Povezanost socijalne podrške i slike o sebi s percipiranom kvalitetom života kod žena oboljelih od raka dojke

Hibik, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2012

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:520416

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera

Filozofski fakultet u Osijeku

Studij psihologije

POVEZANOST SOCIJALNE PODRŠKE I SLIKE O SEBI S PERCIPIRANOM KVALITETOM ŽIVOTA KOD ŽENA OBOLJELIH OD RAKA DOJKE

Diplomski rad

Ivana Hibik

Mentor: Izv. prof. dr. sc., Gorka Vuletić

Osijek, 2012.

SADRŽAJ

SAŽETAK
1 UVOD 1
1.1 Rak dojke 1
1.2 Kvaliteta života 2
1.3 Socijalna podrška 4
1.4 Slika o sebi 6
2 CILJ, PROBLEMI, HIPOTEZE 6
2.1 Cilj istraživanja 6
2.2 Problemi 6
2.3 Hipoteze 7
3 METODA 8
3.1 Sudionici 8
3.2 Mjerni instrumenti 8
3.3 Postupak 10
4 OBRADA REZULTATA 11
5 RASPRAVA 16
5.1 Ograničenja provedenog istraživanja i preporuke za buduća istraživanja 19
6 ZAKLJUČAK 19
LITERATURA 20

POVEZANOST SOCIJALNE PODRŠKE I SLIKE O SEBI S PERCIPIRANOM KVALITETOM ŽIVOTA KOD ŽENA OBOLJELIH OD RAKA DOJKE

CORRELATION BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND BODY IMAGE WITH THE PERCEIVED QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER

SAŽETAK

Ovim istraživanjem željelo se provjeriti odnos percipirane socijalne podrške i slike o sebi s kvalitetom života kod žena oboljelih od raka dojke. Na uzorku od 72 ispitanice primijenjeni su instrumenti: Indeks osobne kvalitete života (PWI), Ljestvica slike o sebi (BIS), Ljestvica socijalne podrške i Strukturirani upitnik osobnih podataka, koji je konstruiran u svrhu ovog istraživanja. Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti kako žene s većom percipiranom socijalnom podrškom procjenjuju i kvalitetu života većom, što je u skladu s prvom hipotezom. Veličina i smjer regresijskog koeficijenta ukazuje da je socijalna podrška značajan prediktor povećanja ukupne kvalitete života. Druga hipoteza, koja govori da izmijenjeni tjelesni izgled zbog tretmana raka dojke negativno utječe na percipiranu kvalitetu života, nije potvrđena.

SUMMARY

The aim of his research was to examine relation between perceived social support and body image with the quality of life women with breast cancer.
In a sample of 72 female subjects were used instruments: Personal Wellbeing Index (PWI), Body Image Scale (BIS), The Scale of Social Support and a Structured Personal Data Questionnaire, which was designed for this study. According to the obtained results it can be inferred that women with higher perceived social support also estimate higher quality of life, which is consistent with the first hypothesis. The size and direction of the regression coefficient indicates that social support is a significant predictor of the overall wellbeing increasing. The second hypothesis, which suggests that altered physical appearance due to the treatment of breast cancer have a negative effect on perceived quality of life, is not confirmed.

Ključne riječi: rak dojke, kvaliteta života, socijalna podrška, slika o sebi

Key words: breast cancer, wellbeing, social support, body image

1 UVOD

1.1 *Rak dojke*

Rak dojke najčešći je rak žena u razvijenim zemljama. Svake godine od raka dojke u svijetu oboli 1,115.000 žena. Postoje velike zemljopisne razlike u broju novootkrivenih slučajeva, pa se tako vrši podjela na zemlje visokog rizika (sjeverna Amerika i sjeverna Europa), srednjeg rizika (južna Amerika i južna Europa) i niskog rizika (Afrika i Azija) (Pešić et al. 2007).

Najvažniji je čimbenik rizika spol. Žene sto puta češće od muškaraca obolijevaju od raka dojke. Iako od raka dojke žena može oboljeti u bilo kojem razdoblju života, obolijevanje se počinje strmo povećavati nakon 40. godine života i postiže vrhunac između 60. i 70. godine. Češće obolijevaju žene s rakom dojke u obitelji. Rak dojke i/ili rak jajnika u obiteljskoj anamnezi, ponajprije kod rođakinja u prvom koljenu (majka, kći), znači oko četiri puta veći rizik obolijevanja. Danas su već poznate neke genske značajke koje mogu biti uzrok povećanog obolijevanja od raka dojke. Svim ženama s porodičnom opterećenošću treba savjetovati redovito samopregledavanje dojki i redovite radiološke (mamografske i/ili ultrazvučne) preglede dojki već rano, nakon 25. godine (Čufer, 2001).

U Hrvatskoj od ove bolesti svake godine oboli oko 2700 žena. Već je dugo poznato da od raka dojke češće obolijevaju žene s ranom menarhom i kasnom menopauzom, dakle žene s više menstruacijskih ciklusa. I nefiziološki uvjeti kod reproduktivnih funkcija žena, kao što su nerađanje, kasan prvi porođaj, nedojenje i dugotrajnije uzimanje kontracepcijskih tableta prije prvog porođaja, povećavaju rizik obolijevanja od raka dojke. Nadomjesna hormonska terapija povećava rizik kod žena u postmenopauzi. Suvremeni način života tjera žene u nefiziološke uvjete reprodukcije i zato u bližoj budućnosti ne možemo očekivati smanjenje bolesti. Na žalost, malo je čimbenika rizika za rak dojke na koje žene mogu utjecati, a postoje i slabi čimbenici. Rak dojke u obiteljskoj anamnezi znači oko 4 puta veći rizik, a pretilost, pretjerani unos masnoća ili pretjerana konzumacija alkohola povećavaju rizik od obolijevanja za svega nekoliko postotaka (Čufer, 2001).

Usprkos sve boljim mogućnostima liječenja mogućnosti izlječenja svake pojedine bolesnice uvelike ovise o opsegu i stadiju bolesti. Što je bolest manje napredovala, veća je vjerojatnost izlječenja. Zato je izuzetno važno osvješćivanje svih žena, a osobito žena s većim rizikom od obolijevanja, o važnosti redovitoga samopregledavanja dojki jedanput na mjesec. Još mnogo veću uspješnost ranoga otkrivanja raka dojki osigurava organizirano traženje bolesti, takozvano prosijavanje ili probir (screening) u općoj populaciji. Probir raka dojke provodi se

redovitim mamografskim slikanjima dojki određene populacije žena. Organizirani probir danas se preporučuje ženama od 50 do 69 godina, kad je rizik od obolijevanja najveći. Na žalost, u Europi je malo država i regija s organiziranim probirom raka dojke i zato je zadatak svih stručnih i civilnih udruga osvješćivanje širih zajednica o racionalnosti i potrebi toga probira te najčešće kancerozne bolesti suvremenih žena. U državama s tako organiziranim probirom raka dojke, kao što su Amerika i Velika Britanija, smrtnost od te maligne bolesti već opada. Liječenje raka dojke je multidisciplinarno. Kombinacija kirurškoga liječenja, zračenja i sistemskoga liječenja osigurava najveću učinkovitost. Vrsta i redoslijed pojedinih načina liječenja prije početka liječenja svake bolesnice moraju biti planirani u multidisciplinarnoj skupini kirurga-onkologa, radioterapeuta i internista-onkologa. Samo takav pristup osigurava najbolje mogućnosti liječenja svakoj bolesnici. Izbor i redoslijed prvoga liječenja, koje je za prognozu bolesnice svakako najvažnije, zasniva se još i sad ponajprije na raširenosti bolesti, a pri izboru liječenja sve se više prate i biološka svojstva tumora svake bolesnice (Čufer, 2001).

1.2 *Kvaliteta života*

Kvaliteta života predstavlja ukupno zadovoljstvo i nezadovoljstvo vlastitim životom. To je subjektivni doživljaj svakog čovjeka koji ovisi o objektivnim okolnostima u kojima netko živi, kao i sustavu vrijednosti, očekivanjima i težnjama. Kvaliteta života uključuje mentalno i fizičko zdravlje. Različiti autori navode različiti broj područja koja čine ukupnu kvalitetu života. Tako npr. Husić, Brkljačić Žagrović, (2010) navode četiri osnovna aspekta kvalitete života: 1) fizičko blagostanje: energija, sila, funkcionalnost, spavanje, odmor; 2) psihičko blagostanje: koncentracija, uznemirenost, zabrinutost, depresija, žalost, ogorčenje; 3) socijalno blagostanje: financijska opterećenost, povratak na posao, stan, kućni budžet i 4) duhovno blagostanje: nada, očaj, očajanje, vjera, religioznost, pobožnost.

Cummins (1997) navodi sedam osnovnih domena subjektivne kvalitete života: 1. zdravlje, 2. emocionalna dobrobit, 3. materijalno blagostanje, 4. bliski odnosi s drugima, 5. produktivnost, 6. društvena zajednica i 7. sigurnost u budućnost.

Konstrukt kvalitete života je vrlo složen, stoga ne čudi da nema jednoznačnu definiciju, niti standardnu formu mjerenja. Tako Krizmanić i Kolesarić (1989) smatraju da je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i specifičnim životnim iskustvom te osobe. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO - *World Health Organization,* 1998) pak definira kvalitetu života kao pojedinčevu percepciju vlastite pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom i okolišnom kontekstu u kojem živi.

Također, mnogi instrumenti kvalitete života nisu uspjeli napraviti jasnu razliku između objektivne i subjektivne dimenzije kvalitete života. To narušava osnovni princip da su objektivna i subjektivna dimenzija zasebne cjeline, koje inače imaju vrlo malo ili nimalo veze jedna s drugom i zato trebaju biti odvojeno mjerene (Cummins, 1998).

Kao i mnogi drugi autori Rapley (2003) u svom radu opisuje dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne indikatore razine življenja ili kvalitete života društva kao cjeline, te američki, u okviru kojega su naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja. Skandinavski autori usmjereni su na koncept »dobrog društva« i društvene dobrobiti kao pokazatelja kvalitete života odnosno blagostanja. Kvaliteta života shvaćena je kao mogućnost pristupa izvorima kojima ljudi mogu kontrolirati osobnu »razinu življenja« i njome upravljati. Izvori su definirani u terminima novca, vlasništva, znanja, psihološke i tjelesne energije, društvenih odnosa i sigurnosti. U okviru američkog pristupa kvaliteti života, istraživanja su primarno usmjerena na procjenu subjektivnih indikatora, a najvažnijim indikatorima subjektivne dobrobiti smatraju se mjere zadovoljstva i sreće. Osim zadovoljstva životom općenito te stupnja sreće povezanog sa životom u cjelini, koje se vrlo često primjenjivalo kao pokazatelj subjektivne dobrobiti, ispituje se i zadovoljstvo pojedinim aspektima života. Može se razmatrati zadovoljstvo za svaku domenu odvojeno ili se zadovoljstvo procjenjuje kroz ukupni rezultat odgovora na čestice instrumenta.

Općenito je prihvaćeno da se subjektivna kvaliteta života može mjeriti, iako su pitanja o zadovoljstvu usmjerena na to što ljudi misle o sebi (e.g., Andrews and Withey, 1976; Diener and Diener, 1996; prema Cummins, 1998).

Isto tako možemo reći da i vanjski i unutrašnji faktori imaju značajnu ulogu u objašnjavanju općeg zadovoljstva i kvalitete života. Istraživanja u pravilu potvrđuju postojanje povezanosti subjektivne kvalitete života, vanjskih događaja i ličnosti (Costa i McCrae, 1980; Diener, 1999; prema Vuletić 2011). Pri tome naravno treba uzeti u obzir prirodu vanjskog događaja jer je za pretpostaviti da će različiti vanjski utjecaji imati i različit efekt. Tako npr. bolest je jedan od vanjskih događaja koji negativno utječe na život pojedinca. Naime, radi se o multidimenzionalnom utjecaju koji ne može biti jednoznačno shvaćen niti omogućava jednoznačne predikcije.

Kako bi se rezultati različitih mjera subjektivne kvalitete života mogli međusobno uspoređivati, Cummins (2000) je predložio standardiziranje originalnih rezultata dobivenih na različitim skalama kvalitete života na skalu od 0 do 100, odnosno u formu postotka skalnog maksimuma (%SM). Istraživanjima subjektivne kvalitete života se utvrdilo da većina ljudi procjenjuje vlastitu kvalitetu života na razini 60 do 80% skalnog maksimuma. Ovaj postotak se

odnosi na nezapadna društva, dok se rezultat u zapadnim društvima kreće u rasponu od 60 do 70% skalnog maksimuma (Cummins 1998; prema Vuletić 2011). U istraživanju kvalitete života građana hrvatske koje je 2006. provedeno u okviru Programa Ujedinjenih naroda za razvoj, ispitano je 8400 sudionika starijih od 18 godina, po oko 400 iz svake županije. Prosječna procjena zadovoljstva životom na skali od 1 do 10 bila je 6,6 (62,2% SM) (Dobrotić, Hromatko, Japec, Matković, Šućur 2007).

Mnoga istraživanja su pokazala da se psihička stanja, posebice anksioznost i depresivnost, javljaju kao medijatori zdravstvenog ishoda i subjektivne kvalitete života u situacijama bolesti. Bolest je nedvojbeno jedan od vanjskih čimbenika koji negativno utječe na život pojedinca. Može se reći da je utjecaj bolesti na kvalitetu života multidimenzionalan. Bolest ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje, nego su tu prisutni i posredni učinci kao što su to promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl. Sve to najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca. Tako se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopuzdanje i osjećaj nedostatka kontrole (Vuletić, 2011).

1.3 *Socijalna podrška*

Problem definiranja samog koncepta socijalne podrške ogleda se u činjenici da postoje različite, često preopćenite, a ponekad i cirkularne definicije socijalne podrške.

Forsyth (2010; prema Vuletić 2011) socijalnu podršku definira kao jedan od motiva zbog kojih se ljudi udružuju u grupe. Knack, Waldrip i Jensen-Campbell (2007; prema Vuletić 2011) socijalnu podršku definiraju kao različite načine na koje ljudi mogu pomoći jedni drugima. Heckhausen i Lang (1996; prema Vuletić 2011) pak naglašavaju da je *osnovna funkcija* interpersonalnih odnosa u kasnoj životnoj dobi primanje socijalne podrške i eventualni pozitivni efekti te podrške na kvalitetu života.

Rezultati na području istraživanja utjecaja socijalne podrške na pojavu i klinički tijek raka, premda daju još uvijek nejasnu sliku povezanosti i zahtijevaju daljnja istraživanja, u velikoj mjeri potvrđuju povezanost niskih razina socijalne podrške i gubitka socijalne podrške s povećanom smrtnosti kod raka (Maunsell, Jaques i Deschenes, 1993; prema Waxler-Morrison, Hislop, Mears i Kan, 1991). Neka istraživanja također nalaze povezanost nedostatka socijalne podrške s višom pojavnošću raka. Reynolds i Kaplan (1990) nalaze, na primjer, pet puta veći relativan rizik smrtnosti i dva puta veću pojavnost hormonalno vezanih vrsta raka kod socijalno izoliranih žena. (Carlsson i Hamrin 1994; prema Pahljina-Reinić, 2004) u preglednom radu

psihosocijalnih aspekata oboljenja od raka dojke također ističu da većina istraživanja upućuje na značaj socijalne podrške u preživljavanju ove populacije.

Neki sociodemografski čimbenici su također pozitivno povezani s kvalitetom života. Oni se odnose na mlađu dob, više obrazovanje, život u braku ili vanbračnoj zajednici i stalno zaposlenje (Filazoglu, Griva, 2008).

U izučavanju prilagodbe na oboljenje od raka dojke socijalna je okolina naročito značajna iz dva razloga: prvo, pokazalo se da socijalna podrška štiti osobu od štetnih učinaka raka dojke kao stresnog životnog događaja, pri čemu su pozitivni učinci socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje u većoj mjeri funkcija percipirane, nego stvarno primljene podrške (Glanz i Lerman, 1992; Roberts, Cox, Shannon i Wells, 1994; prema Pahljina-Reinić, 2004); i drugo, rak dojke je stresan događaj koji utječe na interpersonalne odnose. Naime, budući da je riječ o potencijalno smrtnom oboljenju, kao i često stigmatiziranom oboljenju, socijalna se mreža ovih pacijentica može povući ili reagirati neprimjereno (Bloom i Kessler, 1994; prema Pahljina-Reinić, 2004).

Irvine, Brown, Crooks, Roberts i Browne (1991) ističu da je socijalna podrška značajan čimbenik psihosocijalne prilagodbe pacijentica s rakom dojke, jer 20 do 30% pacijentica ima iskustvo narušene kvalitete života upravo kroz gubitak socijalnih uloga i funkcionalnih sposobnosti te kroz probleme u socijalnim odnosima.

Tako Neuling i Winefield (1988; prema Pahljina-Reinić, 2004) u praćenjima pacijentica s rakom dojke neposredno nakon kirurškog zahvata, te jedan mjesec i tri mjeseca nakon kirurškog zahvata, nalaze naročito visoku potrebu pacijentica za emocionalnom podrškom, prvenstveno od strane obitelji. Emocionalna se podrška pokazala najčešće primljenom vrstom podrške, ali i najčešće percipiranom kao neodgovarajućom.

U istraživanju pacijenata različitih vrsta oboljenja od raka, Dakof i Taylor (1990) utvrdili su da pacijenti emocionalnu podršku bračnog partnera, obitelji i prijatelja percipiraju najkorisnijom ukoliko je prisutna te najštetnijom kada je odsutna.

Istraživanja odnosa nepodržavajućih ponašanja i prilagodbe pacijenata oboljelih od raka pokazuju da su nepodržavajuća ponašanja okoline povezana s lošijom prilagodbom i kvalitetom života ove populacije. Štoviše, pokazalo se da nepodržavajuće interakcije imaju veći utjecaj na prilagodbu pacijenata s rakom nego podržavajuće interakcije (Manne i sur., 1997; prema Pahljina-Reinić, 2004).

1.4 *Slika o sebi*

U našem društvu, vanjski izgled ima glavnu ulogu u tome kako nas drugi doživljavaju i kako se mi zbog toga osjećamo. Postoje mnogi zapisi o sociokulturalnim preferencijama mršavih ženskih tijela koji su povezani s porastom rasprostranjenosti poremećaja prehrane i socijalne degradacije pretilosti (Polivy, Herman, 2006).

Doživljaj slike tijela može se razmatrati u okviru različitih dimenzija egzistencijalnog iskustva u osobe, kao na primjer na razini fizičkog izgleda, fiziološkog funkcioniranja, psihičkog statusa, socijalnih interakcija, ali i u okviru estetskog i kulturološkog konteksta. S obzirom na tako kompleksno područje, slika tijela postaje sve relevantniji problem koji autori iz različitih disciplina nastoje analizirati i interpretirati u okviru različitih teorijskih, odnosno, interteorijskih modela i znanstvenih istraživanja (Stepski-Doliwa, S. (2001).

Promjena izgleda tijela žene zbog tretmana raka dojke (mastektomija, kemoterapija) može biti izvor psihosocijalnih teškoća. Gledajući se u ogledalo, neke žene zaključuju da su ružne, nepoželjne, vide sebe kroz operacijski ožiljak. Učinak koji dijagnoza raka dojke i njeno liječenje imaju na kvalitetu života opisan je praćenjem psihosocijalnih varijabli, uzimajući dijagnostiku i liječenje raka dojke kao negativna, objektivna iskustva. Viša razina početnog stresa uočena je pri postavljanju dijagnoze raka dojke, na početku i tijekom liječenja. U tih bolesnica dolazi do slabljenja kvalitete života, što je povezano s ukupnim mentalnim zdravljem (psihosocijalne tegobe, socijalne i psihičke smetnje). Psihosocijalni problemi obično se pojavljuju kasnije, tijekom bolesti (operacija, kemoterapija, radioterapija). Spomenuti poremećaji mogu ostati neprimijećeni i mogu se odnositi na fizičko funkcioniranje i fizičke probleme koji ograničavaju aktivnosti, dovode do problema društvenog funkcioniranja i mentalnog zdravlja, poremećaja raspoloženja i slabljenja ukupne kvalitete života (Husić, Brkljačić Žagrović, 2010).

2 CILJ, PROBLEMI, HIPOTEZE

2.1 Cilj istraživanja

Ispitati odnos percipirane socijalne podrške i slike o sebi s kvalitetom života kod žena oboljelih od raka dojke.

2.2 *Problemi*

1. Utvrditi postoji li povezanost percipirane socijalne podrške i doživljaja kvalitete života kod žena oboljelih od raka dojke.
2. Utvrditi postoji li povezanost slike o sebi i doživljaja kvalitete života kod žena oboljelih od raka dojke.

2.3 *Hipoteze*

1. Postoji pozitivna povezanost socijalne podrške i kvalitete života, odnosno žene s većom percipiranom socijalnom podrškom procjenjuju kvalitetu života većom.

Rezultati na području istraživanja utjecaja socijalne podrške na pojavu i klinički tijek raka, premda daju još uvijek nejasnu sliku povezanosti i zahtijevaju daljnja istraživanja, u velikoj mjeri potvrđuju povezanost niskih razina socijalne podrške i gubitka socijalne podrške s povećanom smrtnosti kod raka (Maunsell, Jaques i Deschenes, 1993; prema Waxler- Morrison, Hislop, Mears i Kan, 1991).

U izučavanju prilagodbe na oboljenje od raka dojke socijalna je okolina naročito značajno područje iz dva razloga: prvo, pokazalo se da socijalna podrška štiti osobu od štetnih učinaka raka dojke kao stresnog životnog događaja, pri čemu su pozitivni učinci socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje u većoj mjeri funkcija percipirane, nego stvarno primljene podrške (Roberts, Cox, Shannon i Wells, 1994).

Također, rak dojke može posredno utjecati na odnose ograničavajući socijalne aktivnosti pacijentica, te time i mogućnosti sudjelovanja u socijalnim kontaktima i interakcijama nužnim za očuvanje socijalne mreže.

Irvine i suradnici (1991) ističu da je socijalna podrška značajan čimbenik psihosocijalne prilagodbe pacijentica s rakom dojke, jer 20 do 30% pacijentica ima iskustvo narušene kvalitete života upravo kroz gubitak socijalnih uloga i funkcionalnih sposobnosti te kroz probleme u socijalnim odnosima.

Presječno (cross-sectional) istraživanje provedeno je u šest ambulanti obiteljske medicine na području grada Zagreba. Namjernim uzorkom obuhvaćeno je 30 bolesnica koje boluju od karcinoma dojke (MKB X revizija: C50). Pomoću upitnika su prikupljene tri grupe podataka: sociodemografske značajke bolesnica, procjena vlastite osobnosti i percipiranu socijalnu podršku i zadovoljstvo životom uopće. Percipirana socijalna podrška bolesnica je visoka. Na pitanje "Koliko je, u zadnjih mjesec dana, netko bio uz Vas kad Vam je trebao?" prosječna ocjena je bila 8,2 uz SD 2,1 i medijan 9. Još su se češće bolesnice mogle, u zadnjih mjesec dana, pouzdati u nekoga. Prosječna ocjena je iznosila je 8,7 SD 1,9, a medijanom 10,0. Također su dobivene visoke ocjene za percipirano zadovoljstvo životom (prosječna ocjena 6,9, SD 1,9 i medijan od 8,0). Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost zadovoljstva životom i socijalne podrške ispitanica ($p<0,05$). Naime, ispitanice koje su samo procijenile socijalnu podršku većom imale su i veći doživljaj zadovoljstva životom (Valentić, Petriček, Potočki – Rukavina, Posenjak – Pavišić, Vrcić – Keglević, 2010).

2. Postoji negativna povezanost slike o sebi i kvalitete života u smislu da izmijenjeni tjelesni izgled zbog tretmana raka dojke negativno utječe na percipiranu kvalitetu života.

Postavljena hipoteza temeljena je na sljedećim istraživanjima:

Studija o kvaliteti života provedena u Litvi među ženama kod kojih je dijagnosticiran rani stadij raka dojke pokazuje devet mjeseci nakon operacije pogoršanje ukupne kvalitete života u obje skupine bolesnica – i kod onih koje su podvrgnute mastektomiji kao i kod onih s konzervativnom terapijom raka dojke (BCT). Kvaliteta života bila je znatno lošija u bolesnica koje su podvrgnute mastektomiji te su primale i kemoterapiju. Ovim istraživanjem najlošiji rezultati pronađeni su u ukupnom mentalnom zdravlju mastektomiranih bolesnica (emocionalni i socijalni aspekti kvalitete života).

Cilj istraživanja koje su proveli Husić i Žagrović (2010) bio je utvrditi stupanj kvalitete života kod bolesnica nakon učinjene mastektomije zbog raka dojke i završenog onkološkog tretmana. Statistički značajna razlika uočena je u ukupnom mentalnom zdravlju – prvo testiranje ispitanih bolesnica pokazalo je srednju vrijednost za ukupno mentalno zdravlje (indeks kvalitete života = 0,31), što predstavlja srednje dobar rezultat, a kontrolni test ukupnog mentalnog zdravlja pokazao je statistički značajno pogoršanje mentalnog zdravlja ($p = 0,001$).

3 METODA

3.1 Sudionici

U istraživanju su sudjelovale članica Kluba žena operiranih od raka dojke „Mamae“ iz Osijeka. Ispitano je ukupno 72 žene oboljele od raka dojke. Raspon godina sudionica bio je od 36 do 85 godina.

3.2 Mjerni instrumenti

Indeks osobne kvalitete života

Personal Wellbeing Indeks – Adult [PWI - A] konstruirana od strane International Wellbeing Group (2006). Upitnik se sastoji od 7 skala samoprocjene zadovoljstva vlastitim životom na sedam područja (životni standard, osobno zdravlje, životno postignuće, odnosi s bližnjima, osjećaj sigurnosti, pripadnost zajednici, sigurnost u budućnost), a na svaku je moguće odgovoriti s jedanaest odgovora koji se ocjenjuju vrijednostima od 0 do 10 na Likertovoj skali pri čemu 0 označava potpuno nezadovoljstvo, a 10 potpuno zadovoljstvo određenim područjem (International Wellbeing Group, 2006).

Ljestvica slike o sebi

The body image scale [BIS] (Hopwood et al., 2001). Slika tijela je vrlo važna u procjeni kvalitete života pošto tretman raka može rezultirati velikim promjenama u izgledu pacijenata uslijed operacije, radioterapije ili sustavnog liječenja. Potreba je bila da se razvije kratka skala slike tijela (BIS) za uporabu kod kliničkih slučajeva. Skala se sastoji od 10 čestica koje obuhvaćaju afektivnu, bihevioralnu i kognitivnu dimenziju slike o sebi u pacijenata oboljelih od raka, a konstruirana je u suradnji s Europskom organizacijom za istraživanje i liječenje raka – European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) i testirana je na heterogenom uzorku od 276 britanskih pacijenata oboljelih od raka. Nakon revizije, skala je prošla psihometrijsko testiranje na 682 pacijenta s rakom dojke, pomoću skupova podataka iz 7 kliničkih studija u Velikoj Britaniji. Skala je pokazala visoku pouzdanost (Cronbachov koeficijent unutarnje konzistencije (α) iznosi 0,93) i dobru kliničku valjanost temeljenu na učestalosti odgovora i diskriminacijskoj valjanosti (P<0,0001, Mann-Whitney test), osjetljivost na promjenu (P<0,001, Wilcoxonov signed ranks test) i dosljednost rezultata iz različitih centara za liječenje raka. Faktorska analiza je rezultirala jednim faktorom koji objašnjava više od 50% varijance kriterija. Ovi rezultati podupiru kliničku valjanost skale slike tijela BIS-a kao kratkog upitnika za procjenu promjene slike tijela kod pacijenata s rakom, pogodnu za korištenje u kliničkim ispitivanjima.

Ljestvica socijalne podrške

Ljestvica je preuzeta iz istraživanja „Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja“ koje se provodilo 2004. u sklopu projekta „Ljudski potencijali u promjenjivom svijetu rada“, voditelja Branimira Šverka (projekt MZOŠ br. 0130406). Sastoji se od emocionalne i instrumentalne dimenzije. Emocionalna dimenzija socijalne podrške odnosi se na ponašanja bliskih osoba kojima one pokazuju suosjećanje i razumijevanje te upućuju ohrabrenje i utjehu, a instrumentalna na ponašanja kojima bliske osobe izravno sudjeluju i pomažu u rješavanju problema. Mjere socijalne podrške, pa tako i ova, najčešće se temelje na procjenama ispitanika o količini i vrsti pomoći koju primaju od bliskih osoba u nekoj specifičnoj situaciji. Stoga se radi o percipiranoj ili procijenjenoj socijalnoj podršci. Ljestvica socijalne podrške, korištena u ovom istraživanju, sadrži 8 čestica koje su popraćene 4-stupanjskom ljestvicom na kojoj ispitanik procjenjuje u kojoj mjeri mu njegove bliske osobe pružaju podršku (0-nikad, 1-ponekad, 2-često, 3-uvijek) (Jakovljević, 2004).

Strukturirani upitnik osobnih podataka

U svrhu ovog istraživanja konstruiran je sociodemografsko-zdravstveni upitnik koji se sastoji od pitanja kojima su prikupljeni osobni podaci sudionica (dob, bračni status, obrazovanje), te podaci o bolesti (vrsta liječenja i trajanje bolesti).

3.3 Postupak

Podaci za istraživanje prikupljeni su tijekom veljače 2012. godine. Istraživanje je provedeno grupno u sklopu redovitih sastanaka članica u prostorijama Kluba. Na samom početku sudionicama je pročitana uputa u kojoj je objašnjeno da se radi o istraživanju povezanosti socijalne podrške i slike o sebi s percipiranom kvalitetom života kod žena oboljelih od raka dojke. Pri kraju upute im je objašnjeno i da je istraživanje u potpunosti anonimno, da će se njihovi rezultati koristiti isključivo u znanstvene svrhe, te su zamoljeni da budu posve iskreni prilikom ispunjavanja upitnika. Potom su podijeljeni upitnici sudionicama koje su pristale sudjelovati u istraživanju, te im je rečeno da se u vezi bilo kakvih nejasnoća oko postavljenih pitanja obrate istraživačici. Vrijeme ispunjavanja nije bilo ograničeno, a u prosjeku je trajalo oko 15 minuta. Sudionice su instrumente ispunjavale sljedećim redoslijedom: Strukturirani upitnik osobnih podataka, Indeks osobne kvalitete života, Ljestvica socijalne podrške, Ljestvica slike o sebi.

4 OBRADA REZULTATA

U istraživanju su sudjelovale 72 sudionice raspona godina od 36 do 85. Prosječna dob sudionica je 60,03 godina (SD=9,772). U tablici 1 prikazane su sociodemografske i zdravstvene karakteristike ispitivane skupine.

Tablica 1. Deskriptivna statistika za varijable bračnog statusa, obrazovanja, te vrste liječenja

			f	%
Bračni status	Udana/živim u vanbračnoj vezi		44	61,1
	Neudana		9	12,5
	Udovica		19	26,4
Obrazovanje	OŠ		14	19,4
	SSS		45	62,5
	VŠS/VSS		13	18,1
Vrsta liječenja	Operativni zahvat	Da	71	98,6
		Ne	1	1,4
	Zračenje	Da	48	66,7
		Ne	24	33,3
	Kemoterapija	Da	44	61,1
		Ne	28	38,9

Tablica 2. Deskriptivna statistika za ukupnu kvalitetu života i subskale kvalitete života

	M	SD	Min	Maks
materijalno blagostanje	5,28	2,468	0	10
zdravlje	4,92	2,527	0	10
postignuće	5,68	2,862	0	10
bliski odnosi s drugima	6,03	2,706	0	10
osjećaj sigurnosti	5,35	2,728	0	10
pripadanje zajednici	5,29	2,826	0	10
sigurnost u budućnost	4,9	2,665	0	10
PWI ukupno (%SM)	37,44	16,637	4	70

Legenda:
PWI ukupno – ukupna kvaliteta života, %SM – postotak skalnog maksimuma

Iz tablice 2 možemo iščitati da prosječni rezultat ukupne kvalitete života iznosi 37,44% skalnog maksimuma (SD=16,637) što ukazuje na znatno sniženu kvalitetu života u odnosu na očekivane rezultate prema teorijskom normativnom rasponu za svjetsku i hrvatsku populaciju, a koji iznosi 60-80% SM.

Pokazalo se da su žene oboljele od raka dojke najviše zadovoljne bliskim odnosima s drugima (M=6,03; SD=2,706), a najmanje sigurnošću u budućnost (M=4,9; SD=2,665).

Tablica 3. Deskriptivna statistika za ukupnu socijalnu podršku te subskale socijalne podrške

	M	SD	Min	Maks	mogući raspon
U kojoj mjeri Vam bliske osobe pružaju ohrabrenje?	1,83	0,993	0	3	0 – 3
U kojoj mjeri Vam bliske osobe daju korisne informacije?	1,75	0,989	0	3	0 – 3
U kojoj mjeri Vam bliske osobe govore stvari koje Vam podižu samopouzdanje?	1,79	0,992	0	3	0 – 3
U kojoj mjeri Vas bliske osobe slušaju kada trebate s nekim razgovarati?	1,88	0,903	0	3	0 – 3
U kojoj mjeri Vam bliske osobe pokazuju da im je stalo do Vas?	1,97	0,888	0	3	0 – 3
U kojoj mjeri Vam bliske osobe pokazuju da razumiju Vaše misli i osjećaje?	1,75	0,900	0	3	0 – 3
U kojoj mjeri Vam bliske osobe pružaju izravnu pomoć, odnosno daju Vam stvari koje trebate?	1,96	0,879	0	3	0 – 3
Razgovarate li s Vama bliskim osobama kada ste zbog nečega uznemireni, nervozni ili depresivni?	1,83	0,949	0	3	0 – 3
SP ukupno	14, 76	5,767	2	24	0 – 24

Legenda:
SP ukupno – ukupna socijalna podrška

Iz tablice se može vidjeti da su sudionice najviši rezultat postižu na pitanju „U kojoj mjeri Vam bliske osobe pokazuju da im je stalo do Vas?“ (M=1,97; SD=0,888), dok najmanji rezultat postižu na pitanjima „U kojoj mjeri Vam bliske osobe daju korisne informacije?“ (M=1,75; SD=0,989) i „U kojoj mjeri Vam bliske osobe pokazuju da razumiju Vaše misli i osjećaje?“ (M=1,75; SD=0,900)

Rezultat na skali socijalne podrške iznosi 14,76 (SD=5,767), dok najveći mogući rezultat iznosi 24. Iz toga možemo zaključiti da žene oboljele od raka dojke doživljavaju umjerenu socijalnu podršku.

Tablica 4. Deskriptivna statistika za ukupnu sliku o sebi te subskale slike o sebi

	M	SD	Min	Maks	Mogući raspon
Da li ste se osjećali u neprilici ili zbunjeno zbog svog izgleda?	2,50	1,021	1	4	1 – 4
Da li ste se osjećali manje fizički privlačno uslijed bolesti i/ili tretmana?	2,19	1,016	1	4	1 – 4
Da li ste bili nezadovoljni svojim izgledom kada ste obučeni?	2,17	1,061	1	4	1 – 4
Da li ste se osjećali manje ženstveno zbog bolesti i/ili tretmana?	2,18	1,079	1	4	1 – 4
Da li Vam je teško gledati sebe golu (bez odjeće)?	2,18	1,012	1	4	1 – 4
Da li ste se osjećali manje seksualno privlačno kao rezultat bolesti i/ili tretmana?	2,12	0,992	1	4	1 – 4
Da li ste izbjegavali druge ljude zbog toga kako se osjećate u vezi svog izgleda?	1,93	1,142	1	4	1 – 4
Osjećate li da nakon liječenja Vaše tijelo nije vise cjelovito?	2,38	0,999	1	4	1 – 4
Da li ste se osjećali nezadovoljni svojim tijelom?	2,31	1,030	1	4	1 – 4
Da li ste bili nezadovoljni izgledom ožiljka?	2,4	0,974	1	4	1 – 4
BI ukupno	22,36	8,013	10	39	10 – 40

Legenda:
BI ukupno – ukupna slika o sebi

Iz tablice 4 se može vidjeti da sudionice postigle najviši rezultat na pitanju „Da li ste se osjećali u neprilici ili zbunjeno zbog svog izgleda?“ (M=2,50; SD=1,021), dok su najmanji rezultat postigle na čestici „Da li ste se osjećali manje seksualno privlačno kao rezultat bolesti i/ili tretmana?“ (M=2,12; SD=0,992). Rezultat koji za ukupnu sliku o sebi iznosi 22,36 (SD=8,013) nam govori da žene oboljele od raka dojke izražavaju niti pozitivnu niti negativnu sliku o sebi, s obzirom da najveći mogući rezultat iznosi 40.

Kako bi se u daljnjoj obradi podataka mogli primijeniti parametrijski statistički postupci, testiran je normalitet distribucija rezultata Kolmogorov-Smirnov (K-S) testom normaliteta

distribucije. Test je pokazao da varijable ukupne kvalitete života, socijalne podrške i slike o sebi ne odstupaju statistički značajno od normalne distribucije, te će se u daljnjoj obradi koristiti Pearsonov koeficijent korelacije, te regresijska analiza.

Tablica 5. Pearsonov koeficijent korelacije između ukupne kvalitete života, socijalne podrške i slike o sebi

	PWI ukupno
SP ukupno	0,733**
BI ukupno	-0,204

***p<0,01*

Legenda:
PWI ukupno – ukupna kvaliteta života, SP ukupno – ukupna socijalna podrška, BI ukupno – ukupna slika o sebi

U svrhu ispitivanja povezanosti ukupne kvalitete života sa ukupnom socijalnom podrškom izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije koji iznosi r=0,733 i koji predstavlja visoku korelaciju a statistički je značajan na razini od 1%, dok je ispitivanjem povezanosti ukupne kvalitete života i slike o sebi dobiven koeficijent r= -0,204 koji se nije pokazao statistički značajan.

Kako bismo utvrdili doprinos pojedinih varijabli objašnjenju ukupne subjektivne kvalitete života provedena je regresijska analiza. Rezultati su prikazani u tablici 6.

Tablica 6. Regresijska analiza rezultata na dimenzijama socijalne podrške i slike o sebi za kriterijsku varijablu ukupne kvalitete života

	β	t	p
SP_ukupno	0,726	8,610	0,000
BI_ukupno	-0,028	-0,330	0,743
	R=0,733	korigirani R^2= 0,525	F= 40, 167

Legenda:
SP ukupno – ukupna socijalna podrška, BI ukupno – ukupna slika o sebi

Iz tablice 6 možemo vidjeti da socijalna podrška predstavlja značajni prediktor ukupne kvalitete života, dok slika o sebi to nije. Veličina i smjer regresijskog koeficijenta ukazuje nam da što osoba ima viši rezultat na socijalnoj podršci, to će imati viši rezultat na upitniku subjektivne kvalitete života. Sveukupno, socijalna podrška i slika o sebi objašnjavaju 52% varijance ukupne kvalitete života odnosno zadovoljstva životom.

5 RASPRAVA

Krizmanić i Kolesarić (1989) navode da je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva.

Stupanj u kojem su zadovoljene osnovne životne potrebe kao što su hrana, sigurnost, stanovanje i posao povezan je s objektivnim uvjetima koji djeluju na kvalitetu života. Kvaliteta života ipak nije izravno određena životnim standardom: određeni stupanj zadovoljenosti nekih osnovnih životnih potreba može se smatrati nužnim, ali ne i dovoljnim uvjetom kvalitete života. Čak i u vrlo nepovoljnoj objektivnoj situaciji bit će pojedinaca koji će biti relativno ili čak vrlo zadovoljni vlastitim životom. Ljudi s iznimno teškim zdravstvenim tegobama mogu biti zadovoljni svojim životom, pa čak i zdravstvenim stanjem, ako su svoja očekivanja prilagodili situaciji. S druge strane, u objektivno povoljnim uvjetima naići će se na pojedince koji će biti relativno nezadovoljni vlastitim zdravljem ili životom općenito. O kvaliteti života ne može se dakle suditi isključivo na temelju objektivnih indikatora. Kao što naglašavaju Krizmanić i Kolesarić (1989), na zadovoljstvo životom utječe ukupni psihofiziološki sklop pojedinca, njegove osobine, aspiracije, želje i vrijednosti koje određuju način na koji će osoba doživjeti objektivne uvjete. (Lučev i Tadinac, 2008).

Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti da žene oboljele od raka dojke udruge Mammae iz Osijeka u prosjeku imaju nisku kvalitetu života na što ukazuje prosječni rezultat ukupne kvalitete života koji iznosi 37,44% skalnog maksimuma (SD=16,637). Prema podacima iz literature donja granica normativnog raspona za ne zapadna društva iznosi 60% SM, dok je ona za građane hrvatske 62,2% SM.

Uočivši da ljudi subjektivno zadovoljstvo životom uglavnom opisuju koristeći se pozitivnim dijelom skale raspona od nezadovoljan do zadovoljan, Cummins i suradnici (1998) postavljaju hipotezu da se kvaliteta života održava u homeostazi. Pretpostavljeno djelovanje homeostatskog mehanizma analogno je mehanizmu održavanja krvnog tlaka ili tjelesne temperature, koje se u normalnim okolnostima zadržavaju na optimalnoj razini za funkcioniranje organizma (Cummins 2000).

U svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života prilično je stabilna te se u prosjeku procjenjuje kao tri četvrtine maksimalne vrijednosti. Do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima ili nekoj od psiholoških varijabli pojedinca. No ljudi imaju tendenciju i u takvim situacijama pronaći ravnotežu i vratiti se u homeostazu. Različita do sada provedena istraživanja upućuju na

postojanje mehanizma za održavanje doživljaja subjektivne kvalitete života na razini viših pozitivnih vrijednosti. Ovaj model pretpostavlja da je pozitivan pogled na život nužan za normalno funkcioniranje pojedinca. Iako neki događaji ili teška stanja mogu privremeno narušiti homeostazu, većinom se samoprocjene kvalitete života vraćaju na prethodnu razinu nakon određenog vremena. Kada dođe do odstupanja od te optimalne vrijednosti, organizam ima tendenciju pomoću obrambenih mehanizama kompenzirati to odstupanje i vratiti sustav na početnu vrijednost. Ovaj fenomen se može objasniti evolucijski, time što su se razvili mehanizmi koji su dopuštali održavanje životnog zadovoljstva unutar razine optimalne za preživljavanje populacije. Stanje smanjenog zadovoljstva životom negativno djeluje na mentalno zdravlje i svakodnevno funkcioniranje pojedinca, a trajno niska kvalitete života predstavlja rizik za razvoj depresije (Cummins, 2010). Prema tome možemo zaključiti da su žene oboljele od raka dojke rizična skupina za pojavu psihičkih poteškoća.

Nadalje, iz dobivenih podataka se može vidjeti da su ispitanice naviše zadovoljne bliskim odnosima s drugima (M=6,03; SD=2,706), a najmanje sigurnošću u budućnost (M=4,9; SD=2,665).

Prema literaturi, ovi podaci se mogu objasniti modelima „Odozdo prema gore“ i „Odozgo prema dolje“. Prvi model polazi od pretpostavke da ljudi imaju dispozicije za interpretiranje života i na pozitivne i na negativne načine. Te dispozicije utječu na procjenu zadovoljstva na raznim životnim područjima. Dakle, jedna opća (ukupna) procjena može se razložiti i na pojedinačne (niže) dijelove. Drugi navedeni model smatra da se ukupan osjećaj zadovoljstva oblikuje na osnovi jednostavnoga zbrajanja zadovoljstva u različitim životnim područjima, kao što su npr. brak, posao i obitelj (Fiest i sur. 1995; prema Vuletić 2011). Za razliku od prvoga modela, ovdje važniju ulogu imaju objektivne okolnosti. Zadovoljstvo određenim domenama života može pridonijeti ukupnom zadovoljstvu, isto kao što i ukupno zadovoljstvo životom ima značajnog utjecaja na procjene zadovoljstva u različitim domenama života.

U vidu prvog problema ovog istraživanja postavljeno je pitanje postoji li povezanost percipirane socijalne podrške i doživljaja kvalitete života kod žena oboljelih od raka dojke. Pretpostavka je bila da povezanost postoji i da je pozitivnog smjera, odnosno da žene s većom percipiranom socijalnom podrškom procjenjuju kvalitetu života većom. Statističkom obradom dobiven je Pearsonov koeficijent korelacije r=0,733 koji je statistički značajan na razini od 1%, dakle postavljena hipoteza je potvrđena. Daljnjom obradom rezultata pomoću regresijske analize utvrđeno je da je socijalna podrška značajan prediktor povećanja ukupne kvalitete života. Mnoga do sada provedena istraživanja idu u prilog ovoj hipotezi. Neka od njih navode kako rezultati na području istraživanja utjecaja socijalne podrške na pojavu i klinički tijek raka u velikoj mjeri

potvrđuju povezanost niskih razina socijalne podrške i gubitka socijalne podrške s povećanom smrtnosti kod raka (Maunsell, Jaques i Deschenes, 1993; prema Waxler- Morrison, Hislop, Mears i Kan, 1991), dok druga pak govore da socijalna podrška štiti osobu od štetnih učinaka raka dojke kao stresnog životnog događaja, pri čemu su pozitivni učinci socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje u većoj mjeri funkcija percipirane, nego stvarno primljene podrške (Roberts, Cox, Shannon i Wells, 1994).

Irvine i suradnici (1991) ističu da je socijalna podrška značajan čimbenik psihosocijalne prilagodbe pacijentica s rakom dojke, jer 20 do 30% pacijentica ima iskustvo narušene kvalitete života upravo kroz gubitak socijalnih uloga i funkcionalnih sposobnosti te kroz probleme u socijalnim odnosima.

White (2002; prema Martinec, Prstačić, Nikolić, 2009), u okviru studije o ispitivanjima doživljaja slike tijela u onkoloških bolesnika, zaključuje da se pojam slika o sebi često puta tumači u odnosu sa srodnim pojmovima kao što su seksualnost, stigma, samopoštovanje i slično. Prstačić i Sabol (2006) navode da se u području rehabilitacije onkoloških bolesnika, problemsko područje slike o sebi dominantno povezuje sa slijedećim područjima egzistencijalne anksioznosti: bol, amputacija, strah od smrti, suočavanje, interpersonalna komunikacija, poremećaji libida, kvaliteta života, estetska dimenzija, egzistencijalne vrednote.

Druga hipoteza govori kako postoji negativna povezanost slike o sebi i kvalitete života u smislu da izmijenjeni tjelesni izgled zbog tretmana raka dojke negativno utječe na percipiranu kvalitetu života. Dobiveni rezultati pokazuju korelaciju r= -0,204 koja nije statistički značajna, što znači da postavljena hipoteza nije potvrđena u ovom istraživanju. Naime rezultati do sada provedenih istraživanja govore u prilog tome da nakon operacije i kemoterapije dolazi do pogoršanja kvalitete života u bolesnica oboljelih od raka dojke u usporedbi sa izmjerenom kvalitetom života prije tretmana (Husić i Žagrović, 2010).

Baxter i sur. (2006) na temelju analize metoda kliničke procjene doživljaja slike tijela u žena s rakom dojke također navode da u području istraživanja doživljaja slike o sebi u osoba s rakom dojke ne postoji dovoljan broj pouzdanih i valjanih testova prikladnih za primjenu u ovom specifičnom uzorku. Većina testova za procjenu slike o sebi namijenjena je općoj populaciji ili je usmjerena na zadovoljstvo dijelom tijela ili tijelom u cjelini. Takav pristup je neprimjeren za procjenu u slučaju raka dojke budući takva situacija mijenja značenje tijela u pojedinca, odnosno, mijenja se hijerarhija dominantnih determinanti doživljaja slike tijela.

5.1 Ograničenja provedenog istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Jedan od nedostataka ovog istraživanja je prigodan uzorak. Naime, sudionice ovog istraživanja su mahom bile članice Kluba žena operiranih od raka dojke „Mammae“ iz Osijeka, te se stoga rezultati ne mogu generalizirati na populaciju oboljelih od taka dojke Hrvatske.

Još jedno važno ograničenje je i mali broj sudionica, koji također proizlazi iz prigodnog uzorka, jer su podaci sakupljani samo u udruzi, te relativno malog broja žena koji čini populaciju oboljelih.

Nadalje, postoji mogućnost pojave Rosenthalovog efekta, kada očekivanje proizvodi očekivano ponašanje, odnosno zbog vjerovanja u određeni ishod istraživanja dolazi do samoispunjenja predviđanja. Zatim, odgovori su mogli biti pod utjecajem raznih situacijskih faktora (trenutnog raspoloženja sudionika, motivacije za sudjelovanjem u istraživanju, umora i sl.).

Iako je uputa bila pročitana sudionicama, te je napomenuto da se ako imaju pitanja ili nedoumica, slobodno obrate istraživaču, pošto je ispitivanje vršeno grupno, sudionice su mogle zbog nepažnje ili vanjskih distraktora krivo shvatiti što se točno od njih traži.

6 ZAKLJUČAK

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati odnos percipirane socijalne podrške i slike o sebi s kvalitetom života kod žena oboljelih od raka dojke. Na temelju toga postavljene su dvije hipoteze od kojih je samo jedna potvrđena. Dobivenim rezultatima utvrđeno je da postoji pozitivna povezanost socijalne podrške i kvalitete života, odnosno žene s većom percipiranom socijalnom podrškom procjenjuju kvalitetu života višom.

Druga hipoteza koja kaže da postoji negativna povezanost slike o sebi i kvalitete života u smislu da izmijenjeni tjelesni izgled zbog tretmana raka dojke negativno utječe na percipiranu kvalitetu života, nije potvrđena.

Prema rezultatima ovog istraživanja možemo zaključiti, obzirom na izrazito smanjenu kvalitetu života žena oboljelih od raka dojke, kako je nužno i dalje provoditi istraživanja kvalitete života u navedenom području. Također, potrebno je pridati više pažnje ovoj problematici, te poduzeti konkretne mjere kako bi se unaprijedila kvaliteta života.

LITERATURA

Baxter, N. N., Goodwin, P. J., Mcleod, R. S., Dion, R., Devins, G., Bombardier, C.: (2006): Reliability and Validity of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire. *The Breast, 12* (3), 221 – 232.

Cummins, R. A. (2010). Subjective Wellbeing, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis. *Journal of Happiness Studies, 11*, 1 – 17.

Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research, 52*, 55 – 72.

Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research, 43* (3), 307 – 334.

Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. U: Brown, R. I. (Ur.), *Quality of life for people with disabilities* (str. 116-150). London: Stanley Thornes Publishes Ltd.

Čufer, T. (2001) Rak dojke. *Medicus, 10* (2), 173 – 178.

Dakof, D.A. i Taylor, S.E. (1990). Victims perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personalityand Social Psychology, 58* (1), 80 – 89.

Dobrotić, I., Hromatko, A., Japec, L., Matković, T., Šućur, Z. (2007). Subjektivno blagostanje.

Filazoglu G., Griva K. (2008) Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychol Health Med, 13* (5), 559 – 573.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., Al Ghazal, S., (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer, 37* (9), 189 – 197.

Husić, S., Brkljačić Žagrović M. (2010). Izmijenjen tjelesni izgled žene nakon mastektomije zbog karcinoma dojke uzrokuje poremećaj kvalitete života. *Medicina, 46* (1), 80 – 85.

International Wellbeing Group (2006). Personal Wellbeing Index: 4th Edition. *Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University*

(http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm.)

Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. i Browne, G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer, 67* (4), 1097 – 1117.

Jakovljević, D. (2004). *Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja*. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Japec, L. i Šućur, Z. (ur.). *Kvaliteta života u Hrvatskoj: regionalne nejednakosti*, (str. 87–96.) Zagreb: Program Ujedinjenih Naroda za razvoj.

Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života". *Primijenjena psihologija, 10*, 179 – 184.

Lučev, I. i Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj- povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme,* 24, 1 – 2: 67 – 89

Martinec, R., Prstačić, M., Nikolić, B. (2009). *Multivarijatna analiza kontroliralnih varijabli u kliničkoj procjeni slike tijela.* Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2009, *45* (2), 11 – 28

Pahljina-Reinić, R. (2004). *Psihosocijalna prilagodba na rak dojke*. Psihologijske teme, 13, 69 – 90.

Pešić I, Krstić M, Pavlović M, Ilić D, Dimitrios K. (2007). Hormonska senzitivnost tumora kod bolesnica sa rakom dojke. *Acta Medica Medianae 46* (2), 25 – 30.

Petric (Ur.), *XVII. Kongres obiteljske medicine*. (str. 31 – 39). Zadar: Hrvatska udružba obiteljske Medicine.

Polivy, J., Herman, P. (2007). Is the Body the Self?. *Coll. Antropol. 31* (1), 63 – 67.

Reynolds, P., Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine, 16*, 101 – 110.

Roberts, C.S., Cox, C.E., Shannon, V.J. i Wells, N.L. (1994). A closer look at social support as a moderator of stress in breast cancer. *Health and Social Work, 19*,157 – 164.

Stepski – Doliwa, S. (2001). *Teorija i tehnike analitičke terapije tijela*. Zagreb: Hermes.

The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med, 28*, 551 – 558.

Valentić, Z., Petriček, G., Potočki – Rukavina, V., Posenjak – Pavišić, S., Vrcić – Keglević, M. (2010). Kakva je percepcija socijalne podrške i kvalitete života bolesnica oboljelih od karcinoma dojke u ordinacijama obiteljske medicine? Mirjana Rumboldt, Dragomir

Vuletić, G. (ur.) (2011). *Kvaliteta života i zdravlje.* Hrvatska zaklada za znanost. Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.

Waxler-Morrison, N., Hislop, T.G., Mears, B. i Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Social Science and Medicine, 33* (2), 177 – 183.