

ПСИХИЧНА АДАПТАЦИЯ, ПОЗИТИВЕН ОПИТ И КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ЖЕНИ С РАК НА ГЪРДАТА

Мария Попадийна, Даниел Петров

СУ „Св. Климент Охридски“

МП „Психология на здравето“

РЕЗЮМЕ

Изследват се взаимовръзките между психичната адаптация, позитивния опит и качеството на живот при 77 жени с рак на гърдата. Колкото по-напреднало е заболяването и през колкото по-сериозно лечение са преминали пациентите, толкова в по-голяма степен осмислят преживяното в позитивна светлина. С увеличаване на времето след операцията, пациентите постепенно започват да възприемат промените във външния си вид по-спокойно, да полагат грижи за неговото подобряване, което води до повишаване на качеството на живот. Високите нива на тревожност корелират със силно безпокойство за рецидив, трудно приемане на промените във външния вид и лошо материално положение. Борбеността се свързва с позитивни чувства, а жените с борбен дух са по-добре адаптирани и имат по-високо качество на живот в сравнение с тревожните и безпомощни пациентки. Чувството за безпомощност се свързва с негативни чувства, усещане за болка, причинен стрес на семейството, проблеми с възприемането на външен вид и изпитвано безпокойство за рецидив. Получените резултати са ценен източник на информация за предотвратяване на неадаптивни и насърчаване на ефективни стратегии за справяне с предизвикателствата на болестта.

Ключови думи: рак на гърдата, качество на живот, адаптация, позитивен опит, извличане на ползи

MENTAL ADJUSTMENT, POSITIVE EXPERIENCE AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Maria Popadiina, Daniel Petrov

ABSTRACT

The aim of the study is to explore the relationships between mental adjustment, positive experiences and quality of life in 77 women with breast cancer. The more advanced the disease and the more serious the treatment the patients have undergone, the more they make sense of the experience in a positive light. With the increase of the time after the operation, the patients gradually begin to perceive the changes in their appearance calmly and take care of themselves which leads to better quality of life. High levels of anxious preoccupation correlate with strong distress of recurrence, difficulty accepting changes in appearance and poor financial situation. Fighting spirit is associated with positive feelings. Women with a fighting spirit are better adjusted and have a higher quality of life than anxious and helpless patients. The feeling of helplessness is associated with negative feelings, pain, family distress, difficulty accepting changes in appearance and fear of cancer recurrence. The results are a valuable source of information for preventing maladaptive and promoting effective strategies to address the challenges of the disease.

Key words: breast cancer, quality of life, mental adjustment, positive experience, benefit finding

Качеството на живот, психичната адаптация и позитивното преосмисляне на тежкото житейско събитие са фактори, чието влияние е от съществено значение за оцеляването и хода на заболяването при пациентите с рак на гърдата. Успешното лечение предполага насоченост към удължаване на живота на пациентите и подобряване на качеството му. Приспособяването към диагнозата е труден и продължителен процес, по време на който пациентът трябва да се справи с много трудности и предизвикателства, възникващи в хода на лечението на болестта. Адаптацията сред дългосрочно оцелелите от рак е повлияна от голямата роля на позитивни преживявания (Ferrell & Dow, 1997).

Психосоциални ефекти от диагнозата.

Поставянето на диагнозата е стресиращо за всяка жена и адаптацията се повлиява от психосоциалните ресурси на личността. Пациентките често споделят, че най-трудното нещо е не самата болест, а редуващите се чувства на страх и несигурност (Сивчева, 2007). Основните психосоциални проблеми, които споделят са: страх от рецидив на болестта, натрапливи мисли за диагнозата и постоянна тревожност, изпитване на умора, болка, проблеми със съня, чувство на уязвимост и екзистенциални въпроси във връзка със смъртта, възприемането на тялото след операцията, сексуални дисфункции, проблеми в комуникацията с партньора (Ganz, 2009). По-младите пациентки изпитват по-големи страхове. Изследване в Китай на пациенти на възраст между 15 и 39 години показва при 35,74% от тях дисфункционално ниво на страх от рецидив, при 32,93% е установена тревожност, а при 38,55% - депресивни симптоми (Sun et al., 2019). При млади жени се установяват промени в настроението, бедно емоционално функциониране, повече трудности при отглеждане на децата и на работното място, в сравнение с по-възрастни пациенти (Ganz et al, 1993; Ganz et al., 1995; Ganz et al., 1998). Пациентките с рак на гърдата са с повишена склонност към натрапливи мисли в сравнение с други групи пациенти, което се свързва с лошата психична адаптация (Nordin et al., 2001). Умората е сред най-често срещаните странични ефекти от лечението, както и лошото качество на съня (Dupont et al., 2014).

Общите психосоциални последици при оцелелите от рак на гърдата са: повишена тревожност при посещение при лекар; по-високо оценяване на живота; чест лек дистрес; страх от рецидив; страх от смърт; по-голяма уязвимост; слаб самоконтрол; ниско самочувствие; посттравматично стресово разстройство; сексуални проблеми;

промяна на целите в кариерата; страх при поемане на риск; по-малка възможност за смяна на работата (Spire & Poinot, 2007).

Заболяването заставя човек да пренареди ценностната система и приоритетите си и да се замисли върху екзистенциални въпроси за смисъла на живота. Пациентите, страдащи от тежко заболяване често се обръщат към духовността, за да се справят с трудностите и по-специално да преоткрият смисъла на живота. Голяма част от жени, участвали в качествено изследване споделят позитивната роля на различни духовни ресурси в отговор на травматичното преживяване (Gall & Cornblat, 2002). За много хора екзистенциалната криза налага справяне, като използва духовни и религиозни вярвания, които дават различен контекст на заплахата за живота и възможността за смърт (Holland & Gooen-Piels, 2003).

Реакцията на пациента зависи от начина, по който лекаря съобщава диагнозата. Кризата, създадена от научаването на диагнозата зависи от личността и вътрешни психологически ресурси на пациента, неговата история и в кой жизнен цикъл се намира, когато идва болестта (Moley-Massol, 2006). Субективните тълкувания са много важни, човек трябва да даде личен смисъл на това, което му се случва в този момент от неговия живот (Spire & Poinot, 2007). Съобщаването на диагнозата предизвиква вихрушка от болезнени емоции: мъка, гняв, несправедливост, страдание. Страданието включва физически, психологически, социални и духовни реакции. Въпреки, че причинява уникални преживявания за всеки отделен индивид, то има общо проявление, свързано с реални или предполагаеми загуби – загуба на смисъл, надежда, физическо благосъстояние, емоционална сила, независимост, промяна във взаимоотношенията с околните, изолация, намалени способности в своята мобилност, реч, концентрация и ежедневни дейности. Страданието може да се прояви в широк спектър от емоции – раздразнителност, гняв, скръб, мъка, шок, отчаяние, тъга, уязвимост, страх, несигурност, паника, разочарование, копнеж, съмнение, скука или ревност (Cancer Australia, 2014).

Тревожността и емоционалното потискане могат да бъдат фактор за психологическата адаптация към рака. Високите нива на тревожност са свързани с психологическа дезорганизация, безнадеждност, фатализъм и безпомощност в отговор на диагнозата и нисък вътрешен локус на контрол (Burges et al., 1988). Пациентите, които потискат негативните емоции и са хронично тревожни, съобщават за по-голям дистрес както при първото си посещение в амбулаторията, така и след разкриване на

диагнозата в сравнение с тези, които изразяват емоция. Изразявайки емоциите, пациентите са по-склонни да получат социална и емоционална подкрепа и обратна връзка и да се справят адекватно (Iwamitsu et al., 2005).

Парк и Фолкман описват как стресиращата информация се обработва когнитивно – човек се изправя срещу ситуацията и се опитва да я промени. След като разбере, че е невъзможно тя да се промени, търси положителните страни, опитва се да намери смисъл в нея и накрая съгласува информацията с житейски цели, които може да се наложи да бъдат трайно променени. Кризата, последваща диагнозата, преминава през три фази: отричане на получената новина, което трае по-малко от седмица, а втората фаза е период на бавно осъзнаване на реалността, човекът често е тревожен, депресиран, с лоша концентрация, безсъние, недобро ежедневно функциониране (продължителност 1-2 седмици). Третата фаза обхваща по-дългосрочна адаптация и е с продължителност от няколко седмици до няколко месеца. Пациентът се приспособява към диагнозата и лечението, опитва се да проявява оптимизъм и да търси смисъл в това, което се случва. Постепенно се връща към нормалния ритъм на живот и начини за справяне, които са били успешни при преодоляване на предишни житейски кризи. Тази последователност от недоверие, дисфория и адаптация се повтаря с всяка нова криза в хода на заболяването и лечението. Депресията се засилва, когато има новини за неуспех на лечението (Park & Folkman, 1997).

Психична адаптация към онкологичното заболяване

Психичното приспособяване към рака може да се определи като когнитивни и поведенчески реакции на пациента към диагнозата (Greer & Watson, 1987). Психичната адаптация е свързана с качеството на живот и лечението (Wagner, Armstrong, Laughlin, 1995). Реакциите на пациентите при научаване на диагнозата са сходни, но е важно да се познават факторите, които прогнозираят добро или лошо приспособяване: социални нагласи и убеждения за рака, индивидуални характеристики и клиничната реалност, към която пациентът трябва да се адаптира. Когато обществеността е добре информирана за болестта и за възможностите за лечение, диагнозата изглежда сякаш по-малко страховита. От друга страна по-пълното познаване на реалистичната прогноза от пациентите и внимателното проследяване след завършване на лечението са свързани с допълнителни тревожност и страх. Несигурността относно бъдещето все още е основна тежест, съпътстваща рака. Индивидуалните фактори, свързани с адаптацията са: възрастта, стратегиите за справяне и управление на стреса, социална подкрепа,

социална класа, оптимизъм, приемане на болестта като предизвикателство, чувство за хумор, висока самооценка, откриване на позитивен смисъл в създалата се ситуация, поставяне на болестта в приемлива перспектива. Клинични фактори са: стадий на заболяването, наличие на болка, прогноза, вид лечение, качество на връзката с лекуващия екип (Holland & Gooren-Piels, 2003).

Приспособяването към диагнозата е труден и продължителен процес, по време на който пациентът трябва да овладее високите нива на дистрес, тревожност, безнадеждност, да се справи с много предизвикателства и промени, възникващи в хода на лечението. Пациентите с добра адаптация продължават да намират смисъл и да имат цели в живота, докато тези, които не са добре адаптирани може да се оттеглят от социалния живот и контакти и да чувстват безнадеждност (National Cancer Institute, and the National Institute of Health, 2019). Добър знак за успешно адаптиране е възобновяване и активно участие в ежедневните дейности и изпълнение на обичайните роли (съпружеска, родителска). Важна част от процеса на оздравяване е ангажирането с конкретни задачи, които да разсеят натрапливите мисли и да доведат до понижаване нивото на стреса. Бет Мърфи в книгата си „Да се борим за нашето бъдеще“ представя програма за оцеляване като поредица от задачи, и първата от тях е изготвяне на план за действие, включващ конкретни стъпки за провеждане на лечение и подкреждане на живота след приключване на лечението (Murphy, 2003).

Теорията на когнитивната адаптация към заплашителни събития на Тейлър (Taylor, 1983) разбира процеса на приспособяване в три теми: търсене на смисъл в преживяването; опит за овладяване на събитието и на живота в по-общ план; и усилия за възстановяване на самочувствието чрез повишаване на самооценката. Успешната адаптация до голяма степен зависи от способността да се поддържат и модифицират позитивни илюзии, които да бъдат буфер не само срещу настоящите заплахи, но и срещу възможни бъдещи неуспехи.

При жени с рак на гърдата в ранен стадий (оценени три месеца след операцията и пет години по-късно) се установява, че преживяемостта без рецидив е значително по-голяма сред пациентки, първоначално реагирали с отричане и борбеност, за разлика от реагиралите със стоическо приемане на диагнозата или безпомощност и безнадеждност (Greer, Morris & Pettingale, 1979). При новодиагностицирани пациентки, които отричат сериозността на заболяването, се отчитат по-малко смущения в настроението в този период. Отричането може ефективно да намали краткосрочния дистрес, преживяван в

този период (Hughes, 1982). Опитите за увеличаване на надеждата и подкрепата за психосоциална адаптация на жените играят важна роля за повишаване на качеството им на живот (Gumus et al., 2011).

Позитивен опит и намиране на ползи

Идентифицирането на положителни психологични промени при хронични заболявания съответства на по-широкото понятие „посттравматичен растеж“ (de Vries et al., 2019). Положителната промяна се проявява в различни области: повишена оценка на живота като цяло; по-значими междуличностни отношения; повишено чувство за лична сила; по-богат екзистенциален и духовен живот; ценена промяна в житейските цели и приоритети. Човекът не само е оцелял, но и е преживял важни промени, като е надхвърлил предишното статукво. Посттравматичният растеж има тенденция да изненадва хората и обикновено не е съзнателна цел (Tedeschi & Calhoun, 2004). В качествено изследване на жени с рак на гърдата относно различните духовни ресурси в отговор на преживяното, се съобщава за по-голяма вътрешна сила, засилена увереност и самоутвърждаване, доброта и състрадателност, разбиране и приемане (Gall & Cornblatt, 2002). Карвър и Антони установяват, че откриването на ползи при жени с рак на гърдата още през първата година от поставянето на диагнозата се свързва с подобро приспособяване 5-8 години след терапията (Carver & Antoni, 2004).

Изследване на жени с рак на гърдата в начален стадий показва, че след поставяне на диагнозата при 53% от тях животът им се е променил в позитивна посока. Жените споделят, че са станали по-асертивни, обръщат по-голямо внимание на духовността, реструктурирали са житейските си приоритети; имат по-ясно усещане за цел в живота; отдават по-голямо значение на отношенията с близките си; започнали са да търсят и приемат помощ (Antoni et al., 2001). Колкото болестта е в по-напреднал стадий, толкова по-малко склонни са пациентите да отриват положителни страни в нея, поради по-тежкото физическо състояние и по-голямата заплаха за живота (Ганева, 2013). Според другата гледна точка, хората с поставена по-тежка диагноза са склонни повече да извличат позитивен опит и ползи от трудностите, пред които се изправят. Човек преосмисля живота си и променя приоритетите си под влияние на заплаха или травматично събитие (Taylor, 1983). Намирането на ползи е свързано с намалени физиологични биомаркери в отговор на стреса (Pascoe & Edvardsson, 2013). Резултатите от проучване при жени с рак на гърдата в Китай показват позитивна връзка между намирането на ползи и активното справяне (Wen et al., 2017).

Качество на живот

Свързаното със здравето качество на живот обхваща функционалното състояние (възможността да се извършват ежедневни активности) и благополучието във физическото, психично и социално измерение на живота. Хората в напреднала възраст по-лесно се приспособяват към настъпилите промени в здравословното им състояние, което е предпоставка за по-високо качество на живот в сравнение с по-младите, които имат по-високи очаквания към физическия и функционалния си статус (Ganz et al., 1998). Дефицитите в една област могат да се компенсират с успех в други. Адаптацията сред дългосрочно оцелелите от рак е повлияна от голямата роля на позитивни преживявания, като ориентиране към духовност, поддържане на близки отношения със семейството и нова радост в живота. Това е особено важно предвид обновения научен интерес към ролята на духовността и религиозните вярвания и поведения при възстановяване от болести (Ferrell & Dow, 1997).

Физическото благополучие при жени с рак на гърдата се изразява в контрола и облекчението на симптомите и увеличаване на самостоятелното функциониране. Психичното благополучие се разкрива в стремежа към позитивни промени в живота, поддържане на усещане за контрол на емоционалния дистрес, управление на страха за бъдещето, свързан с притеснението за развитието на заболяването. Духовното благополучие се свързва с надеждата и бъдещи планове, извличането на смисъл от онкологичния опит в условия на неопределеност. Основните трудности са свързани с преразглеждане на тяхната духовна, религиозна и философска гледна точка за живота, реструктуриране на житейските им приоритети, приемане на собствената смъртност. Социалното благополучие при онкоболните обхваща усилията за преодоляване на последствията от рака при изпълнение на социалните роли (Ганева, 2013). Трудностите в социалната сфера при жените с рак на гърдата са свързани с предявени физически изисквания към заеманата работна позиция и подценяване на възможностите за развитие в кариерата поради недоверие от страна на ръководния персонал. Жените с рак на гърдата споделят и за липса на ресурси и подкрепа при връщането на работа, нарушаване на поверителността на медицинската информация в работната обстановка, трудност при разговори с колеги относно здравето им, затруднения при искане и получаване на помощ, необходимост от преодоляване на социалната стигма, свързана с рака (Carter, 1994).

МЕТОД

Целта на настоящото проучване е да се изследват взаимовръзките между психичната адаптация, позитивния опит и качеството на живот при жени с рак на гърдата. На база на направения литературен обзор са издигнати следните хипотези:

1. Лицата, диагностицирани в по-напреднал стадий, възприемат като по-позитивен натрупания онкологичен опит.
2. С увеличаване на изминалото време след операцията, се подобрява качеството на живот по специфично онкологичните скали.
3. С увеличаване на изминалото време след операцията се подобрява психичната адаптация.
4. Лицата с по-високи нива на борбеност имат по-добро качество на живот, а лицата с по-голяма тревожност и високи нива на безпомощност /безнадеждност са с по-ниско качество на живот

В проучването са включени следните **въпросници**:

„Скала за психично приспособяване към рака“ (*Mental Adjustment to Cancer Scale – MAC*, Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess, & Robertson, 1988), която е метод за оценка на специфичните отговори на онкологичното заболяване и оценява до каква степен пациентите възприемат посочените твърдения при адаптирането си към диагностиката и лечението на рака. Въпросникът е предоставен от Българската асоциация по психоонкология и съдържа 40 айтема, групирани в пет подскали: *Борбеност, Безпомощност/ Безнадеждност, Тревожна загриженост, Фатализъм и Избягване* (непубликуван ръкопис). Участниците са инструктирани да посочат в каква степен описаните твърдения се отнасят за тях в настоящия момент, като оценката се дава по четиристепенна Ликертова скала.

„Въпросник за намиране на ползи“ (*Benefit Finding*, Tomich & Helgeson, 2004; Ганева, 2013). Измерва степента на възприемане на позитивните страни от поставената диагноза. Въпросникът започва с фразата: „Да имам рак на гърдата...“ и включва твърдения като „ми показва, че всеки има цел в живота“, „допринесе като цяло за моето емоционално и духовно израстване“, „ми помогна да стана по-силен човек, който се справя по-успешно с бъдещите житейски предизвикателства“ и др. Въпросникът се състои от 17 твърдения в една скала. За отговорите се използва петстепенна Ликертова скала за оценка

„Въпросник за качество на живот на възрастни, преживели рак” (*Quality of Life in Adult Cancer Survivors – QLACS*, Avis et al., 2005; Ганева, 2013). Въпросникът съдържа 47 айтема, разпределени в 13 скали, от които 8 общи и 5 онкологично специфични. Общите скали са: *негативни чувства; позитивни чувства; когнитивни проблеми; усещане за болка; сексуален интерес; ниво на енергия и умора; сексуални функции; избягване на социални контакти*. Онкологично специфичните скали са: *финансови проблеми; извличане на ползи от диагнозата; причинен стрес на семейството; възприемане на външен вид; изпитвано безпокойство за рецидив*. Изследваните жени отговарят на въпроса: „Колко често сте правили това през последните четири седмици?“ с възможни отговори от „никога“ до „винаги“.

Респонденти и процедура

Изследвани са 77 жени с рак на гърдата на възраст от 34 до 75 години. Средната възраст на изследваните лица е 49 години. 63 от жените (81,8%) са във възрастова група 41-60 години. 27 от жените (35,1%) са диагностицирани в първи стадий на заболяването, 33 от тях (42,9%) – във втори, 11 (14, 3%) – в трети и 6 (7,8%) – в четвърти стадий. Всички жени са претърпели хирургическа операция: 39 с мастектомия и 38 с частично отстранена гърда. Преобладават тези с висше образование - 72,7%, като 50,6% от тях са с магистърска степен. Преобладават живеещите в столицата и голям град – общо 60 от анкетираните (78%). По-голяма част от респондентите са омъжени или живеят на семейни начала – общо 61 (79,2%) и 16 (20,8%) са несемейни. Повечето жени ходят на работа в момента - 53 срещу 24, които не работят. По показателя време след операцията разпределението е следното: 0-6 месеца – 10 жени; 6мес.-3 год.- 28 ; 3-5год. – 16 и повече от 5год. – 23 жени. Провежданите терапии са: химиотерапия (64) - 30,5%, лъчетерапия (58) - 27,6%, хормонотерапия (56) - 26,7%, алтернативни терапии (32) - 15,2%.

Въпросникът беше разпространен в онлайн формат в периода януари-февруари 2021 г. Участничките бяха запознати с анонимния характер и научните цели на проучването.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Социално-демографски и медицински характеристики

Проведеният еднофакторен дисперсионен анализ по признаците **възраст, образование, местожителство, семейно положение и работа** не показва статистически значими различия между отделните групи. Дистресът, свързан с

болестта и лечението е толкова голям, че изглежда тези фактори не играят важна роля в субективната оценка на качеството на живот и психичното приспособяване към заболяването.

Материалното положение ($F=6,33$; $p=0,001$) диференцира равнищата на *тревожност*. При пациентките, които определят положението си като „много трудно“ ($X=35$) тя е най-силна, за разлика от тези, които го определят като „много добро“ ($X=20,71$). Колкото по-трудно е материалното положение, толкова по-големи са безпокойствата за бъдещето във връзка с осигуряването на по-добро лечение и медицински контрол върху заболяването, поради високите цени на лекарствата, добавките, медицинските прегледи и диагностика, които не се поемат от Здравната каса.

Факторът **стадий на заболяването** (табл.1) диференцира *позитивния опит от диагнозата*. Жените, диагностицирани в 4 стадий на заболяването имат по-позитивен опит от поставената диагноза в сравнение с тези в 1, 2 или 3 стадий. Колкото по-напреднало е заболяването, в толкова по-голяма степен осмислят преживяното в позитивна светлина, което потвърждава хипотеза 1 и се докладва и в предишни изследвания (Cordova et al., 2001; Taylor, 1983; Tedeschi & Calhoun, 2004). Същата тенденцията откриваме и при скалата *извличане на ползи от диагнозата*, където се откриват статистически значими различия между първия и четвъртия стадий.

Колкото по-напреднало е заболяването, толкова *стресът, причинен на семейството* е по-голям. Когато болестта е диагностицирана в по-напреднал стадий, лечението включва повече на брой и по-тежки терапии, което води до умора, изтощаване на организма, стрес и това неминуемо се преживява от всички членове на семейството. Страхът от рецидив се определя като страх, безпокойство или загриженост, свързани с възможността болестта да се върне или да прогресира. Пациентите в напреднал стадий изпитват по-силно *безпокойство за рецидив* поради по-лошата прогноза за болестта и преминаването през повече и по-мъчителни процедури на лечение, което влошава качеството им на живот в сравнение с тези, които са в по-ранен етап на заболяването. Проучване доказва, че пациентите с повече странични ефекти от лечението, са склонни да изпитват по-големи страхове (Sun et al., 2019).

Таблица 1. Вариации в средноаритметичните стойности на измеренията в зависимост от факторите стадий на заболяването и изминало време след операцията

Измерения	I стадий	II стадий	III стадий	IV стадий	F	p
Позитивен опит от диагнозата	3,45	3,92	3,81	4,1	3,31	0,02
Извличане на ползи от диагнозата	14,93	17,79	18,36	20,5	2,78	0,047
Причинен стрес на семейството	7,48	10,61	11,64	12,67	3,44	0,02
Изпитвано безпокойство за рецидив	10,78	15	14,64	20	3,58	0,02
Измерения	0-6 м. след операция	6м. - 3г. след операция	3-5 г. след операция	Над 5 г. след операция	F	p
Изпитвано безпокойство за рецидив	12,9	16,8	10,81	12,78	2,81	0,045
Възприемане на външен вид	12,90	14,92	12,13	9,78	3,75	0,01

Резултатите потвърждават хипотеза 2 и показват, че с увеличаване на **изминалото време след операцията** повече пациентите се научават да живеят с болестта, интегрират я в своя живот, намират своите стратегии за справяне, следят състоянието си, което намалява тревожността им във връзка със страха от рецидив. При жените от групата 0-6 мес. стойността е по-ниска, в сравнение с групата 6 мес-3 год., което може да се обясни с това, че те все още не са преминали през всички фази на адаптация, по-голяма част от тях провеждат назначените след операцията терапии, намират се под медицинско наблюдение и поради тази причина безпокойството им не е толкова силно. С увеличаване на изминалото време след операцията пациентките постепенно започват да *възприемат промените във външния си вид* по-спокойно, полагат грижи за неговото подобряване, което води до повишаване на качеството на живот. Не се откриват статистически значими връзки с психичната адаптация, което не ни позволява да потвърдим хипотеза 3.

Тридесет и девет от изследваните лица са с изцяло премахната гърда (мастектомия) и тридесет и осем – с частично отстранена (секторална резекция).

Изпитваното безпокойство за рецидив ($F=7,34$; $p=0,008$) е различно според **вида операция**, като за пациентките с мастектомия ($X=15,10$) е значително по-високо спрямо тези със секторална резекция ($X=12,58$). Резултатите показват, че колкото по-голям е размерът на извършената операция, толкова по-ниско е качеството на живот.

Мастектомията се прилага при жените в по-напреднал стадий, с по-голям размер на туморното образуване, което води до по-голямо безпокойство за рецидив. Откриват се статистически значими различия между стойностите на показателите *Борбеност* ($F=4,32$; $p=0,04$) и *Тревожност* ($F=45,44$; $p=0,02$) от *Скалата за психична адаптация към рака*. И по двата показателя средноаритметичната стойност е по-висока при жените с по-тежка операция (съответно: $X=51,92$ и $X=23,69$) в сравнение с групата на частичното отстраняване (съответно: $X=51,11$ и $X=23,24$). Борбеният дух им позволява да не се поддават на отчаяние и да се борят за подобряване на здравето си. Тук можем да направим връзка и с теорията за когнитивната адаптация към заплашителни събития и по-специално към опита за овладяване на ситуацията, което при много от пациентите води до посттравматичен растеж (Taylor, 1983).

Корелационен анализ

За установяване на посоката и силата на връзката между скалите за качество на живот и психична адаптация към рака е използван корелационен анализ (табл. 2). Установява се положителна значима връзка между *тревожността, възприемането на външния вид и изпитваното безпокойство за рецидив*. Напрежението, страхът и несигурността правят по-трудно приемането на загубата на гърдата и тежките последици от химиотерапията, което влошава качеството на живота. Жените, които имат трудности с възприемането на външния вид, изпитват силно безпокойство за рецидив отново през страха дали загубите няма да станат по-големи. *Тревожността* има правопрпорционална и умерена връзка със скалите *негативни чувства и причинен стрес на семейството*. Правопрпорционална и значима връзка се установява и между скалите *изпитвано безпокойство за рецидив* и *причинен стрес на семейството*. Колкото по-голямо е безпокойството за рецидив, толкова стресът е по-голям и той се прехвърля и върху любимите хора.

Подобна по сила значима правопрпорционална връзка откриваме между *финансовите проблеми и възприемането на външния вид*. При финансови затруднения има и проблеми с възприемането на външния вид и силни негативни чувства, поради невъзможността да се приемат скъпи хранителни добавки, да се прилагат различни процедури и терапии, които биха повлияли позитивно на външния вид, и оттам на качеството на живота. Установява се статистически значима правопрпорционална и

Таблица 7. Корелации между скалите за качество на живот и скалите за психична адаптация към рака.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Борбеност	1															
Безпомощност	-0,322**	1														
Тревожност	-0,078	0,545**	1													
Избягване	0,035	0,032	-0,016	1												
Негативни чувства	-0,307**	0,578**	0,468**	-0,017	1											
Позитивни чувства	0,469**	-0,488**	-0,359**	-0,072	-0,558**	1										
Когнитивни проблеми	-0,109	0,178	0,320**	0,017	0,387**	-0,263*	1									
Усещане за болка	0,065	0,428**	0,405**	-0,118	0,403**	-0,372**	0,375**	1	*							
Сексуален интерес	-0,120	0,185	0,076	-0,056	0,361**	-0,291*	0,314**	0,284*	1							
Сексуални функции	-0,148	0,181	0,066	0,015	0,450**	-0,331**	0,182	0,188	0,560**	1						
Избягване на социални контакти	-0,134	0,314**	0,334**	-0,116	0,452**	-0,475**	0,321**	,501**	0,379**	0,090	1					
Финансови проблеми	0,086	0,284*	0,291*	-0,054	0,266*	-0,181	0,342**	0,445**	0,155	-0,073	0,242*	1				
Извличане на ползи от диагнозата	0,296**	-0,004	0,203	-0,192	-0,068	0,391**	-0,001	0,102	-0,016	-0,243*	-0,016	0,068	1			
Причинен стрес на семейството	-0,014	0,280*	0,429**	0,000	0,322**	-0,068	0,267*	0,255*	0,103	-0,067	0,296**	0,349**	0,576**	1		
Възприемане на външен вид	-0,083	0,447**	0,546**	0,073	0,504**	-0,273*	0,413**	0,479**	0,251*	0,169	0,368**	0,616**	0,132	0,496**	1	
Изпитвано безпокойство за рецидив	0,081	0,342**	0,503**	-0,134	0,428**	-0,128	0,350**	0,486**	0,097	0,004	0,383**	0,437**	0,461**	0,618**	0,631**	1

умерена връзка между *финансовите проблеми, причинения стрес на семейството и изпитваното безпокойство за рецидив*. Тревожността и безпомощността, които се свързват с негативна настройка към рака, корелират позитивно и значимо със скалите: *негативни чувства, усещане за болка, причинен стрес на семейството, възприемане на външен вид, изпитвано безпокойство за рецидив*. Използването на безпомощен стил на приспособяване се свързва с ниско качество на живот и в предишни проучвания (Pirl & Roth, 2000).

Усещането за болка се свързва със следните измерения на качеството на живот и адаптацията: *избягване на социални контакти, финансови проблеми, възприемане на външен вид, изпитвано безпокойство за рецидив, негативни чувства и когнитивни проблеми, безпомощност и тревожност*. Наличието на болка е фактор, който влошава качеството на живот и има влияние и върху други показатели, свързани с оптималното функциониране.

Борбеността се свързва правопрпорционално и умерено с *позитивни чувства* и обратнопропорционално с *негативни чувства*. Борбеността помага на хората да виждат рака като предизвикателство и възприемат положителна нагласа и позитивни емоции, свързани с извличане на ползи от диагнозата, което потвърждава хипотеза 4 (Greer et al., 1992).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати ни дават основание да твърдим, че колкото по-напреднало е заболяването и през колкото по-сериозно лечение са преминали пациентите, толкова в по-голяма степен осмислят преживяното в позитивна светлина. Колкото по-травматично е изпитанието, толкова по-смислен е натрупаният житейски опит, толкова по-голямо е и личностното израстване, което се потвърждава и в други изследвания (Cordova et al., 2001; McFarland & Alvaro, 2000; Taylor, 1983; Tedeschi & Calhoun, 2004). Извличането на ползи е позитивно ориентирана стратегия за справяне, която има влияние върху физическото и психичното здраве (Pascoe & Edvardsson, 2013). С увеличаване на времето след операцията, пациентите постепенно започват да възприемат промените във външния си вид по-спокойно, много от тях полагат грижи за неговото подобряване, което води до повишаване на качеството на живот. Жените с по-лошо материално положение са силно тревожни във връзка с невъзможността за осигуряването на по-добро качество на лечение и медицински контрол.

Високите нива на тревожност корелират със силно безпокойство за рецидив и по-трудно приемане на промените във външния вид. *Борбеността* се свързва с *позитивни чувства*, които са фактор за добро качество на живот. Жените с борбен дух са по-добре адаптирани и имат по-високо качество на живот в сравнение с тревожните и безпомощни пациенти. *Тревожност* и *безпомощност* / *безнадеждност*, които се свързват с негативна настройка към рака, корелират позитивно с: *негативни чувства*, *усещане за болка*, *причинен стрес на семейството*, *възприемане на външен вид*, *изпитвано безпокойство за рецидив*. Деструктивните ефекти на безпомощността се потвърждават и в редица други изследвания, а позитивният опит и развитието на оптимистична нагласа биха могли да послужат като буфер и източник на надежда (Greer, Morris & Pettingale, 1979; Gumus et al., 2011; Ferrero, Barreto, Toledo, 1994).

Възможна посока на разрастване на това проучване би могло да бъде провеждане на качествено изследване по темата. Чрез прекия контакт с жените, биха

могли по-точно да се уловят техните преживяванията, нагласи, емоционално състояние. Идентифицираните взаимовръзки между изследваните променливи биха послужили в консултативната и психотерапевтичната практика, като помогнат в оптимизиране на поведението, което засилва доброто приспособяване с насърчаване на борбения дух, с предотвратяване на дезадаптивни и насърчаване на адаптивни и ефективни стратегии за справяне с предизвикателствата на болестта. Резултатите от проучването биха могли да помогнат на медицинските специалисти и здравните психолози в работата им за намаляване на негативните психологически последици на диагнозата, подпомагане на жените да извлекат ползи и да водят един смислен и пълноценен живот.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

Ганева, З. (2013). *Още нещо за рака на гърдата*. София: Елестра.

Сивчева, Л. (2007). *Да се научим да живеем с болестта рак*. Книга-наръчник за пациенти болни от рак и техните близки. София.

Antoni, M., Lehman, J., Kilbourn, K., Boyers, A., Culver, J., Alferi, S., Yount, S., McGregor, B. Arena, P., Harris, S., Price, A., & Carver, C. (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 : official journal of the Division of Health Psychology, APA*, 20(1), 20–32.

Avis, N., Smith, K., McGraw, S., Smith, R., Petronis, V., & Carver, C. (2005). Assessing quality of life in adult cancer survivors (QLACS). *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(4), 1007–1023.

Cancer Australia. (2014). *Clinical guidance for responding to suffering in adults with cancer*. Cancer Australia Surry Hills. NSW. 2014..

Carter B. (1994). Surviving breast cancer: a problematic work re-entry. *Cancer practice*, 2(2), 135–140.

Carver, C., & Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, APA*, 23(6), 595–598.

Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, APA*, 20(3), 176–185.

- de Vries, A., Helgeson, V., Schulz, T., Almansa, J., Westerhuis, R., Niesing, J., Navis, G., Schroevers, M., & Ranchor, A. (2019). Benefit finding in renal transplantation and its association with psychological and clinical correlates: A prospective study. *British journal of health psychology*, 24(1), 175–191.
- Dupont, A., Bower, J., Stanton, A., & Ganz, P. (2014). Cancer-related intrusive thoughts predict behavioral symptoms following breast cancer treatment. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, APA*, 33(2), 155–163.
- Ferrell, B., & Hassey Dow, K. (1997). Quality of life among long-term cancer survivors. *Oncology*, 11(4), 565–576.
- Ferrero, J., Barreto, M., Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3(3), 223–232.
- Gall, T., & Cornblat, M.(2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-oncology*, 11(6), 524–535.
- Ganz P. (2009). Survivorship: adult cancer survivors. *Primary care*, 36(4), 721–741.
- Ganz, P., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast cancer research and treatment*, 38(2), 183–199.
- 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.
- 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.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J., Watson, M., Robertson, B., Mason, A., Rowden, L., Law, M. G., & Bliss, J. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 304(6828), 675–680.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2(8146), 785–787.
- Greer, S., & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer surveys*, 6(3), 439–453.

- Gumus, A. B., Cam, O., & Malak, A. (2011). Relationships between psychosocial adjustment and hopelessness in women with breast cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 12(2), 433–438.
- Holland, J.C., Golland, M., Greenberg, D.B., Hughes, M.K., Levenson, J.A., Loscalzo, M.J., Pirl, W.F. (2015). *Psycho-Oncology: A Quick Reference on the Psychosocial Dimension of Cancer Symptom Management* (2 ed.). New York: Oxford University Press.
- Holland, J.C., Gooen-Piels, J. (2003). Hearing the diagnosis. In: *Holland-Frei Cancer Medicine* (6th ed.). Hamilton (ON): BC Decker.
- Hughes J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of psychosomatic research*, 26(2), 277–283.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1), 19–24.
- Lock, K., Pomerleau, J., Causer, L., Altmann, D. R., & McKee, M. (2005). The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), 100–108.
- 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.
- Moley-Masol, I., (2006). „Pas d’attitude stereotype”. *Dispositif d’annonce. Document destine aux professionnels de santé. Boulogne*, INCa, 10-11.
- Murphy, B. (2003). *Fighting for Our Future*. USA: McGraw Hill.
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., & Sjöden, P. O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European journal of cancer*, 37(3), 376–384.
- Park, C., Folkman, S. (1997). Meaning in context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Pascoe, L., & Edvardsson, D. (2013). Benefit finding in cancer: a review of influencing factors and health outcomes. *European journal of oncology nursing*, 17(6), 760–766.
- Pirl, W. F., & Roth, A. J. (2000). S. P. Cotton, E. G. Levine, C. M. Fitzpatrick, K. H. Dold and E. Targ, 'Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer', 429-438. *Psycho-oncology*, 9(1), 89.

- Spire, A., Poinot, R. (2007). L'annonce en cancerologie. *Questions de communication* 11, 159-17
- Sun, H., Yang, Y., Zhang, J., Liu, T., Wang, H., Garg, S., & Zhang, B. (2019). Fear of cancer recurrence, anxiety and depressive symptoms in adolescent and young adult cancer patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 857–865.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Wagner, M. K., Armstrong, D., & Laughlin, J. E. (1995). Cognitive determinants of quality of life after onset of cancer. *Psychological reports*, 77(1), 147–154.
- Wen, K. Y., Ma, X. S., Fang, C., Song, Y., Tan, Y., Seals, B., & Ma, G. X. (2017). Psychosocial correlates of benefit finding in breast cancer survivors in China. *Journal of health psychology*, 22(13), 1731–1742.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of psychosomatic research*, 27(4), 299–305.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological medicine*, 18(1), 203–209.
- National Cancer Institute, 2019, Adjustment to cancer: Anxiety and Distress – Patient Version, дост. на 25.01. 2021 на <https://www.cancer.gov>.