще	0.453	**0.696**
10	Като цяло очаквам да ми се случат повече добри неща, отколкото лоши	0.133	**0.687**
Собствено значение		2.20	1.25
% на обяснена дисперсия за всеки фактор (общо=57.58%)		36.73	20.85

Забележки: Данните са анализирани чрез факторен анализ по метода на главните компоненти; ротация по метода Варимакс (Varimax) с нормализация на Кайзер (Kaiser); факторните тегла са подредени в низходящ ред за всеки фактор, като по-големите от 0.68 са отбелязани с по-тъмен цвят.

За проверка на *конструктивната валидност* на скàлата за дадената извадка ($N = 127$) е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 6-те въпроса (без дистракторите). Зададени са *два* фактора, колкото е броят на подскàлите в методологията. Данните са анализирани по метода на главните компоненти с ротация по метода Варимакс (Varimax) с нормализация на Кайзер (Kaiser). Получените резултати показват, че тестът на Бартлет за сферичност (Bartlett, 1954) е статистически значим ($p < 0.001$), а мярката за адекватност (*The Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) е 0.62, което надвишава препоръчаната стойност от 0.60 (Kaiser, 1970, 1974). Общата обяснена дисперсия (Таблица 4.1) от двата фактора е 57.6%. Към фактор 1, който обяснява 36.7% от общата дисперсия се отнасят въпроси: 9, 3 и 7 с факторно тегло между -0.70 и -0.74 и се асоциира с подскàлата за *песимизъм*. Към фактор 2, който обяснява 20.9% от общата дисперсия, се отнасят въпроси: 1, 4 и 10 с факторно тегло между 0.68 и 0.82 и се асоциира с подскàлата за *оптимизъм*. Стойностите на собственото значение за двата фактора са съответно 2.20 и 1.25. Те са по-големи от 1.00, което е общоприет критерий, че факторът има смисъл (Kaiser, 1970).

С цел да се провери дали размерът на изследваната извадка е достатъчно голям, за да се анализират двете подскàли: *песимизъм* и *оптимизъм* поотделно, е проведен корелационен анализ, като е изчислен корелационният коефициент на Пирсън между тях. За цялата извадка неговите стойности са $r = -0.30$, за групата на диагностицираните жени е $r = -0.52$, а за групата на здравите жени е $r = 0.21$, като в трите случая той е статистически значим ($p < 0.001$). Корелацията е средна, което означава, че двете подскàли принадлежат и изграждат една обща скàла и могат да се анализират и поотделно.

Получените резултати от коефициента алфа α на Кронбах, от потвърждаващия факторен анализ и от корелационния анализ показват, че приложената методология за *измерване на оптимизма и песимизма като ориентация в живота* (Scheier, Carver & Bridges, 1994) е задоволително надеждна и конструктивно валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

II. Скàла за самооценка

☐ ***Измерване.*** Изследваните жени попълват въпросник за *самооценка* на М. Розенберг *Rosenberg Self-esteem Scale* (Rosenberg, 1965) (Приложение 8). Той се състои от 10 въпроса, които образуват една скàла (Ганева, 2010). Те отговарят чрез 4-степенна скàла за съгласие във формат на Ликерт от: 1 – "напълно несъгласен" до 4 – "напълно съгласен" без "неутрално мнение", т. е. нито съгласен, нито несъгласен.

☐ ***Изчисляване***. Има 5 обратно-фразирани въпроса (въпроси: 3, 5, 8, 9 и 10) и затова се създават нови 5 ревърсни по стойност променливи с кодовете: 4 – "напълно несъгласен", …, 1 – "напълно съгласен". Резултатът от скàлата за *самооценка* представлява сума от всички дадени 10 отговори, като за обратно-фразираните пет въпроси се използват стойностите на ревърсните им променливи. Стойностите на скàлата варират между 10 (минимум) и 40 (максимум). Ниските стойности (под 25) са индикатор за ниска самооценка, а резултати между 25 и 35 означават реална самооценка, като по-високите стойности са индикатор за по-високи нива за самооценка.

☐ ***Надеждност и валидност***. За проверка на *надеждността* на скàлата е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта се анализират 10-те въпроса. Тази стойност е: $\alpha = 0.77$ за цялата извадка, за групата на диагностицираните жени е $\alpha = 0.74$, а за здравите жени е $\alpha = 0.73$. Стойностите надвишават минималната препоръчана стойност

от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012), което показва, че вътрешната съгласуваност на скàлата е достатъчно висока и въпросите, които я изграждат, формират една обща група (скàла).

За проверка на *конструктивната валидност* на скàлата за извадката е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 10-те въпроса. Резултатите показват, че има само един фактор, който включва всичките 10 въпроса.

Получените резултати показват, че приложената методология за измерване на *самооценката* (Rosenberg, 1965) е задоволително надеждна и конструктивно валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

III. Скàла за измерване на степента на изпитвана самота

☐ ***Измерване.*** Изследваните жени попълват въпросник за *степента на изпитвана самота* на Ръсел *UCLA Loneliness Scale, Version 3* (Russell, 1996) (Приложение 9). Той се състои от 10 въпроса, които образуват една скàла (Ганева, 2010). Те отговарят чрез 4-степенна скàла във формат на Ликерт от: 1 – "никога не се чувствам така" до 4 – "често се чувствам така", без "неутрално мнение".

☐ ***Изчисляване***. Резултатът от скàлата за *степента на изпитвана самота* представлява сума от всички дадени отговори. Стойностите на скàлата варират между 10 (минимум) и 40 (максимум). Ниските стойности (между 15 и 20) се възприемат като преживяване на нормални нива на самота. За високо ниво на самота се възприема резултат над 30, като по-високите стойности са индикатор за по-високи нива за самота.

☐ ***Надеждност и валидност***. За проверка на *надеждността* на скàлата е използван коефициентът алфа α на Кронбах. За целта се анализират 10-те въпроса. Надеждността на цялата скàла за *степен на изпитвана самота* за цялата извадка е $\alpha = 0.89$, за групата на диагностицираните жени е $\alpha = 0.91$, а за групата на здравите жени е $\alpha = 0.84$. Тези стойности надвишават минималната препоръчана стойност $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012), което показва, че вътрешната съгласуваност на скàлата е достатъчно висока и 10-те въпроса, които я изграждат формират обща група (скàла).

За проверка на *конструктивната валидност* на скàлата за извадката е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 10-те въпроса. Резултатите показват, че има само един фактор, който включва всички 10 въпроса.

Получените резултати показват, че приложената методология за *степента на изпитвана самота* на Ръсел (Russell, 1996) е задоволително надеждна и конструктивно валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

IV. Скàла за усещане за контрол

☐ ***Измерване.*** Изследваните жени попълват въпросник за *усещане за контрол Sense of Mastery Scale* (Pearlin & Schooler, 1978; Pearlin, 1981) (Приложение 10). Той се състои от 7 въпроса, които образуват една скàла (Ганева, 2010). Те отговарят чрез 4-степенна скàла за съгласие във формат на Ликерт от: 1 – "напълно несъгласен" до 4 – "напълно съгласен" без "неутрално мнение", т. е. нито съгласен, нито несъгласен.

☐ ***Изчисляване***. Резултатът от скàлата за *усещане за контрол* представлява сума от всички дадени отговори. Стойностите на скàлата варират между 7 (минимално усещане за контрол) и 28 (максимално усещане за контрол). Колкото са по-ниски стойностите на скàлата, толкова повече респондентът сам контролира живота си и обратно – колкото са по-високи стойностите на скàлата, толкова респондентът не го контролира, т. е. той

смята, че бъдещето му е предопределено и то не подлежи на промяна. За високо ниво на контрол се възприема резултат над 20.

Надеждност и валидност. За проверка на *надеждността* на скàлата е използван коефициентът алфа α на Кронбах като за целта са били анализирани 7-те въпроса. Надеждността цялата скàлата за *усещане за контрол* за цялата извадка е е $\alpha = 0.76$, за групата на диагностицираните жени е $\alpha = 0.72$, а за групата на здравите жени е $\alpha = 0.80$. Тези стойности надвишават минималната препоръчана стойност $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012), което показва, че вътрешната съгласуваност на скàлата е достатъчно висока и 7-те въпроса, които я изграждат формират обща група (скàла).

За проверка на *конструктивната валидност* на скàлата за извадката е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 7-те въпроса. Резултатите показват, че има само един фактор, който включва всички 7 въпроса.

Получените резултати показват, че приложената методология за *усещане за контрол Sense of Mastery Scale* (Pearlin & Schooler, 1978; Pearlin, 1981) е задоволително надеждна и конструктивно валидна за дадената извадка. Това позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

4.3 Резултати

4.3.1 Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 4.2 са показани дескриптивната статистика и корелацията между четирите скàли за психично благополучие: за *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, за *самооценка*, за *степен на изпитвана самота* и за *усещане за контрол* за двете групи изследвани жени, диагностицирани и здрави.

Таблица 4.2 Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван диапазон и максимално възможен диапазон на четирите скàли за психично благополучие: **(1)** *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, **(2)** *самооценка*, **(3)** *степен на изпитвана самота* и **(4)** *усещане за контрол* за групата на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44)

корелация между	*диагностицирани жени*				*здрави жени*			
	1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
оптимизъм	1				1			
самооценка	0.58***	1			0.62***	1		
самота	-0.33**	-0.61***	1		-0.35**	-0.37**	1	
контрол	-0.50***	-0.61***	0.35**	1	-0.10	-0.36**	0.11	1
средно	22.88	36.61	23.19	17.24	20.89	35.05	19.07	17.57
стандартно отклонение	4.25	3.35	6.65	2.17	3.08	3.81	3.34	3.76
наблюдаван диапазон	15, 30	25, 39	14, 39	14, 21	16, 29	23, 40	13, 27	11, 27
максимален диапазон	6, 30	10, 40	10, 40	7, 28	6, 30	10, 40	10, 40	7, 28

*Забележки: данните са анализирани с корелационния коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient); корелацията е със статистическа значимост: * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001;*

Резултатите показват, че за групата на диагностицираните и на здравите жени за четирите скàли за психично благополучие: **(а)** знакът на корелационните коефициенти, който означава направлението на връзката между две променливи, съвпада, а **(б)** абсолютната стойност на корелационните коефициенти, които означават силата на линейната зависимост, е различна. За групата на диагностицираните жени се наблюдава

тенденцията, че: **(а)** средните стойности за скàлите са с по-големи стойности от тези на здравите жени и че **(б)** мнението им е по-разнородно от това на здравите жени с изключение на скàлата за *усещане за контрол*.

За групата на диагностицираните жени наблюдаваната голяма линейна корелация между четирите скàли е предимно висока, а за групата на здравите корелацията е предимно слаба и средна. Например корелацията за групата на диагностицираните и на здравите жени между *самооценката* и: **(а)** *оптимизма* е $r = 0.58$ ($r = 0.62$), **(б)** *самотата* е $r = -0.61$ ($r = -0.37$) и **(в)** *контрола* е $r = -0.61$ ($r = -0.36$). Това показва, че както за групата на диагностицираните, така и за групата на здравите увеличаването на *самооценката* може да се асоциира с увеличаване (корелацията е отрицателна) на *оптимизма* и с намаляване (корелацията е отрицателна) на *самотата* и на *усещането за контрол*, т. е. че жените *сами* контролират живота си. Разликата между групата на диагностицираните и на здравите се изразява в силата на тази асоциация.

4.3.2 АНАЛИЗ НА СКàЛИТЕ ЗА ПСИХИЧНО БЛАГОПОЛУЧИЕ

Връзка между скàлите за психично благополучие и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 4.3 са представени стойностите на четирите скàли за *психично благополучие*, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните жени и за здравите жени. С цел да се анализират различията между различните групи са проведени няколко *t*-теста за независими извадки (при две групи) и еднофакторен дисперсионен анализ с постхок тестовете на Туки (при три и повече групи).

Представените резултати в Таблица 4.3 показват, че диагностицираните жени с рак на млечната жлеза са по-големи оптимисти и по-малко песимистично настроени в сравнение с изследваните здрави лица. Те имат по-висока самооценка, но се чувстват и по-самотни.

Таблица 4.3 Стойностите на четирите *скàли за психично благополучие*: **(1)** оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, **(2)** самооценка, **(3)** самота и **(4)** усещане за контрол, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44)

Димензия	***1*** цялата *скàла*	подскàла *оптимизъм*	подскàла *песимизъм*	***2***	***3***	***4***
здрави/диагностицирани						
здрави жени	20.89	11.41	8.52	30.05	19.07	17.57
диагностицирани жени	22.88	12.28	7.40	31.61	23.19	17.24
статистическа значимост	*	*	*	*	*	-
големина на ефекта ***d***=	*0.51,T*	*0.39,M*	*-0.43,M*	*0.22,M*	*0.72,T*	-
време след операцията						
здрави жени	20.89[a]	11.40[a]	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
до 12 месеца	22.54[ab]	12.63[b]	8.10[b]	31.29[ab]	22.95[b]	17.27
над 12 месеца	23.21[b]	11.93[ab]	6.71[a]	31.93[b]	23.43[b]	17.21
статическа значимост	*	*	*	*	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.26,T*	*0.23,M*	*0.30,T*	*0.24,T*	*0.35,T*	-

време след операцията						
здрави жени	20.89[a]	11.41[a]	8.52[bc]	30.05[a]	19.07[a]	17.57[ab]
до 0.5 година	22.20[ab]	13.00[b]	8.80[c]	30.80[a]	21.20[ab]	18.20[b]
между 0.5 и 1 година	22.73[ab]	12.42[b]	7.69[abc]	31.58[a]	23.96[ab]	16.73[ab]
между 1 и 2 години	24.75[bc]	12.75[b]	6.00[ab]	31.75[a]	22.75[ab]	17.13[ab]
между 2 и 3 години	25.50[c]	13.00[b]	5.50[a]	35.50[b]	19.00[a]	15.00[a]
над 3 години	19.00[a]	9.75[a]	8.75[c]	30.50[a]	27.00[b]	18.84[b]
статистическа значимост	*	*	*	*	*	*
големина на ефекта η=	*0.52,>Г*	*0.47,>Г*	*0.46,>Г*	*0.36,Т*	*0.48,>Г*	*0.28,Т*
операция на гърдата						
здрави жени	20.89[a]	11.41	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
цялата гърда премахната	22.50[ab]	12.28	7.78[ab]	31.44[b]	22.78[b]	17.33
част от гърдата	23.31[b]	12.19	6.88[a]	31.69[b]	24.77[b]	17.19
статистическа значимост	*	-	*	*	*	-
големина на ефекта η=	*0.25,Т*	-	*0.23,М*	*0.20,М*	*0.39,Г*	-
стадии на болестта						
здрави жени	20.89[a]	11.41	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
I стадий	22.80[ab]	12.40	7.60[ab]	32.60[b]	21.00[ab]	17.20
II стадий	22.64[ab]	12.09	7.45[ab]	31.57[b]	23.36[ab]	17.55
III стадий	24.25[b]	12.75	6.50[a]	30.75[ab]	25.25[b]	15.50
статистическа значимост	*	-	*	*	*	-
големина на ефекта η=	*0.27,Т*	-	*0.24,Т*	*0.25,Т*	*0.39,Г*	-
премахнати лимфни възли						
здрави жени	20.89[a]	11.41[a]	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
под 12 възела	24.94[b]	13.09[b]	6.16[a]	32.78[b]	24.91[b]	16.41
над 12 възела	21.50[b]	12.13[ab]	8.63[b]	30.25[a]	21.38[a]	17.13
статистическа значимост	*	*	*	*	*	-
големина на ефекта η=	*0.57,>Г*	*0.37,Г*	*0.45,>Г*	*0.37,Г*	*0.49,>Г*	-
метастази в лимфните възли						
здрави жени	20.85[a]	11.41	8.52	30.05[a]	19.07[a]	17.57
да, има	23.40[b]	12.88	7.18	31.06[ab]	23.80[b]	17.34
не, няма	21.78[ab]	11.67	7.83	32.00[b]	23.33[b]	17.22
статистическа значимост	*	(*)	(*)	*	*	-
големина на ефекта ета η=	*0.31,Т*	*0.25,Т*	*0.23,М*	*0.21,М*	*0.39,Г*	-
онкологично болни сродници						
здрави жени	20.89[a]	11.41[a]	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
да, има	22.59[ab]	11.97[ab]	7.38[a]	31.94[b]	22.66[b]	17.06
не, няма	23.06[b]	12.47[b]	7.41[ab]	31.41[ab]	23.53[b]	17.35
статистическа значимост	*	*	*	*	*	-
големина на ефекта η=	*0.25,Т*	*0.21,М*	*0.20, М*	*0.22,М*	*0.35,Т*	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-голямо отдавано значение на съответната скала за благополучие; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между групите от изследвани жени върху разглежданата скала или подскала за психично благополучие за дадена медицинска характеристика, на реда "статистическа значимост" под съответната колона е поставена звездичка и при повече от две групи точното 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); когато звездичката е поставена в кръгли скоби, статистически значимият ефект не може да бъде локализиран от постхок теста; 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 (>Г), 0.8-1.0 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.5-0.8 като средна или типична (Т) и 0.2-0.5 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988); за дисперсионния анализ големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

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. Здравите изследвани жени имат най-ниска самооценка, но те се чувстват и най-малко самотни.

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-слабо песимистично ориентирани са пациентките, които са оперирани между 2 и 3 години, а най-големи песимисти са както до 6 месеца от операцията, така и 3 години след нея. Най-висока е самооценката в период между 2 и 3 години след извършване на операцията. В разглеждания период те се чувстват и най-малко самотни, колкото и здравите изследвани лица. Веднага след това, 3 години след оперативната намеса, жените се чувстват самотни в най-висока степен. Като цяло между 2 и 3 години след извършената операция за отстраняване на рака на гърдата жените имат усещане, че най-слабо контролират своя живот. Половин година и 3 година след нея обаче те го контролират в най-голяма степен.

Жените, на които е направена частична резекция и съхраняваща гърдата операция, са по-слабо песимистично насочени в сравнение със здравите изследвани лица. Здравите изследвани лица имат най-ниска самооценка, но се чувстват и самотни в най-ниска степен.

Жените в III стадий от развитието на болестта са най-малко песимистично ориентирани. Най-големи песимисти от всички изследвани групи жени са здравите. Те са и с най-ниска самооценка, но най-слабо самотни. Жените в III стадий от заболяването се чувстват най-самотни.

Отново здравите жени са по-слабо оптимистично ориентирани в сравнение с жените, на които са открити метастази в лимфните възли при операцията и са отстранени под 12 броя. Те са най-слабо песимистично настроени, с най-висока самооценка са, но се чувстват и най-самотни.

Групата на диагностицираните жени, които нямат сродници с онкологична диагноза, са най-оптимистично настроени, а тези, които имат, са най-слабо песимистично ориентирани. Здравите изследвани лица са с най-ниска самооценка, но се чувстват и най-малко самотни.

Връзка между скàлите за психично благополучие и класическите терапии за лечение

В Таблица 4.4 са представени стойностите на четирите скàли за *психично благополучие,* разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) правят или (б) не правят съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между трите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализи с постхок тестове на Туки.

Таблица 4.4. Стойностите на *скали за психично благополучие*: **(1)** оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, **(2)** самооценка, **(3)** самота и **(4)** усещане за контрол, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44)

Димeнсия	цялата *скала*	***1*** подскала *оптимизъм*	подскала *песимизъм*	***2***	***3***	***4***
химиотерапия						
здрави жени	20.89[a]	11.41[a]	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57[ab]
правят химиотерапия	23.90[b]	12.81[b]	6.90[a]	32.05[b]	22.05[a]	16.76[a]
не правят химиотералия	19.65[a]	10.60[a]	8.95[b]	30.25[ab]	26.80[b]	18.75[a]
статистическа значимост	*	*	*	*	*	*
големина на ефекта ***η***=	*0.49,>Г*	*0.42,Г*	*0.35,Т*	*0.28,Т*	*0.47,>Г*	*0.26,Т*
лъчетерапия						
здрави жени	20.89[a]	11.41[a]	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
правят лъчетерапия	23.68[b]	12.74[b]	7.05[a]	32.85[b]	23.84[b]	16.62
не правят лъчетерапия	21.12[a]	11.27[a]	8.15[ab]	30.52[a]	22.61[b]	17.80
статистическа значимост	*	*	*	*	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.36, Т*	*0.32, Т*	*0.26, Т*	*0.36,Т*	*0.37,Т*	-
хормонотерапия						
здрави жени	20.89[a]	11.41	8.52[b]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
правят хормонотерапия	23.54[b]	12.38	6.85[a]	32.85[b]	23.85[b]	16.62
не правят хормонотерапия	22.30[ab]	12.18	7.89[ab]	30.52[a]	22.61[b]	17.80
статистическа значимост	*	-	*	*	*	-
големина на ефекта ***η***=	*0.28, Т*	-	*0.26, Т*	*0.36, Т*	*0.36, Т*	-

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-голямо отдавано значение за съответната скала за благополучие; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между трите групи от изследваните жени върху разглежданата скала или подскала за психично благополучие за дадена класическа терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от три числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 4.4 показват, че най-големи оптимисти и същевременно най-слабо песимистично 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 химиотерапия. Те обаче контролират своя живот в най-ниска степен. Здравите изследвани лица имат най-ниска самооценка. Най-висока самооценка имат жените, които ходят на лъчетерапия.

Жените, които използват хормонална терапия като част от своя лечебен план, са най-слабо песимистично ориентирани. Те имат и най-висока самооценка. Здравите изследвани лица се чувстват самотни в най-ниска степен.

Връзка между скàлите за психично благополучие и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 4.5 са представени стойностите на четирите скàли *за психично благополучие*, разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват или (в) знаят и използват съответната терапия) и за здравите жени. С цел да се анализират различията между четирите групи са проведени еднофакторни дисперсионни анализи с постхок тестове на Туки.

Таблица 4.5. Стойности на четирите *скàли за психично благополучие*: **(1)** оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, **(2)** самооценка, **(3)** самота и **(4)** усещане за контрол, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните (*N*=41) и здравите жени (*N*=54)

Димензия	*1* цялата *скàла*	подскàла *оптимизъм*	подскàла *песимизъм*	*2*	*3*	*4*
алтернативни терапии						
здрави жени	20.89^{a}	11.41^{a}	8.52^{bc}	30.05	19.07^{a}	17.57
не знае	21.17^{a}	12.50^{b}	9.33^{c}	32.17	18.50^{a}	18.17
знае, но не използва	22.40^{ab}	11.50^{a}	7.10^{ab}	31.20	26.20^{b}	16.90
използва	24.17^{b}	12.83^{b}	6.66^{a}	31.69	23.03^{b}	17.06
статистическа значимост	*	*	*	-	*	-
големина на ефекта η=	*0.36,Т*	*0.30,Т*	*0.40,Г*	-	*0.58,>Г*	-
билколечение						
здрави жени	20.89^{a}	11.41^{a}	8.52^{b}	30.05	19.07^{a}	17.57
не знае	21.60^{ab}	12.00^{ab}	8.40^{b}	32.00	18.80^{a}	17.60
знае, но не използва	22.88^{ab}	11.75^{a}	6.88^{a}	31.38	25.38^{b}	17.38
използва	23.32^{b}	12.66^{b}	7.34^{ab}	31.61	23.50^{b}	17.05
статистическа значимост	*	*	*	-	*	-
големина на ефекта η=	*0.28,Т*	*0.24,Т*	*0.26,Т*	-	*0.49,>Г*	-
хранителна диета						
здрави жени	20.89^{ab}	11.41^{ab}	8.52^{ab}	30.05	19.07	17.57
не знае	18.00^{a}	10.00^{a}	10.00^{b}	31.50	19.00	18.50
знае, но не използва	23.71^{b}	12.71^{b}	7.00^{a}	30.14	24.00	17.71
използва	23.09^{b}	12.36^{b}	7.27^{a}	32.18	23.34	16.93
статистическа значимост	*	*	*	(*)	(*)	-
големина на ефекта η=	*0.40,Г*	*0.31,Т*	*0.31,Т*	*0.30,Т*	*0.39,Г*	-
хранителни добавки						
здрави жени	20.89^{ab}	11.41^{a}	8.52^{b}	30.05	19.07^{a}	17.57
не знае	20.57^{a}	11.43^{a}	8.86^{b}	31.43	21.43^{ab}	17.71
знае, но не използва	23.14^{bc}	12.40^{b}	7.26^{ab}	31.26	23.11^{b}	17.83
използва	24.33^{c}	12.78^{b}	6.44^{a}	32.22	24.67^{b}	16.11
статистическа значимост	*	*	*	(*)	*	(*)
големина на ефекта η=	*0.41,Г*	*0.27,Т*	*0.36,Т*	*0.24,Т*	*0.39,Г*	*0.24,Т*
физически упражнения						
здрави жени	20.89^{ab}	11.41^{ab}	8.52^{ab}	30.05	19.07^{ab}	17.57
не знае	17.00^{a}	10.00^{a}	11.00^{b}	33.00	17.00^{a}	18.00
знае, но не използва	22.27^{b}	12.09^{b}	7.82^{a}	30.91	23.91^{ab}	16.82
използва	23.68^{b}	12.55^{b}	6.87^{a}	32.02	23.09^{b}	17.49
статистическа значимост	*	*	*	(*)	*	-
големина на ефекта η=	*0.39,Г*	*0.27,Т*	*0.34,Т*	*0.26,Т*	*0.40,Г*	-

масаж лимфен дренаж						
здрави жени	20.89[ab]	11.41	8.52[bc]	30.05[a]	19.07[a]	17.57
не знае	20.71[a]	12.14	9.43[c]	31.00[ab]	22.57[ab]	18.00
знае, но не използва	23.80[c]	12.10	6.30[a]	30.90[ab]	24.20[b]	17.20
използва	23.44[bc]	12.53	7.09[ab]	32.69[b]	22.66[ab]	16.78
статистическа значимост	*	-	*	*	*	-
големина на ефекта ***η=***	*0.38,Г*	-	*0.46,>Г*	*0.30,Т*	*0.36,Т*	-

<u>Забележки</u>: По-високите стойности на числата отразяват по-голямо отдавано значение за съответната скàла за благополучие; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите групи от изследвани жени върху разглежданата скàла или подскàла за психично благополучие за дадена алтернативна терапия, на реда "статистическа значимост" под съответната колона от четири числа е поставена звездичка и точното 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 еднофакторен дисперсионен анализ и постхок тест на Туки (ANOVAs and Tukey's HSD post hoc tests); където е поставена звездичка в кръгли скоби, статистически значимият ефект не може да бъде открит от постхок теста; големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (Cohen, 1988).

Представените резултати в Таблица 4.5 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.

Най-големи оптимисти са онкологичните пациентки, които използват билкова терапия като част от своя лечебен план. Те са и най-слабо песимистично настроени. Жените с рак на млечната жлеза, които не използват билки, и групата на здравите са еднакво по-слабо оптимистично ориентирани. Оперираните жени, които не използват в своето ежедневие този вид алтернативна терапия, са най-слабо песимистично настроени. Онкологичните пациентки, които не разполагат с информация за билколечението, и здравите изследвани лица са с най-ниска самооценка.

Оперираните дами, които не знаят за съществуването на нисковъглехидратната антиракова диета, са най-слабо оптимистично и най-вече песимистично настроени. Жените, които не я използват, както и тези, които я прилагат като част от лечението си, са най-големи оптимисти и най-слабо песимистично ориентирани.

Здравите жени и диагностицираните, които нямат информация за приложението на хранителните добавки, са както в по-ниска степен оптимистично настроени, така и по-песимистично ориентирани. Най-слабо песимистично настроени са онкологичните пациентки, които ги прилагат като част от своя лечебен план. Здравите изследвани лица се чувстват самотни в най-ниска степен.

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. Най-малко самотни са тези, които нямат информация по темата, а най-самотни са тези, които на практика се натоварват физически.

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 самотни в най-висока степен. Най-ниска самооценка и най-слабо самотни се чувстват здравите жени.

4.3.2 СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ПСИХИЧНО БЛАГОПОЛУЧИЕ

Тъй като максимално допустимият диапазон на изменение на четирите скали за психично благополучие е различен (виж последния ред на Таблица 4.2,), то техните стойности не подлежат на директно сравнение. За да се проведе сравнителен анализ между четирите скали, е необходимо стойностите им да са в един и същи диапазон. За целта те са преизчислени и стандартизирани в диапазона от 0 до 1, т. е. стойностите на всяка от четирите скали е в диапазона от 0.00 (минимум) до 1.00 (максимум). С цел да се установят различията между тях след това е проведен сравнителен анализ между стандартизираните средни стойности на скалите за психично благополучие.

- За скалата за *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота* високите стойности са индикатор за високи нива на оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота.
- За скалата за *самооценка* на Розенберг ниските стойности (под 0.50) са индикатор за ниска самооценка, резултати между 0.50 и 0.85 означават реална самооценка като по-високите стойности са индикатор за по-високи нива за самооценка.
- За скалата за *степен на изпитвана самота* ниските стойности (между 0.2 и 0.3) се възприемат като преживяване на нормални нива на самота. За високо ниво на самота се възприема резултат над 0.67 като по-високите стойности са индикатор за по-високи нива за самота.
- За скалата за *усещане за контрол* колкото са по-ниски стойностите на скалата толкова повече респондентът *сам* контролира живота си и обратно – колкото са по-високи стойностите на скалата, толкова респондентът не го контролира сам, т. е. той смята, че бъдещето му е предопределено и то не може да се промени. За високо ниво на контрол се възприема резултат над 0.70.

С цел да се анализират различията между стойностите на четирите скали са проведени няколко еднофакторни дисперсионни анализа за свързани извадки, при който е използван многомерният тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda). При сравнение по двойки е използван методът на Бонферони (Bonferroni). Резултатите са представени в Таблици 4.6, 4.7 и 4.8.

Връзка между стандартизираните средни стойности на скалите за психично благополучие и медицинските показатели на изследваните лица

В Таблица 4.6 са представени *стандартизираните* (между 0 и 1) средни стойности на четирите скали за *психично благополучие,* разпределени *по медицински характеристики* на изследваните жени.

Представените резултати в Таблица 4.6 показват, че за групата на здравите от най-голямо значение е самооценката им, фактът, че контролират своя живот и това, че се чувстват самотни. Като цяло изследваните диагностицирани жени с рак на млечната жлеза имат усещане, че в най-ниска степен контролират жизнените събития, които им се случват, чувстват се самотни и най-вече държат както на самооценката си, така и на своята песимистична или оптимистична ориентация в живота.

Всички диагностицирани жени, както тези, които са преминали период над 1 година от извършената операция, така и тези, които в момента го преживяват, отдават по-голямо значение на своята ориентация в живота, песимистична и/или оптимистична и на самооценката си и по-слабо значение има усещането за самота и упражняваният контрол над житейските събития, които им се случват.

Таблица 4.6. Стандартизирани средни стойности на скàлите за психично благополучие: *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота, самооценка, степен на изпитвана самота* и *усещане за контрол*, разпределени *по медицински характеристики* на диагностицираните (*N*=83) и здравите жени (*N*=44)

Димензия	оптимизъм	самооценка	самота	контрол	*СЗ*	*ГЕ: η=*
здрави/диагностицирани						
здрави жени	0.62[3]	0.67[3]	0.30[1]	0.50[2]	*	*1.03,>Г*
диагностицирани жени	0.70[2]	0.72[2]	0.44[1]	0.49[1]	*	*0.78, >Г*
време след операцията						
до 12 месеца	0.69[2]	0.71[2]	0.43[1]	0.49[1]	*	*0.82,>Г*
над 12 месеца	0.72[2]	0.73[2]	0.45[1]	0.49[1]	*	*0.76,>Г*
време след операцията						
до 0.5 година	0.68[3]	0.69[3]	0.37[1]	0.53[2]	*	*1.04,>Г*
между 0.5 и 1 година	0.70[2]	0.72[2]	0.47[1]	0.46[1]	*	*0.78,>Г*
между 1 и 2 години	0.78[2]	0.73[2]	0.43[1]	0.48[1]	*	*1.15,>Г*
между 2 и 3 години	0.81[2]	0.85[2]	0.30[1]	0.38[1]	*	*2.19,>Г*
над 3 години	0.54	0.68	0.57	0.55	-	-
операция на гърдата						
цяла гърда	0.69[2]	0.71[2]	0.43[1]	0.49[1]	*	*0.76,>Г*
част от гърдата	0.72[2]	0.72[2]	0.49[1]	0.49[1]	*	*0.76,>Г*
стадии на болестта						
I стадий	0.70[2]	0.75[2]	0.37[1]	0.49[1]	*	*1.03,>Г*
II стадий	0.69[2]	0.72[2]	0.45[1]	0.50[1]	*	*0.69,>Г*
III стадий	0.76[2]	0.69[2]	0.41[1]	0.40[1]	*	*1.34,>Г*
премахнати лимфни възли						
под 12 възела	0.79[2]	0.76[2]	0.50[1]	0.45[1]	*	*1.02,>Г*
над 12 възела	0.65[2]	0.68[2]	0.38[1]	0.48[1]	*	*0.91,>Г*
метастази в лимфните възли						
да, има	0.73[2]	0.70[2]	0.46[1]	0.49[1]	*	*0.85,>Г*
не, няма	0.66[2]	0.73[2]	0.44[1]	0.49[1]	*	*0.65,>Г*
онкологично болни сродници						
да	0.69[2]	0.73[2]	0.42[1]	0.48[1]	*	*0.85,>Г*
не	0.71[2]	0.71[2]	0.45[1]	0.49[1]	*	*0.75,>Г*

Забележки: СЗ – статистическа значимост, ГЕ – големина на ефекта; по-високите стойности на числата отразяват по-голямо отдавано значение на съответната скàла за благополучие; за всичките скàли минималната стойност е 0, а максималната стойност е 1; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите скàли за психично благополучие за дадена група от изследвани жени, в предпоследната колона (СЗ: статистическа значимост) е поставена звездичка и точното място на статистическото различие за съответната скàла е посочено с малко число ([1], [2], [3] или [4]); средните, отбелязани с ([1]), са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с ([2]), и са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с ([3]); средните, отбелязани с ([12]), попадат между средните, отбелязани с ([1]) и ([2]), и няма статистически значимо различие между тях; данните са обработени с еднофакторен дисперсионен анализ за свързани извадки (one-way repeated measures ANOVA), многомерен тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda) и сравнение по двойки по методът на Бонферони (Bonferroni); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента

ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

За оперираните жени в период до 6 месеца е от по-голямо значение оптимизмът и/ или песимизмът като ориентация в живота и самооценката. Те се чувстват по-малко самотни и упражняват по-слаб контрол над събитията в своя живот. Като цяло оперираните жени с рак на млечната жлеза в най-ниска степен контролират своя живот и се чувстват самотни, а от най-голямо значение за тях е ориентацията им в живота.

Жените с мастектомия се чувстват по-ясно ориентирани в своя живот, държат повече на своята самооценка, в по-ниска степен контролират своя живот и се чувстват самотни. Жените с лъмпектомия или съхраняваща гърдата операция се чувстват самотни в най-ниска степен, относително имат повече усещане, че контролират своя живот, и за тях е от значение както самооценката им, така и ориентацията им в живота като песимистична и/ или оптимистична.

Жените в I и II стадий от развитието на болестта се чувстват по-малко самотни и по-слабо контролират случващите им се житейски събития, а повече държат на своята самооценка и на ориентацията в живота, която имат. При жените в III стадий ясно се разграничава значението, което отдават на анализираните 4 променливи за психично благополучие. За тях от най-голямо значение е ориентацията им в живота, следва самооценката, която имат, степента на самота, която преживяват, и най-слабо оказваният контрол над своя живот.

Както жените, на които са премахнати повече от 12 броя лимфни възли при операцията за отстраняване рака на гърдата, така и тези, които имат сродници с поставена онкологична диагноза, по-слабо контролират живота си и се чувстват по-малко самотни. За тях е от по-голямо значение както самооценката, която имат, така и ориентацията им в живота като оптимистична и/ или песимистична.

Връзка между стандартизираните средни стойности на скàлите за психично благополучие и класическите терапии за лечение

В Таблица 4.7 са представени стандартизираните средни стойности на четирите скàли за *психично благополучие,* разпределени по проведени или не *класически терапии* от диагностицираните жени (две групи: (а) правят или (б) не правят съответната терапия).

Таблица 4.7. Стандартизирани средни стойности на скàлите за психично благополучие: *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, *самооценка*, *степен на изпитвана самота* и *усещане за контрол*, разпределени *по класически терапии* на диагностицираните жени (*N*=83)

Димензия	оптимизъм	самооценка	самота	контрол	*статистическа значимост*	*големина на ефекта* ***η***
химиотерапия						
правят	0.75[2]	0.73[2]	0.40[1]	0.46[1]	*	*1.06,>Г*
не правят	0.57	0.68	0.56	0.56	-	-
лъчетерапия						
правят	0.73[2]	0.76[2]	0.46[1]	0.46[1]	*	*0.89,>Г*
не правят	0.70[3]	0.68[3]	0.42[1]	0.51[2]	*	*0.73,>Г*
хормонотерапия						
правят	0.73[2]	0.76[2]	0.46[1]	0.46[1]	*	*0.89,>Г*
не правят	0.68[3]	0.68[3]	0.42[1]	0.51[2]	*	*0.73,>Г*

Забележки: По-високите стойности на числата отразяват по-голямо отдавано значение на съответната скала за благополучие; за всичките скали минималната стойност е 0, а максималната стойност е 1; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите скалите за психично благополучие за дадена група от изследвани жени, в предпоследната колона (статистическа значимост) е поставена звездичка и точното място на статистическото различие за съответната скала е посочено с малко число ([1], [2], [3] или [4]); средните, отбелязани с ([1]), са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с ([2]), и са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с ([3]); средните, отбелязани с ([12]), попадат между средните, отбелязани с ([1]) и ([2]), и няма статистически значимо различие между тях; данните са обработени с еднофакторен дисперсионен анализ за свързани извадки (one-way repeated measures ANOVA), многомерен тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda) и сравнение по двойки по методът на Бонферони (Bonferroni); големината на ефекта е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

Представените резултати в Таблица 4.7 показват, че за жените, които преминават през химиотерапевтично лечение, от най-голямо значение е ориентацията им в живота, следва самооценката, която имат и в най-ниска степен се чувстват както самотни, така и слабо контролират събитията в своя живот. За разлика от тях жените, които не се лекуват с химиотерапия, посочват, че единствено в ниска степен упражняват контрол над живота си, а на останалите 3 аспекта от психичното им благополучие отдават еднакво по-голямо значение, без да ги степенуват. Същата тенденция се наблюдава при жените, които използват хормонална терапия в своето лечение.

Както жените, които не се лекуват чрез лъчетерапия, така и тези, които не са на хормонална терапия, отдават по-голямо значение на своята ориентация в живота като оптимистична и/или песимистична и на самооценката си и по-малко значение на изпитваното усещане за самота и за контрол над своя живот.

Връзка между стандартизираните средни стойности на скалите за психично благополучие и алтернативните терапии за лечение

В Таблица 4.8 са представени стандартизираните средни стойности на четирите скали за *психично благополучие,* разпределени по проведени или не *алтернативни терапии* от диагностицираните жени (три групи: (а) не знаят, (б) знаят, но не използват или (в) знаят и използват съответна терапия).

Представените резултати в Таблица 4.8 показват, че за жените с рак на млечната жлеза, които не знаят и не използват алтернативни терапии като цяло за лечение, най-важна е както ориентацията им в живота, оптимистична и/ или песимистична, така и самооценката им. Първата група жени се чувстват самотни в най-ниска степен, а втората група имат усещането, че най-слабо упражняват контрол над своя живот. За диагностицираните жени, които използват алтернативните терапии като цяло в ежедневието си, е по-важна както ориентацията, която имат в живота, така и самооценката им. Те отдават по-малко значение както на усещането за самота, което имат, така и на контрола, който упражняват над събитията в своя живот.

Както за жените, които употребяват билки в лечението си, така и за тези, които не ги използват, най-важна е ориентацията им в живота като оптимисти и/ или песимисти и самооценката им, следва усещането за самота и в най-ниска степен те упражняват контрол над живота си.

Жените, които не знаят за съществуването на нисковъглехидратна антиракова диета, се чувстват самотни в най-ниска степен, относително имат по-голямо усещане, че упражняват контрол над живота си, отдават по-голямо значение на ориентацията си като оптимисти и/ или песимисти и най-вече държат на самооценката си. Жените, които не я

прилагат в ежедневното си хранене, се чувстват както по-малко самотни, така и имат усещане, че упражняват контрол над своя живот в по-ниска степен. Те държат повече както на своята ориентация в живота като оптимистична и/или песимистична, така и на самооценката си. Жените, които прилагат антираковата диета в своя ежедневен хранителен режим, имат най-слабо усещане, че контролират случващите им се житейски събития, а най-вече държат на своята самооценка и на ориентацията в живота, която имат като оптимистична и/или песимистична.

Таблица 4.8. Стандартизирани средни стойности на скàлите за психично благополучие: *оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота*, *самооценка*, *степен на изпитвана самота* и *усещане за контрол*, разпределени *по алтернативни терапии* на диагностицираните жени (*N*=83)

Димензия	оптимизъм	самооценка	самота	контрол	*СЗ*	*ГЕ:* ***η=***
алтернативни терапии						
не знае	0.63^{3}	0.74^{4}	0.28^{1}	0.53^{2}	*	*1.56,>Г*
знае, но не използва	0.68^{2}	0.71^{2}	0.54^{1}	0.47^{1}	*	*0.61,>Г*
използва	0.76^{2}	0.72^{2}	0.43^{1}	0.48^{1}	*	*0.90,>Г*
билколечение						
не знае	0.65^{3}	0.73^{3}	0.29^{1}	0.50^{2}	*	*1.56,>Г*
знае, но не използва	0.70^{2}	0.71^{2}	0.51^{1}	0.49^{1}	*	*0.61,>Г*
използва	0.72^{2}	0.72^{2}	0.45^{1}	0.48^{1}	*	*0.80,>Г*
хранителна диета						
не знае	0.50^{2}	0.72^{3}	0.30^{1}	0.55^{2}	*	*2.98,>Г*
знае, но не използва	0.74^{2}	0.67^{2}	0.47^{1}	0.51^{1}	*	*0.77,>Г*
използва	0.71^{2}	0.74^{2}	0.44^{1}	0.47^{1}	*	*0.81,>Г*
хранителни добавки						
не знае	0.61^{23}	0.71^{3}	0.38^{1}	0.51^{12}	*	*0.74,>Г*
знае, но не използва	0.72^{2}	0.71^{2}	0.44^{1}	0.52^{1}	*	*0.84,>Г*
използва	0.76^{2}	0.74^{2}	0.49^{1}	0.43^{1}	*	*0.92,>Г*
физически упражнения						
не знае	0.46	0.77	0.23	0.52	-	-
знае, но не използва	0.68^{2}	0.70^{2}	0.46^{1}	0.47^{1}	*	*0.74,>Г*
използва	0.74^{2}	0.73^{2}	0.44^{1}	0.50^{1}	*	*0.82,>Г*
масаж лимфен дренаж						
не знае	0.61^{23}	0.70^{3}	0.42^{1}	0.52^{12}	*	*0.60,>Г*
знае, но не използва	0.74^{2}	0.70^{2}	0.47^{1}	0.49^{1}	*	*0.81,>Г*
използва	0.73^{2}	0.76^{2}	0.42^{1}	0.47^{1}	*	*0.98,>Г*

Забележки: СЗ – статистическа значимост, ГЕ – големина на ефекта; по-високите стойности на числата отразяват по-голямо отдавано значение на съответната скàла за благополучие; за всичките скàли минималната стойност е 0, а максималната стойност е 1; където е налице статистически значим ефект при p<0.05 между четирите скàли за психично благополучие за дадена група от изследвани жени, в предпоследната колона (СЗ: статистическа значимост) е поставена звездичка и точното място на статистическото различие за съответната скàла е посочено с малко число ([1], [2], [3] или [4]); средните, отбелязани с ([1]), са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с ([2]), и са статистически значимо по-малки от средните, отбелязани с ([3]); средните, отбелязани с ([12]), попадат между средните, отбелязани с ([1]) и ([2]), и няма статистически значимо различие между тях; данните са обработени с еднофакторен дисперсионен анализ за свързани извадки (one-way repeated

measures ANOVA), многомерен тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda) и сравнение по двойки по методът на Бонферони (Bonferroni); големината на ефекта (последната колона ГЕ) е изчислена на базата на коефициента ета η на Коен и е интерпретирана при стойности: >0.45 като много по-голяма от типичната (>Г), 0.37-0.44 като голяма или по-голяма от типичната (Г), 0.24-0.36 като средна или типична (Т) и при стойности 0.10-0.23 като малка или по-малка от типичната (М), съгласно Коен (1988).

Както жените, които знаят, така и тези, които разполагат с информация, но не употребяват хранителни добавки, се чувстват по-малко самотни и имат по-слабо усещане за контрол над своя живот. Те държат повече както на своята самооценка, така и на ориентацията в живота като оптимистична и/или песимистична. Жените, които използват хранителни добавки като част от лечебния процес, през който преминават, имат по-слабо усещане, че контролират своя живот в сравнение с останалите 3 променливи на психичното им благополучие.

Жените, които не са физически активни, ежедневно имат усещане, че в по-ниска степен упражняват контрол над своя живот и събитията в него. Те се чувстват относително по-самотни в сравнение с тези, които са физически активни всеки ден.

Както жените, които нямат информация за благоприятното влияние на масажа тип лимфен дренаж, така и тези, които го практикуват, отдават по-голямо значение на своята самооценка и на ориентацията в живота като оптимистична и/или песимистична. Те в по-ниска степен изпитват както усещане за самота, така и контрол над своя живот и събитията в него.

4.4 Дискусия

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. 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, което *отхвърля издигнатите четири научни хипотези за различие*.

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 утвърдени 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.

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 себепомощ 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.

С цел осигуряване на психичното благополучие и по-лесното приспособяване към заболяването онкологичните пациенти се нуждаят от получаване на *емоционална, информационна* и *инструментална подкрепа* (House & Kahn, 1985).

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 емпатийни 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 натоварване, 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 себереализация 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 лонгитюдно 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 избора, който е в негова власт. Невинаги е възможно да извършва обичайните дейности от миналото, но той може всеки ден от своя живот да изпълни със смисъл, хармония и красота.

Според Теорията за управление на ужаса (Greenberg et al., 1986) мисълта за собствената смъртност води до огромна тревожност или ужас, който е необходимо да се преодолее, за да не пречи на ежедневното функциониране на личността. Сложните интелектуални способности, които притежава човекът, водят до осъзнаване на собствената му уязвимост и той изпитва неконтролируем, задушаващ страх пред края. Именно за неговото управление и преодоляване е необходимо да се открият средства. Изследвани са както осъзнатите, така и неосъзнатите механизми за защита, които се противопоставят на мисълта за смъртта. Сред неосъзнатите механизми е приемането на културната гледна точка за света, която осмисля живота и получаваната подкрепа от значимите други с цел укрепване на самооценката на пациента. Културните разбирания за живота и реалността играят важна роля при намаляване на тревожността на личността при осъзнаване на собствената смъртност. Логично хората са мотивирани да вярват в тях и да ги защитават от заплахи.

Друг неосъзнат механизъм, който намалява ужаса пред лицето на смъртта, е самооценката или убеждението, че човек живее според предписаните стандарти на собствената му култура (Pyszczynski, Greenberg & Solomon, 1999). Чрез нейното укрепване се овладява тревожността и ужасът, изпитван при мисълта за предстоящия край (Greenberg et al., 1992). От социометрична гледна точка потребността от укрепена самооценка е широко известна и е подчинена на по-основната потребност от групова принадлежност (Leary & Downs, 1995). Представените резултати подкрепят издигнатата *първа хипотеза* в рамките на Теорията за управление на ужаса, че самооценката има предпазваща функция пред лицето на смъртта. Освен че тя влияе на защитата на ценностите на собствената култура (Harmon-Jones et al., 1997), когато тя се засилва, се намалява достъпът до съзнанието на мисли, свързани със смъртната заплаха, и това я превръща в позитивен механизъм за справяне с трудната диагноза (Ганева, 2011а).

Представените резултати не потвърждават издигнатата *втора хипотеза*. Според тях изследваните онкологични пациенти, въпреки че са обградени и подкрепени от членовете на своите семейства и приятели, попаднали в трудната ситуация, се чувстват по-самотни и поемат индивидуално своята отговорност за взетите решения за последващо лечение в сравнение с клинично здравите жени. Това налага необходимостта от провеждане на допълнителни изследвания, които да включват прилагането на качествени методи с по-голяма извадка с цел да се разгледа в дълбочина този аспект от процеса на справяне с поставената диагноза.

В научната литература е анализирана експериментално когнитивната връзка между мислите за онкологична диагноза и мислите за смъртта (Arndt, Cook, Goldenberg & Cox, 2007). От получените резултати става ясно, че с увеличаване на мислите за рака се увеличават мислите, свързани със смъртта и за евентуалното собствено погребение, които оказват влияние върху поведението. Интерес представлява фактът, че когато изследваните лица експлицитно са помолени да си представят, че имат рак, не се увеличава достъпът до съзнанието на мисли за смъртта, те потискат връзката им със смъртта, но при поставена реална онкологична диагноза този процес се наблюдава. Във втория случай ракът се възприема от пациентите като смъртна присъда (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green & Garcia, 1998). Оказва се, че темата за рака всява по-голям ужас в сравнение с темата за смъртта (Thorson & Powell, 1990). Възможно е темата за рака да е конкретно проявление на абстрактния страх от смъртта. Това вероятно обяснява защо много хора отказват да участват в масови кампании за превенция, скрининг и ранно

диагностициране на рака. Според разглежданата цялостна теория за човешката мотивация и поведение хората не осъзнават своята смъртност, не мислят за нея и не я възприемат като всяваща ужас в своето ежедневно съществуване, но изправени реално пред животозастрашаваща диагноза, това се случва.

Значима част от гледната им точка за живота се изразява в потребността от структурираност и контрол, от предпочитания към ред и яснота. Когато те се увеличават, животът се възприема като по-смислен, отдава му се по-голямо значение и удовлетвореността от него нараства (Vess, Routledge, Landau & Arndt, 2009). Според модела за компенсаторен контрол (Laurin, Kay & Moscovitch, 2008) хората се стремят към него, за да възприемат света като предвидим и подреден, а не хаотичен и лишен от смисъл.

Въпреки че редица проведени изследвания в областта на психоонкологията са насочени към анализ на негативните последствия от поставената диагноза, защото е огромен стресор, последствията от медицинските процедури и страничните ефекти от проведеното лечение са тежки, в научната литература се срещат множество статии посветени на осмислянето на травматичния опит в позитивна светлина и оценяването му като полезен от пациентите. Въпреки претърпените значителни личностни, психологически и физически загуби, те променят своите нагласи и приоритети в живота, извличат ползи от преодолените трудности, а изпитваната болка и борбата за физическо оцеляване водят до личностно израстване (Ганева, 2011б). Сред позитивните промени, които посочват е, че са станали по-асертивни, отдават по-голямо значение на отношенията с членовете на семейството и приятелите, обръщат по-голямо внимание на духовността, преструктурирали са йерархията на житейските си ценности и имат по-ясно усещане за цел в живота (Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001). Настъпилите личностни промени е възможно да дават логично обяснение за потвърждаване на *четвъртата хипотеза* и по-големия оптимизъм и вяра в бъдещето, който изпитват изследваните пациенти в сравнение със здравите жени. В научната литература расте броят на проведените изследвания, според които хората, които преживяват по-травматични събития в жизнения си път посочват, че имат по-позитивен житейски опит в сравнение с тези, които преминават през по-малко изпитания.

В заключение, въпреки че множество различни теории разглеждат ролята на самооценката в живота на личността и влиянието ѝ върху различни аспекти от поведението (Blaine & Crocker, 1993), въпросът защо тя е в основата на психологическото функциониране е пренебрегван от съвременните Аз-концепции. В този смисъл Теорията за управление на ужаса (Greenberg et al., 1986) дава задоволителен отговор в тази насока. Резултатите от представеното изследване потвърждават, че самооценката служи за защита срещу дълбоко вкорененатa тревожност от смъртта при поставена животозастрашаваща диагноза. Според тях мисълта за предстояща смърт оказва неповторимо психологическо значение и играе значима роля в борбата на пациента за живот в зависимост от ценностите на културата, в която се социализира и самооценява и в реакциите му как възприема света, който го заобикаля. По-високата самооценка при онкологичните пациенти в сравнение с клинично здравите изследвани лица и значението, което те отдават на поставената терминална диагноза, заедно с приемането на културните стандарти служат за защита от страха от смъртта. Получените резултати подкрепят твърдението, че самооценката и поставената диагноза са част от една и съща система за овладяване на парализиращия ужас. Именно затова значима следваща стъпка е анализирането в по-голяма дълбочина на афективните и когнитивните процеси, които водят до укрепване на самооценката с цел овладяване на ужаса от смъртната заплаха, защото именно тя помага психологически на пациента, неговото семейство, приятели и колеги да приемат поставената нелека диагноза, да продължат да живеят с нея и дори да извлекат позитивен опит от травмиращото събитие.

Теорията за управление на ужаса е широко приложима за различни теми, анализирани от традиционната социална психология. Поради големия брой разнообразни хипотези, които могат да се издигнат в нейните рамки, представеното изследване следва да се възприема като начална крачка за тяхното разглеждане.

5 Обща дискусия

От десетилетия психолози и лекари търсят обяснение защо някои хора, изправени пред стреса от хронично заболяване, каквото е ракът на млечната жлеза, се приспособяват добре към него, а при други се наблюдават настъпващи значими негативни промени в емоционалния живот и междуличностните отношения. Проведените изследвания анализират многоаспектността и сложността на въпроса. Те разглеждат какво означава да се приспособиш към хронично заболяване, разработват се теории за установяване на факторите, които благоприятстват или затрудняват процеса и са налице емпирични резултати за прогнозиране на тяхната полезност.

За *хронични* се смятат „продължителните заболявания, които не се самоизлекуват неочаквано и рядко приключват напълно" (CDC, 2004). Повечето изследователи са единодушни, че е необходимо болестта да се наблюдава поне няколко месеца, за да се смята за хронична (Rabin et al., 2004). Психологическите аспекти на хроничното заболяване обаче са многопластови и повдигат въпроси като: престава ли човек да бъде онкологичен пациент след приключване на лечението? В какви случаи той отбелязва 5 години след поставяне на диагнозата? и др.

Някои последствия от хроничните заболявания са внезапни, резки, ясно изразени и не могат да се обърка като например след хирургическа интервенция, други са по-постепенни и прикрити като загуба на енергия (Thompson & Kyle, 2000), спад в броя на извършваните ежедневни дейности, в жизнеността и намалената активност във взаимоотношенията с приятели и членове на семейството. Изброените различия дори сред пациентите с едно и също заболяване представляват истинско *предизвикателство* за всеки опит да се направи теоретично обобщение в научната литература как хората се приспособяват към хроничните заболявания.

Какво означава човек да се приспособи към хронично заболяване? От научната литература произтичат 3 основни следствия: 1) хроничното заболяване предполага приспособяване на пациента *в различни житейски области*, 2) приспособяването се измерва във *времето,* има времево измерение и 3) налице е ясно изразено голямо *разнообразие* в приспособяването към хронично заболяване от пациентите.

Приспособяването най-често е дефинирано като наличие или отсъствие на диагностицирано психологично заболяване, психологически симптоми или лошо настроение. Изследователите насочват своето внимание към анализ на позитивните емоции и как пациентите възприемат *личностното си израстване* като показател за приспособяване, защото: 1) множество пациенти с хронично заболяване споделят позитивен опит (Mols et al., 2005), 2) позитивното приспособяване не означава само липса на дистрес. Безспорно заболяването, което преобръща живота, не е радостен и лесен житейски опит (Folkman & Moskowitz, 2000) и хора, които откриват позитивен смисъл в своето боледуване, не са предпазени от преживяване на значителен дистрес (Calhoun & Tedeschi, 2006), 3) позитивните и негативните емоции представляват относително

независими измерения (Watson et al., 1994) и съответно имат различни детерминанти и последствия, 4) позитивните емоции могат да буферират или разсеят негативното настроение (Fredrickson, 2001) и 5), възприемането на хронично заболяване като гарантиращо интензивно страдание може да доведе до отчаяние в пациентите.

Налице са също така 5 свързани помежду си характеристики на приспособяването към хроничните заболявания (Stanton et al., 2002): *упражняване на контрол над свързаните със заболяването задачи за приспособяване*, *съхраняване на функционалния статус, поддържане на определено качество на живот в различни области от живота, липса на психологически проблеми* и *преживяване на малко негативни емоции*. Все повече изследователи считат за позитивни показатели на приспособяването като *съхраняване на добро настроение* и *на житейските планове, мечти и цели*. Процесът на приспособяване включва разнообразни компоненти от *междуличностната, емоционалната, когнитивната, физическата* и *поведенческата сфера*. Те са свързани по такъв начин, че функционалният статус влияе и същевременно е повлиян от депресивните симптоми на пациентите (DeVellis, Revenson & Blalock, 1997), които повишават риска от неспазване и противопоставяне на режима, назначен от лекуващите лекари (DiMatteo et al., 2000). Установени са (Hamburg & Adams, 1967) няколко основни **задачи пред пациентите при приспособяването им към големи житейски промени**, включително сериозно заболяване: *регулиране на дистреса, съхраняване на личното достойнство, укрепване на взаимоотношенията със значимите други, стремеж към възстановяване на телесните функции* и *постигане на физическо възстановяване*.

Промяната в средата, чрез която адаптацията към хроничното заболяване е по-лесна, не е линеарен, гладък или безкритично следван процес. В развитието на заболяването се преминава през завои, спадове и силни моменти, а при рецидив на рака се изисква приспособяване отново. Въпреки съществуването на стадиални теории за приспособяването към травми или заболявания, налице са недостатъчно доказателства в тяхна подкрепа (Wortman & Silver, 2001). Сериозността на заболяването и прогнозата за развитието му, скоростта на влошаване на физическото състояние и дали се включва редуване на периоди със симптоми и ремисия оказва влияние при решаване на задачите на адаптацията към заболяването.

Сред *приносите на научната литература за приспособяването към хронични заболявания* е фактът, че се увеличават теориите, които предлагат обяснение на явлението. Емпирични доказателства подкрепят твърдението, че за да се живее с хронично заболяване, е необходима адаптация и промяна в множество области от живота. Въпреки че задачите за адаптация са сходни при пациенти с различни заболявания, изследователското внимание е насочено към динамичния процес на приспособяване и гледните точки за пътя на болестта, който представлява голямо предизвикателство. Пример в това отношение са емпиричните изследвания на клъстерния симптом от умора, депресия и болки при онкологични пациенти (Patrick et al., 2004).

В научната литература се изследва както психологическия риск при пациенти с хронични заболявания, преминали лечение, така и натрупаният опит от хроничното заболяване, разбиран като възможности за откриване на позитивен смисъл, засилване на здравословния начин на живот, обогатяване на емоциите и задълбочаване на междуличностните взаимоотношения. Въпреки че проведените изследвания на приспособяването към хронично заболяване основно са насочени към момента на поставяне на диагнозата и лечението, все повече изследователи насочват своето внимание към периода на приспособяване в другите стадии на заболяването, включително времето, когато е приключило най-токсичното лечение, в периоди на ремисия, относително без наличие на конкретни симптоми и когато животът на пациента е застрашен поради заболяване, периоди на рецидиви и завръщане на рака и на пациенти в терминални стадии. Създаването на по-цялостни и относително комплексни теории за живота на пациентите с хронични заболявания ще допринесе за развитието на по-надеждни и

валидни оценки на състоянието им в клинична среда и на тяхната основа разработване на програми за психосоциална интервенция с пациентите и техните близки.

Друг основен принос на теориите е постепенното и убедително описание на *рисковите* и *превантивни фактори* за относително по-леко приспособяване към хронично заболяване. Налице е също така и постепенно създаване на био-психо-социални модели на хроничните заболявания. В научната литература за онкологични заболявания се анализират биологични медиатори на потенциалната връзка със стреса, депресията и липсата на социална подкрепа при развитието на болестта (Antoni et al., 2006).

Ракът оказва влияние върху кариерата и извършването на ежедневни дейности и икономическата тежест от лечението може да представлява голям товар. Въпреки че се наблюдават сходства в развитието на заболяването, налице са личностови, времеви и свързани със социалната среда различия. Целта на разработваните теории за анализ на рискови и предпазващи фактори е да допринесат за разширяване на тази визия.

В мащабно изследване се анализира здравето и адаптацията към пенсионния статус на 5 вълни изследвани лица (Polsky et al., 2005) общо над 8 000 човека между 51 и 61-годишна възраст без симптоми на депресия на всеки 2 години. В продължение на 2 години от поставяне на онкологичната диагноза пациентите имат най-висок риск за отключване на значими симптоми на депресия, които намаляват през следващите 6 години.

Множество проведени изследвания установяват връзка (корелация) между приспособяването, анализирано в крос-секционни изследвания и необходимостта от провеждане на лонгитюдни изследвания, които обхващат достатъчно на брой изследвани лица за надежден анализ и включват статистическо контролиране на първичната стойност на зависимата променлива, за да се засили причинният извод. Все повече се обръща внимание и се изследват специфични фактори, които увеличават или намаляват риска от конкретно хронично заболяване (Moos & Schaefer, 1984; Smith & Wallston, 1992). Именно поради тази причина емоционалноподкрепящи връзки се свързват със стадия на позитивно приспособяване към хронично заболяване, а критикарството, социалното насилие и социалната изолация се разглеждат като рискови фактори. Общите позитивни и специфични, свързани със заболяването очаквания, възприеманият и упражняван контрол над специфични, свързани със заболяването променливи, също оказва влияние на процеса на приспособяване. Полаганите усилия за активно справяне, ориентирано към сближаване, са насочени към преодоляване на предизвикателствата, често облекчават приспособяването, а насочените усилия за избягване на мисли и емоции, свързани със заболяването, са причина за засилване на изпитвания дистрес от пациентите. Направените изводи ще позволят на изследователите да прецизират формулираните теории за приспособяване към хронично заболяване и по този начин програмите за интервенция, насочена към специфични психосоциални процеси, които влияят на резултатите от адаптацията, ще са по-успешни.

Множество изследвания са посветени на влиянието, което оказва личностовата структура върху адаптацията към заболяването. Те разглеждат личността като *рисков фактор* (Smith & Gallo, 2001), като *предпазващ фактор* или като *ресурс за устояване на стреса* (Ouellette & DiPlacido, 2001).

Несъмнено натрупаният опит от живот с хронично заболяване оказва психологически последствия. Колкото по-ясно се вижда, че хроничното заболяване предизвиква по-големи сътресения и промени в живота, толкова е по-голяма необходимостта от изследвания, в които то се оценява *преди* и *след* поставяне на диагнозата. Например в голямо изследване на здравето на медицински сестри т. нар. *Nurses' Health Study* участват 48 892 жени, от които за период от 4 години 759 са диагностицирани с рак на млечната жлеза (Michael et al., 2000). Става ясно, че диагностицираните жени изпитват повече болка и са с влошени физически и социални функции, жизненост и способност да изразяват емоциите си, изпитват повече

затруднения в изпълнение на физическите и социалните си роли в сравнение със здравите изследвани лица. Налице са различия между здравите и диагностицираните изследвани лица в 4 от 7-те области от качество на живот до 4 години след поставяне на диагнозата. Проблемите намаляват с увеличаване на времето след поставяне на диагнозата. Аналогично онкологични пациенти, които споделят проблеми в общуването с членовете на екипа от медицински специалисти, преживяват по-голям дистрес 3 месеца по-късно (Lerman et al., 1993). В изследването е показано значението на оказаната подкрепа и социалната изолация преди поставяне на диагнозата рак на млечната жлеза. Изследваните лица имат по-лошо качество на живот 4 години след поставяне на диагнозата и се наблюдава по-голям процент на обяснена вариация в сравнение с фактори, свързани с лечението и тумора (Michael et al., 2002).

Интерес представлява следният факт: въпреки че издигнатите научни въпроси в представените изследвания са насочени към анализ на следоперативния опит на изследваните лица по време или след приключване на лечението, те сякаш внушават усещането за отдиференциране „преди", „по време" и „след" лечението. В резултат изследваните жени често свързват и сравняват своя опит по време и след приключване на лечението с натрупания онкологичен опит.

Споделеният натрупан житейски опит на изследваните лица не е възможно да се анализира, без да се постави и разглежда в онкологичен контекст и последващото лечение. От обобщението на получените резултати става ясно, че след като жената е диагностицирана с рак на млечната жлеза и е преминала съответното лечение, тя винаги ще се идентифицира с поставената онкологична диагноза. В личен разговор изследваните лица често споделят, че не са в състояние да забравят, че са имали рак. Натрупаният онкологичен опит оказва толкова голямо влияние над съществуването им, че се превръща в *част от идентичността им*. Остава надеждата, че провеждането на бъдещи изследвания ще хвърли повече светлина и ще внесе повече яснота в тази насока.

Теорията за саморегулацията (Leventhal et al., 2001) акцентира на възприеманата заплаха от личността, свързана с причините за заболяването, идентичността, времето, упражняваната степен на контрол и последствията от лечението. Например пациенти, които възприемат своя рак като хроничен или цикличен, на периоди са изложени на по-голям дистрес в сравнение с тези, за които той е остро заболяване, което подлежи на овладяване (Rabin et al., 2004).

Ракът обхваща голяма група от разнородни заболявания, които се характеризират с неконтролируемо размножаване на клетките. Тъй като имунната система играе важна роля в преодоляване на тумора и предотвратяване на развитие и разпространение на неговите метастази, психологическите фактори, влияещи на имунитета, се смята, че оказват влияние на рака и развитието му (Andersen et al., 1989). Имунната система и дейността на естествените клетки-убийци се разглеждат като връзка между психологическите фактори и рака. Дейността им се дължи на съчетаване на надеждни резултати, според които психологическите променливи са свързани с (Herbert & Cohen, 1993а, б) и на връзката между потиснатата дейност на естествените клетки-убийци и увеличаването на метастази при изследване на животни (Gorelik & Herberman, 1986). Безспорно различните видове рак са различни заболявания и имунни и психологически фактори могат да влияят при едни и да не влияят при други видове рак (Holland, 1989; Rabin et al., 2004). Аналогично психологическите и имунните процеси могат да се променят в различни фази от развитието на тумора (Sklar & Anisman, 1981).

- Теориите за стреса и справянето с него, за саморегулацията, за личностови и социални процеси са основни при определяне на степента на приспособяване към хронично заболяване. На по-голямо разстояние от процеса на приспособяване са *социално-икономически променливи, културата на принадлежност* и *пола*, а на по-близко разстояние са разположени детерминанти като *междуличностни процеси, личностови*

нагласи, когнитивна оценка и *прилагана стратегия за справяне*. Въпреки че някои от изброените фактори се анализират в научната литература и като предиктори на приспособяването, те са свързани с различен контекст, който не е предмет на проведените изследвания (Revenson, 2003). Например въпросите за развитието са важни без значение дали заболяването е „навреме" или „безвреме" в жизнения цикъл на пациента (Neugarten, 1979). Какво мислят, чувстват и вършат хората за своето здраве се разглежда в широк контекст. Контекстният подход (Ickovics et al., 2001; Revenson, 1990) акцентира на взаимната зависимост на поведението на хората, на обстоятелствата от техния живот, на взаимодействието с периферния контекст и близки механизми за оказване на влияние на здравето. На макроравнище или фактори „срещу течението" (Berkman & Glass, 1999) като *културна принадлежност, социалноикономическо състояние, социална промяна* и *степен на урбанизация*, оказват влияние на структурата на социалната мрежа, която е основа на психосоциалните механизми (например получаваната социална подкрепа), които влияят на здравето чрез т. нар. поведение „по течението" и физиологични пътища. Аналогично Тейлър и сътрудници (Taylor et al., 1988) при анализ на нездравословна среда предполагат, че социалноикономическият статус оказва индиректно влияние на здравето чрез ключова физическа и социална среда.

Бедността и ниският социалноикономически статус като фактори предизвикват и са условия за възникване на две преплетени явления: преживяването на по-стресиращи житейски събития от по-голям мащаб и наличие и достъп до по-ограничени социални и психологически ресурси за управлението им. Те, от своя страна, водят до влошено психично и физическо здраве (Gallo & Matthews, 2003). По-ниското образователно равнище и възприемането на медицинските грижи като допълнителен икономически товар са предиктори за повече симптоми на депресия и влошен функционален статус сред пациентите с хронични заболявания (Harrison et al., 2005).

При анализа по *възраст* се установява, че жени под 40-годишна възраст с рак на млечната жлеза преживяват по-голямо отпадане на физически роли, изпитват повече болка, влошени са им социалните функции и умственото здраве в сравнение със здравите жени на същата възраст.

Анализът по *пол* показва, че както като пациенти, така и като обгрижващи, жените по правило са ориентирани към другите и съхраняват отредената им роля в дома. След преживян инфаркт мъжете намаляват своята трудова дейност и са обгрижвани от своите партньорки. Наблюдава се и обратната тенденция – при завръщане вкъщи след престой в болница жените по-бързо се адаптират и отново поемат своите домакински задължения (King, 2000; Michela, 1987).

Изследваните жени с рак, сърдечносъдови заболявания и ревматоиден артрит са по-стресирани в сравнение с мъжете както като пациенти, така и като полагащи грижи (Revenson, 2003). Лонгитюдни изследвания на двойки на тенденцията за приспособяване към рака на стомаха при единия от партньорите установяват, че половата и изпълняваната роля на пациент се отразяват на приспособяването (Northouse et al., 2001; Schulz & Schwarzer, 2004). Допирните точки между биологията и влиянието на средата върху половите различия (Taylor et al., 1986) при приспособяване към хронично заболяване представлява научен интерес за провеждане на бъдещи изследвания.

Ракът представлява общо наименование на различни генетични заболявания, в които нормалните клетки мутират и започват да се размножават неконтролируемо. Обикновено той се нуждае от значителен период от време, за да се развие и да се отрази в туморните маркери. Поради липсата на надеждни биологични маркери на развитието на заболяването, усилията, полагани за оцеляване, се изразяват количествено, насочени са към намаляване на риска от развитие на заболяването и в увеличаване на вероятността от ранното му откриване в по-лечим етап.

Ограничената възможност да се установява в по-ранен стадии или да се проследява бавното му ранно развитие затруднява изучаването на ролята на *емоциите и поведението* в етиологията на рака. Въпреки че част от проведените изследвания имат методологични несъвършенства, те показват, че емоционални състояние като стрес засягат основни клетъчни функции като възстановяване на ДНК, което може да води до рак (Kiecolt-Glaser et al., 1985). Става ясно, че емоционалните реакции, приспособяването към заболяването или лечението влияе върху развитието му, преживяемостта, качеството на живот и други характеристики, свързани с рака (Andersen et al., 1989; Ramirez et al., 1989; Levy, 1982; Helgeson et al., 2004).

В теоретичен обзор (Cox & MacKay, 1982) е разгледан фактът, че неспособността да се изразяват емоции е най-значимият психологически фактор за развитие на заболяването (Temoshok, 1985; 1987). Жени с рак на млечната жлеза, които потискат изразяването на своите емоции и имат отбранителен (защитен) стил на справяне, се влошават по-бързо (Iensen, 1987). Анализирани са и променливи като „безпомощност" и „безнадеждност", които са свързани помежду си, но са различни понятия (Greer et al., 1985). Освен това според изследвания, продължили повече от 15 години, пациенти, които реагират на метастазирал рак на млечната жлеза с *борба* или с *отричане,* имат по-рядко рецидив на заболяването и живеят по-дълго в сравнение с пациенти, които го приемат стоически (фаталистично) или с безпомощност.

Проведените изследвания подкрепят *стадиалния модел на Кюблер-Рос* (Kubler-Ross, 1969). Всички изследвани лица споделят, че в края на провежданото лечение достигат до усещане за приемане на смъртта. Въпреки това, изправени пред възможност за смърт от рак, те не преминават и успешно преживяват всички разглеждани стадии от модела. Получените резултати подкрепят отправената критика (Buckman, 1999), че част от пациентите преминават през някои от посочените стадии. Емоции като страх от умиране и изпитване на вина остават извън стадиалния модел на Кюблер-Рос и въпреки че пациентите ги преживяват, те не се анализират. Изследваните лица споделят, че преживяват смес от реакции, а не определен стадии от модела. Въпреки че има доказателства, че предложеният модел на фази на скръбта от Кюблер-Рос не е толкова конкретен и прецизен колкото се е смятало при разработването му, той дава правдива информация за разнообразните емоционални състояния и преживявания, през които преминават изследваните жени. Безспорно моделът, превърнал се в класика, представлява полезна рамка при разбиране и анализ на важни аспекти от реакциите на пациентите към рака (Barraclough, 1999).

Според научната литература, посветена на рака, реакции като *изпитване на вина* и *срам* са общи за онкологичните пациенти и са повлияни от културнообусловени идеи за неговото значение, от социалножелателни отговори към заболяването (например „ще се боря", „ще съхраня позитивизма си") и вярвания за значението на възстановяването на здравето като предпоставка за благополучие. Възможно е пациентите да изпитват потребност от следване на социалноприемливи и социалносподеляни ценности, свързани със здравето, за да получат социално одобрение и необходимата подкрепа, за да се справят със заболяването или за да избягат от срама и неудобството да натоварват член от семейството или обществото с грижи за тях.

Онкологичните пациенти е възможно да са мотивирани да избягват тревожността, която им тежи от *стигмата* и разбирането на заболяването в културата, че ракът е болезнен и нелечим. Според изследванията стигмата допринася за самообвинения на пациентите, че те самите са виновни за това, че имат рак, или за отричане на неговите симптоми, за отлагане на медицинското лечение или в провокиране на негативно поведение, вследствие на рака като например тютюнопушене.

Повечето изследвани лица споделят усещане на облекчение и смес от възторг, тревога и депресивни чувства, след като преживеят рака. Това се потвърждава и от други изследвания (Rabin et al., 2004; Tibbs, 2003), според които в края на лечението се

наблюдават както засилено усещане за тревожност и депресия, така и по-високи нива на изпитвана надежда. Тъй като цитираните изследвания са проведени в САЩ, необходимо е провеждане на бъдещи изследвания в България, които ще подкрепят или опровергаят получените резултати. Необходимо е да се анализират също така и промените и диапазона в преживяваните емоции от онкологичните пациенти, негативното влияние на психичното им благополучие след приключване на лечението и по този начин да се вземат предвид при разработване и прилагане на програми за рехабилитация на онкологични пациенти в България. Възможна причина и обяснение за констатираните флуктуации в преживяваните емоции след съобщената новина за диагнозата може да е поради наличието на потребност от преработка на силните емоции, изпитвани по време на различните етапи от лечението. Те се преживяват преди новината пациентът да открие смисъл в болестта, да преживее, възприеме и обясни своята нова идентичност и усещане за бъдеще. Логично е провеждането на бъдещи изследвания да се насочи към анализ на причините за посочените амплитуди в емоциите на пациентите.

Ракът като животозастрашаваща диагноза, заедно със сърдечните заболявания създава „острови" на промени (Andersen et al., 1989) в специфични области от живота и в определени точки от извървения път на заболяването. Например страхът или неяснотата в бъдещето, физическите ограничения и изпитваната болка представляват общи проблемни области за пациентите с различни заболявания (Dunkel-Schetter et al., 1992; Newman et al., 1996).

Представените резултати показват, че вида операция, лъмпектомия или мастектомия, за отстраняване на рака на гърдата е от значение при възприемане на собственото тяло и усещане за женственост и привлекателност. Жените с лъмпектомия имат по-добри резултати в сравнение с тези, на които е направена мастектомия, с или без реконструкция. Жените с мастектомия също така споделят наличие на повече физически проблеми, свързани с операцията. Наблюдават се малко различия между двете групи, свързани с физическата, социалната или емоционалната сфера. Като основна причина за трудното възстановяване на сексуалните функции през първата година след оперативната намеса е посочвана чувствителността им към физическата и психологическата травма от поставяне на диагнозата и/ или лечението на рака на млечната жлеза.

Сексуалното здраве при пациенти с хронични заболявания е относително слабо изследвана научна област (35; 38). Представеното изследване е опит да се разшири разбирането за сексуалното здраве на жени с рак на млечната жлеза. В провеждането на бъдещи изследвания е подходяща идея да се потърсят отговори на въпроси като: кои са най-значимите предиктори на сексуалното здраве при жени с рак на млечната жлеза и как могат да се овладеят? Как получените резултати при диагностицирани жени се съпоставят с резултатите на здрави жени на същата възраст? Как клиницисти и изследователи да използват представената им информация? Тъй като е установено, че наличието на симптоми на депресия, тревожност и стрес намаляват сексуалното желание и сексуалните дейности и засилват сексуалните дисфункции и затруднения, интересна идея е да се изследва дали наличието на симптоми на депресия при пациентките е свързано с изпитване на трудности в сексуалната област. Безспорно отговорите на изброените въпроси ще са с по-голямо значение, ако резултатите са представителни.

По-младите на възраст жени с рак на гърдата желаят да са максимално добре информирани за последствията от адювантната терапия върху репродуктивното им здраве и предизвиканата менопауза. При тях емоционалното влияние на поставената диагноза е по-силно и ясно изразено. По правило сериозно заболяване като рак е неочаквано и оказва разрушително влияние. Освен това влиянието на лечението върху репродуктивното здраве също води до промени в емоционалното им благополучие. Репродуктивно здраве, менопауза и рак на млечната жлеза са свързани, но недостатъчно

изследвани променливи. Установено е, че здравите жени с проблеми в репродуктивното здраве преживяват чувство на загуба на контрол, симптоми на депресия и занижена самооценка. Като цяло жените са по-силно повлияни психологически в сравнение с мъжете. Изследванията на репродуктивното здраве на жени с рак на гърдата са недостатъчно често и задълбочено провеждани.

Необходимо е да се подобрят поведенческите и субективните аспекти на сексуалността чрез програми за участие на интимните партньори на пациентките с рак на гърдата. Те ще внесат по-голяма яснота как двойките се справят със стреса и съхраняват сексуалната си активност, когато единият от тях се възстановява от тежко лечение или е в стрес от настъпилите промени в собственото му тяло. Необходимо е също така разработване на психорехабилитационни програми за психосоциална и медицинска интервенция за намаляване на влиянието на проблемите в репродуктивната област при млади жени с рак на млечната жлеза.

Освен очертаните тенденции и направените изводи, е необходимо да се отбележи, че на повечето изследвани лица с рак на млечната жлеза в проведеното изследване *не е даден избор* и *те нямат възможност за реконструкция на бюста* след извършената операция. Това е от значение поради отдаваната важност на възприемането на собственото тяло като част от възстановителния процес и от обгрижването на пациента. Научен въпрос, чиито отговор предстои да бъде потърсен в провеждането на бъдещи изследвания, е какъв процент от тях и с какви демографски характеристики ще се възползват от предоставената им възможност за това.

Повечето задачи при адаптацията към хроничните заболявания изискват оказване на помощ от другите хора, включително получаване на емоционална подкрепа и осигуряване на практическа помощ. **Социалната подкрепа** влияе на резултатите от адаптацията по различни *физиологични, емоционални* и *когнитивни пътища* (Wills & Fegan, 2001). Може да помогне реципиентите да започнат да прилагат ефективна стратегия за справяне, която предлага по-добро разбиране на проблема и засилване на мотивацията за действие. Подкрепата може да е насочена към позитивно здравно, да ограничи рисковото поведение и да намали физиологичната реакция към стреса. Обсъждането на проблемите, свързани със заболяването по подкрепящ, неосъдителен, безкритичен към социалната среда и топъл начин позволява на пациентите сравнително по-лесно да се справят със задачите на адаптацията към заболяването.

Сред поведенческите и психосоциалните промени, които оказват директно влияние върху развитието на заболяването, социалната подкрепа е анализирана при онкологични пациенти и става ясно нейното позитивно влияние при възстановяването им (Levy, 1982). Въпреки че обикновено тя се оценява като относителна стабилна характеристика на социалната среда на личността, тя подлежи на промяна във времето. Тя може да намали влиянието на силния дистрес, споделен от пациентите (Alferi et al., 2001; Moyer & Salovey, 1999) и да помогне при обяснение на пътя на психологическото му приспособяване (Helgeson et al., 2004).

Каква е ролята на междуличностните отношения и получената подкрепа върху имунитета? При изследвани онкологични пациенти се установява, че тези с по-голяма свобода на достъп до социална подкрепа имат по-добри показатели за прогноза на заболяването (Levy, 1985) и се радват на по-продължително оцеляване (Funch & Marshall, 1983; Weisman & Worden, 1975). Въпреки това влиянието на социалната подкрепа е по-голямо при по-младите, а не при по-възрастните жени (Funch & Marshall, 1983) и заболяването и смъртността от него са свързани със социална изолация сред жените, а не сред мъжете (Reynolds & Kaplan, 1990).

Близките взаимоотношения могат да бъдат както подкрепящи и с изразена загриженост, така и съпътствани с неразбиране, неодобрение и противопоставяне. Опитите за добронамерена подкрепа могат да са неуспешни, ако са в неподходящ момент

или не съвпадат с потребностите на пациента (Cutrona & Russell, 1990; Revenson, 1993). Като цяло неподходящата социална подкрепа, липсата на изразяване на негативни емоции и безпомощността или песимизма имат значение за биологичната предразположеност към рака и/ или развитието му и от тях произтичат различни обяснения за него. Според Леви (Levy, 1985) социалната подкрепа може да помогне за намаляване на стреса, ако хомеостатичните, невроендокринните и имунните функции са буферирани от силното влияние на хроничния стрес. Различни социални фактори оказват директно влияние върху емоционалното изразяване (Lehman et al., 1993).

Изследвания на двойки, в които единият партньор има хронично заболяване, хвърлят светлина за това как транзакционната природа на социалната подкрепа влияе на приспособяването на пациента. Депресивните симптоми могат да провокират чувство на раздразнение и обида към партньора, което води до засилване на гнева и намаляване на възможностите за оказване на ефективна подкрепа (Revenson & Majerovitz, 1990). Същевременно пациентите е възможно да разбират погрешно негативните коментари на партньорите си и за тях да означават, че те са некомпетентни или безсилни.

В изследване на жени с рак на млечната жлеза и партньорите им (Manne et al., 2005) възприеманото неподкрепяно поведение от партньора, което включва избягване и критицизъм, влияе на преживявания дистрес във времето от пациентите. Слабият социален натиск буферира връзките между натрапливи мисли, свързани със заболяването, и последващ дистрес сред онкологичните пациенти (Lepore, 2001).

Според повечето изследвани лица техните близки приятели са ги подкрепяли по време на лечебния процес, а след него не. Те споделят, че социалната подкрепа е от голямо значение и помощ по време на онкологичния им опит. При анализ се оказва, че получената подкрепа от приятелите има буферен ефект за онкологичните пациенти (Blanchard et al., 1995; Waxler-Morrison et al., 1991). Безспорно част от приятелите ще започнат да избягват онкологичните пациенти поради заболяването, но ще пожелаят да възобновят своите приятелски отношения след приключване на лечението, което оказва негативно влияние над тях. Част от пациентите имат негативен социален опит на избягване по време на лечението, а стигматизацията оказва негативно влияние върху психичното им благополучие. В този смисъл е необходимо провеждане на повече изследвания, за да се валидизират получените резултати. Ако те се репликират в други изследвания, разработваните програми за социална интервенция ще се насочат към разбирането на преработката на пациентите чрез тенденции към избягване и в преодоляване на стигмата, с която е съпроводен ракът, и ще се работи над подобряване на психичното благополучие на пациентите след приключване на лечението.

Установява се, че по-голямата част от изследваните лица се радват на широка подкрепа, оказана от партньорите им и други членове на семействата им. Те подчертават значението на получаваната социална подкрепа в процеса на възстановяването им. Част от изследваните лица споделят липса на подкрепа, което се отразява негативно върху способността им да се справят с диагнозата. Необходимо е провеждането на бъдещи изследвания да се насочи към анализ на влиянието на оказаната подкрепа от съпрузи и други членове на семейството с цел съхраняване на психичното благополучие на пациента. Важно е да се изясни кой вид подкрепа е от най-голямо значение и необходимост за него. Поради емпирично установеното голямо значение на подкрепата, осигурявана от член на семейството към пациента (Pistrang & Barker, 1995), важно е съпрузите и другите членове на семейството да се подкрепят и да се организират в оказване на ефективна помощ на пациента при справянето му с диагнозата след приключване на лечението.

Тъй като от членовете на семействата се очаква да са основен източник на физическа и емоционална подкрепа за пациентите, самите те са слабо подпомогнати от другите в изпълнението на основната им роля на обгрижващи както професионално, така и личностно. Добра идея е да се изследва степента, в която членовете на семейството на

пациента се чувстват подкрепени и удовлетворени от професионалистите от здравната сфера и да се измери изпитваната несигурност по отношение на заболяването. Необходимо е да се осигури подкрепа на обгрижващите членове на семейството на пациента, за да съхранят своето умствено здраве и психично благополучие.

Трудно е човек да си представи, че начините, по които хората отговарят на предявените потребности от заболяването, няма да оказват влияние на приспособяването им към него. Въпреки ограниченията и неяснотите в понятийния апарат, в измерването и прилаганите методи (Folkman & Moskowitz, 2004), получените емпирични резултати позволяват да се заключи, че **справянето със стреса** като процес се отразява на приспособяването към хроничното заболяване.

Повечето теории за психосоциално приспособяване към заболяването анализират как пациентът го възприема като основен детерминант на полаганите усилия за справяне. Теорията за стреса и преодоляването му (Lazarus & Folkman, 1984) е в основата на повечето проведени изследвания на приспособяване към заболяването. Според нея на процеса на когнитивна оценка се отдава голямо значение, включително на *първичната оценка* на потенциалната възможност за нараняване в конкретна ситуация и извличане на ползи. *Вторичната оценка* се свързва със степента на контрол, на която подлежи ситуацията, и на наличните ресурси на личността за справяне с нея. Възприеманата заплаха към здравето и житейските цели, очакванията, свързани със заболяването и откриването на смисъл в онкологичния опит са 3 оценителни процеса, на които се обръща значително внимание в емпиричните изследвания.

Полаганите усилия за справяне могат да са насочени към задоволяване или не на потребностите на пациента с хронично заболяване (Suls & Fletcher, 1985). Континуумът *приближаване/ отдалечаване* също отразява основен мотивационен конструкт (Carver & Scheier, 1990; Davidson et al., 2000). Ориентир към приближаване или стратегиите за ***активно справяне*** включват *търсене на информация, разрешаване на проблема, търсене на социална подкрепа, активни опити да се открият ползите в собствения опит и откриване на начини за емоционално изразяване*. И обратното, при ***справяне, ориентирано към избягване*** се включват **когнитивни стратегии** като *отричане и потискане* и **поведенчески стратегии** като *избягване*. Другите полагани усилия, насочени към справянето като духовен потенциал, могат да послужат за приближаване или отдалечаване от целите.

Стратегиите за справяне, които хората прилагат, и тяхната полезност се променят в зависимост от адаптивните задачи, продиктувани от настъпилите промени поради заболяването (Blalock et al., 1993). При остра криза и голяма заплаха може да е полезна стратегия на *избягване*. Въпреки това, резултати от проведени изследвания установяват, че избягването е свързано със затруднено приспособяване във времето (Roesch et al., 2005; Stanton et al., 2002). Например в сравнение с жена, която по-рядко използва избягването, пациентите с рак на млечната жлеза, които често са прилагали когнитивно избягване преди биопсията от гърдата, споделят преживяване на повече дистрес в този момент, след поставяне на онкологична диагноза и след операцията (Stanton & Snider, 1993; Hack & Degner, 2004). Аналогично, прилагането на стратегия за справяне със здравни проблеми чрез избягване е свързано с изпитване на продължителен емоционален дистрес 1 година след извършена сърдечна операция (Dew et al., 2005). Справянето чрез избягване може да включва разрушително поведение като употреба на алкохол, например, бързо нахлуване на мисли и емоции, свързани със заболяването (Wegner & Pennebaker, 1992) или да попречи на постигане на по-добри резултати от полаганите усилия за справяне. Въпреки че получените резултати не са толкова непротиворечиви, колкото при справянето чрез избягване (Roesch et al., 2005; Stanton et al., 2002), стратегиите, ориентирани към сближаване се оказват по-ефективни.

Прилаганите стратегии за справяне влияят на взаимоотношенията и личностни черти като например оптимизъм, междуличностни процеси на оказване на подкрепа и

приспособяване или върху влиянието на други предиктори. Например комбинацията от предпочитания *стил за справяне чрез избягване* и *слабата социална подкрепа* са рискови фактори за засилване на преживяването на дистрес от пациента с онкологична диагноза (Devine et al., 2003; Jacobsen et al., 2002). *Справянето чрез избягване* се разглежда като механизъм за взаимоотношения между неподкрепящо поведение от партньора и поради дистреса, преживян от онкологичния пациент (Manne et al., 2005).

Справянето е *процес*, а не *еднократен акт* (Cohen & Lazarus, 1973; 1979), който подлежи на оценка в контекста на конкретна ситуация, в потребностите и ресурсите, които тя сякаш носи със себе си. Установено е, че хората са по-склонни да прилагат *стратегии за справяне, ориентирани към емоциите*, свързани със здравето. Аналогично стратегиите за справяне, които са подходящи в краткосрочен план не са за предпочитане в дългосрочен. Според получените резултати стратегиите за справяне, ориентирани към емоциите, са свързани с влошена и като цяло по-бавна адаптация към заболяването, но по-дългосрочно оцеляване. Проверката на тези тенденции предстои в провеждане на бъдещи изследвания.

Поставянето на онкологична диагноза може да се разглежда като житейско предизвикателство, което е необходимо да бъде прието, а не като събитие, което се нуждае от поведенчески отговор и издигане в житейска цел. *Стратегиите за справяне, насочени към емоциите,* се избират и прилагат по-често, когато хората вярват, че са в ситуации, които е необходимо да се изтърпят и преживеят (Scheier & Carver, 1985).

Научната литература предлага доказателства за значението на *справянето чрез емоции* при жени с рак на млечната жлеза. Според резултати от проведени изследвания (Greer et al., 1985) те са по-склонни към крайно потискане при изразяване на емоциите по време на интервю преди операцията в сравнение с пациенти, при които е установено, че образуванието в гърдата е доброкачествено. В проведено изследване в болницата Джон Хопкинс, САЩ, жените, които според своите лекуващи лекари са по- слабо адаптирани към заболяването, оцеляват най-продължително (Shapiro, 2013). Потискането на емоциите е основна характеристика на стоическата, приемащата и отстъпчивата тип С личност, която се свързва с недобра прогноза при изследване на пациенти с меланом (рак на кожата).

От друга страна процесът на справяне може да е свързан с отдаваното значение на болестта. Пациентите е възможно да не възприемат своята диагноза като „проблем" за разрешаване. При всички случаи начинът, по който се гледа на рака в обществото, подлежи на развитие, промяна и хуманизиране.

Откриването на смисъла в хроничното заболяване се разглежда от различни теоретични гледни точки. Анализиран е „*смисълът като разбираемост*" (Janoff-Bulman & Frantz, 1997), от една страна, или е направен опит да се открие какъв смисъл има дадено събитие или „*смисълът като значение*", от друга страна. Търсенето на разбираемост често напомня за личната уязвимост, свързана с откриването на смисъла в живота. Смисълът се създава от оценките на ценностите и значимостта (Janoff-Bulman & Berger, 2000). Именно „*смисълът като значение*" показва на пациента психологическите ползи от натрупания опит като хронично болен.

Професионалистите от здравната сфера не трябва да се учудват, когато чуят, че техните пациенти преживяват и *позитивни ефекти* от поставената им онкологична диагноза, тъй като за много от тях тя представлява както предизвикателство за преодоляване, така и възможност за личностно израстване и развитие. Чрез натрупания опит като пациенти те разширяват своите разбирания и откриват нов смисъл в болестта като важен аспект от процеса на възстановяване. Резултатите показват, че те превръщат тежък и животозастрашаващ опит в позитивна сила и част от своя живот.

При теоретичен преглед на позитивните страни на това да си онкологичен пациент се установява, че връзката между откриването на позитиви и приспособяването е

разнопосочна (Stanton et al., 2002). Сред значимите позитивни последствия от поставената диагноза в резултат на натрупания опит като пациент с рак на млечната жлеза в период след 5 години е засилване на изпитваните позитивни емоции (Bower et al., 2005), откриване на ползи 1 година след извършената операция и преживяване на по-малко дистрес и симптоми на депресия между 4 и 7 години по-късно (Carver & Antoni, 2004). Става ясно, че откриването или не на ползи е свързано с позитивното приспособяване към заболяването (Sears et al., 2003; Tomich & Helgeson, 2004). Вероятно обвързаността в откриването на ползи изпълнява различни функции по време на хроничното боледуване (Stanton et al., 2002). Настъпилите позитивни промени и последствия върху адаптацията в откриването на смисъл и ползи изискват обръщане на по-нататъшно теоретично и емпирично внимание (Tennen & Affleck, 2002), например чрез ретроспективни доклади от пациентите.

Повечето проведени изследвания, посветени на междуличностните връзки при пациенти с хронични заболявания, разглеждат позитивното влияние, което те им оказват. Както структурните аспекти от социалните връзки (например социалният статус и размерът на мрежата за подкрепа), така и функционалните измерения (променливи) (например валидизиране на емоциите и даване на информация) могат да оказват позитивно влияние (Carver et al., 2005; Demange et al., 2004).

Пациенти, засегнати от хронично заболяване, често споделят, че са израснали и са се развили личностно чрез онкологичния си опит (Cordova et al., 2001). Откриването на смисъл и позитивни страни в него е изследвано както като предиктор за последващото приспособяване, така и като резултат от адаптацията.

Изследваните пациенти с рак на млечната жлеза споделят, че предпочитат да прекарват време с хора, които имат цел в живота, която му придава смисъл и че хората, които ги занимават с ежедневни и банални въпроси, ги дразнят. Това може да се обясни с настъпилите промени във взаимоотношенията поради заболяването. Необходимо е провеждане на допълнителни изследвания на взаимоотношенията на онкологичните пациенти със значимите други и как те са повлияни от липсата на общ споделян смисъл, разбиране и приписване на сходно разбиране на натрупания онкологичен опит.

Жените с рак на млечната жлеза споделят промяна в нагласите им към живота. Въпреки натрупания онкологичен опит и непрекъснатата необходимост от преодоляване на трудности, те съхраняват своя позитивизъм и оптимизъм, чувстват се обогатени от него и задълбочават състраданието, което изпитват към другите. Те откриват позитивни страни в трудния житейски опит. При анализ на качеството им на живот е важно да се обърне внимание и на посочената тенденция от образа на рака. Вероятно един от най-важните аспекти от оцеляването е способността да се премине през живота, като се гледа напред и вярва в бъдещето, с разбиране и съчувствие.

Жени с рак на млечната жлеза, като помагат на пациенти със същата диагноза, могат да засилят своето усещане за смисъл и цел в живота. Групите за подкрепа се оказват полезни за всички участници. Засилва се оптимизмът, усещането за цел в живота, мисленето за бъдещето и обвързването в споделена романтична връзка може да се отрази и допринесе за емоционалното им благополучие. В несигурния път на рака емоционалното благополучие, откриването на цел и смисъл в живота и преодоляването на негативни ситуации може да е от по-голямо значение в сравнение с позитивното мислене.

Сред областите, в които са настъпили *позитивни* промени, са храненето, увеличеното ежедневно физическо натоварване, засилване на религиозните убеждения и вярвания и др. дейности, свързани с духовността, използване на хранителни добавки, нисковъглехидратна диета и билкови природни средства.

Въпреки че научната литература за влиянието на храненето и теглото като цяло на етиологията и развитието на рака е повече умозрителна и е по-трудна за оценяване в сравнение с изследванията за влиянието на начина на хранене върху сърдечно-съдовите

заболявания, резултатите показват, че внимателният избор на храни помага да се избегне или контролира рака (Серван-Шрайбер, 2011). Безспорен факт е бързото нарастване на научната литература за положителното влияние на хранителни добавки, храни и природни продукти като цяло върху рака.

Пациентите признават, че ракът е заболяване за цял живот, затова е добре да са наясно какво означава за тях добро здраве. Възможно е планирането на някои дейности, свързани със здравето, да не е подходящо.

Изследваните лица са единодушни, че без връзката им с Бога и получаваната социална подкрепа, включително от църквата и по време на богослужения, те не биха могли да преживеят и приемат своя опит по време на боледуването и лечението. Тези изводи са в противоречие с получените резултати при изследване на деца, преживели рак (Zebrack & Chesler, 2002). Те споделят, че духовното качество на живот, което имат, е влошено след приключване на лечението. Интерес представлява провеждане на бъдещи изследвания, оценка и сравнение на влиянието на рака върху духовния опит на пациенти над 18-годишна възраст с пациенти под 18-годишна възраст, като се анализират и причините за възрастовите различия между двете изследвани групи. По правило жените, които са по-психично благополучни, имат повече енергия и мотивация за духовни вярвания и отделят повече време за религиозни дейности.

Изследваните лица ценят повече живота, след като са приключили своето лечение и са преживели рака. Важно е бъдещите изследователи да насочат своето внимание към разработване на методи за засилване и изследване именно на позитивните резултати от онкологичния опит и придаване на нов житейски смисъл с цел да се ограничи негативното му влияние.

За повечето хора, включително онкологични пациенти, интересът към планиране на бъдещи месеци или години от живота без значение на неяснотата в състоянието е силен мотиватор за действие и основна необходимост. Мисли и поведение с цел отдалечаване от собствената личност се допълва от осъзнаване какво е важно в живота и желание човек да е запомнен със своите дела и оказано влияние на другите. Стремежът към откриване на смисъла е разгледан в изследвания на позитивната връзка между оптимизма и откриване на психологически ползи при жени с рак на млечната жлеза (106-108).

Теоретици анализират оцененото влияние на заболяването върху личните житейски цели като основен детерминант на приспособяването. По-късно разбирането за първичната оценка е променено (Lazarus, 1991), като към нея се добавя елементът за *адекватност* и *съгласуваност* на поставените житейски цели и отдавания *личностен смисъл на заболяването* от пациента. Според теорията за саморегулацията (Carver & Scheier, 1990) болестта е житейски опит, който си взаимодейства и е свързан с плановете и дейностите, които придават смисъл на живота на личността (Scheier & Bridges, 1995). Възможно е заболяването да представлява за пациента пречка за постигане на значимите житейски цели или да ограничава и възпрепятства извършването на важни за него дейности, или например да му причинява психологическа болка.

Пациентите с рак на простатата, които се адаптират към своето заболяване като променят значимите си житейски цели, са по-слабо засегнати от физическата дисфункция в сравнение с мъже, които не ги преразглеждат (Lepore & Eton, 2000).

Обръщането прекалено внимание на позитивното приспособяване обаче може да има негативни последствия. Очакването пациентът да има неизчерпаеми запаси от сила не му позволява да има лош ден или лоша година. Това дава възможност да усети „тиранията на позитивното мислене" (Holland & Lewis, 2000) или да смята, че всеки дистрес или негативно мислене ще влоши хроничното заболяване.

- Болестта засяга **качеството на живот**, умственото здраве и емоционалното благополучие на онкологичните пациенти и членовете на семейства им. Тъй като постепенно научният интерес към изследване на жени с рак на млечната жлеза се засилва

в дългосрочен план, в изследванията се измерва не само оцеляването на жените, но и качеството им на живот след поставената диагноза.

Въпреки големия дистрес, от значение е разнообразието в приспособяването към хроничното заболяване. Изследвано е разнообразието в приспособяването (Helgeson et al., 2004), при което се диференцират различните начини на функциониране на жени с рак на млечната жлеза между 4 и 55 месеца след поставяне на диагнозата. Установено е, че 43% от изследваните лица имат добро и стабилно психологическо качество на живот, при 18% то е по-лошо, но се подобрява постепенно, при 26% психологическото функциониране е влошено непосредствено след поставянето на диагнозата, но бързо се подобрява и 12% изпитват непосредствено и значително влошаване на психологическото функциониране с леко подобрение. Интерес представлява изследване на области, свързани с *личността на пациента, социума, семейството, заболяването* и др., защото оказват пряко влияние на качеството му на живот и неговите близки и към тях са ориентирани програмите за рехабилитация на жени с рак на млечната жлеза.

През последните години все повече се увеличават в световен мащаб проведените изследвания на необходимите предпоставки за задоволително качество на живот с онкологично заболяване. Вероятно в бъдеще ще се разшири научното разбиране за протичащите процеси на адаптация към диагнозата. Бъдещи публикации все повече ще включват в анализа си и културни фактори, ще обединяват биологични, психологически и социални аспекти, а получените резултати ще намират директно отражение в програми за рехабилитация.

Повечето изследвани лица продължават да споделят, че изпитват физическа болка след операцията за отстраняване на рака или след лечението му, което оказва негативно влияние на качеството им на живот. Именно затова е важно бъдещите програми за рехабилитация да са насочени не само към психологическите аспекти от преодоляването на рака, но и към анализ на влиянието на физическото състояние на пациентите и ограниченията им в качеството на живот.

Конкретно на ранното диагностициране на рака на млечната жлеза и на предикторите на процеса на приспособяване към него са посветени най-много изследвания. На някои понятия се обръща по-голямо научно внимание в сравнение със самото заболяване, а други са добавени към модели като важна част от тях, например сексуалността на пациентите се разглежда като значима част от качеството им на живот (Derogatis et al., 1983) и целта в живота се смята за предиктор на здравни резултати, достигнати след приключване на лечението (Seeman et al., 2003; Smith & Zautra, 2004).

Въпреки че не е изненада, че *рецидивът на рака на гърдата* засяга директно качеството на живот на пациента, стресиращо е да се наблюдава разнообразието от житейски области, в които той се отразява. В сравнение с другите групи изследвани лица жените с рецидив на рака на млечната жлеза имат влошено физическо, функционално и емоционално здраве, изпитват повече болка, преживяват повече опасения и ограничения в изпълняваните социални роли от тях, подложени са на по-голям стрес, свързан със симптомите и оценяват по-негативно своето заболяване. Именно поради тези причини те се нуждаят в голяма степен от участие в програми за рехабилитация, които ще им помогнат да се справят с тежките последствия от рецидива на заболяването върху качеството им на живот.

Внимание заслужава скоро проведено изследване (Shapiro, 2013) през 2013 година с 1 273 жени с метастазирал рак на гърдата от 12 страни – Аржентина, Бразилия, Канада, Германия, Хонконг, Индия, Ливан, Мексико, Русия, Великобритания, САЩ и Тайван. Установява се, че те се чувстват самотни и изключени от пациентите с ранно диагностициран рак на гърдата. Приблизително 2/3 (63%) от тях твърдят, че никой не разбира това, през което преминават и 2 от всеки 5 жени се чувстват изолирани от групите за взаимопомощ с ранно установен рак на млечната жлеза. Около 77% активно търсят информация за своето състояние, а според 45% е трудно да се открие информация

за метастазирал рак на млечната жлеза. Според 55% откритата информация не отговаря на потребностите, които те имат, вероятно защото по-голямата част от нея е насочена към жени с ранно диагностициран рак на гърдата. Към липсата на информация и чувството на изолация 41% добавят, че подкрепата от приятели и членове на семейството им е намаляла във времето. Става ясно, че всеки 3 от 4 жени (76%) биха желали лекуващият ги лекар да има предвид също така и техните емоционални потребности. Въпреки че всеки 2 от 5 жени (40%) преживяват негативното влияние на рака върху отношенията със съпрузите си, 87% от изследваните лица твърдят, че получават достатъчно подкрепа от тях.

Отличителна характеристика на човешкото съществуване е способността му да бъде щастлив и да съхранява своето качество на живот по време на физически и емоционално трудни времена. Способността на жените с рак на млечната жлеза да понесат толкова тежка терапия и да надскочат собствените си възможности, да откриват смисъл в страданието и дори да успяват да помагат на другите е отразено в увеличаващия им се *оптимизъм*.

- Една от сравнително често изследваните личностни черти, свързана с приспособяване към заболяването е **диспозиционният оптимизъм** (Scheier & Carver, 1985). Оптимистичната нагласа на пациента е ресурс при възстановяването му. Нивото на оптимизъм непосредствено след поставяне на диагнозата е свързано и води до по-позитивно и относително улеснено приспособяване през следващите години (Carver et al., 1993; Schou et al., 2005). Позитивните страни на изпитвания оптимизъм се установяват при пациенти с различен вид рак и в различен стадий на заболяването (Carver et al., 2005). Емоционално предпазващото влияние на оптимизма засилва приложението на стратегии за справяне със стреса, ориентирани към вземане на решение, към получаване на емоционална социална подкрепа и намалява оценката на заплахата от заболяването и прилагане на справяне чрез избягване (Carver et al., 1993; Scheier et al., 1989; Schou et al., 2005).

Справянето чрез изразяване на емоциите е свързано с намаляване на дистреса, с по-малко лекарски прегледи при пациенти с рак на млечната жлеза, които се нуждаят от наличие на високи нива на надежда (Stanton et al., 2002). Житейските цели, свързани със здравето и оптимизма, също са от значение. Въпреки че липсват убедителни доказателства (Schofield et al., 2004), според някои диспозиционният оптимизъм е свързан с оцеляването при пациенти с хронични заболявания (Giltay et al., 2004; 2006).

Оптимистично настроените изследвани лица прилагат по-малко стратегии за справяне със заболяването, както ориентирани към емоциите, така и към разрешаване на проблема, ако те не смятат, че това е необходимо. За жените с рак на млечната жлеза в начален стадий, които се лекуват, много от стратегиите, ориентирани към решаване на проблема като разбирането му, събиране на информация, обмисляне и обсъждане на начини за справяне със ситуацията, могат да се използват преди лечението им. По време на лечебния процес вниманието им може да се насочи към успешното преодоляване на изпитанията и справяне с живота.

- Като част от процеса на адаптация към заболяването Теорията за когнитивната адаптация (Taylor, 1986) подчертава засилването на самооценката, съхраняване на усещането за контрол и добавя търсене на смисъла. Общата самооценка представлява начина, по който хората се чувстват като цяло. Високите нива на самооценка са свързани с повече промени в настроението и с влошено качество на живот при жени с рак на гърдата (62). При анализ на физически заболявания (Moos & Schaefer, 1984) се добавя и необходимостта от решаване на задачата за управление на болката и симптомите, пренареждане на болничната среда и поддържане на удовлетворяващи взаимоотношения със специалистите от медицинския екип. Според друга гледна точка

(Spelten et al., 2002) от значение е функционалният статус, често операционализиран като връщане на добре платена работа, извършване на рутинни действия и лесна подвижност. *Качеството на живот* и очакванията във *физическо, функционално, социално, сексуално* и *емоционално отношение* е необходимо също да се адаптират към хроничното заболяване (Cella, 2001; Newman et al., 1996).

Според получените резултати от проведени изследвания повечето изследвани лица изпитват тревожност, че ракът може да се върне, или е налице ясно изразен страх от рецидив. Част от тях споделят загуба на усещане на **контрол**. Двете тенденции е възможно да са причини във фазата на дългосрочно оцеляване за оказване на сериозни психологически последствия като посттравматично стресово разстройство (Amir & Ramati, 2002), негативни емоции или влошено качество на живот (Tomich & Helgeson, 2002).

Усещането за упражняван контрол като цяло е свързано с намаляване на дистреса при онкологични пациенти след трансплантация на костен мозък преди изписване от болницата и 1 година по-късно (Fife et al., 2000) и при онкологични пациенти, които са на лъчетерапия (Stiegelis et al., 2003). Очакването за упражняване на контрол над заболяването не е необходимо непременно да съвпада с реално съществуващите възможности за това, за да бъде полезно (Thompson & Kyle, 2000). Според други автори от оценката на контрола зависи дали заплахата от заболяването подлежи на контрол над него (Christensen & Ehlers, 2002).

Очакванията за упражняване на контрол над хронично заболяване и увереността в способностите да се достигнат желани цели също оказва влияние на приспособяването към заболяването. Хроничното заболяване е възможно да затруднява възприемането на контрола над телесната цялост, ежедневните планове за участие и включване в значими дейности и в живота като цяло. Друга основна характеристика на хроничното заболяване е, че обвързаното включване в лечението, предписано от лекари, и усилване на здравословния начин на живот и навици не могат да окажат контрол над постигнатите резултати от проведеното лечение. За пациента те са от по-голямо значение от получените резултати от лечението, например оказване на по-голям контрол над последствията от заболяването, включително овладяване на болката и симптомите (Thompson et al., 1993).

Възприеманият контрол (Carver et al., 2000) е важен само до степен, че допринася за очакванията на позитивни резултати. В 2 групи изследвани лица *очакването за излекуване от рак* е свързано с по-малко дистрес през следващите години, а *възприеманият контрол над заболяването* не е свързано с изпитвания дистрес. Свързано понятие е *очакваният отговор* или въпросите на пациента колко изморен се предполага да бъде след приключване на лечението. То не е свързано с упражнявания контрол, но оказва влияние на получените резултати. Очакваният отговор към болка и умора преди операцията за отстраняване на рака на млечната жлеза се отразява на същите променливи след операцията, като се измерва в зависимост от изпитваното ниво на стрес преди операцията (Montgomery & Bovbjerg, 2004).

Научната литература по темата е полезна при разработване на **програми за рехабилитация** на онкологични пациенти. Тя ги подпомага чрез включване на процеси, разглеждащи позитивното приспособяване, като например специфични техники за развитие на собствената ефикасност при изпълнение на ежедневни задачи, свързани със заболяването (Graves, 2003). Проведените изследвания могат да са полезни при установяване на механизмите на работа на програмите, например чрез увеличаване на стратегиите за справяне или ограничаване на мисли, свързани със заболяването (Scheier et al., 2005). Литературата с представени резултати от емпирични изследвания може да е полезна при разработване на програми за по-уязвими групи от населението. Според изследванията на приспособяването към онкологично заболяване има групи от

хора, които разполагат с по-малко личностни и социални ресурси и са в по-голям риск от внезапно остро влошаване на психологическите им функции поради опита им като пациенти (Dew et al., 2005; Helgeson et al., 2004). Необходимо е те също да бъдат включени в програмите за рехабилитация.

Психорехабилитационните програми е необходимо да бъдат кратки, добре структурирани, а образователните съвети, които предлагат на пациентите, да целят да повишат качеството им на живот след рака, да осигуряват информация, свързана с доброто здраве, и да ги обучава да развиват своите умения за преодоляване на емоционалния стрес, на който са подложени.

*
* *

Програмите за оказване на психологическа подкрепа или с образователна цел за онкологични пациенти са насочени към преодоляване на стреса и други емоционални състояния, които те преживяват (Fawzy & Fawzy, 1994). Според авторите различните теоретични обзори за управлението и контрола му, развитие на умения за справяне с него и оказване и получаване на социална подкрепа влияят на задълбочаване на заболяването, въпреки че не са известни механизмите на този процес (Meyer & Mark, 1995).

Онкологичните пациенти могат да се възползват от програмите за рехабилитация, насочени към анализ на мотивацията, която стои зад ценностите им, свързани със здравето, за да се намалят самообвиненията, срама и безполезните стигматизиращи вярвания за рака. Те имат за цел да засилят получаваната социална подкрепа след приключване на острата фаза на лечение, тъй като е от значение при обгрижване и възстановяване на пациента.

Проблеми, които не възникват често, но оказват сериозни последствия, са несполучливи резултати при реконструиране на бюста, проблеми с медицинската застраховка и репродуктивни затруднения, за чието успешно разрешаване е необходимо участие в програми за рехабилитация.

Повечето жени с рак на млечната жлеза биха желали да получат по-подробна информация за физическото си възстановяване след операцията и за евентуални решения на възникнали множество проблеми като намален интерес към секса, намалено усещане за собствена сексуална привлекателност, опасения, свързани с възприемането на собственото тяло, страх от рецидив на заболяването и затруднения в общуването с лекарите. Добра идея е да се разработят програми за психосоциална рехабилитация, ориентирани към подобряване на качеството на живот след първата година от лечението.

Налице е необходимост от разработване на програми за психорехабилитация, насочени към подпомагане на по-млади жени с рак на млечната жлеза и задоволяване на специфичните им психосоциални потребности, намаляване на психологическия дистрес при поставяне на диагнозата на пациенти между 25 и 34 години, измерване на споделените затруднения в емоционалното и социалното им функциониране и намалени нива на енергия и жизненост в сравнение с изследваните здрави жени.

Сред **ограниченията на научната литература** за приспособяване към хронично заболяване е това, че факторите от средата, като принадлежност към дадена общност, не са детайлно изследвани. Например общности, които включват висока степен на социален капитал – ресурс, свързан с взаимното доверие във взаимоотношенията и чувство на принадлежност, е възможно да улеснят процеса на приспособяване към заболяването. Аспекти от интериора на болничната среда, например ако членовете от семействата на оперираните пациенти прекарат нощта, настанени удобно, могат да засилват усещането за упражняван контрол и да имат достъп до пациента.

Повечето проведени изследвания на приспособяването към хронично заболяване не разглеждат влиянието на преморбидни, личностни или фактори на средата. С някои изключения, недостатъчни са изследванията на рискови или благоприятстващи фактори след поставяне на диагнозата, влиянието на конкретния стадий от заболяването, например, психологическата и биологичната адаптация към стреса (Taylor et al., 1988). На бъдещи изследвания подлежат причините и факторите за достигане на по-лоши резултати при психологическото приспособяване към заболяването. С увеличаване на възрастта на изследваните лица ще се увеличава и наличието на съпътстващи коморбидни физически заболявания, които ще затрудняват и усложняват приспособяването им към онкологичното заболяване (Stommel et al., 2004).

Проблемите при изследване на психологическите ефекти на рака (неустановени преморбидни състояния, трудности в определянето на сериозността на всеки стадий от заболяването, различията в биологичния субстрат на тумора) затрудняват оценката и контрола на предписаните лекарства и съгласуваността им с медицинския режим. Понякога е трудно и дори невъзможно да се разработи план за провеждане на изследване, което да изключва важни алтернативни обяснения на заболяването. Корелацията (връзката) може да е фалшива, например да произтича от други променливи като неприятен работен климат, вируси или хронични инфекции, които влияят на психологическите характеристики и рака (Sklar & Anisman, 1981). Нещо повече, въпреки че психологическите характеристики оказват влияние на оцеляването, то е относително и остава в сянката на биологичните фактори.

Представените изследвания са лимитирани от броя на изследваните лица и от факта, че данните са събирани по едно и също време, което не позволява да се достигне до определени заключения за причинните зависимости между променливите. Допълнително ограничение е фактът, че изследваните лица участват на доброволен принцип в тях. Също така не са включени важни променливи като влияние на социалната подкрепа, менопаузата, желание за забременяване, настроение, страх от рецидив и др. Освен това, тъй като проведените изследвания засягат лични теми, свързани със сексуалността, интимността, възприемането на собственото тяло, сексуални практики, сексуална социализация и др., възможно е в известна степен това да се отразява на дадените отговори и получените резултати. Друга слабост на проведените изследвания е, че приложените скали е възможно да не са достатъчно чувствителни, за да установяват „скрити" тенденции, които се откриват чрез провеждане на интервю или друг качествен метод. В изследваните лица липсват пациенти от други етнически групи, по-млади и неомъжени. Възможно е също така пациентите, които се намират в по-напреднал стадий на заболяването, да не желаят да участват и техният отказ да влияе на представителността на получените резултати. Освен това на бъдещ анализ подлежат механизмите за наблюдение и съпоставка на различия между групите изследвани лица.

Ракът на млечната жлеза сам по себе си представлява заплаха за живота на пациента. Неговото тяло е допълнително натоварено от високата токсичност на операцията, последващата радиотерапия, химиотерапия и/ или хормоналната терапия. Именно поради тази причина е важно да се признае, че множеството симптоми и проблеми продължават да съществуват при диагностицираните жени след приключване на острата фаза на лечението срещу диагнозата. Затова добра идея е в **бъдещи изследвания** да се прилагат онкологично специфични скали за качество на живот, например, или за оценка на ефективността на прилаганите терапии за лечение.

Разработването на нови методологии за провеждане на количествени изследвания по темата ще даде отговор на поставените комплексни въпроси през следващите десетилетия. Безспорно приложението на методологии, които отразяват ежедневните дейности на пациентите, ще увеличи разбирането за приспособяването им към онкологичното заболяване (Tennen et al., 2000). Необходимо е да се проследи промяната

във времето между развитието на болестта при различни онкологични пациенти. Предстои установяване дали жените с лимфодема изпитват повече трудности в сравнение с другите жени с рак на млечната жлеза на същата възраст и преживяно еднакво време за следоперативно възстановяване.

При здравото население се установява, че доходът е свързан със симптоми на депресия. Въпросът е дали по-ниските доходи при пациенти с рак на гърдата са свързани с увеличаване на риска от депресия.

Като цяло са рядкост изследванията на гледната точка на лекарите за сексуални теми, които по правило са табу, провокират срам и вина в пациентите по време на общуването между лекар и пациент. Налице е необходимост от провеждане на национално представително изследване на нагласите на мамолози и хирурзи към сексуалните въпроси на пациентите с рак на млечната жлеза в България. Добре е да се установи за какво се смятат отговорни лекарите, освен за медицинските аспекти на провежданото лечение. От другите професионалисти като медицински сестри, психолози и социални работници ли се очаква те да се погрижат за сексуалността и промяната във възприятието на собственото тяло на пациента? Срещат ли психологически бариери жените с рак на гърдата при обсъждане на интимни въпроси, например контрацепция и ранна предизвикана менопауза, със специалист от другия пол? От друга страна е необходимо провеждане на голямо изследване на сексуалните и интимните проблеми на жените с рак на гърдата, което да комбинира качествена с количествена методология с цел по-добро разбиране на връзката между лечението на рака, менопаузата и сексуалните функции.

Установено е съществуването на няколко различни начина за преодоляване на рака – търсене и приемане на социална подкрепа, насочване към позитивно дистанциране, когнитивно и поведенческо бягство от диагнозата и др. Възможно е онкологичните пациенти да са предразположени към справяне с диагнозата по определен начин, като прилагат дадена стратегия поради фактори като етап от живота, в който се намират, социално-икономически статус и личностни вярвания (Holahan & Moos, 1987). Предстои изследване на сложната връзка между оптимизма и различните източници на социална подкрепа при онкологични пациенти. Добра идея е да се повторят представените изследвания с извадка от различни етнически групи с цел анализиране на влиянието на културните фактори върху приемане на онкологичната диагноза от пациентите.

Социодемографски характеристики като възраст, образователно равнище и степен на религиозност се установява, че са особено важни в обяснението на това как хората преодоляват своя рак. Например по-религиозните хора от изследваните лица са по-склонни да прилагат стратегии като когнитивно преформулиране на стресовата ситуация. Оказва се, че справянето чрез религията изпълнява предпазваща функция пред лицето на смъртта (Park, Cohen & Herb, 1990). Предстои изследване на представители на различни религиозни групи и начините за справяне и приспособяване към рака, които те избират и прилагат. Полезно е провеждането на бъдещи лонгитюдни и експериментални изследвания за установяване кои аспекти от ценностния живот са причинно свързани с психичното благополучие на пациентите и за установяване на факторите, които засилват духовните преживявания и отдалечаването от собствената личност, при жени с рак на млечната жлеза.

Необходимо е насочване на изследователските усилия към необходимите изисквания за разработване на програми за интервенции с цел намаляване на симптомите, подобряване на здравето и психичното благополучие на жени с рак на млечната жлеза и близките им, които ги обгрижват.

Приложения

Приложение 1	Изследване на текущото състояние	279
Приложение 2	Изследване на възприемането на собственото тяло	281
Приложение 3	Изследване на привързаността към партньора	282
Приложение 4	Изследване на начините за справяне с диагнозата	283
Приложение 5	Изследване на позитивния опит	284
Приложение 6	Изследване на качеството на живот	285
Приложение 7	Скàла за оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота	287
Приложение 8	Скàла за самооценка	288
Приложение 9	Скàла за степен на изпитвана самота	289
Приложение 10	Скàла за усещане за контрол	290

Приложение 1.
Изследване на текущото състояние

Източник: *Measure of Current Status (MOCS)* (Antoni et al., 2006).

(**Част А**) Моля, отговорете на зададените въпроси, като избирате един от следните възможни отговори:

0 = *Изобщо НЕ* правя това
1 = *Малко* правя това
2 = *Понякога* правя това
3 = *Често* правя това
4 = *Много често* правя това

1. В състояние съм да използвам техники за мускулна релаксация, за да намаля напрежението, което изпитвам.
2. Веднага си давам сметка за всяко стягане, което почувствам в тялото ми, след като започне.
3. Мога ясно да изразя потребностите си пред хората, които са важни за мен.
4. Мога лесно да спра да мисля и да преразгледам потока на мислите си с цел да видя нещата от друг ъгъл.
5. За мен е лесно да реша как да се справя с всеки възникнал проблем.
6. Лесно мога да разпозная ситуации, които ме стресират или ме карат да се чувствам тъжна.
7. Когато възникнат проблеми, аз знам как да се справя с тях.
8. Веднага забелязвам, когато започва да усещам напрежение в тялото ми.
9. За мен е лесно да се обърна за помощ и подкрепа към хора в моя живот, когато се нуждая.
10. В състояние съм да използвам въображението си и представите си, за да намаля напрежението, което изпитвам.

11. Вярвам, че съм в състояние да избера най-добрата стратегия и отговор за справяне със стреса и трудните ситуации.
12. Мога да прибягна до емоционално балансирани мисли, дори и в трудни моменти.
13. Мога да помоля за помощ и подкрепа хората в моя живот, когато се нуждая от това.

(**Част Б**) Моля, отговорете на зададените въпроси, като избирате един от следните възможни отговори:

0 = *Напълно съм НЕ съгласна*
1 = *По-скоро съм НЕ съгласна*
2 = *Неутрално – нито съм съгласна, нито съм несъгласна*
3 = *По-скоро съм съгласна*
4 = *Напълно съм съгласна*

1. Това, че съм с диагноза рак, ме кара да се чувствам като аутсайдер в живота.
2. Получавам доста позитивно внимание от хората около мен.
3. Чувствам се неловко, като знам, че се лекувам от рак.
4. Аз съм много по-добре от другите хора, които имат рак.
5. Хората ми показват, че се интересуват от положението, в което се намирам, и ме подкрепят.
6. Чувствам се свързана с другите пациенти с рак на гърдата.
7. Фактът, че се лекувам от рак, ме прави различна от другите хора.
8. Аз определено чувствам, че хората се интересуват от моето състояние и благополучие.
9. Чувствам се свързана, имам усещането за връзка с другите пациенти, които имат рак.
10. Повечето хора, които имат рак, живеят по-трудно в сравнение с мен.

Приложение 2.
Изследване на възприемането на собственото тяло

Източник: *Measure of Body Apperception (MBA)* (Carver et al., 1998)

Моля, изберете един от следните възможни отговори:
1 = *Напълно съм НЕ съгласна* с посоченото твърдение
2 = *Малко съм НЕ съгласна* с посоченото твърдение
3 = *Малко съм съгласна* с посоченото твърдение
4 = *Напълно съм съгласна* с посоченото твърдение

1. За мен е важно да изглеждам много добре през целия ден.
2. Когато нещо не е наред вътре в тялото ти, ти никога не си същият човек.
3. Ако жената не изглежда добре в очите на другите, то самата тя вероятно не се чувства добре.
4. Мисълта за операция ме притеснява, защото е свързана с нанасяне на вреди на тялото ми.
5. Много съм внимателна с какво се храня.
6. Чувствам се добре, само ако знам, че изглеждам добре в очите на хората.
7. Страхувам се от операция, дори ако белегът от нея не се вижда, защото тя постоянно ти напомня, че нещо не е било наред с теб.
8. Трябва да изглеждам възможно най-добре в очите на другите, за да се чувствам добре в собствените си очи.
9. Като оставим настрана болката, ще ми бъде неприятно сама да си поставям инжекция, заради натиска на иглата върху здрава част от моето тяло.
10. Съзнателно полагам усилия да не ям неща, които не са добри за мен.

Приложение 3. Изследване на качеството на привързаността към партньора

Източник: *Measure of Attachment Qualities (MAQ)* (Carver, 1997a)

Моля, посочете в каква степен сте съгласна или несъгласна със следните твърдения. Моля, не оставяйте въпрос без отговор. Моля, не позволявайте отговорът на даден въпрос да повлиява мнението ви за друг въпрос. Отговаряйте на всеки зададен въпрос като напълно независим и самостоятелен от другите. Няма верни или грешни отговори, необходимо е да изразите **вашето** мнение и чувства, като избирате от следните възможни отговори:

1 = *Изобщо НЕ съм съгласна* с посоченото твърдение
2 = *Малко НЕ съм съгласна* с посоченото твърдение
3 = *Малко съм съгласна* с посоченото твърдение
4 = *Напълно съм съгласна* с посоченото твърдение

1. Близостта до някой ми дава усещане за комфорт в живота като цяло.
2. Често се притеснявам, че партньорът ми не ме обича истински.
3. Желанието ми да бъда близка с хората ми създава проблеми.
4. Смятам, че е лесно да бъдеш близък с хората.
5. Често се притеснявам, че партньорът ми ще ме напусне.
6. Другите хора искат да бъдем по-близки, отколкото на мен ми е комфортно.
7. Чувствам се спокойна и добре, когато съм близка с някой.
8. Много ми е комфортно, да бъда близка с хората.
9. Не се безпокоя, че другите хора ще ме изоставят.
10. Желанието ми да бъда в близки отношения с хората понякога ги плаши.
11. Предпочитам да не бъда в прекалено близки отношения с хората.
12. Смятам, че другите с неохота биха станали близки с мен толкова, колкото аз искам.
13. На мен ми става неприятно, когато някой иска да бъде в близки отношения с мен.
14. Близостта с някой за мен е извор на сили за други дейности.

Приложение 4.
Изследване на начините за справяне с диагнозата

Източник: *Brief COPE* (Carver, 1997б)

Следващите твърдения се отнасят до това как се справяте със стреса в живота, откакто сте разбрала, че трябва да се оперирате. Съществуват много начини за справяне с проблемите. Посочените твърдения се отнасят до това какво сте правила, за да се справите с конкретния проблем. Разбира се, различните хора се справят по различен начин със стресиращите събития в живота им. Нас ни интересуват конкретно **вашето мнение** и какво вие сте направила, за да ги преодолеете. Всеки въпрос е свързан с конкретен начин за справяне със стреса. Важно е да разберем до каква степен, с каква интензивност и колко често сте правила всяко едно от посочените неща. Не посочвайте дали това нещо ви помага или не, а само дали го правите или не. Моля отговорете като използвате посочените отговори. Опитайте се да отговорите на всеки зададен въпрос поотделно, а не като го свързвате с другите. Посочете в каква степен всяко твърдение се отнася до **ВАС**.

1 = *Изобщо не* правя това
2 = *Малко* правя това
3 = *Понякога* правя това
4 = *Много често* правя това

1. Намирам си работа или се занимавам с други неща, за да си отвлека вниманието.
2. Насочвам си усилията, за да направя нещо за подобряване на ситуацията, в която съм.
3. Казвам на себе си: „Това не е реално!"
4. Пийвам си алкохол или успокоителни, за да се почувствам по-добре.
5. Получавам емоционална подкрепа от хората.
6. Предавам се, докато се опитвам да се справя.
7. Прибягвам до конкретни действия, за да подобря ситуацията.
8. Отказвам да повярвам, че това се случва.
9. Казвам неща, за да прогоня неприятните чувства от мен.
10. Получавам помощ и съвет от хората.
11. Използвам алкохол или успокоителни, за да помогна на себе си и за да го преодолея.
12. Опитвам се да го възприема в друга светлина, за да ми изглежда по-положително.
13. Упреквам себе си.
14. Опитвам се да разработя стратегия какво да правя.
15. Чувствам се приета и разбрана от някой.
16. Отказвала съм се от полагане на усилия да се справя.
17. Търся позитивната страна на това, което ми се случва.
18. Шегувам се с това, което ми се случва.
19. Измислям си неща да правя, като например, да отида на кино, да гледам телевизия, да чета, да мечтая, да поспивам или да ходя на пазар, за да мисля по-малко.
20. Приемам реалността и факта, че това ми се случва.
21. Давам израз на негативните си чувства.
22. Опитвам се да намеря успокоение в религиозните ми вярвания и/или в духовните ми убеждения.
23. Опитвам се да приема съветите и помощта на хората за това какво да правя.
24. Уча се да живея с него.
25. Много добре обмислям какви стъпки да предприема по-нататък.
26. Обвинявам себе си за нещата, които ми се случват.
27. Моля се и/или медитирам.
28. Забавлявам се със ситуацията.

Приложение 5.
Изследване на позитивния опит

Източник: *Benefit Finding* (Tomich & Helgeson, 2004)

Понякога пациентите с онкологична диагноза смятат, че тя оказва позитивно влияние над техния живот, а понякога, че им създава проблеми. Моля, посочете в каква степен сте съгласна с всяко едно от следните твърдения, като използвате посочените възможни отговори:

1 = *Съвсем не*
2 = *Малко*
3 = *Умерено*
4 = *Доста*
5 = *Много*

Да имам рак на гърдата:

1. ми позволи да приемам по-лесно нещата.
2. ме научи как да свиквам с нещата, които не мога да променя.
3. ми помогна да приемам нещата, както идват.
4. сплоти повече семейството ми.
5. ме направи по-чувствителна към въпроси, свързани със семейството ми.
6. ми показа, че всеки има цел в живота.
7. ми показа, че всички се нуждаем да бъдем обичани.
8. ме накара да осъзная важността да се планира бъдещето на семейството ми.
9. ме направи по-загрижена и заинтересована от бъдещето на всички хора.
10. ме научи да бъда търпелива.
11. ме научи по-лесно и по-добре да се справям със стресиращи ситуации и проблеми.
12. ми позволи да срещна хора, които станаха някои от най-добрите ми приятели.
13. допринесе като цяло за моето емоционално и духовно израстване.
14. ми помогна да стана по-чувствителна към помощта и подкрепата на другите хора.
15. ми помогна да осъзная кои са истинските ми приятели.
16. ми помогна да се насоча към дейности, които са свързани с целта на живота.
17. ми помогна да стана по-силен човек, който се справя по-успешно с бъдещите житейски предизвикателства.

Приложение 6.
Изследване не качеството на живот

Източник: *Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS)* (Avis et al., 2005)

Бихме искали да Ви запитаме за някои неща, които засягат качеството на живот на хората. Някои от тези въпроси може да звучат сходни, но, моля, непременно отговорете на всеки. По-долу следва скàла, варираща от „никога" до „винаги". Моля, посочете колко често е вярно за Вас всяко от тези твърдения през последните четири седмици. (Изберете един отговор за всеки въпрос)

1 = *никога*
2 = *рядко*
3 = *понякога*
4 = *не много често*
5 = *често*
6 = *много често*
7 = *винаги*

През последните 4 седмици...

1. сте имали енергията да направите нещата, които сте искали да направите.
2. сте имали затруднение да извършвате дейности, които изискват концентрация.
3. сте се притеснявали от това, че се концентрирате за кратко.
4. сте имали проблеми да си спомняте неща.
5. сте се чувствали уморени.
6. сте се чувствали щастливи.
7. сте се чувствали тъжни или депресирани.
8. сте се наслаждавали на живота.
9. сте се безпокоили за малки неща.
10. сте се притеснявали от това, че не сте могли да функционирате сексуално.
11. не сте имали енергията да направите нещата, които сте искали да направите.
12. сте били недоволни от сексуалния си живот.
13. сте били притеснени от болка, която Ви е пречила да направите нещата, които сте искали да направите.
14. сте се чувствали много уморени.
15. не сте имали желание да започнете нови връзки.
16. не сте се интересували от секс.
17. настроението Ви е било развалено от болка или лечението ѝ.
18. сте избягвали социални събирания.
19. сте били притеснени от колебания в настроението.
20. сте избягвали приятелите си.
21. сте имали тъпи или силни болки.
22. сте имали положителен възглед за живота.
23. сте се притеснявали, че забравяте това, което сте започнали да правите.
24. сте се чувствали разтревожени.
25. не сте имали желание да се запознавате с нови хора.
26. сте избягвали сексуалнà активност.
27. болка или лечението ѝ са попречили на социалните Ви дейности.
28. сте били доволни от живота си.

Следващият набор от въпроси е насочен конкретно към влиянието на рака или лечението му. Посочете колко често се отнася до Вас всяко от посочените твърдения през последните четири седмици.

29. сте ценели повече живота поради това, че сте имали рак.
30. сте имали финансови проблеми поради разходите за операция на рака или лечението му.
31. сте се безпокоили, че членовете на семейството Ви са подложени на риск да заболеят от рак.
32. сте разбрали, че това, че сте имали рак, Ви помага да се справяте по-добре с проблемите сега.
33. сте били загрижени за начина, по който изглеждате, поради рака или лечението му.
34. сте се безпокоили за това дали членовете на семейството Ви може да имат гени, причиняващи рак.
35. сте се чувствали непривлекателни поради рака или лечението му.
36. сте се безпокоили от това да умрете от рак.
37. сте имали проблеми със застраховката поради рака.
38. сте се притеснявали от загуба на косата поради лечение на рака.
39. сте се безпокоили от това, че ракът ще се върне.
40. сте чувствали, че ракът Ви помага да разпознаете какво е важно в живота.
41. сте се чувствали по-добре заради това, че можете да се справите със стреса поради това, че сте имали рак.
42. сте се безпокоили за това дали членовете на семейството Ви трябва да се подложат на генетични тестове за рак.
43. сте имали финансови проблеми, които са възникнали, понеже сте имали рак.
44. сте чувствали, че хората се отнасят различно с Вас поради промените във външния Ви вид поради рака или лечението му.
45. сте имали финансови проблеми поради загуба на доход в резултат на рака.
46. когато сте чувствали болка, сте се безпокоили, че може отново да е рак.
47. сте имали опасения за рак.

Приложение 7.
Скàла за оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота

Източник: *Life Orientation Test (LOT–R)* (Scheier, Carver & Bridges, 1994)

Като използвате числата по-долу, моля, посочете в каква степен сте съгласни или несъгласни с всяко твърдение.

1 = *Напълно несъгласен*
2 = *Несъгласен*
3 = *Неутрално - нито съгласен, нито несъгласен*
4 = *Съгласен*
5 = *Напълно съгласен*

1. В ситуация на неопределеност обикновено очаквам най-доброто.
2. Лесно се отпускам и си почивам.
3. Ако нещо може да се обърка, то задължително ще се обърка.
4. Винаги съм оптимист по отношение на моето бъдеще.
5. Много се радвам на моите приятели.
6. За мен е важно да бъда зает.
7. Изобщо не очаквам нещата да станат така, както на мен ми се иска.
8. Не се гневя особено лесно.
9. Рядко обръщам внимание на добрите неща, които ми се случват.
10. Като цяло очаквам да ми се случат повече добри неща от лоши.

Приложение 8.
Скàла за самооценка

Източник: *Self-esteem Scale* (Rosenberg, 1965)

Като използвате числата по-долу, моля, посочете в каква степен сте съгласни или несъгласни с всяко твърдение.

1 = *Напълно несъгласен*
2 = *Несъгласен*
3 = *Съгласен*
4 = *Напълно съгласен*

1. Чувствам, че съм човек с достойнство или поне съм равен с останалите.
2. Чувствам, че имам доста добри качества.
3. Като цяло съм принуден да чувствам, че съм се провалил.
4. Способен съм да правя неща толкова добре, колкото и повечето от другите хора.
5. Чувствам, че нямам много с какво да се гордея.
6. Имам положителна нагласа към самия себе си.
7. Като цяло се чувствам удовлетворен от себе си.
8. Бих искал да чувствам по-голямо уважение към самия себе си.
9. Понякога се чувствам безполезен.
10. Понякога мисля, че изобщо не се справям.

Приложение 9.
Скàла за степен на изпитвана самота

Източник: *UCLA Loneliness Scale, Version 3* (Russell, 1996)

Като използвате числата по-долу, моля, посочете в каква степен сте съгласни или несъгласни с всяко твърдение.

1 - Аз **никога** не се чувствам така
2 - Аз **рядко** се чувствам така
3 - Аз **понякога** се чувствам така
4 - Аз **често** се чувствам така

1. Колко често се чувствате нещастна, като правите различни неща сама?
2. Колко често чувствате, че няма с кого да си поговорите?
3. Колко често чувствате, че повече не може да търпите да сте сама?
4. Колко често чувствате, че никой не ви разбира?
5. Колко често установявате, че чакате хората да Ви се обадят или да Ви пишат?
6. Колко често се чувствате напълно сама?
7. Колко често чувствате, че не можете да намерите подход и да общувате с околните?
8. Колко често чувствате, че сте закопняла за компания?
9. Колко често чувствате, че Ви е трудно да създавате нови приятели?
10. Колко често се чувствате изключена от другите хора?

Приложение 10.
Скàла за усещане за контрол

Източник: *Sense of Mastery Scale* (Pearlin & Schooler, 1978; Pearlin, 1981)

Като използвате числата по-долу, моля, посочете в каква степен сте съгласни или несъгласни с всяко твърдение.

1 = *Напълно несъгласен*
2 = *Несъгласен*
3 = *Съгласен*
4 = *Напълно съгласен*

1. Слабо или никак не контролирам нещата, които ми се случват.
2. Наистина няма начин, по който да разреша някои от проблемите, които имам.
3. Малко неща мога да направя, за да променя по-значимите неща в живота ми.
4. Често се чувствам безпомощен пред проблемите в живота.
5. Понякога се чувствам сякаш съм изтласкана от живота.
6. Какво ще ми се случи в бъдеще, в повечето случаи зависи от мен самата.
7. Мога на направя точно това, което съм решила да направя.

Библиография

Аврамова, Л., Александрова, А., Балабанова, Д., Брадли, Дж., Панайотова, Ю., Тодорова, И. (2005). *Онкологичен скрининг на маточната шийка в България: психосоциални аспекти и състояние на здравната система*, Научен център „Психология и здраве", С.

Агюло, Л. (2009). *Хранителен режим за борба с рака*. Колибри, С.

Будвиг, Й. (2006). *Ракът – проблемът и решението*. Дилок, С.

Великова–Цонкова, Б. (2009). Психологически аспекти на оцеляването, Академично списание *„Управление и образование"* (Сборник доклади от Международна научна конференция „Образование, наука, икономика и технологии", организирана от Университет „Проф. д-р Асен Златаров", Бургас), кн. 3, том 6, *147-155*.

Великова–Цонкова, Б. (2010). Промяна в Аз-образа и самооценката след диагноза онкологично заболяване, Академично списание *„Управление и образование"* (Сборник доклади от Международна научна конференция „Образование, наука, икономика и технологии", организирана от Университет „Проф. д-р Асен Златаров", Бургас), кн. 3, том 6, *24-31*.

Великова–Цонкова, Б. (2011а). Необходимост от психологическа подкрепа за хора с онкологични заболявания, *Българско списание по психология* (Сборник научни доклади от VI Национален конгрес по психология), 38 (3-4), *678-685*.

Великова–Цонкова, Б. (2011б). Влияние на диагнозата рак върху психичното здраве на болния човек, Академично списание *„Управление и образование"* (Сборник доклади от Международна научна конференция „Образование, наука, икономика и технологии", организирана от Университет „Проф. д-р Асен Златаров", Бургас), кн. 2, том 7, *148-156*.

Великова–Цонкова, Б. (2012). Приложение на въпросника за предпочитани стратегии за справяне със стреса COPE при онкологично болни, Академично списание *„Управление и образование"* (Сборник доклади от Международна научна конференция „Образование, наука, икономика и технологии", организирана от Университет „Проф. д-р Асен Златаров", Бургас), кн. 3, том 8, *21-27*.

Владимирова, А. (2003). *Всичко за рака на гърдата*. Хомо футурус, С.

Ганева, З. (2010). *Социални идентичности и психично благополучие* (въведение на английски език от акад. М. Барет). Валдекс, С.

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*.

Ганева, З. (2011в). Изследване на позитивните и негативните начини за справяне с диагнозата рак на млечната жлеза, *Клинична и консултативна психология*, бр. 3 (9), *8-24*.

Ганева, З. (2012а). Самооценката на жени с рак на млечната жлеза от гледна точка на теорията за управление на ужаса, *Клинична и консултативна психология*, бр. 3 (13), *33-52*.

Ганева, З. (2012б). Модел на скръбта и основни емоции при онкологични пациенти, Военен университет, Велико Търново, *Сборник научни трудове на НВУ „Васил Левски"*, Том 6, Велико Търново, *124-134*.

Ганева, З. (2012в). Изследване на качеството на привързаността при жени с рак на млечната жлеза. *Psychological Thought*, Vol. 5(1), *33–46*, doi:10.5964/psyct.v5i1.1

Ганева, З. (2012г). Изследване на психичното благополучие на жени с рак на млечната жлеза. *Психологични изследвания*, Институт за изследване на населението и човека, БАН, бр. 2, *59–73*.

Ганева, З. (2013). Сравнителен анализ на текущото състояние, възприемането на собственото тяло и позитивния опит от поставена диагноза рак на млечната жлеза. *Psychological Thought*, Vol. 6(1), *97-116*, doi:10.5964/psyct.v6i1.58.

Иванова, Т. (2012). *Позитивно*. Български писател, С.

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*.

Портър, Е. (2011). *Полиана*. Пан, С.

Рашева, М. (1999). *От неуспеха към депресията*. Академично издателство „Марин Дринов", С.

Рашева, М. (2006). *Справяне със стреса и депресия*. Академично издателство „Марин Дринов", С.

Серван-Шрайбер, Д. (2011). *Антирак. Нов начин на живот*. Изток - Запад, С.

Сивчева, Л. (2007). *Да се научим да живеем с болестта рак*. Книга-наръчник за пациенти болни от рак и техните близки. С.

Тарейн, М. (2008). *Психосоматика и онкологични заболявания – научни възгледи и противоречия*, Годишник на Софийския университет „Св. Климент Охридски", Философски факултет, Книга „Психология", том 100, № 1, *157-185*.

Тарейн, М. (2011). *Влияние на емоционалните преживявания върху генезиса и локализиацията на онкологичните заболявания*, Автореферат на дисертация, защитена на 05.07.

Хафенхолер, П. (2010). *Ултрахранителна програма за борба с рака*. С.

Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., & de Haes, J. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute, 85* (5), 365–376.

Abrams, R., & Finesinger, J. (1953). Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer*, *6*, 474-482.

Ader, R., & Cohen, H. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, *37*, 333-340.

Ainsworth, M. (1983). Patterns of infant-mother attachment as related to maternal care. In D. Magnusson & V. Allen (Eds.), *Human development: An interactional perspective* (pp. 35-55). New York: Academic Press.

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*, 709-716.

Aitini, E., & Aleotti, P. (2006). Breaking Bad News in Oncology: Like a walk in the twilight? *Annals of Oncology*, *17*(3), 359-360.

Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology*, *22*, 1957-1965.

Akizuki, N., Yamawaki, S., Akechi, T., Nakano, T., & Uchitomi, Y. (2005). Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 29*(1), 91-99.

Aldwin, C., & Revenson, T. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 337-348.

Alferi, S., Carver., C., Antoni, M., Weiss, S., & Duran, R. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, *20*, 41-46.

Allport, G. (1950). *The individual and his religion*. NY: Macmillan.

Allport, G. (1966). The religious context of prejudice. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *5*, 447-457.

Allport, G., & Ross, J. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, *5*, 432-443.

Altshuler, J., & Ruble, D. (1989). Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. *Child Development*, *60*, 1337-1349.

Ambuel, B., & Mazzone, M. (2001). Breaking bad news and discussing death. *Primary Care*, *28*, 249-267.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC.

Amir, M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(2), 191-206.

Andersen, B., Anderson, B., & deProsse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 692-697.

Anspach, R. (1993). *Deciding who lives: Fateful choices in the intensive-care nursery*. Berkeley, CA: University of California Press.

Antoni, M., Esterling, B., Lutgendorf, S., Fletcher, M., & Schneiderman, N. (1995). Psychosocial stressors, herpes virus reactivation, and HIV-1 infection. In M. Stein & A. Baum (Eds.), *AIDS and oncology: Perspectives in behavioral medicine* (pp. 135-168). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Antoni, M., Goodkin, K., Goldstein, D., LaPerriere, A., Ironson, G., & Fletcher, M. (1991). Coping responses to HIV-1 serostatus notification predict short-term and long-term affective distress and one-year immunologic status in HIV-1 seronegative and seropositive gay men, *Psychosomatic Medicine*, *53*, 227.

Antoni, M., Lechner, S., Kazi, A., Wimberly, S., Sifre, T., Urcuyo, K., Phillips, K., Gluck, S., & Carver, C. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 1143-1152.

Antoni, M., Lehman, J., Kilbourn, K., Boyers, A., Culver, J., & Alferi, S. (2001). Cognitive–behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *20*, 20-32.

Ardelt, M., & Koenig, C. (2006). The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging*, *28*, 184-215.

Arndt, J., Cook, A., Goldenberg, J., & Cox, C. (2007). Cancer and the threat of death: The cognitive dynamics of death thought suppression and its impact on behavioral health intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*, 12-29.

Arndt, J., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Simon, L. (1997). Suppression, accessibility of death-related thoughts, and cultural worldview defense: Exploring the psychodyiaamics of terror management. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 5-18.

Arora, N., Finney Rutten, L., Gustafson, D., Moser, R., & Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *16* (5), 474-486.

Aspinwall, L., & Taylor, S. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 989-1003.

Avis, N., Smith, K., McGraw, S., Smith, R., Petronis, V., & Carver, C. (2005). Assesing Quality of Life in Adult Cancer Survivor (QLACS), *Quality of Life Research*, *14*, 1007-1023.

Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hofmann, G., Samonigg, & H. (2003). Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European Journal of Cancer Care*, *12*, ***263-273***.

Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M., & Peretz, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 453-460.

Baltes, P. (1989). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, *611-626*.

Band, E. (1990). Children's coping with diabetes: Understanding the role of cognitive development. *Journal of Pediatric Psychology*, *15*, 27-41.

Band, E., & Weisz, J. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, *24*, 247-253.

Bard, M., & Dyk, R. (1956). The psychodynamic significance of beliefs regarding the cause of serious illness. *The Psychoanalytic Review*, *43*, 146-162.

Bard, M., & Sutherland, A. (1955). Psychological impact of cancer and its treatment: Adaptation to radical mastectomy. *Cancer*, *8*, 656-672.

Barraclough, J. (1999). *Cancer and emotion: A practical guide to psycho-oncology*. Chichester: John Wiley & Sons Limited.

Bartholomew, K., & Perlman, D. (1994). *Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley.

Bartlett, M. (1954). A note on the multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, *16* (Series B), 296–298.

Batson, C. (1976). Religion as prosocial: Agent or double agent? *Journal for the Scientific Study of Religion*, *15*, 29-45.

Batson, C., Schoenrade, P., & Ventis, W. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.

Baxter, N., Goodwin, P., McLeod, R., Dion, R., Devins, G., & Bombardier, C. (2006). Reliability and validity of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire. *The Breast Journal*, *12* (3), 221–232.

Beck, R. (2006). Defensive versus existential religion: Is religious defensiveness predictive of worldview defense? *Journal of Psychology and Theology*, *34* (2), 143-153.

Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: the Free Press.

Bennett, D., & Holmes, D. (1975). Influence of denial (situational redefinition) and projection on anxiety associated with threat to self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, *915-921*.

Bergin, A., Masters, K., & Richards, P. (1987). Religiousness and Mental Health Reconsidered: A Study of an Intrinsically Religious Sample. *Journal of Counseling Psychology*, *34* (2), 197-204.

Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U., & Sjoden, P. (1994). One-year follow-up of the 'Starting Again' group rehabilitation programme for cancer patients. *European Journal of Cancer*, *30* (4), 1744-1751.

Berkman, L., & Glass, T. (1999). Social integration, social networks, social support, and health. In L. Berkman, & T. Glass (Eds). *Social Epidemiology* (pp. 137–73). New York: Oxford University Press.

Besser, A., & Priel, B. (2005). The apple does not fall far from the tree: attachment styles and personality vulnerabilities to depression in three generations of women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*, 1052-1073.

Billings, A., & Moos, R. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 157-189.

Bjordal, 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.

Blaine, B., & Crocker, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events: An integrative review. In R. E Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 55-85). New York: Plenum Press.

Blalock, S., DeVellis, B., Holt, K., & Hahn, P. (1993). Coping with rheumatoid arthritis: Is one problem the same as another? *Health Education Quarterly*, *21*, *119-132*.

Blanchard, C., Labrecque, M., Ruckdeschel, J., & Blanchard, E. (1990). Physician behaviours, patient perceptions and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalised adult cancer patients. *Cancer*, *65*, 186-192.

Blanchard, C., Rodgers, W., Courneya, K., Daub, B., & Black, B. (2002). Self-efficacy and mood in cardiac rehabilitation: Should gender be considered? *Behavioral Medicine*, *27*, 149-160.

Bleiker, E., Pouwer, F., van der Ploeg, H., Leer, J., & Adler, H. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, *40*, 209-217.

Bloom, J. (1982). Social support systems and cancer: a conceptual view. In J. Cohen, J. Cullen, & L. Martin (Eds). *Psychosocial Aspects of Cancer*. Raven Press: New York.

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.

Bloom, J., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, *19*, 831-837.

Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *7*, 89–100.

Blumberg, E., West, P., & Ellis, F. (1954). A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosomatic Medicine*, *16*, 277-286.

Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 525-537.

Bolund, C. (1990). Crisis and coping – Learning to live with cancer. In J.C. Holland & R. Zittoun (Eds.), *Psychosocial aspects of oncology* (pp. 13-25). New York: Springer-Verlag.

Bonanno, G. (2009). *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After a Loss*, Basic Books.

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.

Borsboom, D., Cramer, A., Kievit, R., Scholten, A., & Franic, S. (2009). The end of construct validity. In R., Lissitz (Ed). *The concept of validity: Revisions, new directions, and applications*. Information Age Publishers.

Bower, J., Meyerowitz, B., Desmond, K., Bernaards, C., Rowland, J., & Ganz, P. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, *29*, 236-245.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2nd ed.). New York: Basic Books.

Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford.

Brissette, I., Scheier, M., & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 102-111.

Broadhead, W., & Kaplan, B. (1991). Social support and the cancer patient. *Cancer*, *47*(suppl.), 794-799.

Brooks, J., Wilson, K., & Amir, Z. (2011). Additional financial costs borne by cancer patients: a narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, *15*, 302-310.

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.

Brown, T. (2000). *The rise and fall of psychosomatic medicine* [lecture]. Presented at the New York Academy of Medicine, Nov 29, New York.

Buckman R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British medical journal*, *288*, 1597-1599.

Buckman R. (1992). *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press.

Buckman, R. (1999). Communication in palliative care: A practical guide. In D. Doyle, G. Hanks & N. MacDonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (2nd ed.) (pp. 141-155). Oxford: Oxford University Press.

Bulman, R., Wortman, C. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 351-363.

Bultz, B., Carlson, L. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign-future directions in cancer care. *Psycho-Oncology*, *15*, 93-95.

Buxman, K. (1993). Emergency stats: Nintendo overdose. *Journal of Nursing Jocularity*, *3*, *22-25*.

Caffarel, M., Andradas, C., Pérez-Gómez, E., Guzmán, M., & Sánchez, C. (2012). Cannabinoids: a new hope for breast cancer therapy? *Cancer Treatment Review*, Nov, *38*(7), 911-918.

Cain, E., Kohorn, E., Quinlan, D., Latimer, K., & Schwartz, P. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, *57*, 183-189.

Calhoun, L., Tedeschi, R. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Calman, K. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In N., Aaronson & J., Beckmann (Eds), *Quality of Life of Cancer Patients* (pp. 1–10), Raven Press: New York.

Carlson, E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamon, L., MacRae, J., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Speca, M., Tillotson, & L., Bultz, B. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90(1), 2297-2304.

Carnelley, K., Pietromonaco, P., & Jaffe, K. (1996). Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: effects of self and partner. *Personality Relationships*, *3*, *257-278.*

Carolyn, W., & Carolyn, P. (1987). Humor as a health education tool. In P. M. Lazes, L. H. Kaplan, & K. A. Gordon (Eds.), *The Handbook of Health Education* (pp. 111-21). Rockville, MD: Aspen.

Carpenter, B. (2001). Attachment bonds between adult daughters and their older mothers: associations with contemporary caregiving. *Journal of Gerontology Behavior*, *56*, 257-266.

Carter, B. (1994). Surviving breast cancer: A problematic work re-entry. *Cancer Practice*, *2*(2), 135-140.

Carver, C. (1997a). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*, 865-883.

Carver, C. (1997б). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4,* 92-100.

Carver, C., & Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment five to eight years after diagnosis. *Health Psychology*, *23*, 595-598.

Carver, C., Harris, S., Lehman, J., Durel, L., Antoni, M., Spencer, S., & Pozo-Kaderman, Ch. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychological Bulletin*, *26*, 139-149.

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.

Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V. Scheier, M., & Robinson, D. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 375-390.

Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 375-390.

Carver, C., Pozo-Kaderman, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., Jr., & Clark, K. (1994). Optimism vs pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, *73*, 1213-1220.

Carver, C., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Harris, S., Derhagopian, R., Robinson, D., & Moffatt, F. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 60*, 168–174.

Carver, C., & Scheier, M. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C., Scheier, M. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. In: E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 3-52). New York: Guilford.

Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.

Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V.,Weiss, S., & Derhagopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, *24*, 508-516.

Cash, T., Melnyk, S., & Hrabosky, J. (2004). The assessment of body image investment: an extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, *35*, 305–316.

Cash, T., & Pruzinsky, T., 2002. *Body image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press, New York.

Cella, D. (2001). Quality-of-life measurement in oncology. In A. Baum, B. Andersen (Eds), *Psychosocial Interventions for Cancer* (pp. 57–76). Washington, DC: American Psychological Association.

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.

Centers for Disease Control & Prevention (CDC). (2004). Cancer survivorship — United States, 1971–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *53*, 526-529.

Chapman, N., & Pancoast, D. (1985). Working with the informal helping networks of the elderly: The experiences of three programs. *Journal of Social Issues*, *41*, 47-63.

Christensen, A., & Ehlers, S. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 712-724.

Christensen, D. (1983). Postmastectomy couple counseling: An outcome study of a structured treatment protocol. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *9*, 266-275.

Christopher, A., Drummond, K., Jones, J., Marek, P., & Therriault, K. (2006). Beliefs about one's own death, personal insecurity, and materialism. *Personality and Individual Differences*, *40*, 441-451.

Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, *104*, 627-637.

Coates, D., & Winston, T. (1983). Counteracting the deviance of depression: Peer support groups for victims. *Journal of Social Issues*, *39*, 169-194.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*, 300-314.

Cohen, A., Pierce, J., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B., & Koenig, H. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, *39*, 307-324.

Cohen, F., & Lazarus, R. (1973). Active coping processes, coping disposition and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, *35*, 375-388.

Cohen, F., & Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, & N.E. Cohen (Eds), *Health Psychology: A Handbook*, Adler. San Francisco: JosseyBass.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd edn) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, S, & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In A. Baum, & J. Singer, *Handbook of Psychology and Health*, Erlbaum: Hillsdale, NJ.

Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, *13*, 99-125.

Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*, 310-357.

Cohn, R., Goodenough, B., Foreman, T., & Suneson, J. (2003). Hidden financial costs in treatment for childhood cancer: an Australian study of lifestyle implications for families absorbing out-of-pocket expenses. *Journal of Pediatric Hematology-Oncology*, *25*, 854-863.

Colletti, L., Gruppen, L., Barclay, M., & Stern, D. (2001). Teaching students to break bad news. *American Journal of Surgery*, *182*, 20-23.

Collins, C., & Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*, 1168-1173.

Compas, B., Banez, G., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, *47*, 23-34.

Compas, B., Haaga, D., Keefe, F., Leitenberg, H., & Williams, D. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatment from health psychology: smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 89-112.

Compas, B., Malcarne, V., & Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 405-411.

Compas, B., Worsham, N., Epping-Jordan, J., Grant, K., Mireault, G., Howell, D., & Malcarne, V. (1994). When mom or dad has cancer: Makers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychology*, *13*(6), 507-515.

Conway, V., & Terry, D. (1992). Appraisal controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies: A test of the goodness of fit hypothesis. *Australian Journal of Psychology*, *44*, 1-7.

Cooper, C., & Faragher, E. (1992). Coping strategies and breast disorders/cancer. *Psychological Medicine*, *22*, 447-455.

Cooper, C., & Faragher, E. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: the interrelationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, *23*, 653-662.

Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, *20*, 176-185.

Cowan, C., & Cowan, P. (1986). A preventive intervention for couples becoming parents. In C. F. Z. Boukydis (Ed.), *Research on support for parents and infants in the postnatal period* (pp. 225-251). New York: Ablex.

Coward, D. (1995). The lived experience of self-transcendence in women with AIDS. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *24*, 314-318.

Coward, D. (1996). Self-transcendence and correlates in a healthy population. *Nursing Research*, *45*, 116-121.

Coward, D., & Lewis, F. (1993). The lived experience of selftranscendence in gay men with AIDS. *Oncology Nursing Forum*, *20*, 1363-1368.

Cox, T., & MacKay, C. (1982). Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the etiology and development of cancers. *Social Science & Medicine*, *16*, 381-396.

Coyne, J., Benazon, N., Gaba, C., Calzone, K., & Weber, B. (2000). Distress and psychiatric morbidity among women from high risk breast and ovarian cancer families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 864-874.

Crispi, E., Schiaffino, K., & Berman, W. (1997). The contribution of attachment to burden in adult children of institutionalized parents with dementia. *Gerontologist*, *37*, *52-60.*

Cronkite, R., & Moos, R. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, *25*, 372-393.

Cullberg, J. (1975). *Crisis and development*. Stockholm: Bonniers.

Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Cunningham, A., & Tocco, E. (1989). A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, *14*, 101-114.

Curry, S., & Russ, S. (1985). Identifying coping strategies in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *14*, 61-69.

Cutrona, C., & Russell, D. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. In B. Sarason, I. Sarason, & G. Pierce (Eds), *Social Support: An Interactional View* (pp. 319-366). New York: Wiley.

Dakof, G., & Taylor, S. (1990). Victim's perception of social support: what is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, *8*, 80-89.

Davidson, R., Jackson, D., & Kalin, N. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, *126*, 890-909.

DeFrank, J., Mehta, C., Stein, K., & Baker, F. (2007). Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, *34* (3), 625-631.

Deimling, T., Kahana, B., Bowman, F., & Schaefer, L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology*, *11*, 479–494.

Demange, V., Guillemin, F., Baumann, M., Suurmeijer, T., Moum, T., Doeglas, D., Briancon, S., & van den Heuvel, W. (2004). Are there more than cross-sectional relationships of social support and social networks with functional limitations and psychological distress in early rheumatoid arthritis? *Arthritis & Rheumatism*, *51*, 782-791.

Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Henrichs, M., & Carnicke, C., Jr (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, *249*, 751-757.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M., Bayer, L., Taylor, M., & Fisher, E (2005). Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer*, *13*, 1018-1026.

DeVellis, B., Revenson, T., & Blalock, S. (1997). Arthritis and autoimmune diseases. In S. Gallant, G.P. Keita, R. Royak-Schaler (Eds.), *Health Care for Women: Psychological, Social and Behavioral Issues* (pp. 333–47). Washington, DC: American Psychological Association.

DeVellis, R. (2012). *Scale development: Theory and applications*. (3rd ed.) Sage Publications.

Devine, D., Parker, P., Fouladi, R., & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, *12*, 453-462.

Dew, M., Myaskovsky, L., Switzer, G., DiMartini, A., Schulberg, H., & Kormos, R. (2005). Profiles and predictors of the course of psychological distress across four years after heart transplantation. *Psychological Med*icine, *35*, 1215-1227.

Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, *40*, 807-818.

Dimatteo, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, *160*, 2101-2107.

Donahue, M. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: A review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*, 400-419.

Donovan, K., Sanson-Fisher, W., & Redman, S. (1989). Measuring quality of life in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, *7*, 959-968.

Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, *16*, 487-494.

Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical Education*, *35*, 197-205.

Dougall, A., Hyman, M., Hayward, M., McFeeley, S., & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress: the importance of stress and coping. *Journal of Applied and Social Psychology*, *31*, 223-245.

Dow, K.., Ferrell, B., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among longterm survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, *39*(3), 261-273.

Dukes Holland, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, *18*(1), 15-29.

Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer. Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, *40*, 77-98.

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, *11*, 79-87.

Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*, 71-80.

Duriez, B., Fontaine, J. R., & Hutsebaut, D. (2000). A further elaboration of the post-critical belief scale : Evidence for the existence of four different approaches to religion in Flanders-Belgium. *Psychologica Belgica*, *40*, 153-181.

Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2000). A slow and easy introduction to the Post-Critical Belief Scale. Internal structure and external relationships. In D. Wulff (Ed.), *Handbook of the Psychology of Religion*. Oxford University Press.

Duriez, B., Soenens, B., Hutsebaut, D. (2005). Introducing the shortened Post-Critical Belief Scale. *Personality and Individual Differences*, *38*, 851-857.

Duriez, B., & Van Hiel, A. (2002). The march of modern fascism. A comparison of Social Dominance Orientation and Authoritarianism. *Personality and Individual Differences*, *32*, 1199-1213.

Ell, K., Nishimoto, R., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1988). Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *32*(4-5), 429-438.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*, 531-541.

Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., Muderspach, L., & Russell, C. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynaecologic cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 3052-3060.

Emmons, R. (2005). Striving for the sacred: personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*, *61*, 731-745.

Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 844-854.

Entner, P. (1976). Religious orientation and mental health (Doctoral dissertation, Rosemead Graduate School of Professional Psychology, 1976), *Dissertation Abstacts International*, *38*, 1949.

Ervin, C. (1973). Psychologic adjustment to mastectomy. *Medical Aspects of Human Sexuality*, *7*, 42-65.

Everly, G., & Lating, J. (2002). The analtomy and physiology of the human stress response. In *A clinical guide to the treatment of the human stress response* (2 ed., pp. 15-48). New York: Kluwer Academic.

Falagas, M., Zarkadoulia, E., Ioannidou, E., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*, *9* (4), R: 44.

Fallowfield, L. (2005). Learning how to communicate in cancer settings. *Supportive Care in Cancer*, *13* (6), 349-350.

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363(9405), *312-319*.

Fawzy, F., Fawzy, N. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, *16*(3), 149-192.

Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., & Morton, D. (1993). Malignant melanoma: effects of early structured psychiatric intervention coping and affective state of recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 681-689.

Featherman, D., Lerner, R., & Perlmutter, M. (1994). *Life-span development and behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Feeney, B., & Collins, N. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 972-994.

Feeney, B., & Kirkpatrick, L. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of Personality Social Psychology*, *70*, 255-270.

Feeney, J. (1996). Attachment, caregiving, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, *3*, 401-416.

Fellowes, D., Wilkinson, S., & Moore, P. (2004). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*: CD003751.

Felton, B., Revenson, T., & Hinrichsen, G. (1984). Coping and adjustment in chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, *18*, 889-898.

Ferlic, M., Goldman, A., & Kennedy, B. (1979). Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, *43*, 760-766.

Ferrell, B., & Dow, K. (1997). Quality of life among long-term cancer survivors. *Oncology*, *11*(4), 565-576.

Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services. *Oncology Nursing Forum*, *25*(5), 887-895.

Ferrell, R, Hassey, Dow K, & Grant M. (1995). Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Quality of Life Research*, *4*, 523–531.

Fife, B., Huster, G., Cornetta, K., Kennedy, V., Akard, L., & Broun, E. (2000). Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, *18*, 1539-1549.

Figley, C. (1985). Introduction. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.

Finch, A., & Daugherty, T. (1993). Issues in the assessment of posttraumatic stress disorder in children. In C. F. Saylor (Ed.), *Children and disasters* (pp. 45-66). New York: Plenum Press.

Fisher, S., & Cleveland, S. (1956). Relationship of body image to site of cancer. *Psychosomatic Medicine*, *18*, 304-309.

Fitch, M., Gray, R., McGowan, T., Brunskill, I., Steggles, S., Sellick, S., Bezjak, A., & McLeese, D. (2003). Travelling for radiation cancer treatment: patient perspectives. *Psycho-Oncology*, *12*, 664-674.

Flanagan, J., & Holmes, S. (2000). Social perceptions of cancer and their impacts: implications for nursing practice arising from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(3), 740-749.

Florian, V., & Mikulincer, M. (1997). Fear of death and the judgment of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, *369-380*.

Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 687-695.

Fobair, P., Hoppe, R., Bloom, J., Cox, R., Varghese, A., & Spiegel, D. (1986). Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease. *Journal of Clinical Oncology*, *4*, 805-814.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *2l*, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 466-475.

Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 571-579.

Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, *55*, 647-654.

Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, *55*, 745-774.

Fontaine, J., Duriez, B., Luyten, P., & Hutsebaut, D. (2003). The internal structure of the Post-Critical Belief scale. *Personality and Individual Differences*, *35*, 501-518.

Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science & Medicine*, *42*, 1511-1519.

Francis, L. (1994). Laughter, the best mediation: Humor as emotion management in interaction. *Symbolic Interaction*, *17*, 147-163.

Frankl, V. (1966a). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal Humanistic Psychology*, *6*, 97-106.

Frankl, V. (1966б). What is meant by meaning? *Journal of Existential Psychology*, *6*, 21-28.

Frankl, V. (1977). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. London: Hodder & Stoughton.

Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*, 218-226.

French, J. (1968). The conceptualization and measurement of mental health in terms of self-identity theory. In S. B. Bells (Ed.), *The definition and measurement of mental health* (pp. 136-159). Washington, DC: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.

Frith, H., Harcourt, D., & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *11*, 385-391.

Fromm, K., Andrykowski, M., & Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, *19*, 221-240.

Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 1, *89*(5), 1026-1036.

Funch, D., & Marshall, J. (1983). The role of stress, social support and age in survival from breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *27*, 77-83.

Funch, D., & Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science and Medicine*, *16*, 19-98.

Galdon, M., Durá, E., Andreu, Y., Ferrando, M., Murgui, S., Pérez, S.,. & Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) In a Spanish breast cancer sample. *Journal of Psychosomatic Research, 65*(6), 533-539.

Gall, T., & Cornblat, M. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in longterm adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*, 524-535.

Gallo, L., & Matthews, K. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, *129*, 10-51.

Ganz, P. (2009). Survivorship: Adult Cancer Survivors. *Primary Care*, *36*, 721-741.

Ganz, P., Coscarelli, C., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, *38*, 183-199.

Ganz, P., Day, R., Ware, J., Redmond, C., & Fisher, B. (1995). Base-line quality-of-life assessment in the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Breast Cancer Prevention Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, *87*, 1372-1382.

Ganz, P., Desmond, A, Leedham, B., Rowland, H, Meyerowitz, E., & Belin, R. (2002). Quality of life in long-term, diseasefree survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of National Cancer Institute*, *94*, 39-49.

Ganz, P., Hirji, K., Sim, M., Schag, C., Fred, C., & Polinsky, M. (1993). Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. *Medical Care*, *31*(5), 419-431.

Ganz, P., Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., & Wyatt, G. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, *16*(2), 501-514.

Ganz, P., Schag, C., Lee, J., & Sim, M. (1992). The CARES: a generic measure of health-related quality of life for patients with cancer. *Quality of Life Research*, *1* (1), 19–29.

Geers, A., Reilly, S., & Dember, W. (1998). Optimism, pessimism and friendship. *Current Psychology*, *17*, 3-19.

Gelinas, C., & Fillion, L. (2004). Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, *31*, 269-278.

Gesser, G., Wong, P., & Reker, G. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile. *Omega - Journal of Death and Dying*, *18*, 113-128.

Geyer S. (1991). Life events prior to manifestation of breast cancer: a limited prospective study covering eight years before diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, *35*, 355-363.

Gilbar, O. (1999). Gender as a predictor of burden and psychological distress of elderly husbands and wives of cancer patients. *Psychooncology*, 8(4), *287-294*.

Gilbert, P., Gilbert, J., & Irons, C. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, *79*, 149–160.

Giltay E., Kamphuis M., Kalmijn S., Zitman F., & Kromhout D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: the Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, *166*, 431-436.

Giltay, E., Geleijnse, J., Zitman, F., Hoekstra, T., & Schouten, E. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1126-1135.

Glanz, K., & Lerman, C. (1992). Psychosoeial impact of breast cancer: A critical review. *Annaals of Behavioral Medicine*, *14*, 204-212.

Glaser, B., & Strauss, A. (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *The User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER—Nelson.

Goldenberg, J., McCoy, S., Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2000). The body as a source of self-esteem: The effect of mortality salience on identification with one's body, interest in sex, and appearance monitoring. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 118-130.

Gollwitzer, P., Earle, W., & Stephan, W. (1982). Affect as a determinant of egoism: Residual excitation and performance attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *43*, 702-709.

Good, B., & Good, M. (1980). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. In L. Eisenberg & A. Jeinman (Eds.), *The relevance of social sciences for medicine* (pp. 165-196). Boston: D. Reidel.

Gorelik, E., & Herberman, R. (1986). The role of natural killer "NK" cells in the control of tumor growth and metastatic spread. In R. Herberman (Ed.), *Cancer Immunology: Innovative Approaches to Therapy* (pp. 151–76). Boston: Martinez Nijhoff.

Gotay, C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Social Science in Medicine*, *18*, 605–613.

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.

Grant, K., & Compas, B. (1995). Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: Searching for mechanisms of risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 1015-1021.

Graves, K. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, *22*, 210-219.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory., In R. F. Baumeister (Ed), *Public Self and Private Self* (pp. 189-212). New York: Springer-Verlag.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Pinel, E., Simon, L., & Jordan, K. (1993). Effects of self-esteem on vulnerability-denying defensive distortions: Further evidence of an anxiety-buffering function of self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, *29*, 229-251.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., & Lyon, D. (1990). Evidence for terror management II: The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 308-318.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 627-637.

Greenberg, J., Simon, L., Harmon-Jones, E., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Chatel, D. (1995). Testing alternative explanations for mortality effects: Terror management, value accessibility, or worrisome thoughts? *European Journal of Social Psychology*, *12*, 417-433.

Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. In: M. P. Zanna (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 29, pp. 61-72). New York: Academic Press.

Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Pinel, E., & Simon, L. (1992). Assessing the terror management analysis of self-esteem: Converging evidence of an anxietybuffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 913-922.

Greene, W., & Miller, G. (1958). Psychological factors and reticuloendothelial disease. Observations on a group of children and adolescents with leukemia: an interpretation of disease development in terms of the mother-child unit. *Psychosomatic Medicine*, *20*, 124-144.

Greer, S., Pettingale, K., Morris, T., & Haybittle, J. (1985). Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet*, *1*, 750.

Hack, T., & Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psychooncology*, *13*, 235-247.

Halliburton, P., Larson, P., Dibble, S., & Dodd, M. (1992). The recurrent experience: Family concerns during cancer chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*, *1*, 275-281.

Halttunen, A., Hietanen, P., Jallinoja, P., & Lonnqvist, J. (1992). Getting free of breast cancer. An eight-year perspective of the relapse-free patients. *Acta Oncologica*, *31*, 307-310.

Hamburg, D., & Adams, J. (1967). A perspective on coping behavior: seeking and utilizing information in major transitions. *Archives of General Psychiatry*, *17*, 277-284.

Hanley, B., Bradburn, J., Barnes, M., Evans, C., Goodare, H., & Kelson, M. (2004). I*nvolving the public in NHS, public health, and social care research: Briefing Notes for Researchers*, Eastleigh: Involve.

Harker, L., & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personal and Social Psychology*, *80*, 112-124.

Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and selfesteem: Evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 24-36.

Harrison, M., Tricker, K., Davies, L., Hassell, A., Dawes, P., Scott, D., Knight, S., Davis, M., Mulherin, D., & Symmons, D. (2005). The relationship between social deprivation, disease outcome measures, and

response to treatment in patients with stable, long-standing rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, *32*, 2330-2336.

Hartl, K., Janni,W., Kastner, R., Sommer, H., Strobl, B., & Rack, B. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, *14*, 1064-1071.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511-524.

Heinrich, R., & Schag, C. (1985). Stress and activity management: Group treatment for cancer patients and spouses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*, 439-446.

Helgeson, V., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, *23*, 3-15.

Herbert, J. (1997). Fortnighly review. Stress, the brain, and mental illness. *British Medical Journal*, *315*(7107), 530-535.

Herbert, T., & Cohen, S. (1993a). Depression and immunity: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *113*, 472-486.

Herbert, T., & Cohen, S. (1993б). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, *55,* 364-379.

Higginson, I., & Carr, A. (2001). Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *British medical journal*, *322*, 1297-1300.

Hilton, B. (1993). Issues, problems, and challenges for families coping with breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, *9*, 88-100.

Hilton, B. (1994). Family communication patterns in coping with early breast cancer. *Western Journal of Nursing Research*, *16*(4), 366-391.

Hobfoll, S. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologis*, *44*, 513-524.

Hobfoll, S., & Vaux, A. (1993). Social support: Social resources and social context. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed., pp. 685-705). New York: Free Press.

Holahan, C., & Moos, R. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 3-13.

Hold, C., Clark, E., & Klem, P. (2007). Expansion and validation of the spiritual health locus of control scale: Factor analysis and predictive validity. *Journal of Health Psychology*, *12*(4), 597-612.

Holland, J. (1989). Historical Overview. In J.C. Holland & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychologcal care of the patient with cancer* (pp. 3-12). New York: Oxford University Press.

Holland, J. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.

Holland, J. (2001). Improving the human side of cancer care: Psycho-Oncology's contribution. *Cancer Journal*, *7* (6), 458-471.

Holland, J., & Lewis, S. (2000). *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*. New York: Harper Collins.

Holland, J., & Zittoun, R. (1990). Psychosocial issues in oncology: A historical perspective. In: J. Holland & R. Zittoun (Eds.), *Psychosocial aspects of oncology* (pp. 3-9). New York: Springer-Verlag.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*, *11*(2), 213-218.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, *37*, 189–197.

Hopwood, P., & Stephens, R. (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*, Feb, *18*(4), 893-903.

Horowitz, M., Field, N., & Classen, C. (1993). Stress response syndromes and their treatment. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed., pp. 757-773). New York: Free Press.

House, J., & Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Orlando, FL: Academic Press.

Hull, M. (1990). Sources of stress for hospice caring families. *Hospice Journal*, 6, *29-53*.

Hutsebaut, D. (1996). Post-Critical Belief: A new approach of the religious attitude problem. *Journal of Empirical Theology*, *9*, 48-66.

Ickovics, J., Thayaparan, B., & Ethier, K. (2001). Women and AIDS: a contextual analysis. In A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds), *Handbook of Health Psychology* (pp. 817-839). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Iensen, M. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, *55*, 317-342.

Issel, L., Ersek, M., & Lewis, F. (1990). How children cope with mother's breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 1(suppl.), *5-13*.

Jacobs, C., Ross, R., Walker, I., Stoekdale, F. (1983). Behavior of cancer patients: A randomized study of the effects of education and peer support groups. *American Journal of Clinical Oncology*, 6, *347-353*.

Jacobsen, P., Donovan, K., Trask, P. Fleishman, S., Zabora, J., Baker, F., & Holland, J. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*, *103*(7), 1494-1502.

Jacobsen, P., Sadler, I., Booth-Jones, M., Soety, E., Weitzner, M., & Fields, K. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 235-240.

Jakatdar, T., Cash, T., & Engle, E. (2006). Body-image thought processes: the development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image*, *3*, 325–333.

Jamison, K., Wellisch, D., & Pasnau, R. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: The woman's perspective, *American Journal of Psychiatry*, *135*, 432-436.

Janoff-Bulman, R., & Berger, A. (2000). The other side of trauma: towards a psychology of appreciation. In J. Harvey, E. Miller (Eds), *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives* (pp. 29–44). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.

Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life. In M. Power, & C. Brewin (Eds), T*he Transformation of Meaning in Psychological Therapies* (pp. 91–106). New York:Wiley.

Janz, N., Mujahid, M., Lantz, P., Fargelin, A., Salem, B., Morrow, M., Deapen, D., & Katz, S. (2005). Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Quality of Life Research*, *14*, 1467-1479.

Johnson, J. (1982). The effects of a patient education course on persons with a chronic illness. *Cancer Nursing*, *5*, 117-123.

Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *Journal of traumatic stress*, *13*(1), 101-113.

Jung, C. (1965). The soul and death. In H. Feifel (Ed.), *The meaning of death* (pp. 3-15). New York: McGraw-Hill Book Company.

Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, *35*, 401–415.

Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, *39*, 31–36.

Kaplan, H. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. Brunner/Mazel, New York.

Karoly P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review of Psychology*, *44*, 23-52.

Katon, W., & Sullivan, M. (1990). Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, *56*, 3-11.

Katz, R. (2009). *The Cancer-Fighting Kitchen*, Celestial Arts.

Kaye, P. (1996). *Breaking Bad News: A Ten Step Approach*. EPL Publications, Northampton.

Kazdin, A. (2003). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, *53*, 83-107.

Kilpatrick, M., Kristjanson, L., & Tataryn, D. (1998). Measuring the information needs of husbands of women with breast cancer: validity and reliability of the Family nventory of Needs-husbands. *Oncology Nursing Forum*, Sep., *25* (8), 1347-1351.

Kim, S., Kang, S., Kim, M., Kim, B., Seong, S., Cha, S., Park, C., & Yun, Y. (2010). Prevalence and predictors of anxiety and depression among cervical cancer survivors in Korea. *International Journal of Gynecological Cancer*, *20*, 1017-1024.

Kim, S., Son, B., Hwang, S., Han, W., Yang, J., Lee, S., & Yun, Y. (2008). Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates and associations with quality of life. *Journal of Pain Symptom Management*, *35*, 644–655.

King, K. (2000). Gender and short-term recovery from cardiac surgery. *Nursing Research*, *49*, 29-36.

Kirkpatrick, L. (1989). A psychometric analysis of the Allport-Ross and Feagin measures of intrinsic-extrinsic religious orientation. In M. Lynn & D. Moberg (Eds.), *Research in the social scientific study of religion* (Vol. 1, pp. 1-30). Greenwich, CT: JAI.

Kirkpatrick, L., & Hood, R. (1990). Intrinsic-extrinsic religious orientation: The boon or bane of contemporary psychology of religion? *Journal for the Scientific Study of Religion*, *29*, 442-462.

Kliewer, W. (1991). Coping in middle childhood: Relations to competence, Type A behavior, monitoring, blunting, and locus of control. *Developmental Psychology*, *27*, 689-697.

Klinger, E. (1998). The search for meaning in evolutionary perspective and its clinical implications. In P. Wong & P. Fry (Eds.), *Handbook of personal meaning: Theory, research, and application* (pp. 27-50). New Jersey: Erlbaum.

Kneece, J. (2004). *Breast Cancer Treatment Handbook*, EduCareInc, New York.

Koocher, G., & O'Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.

Koopmeiners, L., Post-White, J., Gutknecht, S., Ceronsky, C., Nickelson, K., Drew, D., & Mackey, K. (1997). How Healthcare Professionals contribute to hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *24*(9), 1507-1513.

Korsch, B., & Negrete, V. (1972). Doctor-patient communication. *Scientific American*, *227*, 66-74.

Kriss, R., & Kraemer, H. (1986). Efficacy of group therapy for problems with postmastectomy self-perception, body image, and sexuality. *Journal of Sexual Research*, *22*, 438-451.

Kristjanson, L., & Ashcroft, T. (1994). The family's cancer journey: A literature review. *Cancer Nursing*, *17*(1), 1-17.

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*, London: Tavistock Publications.

Kunce, L., & Shaver, P. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In L. Kunce & P. Shaver (Eds), *Advances in personal relationships* (pp. 205–237). London: Kingsley.

Lambley, P. (1987). *The psychology of cancer: Briefings for prevention and survival*. London: Macdonald.

Larouche, S., & Edgar, L. (2004). The measure of distress. *Oncology Exchange*, *3*(3), 34-39.

Lasry, J., Margolese, R., & Poisson, R. (1987). Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *Journal of Chronicic Disease*, *40*, 529-534.

Laurin, K., Kay, A., & Moscovitch, D. (2008). On the belief in God: Towards an understanding of the emotional substrates of compensatory control. *Journal of Experimental Social Psychology*, *44*, 1559-1562.

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *The American psychologist*, *46*(8), 819-834.

Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer

Le Vieux, J. (2003). Use of humor in pediatric oncology patients as a coping mechanism: An ethnographic study. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering* 63(7B), 1509.

Leary, M., & Downs, D. (1995). Interpersonal functions of the self-esteem motive: The self-esteem system as a sociometer. In M. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 123–144). New York: Plenum Press.

Lee, M., Park, S., Lee, E., Ro, J., Kang, H., Shin, K., Lee, K., Chung, K., Kim, S., & Yun, Y. (2011). Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Supportive Care in Cancer*, *19*, 1379-1392.

Lehman, D., Davis, C., Delongis, A., Wortman, C., Bluck, S., Mandel, D., & Ellard, J. (1993). Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *12*, 90-112.

Lepore, S. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B.L. Andersen (Eds.), *Psychosocial Interventions for Cancer* (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association.

Lepore, S., & Eton, D. (2000). Response shifts in prostate cancer patients: an evaluation of suppressor and buffer models. In C. Schwartz, M. Sprangers (Eds), *Adaptations to Changing Health: Response Shift in Quality-of-Life Research* (pp. 37–51). Washington, DC: American Psychological Association.

Lepore, S., & Ituarte, P. (2008). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social interactions. Cancer Research, *Therapy and Control*, *8*, 165-174.

Lerman, C., Daly, M., Walsh, W., Resch, N., Seay, J., Barsevick, A., Birenbaum, L., Heggan, T., & Martin, G. (1993). Communication between patients with breast cancer and health care providers: determinants and implications. *Cancer*, *72*, 2612-2620.

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 Canter.

Leventhal, H., Leventhal, E., Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Levine, S. (1987). The changing terrain of medical sociology: Emergent concern with quality of life. *Journal of Health and Social Behavior*, *28*(1), 1-7.

Levy, S. (1982). *Biological Mediators of Behavior and Disease: Neoplasia*. New York: Elsevier Biomed.

Levy, S. (1985). *Behavior and Cancer: LifeStyle and Psychosocial Factors in the Initiation and Progression of Cancer*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lewis, F. (1990). Strengthening family supports. *Cancer*, *65*, 752-759.

Lewis, F., & Deal, L. (1995). Balancing our lives: A study of the married couple's experience with breast cancer recurrence. *Oncology Nursing Forum*, *22*(6), 943-953.

Lewis, F., Ellison, E., & Woods, N. (1985). The impact of breast cancer on the family. *Seminars in Oncology Nursing*, *1*, 206-213.

Lewis, F., Hammond, M., & Woods, N. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*, 351-370.

Lewis, F., Woods, N., Hough, E., & Bensley, L. (1989). The family's functioning with chronic illness in the mother: The spouse's perspective. *Social Science and Medicine*, *29*(11), 1261-1269.

Lichtman, R., Taylor, S., & Wood, J. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *5*(3), 47-74.

Lieberman, M. (1988). The role of self-help groups in helping patients and families cope with cancer. *Cancer*, *38*, 162-168.

Lieberman, M., & Goldstein, B. (2005). Self-help on-line: an outcome evaluation of breast cancer bulletin boards. *Journal of Health Psychology*, *10*, 855-862.

Lindsey, D., & Benjamin, J. (1979). Humor in the Emergency Room. In H. Mindess & J. Turek (Eds.), *The Study of Humor* (pp. 73-76). Los Angeles: Antioch College.

Linley, P., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of traumatic stress*, *17*(1), 11-21.

Livneh, H., Antonak, R., & Gerhardt, J. (2000). Multidimensional Investigation of the Structure of Coping Among People with Amputation. *Psychosomatics*, *41* (3), 235-244.

Lobb, E., Butow, P., Kenny, D., & Tattersall, M. (1999). Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Medical Journal of Australia*, *171*(6), 290-294.

Longo, C., Deber, R., Fitch, M., Williams, A., & D'Souza, D. (2007). An examination of cancer patients' monthly 'out-of-pocket' costs in Ontaria, Canada. *European Journal of Cancer Care*, *16*, 500-507.

Lovallo, W. (2005). *Stress and health: biological and psychological interactions*. California: Sage Publications Ltd.

Lubinsky, M. (1999). Bearing bad news: dealing with the mimics of denial. *Journal of Genetic Counseling*, *3*, 5-12.

Magai, C., & Cohen, C. (1998). Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden. *Journal of Gerontology Behavior*, *53*, 147-154.

Magnan, M., & Mood, D. (2003). The effects of health state, hemoglobin, global symptom distress, mood disturbance, and treatment site on fatigue onset, duration, and distress in patients receiving radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, *30*, E33–E39.

Maguire, G., Lee, E., Bevington, D., Kuchemann, C., Crabtree, R., & Cornell, C. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, *1*, 936-965.

Maguire, P., & Faulkner, A. (1988). Communicate with cancer patients: I. handling bad news and difficult questions. *British Medical Journal*, *297*, 907-909.

Maguire, T. (2002). Barriers to communication – How things go wrong. *Continuing Professional Development*, *264*, 246-247.

Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano , A., Cooper, M., Testa, M., & Mueller, P. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, Sep, *59*(3), 452-463.

Makselon J. (1988). *Lęk wobec śmierci*. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków.

Manne, S., Girasek, D., & Ambrosino, J. (1994). An evaluation of the impact of a cosmetics class on breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *12*, 83-99.

Manne, S., Ostroff, J., Sherman, M., Glassman, M., Ross, S., Goldstein, L., & Fox, K. (2003). Buffering effects of family and friend support on associations between partner unsupportive behaviors and coping among women with breast cancer. *Journal of Social and Personal Relations*, *20*, 771-792.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., & Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. *Health Psychology*, *24*, 635-641.

Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *34*, 482-493.

Mao, W., Bardwell, W., Major, J., & Dimsdale, J. (2003). Coping Strategies, Hostility and Depressive Symptoms: A Path Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, *10* (4), 331-342.

Maraste, R., Brandt, L., Olsson, H., & Ryde-Brandt, B. (1992). Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age and type of surgery. *Acta Oncologica* (Stockholm, Sweden), *31*, 641-643.

Margolis, G., Goodman, R., Rubin, A., & Pajac, T. (1989). Psychological factors in the choice of treatment for breast cancer. *Psychosomatics*, *30*, 192-197.

Markman, M., & Luce, R. (2010). Impact of the cost of cancer treatment: an internet-based survey. *Journal of Oncology Practice*, *6*, 69-73.

Mason, J. (1968). Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *30*(Suppl), 565-808.

Masters, K. (1991). Of boons, banes, babies and bath water: a reply to the Kirkpatrick and Hood discussion of intrinsic-extrinsic religious orientation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *30*, 312-317.

Mastrovito, R. (1974). Cancer: Awareness and denial. *Clinical Bulletin*, *4*, 142-146.

Maynard, D. (1997). How to tell patients bad news: the strategy of "forecasting." *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *64*, 181-182.

McCausland, J., & Pakenham, K. (2003). Investigation of the benefits of HIV/AIDS caregiving and relations among caregiving adjustment, benefit finding, and stress and coping variables. *AIDS Care*, *15*, 853-869.

McCrae, R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 919-928.

McCrae, R. & Costa, P., Jr. (1986). Personality, doping, and doping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, *54*, 385-405.

McCulloch, P. (2004). The patient experience of receiving bad news from health professionals. *Professional Nurse*, *19*(5), 276-280.

McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 327-343.

McGregor, H., Lieberman, J., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., Simon, L., & Pyszczynski, T. (1998). Terror management and aggression: Evidence that mortality salience motivates aggression against worldview-threatening others. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 590-605.

McIntire, S., & Miller, L. (2000). *Foundations of psychological testing*. Boston, MA: McGraw-Hill.

McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Mehlman, R., & Snyder, C. (1985). Excuse theory: A test of the self-protective role of attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *49*, 994-1001.

Menaghan, E. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research*, (pp. 157-191). New York: Academic.

Meyer, T., & Mark, M. (1995). Effects of psychological interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, *14*(2), 101-108.

Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, *87*, 108-131.

Michael, Y., Berkman, L., Colditz, G., Holmes, M., & Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 285-293.

Michael, Y., Colditz, G., Coakley, E., & Kawachi, I. (1999). Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, *8*, 711-722.

Michael, Y., Kawachi, I., Berkman, L., Holmes, M., & Colditz, G. (2000). The persistent impact of breast carcinoma on functional health status: prospective evidence from the Nurses' Health Study. *Cancer*, *89*, 2176-2186.

Michela, J. (1987). Interpersonal and individual impacts of a husband's heart attack. In A. Baum & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (Vol.5, pp. 255–301). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Mikulincer, M., & Florian, V. (2000). Exploring individual differences in reactions to mortality salience – Does attachment style regulate terror management mechanisms? *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 260-273.

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 53–152). San Diego, CA: Academic.

Miller, B., & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact. *Gerontologist*, *32*, 498-507.

Mitchell, G., & Glicksman, A. (1977). Cancer patients: Knowledge and attitudes. *Cancer*, *40*, 61-66.

Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursuring Research*, *42*, 153–157.

Molleman, E., Krabbendam, P., & Annyas, A. (1984). The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Social Science & Medicine*, *6*, 475-480.

Mols, F., Vingerhoets, A., Coebergh, J., & van Poll-Franse, L. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, *41*, 2613-2619.

Monat, A., & Lazarus, R. (1991). *Stress and Coping: An Anthology*. New York: Columbia University Press.

Montgomery, G., & Bovbjerg, D. (2004). Presurgery distress and specific response expectancies predict postsurgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology*, *23*, 381-387.

Moos, R., & Holahan, C. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology*, *59*(12), 1387-1403.

Moos, R., & Schaefer, J. (1984). The crisis of physical illness. In R. Moos (Ed.), *Coping with Physical Illness* (pp. 3–26). New York: Plenum.

Morasso, G., Costantini, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Musso, M., Garrone, O., & Venturini, M. (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, Jan, *37*(2), 216-223.

Morris, T. (1987). Silent sadness of the "cured" breast cancer patient. In N.K. Aaronson & J. Beckmann (Eds.), *Quality of life of cancer patients* (pp. 201-206). New York: Raven Press.

Morris, T., Greer, H., & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: A two-year follow-up study. *Cancer*, *40*, 2381-2387.

Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery: A meta-analytic review. *Health Psychology*, *16*, 284-298.

Moyer, A., & Salovey, P. (1999). Predictors of social support and psychological distress in women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*, *4*, 177-191.

Mullan, F. (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, *313*, 270-273.

Neimeyer, R., Wittkowski, J., & Moser, R. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, *28*, 309-340.

Neugarten, B. (1979). Time, age and the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 887-794.

Neuling, S., & Winefield, H. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends, and surgeon. *Social Science and Medicine*, *27*, 385-392.

Newby-Clark, I., Ross, M., Buehler, R., Koehler, D., & Griffin, D. (2000). People focus on optimistic scenarios and disregard pessimistic scenarios while predicting task completion times. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, *6*, 171-182.

Newman, S., Fitzpatrick, R., Revenson, T., Skevington, S., & Williams, G. (1996). *Understanding Rheumatoid Arthritis*. London: Routledge & Kegan Paul.

Neyrinck, B., Lens, W., & Vansteenkiste, M. (2005). Goals and regulations of religiosity: A motivational analysis. In M. Maehr & S. Karabenick (Eds.), *Advances in motivation and achievement* (pp. 77-106). Greenwich, Conn.: Jai Press Inc.

Neyrinck, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2006). Cognitive, affective and behavioral correlates of internalization of regulations for religious activities. *Motivation and Emotion*, *30*(4), 321-332.

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.

Northouse, L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nursing Research*, *37*, 91-95.

Northouse, L., Cracchiolo-Caraway, A., & Appel, C. (1991). Psychologic consequences of breast cancer on partner and family. *Seminars in Oncology Nursing*, *7*(3), 216-223.

Northouse, L., Jeffs, M., Cracchiolo-Caraway, A., Lampman, L., & Dorris, G. (1995). Emotional distress reported by women and husbands prior to a breast biopsy. *Nursing Research*, *44*(4), 196-201.

Northouse, L., Laten, D., & Reddy, P. (1995). Adjustment ofwomen and their husbands to recurrent breast cancer. *Research in Nursing and Health*, *18*, 515-524.

Northouse, L., & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: Strategies to assist spouses. *Seminars in Oncology Nursing*, *9*(2), 74-82.

Northouse, L., Templin, T., & Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of Behavioral Medicine*, *24*(2), 115-136.

O'Donovan, S. (1999). Reflections on breaking news of a family death. *Nursing Times*, *95*(45), 54-55.

Oken, D. (1961). What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *Journal of the American Medical Association*, *175*, 1120-1128.

Omne-Ponten, M., Holmberg, L., & Sjoden, P. (1994). Psychosocial adjustment among women with breast cancer stage I and II: Six-year follow-up of consecutive patients. *Journal of Clinical Oncology*, *12*, 1778-1782.

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.

Osteen, R., Cady, B., Friedman, M., Kraybill, W., Doggett, S., Hussey, D., Urist, M., Chmiel, J., Clive, R., & Winchester, D. (1994). Patterns of care for younger women with breast cancer. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, *16*, 43-46.

Ouellette, S., & DiPlacido, J. (2001). Personality's role in the protection and enhancement of health: where the research has been, where it is stuck, how it might move. In A. Baum, T.A. Revenson & J. Singer (Eds.) *Handbook of Health Psychology* (pp. 175–94). Mahwah NJ: Erlbaum.

Paloutzian, R., & Park, C. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. The Guilford Press: New York & London.

Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

Park, C., Cohen, L., & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality & Social Psychology*, *59*, 562-574.

Parker, P., Baile, W., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A., & Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*, *19*, 2049-2056.

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.

Pasacreta, V. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research*, *46*, 347-353.

Passik, S., Ricketts, P., Moadel, A., Ostroff, J., Schantz, S., Bernhard, J., Huerny, C., Sarna, L., Roth, A., Scher, H., Auchincloss, S., McCartney, C., Fawzy, F., Fawzy, N., Rowland, J., Massie, M., Payne, D., Lundberg, J., Lesko, L., Rosenfeld, B., & Saltz, L. (1998). Psychological issues related to site of cancer. In J. C. Holland (Ed.). *Psycho-oncology* (pp. 303-433). New York, USA: Oxford University Press.

Patrick, D., Ferketich, S., Frame, P., Harris, J., Hendricks, C., Levin, B., Link, M., Lustig, C., McLaughlin, J., Ried., L., Turrisi, A., Unutzer, J., & Vernon, S. (2004). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, July 15–17, 2002. *Journal of National Cancer Institute Monographs*, (*32*), 9-16.

Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E., & Mullen, J. (1981). The Stress Process. – *Journal of Health and Social Behavior*, *22*, 337-356.

Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, *19*, 2-21.

Peck, A., & Bowland, J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, *40*, 180-184.

Penedo, F., Dahn, J., Gonzalez, J., Molton, I., Carver, C., Antoni, M., Roos, B., & Schneiderman, N. (2003). Perceived stress management skill mediates the relationship between optimism and positive mood following radical prostatectomy. *Health Psychology*, *22*, 220-222.

Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, *16*, 483-491.

Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: Varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, *16*, 483-491.

Piaget, J. (1971). *Biology and knowledge: an essay on the relations between organic regulations and cognitive processes*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Pierce, G., Sarason, I., & Sarason, B. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 434-451). New York: Wiley.

Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, *40*, 789-797.

Polinsky, M. (1994). Functional status of long-term breast cancer survivors: demonstrating chronicity. *Health & Social Work*, *19*, 165-173.

Polsky, D., Doshi, J., Marcus, S., Oslin, D., Rothbard, A., Thomas, N., & Thompson, C. (2005). Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Archives of Internal Medicine*, *165*, 1260-1266.

Pozo, C., Carver, C., & Noriega, V. (1992). Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first year postsurgery. *Journal of Clinical Oncology*, *10*, 1292–1298.

Priestman, T., & Baum, M. (1976). Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet*, *1*, 899-901.

Primomo, J., Yates, B., & Woods, N. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health*, *13*, 153-161.

Pruyn, F., Heule-Dieleman, H., Knegt, P., Mosterd, F., van Hest, M., Sinnige, H., Pruyn, A., & de Boer, M. (2004). On the enhancement of efficiency in care for cancer patients in outpatient clinics: an instrument to accelerate psychosocial screening and referral. *Patient Education and Counseling*, *53*, 135-140.

Ptacek, J., & Eberhardt, T. (1996). Breaking bad news: a review of the literature. *Journal of the American Medical Association*, *276*, 496-502.

Ptacek, J., Ptacek, J., & Dodge, K. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology*, *12*(3), 47-72.

Ptacek, J., Ptacek, J., & Ellison, N. (2001). "I'm sorry to tell you…": physicians' reports of breaking bad news. *Journal of Behavioral Medicine*, *24*, 205-217.

Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1981). Role of disconfirmed expectancies in the instigation of attributional processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, *40*, 31-38.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, *106*, 835-845.

Pyszczynski, T., Wicklund, R. A., Floresku, S., Gauch, G., Koch, H., Solomon, S., & Greenberg, J. (1996). Whistling in the dark: Exaggerated estimates of social consensus in response to incidental reminders of mortality. *Psychological Science*, *7*, 332-336.

Quinn, A. (2002). *Macmillan Cancer Relief Study into Benefits Advice for People with Cancer*. University of Reading: Reading.

Quint, J. (1965). Institutionalized practices of information control. *Psychiatry*, *28*, 119-132.

Quivey, J., Luce, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P., & Bloom, J. (1998). Younger women with breast cancer: Patterns of care in 5 San Francisco Bay Area Counties. *Proceedings American Society of Clinical Oncology*, Atlanta, GA, USA, *vol. 17*, Abstract 643, 167a.

Rabin, C., Leventhal, H., & Goodin, S. (2004). Conceptualization of disease time-line predicts post-treatment distress in breast cancer patients. *Health Psychology*, *23* (4), 407-412.

Ramirez, A., Craig, T., Watson, J., Fentiman, I., North, W., & Rubens, R. (1989). Stress and relapse ofbreast cancer. *British Medical Journal*, *298*, 291-293.

Rando, T. (1984). *Grief, Dying and Death*. Chicago: Research Press Company.

Ray, C. (1977). Psychological implications of mastectomy. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *16*, 373-377.

Reed, P. (1991a). Toward a nursing theory of self-transcendence: deductive reformulation using developmental theories. *ANS Advances in Nursing Science*, *13*, 64-77.

Revenson, T. (1990). All other things are not equal: an ecological perspective on the relation between personality and disease. In H.S. Friedman (Ed.), *Personality and Disease* (pp. 65–94). New York: JohnWiley.

Revenson, T. (1993). The role of social support with rheumatic disease. In S. Newman & M. Shipley (Eds.), *Balliere's Clinical Rheumatology* (vol. 7(2), pp. 377-396). London: Bailliere Tindal.

Revenson, T. (2003). Scenes from a marriage: examining support, coping, and gender within the context of chronic illness. In J. Suls & K. Wallston (Eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (pp. 530–59). Oxford: Blackwell Sci.

Revenson, T., & Majerovitz, S. (1990). Spouses' support provision to chronically ill patients. *Journal of Social and Personal Relationships*, *7*, 575-786.

Reynolds, P., & Kaplan, G. (1990). Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County study. *Behavioral Medicine*, *16*, 101-110.

Reznikoff, M. (1955). Psychological factors in breast cancer: a preliminary study of some personality trends in patients with cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine*, *17*, 96-108.

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.

Robbins, A., Spence, J., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: the tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 755-765.

Roesch, S., Adams, L., Hines, A., Palmores, A., Vyas, P., Tran, C., Pekin, S., & Vaughn, A. (2005). Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, *28*, 281-293.

Rook, K., & Dooley, D. (1985). Applying social support research: Theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, *41*, 5-28.

Rose, J. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *American Journal of Community Psychology*, *18*, 439-464.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1990). Control of environment and control of self. In J. Rodin, C. Schooler, & K. W. Sehaie (Eds.), *Self-directedness: Cause and effects throughout the life course* (pp. 147-154). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rose-Rego, S., Strauss, M., & Smyth, K. (1998). Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. *Gerontologist*, *38*, 224-230.

Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher H., & Holland, J. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, *82*, 1904-1908.

Rothbard, J., & Shaver, P. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp. 31-71). Guilford Press: New York.

Rowland, J. (1989). Interpersonal Resources: Social Support. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.

Rowland, J. (1990). Interpersonal resources: social support. In J. Holland & J. Rowland (Eds). *A Handbook of Psycho-oncology* (pp. 58-71). Oxford University Press.

Rumsey, N., & Harcourt, D. (2005). *The Psychology of Appearance*. Open University Press, New York.

Ruscio, A., Ruscio, J., & Keane, T. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: a taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of abnormal psychology*, *111*(2), 290-301.

Russell, D. (1996). ULCA Loneliness Scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. – *Journal of Personality Assessment*, *66* (1), 20-40.

Ryan, N. M. (1989). Stress-coping strategies identified from school age children's perspective. *Research in Nursing and Health*, *12*, 111-122.

Rybarczyk, B., Nicholas, J., & Nyenhuis, D. (1997). Coping with a Leg Amputation: Integrating Research and Clinical Practice. *Rehabilitation Psychology*, *42* (43), 241-256.

Sabo, D. (1990). Men, death anxiety, and denial: Critical feminist interpretations of adjustment to mastectomy. In C. Clarke, J. Fritz, & P. Rieker (Eds.), *Clinical sociological perspectives in illness & loss* (pp. 71-84). Philadelphia: Charles Press.

Sabo, D., Brown, J., & Smith, C. (1986). The male role and mastectomy: Support groups and men's adjustment. *Journal of Psychosocial Oncology*, *4*(1-2), 19-31.

Sandford, S., Eder, D. (1984). Adolescent humor during peer interaction. *Social Psychology Quarterly*, *47*, 235-243.

Santrock, J. (2007). *A Topical Approach to Life-Span Development*. New York: McGraw-Hill.

Sarna, L. (1993). Women with lung cancer: Impact on quality of life. *Quality of Life Research, 2*(1), 13-22.

Schachter, S. (1951). Deviation, rejection, and communication. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *46*, 190-208.

Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 381-406.

Schag, C., & Heinrich, L. (1990). Development of a comprehensive quality of life measurement tool CARES. *Oncology*, *4*, 135-138.

Scheier, M., & Bridges, M. (1995). Person variables and health: personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, *5*, 255-268.

Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219-247.

Scheier, M., & Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 201-228.

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.

Scheier, M., Helgeson, V., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S., Bridges, M., Knapp, J., Gerszten, K., & Pappert, W. (2005). Interventions to enhance physical and psychological functioning among younger women who are ending nonhormonal adjuvant treatment for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *23*, 4298-4311.

Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, R., & Carver, C. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1024-1040.

Scheier, M., Weintraub, J., & Carver, C. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1257-1264.

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.

Schmitz, M., & Crystal, S. (2000). Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, *30*, 665-685.

Schneiderman, N., Antoni, M., Saab, P., & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, *52*, 555-580.

Schneiderman, N., Antoni, M., Saab, P., & Ironson, G. (2001). Health psychology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, *52*, 555-580.

Schnoll, R., Harlow, L., Stolbach, L., & Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 7*, 69-77.

Schofield, P., Ball, D., Smith, J., Borland, R., O'Brien, P., Davis, S., Olver, I., Ryan, G., & Joseph, D. (2004). Optimism and survival in lung carcinoma patients. *Cancer*, *100*, 1276-1282.

Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermstad, M., & Ruland, C. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research*, *14*, 1813-1823.

Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 41*, 112-120.

Schroevers, M., Ranchor, A., & Sanderman, R. (2003). The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Society of Science Medicine*, *57*, 375-385.

Schulz, U., & Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*, 716-732.

Scott, D., & Eisendrath, S. (1986). Dynamics of the recovery process following initial diagnosis of breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *3*(4), 53-67.

Sears, S., Stanton, A., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *22*, 487-497.

Seeman, T., Dubin, L., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist*, *58*, 53-63.

Sellick, S., & Edwardson, A. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psycho-Oncology*, *16*, 534–542.

Servaes, P., Prins, J., Verhagen, S., & Bleijenberg, G. (2002). Fatigue after breast cancer and in chronic fatigue syndrome: Similarities and differences. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*, 453-459.

Shands, H., Finesinger, J., Cobb, S., & Abrams, R. (1951). Psychological mechanisms in patients with cancer. *Cancer*, *4*, 1159-1170.

Shapiro, C., & Recht, A. (2001). Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, *344*, 1997-2008.

Shapiro, D. (2013). *And in Health: A Guide for Couples Facing Cancer Together*. Trumpeter/Random House.

Sharp, L., & Timmons, A. (2010). *The Financial Impact of a Cancer Diagnosis*. National Cancer Registry/Irish Cancer Society: Cork/Dublin.

Shaver, P., Schachner, D., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*, 343-359.

Siegel, I., Mesagno, F., Karus, D., Christ, G., Banks, K., & Moynihan, R. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 3L, 327-333.

Simon, L., Greenberg, J., Arndt, J., Pyszczynski, T., Clement, R., & Solomon, S. (1997). Perceived consensus, uniqueness, and terror management: Compensatory Responses to threats to inclusion and distinctiveness following mortality salience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*, 1055-1065.

Singer, J., & Davidson, L. (1986). Specificity and Stress Research. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 47-61). New York: Plenum Press.

Sklar, L., Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, *89*, 369-406.

Smith, A., & Kleinman, S. (1989). Managing emotions in medical school: Students' contacts' with the living and the dead. *Social Psychology Quarterly*, *52*, 56-69.

Smith, B., & Zautra, A. (2004). The role of purpose in life in recovery from knee surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, *11*, 197-202.

Smith, C., & Wallston, K. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, *11*, 151-162.

Smith, T., & Gallo, L. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 139–74). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). Terror management theory of self-esteem. In C. R. Snyder & D. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 21-40). New York: Pergamon Press.

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1998). Tales from the crypt: On the role of death in life. *Zygon*, *33*(1), 9-43.

Sorenson, M. (1994). Psychosocial factors in quality of life for long-term survivors of breast cancer and their spouses. *Dissertation Abstracts Int* (B) 55, 607.

Spelten, E., Sprangers, M., & Verbeek, J. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: A literature review. *Psycho-Oncology*, *11*, 124-131.

Spiegel, D., Bloom, J., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer - A prospective randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 527-533.

Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, D. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.

Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P., Kempen, G., Speckens, A., & Van Hemert, A. (1997). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, *27*, 363-370.

Stanton, A., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*, 93-102.

Stanton, A., & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, *12*, 16-23.

Stephenson, J., & Grace, W. (1954). Life stress and cancer of the cervix. *Psychosomatic Medicine*, *16*, 287-294.

Steptoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S., & Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, *11*, 71-84.

Stetz, K. (1987). Caregiving demands during advanced cancer: The spouse's needs. *Cancer Nursing*, *10*(5), 260-268.

Stiegelis, H., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Van der Zee, K, Buunk, B., & van den Bergh, A. (2003). Cognitive adaptation: a comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal of Psychology*, *8,* 303-318.

Stommel, M., Kurtz, M., Given, C., & Gi ven, B., (2004). A longitundinal analysis of the course of depressive symptomatiology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung or prostate. *Health Psychology*, *23*, 564-573.

Strike, P., & Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in cardiovascular diseases*, *46*(4), 337-347.

Stuber, M., Kazak, A., Meeske, K., & Barakat, L. (1998). Is posttraumatic stress a viable model for understanding responses to childhood cancer? *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *7*(1), 169-182.

Suls, J., Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, *4*, 249-488.

Tafet, G., Bernardini, R. (2003). Psychoneuroendocrinological links between chronic stress and depression. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, *27*(6), 893-903.

Tansey, M. (1976). Religious commitment and anxiety level as a function of ego-strength (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Fresno, 1976). *Dissertation Abstracts International*, *37*, 1452.

Taubman Ben-Ari, O., Florian, V., & Mikulincer, M. (1999). The impact of mortality salience on reckless driving – A test of terror management mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 35-45.

Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.

Taylor, S., Falke, R., Mazal, R., & Hilsberg, B. (1988). Sources of satisfaction and dissatisfaction among members of cancer support groups. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Marshaling social support: Formats, processes and effects* (pp. 187-208). Newbury Park, CA: Sage.

Taylor, S., Falke, R., Shoptaw, S., Lichtman, R. (1986). Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 608-615.

Taylor, S., Repetti, R., & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, *48*, 411-447.

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 455-469.

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15*, 1-18.

Telch, C., & Telch, M. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 802-808.

Temoshok, L . (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumour-host response. *Social Science and Medicine*, *20*, 833-840.

Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Survivor*, *3*, 546-567.

Tennen, H, & Affleck, G. (2002). Benefit-finding and benefit-reminding. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 584–97). New York: Oxford University Press.

Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. (2000). A daily process approach to coping: linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, *55*, 626-636.

Thompson, S. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, *90*, 89-101.

Thompson, S., & Kyle, D. (2000). The role of perceived control in coping with the losses associated with chronic illness. In J. Harvey & E. Miller (Eds.), *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives* (pp. 131–145). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Thompson, S., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M., Schwankovsky, L., & Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 293-304.

Thorson, J., & Powell, F. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*, *46*, 379-391.

Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., & Wigal, J. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 343-361.

Tomich, P., & Helgeson, V. (2002). Five years later: a crosssectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, *11*, 154-169.

Tomich, P., & Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, *23*, 16-23.

Tross, S., & Holland, J. (1989). Psychological sequelae in cancer survivors. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 101-116). New York: Oxford University Press.

Trunzo, J., & Pinto, B. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *71*, 805-811.

Vaillant, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.

Vernberg, E., & Vogel, J. (1993). Psychological responses of children to natural and human-made disasters: II. Interventions with children after disasters. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*, 485-498.

Vess, M., Routledge, C., Landau, M., & Arndt, J. (2009). The dynamics of death and meaning: the effects of death-relevant cognitions and personal need for structure on perceptions of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*, 728-744.

Vickberg, S., Bovbjerg, D., Duhamel, K., Currie, V., & Redd, W. (2000). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*, *25*, 152-160.

Victorson, D., Cella, D., Wagner, L., Kramer, L., & Smith, M. (2007). Measuring quality of life in cancer survivors. In M. Feuerstein (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship (*pp. 79–110). Springer, New York.

Vitaliano, P., Maiuro, R., Russo, J., & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, *10*, 1-18.

Wagner, M., Armstrong, D., & Laughlin, J. (1995). Cognitive determinants of quality of life after onset of cancer. *Psychological Reports*, *77,* 147-154.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C, & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measureof adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*. *18* (1), 203-209.

Watson, M., & Homewood, J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-Oncology*, *17*(11), 1146–1151.

Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*. *12* (3), 33-46.

Waxler-Morrison, N., Hislop, T., Mears, B., & Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Social Science and Medicine*, *33*, 177-183.

Wegner, D., & Pennebaker, J. (1992). *Handbook of Mental Control*. New York: Prentice-Hall.

Weihs, K., Enright, T., & Simmens, S. (2008). Close relationships and emotional processing predict decreased mortality in women with breast cancer: preliminary evidence. *Psychosomatic Medicine*, *70*, 117-124.

Weiner, H. (1999). Praise be to psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 259-262.

Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, *3*, 431-457.

Weinstein, N. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: conclusions from a communitywide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, *10*, *481-500*.

Weisman, A. (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. New York: Behavioral Publications.

Weisman, A. (1979). *Coping with cancer*. New York: McGraw-Hill.

Weisman, A., & Worden, J. (1975). Psychological analysis of cancer deaths. Omega: *Journal of Death and Dying*, *6*, 6-75.

Weisman, A., & Worden, J. (1976). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *7*, 1-15.

Weisz, J., McCabe, M., & Dennig, M. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 324-332.

Wellisch, D. (1979). Adolescent acting out when a parent has cancer, *International Joumal of Family Therapy*, *7*, 164-175.

Wengstrom, Y., Haggmark, C., & Forsberg, C. (2001). Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer. *Cancer Nursing*, *24*, 264-271.

Wertlieb, D., Weigel, C., & Feldstein, M. (1987). Measuring children's coping. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 548-560.

Wethington, E., & Kessler, R. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*, 78-89.

Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 43-73). New York: Plenum Press.

White, C. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, *9* (3), 183-192.

White, C. (2002). Body images in oncology. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 379-386). The Guilford Press, New York.

Wills, T. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban high schools. *Health Psychology*, *5*, 503-529.

Wills, T., & Fegan, M. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 139-173). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wilson, K., Chochinov, H., de Faye, B., & Breitbart, W. (2000). Diagnosis and management of depression in palliative care. In H.M. Chochinov & W. Breitbart (Eds.), *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, Oxford University Press: New York.

Wilson, S., Morse, J. (1991). Living with a wife undergoing chemotherapy. *Journal of Nursing Scholarship*, *23*(2), 78-84.

Wong, P., Reker, G., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). London: Taylor and Francis.

Woods, N., & Earp, J. (1978). Women with cured breast cancer: A study of mastectomy patients in North Carolina. *Nursing Research*, *27*, 279-285.

Wortman, B., & DunkeI-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. V: Stress). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wortman, C. (1975). Some determinants of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology Review*, *31*, 282-294.

Wortman, C. (1976). Causal attributions and personal control. In J. H. Harvey, W. J. Ickes, & R. E. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (Vol. 1, pp. 23-54). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wortman, C., & DunkeI-Schetter, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, *35*, 120-155.

Wortman, C., & DunkeI-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum, J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. V: Stress, pp. 63-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wortman, C., & Lehman, D. (1985). Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 463-489). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.

Wortman, C., & Silver, R. (2001). The myths of coping with loss revisited. In: M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe & H. Schut, (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care* (pp. 405–429). Washington, DC: American Psychological Association.

Wright, B. (1996). *Sudden Death: a Research Base for Practice*. Churchill Livingstone, New York.

Wulff, D. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. New York: Wiley.

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.

Yalom, I., & Greaves, C. (1977). Group therapy with the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, *134*, 396-400.

Yee, J., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist*, *40*, 147-164.

Yule, W. (1992). Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: The sinking of the "Jupiter." *Psychotherapy and Psychosomatics*, *57*, 200-205.

Yule, W., Ten Bruggencate, S., & Joseph, S. (1994). Principal components analysis of the Impact of Event Scale in adolescents who survived a shipping disaster. *Personality and Individual Differences*, *16*, 685-691.

Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 697-709.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, *10*, 19-28.

Zahlis, E. (2001). The child's worries about the mother's breast cancer: Sources of distress in school-age children. *Oncology Nursing Forum*, *28*(6), 1019-1025.

Zahlis, E., & Shands, M. (1991). Breast cancer: Demands of the illness on the patient's partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, *9*(1), 75-93.

Zahlis, E., & Shands, M. (1993). The impact of breast cancer on the partner 18 months after diagnosis. *Seminars in Oncology Nursing*, *9*(2), 83-87.

Zebrack, B., & Chesler, M. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *11*(2), 132-142.

Zemore, R., Rinholm, J., Shepel, L., & Richards, M. (1989). Some social and emotional consequences of breast cancer and mastectomy: A content analysis of 87 interviews. *Journal of Psychosocial Oncology*, *7* (4), 33-45.

Zemore, R., & Shepel, L. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine*, *28*, 19-27.

Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67* (6), 361-370.

Zittoun, R. (1990). Patient information and participation. In J. Holland & R. Zittoun (Eds.), *Psychosocial aspects of oncology* (pp. 27-44). New York: Springer-Verlag.

Zussman, R. (1992). *Intensive care*. Chicago: University of Chicago Press.

Зорница Ганева е главен асистент във Факултет по педагогика, СУ "Св. Климент Охридски". Тя е европейски доктор по психология (2009, University of the Basque Country, Испания) и доктор по педагогика (2007, СУ "Св. Климент Охридски"). Печелила е изследователски стипендии Мария Кюри на ЕС (1 година) и на Министерство на външните работи на Испания (3 години). Печели награда на Столична община за най-добър млад учен на СУ "Св. Климент Охридски" за 2011 година. Участвала е в редица международни проекти в областта на социалната, кроскултурната и здравната психология. 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.

"Книгата „Още нещо за рака на гърдата" от Зорница Ганева е уникален и много навременен труд, обхващащ комплексни аспекти на психоонкологията, конкретно съотнесени към заболяването рак на гърдата. Трудът е навременен поради това, че запълва празнини в научната литература по психоонкология и ни информира за проведени от авторката и световната литература емпирични изследвания в тази насока. Също така, тя се появява в период, в който отделни пациенти, пациентски организации и граждански движения в България активно се информират и отстояват правата си в областта на здравеопазването. Книгата ще послужи не само като задълбочен, многостранен и подробен източник на информация, но и като стимул за обсъждане на лични и колективни стратегии за справяне и преодоляване на заболяването."

Доцент Ирина Тодорова, Д-р по психология
Директор на Научен център „Психология и здраве", София

„В настоящата, чудесна книга д-р Зорница Ганева разглежда главно други аспекти на ужасната болест – психологичните ефекти на рака на млечната жлеза върху пациента: първоначалния шок, бавното осъзнаване на възможната смърт, начините за минимизиране на тревожността и депресията. Тя щателно обсъжда съществуващата литература по психо-онкология и е успяла възхитително да я обобщи и представи. Тази книга трябва да бъде разглеждана не само като академична книга, но трябва също така да достигне – и помогне на – пациентите."

Професор Рафаел Мешулам (Raphael Mechoulam)
Израелска академия на науките