

Psihosocijalni čimbenici emocionalne prilagodbe u žena oboljelih od raka dojke

Matić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Department of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Hrvatski studiji**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:204101>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI

Ana Matić

**PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI
EMOCIONALNE PRILAGODBE U ŽENA
OBOLJELIH OD RAKA DOJKE**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI

Ana Matić

**PSIHOSOCIJALNI ČIMBENICI
EMOCIONALNE PRILAGODBE U ŽENA
OBOLJELIH OD RAKA DOJKE**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: prof.dr.sc. Jasminka Despot Lučanin

Zagreb, 2018.

Sažetak

Rak dojke je najčešća vrsta raka kod žena, kako u svijetu, tako i u Republici Hrvatskoj te je bilo relevantno istražiti kakav pogled one imaju na svoju bolest (rak dojke) kroz neke psihosocijalne čimbenike. Cilj istraživanja bio je ispitati psihosocijalne čimbenike emocionalne prilagodbe u žena oboljelih od raka dojke odnosno ispitivan je stupanj percepcije bolesti, pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja te socijalne podrške kod istih. Istraživanje je provedeno unutar udruge "Sve za nju" na uzorku od 102 sudionice. Za procjenu je korišten upitnik koji se sastojao od četiri dijela: opći podaci, Upitnik percepcije bolesti (Broadbent, Petrie, Main i Weinman, 2005), Skala pozitivnih i negativnih emocija (Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi i Biswas-Diener, 2010) te Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške (Abbey, Abramis i Caplan, 1985). Rezultati su pokazali kako žene oboljele od raka dojke smatraju da liječenje pomaže kod bolesti te dobro razumiju svoju bolest. Također, pokazuju da pozitivnih emocionalnih doživljaja imaju više nego negativnih te da imaju visoku socijalnu podršku. Rezultati linearne regresije pokazali su se značajni u predviđanju kriterija, odnosno promatrane prediktorske varijable, socijalna podrška, emocionalna i kognitivna percepcija bolesti, objašnjavaju ukupno 35% varijance varijable pozitivnih emocionalnih doživljaja te 39% varijance negativnih emocionalnih doživljaja. Koeficijenti korelacije pokazuju da je socijalna podrška povezana s pozitivnim i negativnim emocionalnim doživljajima i emocionalnom percepcijom bolesti, odnosno više socijalne podrške znači manje negativnih doživljaja, a bolju emocionalnu percepciju bolesti i više pozitivnih doživljaja. Dobiveni rezultati moći će se koristiti za poboljšanje psihološke pomoći oboljelim ženama.

Ključne riječi: rak dojke, percepcija bolesti, socijalna podrška, pozitivni i negativni emocionalni doživljaji

Abstract

Breast cancer is the most common type of cancer in women, both in the world and in the Republic of Croatia, and it was relevant to investigate the kind of view they have on their disease (breast cancer) through some psychosocial factors. The aim of the research was to examine the psychosocial factors of emotional adaptation in women with breast cancer, ie the degree of perception of the disease, the positive and the negative emotional experiences and the social support of the same. The research was conducted within the "All for Her" association on a sample of 102 participants. A four-part questionnaire was used for the assessment: general data, Disease Perception Questionnaire (Broadbent, Petrie, Main and Weinman, 2005), Positive and Negative Emotional Scale (Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi and Biswas-Diener, 2010) and the Social Assistance Assessment Scheme (Abbey, Abramis and Caplan, 1985). The results showed that women suffering from breast cancer believe that treatment helps the disease and understand well their illness. They also show that there experience more positive emotional experiences than negative and have high social support. The results of linear regression analysis have been shown to be significant in predicting the criteria, ie observed predictor variables, social support, emotional and cognitive perception of the disease, explaining a total of 35% variance of positive emotional variables and 39% variance of negative emotional experiences. Correlation coefficients show that social support is associated with positive and negative emotional experiences and emotional perception of disease or more social support means less negative experiences, better emotional perception of illness and more positive experiences. The results obtained will be used to improve psychological assistance to affected women.

Keywords: breast cancer, perception of illness, social support, positive and negative emotional experiences

SADRŽAJ

1. UVOD	2
1.1. <i>Rak dojke</i>	2
1.1.1. <i>Etiologija raka dojke</i>	3
1.1.2. <i>Liječenje raka dojke</i>	3
1.2. <i>Subjektivna percepcija bolesti</i>	5
1.3. <i>Emocionalna prilagodba na rak dojke</i>	6
1.4. <i>Socijalna podrška žena oboljelih od raka dojke</i>	7
1.4.1. <i>Uloga udruga u davanju psihološke pomoći oboljelima od raka dojke</i>	9
2. CILJ I PROBLEMI	11
3. METODA	12
3.1. <i>Sudionici</i>	12
3.2. <i>Instrumenti</i>	12
3.3. <i>Postupak</i>	14
4. REZULTATI	15
5. RASPRAVA	20
5.1. <i>Praktične implikacije ishoda istraživanja</i>	23
5.2. <i>Metodološki nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja</i>	23
6. ZAKLJUČAK	25
Popis literature	26

1. UVOD

1.1. Rak dojke

Ljudsko tijelo se sastoji od organa i tkiva koji svojom specifičnom funkcijom doprinose funkcioniranju organizma kao cjeline. Također, izgrađeni su od stanica koje imaju sposobnost umnožavanja, dijeljenja i rasta. Rast stanica unutar organizma je strogo kontroliran te je moguć dok je to korisno za funkciju organa ili tkiva i organizma kao cjeline. Ponekad se stanice zbog genetskih i kromosomskih nepravilnosti počnu nekontrolirano i ubrzano umnožavati i rasti te se stvaraju nakupine nepotrebnih stanica te na taj način mogu nastati: čvor, oteklina, kvržica, odnosno tumor.

Razlikujemo dobroćudne (benigne) i zloćudne (maligne) tumore. Dobroćudni tumori su oni koji ostaju ograđeni od okolnog tkiva te se zbog toga lako odstranjuju i rijetko ponovno pojavljuju. Također, rastu sporo, a što su veći rastu još sporije. Stanice dobroćudnog tumora ne napadaju zdrave stanice niti urastaju u okolno tkivo, limfe ili krvne žile. Zloćudni tumori za razliku od dobroćudnih rastu brzo i urastaju u okolno zdravo tkivo. Također, uništavaju okolne zdrave stanice i strukture te su vrlo mali zbog čega ih je teško odstraniti u cijelosti. Pri odstranjivanju istog često je potrebno odstraniti cijeli organ kako bi se uklonilo svo vidljivo tumorsko tkivo (Hrvatska liga protiv raka, 2015).

Rak dojke je najčešća vrsta raka kod žena, kako u svijetu, tako i u Republici Hrvatskoj. U svijetu se dijagnosticira 1 700 000 novih slučajeva svake godine te godišnje od raka dojke umire oko 500 000 žena (Žitnjak, Soldić, Kust, Bolanča i Kusić, 2015). Također, kada govorimo o postotcima, oko 10% svih zloćudnih tumora odnosi se na tumore dojke, a kod žena taj postotak iznosi 25%. U razvijenim zemljama rak dojke je češći nego u istočnim nerazvijenim zemljama. U Hrvatskoj, prema podacima Hrvatskog registra za rak iz 2008. godine, incidencija raka dojke je 107,4 na 100 000 žena (Tomek i sur., 2015) te prosječno petogodišnje preživljavanje iznosi 82%.

Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (2016) najčešće od raka dojke oboljevaju žene iznad pedesete godine života, međutim oboljeti mogu i žene u četrdesetim, tridesetim, ali i dvadesetim godinama.

1.1.1. Etiologija raka dojke

Prema Ratkaj i Kraljević- Pavelić (2009), patogenezu složene i heterogene bolesti kakva je rak dojke nije moguće razjasniti metodološkim pristupima te iz tog razloga i etiologija nije u potpunosti jasna. Mnogi su čimbenici koji utječu na veću vjerojatnost obolijevanja od raka dojke.

Kao najvažniji čimbenik navodi se spol. Provedenim istraživanjima dobiveno je kako žene sto puta češće obolijevaju od raka dojke nego muškarci. Također, rizik od obolijevanja se povećava nakon 40. godine života (Čufer, 2001). Strnad (2005) navodi kako je najčešći oblik raka kod osoba starijih od 65 godina upravo rak dojke.

Uz dob i spol kao čimbenike ne smije se zanemariti i obiteljska anamneza. Rizik za obolijevanje 2-3 puta je povećan kod žena čija je majka, sestra, kćer, teta ili rođakinja u prvom koljenu s majčine strane imala ili ima rak dojke ili jajnika. Također, rizik se povećava 8-10 puta ako su dvije rođakinje oboljele od raka dojke kojima je dijagnosticiran prije 40. godine te ako je obostran.

Nadalje, rak dojke se može povezati s oko 400 promijenjenih gena. Do sada su najviše istražene promjene u dva gena (BRCA 1 i BRCA 2) jer se upravo oko polovina nasljednih tumora povezuje s promjenama istih (Levant, 2014). Rudolf i Peterlin (2010) navode kako je pri medicinskoj obradi vrlo važno prepoznati one žene i obitelji kod kojih je velika mogućnost genetičke predispozicije iz razloga da im se omogući primjerena klinička i genetička obrada.

Etiologija nastanka raka dojke, kako je prethodno navedeno, nejasna je unatoč brojnim istraživanjima koja su provedena. Međutim, smatra se kako je etiologija multifaktorna i uključuje reprodukcijске čimbenike, hormonski disbalans i način prehrane (Cazin, 2013).

Naposljetku, važno je u borbi protiv raka dojke poznavati staničnu biologiju čovjeka koja je uzrok nastanka. Također, kako navode Ratkaj i Kraljević-Pavelić (2009), bazično razumijevanje bolesti omogućuje razvoj novih terapijskih pristupa.

1.1.2. Liječenje raka dojke

Čufer (2001) navodi kako je liječenje raka dojke multidisciplinarno. Prema Cazin (2013) više od 90% pacijentica se može izliječiti ako se dijagnoza postavi u ranom stadiju te se ispravno liječi. U tom slučaju petogodišnje preživljavanje iznosi 97%. Nadalje, osnovni preduvjet za poboljšanje rezultata liječenja je upravo rano otkrivanje raka te je zbog toga

potrebno provoditi trajno zdravstveno prosvjeđivanje populacije. Bolji rezultati se mogu postići pravodobnom dijagnozom uz uporabu suvremenih metoda lijećenja. Nadalje, bitno je naglasiti kako se preživljavanje, odnosno uspjeh lijećenja oboljelih smanjuje s dobi (Strnad, 2005).

Bellenir (2009) navodi kako postoji nekoliko razliĉitih tretmana lijećenja raka dojke. Neki od tih tretmana su standardni, dok su neki još uvijek u fazi kliniĉkih istraŹivanja. Ćetiri su tipa standardnih tretmana lijećenja:

1. Operacija - kirurški zahvat kojim se odstranjuje tumor, ali i pazušni limfni ĉvorovi, a zatim se odstranjeno tkivo šalje na patohistološke pretrage. S obzirom da opseg i vrsta operacije ovise o vrsti i veliĉini tumora kao i veliĉini dojke te smještaju tumora, mogu se izvršiti razliĉiti kirurški zahvati:
 - a) Tumorektomija - odstranjivanje samo tumora iz dojke
 - b) Segmentektomija - odstranjivanje tumora, ali i dijela okolnog zdravog tkiva oko tumora te dijela koŹe dojke iznad tog dijela tkiva
 - c) Mastektomija - amputacija dojke uslijed koje se odstranjuje tumor te svo zdravo tkivo i koŹa dojke
 - d) Subkutana mastektomija - odstranjuje se cijelo tkivo dojke, meĉutim ostavlja se koŹa dojke te bradavica
2. Terapija zraĉenjem/radioterpija - korištenje radioaktivnog zraĉenja za uništavanje preostalih tumorskih stanica u organizmu. Radioterapija se primjenjuje na mjestu gdje se tumor nalazio, na okolnom tkivu te u regionalnim limfnim ĉvorovima. Takoĉer, prilikom radioterapije uništavaju se zloćudne stanice na oznaĉenim mjestima u podruĉju organizma.
3. Kemoterapija - primjena lijekova, takozvanih citostatika kojima se uništavaju tumorske stanice, tj. usporava se njihov rast. Primjenjuje se intravenski ili u obliku tableta. Takoĉer, moŹe se primjenjivati nakon lumpektomije, odnosno odstranjivanja tumora, ali i zdravog tkiva oko tumora, ili mastektomije da se smanji mogućnost ponovne pojave raka dojke ili prije operacije za smanjenje veliĉine tumora i olakšavanje njegovog uklanjanja.
4. Hormonska terapija - učinkovit i blagotvoran naĉin lijećenja tumora dojke. Takoĉer, najstariji je naĉin lijećenja raka dojke te se primjenjuje kod svih Źena s hormonski ovisnim tumorima.

U Republici Hrvatskoj 29. lipnja 2006. godine je na sjednici Vlade RH usvojen Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. To je program u skladu s odrednicama

Nacionalne strategije prevencije i ranog otkrivanja raka, kao i s Rezolucijom o prevenciji i kontroli karcinoma. Ministarstvo zdravstva RH je nosilac upravo tog programa, koji je poznat pod imenom "Mamma", a za provođenje su imenovani koordinatori u županijskim zavodima za javno zdravstvo. Cilj programa je smanjenje mortaliteta od raka dojke za 25% u pet godina, kao i verifikacija u većem postotku karcinoma dojke u ranom stadiju. Upravo to utječe na povećanje stupnja kvalitete života pacijentica i značajno smanjuje troškove liječenja uznapredovanog stadija (Šiško, I. i Šiško, N., 2017).

1.2. Subjektivna percepcija bolesti

Subjektivna percepcija bolesti odnosi se na pacijentova kognitivna vjerovanja te emocionalna doživljavanja o postojećoj bolesti, o čemu govori Leventhalov model samoregulacije zdravlja (Leventhal, Mayer i Nerenz, 1980). To je model koji objašnjava samoregulacijske procese u zdravstvenim ponašanjima i adaptaciji na bolest, a njegov temelj je naglasio i McKeown (1979; prema Ogden, Hagen i Anderssen, 2007) koji tvrdi kako je suvremena bolest uzrokovana pacijentovim vlastitim zdravstvenim ponašanjima, to jest da ona ovisi o tome što ljudi jedu i koliko se kreću te sugerira kako dobro zdravlje ovisi o rješavanju loših navika. Nadalje, kognitivno procesiranje se odnosi na način kojim ljudi reguliraju svoje odgovore na prijetnju te emocionalno procesiranje se odnosi na doživljaj i iskustvo bolesti (Leventhal, H., Leventhal, E.A. i Cameron, 2001). Prema kognitivnom pristupu, koji se sve više razvija na području psihologije, pretpostavlja se kako pacijenti razvijaju kognitivne modele simptoma, tjelesnih promjena te svoje bolesti da bi bolje razumjeli što se s njima događa. Također, oni sami stvaraju vlastite predodžbe koje pomažu kako bi bolje razumjeli iskustva s bolešću te na taj način pronašli kako se nositi s tom situacijom (Vurnek- Živković, 2011).

Percepcija bolesti se sastoji od pet bazičnih vjerovanja koja se odnose na identitet bolesti, njen uzrok, dužinu trajanja, potencijalne posljedice i mogućnost liječenja/kontroliranja bolesti. Identitet bolesti se odnosi na opis, to jest dijagnozu koju pacijent daje svojoj bolesti kao i na simptome koje povezuje s tom dijagnozom. Uzrok bolesti se definira kao čimbenici ili situacije za koje pacijent vjeruje da su uzrokovali bolest. Upravo određivanje uzroka pomaže pacijentu da si objasni bolest, kao i može li na nju utjecati. 95% žena koje su oboljele od raka dojke imaju vlastito objašnjenje uzroka bolesti, koje u nekim slučajevima nije u skladu s medicinskim stajalištem (Taylor, Lichtman i Wood, 1984). Trajanje bolesti se odnosi na procjenu koliko će bolest trajati. Razlikuje se kratkotrajna, to jest akutna bolest, dugotrajna,

kronična te ciklična odnosno povremena. Sama procjena trajanja bolesti može utjecati na pridržavanje liječničkih uputa. Nadalje, posljedice bolesti su procjena socijalnih, ekonomskih, tjelesnih te drugih posljedica koje mogu uslijediti zbog bolesti. Kontrola, odnosno liječenje, odnosi se na procjenu može li se bolest uspješno izliječiti ili kontrolirati. Prema novim istraživanjima su to dvije odvojene pojave, pri čemu se liječenje odnosi na pacijentovo vjerovanje u kojoj mjeri mu doktori mogu pomoći i postoji li lijek za bolest. Kontrola se odnosi na to smatra li pacijent da svojim ponašanjem i odnosom prema bolesti može kontrolirati istu (Moss-Morris i sur., 2002). Naposljetku, ova bazična vjerovanja su međusobno logično povezana, ali svako je zasebno povezano s vanjskim čimbenicima (Weinman i Petrie, 1997).

1.3. Emocionalna prilagodba na rak dojke

Dijagnoza, kao i liječenje raka dojke kod žena izaziva emocionalnu traumu te tjelesne smetnje. Emocionalna trauma dovodi do gubitka kontrole, neizvjesnosti te povećanog osjećaja ranjivosti (Vukota i Mužinić, 2015). Kornbliht i suradnici (2001) su utvrdili kako stresni životni događaji i socijalna podrška utječu na emocionalno stanje pacijenta. Nadalje, kada se postavi dijagnoza, pacijentica proživljava duboku psihološku uznemirenost koja je obilježena teškim emocijama te brojnim pitanjima, pri čemu se javlja osjećaj nesigurnosti kao i strah povezan s operativnim zahvatima. Prvi odgovor kod oboljelih koji se javlja je strah od smrti, odnosno od patnje i bolnog umiranja (Grunfeld i sur., 2004). Pacijentice su uglavnom u visokom stresu te se teže fokusiraju i obuzete su negativnim emocijama.

Morris, Pettingale i Haybittle (1992 prema Martinec, Miholić i Stepan- Giljević, 2012) su nakon petogodišnjeg praćenja žena s rakom dojke zaključili kako se njihove najčešće reakcije mogu svrstati u pet kategorija: zabrinutost (36%), fatalizam (26%), negiranje (18%), borbenost (15%) i beznadnost (5%). Nastala stanja anksioznosti, depresije, straha i ljutnje ponekad su maskirana psihološkim obrambenim mehanizmima. Najuobičajeniji je poricanje ili potiskivanje, a ono se iskazuje u nesvjesnom zaboravljanju ili nedozvoljavanju da do svijesti dođu neki vanjski neugodni podražaji koji znače prijetnju ili opasnost (Manne i sur., 2004).

Dijagnoza raka kod većine pacijentica izaziva tugu, ljutnju i pojačani strah (Schover, 1991 prema Pahljina- Reinić, 2004). Istraživanja kao na primjer Bleikera, Ploega, Adera, Daala i Hendriksa (1995 prema Pahljina- Reinić, 2004) i Neuhausu i suradnika (1994 prema Pahljina- Reinić, 2004) pokazuju uobičajenu pojavu povišene razine negativnih emocionalnih ishoda u prvih par mjeseci oboljenja, posebice nakon dijagnoze, nakon toga negativne emocije se

smanjuju i zadržavaju relativno stabilne razine. Nadalje, žene s rakom dojke ne doživljavaju dugotrajniji porast negativnih emocija. Kada su u istraživanja uključene i pozitivne emocije, dobiveno je kako su se one smanjile neposredno nakon dijagnoze te su nakon kirurškog zahvata ostale niže u odnosu na početnu. Nadalje, istraživanja Feldman Barretta i Russella (1998 prema Pahljina- Reinić, 2004) i Russella i Carrolla (1999 prema Pahljina- Reinić, 2004) pokazuju kako skraćivanje vremenskog perioda tijekom kojeg se emocionalna stanja procjenjuju i mjere, te porast intenziteta istih, smanjuju nezavisnost dimenzija pozitivnog i negativnog raspoloženja. (Pahljina- Reinić, 2004).

Rezultati istraživanja Colby i Shifren (2013) potvrđuju kako su optimističnije žene izvještavale o pozitivnijem mentalnom zdravlju, ali pokazano je da je i kod pesimističnih žena prevladavalo pozitivnije mentalno zdravlje u odnosu na negativno.. Također, utvrđeno je kako optimizam utječe na smanjenje stresa, a optimističan pogled u vezi ishoda operacije povezan je s nižom uznemirenošću. Uz navedeno, pacijentice koje su se na humorističan način suočile sa svojom bolešću imale su niže razine uznemirenosti od onih koje su poricale postojanje bolesti. Nadalje, pacijentice s pesimističnim stavom na dijagnozu reagiraju s beznadnošću i bespomoćnošću što ima negativan utjecaj na njihovo mentalno zdravlje (Baum, Revenson i Singer, 2001).

1.4. Socijalna podrška žena oboljelih od raka dojke

Socijalnu podršku definiramo kao multidimenzionalni konstrukt sastavljen od emocionalne, informacijske i instrumentalne potpore. Emocionalna potpora je izražavanje empatije, slušanje, pružanje ugodnosti i tople komunikacije s bliskim osobama. Informacijska potpora uključuje davanje savjeta, vodstvo i povratnu informaciju o problemu te naposljetku, instrumentalna potpora podrazumijeva "opipljivu" pomoć kao što je pomaganje u kućanskim poslovima, plaćanju računa ili prijevozu (Hewstone i Stroebe, 2003). U svom istraživanju Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes i Kawachi (2006) navode važnost relativne socijalne podrške koja uključuje instrumentalnu, emocionalnu i informativnu podršku kod žena oboljelih od raka dojke. Instrumentalna podrška koju žene dobivaju nakon dijagnoze raka dojke manifestira se u dobivanju podsjetnika za uzimanje lijekova, pomoći kod prehrane i mobilnosti, a takva vrsta podrške pridonosi višoj stopi preživljavanja te zaštiti od invaliditeta. Nadalje, socijalno-emocionalna podrška koju pruža najčešće povjerljiva osoba, smanjuje stres te poboljšava imunološki nadzor nad recidivom raka. Također, istraživanja pokazuju kako

socijalno-emocionalna podrška može biti kritičnija od instrumentalne podrške za preživljavanje raka dojke. Socijalno-emocionalna podrška može također izravno utjecati na prilagodbu pacijenta tako što će osjetiti veću kontrolu, znajući da će mu drugi pomoći savjetima, poput poticanja za traženjem stručne pomoći ukoliko je potrebno (Kornblith i sur., 2001). Socijalna okolina naročito je značajno područje u prilagodbi na oboljenje od raka dojke iz dva razloga: prvo, socijalna podrška štiti osobu od štetnih učinaka raka dojke kao stresnog životnog događaja i drugo, rak dojke je stresan događaj i kao takav utječe na interpersonalne odnose. S obzirom da je riječ o potencijalno smrtonosnom oboljenju, a ujedno i stigmatiziranom, socijalna mreža pacijentica može reagirati neprimjereno ili se povući. Istraživanja pokazuju kako pacijentice mogućnost za otvorenim izražavanjem emocija više priželjkuju od strane obitelji i prijatelja, nego od zdravstvenih djelatnika. Nadalje, bračni partner je kod udanih pacijentica ključan te značajan izvor emocionalne podrške (Pahljina- Reinić, 2004). U svom istraživanju Manne i Glasman (2004) su pokazali kako nepovoljni učinci nepodržavajućih ponašanja, izbjegavanja i kritiziranja od strane bračnih partnera utječu na emocionalnu prilagodbu pacijentice. Nepodržavajuća ponašanja bračnih partnera povećavaju razinu anksioznih i depresivnih simptoma koji uzrokuju češću upotrebu izbjegavanja, kognitivnog i ponašajnog, u suočavanju pacijentice s osjećajima i mislima o oboljenju i liječenju. Također, spomenuta nepodržavajuća ponašanja imaju i štetne učinke na prilagodbu pacijentice i percepciju uspješnosti u suočavanju s oboljenjem. Nadalje, rezultati istraživanja Hudek-Knežević, Kardum i Pahljina (2002) pokazuju kako su kod hospitaliziranih pacijentica najznačajniji prediktori emocija percipirana socijalna podrška zdravstvenih djelatnika i obitelji te problemu usmjereno suočavanje, dok se kod nehospitaliziranih pacijentica uz percipiranu socijalnu podršku obitelji, kao značajni negativni prediktori emocija javljaju i suočavanje bihevioralnim potiskivanjem emocija i izbjegavanje.

Socijalna podrška prije svega ostvaruje izravne učinke na emocionalnu prilagodbu. Pahljina-Reinić (2004) navodi dva povoljna učinka na emocionalnu prilagodbu. Jedan od njih je izravan učinak percipirane socijalne podrške obitelji na smanjenje negativnih emocija, dok je drugi neizravan učinak percipirane socijalne podrške zdravstvenog osoblja, također, na smanjenje negativnih emocija pacijentica.

Naposljetku, važno je naglasiti da je socijalna podrška jedan od ključnih faktora tijekom suočavanja s dijagnozom i tretmanom karcinoma te kao takva ima snažan utjecaj na psihičke i fizičke ishode ove bolesti.

1.4.1. Uloga udruga u davanju psihološke pomoći oboljelima od raka dojke

Mehnert i Koch (2007) navode kako u ranim fazama, ali i tijekom kasnijih faza bolesti velik broj žena s emocionalnom uznemirenošću pokazuje potrebu psihološkog savjetovanja i podrške. Osim dobivanja podrške od strane partnera, oboljele žene potporu mogu dobiti i u centrima za psihološku pomoć, odnosno udrugama za pomoć ženama oboljelih od ove zloćudne bolesti. Grupa za potporu može smanjiti razinu anksioznosti i depresije, poboljšati kvalitetu života te olakšati prilagodbu na bolest. Također, dolazi do zbližavanja s ostalim članovima te dijeljenja iskustva iz sličnih životnih situacija (Emilsson, Svensk, Tavelin i Lindh, 2012). Udruga je mjesto gdje se mogu javiti i članovi obitelji i naučiti kako biti najbolja podrška pacijentici.

U udrugama se mogu sresti žene koje su izliječene ili su u različitim fazama liječenja kojima je potrebno povratiti malo kontrole i moći u život, odnosno preuzeti aktivnu ulogu. Žene se javljaju u udruhu potražiti psihološku i psihosocijalnu pomoć u nekoliko vremenski kritičnih točaka, a to su: nošenje s dijagnozom, priprema za operaciju i prihvaćanje opsega operacije, donošenje odluke o prihvaćanju liječenja, gubitak vjere u učinak terapije i povratak u sve životne uloge, no, najkritičnija točka je ipak povrat bolesti ili prelazak u metastatsku bolest.

Unutar Centra za psihološku pomoć Udruge "SVE za NJU" pomoć je strukturirana u četiri glavna programa, a to su: psihološki tretmani, savjetovališta, edukacijsko - terapijski programi i smještaj. Upravo ta raznovrsnost programa važna je zbog sveobuhvatne skrbi te zadovoljavanja potreba oboljelih (Vukota i Mužinić, 2015).

U Republici Hrvatskoj postoji mnogo udruga za potporu ženama oboljelima od raka dojke. Najpoznatije su Udruga „SVE za NJU” i Udruga „Nada”. Nadalje, osim grupa za potporu unutar udruga ("Licem u lice") oboljele žene se mogu odlučiti i na potporu putem Interneta. Takvim načinom potpore žene mogu dijeliti vlastita iskustva i mišljenja, kao i tražiti ili dijeliti informacije i ohrabrenja. Prednost takvog načina potpore uključuje veću fleksibilnost u načinu dobivanja informacija (Till, 2003). Također, bitno je naglasiti kako je odluka o sudjelovanju u grupi za potporu isključivo na ženi.

Rak dojke, kako je prethodno navedeno, najčešći je oblik raka kod žena u Republici Hrvatskoj. Oboljele žene kroz proces dijagnoze i liječenja se susreću s mnogim emocionalnim i psihološkim promjenama, ali i promjenama u svojoj okolini. Sve te promjene mogu biti negativne i pozitivne te se razlikovati od žene do žene s obzirom na tip raka dojke te na samo psihičko stanje žene. Nadalje, postoje brojna istraživanja koja ističu važnost psihosocijalnih

čimbenika u prilagodbi na rak dojke (Holland, 1998 prema Pahljina-Reinić, 2004). Iz tog razloga, kako bi se doprinijelo kvalitetnijem životu oboljelih žena, smatra se važnim za istražiti percepciju bolesti, emocionalne doživljaje te socijalnu podršku kod istih. Također, može pomoći oboljelim ženama da se lakše nose s bolešću. Stručnjacima može koristiti kako bi kvalitetnije mogli pomoći ženama te njihovim bližnjima, odnosno pružiti im odgovarajuću psihološku pomoć.

2. CILJ I PROBLEMI

Sve je veći broj žena u Republici Hrvatskoj koje oboljevaju od raka dojke te je relevantno istražiti kakav pogled na svoju bolest (rak dojke) imaju, odnosno kako se nose s bolešću emocionalno i socijalno.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati percepciju bolesti, prisustvo pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja te socijalnu podršku kod žena oboljelih od raka dojke. Također, ispitala se i razlika prisustva pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja i socijalne podrške između oboljelih žena s obzirom na status liječenja.

Dobiveni rezultati moći će se koristiti za poboljšanje psihološke pomoći oboljelim ženama.

P1: Ispitati percepciju bolesti, prisustvo pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja, socijalnu podršku kod žena oboljelih od raka dojke

H₁: Pretpostavlja se da će sudionice iskazivati više negativnih emocionalnih doživljaja u odnosu na pozitivne emocionalne doživljaje.

P2: Ispitati razlike između prisustva pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja i socijalne podrške žena oboljelih od raka dojke koje se liječe na klinici i koje se ne liječe na klinici

H₂: Očekuje se veće prisustvo negativnih emocionalnih doživljaja kod žena koje se liječe na klinici te veće prisustvo pozitivnih emocionalnih doživljaja kod onih koje se ne liječe. Socijalna podrška će biti veća kod žena koje se liječe na klinici.

P3: Ispitati mogućnost predviđanja prisustva pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja kod žena oboljelih od raka dojke na temelju socijalne podrške i percepcije bolesti

H₃₍₁₎: Moguće je predvidjeti prisustvo pozitivnih emocionalnih doživljaja na temelju socijalne podrške, kognitivne i emocionalne percepcije bolesti.

H₃₍₂₎: Moguće je predvidjeti prisustvo negativnih emocionalnih doživljaja na temelju socijalne podrške, kognitivne i emocionalne percepcije bolesti.

3. METODA

3.1. Sudionici

Sudionici istraživanja bile su žene koje su ujedno i korisnice Udruge "SVE za NJU". U istraživanju je sudjelovalo 107 sudionica međutim zbog pet nepotpuno ispunjenih upitnika ukupan broj sudionica znosi 102. Dob sudionica koji su sudjelovale kretala se u rasponu od 27 do 73 ($M=48,15$, $SD=9,74$). Najviše sudionica, njih 54 ima srednju stručnu spremu, visoko je obrazovanih 44 dok su 4 sudionice s osnovnim obrazovanjem. Prema broju djece, većina sudionica, njih 44 ima 3 ili 4 djece, 29 je sudionica s 1 ili 2 djece, a njih 11 ima 5 ili 6 djece. Što se bračnog stanja tiče, preko polovice sudionica je udato. Sudionicama koje su sudjelovale u istraživanju postavljena je dijagnoza u rasponu od 18 godina do provođenja istraživanja (1999-2017) uz prosjek godina 3. Također, 72 sudionice se liječe na klinici dok se njih 30 ne liječi.

3.2. Instrumenti

U istraživanju je korišten upitnik koji se sastojao od četiri dijela, a to su: opći podaci, Upitnik percepcije bolesti (Broadbent, Petrie, Main i Weinman, 2005), Skala pozitivnih i negativnih emocija (Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi i Biswas-Diener, 2010) te Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške (Abbey, Abramis i Caplan, 1985).

Opći podaci

Prvi dio upitnika, opći podaci, odnosi se na sociodemografska obilježja sudionica. Sastoji se od osam pitanja: o dobi, mjestu stanovanja, obrazovanju (1= Osnovno obrazovanje, 2= Srednje obrazovanje, 3= Visoko obrazovanje), bračnom stanju (1= neudana, 2= udana, 3= udovica, 4= razvedena, 5= drugo), broju djece (žive), s kim sada žive (1= sami, 2= sa supružnikom, 3= s djecom, 4= s nekim drugim). Dva zadnja pitanja u ovom dijelu su bila najviše relevantna za istraživanje. Jedno je glasilo "Godina postavljanja dijagnoze" gdje je sudionica trebala upisati godinu kada joj je dijagnoza postavljena, dok je drugo pitanje bilo "Je li Vaše liječenje na klinici završeno (kemoterapija, radioterapija, ciljana terapija)?" gdje su sudionice mogle izabrati između dva ponuđena odgovora DA ili NE.

Upitnik percepcije bolesti- Brief IPQ

Upitnik percepcije bolesti konstruirali su Broadbent, Petrie, Main i Weinman 2005. godine, a za ovo istraživanje korištena je hrvatska inačica upitnika kojeg je prevela Vurnek-

Živković (Vurnek-Živković, 2011 – javno dostupno). Upitnik se koristi za ispitivanje kognitivnih komponenti te emocionalne komponente koja se odnosi na emocionalnu percepciju bolesti. Sastoji se od osam kvantitativnih pitanja te sudionice na njih odgovaraju na skali od 0 do 10, dok je zadnje pitanje otvorenog tipa. Svaka čestica predstavlja jednu dimenziju percepcije bolesti. Visoki rezultati dobiveni na ovim dimenzijama predstavljaju čvrsta uvjerenja o ozbiljnijim posljedicama bolesti kod pitanja o utjecaju (čestica 1), izraženijim kroničnim tegobama tijekom bolesti na čestici trajanje (čestica 2), jača pozitivna uvjerenja u kontrolu bolesti na čestici kontrole i liječenja (čestice 3 i 4), veći broj simptoma vezanih za bolest na čestici identitet (čestica 5), viša razina bolesnikova emocionalnog odgovora zbog bolesti (čestica 6 i 8) i bolje razumijevanje bolesti na čestici razumijevanje (čestica 7). Zadnja čestica je pitanje otvorenog tipa o uzrocima na koje su sudionice same navodile uzrok nastanka bolesti, ali smo ju u ovom istraživanju izbacili. Odgovori sudionica se mogu grupirati u kategorije, a to su: stil života, stres, genetika i ostalo, ovisno o bolesti koja se istražuje (Broadbent i sur., 2005). Za potrebe ovog istraživanja zbog bolje interpretacije rezultate smo izrazili grupiranjem pet čestica koje čine kognitivnu percepciju bolesti (posljedice bolesti, trajanje, kontrola, liječenje i identitet), u rasponu od 0 do 50, i dvije čestice koje čine emocionalnu percepciju bolesti (briga i emocije), u rasponu od 0 do 20 te česticu razumijevanja, u rasponu od 0-10. Što se tiče metrijskih karakteristika, u našem istraživanju, koeficijent pouzdanosti unutarnjeg tipa, Cronbachov α , za emocionalnu percepciju bolesti iznosio je $\alpha=0,88$, a za kognitivnu percepciju bolesti $\alpha=0,25$.

Skala pozitivnih i negativnih emocija- SPANE

Skalu pozitivnih i negativnih emocija su konstruirali Diener i suradnici kao dio mjerenja dobrobiti. Hrvatska inačica skale korištena je u svrhu CRO-WELL projekta te je dopuštenje dobiveno od strane voditeljice projekta dr. sc. Ljiljane Kaliterne Lipovčan. Sastoji se od 12 čestica gdje se šest čestica odnosi na pozitivne emocionalne doživljaje, a šest na negativne emocionalne doživljaje. Skala uključuje opće negativne (negativno, loše, neugodno, tužno, uplašeno, ljutito) i pozitivne emocije (pozitivno, dobro, ugodno, sretno, radosno, zadovoljno) te se procjenjuje prisutnost pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja. Svaka čestica se prema originalnoj verziji upitnika boduje na skali od 1 do 5 (1= vrlo rijetko ili nikada, 2= rijetko, 3= ponekad, 4= često, 5= jako često ili uvijek), međutim za potrebe ovog istraživanja korištena je skala od 1 do 3 (1= rijetko ili nikada, 2= ponekad, 3= često ili uvijek). Ljestvice pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja se boduju odvojeno te svaka podljestvica može poprimiti rezultat od 6 do 18. Ukupni rezultat se dobiva oduzimanjem rezultata na podljestvici negativnih

emocionalnih doživljaja od rezultata pozitivnih emocionalnih doživljaja te može poprimiti vrijednost od -12 do 12. Što se tiče metrijskih karakteristika, u našem istraživanju, koeficijent pouzdanosti unutarnjeg tipa, Cronbachov α , za ljestvicu pozitivnih emocionalnih doživljaja iznosio je $\alpha=0,93$, a za ljestvicu negativnih emocionalnih doživljaja $\alpha=0,86$.

Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške

Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške korištena je u istraživanju Abbey, Abramis i Caplan 1985. godine (Šverko i sur., 2004, prema Jakovljević, 2004 – javno dostupno). Sastoji se od osam čestica u kojima sudionik procjenjuje u kojoj mjeri mu bliske osobe "...pružaju ohrabrenje", "...pružaju izravnu pomoć" itd. Svaka čestica boduje se na skali 1 do 4 (1 = nikad, 4 = uvijek). Ukupan rezultat je formiran kao suma odgovora na sve tvrdnje pri čemu veći rezultat znači veća prisutnost socijalne podrške. Raspon ljestvice je od 8 do 32. Metrijske karakteristike pokazuju visoku internu konzistenciju. Cronbachov α , odnosno koeficijent unutarnje konzistencije u našem istraživanju iznosi 0,91.

3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno online te u obliku papir-olovka u Republici Hrvatskoj. Online upitnik postavljen je na Facebook stranicu Udruge "SVE za NJU", dok su za sudionice koje nemaju pristup Internetu upitnici ostavljeni u udruzi kako bi ih mogle ispuniti u vrijeme dolaska na terapije. Anonimnost sudionica je u potpunosti zagwarantirana te je u uputi navedeno kako će se rezultati koristiti samo u istraživačke svrhe. Također, time je zagwarantirana iskrenost sudionika kod odgovaranja. S obzirom na specifičnost samog uzorka pazilo se da online upitniku pristupe samo sudionice s dijagnozom raka dojke. Naime, na Facebook stranici udruge članovi su osobe s dijagnozom raka ili njihovi bližnji, tako da je minimalna vjerojatnost da je upitniku pristupio netko bez dijagnoze raka dojke. Upitnik u obliku papir-olovka sudionice su ispunjavale individualno pod vodstvom psihologinje iz udruge te im je tako zagwarantirana anonimnost.

4. REZULTATI

Za potrebe odgovaranja na probleme, korištene su sljedeće obrade podataka: deskriptivne obrade mjera centralnih tendencija i raspršenja, t-testovi na nezavisnim uzorcima, Pearsonov koeficijent korelacije i regresijska analiza.

Tablica 1. Percepcija aspekata bolesti žena sa rakom dojke (N = 102)

	M	SD	min	max
Kognitivna percepcija bolesti	32.58	6.70	16	48
Utjecaj bolesti na život	6.33	2.81	1	10
Trajanje bolesti	5.61	3.06	0	10
Kontrola	6.19	2.63	0	10
Liječenje	8.34	1.97	1	10
Simptomi	6.11	2.84	0	10
Emocionalna percepcija bolesti	12.79	5.39	0	20
Zabrinutost zbog bolesti	6.53	2.83	0	10
Utjecaj bolesti na emocionalno stanje	6.26	2.86	0	10
Razumijevanje bolesti	8.03	2.21	1	10

Kognitivna percepcija bolesti suma je rezultata odgovora na pitanja o nekim kognitivnim odrednicama percepcije bolesti prikazanih u tablici 1. Prosjek odgovora kognitivne percepcije bolesti ne odudara od prosjeka skale dalje od jedne standardne devijacije, odnosno teorijskog prosjeka. Od pojedinih čestica, od teorijskog prosjeka odskače liječenje, odnosno percepcija da liječenje gotovo u potpunosti pomaže sudionicama u borbi protiv bolesti te prema rezultatima izvještavaju da dobro razumiju svoju bolest. Emocionalna percepcija bolesti kao suma navedenih varijabli poprima vrijednosti oko teorijskog prosjeka, odnosno sudionice su zabrinute i smatraju da bolest utječe na njihovo emocionalno stanje.

Tablica 2. Emocionalni doživljaji i socijalna podrška žena s rakom dojke (N = 102)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Pozitivni doživljaji	14.754	3.241	7	18
Pozitivan osjećaj	2.61	0.566	1	3
Dobar osjećaj	2.60	0.512	1	3
Ugodan osjećaj	2.43	0.668	1	3
Sretan osjećaj	2.39	0.692	1	3
Radostan osjećaj	2.39	0.647	1	3
Zadovoljan osjećaj	2.33	0.647	1	3
Negativni doživljaji	10.74	2.869	6	18
Negativan osjećaj	1.78	0.607	1	3
Loš osjećaj	1.78	0.538	1	3
Neugodan osjećaj	1.67	0.665	1	3
Tužan osjećaj	1.86	0.675	1	3
Ljutit osjećaj	1.78	0.591	1	3
Uplašeni osjećaj	1.86	0.675	1	3
Socijalna podrška	26.422	4.964	11	32
Ohrabrenje	3.44	0.712	1	4
Korisne informacije	3.17	0.913	1	4
Dizanje samopouzdanja	3.29	0.803	1	4
Slušanje u potrebi	3.29	0.752	1	4
Pokazivanje da im je stalo	3.53	0.656	1	4
Razumijevanje	3.14	0.821	1	4
Pružanje izravne pomoći	3.35	0.84	1	4
Razgovor u uznemirenosti	3.21	0.788	1	4

U tablici 2. prikazano je prisustvo emocionalnih doživljaja kao zbroj odgovora faceta koje odgovaraju pozitivnim, odnosno negativnim emocionalnim doživljajima. S obzirom da je najniži odgovor na faceti bio 1, raspon mogućih odgovora je od 6 do 18. Zbog toga, vidljivo je da su pozitivni i negativni emocionalni doživljaji udaljeni od teorijskog prosjeka oko jedne standardne devijacije, na način da je za pozitivne emocionalne doživljaje rezultat viši od teorijskog prosjeka skale, a za negativne niži. Ukupan rezultat na skali socijalne podrške ukazuje na to da je kod sudionica prisutna iznadprosječna socijalna podrška, iako ni na jednoj čestici sudionice ne dobivaju socijalnu podršku uvijek. Sudionice izvještavaju da njihova okolina, od vidova socijalne podrške, najviše pokazuje da joj je stalo do njih kao osobe.

Tablica 3. Razlike u pozitivnim emocionalnim doživljajima, negativnim emocionalnim doživljajima i socijalnoj podršci između žena koje se trenutno liječe na klinici i onih koje su liječenje završile (N = 102)

		<i>F</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>
Pozitivni doživljaji	Liječenje u klinici	0.44	14,06	3.06	1.39	100
	Završeno liječenje u klinici		15,04	3.29		
Negativni doživljaji	Liječenje u klinici	0.32	10,56	2.96	0.40	100
	Završeno liječenje u klinici		10,81	2.84		
Socijalna podrška	Liječenje u klinici	0.13	26.86	4.59	-0.58	100
	Završeno liječenje u klinici		26.23	5.12		

* $p < 0.05$

U tablici 3. vidljivi su svi potrebni statistici za provedbu t-testa na nezavisnim uzorcima, kao i rezultati t-testa. Usporedba se provodila između skupine žena s rakom dojke koje su u klinici na liječenju te one koje su završile liječenje u klinici. Varijance su homogene za sve tri obrade. Nije utvrđena statistički značajna razlika između žena sa rakom dojke koje su u u klinici na liječenju te one koje su završile liječenje u klinici u prisustvu pozitivnih emocionalnih doživljaja ($t(100) = 1.391, p > 0.1$), negativnih emocionalnih doživljaja ($t(100) = 0.404, p > 0.1$) i socijalne podrške ($t(100) = -0.583, p > 0.1$).

Tablica 4. Interkorelacije dobi i psihosocijalnih čimbenika mjerenih u istraživanju (N = 102)

	Dob	Socijalna podrška	Kognitivna percepcija	Emocionalna percepcija	Pozitivni doživljaji	Negativni doživljaji
Dob	1	0.08	-0.06	-0.14	-0.01	-0.10
Socijalna podrška		1	-0.11	-0.23*	0.44**	-0.39**
Kognitivna percepcija			1	0.45**	-0.18	0.19*
Emocionalna percepcija				1	-0.48**	0.56**
Pozitivni doživljaji					1	-0.76**
Negativni doživljaji						1

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Prema matrici korelacija u tablici 4., utvrđeno je nekoliko značajnih korelacija. Prvo, emocionalna percepcija bolesti značajno je povezana sa socijalnom podrškom, na način da su sudionice koje su izvještavale o manjem utjecaju bolesti na emocionalnom planu primale više socijalne podrške. Pozitivni emocionalni doživljaji značajno su povezani sa socijalnom podrškom, tako da su sudionice s više pozitivnih emocionalnih doživljaja primale i više socijalne podrške. Socijalna podrška značajno je povezana i s negativnim emocionalnim doživljajima, tako da više socijalne podrške znači manje negativnih emocionalnih doživljaja. Također, što je više negativnih emocionalnih doživljaja znači veća je emocionalna percepcija bolesti, odnosno briga sudionica i njihova procjena utjecaja bolesti na emocionalno stanje, i manje pozitivnih emocionalnih doživljaja. Dob nije statistički značajno povezana ni s jednom od navedenih varijabli, stoga je nismo uključili u regresijsku analizu.

Tablica 5. Regresijski model pozitivnih emocionalnih doživljaja kao kriterijske varijable uz socijalnu podršku i percepciju bolesti kao prediktorske varijable

	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²
				0.59	0.35
Socijalna podrška	0.35	4.17	0.00		
Emocionalna percepcija	-0.42	-4.55	0.00		
Kognitivna percepcija	0.05	0.56	0.58		
<i>p</i> < 0.01				F=17.58	

Tablica 5. prikazuje regresijski model predviđanja prisustva pozitivnih emocionalnih kao kriterijske varijable temeljem socijalne podrške i emocionalne i kognitivne percepcije bolesti kao prediktorskih varijabli. Socijalna podrška i emocionalna percepcija bolesti su statistički značajni prediktori pozitivnih emocionalnih doživljaja sudionica. Sudionice koje imaju više socijalne podrške imaju i izraženije pozitivne emocionalne doživljaje, i obrnuto. Sudionice koje su zabrinutije oko bolesti i procjenjuju da bolest utječe na njihovo emocionalno stanje imaju manje izražene pozitivne emocionalne doživljaje. Kognitivna percepcija bolesti

nije se pokazala značajnim prediktorom u ovom regresijskom modelu. Modelom je objašnjeno 35% varijance kriterija (pozitivnih doživljaja), što je statistički značajno.

Tablica 6. Regresijski model negativnih emocionalnih doživljaja kao kriterijske varijable uz socijalnu podršku i percepciju bolesti kao prediktorske varijable

	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²
				0,63	0,39
Socijalna podrška	-0.27	-3.35	0.00		
Emocionalna percepcija	0.53	5.92	0.00		
Kognitivna percepcija	-0.08	-0.86	0.39		
p < 0.01				F=20,97	

Tablica 6. prikazuje regresijski model predviđanja prisustva negativnih emocionalnih doživljaja temeljem navedenih varijabli. Varijable socijalna podrška i emocionalna percepcija bolesti značajno doprinose predviđanju prisustva negativnih emocionalnih doživljaja. Sudionice koje imaju više socijalne podrške imaju manje izraženije negativne emocionalne doživljaje te sudionice koje su zabrinutije oko bolesti i procjenjuju da bolest utječe na njihovo emocionalno stanje imaju više izraženije negativne emocionalne doživljaje. Kognitivna percepcija nije se pokazala značajnom prediktorskom varijablom. Modelom je objašnjeno 39% varijance kriterija (pozitivnih doživljaja), što je statistički značajno.

5. RASPRAVA

Ovim istraživanjem sa ženama oboljelima od raka dojke u Republici Hrvatskoj ispitana je percepcija bolesti, prisustvo pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja te socijalna podrška.

Prvi problem istraživanja bio je ispitati percepciju bolesti, prisustvo pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja te socijalnu podršku kod žena oboljelih od raka dojke. Rezultati našeg istraživanja pokazuju kako većina sudionica smatra da liječenje gotovo u potpunosti pomaže kod bolesti što je u skladu s literaturom. S obzirom na sve veći broj oboljelih žena od raka dojke lijekovi za isto se sve više razvijaju pa obećavaju veću uspješnost izlječenja te poboljšanje kvalitete života žena (Čufer, 2001). Također, sudionice dobro razumiju svoju bolest što se potvrđuje kognitivnim pristupom prema kojem bolesnice razvijaju kognitivne modele za bolje razumijevanje bolesti te stvaraju vlastite predodžbe koje im pomažu kako bi bolje razumjele iskustva s bolešću (Vurnek-Živković, 2011). Dobivena visoka socijalna podrška kod sudionica u skladu je s drugim istraživanjima kao na primjer istraživanje Ivaneca (2015). Žene kojima je postavljena dijagnoza tražeći potporu, utječu svojoj obitelji i prijateljima. Također, žene koje imaju visoku razinu društvene interakcije, s najvećim krugom prijatelja, sklone su reći kako imaju najbolju kvalitetu života za vrijeme liječenja (Ivanec, 2015). Kinsinger, Laurenceau, Carver i Antoni (2011) u svom radu navode kako oboljele žene izjavljuju da im je najvažnije imati osobu od povjerenja uz sebe. Naša hipoteza kako će sudionice iskazivati više negativnih emocionalnih doživljaja u odnosu na pozitivne emocionalne doživljaje nije potvrđena. Dobiveno je kako je prisustvo pozitivnih emocionalnih doživljaja više u odnosu na prisustvo negativnih emocionalnih doživljaja što nije u skladu s drugim istraživanjima. Naime, istraživanja pokazuju pojavu povišene razine negativnih emocionalnih ishoda koji se s vremenom smanjuju (Pahljina-Reinić, 2004). Također, dijagnoza raka dojke izaziva kod pacijentica tugu, ljutnju te strah što su negativni emocionalni doživljaji (Schover, 1991 prema Pahljina-Reinić, 2004). Prema istraživanju Carvera i suradnika (1993) negativno raspoloženje je najviše neposredno prije operativnog zahvata, a nakon toga značajno opada te s tim istraživanjem možemo usporediti naš nalaz o većem prisustvu pozitivnih emocionalnih doživljaja s obzirom da su naše sudionice prošle operativni zahvat vremenski puno prije našeg istraživanja. Sudionice u prosjeku sudjeluju u istraživanju 3 godine nakon postavljanja dijagnoze.

Drugi problem kojim smo se bavili u istraživanju bio je ispitati razlike između prisustva pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja i socijalne podrške žena oboljelih od raka dojke koje se liječe na klinici i koje se ne liječe na klinici. Dobiveni rezultati pokazuju kako nema značajne razlike između žena koje se liječe na klinici i onih koje se ne liječe na klinici te tako nije potvrđena postavljena hipoteza. Massie i Holand (1990) u svom radu navode kako se kod 25% hospitaliziranih pacijenata javljaju depresivni simptomi. Nadalje Hudek-Knežević, Kardum i Pahljina (2002) su svojim istraživanjem utvrdili kako je kod nehospitaliziranih pacijentica visoka socijalna podrška, dok kod hospitaliziranih na negativne emocionalne doživljaje djeluje socijalna podrška zdravstvenog osoblja i obitelji. Neutvrđivanje razlike između grupa objašnjavamo time da žene koje se liječe na klinici, ali i one koje se ne liječe na klinici primaju određenu količinu socijalne podrške od strane obitelji i prijatelja, ali i zdravstvenog osoblja kada dobivaju lijek. Također, može se pretpostaviti kako se povećava prisustvo pozitivnih emocionalnih doživljaja, a prisustvo negativnih emocionalnih doživljaja se smanjuje.

Povezanost dobi i psihosocijalnih čimbenika nije potvrđena, to jest nije utvrđena značajna povezanost, stoga nije bilo potrebno da varijablu dobi uključiti u regresijski model. Nadalje, u istraživanju smo ispitale povezanost percepcije bolesti, prisustva pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja i socijalne podrške kod žena oboljelih od raka dojke. Dobiveni rezultati pokazuju kako sudionice s boljom emocionalnom percepcijom bolesti te više pozitivnih emocionalnih doživljaja primaju više socijalne podrške. Također, sudionice s manje negativnih emocionalnih doživljaja imaju višu socijalnu podršku i bolju emocionalnu percepciju bolesti. Rezultatima je potvrđena hipoteza o povezanosti odabranih psihosocijalnih čimbenika. Istraživanje Kornbilhta i suradnika (2001) pokazuje kako socijalna podrška utječe na emocionalno stanje pacijenata te da razina socijalne podrške mora biti visoka kako bi se smanjila psihološka uznemirenost pacijenta šta je u skladu i s našim dobivenim rezultatima kada pogledamo povezanost socijalne podrške i emocionalnih doživljaja. Nadalje, druga istraživanja pokazuju kako se negativni emocionalni doživljaji s vremenom smanjuju. U našem istraživanju pokazala se visoka negativna povezanost između pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja, odnosno sudionice koje su imale više negativnih emocionalnih doživljaja imale su manje pozitivnih emocionalnih doživljaja, i obrnuto. S obzirom da su naše hipoteze vezane za socijalnu podršku potvrđene možemo reći kako je to u skladu s drugim istraživanjima. Naime, socijalna podrška štiti osobu od štetnih učinaka poput negativnih emocionalnih doživljaja te time djeluje na bolje mentalno i tjelesno zdravlje osobe (Pahljina-

Reinić, 2001). S druge strane pokazalo se da ukoliko je socijalna okolina nepodržavajuća javljaju se negativni emocionalni doživljaji poput depresije, anksioznosti, ali dolazi i do promjene u kognitivnoj percepciji bolesti (Manne i Glassman, 2000).

Zadnji problem kojim smo se bavili u našem istraživanju bio je ispitati mogućnost predviđanja prisustva pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja kod žena oboljelih od raka dojke na temelju socijalne podrške i emocionalne i kognitivne percepcije bolesti. Kao prvu kriterijsku varijablu koristili smo prisustvo pozitivnih emocionalnih događaja. Najboljim prediktorom se pokazala emocionalna percepcija bolesti, a zatim socijalna podrška dok se kognitivna percepcija bolesti nije pokazala kao značajan prediktor. Veća socijalna podrška, a manja emocionalna percepcija bolesti znače veću prisutnost pozitivnih emocionalnih doživljaja. Druga kriterijska varijabla je bila prisustvo negativnih emocionalnih doživljaja. Također, i u ovom slučaju se emocionalna percepcija bolesti pokazala kao najbolji prediktor, dok se kognitivna percepcija bolesti nije pokazala kao značajan prediktor. Veća briga i utjecaj bolesti na emocionalno stanje pokazuje veću prisutnost negativnih emocionalnih doživljaja. Dobivenim rezultatima postavljene hipoteze su djelomično potvrđene. Weinmann i Petrie (1997) navode kako je percepcija bolesti povezana s vanjskim čimbenicima poput socijalne podrške te psihičkim stanjem pacijenta. S njihovim nalazom možemo povezati i naše hipoteze o predviđanju emocionalnih doživljaja temeljem socijalne podrške i percepcije bolesti s obzirom da su varijable usko povezane. Naši rezultati su u skladu s istraživanjem Hudek-Knežević, Kardum i Pahljina (2002). Naime, oni su u svom istraživanju hospitaliziranih ispitanika oboljelih od raka dojke i ginekologije utvrdili kako je jedan od najboljih prediktora emocionalnih doživljaja socijalna podrška, koja se i u našem istraživanju pokazala značajnom. Također, Pahljina-Reinić (2004) u istraživanju raka dojke kod oboljelih žena navodi kako na emocionalno doživljavanje djeluje socijalna podrška te tako na temelju socijalne podrške možemo predvidjeti emocionalno doživljavanje.

Postavljene hipoteze našeg istraživanja su djelomično potvrđene, odnosno nije potvrđena jedino hipoteza kako će sudionice imati veću prisutnost negativnih emocionalnih doživljaja u odnosu na pozitivne emocionalne doživljaje. Nadalje, u provedenim regresijskim analizama utvrđeno je kako promatrane prediktorske varijable, socijalna podrška, emocionalna i kognitivna percepcija bolesti, objašnjavaju ukupno 35% varijance varijable pozitivnih emocionalnih doživljaja te 39% varijance negativnih emocionalnih doživljaja. Socijalna podrška i emocionalna percepcija pokazale su se kao značajni prediktori pozitivnih emocionalnih doživljaja, ali i negativnih emocionalnih doživljaja žena. Kako bi povećali

postotak objašnjene varijance u modele smo mogli dodati još neke varijable kao prediktore poput dimenzija ličnosti, stupnja anksioznosti, stupnja depresivnosti, stupnja zadovoljstva životom te stupnja religioznosti.

5.1. Praktične implikacije ishoda istraživanja

Dobivene rezultate možemo povezati Bronfenbrennerovom ekološkom teorijom i razinom egzosustav koja ističe važnost međudjelovanja više sustava (Vasta, Haith i Miller, 2004). Stupanj socijalne podrške povezan je s razinom negativnih emocionalnih doživljaja. To može ukazivati na važnost djelovanja socijalne podrške na emocionalne doživljaje s više strana, kao na primjer interpersonalni odnosi unutar obitelji, kontakt sa zdravstvenom skrbi, primjerena psihosocijalna podrška i mnogi drugi elementi uključeni u život pacijentica. Što je veća socijalna podrška kod oboljelih žena negativni emocionalni doživljaji će biti manji. Možemo pretpostaviti da dosljedna suradnja više sustava doprinosi njihovom kvalitetnijem životu. To može biti primjenjivo u oblikovanju strategije u području zdravstva, jer rezultati naglašavaju važnost, primjerice, obiteljskih susreta s liječnikom ili stručnjakom mentalnog zdravlja u razgovoru o bolesti. Također, skala socijalne podrške sa zasebnim izvorima socijalne podrške bila bi puno bolja za istraživanje. Takvi rezultati primjenjivi su i u savjetodavnoj i zdravstvenoj psihologiji. Emocionalna percepcija bolesti kao najbolji prediktor emocionalnih doživljaja može stručnjacima mentalnog zdravlja ukazivati na veću važnost rada na području emocija kod pacijentica te neznčajna povezanost dobi s ostalim konstruktima može implicirati da dob nije ključan čimbenik u elementima koje smo ispitivali. S obzirom da rezultati u određenoj mjeri nisu sukladni rezultatima u literaturi, mogu biti korišteni kao poticaj za longitudinalno istraživanje koje bi moglo pratiti rezultate pacijentica kroz neko vrijeme, implicirajući koje od navedenih varijabli su stabilne kroz vrijeme, a koje se mijenjaju. Također, bilo bi zanimljivo istražiti događa li se da se pozitivni emocionalni doživljaji javljaju u usporedbi s negativnim emocionalnim doživljajima kako vrijeme od trenutka saznavanja dijagnoze prolazi.

5.2. Metodološki nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja

Glavno ograničenje istraživanja je mali i prigodni uzorak oboljelih žena koje su relativno homogene po nekim karakteristikama (npr. obrazovanje i dob). Realniji uvid u ispitivane probleme pružilo bi istraživanje na većem uzorku sudionica odabranih što je moguće više po slučaju te heterogenih karakteristika. Zbog malog uzorka postoji i vjerojatnost kako sudionice ne čine dobre predstavnike populacije koju trebaju predstavljati. Nadalje, mali uzorak slabi i statističku snagu. Također, istraživanje je ograničeno na članice udruge, pa je potrebno

biti oprezan u generaliziranju rezultata na žene oboljele od raka dojke koje nisu članice udruge. Za buduća istraživanja se svakako predlaže veći uzorak žena oboljelih od raka dojke. Drugo ograničenje se odnosi na dio provedbe istraživanja koja je bila *online* te je moguće da se odsutnošću osobe koja provodi istraživanje smanjila se kvaliteta ispunjavanja upitnika. Međutim, postoji i mogućnost kako je nekim sudionicama bilo ugodnije davati iskrene odgovore pred računalom. Buduća istraživanja bi trebalo provesti u potpunosti "licem u lice" s obzirom da je odgovaranje u sigurnom okruženju udruge u koju je sudionica uključena uz mogućnost "intervencije" te razgovora u slučaju uznemirenosti zbog pojedinih pitanja, ali i s etičke strane zasigurno najispravnija metoda prikupljanja podataka. Tema koja se istraživala je osjetljiva te bi bilo bolje da je istraživanje u cijelosti provedeno uživo. Sljedeće ograničenje se odnosi na provedeno korelacijsko istraživanje koje onemogućuje donošenje uzročno - posljedičnih zaključaka te se predlaže da se utvrđene povezanosti, odnosno da one koje imaju negativnije emocije i manje traže socijalnu podršku, iskoriste kao osnova za predviđanje u nekim budućim istraživanjima. Također, u istraživanju je korištena ljestvica od 3 stupnja što je moguće ograničenje s obzirom da originalna ljestvica pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja sadrži 5 stupnjeva te je diskriminativnija i osjetljivija za procjenu od korištene skale. Naposljetku, sve skale su se temeljile na samoiskazu te postoji mogućnost da su sudionice davale socijalno poželjne odgovore ili uljepšavale sliku o svom stvarnom emocionalnom i socijalnom stanju. Nadalje, u budućim istraživanjima predlažemo i uključivanje sudionika koji su oboljeli od drugih oblika raka kako bi se relevantne varijable mogle usporediti. Uključivanje muškaraca koji su oboljeli od raka dojke, ali i od drugih oblika raka također se predlaže u budućim istraživanjima kako bi se usporedile razlike između spolova na pojedinim varijablama.

6. ZAKLJUČAK

Prema rezultatima istraživanja koje smo proveli na uzorku od 102 žene oboljele od raka dojke s ciljem ispitivanja psihosocijalnih čimbenika njihove emocionalne prilagodbe utvrđeno je kako smatraju da liječenje gotovo u potpunosti pomaže kod bolesti ($M= 8.34$ uz $SD= 1.97$) te kako dobro razumiju svoju bolest ($M= 8.03$ uz $SD= 2.21$). Rezultati emocionalnih doživljaja pokazali su da je prisutno više pozitivnih emocionalnih doživljaja ($M= 14.75$ uz $sd= 3.24$) u odnosu na negativne emocionalne doživljaje ($M= 10.75$ uz $SD= 2.87$). Također, utvrđeno je kako je razina socijalne podrške kod žena oboljelih od raka dojke iznadprosječna ($M= 26.42$ uz $SD= 4.96$).

Usporedbom psihosocijalnih čimbenika emocionalne prilagodbe oboljelih žena koje se liječe i onih koje se ne liječe na klinici nije dobivena značajna razlika u zastupljenosti pozitivnih emocionalnih doživljaja, negativnih emocionalnih doživljaja i socijalne podrške.

Promatrane prediktorske varijable, socijalna podrška, emocionalna i kognitivna percepcija bolesti, objašnjavaju ukupno 35% varijance varijable pozitivnih emocionalnih doživljaja te 39% varijance negativnih emocionalnih doživljaja. Socijalna podrška i emocionalna percepcija pokazale su se kao značajni prediktori pozitivnih emocionalnih doživljaja, ali i negativnih emocionalnih doživljaja ispitanih žena. Nadalje, što je veća socijalna podrška kod sudionica to je prisutno više pozitivnih emocionalnih doživljaja. Kod sudionica koje više brinu te smatraju da bolest utječe na njihovo emocionalno stanje više je prisutno negativnih emocionalnih doživljaja.

Dobiveni rezultati mogu se koristiti u planiranju aktivnosti za psihološku pomoć oboljelim ženama i njihovim obiteljima kroz edukacije o poboljšanju socijalne podrške te nošenjem s negativnim emocionalnim doživljajima.

Popis literature

- Abbey, A., Abramis, D. J. i Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 111-129.
- Baum, A., Revenson, T. A. i Singer, J. E. (2001). *Handbook of health psychology*. Manwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bellenir, K. (2009). *Breast cancer Sourcebook*. Detroit: Omnigraphics.
- Broadbent, E., Petriea, K.J., Maina, J. i Weinman, J. (2005). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2006), 631–637.
- Candyce H. Kroenke, Laura D. Kubzansky, Eva S. Schernhammer, Michelle D. Holmes, Ichiro Kawachi (2006). Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111.
- Cazin, K. (2013). Kvaliteta života bolesnica poslije operacije karcinoma dojke. *Sestrinski glasnik/Nursing Journal*, 18, 29-32.
- Colby, D. A. i Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10–20.
- Čufer, T. (2001). Rak dojke. *Medicus*, 10, 173 – 178.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, DW., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143-156.
- Emilsson, S., Svensk, A.-C., Tavelin, B. i Lindh, J. (2012). Support group participation during the post-operative radiotherapy period increases levels of coping resources among women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 21, 591–598.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C.C., Willan, A., Viola, R., Coristine, M., Janz, T. i Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795-1801.
- Hewstone, M. i Stroebe, W. (2003). *Socijalna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hrvatska liga protiv raka (2015). *Znanjem protiv raka dojke*. Pribavljeno 10.02.2017. s adrese http://hlpr.hr/images/uploads/RAK_DOJKE_za_web.pdf
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2014., Bilten 39, Zagreb, 2016. Pribavljeno 10.02.2017. s adrese https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten-2014_final.pdf

- Hudek-Knežević, J., Kardum, I. i Pahljina, R. (2002). Relations among social support and negative affect in hospitalized and nonhospitalized cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 45-63.
- Ivanec, B. (2015). *Kvaliteta života i mentalno zdravlje žena oboljelih od raka dojke*. Završni stručni rad. Osijek: Filozofski fakultet.
- Jakovljević, D. (2004). *Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Kornblith, A.B., Herndon, J.E., Zuckerman, E., Viscoli, C.M., Horwitz, R.I., Cooper, M.R., Harris, L., Tkaczuk, K.H., Perry, M.C., Budman, D., Norton, L.C. i Holland, J. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91(2), 443-454.
- Levant, S. (2014). Molecular diagnostics of hereditary breast cancer. *Medical Sciences*, 40, 25-31.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. and Cameron, L. (2001). *Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model*. Baum, A., Revenson, T.A. and Singer, J.E., Eds., *Handbook of Health Psychology*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, 19-48.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D.R. (1980). *The Common Sense Representation of Illness Danger*. Rachman, S., Ed., *Contributions to Medical Psychology*, Pergamon Press, New York, 17-30.
- Manne, S. i Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health psychology*, 19, 155-164.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K. i Grana, G. (2004). Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Patient, Partner and Couple Perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.
- Martinec, R., Miholić, D. i Stepan- Giljević, J. (2012). Psihosocijalna onkologija i neki aspekti kompleksne rehabilitacije u odraslih osoba i djece oboljelih od malignih bolesti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(2), 145-155.
- Massie, M. J. i Holland, J.C. (1990). Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 12-17.
- Mehnert, A. i Koch U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16(3), 181-188.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. i Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

- Ogden, T., Hagen, K. i Andersen, O. (2007). Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation. *Journal of Children's Services*, 2(3), 4-14.
- Pahljina- Reinić, R. (2004). Psihosocijalna prilagodba na rak dojke. *Psihologijske teme*, 13, 69-90.
- Petrie, K.J. i Weinman, J. (1997). *Perceptions of Health and Illness: current research and applications*. London: Harwood academic publishers.
- Ratkaj, I. i Kraljević Pavelić, S. (2009). Istraživanje patogeneze dojke uz pomoć metoda proteomike. *Medicina*, 45(3), 270-275.
- Rudolf, G. i Peterlin, B. (2010). Medicinska genetika u kliničkoj obradi raka dojke. *Medicina fluminensis*, 46(2), 165-171.
- Strnad, M. (2005). Starija životna dob i rak. *Medicus*, 14(2), 251-256.
- Šiško, I. i Šiško, N. (2017). Preventivni programi za rano otkrivanje raka dojke u Republici Hrvatskoj. *SG/NJ*, 22, 107-10.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. i Wood, J.V. (1984). Compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Health Psychol*, 3(6), 553-562.
- Till, J. E. (2003). Evaluation of support groups for women with breast cancer: importance of the navigator role. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-6.
- Tomek, R., Beketić Orešković, L., Vrdoljak, E., Soldić, Ž., Podolski, P., Pleština, S., Gugić, D., Vojnović, Ž., Petrić Miše, B., Tomić, S., Fajdić, J., Vrdoljak, D. V., Drinković, I., Brkljačić, B. i Mustać, E. (2012). Kliničke upute za dijagnozu, liječenje i praćenje bolesnika oboljelih od invazivnog raka dojke. *Liječnički Vjesnik*, 134, 1-5.
- Vasta, R., Haith, M. M. i Miller, S. A. (2004). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Vukota, Lj. i Mužinić, L. (2015). Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke. *JAHS*, 1(2), 97-106.
- Vurnek Živković, M. (2011). *Psihološki status i percepcija bolesti u bolesnika s melanomom*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
- Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res* 1997;42(2):113-116
- Žitnjak, D., Soldić, Ž., Kust, D., Bolanča, A. i Kusić, Z. (2015). Demographic and clinicopathologic features of patients with primary breast cancer treated between 1997 and 2010: a single institution experience. *Acta Clinica Croatica*. 54(3), 295-301.