

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА**



**ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА
КАТЕДРА ПО ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ**

Елена Иванова Анзова

**ПСИХИЧНО ФУНКЦИОНИРАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ
ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на научна степен
„Доктор”

**Научна специалност
3.2. Психология (Медицинска психология)**

Научни ръководители
Доц. Иван Стоянов Александров, д.пс
Проф. д-р Мариана Димитрова Арнаудова-Жекова, д.м.

**Варна
2018**

Дисертационният труд съдържа 209 страници, включва 10 фигури и 75 таблици. Библиографията обхваща 150 заглавия, от които 65 на кирилица и 85 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от Катедрения съвет на Катедрата по психиатрия и медицинска психология при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 2 ноември 2018 г. от 13:30 ч. в Трета аудитория на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна на открито заседание на научното жури.

Материалите по защитата са на разположение в библиотеката на МУ-Варна, както и на официалния сайт на университета.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	4
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ХИПОТЕЗИ И МОДЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	5
II. МЕТОДИ ЗА СТАТИСТИЧЕСКА ОБРАБОТКА НА ПОЛУЧЕНИТЕ ДАННИ.....	9
III. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ.....	9
IV. ОГРАНИЧЕНИЯ И РАМКИ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ	10
V. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	11
1. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПСИХОМЕТРИЧНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ.....	11
1.1. ОЦЕНКА НА ОПТИМИЗЪМ И НЕГАТИВНИ ОЧАКВАНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ.....	11
1.2. ОЦЕНКА НА ЛОКАЛИЗАЦИЯТА НА КОНТРОЛ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ.....	22
1.3. ОЦЕНКА НА АДАПТАЦИЯТА НА ИНДИВИДА КЪМ СРЕДАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ.....	30
1.4. ОЦЕНКА НА ДЕПРЕСИЯТА И ТРЕВОЖНОСТТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ.....	42
1.5. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНАТА МОТИВАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ.....	47
1.6. ИЗСЛЕДВАНЕ НА УБЕЖДЕНИЯТА ЗА СПРАВЕДЛИОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ.....	51
VI. ИЗВОДИ.....	62
VII. ПРИНОСИ.....	63
ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	64

ВЪВЕДЕНИЕ

Карциномът на млечната жлеза е сериозен здравен проблем със значими обществени и социални последици при жените.

Той е на първо място по честота при жените и представлява 27,3% от всички злокачествени заболявания при тях.

Случаите на ранното му откриване са все още малко, а късното диагностициране има относително висок процент. Една от причините за това състояние е незадоволителната здравна информираност на населението по тази проблематика.

Всяка година в България от рак се разболяват 36 000 души и 18 000 от тях умират с тази диагноза.

Световната здравна организация изчислява, че над 40% от всички случаи на рак могат да се предотвратят чрез превенция.

Целта на настоящата разработка е да се изследват динамичните личностни структури и психично функциониране на пациенти, претърпели карцином на млечната жлеза.

Разработването на темата за съпътстващите психични състояния при карцином на млечната жлеза е с изключителна важност както за пациентите страдащи от заболяването, така и за психолози, лекари и другите подпомагащи лечението и рехабилитацията специалисти.

Темата има своето място и в профилактиката и превенцията на раковите заболявания, свързана с повишаването на здравната култура на населението, разработване на мерки, свързани с намаляването на закъснелите случаи за лечение, редуцирането на страха от самото заболяване съответно ще се подобрят лечебните резултати и емоционалното поведение в борбата с този вид заболяване.

Съобщаването на диагнозата и последващото оперативно и неоперативно лечение поставят екстремни изисквания към психичната дейност на човек.

Всеобхватността на проблема, високият процент на леталитет и редица физиологични, психологични и социални последици създават потребността от здравна политика, ориентирана към изготвяне на програми не само за ранна превенция, но и за последващите процеси на възстановяване и реадaptация на болните.

Резултатите от изследването като цяло, се планира в бъдеще да се използват за преосмисляне и изграждане на система за психологична помощ, ориентирана към конкретните проблеми на лекуваните, на отделните етапи от тяхното лечение, както и към изготвяне на конкретни практически методи ориентирани към подпомагане на ресурсите на личността участващи в процеса възстановяване.

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ХИПОТЕЗИ И МОДЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Цел на емпиричното изследване е да се изследват динамичните личностни структури и психично функциониране на пациенти претърпели карцином на млечната жлеза.

Постигането на заявената цел провокира решаването на следните **основни задачи:**

1. Да се направи анализ на психичната проблематика при пациенти с карцином на млечната жлеза;
2. Да се определят емпиричните индикатори и да се създаде модел за изследване на психичната проблематика при пациенти с карцином на млечната жлеза;
3. Да се изследват емоционалните състояния свързани със заболяването;
4. Да се изследва психичното функциониране след оперативните интервенции;
5. Да се потърси взаимовръзката и влиянието между емоционалните състояния и цялостно психично функциониране.

От конструирания в Глава 1 модел на изследваното явление се очертават два вида променливи:

Независими променливи: семейно положение, образование, брой деца, пенсионер/работещ, онкообременена/необременена, доходи, продължителност, локус на контрол, *оказват влияние върху зависимите променливи* – оптимизъм/негативни очаквания, приемане на себе си, личностен растеж, жизненни цели, автономия, контрол над средата, позитивни взаимоотношения, дългосрочна мотивация, депресия, тревожност,

генерално убеждение в справедлив свят и убеждение в справедлив свят за личността.

Водещата идея в изследването е, че между независимите и зависимите променливи съществува детерминистична зависимост.

Към емпиричното изследване е подходено със следните **работни хипотези**:

1. Предполагат се връзки и влияния между генерализраните очаквания на пациента и степента на възстановяването на оптималното психично функциониране след лечението;
2. Предполага се, че процесът на възстановяване се опосредства от поставянето на дългострочни цели, които са субективно значими за човека;
3. Предполага се, че оптимизмът/негативни очаквания и депресията се повлияват от продължителността на заболяването;
4. Предполага се, че тревожността и убежденията в справедлив свят имат връзка с финансовото положение на пациентите;
5. Предполага се, че дългосрочната мотивация и адаптацията към средата има връзка със заетостта на пациентите и с образованието.

При провеждането на емпиричното изследване се изхожда от следния **модел**:

1. МОДЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНОТО ЯВЛЕНИЕ

По-долу на базата на направения до тук теоретичен литературен анализ е представен обобщен модел на изследваното явление. Представеният модел интегрира и съпоставя изследваните параметри на психичната динамика при пациентите с карцином на млечаната жлеза, обхванати от настоящото изследване.

Част от изследваните параметри могат да бъдат разглеждани като състояния, пряко произтичащи от заболяването, т. нар. зависими променливи.

Друга част – независими променливи – от своя страна, оказват влияние на функционирането на зависимите. Това са фактори, които характеризират специфичната житейска ситуация на пациентите, но не произтичат от заболяването.

В този контекст можем да разграничим променливите на зависими и независими. (Фиг.1)



Фиг. 1. Модел на изследваното явление

Очаква се пациенти с карцином на млечната жлеза да имат по-силна предиспозиция към развиването на депресивни и тревожни състояния, както и дезадаптивност по отношение на средата, като следствие от заболяването.

Вследствие на заболяването е допустимо да се наблюдават негативните очаквания да бъдат силно изразени за разлика от оптимистичните нагласи.

Друга застрашена страна на психиката е адаптацията към заобикалящата среда. Естествено е здравословните неблагоприятия да се

отразяват на редица компоненти на адаптацията: приемане на себе си, личностен растеж, жизнене цели, автономия, контрол над средата

Болестният комплекс обременява допълнително психиката, което затруднява задръжките и често се отразява неблагоприятно на междуличностните отношения.

Застрашената житейска перспектива естествено кореспондира с дългосрочната мотивация. Могат да се очакват поражения и в тази област, които в настоящата разработка следва да бъдат потърсени.

За пациентите с карцином на млечната жлеза е нормално търсенето на смисъла на този факт – заболяването, в контекста на техния живот. Относно заболяването, възможно е тези пациенти да развият комплекс по отношение справедливостта на света към тях – състояние, породено от заболяването и от факта, че нямат вина за случващото им се. Зщо точно на тях?

От друга страна независимите променливи, характеризиращи пациента в индивидуален и житейски план, се отразяват върху зависимите променливи (споменатите по-горе психични състояния) и модифицират психичното отражение на заболяването върху неговата личност.

Очаква се тези посттравматични състояния на психиката да се влияят от набор независими променливи.

В изследването са използвани следните **тестови методики**:

1. ПОЛУСТРУКТУРИРАНО ПСИХОЛОГИЧНО ИНТЕРВЮ;

2. САМООЦЕНЪЧНИ ТЕСТОВИ МЕТОДИКИ:

- Въпросник за оценка на оптимизъм и негативни очаквания;
- Въпросник за оценка на локализацията на контрол;
- Въпросник за изследване на адаптацията на индивида към средата;
- Самооценъчна скала за изследване на депресивност и тревожност по Цунг;

- Въпросник за оценка на дългострочната мотивация на индивидуалното поведение;
- Въпросник за измерване на убеждението в справедлив свят.

II. МЕТОДИ ЗА СТАТИСТИЧЕСКА ОБРАБОТКА НА ПОЛУЧЕНИТЕ ДАННИ

- Дескриптивна (описателна статистика);
- α на Кронбах;
- t-тест за независими извадки (Independent Samples T-test);
- Корелация (Pearson r Correlation, Eta, Kendall's tau-b);
- Еднофакторен дисперсионен анализ – (One Way ANOVA);
- Факторен анализ;
- Регресионен анализ.

Статистическата обработка на резултатите е осъществена със статистическата програма SPSS (19) Windows.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

По отношение на *преживяванията, свързани с операцията интервенция* изследването е проведено в два етапа.

Изследвани са пациенти на Торакална Клиника – София и пациенти от УБ „Лозенец (Правителствена болница)“ – Хирургично отделение – София през периода 01.10. 2016 – 30.06.2017 г.

Изследвани са общо 120 пациентки с карцином на млечната жлеза.

През първия етап на изследванията е проведено полуструктурирано интервю.

Втори етап – от 5 до 12 часа след операцията на лекуваните е предложено да попълнят следните методики: Самооценъчни скали за изследване на депресивност и тревожност по Цунг.

Трети етап - след един месец. Въпросник за оценка на оптимизъм и негативни очаквания, Въпросник за оценка на локализацията на контрол, Въпросник за изследване на адаптацията на индивида към средата, Въпросник за оценка на дългосрочната мотивация на индивидуалното поведение, Въпросник за измерване на убеждението в справедлив свят.

Възрастта на лекуваните варира от 28 до 83г. Изследвани са хора със сравнително добро социално и семейно функциониране.

IV. ОГРАНИЧЕНИЯ И РАМКИ НА ЕМПИРИЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

Изследвани са пациенти с карцином на млечната жлеза претърпели оперативна интервенция.

Трябва да се отбележи, че емпиричното изследване не е мащабно, а частични и касае времето от 01.10. 2016 – 30.06.2017 г.

Емпиричното изследване е проведено в две болнични бази:

- 1) СБАЛ по Онкология, Торакална Клиника;
- 2) УБ „Лозенец (Правителствена болница)“, Хирургично отделение, на територията на гр. София.

V. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПСИХОМЕТРИЧНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ



ОЦЕНКА НА ОПТИМИЗЪМ И НЕГАТИВНИ ОЧАКВАНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Таблица 1

Описателна статистика на „оптимизъм-негативни очаквания“

Описателна статистика					
	Брой лица	Минимум	Максимум	Средна величина	Стандартно отклонение
Оптимизъм	106	46,00	100,00	77,9245	12,53391
Негативни очаквания	106	25,71	94,29	56,3073	14,69597

Анализът на резултатите от проведеното изследване стартира с метод за оценка на „оптимизъм“ и „негативни очаквания“.

Проверката на скалите за „оптимизъм“ и „негативни очаквания“ за консистентност чрез коефициента α на Кронбах при изследваната съвкупност показва стойност $\alpha = 0,856$ за „оптимизъм“ и $\alpha = 0,808$ за „негативни очаквания“, от което следва, че стойностите на коефициента са много добри и данните могат безпроблемно да се използват за статистически анализ на изследваните параметри.

Корелационният анализ на данните, дадени в таблица 2, представя връзката между „оптимизъм“ и „негативни очаквания“. Корелационният коефициент Пирсон за метрично скалирани данни има отрицателна стойност $-0,470$ – средна по сила корелация с риск за грешка по-малък от 1% (Sig. = 0,000). С други думи, *съществува статистически значима негативна*

корелация между „оптимизъм“ и „негативни очаквания“ за лицата от изследваната съвкупност.

Таблица 2

Корелация: „оптимизъм“ – „негативни очаквания“

		Оптимизъм	Негативни Очаквания
Оптимизъм	Корелация по Пирсън	1	-,470**
	Риск за грешка		,000
	Брой лица	106	106
Негативни очаквания	Корелация по Пирсън	-,470**	1
	Риск за грешка	,000	
	Брой лица	106	106

Забележка: Показване на значими корелации:

** - значими на ниво $p < 0.01$.

По-нататък извършваме сравняване на средни величини по скалите за „оптимизъм“ и „негативни очаквания“, което е проведено по подгрупи изследвани лица в зависимост от „образованието“ (Таблица 3).

Таблица 3

Средни величини – „оптимизъм/негативни очаквания“ по групи „образование“

	Образование	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Оптимизъм	Средно	51	76,4314	11,43548	,228
	Висше	54	79,4074	13,53475	,226
Негативни очаквания	Средно	51	57,1989	14,67459	,608
	Висше	54	55,7143	14,83837	,607

Сравняване на средни величини по скалите за „оптимизъм“ и „негативни очаквания“ в зависимост от „образованието“ е видно от таблица

3. Тя има за цел да провери ролята на образованието върху психическото състоянието на жените страдащи от карцином на млечната жлеза.

Данните от таблицата показват, че „оптимизмът“ е по-силно изразен при пациентките с „висше образование“ за разлика от тези със „средно образование“. Информираността на пациентите с „висше образование“ оказва влияние върху оптимистичните нагласи и състоянието, в което се намират.

В работата е направена проверка на връзката на скалите „оптимизъм/негативни очаквания“ с „брой деца“.

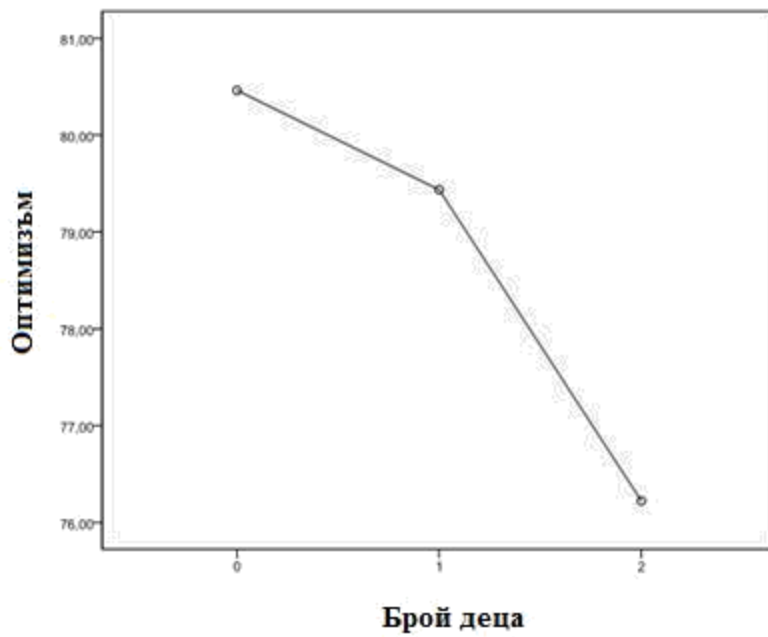
Таблица 4

Средни величини – „оптимизъм”/негативни очаквания” по групи „брой деца“

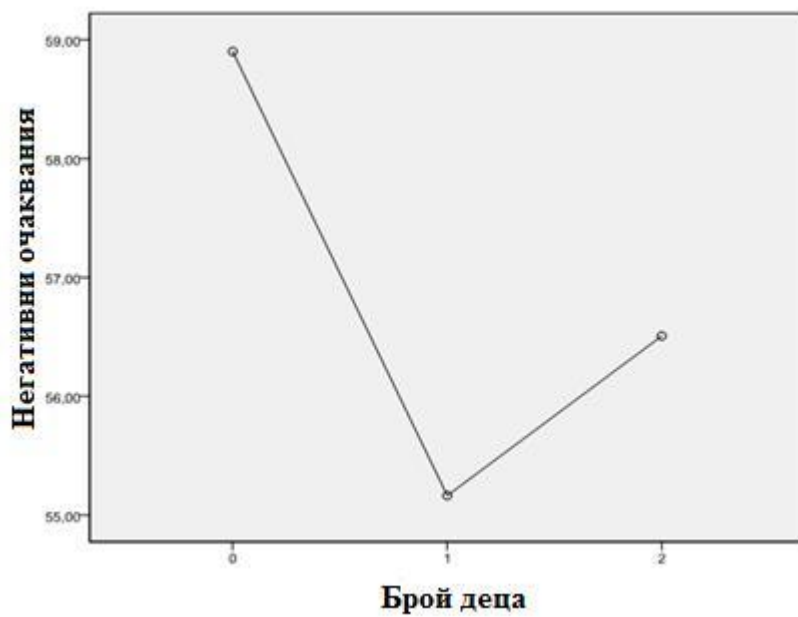
		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Минимум	Максимум
Оптимизъм	Без деца	13	80,4615	8,64692	66,00	100,00
	Едно дете	39	79,4359	11,68849	48,00	100,00
	Две деца	54	76,2222	13,78907	46,00	100,00
	Общо	106	77,9245	12,53391	46,00	100,00
Негативни очаквания	Без деца	13	58,9011	17,12453	25,71	77,14
	Едно дете	39	55,1648	16,54540	28,57	94,29
	Две деца	54	56,5079	12,74937	28,57	88,57
	Общо	106	56,3073	14,69597	25,71	94,29

Данните показват, че средните величини по скалите „оптимизъм”/”негативни очаквания“ са по-силно изразени при пациенти, които нямат деца за разлика от тези, които имат едно или две деца.

Тези разлики са илюстрирани на Фиг. 1 и Фиг. 2.



Фиг. 1. „Оптимизъм“/ „Брой деца“



Фиг. 2. „Негативни очаквания“/ „Брой деца“

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена с програмата – ANOVA. Този анализ позволява да се открият групи, в които средните по параметър „брой деца” се различават статистически значимо.

При категорията „оптимизъм” и „негативни очаквания” няма статистически значима разлика в средните величини по подгрупи „брой деца”. Всички изследвани лица са еднакво настроени.

Направено е сравняване на средни величини по скалите за „оптимизъм” и „негативни очаквания” по-долу, по подгрупи изследвани лица в зависимост от „пенсионер/работещ” (Таблица 5).

Таблица 5

Средни величини – „оптимизъм/негативни очаквания” по подгрупи „пенсионер/работещ”

	Пенсионер /Работещ	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Оптимизъм	Работещ	63	80,4127	10,72326	,013
	Пенсионер	43	74,2791	14,14605	,018
Негативни очаквания	Работещ	63	54,8753	14,39734	,226
	Пенсионер	43	58,4053	15,04515	,231

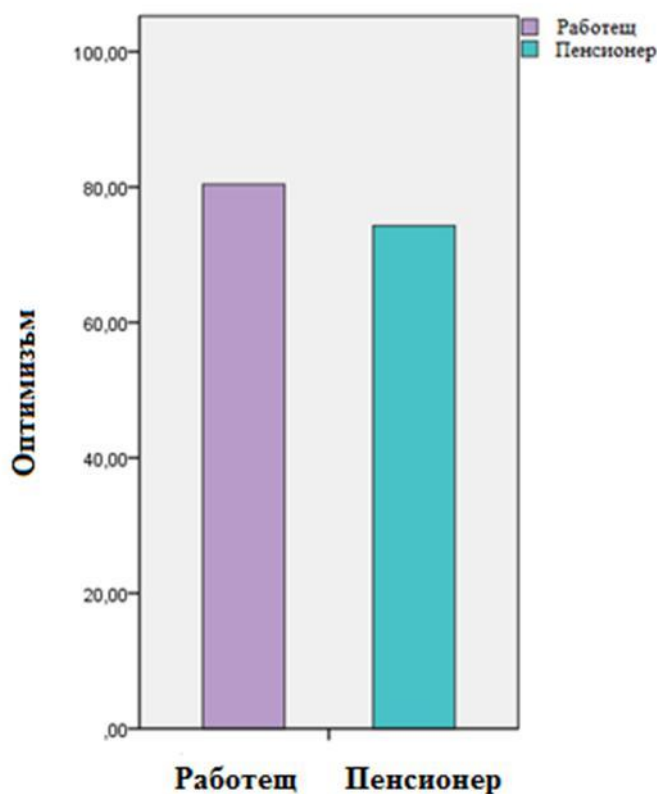
Наблюдава се тенденция към по-силно изразен „оптимизъм” при работещите пациенти с карцином на млечната жлеза, за разлика от пенсионерите, при които е по-силно изразен показателят „негативни очаквания”.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена с t-тест. Този анализ позволява да се открият групи, в които средните по параметър „пенсионер/работещ” се различават статистически значимо.

Данните показват, че по-„оптимистично“ са настроени „работещите“ жени за разлика от тези, които са „пенсионери“. Разликата, която се наблюдава между групите на „пенсионери“ и „работещи“ по отношение на „оптимизъм“ е при риск за грешка Sig. = 0,018 (1,8%), т.е. < 5%.

Докато при показател „негативни очаквания“ не се наблюдава статистическа значима разлика.

Тази разлика е илюстрирана на фиг. 3.



Фиг. 3. „Оптимизъм“/ „пенсионер“ – „работещ“

Сравняването на средни величини по скалите за „оптимизъм“ и „негативни очаквания“ по-нататък върви в подгрупи „онкообременена/необременена“ (Таблица 6).

Таблица 6

Средни величини – „оптимизъм/негативни очаквания” по групи „онкообременена/необременена“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Оптимизъм	Необременена	95	77,4737	12,61276	,279
	Онкообременена	11	81,8182	11,64318	,267
Негативни очаквания	Необременена	95	56,3008	14,89797	,989
	Онкообременена	11	56,3636	13,46748	,989

Данните от таблицата сочат, че по-„оптимистично“ са настроени „онкообременените“ жените за разлика от „необременените“. По показателя „негативни очаквания“ няма разлики в средните величини.

В рамките на социо-демографските детерминанти на състоянието на пациентите с карцином на млечната жлеза, по-долу е представена таблица 7, в която се описват средните величини по скалите за „оптимизъм” и „негативни очаквания” по подгрупи изследвани лица в зависимост от „доходите“ им.

Таблица 7

Средни величини – „оптимизъм/негативни очаквания” по групи „доходи“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Минимум	Максимум
Оптимизъм	Сериозни финансови проблеми	7	69,7143	10,79682	56,00	84,00
	Доходите едва стигат за посрещане на основни нужди	15	71,2000	13,08871	46,00	90,00
	Доходите стигат за посрещане на нуждите	15	82,4000	14,20664	56,00	100,00

	Доходите стигат, но в сравнение с другите се чувства бедност	3	70,0000	14,00000	56,00	84,00
	Добри доходи	7	80,2857	10,29100	66,00	90,00
	Total	47	75,8298	13,53148	46,00	100,00
Негативни очаквания	Сериозни финансови Проблеми	7	57,1429	11,78030	42,86	77,14
	Доходите едва стигат за посрещане на основни нужди	15	61,3333	14,40225	42,86	88,57
	Доходите стигат за посрещане на нуждите	15	56,7619	18,00119	28,57	77,14
	Доходите стигат, но в сравнение с другите се чувства бедност	3	68,5714	23,38672	48,57	94,29
	Добри доходи	7	48,9796	12,71654	40,00	77,14
	Total	47	57,8723	15,76748	28,57	94,29

Данните сочат, че по скалата „оптимизъм“ се наблюдават най-високи резултати, при пациенти, попадащи в подгрупата „доходите стигат за посрещане на нуждите“, докато по-отношение скалата „негативни очаквания“ се наблюдава най-висок резултат в подгрупата „доходите стигат, но в сравнение с другите се чувства бедност“.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена със статистическата програма – ANOVA. Този анализ позволява да се открият групи, в които средните за „оптимизъм” и „негативни очаквания” по параметър „доходи” се различават статистически значимо.

По-долу е представен корелационен анализ на данните, дадени в таблица 8, които представят връзката между „оптимизъм” и „негативни очаквания” в категорията „продължителността на заболяването“.

Таблица 8

**Корелации: „оптимизъм/негативни очаквания”
– „продължителност на заболяването“**

		Продължителност
Оптимизъм	Корелация по Пирсън	-,055
	Риск за грешка	,593
	Брой лица	96
Негативни Очаквания	Корелация по Пирсън	,215*
	Риск за грешка	,036
	Брой лица	96

Забележка:

* – значима корелация $p < 0.05$

Корелационният коефициент Пирсън за метрично скалирани данни („негативни очаквания” – „продължителност на заболяването”) има стойност 0,215 – ниска по сила корелация с риск за грешка по-малък от 5% (Sig. = 0,036). Това означава, че *съществува статистически значима корелация между „негативни очаквания” и „продължителността за заболяването” за лицата от изследваната съвкупност, но няма такава между „оптимизъм“ и „продължителността за заболяването”.*

По-долу е представена таблица, в която се описват средни величини по скалите за „оптимизъм” и „негативни очаквания” по подгрупи изследвани лица, в зависимост от „продължителност до 10 и над 10 години“.

(Таблица 9)

Таблица 9

Сравняване на средни величини по групи „до 10 години и над 10 години“

	Продължителност до 10 над 10 години	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Оптимизъм	Продължителност до 10 години	92	78,4348	12,68321	,358
	Продължителност над 10 Години	4	72,5000	9,14695	,289
Негативни очаквания	Продължителност до 10 Години	92	55,3727	14,84218	,043
	Продължителност над 10 Години	4	70,7143	4,87950	,002

Наблюдава се тенденция, показваща, че при болни с „продължителност на заболяването“ до 10 години, параметърът „оптимизъм“ е с по-висока средна стойност. При групата „продължителност над 10 години“ се наблюдават високи средни стойности по показател „негативни очаквания“.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена с t-тест.

По отношение на скалата „оптимизъм“, данните отново показват, че и при двете подгрупи резултатите са неразличими .

По отношение на „негативни очаквания“, разлика се наблюдава между групите „продължителност до 10 години“ и „над 10 години“ – риск за грешка Sig. = 0,043 (4,3%), т. е. „продължителността на заболяването“ се явява утежняваща фактор за „негативните очаквания“ на лицата от изследваната съвкупност.

Пресметнат е корелационен коефициент Пирсън за метрично скалирани данни. Корелацията между „негативни очаквания“ и „продължителността на заболяването“ е 0,215, риск за грешка Sig = 0,036

(статистически валидна). Що се отнася до връзката на „оптимизма“ с „продължителността на заболяването“ не съществува корелация.

Таблица 10

Регресионен анализ между генерализирани очаквания (оптимизъм) и шестте дименсии на оптималното функциониране

Обобщение на модела				
Модел	R	R ²	Зададена R ²	Риск за грешка
1	,672 ^a	,452	,412	4,92437
а. Predictors: (Constant), Позитивни взаимоотношения, Автономия, Живнени цели, Контрол над средата, Приемане на себе си, Личностен растеж				

Шестте променливи – Позитивни взаимоотношения, Автономия, Живнени цели, Контрол над средата, Приемане на себе си, Личностен растеж – предсказват 45,2% от вариацията на „оптимизъм“.

Таблица 11

Модел между зависима променлива – оптимизъм и шестте дименсии на оптималното функциониране

Модел		Коефициент ^a		
		Нестандартни коефициенти		Стандартни коефициенти
		B	Риск за грешка	
1	(константа)	17,272	3,128	
	Приемане на себе си	,171	,132	,198
	Личностен растеж	,200	,147	,226
	Живнени цели	-,057	,159	-,051
	Автономия	-,225	,134	-,186
	Контрол над средата	-,014	,117	-,017
	Позитивни взаимоотношения	510	,128	,482

а. Зависима променлива: Оптимизъм

Резултатите показват статистически значима връзка между зависимата поменлива – оптимизъм и оптималното функциониране.

Обобщение:

От направеният статистически анализ се вижда, че може да се говори за тенденция за позитивно влияние на по-високото „образование“ върху „оптимизма“, но като цяло тази зависимост не е статистически доказуема.

По отношение на „брой деца“, всички изследвани лица са еднакво настроени и не се наблюдава статистическа значима разлика.

При проверката влиянието на „заестостта“, се наблюдава статистическа зависимост. Данните илюстрират, че по-оптимистично са настроени работещите жени за разлика от тези в пенсионна възраст.

По отношение на „онкообременеността“, не се наблюдава статистическа зависимост и спрямо „доходите“, всички изследвани лица са еднакво настроени.

Показана е връзка и влияние между генерализираните очаквания на пациента и степента на възстановяването на оптималното функциониране след лечението.



ОЦЕНКА НА ЛОКАЛИЗАЦИЯТА НА КОНТРОЛ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Таблица 12
Описателна статистика на „локус на контрол“

Описателна статистика					
	Брой лица	Минимум	Максимум	Средни величини	Стандартно отклонение
Локус на контрол	105	2,00	14,00	7,6476	2,89223

Този метод е предназначен за разкриване на начина, по който нагласата на индивида към себе си като субект на случващото му се влияе върху различните психични категории, които го описват.

Проверката на скалата за локализацията на контрол за консистентност чрез коефициента α на Кронбах при изследваната съвкупност показва стойност $\alpha = 0,637$ от което следва, че стойността на коефициента е приемлива.

Честотно разпределение на изследваните лица според „локус на контрол“ е дадена на таблица 13.

Таблица 13

Локус на контрол – честотно разпределение

		Честота	%
Влидност	Вътрешна локализация на контрол	52	43,3
	Външна локализация на контрол	53	44,2
	Общо	105	87,5
Липсващ	Система	15	12,5
Общо		120	100,0

Данните от таблица 13 показват, че „външната локализация на контрол“ е разпространена в същата степен (в извадката на пациентите) както „вътрешната локализация на контрол“.

Таблица 14

Средни величини за „оптимизъм“ и „негативни очаквания“, според „локус на контрол“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за Грешка
Оптимизъм	Вътрешна локализация на контрол	52	81,3462	9,70725	,002
	Външна локализация на контрол	51	73,8824	14,08211	,002
Негативни Очаквания	Вътрешна локализация на контрол	52	50,0549	12,90828	,000
	Външна локализация на контрол	51	61,7927	13,94989	,000

Стравняването на средни величини по скалите за „оптимизъм“ и „негативни очаквания“ според „локус на контрол“ е видно от таблица 14.

Наблюдава се тенденция към по-силно изразен „оптимизъм“ при пациенти с „вътрешна локализация на контрола“, за разлика от „негативните очаквания“, които са свързани със „външната локализация на контрол“.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена с t-тест.

По отношение на скалата „оптимизъм“, данните показват, че групата с „вътрешна локализация на контрола“ превъзхожда групата с „външна локализация“ – риск за грешка Sig. = 0,002, което в случая е < 1%.

По отношение на „негативни очаквания“, групата с „външен локус на контрол“ превъзхожда тази с „вътрешен локус“ – риск за грешка Sig. = 0,000, което е под 1%. Това показва, че между средните съществува статистически значима разлика.

Сравняване на средни величини за „адаптация на индивида към средата“ според „локус на контрол“ е видно от таблица 15.

Таблица 15

Средни величини по скалите за „адаптация към средата“ според „локус на контрол“

	Локус на контрол	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Приемане на себе си	Вътрешна локализация на контрол	42	70,8333	18,05979	,000
	Външна локализация на контрол	50	47,9375	21,33172	,000
Личностен растеж	Вътрешна локализация на контрол	42	64,0212	21,37575	,002
	Външна локализация на контрол	50	51,3889	16,74443	,003
Жизнени цели	Вътрешна локализация на контрол	41	68,9895	22,66435	,172

	Външна локализация на контрол	50	63,0714	18,39015	,182
Автономия	Вътрешна локализация на контрол	43	47,1761	16,88795	,000
	Външна локализация на контрол	50	33,7143	17,89588	,000
Контрол над средата	Вътрешна локализация на контрол	42	63,5119	17,47000	,001
	Външна локализация на контрол	49	51,1224	17,79558	,001
Позитивни взаимоотношения	Вътрешна локализация на контрол	42	72,3545	13,97605	,002
	Външна локализация на контрол	50	61,4444	17,69895	,001

Адаптация на индивида към средата включва 6 подскали:

1. Приемане на себе си;
2. Личностен растеж;
3. Жизнени цели;
4. Автономия;
5. Контрол над средата;
6. Позитивни взаимоотношения.

Данните от таблица 15, показват тенденция към по-силно изразено „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „автономия“, „контрол над средата“ и „позитивни взаимоотношения“ в групата с „вътрешен локус на контрол”.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция, извършена с t-тест, потвърждава тези резултати за 5 от 6-те скали.

(Таблица 16)

Таблица 16

Сравняване на средните величини по скалите за „адаптация“ към средата по групи според „локус на контрол“

		Тест на Левън за еднаквост на вариациите		Т-тест за еднаквост на средните				
		Ф-фактор	Риск за грешка	Т-тест	Разлика	Риск за грешка	Средна разлика	Стандарт на грешка
Приемане на себе си	Равна вариация	,029	,866	5,495	90	,000	22,89583	4,16688
	Неравна вариация			5,575	89,991	,000	22,89583	4,10688
Личностен растеж	Равна вариация	7,091	,009	3,177	90	,002	12,63228	3,97575
	Неравна вариация			3,111	77,034	,003	12,63228	4,06037

По отношение на скалите „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „автономия“, „контрол над средата“ и „позитивни взаимоотношения“ в групата с „вътрешен локус на контрол“, резултатите са статистически значимо по-високи – риск за грешка Sig. <1%. т. е. между средните съществува статистически значима разлика.

Само по скалата „жизнени цели“ рискът за грешка е Sig. = ,182%, което говори за отсъствие на статистически значимо различие по този параметър в двете групи лица – с „вътрешна“ и „външна локализация на контрола“.

За влиянието на „локуса на контрол“ върху „депресията“ и „тревожността“ можем да съдим от таблица 17.

Таблица 17

**Средни величини за „депресия“ и „тревожност“ по подгрупи
според „локуса на контрол“**

	Локус на контрол	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Депресия	Вътрешна локализация на контрол	48	28,4722	15,34410	,009
	Външна локализация на Контрол	53	35,9748	13,10067	,010
Тревожност	Вътрешна локализация на контрол	48	24,5833	16,38233	,007
	Външна локализация на Контрол	53	32,8616	13,56126	,007

Вижда се, че по-силно изразеният „външен локус на контрол“ води до по-висока степен на „депресия“ и „тревожност“.

Проверката с t-тест за независими извадки потвърждава този резултат с риск за грешка Sig. < 1%.

Заключението е, че пациентите с „външен локус на контрол“ са по-депресирани и по-тревожни.

Сравняване на средни величини за оценка на „дългосрочната мотивация“ според „локус на контрол“ е видно от таблица 18.

Таблица 18

Средни величини за оценка на „дългосрочната мотивация” по подгрупи според „локуса на контрол“

	Локус на контрол	Брой лица	Вредни величини	Стандартно Отклонение	Риск за грешка
Дългосрочна мотивация	Вътрешна локализация на	46	66,9203	16,41652	,004
	Контрол				
	Външна локализация на	50	56,6000	18,09825	,004
	Контрол				

„Вътрешната локализация на контрол“ се свързва с „дългосрочната мотивация“. Проверката с - t-тест за независими извадки го потвърждава.

По-нататък „локализацията на контрола“ се свързва с „генералното убеждение в справедлив свят” и „убеждение в справедлив свят за личността”.

Това се илюстрира в таблица 19.

Таблица 19

Средни величини за „генералното убеждение в справедлив свят” и „убеждение в справедлив свят за личността” по подгрупи според „локуса на контрол“

	Локус на контрол	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Генерално убеждение в справедлив свят	Вътрешна локализация	28	68,8988	19,32776	,034
	на контрол				
	Външна локализация	19	54,1667	27,00309	,049
	на контрол				
Убеждение в справедлив свят за личността	Вътрешна локализация	28	67,0918	23,31545	,408
	на контрол				
	Външна локализация	19	60,9023	27,18547	,423
	на контрол				

„Вътрешната локализация на контрол“ се свързва с по-високи резултати по скалите за „генерално убеждение в справедлив свят“ и „убеждение в справедлив свят за личността“.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена с t-тест.

Само по отношение на скалата „генерално убеждение в справедливия свят“ се наблюдава статистическа значима разлика, $S g. < 5\%$.
„Вътрешната локализация на контрол“ се свързва с по-високи резултати по скалите за „генерално убеждение в справедлив свят“.

Средните величини за „убеждение в справедлив свят за личността“ са статистически неразличими в двете групи – с „вътрешен и външен локус на контрол“.

Обобщение:

Спрямо „локализацията на контрол“, конструктът „оптимизъм“, показва положителни резултати с „вътрешната локализация на контрол“, спрямо „външната“. По отношение на „негативните очаквания“, групата с „външен локус на контрол“ превъзхожда тази с „вътрешен локус“. Съществува статистическа значимост. По отношение на скалите „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „автономия“, „контрол над средата“ и „позитивни взаимоотношения“ в групата с „вътрешен локус на контрол“, резултатите са статистически значимо по-високи. Само по скалата „жизнени цели“, може да говорим за отсъствие на статистически значимо различие по този параметър в двете групи лица – с „вътрешна“ и „външна локализация на контрола“.

Изследването показва, че пациентите с карцином на млечната жлеза с „външен локус на контрол“ са по-депресирани и по-тревожни от тези пациенти с „вътрешен локус“.

„Вътрешната локализация на контрол“ се свързва с „дългосрочна мотивация“ и с по-високи резултати по скалите за „генерално убеждение в справедлив свят“.

Очевидно „вътрешният локус на контрол“ дава известни предимства на пациентите пред тези с „външен локус“ при справяне с проблемите на живота, които съпътстват заболяването и неговото лечение.



ИЗСЛЕДВАНЕ НА АДАПТАЦИЯТА НА ИНДИВИДА КЪМ СРЕДАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Таблица20

Описателна статистика на „адаптация към средата“

Описателна статистика					
	Брой лица	Минимум	Максимум	Средна стойност	Стандартно отклонение
Приемане на себе си	93	,00	100,00	58,1317	22,89054
Личностен растеж	95	16,67	100,00	57,3099	19,70883
Жизнени цели	94	17,86	100,00	65,5015	20,23394
Автономия	96	7,14	89,29	39,8437	18,38197
Контрол над средата	94	12,50	100,00	56,8617	18,35630
Позитивни взаимоотношения	95	27,78	100,00	66,2865	16,67952

Проверката на скалите за консистентност чрез коефициента α на Кронбах при изследваната съвкупност показва стойности $\alpha = ,829$ за „приемане на себе си“, $\alpha = ,768$ за „личностен растеж“, $\alpha = ,690$ за „жизнени цели“, $\alpha = ,623$ за „автономия“, $\alpha = ,768$ за „контрол над средата“ и „позитивни взаимоотношения“ – $\alpha = ,717$, от което следва, че стойностите на коефициента са подходящи и данните могат безпроблемно да се използват за статистически анализ на изследваните параметри.

α на Кронбах за всички скали помежду им е представена на таблица 21.

Таблица 21

Алфа на Кронбах по интегрирана скала – Адаптация към средата

Скали	Интегрирана скала	α на Кронбах
1. Приемане на себе си	Адаптация към средата (интегрирана скала)	0,916
2. Личностен растеж		
3. Жизнени цели		
4. Автономия		
5. Контрол над средата		
6. Позитивни Взаимоотношения		

Стойността на α на представената по-горе интегрирана скала е $\alpha = 0,916$, от което следва, че стойността на коефициента е отлична и тази скала може без проблемно да се използват за статистически анализ на изследвания параметър „адаптация”.

В процеса на анализа се представя сравнение на средните величини по 6-те скали за „адаптация към средата“, проведено по подгрупи изследвани лица в зависимост от „образованието”. (Таблица 22)

Таблица 22

Средни величини по 6-те скали за „адаптация към средата“ по групи „образование“

	Образование	Брой лица	Средни величини	Стандартно Отклонение	Риск за грешка
Приемане на себе Си	Средно	48	51,2370	20,87613	,002
	Висше	45	65,4861	22,86668	,002
Личностен растеж	Средно	48	51,2731	17,90108	,002

	Висше	47	63,4752	19,73539	,002
Жизнени цели	Средно	48	60,6399	21,43477	,017
	Висше	46	70,5745	17,74065	,016
Автономия	Средно	48	33,2589	15,33311	,000 ,00
	Висше	48	46,4286	18,95558	,000
Контрол над Средата	Средно	48	51,0417	18,21732	,001
	Висше	46	62,9348	16,61078	,001
Позитивни Взаимоотношения	Средно	48	63,4838	14,93121	,098
	Висше	47	69,1489	18,00424	,099
Адаптация към Средата	Средно	48	51,8224	14,23651	,008
	Висше	48	60,9382	18,21213	,008

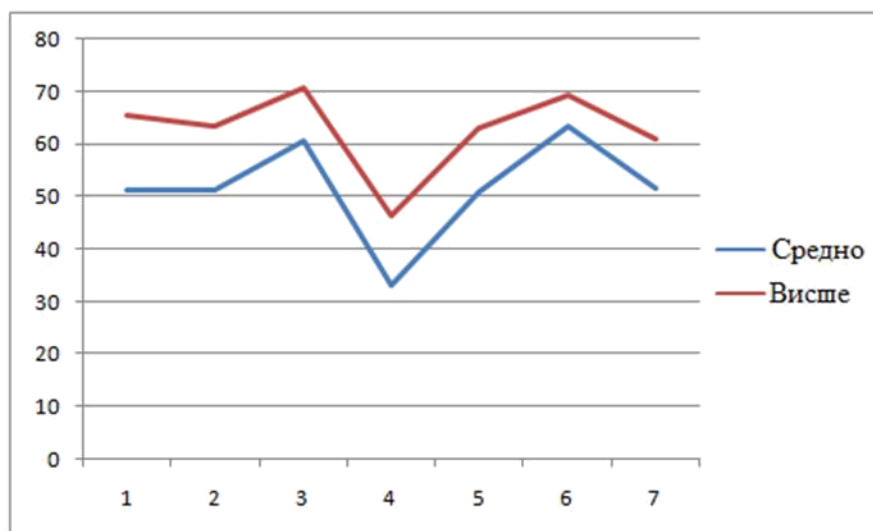
Сравняването на средни величини по шесте скали за „адаптация към средата“ в зависимост от „образованието“ е видно от таблица 22. Вижда се, че и *шестте скали за „адаптация към средата“* плюс *„интегрираната“* показват по-високи резултати при пациентките с *„висше образование“* за разлика от тези със *„средно образование“*.

Статистическата проверка на представената по-горе констатация е извършена с t-тест за независими извадки.

По отношение на скалите „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „автономия“, „контрол над средата“ и „адаптация към средата“, се наблюдава статистическа значима разлика – Sig. (2-t ed) < 1%, т. е. *висшето образование е катализатор на по-високата адаптация.*

Наблюдава се тенденция към по-висока стойност по отношение на „позитивни взаимоотношения“, макар че рискът за грешка е малко надвишен – Sig. = 0,099 (9,9%), което е над границата на приемливия риск.

Получените резултати за шестте подскали и интегрираната скала за адаптация се представени на фиг. 4.



Фиг. 4. „Адаптация към средата“ / „образование“

Можем да обобщим, че по-високото образование е катализатор на по-ефективната адаптация.

Пресметнат е корелационен коефициент по Ета за метрично скалирани данни. Номинала по интеграла – „адаптация към средата“ спрямо вида на „образованието“ показва стойност – 0,271 средна по степен корелация, но със статистическа значимост, т.е. (статистически валидна).

В Изследването е извършена проверка и на зависимостта на „адаптацията“ по всичките 6 скали плюс интегрираната скала с „б рой деца“ на пациенти с карцином на млечната жлеза. Резултатите са прадставени на таблица 23.

Таблица 23

Средни величини на „адаптация към средата” (всички 6+1 скали)

по подгрупи „брой деца“

		Брой лица	Средни величини
Приемане на себе си	Без деца	12	58,8542
	Едно дете	34	65,2574
	Две деца	47	52,7926
	Общо	93	58,1317
Личностен растеж	Без деца	14	63,0952
	Едно дете	34	62,5000
	Две деца	47	51,8322
	Общо	95	57,3099
Жизнени цели	Без деца	14	68,1122
	Едно дете	34	70,2731
	Две деца	46	61,1801
	Общо	94	65,5015
Автономия	Без деца	14	39,0306
	Едно дете	34	44,3277
	Две деца	48	36,9048
	Общо	96	39,8438
Контрол над средата	Без деца	14	59,4643
	Едно дете	33	65,1515
	Две деца	47	50,2660
	Общо	94	56,8617
Позитивни взаимоотношения	Без деца	14	67,4603
	Едно дете	34	73,4477
	Две деца	47	60,7565
	Общо	95	66,2865
Адаптация към средата 36	Без деца	14	57,9349
	Едно дете	34	63,1735
	Две деца	48	51,1150
	Общо	96	56,3803

Наблюдава се тенденция към по-високи средни стойности по скалите: „приемане на себе си“, „жизнени цели“, „автономност“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“ и „адаптация към средата“, при жени имащи едно дете. Докато скалата „личностен растеж“ има най-високи показатели при жени, които все още нямат дете.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена с ANOVA.

Пациентките с едно дете имат по-високи стойности по „приемане на себе си“, отколкото тези с две деца.

По скалата „личностен растеж“ с риск за грешка Sig. = 0,048 пациентките с едно дете имат по-високи стойности, отколкото тези с две деца.

Същият резултат на *по-високи стойности на пациентките с едно дете пред тези с две деца* имаме по скалите „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „адаптация към средата“ – Sig. < 0,01.

Само при „жизнени цели“ и „автономия“ не се наблюдават статистически значими различия в подгрупите сегментирани по ”брой деца“.

За да се оцени връзката на „адаптацията“ с „продължителността на периода до откриването на заболяването“, се използва корелационен анализ. В таблица 24 са представени резултатите от корелацията на всички компоненти на „адаптацията“ с „продължителността на периода до откриването на заболяването“.

Таблица 24

**Корелация на „адаптация към средата” (6 + 1 скали) с
„продължителността на периода до откриването на заболяването”**

		Продължителност
Приемане на себе си	Корелация по Пирсън	-,100
	Риск за грешка	,365
	Брой лица	84
Личностен растеж	Корелация по Пирсън	-,128
	Риск за грешка	,242
	Брой лица	86
Жизнени цели	Корелация по Пирсън	-,046
	Риск за грешка	,678
	Брой лица	85
Автономия	Корелация по Пирсън	-,026
	Риск за грешка	,808
	Брой лица	87
Контрол над средата	Корелация по Пирсън	-,170
	Риск за грешка	,119
	Брой лица	85
Позитивни взаимоотношения	Корелация по Пирсън	-,026
	Риск за грешка	,812
	Брой лица	86
Адаптация към Средата	Корелация по Пирсън	-,078
	Риск за грешка	,474
	Брой лица	87

От таблица 24 ясно се вижда, че няма статистическа значима корелация, т. е. *„адаптация към средата” (6 + 1 скали) не се влияе от „продължителността на периода” до откриването на заболяването.*

Сравнението между средните величини потвърждава горния извод – различията по подгрупи до и над 10 години са минимални. (Таблица 25)

Таблица 25

**Средни величини на „адаптация към средата” (6 + 1 скали)
за групи под и над 10 години до откриването на заболяването**

	Продължителност до 10 над 10 години	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Приемане на себе си	Продължителност до 10 години	81	58,7963	22,74557	,797
	Продължителност над 10 Години	3	55,2083	39,07292	,888
Личностен растеж	Продължителност до 10 години	83	58,1660	19,83421	,727
	Продължителност над 10 Години	3	53,7037	25,80993	,806
Жизнени цели	Продължителност до 10 години	82	65,4181	20,38059	,777
	Продължителност над 10 Години	3	69,0476	10,91089	,654
Автономия	Продължителност до 10 години	84	41,0289	17,38616	,477
	Продължителност над 10 Години	3	48,8095	39,33979	,762
Контрол над средата	Продължителност до 10 години	82	56,9817	17,91069	,208
	Продължителност над 10 Години	3	43,3333	13,76893	,224
Позитивни взаимоотнош ения	Продължителност до 10 години	83	67,0013	16,17033	,608
	Продължителност над 10 Години	3	62,0370	29,70188	,798
Адаптация към средата	Продължителност до 10 години	84	56,8147	16,88706	,798
	Продължителност над 10 Години	3	55,3566	24,81186	,876

Проверката с t-тест за независими извадки също не дава индикации за статистически значими различия.

За всички подскали на адаптацията рискът за грешка е над приетия стандарт (5%) при проверка на хипотезата за статистическа значимост на различията в „адаптацията” по подгрупи „продължителност на периода до откриването на заболяването”, т. е. *не съществува връзка между в*

„адаптацията” (по всичките 6 + 1 скали) и „продължителност на периода до откриването на заболяването”.

„Адаптацията към средата“ спрямо „образованието“ по коефициента показва ниска стойност – 0,271, статистически значима, спрямо „брой деца“, той е – 0,329 ниска по стойност корелация.

Спрямо заетостта, „адаптацията към средата“ също показва ниски по стойности корелация – 0,219 и „онкообременена/необременена“ – 0,044.

Спрямо „локализацията на контрол“ – външен или вътрешен по коефициента Ета показва 0,341 средна по сила корелация, която е значима по стойност (статистически валидна).

Проверена е дали съществува статистическа зависимост между независимата променлива „доходи“ и „адаптацията към средата“.

Стойността по Kendall's tau-b показва отрицателна стойност – -0,114 с риск за грешка Sig. = 0,296, следователно не съществува статистическа значимост.

Още един фактор е проверен за влияние върху „адаптацията“ (6+1 скали) – „трудовият статус“ („пенсионери/работещи“). Резултатите за наличието на различия са представени в таблица 26.

Таблица 26

Средни величини на „адаптация към средата“ (6+1 скали) по групи „пенсионери/работещ“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Приемане на себе си	Работещ	52	61,7788	22,75973	,081
	Пенсионер	38	53,1250	23,31754	,083
Личностен растеж	Работещ	52	62,1795	16,02952	,004
	Пенсионер	38	50,0000	22,79663	,006
Жизнени цели	Работещ	52	70,2610	18,04136	,012

	Пенсионер	38	59,4925	21,76816	,015
Автономия	Работещ	52	42,1703	15,70407	,144
	Пенсионер	38	36,2782	22,24206	,167
Контрол над	Работещ	52	60,0000	18,68207	,060
Средата	Пенсионер	38	52,5000	18,15846	,059
Позитивни	Работещ	52	68,3226	16,65994	,188
Взаимоотношения	Пенсионер	38	63,5965	16,71402	,188
Адаптация към	Работещ	52	60,7854	15,18407	,018
Средата	Пенсионер	38	52,4987	17,40592	,021

Сравняване на средни величини по скалите за „адаптация на индивида към средата” показва тенденция към по-силно изразени средни величини при „работещите” пациенти с карцином на млечната жлеза, за разлика от „пенсионерите”, при които по всички параметри се наблюдават по-ниски степени за „адаптацията на индивида към средата”.

Статистическата проверка на представената по-горе тенденция е извършена с t-тест. Този анализ позволява да се установят статистически значими различия по параметъра „адаптацията на индивида към средата” в зависимост от принадлежността на индивида към дадена група – „пенсионер” или „работещ”.

По отношение на скалите „личностен растеж“, „жизнени цели“ и „адаптация към средата“, се наблюдава статистическа значима разлика в групи „пенсионер”/„работещ” – Sig.(2-t ed) < 0,01 (1%). За „приемане на себе си” и „контрол върху средата” рискът за грешка е по-голям от допустимите 5%, (6-8%), но остава в зоната на тенденцията – т. е. с малко по-голям риск да се приеме, че в групите адаптацията по тези показатели е различна. Що се отнася до „позитивните отношения” там рискът за грешка е още по-голям, ако приемем различие в средните по групи „пенсионер”/„работещ”.

Очевидно е, че пенсионният статус влошава „адапцията”, докато „трудовият” я подобрява.

Таблица 27

Регресионен анализ между генерализирани очаквания (оптимизъм) и шестте дименсии на оптималното функциониране

Обобщение на модела				
Модел	R	R ²	Зададена R ²	Стандартна грешка
1	,672 ^a	,452	,412	4,92437
a. Predictors: (Constant), Позитивни взаимоотношения, Автономия, Жизнени цели, Контрол над средата, Приемане на себе си, Личностен растеж				

Шестте променливи – Позитивни взаимоотношения, Автономия, Жизнени цели, Контрол над средата, Приемане на себе си, Личностен растеж – предсказват 45,2% от вариацията на „Оптимизъм”.

Таблица 28

Модел между зависима променлива – дългосрочна мотивация и шестте дименсии на оптималното функциониране

Коефициент ^a				
Модел		Нестандартни коефициенти		Стандартни Коефициенти
		B	Стандартна грешка	B
1	(константа)	14,702	5,762	
	Приемане на себе си	,504	,245	,333
	Личностен растеж	,197	,283	,129
	Жизнени цели	,089	,295	,045
	Автономия	,046	,247	,022
	Контрол над средата	,119	,217	,079
	Позитивни взаимоотношения	,191	,233	,104
a. Зависима променлива: Дългосрочна мотивация				

Резултатите показват статистически значима връзка между зависимата поменлива – дългосрочна мотивация и оптималното функциониране.

Обобщение

Наблюдава се статистически значима връзка между „адаптацията към средата” и типа „образование“. Шестте скали „за адаптация към средата“ плюс „интегрираната“ показват високи резултати при пациенти с висше образование за разлика от тези със средно.

От тук може да се направи изводът, че висшето образование е *катализатор* за по-висока адаптация.

По отношение на „брой деца“ статистическа зависимост се наблюдава при пациенти с едно дете. По скалите „приемане на себе си“, „личностен растеж“, пациентките с едно дете имат по-високи стойности, отколкото тези с две деца. Същата зависимост се наблюдава при „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“ и „адаптация към средата“.

Може да отбележим, че адаптацията към средата“ не се влияе от „продължителността на периода“ до откриването на заболяването, а относно заетостта – трудовият статус на пациентите страдащи от карцином на млечната жлеза, подобрява адаптацията, докато пенсионният статус е влошава.



ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДЕПРЕСИЯТА И ТРЕВОЖНОСТТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Таблица 29

Описателна статистика на „депресия-тревожност

Описателна статистика					
	Брой лица	Минимум	Максимум	Средна стойност	Стандартно отклонение
Депресия	104	3,33	71,67	32,4519	14,45888
Тревожност	104	5,00	65,00	29,0705	15,37175

Данните за „депресията“ и „тревожността“ са събрани с теста на Zung.

Проверката на скалите за „депресия“ и „тревожност“ чрез коефициента α на Кронбах показва стойности $\alpha = 0,812$, за „депресия“, $\alpha = 0,855$ за „тревожност“. От което следва, че стойностите на коефициента са отлични и данните могат безпроблемно да се използват за статистически анализ на изследваните параметри.

Корелационният анализ на данните, дадени в таблица 30, представя връзката между „депресия“ и „тревожност“.

Таблица 30

Корелация „депресия“ – „тревожност“

		Депресия	Тревожност
Депресия	Корелация по Пирсън	1	,872 ^{**}
	Риск за грешка		,000
	Брой лица	104	104
Тревожност	Корелация по Пирсън	,872 ^{**}	1
	Риск за грешка	,000	
	Брой лица	104	104

Забележка:

** – значима корелация $p < 0.01$

Корелационният коефициент Пирсън за метрично скалирани данни има положителна стойност 0,872 – висока по сила корелация с риск за грешка по-малък от 1% (Sig. = 0,000). Това означава, че *съществува статистически значима корелация между „депресия“ и „тревожност“* в изследваната съвкупност.

За връзката на „депресия“ и „тревожност“ с „продължителността на заболяването“ може да се съди от корелацията между тези величини. (Таблица 31)

Таблица 31

Корелация на „депресия“ и „тревожност“ с „продължителността на заболяването“

		Продължителност
Депресия	Корелация по Пирсън	,206*
	Риск за грешка	,047
	Брой лица	93
Тревожност	Корелация по Пирсън	,087
	Риск за грешка	,408
	Брой лица	93

Забележка: * – значима корелация $p < 0.05$.

„Депресията“ корелира с риск за грешка под 5% с „продължителността на заболяването“, т. е. *„продължителността на заболяването“ усилва „депресията“*. Но няма такава връзка между *„тревожност“ и „продължителността на заболяването“*.

Пресметнат е корелационен коефициент Пирсън за метрично скалирани данни. Корелацията между „депресията“ и „продължителността на заболяването“ е 0,206, риск за грешка Sig = 0,047 (статистически валидна).

Проверката на влиянието, което оказва „трудовият статус“ върху „депресията“ и „тревожността“, е направена чрез сравняването на средните величини в подгрупите на „пенсионери/работещи“. (Таблица 32)

Таблица 32

Средни величини за „депресия“ и „тревожност“, оценени по подгрупи „пенсионери“/работещи“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Депресия	Работещ	20	36,9167	15,26831	,598
	Пенсионер	27	34,6914	13,34965	,606
Тревожност	Работещ	20	30,7500	15,68583	,620
	Пенсионер	27	32,9630	14,50268	,624

Резултатът, който ни показва таблица 32 е, че „работещите“ са по-„депресирани“, „пенсионерите“ са по-тревожни.

Извършена е проверка на влиянието на категориите „онкообременена/необременена“ върху „депресията“ и „тревожността“. Първите данни за това сравнение са на базата на средните величини. (Таблица 33)

Таблица 33

Средни величини за „депресия“ и „тревожност“, оценени по подгрупи „онкообременена/необременена“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Депресия	Необременена	43	36,1628	14,33506	,408
	Онкообременена	4	30,0000	10,80123	,349
Тревожност	Необременена	43	32,3643	15,00103	,610
	Онкообременена	4	28,3333	15,15354	,640

Това показва, че „онкообременените“ са с по-ниски показатели от „онкообременените“ както за „депресията“, така и за „тревожността“.

Относно влиянието на „доходите“ върху „депресията“ и „тревожността“ средните резултати по подгрупите на финансовия статус на изследваните дава следните резултати. (Таблица 34)

Таблица 34

Средни величини за „депресия“ и „тревожност“, оценени по подгрупи „доход“

		Брой лица	Средни Величини	Стандартно отклонение
Депресия	Сериозни финансови проблеми	7	36,9048	7,84270
	Доходите едва стигат за посрещане на основни нужди	15	39,4444	11,36806
	Доходите стигат за посрещане на Нуждите	16	34,6875	17,31215
	Доходите стигат, но в сравнение с другите се чувства бедност	3	43,8889	12,28519
	Добри доходи	7	29,0476	19,38540
	T otal	48	36,2500	14,56014
	Тревожност	Сериозни финансови проблеми	7	37,6190
Доходите едва стигат за посрещане на основни нужди		15	35,5556	13,73887
Доходите стигат за посрещане на Нуждите		16	32,0833	18,56420
Доходите стигат, но в сравнение с другите се чувства бедност		3	41,6667	14,52966
Добри доходи		7	19,0476	12,86890
T otal		48	32,6736	15,40908

Най-силно влияние върху „депресията“ и „тревожността“ „доходите“ имат за подгрупата „доходите стигат, но в сравнение с другите се чувства бедност“. Най-неуязвими за „депресията“ и „тревожността“ са пациентките с „добри доходи“.

Проверката на тези тенденции за статистическа значимост с – ANOVA дава следните резултати.

Единствено при „тревожността“ има статистическа грешка от порядъка на 6% при сравняването на средните за групата „сериозни финансови проблеми“ и групата „добри доходи“. т. е. *„тревожността“ зависи от „доходите“ в тези две полярни категории – висока при „сериозни финансови проблеми“ и по-ниска при „добри доходи“.*

Обобщение:

Анализът по-горе показва, че „продължителността на заболяването“ усилва депресията, което е статистически доказано.

Депресията и тревожността не се влияят от работният статус.

Спрямо независимата променлива „доходи“, тревожността зависи в две полярни категории – висока при „сериозни финансови проблеми“ и по-ниска при „добри доходи“. Това доказва, че тревожността е статистически зависима спрямо наличие на доходи.

Може да се заключи, че всякакви житейски ситуации, които утежняват битието на пациентите се наслагват с болестната травма и влошават адаптивността.



**ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНАТА МОТИВАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА
ИНТЕРВЕНЦИЯ**

Таблица 35
Описателна статистика на „дългосрочна мотивация“

Описателна статистика					
	Брой лица	Минимум	Максимум	Средна стойност	Стандартно отклонение
Дългосрочна мотивация	99	5,00	100,00	61,9865	17,88676

Проверката на „дългосрочната мотивация“ чрез коефициента α на Кронбах при изследваната съвкупност показва стойности $\alpha = ,748$, за „дългосрочна мотивация“, от което следва, че стойностите на коефициента са много добри и данните могат безпроблемно да се използват за статистически анализ на изследваните параметри.

Проверката на „дългосрочната мотивация“ започва с отнасянето ѝ към подгрупите по „образование“.

Таблица 36
Средни величини на оценка на „дългосрочната мотивация“ по подгрупи „образование“

	Образование	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за Грешка
Дългосрочна мотивация	Средно	22	54,2424	15,82583	,058
	Висши	24	65,3472	22,03411	,055

Резултатите от таблица 36 дават предимство на пациентите с „висше образование“ – те имат по-високи стойности по параметъра

„дългосрочната мотивация”. Проверката за статистическа значимост на този резултат е направена с t-тест.

С риск за грешка Sig. (2-tailed) = 0,55 пациентите с „висше образование“ имат по-високи стойности по параметъра „дългосрочната мотивация” отколкото пациентите със „средно образование“.

Влиянието на „заетостта” върху „дългосрочната мотивация” е следващият въпрос, дали оказва влияние върху психическото състояние на пациенти с карцином на млечната жлеза. (Таблица 37)

Таблица 37

Средни величини на оценката на „дългосрочната мотивация” по подгрупи „заетост“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за Грешка
Дългосрочна мотивация	Работещ	20	64,9167	20,14912	,125
	Пенсионер	27	55,9259	18,98793	,129

Таблица 37 видимо показва, че „работещите” превъзхождат „пенсионерите” относно „дългосрочната мотивация.

В психологическото изследване е извършена проверка на връзката между оценка на „дългосрочната мотивация” по подгрупи „онкообременена/необременена”. (Таблица 38)

Таблица 38

Средни величини за оценката на „дългосрочната мотивация” по подгрупи „онкообременена/необременена“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за Грешка
Дългосрочна мотивация	Необременена	43	60,2713	20,24954	,561
	Онкообременена	4	54,1667	14,81366	,488

Резултатът от изчисляването на средните величини говори в полза на подгрупата на „необременените” пациентки – те имат по-„дългосрочна мотивация” от „обременените”.

Статистическата проверка с t-тест за независими извадки показва обаче, че *двете групи - „онкообременена” и „необременена“ – не се различават статистически значимо по величината на „дългосрочната мотивация”*

Следващият въпрос в дисертацията, който се изследва, е дали оценката за „дългосрочна мотивация” се влияе от независимата променлива „доход”. (Таблица 39)

Таблица 39

Средни величини за оценката на „дългосрочната мотивация” по подгрупи „доход“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение
Дългосрочна мотивация	Имам сериозни финансови Проблеми	7	48,8095	13,80131
	Доходите ми едва стигат за посрещане на основните ми нужди	15	55,5556	15,12733
	Доходите ми едва стигат за посрещане на основните ми нужди	15	68,3333	19,98015
	Доходите ми стигат, но в сравнение с другите се чувствам беден	3	54,4444	6,30990
	Добри доходи	7	63,5714	30,57215
	Общо	47	59,7518	19,79051

Очертава се най-висок резултат за „дългосрочна мотивация” при „доходите ми стигат, за да посрещам нуждите си“ и пациентки и най-нисък доход при „имам сериозни финансови проблеми“.

Таблица 40

**Корелация на „дългосрочната мотивация“ и с
„продължителността на заболяването“**

		Продължителност
Дългосрочна мотивация	Корелация по Пирсън	-,165
	Риск за грешка	,123
	Брой лица	89

Отрицателният корелационен коефициент е индикатор, че колкото е по-голяма „продължителността на заболяването“, толкова е по-малко „дългосрочна мотивацията“.

Обобщение

В тази част изследването показва, че пациентите с висше образование имат по-високи стойности по параметъра „дългосрочна мотивация“, отколкото пациенти със средно образование.

Статистически е доказано, че „дългосрочната мотивация“ има връзка със заетостта на пациентите с карцином на млечната жлеза. Работещите имат по-високи показатели за „дългосрочна мотивация“ от пациентите в пенсионна възраст.

Спрямо обременеността на пациентите по независимата променлива – „онкообременена/необременена“ не се наблюдава статистическа значимост. Същата зависимост се наблюдава и спрямо доходите.



**ИЗСЛЕДВАНЕ НА УБЕЖДЕНИЯТА ЗА СПРАВЕДЛИВОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА, ПРЕТЪРПЕЛИ ОПЕРАТИВНА
ИНТЕРВЕНЦИЯ**

Таблица 41

**Описателна статистика на „убеждение в
справедлив свят“**

Описателна статистика					
	Брой лица	Минимум	Максимум	Средн разлика	Стандартно отклонение
Генерално убеждение в справедлив свят	48	8,33	91,67	63,2813	23,48633
Убеждение в справедлив свят за личността	48	,00	100,00	64,3601	24,63905

В

В тази част се прави анализ на нагласата на пациентите с карцинома на млечната жлеза към околния свят в дименсиите „генерално убеждение в справедливия свят” и „убеждение в справедливия свят за личността”.

По отношение влиянието, което оказва върху тези две нагласи – „генерално убеждение в справедливия свят” и „убеждение в справедливия свят за личността” – „образованието” отговор дава таблица 42

Таблица 42

**Средни величини за оценката на „генералното убеждение в
справедливия свят” и „убеждението в справедливия свят за личността”
по подгрупи „образование“**

	Образование	Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за грешка
Генерално убеждение в справедлив свят	Средно	22	61,7424	23,02505	,838
	Висше	24	63,1944	24,74711	,838

Убеждение в справедлив свят за личността	Средно	22	64,1234	20,83874	,937
	Висше	24	63,5417	27,98266	,936

Данните от таблица 42 указват на доста близки значения по показателите за „справедливост“. Това налага проверка на различията с – t-тест за независими извадки.

Никоя от посочените нагласи – „генерално убеждение в справедливия свят“ и „убеждение в справедливия свят за личността“ – не дава индикации за статистически значима разлика на средните по подгрупите на „образованието“, т. е. „образованието“ не е фактор, който влияе върху нагласите и оценките на света като „справедлив“ или „несправедлив“.

Оценка влиянието на „брой деца“ върху нагласата към света като „справедлив“ или „несправедлив“ е задачата на следващата проверка.

Таблица 43

Средни величини за оценката на „генералното убеждение в справедливия свят“ и „убеждението в справедливия свят за личността“ по подгрупи „брой деца“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение
Генерално убеждение в справедлив свят	Без деца	5	63,3333	27,06730
	Ено дете	13	60,8974	26,05075
	Две деца	30	64,3056	22,54952
	Общо	48	63,2812	23,48633
Убеждение в справедлив свят за личността	Без деца	5	61,4286	29,70948
	Едно дете	13	57,1429	23,95787
	Две деца	30	67,9762	24,21322
	Общо	48	64,3601	24,63905

Най-високи стойности и по „генерално убеждение в справедливия свят”, и по „убеждение в справедливия свят за личността” има в групата на майки с две деца. Най-ниски стойности има в групата с едно дете.

Проверката на тази констатация е извършена с ANOVA.

За проверка на връзката между убеждението за „справедливост“ и „продължителност на заболяването” е пресметната Пирсонов коефициент на корелация. (Таблица 44)

Таблица 44

Корелация между „убеждение за справедливост“ и „продължителността на заболяването”

		Продължителност
Генерално убеждение в справедлив свят	Корелация по Пирсън	-,296*
	Риск за грешка	,041
	Брой лица	48
Убеждение в справедлив свят за личността	Корелация по Пирсън	-,362*
	Риск за грешка	,011
	Брой лица	48

Забележка:

* – значима корелация $p < 0.05$.

Резултатът е негативна и слаба по сила корелация с риск за грешка < 5%. На езика на психологията това означава, че и „генералното убеждение в справедливия свят”, и „убеждението в справедливия свят за личността” зависят обратно пропорционално от „продължителността на заболяването” – намаляват с увеличаване на болестния период.

Преценката за влиянието на „трудовия статус“ върху „генералното убеждение за справедлив свят“ и „убеждението в справедливия свят за личността“ в тази част отново се прави върху с равняването на средните величини по подгрупи. (Таблица 45)

Таблица 45

Средни величини за оценката на „генералното убеждение в справедливия свят“ и „убеждението в справедливия свят за личността“ по подгрупи трудов статус „пенсионер/работещ“

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за Грешка
Генерално убеждение в справедлив свят	Работещ	20	67,9167	20,90339	,208
	Пенсионер	27	59,1049	25,05435	,196
Убеждение в справедлив свят за личността	Работещ	20	61,2500	17,04054	,574
	Пенсионер	27	65,3439	28,77358	,576

Данните в таблица 45 указват, че „генералното убеждение за справедлив свят“ при „работещите“ е на по-високо ниво, отколкото при пенсионерите. И обратното – „убеждението в справедливия свят за личността“ е на по-високо ниво при „пенсионерите“ отколкото при „работещите“.

Тук е потърсена също и връзка между „генералното убеждение в справедливия свят“ и „убеждението в справедливия свят за личността“ от една страна на „онкообремененост/необремененост“ от друга. (Таблица 46)

Таблица 46

Средни величини за оценката на „генералното убеждение в справедливия свят” и „убеждението в справедливия свят за личността” по подгрупи „онкообременена/необременена”

		Брой лица	Средни величини	Стандартно отклонение	Риск за Грешка
Генерално убеждение в справедлив свят	Необременена	43	62,7907	22,95533	,952
	Онкообременена	4	63,5417	33,57120	,968
Убеждение в справедлив свят за личността	Необременена	43	63,5382	23,51723	,954
	Онкообременена	4	64,2857	36,53812	,970

Вижда се, че разликите между средните са незначителни. Независимо от това е направена проверка с t-тест.

Отсъства връзка между „генералното убеждение в справедливия свят” и „убеждението в справедливия свят за личността” от една страна и „онкообремененост/необремененост” от друга – Sig. (2-tailed) > 5%.

Накрая на тази част е анализирана връзката между „генералното убеждение в справедливия свят” и „убеждението в справедливия свят за личността” и групи „доходи. Пресметнати са средните стойности на двете категории на „убеждението за справедливост” и шестте категории „доходи”. (Таблица 47)

Таблица 47

Средни величини за оценката на „генералното убеждение в справедливия свят” и „убеждението в справедливия свят за личността” по подгрупи „доходи”

		Брой Лица	Средни величини	Стандартно Отклонение
Генерално убеждение в	Имам сериозни финансови	7	59,5238	24,49895
	Проблеми			

справедлив свят	Доходите ми едва стигат за посрещане на основните ми Нужди	15	65,2778	20,45288
	Доходите ми стигат, за да посрещам нуждите си	16	70,3125	21,02000
	Доходите ми стигат, но в сравнение с другите се чувствам беден	3	37,5000	21,65064
	Добри доходи	7	57,7381	30,94093
	Общо	48	63,2813	23,48633
Убеждение в справедлив свят за личността	Имам сериозни финансови Проблеми	7	64,2857	13,36306
	Доходите ми едва стигат за посрещане на основните ми Нужди	15	52,6190	17,04621
	<i>Доходите ми стигат, за да посрещам нуждите си</i>	16	79,6875	26,58956
	<i>Доходите ми стигат, но в сравнение с другите се чувствам беден</i>	3	50,0000	18,55769
	Добри доходи	7	60,7143	30,44455
	Общо	48	64,3601	24,63905

Най-високи стойности по „генералното убеждение в справедливия свят” и „убеждението в справедливия свят за личността” има в групата „доходите ми стигат, за да посрещам нуждите си”. Най-ниски стойности по тези показатели има в групата „доходите ми стигат, но в сравнение с другите се чувствам беден”.

Анализът на резултатите от t-теста показват, че статистически значимо различие има само между групата „доходите ми едва стигат за посрещане на основните ми нужди” и „доходите ми стигат, за да посрещам нуждите си” по показателя „убеждение в справедливия свят за личността” – Sig. <5%. В групата „доходите ми стигат, за да посрещам нуждите си”

„убеждението в справедливия свят за личността“ е по -високо, отколкото групата „доходите ми едва стигат за посрещане на основните ми нужди”.

Пресметнат е корелационен коефициент по Ета за метрично скалирани данни за светете скали: „Генерално убеждение в праведлив свят“ и „Убеждение в справедлив свят за личността“

Номинала по интеграла – „Генерално убеждение в праведлив свят“ спрямо наличието на „доходи“ показва стойност – 0,349 средна по сила корелация, със статистическа значимост, и „Убеждение в справедлив свят за личността“ със стойност – 0,479, също средна по сила корелация, т.е. (статистически валидна).

Обобщение:

Образованието, не е фактор който влияе върху нагласите и оценките на света като „справедлив“ или несправедлив“. Относно независимата променлива „брой деца“, също показва, че няма статистическа значимост спрямо справедливия свят.

„Генерално убеждение в справедлив свят“ и „Убеждение в справедлив свят за личността“, зависят обратно пропорционално от „продължителността на заболяването“ – намалява с увеличаване на болестния период.

Относно наличието на връзка с „доходите“, статистически се доказва, че „Убеждението в справедлив свят“ и по двете скали – „Генерално убеждение в справедлив свят“ и „Убеждение в справедлив свят за личността“ – се влияе от тях. По-високите доходи благоприятстват позитивна нагласа към света.



КОРЕЛАЦИЯ МЕЖДУ ВСИЧКИ СКАЛИ

Установените множество взаимовръзки в хода на анализа на данните по отделните скали на методиките навежда на мисълта да се потърси систематична корелация между тях. Това е направено с коефициента Пирсън за метрично скалирани данни. Резултатите са дадени в таблица 48.

Таблица 48

Корелации между всички скали на тестовата батерия

	Оптимизъм	Негативни очаквания	Локус на контрол	Приемане на себе си	Личностен растеж	Жизнени цели	Автономия	Контрол над средата	Позитивни взаимоотношения	Депресия	Тревожност	Дългосрочна мотивация	Генерално убеждение в справедлив свят	Убеждение в справедлив свят за личността
Оптимизъм	1	-,470**	-,298**	,535**	,539**	,465**	,289**	,438**	,609**	-,508**	-,524**	,658**	,570**	,504**
Негативни очаквания	-,470**	1	,404**	-,383**	-,263**	-,163	-,223*	-,362**	-,311**	,656**	,573**	-,486**	-,296*	-,279
Локус на контрол	-,298**	,404**	1	-,501**	-,318**	-,144	-,363**	-,334**	-,323**	,257**	,269**	-,288**	-,309*	-,124
Приемане на себе си	,535**	-,383**	-,501**	1	,782**	,694**	,606**	,724**	,681**	-,452**	-,488**	,609**	,472**	,405**
Личностен растеж	,539**	-,263**	-,318**	,782**	1	,791**	,533**	,718**	,664**	-,382**	-,338**	,574**	,513**	,402**
Жизнени Цели	,465**	-,163	-,144	,694**	,791**	1	,446**	,660**	,598**	-,308**	-,308**	,491**	,372*	,458**
Автономия	,289**	-,223*	-,363**	,606**	,533**	,446**	1	,619**	,510**	-,196	-,076	,419**	,261	,318*
Контрол над средата	,438**	-,362**	-,334**	,724**	,718**	,660**	,619**	1	,637**	-,447**	-,344**	,522**	,321*	,305*
Позитивни взаимоотношения	,609**	-,311**	-,323**	,681**	,664**	,598**	,510**	,637**	1	-,498**	-,444**	,498**	,522**	,374*
Депресия	-,508**	,656**	,257**	-,452**	-,382**	-,308**	-,196	-,447**	-,498**	1	,872**	-,644**	-,213	-,332*
Тревожност	-,524**	,573**	,269**	-,488**	-,338**	-,308**	-,076	-,344**	-,444**	,872**	1	-,623**	-,174	-,245
Дългосрочна мотивация	,658**	-,486**	-,288**	,609**	,574**	,491**	,419**	,522**	,498**	-,644**	-,623**	1	,423**	,411**
Генерално убеждение в справедлив свят	,570**	-,296*	-,309*	,472**	,513**	,372*	,261	,321*	,522**	-,213	-,174	,423**	1	,598**

Забележка: Показани са всички корелации:

** значими на ниво $p < 0.01$; * значими на ниво $p < 0.05$

Първия конструкт *оптимизъмът*, корелира с „негативните очаквания“ – наблюдава се значима негативна корелация (обратна корелация), т.е. колкото се увеличава единият фактор, толкова намалява другият. Оптимизъмът, корелира също отрицателно с „локус на контрол“, колкото по-висок е „оптимизъмът“, т.е. по-нисък е „локусът на контрол“. Спрямо скалите „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „автономия“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, корелира положително, т. е. колкото е по-висок „оптимизъмът“, толкова са по-високи стойностите по тези скали.

Отрицателна корелация се наблюдава спрямо „депресивността“ и „тревожността“, следователно колко по-висок е „оптимизъмът“, толкова по-ниско е изразена „депресията“ и „тревожността“. Наблюдава се също корелация между „дългосрочната мотивация“ и двете скали за „убеждение в справедлив свят“ – „генерално убеждение в справедлив свят“ и „убеждение в справедлив свят за личността“.

Негативните очаквания, корелират отрицателно с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългосрочна мотивация“, т.е. обратна корелация (колкото по-високи са негативните очаквания, толкова по-ниски са стойностите спрямо тези величини). Положителна корелация се наблюдава с „локус на контрол“, „депресия“ и „тревожност“.

Локус на контрол, корелира отрицателно с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългосрочна мотивация“, а от друга страна корелира положително с „негативни очаквания“, „депресия“ и „тревожност“.

Приемане на себе си – положителна корелация се наблюдава с конструкта „оптимизъм“, „жизнени цели“, „автономия“, „контрол над

средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“, „генерално убеждение в справедливия свят“ и „убеждение в справедливия свят за личността. Наблюдава се и отрицателна корелация, т.е. обратна с „негативните очаквания“, „локус на контрол“, „депресия“ и „тревожност“

Личностен растеж – положително корелира с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „жизнени цели“, „автономия“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“, „генерално убеждение в справедлив свят“ и „убеждение в справедливия свят за личността“. Отрицателна корелация, т. е. обратна на положителната корелация се наблюдава с „локус на контрол“, „депресия“ и „тревожност“.

Жизнени цели – положителна корелация се наблюдава с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „автономия“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“, „убеждение в справедлив свят за личността“, докато отрицателна корелация (обратна) се наблюдава с „депресия“ и „тревожност“.

Автономия – наблюдава се положителна корелация с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“, отрицателна корелация с „локус на контрол“.

Контрол над средата – положителна корелация се наблюдава спрямо „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „автономия“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“, отрицателно корелира с „негативни очаквания“, „локус на контрол“, „депресия“ и „тревожност“.

Позитивни взаимоотношения, корелира положително с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „автономия“, „контрол над средата“, „дългострочна мотивация“, генерално

убеждение в справедлив свят“, отрицателна корелация се наблюдава с „негативни очаквания“, „локус на контрол“, „депресия“ и „тревожност“.

Депресия – отрицателно корелира с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“. Положителна корелация - „негативни очаквания“, „локус на контрол“, и „тревожност“.

Тревожност – корелира отрицателно с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „контрол над средата“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“, положително корелира с „негативни очаквания“, „локус на контрол“, „депресия“.

Дългострочна мотивация, корелира положително с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „автономия“, „контрол над средата“, позитивни взаимоотношения“, „генерално убеждение в справедлив свят“, „убеждение в справедлив свят за личността“. Отрицателна корелация (обратна) с „негативни очаквания“, „локус на контрол“, „депресия“ и „тревожност“.

Генерално убеждение в справедлив свят, корелира положително с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „позитивни взаимоотношения“, „дългострочна мотивация“, „убеждение в справедлив свят за личността“.

Убеждение с справедлив свят за личността, положително корелира с „оптимизъм“, „приемане на себе си“, „личностен растеж“, „жизнени цели“, „дългострочна мотивация“ и „генерално убеждение в справедлив свят“.

ИЗВОДИ

1. Резултатите от проведеното изследване отчитат добри резултати при работещите пациенти за разлика от тези в пенсионна възраст.
2. Локализацията на контрол и убежданията в справедлив свят също се включват в системата на личностната регулация при пациенти с карцином на млечната жлеза. Изследването на тези конструкти (особено убеждението за справедлив свят за личността) би било перспективно и би могло да залегне в по-сложни структурни, медиаторни и модераторни модели, обясняващи човешкото функциониране при болни с карцином на млечната жлеза, претърпели оперативна интервенция.
3. Висшето образование се явява *катализатор* за по-висока адаптация.
4. Относно заетостта – трудовият статус на пациентите страдащи от карцином на млечната жлеза, подобрява адаптацията, докато пенсионният статус се влошава.
5. Резултатите показва, че продължителността на заболяването усилва депресията.
6. Статистически е доказано, че дългосрочната мотивация има връзка със заетостта на пациентите с карцином на млечната жлеза.
7. Резултатите показват същественото значение на мотивацията (операционализираща се до поставянето и преследването на дългосрочни цели) за осъществяване на личностните регулативни процеси при лечението и възстановяването при пациентите с карцином на млечната жлеза. Дългосрочната мотивация оказва влияние върху повишаване на самооценката. Тя оказва съществено значение върху поставянето на дългосрочни цели.
8. Фактор от значение за протичането на личностните регулативни процеси при болни с карцином на млечната жлеза е и генерализираното очакване оптимизъм.

ПРИНОСИ

1. Концептуализация на конкретните психичните процеси и състояния, свързани с болестта и изведените от тях индикатори на психичната проблематика на болните с карцином на млечната жлеза.
2. Идентифициране на социо-демографските фактори, подпомагащи психичното функциониране при пациенти с карцином на млечната жлеза, претърпели оперативна интервенция.
3. Идентифициране на личностните особености, пречатстващи лечението и възстановяването.

ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Анзова, Е. „Ранно откриване и рехабилитация при рак на млечната жлеза“, сп. „Здравни грижи“, бр. 2, 2014.
2. Анзова, Е. „Превенции на стреса и депресията при болни от рак на гърдата“, сп. „Здравни грижи“, бр. 3, 2014.
3. Анзова, Е. „Промяна на човешката психика след поставяне на диагнозата рак на гърдата, сп. „Здравни грижи“, брой 4, 2015.
4. Анзова, Е. „Промени в личността и структурата на мислене и пациенти с диагноза с рак на гърдата“, сп. „Българска наука“, брой 93, 2016.
5. Анзова, Е., „Убеждение в справедлив свят при пациенти с карцином на млечната жлеза претърпели оперативна интервенция“ – раздел Медицина, сп. „Българска наука“, . ISSN: 1314-1031, брой 105, 2018 г.
6. Анзова, Е. „Постоперативни психични състояния при пациентки с диагностика карцином на гърдата“, сп. „Българско списание по психология“, брой 1-4, 2018 г. **под печат.**