



**СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ОБЩА, ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА И ГЕНЕТИЧНА
ПСИХОЛОГИЯ”**

Анастасия Миронова Манлихерова

***ЗДРАВНИ УБЕЖДЕНИЯ И СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ
ПРИ ОНКОБОЛНИ***

**АВТОРЕФЕРАТ
НА
ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ
НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
„ДОКТОР”**

**СОФИЯ,
2018 г.**

СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ”
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ОБЩА, ЕКСПЕРИМЕНТАЛНА И ГЕНЕТИЧНА ПСИХОЛОГИЯ“

**„ЗДРАВНИ УБЕЖДЕНИЯ И
СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ ПРИ
ОНКОБОЛНИ“**

АВТОРЕФЕРАТ

за присъждане на образователна и научна степен „доктор”
по научна специалност: 3.2. Психология
(Психология на здравето)

Докторант:

Анастасия Манлихерова

Научен ръководител:

Проф. д. пс. н. Соня Карабельова

гр. София, 2018 г.

Научно жури:

Вътрешни членове: проф. д.пс.н. Румяна Кирилова Крумова-Пешева – Председател
/рецензент/
проф. д.пс.н. Соня Методиева Карабельова

Външни членове: доц. д-р Паулина Петкова Петкова /рецензент/
доц. д-р Красимир Кръстев Иванов
доц. д-р Владимир Тодоров Велинов

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 29.01.2019 г. от 16:00ч. в зала 63 на СУ „Св. Климент Охридски“ на открито заседание на избраното научно жури.

Материалите на защитата са на разположение в каб. 60, Ректорат – СУ „Св. Климент Охридски“, както и на сайта на университета – www.uni-sofia.bg.

Дисертацията съдържа:

Обем: 175 страници

Литература:

118 заглавия на английски език;

7 заглавия на български език;

2 заглавия на руски език;

4 електронни публикации.

Таблицы: 16.

Фигури: 7.

Приложение: Инструментариум на качествено и на количествено изследване.

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИЯТА

УВОД

ГЛАВА ПЪРВА: ЗДРАВНИ УБЕЖДЕНИЯ И РАКОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Теоретични подходи за здравните убеждения
2. Връзка между здравни убеждения и ракови заболявания
3. Дистресът като фактор за развитие на онкологични заболявания
4. Личностни типове, предразполагащи към ракови заболявания

ГЛАВА ВТОРА: СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ

1. Транзакционен модел за стреса на Лазарус и Фолкман
2. Теоретични подходи за копинг стратегии
 - 2.1. *Модел на Лазарус и Фолкман*
 - 2.2. *Подход на Карвър и колеги*
 - 2.3. *Двуосев модел на справянето*
 - 2.4. *Саморегулативен модел на Льовентал*
3. Стратегии за справяне при онко болни

ГЛАВА ТРЕТА: ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ УБЕЖДЕНИЯ И СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ ПРИ ОНКОБОЛНИ

1. Теоретична рамка на изследването
2. Цел, хипотези и задачи
3. Метод
 - 3.1. *Полу-структурирано интервю*
 - 3.2. *Инструментарииум на количествено изследване*
4. Изследвани лица
 - 4.1. *Респонденти за качествено изследване*
 - 4.2. *Изследвани лица за количествено изследване*

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: РЕЗУЛТАТИ ОТ ЕМПИРИЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ

- I. Качествено изследване
 1. Описание на резултатите
 2. Дискусия върху резултатите
- II. Анализ на резултатите от количествено изследване
 1. Описателни характеристики и различия в изследваните феномени
 - 1.1. *Симптоми на болестта*
 - 1.2. *Възприятия за болестта*
 - 1.3. *Причини за болестта*
 - 1.4. *Психо-социални рискови фактори за заболяването*
 - 1.5. *Качество на живот по време на заболяването*
 - 1.6. *Стратегии за справяне*
 2. Взаимовръзка между изследваните феномени
 3. Дискусия на получените резултати

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ ИЗТОЧНИЦИ

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение 1: Въпросник на полу-структурирано интервю

Приложение 2: Методика на количествено изследване

АКТУАЛНОСТ НА ПРОБЛЕМАТИКАТА

Психология на здравето поставя своя основен фокус върху разбирането и изследването на връзката между биологичното функциониране, поведението и социалната среда, както и тяхното влияние върху състоянието на здраве и болест. Основната цел е подобряване на здравето както на физиологично, така и на психично равнище.

Въпросът за причините за възникването и развитието на онкологичните заболявания, както и справянето с подобна тежка диагноза, е широко разискван вече десетилетия в различни аспекти – медицински, фармакологичен, биологичен, в това число и от психологическа гледна точка. Причината е, че ракът се превърна в една от най-застрашаващите човешкият живот болести. В класациите на Световната Здравна Организация от последната декада, той все още не може да изпревари инфаркта и исхемичната болест на сърцето, но се нарежда в световен план на трето място по причина за смърт при човека, оспорвайки си с тези тежки сърдечно-съдови събития в отделни години и второто място.

До неотдавна в научните среди се разглеждаше основно биологичният аспект относно генезиса на това заболяване и рязко се игнорираха възможни психо-социални фактори. Бяха изтъквани причини за появата му като повишена радиация, генетична обусловеност, тютюнопушене и прием на повишено количество алкохол, нездравословна храна и замърсена околна среда и в голяма степен пренебрегвани фактори като влияние на личността, на психо-социалната среда. Все още сравнително трудно намира място в научните и дори в широките обществени разисквания, идеята за психо-соматичните причини, които могат да породят образуване на канцерогенни клетки в организма. До скоро скептицизмът по отношение на психо-социални фактори върху човешката биология бе повсеместен. С развитието на научни направления като психологията на здравето, които разглеждат човека не само от биологична или единствено от психологическа гледна точка, а в цялостта на био-психо-социалния подход, започнаха да се умножават изследванията в посока на разглеждане на факта, че не само биологичните причини, но и психо-социалните имат влияние върху човешкото здраве.

Основният проблем, върху който се фокусира дисертационния труд са причините за възникване и развитие на онкологичните заболявания, коренящи се не толкова в генетиката и фактори от външно естество, а основно върху личността и нейните репрезентации на психо-социалната среда, която обитава. В дисертацията се хвърля светлина върху това кои личностни характеристики са предразполагащи появата на туморни образувания, като се акцентира особено върху очертаната от учените личност от тип „С“, свързвана със заболяемостта от рак. Това има отношение към начините, по които личността си взаимодейства с психо-социалната среда, към емоционалните ѝ репрезентации, към начините, по които тя възприема стресорите и външните дразнителни и капацитетът ѝ от ресурси за справяне с тях. Темата за дистреса и травматичните житейски изживявания като фактори, влияещи върху генезиса на подобно заболяване също е обект на представения труд. Поставен е и Модела на здравните убеждения на Розенсток и Бекер като отправна точка за начина на мислене и поведение спрямо собственото здраве и връзките на тези възприятия и нагласи с раковите заболявания.

В първата част на дисертационния труд акцентът е поставен върху връзките между психо-социалните рискови фактори, здравните убеждения и характеристиките на личността и възникването на онкологична болест.

Във втора глава фокусът е върху теоретичните подходи на стратегиите за справяне с дистреса и заболяването.

Последната част е разработка на две емпирични изследвания. Първото е качествено, базирано на полу-структурирано интервю. Последващото е количествено изследване, реализирано посредством батерия от въпросници. Двете проучвания изследват здравните убеждения, моделите на мислене, психо-социалните рискови фактори и личностните характеристики и тяхното влияние върху появата на онкологичното заболяване, както и стратегиите за справяне в хода на вече съществуващата болест.

Темата за живото-застрашаваща болест каквато е рака във всичките му форми е изключително актуална днес, защото това, както вече споменахме, е една от водещите причини за смъртност сред населението на планетата. Все още се изследват причините за появата на клетки мутанти в човешкия организъм и ако до скоро науката в различните ѝ

направления търсеше генезиса повече в биологични фактори, то все по-актуални стават изследванията върху психо-социалните фактори, дистреса и типа личност, като обуславящи развитието на туморни образувания. За изключителната актуалност на темата говори и фактът, че в психологията се обособява едно ново направление, наречено психо-онкология. То цели да подготви специалисти психолози конкретно за работа с онко пациенти, тъй като тя изисква специфичен подход и познания именно за психо-соматичните връзки, отнасящи се до диагнозата, както и добро познаване на профила на личността от тип „С“. В онкологични клиники на големи болници вече са формирани цели екипи от специалисти, завършили психология на здравето и психо-онкология, които да работят конкретно за нуждите на пациентите с онкологични заболявания и за подпомогане тяхното по-добро качество на живот по време на болестта и нейното лечение.

Представеният тук дисертационен труд е особено актуален с факта, че се фокусира върху аспекти на раковата болест, които все още малко са изследвани и проучвани, а именно психо-соматичната връзка между личност, дистрес, модели на здравно мислене и поведение и поява и развитие на канцерогенни образувания. Теоретичните подходи, разгледани в дисертацията, както по отношение на теориите за здравните убеждения и свързаното със здравето поведение, така и по отношение на конструктът Аз-ефикасност и влиянието му върху способността за справяне с болестта, наред с типичните за онко пациентите личностни характеристики, могат да бъдат една добра база за надграждащи изследвания, от направените в рамките на дисертационния труд. Това са теми, които психологията, наред с медицината, в частност психологията на здравето и психо-онкологията все повече се стремят да проучват.

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Моделът на здравните убеждения на Розенсток и Бекер е залегнал в основата на първата теоретична част на дисертационния труд. Проследено е и емпиричното приложение на модела конкретно при ракови заболявания като са обобщени данните от различни научни изследвания и мета-анализи.

В отделна подглава са изведени едни от основните фактори, подлежащи на изследване в емпиричната част – дистресът, травматичните изживявания и психо-социалните фактори като предразполагащи за възникването на онкологични заболявания.

Убежденията, свързани със здравето състояние са част от цялостното поведение, което проявяваме към своето здраве. Те се определят като близки или директни фактори, влияещи върху здравето, за разлика от сочените за индиректни като социо-икономически статус, култура, среда, етнос, възраст, пол и личност. Отчита се и факта, че всички те са силно взаимосвързани с т.нар. „далечни” фактори, които служат като медиатори между собствените ни убеждения и нагласи и здравето ни състояние. За пример, социо-икономическият статус влияе върху възможностите за грижа за здравето и занижените финансови възможности се отразяват върху качеството и честотата на здравните грижи и превенцията, които даден индивид може да си позволи. Етносът и дори половата принадлежност в определени култури и общества също влияят върху степента на доброволно търсене на здравна помощ и превантивни грижи.

В тази глава, освен типичните здравни убеждения, разработени в Модела на здравните убеждения, са разгледани и конструкти като Аз-ефикасност и локус на контрола, тъй като от степента на Аз-ефикасност на личността зависи не само умението за справяне в различни ситуации, но тя е от значение и за копинг способностите при раково заболяване. Убежденията за собственото здраве се влияят и от това дали локуса на контрола е вътрешен или по-скоро външен. В дисертацията са дадени точни дефиниции на Аз-ефикасност, вътрешен и външен локус на контрола и по какви парадигми те биха могли да повлияят вярванията, свързани със здраве и болест и справянето с последната, когато тя вече съществува. Тук накратко ще ги обобщим. Колкото по-висока е степента на Аз-ефикасност на индивида, толкова по-голяма е неговата увереност, че би могъл да се

справи в различни комплицирани ситуации. Вътрешният локус на контрола е ориентиран, също както Аз-ефикасността към убеждението, че личността притежава достатъчен потенциал да премине успешно през различни комплицирани събития и че позитивния изход от тях зависи много повече от вътрешните ресурси, отколкото от външни обстоятелства. Обратно на това, при външния локус на контрола, причините за състояния, житейски случки, включително и за заболявания са много повече ориентирани към външната среда и вярванията, че причините, както и решенията се съдържат много повече в нея и в другите хора, отколкото в личния потенциал. Дадени са примери, за да се отличат по-добре двата конструкта. Така например, личността с по-висок вътрешен здравен локус на контрола ще е много по-склонна да предприема превантивни мерки за своето здраве от типа на здравословно хранене, редовни физически упражнения, провеждане на редовни профилактични прегледи и скринингови изследвания, каквато е мамографията. Индивидът с външен здравен локус на контрола винаги ще смята, че състоянието му зависи изцяло от здравни работници.

В първата част от дисертацията се очертават и други две важни дефиниции, свързани с убежденията за личното здраве и уменията за справяне и това са диспозиционния песимизъм и тревожност, които често са характеристики на синдрома на хипохондрия, и точно обратната тенденция – нереалистичния оптимизъм, при който се отричат или пренебрегват реално съществуващи и проявяващи се рискове за здравето, проявяващи се обикновено в конкретна симптоматика.

Моделът на здравните убеждения е разгледан подробно в началото на първа глава. Според него, вероятността човек да се ангажира с определено поведение, свързано със здравето, зависи от демографски фактори като социална класа, пол, възраст, както и от четири типа убеждения, които могат да се породят след определена вътрешна или външна насока за действие. Те обхващат преценката за съществуващата заплаха и оценка на поведението, свързано със здраве. По-късно към тях са добавени още два фактора, а именно насоки за действие (през 1975г.) и здравна мотивация (през 1977г.). Така Моделът на здравните убеждения съдържа шест типични вярвания за личното здраве. Тук те са изведени заедно с конкретни примери, за да стане по-ясна тяхната концепция:

1. *Възприемана сериозност:* „Вярвам, че рака на белите дробове е сериозно заболяване, за което допринася тютюнопушенето.”

2. *Възприемана податливост:* „Убеден съм, че цигарите ми влияят зле, въпреки че ми е трудно да ги спра.”

3. *Възприемана полза от промяна:* „Ако спра да пуша, здравословното ми състояние ще се подобри.”

4. *Възприемани пречки пред промяната:* „Отказването от цигарите ще е много труден процес, особено като се има предвид, че почти всички около мен вкъщи, на работа и сред приятелите ми също пушат.”

5. *Насоки за действие:*

- Външни насоки за действие: „Тази телевизионна програма за рисковете за здравето от тютюнопушенето силно ме притесни.”

- Вътрешни насоки за действие: „Редовно кашлям, когато пуша, следователно може би трябва да спра цигарите.”

6. *Здравна мотивация:* „За мен е важно да поддържам здравето си.”

На базата на така разяснената теория на Розенсток и Бекер са изведени конкретни примери и подходи как тази теория има пряка връзка с онкологичните заболявания като са дадени примери и резултати от конкретни научни изследвания, фокусирани върху рискови здравни поведенчески модели. Проявлението на теоретичната рамка на Модела на здравните убеждения в практически аспект, свързан с онкологичните заболявания, е най-пряко обвързано с превантивните мерки, които личността е склонна да вземе, за да се предпази от появата им. Тъй като ракът е изключително коварно заболяване и едва на късен стадий от развитието на туморните образувания дава симптоматика, когато медицинските интервенции биха били значително слабо въздействащи, навременната диагностика е от съществена важност. Превантивните мерки, които могат да се вземат, особено когато индивидът е изложен на рискови фактори, обуславящи появата на тази живото-застрашаваща болест, са важна част от грижата за себе си. В онкологията най-релевантните методи за ранно диагностициране или преглед на състоянието на организма с цел превенция са тъй наречените скринингови изследвания. Двата най-често прилагани скрининга са:

- за рак на гърдата, каквато е мамографията – процедура с ниска доза рентгенови лъчи, която дава образ на гърдата;
- за рак на шийката на матката, наричан още цитонамазка или Пап-тест.

Както се вижда, и двете изследвания са в областта на раковите заболявания, засягащи женския пол. Туморните маркери и специфични изследвания при съмнителни показатели могат да се правят при останалите типове онкологични болести. Съществуващите научни изследвания и мета-анализи, правещи връзка между рака и Модела на убежденията за здравето, разглеждат основно различни популации жени и нагласите им да се подложат на един от двата скрининга – мамография или Пап-тест. Изведените проучвания се фокусират върху популации с различен социо-икономически статус, от различен етнос и от различни култури. Някои от тях силно акцентират върху влиянието на етническите особености и културните традиции, както и на позицията на жената в различните социални групи като обуславящи желанието ѝ и взимането на решение дали да се подложи на подобни прегледи. Разгледана е и позицията на имигрантите и етническите малцинства, населяващи развити западни страни и как тяхното положение в тези общества също влияе на убежденията им, свързани със собственото им здраве, както и с възможностите им да се грижат добре за него. Последните са обусловени най-вече от социо-икономическия статус на повечето представители на етнически малцинства. Резултатите показват, че често пъти възгледите на съпруга, а понякога дори на цялата фамилия, в която жената живее влияят пряко върху взимането на решението дали тя изобщо да се подложи на подобен тип изследвания. Повечето пречки са свързани с неодобрението от страна на семейството на жената тя да излага на показ части от тялото си, които според съответните култури и техните религиозни вярвания не е прието да се експонират пред „чужди“ хора, дори и те да са екип от медицински лица. Това най-често се наблюдава сред представители на етноси, чиито корени са в Близкия и Далечния Изток.

В разгледаните научни изследвания възрастта се оказва важна величина, когато става дума за възприемана сериозност. Повечето проучвания посочват, че младите жени, особено в студентските си години не проявяват особена отговорност по отношение на половия си живот, най-вече предпазните мерки, които е добре да взимат, но също и мотивацията за редовни профилактични прегледи при гинеколог. По-високи са стойностите при тези, които имат фамилна обремененост по отношение на рак на гърдата или рак на маточната шийк

Освен възприеманите пречки и възприеманата сериозност при предприемане на превантивни стъпки спрямо онкологични заболявания, анализите разглеждат и останалите четири типа вярвания, очертаващи Модела на здравните убеждения.

В първата глава от дисертацията е засегнат и един важен и все още недостатъчно дискутиран въпрос – за влиянието на дистреса върху появата на живото-застрашаващи заболявания, каквото е и рака. Изведен е един цитат на Гросарт-Матисек и Айзенк, който може да послужи като лайтмотив на целия дисертационен труд, а именно: “концепцията, че ракът може по някакъв начин да е свързан със стреса или други емоционални фактори, на практика е толкова стара, колкото и данните за съществуването на медицината сама по себе си”. Преди да се върнем към изследвания, проведени от назованите учени, правим исторически обзор на възгледите за връзката психика – тяло от Хипократ, Гален и Авицена в древността, до наши дни, когато макар и несигурно, но последователно си проправя все повече път идеята, че психо-социалните фактори и дистреса могат да отключат процеси на физическо ниво, които да започнат да разрушават тялото и тези процеси да доведат до образуването на злокачествени туморните клетки.

Разгледана е причината за отричането на връзката между психо-социално и биологично и тя се корени в масово наложение от медицината биологичен подход през 19-ти и 20-ти век. С бавното и постепенно развитие на био-психо-социалния подход, на който се базира и психологията на здравето, си проправят път и концепциите, за които говорим. Те по чудесен начин са изведени от Льо Шан, който обобщава две основни хипотези, разработвани преди него от по-ранни автори. Първата е, че хората, които подтискат своите емоции и инстинкти за самосъхранение, обикновено са скромни по характер, готови са прекомерно да помагат на околните и да бъдат твърде алтруистично настроени. Втората е, че хората, които не могат да се справят със стреса, развиват чувства на безпомощност и в крайна сметка достигат до депресивно състояние. Тези хипотези правят препратка с последната глава в теоретичната част на дисертацията, където подробно се разглежда темата за личността, склонна към развитие на туморни образувания и нейните характерни особености. Това е дълбоко свързано с начина на възприятие на стреса и неговата репрезентация. Извън детайлното разглеждане на личностните особености стои и въпроса за дистреса и травматичните преживявания, които могат да доведат до пост-травматичен стрес и хипотезата, че по невробиологичен път те са благодатно поле за отключване на

дегенеративни процеси в човешкото тяло, най-малкото заради влошеното състояние на имунната система. Разбира се, това е една изключително обширна тема и тъй като този труд не е посветен на невробиологични проучвания, а разглежда темата от психологична и психо-соматична гледна точка, в подглавата са изведени основните хипотези за връзката неблагоприятни психо-социални фактори и дистрес и появата и развитието на онкологична болест.

В първата глава е отделено внимание и на много ключов елемент от разглеждането на въпроса за връзката между психо-емоционалната страна на човек и състоянието на неговото физическо здраве. Той се заключава в търсене на характеровите особености на личността и как те се отразяват върху здравето. Както в по-ранни глави отбелязахме – стресът и психо-социалните фактори играят роля върху здравното състояние на човек и за това има освен медицински, биохимични, невро-биологични и психологически обяснения, които в съвкупност може да очертаят една по-ясна картина на психо-соматичната зависимост личност - здраве. Не е от значение само интензитета на външния дразнител, който предизвиква дистрес, но от съществена важност е и факта как дадена личност възприема силата на влиянието на стресора, и какво ниво на значимост му придава. При едни и същи стресиращи обстоятелства, различни хора реагират по различен начин и в дългосрочен план негативните събития им влияят на различно равнище – за едни те имат особено значение, докато други са способни лесно да преминат през тях и да продължат живота си напред. На какво се дължи тази разлика? На онази съвкупност от вярвания и убеждения, мисловни нагласи и поведенчески модели, които формират онова, което наричаме личност.

Вглеждайки се в типичните черти на една личност бихме могли да изведем типове поведенчески модели, които да бъдат обединени в клъстери, каквито учените Фридман и Роземан обособяват за първи път през 1959 година. Двамата правят това, водени от търсенето на зависимост между характеристиките на личността и склонността към заболяемостта от определени заболявания. Фридман и Роземан очертават четири типа личности, представляващи многоизмерни конструкти, комбиниращи действията и емоциите, два от които се свързват с повишен риск от сърдечно-съдови заболявания, а един с появата и развитието на рак. Той е класифициран като Личност от тип „С“. Това е личностната типология, върху която се фокуса дисертационния труд.

През 1985 година Айзенк и Гросарт-Матисек правят проучвания върху типовете личности, склонни към ракови заболявания, като описват тази група като „тип 1”. Характеристиките на хората, влизащи в нея, според техните изследвания са:

- склонни да потискат емоциите си;
- неспособни да се справят с междуличностният стрес, което води до чувство на безнадеждност, безпомощност и на финала до депресия.

След 15-годишно проследяване на жени с рак на гърдата Темошок събира солидни резултати, показващи връзката между пасивния и безпомощен стил на справяне и лошата прогноза на болестта. Те описват личността от тип С като притежаваща следните характеристики:

- сътрудническа и угаждаща;
- подчиняваща се и пасивна;
- стоическа;
- несебеутвърждаваща се и саможертвена;
- склонна да потиска и изгласква отрицателните емоции, особено гнева.

В главата са дадени примери от различни изследвания, сочещи връзката между наличието на изброените характеристики на личността и появата на различни като локализация туморни заболявания. Изведени са и връзките между личностните променливи и здравословното състояние, концептуализирани от учените и те са:

- Личността може да подпомага нездравословното поведение, прогнозиращо болест и така да има индиректен ефект върху риска от болест. Пример за това е отказът на пушачите да спрат цигарите.
- Общите аспекти на личността може да влияят върху начина, по който човекът оценява или се справя със стреса и болестта, и така да има индиректен ефект върху напредването на заболяването или резултатите от него. Пример за това е как песимистите може да не използват ефективно социалната подкрепа.
- Личността може да прогнозира началото на болестта, като тук се има предвид идеята за склонна към болести личност.

Върху изведените в тази глава теоретични подходи са базирани и част от емпиричните изследвания.

Във втора глава за разгледани някои от най-популярните в психологията теории за справяне със стреса – тези на Ричард Лазарус и Сюзън Фолкман за транзакционния модел на стреса, за проблемно- и емоционално фокусираното справяне, с допълненията, направени от Чарлз Карвър и колеги. Отделна подглава е посветена на дву-осевия модел на справянето, а следващата – на саморегулативния модел за стреса и справянето по теорията на Льовентал. Изведени са и други стратегии за справяне при онкоболни, каквото е приучаването към позитивно мислене.

Транзакционният модел за стреса на Ричард Лазарус и Сюзън Фолкман, считан за теория, оказала най-дълбоко въздействие върху концептуализацията за справянето обяснява психологическият стрес като резултат от неблагоприятното взаимодействие между човека и окръжаващата го среда, т.е. когато има възприемано несъответствие от индивида между изискванията и ресурсите в конкретна ситуация. При това тук говорим за стимули, които се оценяват итеративно от индивида. По време на първичната оценка, влиянията отвън се категоризират като заплаха или не. Ако не бъдат възприети като заплаха, не се стига до стресиращ резултат. Ако обаче се възприемат като заплаха, индивидът се въвлича във вторична оценка, като взима под внимание два фактора:

1. Възможността да контролира онова, което го заплашва.
2. Наличните ресурси за справяне със заплахата.

Ако последната подлежи на овладяване и наличните ресурси за справянето с нея са достатъчно, настъпва позитивен отговор на стреса. Но ако заплахата не подлежи на управление и няма достатъчно ресурси за справяне с нея, настъпват негативни стресови резултати. Оценка на възможността за овладяване на заплахата, както и наличността на ресурси за справянето с нея, са когнитивни процеси. Това предполага, че се изискват и когнитивни измерватели на отговора на стреса.

Лазарус и Фолкман използват метод, базиран на специфични усилия, чрез които хората се учат да усъвършенстват, толерират, редуцират или минимизират стресиращите ги събития. Тези усилия са в две посоки – поведенчески и психологически. Върху тях Лазарус и Фолкман изграждат и двете генерални стратегии.

Проблемно фокусирана стратегия е тази, при която усилията са насочени към това индивидът да предприеме активни действия, за да облекчи стресиращите обстоятелства. За да постигне това, той се заема изцяло със събитието или обстоятелствата, носители на

стрес. Целта е чрез действията си да повлияе така на ситуацията, че да има максимално благоприятно разрешение за него.

Емоционално фокусираната стратегия включва усилия за регулиране на емоционалните последици от стресиращо или потенциално стресиращо събитие. При нея фокусът е изцяло върху регулация на емоциите. Целта е индивидът да се почувства по-добре в конкретната ситуация, особено когато не може директно да повлияе върху нея.

Няколко години след като се утвърждава тази теория, през 1989 година, Чарлз Карвър и колеги допълват модела на Лазарус и Фолкман като добавят още характеристиките както към проблемно-, така и към емоционално-фокусираната стратегии. Съществена част от тяхната работа е фактът, че Карвър и екипът му добавят още един план на този модел и това е дисфункционалното справяне или характеристиките на неспособността на индивида да се справи с конкретни стресиращи обстоятелства.

В текста на тази част от главата подробно са разгледани отделните характеристики на проблемно- и емоционално-фокусираната стратегии, разработени от Лазарус и Фолкман, с допълненията на Карвър и неговите колеги, включително и с подробни характеристики на дисфункционалното справяне, допълнено от него към целия модел. Изведени са таблици, за да се проследи надграждането на модела от създаването му от Лазарус и Фолкман, през допълването от страна на Карвър и екипът му на двете генерални стратегии до назоваването на характеристиките на дисфункционалното справяне.

Друг важен стратегически подход за справяне, представен в дисертацията е двуосевият модел. Той е алтернатива на останалите модели за справяне. Онова, което го отличава от една страна е, че той акцентира едновременно върху социалното поведение и активността на индивида, а от друга, че диференцира тенденциите за справяне при двата пола. Ако го разглеждаме от социална гледна точка, той може да бъде прилаган при проблеми, свързвани с индивидуалните модели на справяне на личността. Моделът се базира на дългогодишните изследвания на личността, които дават предпоставка да се смята, че справянето е едновременно активен и просоциален процес. Ранните трудове на Адлер и други учени са подкрепени от последващите ги теории за позитивните аспекти на Аз-ефикасността и социалната подкрепа. Редица учени в периода на 80-те и 90-те години на миналия век защитават теорията, че активният про-социален стил е в основата на получаване на социална подкрепа, т.е. за да получи социална подкрепа един индивид, това

е в тясна взаимовръзка както с персоналните усилия за справяне, които той проявява, така и със социалната среда, в която съществува. Направените изводи от тези становища са, че активният стил на справяне и положителното използване на ресурсите, които социалната среда предлага, работят в тандем в мисията за увеличаване на персоналната резистентност към стреса. Проследено е приложението на модела при диференциация на двата пола. Очертана е и променящата се парадигма в съвременното общество мъжете да проявяват все по-пасивни качества, с които са били характеризирани по-скоро жените само преди две десетилетия, и обратното – все по-активната роля на жените в трудни ситуации. Това се обяснява с факта, че жените заемат все повече важни постове в социалния живот, налага се да управляват икономически ресурси и да менажират едновременно работни и семейни процеси, което изисква изграждане на ежедневни умения за бързо и ефективно справяне в различни по характер ситуации.

Посочена е като фигура координатната система, която най-точно обяснява схематично дву-осевия модел на справяне, като на върха на вертикалната координата е поставен про-социалния тип поведение, а на дъното – анти социалния, от лявата страна на хоризонталната ос – пасивния тип поведение, а на противоположната страна – активния.

Още един важен модел за справяне при стресови ситуации не е подминат в дисертационния труд и това е Саморегулативният модел на Льовентал. Той има пряко отношение към справянето при заболявания, особено от хроничен характер и тежки живото-заstrашаващи болести, каквато е рака.

Льовентал започва своите проучвания в края на `60-те и началото на `70-те години на миналия век. Той наблюдава в моменти на силни стресови ситуации как страхът провокира хората да предприемат действия, ориентирани към предпазване на собственото им здраве и цялост. С колегите си той открил, че са необходими различни типове информация, за да се повлияе върху проявата на отношение и действие спрямо възприеманата заплаха за здравето и благосъстоянието. При това, този процес продължава за кратки периоди от време. Като допълнение към своя основен модел, Льовентал и колеги искали да разберат какви усилия за адаптация и справяне са необходими да бъдат създадени и поддържани у хората, които боледуват от хронично заболяване. Те предложили йерархично организиран модел на адаптивна система, базирана на три основни конструкта:

1. Представа за болестното изживяване, което би могло да бъде водещо.
2. Планиране на действия или изграждане на стратегия за справяне и въвеждането ѝ в действие.
3. Оценка или мониторинг на успехите и провалите при положените усилия за справяне.

Моделът има множество сходства с други теории за ориентираното към справяне с проблемите поведение, какъвто е например транзакционният модел за стреса и справянето на Лазарус и Фолкман, когато концептуализираме болестта като стресиращо изживяване. Една нова, характерна особеност на предположението на Льовентал е да очертае успоредната когнитивна обработка на начина, по който хората регулират своите отговори както при опасност от болест, така и на емоционален контрол. Пример за когнитивна обработка при опасност от болест е въпросът, който болния си задава: „Каква е тази заплаха за здравето ми и какво обективно мога да направя, за да се справя с нея?“. Емоционалният контрол може да бъде илюстриран с примера: „Как се чувствам с тази заплаха за своето здраве и какво мога да направя, за да се почувствам по-добре в тази ситуация?“. Ключовият конструкт в саморегулиращия модел е идеята за начина, по който се разглежда болестта или убежденията, които са в основата на възприятието за заболяването.

Льовентал и екипът му описват 5 компонента на представянето на болестта:

1. Идентичност.
2. Причина:
3. Продължителност.
4. Последствия.
5. Лечимост или управляемост.

Всички те подробно са описани с убежденията, които ги характеризират, за да бъде в завършен вид представена теорията на този учен и неговите колеги и за да се очертае поясно разбиране за някои от изследваните аспекти в количественото изследване в предстоящата емпирична част.

В последната част от втора глава, посветена на стратегиите за справяне при стрес и трудни ситуации обръщаме по-специално внимание на ролята на позитивното мислене

като начин за адаптация към диагнозата на рака и преодоляване страха от нея и от евентуалния фатален изход от заболяването.

ПОСТАНОВКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

На базата на проведен анализ върху емпиричните изследвания в психологическата литература, посветени на моделите на здравни убеждения, личностните характеристики и стратегиите за справяне при хора с онкологични заболявания, е разработена конструкцията на представеното в дисертацията емпирично изследване. Моделът му обвързва предполагаемите връзки от една страна между здравни убеждения и появата на рак, от друга личностните характеристики, психо-социалните рискови фактори и възприятието на стреса и развитието на това заболяване, а от трета – стратегиите за справяне в хода на болестта. Рамката на емпиричното изследване включва две части – първата е качествено проучване под формата на полу-структурирано интервю, а втората е количествено изследване, базирано на серия от въпросници.

В първото, в качествено изследване, са изведени две линии на проучване. Първата се фокусира основно върху психо-социалните фактори, личността и нейното възприятие за случващото се, като основната цел тук е да се изследва доколко дистресът и травматичните изживявания могат да бъдат фактори за появата и развитието на раково заболяване. Втората обръща внимание на моделите на здравно поведение и на здравните убеждения при респондентите и доколко тяхната промяна оказва влияние върху хода на болестта.

Изведените резултати показват, че при всички десет лица, участници в това изследване, преживеният дистрес, конкретна травма или поредица от травматични изживявания са допринесли за появата на онкологичното заболяване. Респондентите много ясно правят връзки между въздействието на определени събития или взаимоотношения в живота си и появата на рака. Това дава основание да смятаме, че една от основните хипотези на този дисертационен труд, а именно, че дистресът и травмиращите преживявания могат да отключат процеси в човешкото тяло, водещи до появата и развитието на злокачествени туморни образувания, може да бъде потвърдена.

От друга страна, от получените отговори, се вижда, че респондентите проявяват много от личностните черти, характерни за описания личностен тип „С“, склонен към развитие на ракови заболявания, като сред тях доминират стоицизма, склонност към угаждане, склонност към потискане и изтласкване на отрицателни емоции, особено гнева.

Втората линия на изследване се фокусира върху здравните модели на поведение и свързаните със здравето убеждения. Резултатите от проведените интервюта са изведени на базата на контент анализ. Общите отговори и изводи, направени от самите участници в изследването, са обособени в пет основни тенденции, очертаващи се като типични за повечето от тях. Петте тенденции са следните:

- въвеждане на оздравителен хранителен режим;
- въвеждане на редовна оздравителна двигателна практика в ежедневието;
- отказване от нездравословни навици като тютюнопушене и прием на алкохол;
- предприемане на алтернативни терапии, независимо дали те представляват основен подход за лечение на заболяването или се извършват успоредно с назначената терапия от лекар от алопатичната медицина;
- промяна във възгледите за живота и начина на мислене като цяло.

Всяка една от тези тенденции е разгледана по отделно. На базата на получените резултати можем да обобщим една основна тенденция сред респондентите и тя се свежда до готовността за промяна на здравните им навици и свързаното със здравето поведение. С тази промяна, те проявяват субективното очакване, че тя ще им донесе полза в процеса на тяхното лечение и съхраняване на живота им. Това е в унисон с Теорията за субективната очаквана полза, изведена от Модела на здравните убеждения, която приведена към конкретната тема на изследване води до извода, че онко пациентите са склонни да предприемат нетипични за тях действия и поведенчески модели, очаквайки, че това ще донесе полза за оздравяването им. Изведените резултати ни дават основание да смятаме, че хипотезата, че заплашени от риск за живота си, раково болните пациенти са склонни да правят промени в здравните си убеждения и поведението, свързано със здравето, е вярна.

От резултатите става ясно, че онко болните лесно правят промени в хранителния си режим, бързо възприемат нови мисловни нагласи, насочени към справяне с болестта и

търсят всякакви, дори алтернативни подходи, за да възвърнат здравето си. Изводите са, че комбинирането на няколко подхода, свързани с промени в здравните модели на поведение, водят до по-лесно и бързо достигане до ремисия.

Резултатите също така показват, че най-трудно участниците в изследването се разделят с тютюнопушенето – вреден от здравна гледна точка навик, обвързан с темата и за зависимостите и сочен за един от основните причинители на рак на белите дробове.

След качественото изследване, на по-късен етап от разработване на дисертационния труд, е проведено и количествено изследване. То отново, както и качественото изследване, се фокусира върху психо-социалните рискови фактори за настъпване на раковото заболяване, но отделя детайлно внимание и на възприятието на болестта от пациента, неговите емоционални репрезентации спрямо нея, как тя се отразява върху качеството му на живот и какви са доминантните стратегии за справяне с диагнозата и последиците от нея.

Количественото изследване е проведено през пролетта на 2018 година, като в него участват 30 изследвани лица с онкологични заболявания с различна локализация на туморните образувания и в различен стадий на болестта. Всички те напълно анонимно попълват писмено въпросник, разпечатан на хартия, съдържащ четири основни стандартизирани въпросника, изследващи различни аспекти на причините за болестта, нейното възприемане от пациентите и стратегиите им за справяне. За извеждане на данните е използвана програма за статистическа обработка SPSS, версия 21. Направен е подробен анализ както на надеждността на отделните скали и подскали, така и честотни и описателни характеристики. Направен е и анализ на ефектите на демографските и други фактори върху изследваните променливи.

Анализът за надеждност на скалите показва висока вътрешна консистентност за повечето от тях. Изключение прави отричането като стратегия за справяне с раковото заболяване, където равнищата на надеждност на подскалата са сравнително ниски.

Получените данни в резултат на статистическия анализ показват, че върху възприятията на болестта най-голямо влияние имат продължителността на онкологичното заболяване, както и нуждата да бъде осмислена неговата поява, последвани от емоционални репрезентации на случващото се като разстройване, гняв, тревога и уплаха. От отговорите на респондентите става ясно, че те най-трудно възприемат идеята, че

лечението им може да им гарантира ефективен положителен изход от болестта, поне не и без допълнителни негативни ефекти.

Сред причините за болестта, с най-голяма тежест за респондентите са тези от психологически характер, както и психо-социалните рискови фактори, свързани със семейната им и социална среда. Получените резултати потвърждават теоретичната рамка за личност от тип „С“, склонна към развитие на ракови заболявания, която се характеризира със склонност към отстъпчивост, подтискане на негативните емоции, особено гнева, както и демонстрирането на стоицизъм.

По-малко влияние от психологическите фактори имат тези, свързани с наследственост, лоша медицинска грижа в миналото, напредване на възрастта, както и навици, свързани с хранене, употреба на алкохол и тютюнопушене. Влошеният имунитет също се нарежда след психологическите причини, а най-малко тежест има шанса и лошият късмет, проявен под формата на поява на живото-застрашаващо заболяване. Тези резултати потвърждават хипотезата, че причини със сериозна стойност за появата на раковата болест могат да бъдат много повече чисто психологически и психо-социални фактори, а не толкова генетично обусловени такива или явления, идващи повече от външната среда.

Определящи за качеството на живот са появяващите се симптоми на болка, повишена уморемост, гадене и повръщане, както и задух, проблеми със съня, липса на апетит, запек или диария. Най-често срещаните сред тях са болката, последвана от повишената умора. Интересен факт тук е, че по-голямата част от респондентите определят общото си физическо състояние като добро, но очевидно, подобни симптоми при появата си пречат на пациентите да изпълняват ординарни ежедневни дейности като разходка, пазаруване, грижа за личния тоалет. Емоции на тревожност, раздразнителност, напрежение и подтиснатост също пречат на нормалния начин на живот на респондентите. Когнитивни процеси, свързани с концентриране на вниманието и с паметта нямат особено силно влияние.

Сред стратегиите за справяне с диагнозата най-силно доминираща е употребата на алкохол, последвана от активното справяне. Най-рядко срещано е отричането на болестта като начин за справяне с нея. Между тези копинг стратегии се нареждат упованието в

религията, самокритиката и самообвиняването, търсенето на подкрепа, използването на хумор и приемането на диагнозата.

При статистическия анализ са изведени четири основни фактора със статистическа значимост и това са:

- Възрастта. Тук респондентите са разделени в две основни групи:

I група: 30 – 55 години.

II група: 55 – 82 години.

- Продължителност на боледуване.
- Чувствителност на болка.
- Наднормено телесно тегло.

Факторите продължителност на боледуване, чувствителност на болка и наднормено телесно тегло нямат значима диференцираща роля при нито една от изследваните скали.

Изведените резултати посочват, че на по-възрастните сред онко-болните пациенти влияят много повече отделни фактори върху възприятието за болестта, качеството на живот по време на боледуване и справянето с нея, отколкото при извадката от раково болни респонденти под 55-годишна възраст. Честата циклична поява на сходни симптоми кара тази група респонденти да понасят по-трудно хода на болестта. Изживените неблагоприятни психо-социални рискови фактори от семейната и окръжаващата среда имат много по-голяма тежест при анализа на генезиса на заболяването при тази възрастова група, отколкото при по-младите участници в изследването. По-възрастните са много по-склонни да считат за основна причина за раковата болест намаления си имунитет и да си обясняват диагнозата си с други рискови фактори като причинители каквито са наследствеността, лошите хранителни навици, лоша медицинска грижа в миналото, собственото им поведение, остаряването, употребата на алкохол и цигари. От получените резултати се вижда, че повишената умора, отново при раково болни над 55 години значително влошава нормалното им качество на живот, наред със симптоми като изпитвана болка, гадене и повръщане, липса на апетит, запек или диария, задух, проблеми със съня, много често свързани както с провеждани лечения на химиотерапия, така и породени от стреса и страха от смъртта, съпътстващ диагнозата.

Повишената умора е сочена като основен симптом, влияещ върху качеството на живот при цялата извадка, не само при участниците с възраст над 55 години. Това може да се види в честотните характеристики на симптомните скали в дисертацията, където с графики са изведени най-често срещаните симптоми, от началото на заболяването и тези, които респондентите свързват с диагнозата. Най-често появяващите се са именно повишената уморяемост и загубата на сила.

Основните стратегии за справяне, наблюдавани в същата възрастова група (55 – 82г.), са свързани с обръщане към религията и самокритика за случващото се. Като стратегия за справяне с най-ниски показатели по време на това изследване се очертава хумора. Ние обясняваме този резултат с факта, че е трудно да се прояви чувство за хумор при състояние, което като перспектива се асоциира със загуба на живота.

По отношение на причините за болестта, респондентите са помолени да категоризират трите най-съществени според тях причини за онкологичното им заболяване, извън айтемите на въпросника за причини за болестта. Резултатите сочат, че най-силно доминиращ фактор сред участниците в изследването са стреса и тревогите, които са преживели ($N = 25$). На второ място със значително по-малко посочвания от страна на респондентите е наследствеността или фактът, че друг член от семейството е боледувал от онкологично заболяване ($N = 10$). Равен брой участници в изследването са докладвали, че според тях влошения им имунитет, лошата медицинска грижа и замърсената околна среда имат важно значение за разболяването им ($N = 7$). Така изведените резултати потвърждават една от основните хипотези, че дистреса и тревогите могат да бъдат основна причина за възникването на живото-застрашаващо заболяване, каквото е рака.

Цел, хипотези и задачи

Целта на проведените изследвания е да се проследи връзката между здравните убеждения, между дистреса и травматичните изживявания, тяхната емоционална репрезентация, както и възприятията за появата и развитието на онкологично заболяване. Допълнително фокусът е ориентиран към проучване на използваните стратегии за справяне при онкоболни.

Главната хипотеза се основава на теоретичната рамка, според която се установява значимост на въздействието на стресиращи психо-социални фактори и появата и развитието на онкологични заболявания. По-конкретно утвърдено е влиянието на личностни характеристики от тип „С“ и тенденцията те да се свързват със склонност към ракови болести. Водещ изследователски интерес е да се проследи наличието и природата на тези връзки от гледна точка на влиянието на психиката и личностните характеристики към развитието на конкретен тип заболявания, както и моделите на поведение и нагласите към здравето като цяло преди и по време на болестта. В този смисъл, допускаме, че не само външни физически фактори или наследствена обусловеност, както се смяташе до скоро, са единствените причини за появата на онкологично заболяване. Очакваме, че степента на преживян дистрес, травматични изживявания, семейна и социална среда - по-скоро отхвърляща и игнорираща, както и нагласите на личността за възприемане и емоционална репрезентация на случващото се, ще бъдат значими фактори, които могат да провокират появата и развитието на живото-застрашаващо заболяване, каквото е рака.

На базата на основната хипотеза са изградени следните *подхипотези*:

Хипотеза 1: Допускаме, че силен и/или хроничен дистрес може да бъде значим фактор за развитието на злокачествени туморни образувания.

Хипотеза 2: Предполагаме, че травматични изживявания в по-далечното или по-близко минало провокират появата и развитието на ракови заболявания.

Хипотеза 3: Очакваме, че отхвърляща и игнорираща семейна и социална среда ще обуславя формирането на личностните характеристики от тип „С“..

Хипотеза 4: Допускаме, че личностните характеристики на тип „С“ ще имат връзка с развитието на ракова болест

Хипотеза 5: Предполагаме, че модели на здравно поведение, сочени по-скоро за нездравословни, в комбинация с рискови психо-социални фактори, ще благоприятстват появата на онкологично заболяване и респективно, че промяната в тези модели на здравно поведение към по-здравословни, може да служи като стратегия за справяне.

Хипотеза 6: Очакваме, че доминантна стратегия за справяне ще бъде активната. В същото време е вероятно често да се използват и неефективни здравословни копинг стратегии.

За проверка на основната хипотеза и изведените подхипотези са поставени за решаване следните *задачи*:

1. Да се провери степента на свързаност между преживян дистрес и травматичните изживявания и появата на раково заболяване.
2. Да се провери значимостта на генетична обусловеност като фактор за появата на онкологично заболяване.
3. Да се провери връзката между рисковите здравни поведения (прием на алкохолни напитки, тютюнопушене, нездравословно хранене и заседнал начин на живот) с раковата болест.
4. Да се установи съществували връзка между личностните характеристики на тип „С“ с появата на онкологично заболяване.
5. Да се проследи кои са доминиращите стратегии за справяне сред онко-болните.
6. Да се регистрира диференциращата роля на демографските признаци върху податливостта към онкозаболяване и справянето с него.

Методологически подход

За да се проверят хипотезите и за да се обосноват поставените цели и задачи, са проведени два типа изследвания. Първото е качествено, а второто - количествено. И в двата случая, обект са пациенти с онкологични заболявания с различна локализация на туморите и в различен стадий на болестта.

Качественото изследване е проведено в първия стадий на подготовка на дисертацията, в периода от средата на 2015 г. до началото на 2016 г. В него участват 10 респондента – 9 жени и 1 мъж, всички живеещи на територията на гр. София. Средната възраст на респондентите е 60 години, като най-младият е на 38 години, а най-възрастният на 81 години към момента на провеждане на изследването.

Методологичният подход, използван при него е полуструктурирано интервю. То е базирано на рамка от предварително замислени въпроси, като в зависимост от отговорите на отделните респонденти, са задавани и допълнителни въпроси, а при необходимост, участниците са оставяни сами да разкажат повече подробности, свързани със ситуации и взаимоотношения, които свързват с темата на разговора. Така поставената структура на взимане на интервю е избрана с цел да измери доколко преживени силно травматични

ситуации в живота имат отношение към появата и развитието на онкологичното заболяване при респондентите, както и да измери какъв е техният отговор при дистрес. Съществува и втора линия на проучване и тя е свързана със здравните убеждения и моделите на свързано със здравето поведение.

Количественото изследване е проведено през пролетта на 2018г. върху извадка от 30 души - 8 мъже и 22 жени от цялата страна. Както и при качествено изследване, и тук изследваните лица са с различна локализацията на туморните образувания и в различен стадий на болестта. Респондентите са на възраст от 30 до 82 години, средната е 56 години. За целите на проучването, изследваните лица са групирани в две възрастови групи: 30 – 55 години (N=14) и 55 – 82 години (N=16).

В това изследване се проучват от една страна връзките между психологическите фактори, повлияли изграждане на личностната типология и връзката между начина, по който личността възприема себе си в окръжаващия я социум и появата и развитието на раково заболяване. От друга страна, изследването се фокусира върху възприятията за вече съществуващата болест, начините за справяне с диагнозата, симптомите и психологическите, социални и житейски предизвикателства, които тя издига пред пациента. То стъпва върху следните конструкции:

- възприятие на болестта и евентуални причини за възникването ѝ според възгледите на самия пациент;
- психологическите фактори, имащи, според изследваните лица връзка с появата и развитието на заболяването, както и типа личност и нейното възприятие на социума, в който е израсла и този, в който живее по настоящем;
- настоящото качество на живот на пациента и начините му за справяне не само със симптоматиката, но и с психологическите, социо-икономическите и житейските предизвикателства, свързани със заболяването.

Всички те са изведени в съответствие с поставените задачи, издигнатите цел и хипотези. На тази база е подбрана и използвана батерия от въпросници, които са описани по-долу. Изследването се състои в администриране на въпросниците на онкологично болни пациенти с различни туморни образувания и локализация на раковото заболяване, в различен стадий на болестта, с различен социално-икономически статус и възраст, дали

съгласието си да участват в него анонимно. Въпросниците са попълвани на хартиен носител от хора, предварително съгласили се да вземат участие.

Инструментариум

Полу-структурираното интервю, проведено за нуждите на пилотното, качествено изследване, включва 15 базисни въпроса за генетичната обусловеност за поява на раково заболяване, за субективното възприемане на стрес, за влиянието на психо-социални фактори върху евентуалната поява на болестта, за справяне в стресови ситуации и за нивото на страх от разболяване от рак, особено в случаите на болен или починал вече близък с онкологична диагноза. Всички петнадесет въпроса са подробно изложени в Приложение 1 на дисертацията.

Към тази батерия от въпроси е добавена и още една, насочена главно към здравните навици на респондентите. Тя отново стъпва на серия от определени въпроси. На изследваните лица са задавани и допълнителни въпроси, с които да се очертае една по-ясна картина на това какви са били моделите на здравно поведение и здравните убеждения преди болестта, дали някои от тях и доколко са се променили след съобщаване на диагнозата и как тази промяна рефлектира върху хода на заболяването към момента на взимане на интервюто.

Въпросите, свързани със здравните навици и начин на живот на участниците в интервюто обхващат навици на хранене, двигателна активност, употреба на тютюн и алкохолни напитки. Те също подробно са изнесени в Приложение 1 на дисертационния труд.

Методиката на второто – количественото изследване, е съставена от четири въпросника, както следва:

1. Въпросник за възприятие на болестта (Illness Perception Questionnaire – IPQ-R). Ревизираната версия на Въпросника за възприятие на болестта е разработена неотдавна и е широко използван количествен методик на изследване на петте компонента на репрезентиране на заболяването според себе-регулативния модел на болестно поведение на Левентал. Въпросникът се използва широко именно при изследване на респонденти с

онкологични заболявания, както и друг тип животозастрашаващи и хронични болести. Преработената версия е създадена, за да се справи с незначителни психометрични проблеми с две от субскалите, както и за да се добавят допълнителни субскали, оценяващи цикличните времеви възприятия, кохерентността на заболяването и емоционалните репрезентации на пациента за самата болест.

Въпросникът включва 84 айтема. Той е разделен на три секции:

- 1- субскала за идентификация, в която са назовани 14 симптома, които биха могли да характеризират болестното състояние, а отговорите се свеждат до положителен и отрицателен;
- 2- субскала с възможните причини, съставена от 18 предположения за евентуални причинители на заболяването, при която отговорите са структурирани в 5-степенна скала от Ликъртов тип, която варира от „1 - изобщо не съм съгласен с твърдението“ до „5 - напълно съм съгласен“. На финала има и три отворени възможности, в които респондентите да степенуват 3-те най-значими, според тях причини, за собственото им разболяване от рак;
- 3- третата секция съдържа 7 субскали, включващи последствията от заболяването за изследваното лице и неговото близко обкръжение, времева линия – дали то е остро, хронично или има цикличност, личният и терапевтичният контрол и лечение, кохерентността на заболяването и емоционалните репрезентации на пациента. Възможните отговори и тук са структурирани в 5-степенна Ликъртова скала от „1 - изобщо не съм съгласен“ до „5 - напълно съм съгласен“.

2. Въпросник за рисковите фактори на психо-социален стрес при раково болни пациенти на Гросарт-Матисек и Айзенк (1990). Този въпросник е разработен въз основа на серия от лонгитюдни изследвания в първата половина на 70-те години на миналия век (Grossarth-Maticsek, Eysenck et al., 2000). Резултатите в техните проучвания показват, че психологическите рискови фактори са достатъчно значими предиктори за появата на ракови образувания и могат да потенцират влиянието на съществуващи физически рискови фактори за появата и развитието на злокачествени тумори. Въпросникът за психо-социалните рискови фактори е развит от 15 айтема, даващи конкретни твърдения, за които се смята, че са характерни вярвания при хора, податливи към развитие на онкологични

заболявания. Те са свързани най-вече с чувство на отхвърляне от близки хора още от детството и склонност за прекалено съобразяване и подтискане на собствените желания и нужди в отношенията с другите на по-късен етап от живота. Скалата за оценка на твърденията е 5-степенна от Ликъртов тип, при която най-ниската стойност на оценяване отговаря на твърдението „изобщо не съм съгласен“, а най-високата на „напълно съм съгласен“.

3. Въпросник за качеството на живот на ракови болни пациенти (EORTC QLQ-C30, Version 3.0). Той представлява интегрирана система за оценка на свързаното със здравословното състояние качество на живот при ракови болни пациенти. Базовият въпросник (QLQ-C30) е резултат от повече от десетилетие от научна работа на различни изследователи в областта на онкологичните заболявания. Следвайки базовата версия от 1993 г. Той е използван изключително широко в клинични проучвания при голям брой изследвани групи от пациенти. Версия 3.0 на този въпросник е последен стандартизиран вариант. Създателите на този инструмент препоръчват именно тя да се използва понастоящем за изследователски цели. Въпросникът във версия 3.0 съдържа 28 айтема с 4-степенна скала на оценка от Ликъртов тип, при която най-ниската стойност е за твърдението „не“, последвана от „малко“, „често“ и най-високата стойност, чието твърдение е „през повечето време“. Добавени са още два айтема за себе-оценка на общото здравословно състояние през изминалата седмица, при които скалата за оценка е 7-степенна, като 1 отговаря на твърдението „много лошо“, а 7 на „отлично“. Въпросникът е съставен от 5 функционални скали, 3 симптомни скали и глобален здравен статус (включва два айтема). Функционалните скали са: физическо функциониране (5 айтема); изпълнение на различни ежедневни роли (2 айтема); емоционално функциониране (4 айтема); когнитивно функциониране (2 айтема) и социално функциониране (2 айтема). Симптомните скали са общо девет (13 айтема), описващи често срещани при онкоболните пациенти симптоми като треска, гадене и повръщане, болка, задух, безсъние, загуба на апетит, запек или диария. Към симптомните скали е включен и 1 айтем за финансови затруднения на изследваното лице, причинени от характера на болестта.

4. Въпросник за стратегии за справяне с диагнозата, кратка версия (Brief COPE, 1997) на Карвър. Този инструмент отново е насочен за изследователска работа с онко болни респонденти. Той е ревизирана, съкратена версия на пълния си вариант. Създаден е, за да

оптимизира предходната си версия, тъй като изследователите са установили, че пациентите нямат търпението да попълват по-дълъг въпросник от 28 айтема, каквото е съдържанието на въпросника. Той съдържа 14 скали, като във всяка една от тях попадат по 2 айтема. Скалите са следните: извършване на разсейващи дейности, активно справяне, отричане, употреба на алкохол или успокоителни, търсене на емоционална подкрепа, търсене на инструментална подкрепа, поведенческо отпускане, намиране на отдушник, разглеждане на проблема от позитивна гледна точка, планиране, хумор, приемане, уповаване на религията, самокритика. Скалата за оценка е 4-степенна, от Ликъртов тип. Най-ниската позиция е за твърдението „никога“, средните са „рядко“ и „често“, а най-високата „много често“.

В края на методиката са включени въпроси с демографски данни на изследваните лица, които се отнасят до техния пол, възраст, образование, семеен и материален статус, местоживееене и брой деца. Поради естеството на изследването са включени и въпроси за наследственост на болестта, нейната продължителност, чувствителността към болка и употребата на анти-депресанти. Присъстват и въпроси, отнасящи се до ориентираното към здраве поведение, свързани с начина на хранене, навиците за извършване на физически упражнения, употребата на цигари, алкохол, вида и честотата на употребата на алкохолни питиета, както и дали пациентите са с наднормено тегло или не.

Подробно съдържание на четирите въпросника, включени в количественото изследване, са изложени в Приложение 2.

ВЗАИМОВРЪЗКИ МЕЖДУ ИЗСЛЕДВАНИТЕ ФЕНОМЕНИ

Взаимовръзка между симптомите, преживени от началото на болестта, симптомите, свързани с болестта и възприятието за заболяването

За разкриване на взаимовръзките между скалите на симптомите, изпитвани от началото на болестта, симптомите, свързани с болестта и възприятието за раковото заболяване е използван корелационен анализ, резултатите от който са представени в таблица 1.

Таблица 1. Взаимовръзки между симптомите, преживени от началото на болестта, симптомите, свързани с болестта и възприятието за раковото заболяване:

Възприятие за болестта	Преживявал съм тези симптоми от началото на болестта си	Тези симптоми са свързани с болестта ми
Продължителност на заболяването	0,389*	0.361
Цикличност на симптомите	0,416*	0,430*
Последици от болестта	0.294	0.271
Личен контрол върху болестта	0.006	0.108
Контрол на лечението	-0.122	-0.136
Осмисляне на заболяването	0.072	0.053
Емоционални репрезентации	0.164	0.177

*- $p < 0,05$

Получените резултати показват, че съществува положителна корелация между продължителността на заболяването и симптомите, преживени от началото му. Цикличната поява на симптомите на раковата болест дава положителни взаимовръзки както със симптомите, наблюдавани от респондентите от началото на заболяването, така и с тези, свързани с него, според участниците в изследването. Тези данни дават ясно

очертание върху факта, че колкото по-дълго продължава раковата болест, толкова по-утежняващи за пациентите са симптомите, особено тяхната периодична поява.

Последствията, до които води болестта, контролът върху нея, осмислянето ѝ и емоциите, които тя поражда, не дават значими корелации със симптомите, наблюдавани от началото на заболяването и с тези, които респондентите свързват с него.

Взаимовръзка между възприятията за болестта, причините и психо-социалните рискови фактори за възникване на заболяването

За разкриване на взаимовръзките между скалите на възприятията за болестта, причините за настъпване на заболяването и психо-социалните рискови фактори, повлияли генезиса на раковата болест, е използван корелационен анализ. Резултатите от него са представени в таблица 2.

Таблица 2. Взаимовръзки между възприятията за болестта, причините и психо-социалните рискови фактори за появата на заболяването:

ВЪЗПРИЯТИЕ ЗА БОЛЕСТТА	Психологически причини	Рискови фактори	Имунитет	Шанс	Психосоциални фактори за заболяването
Продължителност на боледуването	-0.064	-0.010	0.039	0.072	0.053
Цикличност на симптомите	0,439*	0,409*	0,598**	0,458*	0,691**
Последствия от заболяването	0.107	0.326	0.358	0.315	0.209
Личен контрол	0.170	0.215	0.312	-0.173	-0.082
Контрол на лечението	-0.219	-0.087	-0.187	-0.214	-0.282
Осмисляне на болестта	0.011	-0.082	-0.070	-0,412*	-0,431*
Емоционални репрезентации	0.181	0.332	0.314	0.340	0,387*

**-p<0,01; *-p<0,05

Установяват се положителни взаимовръзки между причините за появата на заболяването и цикличността на симптомите му. Корелациите са между психологическите причини, рисковите фактори, влошения имунитет и лошият шанс. Психологическите причини описват стреса, тревогите, проблемите в семейството, негативния начин на мислене и склонността към изживяване на негативни емоции. Рисковите фактори са външни условия като наследственост, нездравословен начин на хранене, употреба на алкохол и цигари, замърсяване на околната среда, лоши медицински грижи и напредването на възрастта. Тези резултати сочат, че всяка нова поява на натрапчиви типични за болестта симптоми, респондентите усилено търсят обяснение за генезиса на онкологичното им заболяване, като са склонни да си обясняват това с причини от всякакъв характер – от такива идващи от външната среда и напълно зависещи от обстоятелствата до дълбоко вътрешни, свързани с емоциите и мисловните нагласи.

Наблюдава се отрицателна взаимовръзка между лошият шанс и осмислянето на болестта, което показва, че колкото по-ясна представа пациентите имат за своето заболяване, толкова повече шанса губи значение като фактор, причинил това състояние.

Психо-социалните рискови фактори за възникването на онкологичната болест се свързват положително с цикличната поява на симптомите и емоционални репрезентации като възприятие на раковата болест като учудващо, мистериозно, необяснимо явление. Психо-социалните рискови фактори имат отрицателни взаимовръзки с осмислянето на болестта, което идва да покаже, че колкото по-добре респондентите разбират своето заболяване, толкова по-малка е тежестта на преживяванията в детството и уменията да комуникират с останалите в обществото като свързани с генезиса на собственото си заболяване.

Взаимовръзка между качеството на живот по време на заболяването и възприятията за раковата болест

Значимите взаимовръзки между качеството на живот по време на онкологичното заболяване и възприятията за болестта са представени в таблица 3.

Таблица 3. Взаимовръзки между качеството на живот по време на заболяването и възприятията за раковата болест:

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ	Продължителност	Цикличност	Последствия	Личен контрол	Контрол на лечение	Осмисляне	Емоционални репрезентации
Физическо състояние	0,382*	0.221	-0.050	-0.326	-0,373*	0.130	0.174
Роли	0.171	0,452*	0.102	-0.216	-0.337	-0.054	0.264
Когниции	0.203	0.260	0.026	-0.243	-0,416*	-0.061	0.316
Емоции	0.206	0,525**	0.311	0.003	-0.320	-0.110	0,393*
Социални последствия	0.064	0.326	0.220	-0.014	0.030	0.001	0.181
Функционални скали	0.274	0,457*	0.167	-0.188	-0.343	-0.010	0.330
Умора	0.198	0,486**	0.266	-0.176	-0.330	-0.027	0.309
Болка	0.258	0,501**	0.105	-0.093	-0.352	-0.128	0.294
Гадене/повръщане	0.270	0,385*	0,406*	0.268	-0.037	0.039	0.264
Отделни симптоми	0.180	0,564**	0,367*	0.176	-0.190	0.044	0.252
Симптомни скали1	0.266	0,534**	0.291	-0.054	-0.305	-0.045	0.337
Симптомни скали2	0.244	0,578**	0.340	0.041	-0.274	-0.010	0.320
Генерал. качество на живота	-0.233	-0,393*	-0,366*	0.076	0.196	0.078	-0.219

**-p<0,01; *-p<0,05

Констатира се, че продължителността на заболяването корелира положително с физическото състояние на пациента. Тя не показва значими взаимовръзки с конкретни симптоми, с когнициите, емоциите и изпълняването на типични за ежедневието дейности. Този резултат сочи, че с напредване на заболяването от времева гледна точка, се утежнява и физическото състояние на респондентите.

Цикличността на поява на симптомите дава най-голям брой значими взаимовръзки. Положително тя колерира с ежедневните обичайни дейности и роли, които респондентите изпълняват, с тяхното емоционално състояние, със симптоми като умора, болка, гадене и повръщане, задух, безсъние, липса на апетит.

Цикличността на появата на симптомите показва положителна взаимовръзка с цялата функционална скала, въпреки че не всички подскали, съставляващи я, корелират с честата периодичност на поява на типична за раковото заболяване симптоматика.

Всички симптоми и обобщаващите ги симптомни скали показват положителни взаимовръзки с цикличността на появата им. Това показва, че повечето типични за раково

заболяване симптоми имат склонност да се появяват наново и наново, което повлиява по един или друг начин ежедневието на пациентите.

Генерализираното качество на живот на раково болните респонденти е с отрицателна корелация спрямо цикличността на симптомите. Този резултат сочи, че колкото по-често се появяват едни и същи симптоми в хода на заболяването, толкова по-малко започват те да повлияват като цяло качеството на живот на респондентите – извършването на ежедневните грижи за самите тях все по-малко се възпрепятства, очевидно защото те се научават как да овладяват тези симптоми с теение на времето.

Изведените резултати показват, че периодичната циклична поява на типичните за заболяването симптоми и страничните ефекти от съпътстващата терапия влошават качеството на живот на пациентите.

Социалните последици, които раковото заболяване носи със себе си дават положителни взаимовръзки със симптоми като гадене и повръщане, задух, безсъние, липса на апетит. Този резултат показва, че последиците върху социалния и икономическия статус на пациента и близките, които се грижат за него довеждат до психо-соматични изяви на стресова основа. Изброените симптоми, с които социалните последици правят положителна корелация, са типична картина на симптоматика на вегетативната нервна система, породена от силен продължителен стрес и тревожност, в случая, свързани с естеството на заболяването и страничните последици върху начина и качеството на живот, които то нанася върху пациента и неговото най-близко обкръжение.

Социалните последици корелират отрицателно с генерализираното качество на живот на респондентите, което показва, че в един по-обобщен план затрудненията в социално-икономически аспект не затрудняват значително начина на живот на пациентите.

Личният контрол върху болестта и осмислянето ѝ не демонстрират съществени взаимовръзки с качеството на живот на пациентите.

Контролът на лечението корелира отрицателно с физическото състояние на респондентите и с техните когнитивни изменения като промяна в концентрацията и паметта. Това показва, че респондентите не вярват, че лечението и медицинските грижи могат значително да подобрят тяхното общо физическо състояние и да повлияят позитивно върху когнитивната им кондиция.

Емоции на подтиснатост, разстройване, тревожност, гняв и страх при фокусиране върху същността на заболяването са взаимосвързани с изпитването на отрицателни емоции в ежедневната грижа за себе си и в хода на лечението. Този резултат показва, че сериозността и неясния изход от болестта предизвиква негативни емоционални състояния и експресии у пациентите.

Взаимовръзка между възприятие за болестта и стратегии за справяне с нея

Значимите взаимовръзки между възприятията за болестта стратегиите за справяне с нея са представени в таблица 4.

Таблица 4. Взаимовръзки между възприятие за раковото заболяване и стратегии за справяне с него:

Възприятие за болестта	Подкрепа	Активно справяне	Отричане	Хумор	Религия	Обвинение	Алкохол	Приемане
Продължителност	0.187	-0.107	0.186	-0.053	0.031	0.142	0.024	0.073
Цикличност	0.299	-0.156	0,435*	-0.274	0,468**	0.098	0.338	-0.088
Последствия	0.095	-0.029	0.262	-0.008	0,486**	0.076	0.254	-0.013
Личен контрол	-0.006	0.218	0.284	0.075	0.143	-0.159	-0.033	-0.015
Контрол на лечението	-0.057	0.277	-0.097	0.337	-0.226	-0.020	-0.025	0.151
Осмисляне	-0.222	0.117	-0.119	-0.027	-0.169	-0.260	-0.026	-0.028
Емоц. репрезентации	0.258	-0.311	0.240	-0,512**	0.112	0.155	0.118	-0.269

**-p<0,01; *-p<0,05

Констатира се, че има много малко значими взаимовръзки между възприятията за раковото заболяване и стратегиите за справяне с него. Значими корелации се наблюдават между цикличната поява на симптомите и отричането на проблема като копинг стратегия, както и между уповането в религията и цикличната симптоматика, а също и социалните последици от рака. Този резултат показва, че емоционално-фокусирани стратегии като отричането на тежестта на състоянието и търсене на подкрепа във външни невидими сили по-често помагат на респондентите да се отвлекат от тежобата на своето живото-

застрашаващо заболяване, отколкото да търсят активни начини за справяне с него или друг тип по-рационални стратегии.

Отрицателна корелация се установява между използването на хумор като стратегия за справяне и емоционални репрезентации като подтиснатост, гняв, раздразнение, страх, тревога. Имайки предвид характера, негативната прогноза и тежестта на раковата диагноза, хуморът се възприема като неуместен фактор за преодоляване на шока, страха и други негативни емоционални състояния, свързани с обмислянето същността на онкологичното заболяване.

Взаимовръзка между симптомите, преживени от началото на болестта, симптомите, свързани с нея и причините и психо-социалните рискови фактори за възникването на раковото заболяване

Значими корелации между симптомите, преживени от началото на болестта, тези, свързани с нея, причините за нея и психо-социалните рискови фактори, считани за обвързани с генезиса ѝ, са представени подробно в таблица 5.

Таблица 5. Взаимовръзка между симптомите, преживени от началото на болестта, симптомите, свързани с нея и причините и психо-социалните рискови фактори за възникването на раковото заболяване:

ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТТА	Преживявал съм тези симптоми от началото на болестта си	Тези симптоми са свързани с болестта ми
Психологически причини	0.239	0.317
Рискови фактори	0,373*	0,540**
Имунитет	0,405*	0,571**
Шанс	0.052	0.235
Психосоциални фактори за заболяването	0,371*	0,449*

**-p<0,01; *-p<0,05

От изведените данни, се установява, че съществуват значими положителни взаимовръзки между симптомите, преживени от началото на онкологичното заболяване и влошения имунитет. Също така между този тип симптоми и рискови фактори като генетична обусловеност, нездравословни навици, неадекватни медицински грижи, напредване на възрастта и психо-социални причини, свързани с отношенията между респондентите и тяхното близко обкръжение през целия им досегашен живот. Значими положителни корелации се констатират между така изброените причини за настъпване на заболяването и симптомите, които респондентите свързват конкретно с него.

Резултатите посочват, че пациентите правят ясна психо-соматична връзка между това, което изпитват на физическо ниво и фактори, свързани както с грижа за здравето преди настъпване на болестта, така и с психологически фактори, очертаващи ясно типологията на личност С, предразположена към развитие на туморни образувания, а именно личност, склонна към угаждане, подтискане на истинските си чувства и емоции, прекалено търпелива и със занижено чувство за лична значимост.

Взаимовръзка между причините за заболяването, психо-социалните рискови фактори за появата му и качеството на живот по време на боледуването

Значимите взаимовръзки между причините за настъпване на раковото заболяване, психо-социалните рискови фактори и качеството на живот на пациентите, са показани в таблица 6.

Таблица 6. Взаимовръзки между причините за заболяването, психо-социалните рискови фактори за появата му и качеството на живот по време на боледуването:

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ	Негативни психологически причини	Рискови фактори	Имунитет	Шанс	Психо-социални фактори
Физическо състояние	0.166	0.102	0.306	0.246	0.170
Роля	0,517**	0.321	0,426*	0,366*	0,478**
Когниции	0.135	0.278	0,364*	0,522**	0.224
Емоции	0,488**	0,736**	0,661**	0,581**	0,585**
Социални последици	0.273	0,448*	0,422*	0,488**	0.319
Функционални скали	0,406*	0,497**	0,566**	0,549**	0,457*
Умора	0,383*	0,517**	0,479**	0,444*	0,578**
Болка	0,541**	0.305	0,507**	0.297	0,513**
Гадене/повръщане	0.277	0,634**	0,497**	0,419*	0,383*
Отделни симптоми	0,361*	0,658**	0,675**	0,426*	0,590**
Симптомни скали1	0,460*	0,555**	0,562**	0,454*	0,588**
Симптомни скали2	0,445*	0,632**	0,644**	0,469**	0,623**
Генерализирано качество на живота	-0.353	-0,456*	-0,458*	-0,568**	-0.315

**-p<0,01; *-p<0,05

Значими взаимовръзки се установяват между психологически причини за появата на болестта като преживени стрес и тревожност, семейни проблеми, негативни мисловни нагласи и емоционални съпреживявания с ежедневните роли по изпълнение на ординарни дейности в хода на болестта, с емоциите, които самото заболяване поражда и с типичните за него симптоми. Тези резултати показват, че психологическите причини в миналото повлияват общата кондиция в хода на болестта с акцент върху справянето с ежедневните дейности, изпитваните емоции и голяма част от проявените симптоми.

Констатира се значими корелации и между рисковите фактори за появата на рака като наследственост, нездравословен начин на живот, замърсяване на околната среда, остаряване и функционалните скали за качество на живот, особено с техните подскали за емоционално състояние и социални последици от заболяването. Рисковите фактори се свързват значимо и с всички симптомни скали като единствено с болката като симптом нямат съществена взаимовръзка. Това показва, че нездравословни навици в миналото, според респондентите, оказват негативно влияние върху начина им на живот по време на самото заболяване.

Влошеният имунитет се свързва в положителни корелации с всички показатели за качество на живот при раково болните пациенти, освен с промененото физическо състояние.

При лошият шанс като причина за настъпване на рак също се установяват множество положителни взаимовръзки с почти всички показатели за качество на живот, без влошаването на физическото състояние и без болката като симптом.

Генерализираното качество на живот корелира отрицателно с всички причини за настъпване на онкологичното заболяване, като значими стойности сред тях имат рисковите фактори (наследственост, замърсена околна среда, нездравословна диета, тютюнопушене, употреба на алкохол, остаряване), влошеният имунитет и лошият шанс.

Констатират се положителни значими взаимовръзки между психо-социалните рискови фактори и функционалните скали с доминантност на ежедневно изпълняваните роли и изпитваните емоции, както и с всички типични за раковите заболявания симптоми.

Взаимовръзка между причини за заболяването и стратегии за справяне

Значимите корелации между причините за настъпване и развитие на онкологичното заболяване и стратегиите за справяне с него са изложени в таблица 7.

Таблица 7. Взаимовръзка между причини за заболяването и стратегии за справяне:

СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ	Психологически причини	Рискови фактори	Имунитет	Шанс	Психосоциални фактори
Подкрепа	-0.082	0,371*	0.296	0,448*	0.134
Активна стратегия	-0,435*	-0.207	-0.212	-0.098	-0.304
Отричане	0.226	0.323	0.247	0.053	0.360
Хумор	-0.178	-0.210	-0.096	-0.105	-0.189
Обръщане към религията	0.152	0.345	0,392*	0.133	0,448*
Критика/обвинение	0.276	0,529**	0.190	0.161	0,440*
Алкохол	0.015	0,550**	0,429*	0,377*	0.283
Приемане	-0,369*	-0,383*	-0.297	-0.332	-0.136

**-p<0,01; *-p<0,05

Констатирант се отрицателни значими взаимовръзки между психологическите причини за настъпване на рака и активната стратегия за справяне, както и приемането на болестта като копинг стратегия. Рисковите фактори също корелират отрицателно с приемането. Това показва, че колкото повече респондентите отчитат причини от психологически характер като възможни за тяхното разболяване, толкова по-малка е мотивацията им да се справят активно с него, а още по-малко да приемат, че са болни от живото-застрашаваща болест. Отчитането на рискови фактори като генетика и нездравословни навици или влияния от външната среда също затруднява приемането на диагнозата.

Рисковите фактори обаче дават положителни значими взаимовръзки с търсенето на подкрепа, но и с дисфункционални поведенчески прояви като засилена употреба на алкохол и склонност към самокритика и самообвиняване за разболяването от рак.

Влошеният имунитет като причина за болестта подтиква респондентите към търсене на упования в религията и в засилената употреба на алкохолни напитки.

Отчитане на появата на онкологично заболяване в живота им като лош шанс кара участниците в изследването да търсят подкрепа, за да се справят с него.

Психо-социалните рискови фактори, повлияващи развитието на ракова болест карат респондентите по-скоро да се самообвиняват и самокритикуват за поведението си и преживяванията си в семейството, в което са израсли и в близкото и работното си обкръжение, в което е протекъл живота им. Навярно това ги кара и по-лесно да възприемат обръщането към религията като начин да се справят с последиците от психо-социалните фактори, влияещи върху болеста им.

Взаимовръзка между симптоми, преживени от началото на болестта, симптоми, свързани със заболяването и качеството на живот по време на боледуването

Значимите корелации между качеството на живот на пациентите със симптомите, преживени от началото на болестта и тези, които те свързват конкретно със собственото си заболяване, подробно са изложени в таблица 8.

Таблица 8. Взаимовръзка между симптоми, преживени от началото на болестта, симптоми, свързани със заболяването и качеството на живот по време на боледуването:

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ	Преживявал съм тези симптоми от началото на болестта си	Тези симптоми са свързани с болестта ми
Физическо състояние	0,419*	0,505**
Роля	0,454*	0,491**
Когниции	0.205	0.285
Емоции	0,481**	0,573**
Социални последици	0.354	0,440*
Функционални скали	0,510**	0,611**
Умора	0,576**	0,643**
Болка	0,399*	0,480**
Гадене/повръщане	0,588**	0,695**
Отделни симптоми	0,618**	0,701**
Симптомни скали1	0,606**	0,698**
Симптомни скали2	0,646**	0,740**
Генерализирано качество на живота	-0.241	-0.357

**-p<0,01; *-p<0,05

Установяват се значими взаимовръзки между симптомите, преживени от началото на болестта и функционалните скали от въпросника за качеството на живот на раково болни пациенти, с превес върху физическото и емоционалното състояние и върху ежедневните роли, които респондентите изпълняват по обслужване на собствените си нужди. Без значим ефект са когнициите и социалните последици от болестта. Тези резултати сочат, че тази поредица от симптоми затруднява най-вече извършването на ежедневните ординарни дейности на пациента и начинът, по който той се чувства физически и емоционално.

Симптомите, преживени от началото на онкологичното заболяване са в значими положителни взаимовръзки и с всички типични за болестта симптоми, влияещи като цяло върху качеството на живот на пациентите.

Симптомите, които респондентите свързват със собственото си заболяване дават идентични значими положителни корелации с предната група симптоми.

От изведените резултати се вижда, че нито единия, нито другия вид симптоми повлияват значимо качеството на живот в генерален план, а по-скоро само някои негови аспекти.

Взаимовръзка между качество на живот по време на болестта и стратегии за справяне

Значимите взаимовръзки между качеството на живот на онкоболните и техните стратегии за справяне подробно са изведени в таблица 9.

Таблица 9. Взаимовръзки между качество на живот по време на раковото заболяване и стратегии за справяне с болестта:

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ	Активна стратегия	Отричане	Хумор	Обръщане към религия	Обвинение	Алкохол	Приемане	Подкрепа
Физическо състояние	-0.236	-0.086	-0.274	-0.105	0.103	0.264	-0.184	0.287
Роля	-0,431*	0.313	-0.157	0.183	0.016	0.148	-0,377*	0.290
Когниции	-0.058	0.200	-0.126	0.026	-0.012	0.344	-0.183	0,418*
Емоции	-0.269	0.332	-0.178	0.281	0.191	0,420*	-0.247	0,396*
Социални последици	-0.290	0.227	-0.187	0.045	0.198	0.352	-0.253	0,444*
Функционални скали	-0.337	0.229	-0.250	0.105	0.153	0,399*	-0.310	0,463*
Умора	-0.296	0.270	-0.156	0,404*	0.185	0,384*	-0.257	0,383*
Болка	-0,413*	0.318	-0.117	0.226	0.077	0.128	-0.207	0,361*
Гадене/повръщане	-0.253	0,377*	-0.098	0.236	0,366*	0,449*	-0.230	0.337
Отделни симптоми	-0.020	0.331	0.087	0,472**	0.239	0,532**	0.007	0,381*
Симптомни скали1	-0,364*	0.354	-0.150	0.360	0.226	0,375*	-0.270	0,419*
Симптомни скали2	-0.238	0,365*	-0.057	0,429*	0.245	0,464**	-0.167	0,427*
Генерализирано качество на живота	0.179	-0,407*	0.127	-0.184	0.042	-0,380*	0,490**	-0,368*

**- $p < 0,01$; *- $p < 0,05$

Констатира се, че активната стратегия за справяне показва значими, но отрицателни взаимовръзки с всички типични за раковото заболяване симптоми, особено с болката. Този резултат идва да покаже, че колкото по-изразени са симптоми като умора, гадене и повръщане, задух, безсъние, загуба на апетит и особено колкото по-голяма е физическата болка, толкова по-малко е желанието на пациентите да предприемат активни действия за справяне.

Отричането на сериозността на болестта положително корелира със симптоми, при които гаденето и повръщането е водещ симптом.

Хуморът като стратегия за справяне не показва нито една значима взаимовръзка, което още един път идва да покаже, че при раково болни пациенти, предвид сериозността и тежестта на диагнозата, смехът и шегите се възприемат по-скоро като неуместен подход за преодоляване на проблема.

Влошената физическа кондиция с цялата палитра от изострена симптоматика и с превес на засилената хронична умора кара пациентите да търсят по-често упование в религията.

Конкретно гаденето и повръщането като симптом демонстрира значима взаимовръзка със склонността към самообвиняване и самокритика.

Установява се значима положителна корелация между засилената употреба на алкохол и функционалните скали от въпросника за качество на живот на раково болните, като тук очевидно най-силната връзка е между негативните емоции, които заболяването поражда и желанието да се приема по-голямо количество алкохол. Влошаването на симптомите, особено проявата на силна болка също провокира подобна необходимост, а тя е с висока степен на корелация и с гаденето и повръщането като симптоми, влошаващи общото качество на живот на онкоболните.

Приемането на обстоятелствата такива, каквито са, като стратегия за справяне, намира място най-вече в изпълняване на обичайните ежедневни роли, свързани с обслужването на личните нужди и към генерализираното качество на живот.

Търсенето на подкрепа от други се изявява най-силно при проблеми с паметта и концентрацията, при изява на негативни емоции, породени от естеството на заболяването, при изпитване на неблагоприятни социо-икономически последици, свързани отново с характера на болестта, както и при обостряне на симптомите, особено тези на засилена умора и болка.

Установяват се значими отрицателни взаимовръзки между генерализираното качество на живот и стратегии за справяне каквито са отричането на проблема, търсене на подкрепа за решаването му и засилена употреба на алкохол.

Взаимовръзка между стратегиите за справяне и симптомите, преживени от началото на болестта, както и тези, свързани с нея

Значимите взаимовръзки между стратегиите за справяне с болестта и симптомите, преживени от настъпването ѝ, както и тези, свързани според респондентите конкретно с нея, могат да бъдат проследени в таблица 10.

Таблица 10. Взаимовръзки между стратегиите за справяне и симптомите, преживени от началото на болестта, както и тези, свързани с нея:

СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ	Преживявал съм тези симптоми от началото на болестта си	Тези симптоми са свързани с болестта ми
Подкрепа	0.310	0,398*
Активна стратегия	-0.269	-0.232
Отричане	0.256	0.311
HUMOR Хумор	-0.100	-0.123
RELIGION Обръщане към религията	0.177	0.198
Критика/обвинение	0.350	0,401*
Прием на алкохол	0,558**	0,568**
Приемане	-0.125	-0.184

**-p<0,01; *-p<0,05

Между преживените от началото на раковото заболяване симптоми и стратегиите за справянето с него се наблюдава само една значима положителна корелация и тя е с увеличеното приемане на алкохол. Почти напълно идентична е и взаимовръзката със същата стратегия за справяне и симптомите, които респондентите свързват с болестта си. Този тип симптоматика дава още две значими позитивни корелации – с търсенето на подкрепа и със самообвиняването.

Тези резултати показват, че изпитваните симптоми от онкоболните засилват повече дисфункционалния тип поведение като маниер на справяне със ситуацията. Търсенето на подкрепа е с най-ниска стойност на положителна корелация, което означава че преди нея те поставят нуждата да се утешат с алкохол или обвиняват себе си за случилото се.

От всички изложени резултати, свързани със стратегии за справяне при онкоболни, се вижда, че активните копинг стратегии твърде рядко биват използвани. Повече

доминират търсенето на упования в религията, утешаването с алкохол. Самокритиката и обвиненията към себе си са предпочитани пред търсенето на подкрепа от други хора или институции, а отричането в известна степен доминира пред приемането на случващото се. Хуморът като стратегия за справяне е напълно изолиран подход при раково болните и това може да се обясни с негативните, пораждащи по-скоро тъга и песимизъм прогнози на диагнозата като цяло.

Научна новост на дисертационния труд

Резултатите от изследването, освен теоретично значение за по-задълбочено изучаване и разбиране на моделите на здравни убеждения и личностните характеристики, предразполагащи към развитие на онкологични заболявания, имат приложение и в консултативната практика, свързана с болестта. Изводите могат да послужат при интегрирането на по-цялостен био-психо-социален подход в програмите както за съпътстващо лечение, така и за превенция на раковите заболявания.

Друга насока за терапевтичната и консултативната практика е необходимостта от повишаване здравната култура на населението към провеждане на редовни скринингови изследвания, с цел превенция и ранна диагностика на рака, което има отношение към един от основните акценти в дисертацията, а именно формирането и промяната на здравните убеждения.

Ограничения на изследването

Основното ограничение на проведените изследвания е малката извадка от респонденти. Подобно изследване би дало по-ясна картина за изследваните феномени при по-голяма извадка от участници с онкологични заболявания. Това ограничение произтича от факта, че достъпът до хора с раково заболяване, особено в обострена фаза е твърде

труден. Много от поканените да участват в изследването, са отказали поради фактът, че не се чувстват добре или не желаят да бъде нарушавано личното им пространство в такъв труден момент от живота им. Други, които вече са преминали в ремисия, са отказвали, водени от страх, че ако говорят и се фокусират върху болестта, симптомите ѝ могат да се върнат отново и туморните образувания да започнат да се появяват наново. Медицинският персонал на големи онкологични болници в България също отказа да съдейства достъп до пациенти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И БЪДЕЩИ НАСОКИ

Настоящият труд се фокусира върху едно от най-често срещаните в нашето съвремие живото-застаршаващи заболявания, каквото е ракът. Изложените в отделните глави статистики по данни на Българския Раков Регистър, Световната Здравна организация, както и ракови асоциации в САЩ и Великобритания сочат широкото му разпространение и конкурентността му с такива водещи в класациите по причини за смърт събития като инфаркта и инсулта. Добрата новина е, че въпреки повишеното разпространение на онкологичните заболявания в световен мащаб, усъвършенстването на някои медицински подходи, особено тези за ранна диагностика, както и някои в самото лечение на заболяването го превръщат все повече в по-скоро хронично заболяване и статистиките за смъртност бележат лек спад в последните няколко години. Съществен дял в овладяването на болестта и влизането в дългосрочна ремисия има и психо-онкологията. Тя е сравнително млада наука и е интердисциплинарно звено между медицината и психологията, помагайки на пациентите по-лесно да се справят със стреса от появата на самото заболяване и търсеца да минимизира психо-емоционалните причини, довели до появата ѝ. Въпреки че в научните среди, както е изложено и в настоящия труд все още се спори по темата, доколко дистреса и изживяни тежки травматични житейски събития могат да повлияят върху появата и развитието на онко заболявания, съществуват изследователи, които доказват връзката между двете. В литературния обзор е посочена работата на Айзенк и Гросарт-Матисек в това отношение, които демонстрират

доказателства на базата на лонгитюдни изследвания сред широки популации от респонденти.

Идеята на целия научен труд като цяло е да покаже значимостта на една не толкова обсъждана и популярна тема в медицинската наука, отчасти и в психологията – връзката на дистреса, емоционалния отговор на индивида и появата и развитието на тежко хронично животно-застрашаващо заболяване, каквото е рака. За целта са разгледани различни по-близки и по-далечни до темата теории, обхващащи различни аспекти на психо-соматиката.

Като цяло настоящата работа хвърля светлина върху различни аспекти на връзката личност-среда-здраве, което се подчинява на био-психо-социалния подход на психологията на здравето. Този труд разглежда една значима тема за връзката между психиката, емоциите и появата и разпространението на заболяване като рака, както и справянето при неговото наличие и би бил от полза в работата на развиващата се психо-онокология.

Считаме, че изводите и заключенията, изведени от двете изследвания могат да бъдат полезни за специалистите в областта на психологията на здравето като цяло, в частност на тези, които работят с онко болни пациенти. Особена полезност изведените резултати и анализи могат да имат в психо-онкологичната практика, която тепърва ще утвърждава своята необходимост в клинична среда. Разчитаме, че данните от проучванията и заключенията от тях биха послужили и за превенцията на това така разпространено и трудно за диагностициране от симптоматична гледна точка заболяване. Направените изводи вероятно биха били приложими и към често обсъжданата в психологичните изследвания върху рака възможност посредством промяната на определени личностови модели и на модели на здравно поведение и убеждения да се повлиява позитивно превенцията, справянето с лечението и диагнозата, подобряването качеството на живот на пациентите и дори изхода на болестта.

СПРАВКА ЗА НАУЧНИТЕ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Целият дисертационен труд стъпва върху био-психо-социалния подход, на който се основава психологията на здравето. На тази база са разгледани здравните убеждения и са интегрирани психо-социалните фактори, допринасящи за появата и развитието на раково заболяване, както и стратегиите за справяне с него.
2. Реализираните качествено и количествено емпирични изследвания обогатяват наличните изследователски постижения като показват връзките между здравните убеждения и появата на онкологично заболяване, както и влиянието на дистреса и травматичните преживявания и развитието на ракова болест. Представените резултати дават възможност за по-задълбочено разбиране на връзката между здравни убеждения и стратегии за справяне при онкоболни.
3. Оригинален принос е използването на въпросника за влиянието на психо-социалните рискови фактори върху появата на ракова болест на Гросарт-Матисек и Айзенк. Данните от проучването в най-голяма степен очертават валидността на теорията за личност от тип „С“, предразположена към канцерогенни туморни образувания.
4. Оригинален принос на дисертационното изследване е разработването на въпросник за полу-структурирано интервю за изследване на взаимовръзките между дистрес и травматични изживявания и развитието на онкологично заболяване. Качественото проучване изследва и промяната на здравните убеждения и моделите на свързаното със здравето поведение като стратегии за справяне при онкоболни.
5. За първи път в изследователската практика в България е проучена промяната на здравните убеждения и моделите на поведение при онкоболни и техният ефект върху хода на болестта.

6. Получените резултати от количественото изследване недвусмислено показват връзката между характеристиките на личност тип „С“ с предразположеността към развитие на раково заболяване, възприятието на стреса и справянето с него.
7. Установените от нас закономерности от проведените изследвания имат реален функционален потенциал при прилагането им за промяна на здравните убеждения и стратегиите за справяне при онкоболни, което обогатява възможностите на консултантите в областта на психологията на здравето и на психо-онкологията.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ПРОБЛЕМАИКАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД:

1. Манлихерова, А. Дистресът като фактор за поява и развитие на онкологични заболявания, Сборник с доклади от Международна Научна Конференция „Предизвикателства и перспективи пред съвременната психология“, София, 2-3 Юни 2017г.
2. Манлихерова, А. Промяна на здравните убеждения при онкоболни, Годишник на Софийския университет „Св. Климент Охридски“, Философски факултет, Книга „Психология“ (под печат).