



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Невена З. Стојадиновић

**Утицај перцепције болести и телесног
изгледа на механизме превладавања
болести пацијенткиња са карциномом
дојке**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2025.



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Nevena Z. Stojadinović

**Uticaj percepcije bolesti i telesnog izgleda
na mehanizme prevladavanja bolesti
pacijentkinja sa karcinomom dojke**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2025.



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Nevena Z. Stojadinović

**The influence of illness perception and
body image on coping mechanisms in
female breast cancer patients**

Doctoral dissertation

Kragujevac, 2025.

ИДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Аутор
Име и презиме: Невена З. Стојадиновић
Датум и место рођења: 28.02.1992. Крагујевац
Садашње запослење: Клиника за педијатрију, Универзитетски клинички центар, Факултет медицинских наука, Крагујевац
Докторска дисертација
Наслов: Утицај перцепције болести и телесног изгледа на механизме превладавања болести пацијенткиња са карциномом дојке
Број страница: 80
Број слика: 15 табела и 11 графика
Број библиографских података: 158
Установа и место где је рад израђен: Универзитетски клинички центар у Крагујевцу, Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицинске науке
Ментори: Проф. др Горан Михајловић, редовни професор, Факултет медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу Проф. др Дарко Хинић, редовни професор, Природно-математички факултет, Универзитета у Крагујевцу
Број и датум одлуке Већа универзитета о прихватању теме докторске дисертације: IV-03-347/9 од 12.05.2021.

IDENTIFIKACIONA STRANICA DOKTORSKE DISERTACIJE

Autor
Ime i prezime: Nevena Z. Stojadinović
Datum i mesto rođenja: 28.02.1992. Kragujevac
Sadašnje zaposlenje: Klinika za pedijatriju, Univerzitetski klinički centar, Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac
Doktorska disertacija
Naslov: Uticaj percepcije bolesti i telesnog izgleda na mehanizme prevladavanja bolesti pacijentkinja sa karcinomom dojke
Broj stranica: 80
Broj slika: 15 tabela i 11 grafikona
Broj bibliografskih podataka: 158
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Univerzitetski klinički centar u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu
Naučna oblast (UDK): Medicinske nauke
Mentori: Prof. dr Goran Mihajlović, redovni profesor, Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu Prof. dr Darko Hinić, redovni profesor, Prirodno-matematički fakultet, Univerziteta u Kragujevcu
Broj i datum odluke Veća univerziteta o prihvatanju teme doktorske disertacije: IV-03-347/9 od 12.05.2021.

IDENTIFICATION PAGE OF DOCTORAL DISSERTATION

Author
Name and surname: Nevena Z. Stojadinović
Date and place of birth: 28.02.1992. Kragujevac
Current employment: Pediatric Clinic, University Clinical Centre Kragujevac
Doctoral dissertation
Title: The influence of illness perception and body image on coping mechanisms in female breast cancer patients
No. of pages: 80
No. of images: 15 tabels and 11 graphs
No. of bibliographic data: 158
Institution and place of work: University Clinical Centre Kragujevac, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Scientific area (UDK): Medical sciences
Mentors: Prof. dr Goran Mihajlović, full professor, Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac Prof. dr Darko Hinić, full professor, Faculty of Sciences, University of Kragujevac
Decision number and date of acceptance of the doctoral dissertation topic: IV-03-347/9 12.05.2021.

Истраживање које ће бити представљено, као и завршна форма рада, резултат су рада у тиму и подршке коју сам добила од особа којима се желим захвалити.

Пре свега захвалност дугујем својим менторима, проф. др Горану Михајловићу на правим саветима у право време, без чијег знања и компетенција овај рад не би имао толику вредност. Захвална сам ментору проф. др Дарку Хинићу на вишегодишњој подршци у раду, подстицајима и усмеравању као и помоћи коју ми је пружио у статистичкој обради података и уређивању рада. Радујем се свакој даљој сарадњи.

Захвална сам свим женама оболелим од карциномом дојке које су пристале да, упркос физичким и емоционалним тешкоћама које су вероватно осећале, учествују у овом истраживању.

Овај рад представља круну мог академског усавршавања за које су заслужни и моји родитељи и мој брат, који су ми личним примером показали да је једини сигурни пут до успеха онај који се темељи на раду и упорности и захвална сам им на томе.

Велику захвалност дугујем свом супругу који је веровао у овај рад и мене и када је мени било тешко, разумео је фазе настајања овог рада и промене кроз које сам и сама пролазила. И на крају захвалност дугујем мојој Дарији, јер постоји, јер је мој највећи мотив, подстрек и јер доноси сунце.

Овај рад посвећујем свим женама које се боре са карциномом дојке.

САЖЕТАК

Карцином дојке је најучесталији карцином у свету, значајно нарушава функционисање жене, утиче на њене социјалне и емотивне односе, и начин на који доживљава себе и своје тело.

Циљ студије био је испитати учесталост различитих механизма превладавања болести код жена оболелих од карцинома дојке и како њихова перцепција болести и телесних промена након операције могу утицати на механизме превладавања које користе.

Реч је о клиничкој, проспективној, нерандомизованој студији спроведеној у Центру за онкологију и радиологију Универзитетског Клиничког центра Крагујевац. У студију су биле укључене 202 пацијенткиње са дијагностикованим карциномом дојке након хируршке интервенције. Коришћени су: Мини-ментал упитник прилагођавања на канцер, Скала слике тела, Кратак упитник перцепције болести, упитник социо- демографских података, док су подаци који се тичу болести испитаница прикупљени из медицинске документације.

Пацијенткиње своју болест посматрају као просечно угрожавајућу, не показују изражен степен незадовољства својим телесним изгледом након операције и више су склоне адаптивним механизмима превладавања болести. У групи пацијенткиња са мастектомијом маладаптивни механизми превладавања су директно предвиђани (52% варијансе) преко перцепције болести, док је перцепција слике тела значајно предвиђала (42% варијансе) перцепцију болести. У групи пацијенткиња са поштедном интервенцијом, маладаптивни механизми превладавања су директно предвиђани (36% варијансе) преко перцепције болести, док је перцепција слике тела значајно предвиђала (20% варијансе) перцепцију болести.

Наглашава се потреба за посебним фокусом медицинског особља на процену незадовољства сликом тела и перцепције болести код пацијенткиња како би се правовремено могло утицати на побољшање здравља и благостања оболелих жена.

Кључне речи: карцином дојке, механизми превладавања, перцепција болести, телесни изглед

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer in the world, significantly disrupting a woman's functioning, affecting her social and emotional relationships, and the way she perceives herself and her body.

The aim of the study was to examine the frequency of different coping mechanisms in women with breast cancer and how their perception of the illness and bodily changes after surgery may influence the coping mechanisms they use.

This is a clinical, prospective, non-randomized study conducted at the Center for Oncology and Radiology of the University Clinical Center Kragujevac. The study included 202 female patients diagnosed with breast cancer after surgical intervention. The following scales were used: Mini-Mental Adjustment to Cancer, Body Image Scale, Brief Illness Perception Questionnaire, socio-demographic data questionnaire, while data regarding the subjects' illness were collected from medical records.

Patients perceived their illness as moderately threatening, did not show a pronounced degree of dissatisfaction with their body appearance after surgery, and resort more to adaptive mechanisms of coping. In the group of patients with mastectomy, maladaptive mechanisms of coping were directly predicted (52% of the variance) by illness perception, while body image perception significantly predicted (42% of the variance) illness perception. In the group of patients with breast conserving surgery, maladaptive coping mechanisms were directly predicted (36% of the variance) by illness perception, while body image perception significantly predicted (20% of the variance) illness perception.

We can emphasize the need for special focus by medical staff on assessing body image dissatisfaction and illness perception in patients in order to timely influence the improvement of the health and well-being of affected women.

Key words: breast cancer, coping mechanisms, illness perception, body image

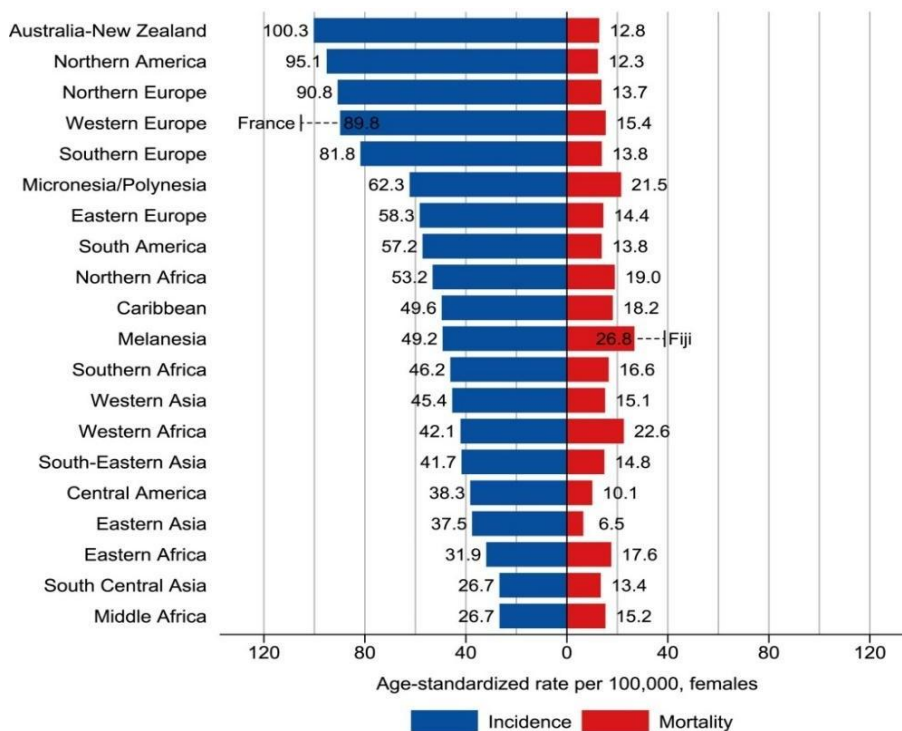
САДРЖАЈ

УВОД	5
Карцином дојке	7
Дијагностиковање карцинома дојке	8
Лечење карцинома дојке	12
ПСИХОЛОШКЕ ПОСЛЕДИЦЕ КАРЦИНОМА ДОЈКЕ	15
Анксиозност и стрес	16
Социјална подршка	18
КАРЦИНОМ ДОЈКЕ И МЕХАНИЗМИ ПРЕВЛАДАВАЊА БОЛЕСТИ	21
КАРЦИНОМ ДОЈКЕ И ПЕРЦЕПЦИЈА БОЛЕСТИ.....	25
КАРЦИНОМ ДОЈКЕ И ПЕРЦЕПЦИЈА ТЕЛЕСНОГ ИЗГЛЕДА	29
МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	33
ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА.....	33
ХИПОТЕЗЕ	33
ВРСТА СТУДИЈЕ	33
ПОСТУПАК И ПОПУЛАЦИЈА КОЈА СЕ ИСТРАЖУЈЕ.....	34
ИНСТРУМЕНТИ.....	36
ВАРИЈАБЛЕ.....	37
СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА	38
РЕЗУЛТАТИ.....	40
Корелације главних варијабли.....	44
Социо-демографске и клиничке карактеристике	45
Предиктивни модели	45
ДИСКУСИЈА	50
Перцепција болести.....	50
Перцепција телесног изгледа.....	52
Механизми превладавања болести.....	54
Повезаност главних варијабли	57
Предвиђање изражености механизма превладавања болести	59
ЗАКЉУЧАК	64
ЛИТЕРАТУРА	70

УВОД

Незаразне болести сматрају се узроком већине смртних случајева у свету, а карцином се сматра водећим узроком смрти (1) и главном препреком у продужетку животног века у свакој земљи. Водећи се проценама Светске здравствене организације 2022. године било је око 20 милиона новодијагностикованих различитих облика малигних болести и 9.7 милиона смртних исхода малигних болести. Инциденција и морталитет од карцинома значајно расте широм света. Разлози за то су многобројни, укључују старење и раст популације, али и промене у учесталости главних фактора ризика за настанак карцинома, међу којима су и они социоекономске природе (2).

У току 2022. године забележено је око 2.3 милиона новодијагностикованих случајева карцинома дојке код жена што овај облик малигнитета чини најучесталијим обзиром да обухвата 11.6% укупног броја малигних болести (3). Исте године забележено је око 665.000 смртних случајева услед ове болести, а процењено је да је 1 од 4 жене са дијагнозом неког облика малигнитета имала карцином дојке. Међународна агенција за истраживање карцинома показала је да је 2022. године карцином дојке био најчешће дијагностикована малигна болест у већини земаља (157 од 185) и такође је водећи узрок смрти у преко 100 земаља (3). Подаци о стопи инциденце и морталитета на светском нивоу за исту годину приказани су Графикону 1 (3).



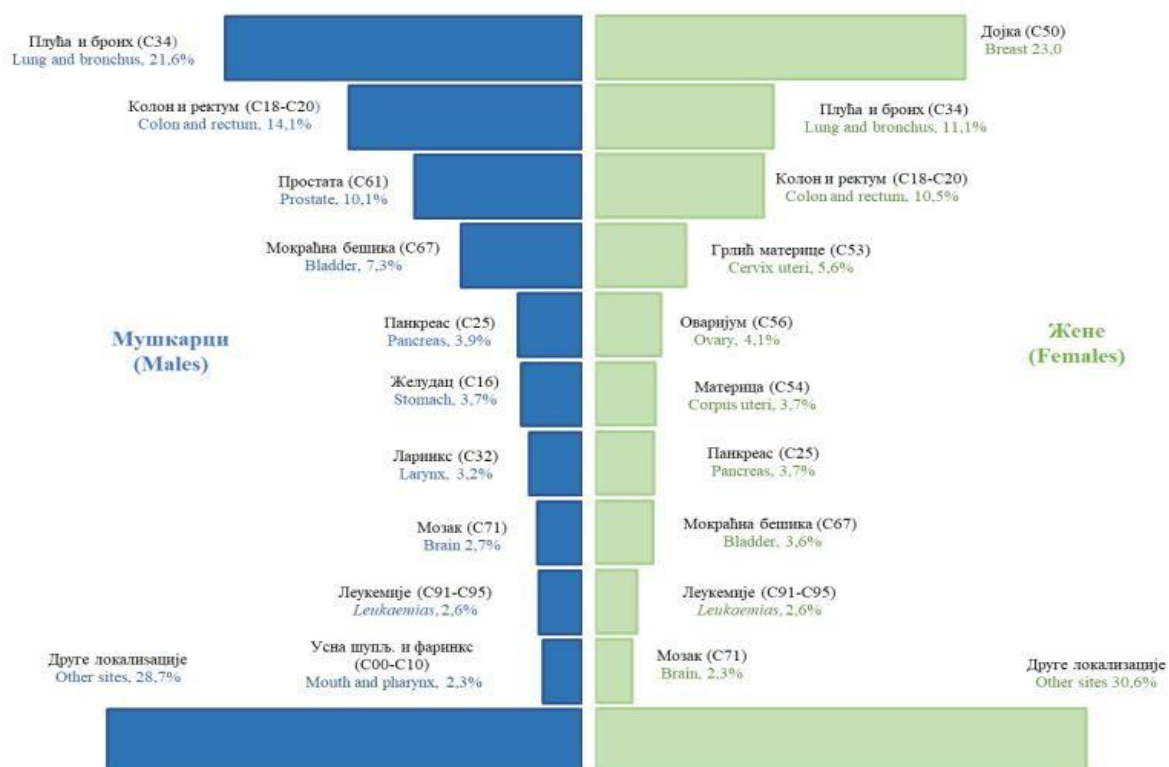
Графикон 1. Стопа инциденце и морталитета од карцинома дојке код жена

На споменутој листи у великој мери су присутне и развијене земље, што неки аутори објашњавају повишеним степеном свести о карциному дојке међу становницима ових земаља, као и учесталијим скрининзима (4). Штавише, показано је да жене које живе у срединама нижег социоекономског статуса у мањој мери одлазе на скрининге за карцином дојке (5), што наглашава потребу за организовањем додатних интервенција у оваквим срединама. Стога се

редовни мамографски прегледи (једном годишње или једном у две године) препоручују женама узрасног доба од 50-69 година (6). Женама које имају породичну оптерећеност карциномом дојке препоручују се мамографски преглед и магнетна резонанца једном годишње.

Најбоља прогноза карцинома дојке приметна је у случајевима дијагностиковања болести на њеним раним стадијумима, односно код пацијената код којих не постоје метастазе. Петогодишња стопа преживљавања након дијагностиковања карцинома дојке 1960-их година износила је 63%, 2009. године 89%, да би према подацима за 2018. годину 62% случајева карцинома дојке било дијагностиковано у раним стадијумима и имало петогодишњу стопу преживљавања од чак 99% (7). Овим се додатно наглашава потреба за организовањем превентивних прегледа и едукацијом становништва.

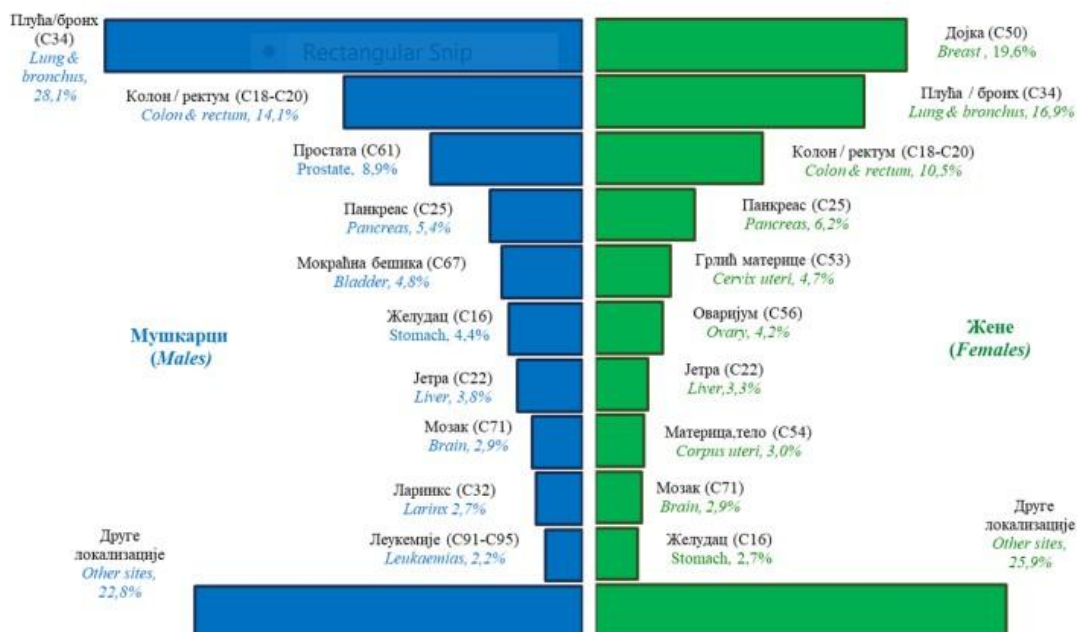
Међу женама оболелим од неког облика малигнитета у нашој земљи (Графикон 2) у току 2021. године 23% жена имало је дијагнозу карцинома дојке (8).



Графикон 2. Водеће локализације у оболевању од малигних тумора у Р. Србији 2021.

Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” за 2021. карцином дојке представља најучесталији облик малигних болести код жена у Републици Србији, са забележених 4447 новодијагностикованих случајева, као и карцином који има највишу стопу смртности код жена са 1765 преминулих жена исте године (8). Према истим подацима у региону Шумадије и Западне Србије 2021. године забележено је 1207 нових случајева карцинома дојке и 759 смртних исхода.

Исте године (Графикон 3), од укупног броја жена које су преминуле од неког облика малигне болести, 19,6% оболелих жена изгубило је живот услед карцинома дојке и последица ове болести (8).



Графикон 3. Водеће локализације у умирању од малигних тумора у Р. Србији 2021.

Карцином дојке

Иако је велики број потенцијалних фактора ризика истраживан у циљу објашњавања пораста броја оболелих и разлике у инциденци оболелих међу различитим популацијама, до сада није постигнут консензус међу истраживачима. Неки од најчешће истраживаних фактора ризика су:

Непроменљиви фактори ризика

Пол особе – Карцином дојке у значајно већем броју бива дијагностикован код жена него код мушкараца, код којих се јавља тек 1% свих карцинома дојке (9).

Расна припадност – Карцином дојке чешће се јавља код жена беле пути у односу на Афроамериканке и жене хиспано порекла, али је и за њих карактеристичан мање агресиван облик карцинома као и дијагностиковање у ранијим фазама болести (10).

Време прве менархе, трудноће и рађања – Показано је да је рано јављање првог менструалног циклуса повећава ризик од настанка карцинома дојке обзиром да репродуктивни хормони могу подстицати раст ћелија карцинома. Нероткиње, као и жене које су на каснијем узрасту родиле прво дете у већем су ризику од добијања карцинома дојке (11).

Густина ткива дојке – Густина ткива дојке зависи од односа стромалног, епителног и масног ткива и показано је да жене са већом густином ткива дојке имају већи удео стромалних и епителних ћелија, а мањи удео ћелија масног ткива, што код њих повећава ризик од добијања карцинома дојке (12).

Изражавање јонизујућем зрачењу – зрачење грудног коша код жена у ранијем узрасту због Хочкиновог лимфома или неких немалигних болести представља фактор ризика за настанак карцинома дојке (13).

Породична историја болести – Породична оптерећеност карциномом дојке издвојила се као значајан фактор ризика за настанак карцинома дојке, а као добар предиктор истог може се користити у комбинацији са подацима о узрасту члана породице којем је болест дијагностикована (14).

Мутације у BRCA генима – Проучавањем података из радова објављених у периоду од 2012-2017. године приметно је да међу пацијентима са троструко негативним карциномом дојке преваленца генске мутације износи између 9,3% и 15,4%, док је међу пацијентима са карциномом дојке са метастазама преваленца генске мутације између 2,7% и 4,3% (15). У додатним испитивањима потом је примећено да је преваленца мутација гена већа у узорку пацијената бираном на основу постојања породичне историје болести и групи оболелих са троструко негативним карциномом.

Бенигна обољења дојке и атипичне БЗ лезије – Показано је да је историја бенигних болести и атипичних БЗ лезија дојке код жена фактор ризика за све типове карцинома дојке, а у неким студијама овај фактор ризика се нарочито доводи у везу са луминалним карциномом дојке (16).

Променљиви фактори ризика:

Дојење – Дојење представља заштитни фактор, те подаци показују да се са дужим дојењем смањује ризик од настанка карцинома дојке (17).

Коришћење хормонске терапије – Процењује се да се коришћењем готово свих видова хормонске терапије код жена у менопаузи значајно повећава ризик од јављања карцинома дојке, те са годинама коришћења терапије расте и ризик од оболевања (18).

Навике у исхрани – Лоше навике у исхрани, које подразумевају висок унос скроба, шећера, засићених и транс-засићених масти, као и низак унос омега-3 масних киселина, природних антиоксиданаса и влакана доводе се у везу са повишеним ризиком од јављања карцинома дојке и повишеном стопом смртности од исте болести (19).

Коришћење алкохола – Сматра се да дугогодишње коришћење алкохола и склоност опијању повећава ризик од настанка карцинома дојке код жена (20).

Физичка активност – Физичка активност сматра се фактором који умањује ризик од развоја карцинома дојке и то тако што делује вишеструкто, између осталог и на смањење метаболичких хормона, оксидативног стреса и побољшање имуног система особе (21).

Дијагностиковање карцинома дојке

Дијагностиковање карцинома дојке заснива се на клиничком прегледу у комбинацији са методама визуализације, а потврђује се хистопатолошком проценом (Табела 1) (6). Клинички преглед укључује обострану палпацију дојки и регионалних лимфних чворова и процену удаљених метастаза (кости, јетра и плућа), док се неуролошки преглед спроводи тек уколико постоје неки симптоми.

Табела 1. Дијагностиковање карцинома дојке

Процена целокупног здравственог стања	Анамнестички подаци
	Период менопаузе
	Физикални преглед
	Комплетна крвна слика
	Контролисање стања јетре, бубрежне функције и кардиолошки статус пацијента, тестирање алкалних фосфатаза и калцијума
Процена примарног тумора	Физикални преглед
	Мамографија
	Ултразвук дојке
	Магнетна резонанца дојке у одређеним случајевима
	Биопсија широком иглом вођена ултразвуком (CORE биопсија) тумора дојке са одређивањем хистологије, градуса, статуса хормонских рецептора естрогена (ER) и прогестерона (PgR), рецептора хуманог епидермалног фактора раста (HER2) и индекса пролиферације (Ki67)
Процена регионалних лимфних чворова	Физикални преглед
	Ултразвук
	Ултразвуком навођена биопсија, уколико постоји сумња
Процена метастатске болести	Физикални преглед
	Рендген или компјутеризована томографија костију, плућа и абдомена

Завршна дијагноза карцинома дојке поставља се на основу хистопатолошког налаза, а стадијум болести на основу ТНМ класификације.

ТНМ класификација

Познато је да прогноза сваког карцинома зависи од тога да ли је болест локална, регионална (раширена на лимфне чворове) или са метастазама (раширена и на удаљене органе). Откако је уведена, ТНМ класификација (Tumor-Node-Metastasis) постала је међународни стандард за описивање анатомске раширености карцинома и одређивање његовог стадијума. Овај систем дијагностиковања подразумева одређивање карактеристика примарног тумора (његову величину, али и потенцијалан утицај на структуру којом је окружен) – Tumor, карактеристике регионалних лимфних чворова (као што су њихова бројност и локализација) - Nodes и постојање метастатских промена – Metastasis (22). ТНМ класификација под руководством је две велике организације: Међународне уније за борбу против карцинома (*Union Internationale Contre le Cancer – UICC*) и Америчког удруженог комитета за карцином (*American Joint Committee for Cancer – AJCC*) (Табела 2, Табела 3, Табела 4) (23).

Табела 2. Дефинисање примарног тумора према AJCC

T	примарни тумор
TX	примарни тумор се не може проценити
T0	нема доказа о примарном тумору

Tis	carcinoma in situ
Tis (DCIS)	ductal carcinoma in situ
Tis (LCIS)	lobular carcinoma in situ
Tis (Paget)	Paget-ова болест брадавице
T1	тумор ≤ 20 mm у највећем дијаметру
Tmi	тумор ≤ 1 mm у највећем дијаметру
T1a	тумор > 1 mm али ≤ 5 mm
T1b	тумор > 5 mm али ≤ 10 mm
T1c	тумор > 10 mm али ≤ 20 mm
T2	тумор > 20 mm али ≤ 50 mm
T3	тумор > 50 mm
T4	тумор било које величине са директним ширењем на зид грудног коша или кожу
T4a	ширење у зид грудног коша
T4b	улцерација коже дојке, истострани сателитски чворови у кожи или едем коже који не задовољавају критеријуме за дијагнозу инфламаторног карцинома
T4c	присуство 4a и 4b
T4d	инфламаторни карцином

Табела 3. Дефинисање регионалних лимфних чворова према AJCC

N	регионални лимфни чворови (LN)
NX	регионални LN се не могу проценити
N0	регионални LN без метастазе
N1	метастаза у истостраном аксиларном LN нивоа I и II
N2a	метастазе у истостраним аксиларним LN фиксирани међусобно или за друге структуре
N2b	метастазе само у клинички евидентном LN око артерије мамарије интерне у одсуству клинички евидентних метастаза у аксиларним LN
N3a	метастазе у интраклавикуларном LN
N3b	метастазе LN аксиле или артерије мамарије интерне
N3c	метастазе у супраклавикуларном LN

Табела 4. Дефинисање удаљених метастаза према AJCC

M0	одсуство клиничких или радиографских доказа о удаљеним метастазама
cM0(i+)	одсуство микроскопски детектованих туморских ћелија у циркулишућој крви, коштаном сржи и/или ткиву других нерегионалних лимфних чворова које нису веће од 0,2 mm код пацијената без симптома или знакова метастаза
M1	детектабилне удаљене метастазе детерминисане клиничким или радиографским знацима и/или хистолошки доказане туморске ћелије веће од 0,2 mm

Последња верзија критеријума Америчког удруженог комитета за карцином - AJCC у градирању карцинома дојке увела је неке измене у односу

на стандардну ТНМ класификацију тиме што је укључила и биолошке факторе (24). Ови фактори – естроген рецептор (ER), прогестерон рецептор (PR), рецептор за хумани епидермални фактор раста (HER2), стадијуми и мултигенске анализе у широкој су употреби у пракси у циљу успостављања прецизнијих прогноза и одређивања терапије. Од нарочито значајног утицаја на третман и исход третмана су хормон рецептор и рецептор за хумани епидермални фактор раста.

Два најчешћа хистолошка подтипа карцинома дојке су дуктални инвазивни карцином дојке, који се јавља код 70-75% оболелих и лобуларни инвазивни карцином дојке, који се јавља код 12-15% оболелих (6). Патолошки извештај укључује присуство или одсуство карцинома *in situ* (DCIS), хистолошки тип, стадијум, имунохистохемијску процену статуса естроген рецептора и прогестерон рецептора, експресију рецептора за хумани епидермални фактор раста и индекс пролиферације Ki67.

Прогностички фактори карцинома дојке

Прогноза раног (операбилног) карцинома дојке подразумева одређивање вероватноће поновне појаве болести након хируршког одстрањивања примарног тумора дојке (25). Прогностички фактори у раном карциному дојке су патолошка величина тумора, статус аксиларних лимфних нодуса, хистолошки градус тумора и хистолошки тип тумора, лимфо-васкуларна и неурална инвазија, индекс пролиферације Ki67, статус рецептора ER и PR, HER2, старост болеснице и менструални циклус.

Свака пацијенткиња се након операције, на основу познавања претходно споменутих прогностичких фактора, сврстава у једну од три прогностичке групе: групу са ниским ризиком за релапс, групу са интермедијарним и групу са високим ризиком (Табела 5) (26).

Табела 5. Категорије ризика за пацијенткиње са операбилним карциномом дојке

		Претпостављени ризик од релапса у року од 10 година (%)
Низак ризик	Негативни аксиларни лимфатици (N-) и све доле наведено	
	- pT ≤2cm	
	- градус 1	
	- без екстензивне васкуларне инвазије	<10
	- ER и/или PR присутни	
	- без HER2 оверекспресије или амплификације	
	- старост >35	

Интермедијерни ризик	Негативни аксиларни лимфатици (N-) и најмање једна од наведених категорија	
	- pT>2cm - градус 2-3 - присутна екстензивна васкуларна инвазија - одсуство ER и PR - без HER2 оверекспресије или амплификације - старост ≤ 35 - захваћени аксиларни лимфатици (1-3) уз присуство ER и/или PR и уз одсуство HER2 оверекспресије или амплификације	10-50
Висок ризик	Захваћени аксиларни лимфатици (1-3) уз - ER и PR негативне рецепторе или - HER2 оверекспресија или амплификација или - метастазе у 4 или више аксиларних лимфатика	>50

Хормонска сензитивност карцинома дојке

Обзиром да карцином дојке може бити хормонски осетљив или резистентан, одређује се статус стероидних рецептора тумора. На основу имунохистохемијске класификације статуса хормонског рецептора у канцерогеним ћелијама дојке, издвајају се четири велике групе карцинома дојке: хормон-рецептор (ER и/или PR) позитивни, HER2 позитивни, троструко позитивни (ER, PR и HER2 позитивни) и троструко негативни (одсуство ER, PR и HER2 рецептора) (27).

Ова четири типа имају специфичне прогнозе и одговоре на терапију. Тачније, тип позитивних хормонских рецептора адекватно реагује на ендокринолошку терапију и показује бољу прогнозу, док су троструко негативни и HER2 позитивни карциноми дојке агресивнији и имају мању стопу преживљавања (7).

Лечење карцинома дојке

Лечење карцинома дојке зависи од стадијума на ком је болест дијагностикована и спроводи се на основу међународно прихваћених протокола. Основа лечења раног карцинома дојке је хируршка интервенција, а након тога адјувантна хемотерапија уз радиотерапију, док код локално узнапредовалих карцинома дојке лечење започиње системском неoadјувантном терапијом након које следи хируршко лечење.

Хируршко лечење карцинома дојке

Поштедна операција карцинома дојке – поштедна операција карцинома дојке је примарни избор у хируршком третману карцинома дојке и подразумева уклањање тумора са зоном околног здравог ткива. Обзиром да је пацијенткињама, између осталог, важан и изглед дојке након операције,

хирурзи махом настоје да умање последице хируршке интервенције на телесни изглед жена, често прибегавајући и техници пресађивања ткива (6).

Мастектомија – мастектомија подразумева уклањање комплетног ткива дојке са већим делом ексцидиране коже, ареоле и брадавице. Разликују се *simplex* мастектомија, радикална мастектомија, модификована радикална мастектомија, мастектомија са очувањем коже дојке, ареоле и брадавице са примарном реконструкцијом дојке. Стручњаци су мишљења да реконструкција дојке треба бити предложена свим пацијенткињама и да оне треба да учествују у избору технике реконструкције која ће се применити, а која зависи од анатомских карактеристика, примењеног третмана и преференција пацијенткиње (6).

Као једна од компликација поштедне операције карцинома дојке и мастектомије у литератури се среће појава лимфедема руке (28) и поремећена функција рамена, што су тегобе које неки оболели реферишу и 11 година након третмана. Лимфедем представља накупљање лимфне течности што доводи до стварања отока (29). Највећи ризик за настанак лимфедема имају пацијенти код којих је приликом хируршког третмана уклоњен један или више лимфних чворова из аксиле, затим пацијенти на радиотерапији и пацијенти са метастатски проширеном болешћу када сам карцином блокира проток лимфне течности. Међутим, иако се више студија бавило овом темом, међу истраживачима и даље постоје неслагања око тога која од ове две хируршке процедуре у већој мери доводи до споменутих тегоба.

Терапијски поступци у пазушној јами - Хируршки третман у пазушној јами потребно је спровести код свих пацијенткиња са инвазивним карциномом дојке како би се одредило потенцијално регионално ширење болести у аксилу. Статус пазушног лимфног чвора је један од најважнијих прогностичких фактора проширености карцинома дојке и има битну улогу у процени примене адјувантне терапије. Биопсија *sentinel* лимфног чвора („стражара”) је метода избора у процени захваћености пазушних лимфних чворова и потребно је направити биопсију два до три лимфна чвора, уз претходно обележавање двојним контрастом (витална боја и радиообележивач) (30). Пацијенткиње са једним позитивним лимфним чвором имају 10% ризика за даље метастатско ширење болести у аксилу. Код пацијенткиња са макрометастазама, нарочито ако су захваћена два или више чвора индиковано је обавити дисекцију свих пазушних лимфних чворова.

Адјувантна хемиотерапија карцинома дојке

Примена адјувантне хемиотерапије има за циљ да цитостатским дејством на евентуалне микрометастазе смањи ризик од претпостављеног ризика за релапс болести и одређује се према важећем консензусу о лечењу раног карцинома дојке (25). Од хемиотерапијских режима који се најчешће примењују у адјувантној терапији, они који садрже антрациклине се препоручују код болесница са високим ризиком. Адјувантна хемиотерапија најчешће се примењује током 6 до 8 циклуса, односно траје 18-24 недеље. Примена таксана препоручује се код свих болесница са карциномом дојке, и то у комбинацији са антрациклинима.

Адјувантна хормонска терапија карцинома дојке

Адјувантна терапија за дуктални карцином *in situ* (DCIS) са позитивним

статусом ER (ER+) подразумева примену Тамоксифена пет година без обзира на менопаузални статус, док се ER- не лечи адјувантном терапијом (25). Адјувантна хормонска терапија за инвазивни карцином дојке се разликује у зависности од менструалног статуса жена. Код жена у пременопаузи са ER+ и/или PR+ се даје тамоксифен током пет година, док жене у постменопаузи са ER+ и/или PR+ добијају тамоксифен у трајању од 2-3 године, а потом инхибитор ароматазе до 5 година од започињања адјувантне хормонске терапије или инхибитор ароматазе пет година. Жене са нодус позитивним карциномом дојке које су завршиле петогодишње лечење тамоксифеном са великим ризиком од релапса болести могу наставити лечење инхибиторима ароматазе још пет година.

Радиотерапија карцинома дојке

Постоперативна зрачна терапија подразумева зрачење зида грудног коша (укључујући операциони ожиљак) и/или зрачење регионалних лимфних структура (аксиларне, супраклавикулне и парастернумске регије) код болесница с повећаним ризиком за рецидив тумора, а у зависности од патохистолошког налаза материјала одстрањене дојке и лимфних чворова у пазуху (31). После радикалне мастектомије, зид грудног коша се, по правилу, не зрачи код раног карцинома дојке. Зрачна терапија се предузима само у случајевима инвазије крвних судова, инвазије коже и лимфангиозе коже. После поштедне хируршке операције дојке, увек се предузима постоперативно зрачење остатка дојке.

ПСИХОЛОШКЕ ПОСЛЕДИЦЕ КАРЦИНОМА ДОЈКЕ

Суочавање са карциномом дојке представља велики стрес и трауматско искуство за пацијенткиње које су принуђене да се носе са новим и изазовним ситуацијама и одлукама. Нека од тих питања тичу се прихватања дијагнозе, лечења, разумевања природе болести и прогнозе, могућих нежељених ефеката или рецидива, и свакако саме неизвесности будућности. Ови изазови пред којима се налази оболела особа могу довести до емоционалне нестабилности, депресије или других поремећаја расположења, те не чуди да велики број пацијенткиња осећа и психолошке последице болести, као што су узнемиреност, анксиозност, депресија, разна когнитивна оштећења, има нарушену слику тела или сексуалну дисфункцију.

Према Холанду (32) фактори који утичу на прилагођавање особа оболелих од малигних болести и њихов осећај субјективног благостања могу се сврстати у три групе, и то:

- фактори повезани са болешћу (стадијум болести и њена локализација, врста и патохистолошки тип болести, могућност примене одговарајуће терапије, могућност за рехабилитацију),
- фактори повезани са личношћу пацијената (тип личности, механизми превладавања, ступањ личне зрелости, доживљај подршке које добијају у блиском окружењу),
- социјални фактори (социо-културни утицаји, лична уверења у вези са малигном болешћу).

Кликовац и Андријић иду корак даље и праве поделу на опште и специфичне факторе који утичу на психолошке реакције и проблеме пацијенткиња оболелих од карцинома дојке (33):

Општи фактори обухватају:

- статус болести (стадијум болести у време дијагнозе, начини предложеног лечења, врсте планираних интервенција, ток лечења и последице, фаза лечења, прогноза),
- тип личности оболеле особе, начини превладавања, претходна искуства губитака, способност прилагођавања и сналажења у стресним и кризним животним ситуацијама,
- године старости, брачни статус, родитељство, посао/каријера,
- утицај културе, духовни и религиозни ставови,
- постојање адекватне емотивне и практичне помоћи и подршке најближих,
- потенцијал за тзв. посттрауматски раст и психофизичку рехабилитацију. Специфични фактори би обухватили:
- узраст пацијенткиње,
- постојање личне и породичне психијатријске анамнезе и злоупотреба психоактивних супстанци,

- коморбидитет различитих болести који прати основну болест,
- сексуални проблеми,
- недостатак социјалне подршке (породични сукоби, пацијенткиње које живе саме, пацијенткиње које имају малу децу, незапослене пацијенткиње са финансијским проблемима).

Анксиозност и стрес

Анксиозност је један од најчешћих психолошких симптома код пацијенткиња са карциномом дојке и јавља се код 10-30% случајева (34). Анксиозност је сложена комбинација емотивних стања и мисли, која углавном не настаја као последица директне, тренутне опасности по особу, већ пре свега из унутрашњих извора, и комбинације претходних искустава и неизвесности због будућих очекивања. Анксиозност је напетост или брига о *будућим* догађајима, или *могућности* да се ти догађаји догоде, и она спада у најчешће типове емоционалних поремећаја или проблема. Скоро трећина људи доживљава неке од ових поремећаја барем једном у животу, а они укључују опште анксиозне манифестације, затим фобије, панични поремећај, опсесивно-компулзивне манифестације и посттрауматски стресни поремећај.

Пацијенткиње могу развити симптоме анксиозности поводом очекивања негативног исхода болести, неизвесне будућности, поновног јављања или потенцијалних компликација болести, а симптоми анксиозности чешћи су и него симптоми депресије код оболелих жена, што је раније сматрано другачије. Као један од фактора ризика за јављање анксиозности издваја се и тип терапије, те је, на пример, показано да су жене које су примале хемиотерапију у већој мери склоне симптомима забринутости поводом интрузије и рецидива у односу на жене који су искусиле само терапију зрачењем (35). Овакви резултати се објашњавају тиме да дуже трајање и већи број нежељених последица хемиотерапије у поређењу са терапијом зрачењем резултира већом анксиозношћу у вези са болешћу. Аутори исте студије наглашавају да су жене које су прошле кроз третман хемиотерапије такође под већим ризиком од озбиљније природе болести и рецидива, чак иако је показано да стадијум болести није био повезан са анксиозношћу везаном за рак. Жене које су биле подвргнуте мастектомији такође су показале већу забринутост поводом рецидива болести него жене код којих је спроведена поштедна операција дојке. Иако је можда за очекивати да жене које су више забринуте поводом могућег рецидива пре одлучују да буду подвргнуте мастектомији, резултати сугеришу да мастектомија не ублажава и не нормализује забринутост због поновног јављања болести.

Страх од поновног јављања болести једна је од најчешћих психолошких последица карцинома дојке и према већем броју истраживања више од половине особа код којих је био дијагностикован карцином дојке развије овај страх (нпр. 36). Конкретно, страх од поновног јављања болести представља страх, стрепњу или забринутост да би се карцином могао поново јавити или прогредирати и од утицаја је на функционалност оболеле особе и њено целокупно здравствено стање (37). Према подацима добијеним у једном истраживању показано је да, иако се страх од поновног јављања болести умањује временом, код око трећине особа које су имале дијагнозу карцинома дојке страх од поновног јављања болести остаје висок чак и пет година након дијагностиковања (38). Узевши у обзир наведене податке јасно је колико је

овај специфични страх отпоран на проток времена и може представљати озбиљну емоционалну сметњу за особу која се са њим бори. Додатно, показано је да је страх од поновног јављања болести у вези са разним негативним емоционалним стањима, као што су, нпр., анксиозност и депресија (39), те је јасан утицај ове негативне емоције на целокупан квалитет живота особе. Од значаја на умањивање могућности јављања страха од поновног јављања болести јесте и степен подршке коју особа добија у свом окружењу па ће оне особе које имају већи степен социјалне подршке бити мање вулнерабилне и у мањој ће мери осетити симптоме страха од поновног јављања болести (36).

Стрес настаје као реакција, одговор на стресор, који обично представља негативно животно искуство, праћено физиолошким, когнитивним, емоционалним, и бихејвиоралним променама усмереним ка измени догађаја или прилагођавању њиховим ефектима. Болести спадају у изузетно непријатна животно искуства која могу бити основа за трауму, а оне хроничне добијају и своје хроничну димензију, односно постају константан извор стреса по оболелу особу, али и људе око те особе. Као што је већ поменуто, стрес поводом болести обухвата читав сплет компоненти, од физиолошких реакција, емоционалних (емоције које су праћене нервозом, узбуђењем, бесом, страхом, анксиозношћу), когнитивних интерпретација стресора (како особа разуме своју болест, како процењују сопствене снаге, план терапије и доступну социјалну подршку), као и бихејвиоралне, изабране стратегије у циљу уклањања препрека и превазилажења стреса (34-35), те је то и разлог зашто смо изабрали да се у овој студији посебно фокусирамо на стратегије превазилажења болести. За наш рад је потребно посебно нагласити да је реакција на болест увек последица односа примарне и секундарне процене, при чему је примарна процена стресора као извора потенцијалне повреде, штете, или губитка, односно потенцијалне претње и будуће опасности, док је незанемарљиво важна и секундарна процена, она која се односи на процену сопствених капацитета да се изађе на крај са стресом, у овом случају са болешћу и свим оним што она потенцијално са собом носи.

Стрес који пацијенткиње са карциномом дојке осећају присутан је од самог тренутка постављања дијагнозе болести, а ниво доживљеног стреса може варирати у зависности од већег броја различитих фактора. У неким истраживањима висок ниво опаженог стреса присутан је и код више од 75% пацијенткиња са карциномом дојке (40). Када је реч о повезаности ранијих животних стресова и јављања карцинома дојке не постоји много истраживања која су се бавила овом темом, а резултати постојећих истраживања прилично су контрадикторна. Примера ради, резултати једне студије показали су да постоји повезаност између стреса повезаног са послом и јављања карцинома дојке, и то нарочито код оних послова који имају високе захтеве, а код којих је степен контроле који особа може имати над пословним задацима јако низак (41). Међутим, постоје и друга истраживања која су показала да стресори повезани са послом, пословна организација или прековремени рад нису у вези са повишеним ризиком од оболевања од карцинома дојке (42). Када је реч о повезаности крупних животних стресова и јављања карцинома дојке једно истраживање показало је да се као фактор ризика за оболевање од карцинома дојке издваја губитак родитеља на раном узрасту (43). Аутори добијене резултате објашњавају симптомима депресије који су присутни након доживљеног искуства смрти

родитеља у детињству, а што може трајати и неколико година након доживљене трауме, заједно са симптомима анксиозности и пострауматског стреса што повећава целокупну вулнерабилност особе и чини је подложнијом за оболевање од различитих болести, између осталог, и малигнитета. Потребно је нагласити да је реч о испитаницима који нису изгубили родитеља услед њихове болести од карцинома дојке, обзиром да је ова варијабла држана под контролом, те се не може говорити о генетској предиспозицији као потенцијалном фактору ризика. Имајући у виду споменуте, али и друге студије које су се бавиле испитивањем стреса као могућег ризикофактора, као и двосмисленост њихових закључака, свакако се јавља потреба за додатним испитивањем начина живота и животних навика пре јављања болести.

Карцином дојке сматра се тзв. *акцидентним животним догађајем*, који је неувремењен, изазива јак дистрес и доводи до великих промена у свакодневном функционисању особе. Осим код оболеле особе, забринутост, туга, неизвесност и осећање беспомоћности срећу се и код чланова породице оболеле особе, као и њеног ближег окружења (39).

Од момента постављања дијагнозе карцинома особа пролази кроз различите фазе реаговања на исту, и то: фазу неверице и шока, фазу панике, фазу повлачења и фазу прихватања реалности (44). Прва фаза суочавања оболеле особе са болешћу је фаза неверице и шока, када се често јавља изолација афекта, односно афективна заравњеност. У овим почетним тренуцима, некада и данима, медицинском особљу тешко је приближити се оболелој особи и упутити је у даље процедуре лечења. Особа „замрзава” своја емоционалне реакције и често одаје утисак збуњености или неразумавања ситуације у којој се налази. У следећој фази се често јављају паника, немир, беспомоћност и страх. Особа почиње (углавном) ирационално бринути, неретко настоји да чује мишљење и других стручњака у нади да ће добити позитивнију слику свог здравственог стања или да ће неко оповргнути дијагнозу која јој је примарно саопштена. Све ово може бити праћено депресивним расположењем и захтевати укључивање психолога, некада и психијатара. Потом следи фаза повлачења када се особа, због природе болести и лечења, али и преплављености различитим осећањима, повлачи из своје социјалне средине и окреће свом унутрашњем свету. У овој фази оболела особа настоји да изврши налоге лекара, настоји да формира однос поверења са медицинским особљем и углавном се окреће малом кругу блиских људи чије јој присуство прија.

Након фазе повлачења, постепено следи фаза прихватања реалности и трагања за активним механизмима одбране када социјална подршка постаје нарочито битна и када особа настоји да пронађе најбољи начин да себи помогне (44). Завршетак лечења и редовних контрола такође може изазвати напетост, немир или чак и интензивну анксиозност обзиром да изостају учестали сусрети са лекарима који за особу представљају одређен вид заштите и сигурности. Особа бива препуштена себи и јавља се потреба за постепеном ресоцијализацијом и повратком у редовне активности. Ова фаза болести представља повишен ниво стреса за особу и захтева и даље ангажовање помагачких професија.

Социјална подршка

Тражење социјалне подршке је још једна стратегија превладавања која

помаже људима да се одбране од стресног догађаја, као што је карцином (45). Показало се да је социјална подршка снажно повезана са квалитетом живота пацијената, степеном изражености депресивних симптома и анксиозности (46). Важно је споменути да је социјална подршка од значаја и у придржавању медицинских третмана, што касније може утицати на даљу прогресију болести, односно њено лечење. Штавише, неки аутори указују на утицај високог доживљаја социјалне подршке на мању осетљивост на бол и утрнулост која се доводи у везу са хемиотерапијом и овакве резултате објашњавају тиме да подршка коју оболеле жене добијају од свог породичног и социјалног окружења доводи до позитивног доживљаја себе и јачања саосећања за властито стање и потребе (47). Самоприхватање које може бити подстакнуто социјалном подршком води бољој емоционалној регулацији што оболелој особи помаже да се више фокусира на садашњост и ослободи се негативних размишљања.

Породица се издваја као нарочито важан елемент у борби са карциномом, као извор љубави, наклоности, помоћи и подршке, као начин да се жене охрабре да не одустану од суочавања са болешћу (48). Јасно је да овај вид емоционалне подршке, коју жена добија из свог примарног окружења, доноси бројне предности, јер поред тога што је од помоћи у борби против болести, задовољава емоционалне потребе жена и доприноси већем прихватању себе и свог стања, доводи до стабилности у њеном емоционалном реаговању. Такође је неопходно нагласити да, поред подршке, породица мора проћи кроз период реструктурисања како би се сви њени чланови могли суочити са новонасталом ситуацијом. Чланови породице често прате жену на њеним терапијама, остављајући своје дужности по страни како би преузели одговорност за оболелог члана, а учешће супруга током третмана представља нарочито важан извор подршке женама са карциномом дојке.

Чињеница да је цела породица укључена у овај процес довела је до тога да се она често наводи као „наша болест” (уп. 49), која пре свега укључује и партнерску дијаду, и која онда утиче на оба партнера и њихов однос, а последично и на целу породицу уколико постоје и деца у њој. Штавише, парови који успеју да одрже интимност, конструктивну заједничку комуникацију, усвоје заједничке и једнаке методе превладавања и настоје да једно другоме пруже подршку у борби против карцинома дојке извештавају о квалитетнијем односу. Ове бракове карактерише виши ниво емоционалне испреплетаности и мање ригидности у правилима и улогама које постаје у партнерском односу (49).

Утицајем партнерског односа и подршке коју оболела жена добија од свог партнера бавио се велики број истраживања и уочено је да, иако између осталог постоји културолошка разлика у испољавању емоција и показивању интимности, оно што се може сматрати универзалним и културолошки неутралним јесте да се избегавање комуникације у вези са проблем код особа оба пола може сматрати знаком недовољне партнерске подршке (50). Штавише, аутори наглашавају да је битно више делити и комуницирати међусобно о забринутости поводом потенцијалне прогресије болести и потенцијалном смртном исходу који углавном постоје. Такође доживљај подршке који оболела жена осећа да добија од свог супруга у великој мери се разликује у зависности од тога да ли јој је он пратиоц у току примања терапије или не. Дакле, различити су начини на које партнери могу пружити подршку

својим супругама док се боре са карциномом, али сваки од њих је битан за њено благостање и квалитет њене свакодневнице.

КАРЦИНОМ ДОЈКЕ И МЕХАНИЗМИ ПРЕВЛАДАВАЊА БОЛЕСТИ

Карцином дојке може се сматрати болешћу која погађа све сфере функционисања оболеле особе, њеног блиског окружења, утиче на њен поглед на живот, здравље и могућности. Стога и не чуди што је карцином дојке повезан са бројним психолошким изазовима са којима се особа суочава приликом покушаја превладавања последица болести (51). Управо и ови стилови превладавања болести, односно начин на који оболела особа настоји да преброди болест и њене последице у значајној мери могу утицати на исход лечења и стопу умирања оболелих жена (52). Постоји више различитих фактора који утичу на то како ће оболела жена покушати да се избори са последицама дијагностиковања и лечења, а као неки од њих издвајају се стадијум у ком је болест дијагностикована, тип примењене терапије, културолошка средина појединца и очекивања која жена има од болести (53). Од утицаја на одговор појединца на дијагностиковање болести су и његова емоционална стања у периоду након постављања дијагнозе, те се као честе реакције издвајају осећање љутње, доживљај неправде и самоокривљивање или окривљивање других (54).

У више студија показано је да су активнији стилови превладавања болести, као што су покушаји редуковања, елиминисања или контролисања стресних окидача, повезани са бољим психичким и физичким стањем особе него, на пример, покушаји избегавања, игнорисања или повлачења при сусрету са истим (55). Показано је да је утицај недостатка информација, типа терапије, хоспитализације и поновног јављања болести на нарушавање квалитета живота мањи уколико се оболела жена користи активнијим механизмима превладавања (56). Међутим, у претходно споменутој мета-аналитичкој студији (55) показано је да су директно активно ангажовање и борбеност при превладавању болести више ефикасни код новодијагностикованих пацијенткиња него код оних које имају дужу историју лечења од карцинома дојке, чиме се наглашава разлика у превладавању обзиром на дужину трајања болести. Прихватање болести показало се ефикаснијим у студијама које су укључивале жене са различитим стадијумима дијагностиковане болести него у групи жена са искључиво раном дијагнозом код којих боље последице оставља примена позитивне процене и погледа на болест. Са друге стране инхибирање осећања и склоност руминацији након дијагностиковања болести повезане су са негативним афективним стањем. Без обзира на мању успешност активних стратегија превладавања у одређеним групама пацијенткиња са карциномом дојке, не може се минимализовати значај ових стратегија на целокупном узорку оболелих жена.

У литератури се неретко среће подела на адаптивне и маладаптивне механизме превладавања болести. Активан приступ суочавања са извором стреса, подразумева директан „напад” на проблем, са унутрашњим локусом контроле, где особа верује да је у њеним рукама њена судбина и да од ње зависи како ће неке ситуације у животу одвијати. Овај приступ подразумева планирање метода превладавања, односно усмереност на проблем и решење, али уз претходну разраду тактике, акција није непосредна, и оболела особа тражи додатне информације за боље разумевање болести, третмана и ситуације. Такође, очекује се и да оболела особа успостави и неки ниво

самоконтроле, односно дистанце од проблема како би се проблем сагледао рационално колико је то могуће, и да важна решења или одлуке донесе након разматрања уместо прибегавања импулсивним реакцијама. Део сваке стратегије требало би да буде и прихватање одговорности, односно свест о томе да постоји могућност да се макар одређени сегменти стресне ситуације могу променити активношћу саме особе (нпр. прихватање и активно учествовање у лечењу). Јако важан део активног приступа подразумева тражење социјалне подршке из окружења, односно активно тражење или очекивање помоћи и емоционалне подршке од стране непосредне социјалне околине, партнера, породице, пријатеља, усмеравање на додатне стручне информације од других људи, нпр. доступне литературе, медицинског особља, особа које су већ биле у сличној ситуацији и других.

Као један од адаптивних и свакако активних механизма превладавања код новодијагностикованих жена у највећем броју студија издваја се борбеност и наводи се да оболеле жене које одржавају борбени дух при суочавању са болешћу имају бољи квалитет живота и две године након постављања дијагнозе (57). Обзиром да се борбеност дефинише као когнитивна стратегија која омогућава оболелој особи да карцином посматра пре као изазов а не препреку, не чуде подаци који говоре у прилог коришћења управо ове стратегије у циљу адаптивног превладавања и остваривању квалитетнијег живота (58). Показано је да ће овој стратегији превладавања пре прибегавати особе које очекују да ће третман краће трајати и имају веће поверење у ефикасност лечења, док ће се особе са симптомима депресије у мањој мери користити овим механизмом превладавања (59). Даље, приметна је разлика у примени овог механизма превладавања болести у односу на тип примењене хируршке интервенције, те се у литератури бележи да се код особа са примењеним поштедним хируршким захватом пре среће борбеност као стил превладавања болести него код пацијенткиња код којих је примењена мастектомија, као радикална хируршка интервенција (60). Такође, борбени дух у већој мери карактерише оне особе које реферишу већи ниво доживљене социјалне подршке, те се може претпоставити да у свом окружењу оболела особа може пронаћи додатни извор мотивације за превладавање болести (61), а свакако за бољу емоционалну регулацију у току лечења.

Да нису само активне стратегије превладавања једине од помоћи оболелим женама у борби са болешћу сведоче и резултати неких студија у којима је показано да фаталистички поглед на живот, односно пуко препуштање судбинским околностима такође може бити повезано са бољим психичким стањем жена након болести (62). Фатализам, иако првенствено повезиван са религијским контекстом, у новије време се у различитим културама пре схвата као вера у судбинску предодређеност одређених животних ситуација и утицај виших сила на живот особе, чиме се умањује могућност и степен у ком особа може контролисати дешавања у свом животу (63). Резултати неких досадашњих студија сведоче о повољном дејству фаталистичког схватања на све домене квалитета живота жене оболеле од карцинома дојке (64). Али, треба нагласити да је позитивно дејство фатализма на целокупно стање оболеле особе нарочито показано у испитивањима на популацији пацијената исламске вероисповести и пацијената из азијских земаља, што се тумачи значајем који религија и преданост божанству или некој другој јачој сили имају на овим просторима (65).

Међутим, не слажу се сви аутори са идејом о адаптивном дејству фатализма као механизма превладавања болести, те је у неким студијама показано да је прибегавање фатализму повезано са слабијим емоционалним благостањем жене оболеле од карцинома дојке, односно њеним слабијим могућностима да се на адаптиван начин носи са природом и последицама болести (66). Обзиром на ову бројност контрадикторних података у литератури у вези са утицајем фатализма на функционисање особе оболеле од карцинома дојке, истиче се значај додатног испитивања овог механизма превладавања, делом и ради стицања увида у културолошке разлике у погледу на болест и њене последице.

Даље, као један од (маладаптивних) механизма превладавања болести издваја се и анксиозна преокупација, односно, константно повишено осећање напетости, страха и/или чак очајања, које се, према подацима неких истраживања, чешће јавља код оних особа које су биле изложене хемиотерапији и имају породичну оптерећеност болешћу (67). Управо овај механизам превладавања сматра се одговорним за слабију могућност особе да безболно преброди кризне ситуације које болест са собом носи (68). С тим у вези, већи ниво анксиозне преокупације бележи се код особа оболелих од карцинома које показују мањи степен самоефикасности, односно способности управљања сопственим функционисањем, али и захтевима које окружење ставља пред њих (69). Истраживања показују да је анксиозна преокупација више изражена код оболелих од карцинома који извештају о мањем степену подршке од стране породице, пријатеља и значајних других (70), што још једном издваја степен социјалне подршке као фактор од значаја за адекватно психосоцијално функционисање, али и прилагођавање оболеле особе.

Потом, још један од механизма превладавања болести који се наводи у литератури јесте когнитивно избегавање, стил суочавања који се дефинише као тенденција ка активном избегавању директног размишљања о болести, што у неким ситуацијама при суочавању са краткотрајним стресорима може бити ефикасна стратегија, али у случају дуготрајних стресова може само додатно појачавати напетост особе (71). Штавише, показано је да је прибегавање когнитивном избегавању карактеристика управо оних оболелих жена чије функционисање карактерише повишени ниво свакодневног стреса (72) што их највероватније онемогућава да активно и адаптивно приступе суочавању са својом болешћу. Битно је нагласити да одређене студије показују да се код оболелих од карцинома дојке могу користити разне технике релаксације и медитације које су се показале ефикасним у прихватању реалног стања болести насупрот избегавања и доводе до умањивања симптома депресије и стреса (73).

Наредна стратегија превладавања болести која се може јавити код оболелих од карцинома дојке јесте прибегавање безнадежности/беспомоћности, што представља стил превладавања који се односи на тенденцију оболелих ка заузимању искључиво негативног, песимистичког погледа на болест (74). Показано је да овој стратегији превладавања болести чешће прибегавају особе које већ имају нарушено ментално здравље (75), те неки аутори наводе да се склоност овом стилу превладавања чешће доводи у везу са женама оболелим од карцинома дојке које имају изражене симптоме депресије (76). Између осталог, из овог разлога смо настојали да у своје истраживање укључимо само оне пацијенткиње које немају дијагностикован никакав психички поремећај, како се склоност

прибегавању одређеним механизмима превладавања не би доводила у везу са постојећим психичким проблемима испитиване особе. Такође, у раније спроведеним студијама показано је да ће на склоност ка безнадежности утицати и начин на који особа опажа своју болест, а нарочито степен у ком је доживљава као угрожавајућу по себе (77).

У студијама у којима је направљена подела на механизме превладавања усмерене на проблем и оне усмерене на емоције дошло се до закључка да су стратегије превладавања усмерене на проблем повезане са мањим нивоом анксиозности, обзиром да доводе до активнијег става оболеле особе, односно мотивишу је да трага за додатним информацијама које јој могу бити од помоћи (78). При једној опсежној претрази радова објављених у периоду од 1980.-2015. године, направљено је поређење стратегија превладавања које користе оболели од различитих облика малигнитета и показано је да оболели од карцинома дојке наглашавају значај прихватања болести и појачавање физичке активности као вид адаптивнијег приступа болести, а у циљу додатног добијања социјалне и емоционалне подршке коју оцењују као битну (79). За разлику од њих у истој мета-аналитичкој студији показано је да на узорку пацијената оболелих од карцинома простате особине личности у већој мери утичу на стратегије превладавања болести и последица које болест може оставити, док, примера ради, оболели од колоректалног карцинома у већој мери прибегавају тражењу додатних информација и социјалних контаката у циљу превладавања.

Нису једнозначни подаци у истраживањима која су се бавила адаптивном природом механизма превладавања на узорку жена оболелих од карцинома дојке, те је у једној студији показано да скоро половина (47,8%) оболелих жена користи маладаптивне механизме превладавања, што сугерише да је и даље великом броју жена у току и након лечења потребна психолошка подршка у циљу развијања здравих механизма превладавања (80).

Од значајног је утицаја на прилагођавање и степен поверења који особа има у своје способности, што је у тесној повезаности са психолошким профилем оболеле особе, али и степеном подршке коју добија у свом базичном окружењу (81). Са високим нивоом самопоуздања расте могућност превладавања разних кризних животних ситуација, па самим тим и превазилажења негативних физичких симптома болести, очекује се побољшање квалитета живота и смањивање могућих психолошких последица болести. Штавише, самопоуздање и вера у сопствене капацитете појачава борбени дух код оболелих жена и умањује њихову склоност ка безнадежности. Такође, жене са већим степеном самоуверености ће пре потценити негативни утицај хируршког ожиљка, мање ће му придавати на значају, и имаће целовитију слику себе и свог телесног изгледа без обзира на последице болести и лечења. Имајући у виду ове податке развија се потреба за јачањем емоционалних капацитета оболелих жена од самог почетка лечења, наглашава се значај на раду на прихватању себе и подстицању самопоуздања оболелих жена од стране њиховог примарног окружења, али и помагачких професија.

КАРЦИНОМ ДОЈКЕ И ПЕРЦЕПЦИЈА БОЛЕСТИ

Попут осталих типова карцинома, карцином дојке сматра се болешћу која је угрожавајућа по живот оболелог и представља најопаснију болест за особе женског пола, без обзира на сав напредак у дијагностици и лечењу. Штавише, карцином дојке се може посматрати као болест која нарушава физичко здравље особе, али и њену женственост и сексуалност, те је укључујући психолошке, социјалне, сексуалне и професионалне проблеме, праћена периодима опоравка и погоршања и изазива краткорочне и дугорочне поремећаје прилагођавања (53). Од тренутка када се постави дијагноза оболела особа суочава се са низом емоционалних реакција на сам приступ лекара, саопштену дијагнозу и предложено лечење. Стога, на одговор пацијената у различитим фазама лечења поред њиховог соматског стања од значаја је и на који начин они доживљавају саму болест.

На основу модела који је предложио Левентал са сарадницима (*the Common Sense Model*), појединци се суочавају са болешћу на основу организованих менталних схема које се називају перцепције болести (82). При суочавању са дијагнозом особе ће се користити својом перцепцијом болести како би проценили вероватноћу излечења и успостављања здравог стања. Уопштено гледано, према схватању аутора споменутог модела, перцепције болести подразумевају веровања и очекивања која особа има у односу на сопствену или туђу болест, односно менталне моделе који су део меморијских структура који се могу активирати услед неке промене у телесном функционисању или самим добијањем информација о болести (83). Након тога се врши претраживање у меморијским структурама односно упаривање репрезентације болести са одговарајућим прототипом. На основу модела који су увели споменути аутори, верује се да постоји седам димензија кроз које појединац опажа своју болест.

Једна од њих односи се на издвајање и опажање самих *симптома болести*, односно подразумева начин на који особа описује степен озбиљности соматских сензација и њихово потенцијално значење. Наредна димензија подразумева *временски ток болести*, који се може опажати као акутни, хронични или циклични, односно ова димензија укључује и процену периода почетка болести, и њеног трајања, тока и времена потребног да оболела особа почне да се осећа боље. Није зато необично зашто је више студија анализирано адаптивне реакције и стратегије пацијената у временским тренуцима који престављају медицински дефинисане тачке у целокупном процесу, попут откривање дијагнозе, прихватање третмана, повратак болести, или почетак палијативне неге (уп. 49). Перцепција болести зависи такође и од *опажених узрока болести*, дакле фактора које особа сматра одговорним за своју болест, и ту се најчешће наводе стрес, напор који је особа улагала у животу или притисак под којим је живела, али и наследни фактори и фактори физичке природе, атмосферски или ситуациони, попут загађења. Особа процењује и *потенцијалне последице* болести, било оне физичке, соматске, финансијске, практичне или социјалне природе. *Степен* у ком особа доживљава да може *контролисати* болест, као и да сам третман контролише болест, такође обликује њену перцепцију болести. Даље, од утицаја на доживљај болести према споменутом моделу је и степен у ком особа разуме саму болест као ново

стање целокупног организма, те се ово назива димензијом *кохерентности*. И на крају, од великог значаја јесте *емоционална репрезентација болести*, односно степен у ком је особа свесна својих емоционалних реакција на исту.

При испитивању перцепције болести здравих жена увиђено је да доживљај болести као угрожавајуће и слабо контролишуће обесхрабрује жене да се придржавају самонегујућих облика понашања, као што је редован мамографски преглед (84). Када је реч о узорку жена код којих је дијагностикован карцином дојке, показано је да је негативна перцепција болести повезана са већим непридржавањем протокола лечења, односно избегавања неких терапија (84), што у значајној мери може нарушити ефикасност лечења и њихово здравствено стање. У једној студији показано је да је у случају оболелих који своју болест посматрају као стање хроничног или цикличног тока и који наглашавају симптоме болести приметан повишен ниво стреса (85). Исти аутори наводе да се чак 43% израженог стреса код оболелих може објаснити перцепцијом болести. Да ли ће особа развити страх од поновног јављања болести у великој мери такође зависи од начина на који оболела особа перцепира своју болест, нарочито њено трајање и наглашавање самих симптома болести (86). Интересантан је податак да особе које нису у могућности да издвоје могуће узроке болести у мањој мери показују страх од њеног поновног јављања, што се може објаснити бољом контролом неизвесности коју дијагноза носи. Свакако, још увек је нејасно колико су стабилна уверења која особа може имати о својој болести. У неким истраживањима претпоставило се да су ова уверења подложна промени и да могу лако бити замењена другим након примене кратких психосоцијалних интервенција код оболелих од хроничних болести (53). Овакви подаци су утешни, јер остављају могућност да би едуковање у погледу здравља и изградње здравих животних навика могло појачати увид пацијената у своје могућности и евентуално утицало на начин на који посматрају могуће узрочнике своје болести, те, примера ради, уместо разматрања генетске предиспозиције као могућег водећег узрока, оболеле особе би могле почети размишљати и о свом начину живота и штетним животним стилевима и покушало да их промени. Међутим, с друге стране, неки аутори верују да су уверења о болести прилично стабилна током времена и да се без директних интервенција неће лако нити дугорочно променити (87).

Потом, пацијенткиње код којих је извршена мастектомија, као радикална хируршка интервенција, имају негативнију перцепцију болести (88). Показано је да мастектомија доводи до различитих емоционалних проблема и реакција, као што су забринутост и проблеми у вези са самим доживљајем дојке као једног од главних обележја сексуалности и женствености (89). Штавише, у различитим културама дојка се сматра симболом лепоте, женствености и сексуалности. Жене се у већем степену изјашњавају негативно по питању свог телесног изгледа након мастектомије пре него након поштедне операције дојке и наводе да осећају као да половина њих самих недостаје, као људског бића и као жене (90). Дакле, могло би се рећи да мастектомија може довести до нарушеног доживљаја себе као индивидуе, а не само нарушеног телесног изгледа.

Перцепција болести код особа које имају члана породице који се већ борио са карциномом дојке разликује се у односу на оне које немају породичну оптерећеност карциномом дојке, и то тако што оболеле жене у већој мери

имају поверење у ефикасност третмана, односно опажају већи степен у ком третман може позитивно утицати на болест и очекују да ће она краће трајати (88). Жене које су сведочиле последицама карцинома дојке у својој породици, другачије опажају саму болест, те им у превладавању болести може помоћи и позитиван пример члана породице који се успешно изборио са болешћу.

Са годинама старости оболелих жена расте и доживљај да ће болест трајати дуже, док је показано да млађе пацијенткиње више верују да могу контролисати болест (91), што се може тумачити већим самопоуздањем и ентузијазмом млађих пацијенткиња. Управо се ниво самопоуздања и сматра једним од значајних фактора при објашњавању начина на који ће особа опажати своју болест, те се у литератури наводи да особе са више самопоуздања осећају да могу успоставити већи степен контроле над болешћу и третманом и у мањој су мери склоне елементима панике при успостављању дијагнозе

(92). Такође, немогуће је избећи утицај симптома анксиозности и депресије на начин на који ће оболела особа опажати своју болест, а који могу бити изражени и преморбидно, и тиме оставити траг првенствено на димензију емоционалне репрезентације болести (93).

У једној студији показано је да одређене димензије перцепције болести у значајној мери могу довести до страха од поновног јављања болести, и то: емоционална репрезентација болести, наглашавање одређених симптома болести, процењене последице и трајање болести (94). Претпоставка је да ће жене које у већој мери показују забринутост поводом свог тренутног здравственог стања имати већи страх и поводом поновног јављања болести. Такође, оне оболеле жене које перципирају своју болест као дуготрајну ће у већој мери бити забринуте поводом њеног понављања. Потом, исти аутори наводе да ће жене које у већој мери послушкују своје тело, примећују нове или наглашавају старе симптоме болести бити подложније страху од њиховог јављања. И на крају, не изненађује податак да опажене последице болести повећавају осећање страха од поновног јављања карцинома, обзиром да је особа свесна свих физичких и психолошких трагова које је дијагноза већ оставила.

Као нарочито значајна димензија перцепције болести код пацијената са метастазама издвојено је наглашавање симптома болести, као што су проблеми са спавањем, умор и бол (95). Објашњење за ове резултате крије се у степену у ком описане тегобе нарушавају свакодневне активности особе, али и начину на који оболела особа тумачи ове симптоме. Тако неке особе оболеле од метастатског карцинома дојке могу бол тумачити као знак прогресије болести или зачетак хроничног бола. Имајући ово у виду, додатно се појачава значај комуникације са медицинским особљем у циљу упознавања могућих компликација болести, али и очекиваних пратећих тегоба које не морају бити додатно угрожавајуће по живот и здравствено стање особе.

Од повољног утицаја на формирање адекватне перцепције болести показано је укључивање оболелих жена у групе подршке, а у циљу добијања додатних информација о болести и начинима ношења са последицама болести од других особа које су биле или се налазе у сличној или истој ситуацији (96). Тачније, показано је да особе које су укључене у групе подршке имају већи осећај личне контроле над својом болешћу и чешће користе активне стратегије

превладавања фокусиране на проблем него што то чине особе које немају искуство са споменутим групама. Коришћење таквих програма подршке подразумева активан, отворен и стратешки приступ карциному који превазилази нечију непосредну мрежу подршке. Дакле, оне оболеле жене које се укључују у групе подршке ће вероватније имати осећај веће унутрашње снаге и могућности да утичу на карцином и да се изборе са њим тако што ће тражити информације и адекватно се понашати.

КАРЦИНОМ ДОЈКЕ И ПЕРЦЕПЦИЈА ТЕЛЕСНОГ ИЗГЛЕДА

Многи људи су забринуте за барем један део свог тела, а негативна когнитивна процена нечијег тела може бити израз негативне слике о телу. Слика тела је концептуализована као вишедимензионални конструкт, који обухвата компоненту понашања која укључује понашања везана за тело (нпр. провера понашања), перцептивну компоненту која укључује перцепцију карактеристика тела (нпр. процену телесне висине или тежине) и когнитивно-афективну компонента која укључује спознаје, ставове и осећања према свом телу (97). Додатно, начин на који особа себе доживљава није увек реална слика ствари, односно често се односи на потпуно субјективан осећај, што може довести до последица по објективно сагледавање ситуације у којој се особа налази. Постоје подаци да већи степен незадовољства својим телесним изгледом показују жене него мушкарци, док старије жене придају већи значај самом телесном изгледу него млађе (98), мада се ова слика мења са савременим променама у друштву.

Дијагностиковање и лечење карцинома дојке оставља дуготрајне последице по физичко здравље жена, њихов психички статус, али доводи и до разних промена у њиховом телесном изгледу, које су последица саме болести или одређеног вида терапије. Обзиром да третмани карцинома дојке могу оставити велике последице по телесни изглед жена, јер доводе до опадања косе, појаве лимфедема, стварања ожиљака или одстрањивања једне или обе дојке (99), имали смо потребу да у своје истраживање укључимо и испитивање перцепције телесног изгледа. У досадашњој литератури се налази на различите дефиниције перцепције телесног изгледа код особа оболелих од карцинома, те неки аутори сматрају да перцепција телесног изгледа представља начин на који оболеле особе доживљавају опажене или објективне телесне промене у вези са карциномом и наглашавају да је перцепција пацијената најважнија без обзира на то да ли су опажене телесне промене очигледне и другима (100). Други аутори дају нешто ширу дефиницију те наводе да перцепција телесног изгледа подразумева начин на који особе опажају, односно доживљавају свој телесни изглед, али и како опажају доживљај свог телесног изгледа од стране других (101). Овако дефинисан појам телесног изгледа укључује процену телесног изгледа, као и израженост самопоуздања и задовољства, односно незадовољства поводом опаженог телесног изгледа.

Негативна перцепција телесног изгледа жена оболелих од карцинома дојке доводи се у везу са повишеном напетосту код пацијенткиње, њеног партнера, нарушеним квалитетом живота, сексуалним тешкоћама, ослабљеним партнерским односима и нарушеним социјалним функционисањем (102). Увидом у литературу увиђа се да се оболеле жене жале на осећај непријатности и отуђености од свог тела, реферишу елементе несигурности (103), те су ове тегобе свакако очекивано више изражене код жена које су биле изложене мастектомији. Исти аутори наводе да пацијенткиње различитог узраста које показују већу забринутост поводом телесног изгледа или су биле подвргнуте мастектомији показују и већи степен нарушености менталног здравља.

У неким истраживањима настојало се издвојити више фаза перцепције промена у телесном изгледу, те једна студија показује да жене оболеле од карцинома дојке пролазе кроз прву фазу постављања дијагнозе и измењене самоперцепције, потом фазу транзиције и опоравка и на крају фазу нормализације у којој бивају спремне да прихвате своје тело (104). На реакцију пацијенткиња у првој фази од највећег значаја јесте начин на који су им лоше вести презентоване, као и могућност бирања терапије. Уколико пацијенткиње добију непотпуне или нетачне податке о својој болести, као и ако су им ови подаци презентовани на неприкладан начин, спорије ће тећи њихов пролазак кроз наредне фазе перцепције болести, односно достизање фазе нормализације. Исти аутори наглашавају да су у наредним фазама транзиције јако битне социјална и породична подршка у циљу смањења стигматизације оболелих жена. Ипак, у неким истраживањима добијени су другачији подаци, те је показано да се временом перцепција телесног изгледа оболелих жена само погоршава и да је штавише праћена опадањем сексуалне функције и ужитка (105). Аутори овакве резултате објашњавају значајем и значењем које дојка има у друштву, те се у различитим културама издваја као симбол женствености, сексуалности и материнства. Имајући у виду постојеће контрадикторне резултате додатно се наглашава значај испитивања перцепције телесног изгледа жена оболелих од карцинома дојке.

Као најрадикалнија хируршка интервенција у третману карцинома дојке издваја се мастектомија, односно потпуно одстрањивање једне или обе дојке, те су се неки истраживачи бавили управо истраживањем перцепције телесног изгледа код пацијенткиња које су биле подвргнуте мастектомији. Мета-анализа која је обухватила истраживања спроведена у периоду од 2000-2015. године изнедрила је тему главних последица одстрањивања дојке, те су издвојене промене у идентитету и процес суочавања са опаженим променама (106). Ова студија показује да жене могу имати и позитивна и негативна искуства одстрањивања дојке, што се објашњава дискрепанцом између доживљаја личног идентитета и изгледа и социјалних очекивања о женствености. Осим последица мастектомије по изглед, издваја се још промена у телесном изгледу оболелих жена, и то промене у виду губитка косе, добијања или губљења у тежини, појаве лимфедема, али и оних других специфичних, повезаних са примењеном хируршком интервенцијом (107). Тако је и у другим студијама потврђено да је хируршки третман нарочито повезан са начином на који пацијенткиње доживљавају своје тело (108). У споменутом истраживању добијени подаци указују да постоји готово идентичан степен ризика за отежано самоприхватање и тешкоће у одржавању интимних односа са партнером без обзира да ли је примењена поштедна операција дојке или мастектомија. У студијама испитивања разлога за одабир поштедне хируршке интервенције насупрот мастектомије најпре се издваја забринутост поводом телесног изгледа и губитка женствености, а потом препорука лекара и очекивање истог животног века након обе хируршке интервенције (109). Као разлог за незадовољство највећег броја жена након одређене хируршке интервенције наводи се сама локација и изглед ожиљка (110). Новије хируршке процедуре омогућавају лекарима да хируршки захват изврше кроз мање видљиво место, а подједнако безбедно за интервенцију, као што су пазушна јама, инфрамамарни пут или периареоларна ивица. Велики број жена још увек није довољно информисан о овим новим процедурама. Наиме, у

ситуацијама када треба да се одлуче за тип хируршке интервенције пацијенткиње најчешће настоје одабрати најбрже решење наспрам детаљног истраживања већег броја опција и информисања о њима (111). Стога, информисању одабир локације хируршког захвата на телу значајно би помогао пацијенткињама да прихвате своје тело и одрже адекватну слику о њему.

Један од разлога за забринутост поводом телесног изгледа је и појава лимфедема, односно отока руке, који се јавља код чак 20% пацијенткиња у прве четири године након примарне терапије (112). Увидом у литературу увиђа се да жене оболеле од карцинома дојке код којих се појавио лимфедем показују већи степен фрустрације, симптоме депресије и значајно нарушену перцепцију телесног изгледа (113). Као најучесталија емоционална реакција на постојање лимфедема јавља се емоционална фрустрација која настаје због већег броја различитих фактора, као што су свакодневно оптерећење бригом о себи, тешкоће у прихватању лимфедема, осећај губитка контроле, неочекивана и изненадна појава лимфедема и различитих симптома; чињеница да не постоји лек за лимфедем; опажање лимфедема од стране медицинског особља као неважног; немогућност проналажења одеће које одговарају лимфедематозној руци, нетачне или минималне информације о лимфедему из области здравствене заштите и недостатак финансијске подршке у циљу минимизирања последица лимфедема (114).

Прегледом литературе увиђа се да је у већем броју истраживања показано да млађе пацијенткиње негативније процењују свој телесни изглед у односу на старије жене оболеле од карцинома дојке (115), што се може објаснити значајем које млађе особе женског пола придају физичком изгледу. Када је реч о повезаности перцепције телесног изгледа и запослености жена, показано је да запослене жене показују већи ниво забринутости од домаћица и пензионисаних жена, што се може довести у везу са потребом за одржавањем доскорашњег телесног изгледа и на радном месту (116). Алопеција или одстрањеност дојке може умањити самопоуздање ових жена на радном месту и утицати на њихове социјалне контакте и радни учинак. Евидентно је да су број и значај телесних промена након дијагностиковања и одређених видова третмана карцинома дојке незанемарљиви и стога захтевају опсежнија истраживања, а у циљу побољшања психосоцијалног функционисања погођених жена.

Управо из свих споменутих разлога концепт телесног изгледа истраживан је у великом броју истраживања на узорку пацијената оболелих од различитих облика малигнитета и направљен је концептуални модел за вођење разговора са онколошким болесницима у вези са сликом тела коју фомирају. Фингерет је предложио тзв. стратегију *The Three C's* (117). Ова стратегија подстиче пацијенте на дискусију поводом њихове забринутости телесним изгледом, чиме се омогућава идентификација емоционалних тешкоћа и проблематичних понашања у вези са овим бригама и оставља слобода пацијентима да о њима отворено говоре. На почетку клиничког сусрета, лекари треба да подсети пацијенте да су тешкоће са сликом тела веома честе (*Common*) као последица карцинома и његовог третмана. Нормализација забринутости на овај начин смањује осећај срамоте и доживљај стигматизације. Потом медицински тим треба да пита пацијенте које специфичне бриге (*Concerns*) имају у вези са телом слика. Ово може

укључивати забринутост поводом последица предстојећих третмана или размишљања о краткотрајним или дуготрајним последицама на изглед и/или функционисање. Овај корак се постиже отвореним питањима која изазивају детаљну наравију пацијената. На крају, пацијенте треба питати о опаженим или очекиваним последицама (*Consequences*) промена у њиховом телесном изгледу или утицају које оно има на њихово свакодневно функционисање. У разговору о телесном изгледу са онколошким болесницима би требало бити посебно усмерени на последице које нарушен телесни изглед може оставити по социјално, емоционално и професионално функционисање погођене особе.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

ЦИЉЕВИ ИСТРАЖИВАЊА

Главни циљ ове студије је утврђивање учесталости различитих механизма превладавања и последица болести код пацијенткиња код којих је дијагностикован карцином дојке, као и фактора који потенцијално предвиђају израженост ових механизма.

Специфични циљеви:

1. Утврдити како жене оболеле од карцинома дојке опажају своју болест, да ли и у ком степену болест доживљавају као претећу, угрожавајућу,
2. Утврдити како пацијенткиње доживљавају свој телесни изглед, да ли и у ком степену перципирају своје тело на негативан начин,
3. Утврдити заступљеност механизма превладавања болести, које жене оболеле од карцинома дојке користе у циљу прилагођавања болести,
4. Утврдити да ли постоји повезаност одређених социодемографских и клиничких карактеристика са главним варијаблама у истраживању,
5. Утврдити да ли постоји повезаност између степена у ком пацијенткиње болест опажају као угрожавајућу, и изражености различитих механизма превладавања болести (конкретно, склоности ка адаптивним, односно маладаптивним механизмима),
6. Утврдити да ли постоји повезаност између начина на који пацијенткиње опажају свој телесни изглед и изражености различитих механизма превладавања болести (склоности ка адаптивним, односно маладаптивним механизмима),
7. Утврдити да ли и који од испитиваних фактора статистички предвиђају израженост испитиваних механизма превладавања болести.

ХИПОТЕЗЕ

1. Након увида у литературу претпоставка је да ће најзаступљенији специфични механизми превладавања болести и њених последица бити борбеност и препуштање судбини (118).
2. Очекује се да ће са негативнијим доживљајем болести бити повезана већа склоност маладаптивним механизмима превладавања болести (59).
3. Претпоставка је да ће жене које показују већу обесхрабреност поводом својих телесних промена (негативнију слику тела) више прибегавати маладаптивним механизмима превладавања болести (119).
4. Очекује се повезаност између социо-демографских и клиничких карактеристика са механизмима превладавања болести, перцепцијом болести и опажањем телесног изгледа.

ВРСТА СТУДИЈЕ

Истраживање је дизајнирано као клиничка, проспективна, нерандомизована студија, усмерена на утврђивање учесталости различитих механизма превладавања болести и њених последица код пацијенткиња које су оболеле од карцинома дојке, као и фактора који предвиђају израженост ових механизма.

ПОСТУПАК И ПОПУЛАЦИЈА КОЈА СЕ ИСТРАЖУЈЕ

Истраживање је обављено у Центру за онкологију и радиологију Универзитетског Клиничког центра Крагујевац у периоду од фебруара 2021. до августа 2023. У студију су укључене пацијенткиње са дијагностикованим карциномом дојке након одговарајуће хируршке интервенције, које су у току истраживања биле хоспитализоване на одељењу или у дневној болници. За потребе истраживања добијено је одобрење Етичког одбора Универзитетског клиничког центра Крагујевац дана 09.09.2020. године (број 01/20-659). Испитанице су биле упознате са процедурама испитивања усменим и писаним путем. У студију су биле укључене све пунолетне пацијенткиње које су потписале информисани пристанак.

Истраживање је обухватило пацијенткиње са карциномом дојке дијагностикованим на основу Међународне класификације болести ICD-10 (C50 – *Malignant neoplasm of breast*), након одговарајуће хируршке интервенције, а које су хоспитализоване на одељењу или у дневној болници ради примања испланиране терапије. Осим тога услов за учешће у истраживању било је одсуство других малигних болести, као и одсуство психијатријских болести. Приликом упознавања са пацијенткињама предочена им је могућност учествовања у истраживању попуњавањем упитника, што су оне потврдиле својеручним потписом.

У студију су биле укључене 202 пацијенткиње са дијагностикованим карциномом дојке просечне старости 59,38 година (од 35 до 86 година), које су у просеку стационарно и амбулантно лечене 13,03 месеци (од 1 до 120 месеци). Социо- демографске карактеристике пацијенткиња приказане се у Табели 6.

Табела 6. Социо-демографске карактеристике пацијенткиња

		Укупан број	%
Брачни статус	Удата / ванбрачна заједница	130	64.4%
	Разведена	25	12.4%
	Неудата	12	5.9%
	Удовица	35	17.3%
Образовни ниво	Завршена основна школа	39	19.3%
	Завршена средња школа	115	56.9%
	Завршена виша школа/факултет	48	23.8%
Радни статус	Запослена	52	25.7%
	Незапослена	44	21.8%
	Пензионисана	106	52.5%
Број деце	Без деце	18	8.9%
	Једно дете	39	19.3%
	Двоје и/или више деце	145	71.8%
Број чланова породице са неким обликом малигне болести	Ниједан	129	63.9%
	Један	49	24.3%
	Два и/или више	24	11.9%

Клиничке карактеристике и карактеристике лечења приказане су у Табели 7.

Табела 7. Клиничке и карактеристике лечења

Тип третмана примењен од почетка болести до тренутка испитивања		Укупан број %	
		број	%
	Хемиотерапија и биолошка терапија	54	26.7%
	Хемиотерапија, радиотерапија и биолошка терапија	21	10.4%
	Хемиотерапија, хормонска терапија и биолошка терапија	13	6.4%
	Хемиотерапија, радиотерапија и хормонска терапија	33	16.3%
	Хемиотерапија и радиотерапија	16	7.9%
	Хемиотерапија, хормонска терапија, биолошка терапија и радиотерапија	3	1.5%
	Хормонска терапија	21	10.4%
	Хормонска и радиотерапија	12	5.9%
	Хемиотерапија и хормонска терапија	12	5.9%
	Испитанице које до тренутка тестирања нису имале терапију	17	8.4%
	Испитанице који су примили хемиотерапију до тренутка тестирања	152	75.2%
	Испитанице који нису примили хемиотерапију до тренутка тестирања	50	24.8%
Тип хируршке интервенције	Поштедна операција	107	53.0%
	Мастектомија	95	47.0%
Стадијум болести	Први	90	44.6%
	Други	67	33.2%
	Трећи	10	5.0%
	Четврти	35	17.3%
Присуство метастаза	Постоји	26	12.9%
	Не постоји	176	87.1%
Присуство лимфедема	Постоји	45	22.3%
	Не постоји	157	77.7%

ИНСТРУМЕНТИ

У студији су били коришћени следећи упитници, за чију употребу је добијена писана сагласност аутора:

- Мини-ментал упитник прилагођавања на канцер, ориг. *The Mini-Mental Adjustment to Cancer, Mini-MAC* (120). Упитник је преведен на српски језик *forward-backward* методом превода, тако што је преведен са енглеског на српски језик, а потом од стране особа које течно говоре енглеским језиком преведен поново на енглески. Такође, валидност садржаја, значење и разумљивост тврдњи и питања (*content validity*), проверена је од стране по једног независног психијатра и психолога. Реч је о упитнику који је сачињен од 29 ставки којима се испитују когнитивни и бихејвиорални одговори на дијагнозу карцинома дојке применом четворостепене скале Ликертовог типа (нпр. *Веома сам оптимистична; Осећам да је живот безнадежан, У овом тренутку живим дан по дан*). Оригинална факторска структура показала је присуство пет субскала, односно механизма превладавања болести, и то: борбеност, препуштање судбини, анксиозна преокупација, когнитивно избегавање и безнадежност. Споменуте субскеале показале су задовољавајућу поузданост, и то: субскала безнадежности $\alpha=.87$; субскала анксиозне преокупације $\alpha=.88$, субскала когнитивног избегавања $\alpha=.74$; субскала препуштања судбини $\alpha=.62$ и субскала борбености $\alpha=.76$ (120).
- Скала слике тела, ориг. *Body image scale, BIS* (121). Упитник је такође преведен на српски језик *forward-backward* методом превода, а валидност садржаја је проверена од стране два независна стручњака. Реч је о упитнику од 10 ставки, које имају за циљ испитивање афективних, бихејвиоралних и когнитивних компоненти доживљаја опажених промена у телесном изгледу након примењене хируршке интервенције, односно степена у ком се оболеле жене осећају обесхрабрено и забринуто поводом опажених телесних промена (нпр. *Да ли се осећате мање физички привлачно због своје болести или лечења? Да ли имате осећај да Ваше тело није више потпуно након лечења?*). Упитник користи четворостепену скалу Ликертовог типа (од 0 – уопште не, до 3 - веома). Крајњи скор може варирати од 0 до 30 и то тако што виши скор указује на виши степен забринутости поводом перципираних телесних промена. Оригинални упитник показао је задовољавајућу поузданост ($\alpha=.70$) (121).
- Кратак упитник перцепције болести, ориг. *Brief Illness Perception Questionnaire; BIPQ* (122). Упитник је преведен на српски језик *forward-backward* методом превода, а валидност садржаја је проверена од стране два независна стручњака. Упитник је сачињен од девет ставки, од којих осам захтева одговор на десетостепеној скали Ликертовог типа, док је једно питање отвореног типа. Укључене ставке односе се на процену последица, трајања, и степена контроле које испитанице имају над болешћу, потом процену ефикасности третмана, емоционалних последица и степена у ком испитанице разумеју саму болест. Скала самопроцене има за циљ да испита когнитивне и емоционалне репрезентације болести, као и степен разумевања саме болести (нпр. *У*

којој мери сте забринути због своје болести?). Укупан скор може износити од 0 до 80, при чему виши скор указује на негативнији доживљај болести, односно већи степен доживљаја болести као претеће, угрожавајуће. Поузданост појединачних субскала у првом истраживању у којем је примењен овај упитник варира од $\alpha=.48$ до $\alpha=.70$, што указује на задовољавајућу просечну поузданост целокупног упитника ($\alpha=.62$) (122).

- Упитник за прикупљање социо-метријских података, посебно конструисан за потребе ове студије, којим су се прикупили подаци о: броју година пацијенткиње, нивоу образовања, радном и брачном статусу, броју деце, постојању малигних болести у породици.
- Подаци о болести и типу третмана, као што су дужина лечења, стадијум у ком је болест дијагностикована (четири стадијума), постојање метастаза, постојање лимфедема, тип примењене хируршке интервенције (поштедна операција и мастектомија) и тип примењеног третмана до тренутка испитивања (радиотерапија, хемиотерапија, биолошка терапија, хормонска терапија) прикупљени су увидом у историју болести пацијенткиња.

Анализа интерне поузданости примењених мерних инструмената обављена је применом Кронбаховог α коефицијента поузданости и добијени резултати приказани су у Табели 8.

Табела 8. Анализа коефицијената поузданости примењених мерних инструмената

	Кронбахова α
<i>Brief Illness Perception Questionnaire</i>	0,797
<i>Body image scale</i>	0,906
<i>The Mini MAC</i>	0.812
<i>Mini MAC Adaptive</i>	0.692
<i>Mini MAC Maladaptive</i>	0.889

Сви примењени мерни инструменти показали су задовољавајућу и високу унутрашњу конзистентност што је у складу са претходно добијеним резултатима поузданости ових скала (120-122).

ВАРИЈАБЛЕ

Главна зависна варијабла

- израженост прибегавања одређеним механизмима превладавања болести и њених последица, добијених преко скорова на *The Mini-Mental Adjustment to Cancer* скали. У зависности од типа анализе и циља истраживања, ова варијабла је била изражена кроз категорије пет појединачних механизма превладавања којима доминантно припадају реакције пацијенткиња (борбеност, препуштање судбини, анксиозна преокупација, когнитивно избегавање и безнадежност) или груписана кроз две категорије којима се означава склоност адаптивном, односно маладаптивном стилу превладавања. Најчешће у раду и у коначним моделима главна зависна варијабла била је управо маладаптивни и адаптивни стил превладавања болести.

Главне независне варијабле

- перцепција слике тела или степен обесхрабрености поводом телесног изгледа изражен је кроз скор на скали Слике тела, ориг. *Body image scale*.
- степен перцепције болести или практично степен у ком испитанице болест доживљавају као претећу или угрожавајућу изражен је кроз скор на Краткој скали перцепције болести, ориг. *Brief Illness Perception Questionnaire*.

Збуњујуће варијабле

- социо-демографски подаци: старост пацијенткиње у годинама, ниво образовања (са категоријама: завршена основна школа, завршена средња школа, завршена виша школа или факултет), запосленост (запослена, незапослена, у пензији), брачни статус (са категоријама: удата или у ванбрачној заједници, неодата, разведена и удовица), број деце (без деце, једно дете или двоје и више деце), постојање малигних болести у породици оболеле.
- подаци о болести и лечењу: дужина лечења, стадијум у ком је болест дијагностикована (четири стадијума), постојање метастаза, постојање лимфедема, тип примењене хируршке интервенције (поштедна операција и мастектомија) и тип примењеног третмана до тренутка испитивања (радиотерапија, хемиотерапија, биолошка терапија, хормонска терапија).

СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Добијени подаци приказани су у табелама и графиконима (хистограмима) уз додатно објашњење истих, а у зависности од природе посматраних варијабли. Дескрипција нумеричких обележја у раду урађена је методама дескриптивне статистике, и то кроз аритметичку средину и медијану од средњих вредности, а од мера варијабилитета представљене су стандардна девијација, коефицијент варијације и стандардна грешка, као и минимална и максимална вредност.

Анализа хомогености нумеричких параметара у истраживању извршена је тестирањем нормалне расподеле тестом по Колмогоров-Смирнову, приказана и кроз вредности скјуниса и куртозиса, и у зависности од добијених резултата у даљој анализи комбиновани су параметријски и непараметријски тестови.

За утврђивање повезаности између независних и зависних варијабли, у зависности од нормалности дистрибуције добијених података, коришћена је адекватна корелациона анализа (Пирсонова или Спирманова), а за утврђивање разлика између варијабли анализа варијансе, т-тест, Анова, или Крускал-Волисов тест. Коначно, за утврђивање предиктивних вредности издвојених варијабли за скорове на скали механизма превладавања болести и њених последица коришћена је линеарна регресиона анализа.

Обављена је и евалуација упитника, те је испитана њихова поузданост и

валидност, приказана кроз алфа Кронбахов коефицијент.

У појединим деловима спроведена је и кратка квалитативна анализа података и коментара пацијенткиња (нпр. о њиховој субјективној процени узрока болести).

Вредност вероватноће за све тестове била је мања од .05. Подаци су анализирани коришћењем статистичког програма SPSS верзија 21, а предиктивни модели су испитани помоћу програма Амос, верзија 21. У процесу структуралног моделирања и процене модела коришћени су следећи параметри и коефицијенти: компаративни индекс пристајања или „фита” (comparative fit index - CFI) > .95, индекс најбољег „фита” (goodness-of-fit - GFI) > .95, меру одступања модела од популације (a root mean- square error of approximation - RMSEA), стандардизовану просечну квадратну коваријансу резидуала (standardized root mean-square residual - SRMR). Границе прихватања за RMSEA и SRMR износиле су < .06 и < .09 (112).

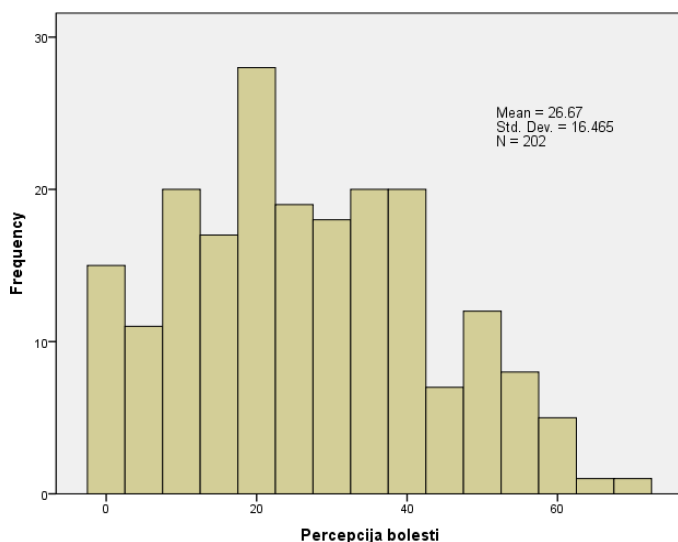
РЕЗУЛТАТИ

Дескриптивна статистика за главне варијабле које су испитиване у овој студији приказана је у Табели 9 и Табели 10.

Табела 9. Дескриптивна статистика главних варијабли

	Min	Max	Mean	Std. Dev.	Skewness	Kurtosis
Перцепција болести	0	71	26.67	16.465	.270	-.645
Перцепција телесног Изгледа	0	29	6.60	6.600	1.282	1.335
Адаптивни механизми превладавања болести	15	52	39.45	6.529	-.876	1.087
Маладаптивни механизми превладавања болести	16	62	31.03	10.186	.639	-.259

Тумачењем резултата са Кратке скале **перцепције болести** увиђа се да је реч о узорку жена које у просеку своју болест посматрају као просечно угрожавајућу; добијена је благо позитивно асиметрична дистрибуција са нижим врхом од нормалне. Иако вредности скјуниса и куртозиса не прелазе параметре ± 1 , Колмогоров-Смирнов тест говори о благо закривљеној дистрибуцији скорова ка нижим вредностима (KS(202) = .068, $p = .033$), што се види и са слике хистограма (Графикон 4).



Графикон 4. Дистрибуција скорова на Скали перцепције болести

Приказ резултата на питању отвореног типа о самопроцени фактора ризика које испитанице издвајају као најзначајније, приказан је у Табелама 10 и 11. Говорећи о факторима ризика које испитанице издвајају као кључне за настанак њихове болести, стрес се издваја као најчешћи окидач.

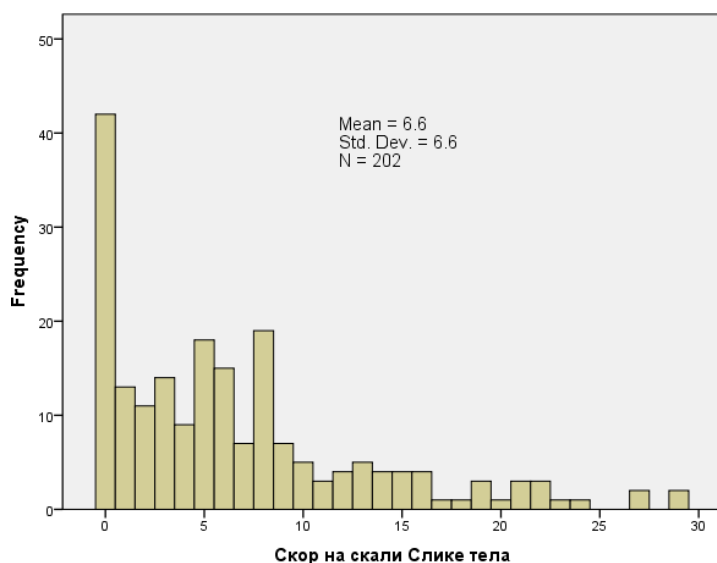
Табела 10. Најзначајнији фактор настанка болести према процени пацијенткиња

	N	%
Стрес	132	65.3
Мањак бриге о себи	2	1.0
Генетски фактори	15	7.4
Учестало нервирање	6	3.0
Загађење ваздуха	2	1.0
Проблеми у породичном окружењу	2	1.0
Губитак посла	2	1.0
Бомбардовање	10	5.0
Лоша исхрана	4	2.0
Неуредан живот	4	2.0
Повреда	1	0.5
Без одговора	22	10.9

Табела 11. Други најзначајнији фактор настанка болести према процени пацијенткиња

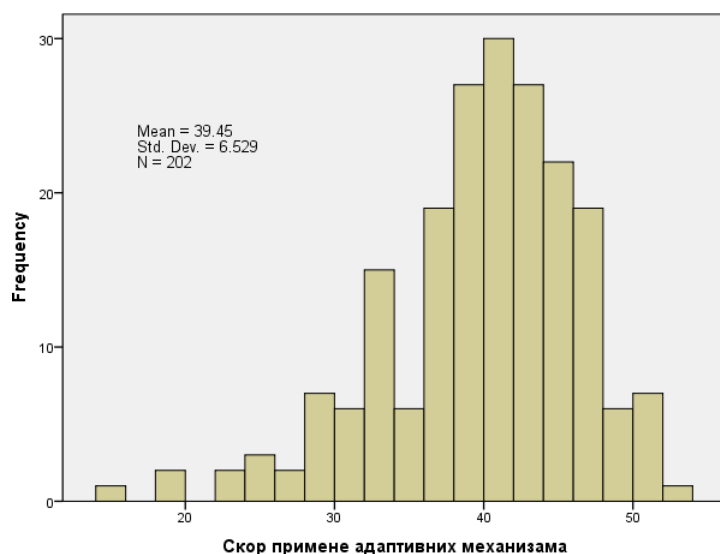
	N	%
Стрес	34	16.8
Мањак бриге о себи	11	5.4
Генетски фактори	17	8.4
Учестало нервирање	28	13.9
Загађење ваздуха	7	3.5
Проблеми у породичном окружењу	10	5.0
Губитак посла	3	1.5
Бомбардовање	5	2.5
Лоша исхрана	5	2.5
Неуредан живот	19	9.4
Повреда	2	1.0
Без одговора	61	30.2

Када је реч о **Слици тела** резултати дескриптивне статистике указују да испитанице у просеку у мањој мери показују обесхрабреност поводом промена у свом телесном изгледу (дистрибуција скорова је израђено закривљена према нижим вредностима); добијена расподела је изражено позитивно асиметрична са вишим врхом од нормалне дистрибуције, што показују скјунис и куртозис, Колмогоров-Смирнов тест ($KS(202) = .159$, $p < .001$) и хистограм (Графикон 5).



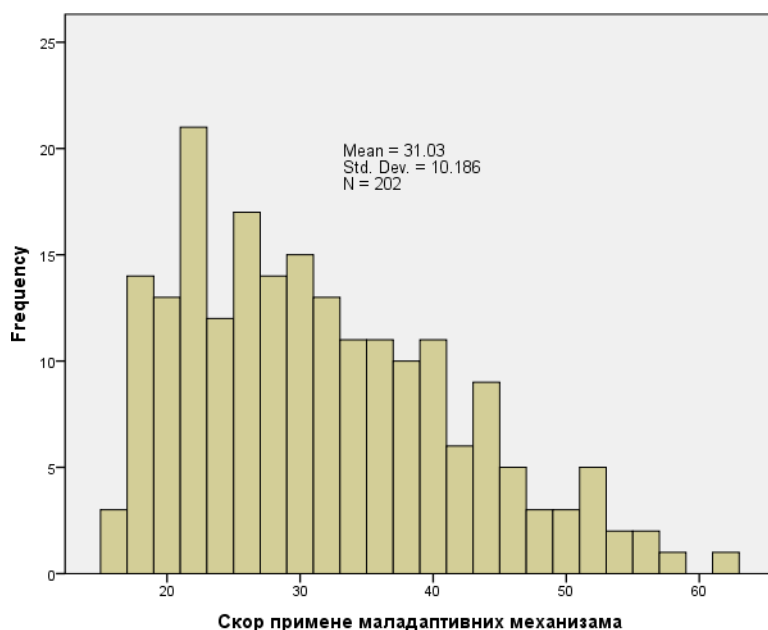
Графикон 5. Дистрибуција скорова на Скали перцепције слике тела

Дистрибуција података за питања којима се мери израженост **механизма превладавања болести** показује да је реч о узорку који у просеку у већој мери користи адаптивне механизме превладавања болести, те је дистрибуција која приказује податке за адаптивне механизме умерено негативна асиметрична са вишим врхом од нормалне ($KS(202) = .111$, $p < .001$) (Графикон 6).



Графикон 6. Дистрибуција скорова примене адаптивних механизма

За разлику од тога дистрибуција резултата мерења маладаптивних механизма је умерено позитивно асиметрична са нижим врхом од нормалне ($KS(202) = .086$, $p = .001$) (Графикон 7).



Графикон 7. Дистрибуција скорова примене маладаптивних механизма

У наредној табели (12) приказане су дескриптивне вредности за скорове на скалама специфичних типова механизма превладавања.

Табела 12. Дескриптивна статистика за специфичне типове механизма превладавања

	Min	Max	Mean	Std. Dev.	Skewness	Kurtosis
Безнадежност	8	31	12.51	5.271	1.290	1.018
Анксиозна преокупираност	8	32	18.52	6.255	.215	-.947
Борбени дух	4	18	13.08	2.705	-.951	.491
Когнитивно избегавање	4	16	12.22	3.012	-.805	.318
Фатализам	6	20	14.14	3.023	.001	-.544

Тумачењем резултата појединачних субскала *Mini MAC*-а увиђа се да у просеку жене у испитиваном узорку показују мањи степен безнадежности и да је добијена дистрибуција мерене склоности ка безнадежности знатно позитивно асиметрична и има виши врх од нормалне. Дистрибуција резултата за анксиозну преокупацију показује да испитанице у просеку показују мањи степен анксиозне преокупације, расподела је благо позитивно асиметрична и има нижи врх од нормалне. У просеку испитане жене у већој мери показују борбени дух, дистрибуција добијених резултата је умерено негативно асиметрична и има виши врх од нормалне. Тумачењем резултата изражености когнитивног избегавања као механизма превладавања приметно је да испитанице у просеку показују већи ниво склоности ка когнитивном избегавању, расподела ових резултата је умерено негативно асиметрична са нешто вишим врхом од нормалне. У просеку испитанице показују незнатно већу склоност ка фатализму, дистрибуција резултата је готово симетрична са нижим врхом од нормалне.

Корелације главних варијабли

За испитивање повезаности између главних варијабли коришћена је корелациона анализа, примењен је Спирманов коефицијент корелације (јер већина ових варијабли има дистрибуцију скорова које одступају од нормалне дистрибуције). Добијени резултати приказани су у Табели 13.

Табела 13. Корелације између главних варијабли

		Перц. болести	Слика тела	Адаптивни	Маладаптивни
Перцепција болести	rho	1	.503**	-.047	.661**
	Sig. (2-tailed)		.000	.506	.000
Перцепција слике тела	rho	.503**	1	.118	.367**
	Sig. (2-tailed)	.000		.094	.000
Адаптивни механизми	rho	-.047	.118	1	.062
	Sig. (2-tailed)	.506	.094		.380

** p < .01

На основу података увиђа се да постоји статистички значајна умерена до висока позитивна корелација између доживљаја болести и обесхрабрениости поводом телесног изгледа, док је корелација између доживљаја болести као претеће и маладаптивних механизма превладавања болести високо позитивна. Такође, приметна је статистички значајна умерена позитивна корелација између обесхрабрениости поводом телесног изгледа и маладаптивних механизма превладавања.

Примењене су исте анализе у циљу испитивања повезаности између доживљаја болести, перцепције телесног изгледа и специфичних механизма превладавања болести. Добијени резултати приказани су у Табели 14.

Табела 14. Корелације између перцепције болести и слике тела и субскала Mini MAC

		Безнадежност	Анкс. преокуп.	Борбени дух	Ког. Избегавање	Фатализам
Перцепција болести	Rho	.550**	.617**	-.220**	.033	.016
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.002	.644	.819
Перцепција слике тела	Rho	.302**	.338**	-.014	.068	.090
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.843	.336	.200

** p < .01

Постоји статистички значајна умерена до висока позитивна корелација између доживљаја болести као претеће и склоности ка безнадежности и анксиозној преокупацији, као и статистички значајна слаба негативна корелација између доживљаја болести као претеће и изражености борбеног духа. Добијена је статистички значајна умерена позитивна корелација између обесхрабрениости поводом нарушеног телесног изгледа и склоности ка безнадежности, као и склоности ка анксиозној преокупацији.

Испитивана је и корелација између различитих субскала перцепције болести као и адаптивних и маладаптивних механизма превладавања, специфичних механизма превладавања и доживљаја телесног изгледа. Добијени резултати приказани су у Табели 15.

Табела 15. Матрица интеркорелација главних варијабли

	Слика тела	Без- надежност	Анксиозна преокупација	Борбени Дух	Когнитивно избегавање	Фатализам	Маладаптивни механизми	Адаптивни механизми
Последице болести	.451**	.399**	.508**	-.071	.784	.057	.518**	.045
Трајање болести	.424**	.365**	.359**	-.242**	-.072	-.070	.409**	-.166*
Степен контроле	-.273**	-.328**	-.319**	-.131	.075	.069	-.366**	.012
Ефикасност третмана	.141*	.136	.138*	-.234**	-.112	-.014	.155*	-.155
Симптоми	.405**	.297**	.388**	-.038	.032	.086	.392**	.039
Забринутост	.417**	.452**	.723**	-.135	.185**	.043	.678**	.050
Степен разумевања	.151*	.181**	.128	-.145*	.014	-.080	.172*	-.091
Емоционалне последице	.487**	.466**	.571**	-.159*	.127	.026	.592**	.005

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

Социо-демографске и клиничке карактеристике

Када је реч о повезаности социодемографских и клиничких карактеристика са испитиваним механизмима превладавања показано је да са дужином лечења испитиваних жена опада склоност ка коришћењу адаптивних механизма превладавања ($r = -.230$, $p < .01$). Са дужином лечења расте склоност ка безнадежности ($r = .158$, $p < .05$), а опада склоност ка борбености ($r = -.244$, $p < .01$) и когнитивном избегавању ($r = -.174$, $p < .05$). Такође, расте опажање болести као угрожавајуће ($r = .205$, $p < .01$) и опажање негативније слике тела ($r = .195$, $p < .01$).

Није показана корелација социодемографских и клиничких карактеристика са маладаптивним механизмима превладавања.

Након тестирања потенцијалних разлика у главним варијаблама утврдили смо да пацијенткиње са метастазама мање примењују адаптивне стратегије превладавања ($t(200) = -2.767$, $p < .01$, $d = .09$), док оне које примају хемиотерапију више примењују маладаптивне ($t(200) = 2.788$, $p < .01$, $d = .15$). Пацијенткиње у првом и другом стадијуму, као и оне млађе од 59 година показивале су веће незадовољство сликом тела него оне у трећем и четвртном стадијуму болести ($t(200) = 1.896$, $p < .05$, $d = .08$), и оне преко 60+ година ($t(200) = 2.120$, $p < .05$, $d = .30$). Пацијенткиње са лимфаденом опажају слику тела као негативнију ($t(200) = 2.147$, $p < .05$, $d = .31$), слично оним које примају хемиотерапију ($t(200) = 2.812$, $p < .01$, $d = .54$), и које су подргнуте мастектомији ($t(200) = 2.535$, $p < .01$, $d = .41$).

Предиктивни модели

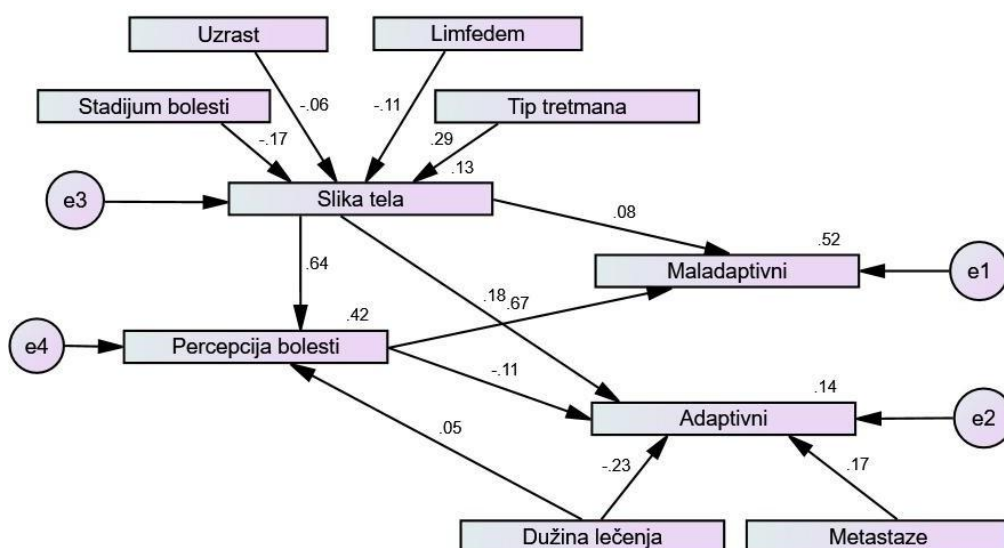
Обзиром да је добијена статистички значајна корелација између доживљаја болести, слике тела и (мал)адаптивних механизма превладавања болести, у даљим корацима у складу са постављеним циљевима рада, примењена је регресиона анализа како би се утврдило да ли је могуће, на основу степена у ком особа доживљава болест као угрожавајућу и степена у ком се осећа обесхрабрено поводом свог телесног изгледа, предвидети

њену склоност ка (мал)адаптивним механизмима превладавања болести. Прецизније, желели смо да испитамо да ли су модели који укључују перцепцију болести и доживљај слике тела као предикторске варијабле и механизме превладавања болести као критеријумске, значајни.

За почетак смо спровели линеарну регресиону анализу која је показала да се доживљај болести и обесхрабреност поводом телесног изгледа издвајају као значајни предиктори склоности ка маладаптивним механизмима превладавања болести ($F(2,199)=77.956$, $p<.001$), и укупно објашњавају 44% процената варијансе ($R^2=.438$). Међутим, након што смо спровели хијерархијску регресиону анализу (у првом кораку је унета перцепција болести, обзиром да показује вишу корелацију са механизмима превладавања) добијено је да перцепција слике тела не доприноси значајно предвиђању маладаптивних механизма превладавања ($t=.588$, $p=.56$), већ да доживљај болести предвиђа свих 44% варијансе. Ови резултати, заједно са релативно високом корелацијом перцепције болести и перцепције слике тела ($r=.503$), навели су нас да посумњамо да се овде можда ради о модератским односима варијабли, што је довело до тога да у каснијем дели тестирамо управо моделе који предвиђају посредан утицај доживљаја телесног изгледа на механизме превладавања преко његовог утицаја на перцепцију болести, која директно предвиђа механизме превладавања.

Као што је и очекивано, на основу непостојања корелација између ових варијабли, модел у коме би доживљај болести и обесхрабреност поводом телесног изгледа предвиђали склоност ка адаптивним механизмима превладавања болести није значајан ($F(2,199)=1.272$, $p=.283$).

У наредном кораку, желели смо да испитамо могуће везе између главних варијабли, и оних контролних, као и могуће модераторске улоге предиктивних варијабли у предвиђању механизма превладавања. Осим тога, пошто се показало да се у зависности од врсте хируршке интервенције разликују и скорови на испитиваним скалама, ови модели су засебно тестирани у две групе испитаница, оних које су подвргнуте поштедној интервенцији и оне које су подвргнуте мастектомији. Од осталих контролних варијабли, у моделе смо укључили оне социодемографске и клиничке варијабле које су показале значајне корелације са главним варијаблама (било предикторским, а то су слика тела и перцепција болести, било критеријумским, а то су механизми превладавања) или су показале разлике по својим нивоима у односу на поменуте главне варијабле. Стога су укључене дужина лечења и постојање метастаза у модел адаптивних механизма. Коначно, с обзиром да је слика тела у релацији са узрастом, стадијумом болести, типом третмана и постојањем лимфедема. и ове варијабле су укључене у иницијалне моделе, као и веза дужине болести и перцепције болести (Графикон 8 за групу са мастектомијом (М) и Графикон 10 за групу са поштедном операцијом дојке (П)).



Графикон 8. Иницијални модел предвиђања механизма превладавања (М група)

Иницијалне анализе провере предиктивности овог модела у програму Амос 21 (*Modification indices*) показале су да у групи М неке од веза нису значајне, или да не доприносе предвиђању одговарајућих варијабли, као и да дужину лечења и метастазе треба повезати. Из тих разлога у следећем моделу уклоњен је узрост као варијабла и веза између дужине лечење и перцепције болести, а додата веза дужине лечења и метастаза (други модел у Табели 16).

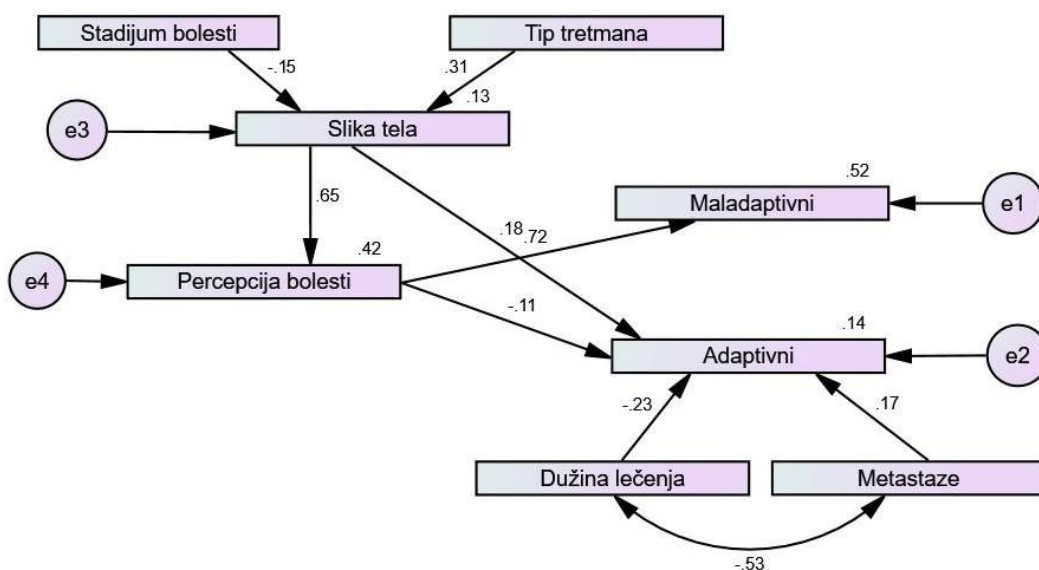
Табела 16. Показатељи подесности модела (мал)адаптивних механизма (група М)

	χ^2	Df	P	GFI	CFI	RMSEA	SRMR
иницијални модел	2.512	33	.03	.840	.784	.130	.139
други модел	1.280	30	.15	.920	.950	.055	.103
финални модел	.892	26	.21	.953	.999	.011	.081

comparative fit index (CFI) > .95, goodness-of-fit (GFI) > .95, a root mean-square error of approximation (RMSEA), standardized root mean-square residual (SRMR). Cutoff levels za RMSEA i SRMR < .06 i < .09¹²³

У коначном моделу, слика тела дефинитивно није значајно директно доприносила предвиђању маладаптивних механизма, нити је постојање лимфедема значајно доприносило опажању слике тела, па су и ове везе искључене (Графикон 9).

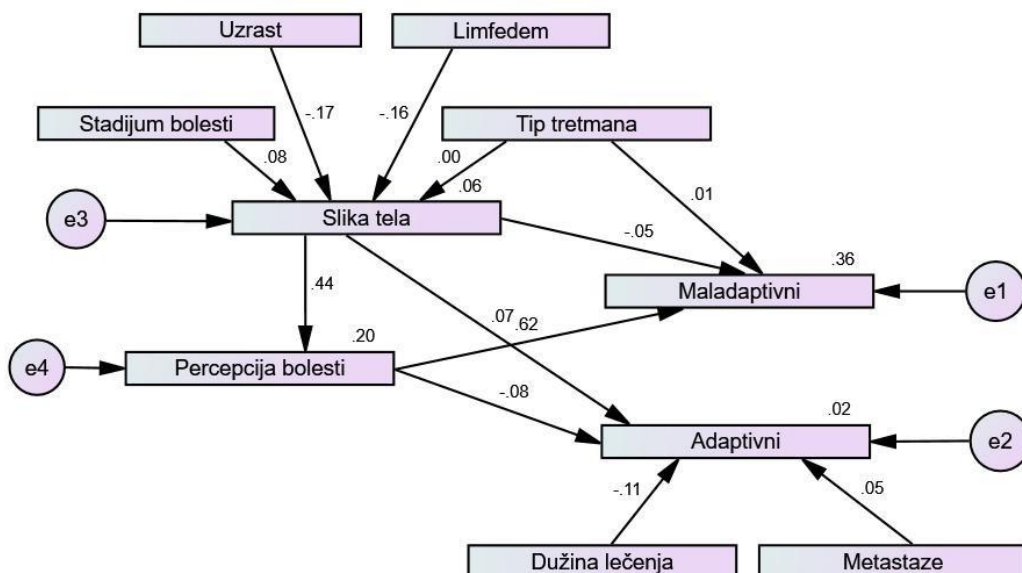
Маладаптивни механизми превладавања су директно предвиђани (52%) само преко перцепције болести (негативнија перцепција болести, интензивнија примена овог механизма), док је перцепција слике тела значајно предвиђала (42%) перцепцију болести (негативнија слике тела негативнија перцепција болести). Коначно, опажању слике тела доприносио је тип третмана (третман са хемиотерапијом негативнија слика тела) и стадијум болести (нижи стадијум болести негативнија слика тела).



Графикон 9. Финални модел предвиђања механизма превладавања (М група)

За разлику од претходног, Адаптивни механизми превладавања су слабо предвиђани овим моделом, свега 14%. Слика тела (позитивнија слика интензивнији адаптивни механизми), дужина лечења (дуже лечење ређа примена ових механизма) постојање метастаза (постојање метастаза ређа примена адаптивних стратегија) и донекле перцепција болести (негативнија перцепција болести, ређа примена ових механизма) су предвиђале склоност ка адаптивним механизмима превладавања карцинома дојке.

Иницијалне анализе провере предиктивности другог модела у програму Амос 21 (*Modification indices*) показале су да у групи II бројне везе нису статистички значајне, или да не доприносе предвиђању одговарајућих варијабли (Графикон 10). Из тих разлога у следећем моделу уклоњене су везе слике тела са маладаптивним механизмима, док је уклоњена у потпуности варијабла метастаза и тип третмана (други модел у Табели 17).



Графикон 10. Иницијални модел предвиђања механизма превладавања (II група)

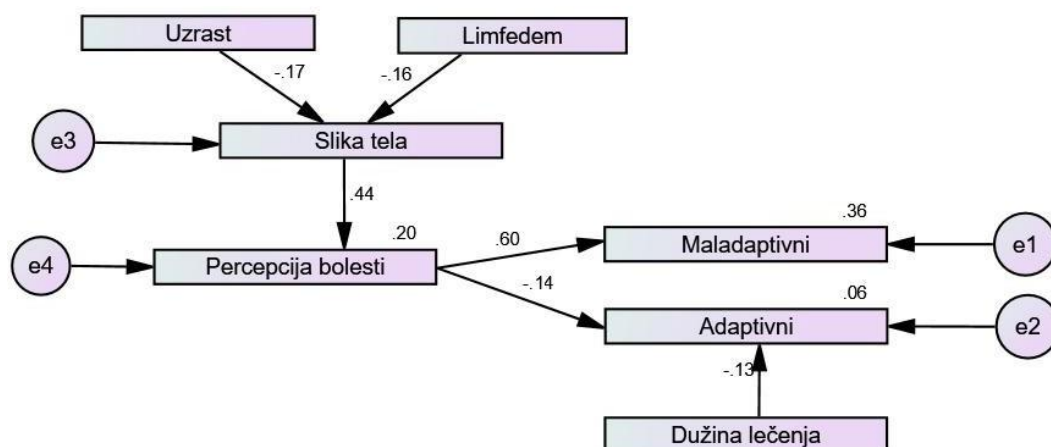
Перцепција слике тела није значајно предвиђала ниједан механизам превладавања, а ни стадијум болести није предвиђао перцепцију болести (Табела 18).

Табела 17. Показатељи подесности модела (мал)адаптивних механизма (група П)

	χ^2	df	P	GFI	CFI	RMSEA	SRMR
иницијални модел	2.246	33	.02	.828	.791	.105	.137
други модел	1.443	20	.10	.942	.891	.065	.083
финални модел	.634	15	.28	.975	.999	.010	.056

comparative fit index (CFI) > .95, goodness-of-fit (GFI) > .95, a root mean-square error of approximation (RMSEA), standardized root mean-square residual (SRMR)

У коначном моделу (Грификон 11) Маладаптивни механизми превладавања су директно предвиђани (36%) само преко перцепције болести (негативнија перцепција болести, интензивнија примена ових механизма), док је перцепција слике тела значајно предвиђала (20%) перцепцију болести (негативнија слике тела негативнија перцепција болести). Коначно, опажању слике тела доприносио је узраст (млађе особе негативнија слика тела) и појава лимфедема (са присуством лимфедема расте негативна слика тела). И Адаптивни механизми превладавања болести су слабо предвиђани овим моделом, свега 6%. Перцепција болести (негативнија перцепција болести, ређа примена ових механизма) и дужина лечења (дуже лечење ређа примена ових механизма) донекле су предвиђале примену адаптивних механизма превладавања карцинома дојке.



Графикон 11. Финални модел предвиђања механизма превладавања (П група)

ДИСКУСИЈА

Пре него што започнемо тумачење и дискусију резултата, требало би напоменути да ћемо их посматрати у складу са постављеним истраживачким задацима, преко којих ћемо и тумачити резултате.

Перцепција болести

Један од главних концепата нашег истраживања који обухвата Левенталов модел (*Common Sense Model*), перцепција болести, односи се на менталне схеме које оболеле особе користе при процени вероватноће свог излечења и успостављања здравог стања

(82). У складу с тим, први задатак ове студије био је утврдити како жене оболеле од карцинома дојке опажају своју болест, да ли и у ком степену болест доживљавају као претећу, односно угрожавајућу. У нашем истраживању, у узорку жена оболелих од карцинома дојке, показан је просечан степен опажања болести као угрожавајуће, што указује на то да испитиване жене, у складу са околностима, нису доживљавале своју болест као високо опасну претњу, али су је свакако опаžале као претњу. Перцепција болести у овој студији испитивана је са значењем менталних репрезентација и личних схватања које особа има у вези са својом болешћу, а које је изградила на терену личних искустава, искустава људи из свог окружења и на основу информација које је добијала од медицинског тима. У складу са тим, подразумева више различитих димензија, и то

(82): степен разумевања саме болести, очекивано трајање болести, очекиване последице болести по различите сфере функционисања, као и емоционалне последице болести, доживљај личне ефикасности и учинка саме терапије на излечење болести, доживљај забринутости поводом болести, као и доживљај различитих симптома саме болести који могу бити изражени у мањој или већој мери и самим тим утицати на свакодневно функционисање оболеле особе.

Када је реч о наведеним, специфичним димензијама перцепције болести, наше испитанице су показале нарочито висок степен забринутости поводом болести, као и висок доживљај различитих других емоционалних последица болести (као што су бес, страх, узнемиреност, депресија). Дакле, иако споменути упитник укључује и питања која се тичу трајања болести, доживљаја ефикасности третмана или изражености симптома саме болести и њиховог утицаја на доживљај болести, емоционалне последице болести показале су се као нарочито значајне за процену болести као угрожавајуће. Када је реч о забринутости код пацијенткиња са карциномом дојке, као што је претходно у раду наведено, у литератури се често среће концепт „страха од поновног јављања карцинома”, који се односи на страх, бригу или бојазан да ће се болест вратити или напредовати (124), и вероватно је ова емоционална реакција бар делом у основи повишене анксиозности добијене и на нашем узорку оболелих жена. Ови подаци додатно потврђују уплив дијагнозе карцинома у психички статус оболелих жена и значај који болест има у њиховом свакодневном функционисању. Претпоставка је да што се жене осећају вулнерабилније, односно емоционално угроженије због природе своје болести у већој мери ће је доживљавати као претећу по њихов целокупан статус.

О емоционалним реакцијама на карцином дојке постоји већи број

истраживања, а у једном таквом спроведеном истраживању показано је да се након дијагностиковања карцинома дојке код оболелих жена јављају различите негативне емоционалне реакције, и то учестало: анксиозност, бојазан, очајање, патња током чекања ишчекивања терапије, доживљај неизвесности, а да би размишљање о садашњости и покушај да се пронађе неки смисао у болести пре помогли оболелој особи да се адекватно избори са болешћу (125). Имајући ово у виду, као и резултате нашег истраживања, развија се потреба за укључивањем психолошке помоћи и подршке од *тренутка саопштавања дијагнозе* оболелој особи и обезбеђивањем континуиране сарадње са психологом. Ту потребу посебно наглашавају подаци да је негативна перцепција болести повезана са већим непридржавањем протокола лечења, односно избегавања неких терапија (74), што у значајној мери може нарушити ефикасност лечења и њихово здравствено стање.

Обзиром да упитник перцепције болести који је примењен у нашем истраживању садржи и питање отвореног типа којим је од испитаница тражено да се изјасне о могућим факторима ризика, односно факторима који су допринели настанку њихове болести, направљена је додатна анализа ових субјективних процена фактора ризика. Показано је да је чак 73.3% оболелих жена сматрало да је стрес главни окидач за њихово оболевање. Штавише, чак 24.1% њих је на другом месту на листи фактора који су довели до њихове болести навело такође стрес, док је 19.4% жена стрес навело на трећем месту. Осим тога, још неки одговори суштински имају исто или слично значење као и стрес, нпр. учестало нервирање или губитак посла. Као наредна по учесталости издваја се генетска предиспозиција (њих 7.4%) и потом бомбардовање, које је наша земља претрпела са 5.6%. Постоји више студија које су испитивале ниво доживљеног стреса код оболелих од карцинома дојке и показале да од тренутка постављања дијагнозе оболеле особе пролазе кроз неко стање дистреса (126). Међутим, не постоји много студија које су се бавиле испитивањем степена стресних ситуација којима су особе биле изложене *пре* постављања дијагнозе, као и могуће повезаности истог са настанком болести, јер је то реално тешко оствариво. Такође, пожељно је испитати и да ли постоји културолошка разлика у доживљају стреса као могућег фактора ризика, јер постоји могућност да ће се стрес пре перципирати као фактор ризика у неразвијеним земљама и земљама у развоју као што је наша. Свакако, сама чињеница да оболеле жене одговорним за своју болест најпре сматрају свој начин живота и психосоцијалне факторе потврђује још раније тврдње професора Јеротића да су све болести „од грипа до рака” психосоматске (127).

Повезаност перцепције болести са појединим клиничким карактеристикама

Иако можда неочекивано, у овој студији нисмо добили повезаност перцепције болести и социо-демографских, али ни клиничких карактеристика. Иако се и у нашем истраживању, као и у неким претходним (89, 90), показало да су пацијенткиње које су биле подвргнуте мастектомији имале негативнију перцепцију болести од оних које су имале поштедну хируршку интервенцију, та разлика ипак није прешла ниво значајности. Ранија истраживања су показала да су ове пацијенткиње највише показивале забринутост поводом болести, и то често поводом измењеног телесног изгледа, тако да можемо да претпоставимо да се у нашем случају ова забринутост пре свега фокусирала управо на физички изглед (не нужно естетски, колико и функционални), док су разлике у осталим аспектима перцепције болести биле мање изражене између

две групе испитаница. Више пажње тим разликама, посветићемо у следећем делу текста.

Од осталих фактора које смо испитивали и у нашој студији, а о којима постоје налази других истраживања, можемо поменути године старости оболелих жена, где је добијено да са порастом броја година расте и доживљај да ће болест трајати дуже, а самим тим се мења и перцепција болести, па тако млађе пацијенткиње више верују да могу контролисати болест (92).

Оболеле жене које перципирају своју болест као дуготрајну ће у већој мери бити забринуте поводом њеног понављања (95), слично и оне са метастазама (97), али ниједно од тога нисмо добили у нашим резултатима.

Перцепција телесног изгледа

Следећи истраживачки задатак који смо поставили, био је утврдити како пацијенткиње доживљавају свој телесни изглед, да ли и у ком степену у тренутку истраживања перципирају своје тело на негативан начин. Када је реч о доживљају телесног изгледа, овај концепт је у нашем истраживању коришћен са значењем перцепције телесног изгледа коју особа има *након извршене операције*, начина на који сматра да други доживљавају њен телесни изглед, као и субјективног осећаја женствености и привлачности (102). У току и након лечења карцинома дојке жене пролазе кроз различите промене у свом телесном изгледу, што од њих захтева прилагођавања и велики број њих има дуготрајно нарушену перцепцију телесног изгледа. Штавише, у једној студији је показано да чак 31 до 74.8% жена не показује задовољство својим телесним изгледом, нарочито након извршене мастектомије (128).

У нашем истраживању испитиване жене са карциномом дојке показују мањи степен обесхрабрености поводом свог телесног изгледа, односно нису показале изражен степен незадовољства поводом промена у телесном изгледу. Овакви подаци могу деловати охрабрујуће, али могу бити и резултат тенденције ка приказивању сопственог стања у бољем светлу, прикривања нелагодности поводом промена у телесном изгледу или културолошког ограничавања у слободном говору о доживљају сопствене сексуалности и женствености (78). Обзиром да се у нашој култури не говори довољно о физичким променама кроз које пролазе оболеле жене, као и да су често предмет стигматизације и избегавања због истих, али и сажаљевања од стране људи из њиховог блиског и ширег социјалног окружења, потребно је ове резултате тумачити опрезно и са могућношћу да су бар делом исход давања социјално пожељних или самоохрабрујућих одговора. У прилог томе говоре и подаци истраживања која су се бавила испитивањем задовољства телесним изгледом код жена различитог узраста из здраве популације. Примера ради, у литератури постоје подаци да преко 67% здравих жена избегава одређене друштвене активности због незадовољства својим телесним изгледом (129), док у нашем истраживању на исто питање 83% жена одговара одрично. Штавише, преко 60% нашег узорка негира и најмањи степен незадовољства својим телесним изгледом.

Повезаност слике тела са појединим клиничким карактеристикама

Када је реч о повезаности перцепције телесног изгледа са одређеним клиничким карактеристикама испитаница, добијено је да је негативнија слика

тела више присутна код жена са карциномом у првом и другом *стадијуму болести*. У неким претходно спроведеним истраживањима показано је да жене у раним стадијумима болести показују већу резилијентност у односу на жене чија болест се налази у четвртном стадијуму (130). Имајући то у виду, претпоставка је да жене у овом стадијуму карцинома заправо у мањој мери осећају симптоме саме болести, функционалније су и неретко обављају редовне свакодневне активности. Међутим, то их приморава да се више фокусирају на свој телесни изглед и промене у истом у односу на жене које се боре са болешћу у каснијим стадијумима, те потенцијално имају и израженије соматске тегобе. У том тренутку, то су и релативно нове промене на телу, на које се особа можда још није навикла, нити их у потпуности прихватила. С тим у вези, не чуди и наш резултат да је нарушена слика тела више изражена код млађих жена, тачније жена млађих од 59 година које су углавном још увек радно и социјално активне. Нека претходна истраживања показала су управо да је доживљај телесног изгледа код млађих жена генерално под већим друштвеним утицајем него што је то приметно у групи старијих жена (131). Очекивало би се да одређен степен оптерећености физичким изгледом код млађих жена постоји и обзиром на учестлије коришћење друштвених мрежа и настојање ка достизању идеалног изгледа који се на истим често нереално пропагира. С тим у вези може се очекивати да млађе жене буду и више оптерећене својим телесним изгледом и да настоје у већој мери да се прилагоде друштвеним нормама и трендовима.

Као што је приказано и у неким раније спроведеним истраживањима, и у нашој студији постоји јасна повезаност између постојања *лимфедема*, односно отока руке, и нарушене слике теле (132). Осим што умањује функционалност руке, постојање лимфедема у великој мери утиче на начин на који оболела особа доживљава свој телесни изглед и може самим тиме утицати на њено самопоуздање и осећај задовољства собом и својим изгледом. Поред нарушене функционалности и слике телесног изгледа, лимфедем, и његове последице, постоји и као константни подсетник жени на болест са којом се бори и сву њену комплексност која је може хендикепирати на различите начине.

Поред постојања лимфедема, као фактор ризика за јављање незадовољства телесним изгледом, у нашем истраживању јасно се издваја и *мастектомија*. Ова радикална хируршка интервенција, која подразумева потпуно уклањање једне или обе дојке у великој мери може нашкодити самопоуздању жене и утицати на њено целокупно животно задовољство (133). У доступној литератури утицај мастектомије на животно задовољство особе у великој мери се тумачи начином на који оперисане жене себи објашњавају ожиљак и уклањање дојке. Уколико присуство ожиљка тумаче као симбол своје победе над болешћу и знаком свог здравља у мањој мери ће имати нарушен квалитет њиховог живота и свакодневнице (134). Са друге стране жене које дојку наставе посматрати као једини или водећи знак њихове женствености, мајчинства и сексуалности, константно ће бити у подсећању на недостатак или нарушеност истог и свој ожиљак ће доживљавати првенствено као угрожавајући и штетни.

Утешни су подаци неких студија које показује да хируршка реконструкција дојке након мастектомије доводи до значајног побољшања доживљаја тела особе, чиме се слика женског тела више приближава друштвено пожељној и женственој представи оболеле особе (135). Да није реч

само о физичком одстрањивању дела тела, већ и дела женствености и сексуалности жене, додатно потврђују подаци истраживања којим је показано да је слика тела мање нарушена код жена код којих је спроведена мастектомија којом је сачувана сама брадавица, а онда непосредно након тога извршена и хируршка реконструкција погођене дојке (136). Стога, колико год да по жену може бити поражавајући ефекат мастектомије могућност реконструкције дојке уноси наду у враћање задовољства телесним изгледом и поновног успостављања контроле над својим телом.

Још један фактор од значаја за објашњавање незадовољства телесним изгледом у нашем истраживању је *хемиотерапија*, као вид лечења. Обзиром да је хемиотерапија повезана са алопецијом, односно губитком косе, али и варијацијама у телесној тежини оболеле особе, у великој мери утиче на телесни изглед и начин на који ће особа себе доживљавати (137). Поред промена услед хируршке интервенције као дела третмана, хемиотерапија знатно доводи до промена у физичком изгледу особе и самим тим чини је рањивијом и мења начин на који особа посматра себе, али и утиче на начин како је други доживљавају. Неке жене се одлучују за перике у циљу прикривања губитка косе, неке исто покушавају коришћењем марама, док одређен број њих настоји да се свету прикаже онаквим какве и јесу у том периоду, што аутентично мотивисане, што у жељи да прикрију осећај унутрашње узнемирености поводом алопеције. Свакако, сваки од ових начина са собом носи унутрашње борбе оболелих жена и позива на подизање свести и повећање саосећања у окружењу у циљу прихватања свих, па и физичких, промена кроз које жена пролази на путу свог излечења као нормалних и неопходних.

Механизми превладавања болести

Следећи задатак ове студије био је утврдити заступљеност механизма превладавања болести које жене оболеле од карцинома дојке користе у циљу бољег прилагођавања својој болести. Као што смо у уводном делу студије нагласили, у литератури се често наилази на поделу стратегија превладавања болести која групише појединачне стратегије у две велике групе - на адаптивне и маладаптивне механизме превладавања болести (77). Као најчешћи адаптивни механизам превладавања наводи се борбеност или борбени дух, као активни вид суочавања са болешћу, али се у неким студијама помиње и фаталистички поглед на живот (препуштање судбини). Од маладаптивних механизма превладавања болести, најчешће се издвајају анксиозна преокупација, односно, константно осећање напетости, страха и очајања, затим стратегија безнадежности/беспомоћности, која се односи на тенденцију оболелих ка заузимању искључиво негативног, песимистичког погледа на болест, али и когнитивно избегавање, које се дефинише као тенденција ка избегавању директног размишљања о болести.

У нашем истраживању показано је да жене оболеле од карцинома дојке претежно прибегавају адапативним механизмима. Тачније, у мањој мери су склоне безнадежности и анксиозној преокупацији као маладаптивним механизмима превладавања, док је у већем степену код њих забележена употреба адаптивних стратегија, конкретно, борбености и когнитивног избегавања. Овакви резултати нису необични, и нека ранија истраживања су показала да већи број жена након операције карцинома дојке показује већи

степен самоуверености и научи да живот цени више (138). Такође, жене постану саосећајније у комуникацији са другима и науче да другачије посматрају животне приоритете. Већина жена прихвата своју ситуацију и извлачи најбоље из ње, научи више да брине о себи и задржава оптимистичан став без обзира на страх од поновног јављања болести, који је вероватно присутан код највећег броја њих. Штавише, могуће је да болест помаже женама да освесте све стресогене факторе којима су изложене, као и нездраве животне навике и обрасце понашања, те науче да промене животну перспективу како би себи помогле у процесу излечења и опоравка. Одређеном броју њих сопствено искуство болести буде од помоћи да науче да пруже подршку и другим оболелим женама, што и за њих саме представља један вид самоизлечења.

Потребно је узети у разматрање и могући утицај културолошких и срединских фактора на начин на који ће оболеле жене посматрати своју болест и суочити се са њом. Обзиром да је показано да су културолошки фактори од великог утицаја на начин на који ће људи посматрати своје ментално здравље и разумети га (139), очекивано је да ће утицати и на начин на који ће бринути и о свом менталном здрављу када се суочавају са болешћу која их угрожава. У нашој култури након низа крупних стресних догађаја, у виду ратова, бомбардовања, периода инфлације, током којих су мушкарци често били одсутни од куће, жене су научене и донекле принуђене да граде борбени дух који ће их кроз све споменуте ситуације очувати и ојачати. Свакако, из свих тих споменутих разлога, пожељно је додатно истражити могући утицај културолошких фактора на целокупни психички статус наше популације.

Механизми превладавања болести на узорку жена са карциномом дојке били су предмет испитивања великог броја студија у прошлости. Оно што и даље представља предмет дискусије и представља изазов за истраживаче је испитивање стабилности ових механизма превладавања кроз време, а између осталог, и након завршеног лечења. Тако је у једној студији показано да постоји стабилност ових фактора када се мере у тренутку постављања дијагнозе, годину дана након дијагностиковања, три године и пет година након дијагностиковања, али само на групном нивоу, док на индивидуалном нивоу такав степен стабилности није забележен (67). Иако теши податак да су наше испитнице у тренутку примене упитника више прибегавале адаптивним механизмима превладавања, обзиром на дискутабилну природу стабилности примењиваних стратегија јавља се потреба да се начин на који се суочавају са болешћу процени изнова у наредном периоду, а нарочито у периоду ресоцијализације, односно враћања у редовне друштвене и професионалне околности, што такође може бити изазовно.

Када је реч о потенцијалним механизмима превладавања болести потребно је напоменути да се у литератури често среће појам узајамног превладавања (тзв. „*dyadic coping*“), што подразумева интеракцију између стресогених чиниоца у животу једног емотивног партнера и стратегија које други партнер користи како би се изборио са споменутом стресном ситуацијом и пружио подршку свом партнеру (140). Поменули смо у уводном делу тезе да су социјални фактори такође важан чиниоц превладавања болести, а тражење и коришћење социјалне подршке валидан механизам активног превладавања. Партнери се заједно суочавају са бројним променама које болест носи са собом, емоционалним тегобама, егзистенцијалним питањима, променама у

сексуалности и друштвеним односима, и пожељно је и потребно да у овом процесу пружи подршку једно другоме. У ситуацијама када постоји адекватан степен поверења и здрава комуникација између партнера постиже се и већа свест о утицају болести, изградња квалитетније везе између партнера, редовније придржавање савета лекара, виши квалитет живота и развијање адаптивних копинг стратегија (49). Иако је нашим истраживањем размотрен брачни статус као једна од социодемографских карактеристика, нисмо се детаљније бавили природом и квалитетом партнерских односа наших испитаница. Имајући у виду претходно споменуте податке несумњиво се јавља потреба за даљим разматрањем партнерске подршке и узајамног превладавања као битног фактора у излечењу и адекватном суочавању са болешћу, те и додатним истраживањем ових веза.

Повезаност механизма превладавања болести са клиничким карактеристикама

У нашем истраживању показано је да са *дужином лечења* расте и склоност ка безнадежности, болест се перципира као више угрожавајућа и формира се негативнија слика телесног изгледа. Такође, жене бивају мање склоне коришћењу адаптивних механизма превладавања. У неким претходним истраживањима показано је да велики број пацијената буде у стању дистреса након постављања дијагнозе, али оно што је специфично за оболеле од карцинома дојке јесте да они у већој мери показује стресне реакције у почетним, активним фазама лечења у поређењу са оболелима од других карцинома, на пример карцинома простате (141). Како лечење одмиче особа остварује контакте са другим оболелим женама и ствара емоционално обојене односе са њима. Неке од других пацијенткиња са којима жене оболеле од карцинома деле болничке дане у току тог периода премину, дијагностикују им се метастатске промене или бивају премештене у одељења интензивне неге због разних компликација примарне болести, што код жена које то посматрају може довести до споменутог, негативнијег доживљаја болести и већег осећај безнадежности и беспомоћности. Очекивано је и да се став блиских људи, потенцијално и здравственог особља, мења када болест траје дуго, што код пацијенткиња може само појачати доживљај унутрашњег немира. Могуће је да окружење оболеле особе након дужег лечења теже проналази праве речи утехе и подршке, а вероватно и сами пролазе кроз различита непријатна емоционална стања и узнемиреност што их онемогућава да одрже топао и подржавајући однос са својим оболелим чланом.

Такође, незанемарљив број пацијенткиња показује већи степен дистреса и појачане напетости након што се лечење заврши, а услед изостанка редовних контрола и лекарских прегледа које су им, иако захтевне, представљале извор осећаја сигурности и заштићености (142). Претпоставка је да са дужином лечења расте и степен емоционалне и физичке исцрпљености особе, слаби толеранција неизвесности коју болест са собом носи и особи бива теже да се избори са изазовима свакодневнице и последицама болести. Није необично и зашто многи аутори сматрају да је посебно важан тренутак у процесу излечења и психолошких последица везаних за тај тренутак, управо тренутак званичног завршетка третмана. Картер је још деведесетих година прошлог века спровео квалитативну студију у којој је пратио и анализирао свакодневни живот и искуства двадесетак жена које су завршиле третман и медицинске процедуре након откривања рака (143). Управо су те пацијенткиње указале да је крај третмана представљао један од најбитнијих момената у целокупном процесу,

јер су се након њега враћале на пут који су прешле од постављања дијагнозе до краја третмана. У том тренутку особа поново размишља о начину на који је интерпретирала и разумела дијагнозу, како се носила са идејом о сопственој смртности, како је постављала изнова животне приоритете, и како се мотивисала да настави даље током процеса који је могао трајати, или је трајао, и годинама. Управо како би пронашле смисао у својој болести неке жене се управо у овом моменту одлуче за формирање или прикључивање групама подршке за жене оболеле од карцинома дојке.

Потом, показано је да пацијенткиње које имају *метастазе* у мањој мери користе адаптивне механизме превладавања. Узнапредовали типови карцинома поред постојећих метастаза подразумевају и бројне друге симптоме попут различитих врста болова и других непријатних сензација (144). Женама је тешко утврдити да ли су неке од ових тегоба последица њихове примарне болести, дијагностикованих метастатских промена или резултат појачане напетости која се такође може испољити кроз сличне симптоме, попут умора, малаксалости или болова. Ови и други симптоми болести особи отежавају свакодневно функционисање и додатно појачавају унутрашњи немир присутан и услед саме дијагнозе и третмана. Присуство метастаза често захтева додатна лечења, некада и оперативне захтеве, учестале контролне прегледе код различитих лекара специјалиста, што за оболеле жене представља нови извор стреса и оптерећења. Сама спознаја да болест није везана само за орган дојке, већ погађа и друге делове тела пацијенткиње код њих може бити довољна да почну своју болест доживљавати на другачији начин и да јој другачије и приступе, са мање наде и позитивних очекивања. С тим у вези, не чуди податак да су жене које имају метастатске промене мање склоне коришћењу адаптивних и активних механизма превладавања болести.

Такође, наше истраживање је показало да су жене код којих је до тренутка спровођења истраживања примењивана *хемиотерапија* као вид лечења, више склоне маладаптивним механизмима превладавања болести. Као честа нежељена дејства хемиотерапије у првих шест месеци лечења јављају се вртоглавица, бол у мишићима, неурокогнитивна дисфункција и неуропатија, док се као честе хроничне или закаснеле последице издвајају кардиомиопатија, рана менопауза, стерилитет и бројни проблеми у психосоцијалном функционисању особе и шест месеци или дуже након лечења (145). Све ове непријатности кроз које особа пролази уз захтевно лечење и промену свакодневнице могу утицати на начин на који ће приступити самом лечењу и развити одговарајуће механизме превладавања болести и њених последица. Даље, споменуте нуспојаве хемиотерапије од великог су утицаја на психосоцијално функционисање особе, могу утицати на смањену функционалност и покретљивост, и могу бити (погрешно) протумачене као знак додатно нарушеног здравственог стања или компликација примарне болести што код жена може појачати већ постојећу забринутост. Само редовни лекарски прегледи и поверење у ординирајућег лекара и његов став могу тачно дефинисати различите симптоме болести и самим тим помоћи жени да се на прави начин са њима носи.

Повезаност главних варијабли

У даљем раду, спровођењем додатних статистичких анализа, покушали смо да утврдимо да ли постоји повезаност између три главне варијабле у

истраживању, конкретно степена у ком пацијенткиње болест опажају као угрожавајућу, односно претећу, начина на који опажају свој телесни изглед, и изражености различитих механизма превладавања болести (прецизније, склоности ка адаптивним, односно маладаптивним механизмима).

Незанемарљив број претходних истраживања бавио се испитивањем повезаности између перцепције болести и квалитета живота, а једно такво показало је да оне пацијенткиње са карциномом дојке које показују висок ниво прихватања своје болести, имају оптимистични став и позитиван доживљај своје болести, имају и бољи квалитет живота и психосоцијалног функционисања у свим животним доменима (146). Наше истраживање је отишло корак даље у покушају да објасни специфичније психосоцијалне факторе који су од значаја за функционисање оболелих жена и њихово благостање и стога се додатно бавило испитивањем и процене промењеног телесног изгледа и механизма превладавања којима жене претежно прибегавају. Уколико анализирамо повезаност између претходно наведених варијабли уочава се, за почетак, висока повезаност између доживљаја болести као претеће, односно угрожавајуће, и маладаптивних механизма превладавања болести. Дакле, што више испитанице доживљавају своју болест као угрожавајућу, пре него да је посматрају као један изазов који могу савладати или резултат животних околности и судбине, у већој мери прибегавају и маладаптивним механизмима превладавања болести. То је додатно спецификовано додатним анализама које смо спровели, а које показују да са порастом доживљаја болести као претеће расте склоност ка прибегавању конкретно безнадежности и анксиозној преокупацији као маладаптивним механизмима, а слаби тенденција ка изградњи и очувању борбеног духа.

Говорећи о димензијама перцепције болести, показано је да су очекиване последице болести значајно повезане са склоношћу ка анксиозној преокупацији и маладаптивним механизмима превладавања, односно да жене које осећају висок степен уписа њихове болести у различите домene свакодневног функционисања пре прибегавају маладаптивним механизмима превладавања, конкретно анксиозној преокупацији као једном од начина маладаптивног превладавања. Жене које очекују да ће њихова болест имати веће последице по њихов живот могу у старту учврстити ово своје уверење и стога помирљиво и немотивисано приступити лечењу неочекујући позитиван исход.

Више различитих студија показало је да пацијенткиње са карциномом дојке осећају висок ниво анксиозности пре хемиотерапије и да се израженост анксиозне симптоматологије умањује шест месеци након завршене хемиотерапије, али резултати једне студије показали су да је и након шест месеци од завршене хемиотерапије ниво анксиозности које осећају оболеле жене виши него код здравих жена (147), те да се осећај немира и напетости код жена које су искусиле карцином дојке константно одржава на одређеном нивоу. Као једини статистички значајан предиктор анксиозности у споменутом истраживању издвојио се осећај умора, док се стадијум болести, изложеност различитим третманима или социо-демографске карактеристике нису показале значајним (147). Здрава жена умор који осећа може објаснити бројним свакодневним факторима којима је изложена и вероватно га неће тумачити као угрожавајући, али жена која је већ једном осећај умора и малаксалости јасно довела у везу са својим нарушеним здравственим стањем ће пре исти осећај

посматрати као озбиљнији знак своје болести и као један претећи симптом. Толерисање неизвесности и бројних свакодневних соматских тегоба вероватно је један од најтежих задатака са којима се оболеле жене морају научити носити.

Такође, маладаптивним механизмима превладавања су више склоне жене које своју болест опажају као дуготрајнију, а код ове групе оболелих жена је и више нарушена слика телесног изгледа. Осећај изражености различитих симптома болести повезан је са доживљајем телесног изгледа, те што је већи доживљај симптома болести то је и веће незадовољство телесним изгледом. Не постоји јасан разлог због ког је очекивање да ће болест дуже трајати повезано са већим незадовољством телесним изгледом, али претпоставка је да се жене које очекују да ће болест бити дуготрајна препуштају уверењу да ће, самим тим, болест загосподарити њиховим животом и развијају у старту осећај беспомоћности који им отежава да промене перспективу и изграде позитивнији став по питању разних параметара доживљаја себе, па и доживљаја свог телесног изгледа и својих могућности. Могуће је да у основи ове повезаности лежи често истраживани концепт научене беспомоћности или пак одређене карактеристике личности које утичу на доживљај себе и спремност за суочавање са животним препрекама. Као што смо већ поменули у уводним деловима рада, склоност ка безнадежности је повезана са начином на који особа опажа своју болест, тачније са степеном у ком је доживљава угрожавајућу по себе (77). Уколико особа у старту почне болест посматрати као нешто веће од себе саме, овакав доживљај болести може само додатно претити да угрози њен приступ болести и лечењу. Уколико је ипак настоји посматрати само као један део себе и свог живота себи ће деловати моћније и спремније да се са њом избори.

Забринутост поводом болести и друге емоционалне последице болести значајно су повезане са маладаптивним механизмима превладавања болести, а нарочито са прибегавањем анксиозној преокупацији као једном од маладаптивних стратегија. Дакле, уколико особа дозволи да је дијагноза карцинома дијагнозе емоционално хендикепира, преузме контролу над њеним емоционалним стањем, у великој мери ће тиме дозволити да болест преузме контролу и над целим њеним животом. Биће мање мотивисана да се бори са последицама болести и неће успети да болест посматра као прилику да ојача своје емоционалне и физичке капацитете. Овај резултат додатно наглашава споменућу потребу за укључивањем помагачких професија, психолога и психотерапеута у процес лечења од момента постављања дијагнозе како би се, пре свега, клиничким интервјуом и батеријом психолошких тестова направила адекватна психолошка процена оболелих жена, а потом и започео одговарајући психотерапијски процес.

Предвиђање изражености механизма превладавања болести

Након што је утврђено постојање повезаности између одређених варијабли у овом истраживању, као и потенцијална веза са неким од контролних варијабли (клиничким и социо-демографским одликама пацијенткиња), приступили смо утврђивању да ли и који од испитиваних фактора статистички значајно предвиђају израженост механизма превладавања болести.

С тим у вези, а узимајући у обзир да је показана повезаност између

маладаптивних механизма превладавања и доживљаја болести, спроведене су анализе са циљем утврђивања могућег предиктивног утицаја доживљаја болести и процене телесног изгледа на механизме превладавања којима ће се оболела особа користити. Показано је да доживљај болести као угрожавајуће, као и незадовољство телесним изгледом у великој мери предвиђају склоност оболелих жена ка коришћењу *маладаптивних механизма превладавања болести*, при чему се *доживљај болести* издвојио као значајнији предиктор, док је њега значајно предвиђала перцепција слике сопственог тела.

Дакле, жене које своју болест посматрају као угрожавајућу у већем су ризику да развију маладаптивне механизме превладавања болести. Додатним анализама потврђено је да су ове жене више склоне безнадежности и анксиозној преокупацији као *конкретним начинима суочавања са болешћу*, што је оригиналним упитником обухваћено као пример маладаптивног превладавања. Као што је претходно наведено, перцепција болести у неким претходним истраживањима у великој мери је у вези са квалитетом живота оболелих особа (146), али значајан утицај остварују и механизми превладавања болести које особа користи. Штавише, у претходним истраживањима показано је да се активни стил превладавања, који од особа захева емоционално и физичко ангажовање, тражење емоционалне подршке и когнитивно избегавање као један пасивнији, али, чини се, адаптивни, метод суочавања са болешћу издвајају као фактори који су значајно повезани са повишеним благостањем и пост-трауматским напретком код оболелих од карцинома дојке (148). У светлу резултата нашег истраживања потребно је размислити о могућој медијаторској улози механизма превладавања кад је реч о повезаности између доживљаја болести као претеће и нарушеног квалитета живота оболелих жена. Ово свакако остаје тема за разматрање у наредним истраживањима.

Потом, у нашем истраживању показано је да постоји умерена до висока повезаност између доживљаја болести као угрожавајуће и обесхрабрености поводом промењеног телесног изгледа, односно да особе које у већој мери своју болест посматрају као претећу, такође у већој мери осећају незадовољство својим измењеним телесним изгледом. Такође, забележена је и умерена повезаност између маладаптивних механизма превладавања и обесхрабрености поводом телесног изгледа, чиме се наглашава да особе које у већој мери прибегавају маладаптивним механизмима превладавања такође више бивају емоционално погођене променама у свом изгледу. Ови резултати указују на утицај који промене у телесном изгледу могу оставити по целокупно функционисање особе, што указује на то да је потребно да се чланови мултидисциплинарних тимова здравствених установа фокусирају и на начин на који оболела жена доживљава своје тело и промене које су настале након примењене хируршке интервенције. Такође, овакви подаци наглашавају значај психоедукације читаве популације а у циљу прихватања телесних промена оболелих жена и смањивања стигматизације.

У самом процесу истраживања примећена је потреба да се направи разлика у примени даљих статистичких анализа обзиром на тип хируршке интервенције, односно у зависности од тога да ли је примењена мастектомија, као радикална хируршка интервенција, или је примењена поштедна операција дојке, што ће детаљније бити представљено у наставку текста.

По спровођењу завршних анализа и формирања финалног модела предвиђања механизма превладавања болести код жена оболелих од карцинома дојке код којих је спроведена *мастектомија*, добијени резултати показали су да перцепција болести у значајној мери предвиђа маладаптивне механизме превладавања, али и да је перцепција болести под значајним утицајем доживљаја телесног изгледа. Тачније, уколико оболела особа своју болест посматра најпре као угрожавајућу више ће бити склона маладаптивним механизмима превладавања болести. Као што је претходно споменуто, перцепција болести подразумева начин на који пацијенти доживљавају своју болест, односно представу болести коју формирају након што размотре сва професионална мишљења која добију, своја лична искуства из прошлости, туђа искуства, мишљења чланова породице и других оболелих. Када пацијенти осећају да немају довољно контроле над својом болешћу они пре развијају уверење о озбиљнијим последицама своје болести, посматрају је као нешто неизвесно и непознато, што потом неретко доводи до нередовног придржавања саветованог лечења и изградње негативног става који је од утицаја на даљи ток лечења (149).

Хронична болест, као и сваки животни изазов, може се посматрати на више различитих начина, а у зависности од више различитих животних фактора и карактеристика особе. Благостање оболеле особе, њен квалитет живота и њена свакодневница ће у многоме зависити од тога да ли ће особа своју болест посматрати као препреку за обављање редовних, жељених активности, као казну за нешто што је учинила, као нешто за шта је одговорна она сама или неко други, нешто на шта може утицати у мањој или већој мери или се не може утицати уопште, или ће болест доживљавати као изазов на путу остварења својих циљева, последицу судбинских околности коју може прихватити и настојати да живи задовољно и без обзира на њу. Какво ће уверење особа изградити засигурно зависи од много фактора, како личних тако и културолошких карактеристика, те обзиром да ће од самог уверења зависити квалитет њене свакодневнице и менталног благостања, свакако је битно додатно истражити концепт перцепције болести.

Управо имајући у виду значај перцепције болести, додатно смо се позабавили овим концептом, те је нашим истраживањем показано да се нарушена слика тела издвојила као фактор који у значајној мери предвиђа посматрање властите болести као претње, и то најпре у групи жена које су биле подвргнуте мастектомији. Малигне болести, поред озбиљности саме природе стања, са собом носе бремене нарушеног физичког изгледа, без обзира о ком је типу карцинома реч. Болест, терапије, различите инфекције којима су особе компромитованог имуног система склоне стварају значајне промене у изгледу оболеле особе. Долази до варијација у телесној тежини особе, губитка косе, бледог тена, а оболеле особе често свом окружењу делују малаксало и уморно. Штавише, показано је да женским особама оболелим од карцинома, а нарочито млађим женским особама, губитак косе представља највећи проблем поред мучнина и повраћања (150).

Жене оболеле од карцинома дојке пролазе кроз додатне промене у свом телесном изгледу обзиром да бивају подвргнуте хируршкој интервенцији којом се отклања део дојке или цела дојка, а некада и обе. Како груди и коса у различитим културама симболизују женственост и сексуалност, оболеле жене развијају осећај да им болест, кроз своје симптоме или пратеће терапије, исте

те особине ускраћује. Имајући у виду осећај физичке, али и емоционалне, хендикепираности који жена може имати због свих промена у свом телесном изгледу, не чуди податак да овакав доживљај тела доводи до перцепције болести као више угрожавајуће и претеће. Жене почињу болест да посматрају као нешто што их не угрожава само здравствено и физички, сексуално, већ и емоционално, као нешто што утиче на начин на који ће себе у целости доживљавати, али и очекивања која ће имати када је доживљај других у питању. Болест постаје нешто што их обликује и призма кроз коју почињу посматрати себе. Код пацијенткиња које бивају подвргнуте мастектомији овакав утицај перцепције болести на склоност маладаптивним механизмима превладавања је управо зато знатно израженији, као и утицај нарушене слике тела на перцепцију болести као угрожавајуће.

Као значајни фактори ризика за постојање нарушене слике тела у нашем истраживању у групи жена код којих је извршена мастектомија издвојили су се стадијум болести, конкретно, први и други стадијум, и одређени тип терапије, тачније хемиотерапија. Већ је наведено да хемиотерапија може имати значајна нежељена дејства, нарочито она која су приметна у физичком изгледу жена независно од промена које се јављају као последице хируршких интервенција. Претпоставка је да су жене чија је болест дијагностикована у првом или другом стадијуму ослобођене тежих симптома болести, те су и радно и социјално активније, самим тим и више изложене погледима других што може повећавати дистрес поводом нарушеног телесног изгледа. Такође, очекивано је да ова група жена у мањој мери осећа физичке симптоме болести, те се више фокусира на неке аспекте свог телесног изгледа. Свакако ова повезаност заслужује опсежнија истраживања у будућности.

Обзиром да се у одређеном броју случајева, када за то постоје могућности, пацијенткиње могу и саме изјаснити о типу хируршке интервенције којој желе бити подвргнуте у циљу излечења јавља се потреба и за додатним испитивањем фактора који могу бити од утицаја на доношење ове одлуке. У неким, до сада примењеним студијама бележи се да су од значаја следећи фактори: узраст пацијенткиње, степен туморске промене коју је могуће физички опипати и тражење мишљења од стране више стручњака (151). Свакако пожељно је испитати да ли су од утицаја и неке карактеристике личности оболелих жена или културолошки миље у ком жена живи, чиме би било могуће објаснити и резултате које смо ми добили, нарочито када се узме у обзир разлика која је добијена између групе жена код којих је извршена мастектомија, као радикална интервенција, у односу на оне код којих је спроведена поштедна операција дојке.

Када је реч о другој групи, односно групи жена код којих је примењена *поштедна операција*, такође је потврђен утицај перцепције болести као угрожавајуће на склоност ка маладаптивним механизмима превладавања болести, иако је у овој групи мања моћ предвиђања маладаптивних механизма на основу негативне перцепције болести. И у овој групи показано је да су испитанице које су имале нарушену слику свог телесног изгледа више биле склоне да своју болест опажају као угрожавајућу, иако је ова повезаност слабија него код жених код којих је била спроведена мастектомија. Од значаја за перцепцију телесног изгледа у групи жена које су биле подвргнуте поштедној операцији дојке издвојили су се постојање лимфедема и узраст. Тачније, оне жене које имају лимфедем и које су млађег узраста су имале више

нарушену слику тела која је потом утицала и на посматрање болести као више угрожавајуће. Сама повезаност између постојања лимфедема и нарушене слике тела није недвосмислено потврђена у досадашњој литератури, те прегледом постојећих радова увиђа се да постоје истраживања где се постојање ове везе негира, а потврђује повезаност између, примера ради, повишеног дистреса поводом нарушене сексуалности и постојања лимфедема (132).

Такође, као што је претходно примећено, у нашем истраживању, у групи жена код којих је извршена мастектомија није показан значајан утицај постојања лимфедема на неки од главних фактора. Једна претпоставка је да су оне жене које реферишу постојање лимфедема, а којима је учињена радикална операција дојке, у већој мери окупиране непријатним телесним сензацијама поводом истог (трњење или бол у руци, одсуство сензација) него што су фокусиране на последице које исто може оставити по њихов изглед. Такође, друга могућност је да сама мастектомија у далеко већој мери нарушава доживљај телесног изгледа погођених жена обзиром да доводи до драстичнијих промена, те је утицај лимфедема на доживљај слике тела занемарљив у односу на промене за које је мастектомија одговорна. Из истог разлога, могуће је да је утицај лимфедема на доживљај телесног изгледа већи у групи жена код којих је спроведена поштедна операција дојке, управо из разлога што није дошло до потпуног уклањања дојке и самим тим постоји већи фокус и на друге аспекте тела и телесног изгледа осим саме дојке и начињеног ожиљка.

ЗАКЉУЧАК

Ова студија спроведена је на узорку жена оболелих од карцинома дојке, након спроведене хируршке интервенције у некој од фаза њиховог лечења у Центру за онкологију и радиологију Универзитетског клиничког центра у Крагујевцу. Добијени резултати указали су да испитиване жене показују просечан степен опажања болести као угрожавајуће, односно претеће, што значи да су у мањој мери у могућности да увиде потенцијалне позитивне начине изласка из болести, нпр. да је посматрају као животни изазов са којим се могу изборити и који их може ојачати. Такође, показују висок степен забринутости и у великој мери доживљавају и друге емоционалне последице болести.

Када је реч о постављеним хипотезама у нашем истраживању оне су махом потврђене и то:

- Прва хипотеза је била претпоставка да ће најзаступљенији специфични механизми превладавања болести и њених последица идентификовани у нашем узорку бити борбеност и препуштање судбини и она је делимично потврђена. Борбеност се издвојила као најзаступљенији механизам превладавања, док је следећа по учесталости издвојена стратегија когнитивног избегавања, а потом препуштање судбини као начин суочавања са болешћу и њеним последицама.
- Потврђена је друга хипотеза о повезаности негативног доживљаја болести и изражености маладаптивних механизма превладавања обзиром да је показано да постоји висока позитивна корелација између те две испитиване варијабле.
- Потврђена је трећа хипотеза која се тиче повезаности између обесхрабрености поводом телесног изгледа и учесталијег прибегавања маладаптивним механизмима превладавања имајући у виду да је добијена умерена позитивна корелација између те две варијабле.
- На крају, показано је да постоји повезаност између одређених социо-демографских и клиничких карактеристика са главним варијаблама, с тим што је показана повезаност између социо-демографских и клиничких карактеристика са маладаптивним механизмима превладавања, док је код адаптивних она далеко мања и ређа.

Највећи број пацијенткиња стрес сматра главним фактором ризика за своју болест, стављајући га испред генетских предиспозиција или неких спољашњих фактора. У опису које су неке од испитиваних жена дале стиче се утисак да под стресом подразумевају ујурбан начин живота, преоптерећеност свакодневним обавезама и бригама, повишен осећај одговорности за чланове своје породице по цену бриге о себи. Ипак, утешно је споменути да оболеле жене у мањем степену осећају обесхрабреност поводом свог телесног изгледа. Важно је поменути на овом месту да позитивна и негативна осећања поводом слике сопственог тела могу коегзистирати у истом тренутку (нарочито ако се у исто време размишља и о изгледу и о функционалности тела), па жена може имати генерално позитивна осећања поведом свог тела, али имати и негативну слику дела тела, или самог ожиљка који има (152).

Негативнија слика тела више је изражена код жена којима је болест дијагностикована у првом и другом стадијуму болести, које имају лимфедем, оних које су биле подвргнуте мастектомији и хемиотерапији као виду лечења. Појава лимфедема, последице мастектомије и хемиотерапије у великој мери нарушавају физички изглед жене и доводе до промена које су и објективно присутне, што их чини изложенијим погледима и процени, а што може само појачати осећај незадовољства и несигурност коју жене највероватније осећају. На крају, испитиване жене претежно прибегавају адаптивним механизмима превладавања, дакле оним који повећавају вероватноћу квалитетнијег живота и свакодневнице. Показано је да са дужином лечења опада склоност ка коришћењу адаптивних механизма превладавања, односно да жене које се дужи временски период боре са карциномом дојке мање показују борбени дух, док ће пре развити беспомоћни став или склоност анксиозној преокупацији. Донекле, претпоставка је да их само трајање болести емоционално исцрпи и ослаби њихову борбеност. Такође сличан ће стил превладавања показати жене код којих је болест раширена и по другим органима, односно које имају утврђене метастатске промене и оне које су прошле кроз процес хемиотерапије. Ово се објашњава последицама хемиотерапије у виду појачаног осећаја умора и малаксалости, али и негативних уверења поводом болести које жена формира када добије информацију о постојању метастаза. Оне жене које показују већи степен емоционалних последица болести, нарочито забринутости, такође су више склоне маладаптивним механизмима превладавања болести.

Када је реч о утврђивању предиктивне моћи варијабли које смо истраживали, показано је да негативна перцепција болести и незадовољство телесним изгледом у значајној мери предвиђају склоност маладаптивним механизмима превладавања. Жене које своју болест посматрају најпре као угрожавајућу и које показују већи степен незадовољства променама у свом физичком изгледу у већој мери прибегавају маладаптивним механизмима превладавања, као што су безнадежност или анксиозна преокупација. Нарочито је приметан директан утицај негативне перцепције болести на механизме превладавања код жена које су биле подвргнуте радикалној хируршкој интервенцији, односно мастектомији, иако је ова повезаност под утицајем доживљаја телесног изгледа. Код жена код којих је спроведена поштедна операција дојке такође је потврђен утицај негативне перцепције болести на склоност маладаптивним механизмима превладавања, али је показана мања моћ предвиђања. Од нарочитог значаја по нарушену слику тела код жена код којих је спроведена поштедна операција дојке издвојили су се постојање лимфедема и млађи узраст пацијенткиња. Овако нарушена слика тела утиче на посматрање болести као више угрожавајуће што потом утиче на већу вероватноћу коришћења маладаптивних механизма превладавања.

Иако су два наведена модела јако слична, оно што из издваја је већи проценат објашњене варијансе код модела у групи пацијенткиња које су биле подвргнуте мастектомији. Тип хируршке интервенције очигледно има велики утицај на перцепцију саме болести, слику тела, а на крају и реакције на болест и лечење. Оне радикалније, које значајно мењају тело пацијенткиње, могу довести и до веће анксиозности и проблема са доживљајем сопствене сексуалности и женствености (90). Не само то, ове промене често остају током времена и тиме постају константни подсетник за жену да је њена слика тела

трајно промењена. У том смислу, неопходно је да се посебна пажња усмери на психолошке интервенције код жена које су биле подвргнуте мастектомији. Ако је, и када је могуће, било би можда корисно понудити пацијенткињама реконструктивну интервенцију на грудима, како би се умањила потенцијална дисторзија у начину како опајају своје тело.

Ограничења студије

За крај закључка, требало би указати на потенцијална ограничења ове студије, али и њен значај, односно правце даљег истраживачког и практичног рада.

Од ограничења, на првом месту треба навести нека од оних која су типична за већину психолошких истраживања данас. Истраживање је спроведено применом упитника само-процене чиме се потенцијално може умањити објективност добијених података услед субјективне процене самих пацијенткиња. Из тог разлога би било пожељно добити информације и од чланова породице, партнера или других блиских особа о доживљају који они имају о начину на који се оболеле жене носе са последицама болести и третмана.

Наше истраживање није укључило испитивање психолошког профила пацијенткиња, што је могао бити фактор од утицаја на испитиване варијбле, те то свакако остаје као потенцијални задатак за наредна истраживања која ће се бавити сличном проблематиком. И аутори теоријског модела који смо користили у овом истраживању наглашавају да досадашња истраживања нису много испитивала индивидуалне разлике и персоналне карактеристике као медијаторе или предикторе механизма превладавања и квалитета живота пацијенткиња оболелих од карцинома дојке (153). У неким од ових студија прилагођавање болести је повезано са стиловима везивања, где су слабије способности прилагођавања биле израженије код несигурних пацијенткиња, што је последично доводило и до непридржавања медицинским третманима и нижем поверењу у медицински тим (154). У другој студији, примера ради, два главна конструкта која се налазе у основи Типа-Д личности, социјална инхибиција и негативна афективност, била су повезана са применом маладаптивних стратегија превладавања (155).

Такође, битно је узети у обзир да су испитиване жене тестиране у току активног лечења, те остаје могућност да су добијени резултати једним делом последица и њиховог тренутног соматског стања и тегоба које осећају. Истраживање је спровођено у периоду од 2021. до 2023. године у време пандемије Коронавируса што је могло утицати на начин на који жене доживљавају своју болест, целокупни соматски статус, али и своје капацитете за ношење са дијагнозом.

Коначно, дизајн студије је студија пресека, која испитује одређене процесе у једном тренутку у времену, тако да добијене резултате и предиктивну моћ модела треба посматрати статистички, кроз концепте вероватноће, а не као потврду стварне узрочно- последичне везе. То би се могло утврдити тек даљим експерименталним или лонгитудиналним истраживањима, што у правом смислу тог концепта није практично могуће у случају болести.

Импликације за будућа истраживања

Од праваца будућих истраживања и смерница за њих, првих неколико препорука смо већ поменули, а то је укључити испитивање значајних других и истражити њихов став о механизмима превладавања оболелих жена, као и њиховог доживљаја болести, али испитати и начин на који болест њима блиске особе утиче на њих и на природу динамике њиховог односа. Такође, било би значајно истражити начин на који пацијенткиње доживљавају своју болест након завршеног лечења, као и њихову склоност ка одређеним механизмима превладавања у сусрету са различитим животним изазовима и тешкоћама након лечења. Потом, пожељно је поново применити упитник који се бави проценом задовољства телесним изгледом код оних жена које се одлуче за хируршку реконструкцију дојке и направити поређење са узорком жена које не одаберу импланте након извршене операције у циљу излечења. Обзиром да је показано да стресан начин живота, према мишљењу наших испитаница, доводи до већег ризика за јављање карцинома дојке, пожељно је детаљније испитати који стил живота се сматра најризичнијим, а у циљу психоедукације здраве популације.

Модел који смо користили као теоријску основу у овом истраживању претпоставља и утицај персоналних фактора (153). Као што смо већ поменули, наше истраживање није укључило испитивање психолошког профила пацијенткиња, што свакако остаје као потенцијални задатак за наредна истраживања која ће се бавити сличном проблематиком. Било би пожељно даље спровести истраживање о потенцијалној повезаности одређених црта личности и примени стратегија превладавања болести, јер би било важно, већ у почетку процеса лечења, одабрати одговарајуће психолошке технике за рад са пацијенткињама, који би могле утицати на то да оне чешће примењују функционалне психолошке стратегије изласка на крај са последицама болести, како оним физичким, тако и психолошким.

Још један фактор се често помиње у сличним анализама као потенцијална веза са тенденцијом да се примењују одређени стилови превладавања, а то је социјална подршка (156). Осим питања о брачном статусу, броју деце и слично, ми у овој студији нисмо испитивали концепт породичне, партнерске нити шире социјалне подршке, што би такође могао бити задатак будућих истраживања. Наиме, студије су показале да је подршка породице, пријатеља и партнера повезана са борбеним духом (157), тако да би вредело испитати да ли и ова варијабла има медијаторску улогу у процесу превладавања болести.

У контексту социјалних фактора, крос-културне студије су истакле и важност културолошких чинилаца. На пример, пацијенткиње у Јапану су се ређе одлучивале да пријаве неки проблем у вези са њиховом болешћу или проблем током лечења, него што су то биле пацијенткиње у Холандији (158). Нижи нивои незадовољства сликом тела, које су пацијенткиње пријавиле током наше студије, упркос реалним променама на њиховом телу, могли би у културном контексту бити и последица стигматизације оболелих од канцера, која је и даље присутна у извесној мери на овим просторима. У срединама где влада слаба едукација у вези са психолошким аспектима болести, али и прихватања особа које се боре са било којим видом хроничне болести или поремећаја, особе које пате од болести могу наићи на избегавање од стране социјалне околине. То може довести и до порицања и потискивања, или прикривања симптома и промена како би се саме заштитиле од потенцијалних негативних реакција средине.

Практичне импликације истраживања

Наше истраживање показало је да начин на који оболеле жене посматрају своју болест и незадовољство својим телесним изгледом које осећају утиче на механизме превладавања болести, нарочито на узорку жена код којих је извршена мастектомија, и пре свега на тенденцију ка маладаптивним механизмима превладавања болести. Имајући у виду значај механизма превладавања, утицај који имају на свеобухватно функционисање оболелих жена и њихов квалитет живота, јавља се потреба за укључивањем психолога и психотерапеута у процес лечења од тренутка постављања дијагнозе како би се пацијенткиње подстакле на изградњу здравог приступа својој болести, научиле да посматрају и препознају и неке аспекте своје болести који могу имати позитивну улогу у борби и превладавању. Препознавање улоге психолога у процесу излечења и опоравка оболелих жена у многоструком би утицало и на формирање позитивног трансфера између онколога и пацијенткиња и пружило им одговор на бројна питања која се отварају у току лечења, а на која наука и медицина тренутно немају одговоре. У том контексту, као један од препоручених делова, свакако би требало користити концептуални модел за вођење разговора са онколошким болесницима у вези са сликом тела коју формирају, а који је објашњен у уводним деловима рада. Као што је већ речено, ова стратегија подстиче пацијенте на дискусију поводом њихове забринутости телесним изгледом, учесталости и врстама последица болести по слику тела, и специфичних брига о изгледу и функционалности тела, чиме се омогућава идентификација емоционалних тешкоћа и проблематичних понашања у вези са овим бригама и оставља слобода пацијентима да о њима отворено говоре.

С обзиром да се начин како пацијенткиње перципирају болест показао повезаним са избегавањем одређених типова третмана и лечења (85), а да су наши резултати показали повезаност перцепције болести са механизмима превладавања с једне, а са сликом тела с друге стране, несумњиво се може нагласити потреба за посебним фокусом лекара и клиничких психолога на процену потенцијалног незадовољства сликом тела код пацијенткиња како би се правовремено могло утицати на побољшање здравља и благостања оболелих жена. Узимајући у обзир ово, било би пожељно да се психолог укључи у опоравак жена од самог почетка, пре свега у процес припрема пацијенткиња на потенцијалне промене у физичком изгледу и последично психолошким реакцијама на то. Ако се јави дисфункција у сексуалном функционисању, као последица незадовољства физичким изгледом, може се саветовати и партнерско саветовање у коме би се укључили и партнери који би помогли жени у прихватању насталих промена, али их и они прихватили. У сваком тренутку опоравка, битно је оснаживати жене да се фокусирају на своје снаге и здраве ресурсе. У том контексту би било могуће, у сарадњи са женама које су имале слична искуства, а показале спремност да примењују адаптивне механизме превладавања болести, организовати групе подршке.

Додатна истраживања на тему ризикофактора у виду стреса или неуредних животних навика потпомогла би формирање психолошких интервенција у здравој популацији, али и популацији жена које су можда под већим ризиком услед постојања генетске предиспозиције. Један од циљева овог истраживања јесте и формирање брошура које би болесницама биле доступне у току њиховог лечења са кратким смерницама за оболеле жене у виду потенцијалних техника релаксације, подстицања самопоуздања и

формирања целовите слике себе без обзира на промене које су резултат њихове болести и лечења. На крају, главни циљ целокупног истраживања јесте акцентовање потребе за пружањем емоционалне и психолошке помоћи оболелим женама и њиховим породицама, а са циљем да се на путу свог излечења не осећају беспомоћно и усамљено.

ЛИТЕРАТУРА

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). The Global Initiative for Cancer Registry Development. IARC; 2023. Accessed January 28, 2024. <https://gicr.iarc.who.int/>
2. Gersten O, Wilmoth JR. The cancer transition in Japan since 1951. *Demogr Res.* 2002;7:271-306.
3. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63.
4. Ahmad A. Breast Cancer Statistics: Recent Trends. *Adv Exp Med Biol.* 2019;1152:1-7.
5. Smith D, Thomson K, Bambra C, Todd A. The breast cancer paradox: a systematic review of the association between area-level deprivation and breast cancer screening uptake in Europe. *Cancer Epidemiol.* 2019;60:77-85.
6. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, Zackrisson S, Senkus E. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019;30(8):1194-220.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A (2018). Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* 68(1):7–30.
8. Регистар за рак у Републици Србији. Малигни тумори у Републици Србији. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Београд, 2021.
9. Giordano SH. Breast cancer in men. *N Eng J Med.* 2018;378(24):2311-20.
10. Yedjou CG, Tchounwou PB, Payton M, Miele L, Fonseca DD, Lowe L, Alo RA. Assessing the racial and ethnic disparities in breast cancer mortality in the United States. *Int J Environ Res Publ Health.* 2017;14:486.
11. Opdahl S, Alsaker MD, Jansky I, Romundstad PR, Vatten LJ. Joint effects of nulliparity and other breast cancer risk factors. *Br J Cancer.* 2011;105:731–36.
12. Nazari SS, Mukherjee P. An overview of mammographic density and its association with breast cancer. *Breast Cancer.* 2018;25(3):259-67.
13. Henderson TO, Amsterdam A, Bhatia S, Hudson MM, Meadows AT, Neglia JP et al. Systematic review: surveillance for breast cancer in women treated with chest radiation for childhood, adolescent, or young adult cancer. *Ann Intern Med* 2010; 152(7):444.
14. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;165(1):193-200.
15. Armstrong N, Ryder S, Forbes C, Ross J, Quek RG. A systematic review of the international prevalence of BRCA mutation in breast cancer. *Clin Epidemiol.* 2019;11:543.

16. Gaudet MM, Gierach GL, Carter BD, Luo J, Milne RL, Weiderpass E, Giles GG, Tamimi RM, Eliassen AH, Rosner B, Wolk A. Pooled analysis of nine cohorts reveals breast cancer risk factors by tumor molecular subtype. *Cancer Res.* 2018;78(20):6011- 21.
17. Unar-Munguía M, Torres-Mejia G, Colchero MA, Gonzalez de Cosio T. Breastfeeding mode and risk of breast cancer: a dose–response meta-analysis. *J Hum Lact.* 2017;33(2):422-34.
18. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta- analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet.* 2019;394(10204):1159-68.
19. Seiler A, Chen MA, Brown RL, Fagundes CP. Obesity, dietary factors, nutrition, and breast cancer risk. *Curr Breast Cancer Rep.* 2018;10(1):14-27.
20. White AJ, DeRoo LA, Weinberg CR, Sandler DP. Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol.* 2017;186(5):541-9.
21. de Boer MC, Wörner EA, Verlaan D, van Leeuwen PA. The mechanisms and effects of physical activity on breast cancer. *Clin Breast Cancer.* 2017;17(4):272-8.
22. Cserni G, Chmielik E, Cserni B, Tot T. The new TNM-based staging of breast cancer. *Virchows Archiv.* 2018;472(5):697-703.
23. American Joint Committee on Cancer (AJCC). *AJCC Cancer Staging Manual.* 8th ed. New York: Springer; 2017.
24. Giuliano AE, Edge SB, Hortobagyi GN. Eighth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Breast Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(7):1783-5.
25. Pekmezović T. Epidemiologija raka dojke. U: Milašinović G, urednik. Vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje raka dojke (str. 5-7). Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2013.
26. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, Gelber RD, Thürlimann B, Senn HJ. Strategies for subtypes--dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St. Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011. *Ann Oncol.* 2011;22(8):1736-47.
27. American Cancer Society (2017). *Cancer Facts & Figures 2017.* Atlanta, GA: American Cancer Society.
28. Hauerslev KR, Madsen AH, Overgaard J, Damsgaard TE, Christiansen P. Long-term follow-up on shoulder and arm morbidity in patients treated for early breast cancer. *Acta Oncol.* 2020;59(7):851-8.
29. Brajan D, Fumić N, Ružak N, Marinović M. Limfedem nakon operacije tumora dojke. *Acta Med Croatica.* 2015;69(Suppl. 1):27-9.

30. West Midlands Clinical Networks and Clinical Senate. Clinical Guidelines for the Management of Breast Cancer. West Midlands Expert Advisory Group for Breast Cancer, 2016.
31. Mladenović J, Borojević ND, Šašić J. Uloga postoperacione zračne terapije u lečenju ranog karcinoma dojke. *Srp Arh Celok Lek.* 2002;130(9-10):345-50.
32. Holland JC. American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *J Clin Oncol.* 2003;21(23Suppl):253-65.
33. Klikovac T, Andrijić M. Psiho-onkologija. U R. Džodić, Z. Nešković-Konstantinović i B. Gudurić (Prir.). *Rak dojke [Breast cancer]* (str. 279–281). Beograd: Zavod za udžbenike, 2014.
34. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Curr Oncol Rep.* 2021;23:1-7.
35. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S, Robinson CB, Tewfik F, Roman SL. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer.* 2007;97(12):1625-31.
36. Yu Z, Sun D, Sun J. Social support and fear of cancer recurrence among Chinese breast cancer survivors: the mediation role of illness uncertainty. *Front Psychol.* 2022;13:864129.
37. Peng L, Huang W, Zhang W, Xu Y, Lu F, Zhong L, Chen X, Xu S, Chen W, Li M. Psychometric properties of the short form of the fear of cancer recurrence inventory (FCRI) in Chinese breast cancer survivors. *Front Psychiatry.* 2019;10:537.
38. Schapira L, Zheng Y, Gelber SI, Poorvu P, Ruddy KJ, Tamimi RM, Peppercorn J, Come SE, Borges VF, Partridge AH, Rosenberg SM. Trajectories of fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors. *Cancer.* 2022;128(2):335-43.
39. Zhang X, Sun D, Qin N, Liu M, Jiang N, Li X. Factors correlated with fear of cancer recurrence in cancer survivors: a meta-analysis. *Canc Nurs.* 2022;45(5):406-15.
40. Alagizy HA, Soltan MR, Soliman SS, Hegazy NN, Gohar SF. Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. *Middle East Curr Psychiatr.* 2020;27(12):29.
41. Kuper H, Yang L, Theorell T, Weiderpass E. Job strain and risk of breast cancer. *Epidemiol.* 2007;18(6):764-8.
42. Nielsen NR, Stahlberg C, Strandberg-Larsen K, Kristensen TS, Zhang ZF, Hundrup YA, Grønbæk M. Are work-related stressors associated with diagnosis of more advanced stages of incident breast cancers? *Cancer Cause Control.* 2008;19:297-303.
43. Jacobs JR, Bovasso GB. Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychol Med.* 2000;30(3):669-78.
44. Klikovac T. Psihosocijalne dimenzije karcinoma dojke. Predlog Protokola rehabilitacije pacijenkinja obolelih od karcinoma dojke. *Anali kancerološke sekcije SLD* 2014;1(1):43-7.
45. Niveau N, New B, Beaudoin M. How should self-esteem be considered in cancer patients? *Front Psychol.* 2021;12:763900.

46. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ala S, Tabrizian S, Foroozanfar S. Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: Evaluation of a mediation model. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;50:101892.
47. Masoumi S, Amiri M, Afrashteh MY. Self-compassion: the factor that explains a relationship between perceived social support and emotional self-regulation in psychological well-being of breast cancer survivors. *Iran J Psychiatr*. 2022;17(3):341-9.
48. Oliveira DAL, Silva LBF, Alves SKM, Guerra MCGC, Ramos VP. Social network support for women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde*. 2023;8:1-8.
49. Valente M, Chirico I, Ottoboni G, Chattat R. Relationship dynamics among couples dealing with breast cancer: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7288.
50. Rezagholifam A, Hassankhani H, Powers KA, Rahmani A, Saanat Z, Gilani N, Hassankhani R. Perceived spouse unsupportive behaviors in women with breast cancer and their spouses. *Oncol Clin Practi*. 2021;17(5):212-21.
51. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psychooncology*. 2014;23:9-19.
52. Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18:105-11.
53. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psychooncology*. 2015;24:11-18.
54. Hajian S, Mehrabi E, Simbar M, Houshyari M. Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(1):215-224.
55. Kvillemo P, Bränström R. Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(11):e112733.
56. Ahadzadeh AS, Sharif SP. Uncertainty and quality of life in women with breast cancer: moderating role of coping styles. *Canc Nurs*. 2018;41(6):484-90.
57. Cho YU, Lee BG, Kim SH. Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow- up study. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;45:101726.
58. Velasco L, Gutierrez Hermoso L, Alcocer Castillejos N, Quiroz Friedman P, Peñacoba C, Catalá P, Sánchez-Román S. Association between quality of life and positive coping strategies in breast cancer patients. *Women & Health*. 2020;60(9):1063-9.
59. Fernandes S. The Leventhal's Self-regulatory Model in Breast Cancer. *Análise Psicológica*. 2020;38(1):51-63.
60. Bāk E, Waszut A. Adjustment to Cancer among Patients with Breast Cancer Hospitalized in the Day Care Oncology Ward. *J Educ Health Sport*. 2018;8(7):159-72.

61. Tomai M, Lauriola M, Caputo A. Are social support and coping styles differently associated with adjustment to cancer in early and advanced stages? *Mediterr J Clin Psychol*. 2019;7(1):1-24.
62. Romeo A, Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V, Gasparetto E, Stanizzo MR, Torta R, Castelli L. The traumatic experience of breast cancer: which factors can relate to the post-traumatic outcomes? *Front Psychol*. 2019;10(4):891-9.
63. Macit M. Fatalism in the submission-coping pendulum: A social psychological approach. *Yeditepe Ofset, İstanbul*. 2014.
64. Kugbey N, Meyer-Weitz A, Oppong Asante K. Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *Int J Psychiatry Med*. 2019;54(3):217-30.
65. Ragala ME, El Hilaly J, Amaadour L, Omari M, Asrii AE, Atassi M, Benbrahim Z, Mellas N, Rhazi KE, Halim K, Zarrouq B. Validation of Mini-Mental Adjustment to Cancer scale in a Moroccan sample of breast cancer women. *BMC cancer*. 2021;21:1- 12.
66. Gonzales FA, Hurtado-de-Mendoza A, Santoyo-Olsson J, Nápoles AM. Do coping strategies mediate the effects of emotional support on emotional well-being among Spanishspeaking Latina breast cancer survivors? *Psychooncology*, 2016;25: 1286–92.
67. Schou-Bredal I, Ekeberg Ø, Kåresen R. Variability and stability of coping styles among breast cancer survivors: A prospective study. *Psychooncology*. 2021;30(3):369-77.
68. Bazzi AR, Clark MA, Winter MR, Ozonoff A, Boehmer U. Resilience among breast cancer survivors of different sexual orientations. *LGBT health*. 2018;5(5):295-302.
69. Chirico A, Serpentine S, Merluzzi T, Mallia L, Del Bianco P, Martino R, Trentin L, Bucci E, De Laurentiis M, Capovilla E, Lucidi F. Self-efficacy for coping moderates the effects of distress on quality of life in palliative cancer care. *Anticancer Res*. 2017;37(4):1609-15.
70. Kawa MH. Perceived Social Support in relation to Anxious Preoccupation among Cancer Patients. *J Adv Res Sci Soc Sci*. 2018;1(1):50-67.
71. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3(3):377-401.
72. Durá-Ferrandis E, Mandelblatt JS, Clapp J, Luta G, Faul L, Kimmick G, Cohen HJ, Yung RL, Hurria A. Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psychooncology*. 2017;26(11):1914-21.
73. Dodds SE, Pace TW, Bell ML, Fiero M, Negi LT, Raison CL, Weihs KL. Feasibility of Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) for breast cancer survivors: a randomized, wait list-controlled pilot study. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3599- 608.
74. Pérez S, Galdón MJ, Andreu Y, Ibáñez E, Durá E, Conchado A, Cardeña E. Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors, and mediation. *J Trauma Stress*. 2014;27(2):224-31.

75. Lauriola M, Tomai M. Biopsychosocial Correlates of Adjustment to Cancer during Chemotherapy: The Key Role of Health-Related Quality of Life. *Scientific World Journal*. 2019;9750940.
76. Tojal C, Costa R. Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2015;24(9):1060-5.
77. Igrutinović N, Hinić D, Mihajlović G, Spasić M, Dodić S. Hopelessness and Fighting Spirit Relation with Illness Perception in Breast Cancer Patients. *Psicooncologia*. 2022;19(2).215-28.
78. Silva AV, Zandonade E, Amorim MH. Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25(6):e2891.
79. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors: a literature review. *Cancer Nurs*. 2018;41(5):E23-39.
80. Cheng CT, Ho SM, Liu WK, Hou YC, Lim LC, Gao SY, Chang WY, Wang GL. Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2019;27(3):933-41.
81. BorjAlilu S, Kaviani A, Helmi S, Karbakhsh M, Mazaheri MA. Exploring the role of self-efficacy for coping with breast cancer: A systematic review. *Arch Breast Cancer*. 2017;42-57.
82. Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Oxfordshire, UK: Routledge, 2020. 219-52.
83. Leventhal H, Leventhal EA, Breland JY. Cognitive science speaks to the “common- sense” of chronic illness management. *Ann Behav Med*. 2011;41(2):152-63.
84. Seabra CR, Peuker ACWB, de Castro EK. Modelo de Autorregulação em Saúde e câncer de mama: uma revisão sistemática de literatura. *Saúde Desenvolv Hum*. 2015;3(2):79-105.
85. Iskandarsyah A, de Klerk C, Suardi DR, Sadarjoen SS, Passchier J. Consulting a traditional healer and negative illness perceptions are associated with non-adherence to treatment in Indonesian women with breast cancer. *Psychooncology*. 2014;23(10):1118- 24.
86. Fischer MJ, Wiesenhaan ME, Heijer AD, Kleijn WC, Nortier JW, Kaptein AA. From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho- educational group intervention for women with breast cancer. *Br J Health Psychol*. 2013;18(3):526-45.
87. Corter AL, Findlay M, Broom R, Porter D, Petrie KJ. Beliefs about medicine and illness are associated with fear of cancer recurrence in women taking adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *Br J Health Psychol*. 2013;18(1):168-81.
88. McCorry NK, Dempster M, Quinn J, Hogg A, Newell J, Moore M, et al. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psychooncology*. 2013;22(3):692–8.

89. Stojadinović N, Mihajlović G, Spasić M, Mladenović M, Hinić D. The Coping Styles and Perception of Illness in Patients with Breast Cancer - Relation to Body Image and Type of Surgery. *Psycho-Oncologie*. 2024;18(3):159-68.
90. Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan KK, Tsang J, Lee V, Lee C, Ng A, Sze WK, Tin P, Lam WW. Illness perceptions among cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2016;24:1295-304.
91. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *J Breast Health*. 2016;12(4):145-50.
92. Ma C, Yan J, Wu Y, Huang W. Illness perceptions of Chinese women with breast cancer and relationships with socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(5):e12677.
93. Hoseini L, Kashani FL, Akbari S, Akbari ME, Mehr SS. Model development of illness perception and consequences in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(sup3):185-90.
94. Maass SWMC, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PFM, de Bock GH. The prevalence of longterm symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 2015;82(1):100-8.
95. Freeman-Gibb LA, Janz NK, Katapodi MC, Zikmund-Fisher BJ, Northouse L. The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2017;26(9):1270-7.
96. Stephenson P, Yuen E, Skaczkowski G, Spelten ER, Orbell S, Wilson C. The impact of illness perceptions and coping strategies on use of supportive care for cancer. *Cancers*. 2021;13(10):2501.
97. Mosher CE, Daily S, Tometich D, Matthias MS, Outcalt SD, Hirsh A, Johns SA, Rand K, Schneider B, Mina L, Storniolo AM. Factors underlying metastatic breast cancer patients' perceptions of symptom importance: a qualitative analysis. *Eur J Cancer Care*. 2018;27(1):e12540.
98. Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image*, 2004;1(1):1-5.
99. Quittkat HL, Hartmann AS, Düsing R, Buhlmann U, Vocks S. Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Front Psychiatr*. 2019;10:864.
100. Lovelace DL, McDaniel LR, Golden D. Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(6):713-24.
101. White CA. Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology*. 2000;9(3):183-92.
102. Davis C, Tami P, Ramsay D, Melanson L, MacLean L, Nersesian S, Ramjeesingh R. Body image in older breast cancer survivors: A systematic review. *Psychooncology*. 2020;29(5):823-32.
103. Joseph E, Beranek M. The Psychosocial Impact of Mastectomies on Body Image in Women with Breast Cancer. *Int J Health Wellness Soc*. 2018;8(3):21-9.

104. Peerawong T, Phenwan T, Mahattanobon S, Tulathamkij K, Pattanasattayavong U. Body image transformation after breast cancer diagnosis and treatment in southern Thai women. *SAGE Open Med.* 2019;(7): 2050312119829985.
105. Villar RR, Fernández SP, Garea CC, Pillado M, Barreiro VB, Martín CG. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2958.
106. Sun L, Ang E, Ang WH, Lopez V. Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2018;27(2):376-85.
107. Fazzino TL, Hunter RC, Sporn N, Christifano DN, Befort CA. Weight fluctuation during adulthood and weight gain since breast cancer diagnosis predict multiple dimensions of body image among rural breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2017;26:392-9.
108. Jabłoński MJ, Streb J, Mirucka B, Słowik AJ, Jach R. The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. breast conserving treatment) and body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients. *Psychiatr Pol.* 2018;52(5):859-72.
109. Gu J, Groot G, Boden C, Busch A, Holtslander L, Lim H. Review of factors influencing women's choice of mastectomy versus breast conserving therapy in early stage breast cancer: a systematic review. *Clin Breast Cancer.* 2018;18(4):e539-54.
110. Gass J, Mitchell S, Hanna M. How do breast cancer surgery scars impact survivorship? Findings from a nationwide survey in the United States. *BMC Cancer.* 2019;19(1):342.
111. Mitchell S, Gass J, Hanna M. How well informed do patients feel about their breast Cancer surgery options? Findings from a Nationwide survey of women after lumpectomy and/or mastectomy. *J Am Coll Surg.* 2018;226(2):134–46.
112. DiSipio T, Rye S, Newman B, et al. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2013;14(6):500– 15.
113. Fu MR, Ridner SH, Hu SH, Stewart BR, Cormier JN, Armer JM. Psychosocial impact of lymphedema: a systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psycho-oncology.* 2013;22(7):1466-84.
114. Eaton LH, Narkthong N, Hulett JM. Psychosocial Issues Associated with Breast Cancer-Related Lymphedema: a Literature Review. *Curr Breast Cancer Rep.* 2020; 12(4): 216-24.
115. Paterson C, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Cancer Nurs.* 2016;39(1):E39-58.
116. Fingeret MC. Body image and disfigurement. In: Duffy J, Valentine A. (Eds.), *MD Anderson Manual of Psychosocial Oncology.* Columbus, OH: McGraw-Hill, 2010, 271- 88.
117. Chang O, Choi EK, Kim IR, Nam SJ, Lee JE, Lee SK, et al. Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(20):8607-12.

118. García-García T, Carmona-Bayonas A, Jimenez-Fonseca P, Jara C, Beato C, Castelo B, Mangas M, de Castro EM, Ramchandani A, Gomez D, Calderón C. Biopsychosocial and clinical characteristics in patients with resected breast and colon cancer at the beginning and end of adjuvant treatment. *BMC Cancer*. 2019;19(1):1143.
119. Yamani Ardakani B, Tirgari B, Roudi Rashtabadi O. Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *Eur J Cancer Care*. 2020;29(1):e13191.
120. Watson M, Law MG, Santos MD, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of the mental adjustment to cancer scale. *J Psychosoc Oncol*. 1994; 12(3):33-46.
121. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer*. 2001;37(2):189-97.
122. Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. and Weinman, J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-7.
123. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55.
124. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*. 2016;24 (8):3265-8.
125. Leão DC, Pereira ER, Silva RM, Rocha RC, Cruz-Quintana F, García-Caro MP. Spiritual and emotional experience with a diagnosis of breast cancer: A scoping review. *Canc Nurs*. 2022;45(3):224-35.
126. Fortin J, Leblanc M, Elgbeili G, Cordova MJ, Marin MF, Brunet A. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *Br J Cancer*. 2021;125(11):1582-92.
127. Jerotić V. Neurotične pojave našeg vremena. Kolarčev narodni univerzitet; 1981.
128. Guedes TS, de Oliveira NP, Holanda AM, Reis MA, da Silva CP, e Silva BL, de Camargo Cancela M, de Souza DL. Body image of women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(6):1487-93.
129. Etcoff N, Orbach S, Scott J, D'Agostino H. Beyond Stereotypes: Rebuilding the Foundation of beauty Beliefs: Findings of the 2005 Global Study. Dove, pp. 1–63. 2006.
130. Fitria RN, Ladesvita F, Komalawati D. Relationship Between Type of Treatment and Resilience in Breast Cancer Patients. *Journal Berita Ilmu Keperawatan*. 2024;17(2):133- 43.
131. Prais TA, Janowsky JS. Assessment of body image in younger and older women. *The J Gen Psychol: Exp Psychol Comp Psychol*. 2010;137(3):225-38.
132. Hoyle E, Kilbreath S, Dylke E. Body image and sexuality concerns in women with breast cancer-related lymphedema: a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2022;30(5):3917-24.

133. Phoosuwan N, Lundberg PC. Life satisfaction, body image and associated factors among women with breast cancer after mastectomy. *Psychooncology*. 2023;32(4):610- 8.
134. Ahn J, Suh EE. Body image alteration in women with breast cancer: a concept analysis using an evolutionary method. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2023;10(5):1-8
135. Martins Faria B, Martins Rodrigues I, Verri Marquez L, da Silva Pires U, Vilges de Oliveira S. The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: a systematic review. *Psicooncologia*. 2021;18(1):91-115.
136. Didier F, Radice D, Gandini S, Bedolis R, Rotmensz N, Maldifassi A, et al. Does nipple preservation in mastectomy improve satisfaction with cosmetic results, psychological adjustment, body image and sexuality? *Breast Cancer Res Trea*. 2008;118(12):623-33.
137. Kocan S, Aktug C, Gursoy A. “Who am I?” A qualitative meta-synthesis of Chemotherapy-induced alopecia and body image perception in breast cancer patients. *Support Care Cancer*. 2023;31(4):237.
138. Drageset S, Lindstrøm TC, Underlid K. “I just have to move on”: Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21(4):205-11.
139. World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report/a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. (2004). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>.
140. Bodenmann, G, Cina, A. Stress and coping among stable-satisfied, stable-distressed and separated/divorced Swiss couples: A 5-year prospective longitudinal study. *J. Divorce Remarriage* 2006;44(1-2):71–89.
141. Stapleton SJ, Valerio TD, Astroth K, Woodhouse S. Distress during radiation therapy: assessment among patients with breast or prostate cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(2):93-8.
142. Lo-Fo-Wong DN, de Haes HC, Aaronson NK, et al. Predictors of enduring clinical distress in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2016;158(8):563-72.
143. Carter B.J. Long-term survivors of breast cancer. A qualitative descriptive study. *Canc Nurs*. 1993;16(10):354-61.
144. Koo MM, Swann R, McPhail S, Abel GA, Elliss-Brookes L, Rubin GP, Lyratzopoulos G. Presenting symptoms of cancer and stage at diagnosis: evidence from a cross- sectional, population-based study. *Lancet Oncol*. 2020;21(1):73-9.
145. Burguin A, Diorio C, Durocher F. Breast cancer treatments: updates and new challenges. *J Pers Med*. 2021;11(8):808-62
146. Ośmiałowska E, Staś J, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Illness perception and quality of life in patients with breast cancer. *Cancers*. 2022;14(5):1214-36.
147. Williams AM, Khan CP, Heckler CE, Barton DL, Ontko M, Geer J, Kleckner AS, Dakhil S, Mitchell J, Mustian KM, Peppone LJ. Fatigue,

- anxiety, and quality of life in breast cancer patients compared to non-cancer controls: a nationwide longitudinal analysis. *Breast Canc Res Treat*. 2021;187(5):275-85.
148. Fujimoto T, Okamura H. The influence of coping types on post-traumatic growth in patients with primary breast cancer. *Jpn J Clinic Oncol*. 2021;51(1):85-91.
 149. Czerw A, Religioni U, Banaś T. Perception of cancer in patients diagnosed with the most common gastrointestinal cancers. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):144.
 150. Peera M, Rose L, Kaufman L, Zhang E, Alkhaifi M, Dulmage B. Hair loss: alopecia fears and realities for survivors of breast cancer—a narrative review. *Ann Palliat Med*. 2024;13(5):1235-45.
 151. Huynh V, Yang J, Bronsert M, Ludwigson A, Ahrendt G, Kim S, Matlock DD, Cohen J, Hampanda K, Tevis SE. Choosing between mastectomy and breast-conserving therapy: is patient distress an influencing factor? *Ann Surg Oncol*. 2021;28(13):8679-87.
 152. Brunet J, Price J, Harris C. Body image in women diagnosed with breast cancer: a grounded theory study. *Body Image*. 2022;41(6):417-31.
 153. Hagger MS, Orbell S. The common sense model of illness selfregulation: a conceptual review and proposed extended model. *Health Psychol Rev*. 2022;16(3):347-77.
 154. Favez N, Cairo Notari S. Body image, sexual activity, and side effects of treatments across the first year after surgery in women facing breast cancer: the influence of attachment insecurity. *J Psychosoc Oncol*. 2021;39(6):749-64.
 155. Grassi L, Caruso R, Murri MB, Fielding R, Lam W, Sabato S, et al. Association between Type-D personality and affective (anxiety, depression, post-traumatic stress) symptoms and maladaptive coping in breast cancer patients: a longitudinal study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2021;17(1):271-9.
 156. Novakov I, Popović Petrović S, Ilinčić Zlata S, Tatić M, Ševo M. What contributes the most to the breast cancer patients' quality of life during therapy: clinical factors, functional and affective state, or social support? *Vojnosanit Pregl*. 2021;78(4):445-55.
 157. Calderon C, Gomez D, Carmona-Bayonas A, Hernandez R, Ghanem I, Gil Raga M, et al. Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clin Transl Oncol*. 2021;23(9):1955-60.
 158. Lugtenberg RT, Kaptein A, Matsuda A, Inoue K, Murray M, Kobayashi K, et al. Perceptions of Japanese and Dutch women with early breast cancer about monitoring their quality of life. *J Psychosoc Oncol*. 2022;40(4):527-40.

Невена З. Стојадиновић (рођ. Игрутиновић) рођена је 28.02.1992. године у Крагујевцу. Завршила је Прву крагујевачку гимназију са одличним успехом, потом основне и мастер студије психологије на Филозофском факултету, Универзитета у Београду, модул Клиничка психологија.

Школске 2016/2017 је уписала докторске академске студије на Факултету медицинских наука у Крагујевцу, а усмени докторски испит положила 21.12.2018. године.

Едукована је из области Рационално-емотивне бихејвиоралне терапије, са завршеним напредним нивоом едукације.

У периоду од 27.06.2015. до 15.04.2016. била је запослена на позицији психолога у Развојном саветовалишту, Службе за здравствену заштиту предшколске деце, Дома здравља Крагујевац. Потом је била запослена на Одељењу за неуропедијатрију, Клинике за педијатрију, УКИЦ Крагујевац у периоду од 19.04.2016. до 09.08.2017. а у периоду од 01.11.2017.- до 01.11.2018. волонтирала је на позицији психолога исте установе.

Запослена је на позицији психолога Одељења за хемато-онкологију на Клиници за педијатрију, Универзитетског клиничког центра Крагујевац од 21.01.2019. године. 2024. године изабрана је у звање асистента за ужу научну област Клиничка психологија Универзитета у Крагујевцу.

Волонтер је Националног удружења родитеља деце оболеле од рака и водитељ психолошких радионица за родитеље деце оболеле од рака.

Удата, мајка једног женског детета.

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Изјављујем да докторска дисертација под насловом:

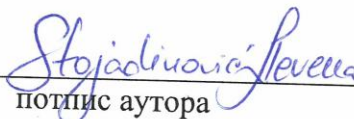
**Утицај перцепције болести и телесног изгледа на механизме
превладавања болести пацијенткиња са карциномом дојке**

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,

У Крагујевцу, 13.05.2025. године,


потпис аутора

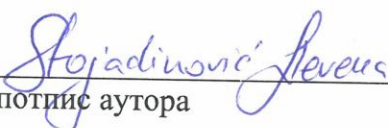
**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:

**Утицај перцепције болести и телесног изгледа на механизме
превладавања болести пацијенткиња са карциномом дојке**

истоветне.

У Крагујевцу, 13.05.2025. године,


потпис аутора

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Невена Стојадиновић,

☒

дозвољавам

☐

не дозвољавам

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

**Утицај перцепције болести и телесног изгледа на механизме
превладавања болести пацијенткиња са карциномом 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

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

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.

6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

у Крагујевцу, 13.05.2025 године,

Stojadinović Stevan
потпис аутора

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>