

Povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti u pacijenata s rakom debelog crijeva

Botić, Ena

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:418468>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-01**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI
DIPLOMSKI STUDIJ MEDICINA**

Ena Botić

**POVEZANOST STILOVA SUOČAVANJA
SA STRESNIM SITUACIJAMA SA
SUBJEKTIVNIM DOŽIVLJAJEM
DOBROBITI PACIJENATA S RAKOM
DEBELOG CRIJEVA**

Diplomski rad

Osijek, 2023.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
SVEUČILIŠNI INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI
DIPLOMSKI STUDIJ MEDICINA**

Ena Botić

**POVEZANOST STILOVA SUOČAVANJA
SA STRESNIM SITUACIJAMA SA
SUBJEKTIVNIM DOŽIVLJAJEM
DOBROBITI PACIJENATA S RAKOM
DEBELOG CRIJEVA**

Diplomski rad

Osijek, 2023.

Rad je ostvaren na Zavodu za onkologiju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Mentor rada: prof.dr.sc. Martina Smolić, dr.med.

Komentor: doc.dr.sc. Ilijan Tomaš, dr.med.

Rad ima 36 listova, 13 tablica i 1 sliku.

ZAHVALE

Zahvaljujem se svojoj mentorici, prof.dr.sc., Martini Smolić, dr.med. i Ani Petrović, dr.med. na stručnosti, strpljenju i pomoći pri pisanju diplomskog rada.

Želim se zahvaliti svim djelatnicima Zavoda za onkologiju Kliničkog bolničkog centra Osijek, posebno doc.dr.sc. Josipi Flam, dr.med. i doc.dr.sc. Ilijanu Tomašu, dr.med. na velikoj pomoći pri prikupljanju podataka.

Posebno hvala mojim prijateljicama i Mateju na bezuvjetnoj podršci i ljubavi tijekom svih ovih godina studiranja.

I na kraju najveće zahvale mojoj obitelji bez koje zasigurno ne bih bila tu gdje jesam.

Ovaj rad posvećujem mom Miletu koji se i sam suočio sa dijagnozom raka debelog crijeva.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.1. Epidemiologija..... | 1 |
| 1.2. Rizični čimbenici i etiologija..... | 1 |
| 1.3. Prevencija i probir..... | 2 |
| 1.4. Dijagnoza i liječenje..... | 4 |
| 1.5. Psihosocijalni teret kolorektalnog karcinoma..... | 5 |
| 1.6. Emocionalna podrška i skrb o mentalnom zdravlju..... | 6 |
| 2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA | 8 |
| 3. ISPITANICI I METODE..... | 9 |
| 3.1. Ustroj studije..... | 9 |
| 3.2. Ispitanici (materijal)..... | 9 |
| 3.3. Metode..... | 9 |
| 3.4. Statističke metode | 11 |
| 4. REZULTATI | 12 |
| 4.1. Osnovna obilježja ispitanika..... | 12 |
| 4.2. Suočavanje sa stresom (Brief COPE skala) | 14 |
| 4.2.1. Suočavanje usmjereno na problem | 15 |
| 4.2.2. Suočavanje usmjereno na emocije | 16 |
| 4.2.3. Izbjegavanje suočavanja..... | 17 |
| 4.3. Procjena osobnog uspjeha u važnim područjima (Ljestvica prosperiteta - FS) | 19 |
| 4.4. Procjena zadovoljstva životom (Ljestvica zadovoljstva životom - SWLS)..... | 20 |
| 4.5. Procjena pozitivnih i negativnih iskustava (SPANES)..... | 22 |
| 4.6. Povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti (zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta) | 23 |
| 5. RASPRAVA..... | 24 |
| 6. ZAKLJUČAK..... | 29 |
| 7. SAŽETAK | 30 |
| 8. SUMMARY | 31 |
| 9. LITERATURA..... | 32 |
| 10. ŽIVOTOPIS..... | 36 |

1. UVOD

1.1. Epidemiologija

Rak debelog crijeva je gastrointestinalni zloćudni tumor koji potječe iz kolona ili rektuma te je najučestalija maligna bolest probavnog sustava. Iako se oba oblika mogu definirati kao karcinom kolona ili rektuma, ovisno o podrijetlu, često se imenuju zajedno radi mnogobrojnih sličnih bioloških i kliničkih karakteristika (1). Najčešće dijagnosticiran je adenokarcinom (do 95% slučajeva), zatim slijede karcinoidni tumori, gastrointestinalni tumori (GIST), limfomi te sarkomi. Dobro diferencirani adenokarcinomi građeni su od preko 95% žljezdanih formacija, dok iste zauzimaju samo 50 - 95% ili manje od 50% u umjereno, odnosno slabo diferenciranim adenokarcinomima. U kliničkoj praksi najčešća dijagnoza jest umjereno diferencirani karcinom (~70%), dok slabo ili dobro diferencirani čine 20%, odnosno 10% svih slučajeva (2). Prema posljednjim statističkim podacima Međunarodne agencije za istraživanje raka (IARC) Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), incidencija kolorektalnog karcinoma nalazi se na trećem mjestu svih maligniteta diljem svijeta, brojeći oko 1.85 milijuna novih slučajeva godišnje, što zauzima 10.2% ukupnih zloćudnih bolesti (3). Prethodili su rak pluća sa 2.09 milijuna slučajeva godišnje; 11.6% ukupnog maligniteta, zajedno sa rakom dojke, koji je dosegnuo 2.08 milijuna oboljelih godišnje, rezultirajući kao 11.5% svih zloćudnih bolesti. Nakon karcinoma pluća i prostate, rak debelog crijeva je treći najučestaliji tip malignih bolesti muške populacije, sa gotovo 1.03 milijuna dijagnosticiranih godišnje, dok je kod žena na drugom mjestu, sa godišnjim brojem oboljelih od 0.82 milijuna, nakon karcinoma dojke. Kod žena, incidencija i smrtnost iznose 25% niže nego kod muškaraca. Pod uvjetom pouzdanosti trenutna predviđanja očekuju povećanje dijagnosticiranih za čak 20%, pri čemu će globalni teret kolorektalnog karcinoma u 2030. dosegnuti približno 2.2 milijuna oboljelih (1).

1.2. Rizični čimbenici i etiologija

Vodeći čimbenici rizika za nastanak kolorektalnog karcinoma na koje uvelike možemo utjecati su prehrambene navike, kao i pretilost te tjelesna neaktivnost koje se također

smatraju vrlo bitnim faktorima rizika, uz pušenje te visok unos alkohola (4). Dodatna stanja koja predisponiraju pojavnosti samog raka uključuju osobnu anamnezu kroničnih upalnih bolesti crijeva kao što su ulcerozni kolitis i Chronova bolest, no adenomatozni polipi imaju značajnu etiološku ulogu (5). Između 5 - 10% slučajeva potječe od nasljednih bolesti (prekanceroznih stanja) poznatijih kao obiteljska adenomatozna polipoza (FAP) te Lynchov sindrom (HNPCC) poznatiji pod nazivom nasljedni nepolipozni kolorektalni karcinom, kao najčešći nasljedni sindrom koji je ujedno odgovoran za nastanak čak 2 - 4% svih kolorektalnih karcinoma (2). Rjeđe su povezani s Peutz-Jeghersovim sindromom (PJS) i MYH udruženom polipozom (MAP). Gotovo 20% ljudi koji razviju rak debelog crijeva pokazuju nasljednost, posebice ako je dijagnoza postavljena prije 45. godine života te ako imaju više od jednog oboljelog rođaka u prvom koljenu. Prisutnost obiteljske anamneze kolorektalnog karcinoma u prvom koljenu, čak i u odsutnosti navedenih nasljednih sindroma, povećava rizik od razvoja raka debelog crijeva u 20 % slučajeva (6). Pacijenti sa polipom >1 cm, sa >2 polipa ili oni koji pokazuju displaziju imaju veći rizik od razvoja ovog maligniteta. Povećan rizik je također primijećen kod onih koji boluju od diabetes mellitusa tip 2 (7). Pouzdani dokazi prikupljeni na više od 2.1 milijuna ispitanika pokazuju da se smrtnost raka debelog crijeva može smanjiti za 20 % pri visokoj privrženosti mediteranskoj prehrani. Meta - analizom zaključeno je da su crveno i prerađeno meso, životinjske masti, kolesterol kao i konzervirana te začinjena hrana povezani s povećanim rizikom za razvoj. Naprotiv, smatra se da kalcij, mliječni proizvodi, voće, povrće, kao i selen te karotenoidi mogu imati protektivnu ulogu (1). Općenito, cjeloživotni rizik od razvoja raka debelog crijeva iznosi oko 1 naprema 23 za mušku te 1 naprema 26 za žensku populaciju, međutim rizik svakog pojedinca može biti veći ili niži, ovisno o individualnim čimbenicima rizika (2).

1.3. Prevencija i probir

Učestalost raka debelog crijeva raste diljem svijeta te je jedan od vodećih uzroka smrti svih maligniteta, osobito dijagnosticiran tek u naprednom stadiju, no tijekom posljednjih desetljeća incidencija i mortalitet pokazuju značajnu redukciju te se procjenjuje da je probir sa uklanjanjem prekanceroznih polipa kao i otkrivanje ranog stadija bolesti uvelike odgovoran za njegovo smanjenje (8, 9). S obzirom na poteškoće provedbe promjena stila života ili široko rasprostranjenih strategija primarne prevencije radi smanjenja rizika od raka

debelog crijeva, sekundarna prevencija, odnosno nacionalni program probira slovi kao najmoćnije javnozdravstveno sredstvo za smanjenje učestalosti i smrtnosti (10). U neinvazivne metode probira ubraja se testiranje stolice na okultno krvarenje (g - FOBT, i-FOBT). Pomoću testova stolice moguće je otkriti makroskopski nevidljivu krv, ali i specifičnu tumorsku DNA. Dosadašnji g - FOBT je vrlo jednostavan za korištenje, jeftin te se provodi ambulantno. Detektira hemoglobin, ali je nespecifičan za ljudsku krv te su stoga mogući lažno pozitivni rezultati, npr. kod konzumiranja crvenog mesa kao i lažno negativni prilikom konzumiranja vitamina C, čime njegova specifičnost iznosi 90 %. Posebni imunološki testovi stolice, i - FOBT, otkrivaju specifično ljudsku krv putem reakcije antigen-antitijelo stoga nisu potrebna prehrambena ograničenja prije uporabe. Uz povećanu osjetljivost, dvostruko je veća i stopa otkrivanja nego kod g - FOBT-a te se time i - FOBT navodi kao ekonomičnija alternativa i prepoznaje se kao metoda izbora. Genetske promjene u tumorskoj DNA mogu se otkriti ne samo u stolici već i u krvi ili plazmi, a među njima je Septin-9 test koji je ujedno jedini dostupan krvni test za probir kolorektalnog karcinoma. Studije su pokazale prednost fekalnog imunokemijskog testa uz mnogo bolje rezultate i manje troškove. Rak debelog crijeva pogodan je za probir zbog sporog napredovanja adenom-karcinom sekvence te pruža velik vremenski prozor za uklanjanje adenoma prije transformacije u malignitet. Zahvaljujući preventivnoj kolonoskopiji kao endoskopskoj metodi uklanjanja adenoma (polipektomija), incidencija je značajno smanjena (11). Potpuna kolonoskopija posjeduje najvišu specifičnost kao i osjetljivost. Uz HD - kolonoskopiju važna je i virtualna kromoendoskopija koja omogućuje bolje razgraničenje lezija od okolne sluznice debelog crijeva, kao i sigmoidoskopija posebice za distalni kolorektalni karcinom, dok oni u proksimalnom dijelu mogu biti propušteni jer ne omogućuje procjenu svih dijelova debelog crijeva (12). Sugestija za smanjenjem dobi za probir odražava rastuću svijest o porastu incidencije raka debelog crijeva u mlađoj dobi. Dok je incidencija i mortalitet osoba starijih od 50 godina smanjena, kod mlađih od 50 dogodio se izuzetan porast, ponajviše rektalnog karcinoma koji težinom predstavlja izuzetno težak izazov liječenja (13, 14). Unatoč rastućoj incidenciji među mlađom populacijom, apsolutna incidencija ostaje do deset puta niža nego u osoba starijih od 50 godina (15).

1.4. Dijagnoza i liječenje

Endoskopija, odnosno kolonoskopija ostaje metoda izbora i zlatni standard za dijagnosticiranje raka debelog crijeva. Identifikacija naprednih lezija kolonoskopijom je jednostavna, ali rani kolorektalni karcinomi mogu izgledati kao vrlo suptilne mukozne lezije (npr. neškodljivi polip koji se širi lateralno). Ako je kolonoskopija nedovoljna ili nepotpuna, kao dopunska metoda koristi se CT kolonografija (16 - 18). Prije bilo kakvog liječenja, potreban je kontrastni CT prsnog koša, abdomena i zdjelice radi određivanja stadija bolesti. Stadij se obično određuje TNM klasifikacijskim sustavom, odnosno dubinom lokalne invazije (T), regionalnim limfnim čvorovima (N) te udaljenim metastazama (M). Odrediti stadij dijagnoze je od iznimnog značaja jer neoadjuvantna sistemska terapija kao takva može smanjiti veličinu lokalno uznapredovalih tumora, također stadij kolorektalnog karcinoma jest najvažniji prognostički faktor bolesti (19). Relativno preživljavanje pacijenata s dijagnozom kolorektalnog karcinoma u razdoblju od 5 godina iznosi 90 % za pacijente s lokaliziranom bolešću, 69 % za pacijente s regionalnim širenjem i manje od 12 % za pacijente s metastatskom bolešću (17). U trenutku dijagnoze kolorektalnog karcinoma, otprilike 80% je lokalizirano, dok 20 % pokazuje metastaze. Najčešći abnormalan laboratorijski parametar kod pacijenata sa jetrenim metastazama je povišena razina alkalne fosfataze (ALP). Kod pacijenata s prethodnom jetrenom bolešću, magnetska rezonancija jetre s kontrastom može pružiti veću preciznost u dijagnosticiranju jetrenih metastaza. Tumorski markeri poput karcinoembrionalnog antigena (CEA) mogu biti povišeni kod raka debelog crijeva, no oni nisu dijagnostički značajni. Laboratorijske razine CEA se koriste kao alat za praćenje i nadzor te ako se u postoperativnoj fazi ne normaliziraju, pokazatelj su preostale bolesti te mogu biti povezani s lošijom prognozom. Kirurška resekcija ostaje jedina kurativna opcija za kolorektalne karcinome koji su lokalno - regionalni, kako za kolon tako i za rektalni karcinom. Klinički prikrivene mikrometastaze mogu se potencijalno pojaviti na mjestu operacije, a adjuvantna kemoterapija pomaže u njihovom uklanjanju. Za lokalno uznapredovale kolorektalne karcinome ponekad se indicira neoadjuvantna kemoterapija. Za karcinome debelog crijeva koji zahvaćaju limfne čvorove (stadij III i više) ili udaljene lokalitete, kemoterapija je indicirana ili u adjuvantnom ili palijativnom kontekstu. Kemoradijacija je često potrebna za lokalno uznapredovali rektalni karcinom nakon kirurškog uklanjanja. Međutim, ove metode imaju mnoge nuspojave zbog svoje nespecifičnosti i citotoksičnosti koje imunoterapija nadilazi (20). Trenutno, imunoterapija

je brzo progresivna terapijska metoda te je opcija liječenja pacijenata s nedostatkom proteina za popravak pogrešnog sparivanja (21, 22). Humanizirano monoklonsko protutijelo, pembrolizumab je također opcija liječenja za mikrosatelitno nestabilne metastatske kolorektalne karcinome (23, 24).

1.5. Psihosocijalni teret kolorektalnog karcinoma

Visoka incidencija, porast mortaliteta kao i sve veći globalni teret karcinoma debelog crijeva ukazuju na važnost interdisciplinarnog pristupa u liječenju koji uključuje psihijatrijsku i psiho-onkološku skrb te je kao takav obavezan i u samoj onkologiji. Oko 50 % pacijenata oboljelih od karcinoma pokazalo je psihijatrijske poremećaje, kao posljedicu karcinoma u nekom trenutku trajanja same bolesti (25). Upravo takvi problemi povezani su sa smanjenjem kvalitete života, oštećenjem društvenih odnosa, produljenim vremenom rehabilitacije, slabim pridržavanjem terapiji te neodgovornim ponašanjem vezanim uz samu bolest. Iz tih razloga međunarodno priznati standardi Međunarodnog psiho - onkološkog društva (*engl. International Psycho - Oncology Society*) kvalitete skrbi o raku ističu da bi psihosocijalna skrb o raku trebala biti univerzalno ljudsko pravo kao i da kvalitetna onkološka skrb mora integrirati psihosocijalnu domenu u rutinsku skrb (26). Suočeni s rakom debelog crijeva kao drugim vodećim uzrokom smrti povezane s malignitetom u Europi, ključno je iz svih perspektiva sagledati oboljelu osobu. Pacijenti dijagnosticirani s uznapredovalim karcinomom često uz fizičke, imaju teret onih najtežih, psihičkih simptoma. Unatoč napretku u medicinskoj tehnologiji koji je doveo do poboljšanja kirurških rezultata i povećanja stopa preživljavanja, perioperativna faza ostaje stresna i traumatična za pacijente. Prije operacije, pacijenti se suočavaju s nizom preplavljujućih emocija uključujući bespomoćnost, nesigurnost, strah i strepnju prema mogućim komplikacijama liječenja. Nakon operacije, suočavaju se s tjelesnim promjenama koje prate osjećaji nelagode i gubitka dostojanstva. Dvostruko opterećenje fizičkih i psihičkih poteškoća često ih dovodi u stanje krize i ranjivosti (27). Stoga je od iznimnog značaja pratiti pacijenta prije, tijekom te nakon dijagnoze kako bi se na puno lakši način razumjeli izazovi i prepreke s kojima se suočavaju te pridonijelo poboljšanju samog ishoda bolesti (28). Kada bolest dosegne fazu u kojoj je mogućnost izlječenja gotovo nemoguća, posebnu korist ima usmjerenje na poboljšanje kvalitete života. Utvrđeno je da strategija suočavanja sa stresnim situacijama te pružanje podrške kao što je rana palijativna skrb, rezultira subjektivnim

doživljajem dobrobiti, a time i višom kvalitetom života pacijenata (29). Psihološki utjecaj življenja s karcinomom očituje se i u sveprisutnoj potrebi za suočavanjem sa strahom od ponovne pojave karcinoma. Pokazano je da strah od ponovne pojave karcinoma traje dulje vrijeme nakon izlječenja i nepovoljno utječe na kvalitetu života i emocionalno blagostanje. Stil suočavanja ima veliku važnost u donošenju odluka o liječenju ili aktivnom praćenju, suočavanju s nuspojavama liječenja i tjeskobom izazvanom prognostičkom neizvjesnošću. Bez obzira na stadij bolesti, osobe s karcinomom debelog crijeva mogu se boriti prilagodbom na bolest, suočavanjem s liječenjem i prilagođavanjem novoj životnoj situaciji, a uspjeh u ovisi o brojnim faktorima, npr. koliko je ispunjena pacijentova potreba za podrškom (30, 31).

1.6. Emocionalna podrška i skrb o mentalnom zdravlju

Kolorektalni karcinom, čije je liječenje zahtjevno i opterećujuće, povezan je sa snažnim emocijama koje pomažu prilagodbi na događaje u okolini, poput dijagnoze i liječenja raka. Otprilike trećina pacijenata ispunjava kriterije mentalnih poremećaja koji dovode do značajnog distresa i onesposobljenosti. Trenutan pristup upravljanju emocijama kod pacijenata s rakom je "screening distresa i upućivanje na pružanje psihosocijalne skrbi". Opća psihička uznemirenost (distres) odnosi se na neugodno emocionalno iskustvo psihološke i socijalne prirode te kao takvo ometa sposobnost učinkovitog suočavanja s rakom. Ono se poglavito odnosi na negativne emocije poput straha, tjeskobe ili depresije. Većina pacijenata pokazuje otpornost, prilagođava se i sposobni su nositi se s dijagnozom. Ipak, neki pacijenti oboljeli od raka dožive lošu prilagodbu emocijama, što zahtijeva mentalno zdravstvenu skrb (32). Primjerice, anksioznost dovodi do izbjegavanja liječenja raka te su fobije kao takve vrlo učestale, posebice kao posljedica kemoterapije. Depresija koja je uzročno posljedična veza negativnih očekivanja i nedostatka motivacije za nastavak liječenja, predstavlja najčešći poremećaj tog spektra. Kao što je ranije spomenuto, postoje i psihosocijalni faktori koji uključuju pitanja povezana s identitetom, svrhovitošću i smislom života, suočavanjem s promjenom i gubitkom te tjeskobom vezanom za život nakon raka. Uz to, treba napomenuti da su poremećaji i sindromi međusobno povezani, a pojedini pacijenti imaju više od jedne psihijatrijske dijagnoze ili dožive simptome iz više kategorija. Stoga je važno pristupiti pacijentima oboljelim od raka na sveobuhvatan način, uzimajući u obzir psihološke, socijalne i egzistencijalne aspekte bolesti. Individualni pristup, procjena i

pravovremeno pružanje podrške mogu biti ključni u poboljšanju kvalitete života i psihološke dobrobiti pacijenata oboljelih od raka (32, 33).

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Procijeniti stilove suočavanja koje pacijenti s karcinomom debelog crijeva koriste kao odgovor na stresne situacije.
2. Procijeniti subjektivan doživljaj dobrobiti kod pacijenata s karcinomom debelog crijeva.
3. Istražiti povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti (zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta) u pacijenata s karcinomom debelog crijeva.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Studija je ustrojena kao presječna studija. Provedena je na Zavodu za onkologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku Kliničkog bolničkog centra Osijek uz suglasnost predstojnika Klinike te odobrena od strane sveučilišnog etičkog povjerenstva za istraživanja i etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Osijek.

3.2. Ispitanici

Istraživanje se provodilo na Zavodu za onkologiju u Kliničkom bolničkom centru Osijek, u svibnju i lipnju 2023. U istraživanje su bili uključeni pacijenti s rakom debelog crijeva koji su u navedenom razdoblju bili liječeni na Zavodu za onkologiju. Ispitanici su pacijenti spomenute ustanove koji su stariji od 18 godina, koji su pismeno upoznati s temom istraživanja te su potpisali informirani pristanak za sudjelovanje u ovoj studiji. Uključeno je 54 ispitanika.

3.3. Metode

Metode prikupljanja podataka su korištenje validiranog anketnog upitnika - kratki COPE (*engl. The Brief Coping Orientation to Problems Experienced*) te Dienerove tri ljestvice subjektivne dobrobiti – ljestvica zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta. Brief - COPE upitnik je od 28 stavki za samoocjenjivanje osmišljen za mjerenje učinkovitih i neučinkovitih načina nošenja sa stresnim životnim događajem. Ljestvica se često koristi u zdravstvenim ustanovama kako bi se utvrdilo kako pacijenti emocionalno reagiraju na stresne okolnosti. Ljestvica determinira pacijentove primarne stilove suočavanja s rezultatima pomoću sljedeće tri podljestvice:

1. Suočavanje usmjereno na problem (stavka 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23, 25)
2. Suočavanje usmjereno na emocije (stavka 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28)
3. Izbjegavanje suočavanja (stavka 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19)

Likerotva skala od 4 stupnja u rasponu od 1 (nimalo) do 4 (pretežno) koristi se za procjenu stupnja korištenja određenog stila za suočavanje sa stresnom situacijom. Rezultati su prikazani za tri sveobuhvatna stila suočavanja kao prosječni rezultati (zbroy rezultata stavki podijeljen s brojem stavki), pokazujući stupanj do kojeg je ispitanik bio uključen u određeni stil suočavanja (34).

Dienerove tri ljestvice uključuju ljestvicu zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta. Ljestvica zadovoljstva života (*engl. Satisfaction With Life Scale, SWLS*) kratki je upitnik od 5 stavki dizajniran za mjerenje prosudbi zadovoljstva ispitanika životom. Skala obično zahtijeva samo oko jednu minutu vremena ispitanika, pri čemu ispitanici odgovaraju na Likertovoj ljestvici. Bodovi se sastoje od rezultata u rasponu od 5 do 35. Viši rezultati predstavljaju veće zadovoljstvo životom. Bodovnici interpretiraju rezultate pacijenta od izuzetno nezadovoljan (niži rezultat) do izuzetno zadovoljan (viši rezultat) (35).

Ljestvica pozitivnih i negativnih iskustava (*engl. Scale of Positive and Negative Experience, SPANE*) kratka je ljestvica od 12 stavki na kojoj se od ispitanika traži da ocijene koliko često doživljavaju različita stanja. Postavlja pitanje o zadovoljstvu, interesu, boli, dosadi itd. Ljestvica pozitivnih i negativnih iskustava daje tri ocjene:

1. Ukupna ocjena ravnoteže osjećaja (SPANE - B)
2. Pozitivni osjećaji (SPANE - P)
3. Negativni osjećaji (SPANE - N)

Ljestvica pozitivnih osjećaja (SPANE - P) može biti u rasponu od 6 do 30, a negativna ljestvica (SPANE - N) ima isti raspon. Dva rezultata mogu se kombinirati oduzimanjem negativnog rezultata od pozitivnog rezultata, a rezultirajući SPANE - B rezultati mogu biti u rasponu od - 24 do 24. Ljestvica ukupne ocjene ravnoteže osjećaja (SPANE - B) mjera je ravnoteže između pozitivnih i negativnih emocija, a rezultat može varirati od - 24 (najnesretniji) do 24 (najsretniji). Ispitanik s vrlo visokim rezultatom 24 navodi da rijetko ili nikad ne doživljava bilo koji od negativnih osjećaja, a vrlo često ili uvijek ima sve pozitivne osjećaje (36). Ljestvica prosperiteta koristi Likertovu ljestvicu od sedam stupnjeva u rasponu od 1 (uopće se ne slažem) do 7 (potpuno se slažem). Ukupni rezultati se kreću od 8 do 56, a visoki rezultati ukazuju na to da ispitanici sebe vide pozitivno u važnim područjima funkcioniranja (36).

3.4. Statističke metode

Kategorički podaci su predstavljeni apsolutnim i relativnom frekvencijama. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Ocjena povezanosti iskazana je Spearmanovim koeficijentom korelacije. Unutarnja pouzdanost upitnika iskazana je koeficijentom Cronbach Alpha. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za analizu podataka korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 20.218 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023) i SPSS ver. 23 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS, Ver. 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

4. REZULTATI

4.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 54 ispitanika, od kojih je 37 (69 %) muškaraca i 17 (31 %) žena. Medijan dobi ispitanika je 63 godine (interkvartilnog raspona od 54 do 73 godine) u rasponu od 35 do najviše 78 godina. Završnu srednju školu imaju 29 (54 %) ispitanika, a prema radnom statusu 33 (61 %) ih je u mirovini. U braku je 40 (74 %) ispitanika a prema mjestu stanovanja 33 (61 %) ih je iz grada (Tablica 1).

Tablica 1. Ispitanici prema osnovnim obilježjima

| | Broj (%) |
|----------------------------------|----------|
| Spol | |
| Muškarci | 37 (69) |
| Žene | 17 (31) |
| Razina obrazovanja | |
| Osnovna škola | 6 (11) |
| Srednja škola | 29 (54) |
| Viša škola | 6 (11) |
| Visoka škola i više | 12 (22) |
| Ostalo (7 razreda osnovne škole) | 1 (2) |
| Radni status | |
| Zaposlen | 13 (24) |
| Nezaposlen | 8 (15) |
| U mirovini | 33 (61) |
| Bračni status | |
| U braku | 40 (74) |
| Nije u braku | 3 (6) |
| Rastavljen/a | 3 (6) |
| Udovac/ udovica | 8 (14) |

| Mjesto stanovanja | |
|--------------------|---------|
| Grad | 33 (61) |
| Prigradsko naselje | 7 (13) |
| Selo | 14 (26) |

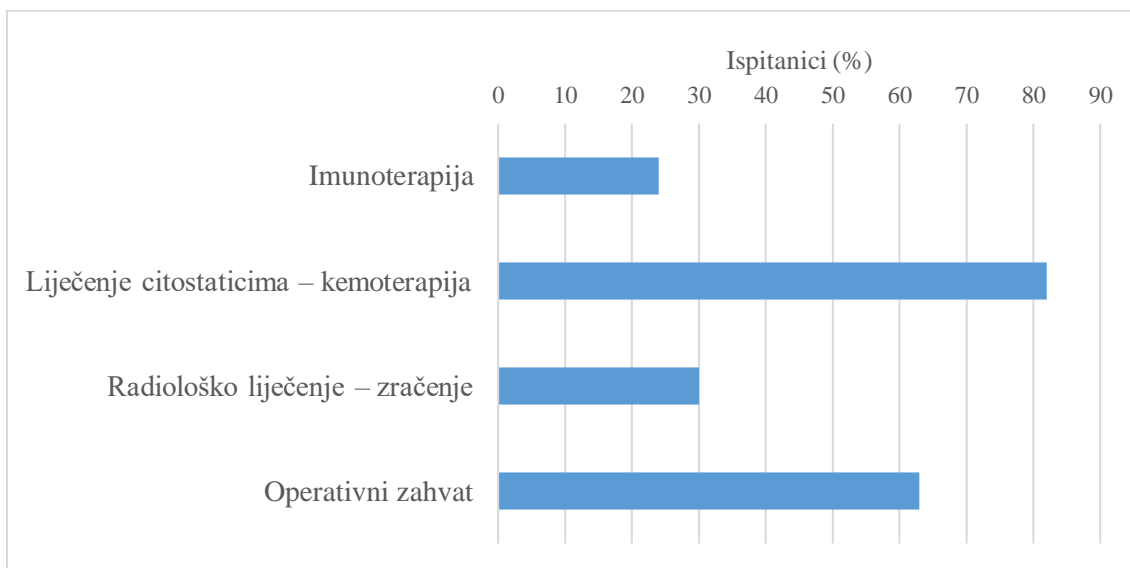
S obitelji živi 47 (87 %) ispitanika, a djecu ih ima 48 (89 %) (Tablica 2).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika prema tome s kim žive i imaju li djecu

| | Broj (%) |
|-------------|-----------|
| S kim žive | |
| Sami | 7 (13) |
| S obitelji | 47 (87) |
| Imaju djecu | 48 (89) |

Medijan trajanja liječenja je 8,5 mjeseci (interkvartilnog raspona od 5 do 21 mjesec) u rasponu od jednog do 49 mjeseci.

Najučestalija metoda onkološkog liječenja koje su do sada prošli ili prolaze je za 44 (82 %) ispitanika liječenje citostaticima – kemoterapija, za 34 (63 %) ispitanika operativni zahvat, kod 16 (30 %) ispitanika je radiološko liječenje – zračenje, a imunoterapija za 13 (24 %) ispitanika (Slika 1).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema metodi onkološkog liječenja koje su do sada prošli ili prolaze

4.2. Suočavanje sa stresom (Brief COPE skala)

Upitnikom suočavanja sa stresom ispitao se način, misli i ponašanje ispitanika koji su pod stresom. Čine ga tri domene: suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, te domena izbjegavanje suočavanja. Koeficijenti unutarnje pouzdanosti cijele skale je 0,774 što znači da je upitnik dobar alat za procjenu suočavanja sa stresom ovog uzorka.

4.2.1. Suočavanje usmjereno na problem

Pretežno je 31 (57,4 %) ispitanik poduzimao nešto da popravi situaciju, savjete i pomoć od drugih dobilo je 26 (48,1 %) ispitanika, dok ih 23 (42,6 %) navodi da su to pokušavali vidjeti u drugačijem svjetlu, kako bi izgledalo pozitivnije. Nimalo nije 14 (26 %) ispitanika pokušavalo smisliti strategiju o tome što učiniti (Tablica 3).

Tablica 3. Samoprocjena suočavanja usmjerenog na problem

| | Broj (%) ispitanika | | | | Ukupno |
|--|-----------------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | Nimalo | Pomalo | Osrednje | Pretežno | |
| Usredotočio/la sam se na to da učinim nešto u vezi sa situacijom u kojoj se nalazim. | 5 (9) | 4 (7,4) | 11 (20,4) | 34 (63) | 54 (100) |
| Poduzeo/la sam nešto da pokušam popraviti situaciju. | 3 (6) | 3 (5,6) | 17 (31,5) | 31 (57,4) | 54 (100) |
| Dobivao/la sam pomoć i savjete od drugih ljudi. | 5 (9) | 9 (16,7) | 14 (25,9) | 26 (48,1) | 54 (100) |
| Pokušavao/la sam to vidjeti u drugačijem svjetlu, kako bi izgledao/la pozitivnije. | 8 (15) | 11 (20,4) | 12 (22,2) | 23 (42,6) | 54 (100) |
| Pokušavao/la sam smisliti strategiju o tome što učiniti.. | 14 (26) | 10 (18,5) | 14 (25,9) | 16 (29,6) | 54 (100) |
| Tražio/la sam nešto dobro u onome što se događa | 10 (19) | 10 (18,5) | 16 (29,6) | 18 (33,3) | 54 (100) |
| Pokušavao/la sam dobiti savjet ili pomoć od drugih ljudi o tome što učiniti | 10 (19) | 12 (22,2) | 14 (25,9) | 18 (33,3) | 54 (100) |

| | | | | | |
|--|-------|--------|-----------|-----------|----------|
| Dobro sam razmišljao/la o tome koje korake poduzeti. | 5 (9) | 7 (13) | 14 (25,9) | 28 (51,9) | 54 (100) |
|--|-------|--------|-----------|-----------|----------|

4.2.2. Suočavanje usmjereno na emocije

Po 41 (75,9 %) ispitanika navodi da su pretežno dobivali emocionalnu podršku od drugih, prihvaćali su realnost činjenice da se to dogodilo te da uče živjeti s tim. Pretežno je 29 (53,7 %) ispitanika pokušavalo pronaći utjehu u svojoj vjeri ili duhovnim uvjerenjima. Nimalo nije 41 (76 %) ispitanik ismijavao situaciju (Tablica 4).

Tablica 4. Samoprocjena suočavanja usmjerenog na emocije

| | Broj (%) ispitanika | | | | |
|--|---------------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| | Nimalo | Pimalo | Osrednje | Pretežno | Ukupno |
| Dobivao/la sam emocionalnu podršku od drugih | 2 (4) | 4 (7,4) | 7 (13) | 41 (75,9) | 54 (100) |
| Govorio/la sam stvari kako bi neugodni osjećaji nestali. | 27 (50) | 16 (29,6) | 2 (3,7) | 9 (16,7) | 54 (100) |
| Kritizirao/la sam sam/a sebe. | 27 (50) | 13 (24,1) | 3 (5,6) | 11 (20,4) | 54 (100) |
| Dobivao/la sam utjehu i razumijevanje od nekoga.. | 2 (4) | 7 (13) | 5 (9,3) | 40 (74,1) | 54 (100) |
| Zbijao/la sam šale na tu temu. | 15 (28) | 6 (11,1) | 12 (22,2) | 21 (38,9) | 54 (100) |
| Prihvaćao/la sam realnost činjenice da se to dogodilo. | 1 (2) | 3 (5,6) | 9 (16,7) | 41 (75,9) | 54 (100) |
| Izražavao/la sam svoje negativne osjećaje | 24 (44) | 17 (31,5) | 6 (11,1) | 7 (13) | 54 (100) |
| Pokušavao/la sam pronaći utjehu u svojoj vjeri ili duhovnim uvjerenjima. | 12 (22) | 7 (13) | 6 (11,1) | 29 (53,7) | 54 (100) |

| | | | | | |
|---|---------|--------------|----------|--------------|-------------|
| Učim živjeti s tim. | 3 (6) | 1 (1,9) | 9 (16,7) | 41 (75,9) | 54 (100) |
| Krivio/la sam sebe za stvari koje su se dogodile. | 32 (59) | 9 (16,7) | 5 (9,3) | 8 (14,8) | 54 (100) |
| Molio/la sam se ili meditirao/la. | 16 (30) | 6 (11,1) | 5 (9,3) | 27 (50) | 54 (100) |
| Ismijavao/la sam situaciju. | 41 (76) | 10 (18,5) | 1 (1,9) | 2 (3,7) | 54 (100) |

4.2.3. Izbjegavanje suočavanja

Radilo je nešto 37 (68,5 %) ispitanika kako bi manje razmišljali o tome (kino, televizija, čitanje, sanjarenje, spavanje ili kupovina), a poslu se okrenuo ili drugim aktivnostima kako bi skrenuli misli 31 (57,4 %) ispitanika. Najviše ispitanika navodi, njih 50 (93 %) da nimalo nisu koristili alkohol ili druge droge da bi lakše prolazili kroz to (Tablica 5).

Tablica 5. Samoprocjena izbjegavanja suočavanja

| | Broj (%) ispitanika | | | | |
|--|---------------------|--------------|-----------|--------------|-------------|
| | Nimalo | Pomalo | Osrednje | Pretežno | Ukupno |
| Okrenuo/la sam se poslu ili drugim aktivnostima kako bih skrenuo/la misli. | 10 (19) | 3 (5,6) | 10 (18,5) | 31 (57,4) | 54 (100) |
| Govorio/la sam sebi "ovo nije stvarno". | 32 (59) | 11 (20,4) | 3 (5,6) | 8 (14,8) | 54 (100) |
| Koristio/la sam alkohol ili druge droge kako bih se osjećala bolje. | 48 (89) | 4 (7,4) | 1 (1,9) | 1 (1,9) | 54 (100) |

| | | | | | |
|--|---------|----------|----------|-----------|----------|
| Odustajao/la sam od pokušavanja da se bavim time | 37 (69) | 6 (11,1) | 8 (14,8) | 3 (5,6) | 54 (100) |
| Odbijao/la sam vjerovati da se to dogodilo. | 35 (65) | 9 (16,7) | 3 (5,6) | 7 (13) | 54 (100) |
| Koristio/la sam alkohol ili druge droge da bih lakše prošao/la kroz to. | 50 (93) | 3 (5,6) | 1 (1,9) | 0 | 54 (100) |
| Odustajao/la sam od pokušaja da se nosim s time. | 46 (85) | 4 (7,4) | 2 (3,7) | 2 (3,7) | 54 (100) |
| Radio/la sam nešto kako bih manje razmišljao/la o tome (kino, televizija, čitanje, sanjarenje, spavanje ili kupovina). | 3 (6) | 5 (9,3) | 9 (16,7) | 37 (68,5) | 54 (100) |

Ocjena cijele skale je medijana 2,5 (interkvartilnog raspona od 2,4 do 2,8). Veći rezultat upućuje na jaču izraženost pojedine domene. Nešto je više izražena domena *Suočavanje usmjereno na problem* medijana 3 (interkvartilnog raspona od 2,6 do 3,5), a najmanje *Izbjegavanje suočavanja* medijana 1,8 (interkvartilnog raspona od 1,6 do 2,3) (Tablica 6).

Tablica 6. Ocjena pojedine domene i ukupne skale suočavanja sa stresom

| | Medijan (interkvartilni raspon) | Raspon od najmanje do najveće vrijednosti |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Suočavanje usmjereno na problem | 3 (2,6 - 3,5) | 1,1 – 4 |
| Suočavanje usmjereno na emocije | 2,7 (2,4 - 2,9) | 1,6 - 3,8 |
| Izbjegavanje suočavanja | 1,8 (1,6 - 2,3) | 1 - 3,3 |
| Ukupna skala suočavanja sa stresom | 2,5 (2,4 - 2,8) | 1,4 - 3,6 |

4.3. Procjena osobnog uspjeha u važnim područjima (Ljestvica prosperiteta - FS)

Potpuno se slaže 35 (65 %) ispitanika s tvrdnjom da ih ljudi poštuju, 30 (56 %) s tvrdnjom da su angažirani i zainteresirani za svoje dnevne aktivnosti. Najveće neslaganje je prisutno kod 6 (11,3 %) ispitanika s tvrdnjom da su optimistični u pogledu svoje budućnosti (Tablica 7).

Tablica 7. Samoprocjena prosperiteta

| | Broj (%) ispitanika | | | | | | |
|---|---------------------|---------------|----------------------|--------------------------------|-------------------|------------|--------------------|
| | Uopće se ne slažem. | Ne slažem se. | Pomalo se ne slažem. | Niti se slažem niti ne slažem. | Pomalo se slažem. | Slažem se. | Potpuno se slažem. |
| Vodim svrhovit i smislen život. | 2 (4) | 2 (3,7) | 1 (1,9) | 3 (5,6) | 7 (13) | 19 (35) | 20 (37) |
| U svojim društvenim odnosima osjećam podršku i afirmativnost. | 0 | 1 (1,9) | 1 (1,9) | 1 (1,9) | 5 (9,3) | 22 (41) | 24 (44) |
| Angažiran/na sam i zainteresiran/na za svoje dnevne aktivnosti. | 1 (2) | 2 (3,7) | 1 (1,9) | 0 | 8 (14,8) | 12 (22) | 30 (56) |
| Aktivno pridonosim sreći i dobrobiti drugih. | 0 | 0 | 1 (1,9) | 0 | 7 (13) | 19 (35) | 27 (50) |
| Kompetentan/na sam i sposoban/na u poslovima koji su mi važni. | 0 | 3 (5,6) | 1 (1,9) | 2 (3,7) | 7 (13) | 17 (31) | 24 (44) |

| | | | | | | | |
|---|-------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|
| Ja sam dobra osoba i živim dobrim životom. | 1 (2) | 0 | 0 | 2 (3,7) | 9 (16,7) | 18 (33) | 24 (44) |
| Optimističan/na sam u pogledu svoje budućnosti. | 1 (2) | 2 (3,7) | 3 (5,6) | 4 (7,4) | 6 (11,1) | 9 (17) | 29 (54) |
| Ljudi me poštuju. | 0 | 0 | 0 | 3 (5,6) | 5 (9,3) | 11 (20) | 35 (65) |

Ukupni rezultat je u rasponu od 8 do 56 gdje viši rezultat ukazuje na to da se ispitanik vidi pozitivno u važnim područjima funkcioniranja. Medijan cijele skale je 50 (interkvartilnog raspona od 45 do 55) u rasponu od najmanje 24 do najviše 56 (Tablica 8).

Tablica 8. Ocjena skale prosperiteta

| | Medijan (interkvartilni raspon) | Raspon od najmanje do najveće vrijednosti |
|-------------|------------------------------------|--|
| Prosperitet | 50 (45 – 55) | 24 – 56 |

4.4. Procjena zadovoljstva životom (Ljestvica zadovoljstva životom - SWLS)

Potpuno se slaže 29 (54 %) ispitanika s tvrdnjom da su do sada dobili važne stvari koje žele u životu, a 23 (43 %) ispitanika s tvrdnjom da su u potpunosti zadovoljni svojim životom. Najveće neslaganje je prisutno kod 13 (24,3 %) ispitanika s tvrdnjom da kada bi mogli proživjeti svoj život, gotovo ništa ne bi mijenjali (Tablica 9).

Tablica 9. Samoprocjena zadovoljstva životom (Ljestvica zadovoljstva životom - SWLS)

| Broj (%) ispitanika | | | | | | | |
|---------------------|---------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|------------|--------------------|--|
| Uopće se slažem. | Ne slažem se. | Pomalo se slažem. | Niti se slažem niti ne slažem. | Pomalo se slažem. | Slažem se. | Potpuno se slažem. | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-------|----------|---------|----------|-----------|---------|---------|
| U većini slučajeva moj život je blizu mog ideala. | 0 | 4 (7,4) | 5 (9,3) | 8 (14,8) | 12 (22,2) | 19 (35) | 6 (11) |
| Uvjeti mog života su odlični. | 0 | 3 (5,6) | 4 (7,4) | 5 (9,3) | 7 (13) | 19 (35) | 16 (30) |
| Zadovoljan/na sam svojim životom. | 1 (2) | 3 (5,6) | 2 (3,7) | 3 (5,6) | 3 (5,6) | 19 (35) | 23 (43) |
| Do sada sam dobio/la važne stvari koje želim u životu. | 0 | 1 (1,9) | 3 (5,6) | 1 (1,9) | 7 (13) | 13 (24) | 29 (54) |
| Kad bih mogao/la proživjeti svoj život, gotovo ništa ne bih promijenio/la. | 1 (2) | 9 (16,7) | 3 (5,6) | 2 (3,7) | 10 (18,5) | 10 (19) | 19 (35) |

Ukupni rezultat je u rasponu od 5 do 35 gdje viši rezultat ukazuje na veće zadovoljstvo životom. Medijan cijele skale je 29 (interkvartilnog raspona od 25 do 32) u rasponu od najmanje 10 do najviše 35 (Tablica 10).

Tablica 10. Ocjena skale zadovoljstva životom

| | Medijan (interkvartilni raspon) | Raspon od najmanje do najveće vrijednosti |
|----------------------|------------------------------------|--|
| Zadovoljstvo životom | 29 (25 – 32) | 10 – 35 |

4.5. Procjena pozitivnih i negativnih iskustava(SPANE)

Tijekom posljednja četiri tjedna po 12 (22,2 %) ispitanika je vrlo često ili uvijek bilo pozitivno, dobro, osjećalo se ugodno ili zadovoljno.

Jako rijetko ili nikad se 34 (63 %) ispitanika osjećalo uplašeno, a njih 24 (44 %) ljuto, dok su se 22 (41 %) ispitanika jako rijetko ili nikad osjećala negativno (Tablica 11).

Tablica 11. Samoprocjena pozitivnih i negativnih iskustava(SPANE)

| Što su radili i doživjeli tijekom posljednja tjedna. | Broj (%) ispitanika | | | | | |
|--|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|----------|
| | Jako rijetko ili nikad | Rijetko | Ponekad | Često | Vrlo često ili uvijek | Ukupno |
| Pozitivno | 0 | 5 (9,3) | 10 (18,5) | 25 (46,3) | 14 (25,9) | 54 (100) |
| Negativno | 22 (41) | 17 (31,5) | 9 (16,7) | 6 (11,1) | 0 | 54 (100) |
| Dobro | 1 (2) | 3 (5,6) | 16 (29,6) | 22 (40,7) | 12 (22,2) | 54 (100) |
| Loše | 13 (24) | 20 (37) | 17 (31,5) | 4 (7,4) | 0 | 54 (100) |
| Ugodno | 4 (7) | 4 (7,4) | 11 (20,4) | 23 (42,6) | 12 (22,2) | 54 (100) |
| Neugodno | 19 (35) | 16 (29,6) | 16 (29,6) | 2 (3,7) | 1 (1,9) | 54 (100) |
| Sretno | 4 (7) | 3 (5,6) | 15 (27,8) | 21 (38,9) | 11 (20,4) | 54 (100) |
| Tužno | 17 (31) | 17 (31,5) | 15 (27,8) | 5 (9,3) | 0 | 54 (100) |
| Uplašeno | 34 (63) | 10 (18,5) | 6 (11,1) | 2 (3,7) | 2 (3,7) | 54 (100) |
| Radosno | 2 (4) | 4 (7,4) | 15 (27,8) | 23 (42,6) | 10 (18,5) | 54 (100) |
| Ljuto | 24 (44) | 14 (25,9) | 12 (22,2) | 1 (1,9) | 3 (5,6) | 54 (100) |
| Zadovoljno | 4 (7) | 5 (9,3) | 9 (16,7) | 24 (44,4) | 12 (22,2) | 54 (100) |

Ukupni rezultat daje tri ocjene: ukupnu ocjenu ravnoteže osjećaja, pozitivni osjećaji i negativni osjećaji. Raspon ocjena je od 6 do 30 za ocjenu pozitivnih i negativnih osjećaja, a za cijelu skalu u rasponu od - 24 (najnesretniji) do 24 (najsretniji) (Tablica 12).

Tablica 12. Ocjena pozitivnih i negativnih iskustava (SPANE)

| | Medijan (interkvartilni raspon) | Raspon od najmanje do najveće vrijednosti |
|---------------------------|------------------------------------|--|
| Pozitivni osjećaji | 23 (19 – 25) | 8 do 30 |
| Negativni osjećaji | 12 (9 – 15) | 6 do 23 |
| Ukupna ravnoteža osjećaja | 10 (6 – 16) | -14 do 24 |

4.6. Povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti (zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta)

Spearmanovim koeficijentom korelacije procijenili smo povezanost stilova suočavanja sa stresom i subjektivno doživljenom dobrobiti u pacijenata s karcinomom debelog crijeva.

Uočavamo da je suočavanje usmjereno na problem u značajnoj i pozitivnoj vezi s pozitivnim osjećajima ($Rho = 0,428$) i ukupnom ravnotežom osjećaja ($Rho = 0,333$), a ukupna skala suočavanja sa stresom je u značajnoj i pozitivnoj vezi s pozitivnim osjećajima ($Rho = 0,333$), odnosno izraženije je suočavanje sa stresom kod ispitanika kod kojih su jače izraženi pozitivni osjećaji.

Tablica 13. Povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti

| | Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost) | | | |
|------------------------------|--|---------------------------------------|----------------------------|--|
| | Suočavanje usmjereno na problem | Suočavanje usmjereno na emocije | Izbjegavanje suočavanja | Ukupna skala suočavanja sa stresom |
| Prosperitet | 0,248 (0,07) | 0,220 (0,11) | - 0,026 (0,85) | 0,226 (0,10) |
| Zadovoljstvo životom | 0,252 (0,07) | 0,245 (0,07) | -0,070 (0,61) | 0,214 (0,12) |
| Pozitivni osjećaji | 0,428 (<0,001) | 0,226 (0,10) | 0,108 (0,44) | 0,333 (0,01) |
| Negativni osjećaji | -0,212 (0,12) | -0,006 (0,97) | 0,042 (0,76) | -0,078 (0,57) |
| Ukupna ravnoteža osjećaja | 0,333 (0,01) | 0,121 (0,38) | 0,038 (0,78) | 0,211 (0,13) |

5. RASPRAVA

Istraživanje je provedeno kako bi se pobliže prikazala povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti pacijenata s rakom debelog crijeva. U provedenom istraživanju uključeni su pacijenti s rakom debelog crijeva koji su liječeni na Zavodu za onkologiju u Kliničkom bolničkom centru Osijek. Istraživanje je provedeno na 54 ispitanika, od kojih je 69 % muškaraca i 31 % žena, pri čemu spolna distribucija pokazuje značajnu razliku te veću pojavnost karcinoma debelog crijeva u muškoj populaciji, što je očekivano s obzirom na prijašnje spoznaje o incidenciji karcinoma debelog crijeva (37, 38). Središnja vrijednost dobi pacijenata je 63 godine, što pokazuje veću prevalenciju bolesti u starijoj populaciji, također u skladu s dosadašnjim istraživanjima (37, 39).

Tri Dienerove ljestvice (35, 36) korištene su u našoj studiji kako bi se procijenio subjektivan doživljaj dobrobiti pacijenata s rakom debelog crijeva. Procjena osobnog uspjeha (ljestvica prosperiteta, FS) pruža uvid u subjektivnu percepciju dobrobiti pacijenata u važnim područjima njihovog života. Istraživanje provedeno u Pittsburghu 2022., utvrdilo je da su ishodi kvalitete života s negativnijim odgovorima povezani s nižim rezultatima prosperiteta u pacijenata oboljelih od karcinoma glave i vrata (40). Analizom naše studije, medijan skale prosperiteta iznosi 50 (ukupan raspon od 8 do 56) te ukazuje na činjenicu da se značajno visok postotak ispitanika vidi produktivno u važnim područjima funkcioniranja što doprinosi pozitivnom doživljaju dobrobiti. Evaluacijom rezultata studije u Pittsburghu, ujedno je dokazano i da se mlađa dob povezuje s nižim prosperitetom (40) te se time visok rezultat ljestvice prosperiteta naše studije može pobliže objasniti demografijom dobi ispitanika čiji medijan iznosi 63 godine.

Skala zadovoljstva životom (SWLS) razvijena je kao mjera prosudbene komponente subjektivnog blagostanja (SWB) te se pokazala kao valjana i pouzdana mjera zadovoljstva životom. Zadovoljstvo životom definira se kao globalna procjena vlastitog života pri kojoj pojedinci "konstruiraju" standard koji smatraju prikladnim te ga uspoređuju sa okolnostima svog života (35). Interpretacijom rezultata SWLS ljestvice naših ispitanika, čiji je ukupni rezultat u rasponu od 5 do 35, gdje viši rezultat ukazuje na veće zadovoljstvo životom, pokazao je da je medijan cijele skale 29 (interkvartilnog raspona od 25 do 32), što ukazuje na prilično visoku razinu zadovoljstva životom među našim ispitanicima. Provedenim istraživanjem

pacijenata s rakom debelog crijeva u Škotskoj, također se proučavalo subjektivno zadovoljstvo životom te je dokazana značajna korelacija karcinoma četvrtog stadija bolesti i smanjenog subjektivnog doživljaja dobrobiti, dok su pacijenti u remisiji navodili bolje dnevno raspoloženje (41).

Treća ljestvica, odnosno skala pozitivnih i negativnih emocija (SPANE) obuhvaća širok raspon negativnih i pozitivnih iskustava, a temelji se na učestalosti osjećaja koje su ispitanici doživjeli tijekom prethodna četiri tjedna, što odražava ravnotežu između točnosti pamćenja i adekvatnosti uzorka. Visoko subjektivno blagostanje snažnije je povezano s učestalošću i trajanjem nego s intenzitetom pozitivnih osjećaja (36). U našoj studiji, medijan pozitivnih osjećaja među ispitanicima iznosi 23, dok je vrijednost medijana negativnih osjećaja 12 te prema ovim rezultatima možemo zaključiti da su kod naših ispitanika bile značajno jače izražene pozitivne emocije. Takav rezultat potkrepljuje i ukupna ocjena ravnoteže osjećaja ljestvice SPANE (u rasponu od - 24 (najnesretniji) do 24 (najsretniji)), što dakako više ukazuje na pozitivna iskustva i emocije pacijenata. Dobiveni rezultati pokazali su se iznenađujućima, posebno u odnosu na provedeno američko istraživanje koje navodi izuzetnu traumu pri dijagnozi i liječenju karcinoma prilikom koje su izraženi negativni osjećaji počevši od tuge, ljutnje i straha pa sve do anksioznosti i depresije (42). Nadalje, studija provedena 2019., od strane Danhauera i suradnika također je pobliže prikazala da se pacijenti oboljeli od karcinoma suočavaju s psihološkim problemima depresije i anksioznosti te je njihova kvaliteta života negativno pogođena, a time zadovoljstvo života smanjeno. Nisko zadovoljstvo životom pacijenata s karcinomom debelog crijeva rezultat je povećanih pesimističnih misli od trenutka spoznaje dijagnoze raka. Kod pacijenata s kolostomom promijenila se percepcija tijela i smanjilo se samopoštovanje te je rezultiralo visokom razinom depresije što pogoduje smanjenju kvalitete života. U toj istoj studiji, kao rezultat poboljšanja kvalitete života, povećalo se zadovoljstvo životom pacijenata nakon uvrštavanja joge kao dnevne aktivnosti (43) što je bilo statistički značajno unatoč činjenici da naše ispitivanje nije obuhvatilo životne navike pacijenata poput joge.

Uvidom u dobivene rezultate, vidljivo je da su ispitanici postigli vrlo visoke rezultate na svim trima ljestvicama subjektivne dobrobiti. Procjenom rezultata naše studije, iznimno visok subjektivni doživljaj dobrobiti može se objasniti demografskom strukturom raspodjele ispitanika prema tome s kim žive i imaju li djecu, pri čemu 87 % navodi da živi u obiteljskoj zajednici, dok čak 89 % pacijenata tvrdi da imaju djecu što zasigurno ima važan utjecaj na zadovoljstvo životom. Značajna korelacija pronađena je u istraživanju Chena i suradnika,

provedenom u Kini 2020. godine, prilikom kojeg je dokazano da 73.17 % pacijenata oboljelih od raka probavnog trakta smatra da ima visoku razinu obiteljske podrške, što im uvelike pomaže pri savladavanju različitih poteškoća tijekom liječenja kao i procesu rehabilitacije. Rezultati ovog istraživanja potvrdili su pretpostavku da pacijenti s visokom razinom obiteljske podrške postižu značajno više rezultate kvalitete života u usporedbi s pacijentima s niskom razinom obiteljske podrške, što ukazuje na to da je visoka razina obiteljske podrške također važan faktor poboljšanja kvalitete života pacijenata oboljelih od probavnih karcinoma (44). Pozitivni i visoki rezultati subjektivnog doživljaja dobrobiti naših ispitanika također su prilično iznenađujući obzirom da je kemoterapija, odnosno liječenje citostaticima najučestalija metoda onkološkog liječenja koja obuhvaća čak 82 % ispitanika studije. Kemoterapija je dokazano velik precipitirajući faktor distresa kao i emocionalnih poteškoća u pacijenata sa kolorektalnim karcinomom te je kod njih dokazano pogoršana kvaliteta života kao i subjektivan osjećaj dobrobiti (45, 46). Ograničenje naše studije može ujedno biti razlog kontradiktornih rezultata. Naime, u našem istraživanju nije ispitan stadij bolesti kao ni ishod kemoterapije stoga moguća uspješna izliječenost objašnjava potencijalan motiv visokog doživljaja dobrobiti i zadovoljstva životom, s obzirom da studija nije upoznata sa brojem pacijenata u aktivnom liječenju.

Upitnikom suočavanja sa stresom ispitaio se način, misli i ponašanje ispitanika koji se nalaze u stresnim situacijama. Čine ga tri domene: suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, te domena izbjegavanje suočavanja. Prema podacima studije koju su proveli Jabbarian i suradnici, 2019. u šest europskih zemalja, ispitanici su postigli niske rezultate u negiranju situacije, odnosno izbjegavanju suočavanja, a visoke rezultate na prihvaćanju problema i usredotočenom rješavanju istog, odnosno suočavanju usmjerenom na problem (29). U našem istraživanju rezultiralo je vrlo sličnim ishodom te je kao takva više izražena domena suočavanja usmjerenog na problem, a najmanje je istaknuta domena izbjegavanja suočavanja. Opsežno istraživanje provedeno u SAD - u, identificiralo je primarne strategije za suočavanje s dijagnozom kolorektalnog karcinoma korištene od strane pacijenata. Bez obzira na početni strah i šok, većina ih je zauzela pozitivan stav te je velik broj pacijenata, potaknutih dijagnozom, odlučilo promijeniti svoj način života, odnosno povećati tjelesnu aktivnost, održavati umjerenu tjelesnu težinu, zdravu prehranu te se redovito podvrgavati liječničkim pregledima (42). U našem istraživanju pacijenti su također uvelike upotrebljavali domenu suočavanja usmjerenog na problem pri čemu je 63 % ispitanika izjavilo da se pretežno usredotočilo na to da učine nešto u vezi sa situacijom u kojoj se nalaze dok ih je 57.4 % pretežno poduzelo nešto da pokušaju popraviti situaciju te time zajedno čine najčešće načine suočavanja

usmjereno na problem kao i aktivan pristup tomu. Takva inicijativa pacijentima pruža osjećaj samopouzdanja i kontrole nad vlastitom situacijom koje rezultira olakšanim suočavanjem (47). Strategija suočavanja usmjerenog na emocije usredotočena je na duhovnost i vjerovanje sudionika da ne mogu kontrolirati dijagnozu te izvještavaju da im je vjera u Boga ključna točka nastavka borbe. Obuhvaćene su fizičke i duhovne aktivnosti poput molitve, meditacije, pridruživanja religijskim grupama, oslanjanje na crkvu za podršku i jačanje vjere u Boga (42). Podudaranost s našim istraživanjem nije zanemariva jer se 64.8 % ispitanika složilo da pronalaze utjehu u svojoj vjeri ili duhovnim uvjerenjima dok je 61.1 % navelo da moli ili meditira što prilično ukazuje na važan aspekt duhovnosti i vjere kao izvora podrške i snage naših pacijenata prilikom borbe s rakom debelog crijeva. U Američkom istraživanju navodi se da je većina pacijenata nastavila neometano obavljati svoje dnevne obaveze. Istaknuli su da zadržavaju zauzet raspored i usredotočuju se na aktivnosti i hobije umjesto na osjećaje o dijagnozi. Mnogi su također izvijestili da se gotovo ništa nije promijenilo unatoč dijagnozi kolorektalnog karcinoma (42). Značajna korelacija pronašla se i u našem istraživanju gdje je 68.5 % ispitanika koristeći strategiju izbjegavanja suočavanja radilo nešto kako bi manje razmišljali o dijagnozi (kino, televizija, čitanje, sanjarenje, spavanje ili kupovina) dok se 57.4 % ispitanika u potpunosti okrenulo poslu ili drugim aktivnostima kako bi skrenuli misli te im je to pružalo odmak od stvarnosti. Najviše ispitanika navodi (93 %) da nimalo nisu koristili alkohol ili druge droge da bi lakše prolazili kroz dijagnozu. Ograničenje naše studije može biti nedovoljna iskrenost prijavljivanja konzumacije alkohola među ispitanicima. Unatoč tome analizom rezultata utvrđeno je da nisu bili skloni izbjegavanju suočavanja kroz štetne navike jer korištenje alkohola kao načina suočavanja ima izuzetno negativne posljedice na psihičko zdravlje pacijenata što se potvrđuje studijom da su simptomi depresije pri dijagnozi značajno povezani sa samoprijavljenim problematičnim konzumiranjem alkohola kod muških pacijenata starije dobi oboljelih od karcinoma glave i vrata (48).

Konačno, u našem radu ispitala se povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama i subjektivno doživljena dobrobit pacijenata karcinomom debelog crijeva. Analizom dobivenih rezultata dokazalo se da je Suočavanje usmjereno na problem u značajnoj, pozitivnoj korelaciji s pozitivnim osjećajima kao i ukupnom ravnotežom osjećaja. Upravo takav ishod može se objasniti uzajamnom povezanošću pri kojoj pozitivni osjećaji subjektivnog doživljaja dobrobiti utječu na motiviranost ispitanika da se okrenu problemu i na taj način suoče sa stresnom situacijom, ali ujedno njihova motiviranost i usredotočenost na problem pridonosi pozitivnijim osjećajima i izravno poboljšava kvalitetu života i subjektivan doživljaj dobrobiti. Rezultate

potkrepljuje provedeno američko istraživanje koje navodi da strategija rješavanja problema pridonosi učinkovitosti poboljšanja raspoloženja u pacijenata s rakom debelog crijeva (49).

6. ZAKLJUČAK

Na osnovu provedenog istraživanja, prikupljenih podataka i dobivenih rezultata može se zaključiti:

- U našem istraživanju, najizraženija domena suočavanja sa stresnom situacijom jest suočavanje usmjereno na problem dok se izbjegavanje suočavanja pokazalo kao najmanje izražen stil suočavanja sa stresnom situacijom.
- Subjektivan doživljaj dobrobiti u naših pacijenata s karcinomom debelog crijeva, trima Dienerovim ljestvicama, naši su ispitanici ocijenili vrlo visoko te rezultati ukazuju na visoku razinu zadovoljstva, pozitivnih osjećaja i prosperiteta.
- Povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti (zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta) u pacijenata s karcinomom debelog crijeva, u naših ispitanika pokazala je pozitivnu kao i statistički značajnu korelaciju stila suočavanja usmjerenog na problem sa pozitivnim osjećajima. Ispitanici koji imaju izraženije pozitivne osjećaje subjektivnog doživljaja dobrobiti motivirani su i usmjereni najvećim dijelom na rješavanje problema te se time značajno uspješnije suočavaju sa stresnim situacijama dok ujedno usmjerenost i motiv savladavanja problema ima izravan utjecaj na poboljšanu kvalitetu života kao i subjektivni doživljaj dobrobiti.

7. SAŽETAK

CILJ ISTRAŽIVANJA: Cilj je procijeniti stilove suočavanja koje pacijenti s rakom debelog crijeva koriste kao odgovor na stresne situacije, procijeniti subjektivan doživljaj dobrobiti kod pacijenata s karcinomom debelog crijeva te istražiti povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti (zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta) u pacijenata s karcinomom debelog crijeva.

NACRT STUDIJE: Presječna studija.

ISPITANICI I METODE: U studiji je sudjelovalo 54 ispitanika oba spola, stariji od 18 godina koji su liječeni od raka debelog crijeva na Zavodu za onkologiju. Pismeno su upoznati s temom istraživanja te su potpisali informirani pristanak za sudjelovanje. Glavne metode provođenja istraživanja su validirani anketni upitnici – Brief - COPE i tri Dienerove ljestvice subjektivne dobrobiti– ljestvica zadovoljstva životom, pozitivnih i negativnih iskustava te prosperiteta.

REZULTATI: Najizraženija domena suočavanja sa stresnom situacijom kojoj se pacijenti okreću jest suočavanje usmjereno na problem. Subjektivan doživljaj dobrobiti procijenjen trima Dienerovim ljestvicama ocijenjen je značajno visokim. Povezanost stilova suočavanja sa stresnim situacijama sa subjektivnim doživljajem dobrobiti pokazuje korelaciju stila suočavanja usmjerenog na problem sa pozitivnim osjećajima.

ZAKLJUČAK: Dokazano je da je stil suočavanja povezan sa subjektivnom dobrobiti pacijenta. Suočavanje usmjereno na problem, najizraženiji je stil suočavanja sa stresom u našoj studiji te je u pozitivnoj vezi s pozitivnim osjećajima. Ispitanici pozitivnih osjećaja subjektivnog doživljaja dobrobiti fokusirani su na rješavanje problema te se uspješnije suočavaju sa stresnim situacijama dok ujedno fokusiranost na savladavanje problema ima neposredan utjecaj na poboljšan subjektivni doživljaj dobrobiti.

KLJUČNE RIJEČI: Brief - COPE; rak debelog crijeva; suočavanje sa stresnim situacijama;

8. SUMMARY

The connection between styles of coping with stressful situations and the subjective experience of well - being in patients with colon cancer

RESEARCH OBJECTIVES: The aim of the research was to assess the coping styles used by patients with colorectal cancer in response to stressful situations, evaluate the subjective well-being experienced by patients with colorectal cancer, and explore the association between coping styles and subjective well - being (life satisfaction, positive and negative experiences, and flourishing) in patients with colorectal cancer.

STUDY DESIGN: Cross - sectional study.

SUBJECTS AND METHODS: The study involved 54 participants of both sexes, aged 18 years and older, who were being treated for colorectal cancer at the Oncology Department. They were provided with written information about the research topic and signed an informed consent form to participate. The main research methods included validated questionnaires - Brief COPE and three Diener's scales of subjective well - being: life satisfaction, positive and negative experiences, and flourishing.

RESULTS: It was found that problem - focused coping was the most dominant coping style in our patients, and significantly and positively associated with positive emotions. The subjective well - being assessed using the three Diener's scales was significantly high. The correlation between coping styles and subjective well - being demonstrated that problem - focused coping correlated with positive emotions.

CONCLUSION: The most dominant coping domain among the patients was problem - focused coping. Participants with positive emotions and subjective well - being were more focused on problem - solving and showed better resilience to stressful situations, with the focus on problem - solving having a direct impact on improved subjective well - being.

KEYWORDS: Brief - COPE; Colorectal cancer; Coping with stressful situation;

9. LITERATURA

1. Mattiuzzi C, Sanchis-Gomar F, Lippi G. Concise update on colorectal cancer epidemiology. *Ann Transl Med.* 2019;7(21):609–609.
2. Cancer.org. [cited 2023 Jun 12]. Dostupno na adresi: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer>.
3. Biller LH, Schrag D. Diagnosis and treatment of metastatic colorectal cancer: A review. *JAMA.* 2021;325(7):669.
4. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(3):145–64.
5. Shah SC, Itzkowitz SH. Colorectal cancer in inflammatory bowel disease: Mechanisms and management. *Gastroenterology.* 2022;162(3):715-730.e3.
6. Thanikachalam K, Khan G. Colorectal cancer and nutrition. *Nutrients.* 2019;11(1):164.
7. Lu L, Mullins CS, Schafmayer C, Zeißig S, Linnebacher M. A global assessment of recent trends in gastrointestinal cancer and lifestyle-associated risk factors. *Cancer Commun (Lond).* 2021;41(11):1137–51.
8. Kanth P, Inadomi JM. Screening and prevention of colorectal cancer. *BMJ.* 2021;374:n1855.
9. Rösch T, Altenhofen L, Kretschmann J, Hagen B, Brenner H, Pox C, et al. Risk of malignancy in adenomas detected during screening colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16(11):1754–61.
10. Ladabaum U, Dominitz JA, Kahi C, Schoen RE. Strategies for colorectal cancer screening. *Gastroenterology.* 2020;158(2):418–32.
11. Hu H, Gong X, Xu K, Luo S, Gao W, Li B, et al. Risk factor analysis of malignant adenomas detected during colonoscopy. *Front Med (Lausanne).* 2023;10.
12. Eickhoff A, Hartmann D, Jakobs R, Schilling D, Adamek H, Kohler B, et al. Vorsorge und Screening beim kolorektalen Karzinom. *Dtsch Med Wochenschr.* 2018;143(02):115–22.
13. Stoffel EM, Murphy CC. Epidemiology and mechanisms of the increasing incidence of colon and rectal cancers in young adults. *Gastroenterology.* 2020;158(2):341–53.
14. Weinberg BA, Marshall JL. Colon cancer in young adults: Trends and their implications. *Curr Oncol Rep.* 2019;21(1).

15. The Lancet Gastroenterology & Hepatology. Colorectal cancer screening: is earlier better? *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(8):519.
16. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet.* 2019;394(10207):1467–80.
17. Kolligs FT. Diagnostics and epidemiology of colorectal cancer. *Visc Med.* 2016;32(3):158–64.
18. Spada C, Hassan C, Bellini D, Burling D, Cappello G, Carretero C, et al. Imaging alternatives to colonoscopy: CT colonography and colon capsule. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) Guideline – Update 2020. *Eur Radiol.* 2021;31(5):2967–82.
19. Mahmoud NN. Colorectal cancer. *Surg Oncol Clin N Am.* 2022;31(2):127–41.
20. Johdi NA, Sukor NF. Colorectal Cancer Immunotherapy: Options and Strategies. *Front Immunol.* 2020;11.
21. Fabregas JC, Ramnarain B, George TJ. Clinical updates for colon cancer care in 2022. *Clin Colorectal Cancer.* 2022;21(3):198–203.
22. Chen H, Luo J, Guo J. Development and validation of a five-immune gene prognostic risk model in colon cancer. *BMC Cancer.* 2020;20(1).
23. Coupez D, Hulo P, Touchefeu Y, Bossard C, Bennouna J. Pembrolizumab for the treatment of colorectal cancer. *Expert Opin Biol Ther.* 2020;20(3):219–26.
24. André T, Shiu K-K, Kim TW, Jensen BV, Jensen LH, Punt C, et al. Pembrolizumab in microsatellite-instability–high advanced colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2020;383(23):2207–18.
25. Grassi L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29(e89).
26. Maravic Z, Rawicka I, Benedict A, Wyrwicz L, Horvath A, Fotaki V, et al. A European survey on the insights of patients living with metastatic colorectal cancer: the patient journey before, during and after diagnosis - an Eastern European perspective. *ESMO Open.* 2020;5(5):e000850.
27. Yoon J, Jeong D, Son H. Types of social support that colorectal cancer survivors need by treatment phase: A text-mining analysis. *Cancer Nurs.* 2022;Publish Ahead of Print.

28. Wan SW, Chong CS, Jee XP, Pikkarainen M, He H-G. Perioperative experiences and needs of patients who undergo colorectal cancer surgery and their family caregivers: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2022;30(6):5401–10.
29. Jabbarian LJ, Korfage IJ, Červ B, Delden JJM, Deliëns L, Miccinesi G, et al. Coping strategies of patients with advanced lung or colorectal cancer in six European countries: Insights from the ACTION Study. *Psychooncology*. 2020;29(2):347–55.
30. García-García T, Carmona-Bayonas A, Jimenez-Fonseca P, Jara C, Beato C, Castelo B, et al. Biopsychosocial and clinical characteristics in patients with resected breast and colon cancer at the beginning and end of adjuvant treatment. *BMC Cancer*. 2019;19(1).
31. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;29:60–70.
32. Dekker J, Karchoud J, Braamse AMJ, Buiting H, Konings IRHM, van Linde ME, et al. Clinical management of emotions in patients with cancer: introducing the approach “emotional support and case finding.” *Transl Behav Med*. 2020;
33. Caruso R, Breitbart W. Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29(e86).
34. Carver CS. You want to measure coping but your protocol’s too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92–100.
35. Diener, Emmons, Larsen, Griffin. Satisfaction with life scale (SWLS). In: *A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires*. Psychology Press; 2020. p. 658–60.
36. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D, Oishi S, et al. New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*. 2009;39:247–66.
37. Cancer.org. [cited 2023 Jun 20]. Dostupno na adresi:
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2020-2022.pdf>
38. Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, Smith RA, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(3):233–54.

39. Steele SR, Park GE, Johnson EK, Martin MJ, Stojadinovic A, Maykel JA, et al. The impact of age on colorectal cancer incidence, treatment, and outcomes in an equal-access health care system. *Dis Colon Rectum*. 2014 [cited 2023 Jun 20];57(3):303–10.
40. Harris A, Li J, Atchison K, Harrison C, Hall D, VanderWeele T, et al. Flourishing in head and neck cancer survivors. *Cancer Med*. 2022;11(13):2561–75.
41. Graham J, Spiliopoulou P, Arbuckle R, Bridge J-A, Cassidy J. A pilot study of subjective well-being in colorectal cancer patients and their caregivers. *Patient Relat Outcome Meas*. 2017;8:111–9.
42. Asiedu GB, Eustace RW, Eton DT, Radecki Breitkopf C. Coping with colorectal cancer: a qualitative exploration with patients and their family members. *Fam Pract*. 2014;31(5):598–606.
43. Danhauer SC, Addington EL, Cohen L, Sohl SJ, Van Puymbroeck M, Albinati NK, et al. Yoga for symptom management in oncology: A review of the evidence base and future directions for research. *Cancer*. 2019;125(12):1979–89.
44. Wang M-M, Chen D-M, Zhang O, He Y, Zhou X-L, Cai Y, et al. Effect of family support on quality of postoperative life in patients with digestive cancer. *Ann Palliat Med*. 2020;9(4):2072–8.
45. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, et al. Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):6938.
46. Rohde G, Kersten C, Vistad I, Mesel T. Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy: A qualitative study. *Cancer Nurs*. 2017;40(3):209–16.
47. Katz MR, Rodin G, Devins GM. Self-esteem and cancer: theory and research. *Can J Psychiatry*. 1995;40(10):608–15.
48. Howren MB, Christensen AJ, Adamowicz JL, Seaman A, Wardyn S, Pagedar NA. Problem alcohol use among rural head and neck cancer patients at diagnosis: Associations with health-related quality of life. *Psychooncology*. 2021;30(5):708–15.
49. Noyes K, Zapf AL, Depner RM, Flores T, Huston A, Rashid HH, et al. Problem-solving skills training in adult cancer survivors: Bright IDEAS-AC pilot study. *Cancer Treat Res Commun*. 2022;31(100552):100552.

10. ŽIVOTOPIS

Ena Botić
Medicinski fakultet Osijek
Josipa Huttlera 4
31000 Osijek
ena.botic98@gmail.com

DATUM I MJESTO ROĐENJA:

1.5.1998. Vinkovci

ADRESA: Splitska 21, 32100, Vinkovci

Tel: +385 99 6487 550

ena.botic98@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2017.- 2023. Medicinski fakultet Osijek

2013.- 2017. Gimnazija Matije Antuna Reljkovića Vinkovci

2005.- 2013. Osnovna škola Josipa Kozarca Vinkovci

2019.- 2020. članica studentskog zbora Medicinskog fakulteta u Osijeku