https://doi.org/10.63356/stes.hum.2026.008 УДК 618.19-006.6:616.24-006.6

KADA BOLEST POSTAJE ODGOVORNOST? ULOGA PERCIPIRANE ODGOVORNOSTI U EMPATIJI PREMA OBOLJELIMA OD KARCINOMA DOJKE I PLUĆA

Autor: ZORANA PRNJIĆ, Dragiša Milovanović
e-mail: zorana.prnjic@student.ff.unibl.org, dragisamilovanovic04@gmail.com
Mentor: doc. dr Dijana Đurić
Filozofski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci

Uvod: Percepcija bolesti i odnos prema pacijentu nisu određeni isključivo medicinskim osobinama bolesti. Značajno su oblikovane atribucijama koje posmatrač pripisuje oboljelom što dalje utiče na ophođenje prema njemu.

Cilj: Cilj istraživanja bio je ispitati razlike u percipiranoj odgovornosti i afektivnoj empatiji prema osobama oboljelim od karcinoma pluća i karcinoma dojke, kao i ispitati medijacijsku ulogu percipirane odgovornosti u odnosu između vrste karcinoma i afektivne empatije.

Materijal i metode: U istraživanju su učestvovala 144 punoljetna ispitanika sa teritorije Bosne i Hercegovine i Srbije. Ispitanici su putem online forme popunjavali upitnik koji je sadržavao opšte demografske podatke, individualne karakteristike ispitanika, vinjete o osobama oboljelim od karcinoma pluća i karcinoma dojke, procjenu percipirane odgovornosti i afektivne empatije prema oboljelim osobama.

Rezultati: Osobe oboljele od karcinoma pluća procijenjene su kao odgovornije za svoju bolest u odnosu na osobe oboljele od karcinoma dojke. Veća percipirana odgovornost bila je povezana sa nižim nivoom afektivne empatije, a medijacijska analiza dodatno je ukazala na značajnu posredničku ulogu percipirane odgovornosti u odnosu između vrste karcinoma i afektivne empatije.

Zaključak: Percipirana odgovornost pokazala se kao jedan od faktora koji može biti relevantan za razumijevanje odnosa između vrste karcinoma i afektivne empatije prema oboljeloj osobi. Ovi nalazi ukazuju na moguću ulogu atribucijskih procesa u oblikovanju reakcija prema oboljelima, ali ovu povezanost treba dodatno ispitati u budućim istraživanjima.

Ključne riječi: odgovornost; empatija; karcinom pluća; karcinom dojke; teorija atribucija

UVOD

Susan Sontag u svom djelu „*Bolest kao metafora*" opisuje sve ljude kao nosioce dvojnog državljanstva, državljanstva kraljevstva zdravih i državljanstva kraljevstva bolesnih. Premda većina nas preferira koristiti pasoš kraljevstva zdravih, neminovno je da ćemo u jednom trenutku života biti u kraljevstvu bolesnih (Sontag, 2012). Iako je razvoj savremene medicine doveo do značajnog napretka u razumijevanju uzroka i mehanizama nastanka bolesti, određeni obrasci atribuiranja odgovornosti oboljelima i dalje su prisutni. Način na koji se bolest razumije i tumači nije određen isključivo njenim medicinskim karakteristikama, već je oblikovan i širim društvenim i psihološkim značenjima koja joj se pripisuju. Kroz istoriju, bolest je nerijetko posmatrana kao posljedica moralnog prestupa, ličnog neuspjeha ili kazna više sile za grijehe pojedinca ili zajednice. Takva shvatanja bila su naročito izražena u odnosu prema oboljelima od lepre i kuge tokom srednjeg vijeka,

sifilisa u 19. vijeku, kao i HIV/AIDS-a tokom 1980-ih godina (Herek, 1999; Sermrittirong & Van Brakel, 2014). Savremena istraživanja pokazuju da ljudi oboljelim osobama pripisuju različit stepen odgovornosti za nastanak bolesti, u zavisnosti od toga u kojoj mjeri uzrok bolesti smatraju kontrolabilnim. Kada se bolest povezuje sa faktorima koji su percipirani kao podložni ličnoj kontroli, veća je vjerovatnoća pripisivanja odgovornosti samoj oboljeloj osobi. Takve atribucije mogu dalje oblikovati emocionalne reakcije, stavove i način na koji se oboljeli tretiraju u društvenom okruženju (Weiner et al., 1988; Weiner, 1995). U savremenom kontekstu, važno je razlikovati istorijska shvatanja bolesti kao posljedice moralno neprihvatljivih postupaka od koncepta zdravstvenih rizičnih ponašanja. Zdravstvena rizična ponašanja odnose se na postupke i životne navike koje su povezane sa povećanom vjerovatnoćom nastanka određenih zdravstvenih problema, poput pušenja, konzumiranja alkohola i nedovoljne fizičke aktivnosti. Iako njihovo povezivanje sa određenim bolestima može imati empirijsko utemeljenje, sama činjenica da je neko bio izložen određenom zdravstvenom riziku ne podrazumijeva nužno da snosi odgovornost za nastanak bolesti. Međutim, kada se takva ponašanja percipiraju kao dobrovoljna i podložna ličnoj kontroli, ona mogu postati osnova za pripisivanje odgovornosti oboljeloj osobi i negativnije reakcije prema njoj. Ovakav način procjenjivanja zdravstvenih stanja posebno je značajan kada je riječ o malignim oboljenjima, jer se različite vrste karcinoma ne povezuju u jednakoj mjeri sa faktorima koje pojedinci mogu percipirati kao podložne ličnoj kontroli (Marlow et al., 2010). U skladu s tim, kada se bolest doživljava kao posljedica ponašanja koje je osoba mogla kontrolisati, može doći do izraženijeg pripisivanja odgovornosti i negativnijih reakcija prema oboljeloj osobi. Stoga, ispitivanje percipirane odgovornosti može doprinijeti boljem razumijevanju načina na koji nastaju razlike u reakcijama prema osobama oboljelim od različitih vrsta karcinoma.

Weinerova teorija atribucije bolesti

Teorija atribucije bolesti predstavlja primjenu i proširenje klasične Weinerove teorije atribucije na domen zdravlja i bolesti. Polazište ovog pristupa jeste pretpostavka da ljudi nastoje razumjeti uzroke različitih životnih događaja i stanja, uključujući i pojavu bolesti, pri čemu formiraju određena objašnjenja o tome zbog čega je do nekog ishoda došlo. Takva objašnjenja ne moraju nužno odgovarati stvarnim uzrocima događaja, već predstavljaju subjektivne procjene pojedinaca koje mogu oblikovati njihove stavove, emocionalne reakcije i ponašanje prema osobama koje se nalaze u određenim životnim okolnostima. Weiner (1985) razlikuje tri dimenzije atribucije uzroka: lokus, stabilnost i kontrolabilnost. Dimenzija lokusa odnosi se na porijeklo uzroka, odnosno na to da li se uzrok određenog ishoda nalazi unutar same osobe ili izvan nje. Stabilnost označava vremensku postojanost uzroka, odnosno procjenjuje da li se on može mijenjati ili ostaje relativno nepromijenjen. Kontrolabilnost se odnosi na procjenu stepena u kojem pojedinac može uticati na određeni uzrok, odnosno na mogućnost da ga kontroliše ili spriječi. U kontekstu bolesti, ove dimenzije omogućavaju razumijevanje načina na koji pojedinci tumače okolnosti nastanka zdravstvenih problema. Na primjer, ukoliko se bolest povezuje sa ponašanjima poput pušenja, nezdrave ishrane ili nedovoljne fizičke aktivnosti, posmatrači mogu takve uzroke procjenjivati kao unutrašnje i potencijalno kontrolabilne. Nasuprot tome, kada se bolest povezuje sa genetskim predispozicijama ili drugim faktorima na koje pojedinac nema neposredan uticaj, uzroci se mogu doživljavati kao manje kontrolabilni. Značaj ovakvih atribucija ne ogleda se samo u načinu na koji pojedinci objašnjavaju nastanak bolesti već i u emocionalnim reakcijama koje takva objašnjenja mogu izazvati. Prema Weinerovom modelu, procjena uzroka i stepena njegove kontrolabilnosti povezana je sa emocionalnim reakcijama i načinom na koji ljudi reaguju na osobe koje se suočavaju sa određenim negativnim ishodima. Kada se smatra da je pojedinac mogao kontrolisati

ponašanje koje je doprinijelo nastanku nepovoljnog ishoda, mogu se javiti emocije poput ljutnje i zamjeranja, dok se u slučajevima kada se uzrok procjenjuje kao nekontrolabilan češće javljaju saosjećanje i spremnost na pružanje pomoći. Na taj način, procjena odgovornosti za nastanak bolesti može predstavljati važan činilac u oblikovanju emocionalnog odnosa prema oboljeloj osobi.

Percipirana odgovornost

Percipirana odgovornost za nastanak bolesti odnosi se na stepen u kojem ispitanici procjenjuju da je zdravstveno stanje oboljele osobe posljedica njenih vlastitih ponašanja, životnih navika ili drugih faktora koji su bili pod njenom kontrolom i kojima se potencijalno moglo upravljati. Takve procjene predstavljaju važan aspekt atribucionih procesa, budući da ljudi nastoje objasniti uzroke zdravstvenih stanja i procijeniti da li su ona bila pod kontrolom oboljele osobe. Istraživanja pokazuju da se osobe čije se bolesti pripisuju ponašanjima koja su bila pod njihovom kontrolom češće smatraju odgovornim za svoje zdravstveno stanje nego osobe čije se bolesti objašnjavaju genetskim, biološkim ili drugim nekontrolabilnim faktorima (Gulyn & Youssef, 2010). Ovakve atribucije odgovornosti imaju značajne posljedice na način na koji se oboljele osobe percipiraju i tretiraju, budući da mogu dovesti do izraženije moralne osude, nižeg nivoa empatije i manje spremnosti na pružanje pomoći (Decety & Li, 2025). Iako se pojmovi kontrolabilnosti i percipirane odgovornosti mogu činiti sličnim, potrebno ih je konceptualno razgraničiti. Prema Weineru (1985), kontrolabilnost predstavlja jednu od dimenzija uzročnih atribucija i odnosi se na procjenu mogućnosti osobe da utiče na uzrok određenog ishoda. Percipirana odgovornost, s druge strane, odnosi se na pripisivanje odgovornosti konkretnoj osobi za određeni ishod, pri čemu se njeno ponašanje ili postupci procjenjuju kao relevantni za njegovo nastajanje. Prema tome, procjena da je određeni uzrok bio pod kontrolom osobe može predstavljati osnovu za pripisivanje odgovornosti, ali ne podrazumijeva nužno da će joj odgovornost biti pripisana.

Afektivna empatija

Empatija predstavlja sposobnost razumijevanja i dijeljenja emocionalnog iskustva druge osobe, pri čemu obuhvata kognitivnu komponentu, koja se odnosi na razumijevanje perspektive druge osobe, i afektivnu komponentu, koja podrazumijeva emocionalno saosjećanje i brigu za njenu dobrobit (Halpern, 2003; Hojat, 2016). U ovom istraživanju fokus je na značaju afektivne komponente empatije za razumijevanje osoba oboljelih od raka.

Pregled dosadašnjih istraživanja

Istraživanja ukazuju na različite percepcije odgovornosti i društvene stavove prema oboljelima od karcinoma pluća u odnosu na oboljele od karcinoma dojke. Nalazi pokazuju da se karcinom pluća češće povezuje s ličnim ponašanjem, posebno pušenjem, te se oboljelima u većoj mjeri pripisuje odgovornost nego u slučaju karcinoma dojke (Marlow et al., 2010; Gulyn & Youssef, 2010). Ove razlike prate i izraženiji negativni stavovi, veća socijalna distanca i veća stigmatizacija oboljelih od karcinoma pluća u poređenju sa karcinomom dojke (Sriram et al., 2015). Takođe, kvalitativna istraživanja ukazuju na to da pacijenti sa karcinomom pluća često doživljavaju osjećaj okrivljavanja i stigme u društvu (Chapple et al., 2004). U zdravstvenoj psihologiji empatija se smatra jednim od ključnih faktora kvalitetnog odnosa prema oboljelim osobama, budući da doprinosi boljoj komunikaciji, većem povjerenju pacijenata i povoljnijim ishodima liječenja (Derksen et al., 2013; Hojat, 2016). Nadalje, Marlow i saradnici (2010) pronašli su razlike u pripisivanju krivnje pacijentima, ovisno o vrsti karcinoma od koje su bolovali, gdje je najmanje okrivljavanja

pronađeno prema oboljelima od leukemije i karcinoma dojke (oko 9% i 15%), nešto više krivnje pronađeno je kod karcinoma grlića materice (37%), dok je kod karcinoma pluća okrivljavanje išlo i do 70%. Takođe, pronađene su razlike u procjenama u zavisnosti od nivoa obrazovanja, pri čemu su obrazovanije žene iskazivale veći stepen okrivljavanja oboljelih od karcinoma grlića materice i karcinoma pluća. Sličan obrazac pronašli su istraživači na novozelandskom uzorku gdje su ispitanici bili skloniji da osobu oboljelu od karcinoma pluća smatraju odgovornijom za svoje stanje u odnosu na osobe oboljele od drugih vrsta karcinoma (Godward et al., 2022). Iako prethodna istraživanja pokazuju da se oboljelima od karcinoma pluća pripisuje veća odgovornost za nastanak bolesti nego oboljelima od karcinoma dojke (Marlow et al., 2010; Godward et al., 2022), manje je istraženo da li su ove razlike praćene razlikama u afektivnoj empatiji prema oboljelima, kao i da li percipirana odgovornost može objasniti dio povezanosti između vrste karcinoma i empatijskih reakcija.

Hipoteze istraživanja

Cilj ovog istraživanja jeste ispitati odnos između vrste karcinoma, percipirane odgovornosti za nastanak bolesti i afektivne empatije prema oboljelim osobama. Preciznije, cilj je utvrditi da li se osobe oboljele od karcinoma pluća i karcinoma dojke razlikuju u stepenu percipirane odgovornosti koja im se pripisuje, kao i ispitati da li percipirana odgovornost predstavlja medijatorski mehanizam u odnosu između vrste karcinoma i afektivne empatije koju posmatrači iskazuju prema oboljelima. Prva hipoteza ovog istraživanja polazi od pretpostavke da će vrsta karcinoma (karcinom pluća ili karcinom dojke) biti povezana sa stepenom percipirane odgovornosti za nastanak bolesti. Očekuje se da će oboljelima od karcinoma dojke biti pripisan niži stepen odgovornosti u odnosu na oboljele od karcinoma pluća. Ovakva pretpostavka zasniva se na nalazima prethodnih istraživanja koja dosljedno pokazuju da se karcinom pluća procjenjuje kao bolest za koju oboljeli, percipirano od strane drugih, snose veću odgovornost nego osobe oboljele od karcinoma dojke (Marlow et al., 2010; Gulyn & Youssef, 2010; Chapple et al., 2004). Druga hipoteza pretpostavlja postojanje negativne povezanosti između percipirane odgovornosti za nastanak bolesti i stepena afektivne empatije prema oboljeloj osobi, gdje se očekuje da će viši stepen percipirane odgovornosti biti povezan sa nižim nivoom empatije, dok će niža percipirana odgovornost biti povezana sa višim stepenom empatije. Ova pretpostavka proizlazi iz istraživanja koja ukazuju da procjena bolesti ili stanja kao kontrolabilnog dovodi do izraženijih negativnih emocionalnih reakcija i manje saosjećanja prema oboljelima (Crandall & Moriarty, 1995; Herek, 1999; Sermrittirong & Van Brakel, 2014, Hamann et al., 2018). Treća hipoteza pretpostavlja da će percipirana odgovornost predstavljati medijatorski mehanizam u odnosu između vrste karcinoma i afektivne empatije prema oboljeloj osobi. Drugim riječima, očekuje se da će vrsta karcinoma biti povezana sa nivoom empatije posredno, putem razlika u percipiranoj odgovornosti za nastanak bolesti (Weiner, 1995; Alicke, 2000).

MATERIJAL I METODE

Uzorak

Uzorak istraživanja po svojim karakteristikama bio je prigodan i činile su ga punoljetne osobe sa teritorije Bosne i Hercegovine i Srbije. U istraživanju su učestvovala ukupno 144 ispitanika (*n = 144*). U odnosu na pol, većinu ispitanika činile su osobe ženskog pola (77,78%), dok je 22,22% ispitanika bilo muškog pola. Prema starosnoj strukturi, najveći broj ispitanika pripadao je kategoriji od 18 do 24 godine (75,69%). Kategoriji od 25 do 34 godine pripadalo je 15,97% ispitanika, dok je 5,56% ispitanika bilo u dobi od 35 do 45

godina. Najmanji udio činili su ispitanici stariji od 45 godina (2,78%). S obzirom na kategoričku prirodu mjerenja demografskim podataka, mjere prosječnosti poput aritmetičke sredine i standardne devijacije nije moguće prikazati (Tabela br. 4, Tabela br. 5).

Mjerni instrumenti

Demografski podaci

U prvom dijelu upitnika prikupljeni su osnovni podaci o ispitanicima, koji su obuhvatali pol, starost, zemlju porijekla i stepen obrazovanja, kao i individualne karakteristike ispitanika, uključujući status pušača, nivo religioznosti, lično iskustvo sa dijagnozom karcinoma i iskustvo bliske osobe sa dijagnozom karcinoma.

Scenariji bolesti

Za potrebe istraživanja konstruisana su dva kratka scenarija (vinjete) kojima se opisuju osobe oboljele od karcinoma dojke i karcinoma pluća (Prilog br. 1). Scenariji su bili identični po sadržaju, dužini i karakteristikama opisane osobe, a razlikuju se isključivo u vrsti karcinoma. Na taj način nastojalo se kontrolisati uticaj drugih karakteristika scenarija, kako bi se razlike u procjenama prvenstveno mogle povezati sa razlikom u vrsti karcinoma.

Skala percipirane odgovornosti

Skala percipirane odgovornosti za nastanak bolesti je autorski konstruisana za potrebe ovog istraživanja na osnovu teorijskog određenja percipirane odgovornosti (Prilog br. 2). Na tvrdnje je odgovarano petostepenom Likertovom skalom (1 = uopšte se ne slažem, 5 = u potpunosti se slažem). Viša prosječna vrijednost stavki ukazuje na viši nivo percipirane odgovornosti za nastanak bolesti. Koeficijent Cronbachove alfe iznosio je $\alpha = 0,818$, što ukazuje na dobru internu konzistentnost instrumenta. Jedna stavka bila je reverzna (Stavka br. 4) te je prije računanja skora ona adekvatno rekodirana.

Afektivna empatija

Afektivna empatija prema oboljeloj osobi mjerena je adaptiranom podskalom *Empathic Concern* iz *Interpersonal Reactivity Index-a (IRI)* autora Mark H. Davisa (Davis, 1980). Budući da je cilj istraživanja procjena emocionalne reakcije prema konkretnoj osobi prikazanoj u scenariju, originalne stavke prilagođene su tako da se odnose na opisanu osobu (Prilog br. 3). Skala sadrži sedam tvrdnji kojima se procjenjuju osjećaji saosjećanja, zabrinutosti i emocionalne uključenosti prema oboljeloj osobi. Odgovarano je petostepenom Likertovom skalom (1 = Uopšte me ne opisuje dobro, 5 = Potpuno me opisuje), pri čemu viša prosječna vrijednost stavki ukazuje na viši nivo empatije prema oboljeloj osobi. Od sedam stavki, tri su bile reverzno kodirane (stavke 2, 4 i 5). Koeficijent Cronbachove alfe iznosio je $\alpha = 0,807$, što ukazuje na dobru internu konzistentnost instrumenta. S obzirom na to da je za potrebe ovog istraživanja korištena prilagođena verzija podskale, rezultati se interpretiraju u okviru konkretne istraživačke primjene, a ne kao rezultati zasebno validiranog instrumenta za populaciju Bosne i Hercegovine i Srbije.

Procedura

Ispitanici su regrutovani putem društvenih mreža gdje su istraživanju pristupali online putem platforme Google Forms. Po pristupanju upitniku, ispitanicima je prikazano uputstvo koje je sadržavalo osnovne informacije o istraživanju, načinu popunjavanja upitnika, kao i objašnjenju istraživačkog zadatka. Nakon upoznavanja sa uputstvom, ispitanici su

dali osnovne demografske podatke relevantne za istraživanje. U nastavku istraživanja, svaki ispitanik pročitao je prvi scenario koji je opisivao osobu oboljelu od karcinoma pluća, nakon čega je ispunio upitnike kojima su procjenjivane percipirana odgovornost za nastanak bolesti i afektivna empatija prema oboljeloj osobi. Potom je svim ispitanicima prikazan drugi scenario koji je opisivao osobu oboljelu od karcinoma dojke, nakon čega su ponovo ispunili iste upitnike. Svi učesnici su scenarije dobijali istim redoslijedom.

Statistička analiza

Statistička obrada podataka sprovedena je u statističkom softveru JASP, pri čemu je nivo statističke značajnosti postavljen na $p < ,05$. Prije testiranja istraživačkih hipoteza prikazana je deskriptivna statistika za ispitivane varijable, a interna konzistentnost mjernih instrumenata procijenjena je pomoću Cronbachovog alfa koeficijenta (α). Normalnost distribucije ispitana je Shapiro-Wilkovim testom, na osnovu čijih rezultata razmotren je izbor odgovarajućih statističkih postupaka. Prva hipoteza testirana je primjenom t-testa za zavisne uzorke, s obzirom na to da su isti ispitanici procjenjivali obje opisane osobe, odnosno oba scenarija bolesti. Veličina efekta izražena je Cohenovim *d* koeficijentom. Druga hipoteza testirana je ispitivanjem povezanosti između percipirane odgovornosti i afektivne empatije primjenom Pearsonovog i Spearmanovog koeficijenta korelacije. Spearmanov koeficijent uključen je kao neparametrijska mjera povezanosti, imajući u vidu odstupanja distribucija od normalne raspodjele. Treća hipoteza testirana je primjenom analize medijacije u programu JASP. U postavljenom modelu vrsta karcinoma predstavljala je prediktorsku varijablu (0 = karcinom dojke, 1 = karcinom pluća), percipirana odgovornost medijatorsku varijablu, dok je afektivna empatija predstavljala kriterijumsku varijablu. Procijenjeni su direktni, indirektni i ukupni efekat, a značajnost indirektnog efekta ispitana je primjenom *bootstrap* postupka sa 1000 ponavljanja i 95% intervalom pouzdanosti.

Etika

Istraživanje je provedeno u skladu sa etičkim načelima psiholoških istraživanja. Učešće ispitanika bilo je dobrovoljno i anonimno uz prethodno informisanje o svrsi istraživanja, načinu učešća i pravu na odustajanje u bilo kojem trenutku bez posljedica. Prikupljeni podaci korišteni su isključivo u naučnoistraživačke svrhe i obrađivani su na grupnom nivou, čime je osigurana povjerljivost podataka.

REZULTATI

Rezultati korelacione analize između percipirane odgovornosti i afektivne empatije prema osobama oboljelim od karcinoma pluća i karcinoma dojke pokazali su statistički značajne negativne korelacije između navedenih varijabli. Kada je riječ o karcinomu pluća, percipirana odgovornost značajno je negativno korelirala sa afektivnom empatijom *($r = -0,251$, $p = 0,002$)*. Radi provjere robusnosti nalaza, pored Pearsonovog koeficijenta izračunat je i Spearmanov koeficijent korelacije koji je takođe pokazao statistički značajnu negativnu povezanost *($\rho = -0,284$, $p < ,001$)*, što znači da su ispitanici koji su osobama oboljelim od karcinoma pluća pripisivali veću odgovornost istovremeno pokazivali niži nivo afektivne empatije prema njima. Sličan obrazac dobijen je i kod karcinoma dojke, gdje je utvrđena statistički značajna negativna korelacija između percipirane odgovornosti i afektivne empatije *($r = -0,285$, $p < ,001$)*, dok je Spearmanov koeficijent takođe pokazao značajnu negativnu povezanost *($\rho = -0,307$, $p < ,001$)*, što pokazuje da je i u slučaju karcinoma dojke, veće pripisivanje odgovornosti bilo povezano sa nižim nivoom afektivne empatije prema oboljeloj osobi (Tabela br. 1). U poređenju nivoa percipirane odgovornosti

između karcinoma pluća i karcinoma dojke, rezultati t-testa za zavisne uzorke pokazali su statistički značajnu razliku *(t = 5,843, p < ,001)*, pri čemu je veličina efekta bila umjerena *(d = 0,487)* (Tabela br. 2). Ispitanici su u prosjeku veću odgovornost pripisivali osobama oboljelim od karcinoma pluća *(M = 2,268, SD = 0,862)* u odnosu na osobe oboljele od karcinoma dojke *(M = 1,921, SD = 0,757)*. Kada je riječ o afektivnoj empatiji, rezultati t-testa pokazali su takođe statistički značajnu razliku između procjena afektivne empatije prema osobama oboljelim od karcinoma pluća i karcinoma dojke *(t = -2,439, p = 0,016)*, iako je veličina efekta bila mala *(d = -0,203)* (Tabela br. 2). Ispitanici su pokazali nešto viši nivo afektivne empatije prema osobama oboljelim od karcinoma dojke *(M = 4,238, SD = 0,749)* nego prema osobama oboljelim od karcinoma pluća *(M = 4,145, SD = 0,755)*. Rezultati analize medijacije pokazali su statistički značajan indirektni efekat vrste karcinoma na afektivnu empatiju putem percipirane odgovornosti za nastanak bolesti (*β = −0,09, 95% CI [−0,14, −0,03], p = ,004*), iako je njegova veličina mala. S druge strane, direktni efekat vrste karcinoma na afektivnu empatiju nije bio statistički značajan *(β = −0,01, p = ,94)*, kao ni totalni efekat (*β = −0,09, p = ,29*) (Tabela br. 3). Nadalje, vrsta karcinoma statistički je značajno predviđala percipiranu odgovornost za nastanak bolesti, uz efekat srednje jačine (*β = ,35*), dok je percipirana odgovornost za nastanak bolesti imala negativan efekat na afektivnu empatiju prema pacijentu (*β = −,25*). Efekat vrste karcinoma na afektivnu empatiju bio je zanemarljiv *(β = −,01)* (Grafikon 1). Nijedna od dodatno ispitivanih varijabli nije pokazala statistički značajnu povezanost sa ispitivanim varijablama.

DISKUSIJA

Prva hipoteza pretpostavljala je da će vrsta karcinoma biti povezana sa stepenom percipirane odgovornosti za nastanak bolesti, odnosno da će osobama oboljelim od karcinoma pluća biti pripisana veća odgovornost nego osobama oboljelim od karcinoma dojke. Dobijeni rezultati potvrdili su ovu pretpostavku, gdje su ispitanici značajno veću odgovornost pripisivali osobama oboljelim od karcinoma pluća nego osobama oboljelim od karcinoma dojke, pri čemu je utvrđena umjerena veličina efekta. Ovakav nalaz u skladu je sa prethodnim istraživanjima koja ukazuju na to da se karcinom pluća češće percipira kao bolest koja je povezana sa lično kontrolabilnim ponašanjem zbog čega se oboljelima pripisuje veći stepen odgovornosti za nastanak bolesti (Marlow et al., 2010; Gulyn & Youssef, 2010; Chapple et al., 2004; Sriram et al., 2015). Upravo jedno moguće objašnjenje jeste postojanje prethodno formiranih društvenih asocijacija između karcinoma pluća i pušenja. Kada se bolest povezuje sa ponašanjem koje se smatra dobrovoljnim i podložnim ličnoj kontroli, što je čest slučaj kod karcinoma pluća, posmatrači su skloniji zaključivati da je osoba mogla spriječiti njen nastanak. Nasuprot tome, karcinom dojke se u manjoj mjeri povezuje sa jasno identifikovanim ponašanjem pojedinca, zbog čega se bolest vjerovatnije doživljava kao stanje koje je izvan neposredne kontrole oboljele osobe. Zbog toga, moguće da sama informacija o vrsti bolesti aktivira postojeća uvjerenja o kontrolabilnosti ponašanja povezanih sa njenim nastankom, koja zatim mogu uticati na stepen odgovornosti pripisan oboljeloj osobi. Međutim, dobijena razlika ne mora nužno odražavati isključivo procjenu kontrolabilnosti ponašanja povezanih sa nastankom bolesti. Moguće je da su na procjene ispitanika uticali i društveni stereotipi o osobama oboljelim od različitih vrsta karcinoma, odnosno ranije formirani stavovi o tome kako se bolest razvija i ko je za nju odgovoran. U tom slučaju, ispitanici možda nisu procjenjivali odgovornost konkretne osobe na osnovu informacija o njenim životnim navikama, koje u vinjeti nisu ni bile navedene, već su se oslanjali na opšta uvjerenja povezana sa samom dijagnozom. Prema tome, dobijeni rezultat može odražavati ne samo procjenu lične kontrolabilnosti već i uticaj prethodnih znanja, uvjerenja i društvenih predstava o različitim vrstama karcinoma.

Druga hipoteza odnosila se na očekivanje negativne povezanosti između percipirane odgovornosti za nastanak bolesti i afektivne empatije prema oboljeloj osobi. Rezultati su podržali ovu pretpostavku, gdje su kod obje vrste karcinoma utvrđene statistički značajne negativne korelacije između percipirane odgovornosti i afektivne empatije. Dakle, ispitanici koji su oboljeloj osobi pripisivali veću odgovornost za nastanak bolesti istovremeno su pokazivali niži nivo afektivne empatije prema njoj. Dobijeni rezultati mogu se tumačiti u skladu sa atribucionim pristupom emocionalnim reakcijama prema osobama koje se suočavaju sa negativnim životnim ishodima. Kada se negativan ishod pripisuje uzrocima koji su pod kontrolom same osobe, posmatrač može imati manje potrebe da reaguje sa saosjećanjem jer se osoba doživljava kao odgovornija za vlastitu situaciju (Decety & Li, 2025). Nasuprot tome, kada se bolest procjenjuje kao manje kontrolabilna, veća je vjerovatnoća da će oboljela osoba biti percipirana kao neko ko je suočen sa okolnostima koje nije mogao u potpunosti kontrolisati, što može podstaći empatiju i prosocijalno ponašanje (Derksen et al., 2013; Hojat, 2016; Halpern, 2003). Navedeni nalazi podržavaju ranija istraživanja koja pokazuju da procjena kontrolabilnosti stanja može biti povezana sa različitim emocionalnim reakcijama prema osobama koje se suočavaju sa tim stanjem (Crandall & Moriarty, 1995; Herek, 1999; Sermrittirong & Van Brakel, 2014). Nadalje, jedno od alternativnih objašnjenja jeste da obje procjene mogu biti povezane sa opštim stavom koji ispitanik formira prema oboljeloj osobi. Na primjer, ukoliko ispitanik osobu doživljava negativnije zbog pretpostavke da je svojim ponašanjem doprinijela nastanku bolesti, takav utisak može istovremeno biti praćen većim pripisivanjem odgovornosti i manjom spremnošću da se prema njoj ispolji empatija. Takođe, moguće je da na obje procjene utiču prethodni stavovi ispitanika prema određenim zdravstvenim ponašanjima, posebno pušenju, kao i njihova uvjerenja o ličnoj odgovornosti za očuvanje zdravlja. Budući da ovi faktori nisu neposredno ispitivani, ne može se utvrditi u kojoj mjeri su doprinijeli dobijenim povezanostima.

Treća hipoteza, kojom je pretpostavljeno da percipirana odgovornost ima medijatorsku ulogu u odnosu između vrste karcinoma i stepena afektivne empatije prema oboljeloj osobi, takođe je podržana. Rezultati medijacijske analize ukazuju na statistički značajan indirektni odnos između vrste karcinoma i afektivne empatije putem percipirane odgovornosti. Istovremeno, direktni efekat vrste karcinoma na afektivnu empatiju, nakon uključivanja percipirane odgovornosti u model, nije bio statistički značajan. Potrebno je, međutim, osvrnuti se na činjenicu da totalni efekat vrste karcinoma nije dostigao statističku značajnost u medijacijskom modelu, iako su u t-testu utvrđene statistički značajne razlike u afektivnoj empatiji između dva scenarija. Ova razlika može se djelimično objasniti metodološkim karakteristikama primijenjene analize, gdje medijacijski model nije uzimao u obzir zavisnost ponovljenih mjerenja, zbog čega je mali efekat ostao neotkriven. Pored toga, moguće je da razlike u afektivnoj empatiji između scenarija sa različitim vrstama karcinoma nisu neposredno povezane samo sa vrstom bolesti, već i sa načinom na koji ispitanici interpretiraju okolnosti njenog nastanka. Ipak, na afektivnu empatiju mogu uticati i drugi faktori koji nisu obuhvaćeni postavljenim modelom. Stoga, moguće je da odnos između vrste karcinoma i afektivne empatije zavisi od kombinacije atribucijskih i drugih psiholoških procesa.

Dobijeni obrazac rezultata ukazuje na postojanje indirektnog odnosa između vrste karcinoma i afektivne empatije putem percipirane odgovornosti, ali ne omogućava zaključivanje da se ovaj odnos u potpunosti ostvaruje isključivo putem ovog mehanizma. Prethodno navedeni rezultati u skladu su sa pretpostavkama atribucijskog pristupa u okviru Weinerove teorije, prema kojoj procjena odgovornosti za nastanak može predstavljati važan mehanizam u formiranju afektivnih reakcija prema osobi koja se nalazi u nepovoljnoj situaciji (Weiner, 1985; Weiner, 1995; Weiner et al., 1988; Alicke, 2000).

ZAKLJUČCI

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u reakcijama prema osobama oboljelim od karcinoma pluća i karcinoma dojke, sa posebnim fokusom na ulogu percipirane odgovornosti u doživljaju afektivne empatije prema oboljelima. Rezultati su pokazali da su osobe oboljele od karcinoma pluća percipirane kao odgovornije za svoju bolest u odnosu na osobe oboljele od karcinoma dojke, dok je veća percipirana odgovornost bila povezana sa nižim nivoom afektivne empatije. Medijacijska analiza dodatno je ukazala na statistički značajan indirektni odnos između vrste karcinoma i afektivne empatije putem percipirane odgovornosti. Ovi nalazi pružaju podršku pretpostavkama Weinerove teorije atribucije, prema kojoj procjena odgovornosti i kontrolabilnosti uzroka nekog stanja može oblikovati emocionalne i socijalne reakcije prema osobi koja se u tom stanju nalazi. Dobijeni rezultati ukazuju da reakcije prema oboljelima nisu određene isključivo vrstom bolesti, već i načinom na koji se njen nastanak pripisuje samoj osobi, čime se ukazuje na značaj atribucijskih procesa u razumijevanju empatije i potencijalno stigmatizirajućih reakcija prema oboljelima. Teorijski značaj ovog istraživanja ogleda se u proširivanju dosadašnjih nalaza zasnovanih na teorijama atribucije, kao i u uvođenju dodatne istraživačke dimenzije kroz ispitivanje medijacijskog odnosa između istraživanih varijabli. U praktičnom smislu, rezultati istraživanja mogu doprinijeti edukaciji zdravstvenih radnika, kao i kreiranju javnozdravstvenih kampanja usmjerenih na smanjenje stigmatizacije osoba oboljelih od malignih bolesti. Nadalje, nalazi mogu pružiti podršku osobama koje se suočavaju sa pripisivanjem odgovornosti i okrivljavanjem od strane šire zajednice. Među glavnim ograničenjima istraživanja izdvajaju se prigodan i polno neuravnotežen uzorak, fiksni redoslijed izlaganja scenarijima bolesti, izostanak manipulacije polom pacijenta, kao i hipotetička priroda scenarija koja predstavlja kompenzaciju za nemogućnost ispitivanja reakcija na stvarne slučajeve oboljenja od karcinoma. Dodatno ograničenje predstavlja činjenica da je skala percipirane odgovornosti konstruisana za potrebe ovog istraživanja. Iako je pokazala zadovoljavajuću internu konzistentnost, njene druge psihometrijske karakteristike nisu sistematski provjeravane. Pored navedenog, potrebno je ukazati na metodološko ograničenje primijenjene medijacijske analize. Budući da su iste osobe procjenjivale obje vrste karcinoma, njihovi odgovori predstavljali su zavisna, a ne nezavisna opažanja. Međutim, primijenjeni medijacijski model nije uzeo u obzir ovu zavisnost ponovljenih mjerenja, što je moglo uticati na dobijene procjene. Buduća istraživanja trebala bi nastojati uključiti polno uravnoteženije uzorke, inkorporirati manipulaciju polom pacijenta i randomizovati redoslijed izlaganja scenarijima. Takođe, bilo bi značajno sprovesti kros-kulturalne replikacije istraživanja, kao i detaljnije ispitati različite dimenzije religioznosti i njihov odnos sa empatijom prema oboljelima.

LITERATURA

Alicke, M. D. (2000). Culpable control and the psychology of blame. *Psychological Bulletin, 126*(4), 556–574. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.556

Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *BMJ, 328*, 1470. https://doi.org/10.1136/bmj.38111.639734.7C

Crandall, C. S., & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology, 34*(1), 67–83. https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01049.x

Davis, M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.

Decety, J., & Li, J. (2025). The value of empathy in medical practice: A neurobehavioral perspective. *Social Sciences & Humanities Open, 12*, 101956. https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2025.101956

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *The British Journal of General Practice, 63*(606), e76–e84. https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814

Godward, J., Riordan, B. C., Winter, T., Ashton, J. C., Hunter, J., & Scarf, D. (2022). Lung cancer attracts greater stigma than other cancer types in Aotearoa New Zealand. *Journal of oncology*, *2022*(1), 2183055. https://doi.org/10.1155/2022/2183055

Gulyn, L. M., & Youssef, F. (2010). Attribution of blame for breast and lung cancers in women. *Journal of Psychosocial Oncology, 28*(3), 291–301. https://doi.org/10.1080/07347331003689052

Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine, 18*, 670–674. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x

Hamann, H. A., Ver Hoeve, E. S., Carter-Harris, L., Studts, J. L., & Ostroff, J. S. (2018). Multilevel Opportunities to Address Lung Cancer Stigma across the Cancer Control Continuum. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, *13*(8), 1062–1075. https://doi.org/10.1016/j.jtho.2018.05.014

Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist, 42*(7), 1106–1116. https://doi.org/10.1177/0002764299042007004

Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care* (Vol. 80). Springer.

Marlow, L. A. V., Waller, J., & Wardle, J. (2010). Variation in blame attributions across different cancer types. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 19*(7), 1799–1805. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-1298

Sermrittirong, S., & Van Brakel, W. H. (2014). Stigma in leprosy: Concepts, causes and determinants. *Leprosy Review, 85*(1), 36–47. https://doi.org/10.47276/lr.85.1.36

Sontag, S. (2012). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. Farrar, Straus and Giroux.

Sriram, N., Mills, J., Lang, E., Dickson, H. K., Hamann, H. A., Nosek, B. A., & Schiller, J. H. (2015). Attitudes and stereotypes in lung cancer versus breast cancer. *PLOS ONE, 10*(12), e0145715. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145715

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*(4), 548–573. https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548

Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. Guilford Press.

Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(5), 738–748. https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.738

PRILOZI

Prilog br. 1
Scenariji oboljelih od karcinoma dojke i karcinoma pluća

Marija ima 46 godina i zaposlena je kao administrativna radnica. Prije nekoliko sedmica dijagnostikovan joj je *karcinom dojke.* Tokom ljekarskih pregleda nije bilo moguće sa sigurnošću utvrditi šta je dovelo do razvoja bolesti. Nakon postavljanja dijagnoze započela je liječenje prema preporuci onkološkog tima. Dijagnoza i proces liječenja predstavljaju značajan izazov za Mariju i njenu porodicu te su doveli do brojnih promjena u njenom svakodnevnom životu.

Marija ima 46 godina i zaposlena je kao administrativna radnica. Prije nekoliko sedmica dijagnostikovan joj je *karcinom pluća.* Tokom ljekarskih pregleda nije bilo moguće sa sigurnošću utvrditi šta je dovelo do razvoja bolesti. Nakon postavljanja dijagnoze započela je liječenje prema preporuci onkološkog tima. Dijagnoza i proces liječenja predstavljaju značajan izazov za Mariju i njenu porodicu te su doveli do brojnih promjena u njenom svakodnevnom životu.

Prilog br. 2
Skala percipirane odgovornosti

1. Smatram da je osoba odgovorna za nastanak svoje bolesti.
2. Smatram da je navedena osoba svojim ponašanjem doprinijela nastanku bolesti.
3. Navedena osoba je mogla učiniti više kako bi spriječila nastanak svoje bolesti.
4. Smatram da navedena osoba nije mogla učiniti ništa kako bi spriječila nastanak svoje bolesti. (R)

5. Nastanak bolesti bio je pod kontrolom navedene osobe.

Prilog br. 3
Adaptirana podskala Empathic Concern iz IRI-ja

1. Osjećam potrebu da budem nježan/nježna i da se suosjećam sa osobom u priči.
2. Ne osjećam mnogo sažaljenja prema osobi opisanoj u priči zbog problema kroz koje prolazi. (R)
3. Osjećam potrebu da pomognem osobi opisanoj u priči.
4. Situacija osobe opisane u priči me ne pogađa mnogo. (R)
5. Ne osjećam mnogo sažaljenja prema osobi opisanoj u priči. (R)
6. Emotivno me pogađaju situacije kao što je ova.
7. Opisao/la bih sebe kao prilično nježnu i saosjećajnu osobu prema osobi iz priče.

Tabela br. 1 Korelacione analize između percipirane odgovornosti i afektivne empatije

Varijable		Odgovornost za karcinom pluća	Empatija za karcinom pluća
Odgovornost za karcinom pluća	Pearson's r	—	
	p-value	—	
	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Empatija za karcinom pluća	Pearson's r	-0.251	—
	p-value	0.002	—
	Spearman's rho	-0.284	—
	p-value	< .001	—

Varijable		Odgovornost za karcinom dojke	Empatija za karcinom dojke
Odgovornost za karcinom dojke	Pearson's r	—	
	p-value	—	
	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Empatija za karcinom dojke	Pearson's r	-0.285	—
	p-value	< .001	—
	Spearman's rho	-0.307	—
	p-value	< .001	—

Tabela br. 2 Razlike u percipiranoj odgovornosti i afektivnoj empatiji prema osobama oboljelim od karcinoma pluća i karcinoma dojke

Varijabla 1	Varijabla 2	t	df	p	Cohen's d	SE Cohen's d
Odgovornost za karcinom pluća	**Odgovornost za karcinom dojke**	5.843	143	< .001	0.487	0.077

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
Odgovornost za karcinom pluća	144	2.268	0.862	0.072	0.38
Odgovornost za karcinom dojke	144	1.921	0.757	0.063	0.394

Varijabla 1	Varijabla 2	t	df	p	Cohen's d	SE Cohen's d
Empatija za karcinom pluća	**Empatija za karcinom dojke**	-2.439	143	0.016	-0.203	0.051

	N	Mean	SD	SE	Coefficient of variation
Empatija za karcinom pluća	**144**	**4.145**	**0.755**	**0.063**	**0.182**
Empatija za karcinom dojke	**144**	**4.238**	**0.749**	**0.062**	**0.177**

Tabela br. 3 Rezultati analize medijacije percipirane odgovornosti u odnosu između vrste karcinoma i afektivne empatije

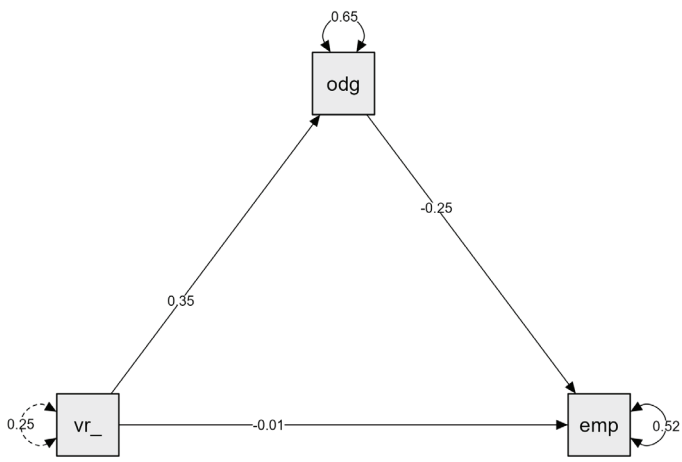
				95% CI			
Efekat		**β**	**SE**	**Gornji**	**Donji**	**z**	**p**
Direktan	Vrsta karcinoma → Empatija	-0.01	0.09	-0.18	0.16	-0.08	0.94
Indirektan	Vrsta karcinoma → Percipirana odgovornost → Empatija	-0.09	0.03	-0.14	-0.03	-2.88	0.004
Totalni	Vrsta karcinoma → Empatija	-0.09	0.09	-0.27	0.08	-1.05	0.29

Tabela br. 4 Deskriptivna statistika za varijable pol, uzrast, stepen obrazovanja i status religioznosti

Varijabla	Kategorije	Frekvencija	%
Pol	Žensko	112	77.78
	Muško	32	22.22
	Ukupno	144	100
Uzrast	18–24 godine	109	75.69
	25–34 godine	23	15.97
	35–44 godine	8	5.56
	45+ godina	4	2.78
	Ukupno	144	100
Najviši završeni stepen obrazovanja	Doktorske studije	1	0.69
	Fakultet (osnovne studije)	43	29.86
	Master studije	7	4.86
	Viša škola	2	1.39
	Završena osnovna škola	5	3.47
	Završena srednja škola	86	59.72
	Ukupno	144	100
Status religioznosti	Nisam religiozan/religiozna	15	10.42
	Niti jesam niti nisam religiozan/religiozna	30	20.83
	Religiozan/religiozna sam	63	43.75
	Uopšte nisam religiozan/religiozna	11	7.64
	Veoma sam religiozan/religiozna	25	17.36
	Ukupno	144	100

Tabela br. 5 Deskriptivna statistika za varijable status konzumiranja cigareta, lično iskustvo sa karcinomom i iskustvo bliske osobe sa karcinomom, zemlja porijekla

Varijabla	Kategorije	Frekvencija	%
Status konzumiranja cigareta	Bivši pušač	12	8.33
	Nikada nisam pušio/la	78	54.17
	Povremeni pušač	28	19.44
	Svakodnevni pušač	26	18.06
	Ukupno	144	100
Lično iskustvo sa karcinomom	Ne	144	100
	Ukupno	144	100
Porodično/prijateljsko iskustvo sa karcinomom	Da	92	63.89
	Ne	52	36.11
	Ukupno	144	100
Zemlja porijekla	Bosna i Hercegovina	135	93.75
	Srbija	9	6.25
	Ukupno	144	100



Grafikon br. 1 Medijacijski model odnosa između vrste karcinoma, percipirane odgovornosti i afektivne empatije

Napomena. *emp* – afektivna empatija prema pacijentima; *odg* – percipirana odgovornost za nastanak bolesti; *vr_* – vrsta karcinoma.

WHEN DOES ILLNESS BECOME A RESPONSIBILITY? THE ROLE OF PERCEIVED RESPONSIBILITY IN EMPATHY TOWARD INDIVIDUALS WITH BREAST AND LUNG CANCER

Authors: ZORANA PRNJIĆ, Dragiša Milovanović
e-mail: zorana.prnjic@student.ff.unibl.org, dragisamilovanovic04@gmail.com
Mentor: Assist. Prof. Dijana Đurić, PhD
Faculty of Philosophy, University of Banja Luka

Introduction: The perception of illness and attitudes toward a patient are not determined solely by the medical characteristics of the disease. They are significantly shaped by the attributions an observer makes about the ill person, which in turn influence how that person is treated.

Aim: The aim of the study was to examine differences in perceived responsibility and affective empathy toward individuals with lung cancer and breast cancer, and to examine the mediating role of perceived responsibility in the relationship between cancer type and affective empathy.

Material and methods: The study included 144 adult participants from Bosnia and Herzegovina and Serbia. Participants completed an online questionnaire containing general demographic data, individual characteristics, vignettes describing individuals with lung cancer and breast cancer, and measures of perceived responsibility and affective empathy toward the ill individuals.

Results: Individuals with lung cancer were rated as more responsible for their illness than individuals with breast cancer. Greater perceived responsibility was associated with lower affective empathy. Mediation analysis further indicated a significant mediating role of perceived responsibility in the relationship between cancer type and affective empathy.

Conclusion: Perceived responsibility emerged as one of the factors that may be relevant for understanding the relationship between cancer type and affective empathy toward the ill person. These findings point to a possible role of attributional processes in shaping reactions toward the ill, but this relationship should be further examined in future research.

Keywords: responsibility; empathy; lung cancer; breast cancer; attribution theory