

Research Articles

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ТЕКУЩОТО СЪСТОЯНИЕ, ВЪЗПРИЕМАНЕТО НА СОБСТВЕНОТО ТЯЛО И ПОЗИТИВНИЯ ОПИТ ОТ ПОСТАВЕНА ДИАГНОЗА РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

Comparative Analysis of the Current Status, Own Body Perception and Positive Experience From Diagnosed Breast Cancer

Зорница Ганева (Zornitza Ganeva)*^a

[a] СУ „Св. Климент Охридски“, София, България (Sofia University “St. Kliment Ohridski”, Sofia, Bulgaria).

Резюме

Направен е сравнителен анализ на текущото състояние, възприемането на собственото тяло и позитивния опит в период до 1 година от поставената диагноза на жени с рак на млечната жлеза (N = 41 на средна възраст 35.25) в I, II и III стадии от развитието на болестта от български произход. Отражена е надеждността и валидността на приложените скали, които са анализирани по: 1) медицински характеристики (частична или цялостна операция, премахване на лимфни възли, наличие или отсъствие на метастази в тях), 2) проведени или не класически терапии (химиотерапия, лъчетерапия и хормонална терапия) и 3) по прилагане или не на алтернативни терапии (билколечение, физическо натоварване, извършване на масаж лимфен дренаж, употреба на хранителни добавки, спазване на хранителна диета). Резултатите показват, че колкото повече терапии за лечение провеждат изследваните лица, толкова като по-незадоволително те оценяват текущото си общо състояние, колкото е по-голям размерът на извършената операция за отстраняване на туморното образувание, толкова по-позитивна представа те имат за собствените си тела и колкото повече време минава след оперативното лечение, толкова натрупаният позитивен опит от онкологичната диагноза се увеличава.

Ключови думи: рак на млечната жлеза, текущо състояние, възприемане на собственото тяло, позитивен опит

Abstract

Comparative analysis of the current status, own body perception and positive experience within a period of up to 1 year from diagnosing of women with breast cancer (N = 41; mean age 35.25) in the 1st, 2nd and 3rd stages of the disease progress, of Bulgarian origin, was made. Reliability and validity of the scales were described. They were analysed with respect to: 1) medical characteristics (partial or total surgery, surgical removal of lymph nodes, presence or absence of metastases in them), 2) classical therapies (chemotherapy, radiation therapy and hormonal therapy) administered or not and 3) application or not of alternative therapies (herbal medicine, physical load, administration of massage, lymph drainage, use of nutritional supplements, observance of diet). The results showed that the more therapies the persons surveyed were undergone the more unsatisfactory they assessed their current general status. The bigger the size of the surgery performed to remove the tumour the more positive idea of their own bodies they had. The more time after the surgical treatment passed the more the positive experience accumulated from the oncologic diagnosis grew.

Keywords: breast cancer, current status, body apperception, benefit finding

Psychological Thought, 2013, Vol. 6(1), 97–116, doi:10.5964/psycyct.v6i1.58

Received: 2013-01-29. Accepted: 2013-03-03. Published: 2013-04-30.

*Corresponding author at: Sofia University „Saint Kliment Ohridski“, Faculty of Pedagogy, 15, Tzar Osvoboditel boul., 1504 Sofia. E-mail: zganeva@abv.bg



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

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

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, Finney Rutten, Gustafson, Moser, & Hawkins, 2007; Falagas et al., 2007; Manne et al., 2003; Weihs, Enright, & Simmens, 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 (Ell et al., 2005; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001), което пречи на ежедневно функциониране и съответно намалява качеството им на живот (Gélinas & Fillion, 2004; Magnan & Mood, 2003; Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermsstad, & Ruland, 2005; Wengström, Häggmark, & Forsberg, 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, Pouwer, van der Ploeg, Leer, & Adèr, 2000; Schou, Ekeberg, Ruland, Sandvik, & Karesen, 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, Colditz, Coakley, & Kawachi, 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 са съпроводени с повече трудности за *младите жени* (Ganz, Day, Ware, Redmond, & Fisher, 1995; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Ganz et al., 1993). 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 други 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 на това 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 (Mock, 1993; Pozo, Carver, & Noriega, 1992) 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 споделя, 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 еднакво/ по един и същи начин жени от всички раси (*The SCAR Project*, 2011).

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. Ранните изследвания по темата показват, че 53% от жените с рак на гърдата в *начален стадий* твърдят, че животът им се е променил в позитивна насока след поставяне на диагнозата (*Antoni et al.*, 2001; *Taylor*, 1983). Сред настъпилите позитивни промени, които посочват са, че са станали по-асертивни, отдават по-голямо значение на отношенията с членовете на семейството и приятелите, обръщат по-голямо внимание на духовността, реструктурирали са йерархията на ценностите и житейските си приоритети, имат по-ясно усещане за преследване на цел в житейския си път, не се притесняват да помолят за помощ. 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, Cunningham, Carlson, & Andrykowski*, 2001).

В науката е анализирана връзката между възприемането като позитивен опит на поставената онкологична 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 влошено и заплахата за живота им е по-голяма. Със стадия, в който е поставена диагнозата, се свързва и процентът на оцелели дами след условния 5-годишен период от диагностицирането.

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; Tedeschi & Calhoun, 2004) изпитваната болка и водената борба за физическо оцеляване водят до личностно израстване. Като потвърждение на 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 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 образуване, 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.

Изследвани лица

В изследването участват 41 жени от български произход с рак на млечната жлеза 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 ежедневиия си живот, а 49% са се отказали от нея.

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. Билколечение използват 22%, 15% са чували, но не го използват и 63% никога не са прибегвали 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 използват/ не им се прави, а 42% никога не са чували за него.

Методи и процедура на изследване

Изследваните жени попълват въпросниците: Measure of Current Status (MOCS) (Antoni et al., 2006) за измерване на текущото им състояние, Measure of Body Apperception (MBA) (Carver et al., 1998) за измерване на възприемането на собственото им тяло и Benefit Finding (Tomich & Helgeson, 2004) за измерване на позитивния опит от поставената им диагноза.

Ска̀ли за измерване на текущото състояние

Измерване. Въпросникът за измерване на текущото състояние Measure of Current Status (MOCS) (Antoni et al., 2006) се състои от 23 въпроса, които формират две части общо с осем подска̀ли.

Част А: за оценка на собственото състояние (включва 13 въпроса) и се състои от една ска̀ла и следните 4 подска̀ли: за релаксация (включва 2 въпроса като например: “В състояние съм да използвам техники за мускулна релаксация, за да намаля напрежението, което изпитвам”); за изпитвано напрежение (включва 3 въпроса като например: “Лесно мога да разпозная ситуации, които ме стресират или ме карат да се чувствам тъжна”); за асертивност (включва 3 въпроса като например: “Мога ясно да изразя потребностите си пред хората, които са важни за мен”) и за справяне (включва 5 въпроса като например: “За мен е лесно да реша как да се справя с всеки възникнал проблем”). Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна ска̀ла във формат на Ликерт със степени от: 0 – “изобщо не мога да направя това” до 4 – “много добре мога да направя това” като 2 е неутрално мнение: “понякога правя това”.

Част Б: за оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение (включва 10 въпроса) и се състои от една ска̀ла и следните 4 подска̀ли: за получавани грижи (включва 3 въпроса като например: “Получавам доста позитивно внимание от хората около мен”); за степен на рутинност (включва 3 въпроса като например: “Това, че съм с диагноза рак ме кара да се чувствам като аутсайдер в живота”); за степен на сравнение

(включва 2 въпроса като 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 като например: “Чувствам се свързана с другите пациенти с рак на гърдата”). Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна скала 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 скали (част А и част Б) и от осемте им подскали представлява средноаритметична стойност от всички дадени отговори и варира между 0 (минимум) и 4 (максимум). За да бъде проведен сравнителен анализ между скалите, се използва нормираната средноаритметична стойност, която е в диапазона 0.00 (минимум) и 1.00 (максимум). По-високите получени стойности съответстват на по-добро текущо състояние на изследваните лица.

Надеждност и валидност. За проверка на надеждността на скалите и техните подскали е използван коефициентът алфа α на Кронбах. Надеждността на скалата за оценка на собственото състояние (част А) е $\alpha = 0.92$, а за нейните четири подскали е съответно: за релаксация е $\alpha = 0.80$, за изпитвано напрежение е $\alpha = 0.77$, за асертивност е $\alpha = 0.88$ и за справяне е $\alpha = 0.88$. Надеждността на скалата за оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение (част Б) е $\alpha = 0.87$, а за нейните четири подскали е съответно: за получавани грижи е $\alpha = 0.79$, за степен на рутинност е $\alpha = 0.75$, за степен на сравнение е $\alpha = 0.79$ и за степен на свързаност с останалите пациенти със същата диагноза е $\alpha = 0.88$. Тъй като стойностите надвишават минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012) вътрешната съгласуваност за съответните скали и техните подскали е достатъчно висока, т.е. въпросите, които ги изграждат, формират обща група (скала).

За проверка на конструктната валидност на двете скали 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 скала трябва да има: (1) позитивна асоциация (корелация) със скалата за: (а) оптимизъм и песимизъм като ориентация в живота (Life Orientation Test (LOT-R) (Scheier, Carver, & Bridges, 1994) и със скалата за (б) самооценка на Розенберг (Rosenberg, 1965) и (2) негативна асоциация (корелация) със скалата за: (а) самота на Ръсел (Russell, 1996) и за (б) усещане за контрол (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullen, 1981; Pearlin & Schooler, 1978). За проверка на валидността на двете скали е използван корелационният коефициент на Пирсън. Неговите стойности за скалата за оценка на собственото състояние (част А) са 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 скалата за оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение (част Б) 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 конструктната валидност на двете скали за анализираната извадка.

С цел допълнително да се провери конструктната валидност на двете скали за съответните извадки е проведен корелационен анализ на четирите подскали, които ги изграждат, като за целта е изчислен корелационният коефициент на Пирсън между всеки две от тях. За скалата за оценка на собственото състояние (част А) корелацията между четирите подскали е между 0.39 и 0.83, т. е. тя е предимно умерена и голяма. За скалата за оценка на неспецифичните ефекти от проведеното лечение (част Б) корелацията между четирите подскали е между 0.21 и 0.68, т. е. тя също е предимно умерена 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 ска̀ла, нито много голяма (близка до 1.00), каквато би била ако подска̀лите измерват едно и също нещо, а е средна и голяма, се приема, че е доказана конструктната валидност на двете ска̀ли за съответните извадки.

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

Ска̀ла за измерване на възприемането на собственото тяло

Измерване. Въпросникът за възприемане на собственото тяло на жени, оперирани от рак на гърдата (Carver et al., 1998) се състои от 10 въпроса, които образуват една ска̀ла (включва 8 въпроса и 2 дистрактора). Ска̀лата е изградена от две подска̀ли: за възприемане на външния вид (включва 4 въпроса като например: “Ако жената не изглежда добре в очите на другите, то самата тя вероятно не се чувства добре”) и за телесна цялост (включва 4 въпроса като например: “Когато нещо не е наред вътре в тялото ти, никога не си същия човек”). Двата дистрактора (въпроси 5 и 10) не се обработват и анализират. Изследваните лица отговарят чрез 4-степенна ска̀ла 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 ска̀лата и за всяка от двете подска̀ли представлява средноаритметична стойност на съответните отговори (без дистракторите) и варира между 1 (минимум) и 4 (максимум). За да се проведе сравнителен анализ между ска̀лите, се използва нормираната средноаритметична стойност, която е в диапазон 0.00 (минимум) и 1.00 (максимум). По-високите стойности съответстват на по-позитивно възприемане на собственото тяло от изследваните лица.

Надеждност и валидност. За проверка на надеждността на ска̀лата и нейните две подска̀ли е използван коефициентът алфа α на Кронбах като за целта се анализират отговорите на 8-те въпроса, които дават диагностицираните жени $N = 41$. Надеждността на ска̀лата за възприемане на собственото тяло е $\alpha = 0.80$, а за нейните две подска̀ли е съответно: за външен вид е $\alpha = 0.82$ и за телесна цялост е $\alpha = 0.72$. Тъй като стойностите надвишават минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012) вътрешната съгласуваност за съответната ска̀ла и нейните подска̀ли е достатъчно висока, въпросите, които ги изграждат, формират обща група (ска̀ла).

За проверка на конструктната валидност на ска̀лата за извадката е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 8-те въпроса (без дистракторите). Зададени са два фактора според броя на подска̀лите 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, 1974). Общата обяснена дисперсия от двата фактора е 69.01%. Към фактор 1, който обяснява 45.4% от общата дисперсия се отнасят четири въпроса с факторно тегло между 0.76 и 0.92 и се асоциира с подска̀лата възприемане на външния вид. Към фактор 2, който обяснява 23.6% от общата дисперсия, се отнасят също четири въпроса с факторно тегло между 0.41 и 0.89 и се асоциира с подска̀лата възприемане на цялостността на собственото тяло. Стойностите на собственото значение за двата фак-

тора са съответно 3.64 и 1.89. Те са по-големи от 1.00, което е общоприет критерий, че факторът има смисъл (Kaiser, 1974).

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, което позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

Ска̀ла за измерване на позитивния опит от поставената диагноза

Измерване. Ска̀лата за измерване на позитивния опит от поставената диагноза (Tomich & Helgeson, 2004) се състои от 17 въпроси, които не образуват подска̀ли. Те започват с фразата „Да имам рак на гърдата...” и включват твърдения за позитивните страни от поставената диагноза като „сплоти повече семейството ми”, „ми показва, 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 др. Изследваните лица отговарят чрез 5-степенна ска̀ла за съгласие 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 ска̀лата Benefit Finding (Tomich & Helgeson, 2004) представлява средноаритметична стойност от всички дадени отговори на 17-те въпроса, които я изграждат и варира между 1 (минимум) и 5 (максимум). За да се проведе сравнителен анализ между ска̀лите се използва нормираната средноаритметична стойност, която е в диапазона 0.00 (минимум) и 1.00 (максимум). По-високите получени стойности съответстват на по-позитивен опит от поставената диагноза.

Надеждност и валидност. За проверка на надеждността на ска̀лата е използван коефициентът алфа α на Кронбах като за целта се анализират отговорите на 17-те въпроса, които дават диагностицираните жени $N = 41$. Тъй като стойността $\alpha = 0.88$ надвишава минималната препоръчана стойност от $\alpha = 0.70$ (DeVellis, 2012) вътрешната съгласуваност на ска̀лата е достатъчно висока и 17-те въпроса, които я изграждат формират обща група (ска̀ла).

За проверка на конструктната валидност на ска̀лата за извадката е проведен потвърждаващ факторен анализ (McIntire & Miller, 2000) на 7-те въпроса. Резултатите показват, че има само един фактор, който включва всичките 17 въпроса.

Получените резултати показват, че приложената методология за измерване на позитивния опит от поставената диагноза (Tomich & Helgeson, 2004) е задоволително надеждна и конструктивно валидна за дадената извадка, което позволява да се проведе по-нататъшен статистически анализ.

Резултати

Дескриптивна статистика и корелационен анализ

В Таблица 1 са показани дескриптивната статистика и корелацията между четирите ска̀ли: за оценка на собственото състояние (част А), за оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение (част Б), за възприемане на собственото тяло и за позитивен опит от поставената диагноза.

Таблица 1

Корелация, средноаритметично, стандартно отклонение, наблюдаван и максимален диапазон на стандартизираните стойности за скалите: (1) за оценка на собственото състояние (част А), (2) за оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение (част Б), (3) за възприемане на собственото тяло и (4) за позитивен опит от поставената диагноза

корелация междускалите за	1	2	3	4
1. собствено състояние	1			
2. неспецифични ефекти	0.86***	1		
3. възприемане на собственото тяло	-0.20	-0.67***	1	
4. позитивен опит	0.75***	0.76***	-0.31*	1
средноаритметично	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

Note. данните са анализирани с корелационния коефициент на Пирсън (Pearson linear correlation coefficient).

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.

Средните стойности на приложените скали са по-големи от средната стойност за максималния диапазон на изменение $M = 0.50$. Диагностицираните жени са имали приблизително хомогенно мнение по четирите скали: стандартното отклонение (корен квадратен от дисперсията) е приблизително еднакво. Най-еднородна е оценката на неспецифичните ефекти от проведеното лечение (част Б) – минимално стандартно отклонение $SD = 0.17$ и най-тесен диапазон на наблюдения: [0.38, 0.90], а за възприемане на собственото тяло мнението им е най-разнородно – максимално стандартно отклонение $SD = 0.21$ и максимално голям наблюдаван диапазон: [0.33, 1.00].

Корелацията на скалата за възприемане на собственото тяло е отрицателна с останалите три скали. Това означава, че колкото повече диагностицираните жени положително възприемат собственото състояние, неспецифични ефекти от лечението или позитивния опит от болестта, толкова те възприемат собственото си тяло по-негативно. Корелацията между другите три скали е положителна, което означава, че при увеличаване на стойностите на която и да е от тях се увеличават и 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 които е използван многомерният тест Ламбда на Уилкс (Wilks' Lambda). При сравнението по двойките е използван методът на Бонферони (Bonferroni). Резултатите са представени в Таблицы 2, 3 и 4.

Представените резултати в Таблица 2 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 позитивния опит от поставената диагноза, който те имат.

Таблица 2

Средни стойности на скалите за (1) оценка на собственото състояние (част А), (2) оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение (част Б), (3) възприемане на собственото тяло и (4) позитивен опит от поставената диагноза, разпределени по медицински характеристики на изследваните жени

Дименсия	1	2	3	4	статистика	
					СЗ	ГЕ η
операция на гърдата						
цялата	0.53 ^a	0.66 ^{ab}	0.74 ^b	0.61 ^{ab}	*	0.86,>Г
част	0.44 ^a	0.59 ^{ab}	0.75 ^b	0.57 ^{ab}	*	0.99,>Г
СЗ	*	-	-	*		
ГЕ d	0.74,Т	-	-	0.67,Т		
време след операция						
< от 6 месеца	0.50 ^a	0.60 ^{ab}	0.80 ^b	0.58 ^{ab}	*	0.84,>Г
> от 6 месеца	0.49 ^a	0.66 ^b	0.69 ^b	0.61 ^b	*	0.97,>Г
СЗ	*	-	*	*		
ГЕ d	0.68,Т	-	0.51,Т	0.78,Т		
стадии на болестта						
I стадий	0.61 ^{b1}	0.72 ^c	0.52 ^{a1}	0.70 ^{c1}	*	0.95,>Г
II стадий	0.45 ^{a2}	0.59 ^b	0.87 ^{c2}	0.53 ^{b1}	*	0.75,>Г
III стадий	0.50 ^{a2}	0.67 ^{ab}	0.50 ^{a1}	0.76 ^{b2}	*	0.52,>Г
СЗ	*	-	*	*		
ГЕ η	0.30,Т	-	0.80,Г	0.49,М		
без 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
СЗ	-	*	*	-		
ГЕ d	-	1.57,>Г	0.52,Т	-		
метастази в лимфни 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
СЗ	*	*	*	-		
ГЕ d	1.12,>Г	1.74,>Г	1.04,>Г	-		
онкосродници						
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
СЗ	*	*	*	-		
ГЕ d	0.85,Г	1.96,>Г	0.21,М	-		

Note. СЗ – статистическа значимост, ГЕ – големина на ефекта; *статистика по редове*: където е налице статистически значим ефект при $p < 0.05$ между четирите скали 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); *статистика по колони*: където е налице статистически значим ефект при $p < 0.05$ между групите, 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 цифра (¹, ², ³); 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 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); *големината на ефекта*: за коефициента ета η на Коен 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), за коефициента d на Коен 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).

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.

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.

Връзка между стандартизираните средни стойности на скалите и прилаганите класически терапии за лечение

Представените резултати в Таблица 3 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.

Таблица 3

Средни стойности на скалите за (1) оценка на собственото състояние (част А), (2) оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение (част Б), (3) възприемане на собственото тяло и (4) позитивен опит от поставената диагноза, разпределени по класически терапии на изследваните жени

Дименсия	1	2	3	4	статистика	
					СЗ	ГЕ
химиотерапия						
правят	0.46 ^a	0.60 ^b	0.80 ^c	0.56 ^b	*	0.97,>Г
не правят	0.57 ^a	0.71 ^c	0.62 ^b	0.69 ^c	*	0.91,>Г
СЗ	*	*	*	*		
ГЕ d	0.52,Т	0.68,Т	0.55,Т	2.13,>Г		
лъчетерапия						
правят	0.43 ^a	0.59 ^b	0.73 ^c	0.56 ^b	*	0.83,>Г
не правят	0.57 ^a	0.68 ^b	0.77 ^c	0.64 ^b	*	0.81,>Г
СЗ	*	-	*	*		
ГЕ d	0.40,М	-	0.52,Т	0.56,Т		
хормонотерапия						
правят	0.54 ^a	0.68 ^b	0.61 ^b	0.64 ^b	*	0.96,>Г
не правят	0.38 ^a	0.52 ^b	0.98 ^c	0.43 ^b	*	0.95,>Г
СЗ	*	*	*	*		
ГЕ d	0.34,М	1.09, >Г	0.89,Г	0.77,Т		

Note. виж забележките под Таблица 2.

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.

Връзка между стандартизираните средни стойности на скалите и прилаганите алтернативни терапии за лечение

Представените резултати в Таблица 4 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 4

Средни стойности на скалите за (1) оценка на собственото състояние (част А), (2) оценка на неспецифични ефекти от проведеното лечение (част Б), (3) възприемане на собственото тяло и (4) позитивен опит от поставената диагноза, разпределени по алтернативни терапии на изследваните жени

Дименсия	1	2	3	4	статистика	
					СЗ	ГЕ
алтернативни терапии						
не знае	0.50 ^a	0.57 ^b	0.90 ^{c3}	0.52 ^{ab1}	*	0.82,>Г
знае, но не използва	0.45 ^a	0.66 ^b	0.42 ^{a1}	0.66 ^{b2}	*	0.85,>Г
използва	0.51 ^a	0.66 ^b	0.79 ^{c2}	0.62 ^{b12}	*	0.91,>Г
СЗ	-	-	*	*		
ГЕ η	-	-	0.50,>Г	0.47,>Г		
билколечение						
не знае	0.56 ^{a2}	0.58 ^a	0.85 ^{b2}	0.62 ^a	*	0.92,>Г
знае, но не използва	0.52 ¹²	нд	0.58 ¹	0.54	-	-
използва	0.47 ^{a1}	0.64 ^b	0.71 ^{c12}	0.59 ^b	*	0.90,>Г
СЗ	*	-	*	-		
ГЕ η	0.37,Г	-	0.31,Г	-		
хранителна диета						
не знае	0.31 ^{a1}	0.37 ^{a1}	0.89 ^{b2}	0.40 ^{a1}	*	1.12,>Г
знае, но не използва	0.44 ^{a2}	0.61 ^{b2}	0.75 ^{c2}	0.54 ^{b2}	*	0.93,>Г
използва	0.54 ^{a3}	0.68 ^{b2}	0.70 ^{b1}	0.65 ^{b2}	*	0.84,>Г
СЗ	*	*	*	*		
ГЕ η	0.41,Г	0.70,>Г	0.35,Г	0.27,Г		
хранителни добавки						
не знае	0.56 ^a	0.58 ^a	0.85 ^{b2}	0.62 ^a	*	0.99,>Г
знае, но не използва	0.45 ^a	0.63 ^b	0.79 ^{c1}	0.57 ^b	*	0.93,>Г
използва	0.49 ^a	0.66 ^b	0.66 ^{b1}	0.60 ^b	*	0.98,>Г
СЗ	-	-	*	-		
ГЕ η	-	-	0.28,Г	-		
физически упражнения						
не знае	нд	нд	нд	нд	-	-
не използва	0.38 ^{a1}	0.49 ^{b1}	0.87 ^{c2}	0.48 ^b	*	0.91,>Г
използва	0.59 ^{a2}	0.75 ^{b2}	0.63 ^{a1}	0.69 ^b	*	0.76,>Г
СЗ	*	*	*	-		
ГЕ η	0.26,Г	2.26,>Г	0.36,Г	-		
масаж лимфен дренаж						
не знае	0.56 ^{a2}	0.67 ^{b2}	0.74 ^{b1}	0.64 ^{ab2}	*	0.78,>Г
знае, но не използва	0.31 ^{a1}	0.37 ^{ab1}	0.95 ^{c2}	0.42 ^{b1}	*	0.94,>Г
използва	0.53 ^{a2}	0.74 ^{c2}	0.61 ^{b1}	0.65 ^{b2}	*	0.97,>Г
СЗ	*	*	*	*		
ГЕ η	0.48,>Г	.	0.27,Г	0.60,>Г		

Note. виж забележките под Таблица 2.

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.

Обсъждане на резултатите

Женските гърди са утвърден културен символ на полова идентичност, на женственост и майчинство, на красотата и сексуалност. Мастектомията или цялостното премахване на гърдата в следствие 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 (Ganeva, 2011b; Ganeva, 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 квадрантектomia. 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, Stewart, Johnston, & Banks, 1998; Hopwood, Fletcher, Lee, & Al Ghazal, 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 отдаването значение на диагнозата, при приемането на собствената смъртност и при справянето с множество изисквания, които ракът предявява, човек прибегва 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 (Barracough, 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 (Barracough, 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 удовлетво-

реност 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 (Ganeva, 2011a). 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 изследването 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 резултати 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 на заем, че воюват за всеки ден (Bolund, 1990). Полиана е главната героиня в едноименната книга на Елеонор Портер (Porter, 1913). 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.

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 за това въпреки осмислянето на травмиращото събитие като позитивен опит те се нуждаят от участие в терапевтични програми или групи за личен опит (Mehandzhijka, 2009). Чрез прилагане на когнитивно реструктуриране, научаване на стратегии за 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 групов среда. 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.

Литература

- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., . . . Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1143-1152. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1143
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., & Alferi, S. M. (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*(1), 20-32. doi:10.1037/0278-6133.20.1.20
- Arora, N. J., 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. doi:10.1002/pon.1084
- Barraclough, J. (1999). *Cancer and emotion: A practical guide to psycho-oncology* (3rd ed.). Chichester: Wiley and Sons.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various chi-square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society, 16B*, 296-298.
- Bleiker, E. M. A., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J.-W. H., & Adèr, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling, 40*(3), 209-217. doi:10.1016/S0738-3991(99)00085-3
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 7*(2), 89-100. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199803/04)7:2<89::AID-PON293>3.0.CO;2-E
- Bolund, C. (1990). Crisis and coping – Learning to live with cancer. In J. Holland & R. Zittoun (Eds.), *Psychosocial aspects of oncology* (pp. 13-25). Berlin: Springer.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., . . . Clark, K. C. (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*(2), 375-390. doi:10.1037/0022-3514.65.2.375
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., . . . Clark, K. C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer, 73*(4), 1213-1220. doi:10.1002/1097-0142(19940215)73:4<1213::AID-CNCR2820730415>3.0.CO;2-Q
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., . . . Moffatt, F. L. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 60*(2), 168-174.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176-185. doi:10.1037/0278-6133.20.3.176
- DeVellis, R. (2012). *Scale development: Theory and applications* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., . . . 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*(13), 3052-3060. doi:10.1200/JCO.2005.08.041

- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, 9(4), R44. doi:10.1186/bcr1744
- Fitch, M. I., Gray, R. E., McGowan, T., Brunskill, I., Steggles, S., Sellick, S., . . . McLeese, D. (2003). Travelling for radiation cancer treatment: Patient perspectives. *Psycho-Oncology*, 12(7), 664-674. doi:10.1002/pon.682
- 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(3), 221-240. doi:10.1007/BF01857767
- Gall, T. L., & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524-535. doi:10.1002/pon.613
- Ganeva, Z. (2011a). Izsledvane na pozitivniâ opit ot diagnozata rak na mleĉnata Źleza [Investigation on positive experience from breast cancer diagnosis]. In R. Ilarionov, J. Maximov, & M. Simeonov (Eds.), *MeŹdunarodna nauĉna konferenciâ Unitech'11* [International Scientific Conference Unitech'11] (pp. 259-263). Gabrovo: Tehniĉeski universitet.
- Ganeva, Z. (2011b). Izsledvane na vazpriemaneto na sobstvenoto tãlo na Źeni s rak na mleĉnata Źleza [Study of body perception among women with breast cancer]. *Kliniĉna i konsultativna psihologiâ*, 2(8), 36-46.
- Ganeva, Z. (2012). Samoocenkata na Źeni s rak na mleĉnata Źleza ot gledna toĉka na teoriãta za upravlenie na uŹasa [Self-esteem of women with breast cancer on the point of view of terror management theory]. *Kliniĉna i konsultativna psihologiâ*, 3(13), 33-52.
- Ganz, P. A. (2009). Survivorship: Adult cancer survivors. *Primary Care*, 36(4), 721-741. doi:10.1016/j.pop.2009.08.001
- Ganz, P. A., Day, R., Ware, J. E., Jr., 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(18), 1372-1382. doi:10.1093/jnci/87.18.1372
- Ganz, P. A., Hirji, K., Sim, M.-S., Coscarelli Schag, C. A., Fred, C., & Polinsky, M. L. (1993). Predicting psychosocial risk in patients with breast cancer. *Medical Care*, 31(5), 419-431. doi:10.1097/00005650-199305000-00004
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16(2), 501-514.
- Gélinas, C., & Fillion, L. (2004). Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 269-278. doi:10.1188/04.ONF.269-278
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-197. doi:10.1016/S0959-8049(00)00353-1
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F., & Holland, J. C. (2005). Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*, 103(7), 1494-1502. doi:10.1002/cncr.20940
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. doi:10.1007/BF02291575
- Kazdin, A. (2003). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

- Koocher, G., & O'Malley, J. (1981). *The Damocles syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Magnan, M. A., & Mood, D. W. (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(2), E33-E39. doi:10.1188/03.ONF.E33-E39
- 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 Relationships*, 20(6), 771-792. doi:10.1177/0265407503206004
- 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(3), 327-343. doi:10.1037/0022-3514.79.3.327
- McIntire, S., & Miller, L. (2000). *Foundations of psychological testing*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Mehandzhijaska, G. (2009). Socialna rabota v grupa za samopomoš i vzaimna podkrepa – metodičeski osobenosti i priloženiã v balgarskata praktika [Social work in a group for self-help and mutual support – Methodical peculiarities and application in Bulgarian practice]. In L. Starakova & R. Simeonova (Eds), *Podgotovka, profesionalna realizaciã i socialen status na socialniã rabotnik* [Social worker's preparation, professional realization and social status] (pp. 237-250). Sofiã: Universitetsko izdatelstvo „Sv. Kliment Ohridski“.
- Michael, Y. L., Colditz, G. A., 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(8), 711-722. doi:10.1023/A:1008949428041
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*, 42(3), 153-157. doi:10.1097/00006199-199305000-00006
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16(3), 284-298. doi:10.1037/0278-6133.16.3.284
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullen, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356. doi:10.2307/2136676
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21. doi:10.2307/2136319
- Porter, E. H. (1913). *Pollyanna*. Boston: The Colonial Press. Retrieved from <http://etext.lib.virginia.edu/etcbin/toccer-new2?id=Por2Pol.sgm&images=images/modeng&data=/texts/english/modeng/parsed&tag=public&part=all>
- 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(8), 1292-1298.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Russell, D. W. (1996). ULCA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. doi:10.1207/s15327752jpa6601_2

- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (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(6), 1063-1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309-320. doi:10.1002/pon.747
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjerstad, 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(8), 1813-1823. doi:10.1007/s11136-005-4344-z
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *The American Psychologist*, 38(11), 1161-1173. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01
- The SCAR Project*. (2011). Retrieved from <http://www.thescarproject.org/>
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169. doi:10.1002/pon.570
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23. doi:10.1037/0278-6133.23.1.16
- 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.
- Weihls, K. L., Enright, T. M., & Simmens, S. J. (2008). Close relationships and emotional processing predict decreased mortality in women with breast cancer: Preliminary evidence. *Psychosomatic Medicine*, 70(1), 117-124. doi:10.1097/PSY.0b013e31815c25cf
- Wengström, Y., Häggmark, C., & Forsberg, C. (2001). Coping with radiation therapy: Strategies used by women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(4), 264-271. doi:10.1097/00002820-200108000-00003
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28. doi:10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6

About the Author

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