

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Diplomski studij Sestrinstvo

Suzana Stojković

**KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA S
MALIGNOM BOLESTI**

Diplomski rad

Osijek, 2016.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Diplomski studij Sestrinstvo

Suzana Stojković

**KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA S
MALIGNOM BOLESTI**

Diplomski rad

Osijek, 2016.

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

Mentor rada: doc.dr.sc. Nada Prlić

Rad sadrži listova 44, tablica 13.

Zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Nadi Prlić na velikom razumijevanju, susretljivosti, znanju i stručnosti te sugestijama pri izradi diplomskog rada. Hvala svim ispitanicima koji su sudjelovali u istraživanju. Zahvaljujem se svim kolegicama na Zavodu za radioterapijsku onkologiju, te se najtoplije zahvaljujem svojoj obitelji.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Kvaliteta života.....	1
1.2. Kvaliteta života i zdravstvena njega.....	3
1.3. Kvaliteta života i maligna bolest	4
1.4. Maligna bolest	5
1.4.1. Etiologija maligne bolesti	5
1.4.2. Epidemiologija maligne bolesti	6
1.4.2.1. Epidemiologija maligne bolesti u Hrvatskoj	7
1.4.3. Prevencija i rana dijagnostika.....	8
1.4.4. Sadržaji potpore.....	8
1.4.5. Multidisciplinarni pristup liječenju raka	9
2. HIPOTEZA	10
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	11
4. ISPITANICI I METODE	12
4.1. Ispitanici	12
4.2. Metode	12
4.3. Statistička obrada podataka	13
4.4. Etička načela.....	13
5. REZULTATI	14
5.1. Osnovna obilježja ispitanika.....	14
5.2 Tjelesno zdravlje	15
5.3. Društveno/obiteljski odnosi.....	15
5.4. Emocionalno stanje	16
5.5. Funkcionalno stanje.....	17
5.6. Razlike u kvaliteti života prema obilježjima ispitanika	18

6. RASPRAVA	26
7. ZAKLJUČCI	30
8. SAŽETAK	31
9. SUMMARY	32
10. LITERATURA	33
11. ŽIVOTOPIS	36
12. PRILOZI	37

1. UVOD

1.1 Kvaliteta života

Kvaliteta života iznimno je složen koncept kojim se bave različite znanstvene discipline. S obzirom na slojevitost i brojnost perspektiva kroz koje se o pojmu promišlja, gotovo ga je nemoguće jednoznačno definirati (1).

Definicije kvalitete života razlikuju se, kao i načini kojima se ona procjenjuje. Raphael i sur. navode kako i metoda procjene može utjecati na definiranje kvalitete života. Tako, na primjer, medicinski pristup će naglašavati utjecaj bolesti i teškoća na kvalitetu života, dok će se pristup usmjeren na zdravlje fokusirati na zdravlje i sposobnosti koje su nužne u svakodnevnom životu (2). Istraživači se, međutim, slažu da je koncept kvalitete života multidimenzionalan i subjektivan (3).

Neki znanstvenici polaze od toga da se ocjena kvalitete vlastitog života događa po vrlo subjektivnim kriterijima. Drugi govore o tome da je ocjena kvalitete života pojedinca u velikoj mjeri ovisna o individualnom temperamentu (4). Pojam kvalitete života kod svakog pojedinca odnosi se na doživljaj zadovoljstva načinom života, njegovim tijekom i uvjetima, perspektivom, mogućnostima i ograničenjima (5).

Kada je riječ o domaćim autorima, Krizmanić i Kolesarić navode kako je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva (4). Kao i bilo koji drugi stav, kvaliteta života uključuje kognitivnu i afektivnu evaluaciju objekta stava, pri čemu zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu (6).

Autori Felce i Perry definirajući kvalitetu života kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, zajedno s osobnim razvojem i svrhovitom aktivnošću, a sve vrednovano kroz osobni skup vrijednosti određene osobe. Subjektivni nasuprot objektivnim pokazateljima kvalitete života. Po pitanju povezanosti objektivnih i subjektivnih pokazatelja, opažena je slaba povezanost između čovjekovog subjektivnog osjećaja zadovoljstva životom kao i vlastite procjene kvalitete života i objektivnih životnih uvjeta (7). Značajna povezanost subjektivnih i objektivnih pokazatelja nalazi se u situacijama siromaštva i bijede, kada čovjekove osnovne životne potrebe nisu zadovoljene. Obje vrste pokazatelja smatraju se jednakovrijednim mjerama u proučavanju koncepta kvalitete života. Govoreći o životu u razvijenim zemljama

neki autori kažu da “Ljudi u 90-ima su, u prosjeku, četiri i pol puta bogatiji nego njihovi prapradjedovi s početka 20 stoljeća, ali nisu četiri i pol puta sretniji“ (8).

Calman navodi da se kvaliteta života odražava u razlici između želja i očekivanja pojedinca i njegovog stvarnog iskustva. Prema tome kvaliteta života pojedinca ovisi o osobnom prethodnom iskustvu, sadašnjem stilu života te nadama i ambicijama za budućnost. Na osnovi analize brojnih studija i definicija kvalitete života Cummins utvrđuje da se u većini istraživanja javlja sedam osnovnih područja: zdravlje, emocionalna dobrobit, materijalno blagostanje, bliski odnosi s drugim ljudima, produktivnost, društvena zajednica i sigurnost (6).

Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQOL) razlikuje se od šireg koncepta kvalitete života i definira se kao: a) stanje dobrobiti (eng. *well-being*) koje se sastoji od dvije komponente: sposobnosti da se obavljaju aktivnosti svakodnevnog života koje se odnose na tjelesnu, psihološku i socijalnu dobrobit i pacijentovo zadovoljstvo stupnjem funkcioniranja i kontrole bolesti, b) individualno zadovoljstvo životom i opći osjećaj osobne dobrobiti i c) subjektivna procjena dobrih i zadovoljavajućih karakteristika života u cjelini (1). Ispitanici koji su imali neko kronično oboljenje, među faktore koji, kao posljedica bolesti utječu na njihov život, naveli su: bol, umor/manjak energije, smanjenje aktivnosti društvenoga života i slobodnog vremena i smanjena poslovna sposobnost (9).

Cella i Tulskey navode četiri osnovne dimenzije kvalitete života: tjelesna, poslovna, emocionalna i socijalna dobrobit (10). I druga područja uključena su u koncept kvalitete života temeljene na zdravlju, kao što su postojanje simptoma i nuspojava tretmana, zadovoljstvo provedenim tretmanom, emocionalni distres, osobna financijska situacija, provođenje aktivnosti slobodnog vremena, obiteljski život, uključujući intimnost i seksualnost. Neka istraživanja kvalitete života temeljena na zdravlju u općoj populaciji pokazala su da žene općenito imaju lošiji funkcionalni status, lošiju opću kvalitetu života i više simptoma od muškaraca (2). Pacijenti kojima je dijagnosticiran rak, često doživljavaju smanjenje kvalitete života, koja je promjenjiva no oboljeli se mogu prilagoditi životu s rakom (9). Danas, kao i nekada, živimo u četiri vrste okoline kojima smo okruženi. To su biološka, fizikalna, kemijska i socijalna okolina. Upravo socijalna okolina izravno i neizravno sudjeluje u pogoršanju zdravlja, povećavanjem obolijevanja ljudi uključujući i izrazito povećanje malignih bolesti. Halauk navodi da danas evidentiramo i petu okolinu, ona je produžetak socijalne okoline, uključuje nove odrednice i zovemo ju psihosocijalna okolina (11).

Dva su osnovna pristupa mjerenju kvalitete života. Jednodimenzionalan pristup podrazumijeva mjerenje kvalitete života u cjelini, drugi pristup kvalitetu života promatra kao složenu konstrukciju diskretnih domena (12).

Koliko ćemo biti nesretni i manje kvalitetno živjeti zbog svoje kronične bolesti ili s navedenim posljedicama, ne ovisi o tome koliko smo stvarno bolesni ili hendikepirani, nego i o tome kako osobno doživljavamo svoju "bolest". Terapijski se učinci u liječenju bolesnika danas više ne bi smjeli uspoređivati i evaluirati samo na temelju poboljšanja laboratorijskih nalaza i preživljavanja bolesnika, već i na temelju poboljšavanja njegove kvalitete življenja (11).

1.2 Kvaliteta života i zdravstvena njega

Medicinski pojam kvalitete života može se odrediti kao mogućnost čovjeka da nakon medicinske intervencije živi što sličnije fizički, mentalno i socijalno, životu prije intervencije, odnosno prije bolesti. World Health Organization (WHO) formirala je skupinu za ispitivanje kvalitete života koja kvalitetu života definira kao percepciju uloge pojedinca u kontekstu kulture i vrijednosti u kojima živi te u odnosu na ciljeve, očekivanja, standarde i brige (13). Pružajući zdravstvenu njegu medicinska sestra treba imati na umu da kvaliteta života ovisi o subjektivnoj procjeni pojedinca, znači da je individualna i ne može se izravno vezivati s bolešću od koje osoba boluje (13).

Ulazeći u suštinu ključnih indikatora kvalitete življenja Felce i Perry definiraju tri dimenzije koje su u interakciji: objektivni životni pokazatelji tj. životno stanje pojedinca; subjektivni osjećaj dobrobiti ili blagostanja; osobne vrijednosti i sklonosti. Svaka od ovih dimenzija promatra se u odnosu na fizičku, materijalnu i socijalnu dobrobit, osobni razvoj, stupanj aktivacije te emocionalnu dobrobit, a sve u povezanosti s vanjskim utjecajima (14).

Prema podjeli Felce i Perry *Fizička dobrobit* obuhvaća zdravlje, pokretljivost i osobnu sigurnost. Kondicija i pokretljivost povezane su s fizičkim sposobnostima.

Materijalna dobrobit uključuje financije i prihode, različite aspekte kvalitete životnog prostora, egzistencijalnu sigurnost, tj. sve aspekte koji su važni većini članova zajednice.

Socijalna dobrobit obuhvaća kvalitetu i opseg interpersonalnih odnosa unutar stanovanja i domaćinstva, s obitelji i rodbinom, prijateljima i poznanicima; te društvenu uključenost, tj. ostvarene društvene aktivnosti i stupanj prihvaćenosti ili podrške od strane okoline.

Osobni razvoj i stupanj aktivacije su područja koja se odnose na stjecanje i upotrebu vještina svakidašnjeg života. Ono može biti izraženo kroz različite funkcionalne aktivnosti u područjima kao što su dom, posao, slobodno vrijeme i obrazovanje.

Emocionalna dobrobit objedinjuje čuvstveno i mentalno stanje, ispunjenost, razinu stresa, samopouzdanje i samopoštovanje, seksualnost i religijska vjerovanja (15). Renwick i Brown navode da kao rezultat utjecaja svih dimenzija kvalitete života pojedinci i okruženja u kojima oni žive tijekom vremena utječu jedni na druge i uzajamno se mijenjaju (14). Znakovito je da Brown i Brown, za razliku od velike većine drugih, neophodan značaj pridaju dimenzijama duhovnosti i društvene pripadnosti (16).

Istraživači s psihološkog stajališta područje zadovoljstva životom shvaćaju kao kognitivnu komponentu subjektivnog blagostanja. Istraživanja pokazuju da kognitivna i subjektivna komponenta koreliraju od 0,25 do 0,5. Bolest je nedvojbeno jedan od vanjskih čimbenika koji negativno utječe na život pojedinca, tu su prisutni i posredni učinci, kao što su promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl. (17).

1.3 Kvaliteta života i maligna bolest

Unatoč velikim iskoracima u liječenju malignih bolesti, tijekom bolesti, liječenje i psihološki izazovi negativno utječu na kvalitetu života (18).

Zdravstveni status važan je element kvalitete života. Jedan od indikatora zdravstvenog statusa jest samoprocjena zdravlja. (19). Primanje same dijagnoze maligne bolesti je stresno. Osim prekomjernog fizičkog stresa uzrokovanog bolesti i njegovim liječenjem, mnogi pacijenti iskuse psihološki stres i brigu o dijagnozi i prognozi, zahtijevajućim tretmanima, odlukama o liječenju i prekidu uobičajenih životnih funkcija i uloga. Nedavna studija provedena u SAD-u pokazuje da dugoročno preživljenje raka povećava ozbiljne psihološke poteškoće među onima koji su bili bez bolesti ili imali petogodišnje preživljenje od maligne bolesti u odnosu na opću populaciju (20).

Znatan napredak postignut je u otkrivanju i liječenju raka. Rezultat je povećanje životnog vijeka pa se za mnoge pogođene pojedince vodi kao kronična bolest. Mnoga istraživanja ukazuju na to da pacijenti pate od značajne i dugoročne psihološke boli kao posljedica dijagnostike i

liječenja raznih karcinoma. Pokazano je, da je 33 % pojedinaca s dijagnozom raka iskusilo psihološku bol, a do 70 % njih iskusilo je neki stupanj tjeskobe i depresije (21).

Kvaliteta života označava stanje „zadovoljstva i harmonije u vlastitu duševnom i društvenom svijetu“ (22).

Bez obzira na liječenje, promjene fizičkog i emocionalnog integriteta nemir, bol, promjene izgleda, ovisnost i gubitak samopouzdanja iskazuju se kod tih pojedinaca, s posljedicom smanjenja kvalitete života u kratkom vremenu (23).

Ljudi koji žive s malignom bolesti imaju veći rizik za razvoj različitih psihičkih problema. Istraživanja pokazuju da takvi bolesnici pate ne samo od fizičkih simptoma bolesti, nego i od psihološkog i društvenog stresa koji je povezan s dijagnozom(24). Istraživanja govore da osim straha od umiranja, pacijenti se osjećaju ugroženi intervencijama, poput kemo ili radio-terapije, brinu o gubljenju njihova tjelesnog integriteta, neovisnosti i društvenih uloga (24).

Jedan od ciljeva medicine koji tradicionalno dominiraju pri liječenju jest produljenje života. Kako su uspjesi u tom smjeru sve veći, postaje jasno da je takav cilj nedostatan, medicina mora nastojati ne samo dodati godine života već pomoći da se tim dodanim godinama osigura kvaliteta življenja koja će biti prihvatljiva i dostojna čovjeka (23).

1.4 Maligna bolest

Maligna bolest može dovesti do većih promjena životnog stila, može uzrokovati ozbiljne poremećaje u normalnom funkcioniranju osobe u životu, počevši od bolesti do teških financijskih kriza (22).

1.4.1 Etiologija maligne bolesti

Već ranih 50 - ih godina ovog stoljeća, s razvojem citogenetike, uočene su promjene broja i izgleda kromosoma u tkivu i krvi oboljelih od raka (25). Danas se smatra da zloćudna stanica nastaje akumulacijom brojnih oštećenja koja su zbog nekog razloga izbjegla stanične mehanizme popravka oštećenja i dovela do zloćudne preobrazbe. Na većinu izloženosti čimbenicima rizika može se utjecati ispravnim životnim navikama i različitim društvenim mjerama te tako smanjiti rizik za pobol od raka (25).

Čimbenici rizika dijele se na:

- *čimbenike povezane sa stilom života*: pušenje duhana, pasivno pušenje, konzumacija alkohola, neadekvatne prehrabene navike, izmijenjen seksualni obrazac...
- *okolišni čimbenici*: sunčevo zračenje, radon, aflatoksin, ...
- *čimbenici povezani s profesionalnom izloženošću* (dioksin, azbest, etilvinil-klorid, nikal, arsen), biološki čimbenici (Epstein-Barrov virus (EBV), virus hepatitisa B, virus hepatitisa C, HIV tipa 1, humani papilomavirus HPV tipovi 16 i 18, humani virus T - staničnog limfoma tipa 1 (HTLV - 1), *H.pylori* (26).

Činjenica da su promjene gena uključene u nastanak i razvoj raka ne znači nužno da je rak nasljedna bolest. Prema današnjim saznanjima svega 5 – 10 % svih tumora pripada u kategoriju nasljednih (24).

1.4.2 Epidemiologija maligne bolesti

Maligna bolest u čovjeka prvi put se spominje prije 5300 - 4500 godina. Maligna bolest nije jedna nego više od 200 različitih bolesti svaka sa svojim posebnim uzrocima. Epidemiologija zloćudnih novotvorina (raka) u svom suvremenom obliku počinje 1950. godine, objavljivanjem rezultata istraživanja o raku pluća i pušenju (24).

Činjenica kako se incidencija malignih bolesti razlikuje diljem svijeta, te se mijenja tijekom vremena, a useljenici u nekoj zemlji poprime određene okolišne čimbenike rizika zemlje u koju su se doselili, dovodi do zaključka da je rak dijelom posljedica djelovanja različitih okolišnih čimbenika. Riječ je o fizikalnim, kemijskim i biološkim čimbenicima iz okoliša, profesionalnoj izloženosti, sociokulturnim navikama (način prehrane, pušenje duhana...) (25).

Rak je u svjetskim razmjerima vodeći javnoznanstveni problem. U razvijenim zemljama on je po učestalosti drugi uzrok smrti, nakon kardiovaskularnih bolesti. Prema najnovijim međunarodnim podacima godišnje se otkrije 12,7 milijuna novih slučajeva, 7,6 milijuna ljudi umre od raka, a 28,0 milijuna ljudi živi s rakom unutar 5 godina od postavljanja dijagnoze.

Najučestaliji je rak pluća (1,61 milijuna oboljelih), rak dojke (1,38 milijuna) i kolorektalni rak (1,24 milijuna). Vodeći uzročnik smrtnosti jest rak pluća (1,38 milijuna) zatim rak želudca (737 000 smrti) te rak jetre (695 000 smrti). U razvijenim zemljama međutim, rak pluća pokazuje tendenciju smanjenja, što se može pripisati smanjenoj incidenciji pušenja (25). U žena je na prvom mjestu po incidenciji i mortalitetu rak dojke. Na drugom je mjestu rak vrata maternice,

koji u većini zemalja pokazuje tendenciju smanjenja učestalosti. To se može pripisati promjenama u izloženosti štetnim čimbenicima te ranom otkrivanju (25).

Smatra se da na karcinom bronha otpada > 90 % od svih plućnih tumora. To je drugi rak po učestalosti u muškaraca (13 %) i treći najčešći rak u žena (13 %). Vodeći je uzrok smrti među muškarcima (32 %) i ženama (25 %), a čini se da njegova incidencija raste brže među ženama. Najčešći je u životnoj dobi između 45 i 70 god. (26).

Adenokarcinom želuca čini 95 % malignih tumora želuca. Učestalost raka želuca razlikuje se širom svijeta; npr. krajnje je visoka u Japanu, Čileu i na Islandu. U SAD-u rak želuca je najčešći kod stanovnika na sjeveru, ali se njegova incidencija snizila na oko 8/100 000 što ga čini sedmim najčešćim uzrokom smrti od raka. U Japanu je incidencija također u padu, rak želuca je još uvijek najčešća maligna bolest (26).

Incidencija kolorektalnog raka raste, ali je u razvijenom svijetu zamijećen pad mortaliteta, što se također pripisuje ranom otkrivanju i uspješnom liječenju. Incidencija leukemije i limfoma se ne mijenja, ali se mortalitet smanjuje, što je posljedica napretka u liječenju (25).

Kod raka prostate incidencija raste, a mortalitet se ne mijenja što je rezultat otkrivanja bolesti u starijih asimptomatskih bolesnika u ranom stadiju. Učestalost raka jajnika u nekim se zemljama povećava, a u nekima smanjuje. U Europi raste učestalost melanoma. Smanjuje se smrtnost od raka testisa unatoč porastu incidencije, vjerojatno zbog napretka u liječenju. Smatra se da svaki treći stanovnik Europe tijekom života oboli od raka, a četvrtina ih od raka i umre (24).

1.4.2.1. Epidemiologija maligne bolesti u Hrvatskoj

Podatci o epidemiologiji raka prikupljaju se u Registru za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i objavljuju se u redovitim biltenima, koji je osnovan 1959. godine radi prikupljanja, obrade i analize podataka o incidenciji raka.

Rak je drugi najznačajniji uzrok smrti u Hrvatskoj, od kojeg umire svaki četvrti stanovnik. U 2013. godini umrlo je zbog raka 13 788 osoba, 7 888 muškaraca i 5 900 žena. Ukupne stope mortaliteta od raka bile su 321,8 / 100 000, odnosno 381,7 / 100 000 za muškarce i 265,9 / 100 000 za žene. I stope incidencije i stope smrtnosti više su u muškaraca, nego u žena. Broj novih slučajeva raka prema 15 najučestalijih primarnih sijela u Osječko - baranjskoj županiji u 2013.god. za muškarce iznosila je 694 / 100 000, a za žene 607 / 100 000 (27).

Stopa incidencije raka prema 15 najučestalijih primarnih sijela u Osječko - Baranjskoj županiji u 2013. god. iznosila je za muškarce 472,5 / 100 000 i za žene 383,8 / 100 000. Stope incidencije raka u Hrvatskoj su u porastu (27).

Pet najčešćih sijela u muškaraca 2013. godine, koji čine ukupno (57 %) u incidenciji su: traheja, bronhi i pluća (18 %), prostata (15 %), kolon (10 %), mokraćni mjehur (7 %) i rektum i rektosigma (7 %).

Pet najčešćih sijela u žena su: dojka (26 %), kolon (8 %), traheja, bronhi i pluća (7 %), tijelo maternice (6 %) i rektum i rektosigma (5 %). Tih pet sijela sudjeluje s (52 %) u ukupnoj incidenciji raka u žena. Rak debelog crijeva (kolon i rektum zajedno) dolazi na drugo mjesto kod muškaraca s udjelom u incidenciji od (16 %), a kod žena udjelom od (13 %). U usporedbi s ostalim zemljama Europe, Hrvatska je zemlja srednje incidencije, no visokog mortaliteta od raka (28).

1.4.3 Prevencija i rana dijagnostika

Primarna prevencija malignih bolesti obuhvaća sve mjere koje sprječavaju nastanak raka. Veći broj malignih bolesti mogu se spriječiti, i sve mjere primarne prevencije se odnose na faktore rizika koji se mogu izmijeniti (npr., navika pušenja, nezdrav način prehrane, prisustvo karcinogena na radnom mjestu i u životnoj sredini). Skoro dvije trećine svih umrlih od raka dovodi se u vezu s četiri rizična faktora koji se mogu modificirati: pušenjem, nezdravom prehranom, gojaznošću i fizičkom neaktivnošću (25).

Sekundarna prevencija raka znači otkrivanje bolesti u njezinu najranijem stadiju. Tu svakako spada probir (*screening*) aktivno traženje oboljelih među asptomatskim pojedincima i/ili naizgled zdravom populacijom (25).

Tercijarna prevencija raka je specifična jer svaki bolesnik proživljava svoju bolest raka na svoj način. Način bitno ovisi o osobnosti bolesnika i o njegovom životnom iskustvu, o težini kliničke slike i tijeku bolesti, ali važan je također i udio onih koji mu pomažu (25).

1.4.4. Sadržaji potpore

Potpore je jedinstven proces, pomoć jednoga ili nekoliko ljudi svome bližnjem. Za uspjeh je važno da potpora obuhvati sve aspekte života važne za bolesnika.

Medicinska potpora bolesnicima radi smanjenja boli, funkcionalnih smetnji i općeg slabog stanja. Naglašena je važnost kontinuiranog praćenja i usklađivanja različitih aktivnosti (26).

Psihološka potpora je održavanje duhovnih vrednota i sadržaja, te pomoć u svladavanju psihičkih kriza zbog žalovanja za životom, poteškoćama u komunikacijama, zatim problemi sa suradnicima u poslu koji također žele pomoći, rješavanje bračnih problema (uključujući tu i često zapostavljene seksualne smetnje), smetnje u vezi s promijenjenim izgledom nakon mutilirajućih operacija itd.

Socijalna potpora zadovoljavanje potrebe za bliskom pomoći u teškoćama uklapanje u normalne odnose vlastite „socijalne mreže“, održavanje društvenih funkcija i potpora ljudskog dostojanstva (26).

1.4.5. Multidisciplinarni pristup liječenju raka

Multidisciplinarni pristup liječenju raka uključuje integrirani pristup zdravstvene zaštite u kojemu medicinski i srodni stručnjaci razmatraju sve relevantne mogućnosti liječenja bolesnika s rakom te razvijaju individualne planove za liječenje pojedinačnog bolesnika.

Svaki član u timu savjetuje plan liječenja prema svojem području stručnosti tako da su odgovornosti podjednako podijeljene među članovima tima. Veliku ulogu u odabiru najbolje opcije liječenja ima i želja samog bolesnika, kao i postojanje komorbiditeta, posebice u bolesnika starije životne dobi. Stručnjaci u timu su: izabrani liječnik opće prakse, radiolog, internist, neurolog, patolog, citolog, kirurg-onkolog, psihijatar ili psiholog, onkolog, medicinska sestra, fizioterapeut, nutricionist.

Svrha je multidisciplinarnog tima udružiti stručna znanja, vještine i iskustva svakog pojedinog člana tima kako bi se time osigurale najbolja moguća njega i skrb (26).

2. HIPOTEZA

Bolesnici s malignom bolesti imaju lošiju opću kvalitetu života, lošije tjelesno, socijalno, poslovno i emocionalno funkcioniranje. Postoji povezanost kvalitete života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na vrstu bolesti, dob, spol, materijalno stanje, bračno stanje i obrazovanje.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Glavni je cilj ovog istraživanja ispitati kvalitetu života bolesnika s malignom bolesti.

Specifični su ciljevi usmjereni na sljedeća pitanja:

- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na vrstu maligne bolesti
- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na dob bolesnika
- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na spol
- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na stupanj obrazovanja
- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na bračni status
- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na materijalno stanje
- ispitati postoji li razlika u kvaliteti života bolesnika s malignom bolesti s obzirom na mjesto liječenja (dnevna bolnica, stacionar)

4. ISPITANICI I METODE

4.1 Ispitanici

Ispitanici su bili bolesnici oboljeli od maligne bolesti liječeni stacionarno i u dnevnoj bolnici na Zavodu za radioterapijsku onkologiju, Kliničkog bolničkog centra Osijek.

U istraživanju je sudjelovalo 105 ispitanika od kojih je 71 liječen u dnevnoj bolnici, a 34 je odjelnih pacijenata. Istraživanje je provedeno od 18. kolovoza do 30. listopada 2015. godine.

4.2 Metode

Kao instrument istraživanja upotrijebljen je anketni upitnik koji je sadržavao demografske podatke (dob, spol, razinu obrazovanja, bolest, bračno stanje, materijalno stanje), a za samoprocjenu kvalitete života upotrijebljena je skala funkcionalne procjene kvalitete života kod bolesnika s malignom bolesti, The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Upitnik FACT-G sadrži 27 čestica. Upitnikom se procjenjuju četiri područja, tjelesno blagostanje, socijalno/obiteljsko blagostanje, emocionalna i funkcionalna dobrobit. Tjelesno blagostanje obuhvaćaju čestice (GP 1,2,3,4,5,6,7): nedostaje mi energije, imam mučninu, zbog zdravstvenog stanja teško mi je ispuniti očekivanja moje obitelji, imam bolove, smetaju mi popratne pojave (nuspojave) terapije, osjećam se bolestan/bolesna, prisiljen sam provoditi vrijeme u krevetu. Socijalno/obiteljsko blagostanje obuhvaćaju čestice (GS 1,2,3,4,5,6,7): osjećam bliskost sa svojim prijateljima, obitelj mi daje emocionalnu podršku, prijatelji mi daju podršku, moja je obitelj prihvatila moju bolest, zadovoljan(na) sam načinom na koji se unutar moje obitelji govori o mojoj bolesti, osjećam bliskost s partnerom (ili osobom koja mi je glavni oslonac), zadovoljan(na) sam svojim spolnim životom. Emocionalna dobrobit obuhvaćaju čestice (GE 1,2,3,4,5,6) osjećam se tužno, zadovoljan(na) sam kako se nosim sa svojom bolešću, gubim nadu u borbi protiv svoje bolesti, osjećam se nervozno, brine me umiranje, brinem da će se moje stanje pogoršati. Funkcionalnu dobrobit obuhvaćaju čestice (GF 1,2,3,4,5,6,7) sposoban(na) sam raditi (uključujući rad kod kuće), moj posao (uključujući rad kod kuće) daje mi zadovoljstvo, sposoban(na) sam uživati u životu, prihvatio(la) sam svoju bolest, dobro spavam, uživam u starima koje obično radim iz zabave, zadovoljan(na) sam trenutnom kvalitetom svog života. Odgovor za svaku česticu ocjenjuje se na Likertovoj skali od 0 – 4 (0 – uopće ne, 1 – malo, 2 – donekle, 3 – prilično, 4 – jako puno). Ukupni rezultat cijele skale iznosi 0-108. Ukupni rezultat za područje tjelesno i socijalno/obiteljsko blagostanje može biti u rasponu od 0-28 a rezultat za područje emocionalne i funkcionalne dobrobiti može biti u

rasponu od 0-24. Procjena kvalitete života odnosi se na sedam dana koji su prethodili danu ispitivanja. U svim područjima upitnika viši rezultati upućuju na bolju kvalitetu života (10).

Dozvola za korištenje upitnika dobivena je od autora upitnika, David Cella PhD, IL,SAD.

4.3 Statističke metode

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona.

Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann - Whitneyevim U- testom, a u slučaju 3 i više skupina nezavisnih skupina Kruskal-Wallisovim testom. Povezanost je ocijenjena, zbog odstupanja od normalne raspodjele, Spearmanovim koeficijentom korelacije ρ (rho) (29).

Sve p vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4.4 Etička načela

Prije same provedbe istraživanja dobivene su pisane suglasnosti glavne sestre Zavoda za radioterapijsku onkologiju KBC-a Osijek kao i Povjerenstva za etička i staleška pitanja medicinskih sestara i tehničara KBC-a Osijek, od 29. lipnja 2015. Svi su ispitanici obaviješteni o cilju istraživanja, dobili pisanu obavijest za ispitanike te izjavu i dokument o pristanku i suglasnost obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju. Dragovoljno su pristali sudjelovati, što su potvrdili svojim potpisom. Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima u istraživanjima.

5. REZULTATI

5.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 105 ispitanika, od kojih je 71 (67,6 %) liječeno u dnevnoj bolnici, a 34 (32,4 %) je stacionarnih pacijenata. Srednja dob ispitanika je 62 godine (interkvartilnog raspona 55 – 71 godina) u rasponu od 33 do 88 godina. Nešto je više muškaraca, njih 58 (55,2 %), a prema razini obrazovanja 60 (57,1 %) ispitanika je srednje stručne spreme. U braku je 71 (67,0 %) ispitanika, a njih 93 (88,6 %) navodi da ima djecu. Manje od 3000 kn prihoda u kućanstvu ima 8 (8,0 %) ispitanika, njih 55 (55,0 %) od 3000 kn do 5000 kn, a samo dva ispitanika imaju prihod od 12000 do 20000 kn. Najčešće područje zahvaćeno malignom bolesti je torakalna regija i probavni trakt (Tablica 4.1).

Tablica 4.1. Raspodjela ispitanika prema osnovnim obilježjima

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	58 (55,2)
Žene	47 (44,8)
Trenutna razina obrazovanja	
NKV	30 (28,6)
SSS	60 (57,1)
viša stručna sprema	6 (5,7)
visoka stručna sprema	9 (8,6)
Bračni status	
Udana / oženjen	71 (6,1)
Rastavljena / rastavljen	6 (5,7)
Sama / samac	28 (27,3)
Imaju li djecu	
Da	93 (88,6)
Ne	12 (11,4)
Ukupno	105 (100)
Materijalni prihodi u kućanstvu	
manje od 3000 kn	8 (8,0)
3000kn – 5000kn	55 (55,0)
5000kn – 8000kn	24 (24,0)
8000kn – 12000kn	11 (11,0)
12000kn – 20000kn	2 (2,0)
Ukupno	100 (100)
Područje zahvaćeno bolesti	
Maligne bolesti glave i vrata	15 (14,3)
Maligne bolesti torakalne regije	50 (47,6)
Maligne bolesti probavnog trakta	21 (20,0)
Maligne bolesti genito-urinarnog trakta	19 (18,1)
Ukupno	105 (100)

5.2. Tjelesno zdravlje

Po pitanju tjelesnog zdravlja 36 (35,3 %) ispitanika se izjasnilo kako im uopće ne nedostaje energije, dok prilično ili jako puno nedostaje energije kod 24 (23,5 %) ispitanika, 17 (16,3 %) ispitanika se osjeća prilično bolesno, a njih 15 (14,6 %) navodi kako zbog zdravstvenog stanja teško mogu ispuniti očekivanja svoje obitelji. Koeficijent pouzdanosti (Cronbach Alpha) skale tjelesnog zdravlja je 0,855 (Tablica 4.2).

Tablica 4.2. Razdioba ispitanika prema tjelesnom zdravlju

Tjelesno zdravlje	Broj (%) ispitanika					
	Uopće ne	Malo	Donekle	Prilično	Jako puno	Ukupno
Nedostaje mi energije	36 (35,3)	23 (22,5)	19 (18,6)	16 (15,7)	8 (7,8)	102 (100)
Imam mučnine	67 (67,0)	21 (21,0)	6 (6,0)	5 (5,0)	1 (1,0)	100 (100)
Zbog zdravstvenog stanja teško mi je ispuniti očekivanja moje obitelji	54 (52,4)	14 (13,6)	18 (17,5)	15 (14,6)	2 (1,9)	103 (100)
Imam bolove	53 (51,5)	22 (21,4)	17 (16,5)	8 (7,8)	3 (2,9)	103 (100)
Smetaju mi popratne pojave (nuspojave) terapije	47 (46,5)	22 (21,8)	15 (14,9)	11(10,9)	6 (5,9)	101(100)
Osjećam se bolestan/bolesna	60 (57,7)	15 (14,4)	10 (9,6)	17(16,3)	2 (1,9)	104(100)
Prisiljen(a) sam provoditi vrijeme u krevetu	70 (68,6)	12 (11,8)	10 (9,8)	8(7,8)	2 (2,0)	102(100)

5.3 Društveno/ obiteljski odnosi

Emocionalnu podršku jako puno daje obitelj 81 (77,9 %) ispitanika, njih 66 (64,7 %) navodi da jako osjeća bliskost s partnerom (ili s osobom koja im je glavni oslonac), dok 9 (8,8 %) ispitanika navodi da uoče nema bliskosti s partnerom. Od ukupnog broj ispitanika, njih 33 (31,0 %) nije htjelo odgovoriti na pitanje jesu li zadovoljni svojim spolnim životom. Oni koji su dali odgovor na to pitanje uglavnom su ili prilično zadovoljni, njih 22 (30,6 %) ili uopće

nisu zadovoljni kako navodi 25 (34,7 %) ispitanika. Koeficijent pouzdanosti (Cronbach Alpha) skale društveno/ obiteljskih odnosa je 0,738 (Tablica 4.3).

Tablica 4.3. Razdioba ispitanika prema društveno/ obiteljskim odnosima

Društveno/ obiteljski odnosi	Broj (%) ispitanika					
	Uopće ne	Malo	Donekle	Prilično	Jako puno	Ukupno
Osjećam bliskost sa svojim prijateljima	5 (4,8)	6 (5,8)	7 (6,7)	46 (44,2)	40 (38,5)	104 (100)
Obitelj mi daje emocionalnu podršku	1 (1,0)	3 (2,9)	2 (1,9)	17 (16,3)	81 (77,9)	104 (100)
Prijatelji mi daju podršku	3 (2,9)	5 (4,8)	2 (1,9)	31 (29,8)	63 (60,6)	104 (100)
Moja je obitelj prihvatila moju bolest	0	1 (1,0)	8 (7,8)	35 (34,0)	59 (57,3)	103 (100)
Zadovoljan(na) sam načinom na koji se unutar moje obitelji govori o mojoj bolesti	1 (1,0)	1 (1,0)	13 (12,7)	37 (36,3)	50 (49,0)	102 (100)
Osjećam bliskost s partnerom (ili s osobom koja mi je glavni oslonac)	9 (8,8)	2 (2,0)	4 (3,9)	21 (20,6)	66 (64,7)	102 (100)
Zadovoljan(na) sam sa svojim spolnim životom	25 (34,7)	4 (5,6)	8 (11,1)	22 (30,6)	13 (18,1)	72 (100)

5.4. Emocionalno stanje

Donekle se tužno osjeća 22 (21,4 %) ispitanika, dok je većina zadovoljna kako se nosi sa svojom bolešću. Uopće ne gubi nadu u borbi protiv svoje bolesti 77 (74,8 %) ispitanika. Prilično nervozno se osjeća 16 (15,5 %) ispitanika, a umiranje brine prilično ili jako puno 10 (9,7 %) ispitanika.

Njih 13 (12,6 %) navodi da se prilično brine da će im se stanje pogoršati. Koeficijent pouzdanosti (Cronbach Alpha) skale emocionalnog stanja je 0,501 (Tablica 4.4).

Tablica 4.4. Razdioba ispitanika prema emocionalnom stanju

Emocionalno stanje	Broj (%) ispitanika					
	Uopće ne	Malo	Donekle	Prilično	Jako puno	Ukupno
Osjećam se tužno	43 (41,7)	26 (25,2)	22 (21,4)	8 (7,8)	4 (3,9)	103 (100)
Zadovoljan(na) sam kako se nosim sa svojom bolešću	5 (4,9)	6 (5,8)	13 (12,6)	45 (43,7)	34 (33,0)	103 (100)
Gubim nadu u borbi protiv svoje bolesti	77 (74,8)	13 (12,6)	9 (8,7)	3 (2,9)	1 (1,0)	103 (100)
Osjećam se nervozno	46 (44,7)	30 (29,1)	11 (10,7)	16 (15,5)	0	103 (100)
Brine me umiranje	80 (77,7)	7 (6,8)	6 (5,8)	7 (6,8)	3 (2,9)	103 (100)
Brinem da će se moje stanje pogoršati	48 (46,6)	29 (28,2)	12 (11,7)	13 (12,6)	1 (1,0)	103 (100)

5.5. Funkcionalno stanje

Samo 9 (8,8 %) ispitanika uopće nije sposobno raditi (uključujući i rad kod kuće, da im posao (uključujući i rad kod kuće) daje prilično ili jako puno zadovoljstva navodi 77 (75,7 %) ispitanika.

U životu je sposobno prilično ili jako puno uživati 76 (74,5 %) ispitanika. Svoju bolest uopće nije prihvatilo samo dva ispitanika.

Većina ispitanika dobro spava, uživa u stvarima koje obično rade iz zabave i zadovoljni su trenutnom kvalitetom svog života. Uopće nije zadovoljno kvalitetom života 9 (8,8 %) ispitanika. Koeficijent pouzdanosti (Cronbach Alpha) skale funkcionalnog stanja je 0,860 (Tablica 4.5).

Tablica 4.5. Razdioba ispitanika prema funkcionalnom stanju

Funkcionalno stanje	Broj (%) ispitanika					
	Uopće ne	Malo	Donekle	Prilično	Jako puno	Ukupno
Sposoban(na) sam raditi (uključujući rad kod kuće)	9 (8,8)	14 (13,7)	20 (19,6)	38 (37,3)	21 (20,6)	102 (100)
Moj posao (uključujući i rad kod kuće) daje mi zadovoljstvo	4 (3,9)	4 (3,9)	17 (16,7)	45 (44,1)	32 (31,4)	102 (100)
Sposoban(na) sam uživati u životu	3 (2,9)	6 (5,9)	17 (16,7)	32 (31,4)	44 (43,1)	102 (100)
Prihvatio(la) sam svoju bolest	2 (1,9)	5 (4,9)	10 (9,7)	46 (44,7)	40 (38,8)	103 (100)
Dobro spavam	4 (3,9)	10 (9,7)	19 (18,4)	37 (35,9)	33 (32,0)	103 (100)
Uživam u stvarima koje obično radim iz zabave	3 (2,9)	4 (3,9)	10 (9,7)	30 (29,1)	56 (54,4)	103 (100)
Zadovoljan(na) sam trenutnom kvalitetom svog života	9 (8,8)	9 (8,8)	20 (19,6)	36 (35,3)	28 (27,5)	102 (100)

5.6. Razlike u kvaliteti života prema obilježjima ispitanika

Podjednake su srednje vrijednosti pojedine čestice i ukupne skale prema tome je li se ispitanik liječio u dnevnoj bolnici ili stacionarno, osim kod društveno/ obiteljskih odnosa gdje su značajno zadovoljniji ispitanici koji se liječe u dnevnoj bolnici, medijana 24,0 (interkvartilnog raspona 22,2 do 26,8) (Mann Whitney test, $p = 0,001$). Srednja vrijednost cijele skale FACT-G je 89,0 (interkvartilnog raspona 73,3 do 95,5) (Tablica 4.6).

Nema značajne razlike u ocjeni pojedinog zdravlja i ukupne skale prema spolu (Tablica 4.7).

Tablica 4.6. Kvaliteta života ispitanika prema mjestu liječenja

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) prema skupinama			p*
	Dnevna bolnica	Stacionar	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	23 (18,9 - 26,8)	25 (14,8 - 26,0)	23 (18,0 - 26,0)	0,816
Društveno/ obiteljski odnosi	24 (22,2 - 26,8)	20,5 (16,3 - 25,0)	24 (21,0 - 25,9)	0,001
Emocionalno stanje	20 (17,8 - 23,0)	21 (12,5 - 23,0)	21 (17,0 - 2,0)	0,806
Funkcionalno stanje	21 (18,5 - 24,3)	22 (14,5 - 26,0)	21 (17,0 - 25,0)	0,832
Skala FACT-G ukupno	89,5 (75,8 - 95,0)	87,9 (59,8 - 98,1)	89 (73,3 - 95,5)	0,454

*Mann Whitneyev test

Tablica 4.7. Kvaliteta života ispitanika prema spolu

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) prema spolu			p*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	23 (18,3 - 26,0)	23 (17,0 - 26,8)	23 (18,0 - 26,0)	0,778
Društveno/ obiteljski odnosi	24 (19,4 - 25,43)	23 (21,0 - 26,8)	24 (21,0 - 25,9)	0,496
Emocionalno stanje	21 (16,0 - 23,0)	20 (17,8 - 22,3)	21 (17,0 - 23,0)	0,939
Funkcionalno stanje	21 (19,0 - 25,0)	20 (16,0 - 24,3)	21 (17,0 - 25,0)	0,436
Skala FACT-G ukupno	90 (75,1 - 95,0)	86,8 (73,0 - 96,0)	89 (73,3 - 95,5)	0,739

*Mann Whitneyev test

Najnižu ocjenu ukupne skale dali su ispitanici niže stručne spreme, medijan 80,5 (interkvartilnog raspona 64,8 do 94,2).

Značajno je veće ukupno zadovoljstvo kod ispitanika više ili visoke stručne spreme, medijan 98,5 (interkvartilnog raspona 87,1 do 101,8) (Kruskal Wallis test, $p = 0,007$).

Prema česticama, ti ispitanici su zadovoljniji i tjelesnim zdravljem (Kruskal Wallis test, $p = 0,009$), društveno/ obiteljskim odnosima (Kruskal Wallis test, $p = 0,032$) i funkcionalnim stanjem (Kruskal Wallis test, $p = 0,016$), dok kod emocionalnog stanja ocjene su podjednake prema razini obrazovanja (Tablica 4.8).

Tablica 4.8. Kvaliteta života ispitanika prema razini obrazovanja

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) razina obrazovanja				p*
	NKV	SSS	VŠS i VSS	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	21,5 (15,5 - 25,3)	23 (18,2 – 26,0)	26,5 (22,1 – 28,0)	23 (18,0 – 26,0)	0,009
Društveno/ obiteljski odnosi	22,1 (17,9 - 26,2)	23 (21,0 – 25,0)	25,1 (24,0 - 26,9)	24 (21,0 - 25,9)	0,032
Emocionalno stanje	19 (12,0 – 22,0)	21 (18,0 – 23,0)	22 (18,8 - 23,3)	21 (17,0 – 23,0)	0,103
Funkcionalno stanje	20 (16,0 - 24,3)	21 (16,0 – 25,0)	25 (21,0 – 27,0)	21 (17,0 – 25,0)	0,016
Skala FACT-G ukupno	80,5 (64,8 - 94,2)	89 (74,2 – 95,0)	98,5 (87,1 - 101,8)	89 (73,3 - 95,5)	0,007

*Kruskal Wallis test

S obzirom na bračni status najveću ocjenu cijele skale dali su ispitanici koji su rastavljeni, a najnižu oni koji žive sami, ali bez statistički značajne razlike. U društveno/obiteljskim odnosima značajno najnižu ocjenu su dali samci, medijana 21 (interkvartilnog raspona 16,3 do 24,5) (Kruskal Wallis test, $p = 0,018$) (Tablica 4.9).

Tablica 4.9. Kvaliteta života ispitanika prema bračnom stanju

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) prema bračnom stanju				p*
	Udana / oženjen	Rastavljena / rastavljen	Sama / samac	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	23 (18,0 – 26,0)	26,5 (20,5 – 28,0)	22,1 (15,0 - 26,8)	23 (18,0 – 26,0)	0,201
Društveno/ obiteljski odnosi	24 (21,8 – 26,0)	25 (21,9 - 26,9)	21 (16,3 - 24,5)	24 (21,0 - 25,9)	0,018
Emocionalno stanje	21 (17,0 – 23,0)	21,5 (19,0 – 24,0)	20 (12,0 – 23,0)	21 (17,0 – 23,0)	0,370
Funkcionalno stanje	21 (17,0 – 25,0)	23,5 (21,8 - 27,3)	21 (14,0 – 25,0)	21 (17,0 – 25,0)	0,174
Skala FACT-G ukupno	88,3 (74,2 - 95,7)	97,08 (83,8 - 101,7)	87,1 (62,0 - 92,5)	89 (73,3 - 95,5)	0,144

*Kruskal Wallis test

Značajno najmanje zadovoljstvo društveno/ obiteljskim odnosima je kod ispitanika kod kojih su ukupna primanja manja od 3 000 kn (Kruskal Wallis test, $p = 0,031$) (Tablica 4.10).

Ima li netko djecu ili ne, nema utjecaja na ocjene pojedinih čestica i ukupne skale zadovoljstva (Tablica 4.11).

Tablica 4.10. Kvaliteta života ispitanika prema materijalnom statusu

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) prema materijalnom statusu					p*
	do 3000kn	3000- 5000kn	5000- 8000kn	8000- 12000kn	12000- 20000kn	
Tjelesno zdravlje	25,5 (22,4 – 27,0)	22 (16,0 – 26,0)	22,5 (20,0 - 26,6)	25 (21,0 – 27,0)	27 (19,5 - 39,3)	0,183
Društveno/ obiteljski odnosi	20,4 (17,1 - 25,8)	23 (19,8 - 24,5)	24,5 (22,0 - 26,9)	25 (23,0 – 28,0)	26 (18,0 - 39,3)	0,031
Emocionalno stanje	22 (19,5 – 23,0)	20 (14,0 – 22,0)	20,5 (16,3 – 22,0)	20 (17,0 – 23,0)	24 (18,0 - 36,3)	0,163
Funkcionalno stanje	24 (20,5 – 27,0)	21 (16,0 – 24,0)	20,5 (19,0 – 25,0)	23 (13,0 – 25,0)	27 (19,5 - 39,3)	0,159
Skala FACT-G ukupno	89,7 (86,9 - 97,8)	85 (64,0 - 94,1)	86,9 (73,3 - 97,8)	95 (73,0 – 97,0)	104 (75,0 - 99,3)	0,075

*Kruskal Wallis test

Tablica 4.11. Kvaliteta života ispitanika prema tome imaju li djecu

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) prema tome imaju li djecu			p*
	Imaju djecu	Nemaju djecu	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	23 (17,7 – 26,0)	26,8 (23,0 – 28,0)	23 (18,0 – 26,0)	0,057
Društveno/ obiteljski odnosi	24 (20,5 – 26,0)	23,3 (21,0 - 25,7)	24 (21,0 - 25,9)	0,916
Emocionalno stanje	20,5 (17,0 – 23,0)	21 (20,0 – 22,0)	21 (17,0 – 23,0)	0,599
Funkcionalno stanje	21 (17,0 – 25,0)	20 (18,0 – 25,0)	21 (17,0 – 25,0)	0,793
Skala FACT-G ukupno	87,6 (73,0 - 95,3)	90,3 (75,0 - 98,2)	89 (73,3 - 95,5)	0,516

*Kruskal Wallis test

Ispitanici s malignom bolesti glave i vrata imaju značajno najmanje zadovoljstvo tjelesnim zdravljem (Kruskal Wallis test, $p = 0,004$), društveno/obiteljskim odnosima (Kruskal Wallis test, $p = 0,003$), emocionalnim stanjem (Kruskal Wallis test, $p = 0,044$), funkcionalnim stanjem (Kruskal Wallis test, $p = 0,021$), i ukupnim zdravljem (Kruskal Wallis test, $p = 0,005$) (Tablica 4.12).

Tablica 4.12. Kvaliteta života ispitanika prema području maligne bolesti

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) prema području maligne bolesti					p*
	glave i vrata	torakalne regije	probavnog trakta	genito-urinarnog trakta	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	17,5 (16,0 – 21,0)	24,5 (20,0 – 26,0)	21 (15,5 - 25,0)	26 (22,8 - 27,3)	23 (18,0 – 26,0)	0,004
Društveno/ obiteljski odnosi	18 (16,0 - 22,2)	24 (21,0 - 26,8)	23 (21,0 - 24,7)	24,2 (22,8 - 25,4)	24 (21,0 - 25,9)	0,003
Emocionalno stanje	14 (12,0 – 22,0)	21 (19,0 – 23,0)	18 (15,0 - 22,5)	21 (20,0 - 22,5)	21 (17,0 – 23,0)	0,044
Funkcionalno stanje	16 (13,0 – 20,0)	22 (19,0 - 25,2)	20 (17,0 - 24,5)	21 (19,5 – 24,0)	21 (17,0 – 25,0)	0,021
Skala FACT-G ukupno	66,5 (53,0 - 81,2)	90,4 (83,8 - 97,3)	84 (72,0 - 94,9)	92,8 (84,5 - 96,3)	89 (73,3 - 95,5)	0,005

*Kruskal Wallis test

Ispitanici u dobi do 50 godina značajno su zadovoljniji društveno/obiteljskim odnosima, medijana 26 (interkvartilnog raspona 23,2 do 28,0), dok po drugim podskalama nema značajnih razlika (Kruskal-Wallisov test, $p = 0,027$); (Tablica 4.13).

Tablica 4.13. Kvaliteta života ispitanika prema dobnim skupinama

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon) prema dobnim skupinama					p*
	≤ 50 (N = 17)	51 - 60 (N = 23)	61 - 70 (N = 33)	71 i više (N = 30)	Ukupno	
Tjelesno zdravlje	26 (21,5 – 27,0)	21 (18,0 – 25,0)	24 (17,3 – 26,5)	24 (13,8 – 26,2)	23 (18,0 – 26,0)	0,254
Društveno/ obiteljski odnosi	26 (23,2 – 28,0)	23 (18,0 – 24,5)	24 (20,0 – 26,3)	22,2 (19,8 – 25,1)	24 (21,0 – 25,9)	0,027
Emocionalno stanje	21 (17,0 – 23,0)	21 (19,0 – 23,0)	20 (17,5 – 23,0)	20 (12,5 – 22,0)	21 (17,0 – 23,0)	0,648
Funkcionalno stanje	22 (19,5 – 25,5)	20 (16,0 – 25,0)	21 (17,0 – 25,0)	21 (13,5 – 23,0)	21 (17,0 – 25,0)	0,476
Skala FACT-G ukupno	91 (81,0 – 100,1)	84 (73,0 – 95,0)	87,7 (72,6 – 93,5)	88,6 (60,5 – 95,9)	89 (73,3–95,5)	0,356

* Kruskal-Wallisov test

Ispitanici su zadovoljniji društveno/ obiteljskim odnosima, nego li emocionalnim ili funkcionalnim stanjem (Tablica 4.14).

Tablica 4.14. Medijan i interkvartilni raspon svih podskala i ukupne skale

Podskale	Medijan (interkvartilni raspon)
	Prema svim skupinama
Tjelesno zdravlje	23 (18,0 – 26,0)
Društveno/ obiteljski odnosi	24 (21,0 – 25,9)
Emocionalno stanje	21 (17,0 – 23,0)
Funkcionalno stanje	21 (17,0 – 25,0)
Skala FACT-G ukupno	89 (73,3 – 95,5)

Čestice skale su međusobno u jako dobroj značajnoj pozitivnoj korelaciji ($p < 0,001$); (Tablica 4.13).

Tablica 4.13. Povezanost područja kvalitete života

		Tjelesno zdravlje	Društveno/ obiteljski odnosi	Emocionalno stanje	Funkcionalno stanje	Skala FACT-G
Tjelesno zdravlje	ρ^*	-				
Društveno/ obiteljski odnosi	ρ^*	0,337 ($p < 0,001$)	-			
Emocionalno stanje	ρ^*	0,582 ($p < 0,001$)	0,497 ($p < 0,001$)	-		
Funkcionalno stanje	ρ^*	0,673 ($p < 0,001$)	0,494 ($p < 0,001$)	0,672 ($p < 0,001$)	-	
Skala FACT-G	ρ^*	0,836 ($p < 0,001$)	0,655 ($p < 0,001$)	0,813 ($p < 0,001$)	0,890 ($p < 0,001$)	-

*Spearmanov koeficijent korelacije (Rho)

6. RASPRAVA

Istraživanje je provedeno u KBC Osijek na uzorku od 105 ispitanika kod kojih je dijagnosticirana maligna bolest. Od ukupnog broja ispitanih nešto više ih je bilo muških ispitanika, u odnosu na žene, njih 58 (55,2 %). Prema istraženoj literaturi i registru za rak, koji je osnovan 1959. godine, u RH incidencija za rak prema spolu iznosila je (muškarci – 538,9, žene – 440,9) (30). Prema istom izvoru najčešće sijelo raka je torakalna regija, što je u suglasnosti s našim istraživanjem, koje pokazuje da je najveći broj ispitanih – njih 50 (47,6 %) imalo rak u torakalnoj regiji. Najveći broj ispitanika imao je srednje obrazovanje i bilo je u braku s prosječnim materijalnim primanjima za našu zemlju.

Rak prostate je u Hrvatskoj četvrto najčešće sijelo raka kada se prikazuju rezultati za oba spola zajedno, a u muškaraca treće najčešće sijelo, sa stopom incidencije 63,3 / 100.000 muškaraca. Broj umrlih zbog raka prostate je u porastu (31). Što je vidljivo i iz ovoga istraživanja koje pokazuje da su maligna oboljenja uro-genitalnog trakta na trećem mjestu po učestalosti njih 19 (18,1 %).

Prema pitanju tjelesnog zdravlja najveći broj ispitanika se izjasnio da ima energije, njih 59 (57,8 %), ali je zanimljiv podatak da velikom broju ispitanih prilično i jako puno nedostaje energije, njih 24 (23,5 %) što je i očekivano s obzirom na prirodu bolesti, naročito kod maligne bolesti pluća i torakalne regije kako je opisano u dostupnoj literaturi (32). Zanimljiv je također podatak kako teško mogu ispuniti očekivanja svoje obitelji. Ovaj podatak može upućivati na nedostatnu psihološku pomoć oboljelima od raka i njihovoj obitelji. Psihološka podrška pacijentima i njihovim obiteljima od velike je važnosti u trenucima kada prolaze kroz šok i stres suočavanja s dijagnozom, u trenucima straha, usamljenosti i demoraliziranosti između terapija, u stanjima kriza kada se bolest pogoršava, a prognoze nisu optimistične. Toplinu mogu ponuditi osobe kojima vjerujete i s kojima ste bliski. Obitelj i prijatelji od velikog su značaja u pružanju podrške i pomoći oboljelom (5,33). Vidljivo je i iz našeg istraživanja koje pokazuje da najvećem broju ispitanih, njih 98 (77,9 %) prilično i jako puno podrška dolazi od obitelji ili osobe koja im je jako bliska, koja je najčešće partner. Najveći broj ispitanih izjasnilo se kako im prilično i jako puno psihološku pomoć i podršku daju prijatelji, njih 94 (90,4 %).

Međutim nije zanemariv podatak da jedan dio ispitanih ne osjeća bliskost sa svojim prijateljima i partnerom te da nema podršku obitelji. Problem spolnosti velik je problem kod teško oboljelih pacijenata, kojemu se, nažalost, pridaje vrlo malo pažnje. Zdravstveno je osoblje

toliko zauzeto poslom da nema vremena pitati bolesnika za njegov spolni život, često ih takve rasprave zbunjuju ili im nedostaje znanja da odgovore na postavljena pitanja. Razgovor o spolnom životu u našoj sredini većina ljudi smatra nepristojnim. Još uvijek je to tabu tema koju treba skrivati, pa čak i u razgovoru sa zdravstvenim osobljem (34). Iz našeg istraživanja vidljivo je da navedenom broju ispitanika nedostaje spolna rehabilitacija koja u današnje vrijeme više ne može biti stvar izbora, nego je potreba. Najveći broj ispitanika nije želio odgovoriti na pitanje jesu li zadovoljni svojim spolnim životom, njih 28 (28,0 %), dok njih 29 (40,3 %) je odgovorilo kako je malo ili uopće nije zadovoljno svojim spolnim životom. Veliku ulogu u rehabilitaciji i pomoći kod takvih problema imaju razni stručnjaci: liječnici, psiholozi, psihoterapeuti, duhovnici, medicinske sestre.

Najveći broj ispitanika ne gubi nadu u borbi protiv svoje bolesti, što je pozitivno i dobar stav kod ovakvih bolesnika. Ipak zabrinjavajući podatak je da se njih 16 (15,5 %) osjeća prilično nervozno. Manji dio njih je donekle zadovoljan, dok dva ispitanika uopće nisu prihvatila svoju bolest. Podatak može upućivati na nedovoljnu educiranost o prirodi bolesti i načinu nošenja s istom. Pacijenti koji izvještavaju da su manje napeti, depresivni, zabrinuti i razdražljivi, odnosno dobro emocionalno funkcioniraju i nose se s bolešću, procjenjuju svoju kvalitetu života boljom (5).

U nekom narednom istraživanju bilo bi dobro izdvojiti takve bolesnike kao i utvrditi razloge njihovog neprihvatanja bolesti te poraditi s istima na promjeni životnih prioriteta i stavova.

Većina naših ispitanika dobro spava i uživa u stvarima koje rade iz zabave. Usporedivo s drugim istraživačima koji su se bavili istom temom naši rezultati ne odstupaju od vrijednosti rezultata koje su ti autori dobili. Rezultati govore u prilog činjenici kako bavljenje tjelesnom aktivnošću te inkluzija onkoloških pacijenata i njihovih obitelji u društvenu zajednicu pridonose uspješnijem rehabilitacijskom ishodu čiji je krajnji cilj kvaliteta života (5).

Ukupna vrijednost kvalitete života bolesnika s malignom bolesti u našem istraživanju je 89 (FACT-G), slične rezultate pokazuju i druga istraživanja (9,5). Većina istraživanja pokazuje da je kvaliteta života oboljelih od maligne bolesti dobra. Utjecaj na kvalitetu života naših ispitanika zasigurno ima obitelj u kojima žive i dobri društveni odnosi.

Bolesnici liječeni u dnevnoj bolnici pokazali su veće zadovoljstvo kvalitetom života u čestici društveno obiteljskih odnosa u odnosu na bolesnike koji su liječeni stacionarno. Utjecaj na dobiveni rezultat može imati veći udio ispitanika liječenih u dnevnoj bolnici, koji nakon

tretmana odlaze u pozitivno socijalno okruženje. Prepoznavanje psiholoških aspekata liječenja maligne bolesti, osobitosti razvojnih faza te prepoznavanje čimbenika rizika za razvoj emocionalnih smetnji vrlo je važno za postizanje adekvatne psihološke prilagodbe. Uloga psihologa kao člana medicinskog tima uključuje psihološku procjenu oboljelog i članova njegove obitelji, savjetovanje, suportivnu psihoterapiju te primjenu psihoterapijskih tehnika za ovladavanje boli i straha od medicinskih postupaka tijekom liječenja (35).

Nije nađena značajna statistička razlika prema spolu za nijednu podskalu kvalitete života. Dobiveni rezultati su podudarni s rezultatima drugih istraživanja (9). U Pinjatinom istraživanju muškarci su zadovoljniji kvalitetom života (2).

Veće zadovoljstvo kvalitetom života nađeno je kod ispitanika visoke stručne spreme što može upućivati na bolju informiranost o bolesti i načinu nošenja s istom, dostupnim informacijama o liječenju i psihološkoj samopomoći. U istraživanju Martinis T. rezultati pokazuju kako su muškarci između 50 i 59 godina, mlađe osobe i osobe višeg obrazovanja zadovoljnije u svim područjima kvalitete života (36). Rezultati istraživanja koje je provedeno na velikoj skupini australskih žena, tri i dvanaest mjeseci nakon operacije raka dojke u ranoj fazi, pokazuju kako se utjecaj bolesti i liječenja na kvalitetu života razlikovao prema dobi, obrazovanju i bračnom statusu. Neudane žene i one s nižim stupnjem obrazovanja niže su procijenile kvalitetu života u većem broju područja kvalitete života (35,37). O većem zadovoljstvu kvalitetom života povezane s višim stupnjem obrazovanja govore i domaći autori (38). Više godina školovanja pozitivno je povezano s većim stupnjem zadovoljstva u pojedinim područjima kvalitete života kao i veće zadovoljstvo u prošlosti, ostvarenju novih ciljeva, želja i nadanja (38).

U istraživanju iz Queenslanda ispitanici koji imaju više i visoko obrazovanje imali su značajno bolje funkcionalno stanje 20,3 i bolji ukupni rezultat FACT-G 85,9 u usporedbi sa sudionicima koji imaju niži nivo obrazovanja (9). Rezultati, u usporedbi s našima, vrlo su slični i pokazuju da su u podskalama tjelesnog zdravlja, društveno obiteljskih odnosa i funkcionalnog stanja ispitanici s višom ili visokom školom zadovoljniji, dok su u podskali emocionalnog stanja dali nešto nizu ocjenu koja nije statistički značajna. Emocije i ono što se događa u nama kada prolazimo kroz teško razdoblje saznanja, bolesti, liječenja i oporavka teško je opisati i shvatiti. Zato koliko god bili obrazovani, načitani ili emocionalno jaki, ne možemo kroz sve to prolaziti potpuno spremni na izazove i teškoće koji su pred nama. Svatko od nas ima trenutaka u kojima

popusti kontrola emocija i osjećamo se tužnim i potištenim što su normalne reakcije kada je u pitanju bolest kao što je rak.

Najnižu ocjenu skale dali su ispitanici koji žive sami, naročito u podskali društveno/obiteljskih odnosa što je razumljivo s obzirom na značenje obitelji i prijatelja u pružanju pomoći takvim bolesnicima. Isti rezultat opisan je i u istraživanju provedenom u Queenslandu gdje su ispitanici koji su bili u braku ili žive zajedno imali bolje rezultate u području društveno obiteljskih odnosa od onih koji nisu u braku (9). Toplinu vam mogu ponuditi osobe kojima vjerujete i s kojima ste bliski (5,33).

Značajno manje zadovoljstvo kvalitetom života je kod ispitanika koji imaju niža materijalna primanja. Općenito je očekivana manja kvaliteta života kod osoba s ukupnim manjim materijalnim prihodima iz razloga što liječenje iziskuje veća davanja i nemogućnost da si osiguraju sve što im je potrebno.

Značajno najmanje zadovoljstvo kvalitetom života imaju ispitanici s malignom bolesti glave i vrata. Rak glave i vrata specifičan je za oboljele zbog toga što sama bolest, ali i kirurško odstranjivanje tumora utječu na najvidljivije dijelove tijela i često se negativno odražavaju na svakodnevne aktivnosti poput gutanja, disanja, govora i izgleda. Te je i razumljivo da je najniža kvaliteta života kod takvih bolesnika (37,39).

Ispitanici u dobi do 50 godina značajno su zadovoljniji društveno/obiteljskim odnosima, njih 26, s povećanjem dobi značajno je manje zadovoljstvo društveno/obiteljskim odnosima dok je povezanost s ostalim česticama slaba. Ukupna vrijednost skale također je veća kod ispitanika najmlađe skupine 91, što znači da kod starijih bolesnika oboljelih od malignih bolesti je manje zadovoljstvo društveno/obiteljskim odnosima, emocionalno i funkcionalno su nezadovoljniji. Studije su pokazale da na obitelj orijentirano liječenje kroničnih bolesti predstavlja napredak u liječenju u odnosu na tradicionalno liječenje orijentirano na bolest ili na pojedinačnog bolesnika (5).

7. ZAKLJUČAK

U skladu s postavljenim ciljevima, ovim istraživanjem možemo zaključiti sljedeće:

- Kvaliteta života bolesnika s malignom bolesti je zadovoljavajuća.
- Postoji značajna razlika u kvaliteti života ispitanika, u svim područjima zdravlja, prema lokalizaciji maligne bolesti. Ispitanici s malignom bolesti glave i vrata imaju značajno manje zadovoljstvo s tjelesnim zdravljem, društveno/obiteljskim odnosima, emocionalnim i funkcionalnim stanjem, te ukupnim zdravljem.
- Postoji značajna razlika prema dobi ispitanika u području društveno/obiteljskih odnosa, kvaliteta života najniža je u ispitanika u dobi od 51 do 60 godina.
- Ne postoji značajna razlika u pojedinom području zdravlja ispitanika i ukupnoj kvaliteti života prema spolu.
- Postoji značajna razlika prema razini obrazovanja ispitanika u područjima kvalitete života tjelesno zdravlje, društveno/ obiteljski odnosi i funkcionalno stanje. Značajno je veće ukupno zadovoljstvo kod ispitanika više ili visoke stručne spreme.
- Postoji značajna razlika prema bračnom statusu ispitanika u podskali društveno/obiteljski odnosi. Najveću ocjenu cijele skale kvalitete života dali su rastavljeni, a najnižu ispitanici koji žive sami, bez statistički značajne razlike.
- Postoji značajna razlika u kvaliteti života ispitanika u području društveno/ obiteljskih odnosa prema materijalnom statusu, a najniža je kod ispitanika čija su ukupna primanja manja od 3 000 kn.
- Postoji značajna razlika ispitanika prema mjestu liječenja u podskali društveno/obiteljski odnosi. Veće zadovoljstvo kvalitetom života imaju ispitanici liječeni u dnevnoj bolnici.

Kvaliteta života temeljena na zdravlju osoba s malignom bolesti mora biti cilj i krajnji ishod rehabilitacijskog procesa za svakog bolesnika s malignom bolesti.

8. SAŽETAK

Cilj. Ispitati kvalitetu života bolesnika s malignom bolesti te utvrditi postoji li razlika s obzirom na lokalizaciju maligne bolesti, dob, spol, stupanj obrazovanja, bračni status, materijalno stanje i mjesto liječenja.

Nacrt studije. Provedeno je presječno istraživanje na Zavodu za radioterapijsku onkologiju, KBC Osijek.

Ispitanici i metode. U istraživanju je sudjelovalo 105 bolesnika oboljelih od maligne bolesti, liječenih stacionarno i u dnevnoj bolnici na Zavodu za radioterapijsku onkologiju. Kao instrument istraživanja uporabljen je anketni upitnik koji je sadržavao demografske podatke, uključujući skalu za procjenu kvalitete života kod bolesnika s malignom bolesti The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G).

Rezultati. Srednja je vrijednost cijele skale 89. S povećanjem dobi značajno je manje zadovoljstvo društveno/obiteljskim odnosima ($p = 0,027$), kod samaca ($p = 0,018$), i ispitanika kod kojih su ukupna primanja manja od 3 000 kn ($p = 0,031$). Društveno/obiteljskim odnosima značajno su zadovoljniji ispitanici koji se liječe u dnevnoj bolnici ($p = 0,001$), te ispitanici više ili visoke stručne spreme ($p = 0,007$). Ispitanici s malignom bolesti glave i vrata imaju značajno najmanje zadovoljstvo u svim podskalama i ukupnim zdravljem ($p = 0,005$).

Zaključak. Kvaliteta života bolesnika s malignom bolesti je zadovoljavajuća. Prema lokalizaciji maligne bolesti značajna je razlika u kvaliteti života ispitanika u svim područjima zdravlja. Kvaliteta života najniža je u ispitanika u dobi od 51 do 60 godina, i kod ispitanika s nižim primanjima. Značajno je veće ukupno zadovoljstvo kod ispitanika više ili visoke stručne spreme. U podskali društveno/obiteljskih odnosa veće zadovoljstvo kvalitetom života imaju ispitanici liječeni u dnevnoj bolnici.

Ključne riječi: bolesnici; kvaliteta života; maligna bolest

9. SUMMARY

Aim To assess the quality of life in patients with malignant disease, to determine whether there are differences among patients regarding location of the malignant disease, age, gender, education level, marital or financial situation and place of treatment

Study design Cross-sectional study conducted at the Radiotherapy and Oncology Department, Clinical Hospital Centre Osijek

Research subjects and methods The research included 105 patients with malignant disease who receive stationary and daily treatment at the Radiotherapy and Oncology Department. A questionnaire was used as research instrument that contained demographic data including a scale measuring the quality of life in patients with a malignant disease, the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G).

Results The average score of the scale is 89. With increase in age the level of satisfaction with social/family relations is significantly lower ($p = 0,027$) in singles ($p = 0,018$), and participants whose total income is less than 3 000 HRK ($p = 0,031$). Regarding family and social relations there is a significantly higher level of satisfaction among patients who receive hospital day care ($p = 0,001$), and among subjects with college/university education ($p = 0,007$). Patients with malignant disease of the head and neck have significantly lower levels of satisfaction in all subscales and regarding overall health ($p = 0,005$).

Conclusion The quality of life of patients with malignant disease is satisfactory. Depending on the location of the malignant disease there is a significant difference among participants' quality of life in all health-related areas. The research participants aged between 51 - 60 years and those with lower income have the poorest quality of life. The overall satisfaction level is significantly higher amongst participants with college/university education. On the subscale of social/family relations the participants who receive daily hospital care express greater satisfaction with the quality of life.

Key words: patients, quality of life, malignant disease

10. LITERATURA

1. Slavuj L. Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života Geoadria. 2012; UDK: 303.4:304.3.17/1:73-92.
2. Pinjatela R. Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja. 2008;44(2):79-98.
3. Wan GJ., i sur. An Analysis of the Impact of Demographic, Clinical, and Social Factors on Health-Related Quality of Life. Value in health. 1999;2(4):308-318
4. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". Primijenjena psihologija, 10.1989;179 -184.
5. Crnković I, Rukavina M, Ostrogonac K. Kvaliteta života laringektomiranih osoba. JAHS. 2015;1(2):107-118
6. Vuletić G, Mujkić A. Što čini osobnu kvalitetu života. Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. Škola narodnog zdravlja "A. Štampar" Medicinski fakultet. Sveučilišta u Zagrebu. Dostupno na adresi:
http://www.snz.unizg.hr/cms/images/PDF/kvaliteta_zivota.pdf. Datum pristupa 15.06.2015
7. Cummins RA. On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research. 1995;35:179-200.
8. O'Boyle CA. The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). Int J Ment Health. 1994;23:3 -23.
9. Janda M, DiSipio T, Hurst C, Cella D and Newman B. The Queensland cancer risk study: general population norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy–General (FACT-G). Psycho-Oncology. 2009;18: 606–14. DOI: 10.1002/pon.1428.
10. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. Oncology. 1990;4:29-38.
11. Halauk V. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Radovi Zavoda za znanstveno istraživački i umjetnički rad u Bjelovaru. 2013;7:251-7.
12. Vuletić G, Misajon R. Subjektivna kvaliteta života. U: Vuletić G. urednik. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku. 2011;9-16.
13. Čukljek S. Kvaliteta života u zdravstvenoj njezi. Plavi fokus. ISSN 1845-8165. 2008;IV(3).

14. Felce D, Perry J. Assessment of Quality of Life. U: Schalock, R.L. (Ed.): Quality of Life. Conceptualization and Measurement. Washington DC: American Association on Mental Retardation; 1996. 63-72.
15. Bratković D. Pojam i čimbenici kvalitete življenja. Plavi fokus. ISSN 1845-8165. 2008; IV(3).
16. Brown I, Brown R. Quality of Life and Disability. United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers; 2003.
17. Vuletić Mavrinac G. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Plavi fokus. ISSN 1845-8165. 2008; IV(3).
18. Prlić N, i sur. Quality of life in post-stroke patients: self-evaluation of physical and mental health during six months. Acta Clin Croat. 2012;51(4).
19. Šućur Z. Zdravlje i kvaliteta zdravstvenih usluga. Kvaliteta života u Hrvatskoj. Regionalne nejednakosti. Zagreb: Program Ujedinjenih naroda za razvoj (UNDP) u Hrvatskoj; 2007. str. 79-88
20. Bränström R, Kvillemo P, Moskowitz JTA. Randomized Study of the Effects of Mindfulness Training on Psychological Well-being and Symptoms of Stress in Patients Treated for Cancer at 6-month Follow-up. Int. J. Behav. 2012; Med.19:535–542. DOI 10.1007/s12529-011-9192-3.
21. Andrews L. Systematic review summary - Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional well-being for recently diagnosed cancer patients. Singapore Nursing Journal. 2013;40(3).
22. Beckman J, Ditlev G. Proceedings of the 3. Workshop on quality of life. European Organization for Research on the Treatment of Cancer. Odense. EORTC Publ. 1982; 133.
23. Pereira LJ, Caputo JB, Castelo PM, Andrade EF, Marques LS, Paiva SM, Pereira SM, Pereira CV. Oral physiology and quality of life in cancer patients. Nutr Hasp. ISSN 0212-1611. 2015; 31(5):2161-2166
24. Barre VP, Padmaja G, Saxena RK, Rana S. Impact of Medical Intervention on Stress and Quality of Life in Patients with Cancer. Indian J Palliat Care. 2015;21(2):203-8.
25. Šamija M, i sur. Onkologija. Zagreb: Medicinska Naklada; 2000.
26. Vrdoljak E, Šamija M, Kusić Z, Petković M, Gugić D, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

27. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb:Web izdanje; 2015.
Dostupno na adresi: <http://www.hzjz.hr/objavljen-je-hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2014-godinu/> Datum pristupa stranici: 15.06.2015.
28. Beers MH, Berkow R. The Merck Manual. MSD priručnik dijagnostike i terapije. 17. izd. Split: Placebo; 2000.
29. Barton B, Peat J. Medical Statistics A Guide to SPSS, Data Analysis and Critical Appraisal. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2014.
30. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak republike hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj. Bilten38. Zagreb.2015.
31. Strnad M. Epidemiologija raka prostate. Medix. 2005;11:60/61
32. Hrvatska liga protiv raka. Rak pluća. Dostupno na adresi <http://www.hlpr.hr/rak/vijest/rak-pluca>. Datum pristupa: 29.02.2015.
33. Tumori. Psihološka pomoć oboljelima od maligne bolesti. Onkološki bolesnik. Dostupno na adresi: <http://www.tumori.me/psiholoska-podrska-oboljelima-od-malignih-bolesti>. Datum pristupa: 29.02.2016.
34. Narodni zdravstveni list. Maligna oboljenja i spolni život. Dostupno na adresi <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/69>. Datum pristupa: 29.02.2016.
35. Kalebić Jakupčević K. Psihološki aspekti i značaj psihološke podrške u liječenju malignih bolesti kod djece. Paediatr Croat. 2013; 57(1): 287-291.
36. Matrinis T. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Zagreb. Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2005.
37. King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. Qual Life Res. 2000; 9(7):789-800.
38. Galić S, Glavić Ž, Cesarik M. Stress and Quality of life in patients with gastrointestinal cancer. Acta Clin Croat. 2014; 53(3):279-290.
39. Hrvatska liga protiv raka. Prvi hrvatski dan raka glave i vrata. Dostupno na adresi: <http://hlpr.hr/press/vijest/prvi-hrvatski-dan-raka-glave-i-vrata-osijek>. Datum pristupa: 01.03. 2016

11. ŽIVOTOPIS

Suzana Stojković

Nadnevak i mjesto rođenja: 31. siječnja 1975., Gradačac

Kućna adresa: Sv. I. Krstitelja 65, 31326 Darda

Tel.: 091/7807788

e-pošta: stojkovic.suzana@gmail.com

Obrazovanje i akademski stupnjevi

2013. sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

2012. sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

1993. Medicinska škola Osijek, smjer medicinska sestra/tehničar.

Profesionalna karijera

2012. - 2016. Klinički bolnički centar Osijek, Klinika za kirurgiju, prvostupnica sestrinstva

1993. - 2012. Klinička bolnica Osijek, Klinika za kirurgiju, medicinska sestra

(instrumentarka)

Članstva

Hrvatska komora medicinskih sestara i tehničara

Sindikata medicinskih sestara i tehničara

Hrvatsko društvo operacijskih sestara

Objavljeni radovi

Stojković S, Prlić N. Effect of faith on the acceptance of chronic disease patients. SEEHSJ

2012; 2(1):52-61

12. PRILOZI

1. Anketni upitnik
2. Skala funkcionalne procjene kvalitete života kod bolesnika s malignom bolesti, The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)