

Kvaliteta života, anksioznost i depresivnost žena oboljelih od karcinoma dojke

Cvrtila, Lana

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:995826>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**KVALITETA ŽIVOTA, ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST
ŽENA OBOLJELIH OD KARCINOMA DOJKE**

Diplomski rad

Lana Cvrtila

Mentorica: prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2019.

Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Diplomski studij psihologije

Lana Cvrtila

**KVALITETA ŽIVOTA, ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST
ŽENA OBOLJELIH OD KARCINOMA DOJKE**

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentorica: prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2019.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravila te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

JMBAG: 0122216230

Potpis:

Lana Cvrtila

U Osijeku, 19.06.2019.

SADRŽAJ

Uvod	1
Karcinom dojke	1
Kvaliteta života.....	3
Kvaliteta života i bolest.....	5
Anksioznost i depresivnost.....	6
Socijalna podrška.....	9
Cilj, problemi i hipoteze	13
Problemi	13
Hipoteze	13
Metoda	14
Sudionici.....	14
Instrumenti.....	14
Postupak	16
Rezultati	17
Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka	17
Deskriptivna statistika.....	18
Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke	21
Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke.....	23
Rasprava	25
Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke	27
Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke.....	31
Ograničenja i važnost provedenog istraživanja te implikacije za buduća istraživanja	33
Zaključak	35
Literatura	36

Kvaliteta života, anksioznost i depresivnost žena oboljelih od karcinoma dojke

Cilj ovoga rada bio je ispitati odnos sociodemografskih karakteristika, karakteristika bolesti, anksioznosti, depresivnosti, percipirane socijalne podrške i domena kvalitete života s općom kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke. Istraživanje je provedeno na 120 sudionica u dobi od 31 do 78 godina s područja Republike Hrvatske. Za ispitivanje subjektivne kvalitete života korišten je Upitnik WHOQOL-BREF (World Health Organization, 1998), učestalost i izraženost negativnih emocionalnih stanja depresivnosti i anksioznosti mjerene su Skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa (The Depression Anxiety Stress Scale; Lovibond i Lovibond, 1995), percipirana socijalna podrška mjerena je Multidimenzionalnom skalom percipirane socijalne podrške (MSPSSA, Zimet i sur., 1988), a korišten je i Upitnik sociodemografskih i zdravstvenih varijabli. Istraživanje je provedeno online i metodom papir-olovka. Prikazana je deskriptivna statistika te su provedene korelacijska i hijerarhijska regresijska analiza. Rezultati pokazuju kako žene oboljele od karcinoma dojke imaju statistički značajno nižu opću kvalitetu života od pretpostavljenog normativnog raspona. Pronađene su značajne korelacije između ekonomskog statusa, radnog statusa, anksioznosti, depresivnosti, ukupne socijalne podrške, domena upitnika WHOQOL-BREF i opće kvalitete života. Regresijskom analizom utvrđeno je kako ekonomski status i mentalno zdravlje značajno predviđaju opću kvalitetu života. Konačno, u radu se raspravlja o mogućim objašnjenjima dobivenih rezultata.

Ključne riječi: kvaliteta života, karcinom dojke, depresivnost, anksioznost, socijalna podrška

Quality of life, anxiety and depression in women with breast cancer

The aim of this study was to examine the relationship between sociodemographic characteristics and characteristics of the disease, anxiety, depression, perceived social support, domains of quality of life and general quality of life in women with breast cancer. Research was conducted on 120 participants aged from 31 to 78 years from the Republic of Croatia. Subjective quality of life was measured by World Health Organization Quality of Life-Brief Version questionnaire (World Health Organization, 1998), frequency and expression negative emotional states of anxiety and depression were assessed by The Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond i Lovibond, 1995), perceived social support was measured by Multidimensional Scale of Perceived Social Support Assessment (Zimet et al., 1988) and sociodemographic and health related variables questionnaire was used. Research was carried out online and by paper-and-pencil method. Descriptive statistics was presented, together with correlation analysis and hierarchical regression analysis. Results indicate that women with breast cancer have a statistically significantly lower quality of life than the theoretically presumed normative range.

Significant correlations were found between economic status, working status, perceived social support, quality of life domains and general quality of life. Furthermore, regression analysis revealed that economic status and mental health represent significant predictors of quality of life. The possible clarifications of the results were discussed.

Key words: quality of life, breast cancer, depression, anxiety, social support

Uvod

Karcinom dojke

Karcinom dojke najčešća je maligna bolest žena te jedan od najvećih javnozdravstvenih problema razvijenih zemalja zapadnog svijeta, ali i Republike Hrvatske. Godišnje od karcinoma dojke u svijetu oboli 1 115 000 žena. Postoje velike zemljopisne razlike u broju novootkrivenih slučajeva te je obzirom na to uobičajena podjela na zemlje visokog rizika (Sjeverna Europa i Sjeverna Amerika), zemlje umjerenog rizika (Južna Europa i Južna Amerika) te zemlje niskog rizika (Azija i Afrika) (Pešić i sur., 2007).

Republika Hrvatska ubraja se u zemlje s visokom incidencijom karcinoma dojke. Naime, prema podacima Registra za rak, godišnje od karcinoma dojke u Hrvatskoj oboli više od 2700 žena. Stopa smrtnosti od ove zloćudne bolesti među najvišima je u Europi, a u prosjeku godišnje umre više od 800 žena. Iz godine u godinu, u našoj zemlji karcinom dojke vodeći je uzrok smrti od raka kod žena (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2019).

Kad se govori o čimbenicima rizika, onaj najznačajniji je spol. Žene sto puta češće od muškaraca obolijevaju od karcinoma dojke. Važan čimbenik rizika su i godine starosti. Iako od karcinoma dojke žena može oboljeti u bilo kojoj dobi, rizik za obolijevanje se počinje strmo povećavati nakon 40-te godine života i doseže vrhunac između 60-te i 70-te godine starosti. Češće obolijevaju žene s pozitivnom obiteljskom anamnezom. Primjerice, kći žene oboljele od karcinoma dojke ima četiri puta veći rizik obolijevanja. Do danas je otkriveno da postoje neke genske značajke koje mogu biti uzrok povećanog obolijevanja od karcinoma dojke. Naime, u obiteljima čiji članovi češće u usporedbi s ostalom populacijom obolijevaju od karcinoma dojke, nerijetko se otkrije prisutnost gena BRCA1 (BRCA1) i BRCA2 (BRCA2). Žene s genom BRCA1 imaju vrlo veliku vjerojatnost obolijevanja. Istraživanja pokazuju da čak 80% nositeljica ovog gena do 80. godine života oboli od karcinoma dojke. Bez obzira na prisutnost spomenutih gena, svim ženama s obiteljskom poviješću karcinoma dojke savjetuje se redovit samopregled, kao i redoviti radiološki (mamografski i ultrazvučni) pregledi nakon 25. godine života (Čufer, 2001). Ipak, genski faktori (mutacija BRCA1 i BRCA2 gena) odgovorni su za samo 5-10% slučajeva karcinoma dojke (Pešić i sur., 2007). Dugo je poznata činjenica da od karcinoma dojke češće obolijevaju žene s ranom menarhom i kasnom menopauzom, tj. žene s većim brojem menstruacijskih ciklusa. Također, češće obolijevaju žene koje su već preboljele karcinom na jednoj dojci i one s već utvrđenim prekanceroznim promjenama kao što su hiperplazija i atipija žlijezdanog epitela dojki. Ostali rizični faktori obuhvaćaju različite nefiziološke uvjete kod reproduktivnih funkcija žena poput nerađanja,

kasnog prvog porođaja, nedojenja te dugotrajnijeg uzimanja kontracepcijskih tableta prije prvog porođaja. Suvremeni način života vrlo često rezultira upravo nefiziološkim uvjetima reprodukcije i stoga se u bližoj budućnosti ne može očekivati smanjenje incidencije karcinoma dojke (Čufer, 2001). Štoviše, i promijenjeni način života (sve veći broj pretilih osoba, pretjeran unos masnoća, minimalna tjelesna aktivnost, visoka stopa konzumiranja alkohola, korištenje hormonske terapije i zračenje) povećava rizik za obolijevanje (Žitnjak i sur., 2015). Na najznačajnije faktore rizika poput starosti i genetike nije moguće utjecati. Zdravim načinom života koji podrazumijeva pravilnu prehranu uz redovitu tjelesnu aktivnost te izbjegavanje konzumiranja alkohola i cigareta, moguće je smanjiti vjerojatnost obolijevanja. Ipak, činjenica je da rizik obolijevanja od karcinoma dojke nije moguće otkloniti, stoga je nužna i sekundarna prevencija koja podrazumijeva organizirano traženje bolesti, takozvano prosijavanje ili probir (engl. screening) u općoj populaciji.

Programi probira u različitim europskim zemljama različito su organizirani. U Hrvatskoj postoji nacionalni program ranog otkrivanja karcinoma dojke „Mamma“ čije je provođenje započelo 2006. godine. Prije početka provedbe postavljena su dva cilja. Prvi se odnosio na smanjenje mortaliteta od karcinoma dojke za 25% pet godina nakon početka programa, a drugi na otkrivanje ove bolesti u još lokaliziranom stadiju čime bi se poboljšala kvaliteta života bolesnica i smanjili troškovi liječenja uznapredovalog stadija bolesti. S tim se ciljevima i namjerom poboljšanja kvalitete života oboljelih svake dvije godine u okviru programa probira na mamografski pregled pozivaju žene bez simptoma u dobi između 50 i 69 godina (Strnad i Šogorić, 2014). Do danas je završeno pet ciklusa pozivanja žena, a šesti je u tijeku. O korisnosti i uspješnosti ovog programa govori podatak da je prije njegova uvođenja, udio novootkrivenih karcinoma dojke u lokaliziranom stadiju kod žena starosti 50-69 godina iznosio niskih 40% za razliku od 60-70% nakon njegova uvođenja. Također, pozitivne učinke provedbe programa probira na karcinom dojke pokazuju i posljednji dostupni podaci za 2017. godinu u kojoj je zabilježeno smanjenje mortaliteta od karcinoma dojke za 15 – 20% (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2018). Budući da mogućnost izlječenja i vjerojatnost preživljavanja oboljelih ovise o opsegu i stadiju bolesti, vrlo je važno dijagnosticirati karcinom dojke što ranije. Osim već spomenutog programa probira, u ranom otkrivanju karcinoma dojke pomaže i redoviti samopregled (Čufer, 2001).

Liječenje karcinoma dojke je multidisciplinarno, a započinje nakon detaljne procjene zdravstvenog stanja oboljele. Najveću učinkovitost osigurava kombinacija kirurškog liječenja, zračenja i sistemskog liječenja (Čufer, 2001). Lokalni, operabilni karcinom dojke liječi se

kirurškim zahvatom koji podrazumijeva uklanjanje primarnog tumora. Takav kirurški zahvat dojke može biti mastektomija ili poštena operacija. Mastektomija je otklanjanje čitave dojke i metoda izbora u slučaju kada očuvanje dojke zbog prevelikog tumora u usporedbi s veličinom dojke nije moguće. Najčešće se primjenjuje kod većih i multicentričnih tumora, žena starije životne dobi i onih žena koje ne žele dolaziti na postoperativnu radioterapiju. Kao što i sam naziv govori, poštednom operacijom ne odstranjuje se čitava dojka, već je ona u većoj ili manjoj mjeri očuvana (Vrdoljak i sur., 2013). Kod žena čija je dojka nakon operativnog zahvata zadržana, potrebno je zračenje. Ono smanjuje vjerojatnost lokalnog recidiva u dojci, a poboljšava i preživljavanje bolesnica. Budući da oboljele od karcinoma dojke ne ugrožava samo tumor u dojci, nego i udaljene metastaze, često je potrebno i sistemsko liječenje. Pod pojmom sistemsko liječenje podrazumijevaju se kemoterapija, imunoterapija i hormonalna terapija, tj. neprekidna upotreba lijekova koji uništavaju ili kontroliraju rast zloćudnih stanica (Radić i sur., 2015).

Kvaliteta života

Kvaliteta života predmet je interesa brojnih znanstvenih disciplina, primarno psihologije i medicine. Iako se koncept kvalitete života učestalo koristi, zbog svoje složenosti do danas nije jednoznačno definiran (Vuletić i Misajon, 2011). Raphael i sur. (1996; prema Pinjatela, 2008) smatraju kako metoda procjene uvelike utječe na definiranje kvalitete života. Primjerice, dok će medicinski pristup naglašavati utjecaj bolesti i teškoća na kvalitetu života, istovremeno će se pristup usmjeren na zdravlje fokusirati na dobrobiti zdravlja na kvalitetu života.

Jedna od najprihvaćenijih definicija je ona Svjetske zdravstvene organizacije (WHO – *World Health Organization*, 1998) prema kojoj je kvaliteta života pojedinačeva percepcija pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu. Krizmanić i Kolesarić (1989) pak definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenim specifičnim životnim iskustvom. Slično tomu, no sveobuhvatnije, kvaliteta života može se definirati kao sveukupno opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, zajedno s osobnim razvojem i svrhovitom aktivnošću, a sve vrednovano kroz osobni skup vrijednosti pojedinca (Felce i Perry, 1993; prema Vuletić i Misajon, 2011).

Cummins (2000) također govori o kvaliteti života kao multidimenzionalnom konstrukt koji podrazumijeva i subjektivnu i objektivnu komponentu.

Iako se istraživači ne mogu usuglasiti oko definicije kvalitete života, slažu se da je moguće razlikovati i mjeriti subjektivnu i objektivnu komponentu ovog konstrukta temeljem čega su razvijena dva osnovna pristupa proučavanju kvalitete života. Prvi pristup, skandinavski, uzima u obzir objektivne indikatore razine življenja ili kvalitete života društva kao cjeline, dok su u okviru američkog naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja (Lučev i Tadinac, 2008). Objektivni indikatori podrazumijevaju mjere objektivnog blagostanja, poput bruto nacionalnog dohotka i drugih ekonomskih pokazatelja (Vuletić, 2004). S druge strane, subjektivni indikatori odnose se na subjektivni doživljaj vlastitog života koji se može konceptualizirati kao zadovoljstvo životom, a ono predstavlja kognitivnu evaluaciju cjelokupnog života ili različitih životnih domena (Andrews i Withey, 1976; Campbell, Converse i Rodgers, 1976; prema Vuletić, 2004). Novija istraživanja (Hagerty i sur., 2001; Heady, 2008; prema Kaliterna Lipovčan, Burušić i Tadić, 2012) ukazuju na činjenicu da objektivne mjere objašnjavaju relativno mali postotak varijance subjektivne dobrobiti, te da je stoga nužno uključiti i subjektivnu procjenu. Subjektivni pristup proučavanju kvalitete života naglašava važnost uvida u kognitivne i afektivne reakcije pojedinca na vlastiti život u cjelini, ali i na pojedine aspekte života, da bismo razumjeli pojedinčevu kvalitetu življenja i subjektivnu dobrobit (Diener i Suh, 1997; prema Kaliterna Lipovčan, Burušić i Tadić, 2012).

Kako bi se rezultati različitih mjera subjektivne kvalitete života mogli međusobno uspoređivati, Cummins (2000) je predložio standardiziranje originalnih rezultata dobivenih na različitim skalama kvalitete života na skalu od 0 do 100, odnosno u formu postotka skalnog maksimuma (%SM). Temeljem rezultata istraživanja, Cummins (1998) je utvrdio da normativni raspon subjektivnog doživljaja kvalitete života za svijet iznosi $70 \pm 5\%$ skalnog maksimuma. Za usporedbu, istraživanje provedeno 2003. godine pokazalo je da su stanovnici Hrvatske u prosjeku zadovoljni $60.11 \pm 25.12\%$ SM (Vuletić, 2005; prema Martinis 2005).

Subjektivni pristup mjerenju kvalitete života podrazumijeva izravno mjerenje doživljaja dobrobiti, tj. samoprocjenu pojedinih komponenata i/ili cjelokupnog doživljaja subjektivne dobrobiti. Iako se ljudi međusobno razlikuju po važnosti koju pridaju određenom području života, meta-analize istraživanja subjektivne kvalitete života pokazale su da postoji određen broj područja koja se izdvajaju kao univerzalna jer ih svi ljudi uzimaju u obzir kada procjenjuju svoj život. Cummins (1996; prema Vuletić i Misajon, 2011) je na osnovi analize brojnih studija

i definicija kvalitete života izdvojio sedam domena koje se javljaju u svim istraživanjima: zdravlje, emocionalna dobrobit, materijalno blagostanje, bliski odnosi s drugim ljudima, produktivnost, društvena zajednica i sigurnost. Pojedinčeva razina zadovoljstva pojedinom domenom važan je izvor podataka jer omogućava razumijevanje zašto je nečija opća razina subjektivne dobrobiti visoka ili niska. Prilikom procjenjivanja zadovoljstva svojim životom, pojedinac uspoređuje trenutne okolnosti s onima koje smatra primjerenima ili poželjnima, te sukladno tome ulaže trud da bi te okolnosti i ostvario. Što više truda pojedinac uloži kako bi smanjio nezadovoljstvo ili održao zadovoljstvo u nekoj domeni, tu će domenu smatrati važnijom (i obrnuto). Istraživanja pokazuju da kada su ljudi nezadovoljni u jednoj domeni života, umanjuju njezinu važnost, a povećavaju važnost druge domene u kojoj su zadovoljni. Međutim, navedeno se odnosi na sve domene kvalitete života izuzev domene zdravlja. Također, istraživanja pokazuju da postoji pozitivna povezanost kvalitete života i vanjskih događaja, no taj odnos nije linearan. Važno je uzeti u obzir prirodu vanjskog utjecaja jer je poznato da će različiti vanjski utjecaji, različiti i po intenzitetu imati i različit efekt. Primjerice, bolest je vanjski događaj koji ima negativan utjecaj na kvalitetu života pojedinca (Vuletić i Misajon, 2011).

Kvaliteta života i bolest

Odnos zdravlja i subjektivne kvalitete života ogleda se u Cumminsovoj teoriji homeostaze (Cummins, 1997). Subjektivna kvaliteta života je stabilna i aktivno se kontrolira i održava unutar predvidivog raspona pozitivnih vrijednosti, međutim, negativan utjecaj poput bolesti, posebice maligne, može ugroziti kvalitetu života. Zbog višestrukog, često velikog, negativnog utjecaja bolesti na život osobe, homeostatski mehanizam više ne može održati normalnu razinu kvalitete života, i zato posljedično dolazi do njezinog pada (Vuletić i Misajon, 2011). Spomenuti utjecaj lošeg zdravlja, odnosno bolesti, na kvalitetu života je multidimenzionalan. Naime, bolest ne utječe samo u smislu fizičkih simptoma, primjerice bolova, koji limitiraju funkcioniranje, već su gotovo uvijek prisutni i posredni učinci poput promjena u radnoj sposobnosti, potencijalne izolacije, povećanja ovisnosti o drugima, loših navika i slično. Akumuliranjem svih negativnih utjecaja, bolest vrlo često dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca, uslijed čega se mogu javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopoštovanje, što sve zajedno u konačnici dovodi do daljnjeg smanjenja subjektivne kvalitete života (Vuletić, 2013).

Unatoč činjenici da tjelesne bolesti nesumnjivo utječu na kvalitetu života oboljele osobe, istraživanja pokazuju kako je psihičko stanje koje prati primarnu bolest značajnije u objašnjenju subjektivne kvalitete života nego sama bolest (Jokić-Begić i sur., 2007). Veliki broj istraživanja na tjelesnim i psihičkim bolesnicima, ali i na zdravim pojedincima, potvrđuje snažnu povezanost psiholoških varijabli poput anksioznosti i depresivnosti s kvalitetom života (Hansson, 2006; prema Jokić-Begić i sur., 2007). Određena psihička stanja, kao što su anksioznost i depresivnost, dovode do snižavanja kvalitete života kroz ograničenja u kognitivnim i motivacijskim kapacitetima, afektivnoj regulaciji, socijalnoj percepciji te kroz tendenciju pojačavanja tjelesnih simptoma primarne bolesti (Ormel i sur., 1994; prema Markanović i Jokić-Begić, 2011).

Anksioznost i depresivnost

Dijagnoza karcinoma dojke, kao i svake druge onkološke bolesti, je sama po sebi ugrožavajuća za život i kao takva predstavlja izvor velikog stresa. Već prvi susret s tom dijagnozom u ljudima izaziva intenzivnije emocionalne reakcije nego susret s bilo kojom drugom bolešću. Stoga ne iznenađuje činjenica da su psihološke reakcije na ovo oboljenje brojne, počevši od psihološkog distresa, demoralizacije, osjećaja krivnje preko nesаницe, seksualnih i afektivnih poremećaja (Vuk Pisk i sur., 2017). Međutim, one najviše onesposobljavajuće i najučestalije u komorbiditetu s karcinomom dojke su anksioznost i depresivnost (Stanimirović, 2017; prema Jurić, Jonjić i Miličević, 2016). Kod onkoloških bolesnika, jednako kao i u općoj populaciji, anksioznost i depresivnost javljaju se češće zajedno, nego odvojeno, a rezultat su same dijagnoze koja najčešće podrazumijeva doživotno liječenje i kontroliranje bolesti, agresivnih medicinskih tretmana, promjena u načinu života, ali i direktnog utjecaja tumora (Vuk Pisk i sur., 2017).

Anksioznost je emocionalno stanje koje karakteriziraju osjećaji bojazni i strepnje, često praćeni fizičkim simptomima poput tremora, mišićne napetosti, boli u grudima, ubrzanog rada srca, glavobolje, znojenja i gastrointestinalnih smetnji (Stark i House, 2000). Smith i sur. (2007) klasificirali su simptome anksioznosti u četiri kategorije: 1) fiziološki ili somatski (npr. ubrzani srčani ritam, znojenje, mišićna napetost itd.), 2) kognitivni (npr. negativne misli, zabrinutost, teškoće s koncentracijom), 3) bihevioralni (stupor ili ukočenost) i 4) emocionalni simptomi (strah, neugoda i nervoza). Anksioznost upozorava i priprema pojedinca na potencijalno stresnu ili opasnu situaciju, a osobu može stimulirati i u njoj izazvati korisne reakcije, npr. budnost,

hiperaktivnost, borbenost, povlačenje, bijeg itd. (Barlow, 2002). Ova vrsta anksioznosti je pod kontrolom osobe i smatra se uobičajenom te adaptivnom.

I u situaciji oboljenja od karcinoma, anksioznost je uobičajena reakcija, a može se pojaviti od situacije kada žena odlazi na test probira, čekanja nalaza tih testova, priopćavanja dijagnoze, donošenja odluka o liječenju ili očekivanja recidiva bolesti (Stark i House, 2000). Ipak, anksioznost svojim intenzitetom i kvalitetom može prijeći u poremećaj, pa se pojam anksioznosti može upotrebljavati i za označavanje patološke reakcije koja nije povezana sa stvarnom opasnošću. Ukoliko osoba iščekuje opasnost koja je skrivena i neodređena, nedefinirana, irealna, neprepoznata ili nepoznata te dolazi iz nje same, govori se o patološkoj anksioznosti. Ako se osjećaj anksioznosti javlja izvan prijeteće situacije ili traje vrlo dugo nakon nje, a po svom intenzitetu nije u skladu sa stvarnom opasnošću, također se smatra patološkom anksioznošću (Barlow, 2002).

U situaciji oboljenja od karcinoma teško je procijeniti kada je anksioznost nesrazmjerna prijetnji, budući da je tjelesna bolest uvijek povezana sa stvarnom opasnošću. Stoga je kod onkoloških bolesnika nužno procjenjivati stupanj anksioznosti u odnosu na blizinu prijetnje. Primjerice, visoka razina anksioznosti smatra se normalnom u periodu sedam do deset dana nakon saznavanja dijagnoze. Međutim, ukoliko je bolest duže vrijeme u remisiji, tada je visoka razina anksioznosti abnormalna. U definiranju patološke anksioznosti kod populacije onkoloških bolesnika u obzir je važno uzeti i razinu simptoma koji su neprihvatljivi u odnosu na razinu prijetnje, kao jedan kriterij i narušeno svakodnevno funkcioniranje kao drugi kriterij. Intruzivne i neugodne tjeskobne misli koje često uključuju povratak bolesti, smrt ili onesposobljenost mogu izazvati značajne poremećaje u koncentraciji, odlučivanju, spavanju i socijalnom funkcioniranju pojedinca. Posljedično se javljaju ponašanja izbjegavanja razmišljanja o bolesti ili ponavljane provjere zdravlja i prisutnih simptoma što ometa svakodnevno funkcioniranje pacijenta, ali i njegove obitelji (Stark i House, 2000).

Povezana s karcinomom, anksioznost pojačava osjećaj boli, interferira sa spavanjem, a može i pojačati percepciju tjelesnih simptoma (poput nedostatka zraka u plućima) te u konačnici negativno utječe na kvalitetu života oboljele osobe (Vukojević, Perić i Kordić, 2012). U određenim okolnostima anksiozni pacijenti mogu precijeniti rizike povezane s liječenjem, kao i vjerojatnost lošeg ishoda, a neki od njih mogu razviti i fobije te uvjetovano povraćanje zbog neugodnih tretmana poput kemoterapije (House i Stark, 2003; prema Šprah i Šoštarić, 2004). Stupanj anksioznosti obično opada tijekom godina nakon inicijalne dijagnoze

karcinoma. Burgessove studije (2005; prema Vukojević, Perić i Kordić, 2012) pokazuju da je pojavnost anksioznosti, ali i depresivnosti kod žena kojima je dijagnosticiran karcinom dojke iznosila 33% u trenutku priopćavanja dijagnoze, 15% jednu godinu nakon dijagnoze i 45% nakon povratka bolesti. U istraživanju anksioznosti i depresije kao mjera emocionalne prilagodbe pacijentica s karcinomom dojke pri dijagnozi, te tri i šest mjeseci nakon dijagnoze, Epping-Jordan i suradnici (1999; prema Pahljina-Reinić, 2004) utvrdili su značajno smanjenje anksioznosti kroz sva mjerenja, za razliku od depresivnih simptoma koji nisu pokazali veće promjene tijekom triju mjerenja.

Depresivnost je emocionalno stanje koje karakteriziraju osjećaji tuge, žalosti, nerazpoloženja, utučenosti, beznadnosti, bezvrijednosti i krivnje (Reić Ercegovac i Penezić, 2012). Manifestira se gubitkom interesa i anhedonijom, umorom i slabljenjem životne energije te teškoćama u koncentraciji, mišljenju i donošenju odluka. Ove promjene često prate poremećaji apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije. Pojam depresivnosti koristi se za opisivanje širokog raspona emocija, simptoma, sindroma i poremećaja koji variraju u svojoj težini, trajanju i rasponu. Većina istraživača promatra depresivnost na kontinuumu od uobičajene, povremene i prolazne žalosti do duboke depresije koja traje ili se neprestano ponovo vraća (Compas, Ey i Grant, 1993).

Prevalencija depresije unutar populacije žena oboljelih od karcinoma dojke je dva puta veća od prevalencije depresije u općoj populaciji žena, posebice tijekom prve godine od dijagnoze (Burgess i sur., 2005; prema Reich, Lesur i Perdrizet-Chevallier, 2008). Stopa prevalencije velike depresivne epizode kod žena s karcinomom dojke varira od 1.4 do 46%, a što ovisi o brojnim faktorima poput stadija karcinoma, dobi pacijentice, dostupnosti socijalne podrške, socioekonomskom statusu, vrsti kirurškoga zahvata, vrsti terapije (radijacija, kemoterapija), te obiteljskoj i osobnoj povijesti depresije (Gregurek i Braš, 2008).

Depresija je povezana sa slabijom kontrolom boli, manjom željom za dugotrajnom terapijom, ali i lošijom suradljivošću s medicinskim osobljem. Naime, istraživanja pokazuju da 46,3% žena oboljelih od karcinoma dojke odbija kemoterapiju zbog komorbiditeta s depresivnim poremećajem, a što povećava rizik od smrti (Fresche de Souza i sur., 2014; prema Vuk Pisk i sur., 2017). Također, brojna istraživanja utvrdila su činjenicu da simptomi depresije mogu imati i vrlo ozbiljne posljedice, kao što je povećan mortalitet. Primjerice, u nacionalnom danskom istraživanju praćene su žene s karcinomom dojke u različitim stadijima i njihovo psihijatrijsko liječenje. Utvrđeno je da žene s karcinomom dojke i depresijom imaju umjeren,

ali značajno veći rizik za smrt od onih bez depresije, a ovisno o stadiju karcinoma i vremenu depresije (Gregurek i Braš, 2008). Rizični faktori za razvoj depresije kod žena oboljelih od karcinoma dojke su nedostatak socijalne podrške, povijest psihijatrijskih poremećaja, izražen neuroticizam kao crta ličnosti te bol (Reich, Lesur i Perdrizet-Chevallier, 2008). Smatra se da je depresivni poremećaj kod pacijentica s karcinomom dojke djelomično uvjetovan i mastektomijom, tj. gubitkom dijela tijela (Vuk Pisk i sur., 2017).

Kod onkoloških je bolesnika depresija dugo vremena bila neprepoznata, pa posljedično i neliječena, kako zbog vjerovanja da je ista normalna i univerzalna reakcija na samu dijagnozu karcinoma, tako i zbog preklapanja simptoma bolesti. Neki simptomi depresije, poput osjećaja umora, gubitka apetita, promjena u tjelesnoj težini te teškoća s koncentracijom interpretiraju se kao posljedica same onkološke bolesti i nuspojava onkološke terapije. Osim što se teško prepoznaje i rijetko liječi, depresija kod onkoloških bolesnika često se i trivijalizira („Da sam u njezinoj koži, i ja bih bila depresivna.“) (Spiegel i Giese-Davis, 2003). Sve se to negativno odražava na kvalitetu života oboljele osobe, kao i na prihvaćanje terapije karcinoma, a osim toga produžuje povratak na posao, povisuje stopu suicida, povećava mortalitet (Vuk Pisk i sur., 2017).

U dosadašnjim istraživanjima na populaciji onkoloških bolesnika, razine anksioznosti i depresije bile su više kod žena, osoba slabijeg socioekonomskog statusa, onih koji boluju od naprednih stadija bolesti te onih čija je bolest u recidivu. S druge strane, utvrđene su niže razine anksioznosti i depresivnosti kod onih pacijenata koji su upućeniji u svoju bolest te su dobili više povratnih informacija od svojih liječnika (Alacacioglu i sur., 2013). Ozbiljnost depresije kod žene s karcinomom dojke može biti pod utjecajem njezina doživljaja socijalne podrške od partnera. Naime, Kim i sur. (2010) pokazali su da je povećana socijalna podrška, veća mreža kontakata i viši doživljaj podrške od partnera povezan s manje depresije kod žena s karcinomom dojke.

Socijalna podrška

Dok se stres tradicionalno promatrao kao čimbenik koji pridonosi razvoju oboljenja, u novije doba sve više pažnje usmjerava se na proučavanje čimbenika za koje se smatra da doprinose otpornosti na stres u situaciji bolesti, a samim time i poboljšanju kvalitete života oboljelih (Holahan i Moos, 1990; prema Pahljina-Reinić, 2004). Osim ličnosti te strategija

suočavanja sa stresorom, u tom se kontekstu najčešće istražuje socijalna podrška (Hudek-Knežević, 1993; prema Pahljina-Reinić, 2004).

Socijalna podrška kao važna funkcija interpersonalnih odnosa, potaknula je brojne autore na istraživanje te je posljedično nastao veliki broj operacionalizacija tog pojma. Najšire definirana, socijalna se podrška odnosi na bilo koji proces putem kojeg socijalni odnosi mogu djelovati na tjelesno i/ili psihičko zdravlje (Cohen, Underwood i Gottlieb, 2000; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Socijalna je podrška zajednički nazivnik za tri vrste podrške: emocionalnu, informacijsku i instrumentalnu. Emocionalna podrška odnosi se na izražavanje empatije, pažljivo slušanje, pružanje utjehe s ciljem da bi se druga osoba osjećala vrijedno i voljeno. Informacijska podrška uključuje primanje informacija i savjeta, te općenito komunikaciju činjenica ili mišljenja relevantnih za tekuće teškoće. Instrumentalna podrška pak podrazumijeva „opipljivu“ pomoć, kao što je pomoć u kućanskim poslovima, pomoć s prijevozom ili posudba novca (Helgeson, 2003). Wills (1985; prema Ogden, 2012) uz već spomenutu informacijsku i instrumentalnu, razlikuje i podršku samopoštovanju te podršku druženjem. Dok je podrška samopoštovanju ekvivalent emocionalnoj podršci, podrška druženjem podrazumijeva primanje iste kroz zajedničke aktivnosti. Iako ih je u teoriji moguće definirati odvojeno, različite vrste podrške u svakodnevnom su životu isprepletene. Primjerice, ljudi koji provode više vremena u druženju s drugima ujedno imaju i više pristupa instrumentalnoj i emocionalnoj podršci. Empirijska istraživanja pokazuju visoke korelacije različitih funkcija socijalne podrške (Cohen i Wills, 1985).

Literatura o stresnim životnim događajima u koje možemo ubrojiti i situaciju oboljenja od karcinoma dojke, naglašava moderatorsku funkciju socijalne podrške. Mnoga istraživanja potvrdila su hipotezu da je socijalna podrška faktor koji pridonosi otpornosti na stres, a postoje i konzistentni nalazi da su osobe koje žive u braku, imaju prijatelje i članove obitelji koji im pružaju podršku boljeg zdravlja i kvalitete života nego osobe s manje kontakata i podrške (Broadhed i sur., 1983; Leavy, 1983; Mitchell, Billings i Moos, 1982; Cohen i Wills, 1985; prema Jakovljević, 2004). Međutim, vjeruje se da je percepcija dostupnosti instrumentalne i emocionalne podrške, važnija od konkretnog korištenja te podrške (Gregurek i Braš, 2008).

Istraživanja u području utjecaja socijalne podrške na pojavu i klinički tijek karcinoma, iako zahtijevaju daljnja istraživanja, u velikoj mjeri potvrđuju povezanost izostanka socijalne podrške, ali i niskih razina socijalne podrške s povećanom smrtnosti od karcinoma (Maunsell, Jaques i Deschenes, 1993; prema Waxler-Morrison, Hislop, Mears i Kan, 1991). O važnosti

socijalne podrške kod grupe oboljelih od karcinoma govori i istraživanje u kojem su autori pronašli pet puta veći relativni rizik smrtnosti i dva puta veću pojavnost hormonalno vezanih vrsta karcinoma kod socijalno izoliranih žena (Reynolds i Kaplan, 1990).

Prema Cohenu i Willsu (1985) dva teorijska modela objašnjavaju odnos socijalne podrške i kvalitete života. Prema Modelu glavnih efekata (eng. „*Main effect*“ model) što više socijalne podrške pojedinac prima, to će njegova kvaliteta života biti veća, bez obzira na jačinu stresora. Jednostavnije rečeno, povezanost između socijalne podrške i kvalitete života je linearna. S druge strane, Model zaštite (eng. „*Buffering*“ model) govori da povezanost socijalne podrške i kvalitete života ovisi o jačini stresora s kojim se pojedinac suočava. Ako stresor ne postoji ili je slabog intenziteta, socijalna podrška nije povezana s kvalitetom života. Međutim, pod uvjetima jakog stresa, socijalna podrška služi kao svojevrsna zaštita pojedincu od štetnih učinaka tog stresora (Helgeson, 2003). Neuling i Winefield (1988; prema Pahljina-Reinić, 2004) u praćenju pacijentica s karcinomom dojke neposredno nakon kirurškog zahvata, te jedan mjesec i tri mjeseca kasnije, nalaze iznimno veliku potrebu oboljelih za emocionalnom podrškom, prvenstveno od strane obitelji. Pokazalo se da je u situacijama nekontrolabilnih stresora u koje ubrajamo i oboljenje od karcinoma, upravo emocionalna podrška najkorisnija. Također, između tri vrste podrške, emocionalna pokazuje najčvršću povezanost s kvalitetom života (Cohen i Wills, 1985). Kisinger i sur. (2011) navode da žene oboljele od karcinoma dojke izjavljuju kako im je najvažnija osoba od povjerenja njihov partner, a emocionalna podrška ona koju najviše priželjkuju jer omogućava povećanje samopouzdanja i smanjenje osjećaja bespomoćnosti.

Istraživanja odnosa nepodržavajućih ponašanja osoba iz okoline i prilagodbe oboljelih od karcinoma upućuju na činjenicu da su nepodržavajuća ponašanja okoline povezana s lošijom prilagodbom, kao i lošijom kvalitetom života ove populacije (Manne i sur., 1997; prema Pahljina-Reinić, 2004). Štoviše, u istraživanjima kvalitete života, negativne interakcije su vrlo često bolji prediktor kvalitete života nego pozitivne. Negativne interakcije nisu toliko česte kao pozitivne, neočekivane su i istaknute, stoga imaju jači utjecaj na ljude. Manne i Glassman (2000) ispitali su utjecaj nepodržavajućih ponašanja (izbjegavanja oboljele osobe, pokušaja umanjanja problema, kritiziranja itd.) od strane bračnih partnera na emocionalnu prilagodbu pacijentica. Rezultati su pokazali kako takva nepodržavajuća ponašanja bračnih partnera povećavaju razinu anksioznih i depresivnih simptoma koji posljedično uzrokuju kognitivno i ponašajno izbjegavanje suočavanja s osjećajima i mislima o oboljenju i liječenju. Nadalje, nepodržavajuća ponašanja imaju štetne učinke i na prilagodbu oboljelih, a samim time i na

njihovu kvalitetu života. Naime, prema mišljenju nekih autora kvaliteta života pacijenata oboljelih od karcinoma izravan je ishod prilagodbe na oboljenje. Pri tome uspješnija prilagodba na oboljenje podrazumijeva bolju kvalitetu života (Nicholas i Veach, 2000; prema Pahljina-Reinić, 2004). Irvine i sur. (1991) utvrdili su da je socijalna podrška značajan čimbenik psihosocijalne prilagodbe oboljelih od karcinoma dojke, jer 20 do 30% pacijentica ima iskustvo narušene kvalitete života kroz gubitak socijalnih uloga i funkcionalnih sposobnosti te kroz nezadovoljavajuće socijalne odnose. Leung, Pachana i McLaughlin (2014) proveli su longitudinalno istraživanje na uzorku od 412 žena u tri točke mjerenja: 3 godine prije postavljanja dijagnoze, u trenutku dijagnosticiranja karcinoma dojke te 3 godine nakon postavljanja dijagnoze. Rezultati su pokazali da je socijalna podrška značajni pozitivni prediktor kvalitete života povezane sa zdravljem oboljelih žena. Pozitivna emocionalna i informacijska podrška od strane partnera ključna su za održavanje stabilnosti kvalitete života povezane sa zdravljem kroz vrijeme. Mehnert i Koch (2007) navode kako velik broj žena oboljelih od karcinoma dojke u nekoj fazi bolesti pokazuje potrebu za psihološkim savjetovanjem i podrškom. Upravo su s ciljem pružanja sveobuhvatne psihološke i psihosocijalne skrbi osnovani brojni centri za psihološku pomoć, tj. udruge za pomoć ženama oboljelim od ove zloćudne bolesti. Rezultati istraživanja jednoglasno potvrđuju kako uključivanje i aktivno sudjelovanje u ovakvim udrugama ima brojne pozitivne efekte na oboljele osobe. Naime, grupe podrške štite oboljele od stresa dajući im mogućnost da pruže, ali i primaju podršku te s drugima podjele svoje misli i osjećaje. Zbližavanje s ostalim članovima, dijeljenje iskustava i sličnih teškoća pozitivno utječe na tijek bolesti, smanjuje razinu anksioznosti i depresije, olakšava prilagodbu na bolest te poboljšava kvalitetu života (Serlin i sur., 2000). O pozitivnom utjecaju grupa podrške govori i istraživanje u kojem su istraživači žene s napredovalim karcinomom dojke po slučaju raspodijelili u 2 skupine: eksperimentalnu i kontrolnu. Sudionice iz eksperimentalne skupine jednom tjednom sastajale su se s drugim pacijenticama, liječnicima i drugim stručnjacima te raspravljale o svojim strahovima i problemima, dok je istovremeno sudionicama iz kontrolne skupine ova vrsta podrške bila onemogućena. Osim što je imala značajan pozitivan utjecaj na raspoloženje i strahove sudionica, socijalna podrška produljila je živote oboljelih žena za prosječno 18 mjeseci (Spiegel, Kraemer, Bloom, i Gottheil, 1989).

U Republici Hrvatskoj postoji mnogo Udruga za pomoć ženama oboljelim od karcinoma dojke. Ipak, najveća i najpoznatija je Udruga „SVE za NJU“ u kojoj je pomoć strukturirana kroz četiri glavna programa: psihološki tretmani, savjetovanište, edukacijsko - terapijski

programi i smještaj. Upravo spomenuta raznovrsnost sadržaja ključna je za pružanje sveobuhvatne skrbi i zadovoljavanje potreba primarno oboljelih žena, ali i njihovih obitelji (Vukota i Mužinić, 2015).

Iz prijašnjih istraživanja moguće je zaključiti da postoji pozitivna povezanost između kvalitete života i socijalne podrške, te da su te dvije varijable negativno povezane s depresivnošću i anksioznošću, što je provjereno i u ovom radu na uzorku oboljelih od karcinoma dojke u dvije Udruge.

Cilj, problemi i hipoteze

Cilj ovog rada bio je istražiti odnos sociodemografskih karakteristika i karakteristika bolesti, anksioznosti, depresivnosti, percipirane socijalne podrške i domena kvalitete života s općom kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke.

Problemi

1. Utvrditi razinu subjektivne kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke i usporediti je s teorijski pretpostavljenim normativnim rasponom za svijet.
2. Ispitati povezanost sociodemografskih varijabli (dob, stupanj obrazovanja, ekonomski status, bračni status, radni status, vrijeme proteklo od dijagnosticiranja karcinoma, postojanje drugih bolesti), anksioznosti, depresivnosti, percipirane socijalne podrške i domena kvalitete života s općom kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke.
3. Ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri sociodemografske varijable, anksioznost, depresivnost, percipirana socijalna podrška i domene kvalitete života opću kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke.

Hipoteze

1. Žene oboljele od karcinoma dojke imaju nižu ukupnu kvalitetu života u odnosu na teorijski pretpostavljeni normativni raspon za svijet koji iznosi 60-80% skalnog maksimuma.
2. Opća kvaliteta života je pozitivno povezana sa stupnjem obrazovanja, ekonomskim statusom, bračnim statusom, radnim statusom, percipiranom socijalnom podrškom te domenama kvalitete života, a negativno je povezana s dobi, vremenom proteklim od dijagnosticiranja karcinoma, postojanjem drugih bolesti, anksioznosti i depresivnosti.

3. Viši ekonomski status, zaposlenje, niža anksioznost i depresivnost, viša percipirana socijalna podrška te viši rezultati na domenama kvalitete života predviđaju višu opću kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke.

Metoda

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 120 žena oboljelih od karcinoma dojke koje su članice Udruge oboljelih i liječenih od raka „Sve za nju“ iz Zagreba te "Mamae" kluba iz Varaždina. Raspon dobi sudionica iznosi od 31 do 78 godina ($M=54.79$, $SD=11.60$). Uzorak je obuhvatio osobe koje se još školuju (1.7%), nezaposlene (4.2%), zaposlene (45.8%), žene koje su na bolovanju (10%) i umirovljene (38.3%). Po pitanju samoprocijenjenog ekonomskog statusa 5.8% sudionica smatra kako je njihov ekonomski status puno ispod prosjeka, 7.5% smatra da su malo ispod prosjeka, 56.7% sudionica doživljava svoj ekonomski status prosječnim, 26.7% ih smatra da su malo iznad prosjeka dok 3.3% sudionica smatra kako je njihov ekonomski status puno iznad prosjeka. Najveći postotak sudionica je u braku (70%), dio je u vezi (5%), razvedeno (10.8%), udovica (6.7%), a preostale nemaju partnera (7.5%). Od dijagnosticiranja karcinoma dojke kod 12 je sudionica prošlo manje od godinu dana, kod 50 sudionica između jedne i tri godine, kod njih 28 četiri do šest godina, kod 13 sedam do deset godina te kod 17 žena već više od deset godina. Od ukupnog broja ($N=120$) sudionica, njih 57 (47.5%) imalo je poštenu operaciju dojke, dok je kod 63 (52.5%) žene učinjena radikalna operacija dojke (mastektomija).

Instrumenti

Sociodemografsko-zdravstvenim upitnikom konstruiranim za potrebe ovog istraživanja prikupljeni su podaci o dobi, ekonomskom, bračnom i radnom statusu, postignutoj razini obrazovanja, vremenu proteklom od dijagnosticiranja karcinoma dojke, te postojanju drugih bolesti.

Upitnik WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-Brief Version questionnaire, World Health Organization, 1998) predstavlja skraćenu verziju upitnika WHOQOL-100 koji je izradila Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u svrhu procjene kvalitete života, a sadrži ukupno 26 čestica. Iz originalnog upitnika odabrane su 24 čestice (po jedna iz svake facete) koje opisuju kvalitetu života te dvije čestice iz opće facete od čega jedna

opisuje kvalitetu života u cijelini, a druga opće zdravlje. Sudionici odgovaraju na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva pri čemu 1 označava najmanje, a 5 najveće slaganje s pojedinom tvrdnjom. Konstrukt kvalitete života u ovom je upitniku podijeljen u četiri domene: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi i okolina. Rezultati na pojedinim domenama izračunavaju se kao zbroj rezultata na pojedinim česticama. Bodovi svake domene transformiraju se na skalu od 0-100 radi usporedbe s izvornim upitnikom i jasnijeg prikaza rezultata. Veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života na pojedinoj domeni. Psihometrijska validacija instrumenta kroz istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije je pokazala da je WHOQOL-BREF pouzdan i validan instrument, te da visoko korelira s originalnim upitnikom WHOQOL-100, oko 0.89. Koeficijenti pouzdanosti za domene fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja i okoline iznose $\alpha > 0.75$, dok je za domenu socijalnih odnosa taj koeficijent $\alpha = 0.68$ (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004). Ovom se upitniku daje prednost pred WHOQOL-100 zbog manjeg broja pitanja i bržeg rješavanja.

U svrhu mjerenja učestalosti i izraženosti negativnih emocionalnih stanja depresivnosti i anksioznosti korištena je **Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa** (The Depression Anxiety Stress Scale; Lovibond i Lovibond, 1995). Skala sadrži 21 česticu, a sastoji se od tri subskale: depresivnost, anksioznost i stres. Svaku subskalnu opisuje po 7 čestica, a zadatak sudionika je da na skali od 0 (uopće se nije odnosilo na mene) do 3 (gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene) označe koliko često su u proteklih tjedan dana doživjeli stanje opisano u tvrdnji. Rezultat za svaku subskalnu kreće se u rasponu od 0 do 21 i računa se tako da se zbroje rezultati dobiveni na 7 čestica koje čine pojedinu subskalnu. Viši rezultat na subskalama označava više razine anksioznosti, depresivnosti i stresa. Subskala depresivnosti prikazuje nedostatak samopouzdanja i motivacije kod pojedinca, a povezana je s niskom percepcijom vjerojatnosti postizanja životnih ciljeva ili značajnosti pojedinca kao osobe (npr. „*Bilo mi je teško započeti aktivnosti.*“). Subskala anksioznosti ističe povezanost relativno trajnih stanja anksioznosti i akutnih reakcija na strah, a težinu pridaje somatskim i subjektivnim simptomima (npr. „*Sušila su mi se usta.*“). Subskala stresa uključuje stanje kronične pobuđenosti i napetosti, no u ovom istraživanju ona je izostavljena iz statističke obrade, tj. korištene su samo subskale depresivnosti i anksioznosti. Domaći autori Reić Ercegovac i Penezić (2012) primijenili su ovu skalu na uzorku hrvatskih sudionika te utvrdili kako koeficijenti unutarnje pouzdanosti izražene Cronbach alfa koeficijentom iznose 0.93 za skalu depresivnosti te 0.81 za skalu anksioznosti što je zadovoljavajuće i u skladu s prethodnim istraživanjima (Lovibond i Lovibond, 1995). U

ovom istraživanju koeficijent pouzdanosti iznosi 0.91 za subskalu depresivnosti te 0.87 za subskalu anksioznosti.

Percipirana socijalna podrška mjerena je **Multidimensionalnom skalom percipirane socijalne podrške** (Multidimensional Scale of Perceived Social Support Assessment – MSPSSA) Zimeta i sur. (1988). Skala se sastoji od 12 tvrdnji kojima se mjeri percipirana socijalna podrška obitelji, prijatelja i značajnih drugih osoba. Svakom izvoru socijalne podrške (obitelj, prijatelji, značajne druge osobe) namijenjene su četiri čestice pri čemu se subskala obitelj najviše usmjerava na strukturalnu i instrumentalnu podršku (npr. „Moja se obitelj trudi pomoći mi.“), subskala značajni drugi na emocije (npr. „Postoji posebna osoba s kojom mogu podijeliti svoju radost i tugu.“), a subskala prijatelji na strukturalnu i emocionalnu podršku (npr. „Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti svoju radost i tugu.“). Odgovori se daju na Likertovoj skali od 7 stupnjeva, pri čemu 1 znači „uopće se ne slažem“, 4 „imam neutralan stav“, a 7 „u potpunosti se slažem“. Rezultat ove skale može se izraziti kao ukupan rezultat koji objedinjuje sve čestice, a dobije se zbrajanjem svih odgovora. Tako dobiveni rezultat može se kretati u rasponu od 12 do 84, pri čemu se rezultat u rasponu od 12 do 48 promatra kao nizak stupanj percipirane socijalne podrške, rezultat u rasponu od 49 do 68 kao umjeren stupanj percipirane socijalne podrške, a onaj u rasponu od 69 do 84 kao visok stupanj percipirane socijalne podrške. Također, može se izračunati i rezultat za svaku subskalu na način da se zbroje odgovori na česticama svake subskale. Tada je najmanji mogući rezultat 4, a najveći 28 (Ekback, Benzein, Lindberg i Arestedt, 2013). Unutarnja pouzdanosti izražena Cronbach alfa koeficijentom za ukupnu skalu je visoka i iznosi oko 0.88 (Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988). Unutarnja pouzdanost subskala je također visoka, a kreće se od 0.79 do 0.98 ovisno o uzorku (Cecil, Stanley, Carrion i Swann, 1995). U ovom istraživanju Cronbach alpha koeficijent za ukupnu skalu iznosi 0.97, za subskalu obitelj 0.95, za subskalu prijatelji 0.96 te za subskalu značajni drugi 0.95.

Postupak

Istraživanje je provedeno putem interneta i papir-olovka metodom tijekom prosinca 2018. godine. U svrhu prikupljanja podataka putem interneta korištena je konstruirana poveznica koja je putem e-maila prosljeđena članicama Udruge oboljelih i liječenih od raka „Sve za nju“. Sudionice su klikom na poveznicu otvorile i pročitale uputu, te ispunile upitnik. Također, istraživanje je provedeno i metodom papir-olovka, nakon što je vodstvo Mamae kluba Varaždin odobrilo provedbu istraživanja, dogovoren je termin provedbe tijekom održavanja redovnog

mjesečnog sastanka članica u prostorijama kluba. Istraživanje se provodilo grupno, a ispunjavanje upitnika u prosjeku je trajalo 15 minuta. Prije ispunjavanja upitnika sudionice su ili pročitale ili im je pročitana uputa, ovisno na koji način su sudjelovale u istraživanju. U uputi je objašnjen cilj istraživanja te naglašeno kako je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno te da u bilo kojem trenutku mogu odustati od sudjelovanja. Također, rečeno im je kako će se njihovi rezultati analizirati na razini grupe te koristiti isključivo u znanstveno - istraživačke svrhe. Po završetku istraživanja prezentirana je e-mail adresa voditeljice istraživanja na koju su se mogli javiti sudionici koji su zainteresirani za rezultate ili imaju pitanja vezana za samo istraživanje.

Rezultati

Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka

Kako bi se provjerilo postojanje preduvjeta za korištenje parametrijskih statističkih postupaka, prije obrade podataka provjerena je normalnost distribucija rezultata za varijablu socijalne podrške, opću kvalitetu života, domene kvalitete života, depresivnost i anksioznost.

Tablica 1. Vrijednosti Kolmogorov – Smirnovljeva testa te indeksi asimetričnosti i spljoštenosti za varijablu socijalne podrške, opću kvalitetu života, domene kvalitete života, depresivnost i anksioznost.

	<i>K-S</i>	<i>Simetričnost</i>	<i>Kurtičnost</i>
Socijalna podrška	1.70**	-1.22	.78
Opća kvaliteta života	2.64**	.01	-.41
Fizičko zdravlje	.85	-.39	-.32
Psihičko zdravlje	1.04	-.34	.26
Društvena interakcija	1.68**	-.71	.21
Okolina	1.15	-.37	-.17
Depresivnost	1.54*	-.96	.04
Anksioznost	1.72**	1.16	.73

** $p < .01$, * $p < .05$

Rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa pokazuju statistički značajna odstupanja od normalne distribucije, osim za tri od četiri domene kvalitete života: varijablu fizičkog zdravlja ($K-S = 0.85$; $p > 0.05$), psihičkog zdravlja ($K-S = 1.04$; $p > 0.05$) i okoline ($K-S = 1.15$; $p > 0.05$)

koje su normalno distribuirane. Zbog takvih je rezultata provedena i dodatna provjera simetričnosti i kurtičnosti distribucija kako bi se utvrdilo mogu li se dobiveni rezultati ipak obraditi parametrijskim postupcima. Naime, Kline (2005) navodi da se distribucija može smatrati normalnom ukoliko se koeficijent asimetričnosti distribucije (*skewness*) kreće u rasponu od +/-3, a koeficijent spljoštenosti oblika distribucije (*kurtosis*) u rasponu od +/-10. Budući da se koeficijenti asimetričnosti i spljoštenosti za sve varijable nalaze u prihvatljivom rasponu (koeficijent asimetričnosti kreće se u rasponu od -1.22 do 1.16; koeficijent spljoštenosti kreće se u rasponu od -0.32 do 0.78) korištenje parametrijskih postupaka je opravdano.

Deskriptivna statistika

Nakon što je prethodno utvrđeno da je opravdano koristiti parametrijske postupke, provedena je deskriptivna analiza podataka. Sociodemografske varijable su kategorijalne, stoga su prilikom deskriptivne analize korištene frekvencije, što je i prikazano u Tablici 2.

Tablica 2. Frekvencije ispitivanih sociodemografskih varijabli i varijabli vezanih uz bolest na uzorku $N = 120$.

Sociodemografske varijable		Frekvencije
Dob	18-35	7
	36-55	56
	56-78	57
Ekonomski status	ispod prosjeka	16
	prosječno	68
	iznad prosjeka	36
Razina obrazovanja	završena osnovna škola	4
	završena srednja škola	45
	visoka ili viša stručna sprema	71
Bračni status	u nekom obliku partnerske veze	90
	slobodna	30
Radni status	zaposlena	55
	nezaposlena	65
Vrijeme proteklo od dijagnoze	<1 godine	12
	1-3 godine	50
	4-6 godina	28
	7-10 godina	13
	>10 godina	17
Postojanje drugih bolesti	da	37
	ne	83

Kao što je vidljivo iz Tablice 2, većina sudionica ima visoku ili višu stručnu spremu ($N=71$), a najmanje završenu samo osnovnu školu ($N=4$). Očekivano, najveći broj sudionica, njih 68, procjenjuje svoj ekonomski status prosječnim. U nekom obliku partnerske veze je 90 žena, dok je preostalih 30 slobodno. Sudionice su izjednačene po radnom statusu, tj. podjednak je broj zaposlenih i nezaposlenih. Kada je u pitanju vrijeme proteklo od dijagnoze karcinoma dojke, kod najvećeg broja žena bolest je dijagnosticirana prije 1-3 godine ($N=50$), potom slijedi 4-6 godina ($N=28$), više od 10 godina ($N=17$), 7-10 godina ($N=13$), a kod najmanjeg broja žena karcinom dojke je dijagnosticiran prije manje od jedne godine ($N=12$). Konačno, većina žena osim karcinoma dojke ne boluje od druge teže ili kronične bolesti.

Tri varijable preoblikovane su radi lakšeg ispitivanja odnosa sociodemografskih varijabli i kvalitete života. Ekonomski status reduciran je s pet kategorija (puno ispod prosjeka, malo ispod prosjeka, prosječno, malo iznad prosjeka i puno iznad prosjeka) na tri kategorije (ispod prosjeka, prosječno i iznad prosjeka). Slično je učinjeno i s varijablom bračnog statusa koja je s pet kategorija (nemam partnera, u vezi, u braku, razvedena, udovica) preoblikovana u varijablu s dvije kategorije (slobodna i u nekom obliku partnerske veze). Budući da kategorije u vezi i u braku podrazumijevaju postojanje značajne druge osobe one čine jednu kategoriju. S druge strane, svejedno je je li sudionica razvedena, udovica ili nema partnera, jer to u konačnici znači kako ne postoji značajna druga osoba. I radni status reduciran je s pet kategorija (još se školujem, nezaposlena, zaposlena, na bolovanju, u mirovini) na samo dvije kategorije (zaposlena i nezaposlena).

Izračunate su i aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimumi i maksimumi te teorijski rasponi rezultata za dob, opću kvalitetu života, domene kvalitete života, ukupnu socijalnu podršku, subskale socijalne podrške te depresivnost i anksioznost, a rezultati se nalaze u Tablici 3.

Tablica 3. Deskriptivni podaci za dob, opću kvalitetu života, domene kvalitete života, ukupnu socijalnu podršku, subskale socijalne podrške, depresivnost i anksioznost ($N=120$).

<i>Varijabla</i>	<i>Aritmetička sredina</i>	<i>Standardna devijacija</i>	<i>Postignuti minimum</i>	<i>Postignuti maksimum</i>	<i>Teorijski raspon rezultata</i>
Dob	54.79	11.598	31	78	
Opća kvaliteta života	64.79	19.579	25	100	0-100
Domene kvalitete života vezane za zdravlje					
Fizičko zdravlje	64.88	17.645	14	100	0-100
Mentalno zdravlje	63.47	17.848	8	100	0-100

Društvena interakcija	64.72	21.052	8	100	0-100
Okolina	64.11	16.124	18	96	0-100
Ukupna socijalna podrška	65.98	17.801	15	84	12-84
Obitelj	21.78	6.525	4	28	4-28
Prijatelji	22.03	6.122	5	28	4-28
Značajni drugi	22.16	6.642	4	28	4-28
Depresivnost	5.73	5.254	0	21	0-21
Anksioznost	4.86	4.834	0	20	0-21

Prosječna dob sudionica u istraživanju iznosi 54.79 godina (SD=11.598), pri čemu je najmlađa sudionica imala 31, a najstarija 78 godina. Rezultati na domenama upitnika kvalitete života WHOQOL-BREF transformirani su u standardizirani oblik i prikazani kao postotak skalnog maksimuma (%SM). Isti su u skladu s ranijim nalazima koji pokazuju da žene oboljele od karcinoma dojke imaju smanjenu kvalitetu života te ostvaruju niže rezultate na skali subjektivne procjene fizičkog funkcioniranja, mentalnog zdravlja, emocionalnih aspekata kvalitete života i okoline (Fortner i sur., 2002). Prosječna ukupna percipirana socijalna podrška dobivena je zbrajanjem rezultata na sve tri subskale i iznosi 65.97 (SD=17.801). Rezultati za subskale percipirane socijalne podrške su sljedeći: obitelj (M=21.78; SD=6.525), prijatelji (M=22.03; SD=6.122) i značajni drugi (M=22.16; SD=6.642). Prosječan rezultat na subskali depresivnost upitnika DASS-21 iznosi M=5.73, a na skali anksioznost M=4.86. Budući da nakon pretrage literature nije nađeno istraživanje u Hrvatskoj u kojem je korišten ovaj upitnik, nije moguće usporediti razlike u stupnju izraženosti depresivnosti i anksioznosti sudionica ovog istraživanja i drugih žena oboljelih od karcinoma dojke. Međutim, u usporedbi s rezultatima dobivenima na australskom uzorku žena oboljelih od karcinoma dojke, sudionice ovog istraživanja postigle su slične rezultate po subskalama (Przedziecki i sur., 2013).

Kako bi se usporedila razina subjektivne kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke s teorijski pretpostavljenim normativnim rasponom izračunat je t-test. T-test za jedan uzorak (*one-sample t-test*) pokazao je da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života između žena oboljelih od karcinoma dojke i teorijski pretpostavljene normativne vrijednosti za svijet koja iznosi 60-80 %SM ($t(119) = -2.914; p < 0.01$). Žene oboljele od karcinoma dojke imaju statistički značajno nižu kvalitetu života od pretpostavljenog normativnog raspona, što je u skladu s postavljenom hipotezom.

Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke

Drugi problem ovoga istraživanja bio je ispitati povezanost sociodemografskih varijabli (dob, stupanj obrazovanja, ekonomski status, bračni status, radni status), varijabli vezanih uz bolest (postojanje drugih bolesti, vrijeme proteklo od dijagnoze), anksioznosti, depresivnosti, percipirane socijalne podrške i domena kvalitete života s općom kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke. U tu su svrhu izračunati koeficijenti korelacije između navedenih varijabli, a rezultati su prikazani u Tablici 4.

Kao što je vidljivo iz tablice, rezultati pokazuju da postoji umjerena, ali statistički značajna pozitivna povezanost između opće kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke i njihova socioekonomskog statusa na način da se viši socioekonomski status povezuje s višom općom kvalitetom života. Također, od sociodemografskih varijabli, i radni status pokazuje nisku, ali statistički značajnu negativnu povezanost s općom kvalitetom života. Zatim, pronađena je umjerena, statistički značajna negativna povezanost opće kvalitete života te anksioznosti i depresivnosti. Više razine anksioznosti i depresivnosti povezuju se s nižom općom kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke. Daljnji rezultati upućuju na nisku, no statistički značajnu pozitivnu povezanost između ukupne socijalne podrške i opće kvalitete života. Nadalje, utvrđene su umjerene do visoke značajne pozitivne povezanost između domena upitnika WHOQOL-Bref i opće kvalitete života. Najviša povezanost je s domenom mentalnog zdravlja.

Tablica 4. Koeficijenti korelacije mjerenih varijabli.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Dob	-	-.20*	-.01	.12	.47**	-.15	.41**	-.19*	-.19*	-.11	-.01	.07	.13	.02	.06
2. Stupanj obrazovanja		-	.30**	-.04	-.27**	-.01	-.19*	-.01	-.03	-.04	.25**	.07	.01	.19*	.17
3. Ekonomski status			-	-.14	-.21*	.01	-.10	-.24**	-.24**	.19*	.35**	.30**	.28**	.39**	.40**
4. Bračni status				-	.11	.13	.13	.07	-.03	-.05	-.01	-.06	-.11	.04	-.06
5. Radni status					-	-.14	.04	.02	.02	-.09	-.20*	-.22*	-.03	-.20*	-.26**
6. Postojanje drugih bolesti						-	-.08	-.10	-.17	.11	.24**	.15	.15	.23*	.14
7. Vrijeme proteklo od dijagnoze							-	-.13	-.16	.02	.03	.11	.10	.06	.04
8. Anksioznost								-	.79**	-.21*	-.34**	-.49**	-.40**	-.36**	-.38**
9. Depresivnost									-	-.27**	-.41**	-.64**	-.47**	-.42**	-.41**
10. Ukupna socijalna podrška										-	.13	.33**	.58**	.29**	.26**
11. Fizičko zdravlje											-	.58**	.44**	.69**	.50**
12. Psihičko zdravlje												-	.55**	.62**	.66**
13. Društvena interakcija													-	.50**	.41**
14. Okolina														-	.54**
15. Opća kvaliteta života															-

** p<.01, * p<.05

Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke

Treći problem ovog istraživanja bio je ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri sociodemografske karakteristike, karakteristike vezane uz bolest, anksioznost, depresivnost, ukupna socijalna podrška i domene kvalitete života opću kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke. S ciljem odgovora na ovaj problem provedena je hijerarhijska regresijska analiza, gdje je kao kriterij uzeta opća kvaliteta života, tj. vrijednost čestice „Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja (Vašu opću kvalitetu života)?“. Prije same provedbe, analizirane su korelacije između prediktora i kriterija, kao i one između prediktora međusobno. Budući da je korelacija između anksioznosti i depresivnost visoka i iznosi 0.79, zbog eventualnih poteškoća u procjeni važnosti pojedinog prediktora u objašnjenju kriterija, odlučeno je da će ih se razdvojiti u koracima hijerarhijske regresijske analize.

Hijerarhijska regresijska analiza provedena je u pet koraka. U prvom koraku uvedene su sociodemografske varijable, točnije, ekonomski i radni status. U drugom koraku regresijske analize uvrštena je ukupna socijalna podrška. Zatim, u treći je korak uključena anksioznost, a u četvrti depresivnost. U posljednjem koraku hijerarhijske regresijske analize zbog najveće povezanosti s kriterijskom varijablom uvedene su domene upitnika WHOQOL-BREF.

Ekonomski i radni status u prvom koraku regresijske analize objašnjavaju 18% varijance subjektivne kvalitete života ($\Delta R^2=.18$, $p<0.01$). Pritom se pokazalo da je ekonomski status statistički značajni prediktor subjektivne kvalitete života, odnosno, viši ekonomski status predviđa višu kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke. U drugom koraku uvrštena je ukupna socijalna podrška te je objašnjeno dodatnih 3% varijance kvalitete života ($\Delta R^2=.03$, $p<0.05$), a promjena objašnjene varijance pokazala se statistički značajnom. Provjerom regresijskog koeficijenta ukupne socijalne podrške utvrđeno je kako socijalna podrška predstavlja značajni pozitivni prediktor subjektivne kvalitete života. Zatim, u trećem koraku hijerarhijske analize uvedena je anksioznost čime je objašnjeno dodatnih 9% varijance kriterija ($\Delta R^2=.09$, $p<0.01$). Anksioznost se pokazala značajnim prediktorom u predviđanju subjektivne kvalitete života, no nakon njezina uvođenja uočeno je kako se beta ponder ukupne socijalne podrške smanjio te socijalna podrška prestaje biti značajni prediktor, što sugerira mogućnost pojave medijacije. Iz tog je razloga, prema koracima koje navode Baron i Kenny (1986), izvršena procjena medijacijskog utjecaja. Prvi je korak utvrditi doprinos prediktora u objašnjavanju varijance kriterija. Nakon toga, provjerava se značajnost doprinosa prediktora za objašnjenje varijance medijacijske varijable. Konačno, postojanje medijacije manifestira se

kroz smanjenje u veličini ili utvrđivanje neznačajnosti regresijskog koeficijenta za inicijalni prediktor, uz statistički značajan doprinos medijatora za objašnjavanje varijance kriterija. Varijable koje su potencijalni medijatori su one koje nakon kontrole prediktora samostalno doprinose objašnjavanju varijance kriterija. U ovom slučaju, to je anksioznost. Prema navedenim koracima provjeren je medijacijski utjecaj anksioznosti za socijalnu podršku te je utvrđena djelomična medijacija odnosa socijalne podrške i opće kvalitete života nakon uvođenja anksioznosti. Prema tome, uvođenje anksioznosti smanjuje veličinu efekta socijalne podrške na objašnjavanje opće kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke. U četvrtom koraku uvrštena je depresivnost, a kojom nije objašnjen dodatni postotak varijance kvalitete života ($\Delta R^2=.00$, $p>0.01$). Međutim, uvođenjem depresivnosti, anksioznost prestaje biti značajnim prediktorom. Konačno, uvođenjem domena upitnika WHOQOL-Bref u posljednjem koraku hijerarhijske regresijske analize objašnjeno je dodatnih 21% varijance kriterija ($\Delta R^2=.21$, $p<0.01$). Mentalno zdravlje pokazalo se statistički značajnim pozitivnim prediktorom opće kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke. Budući da su ranije u korelacijskoj analizi pronađene značajne korelacije između domene fizičko zdravlje i opće kvalitete života, domene društvene interakcije i opće kvalitete života te domene okoline i opće kvalitete života, a sve tri domene nisu se pokazale značajnim prediktorima u regresijskoj analizi, naknadno je provedena provjera za ispitivanje medijacije po ranije spomenutim koracima, čime je utvrđeno da postoji nekoliko slučajeva medijacije. Pokazalo se da je domena mentalno zdravlje medijator odnosa između domene fizičko zdravlje i opće kvalitete života, domene društvene interakcije i kvalitete života te domene okoline i kvalitete života. Iz navedenog se razloga one nisu pokazale značajnim prediktorima u hijerarhijskoj regresijskoj analizi. Cjelokupnim modelom objašnjeno je 51% ukupne varijance opće kvalitete života. Pritom se ekonomski status pokazao konzistentnim prediktorom opće kvalitete života.

Kako bi se provjerila multikolinearnost modela, izračunati je koeficijent, tj. faktor povećanja varijance (VIF), čija se vrijednost kreće u rasponu od 1.07 do 3.44 i tolerancija, čija se vrijednost kreće u rasponu od .29 do .96. Rezultati ukazuju na činjenicu da ne postoji multikolinearnost među varijablama. Naime, preporučeno je kako bi VIF vrijednosti trebale biti manje od 10 (Myers, 1990; prema Field, 2005), a vrijednosti tolerancije iznad .2 (Menard, 1995; prema Field, 2005). Štoviše, vrijednost Durbin-Watson testa u ovom modelu iznosi 1.76, što je približno preporučenoj vrijednosti od 2, zbog čega možemo pretpostaviti kako su reziduali u ovom modelu nezavisni.

<i>Prediktor</i>	β	t	R	R^2	ΔR^2	F promjena
1. blok						
Ekonomski status	.35**	4.08				
Radni status	-.17	-1.91	.42	.18	.18	12.18**
2. blok						
Ekonomski status	.31**	3.56				
Radni status	-.16	-1.92				
Ukupna socijalna podrška	.18*	2.14	.46	.21	.03	9.91**
3. blok						
Ekonomski status	.24**	2.88				
Radni status	-.20*	-2.45				
Ukupna socijalna podrška	.12	1.39				
Anksioznost	-.32*	-3.77	.55	.30	.09	11.88**
4. blok						
Ekonomski status	.24**	2.78				
Radni status	-.19	-2.33				
Ukupna socijalna podrška	.11	1.27				
Anksioznost	-.23	-1.68				
Depresivnost	-.11	-.82	.55	.30	.00	9.61**
5. blok						
Ekonomski status	.16*	2.08				
Radni status	-.09	-1.24				
Ukupna socijalna podrška	.03	.32				
Anksioznost	-.16	-1.38				
Depresivnost	.16	1.26				
Fizičko zdravlje	-.02	-.21				
Mentalno zdravlje	.51**	4.74				
Socijalna interakcija	.01	.14				
Okolina	.16	1.47	.71	.51	.21	12.33**

** p<.01, * p<.05

Rasprava

Svrha ovog istraživanja bila je istražiti odnos sociodemografskih karakteristika i karakteristika bolesti, anksioznosti, depresivnosti, percipirane socijalne podrške s kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke.

S obzirom na činjenicu da je bolest čimbenik koji ima značajan negativan utjecaj na kvalitetu života, prvi problem ovog istraživanja bio je utvrditi razinu subjektivne kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke i usporediti je s teorijski pretpostavljenim normativnim rasponom za svijet koji iznosi 60-80%SM. Prosječna opća kvaliteta života žena oboljelih od karcinoma dojke u ovom istraživanju iznosi 64.79%SM (SD=19.579) i ukazuje na nisku kvalitetu života budući da se taj rezultat nalazi na donjoj granici normativnog raspona (60-80%SM) pretpostavljenog teorijom homeostaze subjektivne kvalitete života. Rezultati t-testa u skladu su s prvom postavljenom hipotezom i pokazuju da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života žena oboljelih od karcinoma dojke i teorijski pretpostavljenog normativnog raspona za svijet, pri čemu oboljele žene generalno imaju nižu ukupnu kvalitetu života. Domaća autorica Pinjatela (2008) provela je istraživanje u kojem je usporedila osobe oboljele od karcinoma dojke, karcinoma debelog crijeva i karcinoma grla sa skupinom osoba bez malignog oboljenja. Rezultati su pokazali kako oboljeli od karcinoma izvještavaju o nižoj ukupnoj kvaliteti života u usporedbi sa skupinom zdravih sudionika. Štoviše, žene oboljele od karcinoma dojke su svoju opću kvalitetu života procijenile lošijom u odnosu na sudionike s drugim vrstama karcinoma. Iako su u ovom istraživanju sve četiri domene kvalitete života podjednako procijenjene, rezultat na domeni fizičkog zdravlja je ipak nešto viši od ostalih što je pomalo paradoksalno jer upućuje na činjenicu da su žene oboljele od karcinoma dojke najzadovoljnije svojim fizičkim zdravljem. Moguće je da ove žene, usprkos teškoj bolesti, pri procjenjivanju svog fizičkog zdravlja fokus stavljaju upravo na preživljavanje i uspješno izlječenje, te su zahvalne na pozitivnom ishodu, a samu činjenicu o postojanju bolesti pomalo zanemaruju. S druge strane, sudionice su najmanje zadovoljne domenom psihičkog, tj. mentalnog zdravlja. Ovaj je rezultat u skladu s rezultatima studije o kvaliteti života provedenoj u Litvi među ženama s dijagnosticiranim ranim stadijem karcinoma dojke gdje su najlošiji rezultati dobiveni upravo u domeni mentalnog zdravlja sudionica (Bulotiene, Veseliunas i Ostapenko 2007). Dobiveni rezultati podupiru navod iz literature da tjelesne bolesti nesumnjivo utječu na kvalitetu života oboljele osobe, no psihičko stanje koje prati primarnu bolest često je značajnije u objašnjenju subjektivne kvalitete života nego sama bolest (Jokić-Begić i sur., 2007).

Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke

Pod vidom drugog problema ispitivala se povezanost sociodemografskih varijabli (dob, stupanj obrazovanja, ekonomski status, bračni status, radni status), varijabli vezanih uz bolest (postojanje drugih bolesti, vrijeme proteklo od dijagnoze), anksioznosti, depresivnosti i percipirane socijalne podrške s kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke. Od uključenih sociodemografskih varijabli i varijabli vezanih uz bolest, jedino su ekonomski i radni status statistički značajno povezani s općom kvalitetom života.

Ekonomski je status pozitivno povezan s općom kvalitetom života, što je u skladu s ranijim nalazima. Naime, veća primanja i manji financijski pritisci značajni su prediktori bolje kvalitete života, stoga nije iznenađujuće da dijagnoza karcinoma dojke u kombinaciji s niskim socioekonomskim statusom znatno narušava kvalitetu života oboljele osobe (Reyes – Gibby i sur., 2012). Svako oboljenje, pa tako i karcinom dojke, iziskuje velike financijske troškove i predstavlja ekonomski teret za oboljelu osobu i njenu obitelj. Osobe boljeg financijskog statusa moći će si osigurati sredstva potrebna za liječenje, te će biti manje zabrinuti za vlastitu budućnost u pogledu financija što će se u konačnici vjerojatno pozitivno odraziti na kvalitetu života. Također, vjerojatnije je da će osobe s većim prihodima, imati i viši stupanj obrazovanja, pa posljedično i bolji pristup informacijama i resursima za rješavanje problema, te bolje strategije suočavanja s bolešću što neposredno može objasniti pozitivnu povezanost između kvalitete života oboljelih žena i njihova socioekonomskog statusa (Shen i sur., 2012).

Iako je očekivano suprotno, radni status je u ovom istraživanju statički značajno negativno povezan s općom kvalitetom života pri čemu zaposlene sudionice imaju nižu opću kvalitetu života. Timperi i sur. (2013) proveli su istraživanje na uzorku žena oboljelih od karcinoma dojke i dobili podatak kako je zaposlenje za vrijeme bolesti i tokom faze aktivnog liječenja pozitivno povezano s brojnim aspektima kvalitete života. Kod žena koje su radile između 1-19 sati tjedno pronađena je pozitivna povezanost između zaposlenja i kvalitete života, no zaposlenje nije bilo povezano s višom kvalitetom života kod žena koje su radile više od 20 sati tjedno. Moguće je da manje od 20 sati rada tjedno doprinosi osjećaju samoefikasnosti za vrijeme suočavanja s dijagnozom karcinoma dojke. Mnogobrojna su istraživanja potvrdila kako samoefikasnost ima pozitivan učinak na zdravstveno ponašanje, liječenje karcinoma, kao i na samu kvalitetu života oboljele osobe (Mohajjel i sur., 2013). S druge strane, više od 20 sati rada tjedno previše je za oboljelu osobu koja istovremeno mora voditi uobičajeni osobni život i prolaziti kroz razne tretmane u svrhu izlječenja od karcinoma. Također, veće zadovoljstvo socijalnim odnosima, kao domenom kvalitete života, kod žena koje su za vrijeme dijagnoze

karcinoma dojke bile zaposlene na nekoliko sati tjedno, autori objašnjavaju primanjem dodatne socijalne podrške od strane radnih kolega i prijatelja s posla. U istraživanju Kennedyja i sur. (2007) 34% sudionica opisalo je zaposlenje za vrijeme dijagnoze karcinoma dojke pozitivnim te izjavilo kako je posao predstavljao distrakciju od bolesti i pomogao im da se vrate uobičajenom životu. I u drugom istraživanju na uzorku od 369 žena pronađena je pozitivna povezanost fizičkog i mentalnog funkcioniranja te opće kvalitete života s radnim statusom. Specifičnije, žene koje su nastavile raditi, barem nekoliko sati tjedno, za vrijeme liječenja i tokom oporavka, imale su bolje fizičko i mentalno funkcioniranje i višu kvalitetu života (Mahar, BrintzenhofeSzoc i Shields, 2008). Iako s jedne strane zaposlenje omogućava stjecanje dobara, neophodnu financijsku podršku za nošenje s bolešću, te ima druge pozitivne efekte, s druge strane, posao vrlo često predstavlja izvor dodatnog stresa. Moguće je da su loši interpersonalni odnosi, nepodržavajuća okolina, nefleksibilni raspored rada, ubrzan radni tempo i prekomjerno opterećenje na radnom mjestu sudionica razlog dobivene negativne povezanosti radnog statusa i opće kvalitete života u ovom istraživanju. Rezultate istraživanja je potrebno shvatiti i u kontekstu društva i šire zajednice u kojoj sudionice žive.

Pronađena pozitivna povezanost između percipirane socijalne podrške i kvalitete života je očekivana i potvrđuje prijašnje nalaze. Žene oboljele od karcinoma dojke koje doživljavaju da imaju visok stupanj podrške od svoje obitelji, prijatelja i značajnih drugih imaju i višu opću kvalitetu života. Naime, socijalna podrška smanjuje doživljaj stresa i poboljšava otpornost na stres, što dovodi do boljeg tjelesnog i psihičkog zdravlja, a u konačnici i do više kvalitete života. Šincek i Vuletić (2011) ukazuju na važnost socijalne podrške u različitim životnim okolnostima, a osobit naglasak stavljaju na važnost socijalne podrške kod ljudi izloženih stresu, neovisno o izvoru stresa. Visok stupanj socijalne podrške dovodi do pozitivnih ishoda kod osoba koje pate od kronične bolesti, u koje ubrajamo i karcinom, putem brojnih mehanizama, kao što su smanjivanje razine depresivnog afekta, povećanje percepcije kvalitete života, veća dostupnost zdravstvene zaštite, povećano pridržavanje zadane terapije i izravni psihološki efekti na imunološki sustav (Cohen i sur., 2007). U ovom su istraživanju sudionice ostvarile visok prosječni, ukupni rezultat na Multidimenzionalnoj skali percipirane socijalne podrške. Većina sudionica pripada skupini srednje odrasle dobi i ta je činjenica potencijalno objašnjenje ovakvih rezultata. Naime, socijalna podrška može dolaziti iz različitih izvora (obitelji, bračnog partnera, prijatelja, zdravstvenih djelatnika, uže i šire društvene zajednice kojoj oboljela osoba pripada), a osobe srednje odrasle dobi najčešće imaju puno socijalnih kontakata, u braku su ili imaju drugu značajnu osobu, mnogo ih je zaposleno, nerijetko imaju djecu s kojom su još uvijek

u zajedničkom kućanstvu. Također, sve sudionice ovog istraživanja članice su Udruga koje ženama oboljelim od karcinoma pružaju psihosocijalnu, informacijsku i logističku pomoć i podršku. Iz navedenih je razloga socijalna podrška ovim ženama lako dostupna. Nadalje, meta analizom provedenom na 58 empirijskih istraživanja utvrđena je povezanost od 0.23 između opće kvalitete života i bračnog statusa, pri čemu osobe koje su u braku imaju značajno višu opću kvalitetu života (Haring-Hidore, Stock, Okun i Witter, 1985). I u istraživanju Kamp Dush i Amata (2005) dobiveni su slični nalazi. Naime, rezultati su pokazali kako osobe u braku imaju najvišu razinu ukupne kvalitete života u usporedbi s osobama koje su u vanbračnoj vezi ili slobodne. U ovom je istraživanju više od polovice sudionica u braku, a čak 75% u nekom obliku partnerske veze, što je također moglo utjecati na ovakav rezultat percipirane visoke socijalne podrške. Iako su sve tri subskale percipirane socijalne podrške podjednako procijenjene u ovom istraživanju, rezultat na subskali značajni drugi je ipak nešto viši. Jedno je istraživanje pokazalo da socijalna podrška primljena od strane značajnih drugih dovodi do ponašanja koja povećavaju fizičko i mentalno zdravlje pojedinca, a posljedično i kvalitetu života (Primomo, Yates i Woods, 1990; prema Rambod i Rafii, 2010). Supružnike ćemo prije svrstati u kategoriju značajni drugi, nego u kategoriju obitelji. Veliki dio sudionica ovog istraživanja je u braku, a budući da je rezultat na subskali značajni drugi viši nego na preostale dvije subskale, rezultati ovog istraživanja su u skladu s nalazima iz literature i upućuju na činjenicu da bračni partner ima velik utjecaj na zadovoljstvo i kvalitetu života žene oboljele od karcinoma dojke. Bračni partner uglavnom predstavlja neiscrpn izvor podrške što se pozitivno odražava na kvalitetu života oboljelih žena.

Negativna povezanost između anksioznosti i depresivnosti s općom kvalitetom života utvrđena je i u prijašnjim istraživanjima. Da depresivni simptomi mogu bitno narušiti kvalitetu života pacijentica s karcinomom dojke pokazali su istraživanjem Winnie i sur. (2009) čiji rezultati upućuju na visoku prevalenciju depresivnih simptoma kod sudionica te njihovu visoku povezanost s nižom kvalitetom života. I Lueboonthavatchai (2007) u cilju istraživanja prediktora kvalitete života nailazi na visok stupanj depresivnosti kod žena oboljelih od karcinoma dojke. Ovakvi su rezultati razumljivi s obzirom na objektivnu bojazan za vlastiti život uslijed teške dijagnoze koja osim simptoma depresivnosti kod oboljele osobe nerijetko izaziva i anksiozne misli. Dakle, povišena prevalencija depresivnosti i anksioznosti kod sudionica ovog istraživanja je očekivana i u skladu s teorijskom podlogom. Naime, u ovom istraživanju prosječni rezultat na skali depresivnosti, jednako kao i na skali anksioznosti, prema kriterijima DASS skale može se svrstati u blagu depresivnost, odnosno blagu anksioznost.

Potencijalno zabrinjavajući mogu biti pojedinačni rezultati, budući da se čak 20 sudionica prema kriterijima DASS skale može svrstati u skupinu ozbiljne do ekstremno ozbiljne depresivnosti, dok se za anksioznost broj sudionica koje zadovoljavaju taj kriterij penje na čak 25. Budući da ovim istraživanjem nisu prikupljeni podaci o trenutnom statusu bolesti, odnosno fazi liječenja u kojoj se svaka pojedina sudionica nalazi, ne može se utvrditi jesu li te razine depresivnosti i anksioznosti očekivane i normalne ili pak prelaze te okvire i postaju patološke, jesu li prolazne ili perzistentne. Naime, istraživanja pokazuju kako su visoke razine depresivnosti i anksioznosti uobičajene i normalne u kritičnim točkama bolesti, primjerice, kraće vrijeme nakon saznavanja dijagnoze, za vrijeme donošenja važnih odluka u vezi liječenja te u slučaju povratka bolesti nakon remisije. Moguće je da je kod dijela sudionica ovog istraživanja bolest u recidivu, da su tek nedavno saznale za dijagnozu karcinoma ili neku drugu lošu informaciju vezanu za svoju bolest. Nadalje, rezultati brojnih istraživanja upućuju na činjenicu kako mlađi onkološki bolesnici iskazuju više razine depresivnosti i anksioznosti u usporedbi s onkološkim bolesnicima starije životne dobi. I u ovom je istraživanju dob sudionica statistički značajno negativno povezana s depresivnošću i anksioznošću, pri čemu mlađe sudionice izvještavaju o višim razinama depresivnosti i anksioznosti. Gurevich, Devins i Rodin (2002) objašnjavaju to činjenicom da su kod starijih onkoloških bolesnika često udružene i druge kronične bolesti te su stoga starije osobe već naviknute na određena „ograničenja“ zbog bolesti na koja mlađi nisu. Osim toga, mlađe žene imaju još uvijek maloljetnu djecu ili djecu koja su financijski ovisna o njima, radno su sposobne, a zbog bolesti ne mogu raditi, imaju mnogo obaveza, dužnosti i odgovornosti, a bolest ih ograničava u obavljanju istih. Sve ovo može bitno utječe na njihovo psihičko stanje, pojačava depresivnu i anksioznu simptomatologiju, a samim time negativno se odražava i na opću kvalitetu života. Iz svega navedenog proizlazi kako je druga hipoteza samo djelomično potvrđena.

Iako je očekivano suprotno, dob, stupanj obrazovanja, bračni status, postojanje drugih bolesti i vrijeme proteklo od dijagnoze nisu se pokazali statistički značajno povezanim s općom kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke. Moguće je da sama dijagnoza karcinoma dojke za oboljelu osobu predstavlja značajni stresor koji navedene demografske karakteristike „stavlja u drugi plan“. Također je moguće i da se zbog homogenih rezultata na ovim varijablama iste nisu pokazale značajno povezanima s općom kvalitetom života. Primjerice, iako je raspon dobi sudionica od 31 do 78 godina, većina ima između 50 i 60 godina. Nadalje, samo 20% sudionica uz karcinom dojke boluje od neke druge teže ili kronične bolesti, a više od 75% ima

visoku ili višu stručnu spremu. Što se tiče vremena proteklog od inicijalne dijagnoze karcinoma, kod većeg je dijela sudionica prošlo manje vremena (ispod 6 godina).

Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke

Trećom hipotezom ovog istraživanja pretpostavljeno je kako viši ekonomski status, zaposlenje, niža anksioznost i depresivnost, viša percipirana socijalna podrška te viši rezultati na domenama kvalitete života predviđaju višu opću kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke. Hijerarhijskom regresijskom analizom utvrđeno je kako ekonomski status i mentalno zdravlje predstavljaju značajne prediktore opće kvalitete života koji zajedno objašnjavaju 51.4% ukupne varijance opće kvalitete života.

U svrhu kontrole utjecaja sociodemografskih faktora, u prvi korak hijerarhijske regresijske analize uključeni su ekonomski i radni status od kojih se samo ekonomski status pokazao statistički značajnim pozitivnim prediktorom opće kvalitete života. Dakle, rezultati su pokazali kako oboljele žene koje procjenjuju svoje materijalno stanje boljim imaju višu ukupnu kvalitetu života. Ovaj je nalaz u skladu s podacima iz literature koji upućuju na činjenicu kako se razne mjere zdravstvenog stanja, a time i ukupna kvaliteta života poboljšavaju s porastom socioekonomskog statusa (Adler i Conner Snibbe, 2003). Štoviše, ekonomski status je glavna determinanta svih ishoda kod oboljelih od karcinoma, neovisno radi li se o tjelesnom zdravlju ili subjektivnoj dobrobiti (Hoyer i sur., 2011, prema Tessier i sur., 2012). Žene oboljele od karcinoma dojke čiji je financijski status bolji imaju veću mogućnost priuštiti si kvalitetnu liječničku njegu nakon operacije dojke, mogu kupiti lijekove i pomagala te osigurati ostala sredstva koja olakšavaju oporavak, a vraćanje na radno mjesto im nije prioritet kao što je to ženama koje financijski stoje lošije. Istraživanje provedeno na 119 sudionica s karcinomom dojke koje se aktivno liječe, pokazalo je kako su financijske teškoće statistički značajan negativni prediktor opće kvalitete života. Sudionice lošijeg materijalnog statusa bile su pod većim psihološkim pritiskom zbog što bržeg vraćanja na posao nakon operacije dojke, kako bi sebi i svojoj obitelji priskrbile dovoljno sredstava za život (Safae i sur., 2008).

Nadalje, ukupna socijalna podrška predstavlja značajan prediktor kvalitete života u drugom koraku regresijske analize, no, nakon što je uvedena anksioznost ukupna socijalna podrška prestaje biti značajnim prediktorom opće kvalitete života. Budući da su svi ranije navedeni uvjeti za medijaciju bili zadovoljeni, potvrđeno je postojanje medijacijskog utjecaja

anksioznosti u odnosu socijalne podrške i kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke. Doprinos socijalne podrške za objašnjenje kriterija zapravo proizlazi iz činjenice da su žene koje percipiraju socijalnu podršku nižom anksioznije, jer kontrolom anksioznosti koja značajno objašnjava kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke, socijalna podrška više nije značajni prediktor. Dakle, anksioznost je jedno od mogućih objašnjenja, odnosno mehanizama, putem kojeg socijalna podrška ostvaruje svoj utjecaj na opću kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke.

Iako je anksioznost u trećem koraku hijerarhijske regresijske analize značajni prediktor kvalitete života, uvođenjem depresivnosti u četvrtom koraku, anksioznost prestaje biti značajni prediktor. Također, ni depresivnost se nije pokazala statistički značajnim prediktorom, iako se očekivalo suprotno. Naime, anksioznost i depresija često se navode kao prediktori različitih dimenzija kvalitete života kod osoba oboljelih od karcinoma, neovisno o tipu istog. Primjerice, Smith, Gomm i Dickens (2003) otkrili su visoku prediktivnu snagu anksioznosti i depresivnosti na emocionalno i socijalno funkcioniranje te vitalnost, ali ne i na fizičko funkcioniranje. Druga je skupina autora pak pronašla kako i anksioznost i depresija mogu uspješno predvidjeti razinu sva tri tipa funkcioniranja (Arrieta i sur., 2013). Budući da depresivni simptomi poput manjka sna i slabljenja apetita nužno narušavaju fiziološko funkcioniranje, to za posljedicu može imati kroničnu iscrpljenost i smanjenje vitalnost kao jednog od aspekata kvalitete života (Winnie i sur., 2009). Također, depresivnost kao prediktor lošijeg socijalnog funkcioniranja je očekivana i logična ukoliko se u obzir uzme simptomatika depresivnosti, koju obilježava gubitak interesa za različite aktivnosti, povlačenje u sebe te izbjegavanje kontakta s drugim ljudima. Međutim, u ovom je istraživanju kao kriterij uzeta vrijednost samo jedne čestice, tzv. opća kvaliteta života. Moguće je da bi anksioznost i depresivnost bile značajni prediktori pojedinih dimenzija kvalitete života, primjerice, mentalnog zdravlja, fizičkog zdravlja ili socijalne interakcije, ali ne i opće kvalitete života obuhvaćene samo jednom česticom.

U posljednjem koraku regresijske analize uvedene su domene upitnika WHOQOL-Bref te se mentalno zdravlje pokazalo kao jedini značajni prediktor opće kvalitete života, ali i kao medijator između odnosa kvalitete života i drugih prediktora uvedenih u ovom koraku za koje se predviđalo da će biti značajni (domena fizičko zdravlje, domena društvene interakcije i domena okoline). Domena mentalnog zdravlja snažan je pozitivni prediktor opće kvalitete života, što upućuje na činjenicu da veći rezultat na ovoj domeni predviđa jednako tako višu opću kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke. Ovakav rezultat bio je i očekivan, budući da je mentalno zdravlje u podlozi ostvarivanja dobre subjektivne kvalitete života.

Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa svakodnevnim stresom, raditi produktivno i plodonosno, te doprinosti vlastitoj zajednici. Iz same je definicije vidljivo kako je mentalno zdravlje više od odsustva mentalne bolesti, jer uključuje razne pozitivne karakteristike i poželjne ishode, poput samopoštovanja, pozitivne slike o sebi, samoeфикаsnosti, sreće i optimizma (Keyes, 2007). Čestice koje ispituju mentalno zdravlje u upitniku WHOQOL-Bref odnose se na prihvaćanje vlastitog izgleda („*Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?*“), negativne osjećaje („*Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?*“), samopoštovanje („*Koliko ste zadovoljni sobom?*“) itd. Povezanost kvalitete života žena oboljelih od karcinoma dojke i prihvaćanja vlastitog izgleda, slike o sebi, samopoštovanja (Fobair i sur., 2006) te kvalitete života i negativnih osjećaja poput tjeskobe i depresivnosti (Winnie i sur., 2007) te ostalih konstrukata u podlozi mentalnog zdravlja već je dokazana u brojnim istraživanjima, stoga nije iznenađujuće kako mentalno zdravlje, kao nadređena kategorija, dobro predviđa opću kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke.

Ograničenja i važnost provedenog istraživanja te implikacije za buduća istraživanja

Pri generalizaciji dobivenih rezultata, kao i pri usporedbi s drugim istraživanjima u obzir treba uzeti i moguće nedostatke ovog istraživanja. Glavno ograničenje je relativno mali i prigodni uzorak oboljelih žena koje su relativno homogene po nekim karakteristikama (npr. stupanj obrazovanja i dob). Budući da bi realniji uvid u ispitivane probleme pružilo istraživanje na većem uzorku sudionica odabranih što je moguće više po slučaju te heterogenih sociodemografskih karakteristika, ovo je jedna od preporuka za buduća istraživanja.

Nadalje, sve su sudionice članice Udruga koje ženama oboljelim od karcinoma pružaju psihosocijalnu, informacijsku i logističku podršku. Oboljele žene čije je zdravstveno stanje lošije i one hospitalizirane nisu mogle doći u Udrugu ispuniti upitnike, kao ni riješiti iste putem Interneta. Uz to, starije žene koje žive u manjim sredinama, vrlo često i u siromaštvu i socijalnoj izolaciji nisu članice takvih Udruga. Time je onemogućena generalizacija rezultata, ali i izgubljen vrijedan dio podataka koji bi inače ponudio dodatni uvid u kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke. Ono što je specifično za osobe uključene u udruge podrške je da, osim što na ovaj način one primaju podršku, istovremeno i pružaju podršku drugim osobama koje se nalaze u sličnoj situaciji. Istraživanje Browna, Nesea, Vinokura i Smitha (2003) pokazalo je da sudionici više profitiraju od pružanja nego od primanja socijalne podrške,

neovisno o kojoj je vrsti podrške riječ. Također je vjerojatnije da su žene uključene u udruge podrške informiranije u pogledu emocionalnih stanja depresivnosti i anksioznosti koja vrlo često dolaze u komorbiditetu s karcinomom, pa su samim time i spremnije prepoznati ih, a posljedično i potražiti pomoć u usporedbi sa ženama koje nisu članice takvih udruga. Čak štoviše, neke sudionice ovog istraživanja možda i odlaze na psihoterapiju ili uzimaju farmakoterapiju što ovim istraživanjem nije kontrolirano, a buduća bi istraživanja trebala uzeti u obzir. S druge strane, generalno je moguće da sudionici koji su depresivniji, čak i ako su uključeni u Udrugu, češće odbijaju sudjelovanje u istraživanju pa je i ta činjenica mogla utjecati na rezultate.

Nadalje, s obzirom da je istraživanje provedeno djelomično putem Interneta, a djelomično metodom papir-olovka, prepoznata je velika prednost prikupljanja podataka „licem u lice“. Naime, prilikom prikupljanja podataka na mjesečnom sastanku članica Udruge, sudionice su imale nejasnoća i tražile pojašnjenja pojedinih pitanja. Istovremeno se putem e-maila nije javila niti jedna sudionica s pitanjem ili nejasnoćom, usprkos činjenici da je ostavljen kontakt istraživačice uz napomenu kako se slobodno mogu javiti ukoliko imaju pitanja vezana uz istraživanje. Dakle, moguće je da se odsutnošću osobe koja provodi istraživanje smanjila kvaliteta ispunjavanja upitnika. Iz navedenog razloga, ali i zbog same osjetljivosti teme, s etičke je strane najispravnije i preporučljivo za buduća istraživanja provesti prikupljanje podataka isključivo u kontaktu sa sudionicama uživo.

Unatoč heterogenosti uzorka po pitanju vremena koje je proteklo od dijagnoze (od manje od godine dana do više od deset godina), može se pretpostaviti kako su na sudjelovanje u istraživanju pristajale većinom one žene koje su u trenutku istraživanja bile tjelesno sposobne i preboljele su karcinom ili su trenutačno u fazi remisije. Dakle, vrlo je vjerojatno da u istraživanju nisu sudjelovale žene u visokim stadijima bolesti koje imaju vrlo izražene simptome, a tjelesno funkcioniranje im je otežano i za koje se može pretpostaviti da bi eventualno mogle izvijestiti o visokim razinama anksioznosti i depresivnosti, a posljedično i o nižoj kvaliteti života. Buduća bi istraživanja trebala kontrolirati klinički stadij karcinoma dojke, koji se određuje na temelju TNM klasifikacije, pri čemu T označava veličinu tumora, N stupanj proširenosti tumora, a M prisutnost udaljenih metastaza. Budući da klinički stadij određuje postupke liječenja, kao i dugoročnu prognozu oboljenja, jedna je od ključnih varijabli u procjenjivanju kvalitete života oboljelih (Pahljina-Reinić, 2004). U daljnjim istraživanjima bilo bi korisno ispitati i druge varijable koje su se pokazale značajnima u ovoj tematici, poput kronične boli i stila suočavanja (*coping*) te raditi na daljnjem prepoznavanju faktora koji

predviđaju kvalitetu života žena oboljelih od karcinoma dojke kako bi se utjecajem na one faktore koji su promjenjivi posredno moglo utjecati na poboljšanje kvalitete života tih osoba.

Zaključak

U središtu ovog rada jest istraživanje odnosa sociodemografskih karakteristika i karakteristika bolesti, anksioznosti, depresivnosti, percipirane socijalne podrške i domena kvalitete života s općom kvalitetom života žena oboljelih od karcinoma dojke. Temeljem rezultata ovog istraživanja može se zaključiti kako žene oboljele od karcinoma dojke imaju opću kvalitetu života na donjoj granici pretpostavljenog normativnog raspona za svijet koji iznosi 60-80% SM prema teoriji homeostaze subjektivne kvalitete života. Nadalje, rezultati su pokazali da je opća kvaliteta života žena oboljelih od karcinoma dojke pozitivno povezana sa socioekonomskim statusom, ukupnom socijalnom podrškom i domenama upitnika WHOQOL-Bref, a negativno je povezana s radnim statusom, anksioznošću i depresivnošću. Kada su u pitanju prediktori opće kvalitete života, rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize pokazali su kako socioekonomski status i mentalno zdravlje predstavljaju važne prediktore opće kvalitete života. Daljnjim analizama dobiveno je i postojanje medijacijskog utjecaja anksioznosti na odnos socijalne podrške i opće kvalitete života, kao i postojanje medijacijskog utjecaja mentalnog zdravlja na odnos fizičkog zdravlja i opće kvalitete života, društvene interakcije i opće kvalitete života te okoline i opće kvalitete života. Rezultati su od praktične važnosti s obzirom na činjenicu da se u istraživanju važnim pokazalo mentalno zdravlje, kao i medijacijska uloga anksioznosti na odnos socijalne podrške s općom kvalitetom života. Naime, u liječenju onkoloških bolesti često je zanemaren psihološki pristup bolesniku. Iz toga, u konačnici, proizlazi jasna potreba cjelovitog i sveobuhvatnog multidisciplinarnog pristupa koji uključuje suradnju onkologa i psihologa, kao i potreba da se među pacijenticama s karcinomom dojke učini screening na probleme mentalnog zdravlja. U budućnosti bi kvaliteta života trebala postati indikator uspješnosti multidisciplinarnog tretmana i ukazivati na područja u kojima je oboljeloj osobi potrebna podrška.

Literatura

- Adler, N. i Conner Snibbe, A. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 4119-4123.
- Alacacioglu, A., Tarhan, O., Alacacioglu, I., Dirican, A. i Yilmaz, U. (2013). Depression and anxiety in cancer patients and their relatives. *J Buon*, 18(3), 767-774.
- Arrieta, Ó., Angulo, L.P., Núñez-Valencia, C., Dorantes-Gallareta, Y., Macedo, E.O., Martínez-López, D., Alvarado, S., Corona-Cruz, J.F. i Oñate-Ocaña, L.F. (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of surgical oncology*, 20(6), 1941-1948.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York. The Guilford Press.
- Baron, R.M. i Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bulotiene, G., Veseliunas, J. i Ostapenko, V. (2007). Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *BMC Public Health*, 7(1), 124.
- Brown, S., Nesse, R., Vinokur, A. i Smith, D. (2003) Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological science*, 14(4), 320-327.
- Cecil, H., Stanley, M., A., Carrion, P., G. i Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 593-602.
- Cohen, S. i Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-358.
- Cohen, S.D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R.A., Patel, S.S. i Kimmel, P.L. (2007). Social Support and Chronic Kidney Disease: An Update. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14, 335-344.

- Compas, B.E., Ey, S. i Grant, K.E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological bulletin*, 114(2), 323.
- Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55 – 72.
- Cummins, R.A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, 307-334.
- Cummins, R.A. (1997). *Assessing quality of life*. U: Brown, R. I. (Ur.), Quality of life for people with disabilities (str. 116-150). London: Stanley Thornes Publishes Ltd.
- Čufer, T. (2001). Rak dojke. *Medicus*, 10(2), 173 – 178.
- Eckback, M., Benzein, E., Lindberg, M. i Arestedt, K. (2013). The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) – A psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 168-175.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Sage Publications Ltd.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. J. i Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594.
- Fortner, B.V., Stepanski, E.J., Wang, S.C., Kasprovicz, S. i Durrence, H.H. (2002). Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Pain Symptom Manage*, 24(5), 471-480.
- Gregurek, R. i Braš, M. (2008). *Psihoonkologija*. Osijek: Grafika Osijek.
- Gurevich, M., Devins, G.M. i Rodin, G.M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259-281.
- Haring-Hidore, M., Stock, W.A., Okun, M.A. i Witter, R.A. (1985). Marital status and subjective well-being: A research synthesis. *Journal of Marriage and Family*, 47(4), 123-134.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, 12(1), 25-31.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2016., Bilten 41, Zagreb, 2019. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/01/Bilten-2016_zavrsna.pdf Datum pristupanja: 05.05.2019.

- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/nacionalni-program-ranog-otkrivanja-raka-dojke/> Datum pristupanja: 10.02.2019.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. i Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67(4), 1097 – 1117.
- Jakovljević, D. (2004). Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Jokić-Begić, N., Tadinac, M., Hromatko, I. i Lauri Korajlija, A. (2007). The subjective quality of life (SQOL) in gastroenterological patients. *Psychological Topics*, 16(2), 259-274.
- Jurić, S., Jonjić, D. i Miličević, J. (2016). Kvaliteta života onkoloških bolesnika. *Sestrinski glasnik*, 21(2), 132-136.
- Kaliterna Lipovčan, L., Burušić, J., i Tadić, M. (2012). Indikatori kvalitete življenja. U: Božičević V., Brlas S. i Gulin M., urednici. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije, 437-444.
- Kamp Dush, C.M. i Amato, P.R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 607-627.
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F. i Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care*, 16(1), 17-25.
- Keyes, C.L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95.
- Kim, J., Han, J. Y., Shaw, B., McTavish, F. i Gustafson, D. (2010). The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *Journal of health psychology*, 15(4), 543-552.

- Kisinger, S.W., Laurenceau, J.P., Carver, C.S. i Antoni, M.H. (2011). Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. *Psychology and Health*, 26(12), 1571–1588.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guildford Press.
- Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma kvaliteta života. *Primijenjena psihologija*, 10(3), 179-184.
- Leung, J., Pachana, N.A. i McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1014-1020.
- Lovibond, S.H. i Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression and Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Lučev, I. i Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj: povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, 24(12), 67-89.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of Medical Association of Thailand*, 90(10), 2164.
- Mahar, K.K., BrintzenhofeSzoc, K. i Shields, J.J. (2008). The impact of changes in employment status on psychosocial well-being: a study of breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*, 26(3), 1-17.
- Markanović, D. i Jokić-Begić, N. (2011). Kvaliteta života psihički bolesnih osoba. U: Vuletić, G. (Ur.), *Kvaliteta života i zdravlje* (126-157). Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku.
- Martinis, T. (2005). Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- 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.

- 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.
- Mohajjel, A.A., Sannat, Z., Hassankhani, H. i Kochaki, N.Z. (2013). Self-efficacy in breast cancer patients: A systematic review. *Int Res J Basic Appl Sci*, 4(5), 1007-1013.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology*. United Kingdom: McGraw-Hill Education.
- Pahljina-Reinić, R. (2004). Psihosocijalna prilagodba na rak dojke. *Psihologijske teme*, 13, 69-90.
- Pešić, I., Krstić, M., Pavlović, M., Ilić, D. i Dimitrios, K. (2007). Hormonska senzitivnost tumora kod bolesnica s rakom dojke. *Acta Medica Medianae*, 46(2), 25-30.
- Pinjatela, R. (2008). Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44(2), 79-98.
- Przedziecki, A., Sherman, K.A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E. i Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology*, 22(8), 1872-1879.
- Radić, M., Belac-Lovasić, I., Redžović, A., Pavlović, S. i Dobrila-Dintinjana, R. (2015). Nuspojave sistemskog liječenja karcinoma. *Medicina Fluminensis*, 51(3), 332-339.
- Rambod, M. i Rafii, F. (2010). Percieved social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 242-249.
- Reich, M., Lesur, A. i Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1), 9-17.
- Reić Ercegovac, I. i Penezić, Z. (2012). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa. U: Proroković, A., Čubela Adorić, V., Penezić, Z. i Tucak Junaković, I. (Ur.). Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 6 (15-22). Zadar: Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju.
- Reyes-Gibby, C.C., Anderson, K.O., Morrow, P.K., Shete, S. i Hassan, S. (2012). Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of women's health*, 21(3), 311-318.
- Reynolds, P. i Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16, 101 – 110.

- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, H.R. i Pourhoseingholi, M.A. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3), 107.
- Serlin, I.A., Classen, C., Frances, B. i Angell, K. (2000). Symposium: Support groups for women with breast cancer: Traditional and alternative expressive approaches. *The Arts in Psychotherapy*, 27(2), 123-138.
- Shen, F.R., Liu, M., Zhang, X., Feng, Y.H., Zhou, L.S. i Chen, Y.G. (2012). Health-related quality of life among breast cancer patients and its influencing factor in a Chinese population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3747-3750.
- Skevington, S.M., Lotfy, M. i O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299 – 310.
- Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, B.L., Loftus, G.R., Bem, D.J. i Maren, S. (2007). *Uvod u psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Smith, E.M., Gomm, S.A. i Dickens, C.M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 17, 509-513.
- Spiegel, D. i Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological psychiatry*, 54(3), 269-282.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J. i Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888-891.
- Stark, D.P. i House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83, 1261-1267.
- Strnad, M. i Šogorić, S. (2014). Rano otkrivanje raka u Hrvatskoj. *Acta Medica Croatica*, 64(5), 461-467.
- Šincek, D. i Vuletić, G. (2011). Važnost socijalne podrške za kvalitetu života: Istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini. U: Vuletić, G. (Ur.), *Kvaliteta života i zdravlje (52-72)*. Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku.

- Šprah, L. i Šoštarić, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiology and Oncology*, 38(1), 35-42.
- Tessier, P., Lelorain, S. i Bonnaud-Antignac, A. (2012). A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long term breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 21, 692-700.
- Timperi, A.W., Ergas, I.J., Rehkopf, D.H., Roh, J.M., Kwan, M.L. i Kushi, L.H. (2013). Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1411-1420.
- Vrdoljak, E., Krajina, Z., Šamija, M., Kusić, Z., Petković, M. i Gugić, D. (2013). *Klinička onkologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Vuk Pisk, S., Filipčić, I., Bogović, A., Milovac, Ž., Todorčić Laidlaw, I. i Caratan, S. (2017). Maligne bolesti i psihički poremećaji Σ prevalencija, mortalitet, terapijski izazov. *Socijalna psihijatrija*, 45(3), 187-201.
- Vukojević, M., Perić, I. i Kordić, M. (2012). Anksioznost i depresivnost kod onkoloških bolesnika u Sveučilišnoj kliničkoj bolnici Mostar. *Liječnički vjesnik*, 134, 208-214.
- Vukota, Lj. i Mužinić, L. (2015). Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke. *JAHŠ*, 1(2), 97-106.
- Vuletić, G. (2013). Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru, (7), 213-222.
- Vuletić, G. i Misajon, R. (2011). Subjektivna kvaliteta života: povijesni pregled. U: Vuletić, G. (Ur.), Kvaliteta života i zdravlje (9-16). Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku.
- Vuletić, G. (2004). Generacijski i transgeneracijski čimbenici kvalitete života vezane za zdravlje studentske populacije. Disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- 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.

- Waxler-Morrison, N., Hislop, T.G., Mears, B. i Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Social Science and Medicine*, 33(2), 177-183.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Winnie, K.W., Marsh, G., Ling, W.M, Leung, F.Y., Lo, C.K., Yeung, M. i Li, G.K.H. (2009). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17-2.