



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Јагода Р. Гавриловић

**Анализа утицаја осећаја наде и степена
резилијентности на појаву анксиозности код
пацијенткиња оболелих од карцинома дојке**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2023.године



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Jagoda R. Gavrilović

**Analiza uticaja osećaja nade i i stepena
rezilijentnosti na pojavu anksioznosti kod
pacijentkinja obolelih od karcinoma
dojke**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2023.godine



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Jagoda R. Gavrilovic

**Analysis of influence of the feeling of hope and
the degree of resilience on the occurrence of
anxiety in patients with breast cancer**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2023.

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Аутор
Име и презиме: Јагода Р. Гавриловић
Датум и место рођења: 15.03.1973., Крагујевац
Садашње запослење: Асистент на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу
Докторска дисертација
Наслов: Анализа утицаја осећаја наде и степена резилијентности на појаву анксиозности код пацијенткиња оболелих од карцинома дојке
Број страница: 102
Број : 35 табела, 121 графикон
Број библиографских података: 280
Установа и место где је рад израђен: Универзитетски клинички центар, Крагујевац
Научна област (УДК): медицина
Ментор: Проф др. Драгана Игњатовић-Ристић , редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Оцена и одбрана
Датум пријаве теме: 18.06.2020.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-03-830/5, 18.11.2020.
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњеност услова кандидата: <ol style="list-style-type: none">Доц. др Чедо Миљевић, доцент за ужу научну област Психијатрија, Медицински факултет, Универзитета у Београду, председник;Проф. др Слободанка Митровић, ванредни професор за ужу научну област Патолошка анатомија, Факултет медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу, члан;Доц. др Биљана Поповска-Јовичић, доцент за ужу научну област Инфективне болести, Факултет медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу, члан
Комисија за оцену и одбране докторске дисертације: <ol style="list-style-type: none">Доц. др Чедо Миљевић, доцент за ужу научну област Психијатрија, Медицински факултет, Универзитет у Београду, председник;Проф. др Слободанка Митровић, редовни професор за ужу научну област Патолошка анатомија, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, члан;Проф. др Биљана Поповска-Јовичић, ванредни професор за ужу научну област Инфективне болести, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, члан
Датум одбране дисертације:

IDENTIFIKACIONA STRANICA DOKTORSKE DISERTACIJE

Autor
Ime i prezime: Jagoda Gavrilović
Datum i mesto rođenja: 15.03.1973.
Sadašnje zaposlenje: asistent na fakultetu Medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu
Doktorska disertacija
Naslov: Analiza uticaja osećaja nade i stepena rezilijentnosti na pojavu anksioznosti kod pacijentkinja obolelih od karcinoma dojke
Broj stranica: 102
Broj slika: 35 tabela, 121 grafikon
Broj bibliografski podataka: 280
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Univerzitetski klinički centar, Kragujevac
Naučna oblast (UDK): medicina
Mentor: Prof dr. Dragana Ignjatović-Ristić , redovni profesor za užu naučnu oblast Psihijatrija, Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu
Ocena i odbranu
Datum prijave teme: 18.06.2020.
Broj odluke I datum prihvatanja teme doktorske disertacije: IV-03-830/5, 18.11.2020.
Komisija za ocenu naučne zasnovanosti teme i ispunjenost uslova kandidata: <ol style="list-style-type: none">1. Doc. dr Čedo Miljević, docent za užu naučnu oblast Psihijatrija, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, predsednik;2. Prof. dr Slobodanka Mitrović, vanredni profesor za užu naučnu oblast Patološka anatomija, Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu, član;3. Doc. dr Biljana Popovska-Jovičić, docent za užu naučnu oblast Infektivne bolesti, Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu, član
Komisija za ocenu i odbranu doktorske disertacija: <ol style="list-style-type: none">1. Doc. dr Čedo Miljević, docent za užu naučnu oblast Psihijatrija, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, predsednik;2. Prof. dr Slobodanka Mitrović, redovni profesor za užu naučnu oblast Patološka anatomija, Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, član;3. Prof. dr Biljana Popovska-Jovičić, vandredni profesor za užu naučnu oblast Infektivne bolesti, Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, član
Datum odbrane disertacija

IDENTIFIKACIONA STRANICA DOKTORSKE DISERTACIJE NA ENGLLESKOM JEZIKU

Author
Name and surname: Jagoda Gavrilović
Date and place of birth: 15.03.1973.
Current employment: : Assistant at the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Doctoral Dissertation
Title: Analysis of the influence of the feeling of hope and the degree of resilience on the occurrence of anxiety in patients with breast cancer
No. of pages: 102
No. of images: No. of table: 35; No. of graph: 121
No. of bibliographic data: 280
Institution and place of work: University Clinical Center, Kragujevac
Scientific area (UDK): medicine
Mentor: Prof.dr Dragana Ignjatović-Ristić , full professor for the narrow scientific field of Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Grade and Dissertation Defense
Topic Application Date: 18.06.2020.
Decision number and date of acceptance of the doctoral: IV-03-830/5, 18.11.2020.
Commission for evaluation of the scientific merit of the topic and the eligibility of the candidate: <ol style="list-style-type: none">1. Asst. Čedo Miljević, assistant professor for the narrow scientific field of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Belgrade, president2. Prof. dr Slobodanka Mitrović, associate professor for the specialized field of Pathological Anatomy, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, member3. Doc. dr Biljana Popovska Jovičić, assistant professor for the narrow scientific field of Infectious Diseases, Faculty of Medical Sciences, University of
Commission for evaluation and defense of doctoral: <ol style="list-style-type: none">1. Asst. Čedo Miljević, Ph.D., assistant professor for the narrow scientific field of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Belgrade, president;2. Prof. dr Slobodanka Mitrović, full professor for the specialized field of Pathological Anatomy, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, member;3. Prof. dr Biljana Popovska-Jovicic associate professor for the narrow scientific field of Infectious Diseases, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, member
Date of Dissertation Defense:

ЗАХВАЛНИЦА

Докторску дисертацију је било немогуће израдити без дивних људи, којима овом приликом желим да се захвалим.

Велику захвалност дугујем свом ментору, проф. др Драгани Игњатовић Ристић на указаном поверењу, на несебичној помоћи, подршци и сугестијама приликом израде докторске дисертације.

Милошу, Марији и Милици велико хвала, без ваше помоћи све би било много теже и компликованије.

Захваљујем се својој породици, ово је наш заједнички успех. Свом супругу, на љубави и подршци коју ми пружа. Захваљујем се јединој искреној покретачкој снази и инспирацији у животу, својој деци, Теодори и Богдану.

Без љубави, подршке и разумевања свих вас, никада на би била ту где јесам.

САЖЕТАК

Увод: Карцином дојке и хронични хепатитис Б представљају озбиљан глобални здравствени проблем, који сем утицаја на физичко могу имати значајан утицај на ментално здравље жене.

Циљ истраживања: је био детаљна анализа повезаности анксиозности, наде и резилијентности у оквиру и између различитих популација, праћењем утицаја додатних чиниоца који би потенцијално могли да утичу и модификују претпостављену везу ових феномена.

Методологија: Истраживање је реализовано по типу клиничке, аналитичке, проспективне, опсервационе студије у УКЦ Крагујевац и обухватало је болеснице које болују од карцинома дојке и болеснице које болују од хроничног хепатитиса Б.

Резултати: Испитивање је обухватило 110 пацијенткиња, од којих је 72 односно 65,5% било у групи оних који болују од карцинома дојке а 38 односно 34,5% у групи пацијенткиња са хепатитисом Б. Просечна вредност улазног скорa за индекс наде износила $39,04 \pm 6,78$ а излазног $40,05 \pm 5,62$. Просечна вредност улазног BRS је износила $3,19 \pm 0,81$, а излазног $3,24 \pm 0,91$.

Закључак: У нашем истраживању нађен је висок ниво наде. Пацијенткиње су испољавале средњи ниво резилијентности. 38,9 % болесница са карциномом дојке имало клинички значајне нивое S анксиозности а 37 % O анксиозности. Постоји јака и позитивна повезаност између осећаја наде и резилијентности. Постоји јака и негативна повезаност између осећаја наде и анксиозности. Постоји умерено јака и негативна повезаност између резилијентности и анксиозности.

Кључне речи: карцином дојке, хронични хепатитис Б, нада, ХХИ, резилијентност, BRS, анксиозност, СТАИ

SUMMARY

Introduction: Breast cancer and chronic hepatitis B are serious global health problems that, in addition to their physical effects, can have a significant impact on women's mental health.

The aim of this study was to perform a detailed analysis of the association between anxiety, hope and resilience in and among different populations and to observe the influence of additional factors that could potentially influence and modify the hypothesised association between these phenomena.

Methodology: The study was conducted as a clinical, analytical, prospective, observational study at UKC Kragujevac and the involved patients with breast cancer and patients with chronic hepatitis B.

Results: The study included 110 patients, of whom 72 (65.5%) were in the breast cancer group and 38 (34.5%) were in the hepatitis B group. The mean Hope index input was 39.04 ± 6.78 and the mean output was 40.05 ± 5.62 . The mean BRS input was 3.19 ± 0.81 and the output was 3.24 ± 0.91 .

CONCLUSION: A high level of hope was found in this study. Patients showed an average level of resilience. Out of all breast cancer patients, 38.9% had clinically significant levels of S anxiety and 37% of O anxiety. There was a strong and positive correlation between feelings of hope and resilience. There was a strong negative correlation between feelings of hope and anxiety. There was a moderately strong negative correlation between resilience and feelings of anxiety.

Keywords: breast cancer, chronic hepatitis B, hope, HHI, resilience, BRS, anxiety, STAI

САДРЖАЈ

1. УВОД	1
1.1. Карцином дојке	1
1.1.1. Епидемиологија карцинома дојке	1
1.1.2. Фактори ризика за настанак карцинома дојке	2
1.1.3. Карцином дојке и ментални поремећаји	3
1.2. Хронични хепатитис Б	4
1.2.1. Епидемиологија хроничног хепатитиса Б	4
1.2.2. Хронични хепатитис Б и ментални поремећаји	5
1.3. Клиничке карактеристике анксиозности.....	6
1.3.1. Анксиозност.....	6
1.3.2. Карцином дојке и анксиозност	6
1.4. Заштитни фактори	8
1.4.1. Нада	8
1.4.2. Психолошка отпорност (резилијентност)	9
2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА И РАДНЕ ХИПОТЕЗЕ	11
2.1. Циљеви студије	11
2.2. Хипотезе студије	11
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДОЛОГИЈА	11
3.1. Дизајн студије	12
3.2. Популација која се истражује	12
3.3. Узорак популације	12
3.4. Снага студије и величина узорка	12
3.5. Протокол траживања	13
3.6. Инструменти за прикупљање података.....	13
3.6.1.1. Социодемографски упитник	13
3.6.1.2. „Упитник анксиозности као стања и особине личности “	13
3.6.1.3. Упитник „Херт индекс наде “	14
3.6.1.4. Упитник „Кратка скала резилијентности “	15
3.6.1.5. Упитник „EORTC QLQ C30“	15
3.6.1.6. Упитник „EORTC QLQ BR-23“	16
3.6.1.7. Упитник „Chronic Liver Disease Questionnaire -CLDQ “	16
3.7. Варијабле мерене у истраживању	16
3.8. Статистичка обрада података	16
4. РЕЗУЛТАТИ... ..	18
4.1.1. Опште карактеристике болесница	18
4.1.2. Социјалне интеракције.....	22
4.1.3. Претраживање интернета.....	27
4.1.4. Религиозност... ..	28
4.1.5. ХЕРТ ИНДЕКС НАДЕ (НИ)	29
4.1.6. КРАТКА СКАЛА ОТПОРНОСТИ (BRS)	32

4.1.7. STAI.....	34
4.2.1. Анализа наде, резилијентности и анксиозности у односу на дијагнозу	34
4.2.2. Анализа наде, резилијентности и анксиозности у односу на старост пацијенткиња са карциномом дојке	35
4.2.3. КОРЕЛАЦИЈЕ ИЗМЕЂУ НАДЕ, РЕЗИЛИЈЕНТНОСТИ И АНКСИОЗНОСТИ... ..	36
4.2.3.1. Нада и резилијентност... ..	36
4.2.3.2. Нада и анксиозност... ..	37
4.2.3.3. Резилијентност и анксиозност... ..	38
4.3. АНАЛИЗА НАДЕ	39
4.3.1. На почетку терапије	39
4.3.2. На крају терапије	42
4.4. АНАЛИЗА РЕЗИЛИЈЕНТНОСТИ... ..	45
4.4.1. На почетку терапије	45
4.4.2. На крају терапије	48
4.5. АНАЛИЗА АНКСИОЗНОСТИ... ..	50
4.5.1. Анализа анксиозности као стања	50
4.5.1.1. На почетку терапије.....	50
4.5.1.2. На крају терапије.....	53
4.5.2. Анализа анксиозности као особине	56
4.5.2.1. На почетку терапије	56
4.5.2.2. На крају терапије.....	59
4.6. АНАЛИЗА РАЗЛИКЕ ИЗМЕЂУ УЛАЗНИХ-ИЗЛАЗНИХ ВРЕДНОСТИ.....	61
4.6.1. Херт индекс наде	61
4.6.2. Кратка скала отпорности.....	62
4.6.3. STAI.....	62
4.7. ОДГОВОР НА ХИПОТЕЗЕ РАДА	63
4.7.1. Хипотеза 1.....	63
4.7.2. Хипотеза 2.....	64
4.7.3. Хипотеза 3.....	65
4.7.4. Хипотеза 4.....	65
4.7.5. Хипотеза 5.....	66
4.7.6. Хипотеза 6.....	67
4.7.7. Хипотеза 7.....	68
4.7.8. Хипотеза 8.....	68
4.7.9. Хипотеза 9.....	69
5. ДИСКУСИЈА	71
5.1. Постојање симптома анксиозности	71
5.2. Ниво наде.....	75
5.3. Резилијентност... ..	79
5.4. Међусобни однос наде, резилијентности анксиозности.....	82
5.5. Ограничења студије	84
6. ЗАКЉУЧЦИ.....	85
7. ЛИТЕРАТУРА	86

1. УВОД

Карцином дојке и хронични хепатитис Б представљају озбиљан глобални здравствени проблем, посебно због чињенице да обе болести имају епидемијски карактер. На значај проблема указује податак да приближно код 1 од 8 жена ће током живота бити дијагностикован рак дојке а 1 од 39 жена ће умрети од рака дојке као и податак да се годишње региструје 1,5 милион нових случајева хроничног хепатитиса Б (1).

Сем утицаја на физичко здравље дијагноза рака дојке или хроничног хепатитиса Б можеи мати значајан утицај на ментално здравље жене, а није неуобичајено да жене доживе различите психопатолошке реакције. Проблеми менталног здравља могу утицати на способност жене да се носи са својом болешћу и на њен укупан квалитет живота. Психолошке последице ових болести се често не препознају и не лече или занемарују јер је фокус углавном на лечењу физичке болести.

1.1. Карцином дојке

1.1.1. Епидемиологија карцинома дојке

Рак дојке најчешће је дијагностикован малигнитет широм света и уједно једно од најчешћих малигних обољења код жена са значајним утицајем на здравље и добробит жена и важан узрок преране смрти (2,3). У већини земаља света чини око 24,5% свих случајева рака и 15,5% смртних случајева од рака (4).

Према проценама Светске здравствене организације рак дојке је водећа врста рака у 2020. током које је регистровано 2,3 милиона жена са дијагнозом рака дојке и 685 000 умрлих широм света (5).

Преко 70% свих новодијагностикованих случајева рака дојке и 81% свих смртних случајева због малигнитета дојке регистровано је у старосној групи преко 50 година а највећа инциденца забележена је код жена старости од 60 до 69 година (6).

И код жена у европском региону рак дојке је најчешћа врста рака, са процењеном инциденцом од 531.000 у 2020. У Европи се 21% случајева рака дојке јавља код жена које су млађе од 50 година, у доби од 50 до 64 године 35% а преостали случајеви код жена изнад овог узраста. Током 2020. у европском региону је због рака дојке умрло 142.000 жена (7).

Према последњим подацима Института за јавно здравље Србије у Републици Србији, 2020. године регистровано је 4368 новооболеле и 1782 умрле жене од рака дојке. Стопа оболевања од рака дојке код жена у Републици Србији износила је 64,5 на 100.000, а стопа умирања 20,3 на 100.000 жена (8).

Рак дојке је и у Србији најчешћи малигни тумор у женској популацији, чини 23,5 % оболевања и 18,1% смрти код жена (9).

Стопе инциденце рака дојке варирају широм света. Највише стопе инциденце (>80 на 100.000) су регистроване у Северној Америци, Аустралији, Западној Европи и Северној Европи а најниже стопе (<40 на 100.000) у Централној Америци, Источној и Средњој Африци и Централној Азији (10).

У европском региону највише стопе новооболелих од рака дојке уочене су код жена у Белгији и у Холандији, а најниже у Турској и у Молдавији (10).

Стопе умирања од рака дојке у Европи биле су највише код жена у Црној Гори (23,9) и у Србији (20,0), док су најниже у Шведској (12,0) и у Шпанији (10,6) (11).

Србија је земља са средњим ризиком оболевања и заузима 20. место међу 40 земаља Европе (12).

У читавом свету последњих 30 година инциденца јављања карцинома дојке показује константни тренд пораста за 3,1% на годишњем нивоу.

Повећана инциденца рака је последица више фактора, као што су пораст броја становништва, продужење животног века, повећање броја фактора ризика који су повезани са социјалним и економским развојем (13).

Морталитет од рака дојке у развијеним земљама је у благом паду што представља резултат чешћег откривања болести у раном стадијуму захваљујући организованом скринингу на рак дојке и бољој ефикасности терапије која се примењује (14,15).

Због неефикасног скрининга и касније започетог лечења у земљама у развоју и неразвијеним земљама морталитет од рака дојке је и даље висок (16,17). У Србији рак дојке се, у поређењу са развијеним земљама, открива код већег процента жена у одмаклом стадијуму болести.

1.1.2. Фактори ризика за настанак карцинома дојке

Рак дојке је мултифакторијална болест и бројни фактори доприносе њеном настанку (18,19).

Женски пол је најјачи фактор ризика, 0,5-1% карцинома дојке јавља се код мушкараца (20).

Најважнији познати фактор ризика за рак дојке, после пола, је старост (21).

Са годинама старости расте и стопа инциденце рака дојке и достиже врхунац у доба менопаузе, а затим се постепено смањује или остаје константа (22).

Гојазност се често наводи као фактор ризика за карцином дојке, при чему постоји позитивна веза између гојазности и рака дојке код жена у постменопаузи и инверзна повезаност код жена у пременопаузи (23,24).

Конзумирање алкохола представља значајан ризик од рака дојке, посебно код жена у постменопаузи (25). Већи ризик од рака дојке повезан је и са пушењем (26).

Репродуктивна историја, рана менакса и каснија менопауза и нулипаратет су повезани са већим ризиком од карцинома дојке, док је рана трудноћа повезана са смањеним ризиком од ове болести (27). Повећани ризика од рака дојке повезан је са употребом различитих препарата за замену хормона са већим ризицима при примени комбинованих препарата и дужег трајања употребе (28). Употреба оралних контрацептивних пилула је повезана са повећаним ризиком од развоја овог карцинома (29,30).

Породична историја малигнитета дојке увећава вероватноћу да жена развије ову врсту болести (31,32).

Студије су показале да код жена са породичном историјом рака дојке, посебно код рођака у првом степену сродства, којима је дијагностикован рак дојке пре 40. године живота, 10-годишњи апсолутни ризик од развоја рака дојке достиже 14,1% (33).

Већина жена са дијагнозом рака дојке нема познату породичну историју болести иако одређене наследне мутације гена повећавају ризик од рака дојке, а најдоминантније БРЦА 1 и БРЦА 2 (34,35).

Присуство фактора ризика не значи обавезан развој болести (1). Фактор ризика се може утврдити код 58% случајева карцинома дојке док код 42 % жена фактор ризика је непознат, не може се са сигурношћу утврдити да ли је одређени фактор ризика крив за настанак карцинома (36). Поред изложености различитим факторима ризика од посебног значаја је индивидуална осетљивост као и синергизам између фактора ризика.

1.1.3. Карцином дојке и ментални поремећаји

Психијатријски поремећаји погађају 30-40 % људи са дијагнозом рака (37).

Постављање дијагнозе рака дојке за многе жене може бити трауматично искуство, које представља озбиљну претњу психолошкој и емотивној стабилности особе која се суочава са болешћу (38).

Пацијенткиње оболеле од карцинома пролазе кроз драматичне животне промене. Погођена су све сфере живота, психолошка, породична, социјална, професионална функција (39).

Жена на дијагнозу рака може одговорити емоционалном нестабилношћу, осећајем губитка контроле над сопственим животом, нарушеним самопоштовањем, осећајем губитка женствености и физичке привлачности, симптомима депресије и анксиозности. Лечење карцинома дојке најчешће обухвата хируршку интервенцију (поштедна или тотална мастектомија), хемиотерапију и зрачење, али и нежељене ефекте тих третмана, хронични умор, бол, мучнину, губитак косе, измењену телесну слику и оштећење когнитивних функција.

Карцином дојке и његово лечење могу да доведу до промена у друштвеним односима, немогућности за рад, промене у породичним односима (улога мајке и жене), финансијског оптерећења за многе жене и њихове породице што представља додатни извор стреса (40,41,42).

Рецидиви или метастазе могу се појавити и после десет година од примарне дијагнозе, што значи да пацијенткиња мора бити подвргнута праћењу током дужег периода а самим тим изложена неизвесности и хроничном стресу.

Истраживања су показала да је ниво психичког стреса и преваленција анксиозних поремећаја већа код жена са карциномом дојке у поређењу са женама без дијагнозе карцинома (43).

Соматска болест сама по себи је узрок физичког стреса где симптоми а посебно бол с једне стране а с друге стране инвазивне (дијагностичке и терапијске) процедуре исцрпљују организам. Психолошки стрес потиче из схватања особе да дијагноза подразумева болест опасну по живот која са собом носи бројне последице (44).

Осећај беспомоћности и безнадежности уз страх од смрти, страх од будућности и инвалидитета су често присутни (45,46).

Жене са раком дојке могу искусити анксиозност, која се може манифестовати као претерана забринутост, немир или напади панике. Неизвесност у погледу будућности, страх од рецидива и забринутост због утицаја рака на њихове животе могу допринети настанку анксиозности (47). Повишена анксиозност може да траје много година након завршетка лечења (48).

Лечење карцинома поред свог утицаја на остале аспекте живота утиче и на женственост, изглед жене и њену привлачност, сексуалност, могућности рађања и дојења деце (49,50). Хемиотерапија има значајан утицај и узрокује поремећај сексуалне функције, код младих жена превремене менопаузе узрокује смањење сексуалне жеље, потешкоће код сексуалног односа што резултира смањеном учесталошћу секса и смањен интензитет оргазма што има значајан утицај на партнерске односе и може довести до њиховог поремећаја и отуђења (51).

Инциденца сексуалне дисфункције код младих жена са карциномом дојке може да износи 50 до 75 % и може да траје годинама након завршеног лечења (52,53,54).

И поред напретка у раној дијагностици и лечењу карцинома, већем преживљавању, продужењу живота, за велики број људи дијагноза „рак“ најчешће и даље симболизује патњу, бол и смрт (55).

Болест, сем оболеле жене, утиче на све чланове њене породице, породичне односе, неретко смањује блискост и повезаност међу члановима породице и изазива међусобно отуђење (56).

На настанак психопатолошких реакција утичу вишеструки социо-демографски фактори (57).

Врста и интензитет испољених емоционалних реакција су условљени како карактеристикама самих болесница и болести тако и карактеристикама околине.

Социо-демографске карактеристике жена као што су старост, ниво образовања, брачни статус, радни статус, висина месечних прихода, религиозност су неки од фактора који одређују како тип тако и интензитет психопатолошког поремећаја (58).

Подршка, од стране породице, партнера, рођака, пријатеља, колега има велики утицај на емоционално стање жене. Клиничке карактеристике болести, стадијум тумора, прогноза, присуство соматских симптома изазваних болешћу или лечењем, модалитет онколошког лечења (хируршка интервенција, хемиотерапија, радиотерапија, хормонска терапија, имуномодулаторна терапија) су такође од великог значаја. Ранија истраживања указују да је анксиозност је већа код млађих жена, са нижим образовним нивоом, код оних са лошом социјалном подршком, код удатих жена које немају добру комуникацијом са партнерима и имају лоше брачне односе (59,60).

Груди представљају симбол женске лепоте и сексуалности тако да њихов губитак или изобличење женама са карциномом дојке повећава ризик од стреса и развоја психолошких последица у односу на пацијенткиње којима је дијагностикован неки други тип тумора (61,62,63).

Сем тога болест се јавља у ранијем узрасту него друге врсте карцинома што такође доприноси развоју анксиозности (64).

Неки од фактора ризика за психопатолошке реакције, депресију и анксиозност су ранији анксиозни или депресивни поремећај, млађи узраст при постављању дијагнозе, израженост соматских симптома, низак ниво социјалне подршке, страх од смрти, измењена телесна слика, измене у сексуалности и сексуалном функционисању, коморбидитети (65,66,67,68). Раније студије су показале да су код жена на хемиотерапији умор, промена телесне тежине, алопеција, потешкоће у сексуалном животу повезане са вишим нивоом анксиозности и депресије (69).

Психолошки поремећаји негативно утичу на прихватање болести, лечење, прогресију рака и исход болести, односно на морбидитет и морталитет (70,71,72).

1.2. Хронични хепатитис Б

1.2.1. Епидемиологија хроничног хепатитиса Б

Хронична хепатитис Б вирусна инфекција је и даље представља значајан фактор морбидитета и морталитета у читавом свету, и поред ефикасне превенције, вакцине која је безбедна, доступна и ефикасна, и повезана је са настанком компликација као што су цироза јетре, хепатоцелуларни карцином и инсуфицијенција јетре, које се могу јавити код 15 до 40 % оболелих (73).

Глобална преваленца хроничне ХБВ-а инфекције у 2019. години је износила 4,1% при чему је највиша преваленца, 7,1%, регистрована у региону западног Пацифика а најнижа, 1,1%, у Европи (74).

Према подацима СЗО у 2019. години 296 милиона људи је живело са хроничном инфекцијом, при чему је 1,5 милион новорегистрованих случајева на годишњем нивоу (75,76). Процењено је да је 820.000 смртних случајева у 2019. години повезано са хепатитисом Б углавном као последица цирозе и хепатоцелуларног карцинома (75).

У Србији, током десетогошњег периода посматрања, 2011–2020., регистрован је тренд опадања оболевања од хроничног хепатитиса Б. Највиша стопа оболевања забележена је 2013. године – 4,1/100.000 становника (293 регистрована случаја). 2020. године регистрован је 41 случај оболевања од хроничног хепатитиса Б (0,59/100.000 становника) (77). Највећа стопа оболевања регистрована је у узрасној групи од 50 до 59 година. У узрастима 20–29 година и 50-59 година се бележи виша узрасно-специфична стопа међу особама женског док је у осталим узрасним категоријама болест чешћа код особа мушког пола.

Код 89,5% оболелих фактор ризика за настанак инфекције је непознат, 2,6% наводе незаштићени сексуални однос са HBsAg позитивним особама док су медицинске или стоматолошке интервенције наведене 7,9% случајева (77).

1.2.2. Хронични хепатитис Б и ментални поремећаји

Код особа које живе са хроничним хепатитисом Б, поред нарушеног физичког здравља, угрожено је психичко и социјално функционисање (78,79). Карактеристика хроничног хепатитиса Б је да дуго не даје никакве или даје минималне тегобе те је израженији утицај на психолошко и социјално функционисање него на физичко благостање (80).

Постављање дијагнозе ХБВ-а суочава пацијенте са чињеницом да се ова болест ретко може у потпуности излечити упркос дуготрајној, понекад и доживотној антивирусној терапији. Такође сазнање о могућности преношења инфекције и настанка озбиљних компликација може довести до настанка беса, љутње, страха, депресије, анксиозности (81).

Већина људи не поседује адекватне информације о болести, етиологији, начину и путевима преноса и могућностима лечења (82). Заблуде и нетачне информације о извору инфекције, начину преношења, лечењу, прогнози и компликацијама болести могу довести до психолошких тегоба нарочито у време постављања дијагнозе (83).

Услед непознавања начина преношења инфекције пацијенти се, неретко, аутоматски оптужују за друштвено неприхваћена понашања као што је дрогирање или разврат што код оболелих може изазвати осећај срамоте, стида и кривице (84,85).

Присутан је и страх од преношења болести на потомство, породицу, пријатеље и колеге, страх од стигматизације и одбацивања од стране како блиских особа тако и здравствених радника (86).

Ово води социјалној изолацији, често самонаметнутој, усамљености, настанку безнађа што још више доприноси настанку психопатолошких реакција (87).

Анксиозност се често јавља и обично је удружена са појавом симптома који су последица прогресије болести јетре (88). Студија је показала да је 76 % пацијената са хроничним хепатитисом Б у Аустралији испољавало симптоме анксиозности (89).

Узраст, пол, ниво образовања, брачни статус и трајање лечења су фактори ризика за настанак стреса у студији Kong и сарадника. Неудате особе женског пола старости 31 до 40 година су у овој студији биле под посебним ризиком за настанак психолошког дистреса (90).

Diagne и сарадници су нашли да је 41,5 % испитаника са хроничним хепатитисом испољавало знаке анксиозности при чему су значајни предикторни фактори били узраст и социо-економски статус (91).

1.3. Клиничке карактеристике анксиозности

1.3.1. Анксиозност

Анксиозност је психолошко, физиолошко и бихејвиорално стање изазвано неком претњом, стварном или потенцијалном, а карактерише га повећано узбуђење, очекивање, страх, брига и нелагодност, специфични обрасци понашања, праћени физичком напетостју или потешкоћама у концентрацији. Функција ових промена је да олакшају суочавање са неповољном или неочекиваном ситуацијом (92).

Анксиозност је нормална и природна реакција на стрес или претњу и може бити користан одговор који нам помаже да се припремимо за изазовне ситуације и носимо се са њима, играјући кључну улогу у опстанку.

Део је свакодневног живота и има адаптивну функцију, омогућава избегавање или супротстављање опасности, то је тзв. физиолошка анксиозност која престаје по престанку опасности.

Уколико је анксиозност претерана, упорна и у великој мери несразмерна стварној претњи, има ометајући утицај на живот, онда говоримо о патолошкој анксиозности и анксиозном поремећају (93).

Карактеристике патолошке анксиозности су: анксиозност несразмерна степену опасности, упорна и дуготрајна анксиозност, прекомерна брига, преоптерећеност и страх који је контрапродуктиван и исцрпљујући, тешки физички симптоми, симптоми који су неприхватљиви без обзира на степен опасности, ометање уобичајеног или пожељног функционисања (91),

Групе пацијената код којих се анксиозност чешће јавља су: младе особе, жене, особе са претходним психијатријским проблемима и особе са социјалним проблемима (94,95,96). Жене су скоро двоструко чешће погођене него мушкарци (97,98,99).

Патолошка анксиозност је чешћа код пацијената са хроничним здравственим стањем, него у онима без хроничног здравственог стања (100).

Анксиозни поремећаји, обзиром на глобално високу преваленцу са трендом даљег пораста, представљају клинички и јавно здравствени проблем, који су повезани са значајно повећаним ризиком од смртности (98).

1.3.2. Карцином дојке и анксиозност

Већ сама сумња на рак и подвргавање дијагностичкој процедури за већину жена је застрашујуће и претеће искуство, која често може изазвати висок ниво узнемирености, тешку психичку патњу и нелагодност, појаву симптома анксиозности и депресије (101,102,103).

Лечење рака је период високе анксиозности и смањеног квалитета живота код пацијената са раком дојке при чему пацијенткиње које примају хемиотерапију испољавају више нивое анксиозности у односу на оне које примају радиотерапију (104).

Анксиозност представља најчешћу психолошку реакцију која се јавља након постављања дијагнозе малигне болести, током онколошког лечења, у периоду праћења (105). Разумљив је и очекиван настанак анксиозности на почетку лечења рака и представља адаптивну реакцију оболеле жене међутим уколико се одржава и/или појачава постаје контрапродуктивна и исцрпљујућа, утичући на свакодневни живот, психолошко функционисање, усклађеност са лечењем и повезана је са рецидивом рака и смртношћу (106).

Код већине оболелих се анксиозност након третмана смањује али симптоми анксиозности код неких пацијената се одржавају месецима па чак и годинама након лечења (107).

Код жена са карциномом дојке анксиозност, која је повезана са осећајем неизвесности, се јавља чешће него код жена у општој популацији. Студије које су се бавиле преваленцом анксиозности код жена са карциномом дојке извештавају о различитим стопама инциденце (108, 109, 110, 111, 112).

Нису усаглашени ни ставови у погледу времена настанка највише анксиозности, по неким студијама анксиозност је највиша на почетку лечења, тако су Bergerot сарадници нашли да је ниво анксиозности највиши првог дана а најнижи последњег дана хемиотерапије (113). Док по другим ауторима анксиозност је највиша на крају циклуса хемиотерапије, односно ниво анксиозности је највиши у првој години након дијагнозе а потом постепено пада (114, 115).

Такође неусаглашени су ставови у погледу узраста који је везан са вишим нивоом анксиозности.

Нека истраживања сугеришу да старије жене доживљавају виши ниво док друге студије показују да је ниво анксиозности у негативној корелацији са годинама и да су млађе жене под већим ризиком за настанак анксиозности чему могу допринети неплодност и рана менопауза које су последица лечења рака дојке (116, 117).

Анксиозност се може појавити као новонастали симптом или може представљати погоршање преморбидног стања (105, 118).

Фактори ризика за анксиозност код жена оболелих од рака дојке укључују млађи узраст у време постављања дијагнозе (< 50 година), анксиозност у прошлости, нижи нивои социјалне подршке, израженост соматских симптома, поремећај телесне слике (119, 120). Женска дојка има симболички и функционални значај (121). Савремени трендови дефинишу, као идеал женске лепоте, фигуру са бујним грудима те жене са раком дојке могу бити узнемирене због измене изгледа, отока, ожиљака деформације истих услед болести а узнемиреност је нарочито присутна након мастектомије. Све ово може условити настанак измењене телесне слике, осећај губитка женствености, губитка сексуалне привлачности, поремећај либида и сексуалности (122). Сем промене на дојкама и други фактори као што су губитак косе, промена телесне тежине, рана менопауза који су последица примењене терапије са своје стране доприносе настанку узнемирености.

Један од најзначајнијих заштитних фактора од појаве анксиозности током рака дојке је социјална подршка (емоционална, информациона, практична подршка) (123). Религија или духовност имају заштитни ефекат против анксиозности (124). Истраживања су показала да верска или духовна уверења могу пружити утеху, наду и осећај смисла и сврхе, што може помоћи пацијентима да се носе са изазовима дијагнозе и лечења рака (125, 126, 127).

Анксиозност може негативно да утиче на свакодневно функционисање и квалитет живота оболелих и њихових породица, успех лечења, да поремети и одложи примену редовног протокола лечења, способност оболелог да се избори са болешћу. Сама по себи анксиозност појачава осећај бола, узрок је поремећаја спавања, може да појача перцепцију телесних симптома, негативно утиче на квалитет живота оболеле жене (128).

1.4. Заштитни фактори

1.4.1. Нада

Мада је добро познат и признат позитиван утицај који може имати на људски живот, обзиром да је нада индивидуална и лична за сваког појединца, тешко ју је дефинисати. Интересовање за појам наде се стално увећава при чему се како сама дефиниција наде тако и инструменти за мерење исте међусобно разликују зависно од научне дисциплине (129,130).

Нада се заснива на позитивним очекивањима у постизању циљева, представља способност и мотивацију појединаца да осмисле путеве за постизање жељеног циља (131). Особа која има висок ниво наде лакше прихвата изазове и усредсређује се на успех и на могућност да постигне свој циљ и одржи позитиван емоционални став. Нада је сложен, вишеструки животни мотив, предуслов за ефикасно суочавање и доношење одлука, обезбеђује унутрашњу снагу потребну за борбу против болести (132).

Нада је позитивно повезана са менталним и физичким здрављем, од значаја је у процесу прихватања и адаптације пацијента на дијагнозу болести, у процесу лечења и опоравка од тешких болести. Има улогу у неутрализацији ефекта стреса на ментално и физичко здравље, омогућава лакше превазилажење тешкоћа, с којим се оболели суочавају у породици, на послу, у друштвеном животу а које су изазване болешћу (133). Такође је позитивно повезана са срећом, успехом, истрајношћу, кључна је за проналажење смисла сопственог живота, позитивне самопроцене и самопоштовања (134).

Нада помаже да особа остане посвећена својим циљевима и мотивисана да предузме акцију ка њиховом постизању, јача одлучност и води кроз најмрачније и очајне околности. Даје људима разлог да наставе да се боре и верују да ће се њихове тренутне прилике поправити, то је стратегија суочавања која помаже појединцима током стресних животних догађаја и омогућава превазилажење тешких ситуација и животних препрека (135,136).

Она је примарни разлог зашто пацијенти одлучују да прихвате одређени третман, започну, прекину или наставе лечење или прихвате операцију, чак и када су прогнозе веома лоше.

Обично дијагнозу тешке болести прате анксиозност и/или депресија, различитог степена. Раније студије које су изучавале утицај наде на настанак анксиозности и депресије код пацијената са дијагнозом рака су нашле да је висок ниво наде био повезан са нижим нивоом анксиозности и депресије (137).

Нада је концептуализована као супротност анксиозности и страху (138). Посебно је важна међу људима који налазе се у животни опасним ситуацијама или онима са непознатим исходом (139).

Дијагноза карцинома буди бројне емоције и осећања, а међу најбитнијим осећајима је нада која се може посматрати као унутрашњи ресурс који помаже пацијентима у суочавању са психолошким патњама повезаним са болешћу (140).

Код оболелих од малигних болести испољава заштитни ефекат, даје смисао искуству рака, штити пацијенте физичког и ментални стреса дајући разлог за борбу и опстанак, помаже у одржавању емоционалне стабилности и позитивног погледа, помаже пацијентима да одрже и побољшају своје благостање и квалитет живота (141).

Студије показују да је нада повезана са самоефикасношћу, самопоштовањем, духовним здрављем, поштовањем режима лечења, побољшањем квалитета живота пацијената (142, 143). Код жена са карциномом дојке обезбеђује снагу неопходну у борби против болести и одржавању емоционалне стабилности (141). Испољава заштитни ефекат против емоционалног стреса, анксиозности и депресије (144,145).

1.4.2. Психолошка отпорност (резилијентност)

Резилијентност, психолошка отпорност, жилавост (отпорност у даљем тексту) представља способност особе да се одупре негативном утицају стресора (трауме, несрећа, трагедија или болест), превазиђе негативно или болно искуство и претвори га у извор учења и раста, успешно се адаптира на промене, при чему не долази до појаве значајних дисфункција већ долази до повратка у претходно, здраво стање (146, 147, 148). Отпорност може да се дефинише и као скуп заштитних фактора који особу чини мање рањивом, отпорнијом на штетне догађаје, укључује различите врсте психолошких, друштвених и духовних капацитета (149).

У питању је динамичан процес који се током живота постепено развија у интеракцији особе са околином, на основу искустава и учења, суочавањем и савладавањем тешких, трауматичних и стресних ситуација, у коме неповољне животне околности стимулишу особу да, након иницијалне дестабилизације, поврати стару или успостави нову равнотежу и позитивно се развија и на тај начин се прилагоди неповољним животним околностима (139, 150). Отпорност није константа, особа може бити отпорна на неке стресоре и истовремено неотпорна на друге или се пак на исти стресор отпорност мења (повећава или смањује) током различитих фаза живота. Представља компликовану интеракција фактора ризика и заштитних фактора која може довести до позитивних развојних резултата, посттрауматског развоја (151).

Добра отпорност обезбеђује добро физичко и психичко здравље, спречава настанак болести, а уколико до болести дође, олакшава и убрзава излечење и опоравак, обезбеђује добар квалитет живота и социјално и духовно благостање упркос хроничној болести (152).

Уколико је отпорност смањена, самим тим је и рањивост повећана, и најмања количина стресног узбуђења може да узрокује поремећај.

Међутим и јако отпорне личности могу да се, уколико стрес превазилази њихове адаптивне капацитете, декомпензују и развију ментални поремећај.

Делује као заштитни фактор од психичког стреса и истакнутија је код пацијената који су оптимистичнији, самоефикаснији, духовнији (153,154).

У систематском прегледу и мета-анализи, Färber и Rosendahl су пронашли снажну везу између менталног здравља и отпорности пацијената са соматским болестима (152).

У популацији онколошких болесника отпорност има посебан значај, јер их штити од штетних ефеката стреса услед дијагнозе и нежељених ефеката лечења, промена у начину живота услед болести, ублажити негативне емоције као што је страх, обезбеђује више самопоуздања и наде за борбу са раком, утиче на побољшање менталног здравља и боље терапијске исходе (155).

Оболели од рака са јаком отпорношћу имају унутрашњу снагу која је неопходна за борбу са болешћу и непријатностима током лечења, имају позитиван став, способност проналажења смисла живота у тешким околностима, осећај сврхе у животу, духовност (139).

Неки болесници су отпорнији од других и код њих при суочавању са болешћу чак долази до позитивних промена (промена животних приоритета и животних циљева, промена фокуса, позитивна промена животних навика, побољшање друштвених односа) и опоравка (156). Код жена које болују од карцинома дојке узрок је позитивних психолошких промена после дијагнозе и лечења рака (157). Високи ниво отпорности је фактор који предиспонира позитиван исход болести код болесница са карциномом дојке (158).

Значајан проценат жена након дијагнозе рака не развијају анксиозност и испољава добро

психолошко прилагођавање и одржавање вишег нивоа друштвеног функционисања или уколико и развију анксиозност, брзо се опораве што указује на отпорност (158,159).

Ранија истраживања су показала да постоји значајна веза између отпорности и анксиозно-депресивне симптоматологије код жена које болују од карцинома дојке (160,161,162,163,164).

Отпорност повезана са већим благостањем и мањим негативним афектима (161,163,165) Неки од предиктора психолошке отпорности код пацијената са раком су духовно благостање и демографске карактеристике као што су узраст, ниво образовања, висина прихода, брачни статус (166,167,168).

Доказано је да је отпорност је у позитивној корелацији са перципираном социјалном подршком (169,170,171,172). Истраживања показују снажну интеракцију између добро успостављене друштвене подршке и вишег нивоа отпорности. Виши ниво образовања и боља финансијка ситуација су предиктори отпорности (167,168,172,173). Веза отпорности и старости није јасна, према подацима ранијих истраживања отпорност је са старашћу или у позитивној или негативној корелацији, неке студије су показале да старије особе имају мању отпорност и више психолошких проблема, што се може бити последица изостанка друштвене подршке, усамљености, недостатка енергије и физичке слабости (162,166,175).

Друштвена подршка, самоефикасност и нада су у популацији жена са раком кључни фактори који позитивно утичу на отпорност (176).

Нада је у значајној позитивној корелацији са резилијенцијом и најбољи је предиктор отпорности код пацијената са раком дојке (177,178).

У студији са 342 Кинескиње које су лечене од рака дојке је показано да нада је имала значајн позитиван утицај на отпорност, док је социјална подршка на отпорност деловала индиректно, кроз стимулацију наде. (183).

Религиозност може да олакша адаптацију на болест, у ранијим студијама је доказана позитивна корелације између религиозности и психолошке отпорности (179,180,181).

Li и сарадници су указали на значајну корелацију која постоји између отпорности, анксиозности, депресије и посттрауматског раста код жена са карциномом дојке које су на хемиотерапији (182).

2. ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА И РАДНЕ ХИПОТЕЗЕ

Основни циљ истраживања је био детаљна анализа повезаности анксиозности, наде и резилијентности у оквиру и између различитих популација, праћењем утицаја додатних чиниоца који би потенцијално могли да утичу и модификују претпостављену везу ових феномена.

2.1. Циљеви студије

1. Утврдити факторе који утичу на формирање осећаја наде болесница са карциномом дојке;
2. Идентификовати факторе повезане са резилијентношћу;
3. Испитати разлике у постојању осећаја наде код млађих у односу на старије болеснице са карциномом дојке;
4. Утврдити да ли постоје разлике у степену резилијентности код млађих у односу на старије болеснице са карциномом дојке;
5. Испитати разлике у степену анксиозности код млађих у односу на старије болесница са карциномом дојке;
6. Испитати утицај осећаја наде на смањење нивоа анксиозности код болесница са карциномом дојке;
7. Испитати да ли постоји повезаност резилијентности са анксиозношћу;
8. Утврдити разлике у постојању осећаја наде између популације жена са карциномом дојке и популације жена са хепатитисом Б;
9. Утврдити разлике у нивоу резилијентности између популације жена са карциномом дојке и популације жена са хепатитисом Б.

2.2. Хипотезе студије

1. Постоји повезаност резилијентности и осећаја наде са анксиозношћу код болесница са карциномом дојке;
2. Болеснице које су оптимистичне и надају се будућности испољавају виши степен резилијентности;
3. Значајна је разлика у интензитету анксиозности код болесница оболелих од карцинома дојке са и без постојања осећаја наде;
4. Постоји разлика у интензитету анксиозности код болесница оболелих од карцинома дојке у односу на године: млађе/старије;
5. Виши степен анксиозности се региструје код млађих болесница лечених хемиотерапијом у односу на старије болеснице;
6. Старије болеснице са карциномом дојке испољавају виши степен резилијентности у односу на млађе;
7. Виши степен резилијентности је повезан са слабије испољеним физичким симптомима који су последица специфичног типа терапије;
8. Постоје разлике у осећају наде између популације жена са карциномом дојке и популације жена са хепатитисом Б;
9. Постоје разлике у резилијентности између жена са карциномом дојке и жена са хроничним хепатитисом Б.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДОЛОГИЈА

3.1. Дизајн студије

Истраживање је дизајнирано по типу проспективне, клиничке, опсервационе, аналитичке студије. Студија је реализована у Универзитетском клиничком центру Крагујевац, у Клиници за инфективне болести и Клиници за онкологију, у периоду од новембра 2020. до марта 2022. године. Студију је одобрио Етички одбор Универзитетског Клиничког центра Крагујевац дана 25.05.2020. године (Реф. Бр 01/20-525). Протокол студије се придржава последње верзије документа Хелсиншка декларација, уз поштовање принципа добре клиничке праксе.

3.2. Популација која се истражује

Истраживањем је обухваћено 108 испитаница. Групу онколошких болесница чинило је 72 испитанице код којих је постављена дијагноза карцинома дојке према међународној ТНМ класификацији који су према званичним усвојеним протоколима установе кандидати за примену специфичне онколошке терапије. У групи са хепатитисом било је 36 испитаница са хроничним хепатитисом Б које су према протоколу установе кандидати за лечење нуклеозидним аналозима.

3.3. Узорак популације

Све испитанице су консекутивно укључене у студију према критеријумима укључивања и искључења, до дана када је постигнут укупан број испитаника, сходно прорачуну величине студијског узорка.

Критеријуми за укључивање у студију су били: дијагноза карцинома дојке или хроничног хепатитиса Б, 18 и више година живота, добровољни пристанак за учешће у студији и одсуство критеријума за искључивање.

Искључујући критеријуми су били: историја рецидива рака дојке за испитанице оболеле од карцинома дојке, присуство карцинома дојке за испитанице оболеле од хроничног хепатитиса Б, истовремено присуство друге малигне болести, присуство тешких здравствених стања у терминалној фази болести, акутне инфекције, недавне хируршке процедуре, злоупотреба алкохола или психоактивних супстанци, коморбидитет менталних поремећаја, значајни когнитивни дефицити, очекивано време преживљавања краће од годину дана.

3.4. Снага студије и величина узорка

Прорачун величине узорка је заснован на претпоставци значајне статистичке повезаности између примаране зависне варијабле (State-Trait Anxiety Inventory) и једне примарне независне варијабле (Herth Hope Index). Под претпоставком да ће у предложеном испитивању корелација бити слична, вредности корелационог коефицијента у рангу умереног ($r \geq 0.4$) за прорачун је коришћен је одговарајући интернет калкулатор (<https://www.sample-size.net/correlation-sample-size/>), са снагом студије (бета) 0.8, вероватноћом алфа грешке 0.05 и обостраним тестирањем хипотезе. Како је студијским дизајном предвиђено поређење студијских варијабли и између група, у оквиру анализе секундарних циљева студије, прорачун је коригован за строжије услове случајне грешке, те је вредност алфа установљена на 0.025 а бета на 0.9 па је укупан узорак израчунат на најмање 72 испитанице са карцином дојке. Последишно, одређено је

да укупни студијски узорак укључи најмање 108 испитанице, од чега најмање 72 болесница са карциномом дојке (по 36 у свакој од група).

3.5. Протокол истраживања

Након информисања и потписивања информисаног пристанка за учешће у студији, испитанице које су испуњавале критеријуме за укључивање у студију су рандомизоване у студијске групе према старосној структури: прву групу је чинило 36 испитаница оболелих од карцинома дојке старости до 55 године, другу групу је чинило 36 испитаница оболелих од карцинома дојке старости преко 56 година. Трећу групу су чиниле испитанице оболеле од хроничног хепатитиса Б сличне старосне структуре.

3.6. Инструменти за прикупљање података

За потребе овог истраживања подаци су прикупљени применом следећих упитника:

- Социодемографског упитника посебно креираног за ово истраживање;
- Упитника за процену анксиозности (“Упитник анксиозности као стања и особине личности”, енглески: State-Trait Anxiety Inventory, STAI);
- Упитника за процену резилентности („Кратка скала резилентности “,енгл. Brief Resilience Scale, BRS) и
- Упитника за процену наде („Херт индекс наде “,енгл. Herth Hope Index, НИИ).

Сагласност за употребу упитника коришћених у истраживању је добијена од аутора оригиналних верзије упитника.

Испитанице су попуњавале самостално упитнике, у присуству испитивача, који им је био на располагању у случају потешкоћа у разумевању појединих питања.

Прво попуњавање упитника реализовано је пре започињања терапије. А по завршетку хемиотерапије за жене са карциномом дојке односно након 6 месеци за жене са хроничним хепатитисом Б спроведен ретест под истим условима.

3.6.1.1. Социодемографски упитник су испитанице попуњавале након потписивања информисаног пристанка. Прикупљени су подаци о старости болесница, степену образовања (непотпуна осмогодишња школа/осмогодишња школа/средња школа/виша школа/факултет), брачном статусу (удата/неудата/у вези/удовица/сама), радном статусу (у сталном радном односу /незапослена/ повремено запослена/ у пензији) , месту становања (село/приградско насеље/град), економским приликама, друштвеним интеракцијама, употреби дувана, алкохола, употреби лекова за смирење, личној здравственој историји .

3.6.1.2. „Упитник анксиозности као стања и особине личности „ (Spielberger’s State-Trait Anxiety Inventory, у даљем тексту упитник STAI)

Спиелбергеров инвентар стања анксиозности (STAI) је први пут објављен 1970 год (STAI-X) а ревидиран 1983 године (STAI-Y). Широко се користи за процену нивоа анксиозности у свакодневној клиничкој пракси и научним истраживањима. Састоји се од две скале самопроцене које омогућавају процену два концепта анксиозности, анксиозности као стања (С- анксиозност) и анксиозност као особине (О-анксиозност) (183).

Анксиозност као особина се односи на склоност појединца да доживи анксиозност у различитим ситуацијама, релативно стабилна, индивидуална разлика у склоности анксиозности односно релативно доследну склоност да се на стрес реагује анксиозношћу

и склоношћу ка доживљавају неке ситуације као претеће и опасне. Представља трајну склоност анксиозности, са тенденцијом доживљавања хроничне анксиозности (184). Што је анксиозност као особина израженија већа је вероватноћа да ће у претећој ситуацији особа доживети јаче стање анксиозности. Особина анксиозности је предиктор који код пацијената са раком дојке предвиђа високе нивое дуготрајног стреса (185). То је релативно стабилна карактеристика и сматра се да на њу утичу генетски фактори, фактори животне средине и личности. Људи са високим нивоом особине анксиозности могу бити склонији да доживе анксиозност као одговор на стресоре, чак иако је стресор мањи или није посебно претећи. Стање анксиозност се, с друге стране, односи на привремени и специфичан осећај анксиозности као одговор на одређену ситуацију или стресор. Ова врста анксиозности је често нормалан одговор на стрес и може бити од помоћи у мотивисању појединаца да предузму акцију и изборе се са стресором. Међутим, када постане претерана или упорна, она може ометати свакодневни живот и довести до поремећаја анксиозности.

Упитник STAI састоји се од 40 питања, распоређена у 2 скале.

С-скала анксиозности састоји се од 20 тврдњи које указују на то како испитаници се осећају у одређеном тренутку, скала О-анксиозности састоји од 20 тврдњи кроз које испитаници описују како уопште осећају.

Могући одговори су на Ликертовој 4-оро степеној скали.

У случају С-скале, испитаницима је наложено да оцене тренутно стање анксиозности на скали која се креће од 1 („уопште не“), 2 („помало“), 3 („умерено“), до 4 („врло много“). О-скала оцењује особину анксиозности са могућим одговорима од 1 („скоро никад“), 2 („понекад“), 3 („често“) до 4 („скоро увек“).

Вредности резултата за С- и О-скале, добијају се према упутствима у приручнику (186). Минимални резултат за С- или О-скалу је 20, а максимални 80. STAI резултати се обично класификују као „без анксиозности или ниска анксиозност“ (20-37 бодова), „умерена анксиозност“ (38-44 бодова) и „висока анксиозност“ (45-80 бодова) (187,188,189,190).

Недавно спроведена студија валидације STAI упитника на српски језик открила је да српска STAI скала у проучаваној популацији има добра психометријска својства која су упоредива са налазима енглеске верзије. Валидност, интерна конзистентност и поузданост за преведену STAI верзију су задовољавајући, што значи да се употребом преведеног упитника може јасно измерити промена у нивоу анксиозност код пацијената који пате од неуротичних, стресних и соматоформних поремећаја (191).

STAI је међу најчешће коришћеним упитницима за процену анксиозности и преведен је на 48 језика. Упитник је релативно кратак и не захтева скупе или дуготрајне процедуре бодовања или интерпретације. За одрасле је потребно око 10 минута за попуњавање упитника.

Вредност скорa овог инструмента процене је зависна варијаблa. STAI упитник су попуњавале све испитанице, у два наврата (пре и на крају циклуса хемиотерапије за онколошке болеснице и на почетку терапије и након 6 месеци од почетка терапије за болеснице са хепатитисом Б)

3.6.1.2. Упитник „Херт индекс наде“ (у даљем тексту упитник: НИ)

Херт се, у својој теорији наде, фокусира како на будуће циљеве и очекивања људи који се суочавају са психофизичким стресорима (болест, губитак блиских особа) тако и на општи, дифузни осећај наде, наду као искуство, а не као акцију и наду усмерену на стицање контроле над емоцијама, а не над спољашњим околностима (192).

На основу неколико студија које су укључивале пацијенте са раком, одрасле особе са терминалним болестима и старије особе које живе у старачким домовима, Herth је идентификовала три димензије наде односно нада је вишедимензионални концепт са

афективним, когнитивним и бихејвиоралним димензијама.

ННІ је инструмент са 12 ставки дизајниран за мерење глобалног осећаја наде. Оригинални инструмент дефинише три фактора, домена наде, привременост и будућност, позитивна спремност и очекивање и међусобна повезаност (193).

Фактор 1 (привременост и будућност) састоји се од ставке 1, 2, 6 и 11, фактор 2 (позитивна спремност и очекивање) састоји се од ставки 4, 7, 10 и 12 и фактор 3 (међусобна повезаност) се састоји од ставки 3, 5, 8 и 9. Могући одговори на скали Ликертовог типа од четири тачке, су од један (потпуно се не слажем) до четири (потпуно се слажем). Док су ставке 3 и 6 негативно формулисане остале су позитивно формулисане (193). Скала има укупан резултат у распону од 12 до 48. Виши резултат указује на виши ниво наде. Вредност резултата у распону од 12–23 бодова указују низак ниво наде, 24–35 бодова указује на средњи ниво и 36–48 бодова указује на висок ниво наде (194, 195, 196). ННІ је преведен на преко 20 језика У раду је коришћена српска верзија (197). За коришћење и превод ХХИ је добијено одобрење од ауторке инструмента. Вредност скорa овог инструмента процене је независна варијабла.

ННІ упитник су попуњавале све болеснице, у два наврата (пре и на крају циклуса хемиотерапије за онколошке болеснице на почетку терапије и након 6 месеци од почетка терапије за болеснице са хепатитисом Б)

3.6.1.3. Упитник „Кратка скала резилијентности” (Brief Resilience Scale – у даљем тексту упитник: BRS) је упитник за самопроцену који има за циљ мерење способности појединаца да се опораве од стресних или претећих догађаја (198).

Једна је од најчешће коришћених скала отпорности од укупно 25 скала (199). Инструмент се састоји од шест ставки, три ставке (1, 3 и 5) су позитивно и три (2, 4 и 6) негативно формулисане у циљу минимизирања пристрасности одговора. Сваку ставку је могуће оценити од 1 до 5.

Укупан резултат је аритметичка средина свих шест ставки, а рангира се као: ниска отпорност BRS скор 1.00-2.99, нормална отпорност BRS скор 3.00-4.30, висока отпорност BRS скор 4.31-5.00 (200, 201).

Аутор “Кратке скале резилијентности „ је одобрио коришћење скале.

Скала је преведена на неколико светских језика унутар истраживања која су спроведена у различитим културолошким контекстима и углавном су дала добре резултате. У раду је коришћена српска верзија скале (202).

Болеснице са карциномом дојке су додатно попуњавале упитник за процену квалитета живота за чију је употребу добијена сагласност Европског удружења за истраживање и лечење карцинома (ЕОРТС). Електронском поштом је достављен званични упитник преведен на српски језик.

3.6.1.4. Упитник „ЕОРТС QLQ C30” (European Organization for Research and Treatment of Quality of Life Questionnaire Cancer Core 30) је општи упитник за пацијенте оболеле од карцинома, а QLQ BR23 (Quality of Life Questionnaire Breast Module) је додатни упитник који се односи на карцином дојке.

ЕОРТС QLQ C-30 упитник се састоји од 30 питања распоређених у 5 функционалних скала (физичка, функционалност, когнитивна, емоционална, друштвена), 3 скале симптома (умор, бол и мучнина/повраћање) и скалу квалитета живота (203, 204). Анализа одговора је учињена на основу упутства „ЕОРТС QLQ C-30 Scoring Manual “(205). За функционалне скала и скалу квалитета живота већи скор представља бољи ниво функционисања. За скале симптома виши резултат одговара вишем нивоу симптоматологије.

3.6.1.5. Упитник „EORTC QLQ BR-23“ се састоји од 23 питања креирана за мерење квалитета живота у популацији жена са карциномом дојке. Питања су распоређена у 5 домена (слика о телу, сексуалност, симптоми везани за раме, симптоми дојке и нежељени ефекти лечења (206,207). Анализа одговора је учињена на основу упутства „EORTC QLQ BR23 Scorig Manual “(208).

Болеснице са хроничним хепатитисом Б су испуњавале упитник за процену квалитета живота болесника са хроничном неалкохолном болешћу јетре (CLDQ). За коришћење упитника добијена је електронским путем сагласност од Центра за истраживање болести јетре (CLDQ – Center for Outcomes Research in Liver Diseases).

3.6.1.6. Упитник „Chronic Liver Disease Questionnaire -CLDQ “упитник Упитник се састоји од 29 питања. Питања су сврстана у следеће домене: умор, активност, емоционална функција, абдоминални симптоми, системски симптоми и забринутост (209). Скор домена се израчунава као просечна вредност скорова свих питања од којих се тај домен састоји. Скорови за свако питање су у рангу од 1 (најлошији квалитет живота) до 7 (најбољи квалитет живота) и односе се на период од последње две недеље. Укупан скор се рачуна као просечна вредност скорова свих домена при чему већи скор означава бољи квалитет живота (210).

1.7. Варијабле мерене у истраживању

Зависна променљива у овом истраживању је ниво анксиозности испитиваних особа. Независне променљиве су нивои осећаја наде и резилијентности.

Поред тога, анализирани су и различити фактори који могу бити збуњујући, укључујући социодемографске карактеристике (како су старост, степен образовања, занимање, место боравка, брачни статус), навике као што су пушење цигарета и конзумирање алкохола, економски фактори као што су приход и социоекономски положај, породични фактори укључујући број деце, односе у породици, породичну подршку и односе са рођацима, као и фактори животног стила, на пример, религиозност.

1.8. Статистичка обрада података

Статистичку обраду података урадили смо у програму IBM SPSS Statistics. Подаци су прво приказани дескриптивно и то табеларно и графички. За приказивање непрекидних променљивих користе се најмања и највећа вредност, као и просечна вредност и стандардно одступање. За графичко приказивање расподеле вредности непрекидних променљивих користи се хистограм. За приказивање категоријских променљивих користе се апсолутна и релативна учесталост, док се за графичко приказивање вредности категоријских променљивих користи кружни односно стубичасти графикон у зависности од броја категорија.

За анализу нормалности расподеле података користе се Kolmogorov-Smirnov тест нормалности уколико по групи има више од 50 случајева и Shapiro-Wilk тест нормалности уколико по групи има мање од 50 случајева. По потреби, анализа се може урадити и графичким методама, на пример коришћењем хистограма.

За анализу статистички значајне повезаности вредности ННІ у односу на непрекидне променљиве користимо метод линеарне корелације и регресије, односно тумачимо вредност Pearsonovog коефицијента корелације уколико подаци прате нормалну расподелу, односно тумачимо вредност Спирмановог коефицијента корелације уколико подаци не прате нормалну расподелу. У случају статистички значајних корелација, за графичко приказивање тих веза користимо дијаграм растурања на ком је учртана и регресиона права са регресионом једначином.

За анализу статистички значајне разлике вредности ННІ у односу на категоријске

променљиве са две категорије користимо t тест за независне узорке уколико подаци прате нормалну расподелу, односно Mann-Whitney U тест уколико подаци не прате нормалну расподелу. У случају статистички значајних резултата, за графички приказ се користи стубичасти графикон уколико су подаци пратили нормалну расподелу, односно правоугаони графикон уколико подаци нису пратили нормалну расподелу.

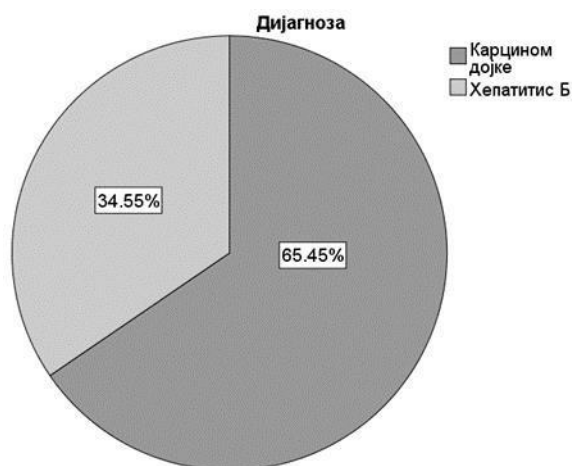
За анализу статистички значајне разлике вредности ННП у односу на категоријске променљиве са више од две категорије користимо једнофакторску ANOVA за различите са накнадним тестовима уколико подаци прате нормалну расподелу, односно користимо Kruskal-Wallis тест уколико подаци не прате нормалну расподелу. У случају статистички значајних резултата, за графички приказ користимо линијски графикон уколико су подаци пратили нормалну расподелу и правоугаони графикон уколико подаци нису пратили нормалну расподелу.

Резултати се сматрају статистички значајним уколико је значајност (p вредност) била мања или једнака 0,05.

4. РЕЗУЛТАТИ

Испитивање је обухватило 110 испитаница, од којих је 72 односно 65,5% било у групи оних који болују од карцинома дојке а 38 односно 34,5% у групи испитаница са хепатитисом Б.

Графикон 1. Дијагноза болести

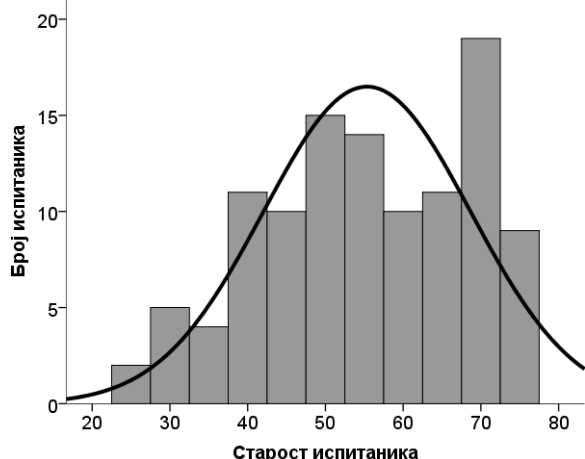


4.1.1. Опште карактеристике болесница

Табела 1. Старост испитаница

СТАРОСТ	Најмања вредност	Највећа вредност	Просечна вредност	Стандардно одступање
Сви испитаници	25	76	55,35	13,30
Пацијенткиње са карциномом дојке	29	76	56,08	10,71
Пацијенткиње са хипатитисом Б	25	75	53,95	17,27

Графикон 2. Старост испитаница



Испитанице су биле статости од 25 до 76 година при чему је просечна старост износила $55,35 \pm 13,30$ година. Старије се биле испитанице са карциномом дојке (56,08) у односу на испитанице са хепатитисом Б (53,95).

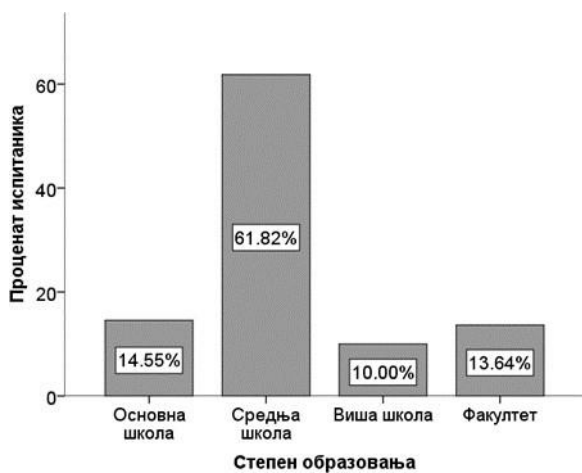
Табела 2. подела испитаница на групе –млађе/старије

Старост_групе^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Млађи	36	50	50	50
Старији	36	50	50	100.0
Total	72	100.0	100.0	

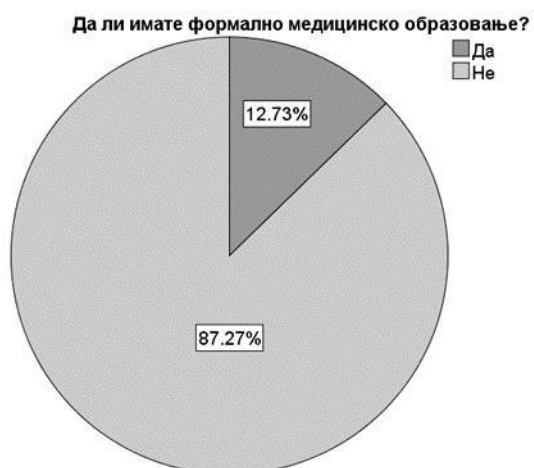
Испитанице са карциномом дојке су биле подељене у две групе на основу старости, причему је прву групу чинило 36 млађих испитаница до 55 година старости а другу групу 36 старијих испитаница, преко 56 година старости.

Графикон 3. Степен образовања



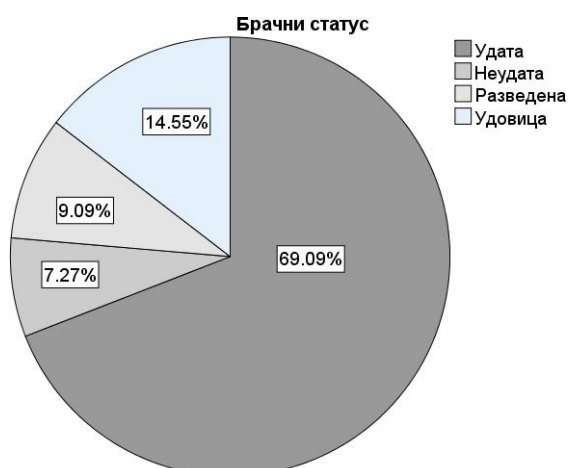
Највећи број испитаница, њих 68/110 (61,8 %) имало је средњи ниво образовања.

Графикон 4. Формално медицинско образовање



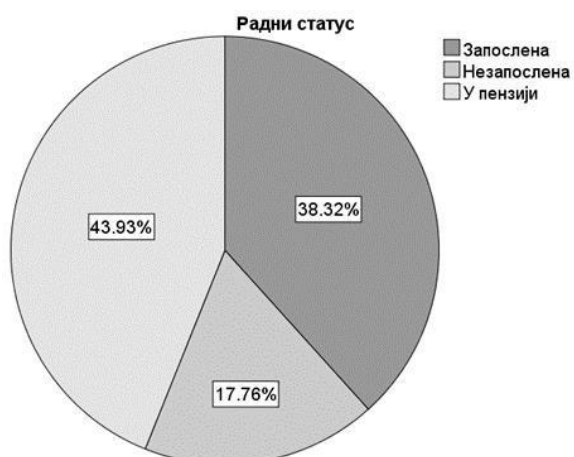
Формално медицинско образовање има 14/110 (12,73%) испитаница.

Графикон 5. Брачни статус



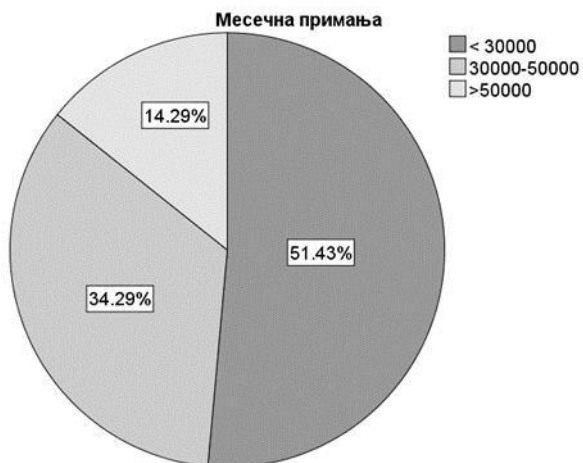
76/110 болесница (69,1%) је удата.

Графикон 6. Радни статус



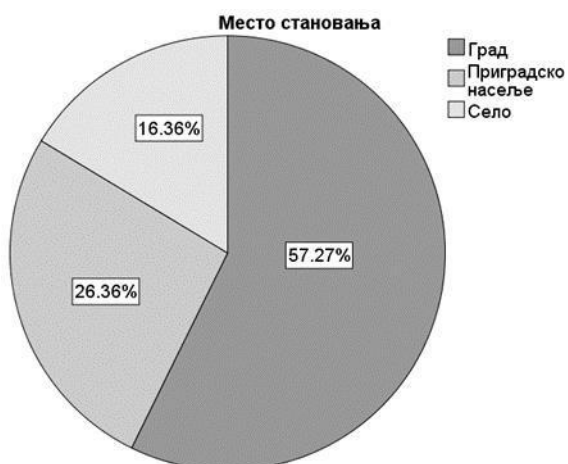
Највећи број испитаница је у пензији 47 / 110 (42,7%), док је 41/110 (37,5%) испитаница је радно активна, незапослених је 19/110 (17,3 %)

Графикон 7. Месечна примања



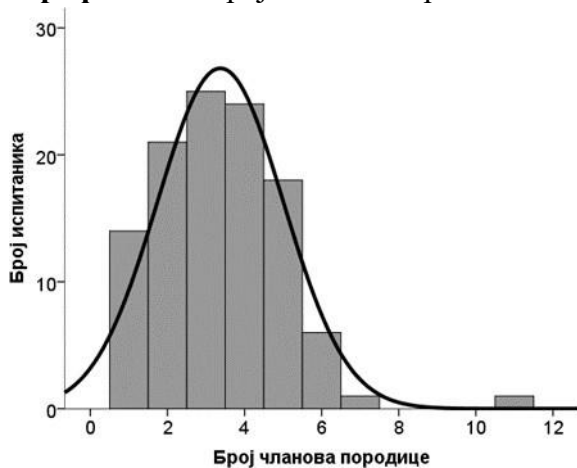
Највећи број испитаница, 51,4 % има месечна примања испод 30000 динара.

Графикон 8. Место становања



Већина испитаница, 63/110 (57,3%) живи у градској средини.

Графикон 9. Број чланова породице

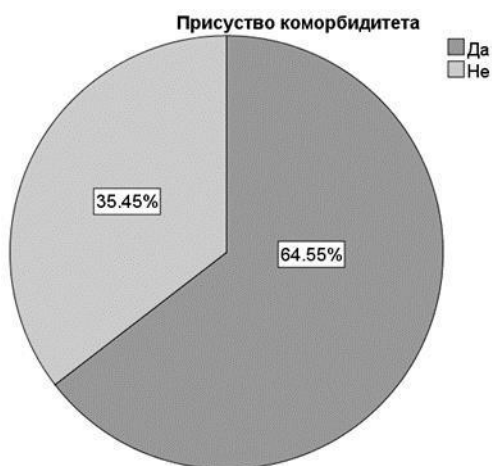


Највећи број испитаница живи са неким, док 15/110 (13,63%) испитаница живи само. Број чланова породице је од 1 до 11, просечно 3,37.

Табела 3. Присуство коморбидитета

КОМОРБИДИТЕТИ	Има		Нема	
	Број	Процент	Број	Процент
Сви испитаници	71	64,5%	39	35,5%
Пацијенткиње са карциномом дојке	41	56,9%	31	43,1%
Пацијенткиње са хипатитисом Б	30	78,9%	8	21,1%

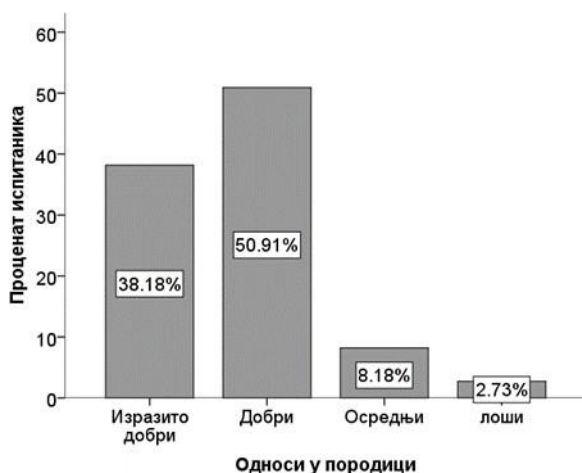
Графикон 10. Присуство коморбидитета



64,5 % испитаница има неки од коморбидитета, при чему у групи испитаница са хепатитисом Б 78,9% испитаница је са коморбидитетима наспрам 56,9 % испитаница са карциномом дојке.

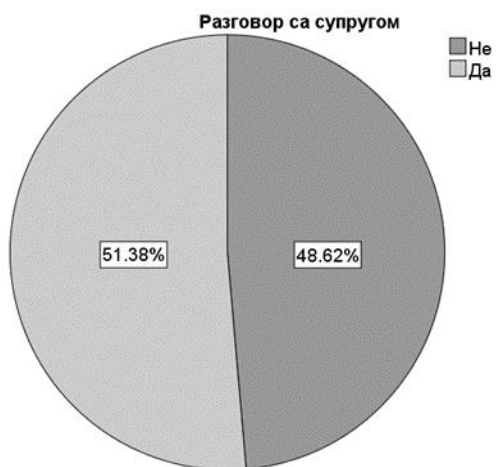
4.1.2. Социјалне интеракције

Графикон 11. Односи у породици

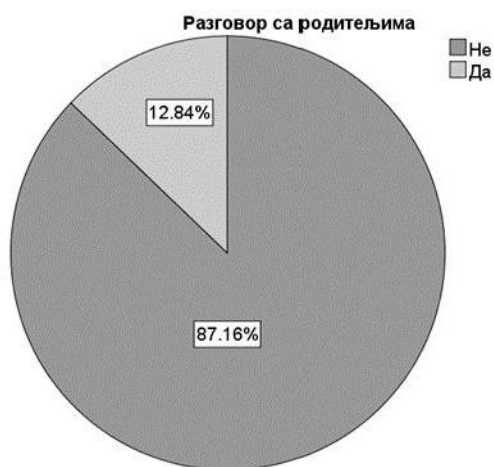


Односе у породици чак 98/110 (89,1%) испитаница доживљава као добре и изразито добре, док их 9/110 (8,2%) испитаница види као осредње а 3/110 (2,7%) има лоше породичне односе.

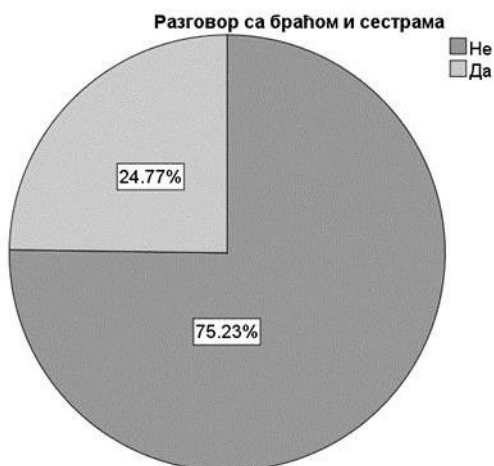
Графикон 12. Разговор са супругом
родитељима



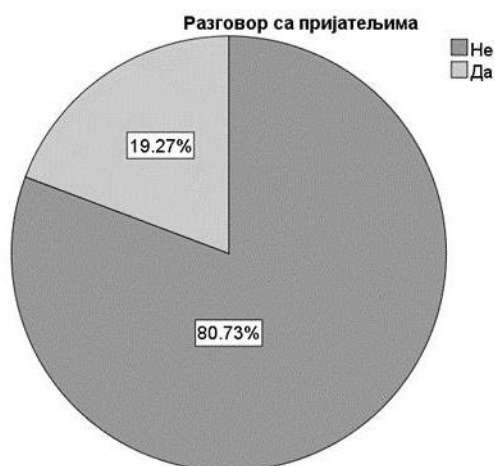
Графикон 13. Разговор са
родитељима



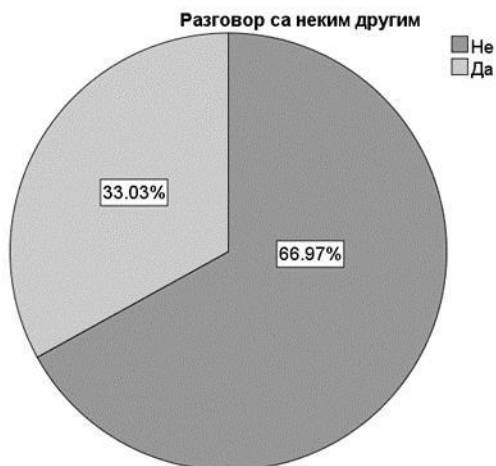
Графикон 14. Разговор са рођацима
пријатељима



Графикон 15. Разговор са
пријатељима



Графикон 16. Разговор са неким другим



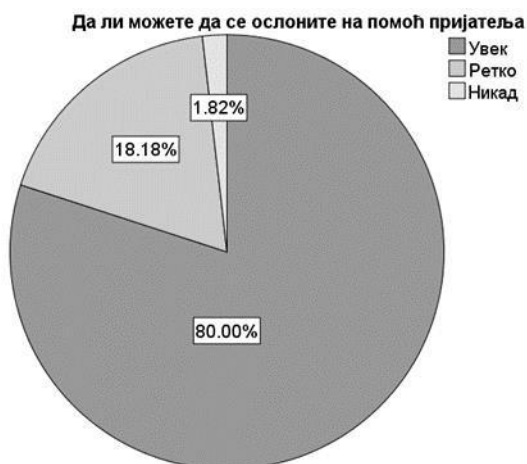
*колеге са посла, комшије, друге болеснице, медицинско особље
Испитанице о својој болести најчешће разговарају са родитељима (87,16%) и пријатељима (80,73 %) а знатно ређе са супругом (48,62 %).

Графикон 17. Да ли су Вас пријатељи напустили?



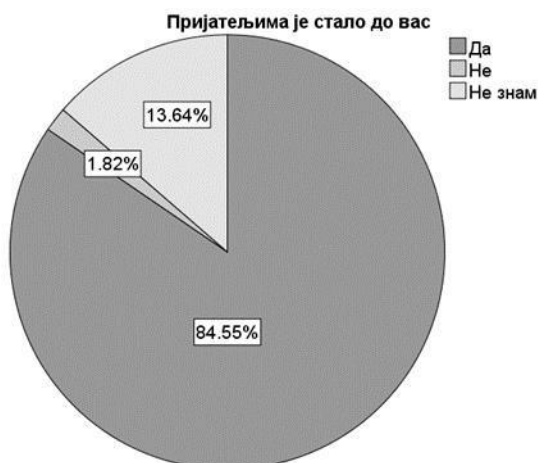
93,64 % испитаница нема осећај да су их пријатељи напустили.

Графикон 18. Помоћ пријатеља



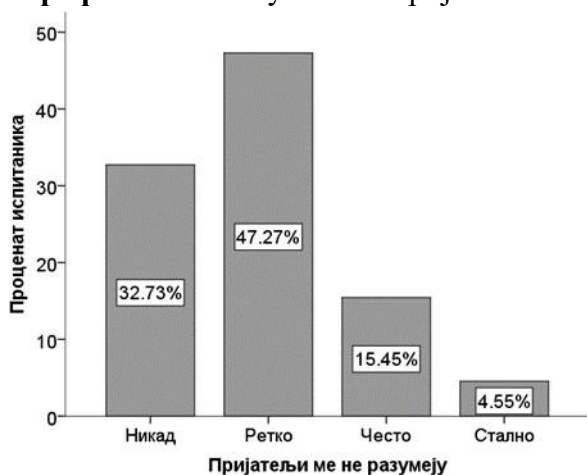
80 % испитаница може увек да се ослони на помоћ пријатеља.

Графикон 19. Пријатељима је стало до Вас?



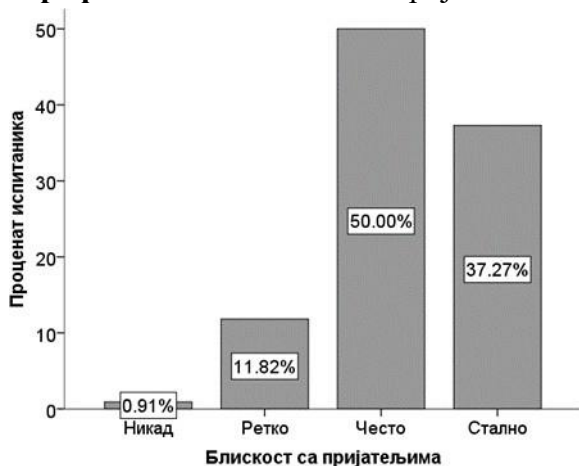
93 /110 испитаница (84,5%) мисли да је пријатељима стало до њих.

Графикон 20. Разумевање пријатеља



Чак 80 % испитаница сматра да пријатељи разумеју кроз шта оне пролазе.

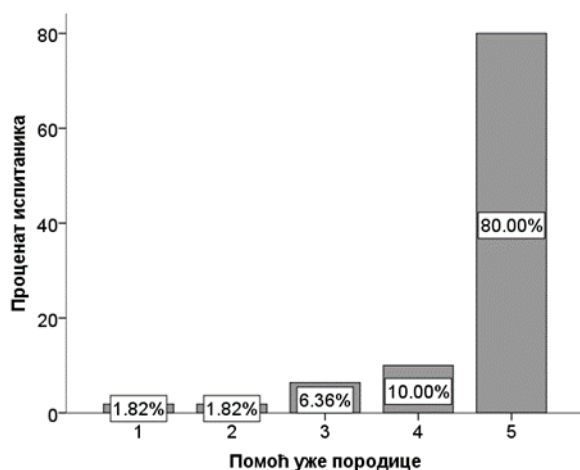
Графикон 21. Блискост са пријатељима



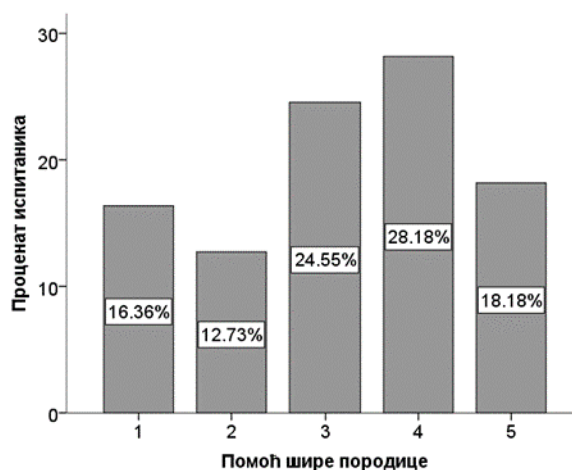
87,3% осећа блискост са својим пријатељима.

Од испитаница смо тражили да на скали од 1 до 5, где је 1 минимално а 5 максимално, оцене помоћ коју добијају од уже породице, шире породице (бабе, деде, тетке, стрине, ујаци, стричеви), пријатеља, брачног друга, државе.

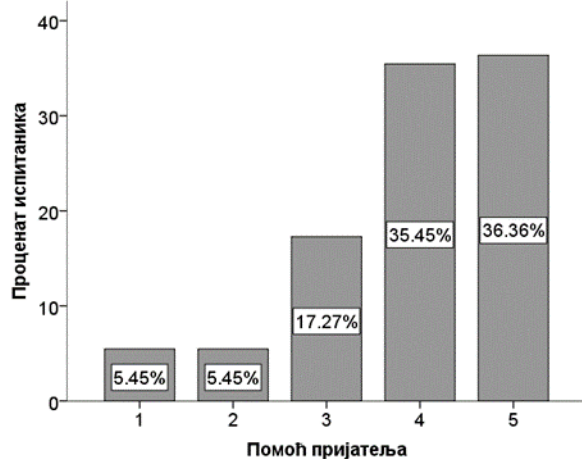
Графикон 22. Помоћ уже породице



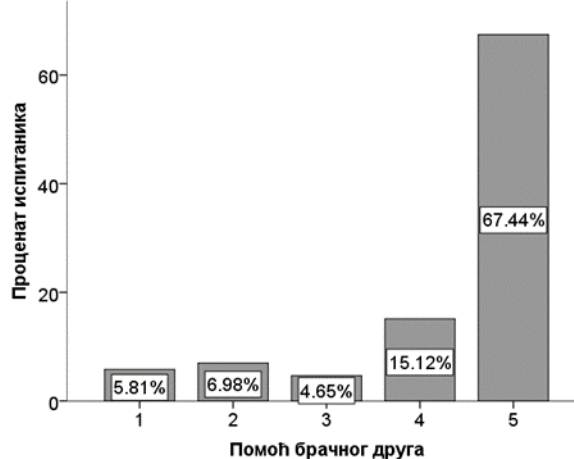
Графикон 23. Помоћ шире породице



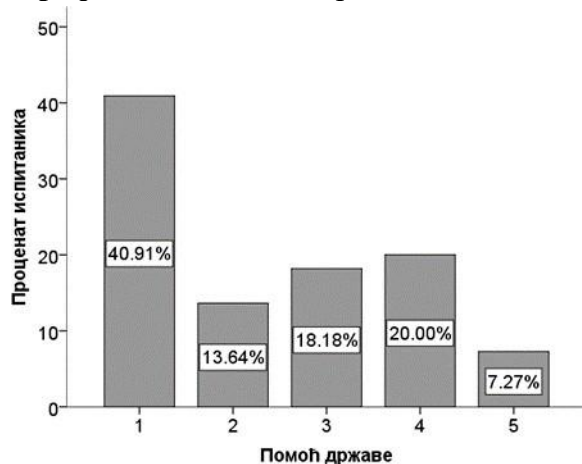
Графикон 24. Помоћ пријатеља



Графикон 25. Помоћ брачног друга



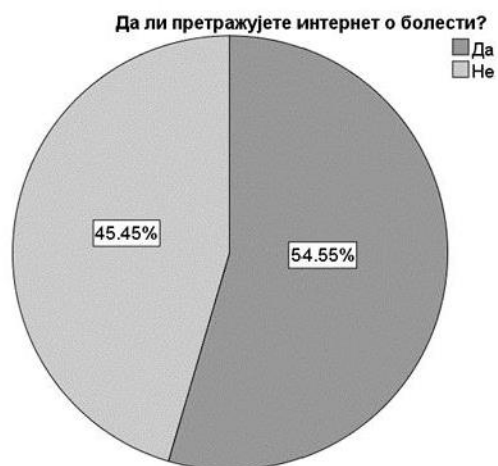
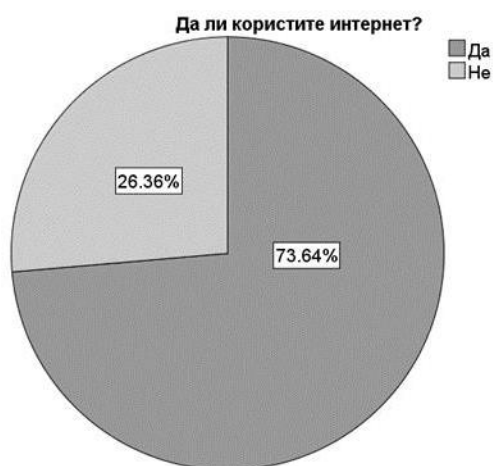
Графикон 26. Помоћ државе



88/110 (80 %) се изјаснило да добија максималну помоћ уже породице а свега 20 /110 (18,2 %) има максималну помоћ шире породице. 40 /110 (36,36%) се у потпуности могу ослонити на пријатеље. 58 /110 (67,44 %) може да рачуна на максималну помоћ брачног друга. За разлику од претходног 45/110 (40,91 %) оцењује помоћ државе као минималну док свега 7,27 % (8 /110) помоћ државе оцењује максималном оценом 5.

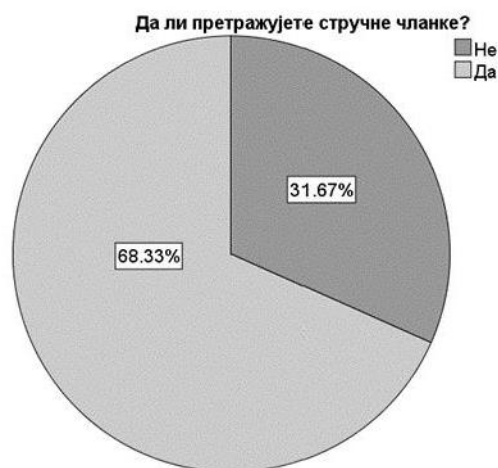
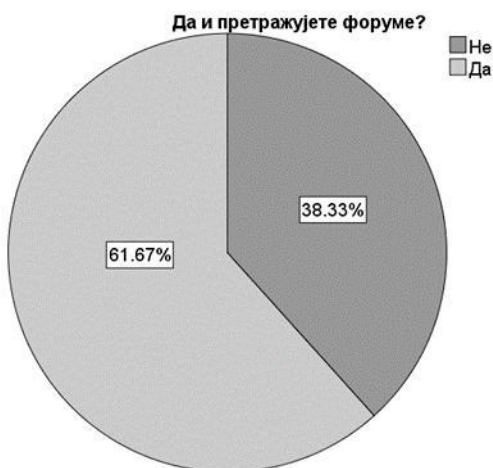
4.1.3. Претраживање интернета

Графикон 27. Да ли користите интернет? **Графикон 28.** Претраживање о својој болести



Графикон 29. Претраживање форума чланака

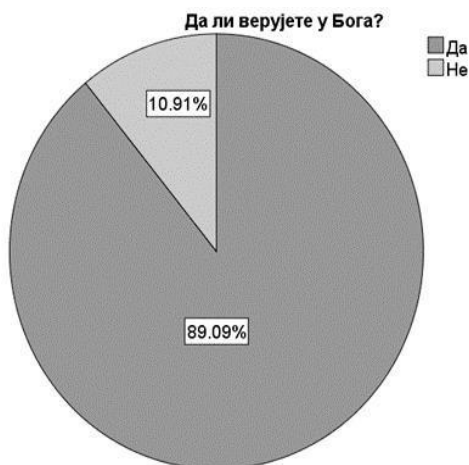
Графикон 30. Претраживање стручних чланака



Интернет користи 73.6 % испитаница, а о својој болести претражује 54, 55 % и то скоро подједнако форуме и стручне чланке.

4.1.4. Религиозност

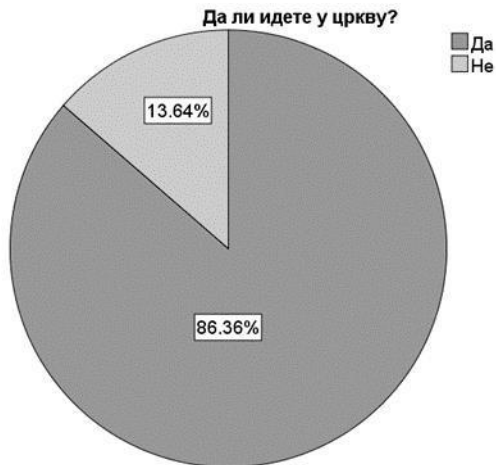
Графикон 31. Да ли верујете у Бога?



Графикон 32. Да ли сте религиозни?



Графикон 33. Да ли идете у цркву?



89 /110 испитаница (89,91 %) је религиозно, 98 /110 (89,09 %) се изјаснило да верује у Бога, 95/110 (86,4 %) иде редовно у цркву.

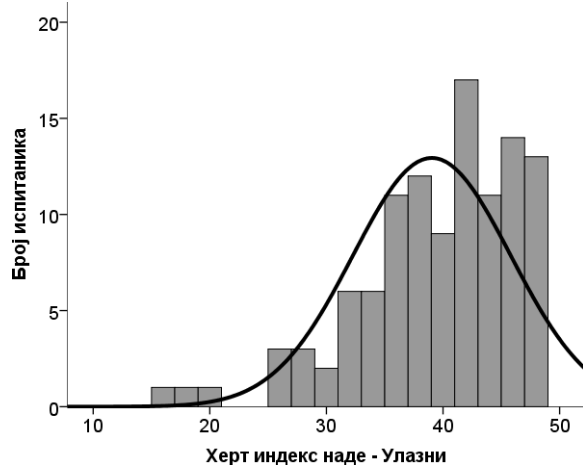
4.1.5. Херт индекс наде

(ННІ)Табела 4. Herth

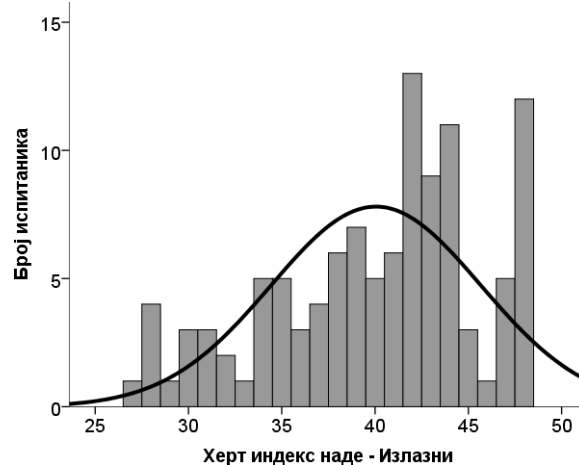
hope index

ХЕРТ ИНДЕКС НАДЕ	Најмања вредност	Највећа вредност	Просечна вредност	Стандардно одступање
УЛАЗНИ	16	48	39,04	6,78
ИЗЛАЗНИ	27	48	40,05	5,62

Графикон 34. улазни ННІ



Графикон 35. излазни ННІ



Укупни скор улазног ННІ је имао вредности од 16 до 48, при чему је просечна вредност скорa за индекс наде износила $39,04 \pm 6,78$. Укупни скор излазног ННІ је имао вредности од 27 до 48, при чему је просечна вредност скорa за индекс наде износила $40,05 \pm 5,62$.

Расподела одговора испитаника по појединачним тврдњама приказана је у табелама 5 за улазни и табели 6 за излазни ННІ.

Табела 5. Херт индекс наде – улазни по ајтемима

HERTH HOPE INDEX - ITEMS	1	2	3	4
Имам позитиван поглед на живот	3 2,7%	9 8,2%	46 41,8%	52 47,3%
Имам краткорочне и/или дугорочне циљеве	5 4,5%	11 10,0%	64 58,2%	30 27,3%
Осећам се потпуно усамљено	5 4,5%	11 10,0%	41 37,3%	53 48,2%
Могу да видим могућност усред тешкоћа	4 3,6%	14 12,7%	62 56,4%	30 27,3%
Имам веру која ми даје утеху	3 2,7%	5 4,5%	46 41,8%	56 50,9%
Осећам се преплашено у вези своје будућности	19 17,3%	14 12,7%	45 40,9%	32 29,1%
Могу да призовем у сећање срећна/радосна времена	4 3,6%	18 16,4%	49 44,5%	39 35,5%
Имам дубоку унутрашњу снагу	4 3,6%	18 16,4%	35 31,8%	53 48,2%
Способна сам да дајем и примам брижност/љубав	3 2,7%	5 4,5%	32 29,1%	70 63,6%
Имам осећај у ком правцу треба да идем	5 4,5%	9 8,2%	55 50,0%	41 37,3%
Верујем да сваки дан има потенцијал	3 2,7%	5 4,5%	48 43,6%	54 49,1%
Осећам да мој живот има вредност и важност	3 2,7%	4 3,6%	33 30,0%	70 63,6%

Питање на које су испитанице најпозитивније одговориле је „Способна сам да дајем и примам брижност/љубав“, затим „Осећам да мој живот има вредност и важност” питање на које су испитанице најнегативније одговориле је „Осећам се потпуно усамљено“ и „Осећам се преплашено у вези своје будућности“

Табела 6. Херт индекс наде – излазни по ајтемима

HERTH HOPE INDEX - ITEMS	1	2	3	4
Имам позитиван поглед на живот	1 0,9%	9 8,2%	45 40,9%	55 50,0%
Имам краткорочне и/или дугорочне циљеве	1 0,9%	13 11,8%	67 60,9%	29 26,4%
Осећам се потпуно усамљено	2 1,8%	11 10,0%	48 43,6%	49 44,5%
Могу да видим могућност усред тешкоћа	0 0,0%	15 13,6%	61 55,5%	34 30,9%
Имам веру која ми даје утеху	0 0,0%	3 2,7%	34 30,9%	73 66,4%
Осећам се преплашено у вези своје будућности	8 7,3%	38 34,5%	39 35,5%	25 22,7%
Могу да призовем у сећање срећна/радосна времена	0 0,0%	13 11,8%	51 46,4%	46 41,8%
Имам дубоку унутрашњу снагу	0 0,0%	15 13,6%	29 26,4%	66 60,0%
Способна сам да дајем и примам брижност/љубав	0 0,0%	1 0,9%	34 30,9%	75 68,2%
Имам осећај у ком правцу треба да идем	1 0,9%	14 12,7%	64 58,2%	31 28,2%
Верујем да сваки дан има потенцијал	0 0,0%	1 0,9%	51 46,4%	58 52,7%
Осећам да мој живот има вредност и важност	0 0,0%	4 3,6%	39 35,5%	67 60,9%

Питање на које су испитаници најпозитивније одговорили „Способна сам да дајем и примам брижност/љубав“, затим „Имам веру која ми даје утеху“.

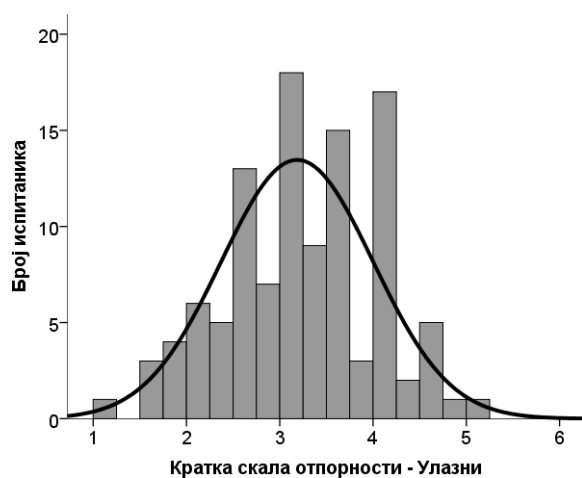
Питање на које су испитанице најнегативније одговориле је „Осећам се потпуно усамљено“.

4.1.6. Кратка скала отпорности (BRS)

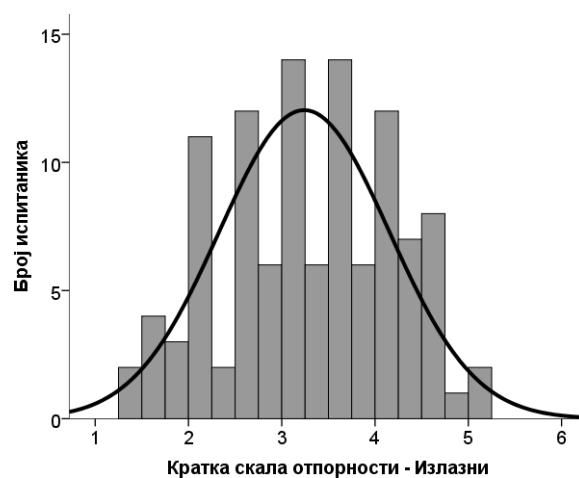
Табела 7. Кратка скала отпорности

КРАТКА СКАЛА ОТПОРНОСТИ	Најмања вредност	Највећа вредност	Просечна вредност	Стандардно одступање
УЛАЗНИ	1,17	5,00	3,19	0,81
ИЗЛАЗНИ	1,33	5,00	3,24	0,91

Графикон 36. BRS улазни



Графикон 37. BRS излазни



Вредност укупног скорa улазне BRS је износила од 1,17 до 5, при чему је просечна вредност BRS је износила $3,19 \pm 0,81$. Вредност укупног скорa излазне BRS је износила од 1,33 до 5, при чему је просечна вредност BRS скорa износила $3,24 \pm 0,91$.

Расподела одговора испитаника по појединачним тврдњама приказана је у табелама 8 за улазну и табели 9 за излазну BRS.

Табела 8. Кратка скала отпорности – улазна по ајтемима

	1	2	3	4	5
Лако се опоравим после тешких времена	7 6,4%	10 9,1%	20 18,2%	51 46,4%	22 20,0%
Тешко пролазим кроз стресне ситуације	24 21,8%	33 30,0%	17 15,5%	18 16,4%	18 16,4%
Не треба ми много времена да се опоравим од стресног догађаја	15 13,6%	18 16,4%	21 19,1%	37 33,6%	19 17,3%
Тешко ми је да брзо превазиђем неке ружне догађаје	15 13,6%	39 35,5%	18 16,4%	21 19,1%	17 15,5%
Најчешће превазиђем тешке ситуације уз мало потешкоћа	7 6,4%	19 17,3%	24 21,8%	43 39,1%	17 15,5%
Треба ми доста времена да превазиђем животне препреке	15 13,6%	22 20,0%	19 17,3%	34 30,9%	20 18,2%

Табела 9. Кратка скала отпорности – излазна по ајтемима

	1	2	3	4	5
Лако се опоравим после тешких времена	5 4,5%	16 14,5%	8 7,3%	49 44,5%	32 29,1%
Тешко пролазим кроз стресне ситуације	27 24,5%	31 28,2%	11 10,0%	28 25,5%	13 11,8%
Не треба ми много времена да се опоравим од стресног догађаја	8 7,3%	27 24,5%	15 13,6%	40 36,4%	20 18,2%
Тешко ми је да брзо превазиђем неке ружне догађаје	12 10,9%	51 46,4%	11 10,0%	24 21,8%	12 10,9%
Најчешће превазиђем тешке ситуације уз мало потешкоћа	6 5,5%	22 20,0%	13 11,8%	40 36,4%	29 26,4%
Треба ми доста времена да превазиђем животне препреке	19 17,3%	19 17,3%	14 12,7%	30 27,3%	28 25,5%

4.1.7. STAI

Табела 10. STAI S и STAI O скорови (улазни и излазни)

STAI		Најмања вредност	Највећа вредност	Просечна вредност	Стандардно одступање
S	УЛАЗНИ	20	74	38,55	14,47
	ИЗЛАЗНИ	20	70	34,95	9,76
O	УЛАЗНИ	20	68	37,73	10,90
	ИЗЛАЗНИ	20	62	35,44	8,73

Вредност укупног скорa улазне STAI S је износила од 20 до 74, при чему је просечна вредност скорa износила $38,55 \pm 14,47$. Вредност укупног скорa излазне STAI S је износила од 20 до 70, при чему је просечна вредност скорa за износила $34,95 \pm 9,76$.

Вредност укупног скорa улазне STAI O је имала вредности од 20 до 68, при чему је просечна вредност скорa износила $37,73 \pm 10,90$. Вредност укупног скорa излазне STAI O је имала вредности од 20 до 62, при чему је просечна вредност скорa за износила $35,44 \pm 9, 8,73$

Вредности STAI S и STAI O скорова приказана је у табели 10

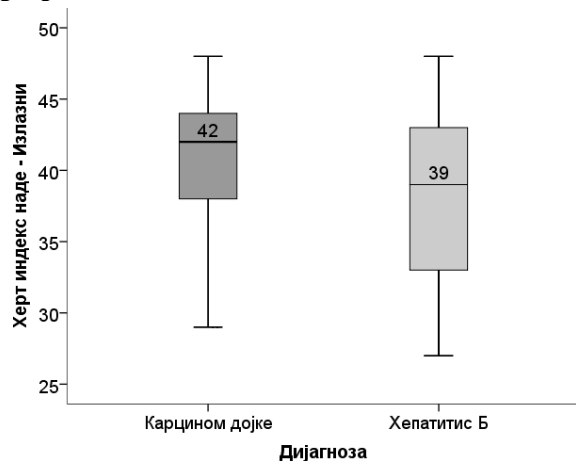
4.2.1. Анализа наде, резилијентности и анксиозности у односу на дијагнозу

С обзиром на то да само подаци за резилијентност прате нормалну расподелу у том случају примењивали смо Студентов т тест за независне узорке док у осталим случајевима примењивали Mann-Whitney U тест.

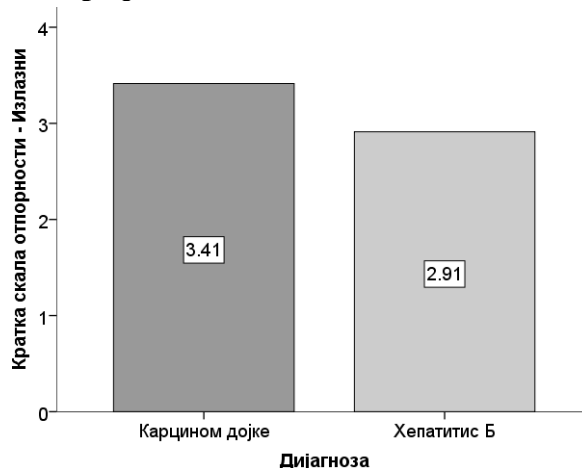
Табела 11. Анализа у односу на дијагнозу

	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Нада	1,672	0,095	2,370	0,018
Резилијентност	1,634	0,105	2,834	0,005
Анксиозност – С	1,912	0,056	3,334	0,001
Анксиозност – O	1,610	0,107	3,084	0,002

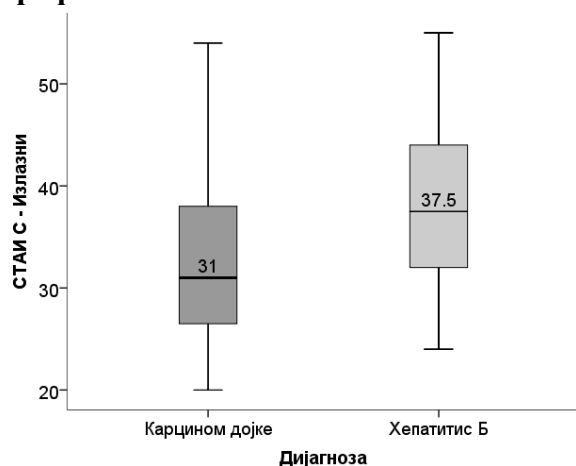
Графикон 38. ННІ



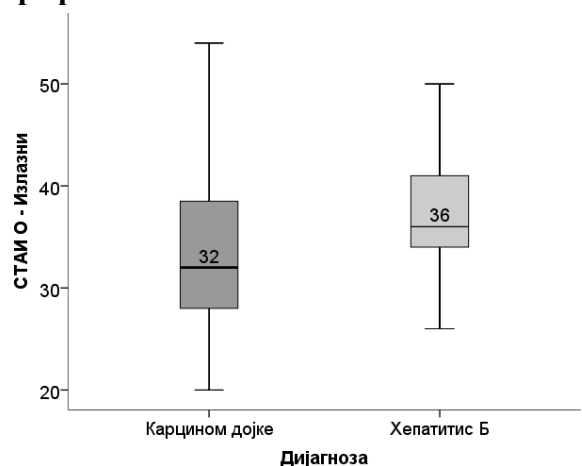
Графикон 39. BRS



Графикон 40. STAI-S



Графикон 41. STAI-O



Статистички значајна разлика нивоа наде, резилијентности и анксиозности између испитаница са карциномом дојке и хепатитисом Б постоји само на крају терапије. Што се тиче наде и резилијентности, значајно веће вредности су код испитаница са карциномом дојке док су значајно веће вредности анксиозности код испитаница са хепатитисом Б.

4.2.2. Анализа наде, резилијентности и анксиозности у односу на старост пацијенткиња са карциномом дојке

Табела 12. Анализа у односу на старост пацијенткиња

	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Нада	0,881	0,379	0,916	0,359
Резилијентност	1,063	0,291	0,816	0,417
Анксиозност – С	0,310	0,756	0,333	0,739
Анксиозност – О	0,158	0,857	0,671	0,502

С обзиром на то да само подаци за резилијентност прате нормалну расподелу, само у том случају за анализу примењујемо Студентов т тест за независне узорке док у свим другим случајевима примењујемо Mann-Whitney U тест.

Не постоји статистички значајна разлика у нивоу наде, резилијентности нити анксиозности код пацијенткиња са карциномом дојке у односу на њихову старост.

4.2.3. Корелације између наде, резилијентности и анксиозности

4.2.3.1. Нада и резилијентност

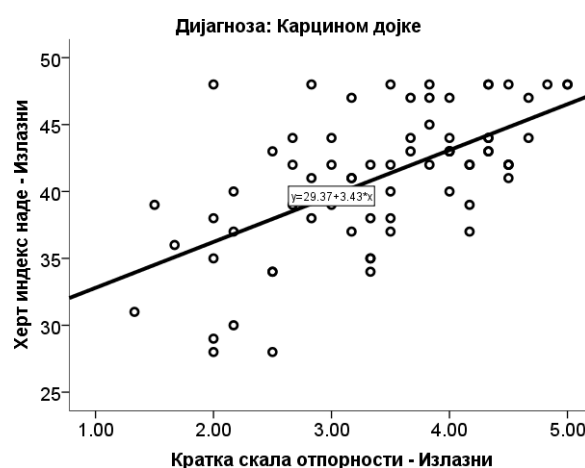
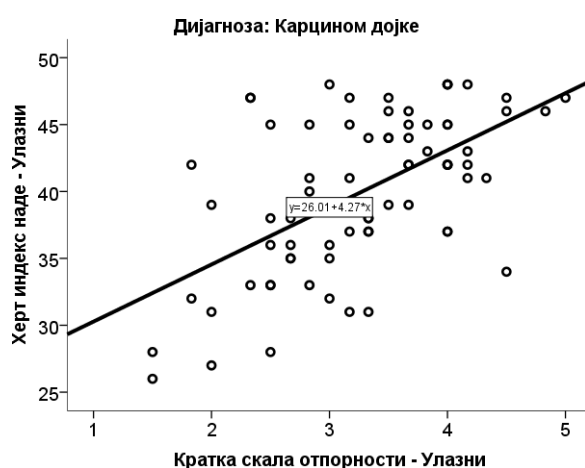
С обзиром на то да подаци за наду не прате нормалну расподелу (осим на крају терапије код пацијената са хепатитисом Б), тумачимо Spearmanov коефицијент корелације.

Табела 13. Нада и резилијентност

	Карцином дојке			Хепатитис Б		
	Коефицијент корелације	Број степени слободе	Значајност	Коефицијент корелације	Број степени слободе	Значајност
На почетку	0,524	72	0,000	0,265	38	0,108
На крају	0,580	72	0,000	0,325	38	0,046

Код испитаница са карциномом дојке и на почетку и на крају терапију постоји јака, позитивна и статистички значајна повезаност између наде и резилијентности, док код испитаница са хепатитисом Б на крају терапије постоји умерена позитивна корелација а на почетку терапије не постоји.

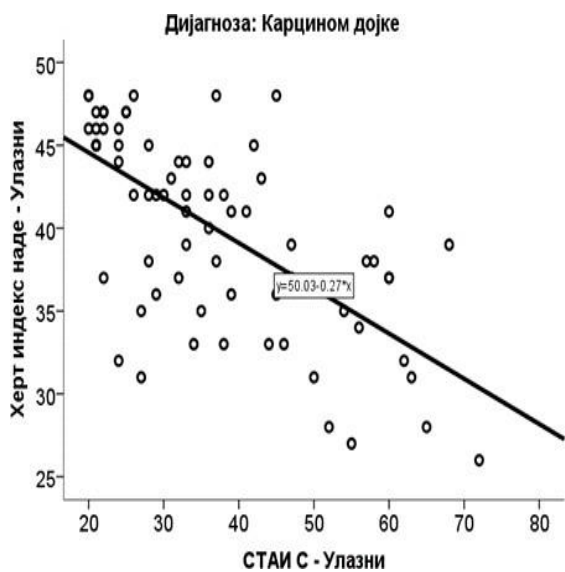
Графикон 42. Нада и резилијентност улазни Графикон 43. Нада и резилијентност излазни



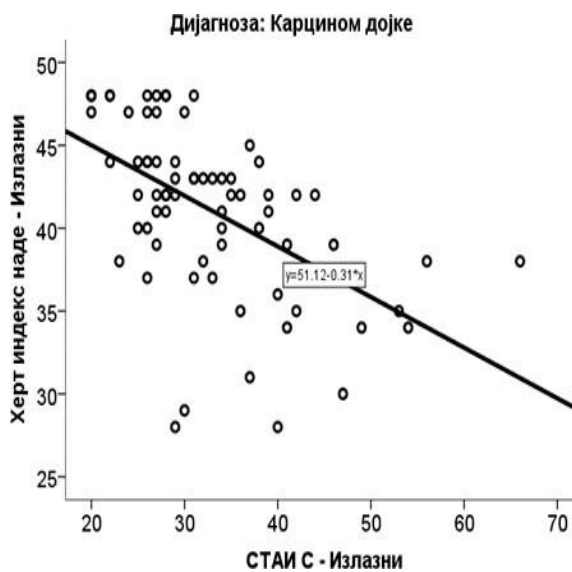
4.2.3.2. Нада и анксиозност

С обзиром на то да подаци за наду не прате нормалну расподелу (осим на крају терапије код пацијената са хепатитисом Б за STAI-S), тумачимо Spearmanov коефицијент корелације.

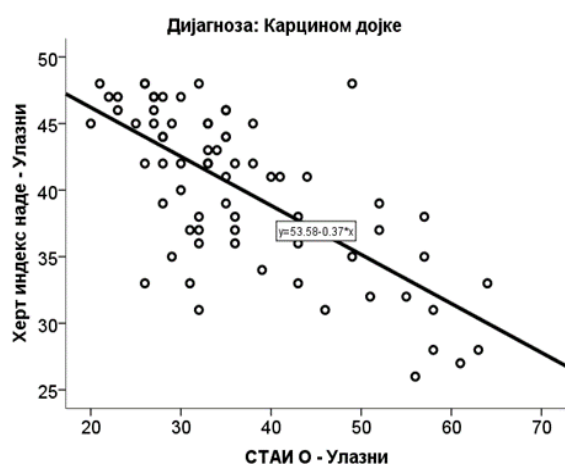
Графикон 44. НН/STAI-S улазни
излазни.



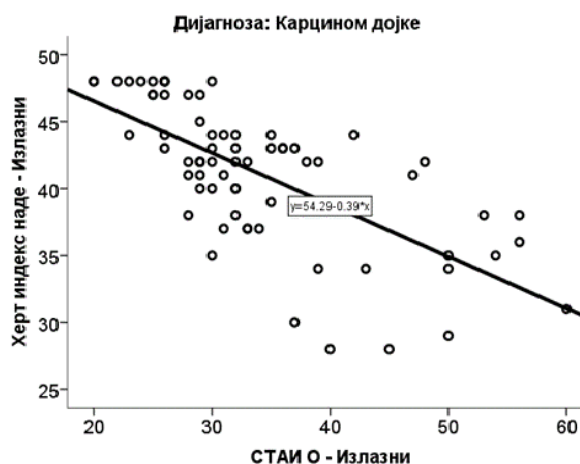
Графикон 45. НН/STAI-S



Графикон 46. НН/STAI-O улазни



Графикон 47. НН/STAI-O излазни



И код испитаница са карциномом дојке и код испитаница са хепатитисом Б и на почетку и на крају терапију постоји јака, негативна и статистички значајна повезаност између наде и анксиозности и као стања и као црте личности.

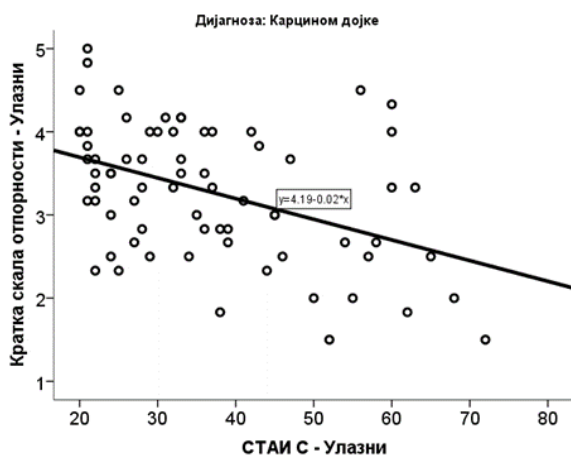
4.2.3.3. Резилијентност и анксиозност

С обзиром на то да код испитаница са карциномом дојке подаци не прате нормалну расподелу тумачимо Spearmanov коефицијент корелација а код испитаница подаци углавном прате нормалну расподелу (осим на крају терапије за STAI-O) тако да тумачимо Pearsonov коефицијент корелације.

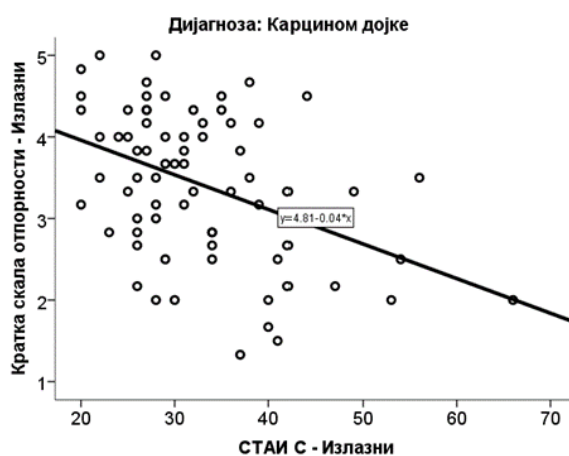
Табела 14. Резилијентност и анксиозност

	Карцином дојке			Хепатитис Б		
	Коефицијент корелације	Број степени слободе	Значајност	Коефицијент корелације	Број степени слободе	Значајност
На почетку - С	-0,406	72	0,000	-0,301	38	0,066
На почетку - О	-0,439	72	0,000	-0,319	38	0,051
На крају - С	-0,387	72	0,001	-0,453	38	0,004
На крају - О	-0,565	72	0,000	-0,130	38	0,438

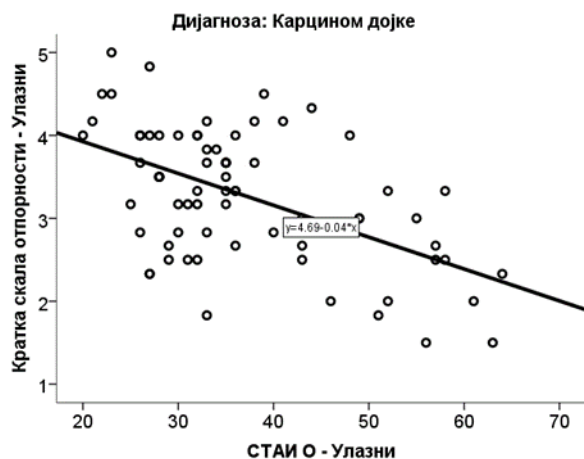
Графикон 48. BRS/STAI-S улазни



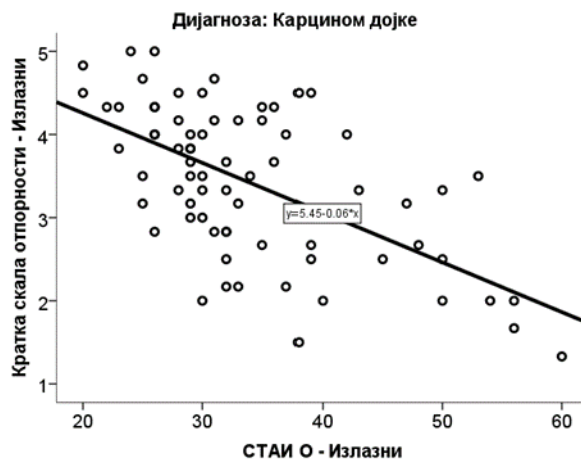
Графикон 49. BRS/STAI-S улазни



Графикон 50. BRS/STAI-O излазни



Графикон 51. BRS/STAI-O излазни



4.3. Анализа наде

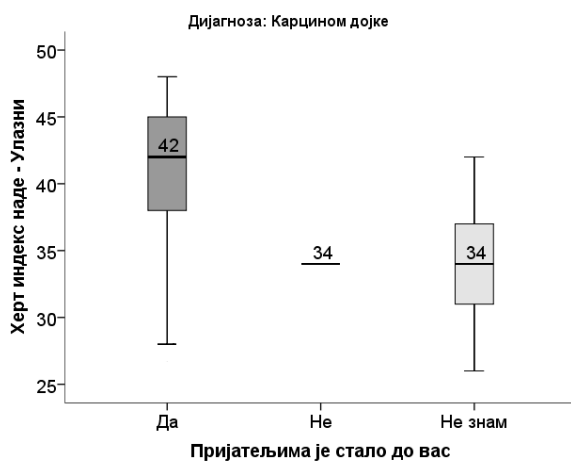
4.3.1. На почетку терапије

Табела 15. Анализа наде на почетку терапије

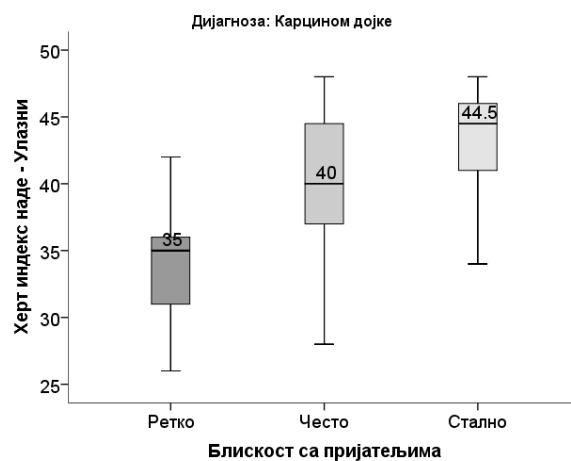
	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	-0,111	0,351	-0,069	0,679
Присуство коморбидитета	0,917	0,359	0,816	0,820
Степен образовања	3,443	0,328	1,258	0,739
Брачни статус	1,987	0,575	5,358	0,147
Радни статус	0,803	0,669	3,110	0,211
Месечна примања	0,359	0,836	1,056	0,590
Место становања	2,106	0,349	1,920	0,383
Број чланова породице	0,097	0,416	0,154	0,357
Односи у породици	6,381	0,094	7,795	0,020
Разговор са супругом	0,826	0,409	1,801	0,072
Разговор са родитељима	1,888	0,059	0,168	0,243
Разговор са браћом и сестрама	0,496	0,620	0,097	0,923
Разговор са пријатељима	0,417	0,677	0,682	0,495
Разговор са неким другим	1,144	0,253	1,578	0,114
Да ли су вас пријатељи напустили	0,166	0,868	1,048	0,295
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	3,313	0,069	0,724	0,696
Пријатељима је стало до вас	12,963	0,002	2,129	0,345
Пријатељи ме не разумеју	3,012	0,390	9,210	0,027

Блискост са пријатељима	13,244	0,001	2,161	0,540
Помоћ уже породице	0,146	0,221	0,239	0,149
Помоћ шире породице	0,032	0,788	0,142	0,397
Помоћ пријатеља	0,197	0,097	0,091	0,588
Помоћ брачног друга	0,155	0,250	0,187	0,331
Помоћ државе	-0,172	0,148	0,051	0,762
Помоћ самој себи	0,207	0,081	0,270	0,101
Да ли користите интернет?	1,568	0,117	0,170	0,865
Да ли претражујете интернет о болести?	2,117	0,034	0,264	0,792
Да ли претражујете форуме?	1,105	0,269	0,313	0,755
Да ли претражујете стручне чланке?	0,575	0,565	0,545	0,586
Да ли сте религиозни?	2,725	0,006	0,499	0,618
Да ли верујете у Бога?	2,559	0,010	0,190	0,849
Да ли идете у цркву?	0,326	0,744	1,341	0,180
Да ли имате формално медицинско образовање?	2,154	0,031	2,081	0,037

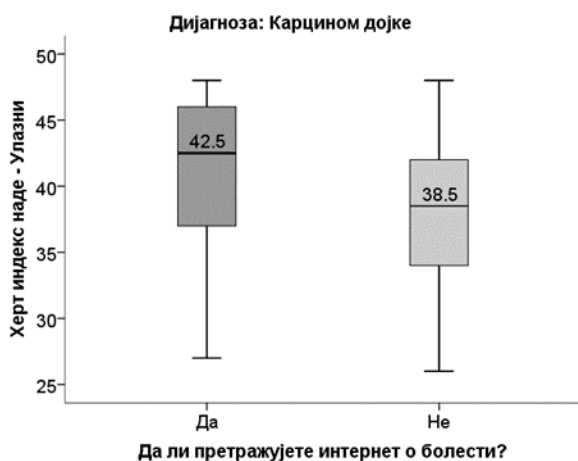
Графикон 52. Пријатељи пријатељима



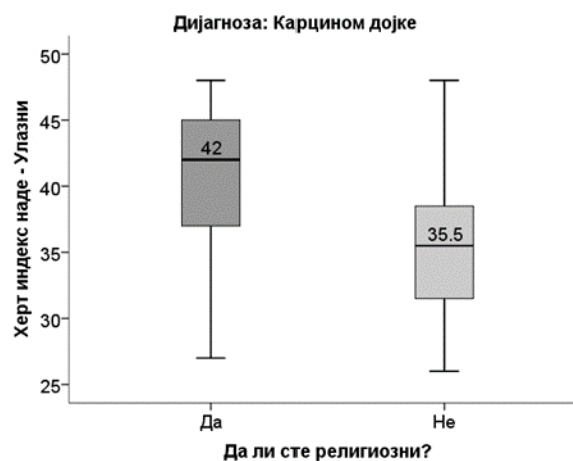
Графикон 53. Блискост са пријатељима



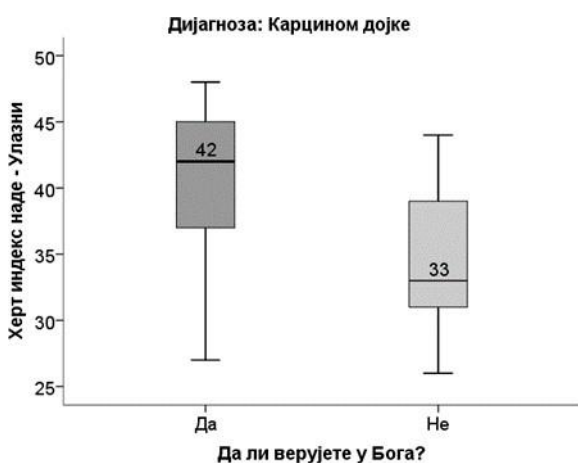
Графикон 54. Претраживање интернета



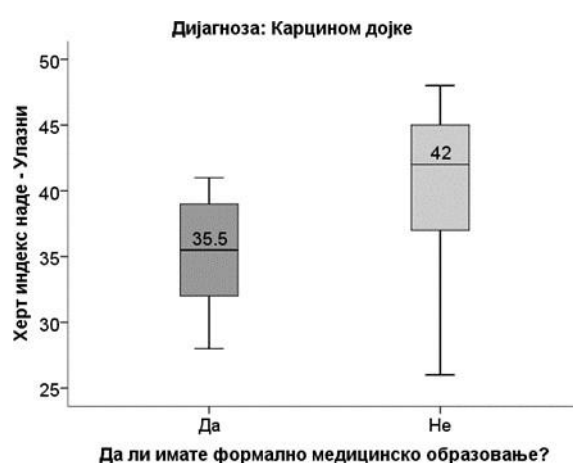
Графикон 55. Религиозност



Графикон 56. Вера у Бога



Графикон 57. Формално медицинско образовање



Међу испитаницама које имају дијагнозу карцинома дојке већу наду на почетку терапије имају оне:

- ✓ чијим пријатељима је стало до њих;
- ✓ које имају сталну блискост са пријатељима;
- ✓ које претражују интернет о својој болести;
- ✓ које су религиозне и које верују у Бога;
- ✓ које немају формално медицинско образовање.

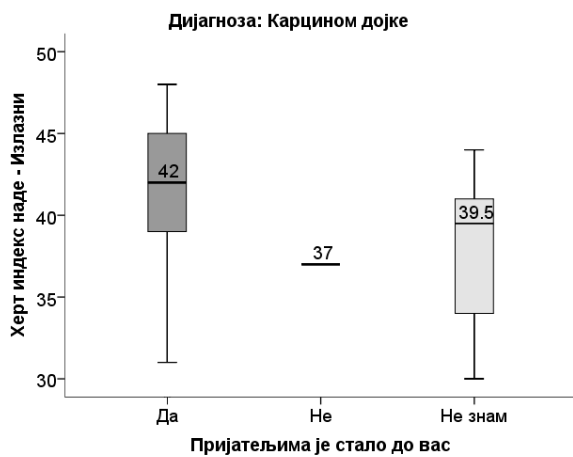
4.3.2. На крају терапије

Табела 16. Анализа наде на крају терапије

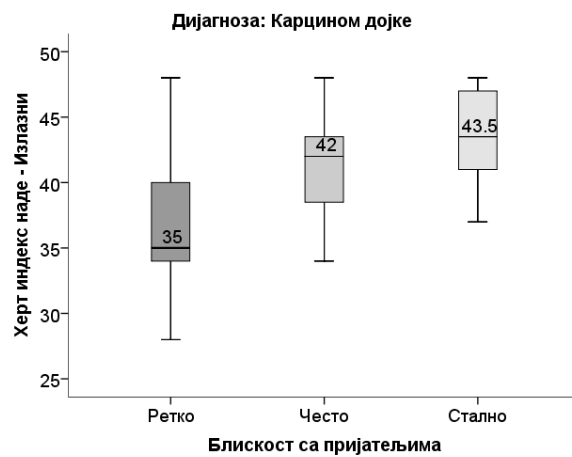
	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	-0,076	0,524	-0,125	0,456
Присуство коморбидитета	1,582	0,114	1,255	0,209
Степен образовања	2,555	0,465	0,518	0,915
Брачни статус	1,440	0,696	4,616	0,202
Радни статус	1,789	0,409	2,714	0,257
Месечна примања	0,012	0,994	0,892	0,640
Место становања	0,834	0,659	1,210	0,546
Број чланова породице	0,057	0,632	0,096	0,567
Односи у породици	6,037	0,110	9,861	0,007
Разговор са супругом	0,035	0,972	1,991	0,046
Разговор са родитељима	1,128	0,259	1,081	0,280
Разговор са браћом и сестрама	0,498	0,619	0,371	0,711
Разговор са пријатељима	0,321	0,748	1,381	0,167
Разговор са неким другим	1,518	0,129	1,865	0,062
Да ли су вас пријатељи напустили	0,545	0,586	1,473	0,141
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	1,047	0,306	3,013	0,222
Пријатељима је стало до вас	7,208	0,027	4,490	0,106
Пријатељи ме не разумеју	1,144	0,767	7,456	0,059
Блискост са пријатељима	9,534	0,009	4,707	0,195
Помоћ уже породице	0,236	0,046	0,292	0,075
Помоћ шире породице	0,023	0,848	0,100	0,551
Помоћ пријатеља	0,223	0,059	0,174	0,295
Помоћ брачног друга	0,291	0,028	0,317	0,094
Помоћ државе	-0,075	0,532	0,175	0,294
Помоћ самој себи	0,296	0,012	0,330	0,043
Да ли користите интернет?	2,462	0,014	0,339	0,735
Да ли претражујете интернет о болести?	2,145	0,032	0,542	0,588
Да ли претражујете форуме?	0,439	0,661	0,000	1,000

Да ли претражујете стручне чланке?	0,780	0,435	0,297	0,767
Да ли сте религиозни?	2,526	0,012	0,000	1,000
Да ли верујете у Бога?	2,069	0,039	0,624	0,533
Да ли идете у цркву?	0,850	0,395	1,384	0,166
Да ли имате формално медицинско образовање?	2,414	0,016	1,488	0,137

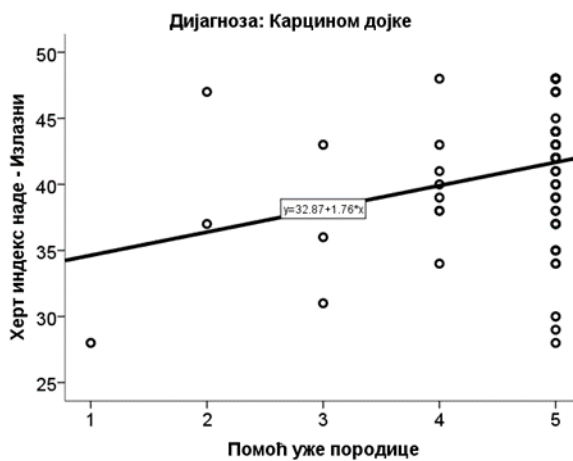
Графикон 58. Пријатељи



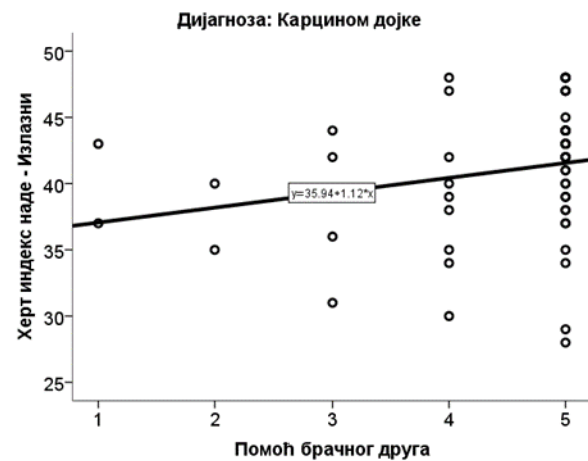
Графикон 59. Блискост са пријатељима



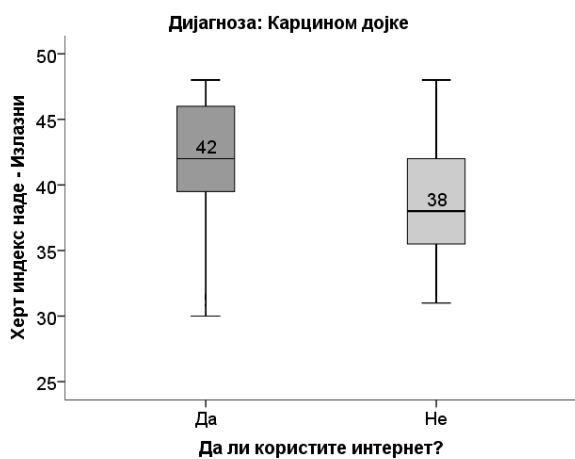
Графикон 60. Помоћ уже породице



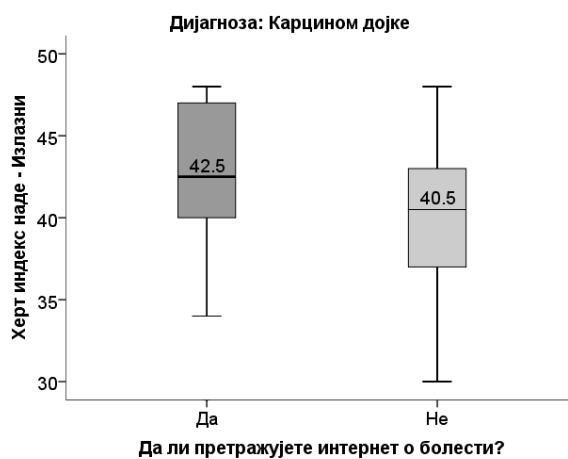
Графикон 61. Помоћ брачног друга



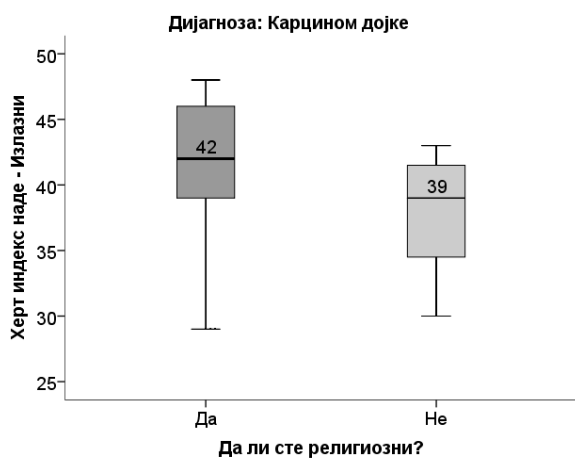
Графикон 62. Коришћење интернета



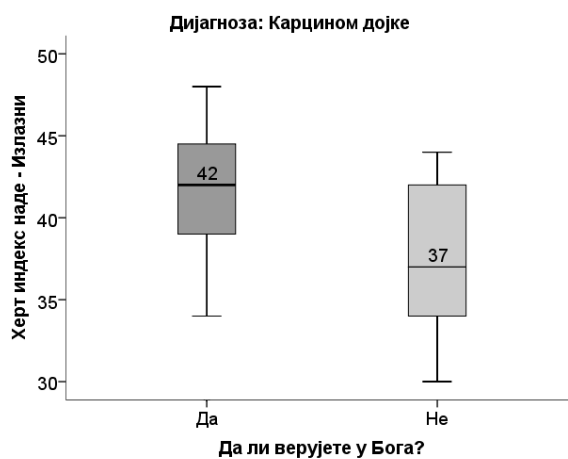
Графикон 63. Претраживање о болести



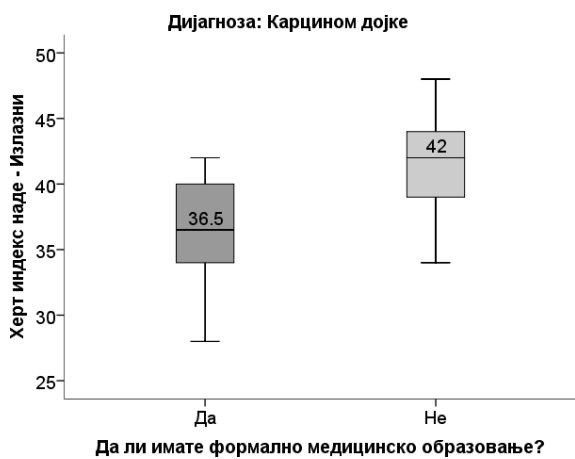
Графикон 64. Религиозност



Графикон 65. Вера у Бога



Графикон 66. Формално медицинско образовање



Међу испитаницама које имају дијагнозу карцинома дојке већу наду на крају терапије имају оне:

- ✓ чијим пријатељима је стало до њих;
 - ✓ које имају сталну блискост са пријатељима;
 - ✓ које користе интернет;
 - ✓ које претражују интернет о својој болести;
 - ✓ које су религиозне и које верују у Бога;
 - ✓ које немају формално медицинско образовање.
- Такође, код ових испитаница, нада се повећава са:
- ✓ помоћи уже породице
 - ✓ помоћи брачног друга.

4.4. Анализа резилијентности

4.4.1. На почетку терапије

Табела 17. Анализа резилијентности на почетку терапије

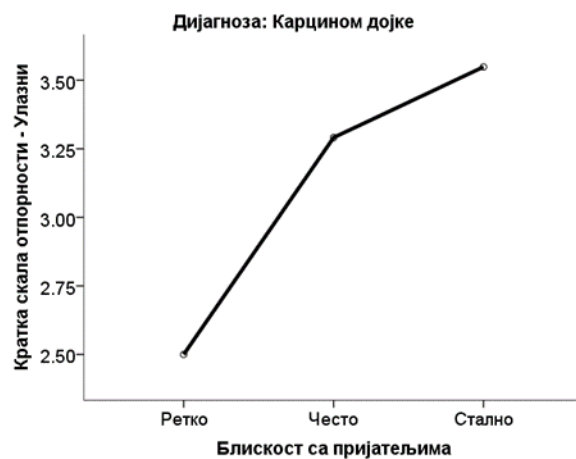
	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	-0,102	0,394	-0,097	0,564
Присуство коморбидитета	0,654	0,515	1,245	0,221
Степен образовања	0,770	0,515	3,319	0,031
Брачни статус	0,678	0,568	2,067	0,123
Радни статус	0,308	0,736	0,137	0,873
Месечна примања	0,550	0,581	6,220	0,008
Место становања	0,341	0,712	0,129	0,879
Број чланова породице	0,162	0,174	-0,132	0,428
Односи у породици	0,324	0,808	2,618	0,087
Разговор са супругом	0,556	0,580	0,295	0,769
Разговор са родитељима	0,621	0,536	0,233	0,817
Разговор са браћом и сестрама	0,427	0,671	2,137	0,039
Разговор са пријатељима	0,050	0,960	0,506	0,616
Разговор са неким другим	0,632	0,529	1,017	0,316
Да ли су вас пријатељи напустили	0,709	0,481	0,459	0,649
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	1,903	0,061	0,082	0,935
Пријатељима је стало до вас	3,643	0,031	0,857	0,433
Пријатељи ме не разумеју	0,388	0,762	1,279	0,297

Блискост са пријатељима	6,487	0,003	2,653	0,064
Помоћ уже породице	0,252	0,033	0,317	0,052
Помоћ шире породице	0,157	0,189	-0,076	0,649
Помоћ пријатеља	0,367	0,002	0,159	0,339
Помоћ брачног друга	0,153	0,255	0,178	0,356
Помоћ државе	-0,071	0,553	0,232	0,162
Помоћ самој себи	0,124	0,299	0,143	0,392
Да ли користите интернет?	1,527	0,131	0,065	0,949
Да ли претражујете интернет о болести?	2,032	0,046	0,424	0,674
Да ли претражујете форуме?	0,349	0,729	1,372	0,189
Да ли претражујете стручне чланке?	0,292	0,772	1,372	0,189
Да ли сте религиозни?	2,091	0,040	0,131	0,897
Да ли верујете у Бога?	1,970	0,053	0,333	0,741
Да ли идете у цркву?	0,758	0,451	0,245	0,808
Да ли имате формално медицинско образовање?	2,184	0,032	0,424	0,674

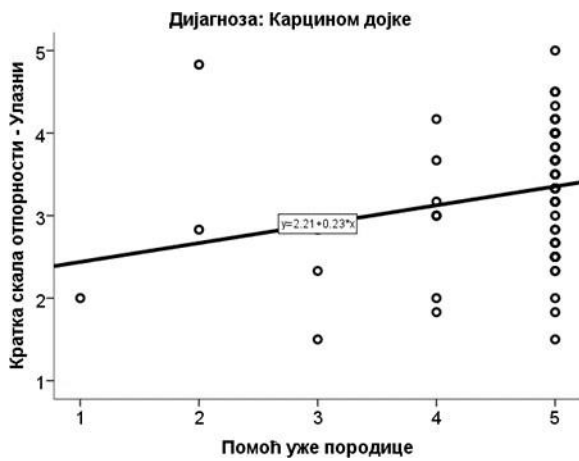
Графикон 67. Пријатељи пријатељима



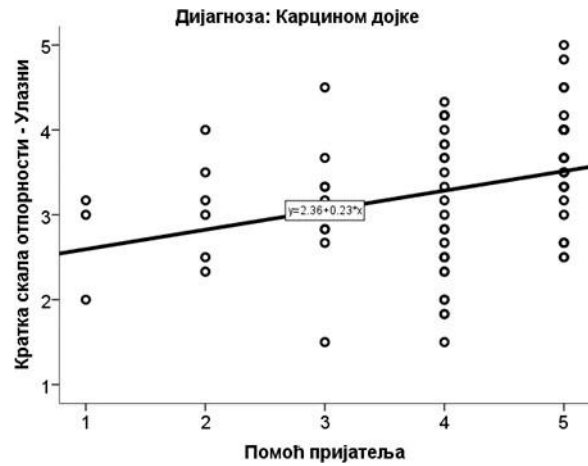
Графикон 68. Блискост са пријатељима



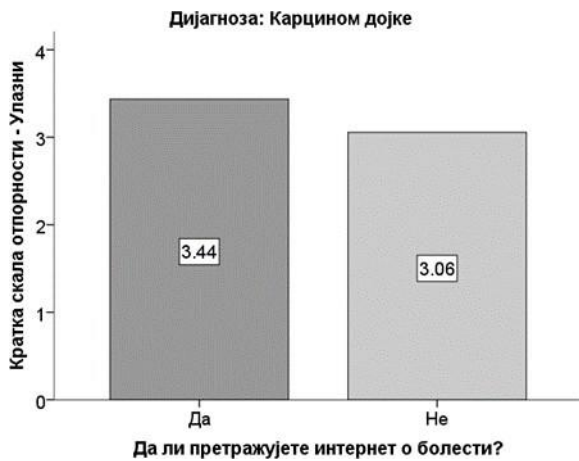
Графикон 69. Помоћ уже породице



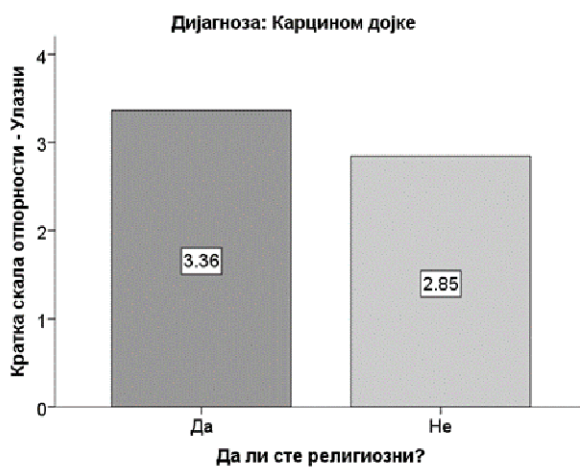
Графикон 72. Помоћ пријатеља



Графикон 73. Претраживање интернета о болести



Графикон 74. Религиозност



Графикон 75. Формално мед. образовање



Значајно већи степен резилијентности су исказале испитанице са карциномом дојке које:

- ✓ имају сталну блискост са пријатељима,
- ✓ су претраживале интернет о болести,
- ✓ су религиозне и
- ✓ немају формално медицинеко образовање.

Степен резилијентности код испитаница са карциномом дојке се повећава са већом помоћи породице и пријатеља.

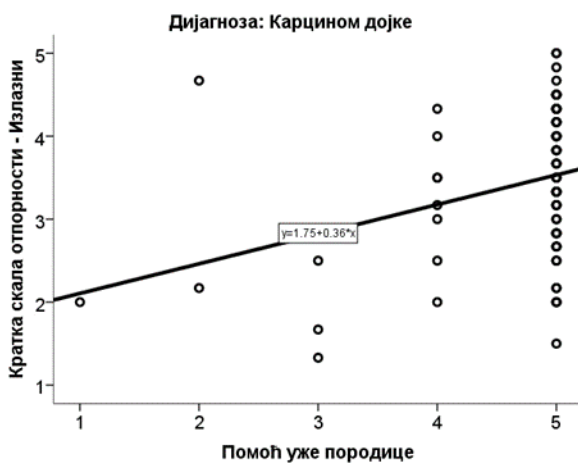
4.4.2. На крају терапије

Табела 18. Анализа резилијентности на крају терапије

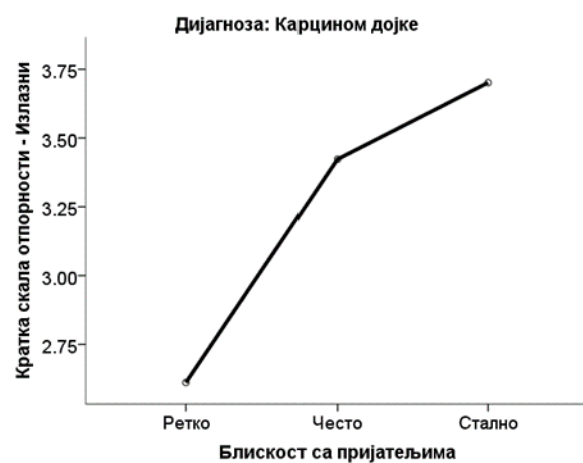
	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	-0,037	0,758	-0,046	0,784
Присуство коморбидитета	0,502	0,605	1,143	0,261
Степен образовања	0,246	0,864	2,863	0,051
Брачни статус	0,419	0,740	0,796	0,505
Радни статус	0,471	0,626	0,507	0,607
Месечна примања	0,595	0,556	5,942	0,009
Место становања	0,215	0,807	0,147	0,864
Број чланова породице	0,131	0,273	-0,126	0,451
Односи у породици	0,262	0,852	5,781	0,007
Разговор са супругом	0,098	0,923	0,288	0,775
Разговор са родитељима	0,313	0,756	0,134	0,895
Разговор са браћом и сестрама	0,615	0,541	2,021	0,051
Разговор са пријатељима	0,370	0,713	0,658	0,514
Разговор са неким другим	1,619	0,110	1,360	0,182
Да ли су вас пријатељи напустили	0,541	0,590	1,977	0,056
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	1,535	0,220	0,248	0,782
Пријатељима је стало до вас	1,406	0,252	3,066	0,059
Пријатељи ме не разумеју	0,393	0,758	2,187	0,108
Блискост са пријатељима	5,220	0,008	4,071	0,014
Помоћ уже породице	0,274	0,020	0,421	0,008
Помоћ шире породице	0,117	0,328	0,007	0,964
Помоћ пријатеља	0,386	0,001	0,278	0,091
Помоћ брачног друга	0,237	0,076	0,243	0,205

Помоћ државе	-0,060	0,617	0,215	0,195
Помоћ самој себи	0,136	0,256	0,041	0,805
Да ли користите интернет?	1,287	0,202	0,403	0,690
Да ли претражујете интернет о болести?	1,208	0,231	0,026	0,979
Да ли претражујете форуме?	0,293	0,771	1,270	0,222
Да ли претражујете стручне чланке?	0,237	0,814	2,192	0,044
Да ли сте религиозни?	0,913	0,364	0,161	0,873
Да ли верујете у Бога?	0,998	0,322	0,287	0,776
Да ли идете у цркву?	0,014	0,989	0,324	0,748
Да ли имате формално медицинско образовање?	1,980	0,052	0,412	0,683

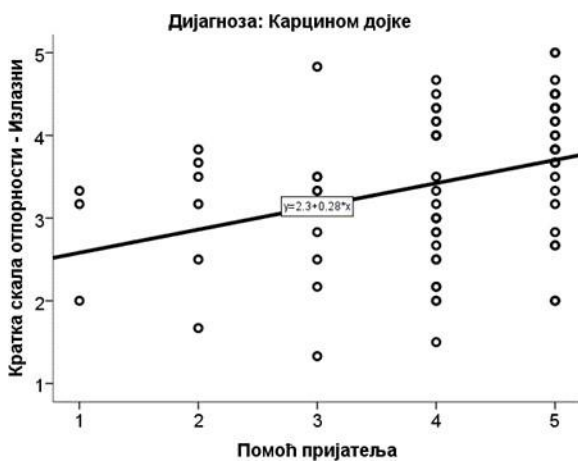
Графикон 76. Помоћ уже породице пријатељима



Графикон 77. Блискост са пријатељима



Графикон 78. Помоћ пријатеља



На крају терапије значајно већи степен резилијентности имају испитанице са карциномом дојке које имају сталну блискост са пријатељима.

Код испитаница са карциномом дојке степен резилијентности расте са повећањем помоћи уже породице и пријатеља.

4.5. Анализа анксиозности

4.5.1. Анализа анксиозности као стања

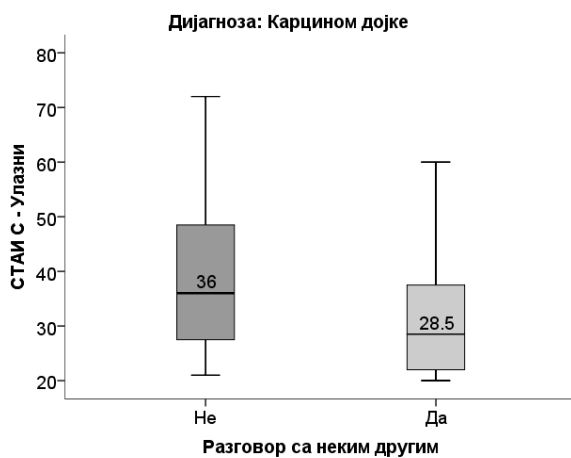
4.5.1.1. На почетку терапије

Табела 19. Анализа анксиозности као стања на почетку терапије

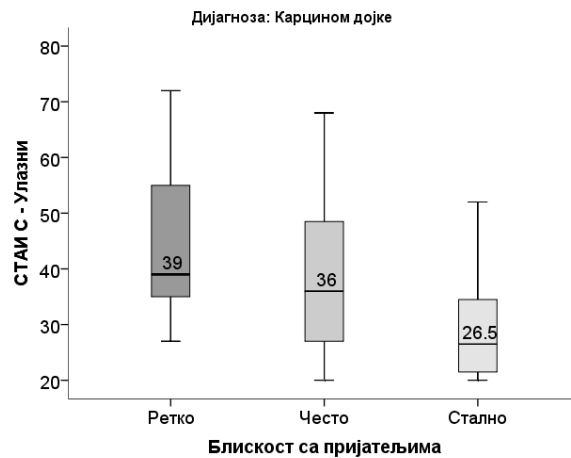
	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	-0,106	0,378	0,093	0,581
Присуство коморбидитета	0,854	0,393	0,770	0,441
Степен образовања	2,947	0,400	2,891	0,409
Брачни статус	1,318	0,725	2,293	0,514
Радни статус	2,965	0,227	0,056	0,972
Месечна примања	4,474	0,107	4,116	0,128
Место становања	0,313	0,855	2,400	0,301
Број чланова породице	0,034	0,779	-0,182	0,273
Односи у породици	6,088	0,107	8,830	0,012
Разговор са супругом	1,044	0,296	0,380	0,704
Разговор са родитељима	0,761	0,447	0,908	0,364
Разговор са браћом и сестрама	1,281	0,200	0,902	0,367
Разговор са пријатељима	0,156	0,876	0,215	0,830
Разговор са неким другим	2,002	0,045	0,251	0,802
Да ли су вас пријатељи напустили	0,709	0,478	0,425	0,671
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	1,666	0,197	0,047	0,977
Пријатељима је стало до вас	4,448	0,108	2,477	0,290
Пријатељи ме не разумеју	4,929	0,177	5,896	0,117
Блискост са пријатељима	10,715	0,005	0,543	0,909
Помоћ уже породице	-0,177	0,137	-0,284	0,084

Помоћ шире породице	-0,030	0,804	-0,262	0,112
Помоћ пријатеља	-0,241	0,042	0,109	0,513
Помоћ брачног друга	-0,250	0,061	-0,042	0,828
Помоћ државе	0,281	0,017	-0,198	0,232
Помоћ самој себи	-0,129	0,279	-0,313	0,055
Да ли користите интернет?	0,983	0,326	0,123	0,902
Да ли претражујете интернет о болести?	1,297	0,194	1,083	0,297
Да ли претражујете форуме?	0,354	0,723	0,622	0,534
Да ли претражујете стручне чланке?	1,229	0,219	0,197	0,844
Да ли сте религиозни?	2,563	0,010	0,292	0,770
Да ли верујете у Бога?	1,968	0,049	0,081	0,935
Да ли идете у цркву?	1,230	0,219	1,815	0,070
Да ли имате формално медицинско образовање?	2,325	0,020	1,971	0,049

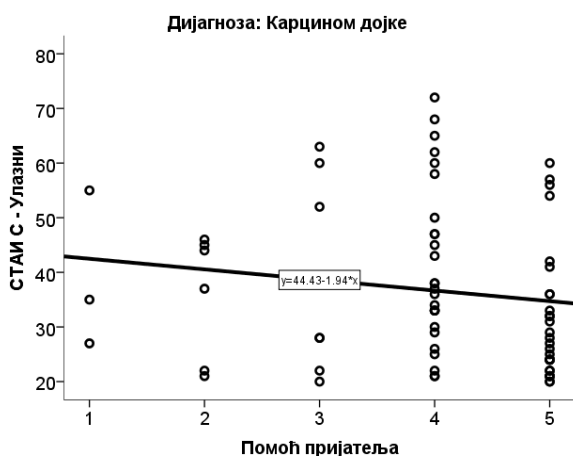
Графикон 79. Разговор са другим



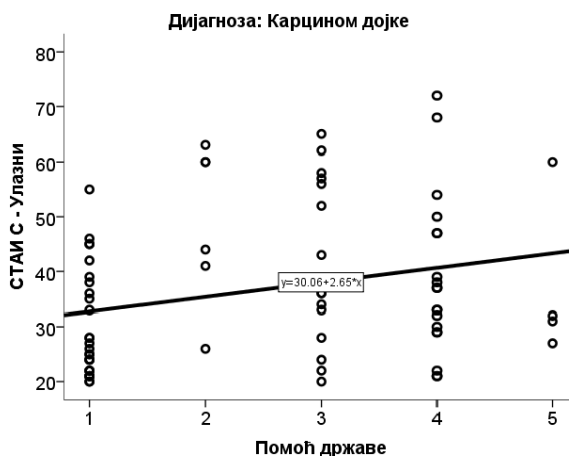
Графикон 80. Блискост са пријатељима



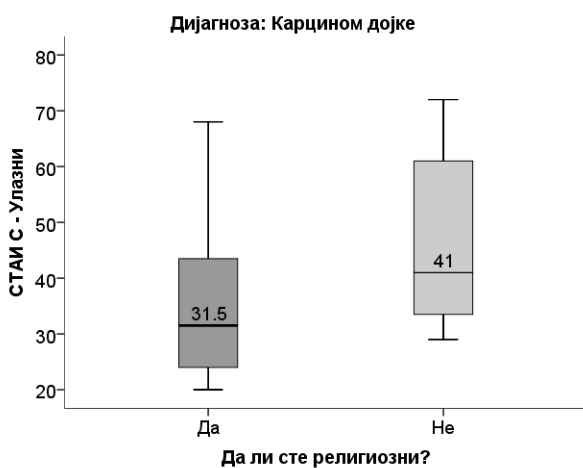
Графикон 81. Помоћ пријатеља



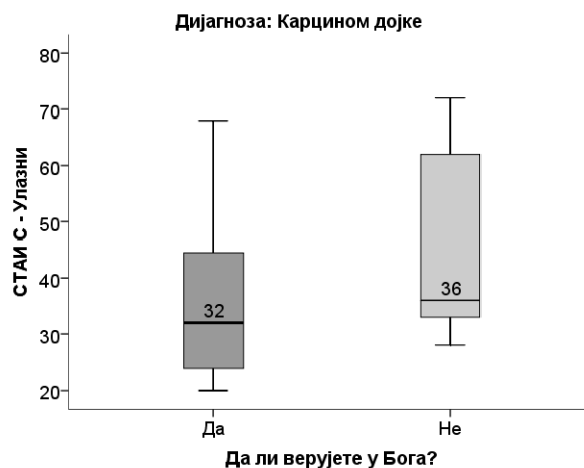
Графикон 82. Помоћ државе



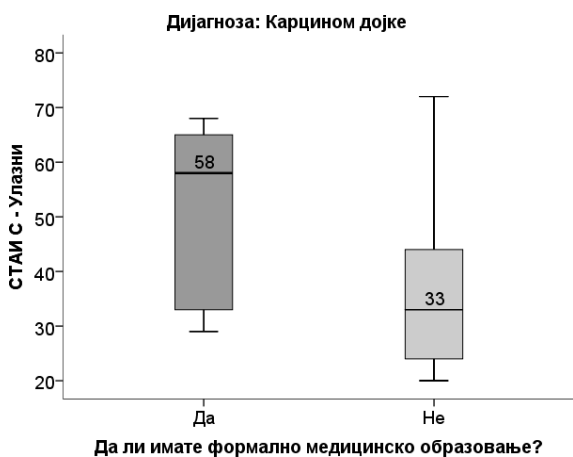
Графикон 83. Религиозност



Графикон 84. Вера у Бога



Графикон 85. Формално медицинско образовање



Значајно је већа анксиозност код испитаница са карциномом дојке које:

- ✓ не разговарају са другима осим са породицом и пријатељима,
- ✓ ретко имају блиске контакте са пријатељима,
- ✓ нису религиозне и не верују у Бога и
- ✓ имају формално медицинско образовање.

Степен анксиозности код испитаница са карциномом дојке се смањује са већом помоћу пријатеља.

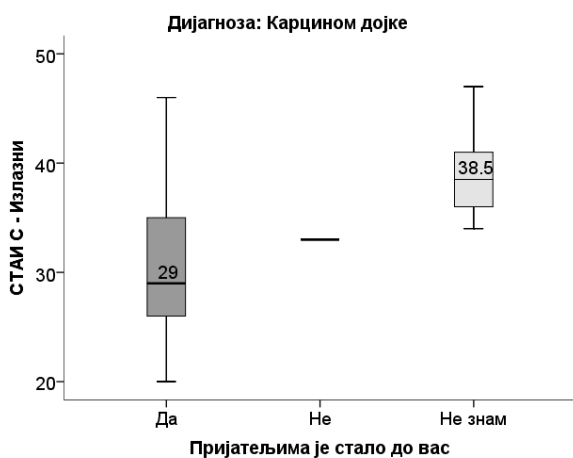
4.5.1.2. На крају терапије

Табела 20. Анализа анксиозности као стања на крају терапије

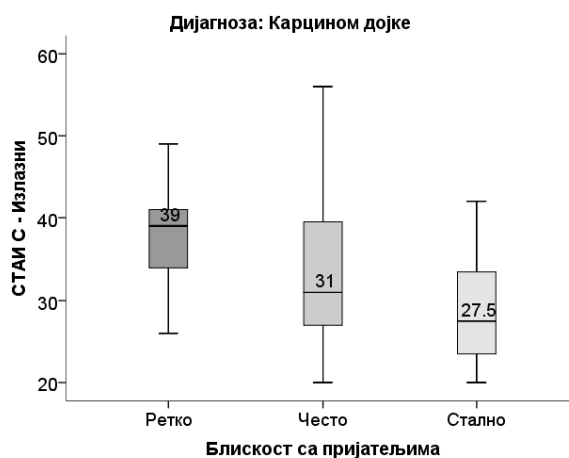
	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	0,068	0,568	0,095	0,571
Присуство коморбидитета	1,520	0,128	0,825	0,410
Степен образовања	1,874	0,599	1,050	0,789
Брачни статус	2,724	0,436	4,209	0,240
Радни статус	1,811	0,404	0,015	0,993
Месечна примања	3,197	0,202	2,717	0,257
Место становања	0,148	0,929	4,635	0,099
Број чланова породице	-0,094	0,434	-0,321	0,049
Односи у породици	6,842	0,077	9,388	0,009
Разговор са супругом	0,450	0,653	1,142	0,254
Разговор са родитељима	0,199	0,842	0,389	0,697
Разговор са браћом и сестрама	1,061	0,289	0,612	0,540
Разговор са пријатељима	0,536	0,592	0,645	0,519
Разговор са неким другим	0,942	0,346	1,577	0,115
Да ли су вас пријатељи напустили	0,133	0,894	0,425	0,671
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	1,143	0,285	0,019	0,991
Пријатељима је стало до вас	8,748	0,013	3,377	0,185
Пријатељи ме не разумеју	1,621	0,655	5,321	0,150
Блискост са пријатељима	9,216	0,010	2,444	0,485
Помоћ уже породице	-0,400	0,001	-0,338	0,038
Помоћ шире породице	-0,180	0,130	-0,137	0,413
Помоћ пријатеља	-0,276	0,019	0,148	0,374

Помоћ брачног друга	-0,290	0,029	-0,196	0,309
Помоћ државе	0,165	0,166	-0,173	0,298
Помоћ самој себи	-0,193	0,105	-0,309	0,159
Да ли користите интернет?	1,919	0,055	0,832	0,406
Да ли претражујете интернет о болести?	1,698	0,089	1,610	0,107
Да ли претражујете форуме?	1,568	0,117	0,757	0,449
Да ли претражујете стручне чланке?	0,762	0,446	0,148	0,882
Да ли сте религиозни?	3,283	0,001	0,447	0,655
Да ли верујете у Бога?	1,560	0,119	1,138	0,255
Да ли идете у цркву?	1,744	0,081	1,275	0,202
Да ли имате формално медицинско образовање?	2,397	0,017	2,043	0,041

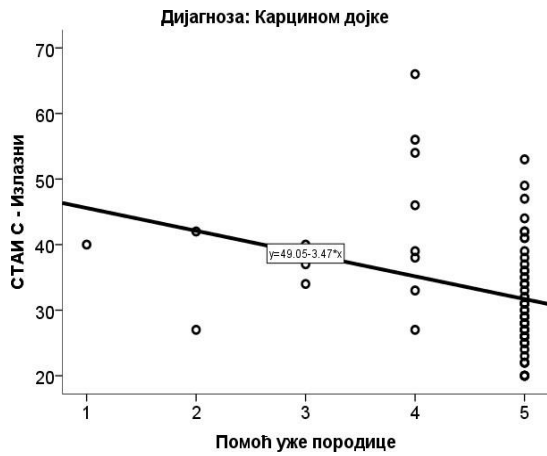
Графикон 86. Пријатељи



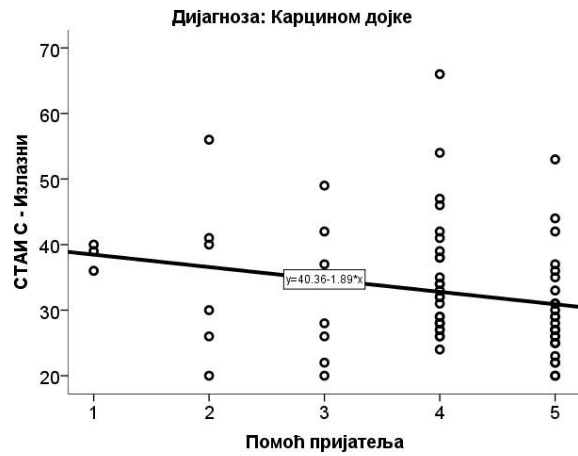
Графикон 87. Блискост са пријатељима



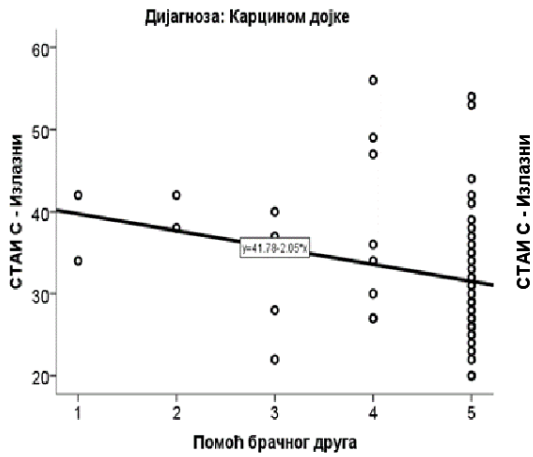
Графикон 88. Помоћ уже породице



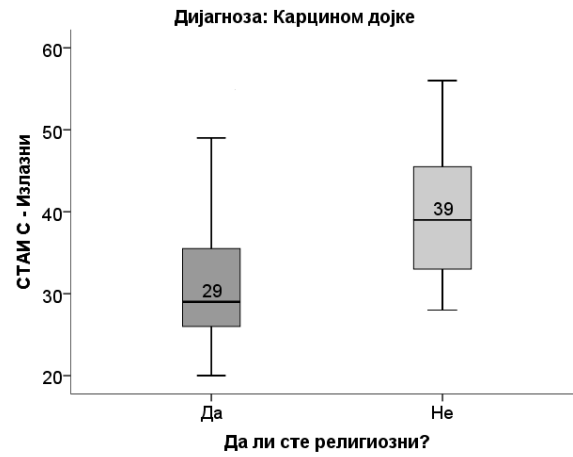
Графикон 89. Помоћ пријатеља



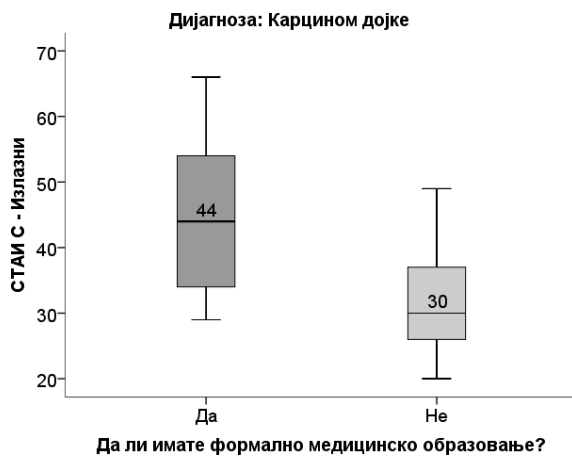
Графикон 90. Помоћ брачног друга



Графикон 91. Религиозност



Графикон 92. Формално медицинско образовање



На крају терапије значајно је већа анксиозност код испитаница са карциномом дојке које:

- ✓ не знају да ли је пријатељима стало до њих,
- ✓ ретко блиске са пријатељима,
- ✓ нису религиозне и
- ✓ имају формално медицинско образовање.

Степен анксиозности код испитаница са карциномом дојке се смањује са већом помоћу же породице, пријатеља и брачног друга.

4.5.2. Анализа анксиозности као особине

4.5.2.1. На почетку терапије

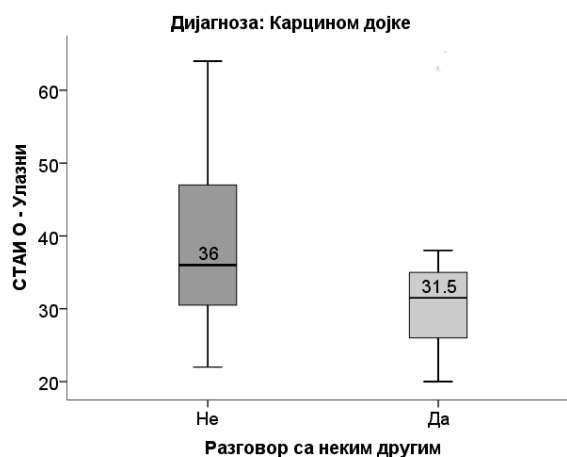
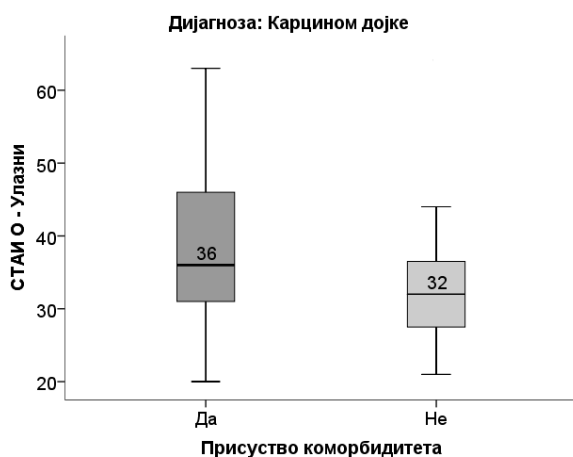
Табела 21. Анализа анксиозности као црте личности на почетку терапије

	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	-0,061	0,613	-0,030	0,858
Присуство коморбидитета	1,970	0,049	0,161	0,872
Степен образовања	0,777	0,855	3,758	0,289
Брачни статус	0,864	0,834	4,726	0,193
Радни статус	2,028	0,363	1,230	0,541
Месечна примања	3,847	0,146	0,137	0,934
Место становања	0,425	0,808	4,607	0,100
Број чланова породице	-0,042	0,728	0,037	0,826
Односи у породици	1,993	0,574	8,101	0,017
Разговор са супругом	0,733	0,464	1,025	0,306
Разговор са родитељима	0,822	0,411	0,346	0,729
Разговор са браћом и сестрама	0,579	0,563	1,241	0,215
Разговор са пријатељима	0,372	0,710	0,663	0,507
Разговор са неким другим	2,415	0,016	0,968	0,333
Да ли су вас пријатељи напустили	0,044	0,965	0,164	0,870
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	0,271	0,603	0,117	0,943
Пријатељима је стало до вас	1,615	0,446	3,144	0,208
Пријатељи ме не разумеју	3,582	0,310	3,644	0,303
Блискост са пријатељима	8,890	0,012	1,342	0,719
Помоћ уже породице	-0,212	0,074	-0,178	0,284

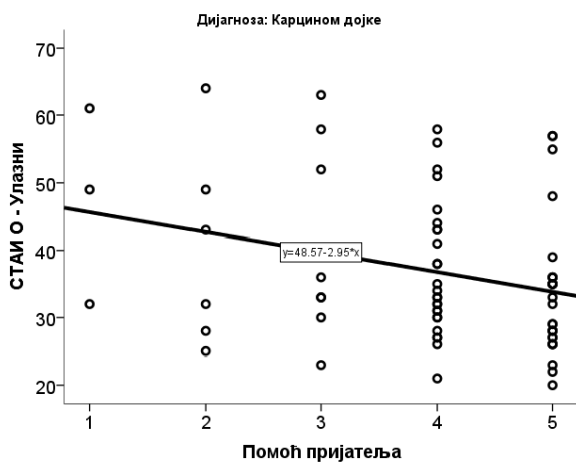
Помоћ шире породице	0,047	0,692	-0,094	0,575
Помоћ пријатеља	-0,255	0,031	0,003	0,988
Помоћ брачног друга	-0,139	0,301	0,019	0,923
Помоћ државе	0,218	0,066	-0,151	0,364
Помоћ самој себи	-0,276	0,019	-0,215	0,195
Да ли користите интернет?	1,071	0,284	0,108	0,914
Да ли претражујете интернет о болести?	0,412	0,681	0,732	0,464
Да ли претражујете форуме?	0,600	0,549	0,000	1,000
Да ли претражујете стручне чланке?	0,615	0,539	0,494	0,622
Да ли сте религиозни?	2,322	0,020	1,530	0,126
Да ли верујете у Бога?	1,543	0,123	0,352	0,725
Да ли идете у цркву?	0,424	0,672	2,681	0,007
Да ли имате формално медицинско образовање?	2,458	0,014	0,251	0,802

Графикон 93. Коморбидитети

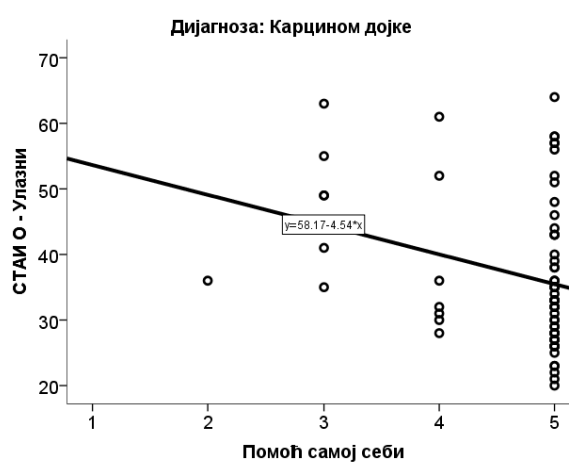
Графикон 94. Разговор са другима



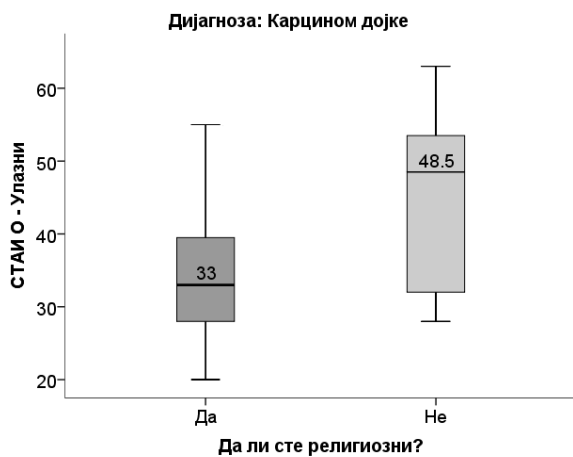
Графикон 95. Помоћ пријатеља



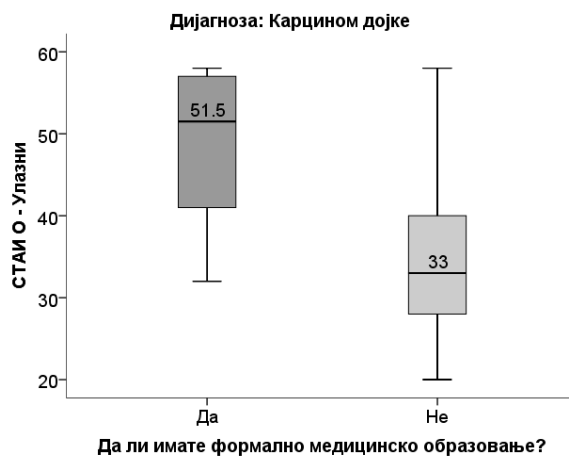
Графикон 96. Самопомоћ



Графикон 97. Религиозност образовање



Графикон 98. Формално мед. образовање



Значајно је већа анксиозност код испитаница са карциномом дојке које:

- ✓ имају присуство коморбидитета
- ✓ не разговарају са другима,
- ✓ ретко су блиски са пријатељима,
- ✓ нису религиозне и
- ✓ имају формално медицинско образовање.

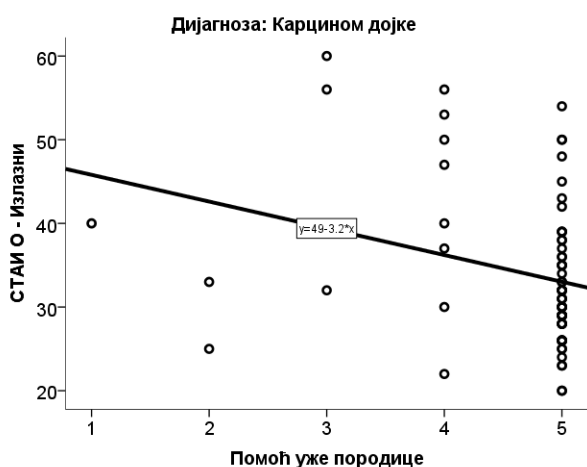
Степен анксиозности код испитаница са карциномом дојке се смањује са већом помоћу пријатеља и самој себи.

4.5.2.2. На крају терапије

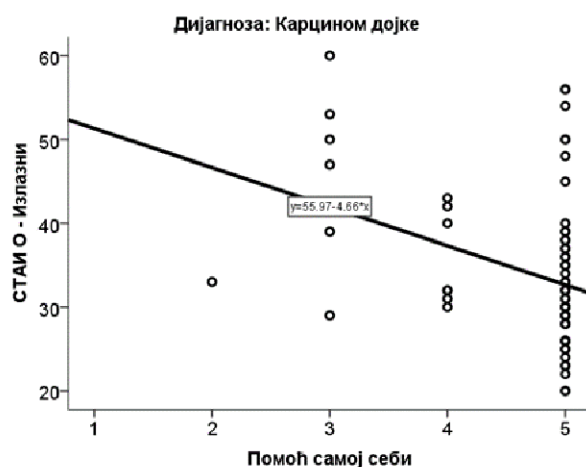
Табела 22. Анализа анксиозности као црте личности на крају терапије

	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старост испитаника	0,048	0,689	-0,060	0,721
Присуство коморбидитета	0,604	0,546	0,018	0,986
Степен образовања	1,330	0,722	0,351	0,950
Брачни статус	1,146	0,766	3,211	0,360
Радни статус	0,909	0,635	0,084	0,959
Месечна примања	2,803	0,246	0,140	0,932
Место становања	1,235	0,539	0,699	0,705
Број чланова породице	0,045	0,705	-0,118	0,480
Односи у породици	5,040	0,169	8,864	0,012
Разговор са супругом	0,185	0,853	0,938	0,348
Разговор са родитељима	0,580	0,562	0,412	0,681
Разговор са браћом и сестрама	0,772	0,440	0,339	0,735
Разговор са пријатељима	0,998	0,318	0,593	0,553
Разговор са неким другим	1,909	0,056	0,287	0,774
Да ли су вас пријатељи напустили	0,943	0,346	0,459	0,646
Да ли можете да се ослоните на помоћ пријатеља	0,002	0,967	0,300	0,861
Пријатељима је стало до вас	1,480	0,477	1,090	0,580
Пријатељи ме не разумеју	0,537	0,911	5,752	0,124
Блискост са пријатељима	4,525	0,104	2,216	0,529
Помоћ уже породице	-0,312	0,008	-0,135	0,420
Помоћ шире породице	-0,034	0,776	-0,002	0,989
Помоћ пријатеља	-0,193	0,104	0,053	0,750
Помоћ брачног друга	-0,240	0,073	-0,120	0,535
Помоћ државе	0,103	0,387	-0,114	0,494
Помоћ самој себи	-0,346	0,003	-0,355	0,029
Да ли користите интернет?	1,642	0,101	0,941	0,347
Да ли претражујете интернет о болести?	0,955	0,339	0,367	0,714
Да ли претражујете форуме?	0,968	0,333	0,178	0,858

Да ли претражујете стручне чланке?	0,094	0,925	0,247	0,805
Да ли сте религиозни?	2,626	0,009	1,119	0,263
Да ли верујете у Бога?	2,481	0,013	1,575	0,115
Да ли идете у цркву?	0,065	0,948	1,906	0,057
Да ли имате формално медицинско образовање?	2,918	0,004	1,598	0,110



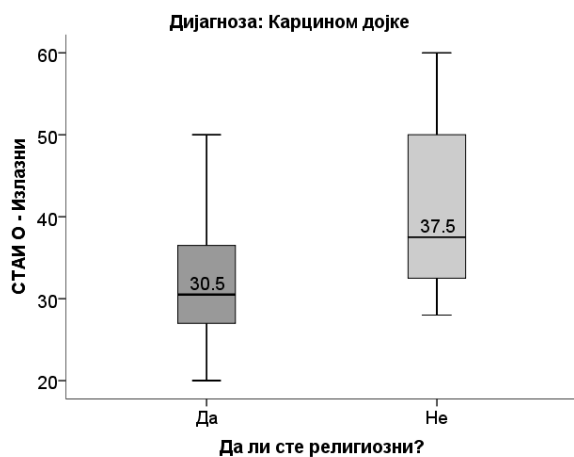
Графикон 99. Помоћ уже породице



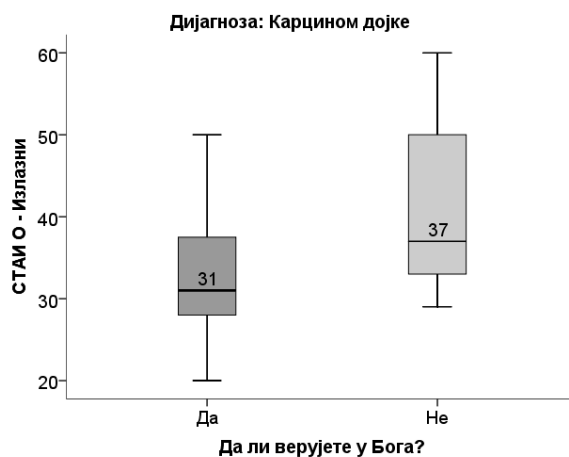
Графикон 100. Самопомоћ

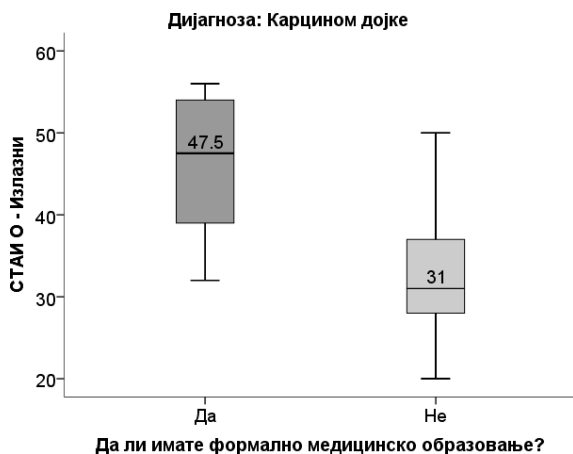
Графикон 101. Религиозност

Графикон 102. Вера у Бога



Графикон 103. Формално медицинско образовање





Значајно је већа анксиозност код испитаница са карциномом дојке које нису религиозне и не верују у Бога и имају формално медицинско образовање. Степен анксиозности код испитаница са карциномом дојке се смањује са већом помоћи породице.

4.6. Анализа разлике између улазних-излазних вредности

Пре избора тестова значајности проверили смо да ли подаци прате нормалну расподелу. За проверу нормалности расподеле података користили смо Kolmogorov-Smirnov тест нормалности. У случају да су подаци за обе променљиве пратили нормалну расподелу, за анализу смо користили Студентов т тест за упарене узорке а уколико подаци бар за једну променљиву нису пратили нормалну расподелу, за анализу смо користили Wilcoxon тест.

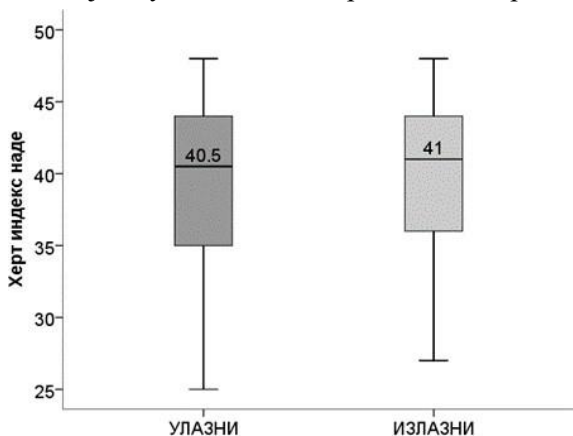
4.6.1. Херт индекс наде

Подаци не прате нормалну расподелу ($p=0,001$ и $p=0,000$).

Применом Wilcoxon теста утврдили смо да постоји статистички значајна разлика у скору ННІ.

Графикон 104. ННІ почетак/крај терапије

Значајно су веће излазне вредности скова ННІ.



4.6.2. Кратка скала отпорности

Подаци прате нормалну расподелу ($p=0,106$ и $p=0,200$).

Табела 23. КРАТКА СКАЛА ОТПОРНОСТИ

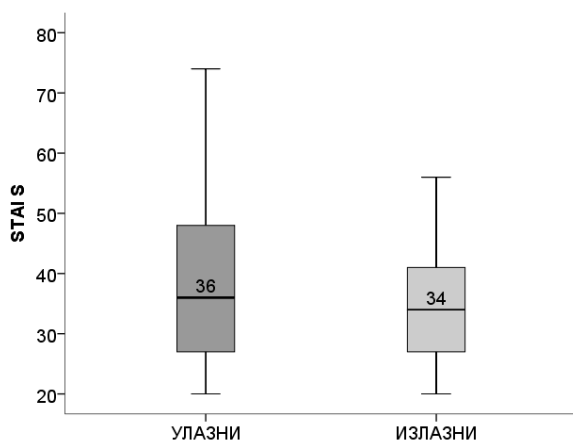
КРАТКА ОТПОРНОСТИ	СКАЛА	t	df	p
СКОР		1,358	109	0,177

Применом Студентовог т теста за упарене узорке утврдили смо да не постоји статистички значајна разлика просечних вредности улазног и излазног скора кратке скале отпорности.

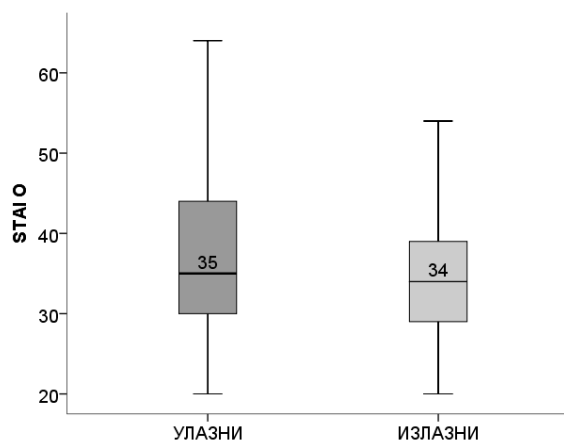
4.6.3. STAI

Применом Wilcoxon теста утврдили смо да и за STAI S и за STAI O постоји статистички значајна разлика између улазних и излазних вредности.

Графикон 105. STAI-S



Графикон 106. STAI-O

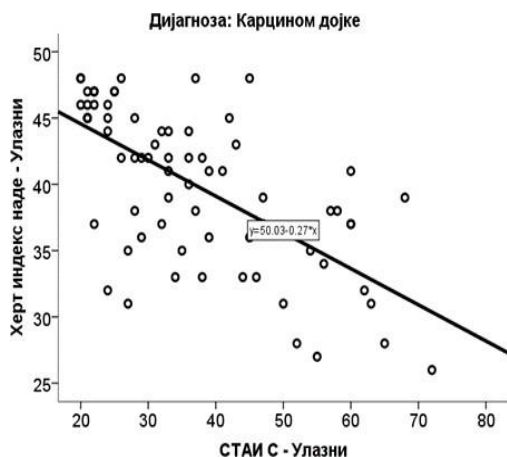


У оба случаја је дошло до статистички значајног смањења вредности и за STAI S и за STAI O.

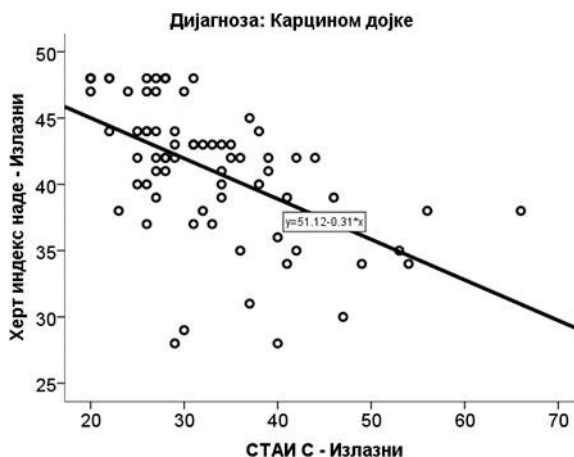
4.7. ОДГОВОР НА ХИПОТЕЗЕ РАДА

4.7.1. Х1: Постоји повезаност резилијентности и осећаја наде са анксиозношћу код испитаница са карциномом дојке.

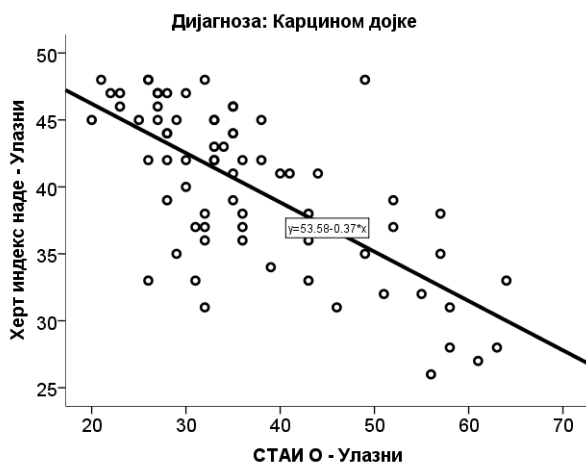
Графикон 107. ННИ/STAI-S улазни



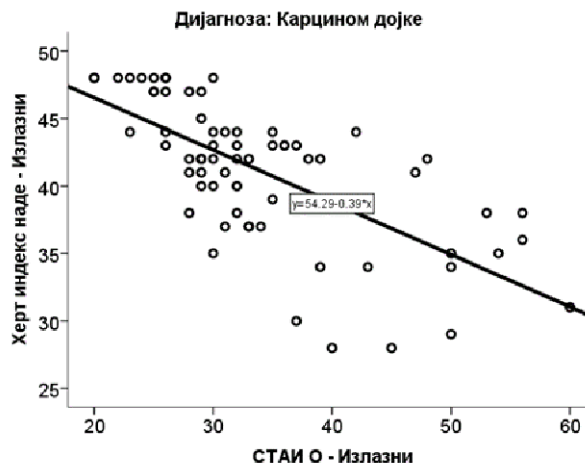
Графикон 108. ННИ/STAI-S излазни



Графикон 109. ННИ/STAI-O улазни

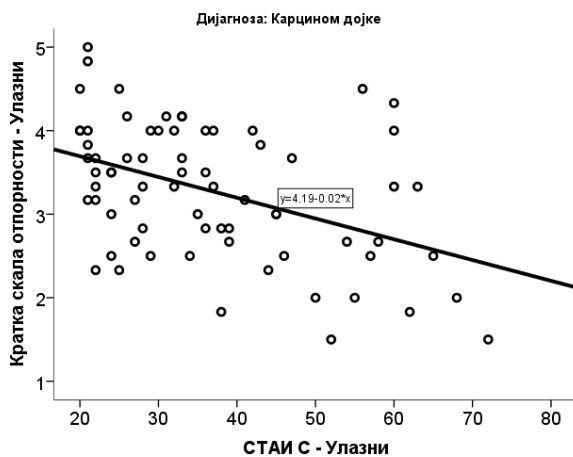


Графикон 110. ННИ/STAI-O излазни

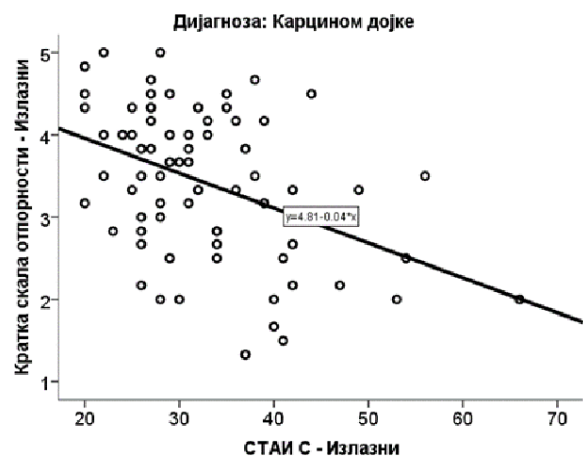


На основу вредности коефицијената корелације који су негативни и по апсолутној вредности већи од 0,5 видимо да постоји јака и негативна повезаност између осећаја надеи анксиозности код испитаница са карциномом дојке.

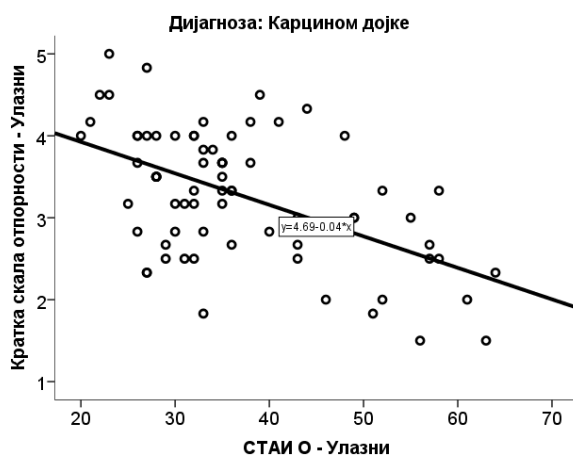
Графикон 114. BRS/STAI-S улазни
излазни



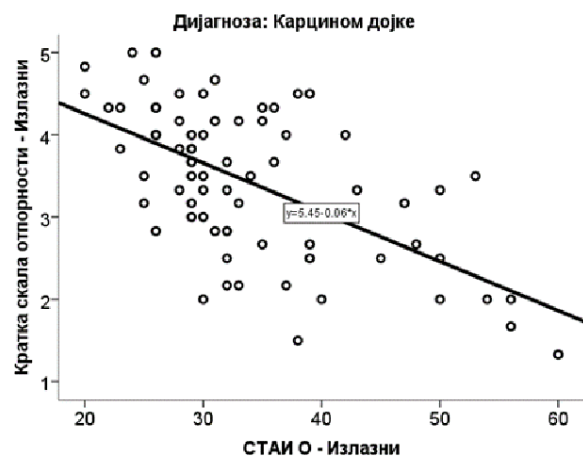
Графикон 115. BRS/STAI-S



Графикон 116. BRS/STAI-O улазни



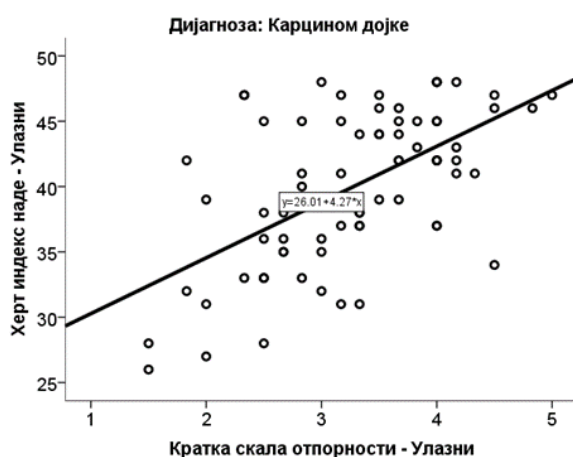
Графикон 117. BRS/STAI-O излазни



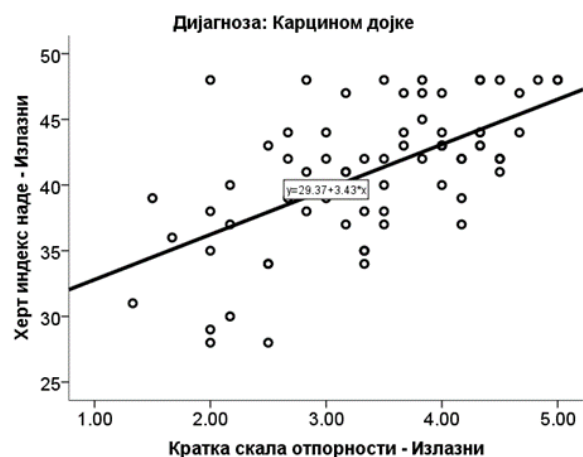
На основу вредности коефицијената корелације који су негативни и по апсолутној вредности између 0,39 и 0,56 видимо да постоји умерено јака и негативна повезаност између резилентности и анксиозности код испитаница са карциномом дојке.

4.7.2.X2: Болеснице које су оптимистичне и надају се будућности испољавају већи степен резилентности

Графикон 118. ННИ /BRS улазни



Графикон 119. ННИ / BRS излазни



На основу вредности коефицијената корелације који су позитивни и чије су вредности веће од 0,5 видимо да постоји јака и позитивна повезаност између осећаја наде и резилијентности код испитаница са карциномом дојке.

4.7.3. X 3: Значајна је разлика у интензитету анксиозности код болесница оболелих од карцинома дојке са и без постојања осећаја наде.

Табела 24: Однос наде и анксиозности

	Карцином дојке			Хепатитис Б		
	Коефицијент корелације	Број степени слободе	Значајност	Коефицијент корелације	Број степени слободе	Значајност
На почетку – С	-0,557	72	0,000	-0,525	38	0,000
На почетку – О	-0,645	72	0,000	-0,450	38	0,005
На крају – С	-0,608	72	0,000	-0,574	38	0,000
На крају – О	-0,726	72	0,000	-0,658	38	0,000

Ниво анксиозности нижи што је виши ниво наде јер почетку и на крају терапију постоји јака, негативна и статистички значајна повезаност између наде и анксиозности као стања и као црте личности.

4.7.4. X4: Постоји разлика у интензитету анксиозности код болесница оболелих од карцинома дојке у односу на године: млађе/старије

Табела 25. Анксиозност у односу на године

Анксиозност	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Стање – Старије/млађе	0,310	0,756	0,333	0,739
Црта личности – Старије/млађе	0,158	0,857	0,671	0,502

Анализом степена анксиозности, и као стања и као црте личности, утврђено је да не постоји статистички значајна разлика у односу на старосне групе (старије/млађе) испитаница.

Табела 26. Анксиозност почетак / крај терапије

Старост_групе	STAI S - Улазни	STAI S- Излазни	STAI O - Улазни	STAI O - Излазни	
Млађе	Mean	37.54	32.40	36.54	33.11
	Median	33.00	30.00	33.00	31.00
Старије	Mean	35.95	33.27	37.16	35.00
	Median	33.00	31.00	35.00	33.00

И код млађих и код старијих испитаница, степен анксиозности (и као стање и као црта личности) се током терапије смањило. На крају терапије, старије испитанице имају већи степен анксиозности, али та разлика није статистички значајна.

4.7.5. X5: Виши степен анксиозности се региструје код млађих болесница лечених хемиотерапијом у односу на старије болесница

Табела 27. Анксиозност у односу на године

Старост испитаника		Карцином дојке		Хепатитис Б	
		Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Стање	На почетку терапије	-0,106	0,378	0,093	0,581
	На крају терапије	0,068	0,568	0,095	0,571
Црта личности	На почетку терапије	-0,061	0,613	-0,030	0,858
	На крају терапије	0,048	0,689	-0,060	0,721

На почетку терапије видимо да је вредност коефицијента корелације за анксиозност и као стање и као црту личности негативна, односно да су вредности анксиозности веће код млађих испитаница, док на крају терапије ове вредности су позитивне што значи да је анксиозност већа код старијих испитаница. Међутим, ни један од ових резултата није статистички значајан.

Табела 28. Анксиозност у односу на године

Анксиозност	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Стање – старије/млађе	0,310	0,756	0,333	0,739
Црта личности – старије/млађе	0,158	0,857	0,671	0,502

Уколико испитанице поделимо у старосне групе на млађе и старије, опет видимо да не постоји статистички значајна повезаност између старосних група и степена анксиозности.

4.7.6. X6: Старије болеснице са карциномом дојке испољавају виши степен резилијентности у односу на млађе.

Табела 29. Резилијентност у односу на године

Старост испитаника	Карцином дојке		Хепатитис Б	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
На почетку терапије	-0,102	0,394	-0,097	0,564
На крају терапије	-0,037	0,758	-0,046	0,784

И на почетку и на крају терапије видимо да је коефицијент корелације негативан, што значи да са годинама ниво резилијентности опада, али овај резултат није статистички значајан.

Уколико испитанице поделимо у старосне групе на млађе и старије, опет видимо да не постоји статистички значајна повезаност између старосних група и резилијентности.

Табела 30. Резилијентност у односу на године

Резилијентност	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Старије/млађе пацијенткиње	1,063	0,291	0,816	0,417

4.7.7. X7: Виши степен резилијентности је повезан са слабије испољеним физичким симптомима које су последица специфичног типа терапије.

Табела 31. Физички симптоми у односу на резилијентност

Резилијентност	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Умор	-0,254	0,031	-0,287	0,014
Мучнина и повраћање	-0,289	0,014	-0,092	0,445
Бол	-0,455	0,000	-0,320	0,006
Гушење	-0,170	0,155	-0,185	0,120
Несаница	-0,254	0,031	-0,283	0,016
Губитак апетита	-0,268	0,023	-0,261	0,027
Затвор	-0,119	0,321	-0,273	0,021
Пролив	-0,001	0,995	0,030	0,803
Финансијске тешкоће	-0,323	0,006	-0,469	0,000
Нежељени ефекти лечења	-0,275	0,019	-0,320	0,006
Губитак косе	-0,362	0,002	-0,171	0,150
Симптоми рамена	-0,054	0,649	-0,157	0,187
Симптоми груди	-0,189	0,113	-0,152	0,203

Постоји умерено до јака негативна корелација између резилијентности и означених физичких фактора.

4.7.8. X8: Постоје разлике у осећају наде популације жена са карциномом дојке и популације жена са хепатитисом Б.

Табела 32. Нада у односу на дијагнозу

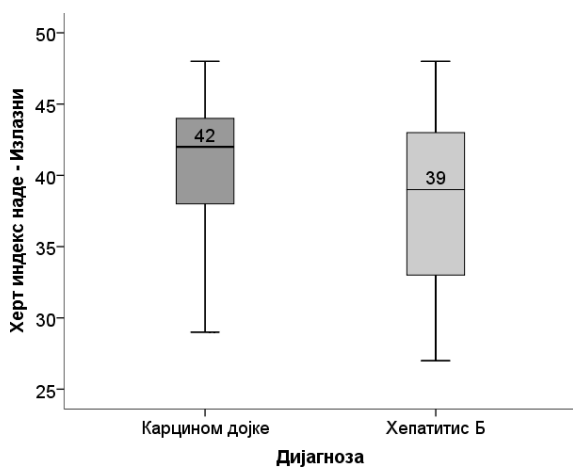
	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност		Статистика
Нада	1,672	0,095	Нада	1,672

Разлика осећаја наде код испитаница са карциномом дојке и хепатитисом Б није постојала на почетку терапије, али смо утврдили да је до ње дошло на крају терапије. Значајно већи осећај наде на крају терапије је код испитаница са карциномом дојке.

Табела 33. Дијагноза		Херт индекс наде Улазни	Херт индекс наде Изразни
Карцином дојке	Просечна вредност	40.00	41.08
	Медијана	41.00	42.00
Хепатитис Б	Просечна вредност	37.21	38.08
	Медијана	39.00	39.00

Уколико посматрамо вредности медијане за осећај наде, видимо да се осећај наде код испитаница са карциномом дојке повећао са 41 на 42, док је осећај наде код испитаница са хепатитисом Б остао на 39.

Графикон 120. Нада у односу на дијагнозу



4.7.9. X9: Постоје разлике у резилијентности између жена са карциномом дојке и жена са хроничним хепатитисом Б.

Табела 34. Резилијентност у односу на дијагнозу

	На почетку терапије		На крају терапије	
	Статистика	Значајност	Статистика	Значајност
Резилијентност	1,634	0,105	2,834	0,005

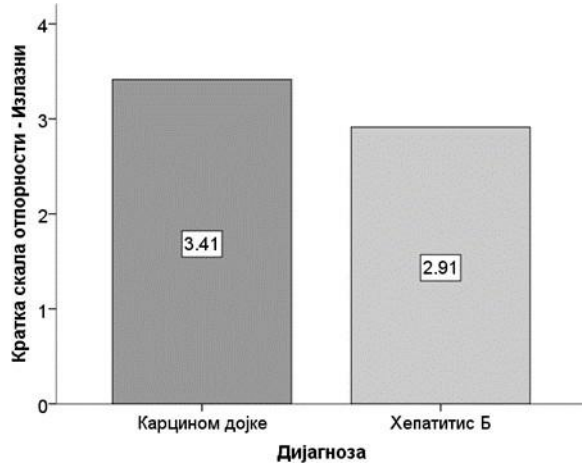
Разлика резилијентности код испитаница са карциномом дојке и хепатитисом Б није постојала на почетку терапије, али смо утврдили да је до ње дошло на крају терапије. Значајно већа резилијентност на крају терапије је код испитаница са карциномом дојке.

Табела 35. Резилијентност у односу на дијагнозу

	Дијагноза	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Кратка скала отпорности – на почетку терапије	Карцином дојке	72	3.2778	.80090	.09439
	Хепатитис Б	38	3.0129	.82348	.13359
Кратка скала отпорности – на крају терапије	Карцином дојке	72	3.4143	.91341	.10765
	Хепатитис Б	38	2.9124	.82217	.13337

У односу на вредност на почетку терапије резилијентност код испитаница са карциномом дојке се повећала са 3,28 на 3,41 док се код испитаница са хепатитисом Б смањила са 3,01 на 2,91.

Графикон 121. Резилијентност у односу на дијагнозу



5. Дискусија

Истраживање је имало за циљ да процени утицај заштитних фактора, наде и резилијентности, на појаву анксиозности код две групе жена оболелих од различитих здравствених стања - карцинома дојке лечених хемиотерапијом и хроничног хепатитиса Б лечених нуклеозидним аналозима.

Резултати су показали да су нада и резилијентност имали позитиван утицај на ове пацијенткиње, што је довело до смањења симптома анксиозности. Истраживање је идентификовало и неке потенцијалне социодемографске карактеристике које су можда имале утицај на појаву анксиозности у овој групи пацијената. Утврђена је значајана веза између наде, резилијентности и симптома анксиозности у жена оболелих од карцинома дојке на хемиотерапији. Ово истраживање може допринети бољем разумевању фактора који утичу на психолошко здравље пацијената и отворити пут за развој ефикаснијих интервенција у овим групама испитаница.

5.1. Постојање симптома анксиозности

Дијагноза и лечење рака изазива стрес код пацијената па су пацијенти са малигним болестима, у поређењу са здравим особама, под високим ризиком од настанка психичких проблема. Око трећина пацијената оболелих од рака испољава неки од менталних поремећаја, а анксиозност је један од најчешћих психијатријских коморбидитета (211,212).

Ако се не лечи може довести до негативних последица као што су лош квалитет живота, смањено придржавање терапије и смањена стопа преживљавања.

У студији са 1326 пацијената оболелих од рака (од чега је било 249 жена са дијагнозом карцинома дојке), а који примају хемиотерапију озбиљност стања анксиозност је процењена коришћењем STAI упитника, нађено је да 47,7% пацијента има „ниски“, 28,3% „умерени“, 19,5% „високи“ и 4,5% „врло високи“ ниво анксиозности. Виши нивои анксиозности у овој групи пацијената су повезани са одређеним карактеристикама као што су млађи узраст, женски пол, нижи функционални статус, већи број коморбидитета (213).

Дијагноза и лечење рака дојке драматично утичу на психичко здравље жене (103). Досадашње студије указују на различиту преваленцу анксиозности код жена са карциномом дојке, са стопама од 33 до 70% (108,109,110,111, 214).

Разлике у нађеним вредностима инциденци су највероватније последица разлике посматраних клиничких карактеристика испитиване популације (врсте и стадијума карцинома, начина лечења, број циклуса хемиотерапије), њихових соци демографских карактеристика, инструмента примењених за процену симптома анксиозности, величине узорка, врсте студије.

Код болесница које примају хемиотерапију се бележи већа учесталост анксиозности. Воџин и сарадници су у својој студији показали да жене са карциномом дојке које се лече применом хемиотерапије имају виши средњи ниво анксиозности у односу на жене са карциномом које не примају хемиотерапију (215).

Анксиозност оболелих од рака дојке које се лече хемиотерапијом је вишег нивоа у поређењу са контролном популацијом жена без рака дојке у студији Williams и сарадника. Анксиозност међу пацијентима са раком дојке највишег нивоа је приликом постављања дијагнозе и временом је опадала, али је остала виша од контроле (216).

Студија која је обухватила 256 жена са раком дојке I-III стадијума на хемиотерапији је показала да је преваленција анксиозности током лечења код пацијенткиња скоро удвостручена у односу на ниво пре хемиотерапије. Пре хемиотерапије 21% је пријавило најмање умерено тешку анксиозност. Током лечења 24% пацијенткиња који нису пријавили никакве или благе симптоме анксиозности пре хемиотерапије, су развили умерену, тешку или веома тешку анксиозност током лечења. Током хемиотерапије преко 40% пацијенткиња је испољило најмање умерено тешку анксиозност. Фактори који су утицали на ниво анксиозности су били брачни статус и ограничења у друштвеним активностима (217).

Сличне резултате добила је проспективна опсервациона студија 581 пацијената са раком дојке и 364 са лимфомом-контролна група. Процена анксиозности коришћењем STAI у 3 временске тачке: пре започињања хемиотерапије, месец дана након хемиотерапије и 6 месеци након хемиотерапије. У поређењу са контролама, више пацијената са раком дојке је пријавило резултате анксиозности > 40 на почетку (35% према 13%), 1 месец (31% према 16%) и 6 месеци (30% наспрам 19%), што указује на потенцијално клинички значајна анксиозност. Иако се анксиозност пацијената током посматраног периода смањила, остала је значајно виша од анксиозности контролне групе у свакој временској тачки. Међу свим учесницима, предиктори повећане анксиозности укључивали су млађи узраст, постменопаузални статус, нижу почетну когнитивну функцију и веће основне симптоме депресије (218). Истраживања су такође показала да и након завршеног лечења значајан проценат жена, 17,9%–33,3% испољава симптоме анксиозности (214).

Резултати наше студије су у складу са већином претходно поменутих истраживања, јер такође показују да значајан број болесница са карциномом дојке на почетку хемиотерапије има симптоме анксиозности.

На почетку терапије просечна вредност STAI S скорa износила је 38,55 а STAI -O 37,73 На почетку терапије код наших испитаница анксиозност је највише заступљена у форми благе анксиозности коју је, коју је испољило 48,61% жена са карциномом дојке у форми S анксиозности односно 52,8 % у форми O анксиозности. Код жена са хепатитисом Б 68,42% болесница је испољило благу S и O анксиозност.

Умерену симптоматологију S анксиозности имало је 16,77 % жена са карциномом дојке , а умерену O анксиозност 19,4%. Код жена са хепатитисом Б није било жена са благом S анксиозношћу, док је 13,15 % испитаница испољило благу O анксиозност.

Тешку S анксиозност на почетку терапије је имало 34,72% жена са карциномом дојке а тешку O анксиозност 27,8 % испитаница. Тешку S анксиозност испољило је 31,57 %, а тешку O анксиозност 18,42 % испитаница са хепатитисом Б.

На крају крају терапије просечна вредност STAI S скорa износила је 34,95 а STAI -O 35,44. На крају терапије већина жена са карциномом дојке односно 61,1% испољава благу S а 63,8 % благу O анксиозност. Код жена са хепатитисом Б 73,68% испољава благу S а 78,94% благу O анксиозност.

Постоји статистички значајна разлика између вредности STAI скорa на почетку и крају терапије за жене са карциномом дојке односно на почетку терапије и након 6 месеци за жене са хепатитисом Б. Дошло је до статистички значајног смањења вредности и за STAI-S и за STAI-O. Наш налаз је у складу са налазом студије Rey-Villar и сарадника којом је доказано статистички побољшање нивоа анксиозности, као стања и као особине, на крају третмана (219).

Укупно 38,9 % болесница са карциномом дојке имало клинички значајне (озбиљне и веома озбиљне) нивое S анксиозности а 37 % T анксиозности .

Од посебног интереса за наше истраживање је било испитивање повезаности соци демографских карактеристика болесница са нивоом анксиозности. Одређене соци демографске карактеристике могу представљати предикторе ризика за настанак анксиозности те њихова идентификација може омогућити препознавање болесница које

захтевају процену и праћење сходно повећаном ризику за настанак поремећаја менталног здравља.

Када смо анализирали факторе који утичу на анксиозност као стања на почетку терапије нашли смо значајно већу анксиозност код испитаница са карциномом дојке које немају блиске контакте са пријатељима, нису религиозне и не верују у Бога и имају формално медицинско образовање. Није било значајне корелације између нивоа анксиозности учесника и демографских варијабли као што су старост, брачни статус, ниво образовања, радни статус, висина прихода, место боравка што је у складу са налазима студије Yasini сарадника (220).

У нашој студији степен S анксиозности код испитаница са карциномом дојке на почетку терапије се смањује са већом помоћи пријатеља.

На крају терапије значајно је већа S анксиозност код испитаница са карциномом дојке које не знају да ли је пријатељима стало до њих, нису блиске са пријатељима, нису религиозне и имају формално медицинско образовање. Степен анксиозности код испитаница са карциномом дојке се смањује са већом помоћи уже породице, пријатеља и брачног друга.

Значајно је већа O анксиозност код испитаница са карциномом дојке које имају присуство коморбидитета, не разговарају са другима, нису блиске са пријатељима, нису религиозне и имају формално медицинско образовање. Степен O анксиозности код испитаница са карциномом дојке се смањује са већом помоћи пријатеља.

Значајно је већа O анксиозност на крају терапије код испитаница са карциномом дојке које нису религиозне и не верују у Бога и имају формално медицинско образовање. Степен анксиозности код испитаница са карциномом дојке се смањује са већом помоћи породице.

И на почетку и на крају терапије код наших болесница значајни фактори који утичу на ниво анксиозности су подршка породице и социјална подршка што је у складу са претходним студијама које су нашле да висок ниво социјалне подршке може ублажити ниво анксиозности код жена са карциномом дојке (108,123,221,222).

Социјалну подршку пружа породица, пријатељи, здравствени радници или било ко у друштву ко чини да се појединац не осећа напуштеним.

Социјална подршка може редуковати ниво анксиозности, обзиром на позитиван утицај на унутрашње психо социјалне ресурсе као што су нада и резилијентност (223).

За жену оболелу од карцинома дојке, породични односи су веома значајни јер су извор значајне социјалне подршке. Резултати нашег истраживања су показали да су социјалне интеракције унутар породице повезане са испољавањем анксиозности, болеснице које односе са члановима породице описују као добре и веома добре су у најмањем ризику за настанак анксиозности. С друге стране степен анксиозности се смањује са већом помоћи породице.

Поред лоших односа у породици према нашим резултатима, анксиозност се чешће и интензивније јавља и код болесница које након дијагностиковања болести имају ређе контакте са пријатељима као и код оних које не знају да ли је пријатељима стало до њих. За разлику од наше студије, у студији Rey-Villa и сарадника жене које су биле удате или које су имале партнера су имале су 2,28 пута већи ризик од тешке анксиозности у поређењу са слободним женама. Запослење је било независна варијабла од утицаја на нивое анксиозности као особине односно жене које нису запослене су испољиле већи ниво анксиозности као особине у односу на запослене жене (219).

Ниво образовања, место становања, оптерећеност симптома били су значајни предиктори анксиозности у студији Tsaras и сарадника за разлику од налаза у нашој студији. Мање образоване жене и пацијенти који су живели у руралним подручјима су чешће испољавали симптоме анксиозности. С друге стране религиозност и духовност су препознате као извор подршке који појединцу помаже да превазиђе животне тешкоће и

стресне догађаје као што је дијагноза рака, што је у складу са налазом наше студије (103). Karibaeva и сарадници су у студији са 162 жена са новодијагностикованим раком дојке нашли да је 48% пацијенткиња имало симптоме умерене анксиозности, а 33% је имало симптоме тешке анксиозности. Фактори ризика за настанак анксиозности у њиховој студији су били ниски приходи и изостанак социјалне подршке (224).

У великој проспективно-ретроспективној, кохортној студији која је укључила 2235 жена, 48,6% (1086 жена) патило од неког степена анксиозности. Анксиозност је чешћа међу жене ниског социјалног статуса, оних које нису запослене, без социјалне подршке. Старост је у овој студији важан предиктор анксиозности при чему млађе жене показују више анксиозности од старијих (225).

У нашој студији на почетку терапије млађе жене испољавају више нивое анксиозности а на крају терапије старије жене су анксиозније али ова разлика није статистички значајна.

Процена нивоа анксиозности и фактора од утицаја на ниво анксиозности спроведена је у опсервационој студији пресека са 200 жена са дијагнозом рака дојке које су биле на на онколошком лечењу. Просечни резултати за анксиозност били су $19,06 \pm 12,18$ за стање и $22,52 \pm 9,78$ за особину анксиозности. Озбиљни нивои S анксиозности пронађени су код 38% жена, а O анксиозности код 41,5%.

Време је прошло од дијагнозе значајно повезано са S /A, што дуже време од постављања дијагнозе, већа је преваленција ових симптома.

Жене које који су били подвргнути операцији, имали су више анксиозности од оних који су примали друге третмане, као што је хемиотерапија при чему је број циклуса је био повезан са нивоом анксиозности. Пацијенткиње које су имале преко 4 циклуса хемиотерапије испољавале су више анксиозне симптоматологије (226).

Посматрањем обухваћеног узорка пацијената, закључујемо да је евалуација симптома анксиозности на почетку и крају терапије показала смањење броја пацијената са налазом који одступа од нормалног односно забележен је значајан опадајући тренд анксиозности између оба мерења. Приметили смо да је било смањење анксиозности код пацијената који су исказивали присутне симптоме на почетку терапије и ово смањење је статистички значајно.

При истраживању просечних вредности скорова за анксиозност на почетку терапије, нађени скор за STAI-S (38,55) и STAI-O (37,73) су се смањили након терапије на скорове STAI-S (34,95) и STAI-O (35,44).

Наши резултати указују да се већина пацијената успешно адаптирала на новонасталу ситуацију, али такође имамо и одређени број пацијената који су и даље испољавали повишени ниво анксиозности и којима је потребно додатно праћење симптома анксиозности. Наша истраживања се поклапају са претходним студијама које сугеришу рутинску клиничку евалуацију симптома анксиозности код пацијената са карциномом дојке, како на почетку хемиотерапијског третмана тако и у току и на крају третмана. Исто тако, важно је идентификовати пацијенте којима је потребна психоонколошка подршка (117, 216, 227).

5.2. Ниво наде

Рак је једна од најизазовнијих болести и пацијенти често нису у стању да одрже ментално здравље током компликованог и тешког процеса дијагностике и лечења.

Истраживања су показала да је нада важан унутрашњи ресурс за пацијенте са раком дојке који им омогућава лакше и ефикасније ношење са стресорима и потешкоћама повезаним са болешћу (230,231).

Многи пацијенти и даље верују да је дијагноза рака смртна казна што често може довести до губитка наде, који може имати штетне последица и негативно утицати на ефекат лечења и прогнозу болести.

С друге стране одржавање и стимулисање наде омогућава оболелим од рака да прихвате различите модалитете лечења јер је доказано да је нада директно повезана са успехом лечења рака и контролом знакова и симптома болести.

Обзиром на доказани значај наде у прихватању дијагнозе, лечењу и опоравку од болести осећај наде је интензивно изучаван у популацији жена са карциномом дојке. Zhang и сарадници су у студији са 159 пацијената са раком дојке које су биле подвргнуте хемотерапији нашли висок резултат наде, са укупним средњим резултатом ННІ од $38,62 \pm 4,56$. Анализом предикторних фактора није било статистичке разлике између наде и старости, нивоа образовања, брачног статуса, радног стања или стадијума рака, али је постојала статистичка разлика између наде и месечних примања; што је већи месечни приход, већа је и нада (230).

Li и сарадници у групи од 450 жена које су биле подвргнуте хемиотерапији због рака дојке нашли су просечни резултати ННІ од $30,15 \pm 4,82$, опсег 24-35. Најнижи резултати су имале на под скали за темпоралност и будућност. Студија је открила да је стадијум рака био у значајној корелацији са нивоом наде. Жене са раком дојке које су биле старије од 45 година, нису удате, нижег образовање, без религиозних уверења су имале ниже нивое наде (231).

Costa у својој дескриптивној студији указао на позитиван однос између религиозног/духовног суочавања и наде код 82 пацијената са раком који су подвргнути хемиотерапији. Процењени ниво наде је био висок, са средњим резултатом од 42,7 поена ($\pm 3,67$) и медијаном од 43 поена, са оценама између 34 и 48. Ставка са највишом средњом оценом била је број 12, „Осећам да мој живот има вредност и вредност“, са просечном оценом 3,88. Док је ставка „Имам краткорочне и/или дугорочне циљеве“ имала најнижи средњи резултат од 3,15 ($\pm 0,80$)

Пацијенти који су имали висок резултат на скали духовног суочавања имали су и вишу средњу вредност Хертовог нивоа наде (44,12 поена) (232).

У циљу идентификације предиктора наде код жена са раком дојке на хемиотерапији Balsanelli и сарадници су спровели проспективну лонгитудиналну студија на 122 пацијенткиње. Испитивање је спроведено при првом (Т0) и при задњем циклусу хемиотерапије (Т1). Пацијенткиње у овој студији су имале висок ниво наде односно средњи ННІ резултат од 43 на Т0 и 45 на Т1. У циљу идентификације предиктора наде узорак је подељен у две групе, у једној је ниво наде остао исти или се повећао а у другој је, између два тестирања, ниво наде смањен. Анализирани су соци демографски подаци (старост, пол, брачно стање, образовање, вероисповест, тренутно занимање и породични приход) и клинички подаци (почетак симптома, датум постављања дијагнозе, стадијум болести, тренутног лечења, хемотерапијски протокол, претходни третмани, коморбидитети и бол). Међу анализираним варијаблама, бол је био једини предиктор наде. Пацијенти који су пријавили бол на почетку лечења имали су смањен резултат наде на крају лечења. Присуство бола може смањити наду за 2,199 пута у односу на пацијенте који не пријављују бол (235).

ННІ скор у дескриптивној студији Heidar и сарадника у групи од 100 пацијенткиња са

раком дојке се кретао од 12-36. При чему је 27% пацијената је имало низак ниво наде (ННН 12-24), 49% је имало средњи (ННН 25-30) а 24% високи ниво наде (ННН 31-36) (234). У студији Shen и сарадника на 121 жени са карциномом дојке пронађен је низак ниво наде. ННН је имао вредности 24–45 и средњи скор 36.15. Нада је била позитивна повезан са квалитетом живота (229).

Лонгитудинална студија на 160 жена са раком дојке је показала средњи ННН резултатод 38,9. Средњи резултати за појединачне ставке на ННН кретао се од 2,3 на ставку „Имам веру која ми даје утеху” до 3,6 на ставку „Могу да призовем у сећање срећна/радосна времена.” Анализом утицаја соци демографских и клиничких карактеристика на ниво наде није нађена значајне корелације сем што су пацијенти који су били у браку или живели са неким показали значајно веће укупне резултате наде (235). Ehsani и сарадници су у дескриптивно корелационој студији нашли просечан ниво наде $36,77 \pm 4,61$ међу 200 пацијенткиња са карциномом дојке. Резултати су показали да је средњи резултат наде имао значајну везу са нивоом образовања, тако да су учесници са универзитетским дипломама имали већу наду у поређењу са слабије образованим учесницима. Ово се може приписати томе што високообразовани људи лакше приступају информацијама користећи интернет, књиге, часописе, стручне чланке што може утицати на повећање свести, промену ставова а самим тим и на повећање наде (236).

У квантитативно-квалитативна студији спроведеној са 78 жена оболелих од карцинома дојке Leandro и сарадници су нашли да нада у излечење опада са временом протеклим од постављања дијагнозе. До 1 године ННН $42,0 \pm 5,6$ од 1 до 3 година ННН $41,6 \pm 4,6$ до 5 година $37,0 \pm 4$ (237).

ННН коришћен за процену наде к о д 60 пацијената оболелих од рака, на хемиотерапији у квантитативној студији пресека Wakiuchi и сарадника. Испитивање спроведено првог и последњег циклуса хемиотерапије. При првом циклусу хемиотерапије ННН је имао вредност 23-48 поена, средњи резултат од $35,8 \pm 6,11$. При задњем циклусу ННН је имао вредност 22-48 поена, средњу вредност $36,1 \pm 7,12$. У испитиваном узорку није нађена значајна промена нивоа наде између два испитивања. Анализом појединачних ајтема, ставка „Осећам се потпуно усамљено “је имала најнижу вредност у оба времена. Највишу вредност у првом тренутку испитивања има ајтем „Осећам да мој живот има вредност и важност „. Док у другом времену испитивања ајтем „Способан сам да пружам / примам љубав “има највишу вредност. Анализом соци демографских и клиничких варијабли нађена је статистички значајна повезаност између наде и образовања. Испитаници са више од осам година образовања имали су виши резултати наде, са медијаном од 39 у првом и другом тренутку испитивања. Постављање дијагнозе у периоду који је дужи од шест месеци и претходна терапија су негативно утицали на резултате наде пацијената (238).

Анализа улоге друштвене подршке у промовисању њихове наде код 17 Иранских жена оболелих од карцинома дојке одабраних намерним узорковањем у квантитативној студији Sheikhpourkhan и сарадника је показала да подршка коју пружају породица уопште и супружници, су од великог значаја за одржавање и промоцију наде код жена са раком дојке (239).

Нивои и извори наде и стратегије које инспиришу наду нису до сада, по нашим сазнањима, детаљно истражене међу српским болесницама са карциномом дојке те отуда и интересовање за ово истраживање. Резултати наше студије показују да значајан број болесница са карциномом дојке има висок ниво наде. Такође код наших болесница смо пронашли пораст нивоа наде на крају терапије.

Вредност укупног скорa ННН на почетку хемиотерапије је имала вредности од 16 до 48, при чему је просечна вредност скорa за индекс наде износила $39,04 \pm 6,78$.

Вредност укупног скорa ННН на крају терапије је износила од 27 до 48, при чему је просечна вредност скорa за индекс наде износила $40,05 \pm 5,62$.

Анализом одговора по ајтемима нашли смо да питање на које су испитанице најпозитивније одговориле на почетку хемиотерапије је да да „Способна сам да дајем и примам брижност/љубав “затим „Осећам да мој живот има вредност и важност “. Најнегативније су одговориле на питања „Осећам се потпуно усамљено “и „Осећам се преплашено у вези своје будућности “.

Слично на крају хемиотерапије питање на које су испитанице најпозитивније одговориле је да да су „Способна сам да дајем и примам брижност/љубав “затим „Осећам да мој живот има вредност и важност “. Најнегативније су одговориле на питања „Осећам се потпуно усамљено “.

Дате тврдње указују да испитанице, упркос тешкоћама и ограничењима које намеће болест и лечење са својим нежељеним реакцијама, верују у значај и вредност сопственог живота, препознају га као веће добро, значајније од било ког ограничења које рак намеће. Испитаница су способне да виде себе у будућност и да разумеју своју вредност. Нада је заснована како на жељи за животом тако и на жељи да се одрже везе, са породицом, пријатељима и да се подели наклоност и пажња посебно са блиском особама. Нада је позитивно мотивационо стање, психолошки капитал, који ублажава осећај усамљености и стреса, покреће, води и одржава испитанице на путу ка оздрављењу иако тај задатак укључује бројне баријере и препреке.

Жене које живе и боре се са раком дојке суочавају се са многим променама у својим животима и сусрећу се са бројним трауматским искуствима која ремете њихов свакодневни живот.

Социјална подршка и осећај да жена није сама у мукотрпном процесу борбе са болешћу даје храброст и мотивацију да се бори и да преживи, избори са егзистенцијалном кризом коју болест представља, помаже да се смањи стрес повезан са дијагнозом рака дојке, побољшава емоционално благостање оболелих жена, утиче на формирање и одржавања наде (240). Извор емоционалне подршке за оболеле жене су често чланови блиске породице, рођаци и пријатељи а пружена помоћ повећа наду и даје снагу да се боре и нађу начине да живе са својом болешћу. Bergqvist је нашао да жене које одбијају да буду дефинисане својом болешћу, које упркос тешкоћама настоје да одрже блиске односе са породицом и пријатељима, настављају своје свакодневне активности имају виши ниво наде (241).

Анализом испитиваних социодемографских карактеристика смо нашли да жене које имају очувану друштвену мрежу имају и виши ниво наде. Социјална подршка током болести може резултирати духовним, психичким и физичким благостањем пацијената и један је од најефикаснијих фактора у борби против болести што је у складу са налазима студије Mokhtari и сарадника (240). Позитиван однос између наде и социјалне подршке нађен је и студији Nierop-van Baalen (242).

Значајан налаз наше студије је и да је нада у позитивној корелацији са религиозношћу и вером у Бога. Виши ниво наде 40,47 је нађен код оболелих од карцинома дојке које верују у Бога и одлазе у цркву у односу на оне које не верују у Бога где је нађени средњи ниво наде 34,78.

Жене у нашој студији су нашле емоционалну и духовну подршку у оквиру својих верских заједница и цркава. Молитва као начин комуникације са Богом на неки начин доводи до смањења негативне енергије и доноси мир. Подстиче наду и нову визију будућности, веру да се све може променити на боље. Претходне студије су показале да се већина пацијената оболелих од рака ослања на помоћ религије у процесу суочавања са болешћу и њеним лечењем, да нада има позитиван однос са религиозношћу чему у прилог говори и податак да 69% пацијената са раком се моли за своје здравље у поређењу са 45% опште популације (125,181,232,243).

Религиозност води разумевању сврхе и смисла живота, до веће воље за животом и нуди утеху и наду у суочавању са невољама и страхом од коначности. Многи пацијенти се

ослањају на веру у Бога када се суочи са тешким болестима као што је рак. Налаз наше студије је у складу са налазом Леџо и сарадника који су нашли да су вера и поверење у Бога извор функционалног, духовног и емоционалног благостања за многе пацијенте (244).

Испитаница са карциномом дојке које су блиске са својим партнером имају виши ниво наде у нашем истраживању. Особе које се суочавају са болешћу уз бригу и емоционалну подршку свог партнера су сигурније сем тога финансијска подршка партнера може бити важна гаранција за пацијенте у суочавању са болешћу, јер може смањити анксиозност узроковану економским проблемима и пружити пацијентима самопоуздање да се боре против болести.

За пацијенткиње са карциномом дојке, утврдили смо да значајно већи осећај наде имају испитаница које претражују интернет о својој болести. Интернет омогућава приступ здравственим информацијама које су раније биле доступне само лекарима и другим здравственим радницима. Пацијенти са раком дојке претражују на интернету информације у вези са лечењем, прогнозом утицајем болести на свакодневни живот.

Данас је интернет за многе пацијенте важан извор здравствених информација. С једне стране тачне и релевантне медицинске информације на мрежи могу бити од користи јер омогућавају пацијенту да разуме како природу своје болести тако и постојање различитих опција лечења, учинити их спремнијим да се суоче са њом, како физички тако и психички. С друге стране нетачне или обмањујуће информације могу изазвати забуну, да доведу до занемаривања медицинских третмана у корист надрилекарства, до одлагања или избегавања лечења (245).

У истраживању Ли и сарадника од 973 пацијентима са инвазионом карциномом, 477 случајева (49,0%) је претраживало информације о раку дојке на вебу пре почетног лечења. Претраживање интернета је било везано за млађи узраст и виши ниво образовања што одговара налазу наше студије (246).

Студије су известиле да он-лајн заједнице, форуми и групе за подршку имају потенцијал да побољшају емоционално благостање пацијентата са карциномом дојке (247,248).

Адекватне информације не само да подижу наду, већ побољшавају разумевање циљева и способности суочавања и подстичу пацијенте да се активно ангажују у лечењу, смањује анксиозност, побољшавају квалитет живота (249,250,251,252,253).

Знање и свест о раку подиже наду, подстиче пацијенте да се активно ангажују у лечењу, побољшава способност суочавања са недаћама које болест и лечење исте носе, смањује анксиозност, побољшава квалитет живота. (244, 254)

Просечни ННН међу 200 пацијенткиња са карциномом дојке у студији Ehsani и сарадника је износио $36,77 \pm 4,61$. Просечан резултат наде су имали значајне позитивне односе са средњим резултатом RIAS (информисаност о раку) и нивоом образовања. Информисаност о раку као и ниво наде у датој студији су били у позитивној корелацији са нивоом образовања тако да су учесници са универзитетским дипломама имали већу наду у поређењу са са неписменим учесницима што се може објаснити тиме да високообразовани људи лакше користе ресурсе, као што је интернет, за налажење информација (236).

Формално медицинско образовање у нашој студији је везано са нижим нивоом наде, средња вредност ННН код жена са формалним медицинским образовањем је 35,17 наспрам 40,44, код жена без формалног медицинског образовања. Вероватни разлог је не поседовање адекватног знања о карциному дојке као болести, могућностима лечења, прогнози болести. У таквом окружењу дијагноза рак је и даље табу – тема и значи само патњу и смрт. Знање и свест играју виталну улогу у раном откривању и оптималном лечењу рака дојке. Здравствени радници имају знатно веће изгледе да им се дијагностикује рак дојке у раном стадијуму у поређењу са другим женама. И поред тога студије су показале слабо знање о факторима ризика, знацима и симптомима болести

методама дијагнозе (255).

Нада игра кључну улогу у суочавању пацијената са идејом о коначности живота, изазовима и недаћама које болест носи са собом, даје храброст да превазиђу тешкоће и помаже им да прихвате реалност болести, активно учествују у лечењу и побољшати прогнозу и преживљавање, побољшању менталног благостања у сваком стадијуму болести. Помаже пацијентима успостављају позитивне циљеве и мобилишу ресурсе да активно одговори на изазове. Осећај наде може играти кључну улогу у емоционалном и психолошком благостању жена са раком дојке. Истраживања су показала да нада може помоћи женама да се носе са физичким и емоционалним стресом због дијагнозе и лечења карцинома и може побољшати квалитет њиховог живота.

Када смо поредили две групе испитаница утврдили смо да на почетку терапије није постојала разлика осећаја наде код испитаница са карциномом дојке и хепатитисом Б, али смо утврдили да је до ње дошло на крају терапије. Значајно већи осећај наде на крају терапије је код испитаница са карциномом дојке. Уколико посматрамо вредности

медијане за осећај наде, видимо да се осећај наде код испитаница са карциномом дојке повећао са 41 на 42, док је осећај наде код испитаница са хепатитисом Б остао на 39.

Постоје докази који указују на то да нада може играти улогу у управљању симптомима повезаним са хемотерапијом код жена са раком дојке. Истраживања су показала да особе са вишим нивоом наде имају тенденцију да доживе мање анксиозности, депресије и умора током хемиотерапије у поређењу са онима са нижим нивоом наде. Нада може играти значајну улогу у управљању симптомима повезаним са хемотерапијом код жена са раком дојке. Подстицање и промовисање наде може побољшати квалитет живота пацијената и опште благостање током процеса лечења. Међутим, важно је имати на уму да је искуство сваког појединца са раком дојке и хемотерапијом јединствено, а утицај наде може варирати у зависности од различитих фактора. Нада може пружити осећај контроле и оснаживања, омогућавајући женама да осете да нису беспомоћне пред својом дијагнозом. Такође може пружити осећај сврхе и мотивације, помажући женама да наставе да теже ка својим циљевима и да задрже позитиван поглед на живот. Игра значајну улогу у опоравку и излечењу. Може побољшати имуни систем и промовисати физичко излечење, а такође може помоћи женама да задрже позитиван став и борбени дух, што може повећати њихову отпорност и способност да се носе са изазовима лечења рака.

У закључку, осећај наде може бити драгоцен ресурс за жене са раком дојке и може играти кључну улогу у њиховом физичком, емоционалном и психичком благостању током и након лечења. Пружаоци здравствених услуга и системи подршке могу помоћи женама да негују и одрже осећај наде нудећи емоционалну подршку, пружајући практичне и информативне ресурсе и промовишући позитивне стратегије суочавања.

5.3. Резилијентност

Жене са раком дојке морају да се носе са широким спектром психолошких стресора током лечења своје болести. Хемиотерапија испољава негативан утицај како на физичко тако и на ментално и социјално здравље жене (256). Свака жена има сопствену, другачију стратегију која јој омогућава да се носи са тешкоћама које прате процес дијагностике и лечења рака дојке. Једна од ових стратегија је отпорност.

У студија са 71 женом оболелом од рака дојке за процену анксиозности коришћене су 2 скале, које процењују различите аспекте отпорности, као мере отпорности. Connor-Davidson Psychological Resilience Scale (CD-RISC) процењује општу психолошку отпорност фокусира се на факторе који утичу на психолошку отпорност, као што су сусмисао за хумор, стрпљење, оптимизам и вера. The Brief Resilience Scale (BRS) се фокусира на посттрауматску отпорност (опоравак и враћање на претходни ниво

функционисања). Уочено је да су психолошка отпорност и посттрауматски раст били у позитивној корелацији. Налази указују да пацијенти са већом психолошком отпорношћу, виши CD-RISC скор су имали степен посттрауматског раста. Када је отпорност оцењена са BRS позитивна веза између отпорности и посттрауматског раста је постојала само код пацијенткиња које су болест доживљавале као трауматичну (257).

У студији са 85 жена које су примале хемиотерапију због карцинома дојке спроведене да би се утврдио ефекат духовности на психолошку отпорност нађен је умерени ниво психичке отпорности, BRS скор се кретао од 6 до 21, средња вредност 15.47 ± 4.33 . Налаз студије указује да је психолошку отпорност у позитивној корелацији духовношћу, како се ниво духовности жена повећава, тако се повећава и њихова психолошка отпорност (258).

Turan и сарадници су, у дескриптивно- корелациона студија пресека са 260 пацијената оболелих од рака такође нашли умерени ниво отпорности, средњи BRS укупан скор је био $16,1 \pm 7,05$. У датом истраживању постојала је негативна корелација између психолошке отпорности и анксиозности (259).

Garrido-Hernansaiz и сарадници истражили повезаност између стратегија суочавања и отпорности у различитим стресним ситуацијама. Узорак су чинили особе које живе са ХИВ-ом, са раком, које имају децу оболелу од рака, или из опште популације ($N = 525$). 64.0% узорка су чиниле жене. Отпорност је мерена кратком скалом отпорности (BRS). У групи оболелих од карцинома, средњи BRS скор је износио 17.43. Значајна разлика између групе са високом и групе са ниском отпорношћу су биле у руминацији, учесници са ниском отпорношћу имали тенденцију да више користе стратегију само окривљавања (260).

Sağaltıcı и сарадници су у студији пресека истражили соматски стрес и нивое психолошких симптома пацијената са раком и анализирали факторе утицаја на соматски дистрес током пандемије COVID-19. Од укупно 216 пацијената 125 (57,9%) су биле жене. Најчешћи тип рака је био рак дојке. Средњи BRS скор је износио 19 (опсег 17- 23). Зависно од нивоа соматског стреса који је окарактерисан као минимални (27,8%), благи (34,3%), умерени (19,9%) и тешки (18,1%) нађене су и различите вредности BRS скорa: минимални: BRS 22 (18-25), благи: BRS 20 (17-23), умерени: BRS 18 (16-22), тешки: BRS 17 (13-19). Низак ниво образовања и висок ниво анксиозности су били повезани са ниском психолошком отпорношћу и били су значајни индикатори соматског дистреса у овој студији (261).

У дескриптивној on-line анкети попречног пресека међу 86 жена са карциномом за процену односа страха од рецидива рака, духовног благостања и психолошке отпорности нађена је вредност BRS 10–30, средња вредност BRS 20.01 ± 4.511 . Идентификована је значајно позитивна корелација између психолошке отпорности духовног благостања а негативна корелација између психолошке отпорности и страха од рецидива рака. Пацијенткиње са раком дојке са високим резултатима на скали за процену духовног благостања и психолошком отпорношћу имале су ниже резултате на скали процене страха од рецидива рака (262).

У групи 696 пацијената са раком (67% биле жене, најчешћа дијагноза био је рак дојке) анализиран је однос између задовољства животом, психолошке отпорности, стратегије суочавања и посттрауматског раста. Средња вредност BRS је износила 3.12 ± 0.77 . Налази су указали на значајан и позитиван однос између задовољства животом и отпорности код оболелих од од рака. Варијабле као што су пол, старост, године од када је дијагностикован рак, проценат инвалидности, тип рака и тип лечење су биле без утицаја на испитиване конструкте (263).

У нашем истраживању на почетку терапије BRS скор је имао вредности од 1,17 до 5, при чему је просечна вредност скорa за индекс износила $3,19 \pm 0,81$. Вредност укупног скорa BRS на крају терапије је имао вредности од 1,33 до 5, при чему је просечна вредност

скора за индекс наде износила $3,24 \pm 0,91$.

На почетку терапије значајно већи степен резилијентности су исказале испитанице са карциномом дојке које су блиске са пријатељима, које знају да је пријатељима стало до њих, које су претраживале интернет о болести, које су религиозне и које немају формално медицинско образовање. Степен резилијентности код испитаница са карциномом дојке се повећава са већом помоћи породице и пријатеља.

На крају терапије значајно већи степен резилијентности имају испитанице са карциномом дојке које су блиске са пријатељима. Код испитаница са карциномом дојке степен резилијентности расте са повећањем помоћи уже породице и пријатеља.

Применом Студентовог т теста за упарене узорке утврдили смо да не постоји статистички значајна разлика просечних вредности улазног и излазног скора кратке скале отпорности.

Везу између нивоа отпорности и испитиваних социоекономских карактеристика ко што су узраст, брачни статус, радни статус, ниво образовања нисмо нашли што је у складу са налазом студије Adamković и сарадника (263).

Породична подршка и друштвени односи су такође значајан заштитни фактор у нашој студији. Подршка коју испитанице добијају од породице и пријатеља им омогућава да носе са стресом и има позитиван ефекат на физичку функцију, психичко благостање и способност прилагођавања животу са раком (264).

Традиционална породична структура у Србији, обичај да се чланови породице и рођаци међусобно испомажу, да пријатељи и комшије прискачу у тешким временима је можда утицала на резултате студије. С друге стране неке жене било из културолошких разлога било из из жеље да задрже приватност и својим стањем не оптерете друге, често о својим проблемима не разговарају, не деле своја осећања и страхове са породицом и пријатељима што може негативно да утиче на њихово емоционално стање (265). Рак угрожава независност и способност активне интеракције са породицом и друштвом што може изазвати губитак породичне и друштвене улоге, губитак самопоуздања и самим тим негативно утицати на психолошку отпорност (266).

Да би се изградила и побољшала психолошку отпорност пацијентима је потребна велика пажња, разумевање и помоћ породице и пријатеља и друштва у целини (267).

Најкориснија и за жену најбитнија је емоционална подршка коју пружају супруг или партнер, деца, блиски рођаци (сестре, браћа), при чему је од посебног значаја сазнаједа је неком стало до ње и да брине (268).

Пацијенти и чланови њихових породица се суочавају са низом проблема што може да доведе до неуравнотежених породичних односа и смањене породична интимности, нарушавања брачног квалитета, настанка породичне кризе која негативно утиче на опоравак пацијента и квалитет живота (269,270).

С друге стране неке породице, при суочавању са изазовима лечења рака дојке, се ефикасно прилагођавају, чак настају позитивне промене у породичним односима што омогућава бржи опоравак оболеле жене.

Добри породични односи, како директно тако и индиректно могу да утичу односно побољшавају индивидуалну отпорност пацијенткиња, квалитет живота и менталног здравља (271). Не мање важна је и помоћ коју жена добија од особа из окружења, пријатеља, колега, здравственог особља.

За већину наших испитаница религија и вера у Бога су важни аспекти свакодневног живота. Раније студије су показале да се већина пацијената са раком ослања на помоћ религије у борби са болешћу и њеним лечењем (272).

Религија је, нарочито код жена које примају хемиотерапију, важна стратегија која олакшава одржавање позитивне перспективе у време животних тешкоће, омогућава емоционалну подршку: пружањем наде и вере у боље сутра и оздрављење, пружањем утехе, налажење мира кроз молитву, проналажење сврхе искуства рака.

Фраделос и сарадници нагласили су чврсту везу између религиозних уверења и психолошке отпорности у свом истраживању пацијената са раком дојке (273). Толедо и сарадници, у својој студији о женама са раком дојке, изјавили су да религија ствара осећај сврхе и смисла у животу жена и подржава жене током њиховог психо социјалног прилагођавања (274).

У нашем истраживању постоји умерено до јака негативна корелација између резилијентности и нежељених ефеката терапије као што су умор, бол, несаница, губитак апетита, губитак косе.

Постоје докази који указују на позитивну корелацију између отпорности и смањених нежељених ефеката хемиотерапије, као што су умор, бол, несаница, губитак апетита и губитак косе, код жена са раком дојке. Особе са вишим нивоом отпорности имају тенденцију да доживе мање озбиљне симптоме током хемотерапије у поређењу са онима са нижим нивоом отпорности (275, 276).

Подстицање и промовисање отпорности може побољшати квалитет живота пацијената и опште благостање током процеса лечења. Међутим, важно је имати на уму да је искуство сваког појединца са раком дојке и хемотерапијом јединствено, а утицај отпорности може варирати у зависности од различитих фактора.

Жене са раком дојке често се суочавају са низом физичких, емоционалних и практичних изазова, а отпорност им може помоћи да се носе са овим изазовима и одрже своје ментално и емоционално здравље.

Истраживања су показала да жене са вишим нивоом отпорности имају тенденцију да доживљавају мање узнемирености, анксиозности и депресије током и након лечења рака, и да су у стању да задрже позитиван поглед на живот. Отпорност такође може помоћи женама да задрже осећај наде и сврхе, чак и у тешким околностима.

У закључку, отпорност је кључни фактор за добробит жена са раком дојке и може играти значајну улогу у њиховој способности да се прилагоде и носе са изазовима дијагнозе и лечења рака. Подржавајући жене да изграде отпорност, пружаоци здравствених услуга и системи подршке могу помоћи женама да одрже своје ментално и емоционално здравље и да побољшају квалитет живота током и након лечења рака.

5.4. Међусобни однос наде, резилијентности и анксиозности

Рак дојке може имати дубок утицај на емоционално благостање жене, изазивајући осећај анксиозности, страха и неизвесности у погледу будућности. Хемотерапија може бити изазовно и стресно искуство за многе жене, са нежељеним ефектима као што су умор, мучнина и губитак косе који утичу на њихово физичко и емоционално благостање. У исто време, многе жене проналазе наду у суочавању са својом дијагнозом, црпећи снагу из породице и пријатеља, сопствене унутрашње снаге и своје вере или духовности, изграђујући и појачавајући своју отпорност.

Однос између наде, отпорности и анксиозности код жена са раком дојке је сложен и испреплетен, ови фактори су међусобно зависни и могу имати значајан утицај једни на друге.

Нада је често кључни фактор који помаже женама да се изборе са раком дојке. Ова нада може доћи из многих извора, укључујући љубав и подршку вољених, позитиван став и веру у сопствену снагу и отпорност. Нада се сматра једним од најмоћнијих стилова суочавања у борби против рака. Литература сугерише нада, између осталог, испољава заштитни ефекат код пацијената са раком повећањем отпорности и представља најбољи предиктор отпорности код пацијената са раком дојке (144).

Неке жене сматрају да им осећај сврхе или смисла живота помаже да одрже наду, а многе проналазе утеху у духовности или својој вери. Нада се може посматрати као заштитни фактор против анксиозности и депресије, јер жене са вишим нивоом наде често

пријављују да се осећају сигурније и оптимистичније у погледу своје способности да се носе са изазовима рака дојке. Заузврат, ова нада може допринети већој отпорности, а то је способност да се опорави од невоља и одржи осећај благостања упркос тешким околностима.

Анксиозност може произаћи из много различитих извора, као што су неизвесност у погледу исхода лечења, забринутост око слике тела и сексуалности и финансијске бригае. Подаци из литературе указују да чак једна четвртина пацијенткиња са раком дојке ће, у неком тренутку током компликованог, захтевног и дуготрајног процеса дијагностике, лечења и праћења, развити анксиозност (212).

Анксиозност може коегзистирати са отпорношћу и надом. На пример, жена са раком дојке може се осећати забринуто због исхода свог лечења, али и даље задржава наду и отпорност пред својом дијагнозом. У неким случајевима, анксиозност заправо може бити покретач отпорности, јер жене могу користити своју бригу и страх као мотивацију да потраже информације, подршку и ресурсе који ће им помоћи да боље управљају својом борбом против рака.

Међусобна веза између наде, отпорности и анксиозности код жена са раком дојке је добро документована у неколико студија и сугерише да су ови фактори међусобно зависни и да могу имати значајан утицај једни на друге.

Ранија истраживања указују да је нада у позитивној корелацији са отпорношћу код жена са раком дојке (277). У студији са 342 Кинескиње подвргнуте лечењу рака дојке Уе и сарадници су нашли да је нада имала директан, значајан, позитиван утицај на њихову отпорност (278). У студији са 77 Пољациње оболеле од рака нада је имала негативну корелацију са анксиозношћу и истовремено посредничку улогу између религиозности и анксиозности. Пацијенткиње којима религије пружа јачу утеху су имале јачу наду и, последично, мању анксиозност (279). Међу 227 иранских пацијенткиња које су подвргнуте лечењу рака у болници, оне са високим нивоом наде су имале већу вероватноћу да ће испољити и виши ниво отпорности и касније пријавити нижу перцепцију стреса. Пацијенткиње са вишим нивоом наде развијају виши ниво отпорности и последично ниже нивое перципираног стреса (177). У студији пресека са 141 женом оболелом од карцинома дојке нада је имала значајну позитивну повезаност са отпорношћу (223). Литература такође показује да отпорност може смањити психолошки стрес код пацијената са раком дојке (146,158,275,280). Лични позитивни ресурси, укључујући оптимизам, наду, само ефикасност и храброст, имали директан позитиван ефекат на отпорност, што је заузврат спречило психички стрес, односно анксиозност, депресију и стрес у студији са 409 италијанских жена са раком дојке (277).

У нашем истраживању, код испитаница са карциномом дојке и на почетку и на крају терапије постоји јака, позитивна и статистички значајна повезаност између наде и резилијентности, док код испитаница са хепатитисом Б на крају терапије постоји умрене позитивна корелација а на почетку терапије не постоји.

И код испитаница са карциномом дојке и код испитаница са хепатитисом Б и на почетку и на крају терапију постоји јака, негативна и статистички значајна повезаност између наде и анксиозности и као стања и као црте личности.

И код испитаница са карциномом дојке и код испитаница са хепатитисом Б и на почетку и на крају терапију постоји јака, негативна и статистички значајна повезаност између резилијентности и анксиозности и као стања и као црте личности.

Доказани међусобни однос између наде, отпорности и анксиозности код жена са раком дојке наглашава важност подршке женама да изграде отпорност и задрже позитиван поглед на дијагнозу и лечење рака, одрже своје емоционално благостање и пронађу снагу, наду и мир.

Промовишући наду и отпорност, здравствени радници и системи подршке могу помоћи женама са раком дојке да смање анксиозност и побољшају своје опште благостање.

5.5. Ограничења студије

Истраживање је спроведено у једном центру, а укључени су испитаници који су рекрутовани из једне онколошке и једне инфективне клинике. Ове клинике представљају регионалне центре који примају пацијенте из различитих центара. С обзиром на обухваћеност ових регионалних центара, студијски узорак је прилично репрезентативан за целокупну популацију.

Ипак, постоје одређена ограничења овог истраживања. Испитаницама је гарантовано очување приватности информација, међутим, не можемо у потпуности искључити пристрасност у одговорима и могућност да су неке испитанице свесно изнеле нетачне информације или нису желеле да прикажу своје симптоме анксиозности.

Треба такође напоменути да је временски период праћења болесника био релативно кратак, што може утицати на опсервиране резултате.

Такође, у истраживању су биле укључене испитанице са само једним модалитетом терапије, што ограничава могућност процене потенцијалног утицаја врсте терапије на појаву симптома анксиозности.

6. ЗАКЉУЧЦИ

1. У нашем истраживању нађен је висок ниво наде и код оболелих од карцинома дојке и од хепатитиса Б;
2. Анализом испитиваних социодемографских карактеристика смо нашли да жене које имају очувану друштвену мрежу имају и виши ниво наде;
3. Нада је у позитивној корелацији са религиозношћу и вером у Бога. Виши ниво наде 40,47 је нађен код оболелих од карцинома дојке које верују у Бога и одлазе у цркву у односу на оне које не верују у Бога где је нађени средњи ниво наде 34,78;
4. Испитанице са карциномом дојке, које претражују интернет о својој болести, имају значајно већи осећај наде;
5. Формално медицинско образовање у нашој студији је везано са нижим нивоом наде, средња вредност ХХИ код жена са формалним медицинским образовањем је 35,17 наспрам 40,44, код жена без формалног медицинског образовања;
6. Разлика нивоа наде код испитаница са карциномом дојке и хепатитисом Б није постојала на почетку терапије, али смо утврдили да је до ње дошло на крају терапије. Значајно већи осећај наде на крају терапије је код испитаница са карциномом дојке;
7. Испитанице су испољавале, средњи „ нормалан „ ниво резилијентности;
8. Значајно већи степен резилијентности су исказале испитанице са карциномом дојке које су блиске са пријатељима, које знају да је пријатељима стало до њих, које су претраживале интернет о болести, које су религиозне и које немају формално медицинско образовање. Код испитаница са карциномом дојке ниво резилијентности расте са повећањем помоћи уже породице и пријатеља;
9. Разлика нивоа резилијентности код испитаница са карциномом дојке и хепатитисом Б није постојала на почетку терапије, али смо утврдили да је до ње дошло на крају терапије. Значајно већа резилијентност на крају терапије је код испитаница са карциномом дојке;
10. Укупно 38,9 % болесница са карциномом дојке имало клинички значајне (озбиљне и веома озбиљне) нивое S анксиозности а 37 % О анксиозности;
11. И на почетку и на крају терапије код наших болесница значајни фактори који утичу на ниво анксиозности су подршка породице и социјална подршка;
12. Постоји статистички значајна разлика између вредности STAI скорa на почетку и крају терапије за жене са карциномом дојке односно на почетку терапије и након 6 месеци за жене са хепатитисом Б. Дошло је до статистички значајног смањења вредности и за STAI-S и за STAI-O;
13. Не постоји статистички значајна разлика нивоа анксиозности у односу на старосне групе (старије/млађе) испитаница. И код млађих и код старијих испитаница, степен анксиозности (и као стање и као црта личности) се током терапије смањило. На крају терапије, старије испитаница имају већи степен анксиозности, али та разлика није статистички значајна;
14. Постоји јака и негативна повезаност између осећаја наде и анксиозности;
15. Постоји умерено јака и негативна повезаност између резилијентности и анксиозности;
16. Постоји јака и позитивна повезаност између осећаја наде и резилијентности;
17. Не постоји статистички значајна повезаност између старосних група и резилијентности;
18. Постоји умерено до јака негативна корелација између резилијентности испољености физичких симптома које су последица специфичног типа терапије као што су умор, бол, несаница, мучнина, повраћање, губитак апетита, губитак косе.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al., eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2016. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2019.
2. Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, Boffetta P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2019 with focus on breast cancer. *Ann Oncol*. 2019 May 1;30(5):781-787. doi: 10.1093/annonc/mdz051. PMID: 30887043.
3. World Health Organization WH. Breast Cancer 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
4. Lei S, Zheng R, Zhang S, Wang S, Chen R, Sun K, Zeng H, Zhou J, Wei W. Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Commun (Lond)*. 2021 Nov;41(11):1183-1194.
5. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. WHO; 2020. Accessed December 11, 2020. [who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-leading-causes-of-dea](https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-leading-causes-of-death)
6. Arnold M, Morgan E, Rumgay H, et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. *Breast (Edinburgh, Scotland)*. 2022 Sep; 66:15-23.
7. Arzanova E, Mayrovitz HN. The Epidemiology of Breast Cancer. In: Mayrovitz HN, editor. *Breast Cancer*. Brisbane (AU): Exon Publications. ISBN: 978-0-6453320-3-2. Doi: <https://doi.org/10.36255/exon-publications-breast-cancer>
8. Institut za javno zdravlje Srbije – Batut. Epidemioloske karakteristike raka dojke. <https://www.batut.org.rs/download/aktuelno/Epidemioloske%20karakteristike%20raka%20dojke.pdf>
9. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Одељење за превенцију и контролу незаразних болести. Регистар за рак у републици Србији. Малигни тумори у републици србији 2019. Београд, 2021
10. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209-249.
11. Miljuš D. Obolevanje i umiranje od malignih tumora u Srbiji i Evropi - komparativna analiza. *Glasnik javnog zdravlja*. 2021;95(1):85-98.
12. Републичка стручна комисија за онкологију, Министарство здравља Републике Србије Београд. Предлог Програма за унапређење контроле рака у Републици Србији за период 2020-2022. Године.2019.
13. Britt KL, Cuzick J, Phillips KA. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nat Rev Cancer*. 2020 Aug;20(8):417-436.
14. Spronk I, Schellevis FG, Burgers JS, de Bock GH, Korevaar JC. Incidence of isolated local breast cancer recurrence and contralateral breast cancer: A systematic review. *Breast*. 2018 Jun; 39:70-79.
15. Plevritis SK, Munoz D, Kurian AW, Stout NK, Alagoz O, Near AM, et al. Association of Screening and Treatment with Breast Cancer Mortality by Molecular Subtype in US Women, 2000-2012. *JAMA*. 2018 Jan 9;319(2):154-164.
16. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015 Oct;24(10):1495-506.
17. Sopik V. International variation in breast cancer incidence and mortality in young

- women. *Breast Cancer Res Treat.* 2021 Apr;186(2):497-507.
18. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2019; 11:151-164.
 19. Zendehtdel M, Niakan B, Keshtkar A, Rafiei E, Salamat F. Subtypes of Benign Breast Disease as a Risk Factor for Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis Protocol. *Iran J Med Sci.* 2018 Jan;43(1):1-8.
 20. Gucalp A, Traina TA, Eisner JR, Parker JS, Selitsky SR, Park BH, Elias AD, Baskin-Bey ES, Cardoso F. Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2019 Jan;173(1):37-48.
 21. Birnbaum JK, Duggan C, Anderson BO, Etzioni R. Early detection and treatment strategies for breast cancer in low-income and upper middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health.* 2018 Aug;6(8): e885-e893.
 22. Joko-Fru WY, Miranda-Filho A, Soerjomataram I, Egue M, Akele-Akpo MT, N'da G, et al. Breast cancer survival in sub-Saharan Africa by age, stage at diagnosis and human development index: A population-based registry study. *Int J Cancer.* 2020 Mar 1;146(5):1208-1218.
 23. Liu K, Zhang W, Dai Z, Wang M, Tian T, Liu X, Kang H, Guan H, Zhang S, Dai Z. Association between body mass index and breast cancer risk: evidence based on a dose-response meta-analysis. *Cancer Manag Res.* 2018 Jan 18; 10:143-151.
 24. Park JW, Han K, Shin DW, Yeo Y, Chang JW, Yoo JE, Jeong SM, Lee SK, Ryu JM, Park YM. Obesity and breast cancer risk for pre- and postmenopausal women among over 6 million Korean women. *Breast Cancer Res Treat.* 2021 Jan;185(2):495-506.
 25. Sun Q, Xie W, Wang Y, Chong F, Song M, Li T, Xu L, Song C. Alcohol Consumption by Beverage Type and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Alcohol Alcohol.* 2020 Apr 16;55(3):246-253.
 26. Gram IT, Park SY, Maskarinec G, Wilkens LR, Haiman CA, Le Marchand L. Smoking and breast cancer risk by race/ethnicity and oestrogen and progesterone receptor status: The Multiethnic Cohort (MEC) study. *Int J Epidemiol.* 2019 Apr 1;48(2):501-511.
 27. Khalis M, Charbotel B, Chajès V, Rinaldi S, Moskal A, Biessy C, Dossus L, Huybrechts I, Fort E, Mellas N, Elfakir S, Charaka H, Nejjari C, Romieu I, El Rhazi K. Menstrual and reproductive factors and risk of breast cancer: A case-control study in the Fez region, Morocco. *PLoS One.* 2018 Jan 16;13(1): e0191333.
 28. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ.* 2020 Oct 28;371:m3873.
 29. Bonfiglio R, Di Pietro ML. The impact of oral contraceptive use on breast cancer risk: State of the art and future perspectives in the era of 4P medicine. *Semin Cancer Biol.* 2021 Jul; 72:11-18.
 30. Zolfaroli I, Tarín JJ, Cano A. Hormonal contraceptives and breast cancer: Clinical data. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Nov; 230:212-216.
 31. Bravi F, Decarli A, Russo AG. Risk factors for breast cancer in a cohort of mammographic screening program: a nested case-control study within the FRiCaM study. *Cancer Med.* 2018 May;7(5):2145-2152.
 32. Robson M, Liang X, Woods M, Conti DV, Duggan D, Shore R, et al. Breast Cancer Family History and Contralateral Breast Cancer Risk in Young Women: An Update from the Women's Environmental Cancer and Radiation Epidemiology Study. *J Clin Oncol.* 2018 May 20;36(15):1513-1520.
 33. Liu L, Hao X, Song Z, Zhi X, Zhang S, Zhang J. Correlation between family history and characteristics of breast cancer. *Sci Rep.* 2021 Mar 18;11(1):6360.
 34. Coignard J, Lush M, Beesley J, O'Mara TA, Dennis J, Tyrer JP, et al. A case-only

- study to identify genetic modifiers of breast cancer risk for BRCA1/BRCA2 mutation carriers. *Nat Commun.* 2021 Feb 17;12(1):1078.
35. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, Phillips KA, Mooij TM, Roos-Blom MJ, et al. Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. *JAMA.* 2017 Jun 20;317(23):2402-2416.
36. Gamboa-Loira B, López-Carrillo L, Mar-Sánchez Y, Stern D, Cebrián ME. Epidemiologic evidence of exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons and breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Chemosphere.* 2022 Mar; 290:133237. doi: 10.1016/j.chemosphere.2021.133237. Epub 2021 Dec 17. PMID: 34929281.
37. Venkataramu VN, Ghotra HK, Chaturvedi SK. Management of psychiatric disorders inpatients with cancer. *Indian J Psychiatry.* 2022 Mar;64(Suppl 2): S458-S472.
38. Alagizy, H.A., Soltan, M.R., Soliman, S.S. et al. Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. *Middle East Curr Psychiatry.* 2020; 27, 29.
39. De Mil R, Guillaume E, Launay L, Guittet L, Dejardin O, Bouvier V, Notari A, Launoy G, Berchi C. Cost-Effectiveness Analysis of a Mobile Mammography Unit for Breast Cancer Screening to Reduce Geographic and Social Health Inequalities. *Value Health.* 2019 Oct;22(10):1111-1118.
40. Caruso R, Nanni MG, Riba MB, Sabato S, Grassi L. The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *Int Rev Psychiatry.* 2017 Oct;29(5):389-402.
41. Coughlin SS, Ayyala DN, Tinggen MS, Cortes JE. Financial distress among breast cancer survivors. *Curr Cancer Rep.* 2020;2(1):48-53.
42. Perry LM, Hoerger M, Seibert K, Gerhart JI, O'Mahony S, Duberstein PR. Financial Strain and Physical and Emotional Quality of Life in Breast Cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2019 Sep;58(3):454-459.
43. Van Noyen, Lottea; Markovitz, Sabine; Broers, Nick J.; Peters, Madelon L., Prevalence and predictors of psychological distress in women diagnosed with breast cancer and women without breast cancer: a prospective study of psychological risk and resilience factors. *Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice* 4(4): October-December 2022.
44. Helena van Oers, Lourens Schlebush. Indicators of psychological distress and body image disorders in female patients with breast cancer. *J Mind Med Sci.* 2020; 7(2): 179-187.
45. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst.* 2018 Dec 1;110(12):1311-1327.
46. Civilotti C, Acquadro Maran D, Santagata F, Varetto A, Stanizzo MR. The use of the Distress Thermometer and the Hospital Anxiety and Depression Scale for screening of anxiety and depression in Italian women newly diagnosed with breast cancer. *Support Care Cancer.* 2020 Oct;28(10):4997-5004.
47. Okaidat A, Hmedat A, Al-Badarneh A. Breast Cancer and Anxiety: A Relationship Study. In: 2020 11th International Conference on Information and Communication Systems (ICICS). IEEE, 2020. p. 308-312.
48. Carreira H, Williams R, Funston G, Stanway S, Bhaskaran K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: A matched population-based cohort study in the United Kingdom. *PLoS Med.* 2021 Jan 7;18(1): e1003504.
49. Ferreira IS, Fernandes AFC, Rodrigues AB, Santiago JCDS, de Sousa VEC, Lopes MVO, Moreira CB. Accuracy of the Defining Characteristics of the Sexual Dysfunction

- Nursing Diagnosis in Women with Breast Cancer. *Int J Nurs Knowl*. 2020 Jan;31(1):37-43.
50. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Support Care Cancer*. 2019 Apr;27(4):1171-1180.
51. Qi A, Li Y, Sun H, Jiao H, Liu Y, Chen Y. Incidence and risk factors of sexual dysfunction in young breast cancer survivors. *Ann Palliat Med*. 2021 Apr;10(4):4428-4434.
52. Abril-Requena A, García-Torres F, Alós FJ. Sexual dysfunction and phobic anxiety in breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2019 Jan;28(1):195-197.
53. Sorouri F, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology Shahed University, Tehran, Iran, Yaghubi H. Comparing the Negative Emotions, Body Image, Sexual Schemas and Sexual Function in Women with Breast Cancer and Healthy Women. *Arch Psychiatry Res*. 2019;55(1):49-60.
54. Brajkovic L, Sladic P, Kopilaš V. Sexual Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Health Psychol Res*. 2021 Jun 11;9(1):24512.
55. Anuk D, Özkan M, Kizir A, Özkan S. The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC Psychiatry*. 2019 Sep 3;19(1):269.
56. Ośmiałowska E, Staś J, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Illness Perception and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Cancers (Basel)*. 2022 Feb 25;14(5):1214.
57. Mukhsinov, N. T. Changes in psychological status in patients with breast cancer. *OpenAccess Repository*, 2023; 4.3: 1600-1604.
58. Kugbey N. Comorbid anxiety and depression among women receiving care for breast cancer: analysis of prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2022 Sep;22(3):166-172.
59. Zhu L, Ranchor AV, Helgeson VS, van der Lee M, Garssen B, Stewart RE, Sanderman R, Schroevers MJ. Benefit finding trajectories in cancer patients receiving psychological care: Predictors and relations to depressive and anxiety symptoms. *Br J Health Psychol*. 2018 May;23(2):238-252.
60. Civilotti C, Botto R, Maran DA, Leonardi B, Bianciotto B, Stanizzo MR. Anxiety and Depression in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer and Waiting for Surgery: Prevalence and Associations with Socio-Demographic Variables. *Medicina (Kaunas)*. 2021 May 7;57(5):454.
61. Van Oers H, Schlebusch L. Breast cancer patients' experiences of psychological distress, hopelessness, and suicidal ideation. *J Nat Sci Med* 2021; 4:250-7.
62. Manouchehri E, Taghipour A, Ebadi A, Homaei Shandiz F, Latifnejad Roudsari R. How do I deal with breast cancer: a qualitative inquiry into the coping strategies of Iranian women survivors? *BMC Womens Health*. 2022 Jul 8;22(1):284.
63. Ghaemi SZ, Keshavarz Z, Tahmasebi S, Akrami M, Heydari ST. Conflicts women with breast cancer face with: A qualitative study. *J Family Med Prim Care*. 2019 Jan;8(1):27-36.
64. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DSE, Schapira L, Come SE, Partridge AH. Anxiety and Depression in Young Women with Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics*. 2018 May-Jun;59(3):251-258.
65. Yang H, Brand JS, Fang F, Chiesa F, Johansson AL, Hall P, Czene K. Time-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer. *Int J Cancer*. 2017 Feb 15;140(4):841-852.
66. Yang Y, Lin Y, Sikapokoo GO, Min SH, Caviness-Ashe N, Zhang J, Ledbetter L, Nolan TS. Social relationships and their associations with affective symptoms of women with breast cancer: A scoping review. *PLoS One*. 2022 Aug 8;17(8): e0272649.

67. Salmanian K, Marashian F S. Prediction of Death Anxiety based on Body Image Concerns Mediated by Disease Perception in Patients with Breast Cancer. *CSWHI*. 2022. Vol.13(5):61-66.
68. Dai D, Coetzer H, Zion SR, Malecki MJ. Multimorbidity and Its Associations With Anxiety and Depression Among Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer: A Retrospective Observational Cohort Study in a US Commercially Insured and Medicare Advantage Population. *Cancer Control*. 2022 Jan-Dec; 29:10732748221140691.
69. Cairo Notari S, Notari L, Favez N, Delaloye JF, Ghisletta P. The protective effect of a satisfying romantic relationship on women's body image after breast cancer: a longitudinal study. *Psychooncology*. 2017 Jun;26(6):836-842.
70. Olsson Möller U, Olsson IM, Sjövall K, Beck I, Rydén L, Malmström M. Barriers and facilitators for individualized rehabilitation during breast cancer treatment - a focus group study exploring health care professionals' experiences. *BMC Health Serv Res*. 2020 Mar 26;20(1):252.
71. Taub CJ, Lippman ME, Hudson BI, Blomberg BB, Diaz A, Fisher HM, Nahin ER, Lechner SC, Kwak T, Hwang GH, Antoni MH. The effects of a randomized trial of brief forms of stress management on RAGE-associated S100A8/A9 in patients with breast cancer undergoing primary treatment. *Cancer*. 2019 May 15;125(10):1717-1725.
72. Martinez MR, Pasha A. Prioritizing Mental Health Research in Cancer Patients and Survivors. *AMA J Ethics*. 2017 May 1;19(5):486-492.
73. Suzuki T, Matsuura K, Nagura Y, Iio E, Ogawa S, Fujiwara K, Nojiri S, Kataoka H, Tanaka Y. Development of hepatocellular carcinoma from various phases of chronic hepatitis B virus infection. *PLoS One*. 2021 Dec 28;16(12): e0261878.
74. GBD 2019 Hepatitis B Collaborators. Global, regional, and national burden of hepatitis B, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022 Sep;7(9):796-829.
75. WHO (2021) Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, vol 53. WHO, Geneva WHO; Hepatitis B. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
76. Cheng TW, Yang JF, Chen YY, Wu KT, Lee MS, Kuo HJ, et al. Epidemiology of Chronic Hepatitis B Infection in the Cohort of College Students with Vaccination in Taiwan. *Vaccines (Basel)*. 2023 Feb 3;11(2):348.
77. Ракић В, Шапоњић В, Лончаревић Г, Симић Д, Димитријевић Д, Плавша Д, и др. Извештај о заразним болестима у републици Србији за 2020. годину, Београд, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“; 2021. <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/IzvestajZarazneBolesti2020.pdf>
78. Freeland C, Racho R, Kamischke M, Moraras K, Wang E, Cohen C, Kendrick S. Health-related quality of life for adults living with hepatitis B in the United States: a qualitative assessment. *J Patient Rep Outcomes*. 2021 Nov 10;5(1):121.
79. Tu T, Block JM, Wang S, Cohen C, Douglas MW. The Lived Experience of Chronic Hepatitis B: A Broader View of Its Impacts and Why We Need a Cure. *Viruses*. 2020 May 7;12(5):515.
80. Freeland C, Farrell S, Kumar P, Kamischke M, Jackson M, Bodor S, et al. Common concerns, barriers to care, and the lived experience of individuals with hepatitis B: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2021 May 28;21(1):1004.
81. Chabrol F, Noah Noah D, Tchoumi EP, Vidal L, Kuaban C, Carrieri MP, Boyer S; EVOLCam group. Screening, diagnosis and care cascade for viral hepatitis B and C in Yaoundé, Cameroon: a qualitative study of patients and health providers coping with uncertainty and unbearable costs. *BMJ Open*. 2019 Mar 20;9(3): e025415.
82. Zabihi A, Jafarian Amiri S R, Qanbari Qalehsari M. Physical, Psychological, and Social Challenges in Patients with Hepatitis B Infection. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2020

September; 14(3): e104674.

83. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Negarandeh R, Zamani F, Hamidia A, Zabihi A. Psychological Reactions among Patients with Chronic Hepatitis B: a Qualitative Study. *J Caring Sci.* 2016 Mar 1;5(1):57-66.
84. Ahmed S, Méndez RY, Naveed S, Akhter S, Mushtaque I, Malik MA, et al. Assessment of hepatitis-related knowledge, attitudes, and practices on quality of life with the moderating role of internalized stigma among hepatitis B-positive patients in Pakistan. *Health Psychol Behav Med.* 2023 Mar 30;11(1):2192782.
85. Smith-Palmer J, Cerri K, Sbarigia U, Chan EKH, Pollock RF, Valentine WJ, Bonroy K. Impact of Stigma on People Living with Chronic Hepatitis B. *Patient Relat Outcome Meas.* 2020 Mar 9;11:95-107.
86. Tomar M, Sharma T, Prasad M. Social challenges experienced by Hepatitis B patients: A mixed method study. *J Family Med Prim Care* 2023; 12:748-55.
87. Xue X, Cai S, Ou H, Zheng C, Wu X. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B during antiviral treatment and off-treatment. *Patient Prefer Adherence.* 2017 Jan 12; 11:85-93.
88. Fotos NV, Elefsiniotis I, Patelarou A, Giakoumidakis K, Patelarou E, Kouros A, Brokalaki H. Psychological Disorders and Quality of Life Among Patients with Chronic Viral Hepatitis: A Single-Center Cross-Sectional Study With Pair-Matched Healthy Controls. *Gastroenterol Nurs.* 2018 May/Jun;41(3):206-218.
89. Hajarizadeh B, Richmond J, Ngo N, Lucke J, Wallace J. Hepatitis B-Related Concerns and Anxieties Among People With Chronic Hepatitis B in Australia. *Hepat Mon.* 2016 May 21;16(6): e35566.
90. Kong LN, Yao Y, Li L, Zhao QH, Wang T, Li YL. Psychological distress and self-management behaviours among patients with chronic hepatitis B receiving oral antiviral therapy. *J Adv Nurs.* 2021 Jan;77(1):266-274.
91. Diagne, B.J., Hakima, A., El Harch, I., Benmaamar, S., Nassiba, B., Hind, B, et al. Depression and Anxiety in Patients with Hepatitis B and C in a Moroccan Region: A Cross-Sectional Study. *Open Access Library Journal.* 2022; 9, 1-12.
92. Perrotta G. Anxiety disorders: definitions, contexts, neural correlates and strategic therapy. *JJ Neur Neurosci* 2019; 6(1): 042.
93. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Sep 14;155(37):611-620.
94. Goodwin RD, Weinberger AH, Kim JH, Wu M, Galea S. Trends in anxiety among adults in the United States, 2008-2018: Rapid increases among young adults. *J Psychiatr Res.* 2020 Nov; 130:441-446.
95. Götze H, Friedrich M, Taubenheim S, Dietz A, Lordick F, Mehnert A. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer.* 2020 Jan;28(1):211-220.
96. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues Clin Neurosci.* 2003 Sep;5(3):281-98.
97. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015 Sep;17(3):327-35.
98. Yang X, Fang Y, Chen H, Zhang T, Yin X, Man J, Yang L, Lu M. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021 May 6;30: e36.
99. Vasiliadis HM, Desjardins F, Roberge P, Grenier S. Sex Differences in Anxiety Disorders in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 2020 Oct 30;22(12):75.
100. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016 Jun 5;6(7): e00497.

101. Faye-Schjøll HH, Schou-Bredal I. Pessimism predicts anxiety and depression in breast cancer survivors: A 5-year follow-up study. *Psychooncology*. 2019 Jun;28(6):1314-1320.
102. Bellver-Pérez A, Peris-Juan C, Santaballa-Beltrán A. Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *Int J Clin Health Psychol*. 2019 May;19(2):107-114.
103. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, Fradelos EC. Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 Jun 25;19(6):1661-1669.
104. Beatty L, Kissane D. Anxiety and depression in women with breast cancer. *Cancer Forum*. 2017 Mar 1;41(1):55 - 61.
105. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*. 2019 Oct 11;19(1):943.
106. Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B, Zhang J, Lin Y, Wang Z. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry*. 2020 Dec;25(12):3186-3197.
107. Lopes C, Lopes-Conceição L, Fontes F, Ferreira A, Pereira S, Lunet N, Araújo N. Prevalence and Persistence of Anxiety and Depression over Five Years since Breast Cancer Diagnosis-The NEON-BC Prospective Study. *Curr Oncol*. 2022 Mar 21;29(3):2141-2153.
108. Zainal NZ, Ng CG, Wong A, Andrew B, Mohd Taib NA, Low SY. Prevalence of depression, trait anxiety, and social support during the diagnostic phases of breast cancer. *J Taibah Univ Med Sci*. 2021 Mar 17;16(4):497-503.
109. Okati-Aliabad H, Ansari-Moghadam A, Mohammadi M, Kargar S, Shahraki-Sanavi F. The prevalence of anxiety and depression and its association with coping strategies, supportive care needs, and social support among women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2022 Jan;30(1):703-710.
110. Stanizzo MR, Castelli L, Di Nardo C, Brunetti M, De Sanctis C, Ghiggia A. Psychological Distress in Breast Cancer Patients during the Italian COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 11;19(18):11433.
111. Hashemi SM, Rafiemanesh H, Aghamohammadi T, Badakhsh M, Amirshahi M, Sari M, et al. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*. 2020 Mar;27(2):166-178.
112. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi SM, Balouchi A. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2019 Aug;176(3):519-533.
113. Bergerot CD, Mitchell HR, Ashing KT, Kim Y. A prospective study of changes in anxiety, depression, and problems in living during chemotherapy treatments: effects of age and gender. *Support Care Cancer*. 2017 Jun;25(6):1897-1904.
114. Wagner JF, Lüdders D, Hoellen F, Rody A, Banz-Jansen C. Treatment anxiety in breast cancer patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 May;299(5):1365-1371.
115. İzci F, Özdem G, İlgün AS, Ağaçayak F, Duymaz T, Erdoğan Z, et al. Pre-Treatment and Post-Treatment Anxiety, Depression, Sleep and Sexual Function Levels in Patients with Breast Cancer. *Eur J Breast Health*. 2020 Apr 17;16(3):219-225.
116. Cook EE, Rosenberg SM, Ruddy KJ, Barry WT, Greaney M, Ligibel J, et al. Prospective evaluation of the impact of stress, anxiety, and depression on household income among young women with early breast cancer from the Young and Strong trial. *BMC Public Health*. 2020 Oct 6;20(1):1514.
117. Rosenberg SM, Partridge AH. Premature menopause in young breast cancer: effects

- onquality of life and treatment interventions. *J Thorac Dis.* 2013 Jun;5 Suppl 1(Suppl 1): S55-61.
118. Hormozi M, Hashemi SM, Shahraki S. Investigating Relationship between Pre- and Post- Chemotherapy Cognitive Performance with Levels of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019 Dec 1;20(12):3831-3837.
119. Howell DM, Metcalfe K, Kong S, Stephen J, Olivotto IA, Baxter N, et al. Risk factors for psychological morbidity and the protective role of coping self-efficacy in young women with breast cancer early in diagnosis: a national multicentre cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* 2022 Jul;194(1):91-102.
120. Doori, Z., Hekmat, K., Mousavi, P. et al. Investigation of the relationship between perceived social support and body image in women with breast cancer. *Middle East Curr Psychiatry.* 2022; 29, 49.
121. Kołodziejczyk A, Pawłowski T. Negative body image in breast cancer patients. *Adv Clin Exp Med.* 2019 Aug;28(8):1137-1142. doi: 10.17219/acem/103626. PMID: 30817097.
122. Alhusban RY. Changed Body Image as Perceived by Jordanian Women Undergoing Breast Cancer Treatment. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019 Mar 26;20(3):767-773.
123. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ala S, Tabrizian S, et al. Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *Eur J Oncol Nurs.* 2021 Feb; 50:101892.
124. Stewart WC, Wetselaar MJ, Nelson LA, Stewart JA, et al. Review of the Effect of Religion on Anxiety. *Int J Depress Anxiety*, 2019; 2:016. doi.org/10.23937/2643-4059/1710016.
125. Żołnierz J, Sak J. Coping and Religiosity of Polish Breast Cancer Patients. *Religions.* 2023; 14(5):682.
126. Rajendran, S. S., Naik, P. K., Shankar, S., Asaithambi, N., Arunachalam, S. S., Periasamy, G., & Natesan, M. Female breast cancer survivor's perspectives on hope and spirituality needs-a mixed study approach. *Psychology and education.* 2021; 58(2): 9771-9780.
127. Mahdavi, A., H. Jenaabadi, S. R. Mosavimoghadam, S. S. Shojaei Langari, M. Gholamali Lavasani, and Y. Madani. Relationship Between Mental, Existential, and Religious Well Being and Death Anxiety in Women With Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*, Feb. 2019, pp. 29-34.
128. Zhang J, Zhou Y, Feng Z, Xu Y, Zeng G. Longitudinal Trends in Anxiety, Depression, and Quality of Life During Different Intermittent Periods of Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. *Cancer Nurs.* 2018 Jan/Feb;41(1):62-68.
129. Van den Heuvel, S.: Historical and multidisciplinary perspectives on hope. Springer International Publishing, Cham, 2020.
130. Pleeging, E., van Exel, J., Burger, M.: Characterizing hope: an interdisciplinary overview of the characteristics of hope. *Appl. Res. Qual. Life*, 2021b.
131. Kwong JM. What is hope? *Eur J Philos.* 2019;27(1):243–54.
132. Li S, Li L, Zheng H, Wang Y, Zhu X, Yang Y, Yang Y, He J. Relationship between multifaceted body image and negative affect among women undergoing mastectomy for breast cancer: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health.* 2018 Dec;21(6):681-688.
133. Yaghoobzadeh A, Pahlevan Sharif S, Ong FS, Soundy A, Sharif Nia H, Moradi Bagloee M, et al. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Herth Hope Index Within a Sample of Iranian Older Peoples. *Int J Aging Hum Dev.* 2019 Dec;89(4):356-371.
134. Yaghoobzadeh A, Gorgulu O, Yee BL, Wibisono AH, Pahlevan Sharif S, Sharif Nia

- H,Allen KA. A Model of Aging Perception in Iranian Elders With Effects of Hope, Life Satisfaction, and Socioeconomic Status: A Path Analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2018Nov/Dec;24(6):522-530.
135. Umphrey, Laura R. and John C. Sherblom. The Constitutive Relationship of Listening to Hope, Emotional Intelligence, Stress, and Life Satisfaction. *International Journal of Listening* .2018; 32:24 - 48.
136. Pleeing, E., Burger, M., van Exel, J. Hope mediates the relation between income and subjective wellbeing. *J. Happiness Stud.*2021a; 22, 2075–2102
137. Peh CX, Liu J, Bishop GD, Chan HY, Chua SM, Kua EH, Mahendran R. Emotion regulation and emotional distress: The mediating role of hope on reappraisal and anxiety/depression in newly diagnosed cancer patients. *Psychooncology.* 2017 Aug;26(8):1191-1197
138. Creighton AS, Davison TE, Kissane DW. The correlates of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017 Feb;32(2):141-154.
139. Baczewska B, Block B, Kropornicka B, Niedzielski A, Malm M, Zwolak A, Makara- Studzińska M. Hope in Hospitalized Patients with Terminal Cancer. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Oct 12;16(20):3867.
140. Azizi M, Elyasi F, Naghizadeh S, Mohammadi A, Kamali M, et al. Effect of Psycho-Socio-Spiritual Strategies on Hope Level of Patients with Cancer: A Narrative Review. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2021;15(2): e107640.
141. Seiler A, Jenewein J. Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry.* 2019 Apr 5; 10:208.
142. Niyazmand ZA, Abbasszadeh A, Borhani F, Sefidkar R. The relationship between spiritual health and hope in multiple sclerosis patients: A descriptive-correlational study. *Electron J Gen Med* 2018;15(5): em79.
143. Nsamenang SA, Hirsch JK. Positive psychological determinants of treatment adherence among primary care patients. *Prim Health Care Res Dev.* 2015 Jul;16(4):398-406.
144. Todorov N, Sherman KA, Kilby CJ; Breast Cancer Network Australia. Self-compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2019 Oct;28(10):2025-2032.
145. Gallagher MW, Long LJ, Phillips CA. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *J Clin Psychol.* 2020 Mar;76(3):329-355.
146. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology.* 2015 Dec;24(12):1639-45.
147. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Med Sci Monit.* 2017 Dec 17; 23:5969- 5979.
148. Alarcón R, Cerezo MV, Hevilla S, Blanca MJ. Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *Int J Clin Health Psychol.* 2020 Jan- Apr;20(1):81-89.
149. Casale R, Sarzi-Puttini P, Botto R, Alciati A, Batticciotto A, Marotto D, Torta R. Fibromyalgia and the concept of resilience. *Clin Exp Rheumatol.* 2019 Jan-Feb;37 Suppl 116(1):105-113.
150. VanMeter F, Cicchetti D. Resilience. *Handb Clin Neurol.* 2020; 173:67-73.

151. Thomassen ÅG, Hystad SW, Johnsen BH, Johnsen GE, & Bartone PT (2018). The effect of hardiness on PTSD symptoms: A prospective mediational approach. *Military Psychology*, 30, 142-151.
152. Färber F, Rosendahl J. The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Sep 21;115(38):621-627.
153. Wu X, Xu H, Zhang X, Han S, Ge L, Li X, Zhang X. Self-efficacy, Hope as Mediators Between Positive Coping and Resilience Among Patients With Gastric Cancer Before the First Chemotherapy. *Cancer Nurs.* 2021 Jan/Feb;44(1):79-85.
154. Karademas EC, Simos P, Pat-Horenczyk R, Roziner I, Mazzocco K, Sousa B, et al. The Interplay Between Trait Resilience and Coping Self-efficacy in Patients with Breast Cancer: An International Study. *J Clin Psychol Med Settings.* 2023 Mar;30(1):119-128.
155. Lau J, Khoo AM, Ho AH, Tan KK. Psychological resilience among palliative patients with advanced cancer: A systematic review of definitions and associated factors. *Psychooncology.* 2021 Jul;30(7):1029-1040.
156. Ruini C, Vescovelli F, Albiéri E. Post-traumatic growth in breast cancer survivors: new insights into its relationships with well-being and distress. *J Clin Psychol Med Settings.* 2013 Sep;20(3):383-91.
157. Tu PC. The effects of trait resilience and rumination on psychological adaptation to breast cancer. *Health Psychol Open.* 2022 Nov 11;9(2):20551029221140765.
158. Dooley LN, Slavich GM, Moreno PI, Bower JE. Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress Health.* 2017 Dec;33(5):549-557.
159. Cerezo MV, Álvarez-Olmo A, Rueda P. General Health and Resilience of Breast Cancer Patients: The Mediator Role of Affective Well-Being. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Apr 28;19(9):5398.
160. Cerezo MV, Blanca MJ, Ferragut M. Personality Profiles and Psychological Adjustment in Breast Cancer Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 17;17(24):9452.
161. Zayas, A., Gómez-Molinero, R., Guil, R., Gil-Olarte, P., & Jiménez Orozco, E. Relationship between resilience and life satisfaction in a sample of breast cancer women. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD De Psicología.* 2018; 3(1), 127–136.
162. Guil R, Ruiz-González P, Merchán-Clavellino A, Morales-Sánchez L, Zayas A, Gómez-Molinero R. Breast Cancer and Resilience: The Controversial Role of Perceived Emotional Intelligence. *Front Psychol.* 2020 Dec 15; 11:595713.
163. Heydari M, Hajiheydari A, Roozitalab M, Rohan A, The effectiveness of resilience training on anxiety, depression, stress, life expectancy and psychological well-being of women with breast cancer. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.* 2022; 17(5).
164. Padilla-Ruiz M, Ruiz-Román C, Pérez-Ruiz E, Rueda A, Redondo M, Rivas-Ruiz F. Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study. *Support Care Cancer.* 2019 Apr;27(4):1279-1286.
165. Gallagher MW, Long LJ, Richardson A, D'Souza JM. Resilience and Coping in Cancer Survivors: The Unique Effects of Optimism and Mastery. *Cognit Ther Res.* 2019 Feb;43(1):32-44.
166. Mihic-Gongora L, Jiménez-Fonseca P, Hernandez R, Gil-Raga M, Pacheco-Barcia V, Manzano-Fernández A, et al. Psychological distress and resilience in patients with advanced cancer during the Covid-19 pandemic: the mediating role of spirituality. *BMC Palliat Care.* 2022 Aug 13;21(1):146.
167. Mohlin Å, Bendahl PO, Hegardt C, Richter C, Hallberg IR, Rydén L. Psychological Resilience and Health-Related Quality of Life in 418 Swedish Women with Primary Breast Cancer: Results from a Prospective Longitudinal Study. *Cancers (Basel).* 2021

May 6;13(9):2233.

168. Ding W, Ruan G, Lin Y, Zhu J, Tu C, Li Z. Dynamic changes in marital status and survival in women with breast cancer: a population-based study. *Sci Rep.* 2021 Mar 8;11(1):5421.

169. Kugbey N, Oppong Asante K, Meyer-Weitz A. Depression, anxiety and quality of life among women living with breast cancer in Ghana: mediating roles of social support and religiosity. *Support Care Cancer.* 2020 Jun;28(6):2581-2588.

170. Srivastava J, Kaushik SS, Tewari M, Shukla HS. Mediating Role of Affective Experiences in the Relationship between Perceived Social Support and Life Satisfaction among Breast Cancer Patients. *Indian J Palliat Care.* 2021 Jan-Mar;27(1):76-82.

171. Alizadeh S, Khanahmadi S, Vedadhir A, Barjasteh S. The Relationship between Resilience with Self- Compassion, Social Support and Sense of Belonging in Women with Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018 Sep 26;19(9):2469-2474.

172. Nigah, Zahra; Ajmal, Amna; Abid, Shumaila. Resilience, perceived social support and psychological stress in diagnosis of cancer. *Isra Medical Journal*, 2019, 11.1: 36-40.

173. Lai HL, Hung CM, Chen CI, Shih ML, Huang CY. Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: A structural equation modelling analysis. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2020 Jan;29(1): e13161.

174. Festerling L, Buentzel J, Fischer von Weikersthal L, Junghans C, Zomorodbakhsch B, Stoll C, et al. Resilience in cancer patients and how it correlates with demographics, psychological factors, and lifestyle. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2022 Nov 18.

175. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Iraurgi I. Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLoS One.* 2020 Jul 29;15(7): e0236572.

176. Mahmoodi, H. The Relationship between Self-Efficacy, Optimism and Hope with Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Resilience. *Advances in Nursing & Midwifery.* 2022; 31(2), 28-34.

177. Taheri, A., & Falavarjani, M. F. Hope, self-efficacy, and perceived stress among Iranian women with breast cancer: Examining the mediating role of resilience. *Middle East Journal of Positive Psychology.* 2019; 5(1), 82-96.

178. Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2021 Jul;29(7):3471-3486.

179. Schwalm FD, Zandavalli RB, de Castro Filho ED, Lucchetti G. Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Health Psychol.* 2022 Apr;27(5):1218-1232.

180. Aman F, Akhtar N. Religious coping, resilience and spiritual well-being among women with breast cancer; comparison of different age groups and different stages of cancer. *J Postgrad Med Inst [Internet].* 2021;34(3).

181. Al Eid NA, Alqahtani MM, Marwa K, Arnout BA, Alswailem HS, Al Toaimi AA. Religiosity, Psychological Resilience, and Mental Health Among Breast Cancer Patients in Kingdom of Saudi Arabia. *Breast Cancer (Auckl).* 2020 Mar 17; 14:1178223420903054.

182. Li L, Hou Y, Li L, Hou Y, Kang F, Wei X. The mediating and moderating roles of resilience in the relationship between anxiety, depression, and post-traumatic growth among breast cancer patients based on structural equation modeling: An observational study. *Medicine(Baltimore).* 2020;99(50): e23273.

183. Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F., & Natalicio, D. S. The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican journal of psychology.* 1971; 5(3 & 4).

184. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. In: Spielberger CD, editor. *Anxiety and Behavior.* New York; Academic Press: 1966.

185. Ando N, Iwamitsu Y, Kuranami M, et al. Predictors of psychological distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. *Psychosomatics* 2011; 52: 56-64
186. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI: manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists; 1970.
187. Spielberger CD. *State-trait anxiety inventory for adults*. USA: Mind Garden; 1968.
188. Kayikcioglu O, Bilgin S, Seymenoglu G, Deveci A. State and Trait Anxiety Scores of Patients Receiving Intravitreal Injections. *Biomed Hub*. 2017 Aug 5;2(2):1-5. doi: 10.1159/000478993. PMID: 31988910; PMCID: PMC6945947.
189. Otim M, Al Marzouqi AM, Subu M, Damaj N, Al-Harbawi S. Prevalence of Generalised Anxiety Disorders Among Clinical Training Students at the University of Sharjah. *J Multidiscip Healthc*. 2021 Jul 13; 14:1863-1872.
190. Freidl M, Wegerer M, Litvan Z, König D, Alexandrowicz RW, Portela-Millinger F, Gruber M. Determinants of quality of life improvements in anxiety and depressive disorders-Alongitudinal study of inpatient psychotherapy. *Front Psychiatry*. 2022 Dec 15; 13:937194.
191. Stojanović NM, Randelović PJ, Nikolić G, Stojiljković N, Ilić S, Stoilković B, et al. Pouzdanost i validnost upitnika Spilbergerovih skala anksioznosti ispitivane u populaciji studenata i nepsihotičnih psihijatrijskih ambulantnih bolesnika iz Srbije. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*. 2020;37(2):149-59.
192. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope. *Sch Inq Nurs Pract*. 1991; 5:39-51.
193. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992; 17:1251-9.
194. Zhang Y, Xue G, Chen Y, An K, Chen L. Factors related to spiritual health in Chinese haemodialysis patients: A multicentre cross-sectional study. *Nurs Open*. 2020 May31;7(5):1536-1543.
195. Liu G, Wang S, Liao J, Ou P, Huang L, Xie N, et al. The Efficacy of WeChat-Based Parenting Training on the Psychological Well-being of Mothers With Children With Autism During the COVID-19 Pandemic: Quasi-Experimental Study. *JMIR Ment Health*. 2021 Feb 10;8(2): e23917.
196. Ni Y, Huang L, Tong C, Qian W, Fang Q. Analysis of the levels of hope and influencing factors in infertile women with first-time and repeated IVF-ET cycles. *Reprod Health*. 2021 Oct 9;18(1):200.
197. Dragojević N; Milačić-Vidojević I; Čolić M. Half-empty or half-full glass: The impact of sociodemographic variables and type of disability on optimism of persons with physical and sensory impairments. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 2016;15(3):239-64.
198. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15(3):194-200.
199. Salisu, Isyaku and Norashidah Hashim. A Critical Review of Scales Used in Resilience Research. *IOSR Journal of Business and Management*. 2017;19.2017: 23-33.
200. Furstova, J., Kascakova, N., Polackova Solcova, I., Hasto, J., & Tavel, P. How Czecho-Slovakia Bounces Back: Population-Based Validation of the Brief Resilience Scale in Two Central European Countries. *Psychological Reports*. 2022; 125(5), 2807-2827.
202. Smith, B.W., Epstein, E.E., Oritz, J.A., Christopher, P.K., & Tooley, E.M. The Foundations of Resilience: What are the critical resources for bouncing back from stress? In Prince-Embury, S. & Saklofske, D.H. (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice*, The Springer series on human exceptionality,

- 2013; 167-187. New York, NY: Springer.
203. Safiye T, Vukčević B, Čabarkapa M. Rezilijentnost kao moderator povezanosti izgaranja na poslu i subjektivnog blagostanja kod medicinskih radnika u Srbiji u toku pandemije COVID-19. *Vojnosanitetski pregled*. 2021;78(11):1207-13.
204. Aaronson N. K, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N. J, Takeda F. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993; 85:365–376.
205. Velikova G, Coens C, Efficace F, Greimel E, Groenvold M, Johnson C, et al. Health-Related Quality of Life in EORTC clinical trials—30 years of progress from methodological developments to making a real impact on oncology practice. *European Journal of Cancer Supplements*. 2012; 10(1):141–149.
206. Fayers P, Bottomley A; EORTC Quality of Life Group; Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Eur J Cancer*. 2002 Mar;38 Suppl 4: S125-33.
207. Kostić S, Murtezani Z, Andrić Z, Ivanović N, Kozomara Z, Kostić M, ... & Kocić S. Assessment of age-related influences on the quality of life of breast cancer patients before and after surgical treatment. *Vojnosanitetski pregled*. 2020; 77(9).
208. Gavric Z, Vukovic-Kostic Z. Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Glob J Health Sci*. 2016 Sep 1;8(9):52792.
209. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, te Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality- of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol*. 1996 Oct;14(10):2756-68.
210. Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, Boparai N, King D. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*. 1999 Aug;45(2):295-300.
211. Popovic DDj, Kovacevic NV, Kistic Tepavcevic DB, Trajkovic GZ, Alempijevic TM, Spuran MM, et al. Validation of the chronic liver disease questionnaire in Serbian patients. *World J Gastroenterol*. 2013 Aug 14;19(30):4950-7.
212. Parás-Bravo P, Paz-Zulueta M, Boixadera-Planas E, Fradejas-Sastre V, Palacios-Ceña D, Fernández-de-Las-Peñas C, Alonso-Blanco C. Cancer Patients and Anxiety: A Gender Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 18;17(4):1302.
213. Naik H, Leung B, Laskin J, McDonald M, Srikanthan A, Wu J, et al. Emotional distress and psychosocial needs in patients with breast cancer in British Columbia: younger versus older adults. *Breast Cancer Res Treat*. 2020 Jan;179(2):471-477.
214. Oppegaard K, Harris CS, Shin J, Paul SM, Cooper BA, Levine JD, et al. Anxiety profiles are associated with stress, resilience and symptom severity in outpatients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2021 Dec;29(12):7825-7836.
215. Yektatalab S, Ghanbari E. The Relationship between Anxiety and Self-Esteem in Women Suffering from Breast Cancer. *J Midlife Health*. 2020 Jul-Sep;11(3):126-132.
216. Boivin MJ, Sikorskii A, Haan P, Smith SS, Symonds LL, Khattree R, et al. Health-Related Quality of Life: Longitudinal Analysis From the Time of Breast Biopsy Into the Post-treatment Period. *Front Glob Womens Health*. 2021 Aug 16; 2:608787.
217. Williams AM, Khan CP, Heckler CE, Barton DL, Ontko M, Geer J, et al. Fatigue, anxiety, and quality of life in breast cancer patients compared to non-cancer controls: a nationwide longitudinal analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2021 May;187(1):275-285.
218. Nakamura ZM, Deal AM, Nyrop KA, Chen YT, Quillen LJ, Brenizer T, Muss HB. Serial Assessment of Depression and Anxiety by Patients and Providers in Women Receiving Chemotherapy for Early Breast Cancer. *Oncologist*. 2021 Feb;26(2):147-156.
219. Paterson CL, O'Mara AM, Heckler CE, Kipnis V, Kamen CS, Ontko M, et al.

- Trajectories of anxiety among breast cancer patients treated with chemotherapy pre- and post- chemotherapy compared to healthy controls: A nationwide multicenter study. *Journal of Clinical Oncology*. 2017; 35:15_suppl, e21711-e21711.
220. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado MTS, Barreiro VB, Martín CG. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Dec 21;25: e2958.
221. Yasin AI, Topcu A, Shbair aT, Isleyen ZS, Ozturk A, Besiroglu M, Türk HM. Anxiety levels of breast cancer patients in Turkey during the COVID-19 pandemic. *Future Oncol*. 2021 Sep;17(25):3373-3381.
222. Liu L, Wu Y, Cong W, Hu M, Li X, Zhou C. Experience of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a systematic review of qualitative research. *Qual Life Res*. 2021 May;30(5):1249-1265.
223. Ozdemir D, Tas Arslan F. An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2018 Sep;27(9):2214- 2219.
224. Hsu HT, Juan CH, Chen JL, Hsieh HF. Mediator Roles of Social Support and Hope in the Relationship Between Body Image Distress and Resilience in Breast Cancer Patients Undergoing Treatment: A Modeling Analysis. *Front Psychol*. 2021 Sep 24; 12:695682.
225. Karibayeva I, Turdaliyeva B, Zainal NZ, Bagiyarova F, Kussainova D. Prevalence of Anxiety Symptoms in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer in Kazakhstan and Its Associated Factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2022 Aug 1;23(8):2813-2819.
226. Puigpinós-Riera R, Graells-Sans A, Serral G, Contente X, Bargalló X, Domènech M, et al. Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). *Cancer Epidemiol*. 2018 Aug; 55:123-129.
227. Cáceres MC, Nadal-Delgado M, López-Jurado C, Pérez-Civantos D, Guerrero-Martín J, Durán-Gómez N. Factors Related to Anxiety, Depressive Symptoms and Quality of Life in Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 16;19(6):3547.
228. Di Giacomo D, Ranieri J, Perilli E, Cannita K, Passafiume D, Ficorella C. Psychological impact of clinical treatment after breast cancer diagnosis in younger patients (38–50 age range): An explorative 3-year observational study. *Neurol. Psychiatry Brain Res*. 2019, 32, 85–90.
229. Manor-Binyamini I. Internalized Stigma among Bedouin and Jews with Mental Illness: Comparing Self-Esteem, Hope, and Quality of Life. *Psychiatr Q*. 2020 Dec;91(4):1381-1393.
230. Shen A, Qiang W, Wang Y, Chen Y. Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer--role of hope, self-efficacy and social support. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 May 16; 46:101771.
231. Zhang J, Gao W, Wang P, Wu ZH. Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. *Chin Med J (Engl)*. 2010 Sep;123(17):2331-5.
232. Li Y, Ni N, Zhou Z, Dong J, Fu Y, Li J, Luan Z, Peng X. Hope and symptom burden of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2021 Aug;30(15-16):2293-2300.
233. Costa DT, Silva DMRD, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm*. 2019 Jun 27;72(3):640-645. English, Portuguese.
234. Balsanelli ACS, Grossi SAA. Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):898-904.
235. Heidari M, Ghodusi M. The Relationship between Body Esteem and Hope and

- Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian J Palliat Care*. 2015 May- Aug;21(2):198-202.
236. Schjolberg TK, Dodd M, Henriksen N, Rustoen T. Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients. *Palliat Support Care*. 2011 Mar;9(1):63-72.
237. Ehsani M, Ashghali Farahani M, Haghani S, Negari F. The Relationship Between Hope and Received Information About Cancer Among Women with Breast Cancer: A Descriptive- Correlational Study. *Int J Cancer Manag*. 2021;14(8): e114586.
238. Leandro Aparecido dos Santos Ribeiro, Marlon Noronha Araújo, Tânia Maria da Silva Mendonça. Hope, Fear, and Health-Related Quality of Life Perceived by Women with Breast Cancer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2021; 67(3): e-181193
239. Wakiuchi J., Marchi JA., Norvila IS., Marcon SS., Sales CA. Hope of cancer patients undergoing chemotherapy *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(3):202-8.
240. Sheikhpourkhani M, Abbaszadeh A, Borhani F, Rassouli M. Hope-Promoting Strategies: Perspectives of Iranian Women with Breast Cancer About the Role of Social Support. *Int J Cancer Manag*. 2018;11(11): e83317.
241. Mokhtari L, Markani AK, Khalkhali HR, Feizi A. The perceived social support by Iranian women with breast cancer: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2022 Jan;30(1):941-949.
242. Bergqvist J, Strang P. Breast Cancer Patients' Preferences for Truth Versus Hope Are Dynamic and Change During Late Lines of Palliative Chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Apr;57(4):746-752.
243. Nierop-van Baalen C, Grypdonck M, van Hecke A, Verhaeghe S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2020 Jul;76(7):1520-1537.
244. Sabanciogullari S, Yilmaz FT. The Effect of Religious Coping on Hope Level of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *J Relig Health*. 2021 Aug;60(4):2756-2769.
245. Leão DCMR, Pereira ER, Pérez-Marfil MN, Silva RMCRA, Mendonça AB, Rocha RCNP, García-Caro MP. The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 13;18(12):6415.
246. Li Y, Zhou X, Zhou Y, Mao F, Shen S, Lin Y, Zhang X, Chang TH, Sun Q. Evaluation of the quality and readability of online information about breast cancer in China. *Patient Educ Couns*. 2021 Apr;104(4):858-864.
247. Li Y, Ye S, Zhou Y, Mao F, Guo H, Lin Y, Zhang X, et al. Web-Based Medical Information Searching by Chinese Patients With Breast Cancer and its Influence on Survival: Observational Study. *J Med Internet Res*. 2020 Apr 17;22(4): e16768.
248. Lally RM, Kupzyk KA, Bellavia G, Hydeman J, Gallo S, Helgeson VS, et al. *Caring Guidance™* after breast cancer diagnosis eHealth psychoeducational intervention to reduce early post-diagnosis distress. *Support Care Cancer*. 2020 May;28(5):2163-2174.
249. Zhu J, Ebert L, Liu X, Wei D, Chan SW. Mobile Breast Cancer e-Support Program for Chinese Women With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy (Part 2): Multicenter Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018 Apr 30;6(4): e104.
250. Kushniruk A. The Importance of Health Information on the Internet: How It Saved My Life and How It Can Save Yours. *J Med Internet Res*. 2019 Oct 27;21(10): e16690.
251. Hou IC, Lin HY, Shen SH, Chang KJ, Tai HC, Tsai AJ, Dykes PC. Quality of Life of Women After a First Diagnosis of Breast Cancer Using a Self-Management Support mHealth App in Taiwan: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Mar 4;8(3): e17084.
252. Zhou K, Wang W, Zhao W, Li L, Zhang M, Guo P, Zhou C, et al. Benefits of a WeChat-based multimodal nursing program on early rehabilitation in postoperative women with breast cancer: A clinical randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2020

Jun; 106:103565.

253. Wu Q, Kue J, Zhu X, Yin X, Jiang J, Chen J, et al. Effects of Nurse-Led Support Via WeChat, a Smartphone Application, for Breast Cancer Patients After Surgery: A Quasi- Experimental Study. *Telemed J E Health*. 2020 Feb;26(2):226-234.
254. Lin Y, Chen Y, Liu R, Cao B. Effect of exercise on rehabilitation of breast cancer surgery patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nurs Open*. 2023 Apr;10(4):2030-2043.
255. Corn BW, Feldman DB, Wexler I. The science of hope. *The Lancet. Oncology*. 2020 Sep;21(9): e452-e459. DOI: 10.1016/s1470-2045(20)30210-2.
256. Heena H, Durrani S, Riaz M, AlFayyad I, Tabasim R, Parvez G, Abu-Shaheen A. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Womens Health*. 2019 Oct 22;19(1):122.
257. Huang Y, Huang Y, Bao M, Zheng S, Du T, Wu K. Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychol Health Med*. 2019 Aug;24(7):866-878.
258. Gundogmus AG, Sezer Katar K, Orsel S, Ozturk G, Yilmaz KB. The relationship of potential biomarkers with psychological resilience and post-traumatic growth in female patients with breast cancer. *PLoS One*. 2022 Dec 16;17(12): e0277119.
259. Yıldırım Üşenmez T, Öner U, Şanlı ME, Dinç M. The Effect of Spirituality on Psychological Resilience in Women with Breast Cancer Who Have Received Chemotherapy: A Cross-sectional Study from Turkey. *J Relig Health*. 2022 Sep 21.
260. Turan GB, Dural G. Does Spiritual Well-Being Affect Death Anxiety and Psychological Resilience in Cancer Patients? *Omega*. 2022 Sep:302228221129948.
- Garrido-Hernansaiz, Helena; Rodríguez-Rey, Rocío; Alonso-Tapia, Jesús. Coping and resilience are differently related depending on the population: A comparison between three clinical samples and the general population. *International Journal of Stress Management*, 2020,27.3: 304.
- Sağaltıcı, E., Sönmez, Ö., Karcı, E. Şahin, Ş. K., Erturk, A. (2021). Somatic distress, mental health and psychological resilience among cancer patients during the pandemic. *International Research in Counseling and Education*, 5 (2): pp. 116-127.
261. Koral L, Cirak Y. The relationships between fear of cancer recurrence, spiritual well-being and psychological resilience in non-metastatic breast cancer survivors during the COVID-19 outbreak. *Psychooncology*. 2021 Oct;30(10):1765-1772.
262. Adamkovič M, Fedáková D, Kentoš M, Bozogánová M, Havrillová D, Baník G, Dědová M, Piterová I. Relationships between satisfaction with life, posttraumatic growth, coping strategies, and resilience in cancer survivors: A network analysis approach. *Psychooncology*. 2022 Nov;31(11):1913-1921.
263. Adam A, Koranteng F. Availability, accessibility, and impact of social support on breast cancer treatment among breast cancer patients in Kumasi, Ghana: A qualitative study. *PLoS One*. 2020 Apr 16;15(4): e0231691.
264. Edward KL, Chipman M, Giandinoto JA, Robinson K. Quality of life and personal resilience in the first two years after breast cancer diagnosis: systematic integrative review. *Br J Nurs*. 2019 May 23;28(10): S4-S14.
265. Çelik GK, Çakır H, Kut E. Mediating Role of Social Support in Resilience and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: Structural Equation Model Analysis. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2020 Oct 15;8(1):86-93.
266. Gao J, Li JX, Chen WY, Song JY, Zhou MK, Zhang SS, Li HP. A randomized controlled trial of a coping-focused family resilience intervention program for breast cancer patients: Study protocol. *Front Psychol*. 2022 Oct 14; 13:968154.
267. Sørensen HL, Schjølberg TK, Småstuen MC, Utne I. Social support in early-stage

- breastcancer patients with fatigue. *BMC Womens Health*. 2020 Oct 29;20(1):243.
268. An Y, Fu G, Yuan G. Quality of Life in Patients With Breast Cancer: The Influence of Family Caregiver's Burden and the Mediation of Patient's Anxiety and Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2019 Nov;207(11):921-926.
269. Aprilianto E, Lumadi SA, Handian FI. Family social support and the self-esteem of breast cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy. *J Public Health Res*. 2021 Apr 14;10(2):2234.
270. Chen JJ, Wang QL, Li HP, Zhang T, Zhang SS, Zhou MK. Family resilience, perceived social support, and individual resilience in cancer couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Jun; 52:101932.
271. Bany Hamdan A, Al-Odeh F, Javison S, AlSuheil A, Alshammary S, AlHarbi M. Religious Belief and Social Support Among Cancer Patients in Saudi Arabia. *Cureus*. 2020 Feb 16;12(2): e7012.
272. Fradelos EC, Latsou D, Mitsi D, Tsaras K, Lekka D, Lavdaniti M, Tzavella F, Papathanasiou IV. Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2018;22(3):172-177.
273. Toledo G, Ochoa CY, Farias AJ. Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer*. 2021 Jun;29(6):3017-3024.
274. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015 Dec 15;3(4):727-31.
275. Zhou K, Ning F, Wang W, Li X. The mediator role of resilience between psychological predictors and health-related quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2022 Jan 12;22(1):57.
276. Chiesi F, Vizza D, Valente M, Bruno R, Lau C, Campagna MR, Lo Iacono M, Bruno F. Positive personal resources and psychological distress during the COVID-19 pandemic: resilience, optimism, hope, courage, trait mindfulness, and self-efficacy in breast cancer patients and survivors. *Support Care Cancer*. 2022 Aug;30(8):7005-7014.
277. Ye ZJ, Peng CH, Zhang HW, Liang MZ, Zhao JJ, Sun Z, et al. A biopsychosocial model of resilience for breast cancer: A preliminary study in mainland China. *Eur J Oncol Nurs*. 2018 Oct; 36:95-102.
278. Zarzycka B, Śliwak J, Krok D, Cizek P. Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle. *Psychooncology*. 2019 Sep;28(9):1829-1835.
279. Fradelos EC, Papathanasiou IV, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, Kourakos M. Psychological Distress and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer in Greece. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017 Sep 27;18(9):2545-2550.

Биографија

Др Јагода Гавриловић (дев. Томашевић) рођена је 15. марта 1973. године у Крагујевцу, где је завршила основну и средњу школу. Уписала је Медицински факултет у Крагујевцу 1992. године и на истом дипломирала 1999. године са средњом оценом 9.06 (9 и 6/100) тиме стекла звање доктора медицине. Школске 1999/2000. године запослена је као асистент приправник на предмету Хистологија са ембриологијом, Медицинског факултета у Крагујевцу. Такође је радила као предавач на предмету Инфективне болести у средњој Медицинској школи „Сестре Нинковић“, 2006/2007.

Од 2000. године је у сталном радном односу на Клиници за инфективне болести, КЦ Крагујевац. Исте године је и започела специјализацију коју је завршила 2005. године на Медицинском факултету у Београду са одличним успехом. Докторант је треће године последипломских студија на Факултету медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу. Тренутно је на позицији начелника одељења Интезивне неге, Клинике за инфективне болести, КЦ Крагујевац. Од 2018. године запослена је као асистент на Катедри за инфективне болести Факултета Медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

Учествовала је на више састанака и конгреса, и као предавач и као активни/пасивни учесник.

Подаци о објављеним радовима:

1. **Gavrilovic J**, Kovacevic M, Ignjatovic Ristic D, Peulic M, Gavrilovic A. The Influence of Sociodemographic Factors on the Level of Hope in Women with Breast Cancer. *IranJ Public Health*, Vol. 52, No. 6, Jun 2023, pp.1238-1247
2. Stolic R., Milic M, Mitrović V, Sovtic S, Bulatovic K, Rasic D, Pesic T, **Gavrilovic J**. Influence of l-carnitine supplementation on regulation of anemia and intradialytic hypotension of patients on hemodialysis-our experiences. *Acta Medica Mediterranea*, 2022, 38: 3787
3. Ignjatović Ristić D, Hinić D, Banković D, Kočović A, Ristić I, Rosić G, Ristić B, Milovanović D, Janjić V, Jovanović M, Selaković D, Jovičić M, Stevanović N, Milanović P, Milenković N, Paunović M, Stašević Karličić I, Novaković I, Aleksić J, Drašković M, Randelović N, Đorđić M, **Gavrilović J**. Levels of stress and resilience related to the COVID-19 pandemic among academic medical staff in Serbia. *PsychiatryClin Neurosci*. 2020 Nov;74(11):604-605.

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Јагода Р Гавриловић, изјављујем да докторска дисертација под насловом:

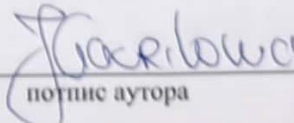
Анализа утицаја осећаја наде и степена резилијентности на појаву анксиозности код пацијенткиња оболелих од карцинома дојке

која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 2023 године,


потпис аутора

Образац 2

**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:
„Анализа утицаја осећаја наде и степена резилијентности на појаву анксиозности код
пацијенткиња оболелих од карцинома дојке”
истоветне.

У Крагујевцу, 2023. године,


_____ потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Јагода Р. Гавриловић

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

“Анализа утицаја осећаја наде и степена резидијентности на појаву анксиозности код пацијенткиња оболелих од карцинома дојке”

и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам


не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- ⑥ Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 2023. године,


потпис аутора