

КОПИНГ СТРАТЕГИЈЕ КОД ЖЕНА КОЈЕ БОЛУЈУ ОД КАРЦИНОМА ДОЈКЕ

Апстракт: Циљ истраживања био је да се утврди које су доминантне копинг стратегије које користе жене при suočаванју са карциномом дојке, те њихова повезаност са бazičним димензијата личности и процесом емоционалне регулације. Истраживање је спроведено на узorkу од 53 жене које су биле hospitalizоване у фебруару и марту 2014. године, а применени су упитник Великих Пет + 2 (Smederevac, et al 2010), CSI (Amirkhan,1990), ERQ (Gross & John, 2003), те упитник за добијање општих информација. Резултати индикују да је превладавање усмерено на проблем доминантна копинг стратегија коју користе пацијенткиње, док не постоји разлика у коришћеним копинг стратегијама у различитим фазама лечења као и у односу на присуство прогресије болести. Стратегија фокусирана на тражење социјалне подршке показала је позитивну везу са Екстраверзијом ($\rho S=.406$, $p<0,01$), Позитивном валенцом ($\rho S=.372$, $p<0.01$) и Savesношћу ($\rho S=.295$, $p<0.01$), док је негативну везу показала са Neuroticизмом ($\rho S=-.280$, $p<0.05$). Стратегија фокусирана на проблем показала је позитивну везу са Позитивном валенцом ($\rho S=.303$, $p<0.05$), док је стратегија избегавања показала позитивну везу са Neuroticизмом ($\rho S=.538$, $p<0.05$). Особе које су користиле емоционалну супресију и поновну процену при регулацији емоција чешће су користиле избегавање као копинг стратегију. Резултати су у складу са досадашњим истраживањима.

Кључне речи: *crте личности, копинг стратегије, карцином дојке*

Увод

У последњих неколико деценија, све је више истраживања на тему превладавања стреса код особа оболелих од канцера, са посебним акцентом на жене оболеле од карцинома дојке. Могући разлози су ти што је малигна болест стресор који се перципира као животно угрожавајући (претећи), те само сазнање о дијагнози изазива интензиван стрес код оболеле особе, што је канцер дојке у многим земљама најчешћи облик малигног тумора код жена (према неким проценама једна од осам жена оболи), те то што петогодишње преживљавање код ранооткривених карцинома дојке иако високо, са собом

*kovacaleksandrapsy@gmail.com

носи низ захтева у контексту психо-социјалне адаптације, те тиме омогућава расветљавање везе стрес–личност–адаптација, а потом и пружање неких практичних смерница које су у области психоонкологије још увек релативно скромне.

Жена оболела од карцинома дојке, након самог сазнања о малигној болести, суочава се са низом догађаја, нових потенцијалних стресора, које треба успешно да превлада. Само сазнање о дијагнози малигнитета које се у великом броју случајева асоцира са смртним исходом, у вези је са интензивним дистресом. На пример, у једном истраживању од 1249 жена које су сазнале за дијагнозу карцинома дојке, њих 32, 8% манифестовало је психолошки дистрес (Забора и др. 2001). Дистрес може да се јави у било којој фази болести или у било којем сегменту третмана, а манифестује се од бриге и туге до озбиљнијих симптома анксиозности и депресије. Уобичајени симптоми су претерана забринутост у вези здравља, бес, хостилност, потешкоће са спавањем, мисли о болести и смрти, губитак апетита, деконцентрисаност (НЦЦН 2003). Истраживања такође показују да је нпр. антиципирани дистрес пре саме операције дојке широко распрострањен међу женама, док га након сазнања дијагнозе искуси у умереном до високом степену више од половине жена (Тјемсланд и др. 1996), а његов интензитет расте код жена код којих се болест проширила и које умиру (Батлер и др. 2003).

Дакле, након дијагностиковања малигне болести, следи планирање хируршког захвата дојке, опоравак од последица операције и очекивање патохистолошког налаза и одлуке Онколошке комисије о даљем лечењу које такође представља нову неизвесност и потенцијалну опасност те пацијенткиње и саме изјављују да су забринуте у вези са тим, као и да имају страх од могућег рецидива и/или прогресије болести (Ковач и др. 2014). Већина пацијенткиња, након хируршког захвата бива подвргнута хемиотерапији као помоћној методи у лечењу малигне болести, која је позната по томе што изазива одређени број негативних нуспојава (малаксалост, мучнина, губитак косе, превремена менопауза), што представља нови изазов или претњу коју пацијенткиња оболела од карцинома дојке треба да превлада, посебно уколико су присутне метастазе. Након ове терапије, неке пацијенткиње добијају и хормонску терапију, а многе пролазе и радиотерапију. Потом следе редовне медицинске контроле и нада да се болест више неће вратити, или у случају прогресије болести, страх од смрти и евентуална припрема за смртни исход (Пејн и др. 1996).

Жене оболеле од карцинома дојке, посебно оне млађе животне доби, манифестују забринутост у вези са подизањем деце, рађањем деце уколико нису рађале, забринутост у вези са послом и каријером, губитком фертилитета, проблеме у вези са сексуалношћу и сликом тела, те страх од рецидива болести (Мор и др. 1994). Иако малигна болест има снажан психосоцијални импакт, истраживања показују да се дистрес који је најинтензивнији у пе-

риоду од сазнања о дијагнози карцинома дојке ипак током времена умањује (Мејерович 1983). Исто тако, истраживања показују да је реакција на саму дијагнозу малигнитета условљена годинама и развојним стадијумом појединца у моменту сазнања. Млађе особе, за разлику од старијих, манифестују више интрузивних мисли и депресивних симптома у првим месецима након оболевања од канцера (Вензел и др. 1999).

Оно што је неоспорно јесте свакако то да је манифестација каснијег дистреса и маладаптивних понашања у контексту адаптације на малигну болест под снажним утицајем копинг стратегија које особа користи како би изашла на крај са по живот угрожавајућим стресором (Стентон и др. 2002).

Као што је познато, није одлучујућ интензитет стресора на сам адаптацијски исход, већ су то превладавајућа понашања која представљају неку врсту медијатора у стрес процесу, односно она одређују начин на који ће се особа понашати у присуству стресора. Према копинг теорији Лазаруса и Фолкманове (Лазарус, Фолкман 1984), копинг је покушај особе да управља интерналним и екстерналним захтевима који се пред њу постављају у контексту интеракције са окружењем, а одабир стратегија превладавања зависи не толико од трајних тенденција личности, колико од аспеката саме ситуације, односно врсте стресора, те је акценат дакле на самој ситуацији као детерминанти превладавања. Превладавање, дакле, представља когнитивне и/или бихејвиоралне тенденције особе са сврхом решавања проблема и/или смањења психофизиолошке реакције у оквиру стрес процеса које су за дату ситуацију најпримереније (Лазарус, Фолкман 1984, према Зотовић 2004). Други, савременији аутори (Volger 1990, према: Зотовић 2004), као детерминанте превладавања, с друге стране истичу личност, односно њене базичне димензије као главне покретаче понашања у стресној ситуацији, те да се диспозиције појединца најадекватније манифестују у условима стреса. Досадашња истраживања, како су то наши аутори елаборирали (Жуљевић, Гаврилов-Јерковић 2011), говоре у прилог оба екстремна приступа, што може бити проблем приликом одабира инструмената за испитивање превладавања, јер методологија истраживања коришћена у испитивању повезаности детерминанти превладавања је таква да се у везу доводе конструкти средњег нивоа општости, нпр. локус контроле, оптимизам, селф ефикасност с једне стране, док се са друге стране користе инвентари специфичних техника превладавања у специфичним ситуацијама, те да најбоље решење које ће дати конзистентне и валидне налазе јесте оно које ће довести у везу диспозиције личности и стилове превладавања, као дакле, генералније конструкте. Стиливи превладавања односе се на диспозиције особе да у стресној ситуацији реагује на одређени начин и имају утицај како на процену самог догађаја, тако и на очување емоционалне равнотеже, прихватање реалности, очување задовољавајуће слике о себи, односно имају утицај на дугорочне ефекте стреса (Зотовић, 2004). Бројни су покушаји да се одреди број димензија које леже у

њиховој основи, али већина, у зависности од полазне теоријске основе, налази од две до четири димензије. Можда је најпознатија подела стратегија које су на проблем фокусиране и оних које су фокусиране на емоције (Lasarus, Folkman 1984: према Зотовић 2004), док неки опет, попут Амиркана (Амиркан 1990), додају и трећу димензију, па се тако разликују превладавање путем решавања проблема, тражење социјалне подршке и избегавање. Када су истраживања стабилних карактеристика личности и превладавања у питању, налази готово редовно потврђују везу између неуротицизма и веће учесталости коришћења избегавајућих стратегија попут маште и избегавања бављења проблемом, док је мања учесталост коришћења стратегија које имају фокус на проблему и тражењу социјалне подршке (McCrae, 1984; Smith et al 1990, према: Зотовић 2004). Такође, постоје налази о повезаности неуротицизма и на емоције усмереног превладавања (Endler, Parker 1990, према: Зотовић 2004). Када је веза екстраверзије и превладавања у питању, показало се да су екстраверти склонији позитивном размишљању, превладавању усмереном на проблем, те тражењу социјалне подршке (Amirkhan 1995, према: Жуљевић, Гаврилов-Јерковић 2011). Зотовић наводи резултате истраживања који су показали везу између стратегија превладавања и димензија петофакторског модела, те се тако отвореност за искуство показала као предиктор позитивног превладавања, савесност је у вези са активним решавањем проблема, док је пријатност у вези са социјалном подршком (Зотовић, 2004).

Оно што спада у фокус истраживања овог рада јесте у ствари питање начина на који се жене које болују од карцинома дојке понашају како би превазишле тренутну стресну ситуацију – малигну болест, тј. које копинг стратегије користе имајући претходно у виду, дакле аспекте стресора, превладавања и личности. Раније студије, које су се бавиле овом проблематиком, користиле су углавном инструменте за мерење црта и превладавајућег понашања како би се испитала њихова посредујућа улога у односу стрес–дистрес. Тако је нпр. у проспективној студији рађеној на узорку жена оболелих од канцера дојке (Карвер и др. 1993) нађена повезаност црте оптимизма са копинг стилевима и дистресом, тачније, негативна веза са дистресом, а позитивна веза са активним превладавањем и прихватањем болести, што је ауторе навело на претпоставку да оптимизам као трајна црта личности доприноси коришћењу одређених стратегија које су у вези са активним стилем и борбеношћу. Избегавајући стил ношења са стресом у виду дистанцирања како од размишљања о стресном догађају тако и од емоција у вези са њим, доведен је у везу са израженијим дистресом и маладаптивним понашањима у неколико студија чији су узорак сачињавале жене оболеле од канцера дојке (Carver et al 1993, Epping-Jordan et al 1999, McCaul et al 1999, Stanton et al 2000, према: Бренан 2001), те као предиктор страха да ће болест рецидивирати у години након сазнања дијагнозе (Стентон и др. 2002).

Када су у питању студије које су испитивале доминантне копинг

стратегије код онколошких пацијената, налази варирају, вероватно због разлике у коришћеним инструментима. Један од познатијих инструмената који није спецификован за копинг са канцером јесте WOC, Лазаруса и Фолкманове, а који је коришћен у истраживању (Данкел-Шетер и др. 1992) којим је потврђено пет стратегија које користе онколошки пацијенти, при чему је дистанцирање била најчешће коришћена стратегија, потом следе тражење социјалне подршке, фокусирање на позитивно, и когнитивно избегавање као подједнако коришћене, те бихевиорално избегавање као најмање коришћена. С друге стране, налази истраживања (МекКол и др. 1999) у којима је коришћен инструмент Муса и сарадника (CRI; Moos 1980, према: МекКол и др. 1999) заснован на другачијој концептуализацији на узорку жена оболелих од карцинома дојке казују другачије: постоје три копинг стратегије које се користе, при чему је најдоминантнија активни бихевиорални копинг, потом следи активни когнитивни копинг, док је избегавање најмање заступљена стратегија коју су користиле жене оболеле од карцинома дојке. Од инструмената који су спецификовани за копинг са канцером истиче се МАК (MAC; Watson et al 1988, према: Нордин, Глимелиус 1998), и у студији чији су узорак сачињавали пацијенти са гастроинтестиналним канцером, показало се да је најдоминантније коришћена стратегија која је именована као “борбени дух” (Нордин, Глимелиус 1998). Како неки аутори закључују (Дајмлиг и др. 2006) иако су многи налази контрадикторни, оно што се може запазити јесте да онколошки пацијенти ипак претендују у коришћењу активних стратегија и тражења социјалне подршке у борби са болешћу, док су избегавајуће стратегије мање заступљене, те да је копинг са канцером сложен и мултидимензионалан и да налази добијени у спроведеним студијама вероватно зависе како од карактеристика личности тако и од стадијума болести, односно од тренутка у коме је испитивање спроведено.

Метод

Проблем истраживања

Имајући претходне налазе у виду, проблем овог истраживања био би:

1. Испитати које копинг стратегије жене оболеле од карцинома дојке најчешће користе.
2. Да ли су димензије личности, фаза лечења и прогресија болести у вези са коришћеним стратегијама?

Хипотезе

- Претпоставља се да ће пацијенткиње најчешће користити активан приступ решавању проблема и тражење социјалне подршке као стратегију превладавања, а најређе избегавање. Овакво очекивање произашло је из налаза ранијих истраживања која сугеришу да жене оболеле од канцера дојке при превладавању стреса најчешће користе стратегије попут бихејвиоралног и когнитивног активног копинга, тј. стратегије фокусиране на проблем, док је избегавање у већини истраживања најмање коришћена стратегија и углавном се проспективно доводи у везу са каснијим дистресом.

- Претпоставка је да ће се пацијенткиње разликовати у коришћеним копинг стратегијама на почетку лечења, дакле након саме операције, и у другој фази лечења, тј. током хемиотерапије, јер као што неки аутори можда оправдано закључују (Дајмлинг и др. 2006) копинг са канцером је сложен и мултидимензионалан феномен и контрадикторни налази добијени у спроведеним студијама вероватно зависе како од стадијума болести, тако и од тренутка у коме је испитивање спроведено. Односно, сматрамо да се утицај спољашњих околности не би требао занемарити.

- У складу са ранијим истраживањима, претпоставка је да ће димензија неуротицизма показивати позитивну повезаност са коришћењем избегавања као копинг стратегије, док ће екстраверзија као димензија бити у вези са социјалном подршком и фокусирањем на проблем. Такође, претпоставља се да ће димензија позитивне валенце, отвореност ка искуству и димензија савесности показати везу са тражењем социјалне подршке и усмеравањем на проблем, док се за негативну валенцу и агресивност очекује негативна веза са тражењем социјалне подршке.

- Ако се пореде пацијенткиње са и без прогресије болести, претпоставка је да ће се пацијенткиње значајно разликовати у одабиру стратегија. Претпостављамо да ће пацијенткиње без прогресије болести тежити ка активним, на проблем усмереним стратегијама, док ће оне са прогресијом болести бити склоније тражењу социјалне подршке и стратегији избегавања бављења проблемом.

Инструменти

Упитник Великих Пет + 2, намењен је процени седам широких димензија личности. Састоји се од 70 ајтема, при чему се на сваки ајтем одговара заокруживањем одговора на петостепеној скали Ликертовог типа. Ајтеми су распоређени у седам супскала: Неуротицизам (Анксиозност, Депресивност, Негативни афективитет), Екстраверзија (Срдачност, Друштве-

ност, Позитивни афективитет), Савесност (Самодисциплина, Истрајност, Промишљеност), Агресивност (Бес, Непопустљивост, Тешка нарав), Отвореност према искуству (Интелект, Тражење новина), Позитивна валенца (Супериорност, Позитивна слика о себи) и Негативна валенца (Манипулативност, Негативна слика о себи). Свака од седам скала садржи две, односно три супске, намењене процени субдимензија или фацета седам широких димензија (Смедеревац и др. 2010).

Индикатор копинг стратегија (Амиркан 1990). Оригинална верзија упитника од испитаника захтева да се присете и у пар реченица опишу једну конкретну ситуацију из личног искуства у којој су се нашли у протеклих 6 месеци, а која им је представљала проблем и због које су били забринути. У нашем истраживању инструкција је модификована тако да је дат конкретан догађај, тј. од испитаница је захтевано да одговоре на питања која се тичу тренутне болести – карцинома дојке. Испитанице су одговарале колико су користиле сваку од 33 појединачно наведене стратегије у превладавању стреса изазваног наведеним проблемом. Упитник је дизајниран тако да мери три независне димензије – усмереност на проблем, тражење социјалне подршке и избегавање проблема. Свака димензија обухвата 11 ајтема тростепеног Ликертовог типа, на којима испитаница заокруживањем индикује колико је често користила стратегије описане у ајтемима. Скала обезбеђује три сумативна независна скорa, опсега од 11 до 33, за које аутор обезбеђује нормe за америчку популацију. Поузданост на овом узорку се показала задовољавајућом, за субскалу Усмереност на проблем ($\alpha = .80$), за Тражење социјалне подршке ($\alpha = .88$), док је за субскалу Избегавање бављења проблемом ($\alpha = .72$).

Социодемографске карактеристике добијене су одговарањем на питања у упитнику који је конструисан за потребе овог истраживања.

Узорак

Узорак је пригодан. Сачињава га 53 жене са дијагностикованим карциномом дојке, просечне старости 52 (± 10.48), које су биле хоспитализоване у моменту испитивања. Подељене су у две групе, на основу тога да ли се налазе на оперативном захвату или на хемиотерапији.

		f	%
Образовање	ОШ	5	9.4%
	ССС	28	52.8%
	ВШС	11	20.8%
	ВСС	9	17.0%
Брачни статус	Брак	45	84.9%
	Разведена	3	5.7%
	Удовица	3	5.7%
	Неудата	2	3.8%
Фаза лечења	Операција	20	37.7%
	Хемиотерапија	33	62.3%
Удаљене метастазе	Да	15	28.3%
	Не	38	71.7%

Табела 1: Узорак испитаница

Процедура

Истраживање је спроведено од децембра до фебруара 2014, на Институту за онкологију Војводине. Једна група пацијенткиња испитана је неколико дана након самог оперативног захвата, док су другу групу чиниле пацијенткиње које су се затекле на оделењу ради примања хемиотерапије. Сви подаци прикупљени су упитницима, осим информација које се тичу прогресије болести, за које се користила болничка база података. Такође, пацијенткиње су потписале добровољан пристанак за учешће у истраживању.

Резултати

1. Најчешће коришћене копинг стратегије

С обзиром на то да је теоријски минимум био 11, а да је теоријски максимум био 33, највећи скор је у просеку одређен на скали која мери Усмереност на проблем ($AS=29.06$, $SD=3.54$), затим на скали која мери Усмереност на тражење социјалне подршке ($AS=26.11$, $SD=5.04$), и најмањи на скали која мери стратегију Избегавања бављења проблемом ($AS=20.70$, $SD=4.074$).

КОПИНГ СТРАТЕГИЈЕ	NN	MMin	MMax	AAS	SSD
Усмереност на проблем	553	119	333	229.06	33.543
Тражење социјалне подршке	553	112	333	226.11	55.041
Избегавање бављења проблемом	553	113	229	220.70	44.074

Табела 2: Дескриптивни показатељи коришћених копинг стратегија на целокупном узорку

2. Разлике у коришћеним копинг стратегијама између пацијенткиња које су на операцији и оних на хемиотерапији

Mann-Whitney U тестом нису утврђене значајне разлике у коришћеним копинг стратегијама код пацијенткиња које су недавно сазнале за дијагнозу, тј. оних које су на операцији, и оних које пролазе кроз хемиотерапију, односно које су у каснијој фази лечења.

КОПИНГ СТРАТЕГИЈЕ	Mann-Whitney U	Z	pp
Усмереност на проблем	243.500	-1.599	..110
Усмереност на тражење социјалне подршке	265.500	-1.188	..235
Избегавање бављења проблемом	302.500	-.507	..612

Табела 3: Разлике између група у коришћеним копинг стратегијама

Фаза лечења		AAS	SSD	MMdn	IQR	MMin	MMax
Операција	Усмереност на проблем	330.20	22.50	331.00	33	225	333
	Тражење социјалне подршке	226.95	66.17	228.50	111	112	333
	Избегавање бављења проблемом	220.35	44.49	220.00	77	113	229
Хемиотерапија	Усмереност на проблем	228.36	33.92	229.00	66	119	333
	Тражење социјалне подршке	225.61	44.24	226.00	77	118	333
	Избегавање бављења проблемом	220.91	33.86	221.00	44	114	229

Табела 4: Дескриптивни показатељи коришћених копинг стратегија по групама

Иако се може уочити да оне на оперативном захвату имају веће скорове на стратегији превладавања усмереној на проблем и стратегији превладавања путем тражења социјалне подршке.

3. Повезаност димензија личности и коришћених копинг стратегија

Спирмановим коефицијентом корелације је утврђено да особе које имају већи скор на скали која мери стратегију усмерености на тражење социјалне подршке имају већи скор на Екстраверзији ($\rho S=.406$, $N=53$ $p<0.01$), Позитивној валенци ($\rho S=.372$, $N=53$ $p<0.01$) и Савесности ($\rho S=.295$, $N=53$ $p<0.01$), а нижи на Неуротицизму ($\rho S=-.280$, $N=53$ $p<0.01$).

Спирмановим коефицијентом корелације је утврђено да особе које имају већи скор на скали која мери стратегију усмерености на проблем имају већи скор на Позитивној валенци ($\rho S=.303$, $N=53$ $p<0.05$).

Спирмановим коефицијентом корелације је утврђено да особе које имају већи скор на скали која мери стратегију избегавања бављења проблемом имају већи скор на Неуротицизму ($\rho S=.538$, $N=53$, $p<0.05$).

		Решавање проблема	Социјална подршка	Избегавање бављења проблемом
Агресивност	ρ ρS	-0.077	-0.002	0.11
	пр	0.583	0.989	0.433
	нN	53	53	53
Екстраверзија	ρ ρS	0.238	.406**	-0.087
	пр	0.086	0.003	0.535
	HN	53	53	53
Неуротицизам	ρ ρS	-0.244	-.280**	.538*
	пр	0.078	0.042	0
	HN	53	53	53
Негативна валенца	ρ ρS	0.053	0.011	0.064
	пр	0.707	0.939	0.65
	HN	53	53	53
Отвореност	ρ ρS	0.253	0.183	-0.112
	пр	0.068	0.191	0.424
	HN	53	53	53
Позитивна валенца	ρ ρS	.303*	.372**	-0.152
	пр	0.027	0.006	0.277
	HN	53	53	53
Савесност	ρ ρS	0.203	.295**	-0.006
	пр	0.145	0.032	0.965
	HN	53	53	53

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

Табела 5: Спирманов коефицијент корелације

4. Разлике у коришћеним копинг стратегијама с обзиром на тежину болести

Mann-Whitney U тестом нису утврђене статистички значајне разлике у коришћеним копинг стратегијама код пацијенткиња с обзиром на присуство прогресије болести (метастаза).

КОПИНГ СТРАТЕГИЈЕ	Mann-Whitney U	Z	p
Усмереност на проблем	282.500	-.050	.960
Тражење социјалне подршке	220.500	-1.278	.201
Избегавање бављења проблемом	211.500	-1.457	.145

Табела 6: Разлике између оних пацијенткиња са прогресијом болести и оних са локализованим канцером у коришћеним копинг стратегијама

			AAS	SD	MMdn	IQR	MMin	MMax
Удаљене метастазе	ДДА	Усмереност на проблем	229.07	3.77	330.00	55	119	333
		Тражење социјалне подршке	224.80	5.06	223.00	88	118	333
		Избегавање бављења проблемом	222.07	3.37	222.00	55	117	229
	ННЕ	Усмереност на проблем	229.05	3.50	330.00	44	230	333
		Тражење социјалне подршке	226.63	5.00	227.00	88	112	333
		Избегавање бављења проблемом	20.16	4.24	220.00	77	113	229

Табела 7: Дескриптивни показатељи коришћених копинг стратегија по групама

Иако се може се приметити да пацијенткиње које имају метастазе имају већи скор на стратегији превладавања усмереној ка избегавању бављења проблемом, а мањи на стратегији превладавања усмереној ка тражењу социјалне подршке.

Дискусија и закључак

Циљ овог истраживања био је да се испита начин на који се жене које болују од карцинома дојке понашају како би превазишле тренутну стресну ситуацију – малигну болест, тј. које копинг стратегије користе имајући претходно у виду, дакле аспекте стресора, превладавања и личности. Док раније теорије, попут Лазарусове и Фолкманове заговарају ситуационистички приступ, новије теорије сматрају димензије личности детерминантама превладавања, те да црте личности бивају најизраженије у условима стреса. Узимајући у обзир оба приступа, одабрали смо инструмент за мерење стратегија који је отворен за оба приступа, односно који омогућава дефинисање конкретног стресора.

Прва претпоставка је била да ће се пацијенткиње најчешће користити активним приступом – решавањем проблема и тражењем социјалне подршке као стратегији превладавања, а најређе избегавањем. Овакво очекивање произашло је из налаза ранијих истраживања која су заиста и показала да без обзира на озбиљност и стресогеност болести каква је малигна, жене оболеле од карцинома дојке најчешће користе активне стратегије превладавања, попут бихевиоралног и когнитивног копинга, “борбеног духа”, итд. (Нордин, Глимелиус 1998), док ређе избегавање, у ком правцу говоре и наши налази. Пацијенткиње су најчешће користиле фокусирање на проблем, потом тражење социјалне подршке, а најређе су се користиле избегавањем. Чак и када смо испитали да ли се разликују по питању коришћених стратегија на почетку лечења (током хоспитализације ради хируршког захвата), и након извесног периода времена, дакле на хемиотерапији, нисмо добили значајну разлику. Разлика у коришћеним стратегијама није се показала значајном ни између оних жена код којих је болест прогредирала и оних код којих је болест локализована, дакле, које имају веће изгледе за излечење.

Када је веза димензија личности и копинг стратегија у питању, добијени налази указују на то да су екстраверти, савесни и они са позитивном валенцом (односно они који себе процењују као важне и посебне) склонији томе да проблем превладавају тако што своја осећања деле са другима и ослањају се на подршку значајних других. То би се можда могло објаснити тиме што су екстраверти генерално друштвенији и отворенији у социјалним релацијама, теже пријатним емоцијама те подршку перципирају као битну за постизање циља – позитивних осећања, док савесни који теже планирању и организацији те адекватном извршавању задатака могу сматрати подршку других битном у целокупном процесу решавања актуелног проблема те тиме бити склонији трагању за истом. Такође, могуће да они који се самовреднују на сличан начин процењују и друге, те другима прилазе са позитивним ставом, што објашњава позитивну везу ове евалуативне димензије са подршком

других у превладавању стреса. Негативна веза је добијена између димензије неуротицизма и трагања за социјалном подршком, што је негде и очекивано, с обзиром на то да су индивидуе са повишеним неуротицизмом склоније избегавању као стратегији превладавања генерално (чему говори у прилог и добијена позитивна веза неуротицизма и избегавања бављења проблемом), те су тако вероватно склоније и избегавању других људи како би на неки начин избегле бављење самим проблемом те на тај начин можда покушале да ублаже ескалацију негативног афекта. Интересантно је да је од димензија личности само позитивна валенца показала позитивну везу са превладавањем усмереним на проблем, што индикује да особе које се позитивно савомреднују и сматрају себе важнима, дакле имају више самопоуздања, имају можда и јачи мотив за оздрављење и веру у своје личне ресурсе у могућности превазилажења актуелне стресне ситуације, те зато активно трагају за решењем проблема и борбенији су.

Налази могу да нас наведу на претпоставку да можда ипак доминантну улогу у одабиру одређених стратегија имају димензије личности, односно, да је особа на неки начин предиспонирана да у стресној ситуацији реагује на одређени начин, без обзира на врсту стресора.

Наравно, овакав закључак могао би да нас одведе у потпуно погрешном смеру, посебно уколико пажњу усмеримо на методолошка ограничења саме студије.

Прво, уколико кренемо од нашег не тако великог узорка, видећемо да су поређене групе, без обзира на године живота, неуједначене у параметрима попут степена прогресије болести, социјалне подршке, образовања, брачног (емотивног) статуса. Такође, узорак није биран пробабилистички, него је онај који је у моменту спровођења истраживања био доступан.

Друго, сама фаза лечења, операција и хемиотерапија, не гарантује да су испитанице биле суочене са истом врстом стресора. Неке су имале поштедне операције дојке, неке су радиле мастектомију, док су оне испитанице на хемиотерапији примале различите врсте терапија, што треба имати у виду приликом следећег истраживања.

Исто тако, да бисмо утврдили допринос димензија и допринос актуелне ситуације стратегијама превладавања, требало би применити мултиваријатне статистичке технике које би вероватно омогућиле једну нову перспективу на податке којима располажемо, за чега би нам свакако требао и већи узорак. Осврт на дескриптивне показатеље сугерише нам већу учесталост коришћења избегавања код оних пацијенткиња са прогресијом болести, док је већа учесталост коришћења активних стратегија- решавања проблема и подршке на почетку лечења.

Препорука за будућа истраживања могло би бити испитивање улоге емоционалне регулације у релацији димензије личности – копинг стратегије, с обзиром на то да се деценијама указује на значај емоционалне супресије у каснијем дистресу и на њену везу са неуротицизмом.

И на крају, треба ипак нагласити да је превладавање стреса сложен феномен, који зависи како од фактора личности, социјалне подршке, тако и од карактеристика самог стресора и његове процене, те других варијабли које могу имати улоге модератора и медијатора, што може да буде подстрек за будућа комплекснија истраживања, те организовање програма који ће бити усмерени на превенцију и мењање маладаптивних копинг стратегија у борби са малигним болестима и стресним животним догађајима генерално.

Литература

- Амиркан 1990: J. H. Amirkhan. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1075.
- Батлер и др. 2003: L. D. Butler, C. Koopman, M. J. Cordova, R. W. Garlan, S. DiMicelli, and D. Spiegel. Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients, *Psychosomatic Medicine*, 3, 416–426.
- Бренан 2001: J. Brennan. Adjustment to cancer—coping or personal transition?, *Psychooncology*, 10, 1–18.
- Карвер и др. 1993: C.S. Carver, C. Pozo, S.D. Harris, V. Noriega, M.F. Scheier, D.S. Robinson, A.S. Ketcham, F.L. Moffat, K.C. Clark. How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375–390.
- Дајмлиг и др. 2006: G. Deimling, L. Wagner, K. Bowman, S. Sterns, K. Kercher, B. Kahana. Coping among older adult long- term cancer survivors, *Psychooncology*, 15, 143-159.
- Данкел-Шетер и др. 1992: C. Dunkel-Schetter, L. Feinstein, S. Taylor, R. Falke. Patterns of coping with cancer, *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Ковач и др. 2014: Kovač, S. Popović-Petrović, M. Nedeljković, M. Kojić, and S. Tomić. Post operative condition of breast cancer patients after surgery from standpoint of psychooncology- preliminary results. *Medicinski pregled*, 1-2, 43-48.
- Лазарус, Фолкман 1984: R. S Lazarus, S. Folkman. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer

- МекКол и др.1999: S.D. McCaul, A.K. Sandgren, B. King, S. O Donnel, A. Branstetter, G. Foreman. Coping and adjustment to breast cancer, *Psychooncology*, 8, 230-236.
- Мејерович 1983: B. Meyerowitz. Postmastectomy coping strategies and quality of life, *Health Psychology*, 2, 117-132.
- Мор и др. 1994: V. Mor, M. Malin, S. Alien. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients, *Journal of the National Cancer Institute*, 16, 191-197.
- Свеобухватна национална мрежа за рак 2003: National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer*, 1, 344–374.
- Нордин, Глимелиус 1998: K. Nordin, B. Glimelius (1998). Reactions to gastrointestinal cancers- variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognosis, *Psychooncology*, 7, 413- 423.
- Пејн и др. 1996: D.K. Payne, M.D. Sullivan, M.J. Massie. Women’s psychological reactions to breast cancer, *Seminars in Oncology*, 23, 2, 89-97.
- Смедеревац и др. 2010: С. Смедеревац, Д. Митровић, и П. Чоловић. Великих пет плус два: примена и интерпретација, Београд: Центар за примењену психологију
- Стентон и др. 2002: A.L. Stanton, S. Danoff-Burg, M.E. Huggins. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment, *Psychooncology*, 11, 93–102.
- Тјемсланд и др. 1996: L. Тјемсланд, J. A. Soreide, and U. F. Malt. Traumatic distress symptoms in early breast cancer I: Acute response to distress, *Psychooncology*, 5, 1, 1–8.
- Вензел и др. 1999: L.B. Wenzel, D.L. Fairclough, M.J. Brady, D. Cella, K.M. Garrett, B.C. Kluhsman, L.A. Crane, A.C. Marcus. Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment, *Cancer*, 86, 1768–1774.
- Забора и др. 2001: J. Zabora, K. Brintzenhofeszos , B. Curbow , C. Hooker, and S. Piantadosi. The prevalence of psychological distress by cancer site, *Psychooncology* 10, 1, 19-28
- Зотовић 2004: М. Зотовић. Превладавање стреса: концептуална и теоријска питања са становишта трансакционистичке теорије, *Психологија*, 37, 5-32.
- Жуљевић, Гаврилов-Јерковић 2011: D. Жуљевић, В. Гаврилов-Јерковић. Стратегије превладавања стреса у контексту теорије осетљивости на поткрепљење, *Примењена психологија*, 1, 35-52.

Aleksandra B. Kovač
Snežana S. Tovilović

COPING STRATEGIES OF WOMEN SUFFERING FROM BREAST CANCER

Summary

The aim of the research was to investigate the dominant coping strategies used among women suffering from breast cancer, and the possible connection with basic dimensions of personality. The research has been conducted with a sample of 53 women diagnosed with cancer in the period between December 2013 and February 2014, the questionnaires used in the research being Big Five Personality Test, Amirkhan's Coping Strategies Indicator, and the questionnaire on socio-demographic characteristics. The results indicate that the coping is directed to the dominant coping strategy applied among the patients, while no indications suggest using different strategies in either different periods of disease or its progress. The strategy focused on seeking social support has shown a positive connection with the variable *Extraversion* ($\rho_s = .406$, $p < 0.01$), *Positive valence* ($\rho_s = .372$, $p < 0.01$) and *Conscience* ($\rho_s = .295$, $p < 0.01$), while a negative connection can be found with *Neuroticism* ($\rho_s = -.280$, $p < 0.01$). The strategy focused on the problem has shown a positive connection with *Positive valence* ($\rho_s = .303$, $p < 0.05$), the strategy of avoiding the problem a positive connection to *Neuroticism* ($\rho_s = .538$, $p < 0.05$).