

Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**POSTTRAUMATSKI STRES I POSTTRAUMATSKI RAST KOD ŽENA LIJEČENIH
OD RAKA DOJKE**

Diplomski rad

Mara Šimunović

Mentor: dr. sc. Damir Ljubotina, izv. prof.

Zagreb, 2014.

Zahvaljujem svim hrabrim ženama liječenim od raka dojke koje su pristale biti sudionice ovog istraživanja.

Zahvaljujem gospođi Danijeli Štajner predsjednici Udruge "Još jedan dan", gospođi Ljiljani Vukoti, psih., voditeljici Centra za psihološku pomoć Udruge "SVE za NJU!" te gospođi Miri Blažinović i gospođi Ružici Filković iz Udruge "Europa Donna Hrvatska" na njihovoj nesebičnoj pomoći u prikupljanju podataka i entuzijazmu kojeg su pokazale za ovo istraživanje.

Zahvaljujem mentoru dr. sc. Damiru Ljubotini na stručnoj pomoći i vođenju u planiranju i izradi ovog rada.

Sadržaj

UVOD.....	1
Rak dojke i psihološki aspekti bolesti.....	1
Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i rak dojke.....	1
Posttraumatski rast i rak dojke.....	3
Intrinzična religioznost.....	5
Zdravstveni lokus kontrole	5
Suočavanje sa stresom i rak dojke.....	6
CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE.....	7
METODOLOGIJA.....	9
Sudionici.....	9
Postupak.....	10
Instrumenti.....	11
REZULTATI.....	13
RASPRAVA.....	21
ZAKLJUČAK.....	28
LITERATURA.....	29

Posttraumatski stres i posttraumatski rast kod žena liječenih od raka dojke Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth Following Breast Cancer

Mara Šimunović

Sažetak

U suvremenim gledištima na traumu ozbiljno fizičko oboljenje kao što je rak dojke smatra se stresorom koji potencijalno može dovesti do posttraumatskog stresnog poremećaja kod oboljelih. Istovremeno, sve se veći naglasak stavlja i na koncepte pozitivnih promjena uslijed proživljavanja i prorade traumatičnog iskustva. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati posttraumatske stresne reakcije kod žena liječenih od raka dojke i promjene vezane uz koncept posttraumatskog rasta te neke povezane faktore. Istraživanje je provedeno na uzorku od 97 žena liječenih od raka dojke kod kojih je od završetka liječenja prošlo između mjesec dana i 6 godina. Korištenjem kriterija granične vrijednosti na PCL – C skali utvrđena je prevalencija od 21 % indikativnih rezultata za dijagnozu PTSP – a. Prediktorima izraženosti PTSP simptoma pokazali su se eksternalni zdravstveni lokus kontrole povezan sa srećom i razina percipirane stresnosti bolesti. Velika proporcija sudionica izvijestila je o doživljenim pozitivnim promjenama uslijed iskustva bolesti. Mlađa dob sudionica, život u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, veća percipirana stresnost bolesti, intrinzična religioznost te internalni zdravstveni lokus kontrole povezani su s višom razinom doživljenog posttraumatskog rasta u ovom istraživanju. Sudionice su izvijestile da su im najkorisnije strategije suočavanja s bolešću bile traženje socijalne podrške te religiozno suočavanje. Također, čak je 83 % sudionica uspješnost svog suočavanja s bolešću ocijenilo kao "uspješno" ili "vrlo uspješno".

Ključne riječi: *rak dojke, posttraumatski stresni poremećaj, posttraumatski rast, strategije suočavanja*

Abstract

Modern concepts of trauma assume that a life – threatening disease as breast cancer can potentially cause posttraumatic stress disorder. More attention is also given to investigating positive changes that happen due to experiencing and understanding traumatic event. The aim of this study was to investigate posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth (PTG) and some factors related to these two concepts in women treated for breast cancer. The sample in this study included 97 women who were diagnosed with breast cancer and were 1 month to 6 years post - completion of all primary breast cancer therapy. We identified 21 of 97 women (21.6%) as likely candidates for formal diagnosis of PTSD using the cutoff method on PCL - C. PTSD symptomatology positively related to chance external health locus of control and perceived stressfulness of disease. Most of participants reported experiencing positive changes due to their illness. Younger age, living with a partner, perceived stressfulness of disease, intrinsic religiosity and internal health locus of control were associated with greater PTG. Participants reported that the most helpful strategies of coping with cancer were seeking social support and religious coping. More than 83 % of participants evaluated their coping with disease as "successful" or "very successful".

Key words: *breast cancer, posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, coping strategies*

Uvod

Rak dojke i psihološki aspekti bolesti

Rak dojke najčešći je tumor kod ženske populacije u svim područjima svijeta. Statistike pokazuju da u Republici Hrvatskoj svaka jedanaesta žena obolijeva od raka dojke, a više od trećine njih umire zbog otkrivanja bolesti u kasnijem stadiju. Rak dojke najčešći je u žena između 50 i 69 godina, međutim prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, iz godine u godinu obolijeva i sve veći broj mlađih žena (Brkljačić i sur., 2006). Osoba oboljela od raka često se mora suočiti s osjećajem nesigurnosti vezanim uz vlastitu budućnost, neugodnim posljedicama postupaka liječenja bolesti, ali nerijetko i osjećajima izolacije, stigme i krivnje. Stres se javlja već pri sumnji na dijagnozu, a prisutan je tijekom čitavog procesa liječenja. Čak ni završetak liječenja ne predstavlja kraj procesa psihološke adaptacije. Adaptacija se nastavlja dugo nakon povlačenja bolesti. Psihološki i somatski stres, negativne misli i anksioznost povezana sa razmišljanjem o smrti postupno opadaju prvu godinu od dijagnoze (Holland, 1998). Ipak, neki oboljeli pet i više godina nakon završetka liječenja izvještavaju o fizičkim, emocionalnim i socijalnim problemima povezanim s bolešću (Holland, 1998). Meyerowitz je u svom preglednom radu (1980) izdvojila tri područja psihosocijalnog utjecaja raka dojke: psihološka neugoda (anksioznost, depresija, ljutnja); promjene u životnim obrascima (kao posljedice psiholoških teškoća, partnerskih i seksualnih problema uzrokovanih bolešću te smanjene razine aktivnosti) te strahovi i brige (vezane uz gubitak dojke, povratak bolesti i smrt). Iako oboljele danas imaju bolje izgleda preživljavanja i naprednije mogućnosti liječenja ovi problemi i dalje pogađaju mnoge žene. Također, mnogi psihički poremećaji mogu se povezati s izloženošću traumatskom stresoru kao što je rak. Najčešće su to poremećaji prilagodbe, depresivni i anksiozni poremećaji, među kojima se u posljednje vrijeme sve više istražuje i posttraumatski stresni poremećaj povezan s rakom (Holland, 1998).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i rak dojke

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) spada u skupinu anksioznih poremećaja i definira se kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresni događaj. PTSP uzrokuje traumatsko iskustvo kojem je pojedinac bio izložen. Traumatski događaji su izrazito stresni jer uključuju prijetnju tjelesnom integritetu osobe, smrtni ishod ili ranjavanje (Begić, 2011). To su događaji koji su po svojoj prirodi izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva te su zato izrazito uznemirujući gotovo za svakoga (npr. ratna stradanja, nesreće, prirodne katastrofe). Dok će većina ljudi s vremenom uspješno prebroditi traumatsko iskustvo, kod nekih osoba se javljaju

poteškoće u integraciji tog iskustva. Takve osobe kao da ostaju "zarobljene" u onome što se dogodilo, neprestano iznova proživljavajući traumu. Životna prevalencija PTSP – a kreće se između 1 i 3 % do 6.8%, a poremećaj je pritom češći kod žena (9.7 %), nego kod muškaraca (3.8%). Može se javiti u bilo kojoj životnoj dobi, ali je najčešći kod mlađih osoba zbog veće izloženosti traumatskim događajima u toj dobi (Begić, 2011). Prema DSM – IV priručniku za dijagnozu PTSP – a moraju biti prisutni simptomi iz triju skupina: 1) Traumatski događaj stalno se proživljava (npr. ponavljajuća i nametljiva sjećanja na događaj, ponavljajući uznemirujući snovi o događaju, ponašanje kao da se događaj ponovno odvija); 2) Stalno izbjegavanje svega što podsjeća na traumu te otupjelost opće reaktivnosti koja nije bila prisutna prije traume (npr. izbjegavanje misli, osjećaja ili razgovora o traumi, gubitak interesa za stvari u kojima je osoba prije uživala); 3) Stalni simptomi pojačane pobuđenosti (npr. otežano usnivanje, razdražljivost). Smetnje iz ova tri kruga simptoma moraju trajati dulje od mjesec dana, a poremećaj mora uzrokovati značajne teškoće u području socijalnog, radnog ili drugog oblika funkcioniranja. Govorimo o akutnom PTSP – u ako simptomi traju dulje od mjesec dana, a ako traju dulje od tri mjeseca govorimo o kroničnom PTSP – u. Kod PTSP - a s odgođenim početkom, simptomi se pojavljuju najmanje šest mjeseci nakon izlaganja traumatskom događaju (Kaplan i Sadock, 1998). Postoje različiti modeli nastanka PTSP – a, a većina modernih interakcijskih modela polazi od Lazarusovog modela stresa (1966) te PTSP promatraju kao rezultat djelovanja prirode i dimenzija traume (intenzitet, trajanje, stupanj prijetnje za život i sl.); osobina pojedinca (dob, crte ličnosti, kognitivni stil, načini suočavanja sa stresom i dr.) te osobina socijalnog okruženja (društvena, ekonomska, osobna podrška) (Jakovčić, 2004).

PTSP se kao psihijatrijski poremećaj najčešće povezuje s ratom pa je tako i povijesna konceptualizacija poremećaja pratila ratne sukobe (Begić, 2011). U DSM – III – R priručniku životno ugrožavajuća bolest bila je isključena kao potencijalni traumatični događaj koji bi mogao uzrokovati pojavu PTSP – a. Bolest se kao stresor nije smatrala dovoljno neuobičajenom i intenzivnom okolnosti da bi mogla inducirati psihološko stanje povezano s događajima za koje se smatra da su po svojoj prirodi traumatski. Oboljeli od raka koji su pokazivali psihološke simptome karakteristične za PTSP najčešće su dobivali dijagnoze poremećaja prilagodbe ili drugih anksioznih poremećaja te poremećaja raspoloženja (Holland, 1998). Dijagnostički kriteriji za PTSP u DSM – IV priručniku ne stavljaju više naglasak na samom traumatskom događaju, već subjektivnom psihološkom iskustvu osobe te se stoga od 1994. dijagnoza PTSP – a počinje primjenjivati i na oboljele od raka. Istraživanja PTSP – a kod oboljelih od raka imaju brojne metodološke i konceptualne probleme. Najprije, treba

spomenuti da se po život opasne bolesti kao što je rak razlikuju od tradicionalnih stresora na dva temeljna načina. Prvi se odnosi na to da bolest ne spada u stresore koji dolaze iz naše vanjske okoline (što vrijedi za traumatske događaje kao što su prirodne katastrofe, rat ili nesreće) (Wilson i Keane, 1997). Bolest je internalni stresor, nedjeljiv od pojedinca. Stoga je vjerojatno i iskustvo stresa povezanog s bolešću kvalitativno bitno različito od iskustva stresa uzrokovanog ostalim stresorima koje inače vežemo uz dijagnozu PTSP – a. Druga bitna razlika se odnosi na mogućnost da perzistirajući stresor kod osoba izliječenih od raka nije sjećanje na traumatski događaj (kao što je primjerice sjećanje na ratne događaje kod veterana), već prije prijetnja povratka ili pogoršanja bolesti. Ova važna konceptualizacija podrazumijeva da prijetnja nije u prošlosti, već u budućnosti. Rezultati istraživanja PTSP – a kod oboljelih od raka razlikuju se s obzirom na vrstu raka kod sudionika; jesu li u istraživanje uključeni pacijenti u postupku liječenja ili samo oni kod kojih je liječenje završilo; vrijeme proteklo od kraja liječenja; instrumente korištene za procjenu; nacrt istraživanja (longitudinalna ili transverzalna istraživanja). Stoga je teško dati konačne podatke o prevalenciji PTSP – a povezanog s rakom, pa tako i rakom dojke. U istraživanjima uključenim u jedan od prvih preglednih radova na temu PTSP – a povezanog s rakom, (Kangas, Henry i Bryant, 2002) trenutne prevalencije PTSP – a kod žena liječenih od raka dojke kretale su se između 0 i 30%. U novijem istraživanju Cordove i sur. iz 2007., obuhvaćeno je više preglednih radova na ovu temu te autori zaključuju da se prevalencija simptoma PTSP – a povezanih s rakom kreće između 5 i 35 %. Razmatranja o traumatičnosti dijagnoze i liječenja raka za pojedinca, istovremeno su potaknula i veći broj istraživanja pozitivnih promjena koje su moguće uslijed jednog tako negativnog iskustva. Jedan vid takvih promjena jest i koncept posttraumatskog rasta.

Posttraumatski rast i rak dojke

Prvi i najutjecajniji model posttraumatskog rasta iznijeli su 1996. g. Tedeschi i Calhoun. Oni posttraumatski rast definiraju kao iskustvo pozitivne promjene koje se događa uslijed suočavanja s vrlo stresnim životnim događajem. Značajna proporcija osoba koje su proživjele traumatsko iskustvo izvještava o bar nekim pozitivnim promjenama koje su nakon njega uslijedile (Calhoun i Tedeschi, 2004). Naglasak je na tome da posttraumatski rast nije direktna posljedica traume, već rezultat unutarnje borbe pojedinca da prevlada i osmisli traumatsko iskustvo. Koncept posttraumatskog rasta tako otvara novi način poimanja traume koja osim očitog negativnog utjecaja na život pojedinca, može ponekad rezultirati i nekim psihološkim dobrobitima.

U svojoj knjizi "Shattered Assumptions" (1992), Janoff – Bulman govori o "svijetu pretpostavki" - kognitivnoj shemi koja se sastoji od temeljnih vjerovanja o nama samima, svijetu oko nas i vezi između to dvoje. Prema Janoff – Bulman većina ljudi ima tri osnovne pretpostavke. Pretpostavka o dobronamjernosti svijeta¹ odnosi se na vjerovanje da je svijet dobro mjesto - drugi ljudi su dobronamjerni i spremni pomoći, a povoljni ishodi vjerojatniji su od loših. Druga pretpostavka tiče se smislenosti svijeta - vjerovanja o tome zašto se neke stvari događaju te zašto se događaju određenim ljudima. Treća pretpostavka odnosi se na vrijednost "selfa", tj. nas samih – ljudi se vide kao dobre osobe, čija su ponašanja i odabiri ispravni. Tedeschi i Calhoun u svom razmatranju o posttraumatskom rastu polaze upravo od ovog svijeta pretpostavki koji se dovodi u pitanje uslijed proživljenog traumatskog iskustva. Nakon što su ove temeljne pretpostavke srušene, slijedi proces kognitivnog rekonstruiranja u kojem osoba nastoji prilagoditi postojeće sheme onome što se dogodilo te prilagoditi interpretaciju traume kako bi ona bila u što manjoj suprotnosti s dotadašnjom shemom pretpostavki. Ovi procesi koje Janoff – Bulman naziva procesima asimilacije i akomodacije događaju se simultano. Posttraumatski rast kako ga definiraju Tedeschi i Calhoun ima pet domena: osoba više cijeni vlastiti život te je došlo do promjene u prioritetima; topliji, intimniji odnosi s drugim ljudima; više izražen osjećaj osobne snage; prepoznavanje novih mogućnosti u vlastitom životu te duhovni razvoj. Ono što valja naglasiti jest činjenica da iako pretpostavlja pozitivne promjene u životu pojedinca, posttraumatski rast nikako ne podrazumijeva da osobe koje doživljavaju ove promjene, istovremeno ne pokazuju znakove stresa i psihološke patnje uslijed traume. Naprotiv, većina istraživanja ukazuje na to da su primjerice mjere PTSP – a kao oblika psihološke prilagodbe i posttraumatskog rasta nezavisne o čemu će u ovom radu detaljnije biti riječi u dijelu rasprave.

U ovom su istraživanju uz neke sociodemografske varijable (npr. dob i stupanj obrazovanja) te neke medicinske varijable (npr. invanzivnost liječenja) ispitivane i psihološke varijable percipirane stresnosti dijagnoze i liječenja raka, strategije suočavanja sa stresom uslijed bolesti, stupanj intrinzične religioznosti sudionica te zdravstveni lokus kontrole. Posljednje dvije varijable uključene su nakon što je pregledom dostupne literature utvrđeno da je do sada relativno rijetko istraživana povezanost ovih varijabli s PTSP –om i posttraumatskim rastom kod oboljelih od raka dojke, dok istovremeno neka istraživanja ukazuje da je riječ o potencijalno važnim konstruktima u boljem razumijevanju ova dva

¹ U teoriji Janoff – Bulman "svijet" se odnosi na druge ljude oko nas i događaje u životu pojedinca.

koncepta (npr. istraživanje PTSP - a i lokusa kontrole Maerckera i Herrle, 2005 te intrinzične religioznosti i posttraumatskog rasta Shawa, Josepha i Linleya, 2007).

Intrinzična religioznost

English i English (1976; prema Ćorić, 1997) religiju definiraju kao sustav vjerovanja, ponašanja, obreda i ceremonija kojima se pojedinci i zajednice stavljaju u odnos s Bogom ili nadnaravnim svijetom te u odnos jedni s drugima. Religioznost i duhovnost slični su pojmovi, a odnose se na osjećaje, misli, iskustva i ponašanja koji proizlaze iz traganja za nečim za pojedinca "božanskim" i nadnaravnim. Pritom religioznost često podrazumijeva grupno prakticiranje ovakvih vjerovanja i postojanje određenih doktrina, dok se spiritualnost većim dijelom odnosi na osobna iskustva i vjerovanja (Hill i sur., 2000). Jedna od najpoznatijih konceptualizacija religioznosti jest Allportova koncepcija intrinzične i ekstrinzične religiozne orijentacije. U slučaju ekstrinzične religioznosti naglasak je na koristima koje osoba dobiva od svoje religije poput utjehe, zaštite, druženja i sl. Intrinzična religioznost je pak definirana kao "religija po kojoj se živi". Osoba koja je na ovaj način orijentirana, u svojoj religioznosti nadilazi osobne interese i prihvaća i njeguje svoju religiju zbog njenih vrijednosti (Ćorić, 1997). Ova vrsta religiozne orijentacije sličnija je konceptu duhovnosti. Ljudi najčešće ne spadaju u isključivo jednu od ove dvije kategorije, već obično više "naginju" jednoj od opisanih orijentacija. Intrinzična religioznost jedan je od koncepata uključenih u ovo istraživanje zbog moguće pozitivne povezanosti s pojavom posttraumatskog rasta kod oboljelih od raka (Petzet i Balboni, 2013) te istovremeno nerazriješenog odnosa sa zastupljenošću simptoma PTSP – a (Chen i Koenig, 2006).

Zdravstveni lokus kontrole

Lokus kontrole jest percipirano mjesto faktora koje osoba doživljava kao izvore upravljanja ponašanjem i uzroke onoga što joj se događa. Uzroke osobnog ponašanja, uspjeha i neuspjeha možemo pripisati većim dijelom vanjskim okolnostima što povezujemo s eksternalnim lokusom kontrole. Pripisivanje uzroka ponašanja nekim faktorima vezanim uz samu osobu (npr. crte ličnosti, stupanj motivacije i sl.) smatramo internalnim lokusom kontrole (Petz, 2005). Podjelu internalni – eksternalni lokus kontrole u psihologiju je uveo Rotter 1966. g. te je konstruirao prvu dvodimenzionalnu skalu lokusa kontrole (prema Rotter, 1990). Rotterov rad temelji se na njegovoj teoriji socijalnog učenja prema kojoj ponašanje osobe nije određeno samo značenjem određenog cilja ili potkrepljenja već i očekivanjem hoće li se određeni cilj ostvariti u funkciji nekog specifičnog ponašanja u specifičnoj situaciji. Po

uzoru na Rottera, prvu skalu zdravstvenog lokusa kontrole konstruirali su Wallston, K.A., Wallston, B. S., Kaplan i Madies 1976. g. (prema Wallston, Wallston i DeVellis, 1978) kao jednodimenzionalnu mjeru vjerovanja pojedinca o tome koliko je njegovo zdravlje determinirano vlastitim ponašanjem. Nakon faktorskih analiza, ustanovljeno je da zdravstveni lokus kontrole nije jednodimenzionalan konstrukt te je 1978. nastala Skala multidimenzionalnog zdravstvenog lokusa kontrole koja pretpostavlja postojanje internalnog lokusa, eksternalnog lokusa povezanog sa značajnim drugim osobama (primjerice liječnicima) te eksternalnog lokusa koji se odnosi na vjerovanje da su zdravstveni ishodi pretežito pod utjecajem sreće ili sudbine (engl. chance). Dosadašnja istraživanja povezuju povoljnija zdravstvena ponašanja i ishode kao što su zdrave životne navike, više fizičke aktivnosti i bolje prilagođavanje tretmanima liječenja s internalnim zdravstvenim lokusom (Linden, Akker i Buntinx, 2001). S druge strane, pokazalo se da je pripisivanje zdravstvenih ishoda sreći kod oboljelih od raka povezano s lošijom adaptacijom na bolest (Neipp, Lopez – Roig i Pastor, 2007). Povezanost zdravstvenih ishoda i lokusa kontrole koji se odnosi na značajne druge manje je jasna, no istraživanja sugeriraju da su značajni drugi kao i internalna dimenzija prediktori dobre adaptacije kod bolesnika.

Suočavanje sa stresom i rak dojke

Strategije suočavanja ispitivane su u ovom istraživanju zbog njihove povezanosti s PTSP - om i posttraumatskim rastom kod oboljelih od raka. Međutim, zbog nužnosti što manjeg opterećivanja sudionica istraživačkim postupkom, strategije nisu mjerene tradicionalno, upitničkom mjerom već pitanjem otvorenog tipa. Zbog ovakve metode ispitivanja strategija suočavanja, nećemo direktno analizirati spomenutu vezu s PTSP –om i posttraumatskim rastom, no ipak je od važnosti barem na deskriptivnoj razini utvrditi koje su za sudionice subjektivno najkorisnije strategije suočavanja s traumatskim iskustvom kao što je rak dojke. Najobuhvatniju definiciju suočavanja sa stresom dali su Lazarus i Folkmanova (prema Lazarus, 1966) prema kojoj je suočavanje proces u kojem pojedinac nastoji kognitivnim ili ponašajnim naporima svladati, smanjiti ili podnijeti internalne i eksternalne zahtjeve koje je procijenio nesavladivim s obzirom na svoje kapacitete i sposobnosti. Lazarus i Folkmanova (prema Lazarus, 1993) navode osam strategija suočavanja koje se mogu svrstati u dvije kategorije - suočavanje usmjereno na problem te suočavanje usmjereno na emocije. Prva vrsta suočavanja prevladava kada pojedinac procijeni da može poduzeti nešto u vezi stresnog događaja, odnosno kontrolirati njegove ishode bilo putem direktne akcije ili pak kognitivnim rekonstruiranjem. Suočavanje usmjereno na emocije u prvom redu ima svrhu

smanjivanja emocionalne tenzije nastale uslijed stresnog iskustva. Usmjerenost na emocije vjerojatnije je u situacijama za koje je pojedinac procijenio da nije moguće kontrolirati događaje koji uzrokuju stres ili njihove ishode. Prema Endleru i Parkeru (1990) postoji i treći opći način suočavanja – izbjegavanje koje se odnosi na pokušaje odvratanja pažnje od izvora stresa i reakcija na stresor. Valja naglasiti da nijedna od ovih općih strategija nije sama po sebi adaptivna ili neadaptivna. Lazarus i Folkmanova (1984) naglašavaju da uspješnost strategije u suočavanju sa stresom uvelike ovisi o tome kako osoba percipira situaciju te kako vrednuje vlastitu uspješnost suočavanja. U nedavnom istraživanju (Ahadi, Delavar i Rostami, 2013) uspoređivane su strategije suočavanja kod oboljelih od raka te zdravih sudionika. Pokazalo se da oboljeli od raka koriste značajno manje strategija usmjerenih na problem kao što su prihvaćanje odgovornosti, plansko rješavanje problema i samokontrola, a značajno više strategije usmjerene na emocije.

U ovom istraživanju naglasak je bio na deskripciji i utvrđivanju zastupljenosti posttraumatskih stresnih reakcija, ali i pozitivnih promjena koje vežemo uz posttraumatski rast, kod žena liječenih od raka dojke. Također se pokušalo ova dva fenomena nastala uslijed iskustva dijagnoze i liječenja raka, dovesti u odnos s nekim sociodemografskim (dob, stupanj obrazovanja, bračni status, prosječna primanja) medicinskim (invanzivnost liječenja, vrijeme proteklo od završetka liječenja) i psihološkim faktorima (zdravstveni lokus kontrole, percipirana stresnost bolesti, intrinzična religioznost). Valja napomenuti da su rezultati istraživanja spomenutih povezanosti na populaciji oboljelih ili liječenih od raka dojke, prilično nekonzistentni te su svi problemi i hipoteze u ovom istraživanju formirani s obzirom na nalaze koji su najčešće dobiveni u pregledanim radovima. Strategije suočavanja i percipirana uspješnost vlastitog suočavanja s bolešću također su ispitivane, no zbog odabrane metode prikupljanja podataka nisu dovođene u direktnu vezu s glavnim istraživačkim konceptima – posttraumatskim rastom i PTSP – om.

Cilj, problemi i hipoteze

Cilj istraživanja: Cilj istraživanja je ispitati izraženost i prediktore posttraumatskih stresnih reakcija te promjena vezanih uz posttraumatski rast kod žena liječenih od raka dojke.

1. skupina problema (problemi deskriptivnog tipa):

1) Utvrditi zastupljenost simptoma PTSP -a kod žena liječenih od raka dojke.

Hipoteza: Na osnovi dostupne literature iz ovog područja, očekujemo da će se postotak sudionica kod kojih postoji indikacija za dijagnozu PTSP –a kretati između 5 i 35%.

2) Utvrditi zastupljenost promjena vezanih uz koncept posttraumatskog rasta kod žena liječenih od raka dojke.

Hipoteza: Očekujemo da će većina sudionica izvijestiti o izraženim pozitivnim promjenama uslijed iskustva dijagnoze i liječenja raka dojke.

3) Utvrditi koje strategije suočavanja s bolešću žene liječene od raka dojke navode kao najdjelotvornije te utvrditi kako evaluiraju uspješnost vlastitog suočavanja.

Hipoteza: Očekujemo da će većina sudionica svoju uspješnost suočavanja s bolešću evaluirati vrlo pozitivno.

2. skupina problema (problemi predikcije):

Kao prediktori korišteni su *sociodemografski faktori* (dob, bračni status, stupanj obrazovanja i prosječna razina primanja sudionice), *medicinski faktori* (vrsta/invanzivnost operacije koju je sudionica primila te vrijeme proteklo od završetka liječenja) i *psihološki faktori* (zdravstveni lokus kontrole – internalni lokus i eksternalni lokus vezan uz pripisivanje ishoda sreći, intrinzična religioznost i percipirana razina stresnosti bolesti za sudionicu).

Formirani su sljedeći problemi:

4) Utvrditi koliko predikciji simptoma PTSP –a kod žena liječenih od raka dojke pridonose navedeni sociodemografski, medicinski i psihološki faktori.

Hipoteza: Percipirana stresnost bolesti i eksternalni zdravstveni lokus kontrole bit će statistički značajno pozitivno povezani s izraženošću simptoma PTSP – a. Dob, stupanj obrazovanja i prosječna primanjima bit će statistički značajno negativno povezani s izraženošću simptoma PTSP – a.

5) Utvrditi koliko predikciji promjena vezanih uz koncept posttraumatskog rasta kod žena liječenih od raka dojke pridonose navedeni sociodemografski, medicinski i psihološki faktori.

Hipoteza: Percipirana stresnost bolesti, intrinzična religioznost, internalni zdravstveni lokus kontrole, stupanj obrazovanja i život u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici bit će statistički značajno pozitivno povezani s posttraumatskim rastom. Dob sudionice će biti statistički značajno negativno povezana s posttraumatskim rastom.

* Očekujemo da medicinski faktori (invanzivnost liječenja i vrijeme proteklo od završetka liječenja) neće biti povezani niti s izraženošću simptoma PTSP –a, niti s posttraumatskim rastom. Također očekujemo da će rezultati na ove dvije kriterijske varijable biti *nezavisni*.

Metodologija

Sudionici

U istraživanju su pristale sudjelovati ukupno 103 sudionice od kojih je za njih 6 utvrđeno da boluju od depresije te stoga nisu uključene u daljnju obradu. Stoga je konačan broj sudionica ovog istraživanja 97. U tablici 1 nalaze se deskriptivni podaci sudionica na sociodemografskim i medicinskim varijablama korištenim u ovom istraživanju.

Tablica 1
Deskriptivni podaci za sociodemografske varijable i medicinske varijable

		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<i>Dob</i>				50.01	10.32	32	75
<i>Stupanj obrazovanja</i>	osnovna škola	6	6.2				
	srednja škola	50	51.5				
	viša stručna sprema	15	15.5				
	visoka stručna sprema	24	24.7				
	magistarski studij	2	2.1				
	doktorski studij	0	0				
<i>Bračni status</i>	bračna/izvanbračna zajednica	63	64.9				
	razvedena	14	14.4				
	udovica	5	5.2				
	neudana	15	15.5				
<i>Prosječna mjesečna primanja po članu domaćinstva u kunama</i>				3173	2307	333	15000
<i>Oblik operacije</i>	lumpektomija	11	11.3				
	djelomična mastektomija	34	35.1				
	mastektomija	22	22.7				
	radikalna mastektomija	29	29.9				
<i>Kemoterapija</i>	Da	76	78.4				
	Ne	21	21.6				
<i>Vrijeme proteklo od završetka liječenja (u mjesecima)</i>				26	20.86	1	72
<i>Druga somatska bolest</i>	Da	33	34				
	Ne	64	66				

U istraživanje su mogle biti uključene žene koje su imale dijagnozu raka dojke kod kojih je od zadnjeg oblika liječenja prošlo bar mjesec dana, a najviše 7 godina. Razlog zbog kojeg nisu uključene i one žene koje su trenutno u procesu liječenja povezan je s problemom *konceptualizacije raka kao traume*. Naime, kod ostalih vrsta traumatskih događaja kao što su nesreće, rat ili prirodne katastrofe može se točno odrediti vremenski okvir događaja. Kod raka kao traume sama dijagnoza bolesti jest traumatična, ali zasigurno i čitav proces liječenja. Također, potpuno izliječenima se smatraju oni oboljeli kod kojih postoji petogodišnje preživljavanje (Čufer, 2001), iako je povratak bolesti uvijek moguć. Iz ovih je razloga

zapravo vrlo teško jasno definirati kada je prijetnja koju bolest predstavlja završila. Iako su mnoga istraživanja koja su analizirala pojavnost PTSP – a kod ove populacije, uključivala pacijente u trenutnom postupku liječenja, čini se da je ipak smislenije kao sudionike uključiti barem one pacijente kod kojih je osnovno liječenje (kemoterapija, operacija, zračenje) završeno, pa je i neposredna prijetnja, usko promatrana kao dijagnoza i tretman bolesti, otklonjena. Donja granica od mjesec dana od završetka liječenja postavljena je zbog DSM kriterija za dijagnozu PTSP - a koji nalaže da smetnje traju najmanje mjesec dana od traumatskog događaja. Gornja vremenska granica od sedam godina određena je arbitrarno. Naime, ako govorimo o stopi petogodišnjeg preživljavanja kao kriteriju vjerojatnog potpunog izlječenja, za pretpostaviti je da određena razina anksioznosti vezane uz bolest postoji i nekoliko godina nakon dostizanja te stope.

Postupak

Sudionice su regrutirane preko tri udruge koje okupljaju žene oboljele od raka dojke - "Sve za nju", " Još jedan dan" i "Europa Donna Hrvatska". Istraživanje je bilo anonimno, a zbog osjetljivosti teme planirano je prikupljanje podataka metodom papir – olovka u direktnom kontaktu s sudionicama. Međutim, zbog vrlo malog tako prikupljenog uzorka, naposljetku je korišteno i online prikupljanje podataka te prikupljanje podataka poštom za one sudionice koje se ne služe računalom ili nemaju pristup Internetu. Naposljetku je u izravnom kontaktu sa sudionicama prikupljeno 26 upitnika (26.8%), online ispunjavanjem 52 upitnika (53.6%) te putem pošte 19 upitnika (19.9%). Kako bismo provjerili razlikuju li se rezultati sudionica na kriterijskim varijablama s obzirom na način prikupljanja podataka, proveli smo Kruskal – Wallisov test te se pokazalo se da nema razlike u rezultatima na PCL – C skali te skali posttraumatskog rasta s obzirom na način na koji su podaci prikupljeni. Sve su sudionice pozvane na sudjelovanje u istraživanju u suradnji s voditeljicama/ predsjednicama uključenih udruga. Sudionicama koje posjeduju e - mail adresu poslan je poziv za sudjelovanjem u istraživanju, dok je s korisnicama Udruge "Još jedan dan" poziv podijeljen preko njihove Facebook – grupe "Lavice". Ostalim sudionicama koje ne posjeduju računalo, nemaju pristup Internetu te nisu iz Zagreba, pristanak za sudjelovanje i upitnici poslani su poštom, a većina ih je prije toga i telefonski obaviještena o istraživanju. Prikupljanje podataka u izravnom kontaktu u uvjetima papir – olovka organizirano je u prostorima uključenih udruga u više termina u manjim grupama do 5 sudionica, a rjeđe i individualno ako sudionici nijedan ugovoreni grupni termin ne bi odgovarao.

Instrumenti

Sociodemografski i medicinski podaci

Od sudionica se najprije tražilo da upišu podatke o dobi, bračnom statusu, razini obrazovanja, broju osoba koje žive u njihovom kućanstvu te podatak o ukupnoj mjesečnoj razini novčanih primanja u njihovom kućanstvu. Od medicinskih podataka tražila se informacija o primanju kemoterapije, obliku operacije, vremenu proteklom od zadnjeg osnovnog oblika liječenja (operacije, kemoterapije ili zračenja) te da li boluju od neke druge bolesti te ako da koje.

Lista označavanja posttraumatskih stresnih reakcija – verzija za civile (PCL - C , Weathers, Litz, Huska i Keane, 1993)

Ova lista sadrži 17 čestica koje su ekvivalentne simptomima PTSP – a prema DSM – IV priručniku te se može koristiti kao trijažni upitnik. Prvih 5 čestica odnosi se na simptome iz B klastera (ponovno proživljavanje događaja), idućih 7 čestica na simptome iz C klastera (izbjegavanje podražaja vezanih uz traumu te otupjelost opće reaktivnosti), dok se posljednjih 5 čestica odnosi na simptome iz D klastera (pojačana pobuđenost). Za svaki simptom sudionik treba procijeniti koliko ga je smetao u posljednjih mjesec dana koristeći se skalom od pet stupnjeva (1 – uopće ne, 5 – izrazito). C verzija skale može se primjenjivati nakon doživljavanja bilo kojeg traumatskog događaja te ju je moguće modificirati tako da se čestice odnose na konkretan događaj. U ovom istraživanju je u uputi naznačeno da se stresno iskustvo koje se spominje u tvrdnjama odnosi na iskustvo dijagnoze i liječenja raka. Ukupni rezultat može se kretati od 17 do 85. Postoje dva kriterija za određivanje rezultat indikativnog za moguću dijagnozu PTSP – a . Prvi je kriterij granične vrijednosti (tzv. cut – off kriterij) prema kojem su svi rezultati iznad određene vrijednosti (uključujući tu vrijednost) indikativni. Validacijska istraživanja PCL – C skale na uzorcima sudionika oboljelih od raka preporučuju korištenje rezultata od 50 kao granične vrijednosti (DuHamel i sur., 2004). Drugi kriterij je "simptom kriterij" prema kojem je indikativan rezultat onaj koji uključuje bar 1 simptom na B klasteru, bar 3 na C klasteru i bar 2 na D klasteru. Zastupljeni simptom je onaj za koji je sudionik ponudio odgovor 3 ili veći. PLC – C skali dodana su dva pitanja otvorenog tipa koja su pridružena prvoj i drugoj čestici. U ovim se pitanjima tražilo od sudionica da opišu sadržaj ponavljajućih misli i sjećanja vezanih uz stresno iskustvo, odnosno da opišu sadržaj ponavljajućih snova vezanih uz stresno iskustvo. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije za klaster B u ovom istraživanju iznosi .88, za klaster C .82, a za klaster D .87. Pouzdanost čitave skale na iznosi .92.

Skala stresnosti

Percipirana stresnost iskustva bolesti određena je kao zbroj rezultata na sljedeće 3 čestice - "Kad se sada prisjetite svog iskustva s rakom (dijagnoze, tretmana), koliko ste taj događaj bili doživjeli kao prijatnu vlastitom životu?"; "Koliko je Vaša reakcija na ovaj događaj uključivala osjećaje bespomoćnosti ili beznađa?" te "U kojoj mjeri Vam je čitavo iskustvo bolesti općenito bilo stresno?" Na sve 3 čestice sudionice su odgovarale na skali od 7 stupnjeva. Razlog zbog kojeg ova varijabla nije ispitivana jednim pitanjem o općoj stresnosti (kao u nekim istraživanjima iz ovog područja) jest izostanak varijabiliteta odgovora na tako postavljeno pitanje. Naime, većini ljudi je dijagnoza raka izrazito stresno iskustvo. Ovaj problem posljedično može dovesti do zamagljivanja korelacija percipirane stresnosti s drugim varijablama od interesa. Dodavanjem druge dvije čestice koje se odnose na bitne aspekte percepcije stresnosti traumatičnih događaja – osjećaja bespomoćnosti i doživljaja prijete, konstruktivno se bolje pokriva fenomen subjektivne percepcije stresnosti raka i posljedično dobiva realniji uvid u varijabilitet rezultata. Alfa koeficijent pouzdanosti za ovu skalu iznosi .87.

Skala posttraumatskog rasta – kraća verzija (Posttraumatic Growth Inventory – Short form, Cann i sur., 2010 - PTGI - SF)

Za potrebe istraživanja prevedena je i korištena kraća forma skale posttraumatskog rasta (PTGI – SF) Tedeschija i Calhouna iz 1996. Učinjena su dva nezavisna prijevoda – najprije je originalna verzija prevedena na hrvatski, a potom je taj prijevod ponovno vraćen na engleski jezik. Nakon usporedbe originalnog upitnika i povratnog engleskog prijevoda učinjeno je nekoliko manjih stilskih izmjena. Kraća verzija skale sastoji se od 10 čestica od kojih se po 2 odnose na svaku od 5 domena promjena koje se vežu uz koncept posttraumatskog rasta. U uputi se od sudionika traži da procjene u kojoj mjeri su doživjeli svaku od promjene uslijed određenog traumatskog iskustva. Skala odgovaranja kreće se od 0 – nije mi se dogodila ova promjena do 5 – vrlo jako sam osjetio/la ovu promjenu. Autori napominju da je zbog manjeg broja čestica skala namijenjena za ispitivanje opće razine posttraumatskog rasta, a ne pojedinih domena. U ovom istraživanju pouzdanost skale iznosi .89.

Skala intrinzične religioznosti

Intrinzična religioznost mjerena je trima česticama: "Osjećam prisutnost Boga (božanskog bića) u svom životu." ; "Moja religiozna vjerovanja su ono što leži u podlozi mog čitavog odnosa prema životu." i "Jako se trudim da prenesem svoju religiju u sva ostala područja mog

života." Skala odgovora kretala se od 1 – sasvim netočno do 5 – u potpunosti točno. Ove 3 čestice dio su Duke Indeksa religioznosti (Koenig i Bussing, 1997; prema Koenig i Bussing, 2010) koji predstavlja kratku mjeru 3 aspekta religioznosti – intrinzične, organizirane i neorganizirane religioznosti. U ovom istraživanju pouzdanost ove skale iznosi .95.

Skala zdravstvenog lokusa kontrole (Multidimensional Health Locus of Control Scale – Form C, Wallston, Stein i Smith, 1994)

Ova skala u originalu ima 18 čestica od kojih se po 6 odnosi na svaku od 4 dimenzije zdravstvenog lokusa kontrole: internalni lokus, eksternalni lokus koji se tiče važnosti liječnika, eksternalni lokus koji se tiče važnosti drugih ljudi te eksternalni lokus koji se tiče sreće. Zbog rezultata prijašnjih istraživanja koji ukazuju na veću važnost internalnog i eksternalnog lokusa kontrole vezanog uz sreću u pojavi nekih psihičkih smetnji kod oboljelih od raka (Neipp, Lopez – Roig i Pastor, 2007), u ovom su istraživanju korištene su samo te dvije subskale i to sa po 5 čestica. Skala odgovaranja kreće se od 1 – uopće se ne slažem do 5 – potpuno se slažem. C forma odnosi se na konkretno zdravstveno stanje, a ne opće zdravstvene ishode, stoga je u uputi naglašeno da se tvrdnje odnose na stanje vezano uz rak. Izračunata su 2 odvojena rezultata – za subskalu internalnog te za subskalu eksternalnog zdravstvenog lokusa kontrole. Pouzdanosti obje subskale iznose .71.

Rezultati

Zastupljenost simptoma PTSP - a

Tablica 2

Aritmetičke sredine, standardne devijacije i totalni rasponi rezultata na PCL – C skali, skali stresnosti, skali zdravstvenog lokusa kontrole, PTGI –SF upitniku te skali intrinzične religioznosti (N =97)

	PCL-C				Stresnost				Lokus		PTGI-SF	Relg.
	B	C	D	Uk	1	2	3	Uk	Int.	Ekst.		
<i>M</i>	10.79	14.22	13.75	38.76	5.01	4.27	5.10	14.38	17.52	18.52	33.85	10.69
<i>SD</i>	4.82	5.92	5.30	14.08	1.92	2.02	1.75	5.08	4.7	5.02	10.57	4.01
<i>TR</i>	17	26	20	61	6	6	6	18	20	24	50	12

Napomena: B, C i D odnose se na klaster PTSP simptoma; oznake 1, 2 i 3 odnose se na pojedine čestice skale stresnosti (prijetnja; osjećaj bespomoćnosti/beznađa i opća stresnost); Uk. = ukupni rezultat

U tablici 2 prikazani su deskriptivni podaci za psihološke varijable – rezultate na PCL – C skali, skali stresnosti, skali zdravstvenog lokusa kontrole, PTGI-SF upitniku te na skali intrinzične religioznosti.

Prvi postavljeni problem bio je utvrditi zastupljenost simptoma PTSP – a korištenjem PCL - C skale. Analizom prikupljenih podataka utvrđeno je da prema kriteriju granične vrijednosti 21 sudionica od njih 97 (21.6 %) ima rezultat koji je indikativan za daljnju obradu i moguću dijagnozu PTSP –a. Prema "simptom kriteriju" 31 sudionica ostvarila je indikativan rezultat (32 %). Analizirani su i pojedinačni simptomi PTSP – a kroz 17 čestica na PCL – C skali. Izraženi simptomi definirani su kao oni na kojima je sudionica ponudila odgovor "dosta" ili "izrazito". Tablica 3 pokazuje zastupljenost takvih odgovora na svih 17 čestica. Najviše sudionica ima izražene simptome na 13. čestici ($n=34$), 16. čestici ($n=30$) te 14. čestici ($n=28$). Najmanje sudionica ima izražene simptome na 3. čestici ($n=11$), 11. čestici ($n=9$) te 2. čestici ($n=6$).

Tablica 3

Postotak sudionica koje imaju izraženi PTSP simptom na PCL – C skali za svih 17 čestica ($N=97$)

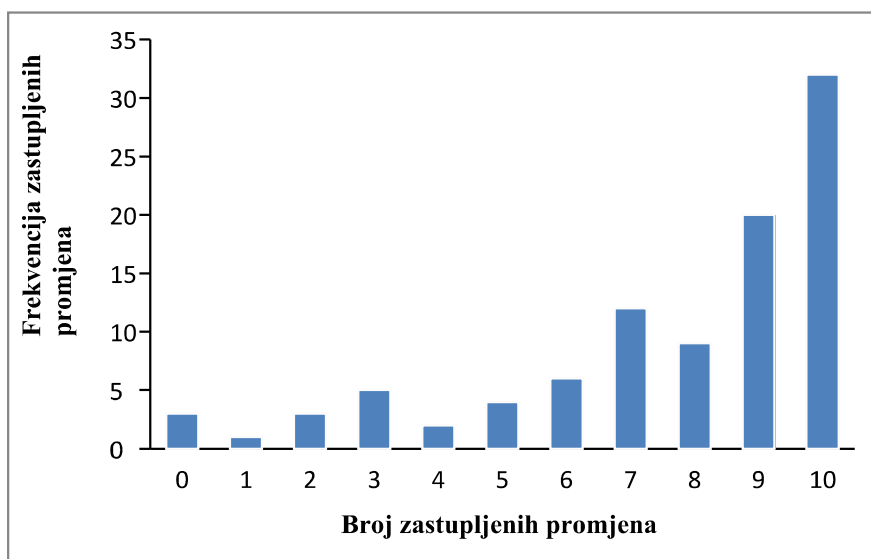
13. Poteškoće s usnivanjem ili isprekidanim snom	35.1
16. Jeste li bili stalno napeti ili na stalnom oprezu (npr.u vezi Vaših tjelesnih simptoma)	30.9
14. Razdražljivost ili izljevi ljutnje	28.9
17. Jeste li se osjećali nervozno ili se lako preplašite	27.8
4.Uznemirenost kad bi Vas nešto podsjetilo na stresno iskustvo	26.8
15. Poteškoće s koncentracijom	26.8
1. Ponavljajuća, ružna sjećanja, misli ili slike vezane uz stresno iskustvo	23.7
12. Osjećaj da ćete na neki način ostati zakinuti za budućnost	23.7
5. Tjelesne reakcije (npr. lupanje srca,otežano disanje ili znojenje) kad bi Vas nešto podsjetilo na stresno iskustvo	18.6
9. Gubitak interesa za stvari u kojima ste prije uživali	18.6
6. Izbjegavanje razmišljanja ili razgovora o stresnom iskustvu ili osjećaja vezanih uz stresno iskustvo	16.5
7. Izbjegavanje određenih aktivnosti ili situacija jer Vas podsjećaju na stresno iskustvo	15.5
10. Osjećaj udaljenosti ili otuđenosti od drugih ljudi	14.4
8. Poteškoće u prisjećanju bitnih dijelova stresnog iskustva	12.4
3. Iznenadan osjećaj kao da se stresno iskustvo ponovno događa (kao da ga ponovno proživljavate)	11.3
11. Osjećaj da ste emocionalno otupljeli ili da niste u stanju osjećati ljubav prema bliskim osobama	9.3
2. Ponavljajući, ružni snovi vezani uz stresno iskustvo	6.2

Provedena je i kvalitativna analiza odgovora na otvorena pitanja priložena uz 1. i 2. česticu PCL – C skale koja se odnose na sadržaj misli/sjećanja/slika vezanih uz stresno iskustvo te sadržaj snova vezanih uz stresno iskustvo. Odgovor na otvoreno pitanje vezano uz sadržaj misli, slika ili sjećanja dalo je 58 sudionica. Od toga su 23 sudionice izvijestile o mislima koje se odnose na *strah od povratka bolesti* (39.7 %); 14 sudionica je izvijestilo o neugodnim

sjećanjima vezanim uz liječenje i nuspojave liječenja (bolovi, povraćanje, gubitak kose) (24.1 %); 11 sudionica je navelo sjećanja na bolest potaknuta vijestima o tuđem obolijevanju ili smrti ili govorom o raku u medijima i na televiziji (19 %); po 4 su sudionice izvjestile o mučnini koja podsjeća na kemoterapiju, a koja je izazvana određenim mirisima, hranom ili ulaskom u bolnicu; sjećanjima na strah i bespomoćnosti te o strahu od smrti. Ostatak odgovora odnosio se na sjećanja na trenutak saznavanja dijagnoze; misli o bolesti koje budu potaknute fizičkom boli; sjećanje na noćne more iz perioda bolesti; reakcije drugih ljudi na vijest o bolesti. Odgovor na otvoreno pitanje vezano uz sadržaj neugodnih i ponavljajućih snova vezanih uz stresno iskustvo dalo je 9 sudionica. Od njih se 8 odnosi na snove o vraćanju bolesti, a 1 odgovor na snove o borbi s bolešću.

Zastupljenost promjena vezanih uz posttraumatski rast

U svrhu odgovora na drugi problem, analizirana je zastupljenost promjena vezanih uz posttraumatski rast (za zastupljenost promjene indikativan je odgovor 3 ili veći na PTGI-SF upitniku). Čak je 85 žena (87.6 % ukupnog uzorka) izvjestilo o bar 4 ili više promjena povezanih s posttraumatskim rastom uslijed iskustva obolijevanja od raka dojke. Od toga je njih najviše (32 sudionice - 33 %) izvjestilo da su doživjele sve promjene navedene na PTGI-SF upitniku.



Slika 1. Distribucija frekvencija zastupljenih promjena vezanih uz koncept posttraumatskog rasta kod žena liječenih od raka dojke (N=97)

Slika 1 prikazuje distribuciju frekvencija zastupljenih promjena te je vidljivo da je ona negativno asimetrična. Proveden je i Kolmogorov – Smirnov test koji je potvrdio statistički značajnu asimetričnost ($K - S = 2.22$; $p < .001$). Centralna vrijednost distribucije iznosi 9, a

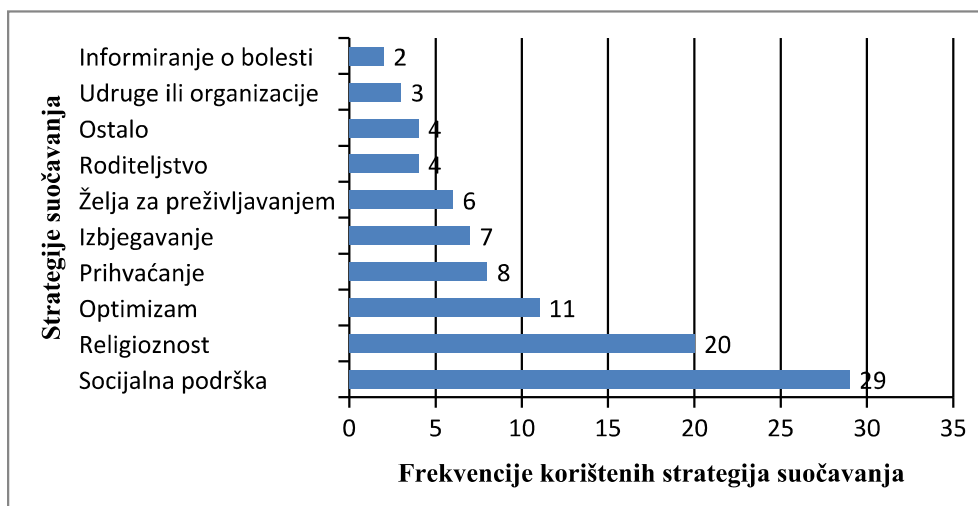
poluinterkvartilno raspršenje 1.75. Tri najzastupljenije promjene na PTGI-SF upitniku bile su: "Promijenila sam prioritete vezane uz to što mi je važno u životu." (92.8% sudionica); "Više cijenim vrijednost vlastitog života." (88.7 %); "Više vjerujem u to da se mogu nositi s teškoćama." (87.6 %). Relativno najmanje zastupljena promjena odnosila se na česticu: "Moja religiozna vjerovanja su postala jača." (57.7 %).

Suočavanje s bolešću

Provedena je kvalitativna analiza odgovora sudionica o tome što im je najviše pomoglo u suočavanju s bolešću. Od 97 sudionica 3 nisu ponudile odgovor na ovo pitanje. Svi prikupljeni odgovori podijeljeni su u neku od sljedećih 10 kategorija:

1. *Socijalna podrška*: podrška obitelji, partnera, prijatelja;
2. *Religioznost*: odgovori koji se odnose na bilo koji aspekt religioznosti kao što su vjera u božansko biće ili prakticiranje molitve;
3. *Optimizam*: ova kategorija obuhvaća odgovore koji se odnose na pozitivnu reinterpretaciju bolesti te pozitivan stav o izlječenju;
4. *Prihvatanje*: ovdje su svrstani odgovori koji se odnose na prihvatanje činjenice da se bolest dogodila te realnosti stresne situacije;
5. *Želja za preživljavanjem*: odgovori koji uključuju želju za izlječenjem i aktivnu borbu s bolešću;
6. *Izbjegavanje*: u ovu su kategoriju svrstani odgovori koji sugeriraju kognitivno ili bihevioralno izbjegavanje suočavanja s bolešću – primjerice više bavljenja nekim drugim važnim događajem za vrijeme bolesti kao što je preseljenje, bolest člana obitelji, posao; okupacija svakodnevnom rutinom ili hobijima; izbjegavanje razgovora o bolesti s drugima ili razmišljanja o bolesti;
7. *Roditeljstvo*: u suočavanju s bolešću najviše je pomogla roditeljska uloga, odnosno djeca kao motiv za preživljavanjem;
8. *Informiranje*: edukacija i informiranje o samoj bolesti i opcijama liječenja;
9. *Udruge ili organizacije*: članstvo i angažman u udrugama koje okupljaju žene oboljele od raka dojke;
10. *Ostalo*: u ovu su kategoriju uključeni odgovori koje nije bilo moguće svrstati u bilo koju od prije navedenih kategorija, primjerice – tjelovježba, disciplina u liječenju, zatražena psihološka pomoć.

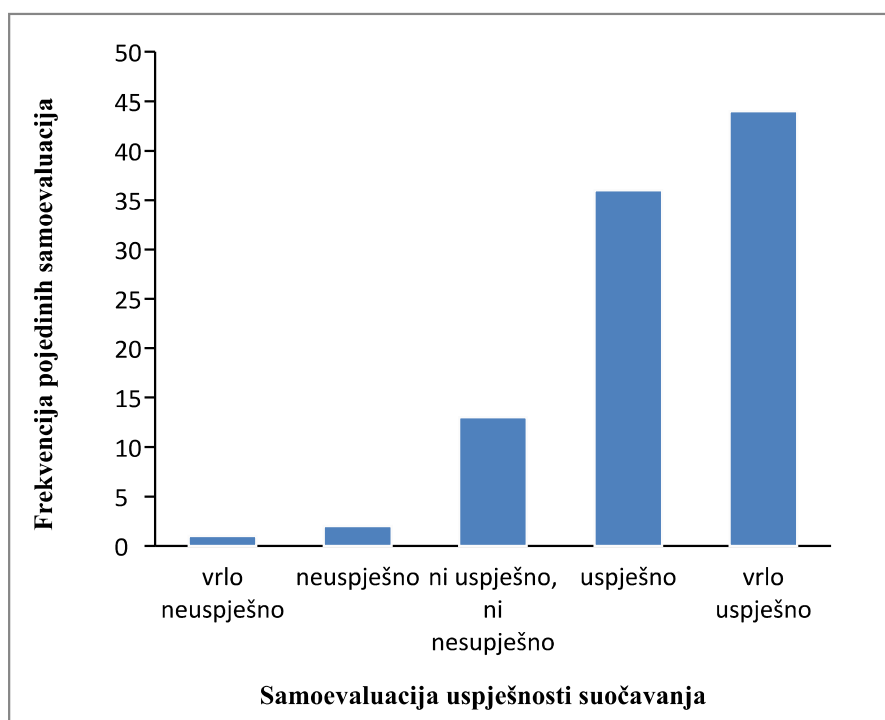
Slika 2 prikazuje frekvencije ovako kategoriziranih strategija suočavanja za koje su sudionice izvijestile da su im bile od najveće pomoći. Vidljivo je da je socijalna podrška najviše prijavljena strategija (30.85 %), iza čega slijedi religioznost (21.28 %) te optimizam (11.7%).



Slika 2. Frekvencije kategoriziranih odgovora sudionica na pitanje što im je najviše pomoglo u suočavanju s bolešću ($N = 94$)

Nadalje su analizirane samoevaluacije sudionica o vlastitoj uspješnosti suočavanja s bolešću. 96 sudionica ponudilo je odgovor na ovu česticu. Slika 3 prikazuje distribuciju prikupljenih samoevaluacija koja je također izrazito negativno asimetrična ($K-S = 2.65$; $p < .001$).

Centralna vrijednost distribucije iznosi 4, a poluinterkvartilno raspršenje 0.5. Čak su 44 sudionice (45.8 %) svoje suočavanja s bolešću evaluirale kao "vrlo uspješno". S druge strane, tek je jedna sudionica ponudila odgovor "vrlo neuspješno", a dvije "neuspješno".



Slika 3. Distribucija frekvencija vrijednosti samoevaluacije uspješnosti suočavanja s bolešću kod žena liječenih od raka dojke ($N = 96$)

Predikcija simptoma PTSP – a i promjena vezanih uz posttraumatski rast

Provjereni su normaliteti distribucija rezultata Kolmogorov – Smirnovljevim testom te je utvrđeno da su rezultati na svim varijablama raspoređeni normalno osim na varijabli intrinzične religioznosti koja je negativno asimetrična ($K - S = 1.41$; $p = .037$). Međutim, kako spomenuto odstupanje nije izrazito naglašeno, (nagnutost distribucije iznosi -0.73 , a spljoštenost -0.67) ova će varijabla biti uključena u daljnju obradu. S obzirom da je čak 78 % sudionica primalo kemoterapiju u liječenju raka ova varijabla nije uključena u daljnju analizu.

Tablica 4

Matrica interkorelacija prediktorskih varijabli te korelacija s rezultatom na PCL – C skali i PTGI-SF upitniku

	k1	k2	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10
(k1) PCL – C	1	-.04	-.07	.21*	.03	-.04	.18	-.10	.50**	.04	.10	.24*
(k2) PTGI-SF		1	-.34**	.22*	-.14	-.19	-.12	.01	.20*	.48**	.23*	-.03
(p1) Dob			1	-.15	.09	.24*	.10	.02	-.16	-.30**	.01	-.11
(p2) Bračni st.				1	-.26**	-.41**	.23*	-.13	.12	.28**	-.04	.09
(p3) Obrazovanje					1	.42**	-.17	.08	.09	-.33**	.14	-.10
(p4) Financije						1	-.07	.09	.07	-.34**	-.10	-.23*
(p5) Operacija ²							1	-.07	-.03	.04	.08	.05
(p6) Vrijeme ³								1	-.07	-.07	-.12	-.14
(p7) Stresnost									1	-.03	-.07	.04
(p8) Religioznost										1	-.11	.19
(p9) Inter. lokus											1	.01
(p10) Ekst. lokus												1

Napomene: * $p < .05$ ** $p < .01$; (izvan)bračni status kodiran je oznakom 1, a ostali statusi (neudana, udovica, rastavljena) oznakom 0; u svim ostalim varijablama veća vrijednost ukazuje na veću zastupljenost varijable

Tablica 4 prikazuje Pearsonove korelacije s ukupnim rezultatom na PCL – C skali, PTGI-SF upitniku i svim medicinskim, sociodemografskim i psihološkim varijablama. Rezultati na PCL-C skali i PTGI-SF upitniku kao što je očekivano, ne koreliraju ($r(95) = -.04$; $p = .707$) Statistički značajne korelacije s rezultatom na PLC – C skali dobivene su samo s rezultatom na skali stresnosti – $r(95) = .504$; $p < .001$, rezultatom na dimenziji eksternalnog zdravstvenog

² Odnosi se na oblik operacije koji je sudionica imala

³ Odnosi se na vrijeme proteklo od završetka zadnjeg oblika liječenja

lokusa kontrole - $r(95) = .244$; $p < .05$ te s bračnim statusom - $r(95) = .21$; $p < .05$. Dobivena korelacija s bračnim statusom (sudionice koje su prijavile da žive u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici imaju veći rezultat na PCL – C skali, od ostalih sudionica - neudane, razvedene ili udovice) je neočekivana. Nije postavljena hipoteza o povezanosti bračnog statusa i PTSP simptoma s obzirom da nije utvrđena ni u jednom pregledanom istraživanju rađenom na uzorku oboljelih od raka dojke. Dobivenu povezanost moguće je objasniti statistički. Naime, nakon uvida u "scatter dijagram" koji prikazuje povezanost ove dvije varijable utvrđeno je da kod sudionica u (izvan)bračnoj zajednici jedna sudionica posebno iskače u rezultatu na PCL – C skali. Ova sudionica ima najviši rezultat na PCL – C skali u čitavom uzorku (78 jedinica) koji bitno odskače od ostalih rezultata koji su grupirani. Nakon uklanjanja⁴ ovog rezultata iz obrade, povezanost između bračnog statusa i rezultata na PCL – C skali više nije statistički značajna ($r = .18$; $p = .08$). Stoga ova varijabla neće biti uključena u daljnju regresijsku analizu.

Kako bismo izbjegnuli preveliku korekciju vrijednosti multiple korelacije (zbog malog uzorka i velikog broja prediktorskih varijabli), u daljnju multiplu regresijsku analizu uključene su samo 2 prediktorske varijable za koje su dobivene značajne Pearsonove korelacije. Prethodno je utvrđeno da uvođenjem svih 10 prediktorskih varijabli u model ni jedna od njih ne postaje statistički značajna za objašnjenje varijance rezultata na PCL – C skali čime smo otklonili mogućnost supresor – efekta, dok se postotak objašnjene varijance kriterijske varijable povećao tek za 3 %.

Tablica 5

Rezultati multiple regresijske analize za kriterij ukupnog rezultata na PCL – C skali uz prediktore: razina stresnosti iskustva i eksternalni zdravstveni lokus kontrole (N =96)

<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>korR</i> ²	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
.550	.303	.288	20.417	2/93	.000**

Napomena: ** $p < .01$

Tablica 5 prikazuje rezultat multiple regresijske analize u koju su kao prediktorske varijable uključeni rezultati na skali stresnosti i dimenziji eksternalnog lokusa kontrole. Ovaj model statistički značajno pridonosi predikciji rezultata na PCL – C skali; $F(3/93) = 20.42$, $p < .01$.

⁴ Korelacija ni jedne druge varijable s rezultatom na PCL – C skali nije postala statistički značajna ili neznačajna, dok su se korelacije s varijablama stresnosti i eksternalnog zdravstvenog lokusa kontrole smanjile tek za .01 i .02. Uvidom u scatter dijagram korelacije posttraumatskog rasta i bračnog statusa nisu utvrđeni ovakvi odstupajući rezultati..

Koeficijent multiple korelacije iznosi .550, a regresijskom jednadžbom objašnjeno je oko 29 % varijance kriterijske varijable.

Iz tablice 6 vidljivo je da su i stresnost ($\beta = .479$) i eksternalni zdravstveni lokus ($\beta = .211$) statistički značajni samostalni prediktori u objašnjenju rezultata na PCL – C skali.

Tablica 6
Standardizirani regresijski beta koeficijenti prediktorskih varijabli stresnosti i eksternalnog zdravstvenog lokusa kontrole pri predikciji rezultata na PCL – C skali

Prediktori	β	t	p
Stresnost	.494	5.729	.000**
Eksternalni lokus	.222	2.879	.011*

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

Što se tiče kriterijske varijable posttraumatskog rasta, značajne korelacije dobivene su s varijablama: dob – $r(93) = -.342$, $p < .01$; bračni status – $r(95) = .215$, $p < .05$; stresnost – $r(95) = .202$, $p < .05$; intrinzična religioznost – $r(95) = .476$, $p < .01$ i internalni zdravstveni lokus kontrole – $r(95) = .231$, $p < .05$. Kako nijedna od varijabli koja ne korelira s rezultatom na PTGI-SF, nije postala značajna uvođenjem u regresijski model (a korigirana vrijednost koeficijenta determinacije je porasla u reduciranom modelu), ponovno su u daljnju analizu uključene samo one varijable koje statistički značajno koreliraju s kriterijskom.

Tablica 7 prikazuje rezultat multiple regresijske analize u koju su kao prediktorske varijable uključene varijable dob, bračni status, stresnost, intrinzična religioznost te dimenzija internalnog zdravstvenog lokusa kontrole. Ovaj model statistički značajno pridonosi predikciji rezultata na PTGI-SF upitniku; $F(5/90) = 11.315$, $p < .01$. Koeficijent multiple korelacije iznosi .623, a regresijskom jednadžbom objašnjeno je oko 35 % varijance kriterijske varijable.

Tablica 7
Rezultati multiple regresijske analize za kriterij ukupnog rezultata na PTGI-SF uz prediktore: dob, bračni status, razina stresnosti, intrinzična religioznost i internalni zdravstveni lokus kontrole

R	R^2	$korR^2$	F	df	p
.623	.389	.354	11.315	5/90	.000**

Napomena: ** $p < .01$

Iz tablice 8 vidljivo je da su statistički značajni samostalni prediktori u objašnjenju rezultata na PTGI-SF upitniku dob ($\beta = -.178$); stresnost ($\beta = .196$) intrinzična religioznost ($\beta = .440$) te internalni zdravstveni lokus kontrole ($\beta = .297$).

Tablica 8
Standardizirani regresijski beta koeficijenti pri predikciji rezultata na PTGI-SF upitniku

Prediktori	β	t	p
Dob	-.178	-2.013	.047*
Bračni status	.044	0.502	.617
Stresnost	.196	2.310	.023*
Religioznost	.440	4.849	.000**
Internalni lokus	.297	3.563	.001**

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

Varijabla bračni status u ovom modelu ne doprinosi samostalno objašnjenju kriterijske varijance rezultata. S obzirom da su u ovaj model uključeni rezultati skale intrinzične religioznosti za koje smo prije napomenuli da se distribuiraju asimetrično, provjerili smo da li je to narušilo pretpostavku o normalnoj distribuciji rezidualnih vrijednosti kriterijske varijable posttraumatskog rasta. Dobivena vrijednost Kolmogorov – Smirnov testa pokazala se statistički neznčajnom ($K - S = 0.6$, $p = 0.20$) što potvrđuje pretpostavku o normalnom distribuiranju rezidualnih vrijednosti.

Rasprava

U ovom istraživanju postavljeno je nekoliko centralnih problema deskriptivnog tipa vezanih uz posttraumatske stresne reakcije kod žena liječenih od raka dojke te pozitivne promjene koje su potencijalno doživjele uslijed tog iskustva. Pokazalo se da je 21.6 % sudionica na PCL – C skali ostvarilo rezultat koji je prema kriteriju granične vrijednosti indikativan za dijagnozu PTSP –a. Prema "simptom kriteriju" isti je rezultat ostvarilo nešto više sudionica – 32%. U validacijskoj studiji PCL – C skale na uzorku žena liječenih od raka dojke Andrykowski, Cordova, Studts i Miller (1998) pronašli su da je pri korištenju kriterija granične vrijednosti PCL – C skala imala bolju dijagnostičku učinkovitost nego pri korištenju simptom kriterija koji redovito daje viši postotak indikativnih odgovora. Stoga je u ovom istraživanju kao pokazatelj prevalencije mogućeg PTSP –a uzet rezultat dobiven korištenjem kriterija granične vrijednosti. Postotak od 21.6 % sudionica koje imaju inidikativni rezultat u skladu je s postavljenom hipotezom prema kojoj će se očekivani postotak kretati između 5 – 35 %. Međutim, valja reći da je ovaj postotak prilično visok u odnosu na rezultate drugih istraživanja. U preglednom radu Kangasa, Henrya i Bryanta (2002) od 21 istraživanja uključenog u analizu samo njih 2 su utvrdila prevalenciju veću od 20 %. Ipak, kod ovakvih

komparacija valja imati na umu da se istraživanja međusobno razlikuju s obzirom na korištene instrumente te s obzirom na to jesu li uključene sudionice koje su i dalje u postupku liječenja ili samo one kod kojih je liječenje završeno. Uzimajući u obzir da se životna prevalencija PTSP – a u općoj populaciji žena kreće između 1 i 3% do 9.7% (Helzer, Robins i McEvoy, 1987; prema Begić, 2011) prevalencija dobivena u ovom istraživanju nikako se ne smije zanemariti. Pritom treba naglasiti da je PCL – C skala *trijažni upitnik* koji iako ima dobru dijagnostičku efikasnost⁵ pri korištenju na ovoj populaciji, nikako ne može zamijeniti ostale kliničke metode uključujući klinički intervju koji je zlatni standard u postavljanju konačne dijagnoze. Ovu prevalenciju treba uzeti s oprezom i zbog toga što je dobivena na malom i prigodnom uzorku u koji su uključene isključivo sudionice koje su članice udruga koje okupljaju žene liječene od raka dojke. Moguće je da se ove žene značajno razlikuju po nekoj varijabli povezanoj sa psihološkom prilagodbom na bolest od žena koje nisu potražile podršku ovakvih udruga, što je moglo dovesti do precjenjivanja dobivene vrijednosti. Istraživanje koje bi moglo ponuditi konačan odgovor o prevalenciji PTSP –a kod žena liječenih od raka dojke na ovim prostorima trebalo bi uključiti što veći uzorak sudionica heterogenih po svojim karakteristikama. Rezultati vezani uz zastupljenost pojedinih PTSP simptoma većim dijelom su u skladu s rezultatima istraživanja Cordove i sur. (1995). Najzastupljeniji PTSP simptomi bili su na 13. čestici – poteškoće sa snom (35 %), 16. čestici- stalna napetost i oprez (31%) te 14. čestici- razdražljivost i izljevi ljutnje (29%). U istraživanju Cordove i sur. 13. i 16. čestica su također bile među 3 najviše zastupljena simptoma uz 15. česticu – poteškoće s koncentracijom. Najmanje sudionica ima izražene simptome na 3. čestici – osjećaj da se stresno iskustvo ponavlja (11%), 11. čestici – emocionalna otupljenost (9%) te 2. čestici – snovi vezani uz traumu (6%). Cordova i sur. su također pronašli da su snovi vezani uz traumu među najrjeđe zastupljenim simptomima uz simptome na 4. – uznemirenost kad bi nešto podsjetilo na traumu i 10. čestici – udaljenost od drugih ljudi. Može se uočiti da su među najviše zastupljenim simptomima u oba istraživanja simptomi D klastera koji se tiču pojačane pobuđenosti. Logično objašnjenje za ovo jest da simptomi D klastera nisu specifični samo za PTSP već i mnoge druge poremećaje, ali i uobičajene fluktuacije raspoloženja i somatske tegobe. Otvorena pitanja dodana su PCL – C skali zbog dubljeg uvida u strukturu PTSP simptoma povezanih s obolijevanjem od raka dojke. Naime, dosadašnja istraživanja sugeriraju da je PTSP uzrokovan iskustvom po život opasne bolesti bitno konceptualno različit od PTSP - a uzrokovanog "tradicionalnim"

⁵ Odnosi se na proporciju osoba koji su korištenjem nekog kriterija ili skupa kriterija dobili točnu dijagnozu da imaju ili nemaju neki poremećaj.

stresorima. Kako je već spomenuto u uvodu ovog rada, bitna razlika odnosi se na internalnost bolesti kao stresora i prijetnju koja je prolongirana i orijentirana na budućnost. Ovo potvrđuju odgovori na pitanja vezana uz sadržaj intruzivnih misli. Najveći broj sudionica - njih 39.7% nije izvijestilo o sjećanjima na traumatični događaj, što je slučaj kod uobičajene kliničke slike poremećaja, već o *strahu od povratka bolesti*, što jasno oslikava orijentiranost prema budućnosti, a ne prošlosti. 24.1 % sudionica izvijestilo je o intruzivnim sjećanjima vezanim uz *liječenje i nuspojave liječenja*. Ovakav nalaz jasno pokazuje da je u konceptualizaciji raka kao traume, traumatična ne samo informacija o dijagnozi, već i čitav postupak liječenja. K tome, izvještaji o *mučnini koja podsjeća na kemoterapiju, a koja je izazvana određenim mirisima, hranom ili ulaskom u bolnicu* (4%) ukazuje na mogućnost klasičnog kondicioniranja - neutralni podražaji uparuju se s neugodnim postupcima liječenja. Sadržaji intruzivnih snova također se u 8 od 9 prijavljenih slučajeva odnose na *vraćanje bolesti* što dodatno potvrđuje orijentiranost simptoma na budućnost. Što se tiče simptoma pojačane pobuđenosti, Wilson i Keane (1997) navode da preživjeli od raka nisu hiperalertni prema svojoj okolini, već prema promjenama na svom tijelu (što se može povezati s internalnom prirodom stresora). Stoga je u PCL – C u ovom istraživanju uz 16. česticu - "Jeste li bili stalno napeti ili na stalnom oprezu" dodano - "(npr. u vezi Vaših tjelesnih simptoma)". Ovako definiran, ovaj je simptom bio zastupljen kod 28 % žena. Sudionici koji imaju izražen ovaj simptom izvještavaju o neprestanom traženju kvržica po tijelu, zabrinutosti zbog madeža, depigmentacija ili bilo kakvih drugih promjena koje bi mogle ukazivati na povratak bolesti (Wilson i Keane, 1997). Evo primjera odgovora na otvoreno pitanje o sadržaj intruzivnih misli koji dobro ilustrira opisanu pojavu: *"Kad god osjetim bol negdje u preponi, pomislim - možda je tu. Ali nije, samo umišljam, ali opet isto pomislim kad se bol ponovi."* PTSP kao poremećaj izazvan traumom obolijevanja od raka svakako treba prihvatiti kao stvarnost, iako je evidentno da je pritom nužno uvesti neke formalne rekonceptualizacije klasične kliničke slike poremećaja. S obzirom na brojne ovdje spomenute razlike u samom stresoru i prirodi simptoma (internalnost stresora, kontinuirana i na budućnost orijentirana prijetnja, kvalitativne razlike u tipu pobuđenosti, traumatičnost i dijagnoze, ali i tretmana) nije smisleno PTSP povezan s rakom svrstavati u istu dijagnostičku kategoriju s PTSP –om povezanim s "klasičnim" stresorima. Očita je i potreba za instrumentima prilagođenim ovom specifičnom tipu traume kako bismo dobili jasniju i točniju sliku o strukturi simptoma, prevalenciji poremećaja i mogućnim rizičnim faktorima.

Drugi deskriptivni problem bio je ustvrditi zastupljenost promjena vezanih uz posttraumatski rast. Kao što je bilo i očekivano, distribucija zastupljenih promjena je negativno asimetrična,

što znači da je većina sudionica izvijestila o većem broju pozitivnih promjena. 87% sudionica izvijestilo je o bar 4 promjene, a čak 33% o svih 10 promjena uključenih u PTGI-SF upitnik. U ovom istraživanju utvrđena je nešto viša razina posttraumatskog rasta s obzirom da je prosječna razina zastupljenosti promjene bila 3.4, nego u istraživanju Cordove i sur. (2007) gdje je prosječni odgovor bio 2.8. S obzirom na veliku proporciju sudionica kod kojih je utvrđena značajna razina posttraumatskog rasta, možemo zaključiti da je rak dojke iskustvo koje dovodi do subjektivno percipiranih pozitivnih promjena u različitim domenama života u odnosu na stanje prije bolesti.

Ispitivane su i strategije suočavanja s bolešću koje su ženama bile subjektivno od najveće pomoći. U ispitivanju suočavanja upitničkim mjerama, unaprijed predložene strategije bitno ograničavaju moguće odgovore, a kako je od interesa bilo ispitati koji je oblik suočavanja ženama bio *subjektivno najkorisniji*, a ne koliko su svaku od predloženih strategija koristile, u tu svrhu postavljeno je otvoreno pitanje. Za pretpostaviti je da je strategija prijavljena kao ona od najveće pomoći bila i najkorištenija. Dvije najčešće navedene strategije bile su socijalna podrška (30.85 %) i religiozno suočavanje (21.28 %). U istraživanju Ahadija i sur. (2013) upravo je traženje socijalne podrške bilo najčešće korištena strategija suočavanja kod oboljelih od raka i značajno češće korištena nego kod kontrolne grupe zdravih sudionika. Rak je vrlo stresno iskustvo za gotovo svakoga, pa je za očekivati da će oboljeli u najvećoj mjeri koristiti strategije suočavanja koje su usmjerene na emocije, nego li neku od strategija usmjerenih na problem koje su vjerojatnije kod manje stresnih događaja, na koje je moguće više utjecati (Lazarus i Folkman, 1984). Ursaru, Crumpei, I. i Crumpei, G. (2013) ustvrdili su da je i religiozno suočavanje visoko zastupljeno kod žena liječenih od raka dojke te također statistički značajno češće korišteno nego kod zdravih sudionika. Unutar ovog problema zanimalo nas je i kako sudionice evaluiraju uspješnost vlastitog suočavanja sa stresom izazvanim bolešću. Potvrđena je hipoteza da će distribucija dodijeljenih vrijednosti samoevaluacija biti negativno asimetrična. Srednja ocjena uspješnosti suočavanja iznosi 4.25, a čak je 45.8 % sudionica svoje suočavanja ocijenilo najvišom ocjenom. Ovakav rezultat može se objasniti teorijom socijalne usporedbe u situaciji prijetnje (Taylor i Lobel, 1989). Prema ovoj teoriji ljudi u situaciji prijetnje čine silazne socijalne usporedbe s pojedincima koji su imali manje sreće od njih. Ove usporedbe imaju primarno funkciju poboljšanja vlastitog samopoštovanja. Primjerice, Taylor, Falke, Shoptaw i Lichtman (1986; prema Taylor i Lobel, 1989) utvrdili su da je čak 93 % sudionika oboljelih od raka izvijestilo kako misle da se bolje suočavaju s bolešću od drugih pacijenata.

Drugi skup problema odnosio se na predikciju PTSP simptoma i promjena vezanih uz posttraumatski rast. Kod predikcije PTSP simptoma, dobivene su statistički značajne pozitivne korelacije s rezultatom na varijabli stresnosti i dimenziji eksternalnog zdravstvenog lokusa kontrole. Korelacija s rezultatom na varijabli stresnosti je velika i očekivana. Naime, upravo je ekstremna stresnost traumatičnog događaja praćena osjećajem straha, bespomoćnosti i prijetnje uzrok nastanka PTSP –a. Povezanost subjektivne razine stresnosti i simptoma PTSP – a kod oboljelih od raka potvrđena je i u drugim istraživanjima. Primjerice u longitudinalnom istraživanju kojeg su proveli Lebel, Rosberger, Edgar i Devins (2008) pokazalo se da procjena stresnosti bolesti mjerena 3,7,11 i 15 mjeseci od dijagnoze predviđa razinu intruzija i simptoma izbjegavanja čak i 6 godina nakon dijagnoze. Pozitivna povezanost s eksternalnim zdravstvenim lokusom kontrole također je očekivana – veće pripisivanje zdravstvenih ishoda vezanih uz rak sreći povezano je s više izraženim PTSP simptomima. Gledanje na mogućnost povratka bolesti kao nešto određeno nesretnim okolnostima može povećati razinu neizvjesnosti i strah vezan uz mogućnost recidiva što može pridonijeti simptomima koje vežemo uz PTSP. Iako nismo uspjeli pronaći istraživanja koja povezuju dimenzije zdravstvenog lokusa kontrole i simptome PTSP –a kod žena liječenih od raka dojke, neka istraživanja na drugim skupinama potvrđuju ovakav nalaz. Primjerice, Maercker i Herrle (2005) pronašli su da su kod žrtava bombardiranja Dresdena PTSP simptomi pozitivno povezani s eksternalnim lokusom kontrole. Crisson i Keefe (1988) utvrdili su da je kod pacijenata koji imaju kronične bolove, pripisivanje zdravstvenih ishoda sreći povezano s višim razinama depresije, anksioznosti, opsesivno – kompulzivnih simptoma i višim razinama općeg psihološkog stresa. Većina istraživanja koja koriste mjere zdravstvenog lokusa kontrole orijentirana su na predikciju zdravstvenih ponašanja, a ne zdravstvenih ili psiholoških ishoda. Stoga je veza između različitih dimenzija zdravstvenog lokusa i indikatora psihološke adaptacije na bolest još prilično nejasna. Varijable stresnost i eksternalni zdravstveni lokus kontrole svaka samostalno značajno pridonose objašnjenju varijance rezultata na PCL – C skali. Korištenim modelom objašnjeno je oko 29 % kriterijske varijance. Nisu potvrđene očekivane negativne korelacije s dobi, financijskim statusom i stupnjem obrazovanja. Financijski status određen je kao prosječna razina primanja po članu kućanstva što predstavlja prilično grubu mjeru te može objasniti izostanak korelacije. Izostanak korelacije sa stupnjem obrazovanja, može objasniti prilično mali varijabilitet na ovoj varijabli. Naime tek 6% sudionica ima najnižu razinu obrazovanja, a nijedna nije prijavila najvišu razinu. Izostanak korelacije s dobi moguće je objasniti relativno malim uzorkom sudionica uključenih u ovo istraživanje. U predikciji posttraumatskog rasta, potvrdili

smo hipoteze o korelaciji s dobi, bračnim statusom, stresnosti, intrinzičnom religioznošću te internalnim zdravstvenim lokusom kontrole. Niža dob sudionica povezana je s višom razinom promjena vezanih uz posttraumatski rast. Ovaj rezultat pronađen je i u drugim istraživanjima (npr. Bellizzi, 2004; Bellizzi i Blank, 2006). Moguće je da kod mlađih pacijentica rak predstavlja stresor koji u većoj mjeri narušava njihovu svakodnevicu i poglede na život. Uz to, starije se pacijentice suočavaju i s više drugih zdravstvenih stanja u komorbiditetu i značajnih životnih događaja pa je dijagnoza raka kod njih manje centralan događaj. Također, kod mlađih pacijentica je rak dojke najčešće i agresivniji (Cordova i sur., 2007). Veća ozbiljnost i stresnost raka kod mlađih pacijentica, može u većoj mjeri dovesti u pitanje prethodne sheme pretpostavki što je preduvjet za posttraumatski rast. Sudionice koje su u braku ili izvanbračnoj zajednici izvijestile su o višoj razini posttraumatskog rasta od sudionica koje nisu. Isto su utvrdili i Bellizzi i Blank, 2006. Moguće je da pacijentice koje žive s partnerom doživljavaju veću razinu socijalne podrške za koju se pokazalo da je prediktor posttraumatskog rasta (Cordova i sur., 2007). Viša razina intrinzične religioznosti je povezana s više doživljenog posttraumatskog rasta. U svom preglednom radu Shaw, Joseph i Linley (2007) utvrdili su da je intrinzična religioznost u većini istraživanja pozitivno povezana s razinom posttraumatskog rasta. Vjerojatno objašnjenje ove korelacije jest da ponovno uspostavljenje shema koje su dovedene u pitanje iskustvom traume, dovodi do pozitivnih promjena u percepciji smisla života što posljedično može poboljšati i učvrstiti religiozna ili duhovna vjerovanja (Yalom i Lieberman, 1991). Viša razina percipirane stresnosti bolesti je također povezana s više prijavljenog posttraumatskog rasta. Ovakav nalaz u skladu je s teorijskom podlogom Tedeschija i Calhouna (2004) prema kojoj razina stresnosti traume utječe na sheme kognitivnih pretpostavki, ali i na razinu kasnijeg kognitivnog rekonstruiranja koja je u podlozi posttraumatskog rasta. Nadalje, viši rezultat na subsakli internalnog zdravstvenog lokusa kontrole povezan je s višom razinom posttraumatskog rasta. Objašnjenje ove veze jest da je izraženiji internalni lokus kontrole povezan s percepcijom i korištenjem osobnih resursa koji omogućuju uspješniji proces suočavanja sa stresorom i potencijalno i viši osobni rast (Zoellner i Maercker, 2006). Jedina nepotvrđena korelacija s posttraumatskim rastom jest pozitivna korelacija sa stupnjem obrazovanja. Uzrok tome mogla bi biti već opisana homogenost sudionica na ovoj varijabli.

Naposljetku, vrijedi komentirati i nepovezanost medicinskih varijabli s rezultatom na PCL – C skali te PTGI –SF upitniku te nezavisnost rezultata na te dvije kriterijske varijable.

Medicinske varijable kao što su invanzivnost postupaka liječenja ili stadij bolesti i u drugim

su se istraživanjima pokazale nepovezane s konceptom posttraumatskog rasta i PTSP simptomima (npr. Cordova i sur., 2007). Green (1994) navodi i da je na drugim populacijama stupanj psihopatologije nepovezan sa stupnjem fizičke ozlijede ili bolesti. Ovo sugerira da su objektivni indikatori stresnosti očito puno manje važni u predikciji moguće psihopatologije od subjektivne percepcije traumatskog događaja. Nezavisnost varijabli PTSP –a i posttraumatskog rasta jest očekivan, ali zanimljiv nalaz. Naime, intuitivno je za pretpostaviti da će između ovih koncepata postojati negativna korelacija, tj. da će viša razina posttraumatskog rasta ukazivati na bolju prilagodbu i manje psihopatologije. No originalni koncept posttraumatskog rasta ne podrazumijeva da osobe koje uslijed traume dožive osobni rast zbog toga imaju manje psiholoških poteškoća uzrokovanih stresnim iskustvom. Cordova i sur. navode da ovakav nalaz podržava stajalište o multidimenzionalnosti psihološke prilagodbe na traumu koja očito nije bipolarni konstrukt. Traumatski stresori kod pojedinca mogu dovesti do patoloških simptoma, osobnog rasta ili pak obje pojave. Neki pak autori (npr. Klauer, Ferring i Filipp, 1998) smatraju da je nezavisnost posttraumatskog rasta i različitih oblika psihopatologije argument za stajalište da je posttraumatski rast zapravo iluzorni proces, odnosno strategija suočavanja sa stresom kojoj je osnovna funkcija očuvanje osobnog identiteta uslijed traume. Čini se da su longitudinalna istraživanja neophodna za otkrivanje konačnog odgovora o prirodi posttraumatskog rasta i njegovoj povezanosti s PTSP –om i drugim oblicima psihopatologije.

Ovo istraživanje ima nekoliko važnih nedostataka. Najprije, kao što je već spomenuto, korišten je relativno mali, prigodni uzorak oboljelih žena koje su prilično homogene po nekim karakteristikama (npr. obrazovanje i dob). Realniji uvid u ispitivane probleme pružilo bi istraživanje na većem uzorku sudionica regrutiranih što je moguće više po slučaju te heterogenih karakteristika. Također, zbog osjetljivosti teme preporučljivo bi bilo provesti prikupljanje podataka isključivo u kontaktu sa sudionicama u živo. Naime, iako je moguće da je nekim sudionicama bilo ugodnije davati iskrene odgovore pred računalom ili kod kuće nakon zaprimanja upitnika poštom, moguće je da su neka pitanja sadržana u upitniku kod sudionica izazvala reakcije nelagode i anksioznosti zbog prisjećanja traumatskih iskustva s bolešću. Stoga je odgovaranje u sigurnom okruženju udruge u koju je sudionica uključena uz mogućnost "intervencije" i razgovora u slučaju uznemirenosti zbog pojedinih pitanja, s etičke strane zasigurno najispravnija metoda prikupljanja podataka. Zbog praktičnih razloga kao što je ušteda vremena u ovom su istraživanju korištene bitno reducirane mjere posttraumatskog rasta, intrinzične religioznosti te zdravstvenog lokusa kontrole. Kraća verzija upitnika posttraumatskog rasta ne dopušta analizu pojedinih dimenzija rasta s obzirom da je svaka od

njih zastupljena s tek dvije čestice. Svakako bi bilo korisno istražiti kako su ove zasebne dimenzije povezane s drugim istraživanim varijablama. Buduća bi istraživanja trebala pokušati utvrditi i povezanost s dvije dodatne dimenzije eksternalnog zdravstvenog lokusa (povezanog s liječnicima te s važnim drugima) koje također nisu uključene u ovo istraživanje te s mjerom ekstrinzične religiozne orijentacije. Postotak indikativnih rezultata dobivenih na PCL –C skali u ovom istraživanju nikako ne treba zanemariti. Psihološka procjena žena koje su imale iskustvo raka dojke trebala bi što češće uključivati i procjenu posttraumatskih stresnih reakcija i to bez obzira na vrijeme proteklo od izlječenja i "objektivne" medicinske parametre bolesti. Istraživački rad na ovom području u kombinaciji s kontaktom s pacijentima u praksi trebao bi u budućnosti pokušati iznjedriti prikladne instrumente i rješenja problema procjene PTSP –a kod ove specifične populacije. Posttraumatski rast pokazao se kao vrlo učestali fenomen kod oboljelih od raka pa bi sveobuhvatna klinička procjena usmjerena na dobivanje potpunog uvida u psihološko funkcioniranje osobe trebala uključivati i neki vid procjenjivanja i potencijalnih pozitivnih promjena nastalih uslijed iskustva bolesti.

Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati posttraumatske stresne reakcije kod žena liječenih od raka dojke i promjene vezane uz posttraumatski rast te neke povezane faktore. Prema kriteriju granične vrijednosti 21 % sudionica ostvarilo je rezultat koji je na PCL – C skali indikativan za moguću dijagnozu PTSP – a. Najveći broj sudionica izvještava o intruzivnim mislima vezanim uz strah od povratka bolesti te uz liječenje i nuspojave liječenja. Izraženost simptoma PTSP – a povezana je s višim eksternalnim zdravstvenim lokusom kontrole i višom percipiranom stresnošću bolesti. Ove dvije varijable zajedno objašnjavaju oko 30 % varijance rezultata na PCL – C skali. Većina sudionica doživjela je veći broj pozitivnih promjena vezanih uz posttraumatski rast. Razinu posttraumatskog rasta predviđa mlađa dob sudionica, (izvan)bračni status, veća percipirana stresnost bolesti, veća intrinzična religioznost i veći rezultat na dimenziji internalnog zdravstvenog lokusa kontrole. Ove varijable zajedno objašnjavaju oko 35 % varijance rezultata na PTGI-SF upitniku. Izraženost simptoma PTSP – a i razina posttraumatskog rasta u ovom su istraživanju nepovezani. U suočavanju s bolešću sudionicama su od najveće pomoći bile strategije traženja socijalne podrške te religiozno suočavanje. Svoju uspješnost suočavanja sa stresom izazvanim bolešću, većina je sudionica ocijenila kao "uspješnom" ili "vrlo uspješnom".

Literatura

- Ahadi, H., Delavar, A. i Masoud Rostami, A. (2013). Comparing Coping Styles in Cancer Patients and Healthy Subjects. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 116, 3467 - 3470.
- Andrykowski, M.A., Cordova, M. J., Studts, J. L. i Miller, T. W. (1998). Posttraumatic Stress Disorder After Treatment for Breast Cancer: Prevalance of Diagnosis and Use of the PTSD Checklist – Cvilian Version (PCL – C) as a Screening Instrument. *Journal of Consulting an Clinical Psychology*, 66, 586 -590.
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Medicinska naklada, Zagreb.
- Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International Journal of Aging and Human Development*, 58, 267–287.
- Bellizzi, K. M. i Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25, 47–56.
- Brkljačić, B., Drinković, I., Janković, S., Strnad, M. , Šantek, F., Stamenić, V., Mićović, V., Grgurević – Dujmić, E., Janković, S. (2006). *Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke – brošura*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Calhoun, L. G. i Tedeschi, R. G. (2004). The Foundation of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*, 15, 93 -102.
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R., Taku, K., Vishnevsky,T., Triplett, K. N., Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23, 127 -137.
- Chen, Y. Y. i Koenig, H. G. (2006). Traumatic Stress and Religion: Is there a Relationship? A Review of Empirical Findings. *Journal of Religion and Health*, 45, 371 – 381.
- Cordova, M.J., Andrykowski, M.A., Kenady, D.E., McGrath, P. C., Sloan, D.A. i Redd, W.H. (1995). Frequency and Correlates of Posttraumatic – Stress – Disorder – Like – Symptoms After Treatment for Brest Cancer. (1995). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981 – 986.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, C. J., Golant, C. M., Kronenwetter, C. C., Chang, C. V. i Spiegel, C. D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308 - 319.
- Crisson, J.E. i Keefe, F. J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35, 147 - 154.
- Čufer, T. (2001). Rak dojke. *Medicus*, 10, 173 – 178.
- Ćorić, Š. Š. (1997). *Psihologija religioznosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- DuHamel, K. N., Ashman, T., Keane, T. M., Vickberg, S. M. J., Scigliano, E., Ostroff, J., Winkel, G., Mundy, E. A., Morasco, B. J., Hurley, K., Burkhalter, J., Chhabra, R., Papadopoulos, E. i Moskowitz, C. (2004). Construct Validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist in Cancer Survivors: Analyses Based on Two Samples. *Psychological Assessment*, 16, 255 – 266.
- Endler, N. S. i Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844 – 854.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 341–362.
- Hill, P.C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., Zinnbauer, B.J., (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30, 51 – 77.
- Holland, J. C. (1998). *Psycho – oncology*. Oxford University Press.
- Jakovčić D. (2004). *Konstrukcija ljestvica za mjerenje stavova prema hrvatskim braniteljima i prema hrvatskim braniteljima koji imaju PTSP*. Neobjavljena diplomska radnja.
- Janoff – Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. The Free Press.
- Kangas, M., Henry, J. L. i Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 4, 499 – 524.
- Kaplan, H. I. i Sadock, B. J. (1998). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Klauer, T., Ferring, D. i Filipp, S. H. (1998). “Still stable after all this...?": Temporal comparison in coping with severe and chronic disease. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 339–355.
- Koenig, H.G. i Bussing, A. (2010). The Duke University Religion Indeks (DUREL): A Five – Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1, 78 - 85.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw – Hill.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions. A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1 - 21.

- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L. i Devins, G. M. (2008). Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 513 – 523.
- Linden, M., Akker, M. i Buntinx, F. (2001). The relation between health locus of control and multimorbidity: a case – control study. *Personality and Individual Differences*, 30, 1189 – 1197.
- Maercker, A. i Herrle, J. (2005). Long – term effects of the Dresden bombing: Relationship of control beliefs, religious belief, and personal growth. *Journal of traumatic stress*, 16, 579 -587.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108 – 131.
- Neipp, M. C., Lopez – Roig, S. i Pastor, A. (2007). Control beliefs in cancer: A literature review. *Anuario de Psicología*, 38, 333 – 355.
- Peteet, J. R. i Balboni, M. J. (2013). Spirituality and Religion in Oncology. *A Cancer Journal for Clinicians*, 63, 280 – 289.
- Petz, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Rotter, J. B. (1990). Internal Versus External Control of Reinforcement – A Case History of a Variable. *American Psychologist*, 45, 489 – 493.
- Shaw, A., Joseph, S. i Linley, P.A. (2007). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, religion and culture*, 8, 1 -11.
- Taylor, S.E. i Lobel, M. (1989). Social Comparison Activity Under Threat: Downward Evaluation and Upward Contacts. *Psychological Review*, 96, 569 -575.
- Tedeschi, R.G. i Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455- 471.
- Tedeschi, R. G. i Calhoun, L. G. (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1 – 18.
- Ursaru, M., Crumpei, I. i Crumpei, G. (2013). Quality of Life and Religious Coping in Women with Breast Cancer. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 114, 322 -326.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. i DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160 – 170.
- Wallston, K. A., Stein, M. J. i Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC Scales: A Condition – Specific Measure of Locus of Control. *Journal of personality assessment*, 66, 534 – 553.
- Weathers F. W, Litz B. T, Herman D. S, Huska J.A. i Keane T. M. (1997). *The PTSD Checklist –Civilian version (PCL-C): reliability, validity and diagnostic utility*.

Wilson, J. P. i Keane, T., M. *Assessing psychological trauma and PTSD*. The Guilford Press.

Yalom, I. D. i Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness psychiatry. *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 54, 334-345.

Zoellner, T. i Maercker, I. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653.

