

**SVEUČILIŠTE U RIJECI  
MEDICINSKI FAKULTET RIJEKA**

**Ivana Dabo**

**POVEZANOST DUHOVNOG BLAGOSTANJA I  
KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA S RAKOM  
TIJEKOM NJIHOVA ONKOLOŠKOG LIJEČENJA**

**Doktorski rad**

**Rijeka, 2023.**

**UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF MEDICINE**

**Ivana Dabo**

**CORRELATION BETWEEN SPIRITUAL WELLBEING AND  
THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CANCER  
DURING THEIR ONCOLOGICAL TREATMENT**

**Doctoral dissertation**

**Rijeka, 2023.**

Mentor rada: Nasl.prof.dr.sc. Iva Sorta-Bilajac Turina, dr.med., univ.mag.med.

Komentor rada: Izv.prof.dr.sc. Ingrid Belac-Lovasić dr.med.

Doktorska disertacija obranjena je dana \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, pred Povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_\_ (titula, ime i prezime)

2. \_\_\_\_\_ (titula, ime i prezime)

3. \_\_\_\_\_ (titula, ime i prezime)

4. \_\_\_\_\_ (titula, ime i prezime)

5. \_\_\_\_\_ (titula, ime i prezime)

Rad ima \_\_\_\_\_ listova.

UDK: \_\_\_\_\_ (UDK broj dodjeljuje Knjižnica Medicinskog fakulteta u Rijeci)

## Predgovor

Živimo u doba personalizirane i translacijske medicine čiji su temelj znanstvena istraživanja, koja dvosmjerno povezuju laboratorij i ljudski krevet (*from bench to bedside*). Pitanje je, je li „*bench*“ prevagnuo i jesmo li zaboravili temeljne vještine koji su naši preci razvijali „uz bolesnikov krevet?“ Činjenica je da su liječnici stoljećima liječili svoje bolesnike tako što bi sjeli uz bolesnikov krevet i uhvatili bolesnika za ruku, jer je još Hipokrat rekao „Najprije riječ, onda lijek.“

Stoga, je Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization - WHO) proteklih godina uvidjela da redukcionističko i mehanicističko shvaćanje bolesnika više nije zadovoljavajuće. Liječnici i bolesnici su počeli uviđati vrijednost čimbenika kao što su duhovnost, duhovno zdravlje, duhovno blagostanje i suosjećanje u procesu izlječenja.

Interes i prepoznavanje činjenica kako ispunjene duhovne potrebe mogu pomoći bolesnicima da se nose s neizlječivim kroničnim bolestima, uključujući i rak, raste. U ovom radu mnoga istraživanja su pokazala da uloga duhovnosti, duhovnog zdravlja i duhovnog blagostanja ima bitan učinak na unaprijeđenje kvalitete života, posebice za osobe koje su suočene s dijagnozom malignog oboljenja.

Naime, kronične bolesti u koje spadaju i teško izlječive maligne bolesti, često dovode bolesnike do suočavanja s dva osnovna pitanja: o smislu i svrsi njihova života. U teškim trenucima koji iziskuju povećane potrebe od strane oboljele osobe, kao i individualizirane načine njihovog zadovoljenja, bolesnici se najčešće oslanjaju na vanjske resurse pomoći, tj. na somatsku medicinu, alternativnu medicinu, socijalnu podršku, ali neki se okreću i ka „unutarnjim izvorima pomoći“ u smislu zadovoljenja duhovnih potreba.

Tijekom posljednja dva desetljeća poveznica između duhovnog blagostanja i zdravlja je postala nova smjernica u modernoj medicini. Zahvaljujući velikom broju znanstvenih istraživanja, koja su nedvojbeno dokazala pozitivan učinak duhovnog blagostanja na ljudsko zdravlje, mnogi autori ističu da su ispunjene duhovne potrebe posebno važne za onkološke bolesnike, jer predstavljaju izvor snage koja im pomaže kod suočavanja sa zloćudnom bolesti, potiču njihovu samomotivaciju, pružaju emocionalnu utjehu u smislu postizanja osjećaja nade i smisla u izazovnim životnim situacijama. Brojna istraživanja u ovom radu su pokazala da je duhovno blagostanje prediktor kvalitete života, posebice za bolesnike koji su suočeni s dijagnozom malignog oboljenja, jer ima značajan učinak na pozitivan psihološki odgovor na negativno bolesnikovo iskustvo, prihvaćanje realnosti življenja i oporavak od zloćudne bolesti.

Budući da se duhovno blagostanje sve više prepoznaje kao važan prediktor kvalitete života kod bolesnika koji žive s potencijalno životnom ograničavajućom bolesti poput raka, stoga se u ovom radu se istražilo i dobilo nove uvide o značaju duhovnog blagostanja kao prediktora kvalitete života bolesnika s rakom tijekom njihova onkološkog liječenja. Također su se po prvi put utvrdile i mjerne osobine hrvatske inačice upitnika „Kvaliteta života - duhovno blagostanje“ („Quality of Life –Spiritual Wellbeing Questionnaire“ - QLQ-SWB32), koji se nakon provedene jezične i psihometrijske validacije može koristiti kao standardni i nadogradni alat za ispitivanje kvalitete života kurabilnih bolesnika s rakom u Hrvatskoj i šire.

Rezultati ovog istraživanja su doprinijeli boljem razumijevanju povezanosti između duhovnog blagostanja i sociodemografskih obilježja, kliničkih parametara, kvalitete života, popratnih simptoma maligne bolesti, ekspresije jačine boli i tijeka maligne bolesti. Prikupljeni podaci mogu biti od praktične koristi za unaprjeđenje liječenja onkoloških bolesnika, jer mogu doprinijeti boljem razumijevanju i osvješćivanju važnosti integriranja bolesnikovih duhovnih potreba u terapijski proces.

Sukladno dobivenim rezultatima također se predložila modifikacija protokola liječenja, koji bi uključivao i procjenu stanja duhovnog blagostanja. U budućim istraživanjima se može predložiti i izrada intervencijskih protokola kod slučajeva smanjenog stanja duhovnog blagostanja u onkoloških bolesnika.

## Zahvala

Od srca se zahvaljujem svojoj mentorici, nasl.prof.dr.sc. Ivi Sorta Bilajac-Turina, dr.med., univ.mag.med., na njenom izrazitom trudu i snazi da bude moja „zvijezda Danica“ koja svijetli, usmjerava me i pokazuje put te je moj brod života uspjela dovesti do konačnog odredišta, mirne luke. Zahvaljujem se izv.prof.dr.sc. Ivanu Dražiću, na njegovoj stručnoj podršci i pomoći pri izradi ovog doktorskog rada. Zahvaljujem se na profesionalnoj pomoći izv.prof.dr.sc. Ingrid Belac Lovasić, dr.med. što je omogućila ovo istraživanje, kao i svim djelatnicima Klinike za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka. Zahvaljujem se svim onkološkim bolesnicima na njihovom sudjelovanju u ovom istraživanju i što su imali hrabrosti podijeliti s nama svoje životno iskustvo, koje je svakog od nas na poseban način dirnulo i obogatilo.

Zahvaljujem se svom bivšem i sadašnjem ravnatelju NZZJZ PGŽ, prof.dr.sc. Vladimiru Mićoviću, dr. med. i doc.dr.sc. Željku Linšaku, dipl.sanit.ing. na njihovom povjerenju i neizmjeranoj podršci, a posebno što su mi omogućili pohađanje doktorskog studija „Biomedicina“. Od srca se zahvaljujem mr. Dobrici Rončeviću, dr.med., kao i svim djelatnicima Epidemiološkog Odjela i Odjela za javno zdravstvo - njihova podrška i razumijevanje omogućili su mi da svoj rad privedem kraju.

Zahvaljujem se svim mojim kolegama i prijatelju doc.dr.sc. Marinu Gladu, dipl.sanit.ing. koji je vjerno bio uz mene sve ove godine tijekom doktorskog studija i izrade mog doktorskog rada. Posebno se zahvaljujem mojoj prijateljici prim. Heleni Glibotić Kresina, dr.med., na njejoj nesebičnoj ljubavi, podršci i prijateljstvu, koja je vjerovala u mene čak i onda kada ja uopće nisam te mi je omogućila da završim ovaj doktorski rad - ona je moja stijena i moj oslonac u teškim životnim trenucima.

I na kraju, od srca se zahvaljujem mojim roditeljima, na njihovoj nesebičnoj ljubavi, povjerenju i podršci, koji su moj siguran zaklon od životnih oluja i od kojih crpim snagu, ljubav i nadu za sve životne borbe. Posebno se zahvaljujem mom tati, koji je i sam onkološki bolesnik i moja najveća inspiracija te ovaj doktorski rad posvećujem njemu.

*Ljubav je velikodušna, dobrostiva je ljubav, ne zavidi, ljubav se ne hvasta, ne nadima se; nije nepristojna, ne traži svoje, nije razdražljiva, ne pamti zlo; ne raduje se nepravdi, a raduje se istini; sve pokriva, sve vjeruje, svemu se nada, sve podnosi. Ljubav nikad ne prestaje...*

## SAŽETAK

**Cilj:** Duhovno blagostanje i njegova povezanost s kvalitetom života sve se češće kao sadržaj integrira u kurikulume diljem svijeta; međutim, kod onkoloških bolesnika još nije dovoljno istraženo u Hrvatskoj. Stoga, je glavni cilj ovog istraživanja ispitati povezanost duhovnog blagostanja i kvalitete života bolesnika s rakom tijekom njihova onkološkog liječenja.

**Materijali i metode:** U ovom radu koristili su se podaci dobiveni istraživanjem „Duhovno blagostanje i kvaliteta života bolesnika s rakom“, koje je provedeno od srpnja 2019. do siječnja 2020. godine na Klinici za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka. U istraživanje su bila uključena 143 bolesnika s dijagnozom raka koji su zadovoljili uključne kriterije i kod kojih je indicirano aktivno onkološko liječenje. Za procjenu duhovnog blagostanja koristio se upitnik „Kvaliteta života-duhovno blagostanje“ čiju se hrvatsku inačicu prije početka ovog istraživanja, prethodno jezično i psihometrijski validiralo. Za procjenu kvalitete života koristio se upitnik „Kvaliteta života onkoloških bolesnika“ validirana hrvatska verzija 3.0. Kvaliteta života povezana sa zdravljem izmjerila se samoprocjenskim upitnikom za ispitivanje zdravstvenog statusa SF-12v2. Pomoću oblikovanog sociodemografskog upitnika prikupili su se sociodemografski podaci bolesnika.

**Rezultati:** Pregledom rezultata pronađene su pozitivne korelacije između duhovnog blagostanja i kvalitete života; sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB) (0,431  $P < 0,001$ ), egzistencijalna pitanja (EX) (0,635  $P < 0,001$ ). Pronađena je umjerena povezanost između skala odnos prema sebi (RS) i vitalnosti (VT) (0,423  $P < 0,001$ ), mentalnog zdravlja (MH) (0,422  $P < 0,001$ ) te općenito mentalnog zdravlja (MENT) (0,419  $P < 0,001$ ). Pronađena je umjerena i značajna povezanost skale egzistencijalna pitanja (EX) s vitalnošću (VT) (0,453  $P < 0,001$ ) i mentalnim zdravljem (MH) (0,416  $P < 0,001$ ). Uvidom u rezultate pronađene su negativne korelacije između duhovnog blagostanja i izražaja simptoma maligne bolesti, dok je istaknuta povezanost skale odnos prema sebi (RS) sa simptomima umora (FA) (-0,411  $P < 0,001$ ) i boli (PA) (-0,334  $P < 0,001$ ) te skale egzistencijalna pitanja (EX) sa simptomima umora (FA) (-0,385  $P < 0,001$ ) i boli (PA) (-0,317  $P < 0,001$ ). Pronađene su negativne korelacije između duhovnog blagostanja i ekspresije boli te je zabilježena značajna povezanost između skale odnos prema sebi (RS) i ekspresije boli (-0,479  $P < 0,001$ ).

**Zaključak:** Duhovno blagostanje je prediktor kvalitete života kod onkoloških bolesnika tijekom njihova onkološkog liječenja.

Ključne riječi: duhovno blagostanje; kvaliteta života; onkološko liječenje; rak.

## SUMMARY

**Objective:** Spiritual well-being and its correlation with the quality of life are being more and more integrated into the curricula of numerous academic institutions worldwide, but in cancer patients, it is not well studied in Croatia so far. Therefore, the aim of this research is to investigate the relationship between spiritual well-being and the quality of life in cancer patients during their oncological treatment.

**Material and Methods:** In this paper, the data were used from the study "Spiritual Well-Being and Quality of Life in Patients with Cancer", which was conducted between July 2019 and January 2020 at the Department of Radiation Therapy and Oncology of the University Hospital Rijeka. The study included 143 patients with a cancer diagnosis who met the inclusion criteria and were indicated for active oncological treatment. „Quality of Life-Spiritual Wellbeing Questionnaire“ was used to assess spiritual well-being, the Croatian version of which previously had been linguistically and psychometrically validated. The “Quality of Life of Cancer Patients“ questionnaire validated Croatian 3.0 version, was used to assess the quality of life. The sociodemographic data of the patients were collected using a designed sociodemographic questionnaire.

**Results:** Test results indicated significant and positive correlations between spiritual well-being and quality of life; global spiritual well-being (Global-SWB) (0.431  $P < 0.000$ ), Existential (EX) (0.635  $P < 0.000$ ). Moderate correlations were found between the Relationship with Self (RS) scale and Vitality (VT) (0.423  $P < 0.000$ ), Mental Health (MH) (0.422  $P < 0.000$ ), and General Mental Health (MENT) (0.419  $P < 0.000$ ). Statistically significant correlations were found between the Existential (EX) scale and Vitality (VT) (0.453  $P < 0.000$ ) and Mental Health (MH) (0.416  $P < 0.000$ ) scales. Negative correlations were found between spiritual well-being and the Symptom scales, the Relationship with Self (RS) scale and Fatigue (FA) (-0.411  $P < 0.000$ ), Pain (PA) (-0.334  $P < 0.000$ ) scales and Existential (EX) scale with Fatigue (FA) (-0.385  $P < 0.000$ ) and Pain (PA) (-0.317  $P < 0.000$ ) scales. Negative correlations were found between spiritual well-being and pain intensity, Relationship with Self (RS) scale, and pain intensity (-0.479  $P < 0.000$ ).

**Conclusion:** Spiritual well-being is a predictor of quality of life in cancer patients during their oncological treatment.

Keywords: Medical Oncology; Neoplasms; Spiritual Therapies; Quality of Life.

**Sadržaj**



<b>1.</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1.</b>	<b>Maligne bolesti</b> .....	<b>1</b>
1.1.1.	Onkološka epidemiologija .....	3
1.1.2.	Registar za rak .....	4
1.1.3.	Kretanje malignih bolesti u Hrvatskoj i svijetu .....	6
1.1.4.	Psihoonkologija .....	11
<b>1.2.</b>	<b>Duhovnost</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3.</b>	<b>Duhovno zdravlje</b> .....	<b>15</b>
<b>1.4.</b>	<b>Duhovno blagostanje</b> .....	<b>17</b>
<b>1.5.</b>	<b>Kvaliteta života</b> .....	<b>18</b>
1.5.1.	Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji .....	19
<b>1.6.</b>	<b>Povezanost duhovnosti, duhovnog zdravlja, duhovnog blagostanja i kvalitete života</b> .....	<b>21</b>
<b>2.</b>	<b>CILJ ISTRAŽIVANJA</b> .....	<b>25</b>
<b>3.</b>	<b>MATERIJALI I METODE</b> .....	<b>26</b>
<b>3.1.</b>	<b>Ispitanici</b> .....	<b>26</b>
<b>3.2.</b>	<b>Metode</b> .....	<b>27</b>
3.2.1.	Procjena duhovnog blagostanja .....	28
3.2.1.1.	Procjena duhovnog blagostanja .....	30
3.2.1.2.	Analiza literature .....	30
3.2.2.	Procjena kvalitete života .....	32
3.2.2.1.	Kvaliteta života onkoloških bolesnika (QLQ-C30) .....	32
3.2.2.2.	Kratki oblik zdravstvenog upitnika od 12 čestica (SF-12v2) .....	33
3.2.3.	Sociodemografski i medicinski podaci .....	34
<b>3.3.</b>	<b>Statistička obrada podataka</b> .....	<b>35</b>
<b>3.4.</b>	<b>Etički aspekti istraživanja</b> .....	<b>36</b>
<b>4.</b>	<b>REZULTATI</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1.</b>	<b>Jezična validacija upitnika „Kvaliteta života - duhovno blagostanje“ („Quality of Life –Spiritual Wellbeing Questionnaire“ - QLQ-SWB32)</b> .....	<b>37</b>
<b>4.2.</b>	<b>Sociodemografska i klinička obilježja ispitanika</b> .....	<b>37</b>
<b>4.3.</b>	<b>Valjanost i pouzdanosti QLQ-SWB32 upitnika</b> ....	<b>39</b>

4.4.	Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika .....	41
4.5.	Analiza literature .....	45
4.6.	Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika.....	47
4.7.	Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života .....	51
4.8.	Povezanost duhovnog blagostanja sa simptomima maligne bolesti .....	54
4.9.	Povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom boli .....	55
4.10.	Analiza povezanosti odrednica duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti .....	56
5.	RASPRAVA .....	58
5.1.	Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika.....	60
5.2.	Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika.....	65
5.3.	Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života .....	69
5.3.1.	Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života – QLQ-C30 .....	69
5.3.2.	Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života - SF-12v2 .....	75
5.4.	Povezanost duhovnog blagostanja sa simptomima mailgne bolesti .....	81
5.5.	Povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom boli .....	87
5.6.	Analiza povezanosti odrednica duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti .....	92
5.7.	Implementacija edukacije o duhovnom blagostanju u zdravsveni sustav .....	95
5.8.	Ograničenja istraživanja .....	99
6.	ZAKLJUČCI .....	101
7.	LITERATURA .....	103

**POPIS POKRATA**

**POPIS RADOVA**

**ŽIVOTOPIS**

**PRILOZI**



# 1. UVOD

## 1.1. Maligne bolesti

Novotvorina ili lat. *tumor* patološka je tvorba koja nastaje pri gubitku fiziološke regulacije kontrolnih mehanizama rasta stanice. Gubitkom sposobnosti adekvatnog odgovora na signale, koji kontroliraju rast, diobu i smrt, dolazi do prekomjerne proliferacije abnormalnih stanica. Novotvorina može biti benigna, dobroćudna ili nekancerogena, odnosno maligna, zloćudna ili kancerogena. Novotvorine se razlikuju prema stupnju diferenciranosti, stupnju invazivnosti u okolna tkiva i metastaziranju u udaljene organe i tkiva [1,2].

Među brojnim definicijama i danas se u udžbenicima ili stručnim i znanstvenim radovima najčešće susreće definicija australsko – engleskog patologa Ruperta Willisa još iz '60-ih godina: „Novotvorine su abnormalne nakupine tkiva, čiji rast premašuje i nije usklađen s rastom normalnih tkiva, a nastavlja rasti u prekomjernom obliku i nakon što je uklonjen uzrok (podražaj) koji je izazvao te promjene“ [3]. Također, potrebno je istaknuti i raniju definiciju Jamesa Ewinga: „...neoplazma je *relativno* autonomni rast tkiva [4]. Ove dvije definicije i dan-danas sažimaju samu bit neoplastičnog stanja, a to je da je neoplastična promjena nasljedna i prenosi se na sljedeće generacije stanica te da je proliferacija neoplastičnih stanica uglavnom, ali ne u potpunosti, oslobođena kontrola koje reguliraju i ograničavaju rast normalnih stanica i tkiva [5].

Usprkos napretku znanosti i tehnologije uzrok malignih bolesti nije u potpunosti rasvijetljen. Postoje razne teorije nastanka, koje se mijenjaju u skladu s razvojem znanstvenih istraživanja. Međutim, čimbenici rizika, koji se direktno povezuju s nastankom i razvojem maligne bolesti su poznati: obiteljska anamneza, genetska predispozicija, čimbenici povezani sa stilom života (primjerice: pušenje, alkohol, nepravilna prehrana, prekomjerna tjelesna težina, nedostatna tjelesna aktivnost), izloženost zračenju, profesionalna izloženost, izloženost karcinogenima u okolišu, infekcije, neke imunodeficijencije i lijekovi [1].

Grana medicine koja se bavi proučavanjem, prevencijom, dijagnozom i terapijom malignih bolesti je onkologija. Naziv dolazi od grč. *onkos* i označava tumor, oteklinu. Suvremena onkologija interdisciplinarna je znanost, proučava različite aspekte maligne bolesti i objedinjuje različita polja i grane kao što su biokemija, genetika, patologija, patofiziologija, imunologija, endokrinologija, nuklearna medicina, radiologija i kirurgija [1].

Inače, istraživanje, koje se smatra „kamenom temeljcem“ onkološke epidemiologije je od britanskih liječnika Richarda Doll-a i Richarda Peto-a, poznato kao „britanska doktorska studija“ [6,7]. Može se smatrati prvim snažnim statističkim dokazom povezanosti između navike pušenja i mnogih ozbiljnih bolesti, uključujući i rak pluća. Zanimljivo, studija je provedena na populaciji liječnika, uz *follow-up* od 50 godina. Jedno od tih istraživanja provedeno je u Velikoj Britaniji, gdje je u prvoj polovici 20. stoljeća primijećen ogroman porast broja smrtnih slučajeva od raka pluća [6]. Studiju su proveli Richard Doll i Austin Bradford Hill, koji su pokazali da je rizik od raka pluća povezan s brojem popušanih cigareta dnevno, (rizik je bio 25 puta veći kod pušača >25 cigareta dnevno nego kod nepušača) [6]. U tom je trenutku bila potrebna prospektivna studija, koja bi dokazala vezu između navika pušenja i izvan svake razumne sumnje, pojave raka pluća [6]. Zbog navedenog su 1951. godine Doll i Hill poslali upitnik o pušačkim navikama svim liječnicima, koji žive u Ujedinjenom Kraljevstvu putem britanskih medicinskih registara (engl. „*British Medical Register*“). Odgovorilo je 59600 muškaraca i žena, ali podaci o ispitanicima mlađim od 35 godina i o ženama bili su isključeni, budući da je rak pluća bio rijedak u tim kohortama i premalom broju žena [8,9]. Nakon prvih 10 godina praćenja, Doll i Hill su izvijestili o 4597 smrtnih slučajeva i opisali povezanost između pušenja i raka pluća, raka gornjeg dišnog i probavnog trakta, kroničnog bronhitisa, plućne tuberkuloze, koronarne bolesti, isključivši bolesti hipertenzije i peptičkog ulkusa. Rizik od smrti od raka pluća bio je povezan s količinom popušanih duhana [8,9].

Posljednje, ali ne i najmanje važno je veliko istraživanje koje je provedeno na području Velike Britanije u kojem je bilo uključeno 34 439 muških liječnika, a koje je objavljeno 2004. godine. U tom svom istraživanju Doll i Peto su ispitali povezanost između ispitanikovih pušačkih navika i pojava težih kroničnih bolesti - kroz promatranje liječnika i njihovih pušačkih navika u vremenskom razdoblju od 50 godina. Rezultati njihovog istraživanja su ukazali na povezanost između pušačkih navika i težih kroničnih bolesti (krvožilnih, neoplastičnih i bolesti dišnog sustava) te sumnju na povezanost između aktivnog pušenja i 12 vrsta bolesti raka [7]. U posljednjem dijelu studije, autori su također otkrili da su muškarci rođeni od 1900. – 1930., a koji su kontinuirano pušili cigarete umrli 10 godina prije od doživotnih nepušača, dok, oni, koji su prestali u dobi od 60, 50, 40 ili 30 godina su dobili oko 3, 6, 9 odnosno 10 godina očekivanog životnog vijeka [7].

Studija britanskih liječnika bila je inovativna i izvanredna, posebno zbog duljine praćenja. Doll i Peto nagrađeni su za svoju predanost u ovom izazovnom istraživanju, jer su

svojim radom i demonstracijom povezanosti pušenja s rakom pluća i drugim težim kroničnim bolestima, pridonijeli početku borbe protiv bolesti raka i navike pušenja [7,10].

### 1.1.1. Onkološka epidemiologija

Dio epidemiologije koji se bavi proučavanjem pojavnosti malignih bolesti i različitih čimbenika, koji se mogu povezati s njihovim nastankom i razvojem naziva se onkološka epidemiologija. Ona pruža važne podatke za organizaciju kliničke onkologije (prevenciju, dijagnostiku i liječenje malignih bolesti), ali i za javno-zdravstveno djelovanje: organizaciju i praćenje borbe protiv malignih bolesti u populaciji, praćenje rezultata liječenja i praćenje poboljšavanja i smrtnosti od malignih bolesti [1]. Pojavnošću nekog medicinskog entiteta u populaciji bavi se deskriptivna epidemiologija. Opisujući npr. pojavnost maligne bolesti prikazuje broj oboljelih (incidencijom i prevalencijom), broj umrlih (mortalitet) te promatra promjenu rizika obolijevanja kroz određeni vremenski period te u odnosu na određene parametre populacije (dob, spol, profesiju, prebivalište...) [11]. Objašnjenje epidemioloških pojmova je prikazano u Tablici 1.

**Tablica 1.** Epidemiološki pojmovnik

Pojam	Objašnjenje
Incidencija	učestalost novih slučajeva neke bolesti
Kumulativna incidencija (KI)	mjeri (apsolutni) rizik za razvoj bolesti novi slučajevi bolesti dijele se s brojem osoba koje su pod rizikom za razvoj bolesti
Stopa incidencije (SI)	mjeri rizik po jedinici vremena broj novooboljelih tijekom zadanog vremenskog razdoblja dijeli se s ukupnim brojem osoba
Prevalencija	broj svih oboljelih od neke bolesti u određenom razdoblju, u promatranoj populaciji
Mortalitet	broj umrlih osoba na određenom području u određenom razdoblju
Letalitet	odnos broja umrlih prema ukupnom broju oboljelih od neke bolesti
Apsolutni rizik	direktna prijetnja za razvoj neke bolesti ili stanja
Relativni rizik	indirektna prijetnja koja može, ali i ne mora pridonijeti razvoju neke bolesti ili stanja govori o snazi povezanosti između izloženosti čimbeniku rizika i razvoja bolesti ili stanja

Izvor: Kolčić I, Vorko-Jović A, ur. Epidemiologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2012. [11].

Incidencija i prevalencija kao mjere pobola (morbidity), te mortalitet i letalitet kao mjere pomora (mortality) svrstavaju se u mjere učestalosti (engl. *frequency measures*).

Možda najvažniji parametar, koji se koristi u opisivanju maligne bolesti je incidencija nastanka. Temelji se na učestalosti novih, incidentnih slučajeva neke bolesti, pa se kaže da incidencija mjeri promjenu (dinamiku). Pri tome se razlikuje kumulativna incidencija (KI) - novi slučajevi bolesti dijele se s brojem osoba, koje su pod rizikom za razvoj bolesti - mjeri (apsolutni) rizik za razvoj bolesti [11]. Stopa incidencije (SI) - broj novooboljelih tijekom zadanog vremenskog razdoblja dijeli se s ukupnim brojem osoba – mjeri rizik po jedinici vremena. Obično se izračunava na 10.000, 100.000 ili 1.000.000 stanovnika. Ovakve stope zovu se nestandardizirane ili grube stope. One su dobre za prikazivanje kretanja bolesti u određenoj populaciji u određenom razdoblju. Međutim, želi li se usporediti stope neke bolesti između dviju ili više različitih populacija (npr. dviju država), onda je prvo potrebno izvršiti standardizaciju, (jer različite populacije imaju različitu strukturu stanovništva). Najčešće se radi standardizacija po dobi. Te standardizirane stope nisu realne, već služe za usporedbu. SI najpouzdaniji je pokazatelj pojavljivanja maligne bolesti, ne ovisi o duljini bolesnikova preživljenja [11].

Prevalencija označava broj svih oboljelih od maligne bolesti u određenom razdoblju, u promatranoj populaciji. Najčešće se izražava postotkom ili stopom.

Mortalitet predstavlja broj umrlih osoba na određenom području u određenom razdoblju. Izražava se uglavnom u odnosu na 1.000 stanovnika [11]. U broj umrlih ne uračunavaju se mrtvorodena djeca. Opća stopa mortaliteta označava odnos između broja umrlih i ukupnoga broja stanovnika. Na mortalitet značajno utječe dobna struktura stanovništva i socijalno-ekonomski čimbenici [11].

Letalitet je odnos broja umrlih prema ukupnom broju oboljelih od neke bolesti. Izražava se u postotcima. Ovisi o vrsti i težini bolesti, dobi bolesnika, poduzetim mjerama liječenja i drugim čimbenicima, pa je kod nekih bolesti vrlo visok (npr. upravo kod nekih vrsta tumora), a kod drugih je neznatan ili ga uopće nema [11].

### **1.1.2. Registar za rak**

Registar za rak Republike Hrvatske pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo populacijski je registar, koji prikuplja, obrađuje i analizira podatke o oboljelima od malignih bolesti i značajkama samog tumora, kako bi se mjerio javnozdravstveni teret malignih bolesti te pratili trendovi kroz vrijeme. Osnovan je 1959. godine i od tada kontinuirano djeluje,

trenutno u okviru Odjela za maligne bolesti Službe za epidemiologiju kroničnih nezaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Do 1962. godine služio je samo kao registar umrlih od raka temeljen na podacima Državnog zavoda za statistiku, no od tada se započinje s prikupljanjem i obradom podataka o novooboljelim osobama, temeljem podataka o hospitalizacijama zbog raka. Hrvatski Registar za rak dio je Međunarodne udruge registara za rak i Europske mreže registara za rak [12].

Izvori podataka za Registar su: ONKO-obrazac (prijava hospitalizacije zbog maligne bolesti), obrazac Prijava maligne neoplazme (prijava postavljene dijagnoze raka poslana od strane liječnika obiteljske medicine), kopije citoloških, patoloških i obdukcijskih nalaza kojima je utvrđena dijagnoza raka, te podaci o osnovnim uzrocima smrti u suradnji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Državnog zavoda za statistiku [12].

Prilikom obrade podataka važno je pružiti osnovne informacije o bolesti, koja se prati te standardizirati podatke kako bi se otklonili utjecaji dobi ili nekih drugih čimbenika, koji bi utjecali na kvalitetu i usporedivost podataka. U izvještajima Registra prikazuju se podaci o broju slučajeva po dijagnozama, spolu i dobi, stope incidencije se računaju na službene procjene stanovništva Državnog zavoda za statistiku sredinom godine na koju se podaci odnose, a standardiziraju se na standardno svjetsko, europsko, te hrvatsko stanovništvo prema recentnom popisu i ovisno o vrsti analiza [12].

Podaci se objavljuju u obliku detaljnog godišnjeg izvještaja na web-stranicama Registra u biltenu Incidencija raka u Hrvatskoj. Tu su detaljno obrađeni podaci za pojedinu godinu koji služe kao glavni izvor podataka o incidenciji raka u Hrvatskoj. Prvi bilten objavljen je 1980. godine, a sadržavao je prikaz i analizu incidencije raka od 1968. do 1975. godine. Od 1987. godine bilteni se objavljuju redovito, za svaku godinu posebno [12].

Kako ističe Mario Šekerija, voditelj Odjela za maligne bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, „Registri za rak su važan javnozdravstveni alat za poboljšanje zdravlja populacije. Kroz detaljne podatke o značajkama ljudi koji oboljevaju od pojedine vrste raka izvor su podataka za istraživanja o etiologiji pojedinih tipova raka. Geografska distribucija pojedinih vrsta raka u kombinaciji s podacima o izloženošću rizičnim čimbenicima može ukazati na prioritete u javnozdravstvenim akcijama na nekom području, a prognostički podaci poput distribucije stadija prilikom otkrivanja raka i petogodišnjeg preživljenja nam govore o razini sekundarne i tercijarne prevencije...” [12].



### 1.1.3. Kretanje malignih bolesti u Hrvatskoj i svijetu

Broj osoba oboljelih od malignih bolesti u stalnom je porastu. Prema GLOBOCAN procjeni incidencije i smrtnosti od raka Međunarodne agencije za istraživanje raka (engl. *International Agency for Research on Cancer – IARC*) u 2020. godini globalno je procjenjeno 19,3 milijuna novodijagnosticiranih slučajeva raka (18,1 milijun bez ne-melanomskog raka kože). Također, rak je odgovoran za 10 milijuna smrtnih slučajeva (9,9 milijuna bez ne-melanomskog raka kože). Predviđa da će se globalno broj oboljelih povećati na 28,4 milijuna u 2040. godini, što predstavlja porast od 47% u odnosu na 2020. godinu [13].

Prema broju novodijagnosticiranih, najčešća sijela raka u 2020. bila su: dojka (2,26 milijuna slučajeva); pluća (2,21 milijuna slučajeva); debelo crijevo i rektum (1,93 milijuna slučajeva); prostata (1,41 milijun slučajeva); koža (nemelanomska) (1,20 milijuna slučajeva); i želudac (1,09 milijuna slučajeva) [13,14].

Najčešći uzroci smrti od raka u 2020. godini bili su: pluća (1,80 milijuna smrtnih slučajeva); debelo crijevo i rektum (916 000 smrtnih slučajeva); jetra (830 000 smrtnih slučajeva); želudac (769 000 smrtnih slučajeva); i dojka (685 000 umrlih) [13,14].

Prema procjenama Zajedničkog istraživačkog centra Europske komisije za zemlje članice EU (engl. *Joint Research Centre – JRC*), teret raka povećao se na 4 milijuna novih slučajeva (sva sijela, osim ne-melanomskog raka kože), te na 1,9 milijuna smrti u 2020. godini. Procjene pokazuju da rak nešto više pogađa muškarce (1,4 milijuna oboljelih; 710,000 umrlih) nego žene (1,2 milijuna oboljelih; 560,000 umrlih) [15].

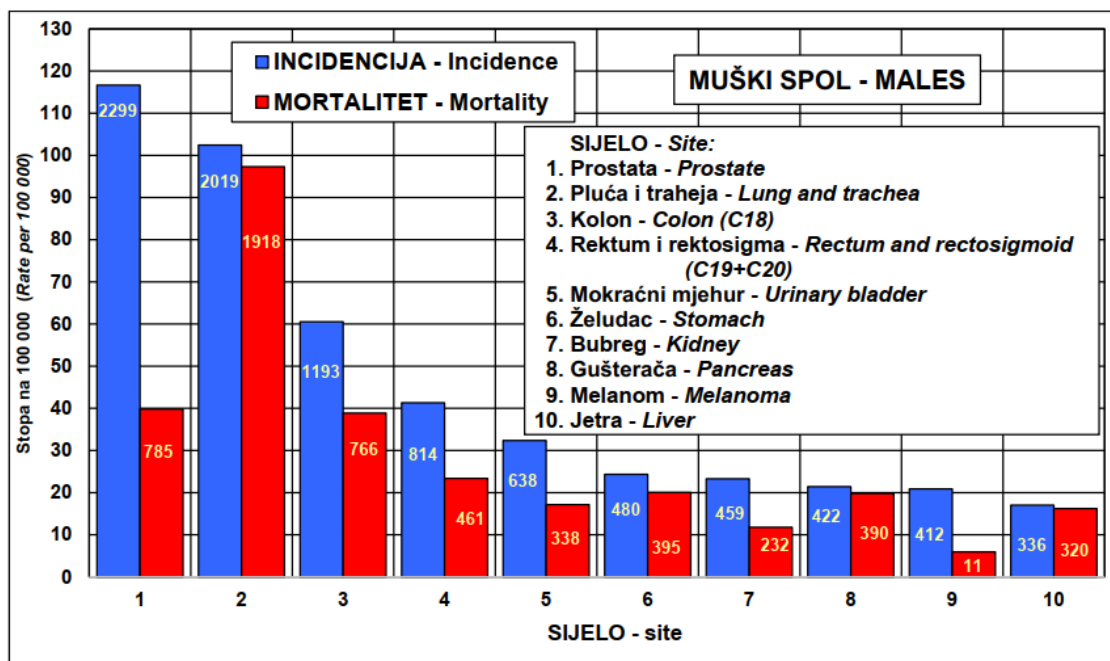
Rak dojke je najčešće dijagnosticirana zloćudna bolest (530.000, 13,1%). Slijede rak debelog i završnog crijeva (520.000, 12,9%), rak pluća (480.000, 11,8%) i rak prostate (470.000, 11,7%). Najčešći uzroci smrti su rak pluća (380,000, 20%), a slijede rak debelog i završnog crijeva (250,000, 12,6%), dojke (140,000, 7,3%) i rak gušterače (130,000, 6,8%) [15].

Najveće stope smrtnosti od raka i za muškarce i za žene se javljaju u Slovačkoj (495,8 na 100.000, 41% više od europskog prosjeka za muškarce, i 262,6 na 100.000, 31% za žene), a procijenjene su visoke stope za istočne i balkanske zemlje općenito (npr. Crna Gora, Poljska, Srbija, Mađarska i Hrvatska). Najniže stope smrtnosti zabilježene su u Švedskoj (272,0, 23%), Islandu (270,9, 23%) i Albaniji (243,7, 31%) u muškoj populaciji, odnosno Španjolskoj (161,2, 20%), Ukrajini (144, 28%) i Albaniji (108,5, 46%) u ženskoj populaciji. [15].



Stopa incidencije za pet najčešćih sijela raka za muškarce iznosila je: 2.299/100,000 prostata; 2.019/100,000 traheja, bronh i pluća; 1.193/100,000 kolon; 814/100,000 rektum i rektosigma; 638/100,000 mokraćni mjehur. Stopa mortaliteta iznosila je: 1.918/100,000 traheja, bronh i pluća; 785/100,000 prostata; 766/100,000 kolon; 461/100,000 rektum i rektosigma; 395/100,000 želudac (Slika 2.) [17].

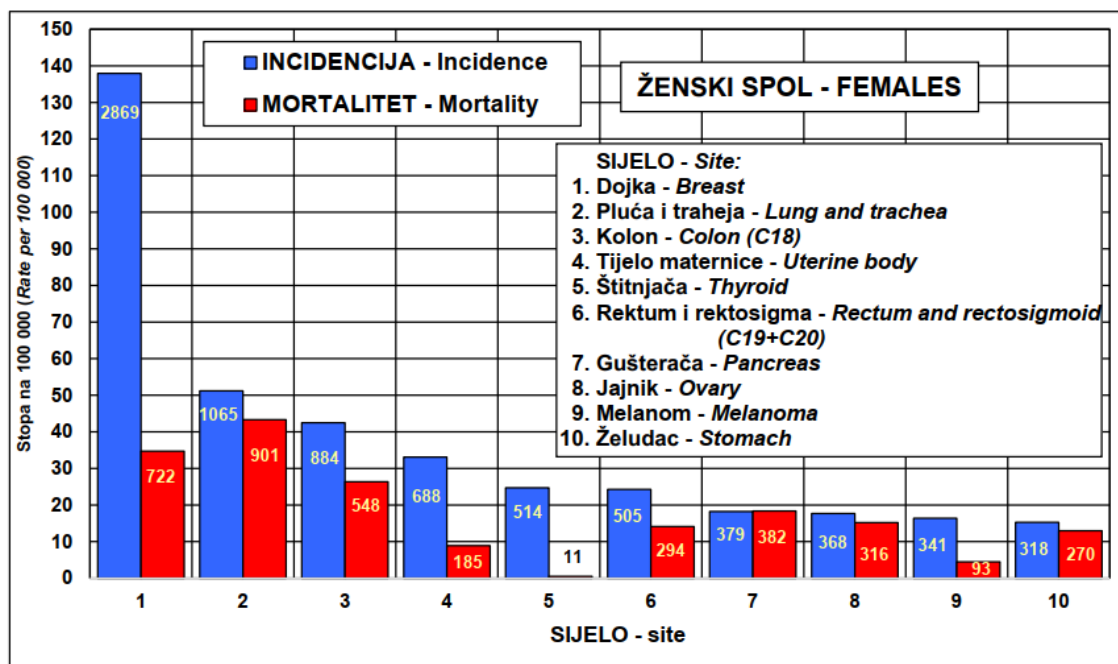
Stopa incidencije za pet najčešćih sijela raka za žene iznosila je: 2.869/100,000 dojka; 1.065/100,000 traheja, bronh i pluća; 884/100,000 kolon; 688/100,000 tijelo maternice; 514/100,000 štitnjača. Stopa mortaliteta iznosila je: 901/100,000 traheja, bronh, pluća; 722/100,000 dojka; 548/100,000 kolon; 382/100,000 gušterača; 316/100,000 jajnik, jajovod i adneksa (Slika 3.) [17].



**Slika 2.** Najčešća sijela raka u Hrvatskoj u 2020. godini – stopa incidencije i mortaliteta na 100,000 za muškarce.

Izvor: Šekerija M, urednik. Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2020. Bilten br. 45 [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2022 [pristupljeno 2023 svib 8]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-maligne-bolesti/> [17].

Napomena: Uz dozvolu urednika.

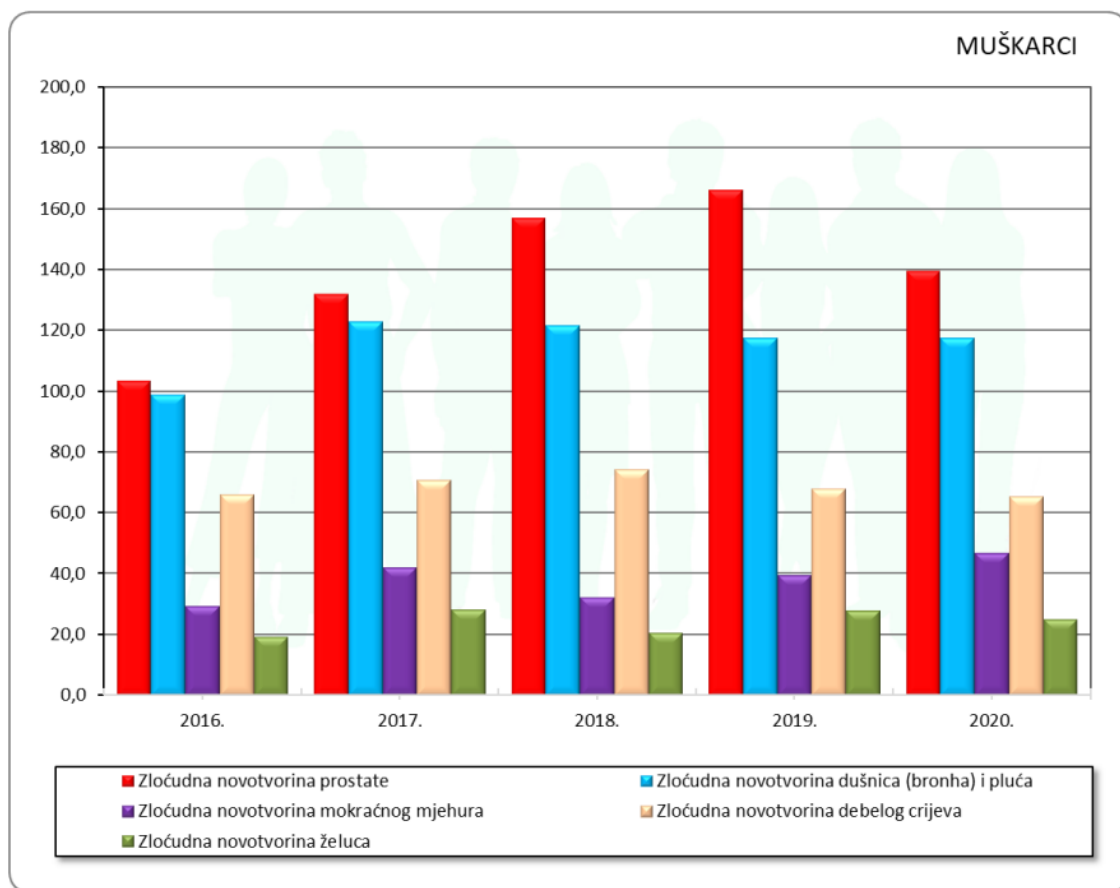


**Slika 3.** Najčešća sijela raka u Hrvatskoj u 2020. godini – stopa incidencije i mortaliteta na 100,000 za žene.

Izvor: Šekerija M, urednik. Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2020. Bilten br. 45 [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2022 [pristupljeno 2023 svib 8]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-maligne-bolesti/> [17].

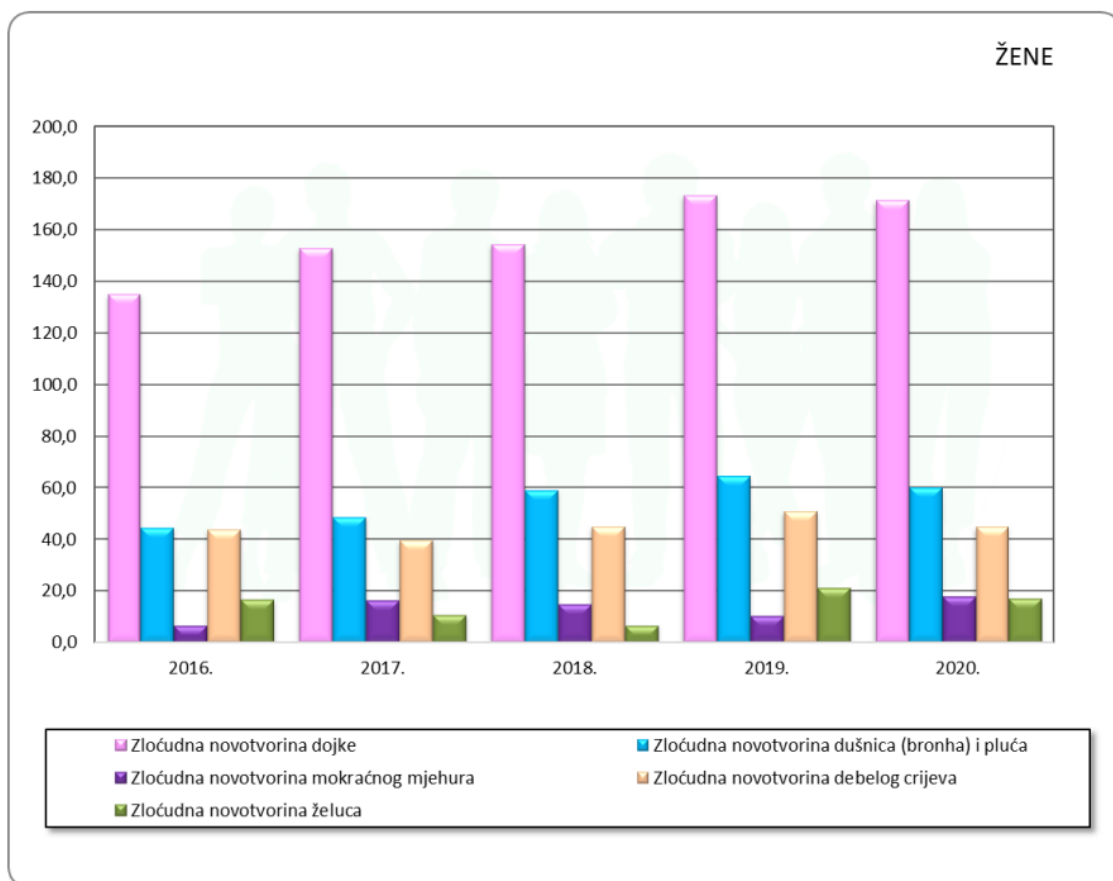
Napomena: Uz dozvolu urednika.

U Primorsko–goranskoj županiji je u 2020. godini evidentirano 1.794 novodijagnosticiranih oboljelih osoba (947 muškaraca i 847 žena). Stopa incidencije iznosila je 638,3/100,000 (694,6/100,000 za muškarce i 585,3/100,000 za žene). Od raka je umrlo 1.070 osoba (17). Na Slikama 4. i 5. prikazana je stopa incidencije na 100,000 za muškarce, odnosno za žene u petogodišnjem promatranom razdoblju u PGŽ. Vrijednosti za 2020. godinu približavaju se nacionalnim vrijednostima za pet najčešćih sijela raka [18].



**Slika 4.** Stope incidencije raka na 100 000 stanovnika za muškarce u Primorsko-goranskoj županiji.

Izvor: Janković S, urednik. Zdravstveno-statistički ljetopis Primorsko-goranske županije za 2021. godinu. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije; 2022, str. 54. [18].



**Slika 5.** Stope incidencije raka na 100 000 stanovnika za žene u Primorsko-goranskoj županiji.

Izvor: Janković S, urednik. Zdravstveno-statistički ljetopis Primorsko-goranske županije za 2021. godinu. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije; 2022, str. 54. [18].

#### 1.1.4. Psihoonkologija

Na etiologiju zloćudne maligne bolesti je uočena povezanost između različitih rizičnih čimbenika, kao što su dob, pozitivna obiteljska anamneza, izloženost endogenim i egzogenim hormonima, prehrana te okolišni čimbenici [19]. U suvremenim istraživanjima, međutim, pokušava se također istražiti i povezanost psihoemocionalnih parametara kao prediktora nastanka malignog oboljenja, ali i dužine preživljavanja oboljelih od raka [20,21,22]. Sve navedeno navodi na zaključak da etiologija bolesti raka predstavlja kompleksno područje, jer bi prorada i izbjegavanje individualno utvrđenih rizičnih čimbenika trebala također predstavljati dio kompleksnog terapijskog liječenja.

Nadalje, samo maligno oboljenje kao i nužne, ali često puta agresivne, terapijske intervencije mogu dovesti do brojnih neugodnih fizičkih i psihosocijalnih reakcija kod oboljelih osoba [23,24]. Naime, uz fizički neugodne i bolne reakcije, kod oboljelih osoba

može se javiti značajan psihološki stres koji je potkrijepljen strahom od smrtnog ishoda, strahom od relapsa, nepovoljnim socijalnim reakcijama, narušenim partnerskim odnosima, smanjenom profesionalnom kompetencijom i dr. Ovakva stanja često su popraćena neugodnim emocionalnim reakcijama kao što su osjećaj bespomoćnosti, krivnje, ljutnje, straha, anksioznosti i depresije [25,26].

Trenutak uspostavljanja dijagnoze bolesti raka te liječenja istog predstavlja jedan od najstresnijih negativnih događaja u životu oboljelog pojedinca. Podaci iz mnogih istraživanja pokazuju da akutni stres u trenutku postavljanja dijagnoze malignog oboljenja kao i tijekom onkološkog liječenja, utječe na oporavak bolesnika i njegovo liječenje. Negativni psihološki odgovor pri dijagnosticiranju i liječenju raka, usko je povezan sa staničnim imunološkim odgovorom oboljele osobe [27,28].

Primjerice, postoje pojedini znanstveni podaci o utjecaju stresa na imunološki sustav žena oboljelih od raka dojke. Levy i suradnici su u njihovo istraživanje uključili 66 žena oboljelih od raka dojke stadija I i II, 3 mjeseca nakon kirurškog liječenja (lumpektomija, mastektomija, sa ili bez adjuvantne terapije). U svom istraživanju autori su pokazali da izražaj estrogen receptora (ER)\* utječe na NK lizu stanica, jer se nalaze u njihovoj međusobnoj u korelaciji. Levy i sur. opisuju NK lizu stanica kao aktivaciju stanica ubojica (engl. *Natural killer cells*) da ciljano unište tumorske stanice, što su u nastavku objasnili u svom istraživanju. Aktivirane NK stanice otpuštaju citotoksične granule i citokine što dovodi do lize (raspadanja) ciljane stanice. Nadalje, Levy i sur. ukazuju na važnost povezanosti koncentracije ER\* receptora u tumoru i socijalnih faktora s aktivnošću NK stanica. Manja koncentracija ER\* receptora u tumoru i pozitivno doživljavanje socijalne podrške utječu na aktivaciju NK stanica, što ima pozitivan učinak na bolesnika. Stoga, su autori ukazali na socijalnu podršku kao važnu varijablu koja utječe na smanjenje stresa i koncentraciju estrogena, što ujedno povećava aktivnost NK stanica. Navedenim istraživanjem je dokazano, da se sa tehnikama suočavanja sa stresom utječe na razinu stresora, kao i na imunološki odgovor stanica [29,30].

Naime, kronične bolesti u koje spadaju i teško izlječive bolesti poput raka, često dovode bolesnike do suočavanja s dva osnovna pitanja: o smislu i svrsi njihova života. U teškim trenucima koji iziskuju povećane potrebe od strane oboljele osobe, kao i individualizirane načine njihovog zadovoljenja, bolesnici se najčešće oslanjaju na vanjske resurse pomoći, tj. na somatsku medicinu, alternativnu medicinu, socijalnu podršku, ali neki se okreću i ka unutarnjim izvorima pomoći, kao što je duhovnost [31].

Podaci iz pojedinih radova su pokazali da duhovnost, duhovno zdravlje i duhovno blagostanje predstavljaju snažan potencijal u prevenciji i liječenju kroničnih bolesti, te su jedni od važnijih čimbenika, koji pozitivno utječu na ljudsko zdravlje i kvalitetu života [31,32].

Svjetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization, WHO*) proteklih je godina uključila preko 30 međunarodnih centara u svoja ispitivanja o kvaliteti življenja koja je sadržavala šest odrednica:

1. tjelesno i psihičko zdravlje;
2. osobnu nezavisnost;
3. socijalne odnose;
4. okoliš;
5. duhovnost;
6. religijske običaje [33].

## **1. 2. Duhovnost**

Povijesni rascjep između duhovnosti (*engl. spirituality*) i znanosti je imao značajne posljedice za svijet u kojem živimo, a koje su dosegle svoj vrhunac u kulturi dvadesetog stoljeća temeljenoj na mehanicističkom shvaćanju stvarnosti. Jedna od najvećih „žrtava“ ovog rascjepa je upravo medicina u kojoj je zavlдалo redukcionističko shvaćanje čovjeka kao stroja, na uštrb upravo duhovnosti, koja je time izgubila svoje važno mjesto [33].

Međutim, u posljednjih dvadesetak godina ovog stoljeća, duhovnost se na velika vrata vraća u medicinu zahvaljujući velikom broju znanstvenih istraživanja koja nedvojbeno dokazuju blagotvoran učinak duhovnosti na ljudsko zdravlje [34,35].

Osobna duhovnost svakog čovjeka, proizlazi iz specifičnih iskustava, koja su jedinstvena za svaku osobu. „Vjera je percipirana kao atribut duhovnosti iz koje proizlazi vjerovanje u Boga, ili vrhovno transcendentno biće, koje pruža temeljno značenje za smisao i nadu u životu“ [36,37,38,39]. „Duhovna dimenzija integrira sve ljudske dimenzije: tijelo, um i duh, kao osjećaj cjelovitosti i očuvanja čovjekove dobrobiti“ [40,41,42].

U mnogim istraživanjima nije usuglašena jedinstvena definicija duhovnosti. Razlike između prevladavajućih tumačenja duhovnosti su utvrđene na području teologije, sociologije, psihologije i medicine; s ciljem definiranja njezinog značenja i određivanja fundamentalnih karakteristika [43].



Životna iskustva mogu poslužiti da bi se inicirala svjesnost o duhovnosti. Ključni životni događaji, koji uključuju rođenje djeteta, kroničnu teško izlječivu bolest, smrt bliskih osoba, krizu osobnog identiteta ili krizu u međusobnim bliskim odnosima, mogu inicirati potragu za dubljim smislom i svrhom što bi s navedenim potaknulo dimenziju duhovnosti [40,41,42]. Ostala iskustva duhovnosti mogu uključivati fizičku tjelovježbu, samoću, molitvu, slušanje muzike, kao i uživanje u promatranju vrhunskih umjetničkih djela s ciljem postizanja iskustva „individualne mudrosti i razumijevanja“, kao doprinosa „jednostavnijeg“ shvaćanja duhovnosti [40,41,42].

Poznati neurolog i psihijatar Viktor Frankl je opisao duhovnost mnogo opsežnije što se tiče psihologijskog smisla, gdje je u svoju teoriju uključio teološko promišljanje ljudske motivacije i egzistencijalne analize na logoterapijskom pristupu [44]. U logoterapiji Frankl ističe da je prvenstvena motivacija (egzistencijalna težnja) svakog čovjeka pronaći smisao i svrhu života unatoč neugodnim situacijama, koje se u životu mogu iznenada desiti [44]. U širem smislu definicije glavna je premisa da smisao života nije apstraktan, već se nalazi u konkretnim situacijama života na koje čovjek odgovara s odgovornošću i gdje osmišljava svoj vlastiti smisao postojanja. Volja za smislom, nije samo istinski odraz čovjekove humanosti nego i pouzdano mjerilo duševnog zdravlja [44]. Stoga, navodi da se individualno značenje ne može spoznati; može se jedino otkriti kroz duhovnu dimenziju. Frankl smatra da svi ljudi imaju sposobnost „transcendiranja sebe“ – osobito u razdobljima neizbježne osobne patnje [44].

Smisao života je specifičan ishod duhovnosti, koji može kvalitativno izmjeriti dimenziju duhovne perspektive teorije smisla. Također može biti empirijski pokazatelj, koji označava teološki i psihološki aspekt duhovnosti, kao i njezinog iskustva [44]. Čovjekovu potragu za smislom Frankl opisuje kao sposobnost otkrivanja osjećaja osobne vrijednosti i glavne motivacije ljudskog postojanja. Također, vjeruje da ljudi imaju osobnu slobodu odgovoriti na životne događaje, prema njihovim izvornim uvjerenjima te općenito životnim okolnostima [44].

Interes i prepoznavanje činjenica kako duhovnost može pomoći ljudima da se nose s neizlječivim kroničnim bolestima uključujući i rak, raste. Mnoga istraživanja su pokazala da uloga duhovnosti ima bitan učinak na kvalitetu života, posebice za osobe koje su suočene s dijagnozom malignog oboljenja. U pojedinim istraživanjima nije utvrđeno da duhovnost može izliječiti rak ili bilo koju drugu bolest, ali ona može postati „korisni dodatak“, kao nadopuna uobičajenoj zdravstvenoj skrbi [34,35].

### 1.3. Duhovno zdravlje

Tijekom proteklih desetljeća usmjerenje pozornosti na duhovnost, duhovno zdravlje i duhovno blagostanje u zdravstvenom sustavu je postalo dio strategije razvoja i edukacijskih planova na polju medicinskog obrazovanja i zdravstva [45].

Svjetska zdravstvena organizacija ističe duhovno zdravlje (engl. *spiritual health, SH*) kao četvrtu dimenziju zdravlja i referira se na fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu dimenziju u definiranju ljudske egzistencije, dok predstavlja duhovnu dimenziju u evoluciji i razvoju čovjeka [46].

Danas se duhovno zdravlje razmatra u mnogim definicijama zdravlja, jer autori termin duhovnost razmatraju iz različitih perspektiva i nude različite definicije [46]. Međutim nisu se uspjeli usuglasiti oko sveobuhvatne definicije duhovnog zdravlja. Stoga su glavni izazovi vezani za duhovno zdravlje pronalaženje sveobuhvatne definicije, kao i definiranje njegovih osnovnih pokazatelja [47,48].

Optimalno duhovno zdravlje je sposobnost razviti duhovnu prirodu do njezinog punog potencijala. Navedeno bi uključilo:

- sposobnost otkriti i konkretizirati temeljnu svrhu života;
- iskusiti ljubav, radost, mir i ispunjeni život;
- naučiti kako pomoći sebi i drugima ostvariti svoj najviši potencijal [49,50].

Nova definicija, koja uključuje slične komponente navodi da je duhovno zdravlje: „Visoka razina vjere, nade, kao i potpuna predanost u odnosu na pozitivan definiran životni svjetonazor ili sustav vjerovanja. Iz navedenog proizlazi osjećaj smisla i svrhe te svjesnost osobnog postojanja; što pruža etički put do osobnog ispunjenja. Uključuje povezanost sa samim sobom, s drugima s višom transcendentnoj silom ili sveobuhvatnom stvarnošću“ [51].

Od posebne je važnosti i kvalitativno istraživanje, koje su proveli Ganhbari i Mohammadimehr s ciljem identificiranja pokazatelja i odrednica duhovnog zdravlja. Ispitanike istraživanja uključivalo je 19 stručnjaka iz područja duhovnosti i duhovnog zdravlja iz različitih grana medicine, a podaci su prikupljeni polustrukturiranim intervjuom na Aja Sveučilištu medicinskih znanosti u Teheranu. Ganhbari i Mohammadimehr ističu u da se duhovno zdravlje sastoji od kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih odrednica:

- kognitivna odrednica duhovnog zdravlja se odnosi na samospoznaju, na odnos prema Bogu, drugima i perifernom okruženju;

- emocionalna odrednica duhovnog zdravlja se odnosi na osjećaje i stavove pojedinca prema sebi, drugima, Bogu i perifernom okruženju. U emocionalnoj odrednici ističu se interesi, motivacija, stavovi, uvažavanja ili vrijednosti;
- bihevioralna odrednica duhovnog zdravlja uključuje ponašanje pojedinca u odnosu na sebe, druge, Boga i socijalno okruženje [45].

U odnosu na prethodna desetljeća duhovno zdravlje ulazi u kurikulum u dosta zemalja diljem svijeta. No, unatoč navedenim činjenicama preporuka je duhovno zdravlje „ojačati“ u smislu osmišljavanja učinkovitih strategija u izradi nastavnih planova i programa, koji će biti sastavnica izobrazbe u usavršavanju studenata medicine u njihovom daljnjem obrazovanju [45].

Bolest je, najopćenitije rečeno, stanje u kojem organizam ne funkcionira dobro.

Normalno i očekivano stanje je da čovjek bude zdrav, da se dobro osjeća, da sve stanice njegova organizma pravilno funkcioniraju. Bolest nije normalno stanje, njome samo tijelo želi upozoriti bolesnika da s njime ili u njemu nešto nije u redu [52]. U tom smislu može se reći da se bolest javlja zato da upozori čovjeka kako nešto bitno treba mijenjati u svom životu [52]. Ono što nas boli, to nas i liječi, odnosno to nas motivira da nešto hitno poduzmemo kako bi bol nestala, a ona nestane kad shvatimo njezinu poruku i promijenimo negativne obrasce svog života i ponašanja [52].

Osobe koje pate od malignih bolesti, uspostavljanjem početne dijagnoze postanu dosta šokirane i razočarane, što može dovesti do posljedica gubitka samokontrole nad svojim životima i povećanog straha od smrti [53]. Njihova percepcija života iznenada postaje promijenjena u pokušaju da se suoče s iznenadnim, životnim promjenama [53,54]. Zbog povećane mogućnosti smrtnog ishoda kod malignih bolesti, onkološki bolesnici imaju veće duhovne potrebe nakon uspostavljanja početne dijagnoze. Drugim riječima, u pojedincu se počinju javljati duhovne patnje i velike duhovne krize, koje dovode do gubitka samopoštovanja i osobnih vrijednosti [54].

Razvijanje osjećaja duhovnog zdravlja kao glavne komponente mentalnog zdravlja je način u suočavanju s bolešću i njezinim posljedicama [55]. Pojedinci koji posjeduju ovaj olakšavajući duhovni faktor uspješnije se suočavaju s nelagodnim životnim okolnostima, kao i novim životnim promjenama [56].

Duhovno zdravlje kao četvrta odrednica zdravlja ujedinjuje fizičku, mentalnu i socijalnu dimenziju zdravlja pojedinca, dok istovremeno uključuje egzistencijalnu i duhovnu dimenziju života [57].

## 1.4. Duhovno blagostanje

Duhovno zdravlje je temeljni pokazatelj ljudskog zdravlja, koja prožima i integrira sve ostale dimenzije zdravlja [58]. Duhovno zdravlje je dinamično stanje bića, koje se odražava u kvaliteti odnosa koje ljudi imaju kroz pokazatelje duhovnog blagostanja (*engl. spiritual wellbeing, SWB*) [58].

Ellison je sugerirao da duhovno blagostanje “proizlazi iz temeljnog stanja duhovnog zdravlja i da je njegova osnovna ekspresija nešto slično, kao boja kože ili srčani puls, koji su pokazatelji fizičkog zdravlja” [36]. Fehring, Miller i Shaw podržali su njegovo stajalište dodajući: “duhovno blagostanje je prediktor kvalitete života pojedinca u duhovnoj dimenziji ili jednostavno pokazatelj njegovog duhovnog zdravlja” [59].

Također treba istaknuti da su mnogi znanstveni radovi naglasili da duhovno blagostanje predstavlja važnu odrednicu kvalitete života (*engl. quality of life, QoL*), gdje je kvaliteta života definirana u četiri odrednice:

- fizičko blagostanje;
- psihičko blagostanje;
- socijalno blagostanje;
- duhovno blagostanje [60,61,62,63,64,65].

Većina najčešće korištenih mjernih instrumenata za ispitivanje duhovnog blagostanja je razvijeno i validirano u jednom kulturološkom kontekstu (uglavnom u Sjedinjenim Američkim Državama), jer njihovo prevođenje i primjenjivanje na različita kulturološka područja nije uopće jednostavno. [66,67].

Grupa autora iz Europske organizacije za istraživanje i liječenje raka (*engl. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC*) završila je u 2017. godini međunarodno istraživanje u kojem je u različitim kulturološkim i jezičnim okruženjima razvila i validirala instrument za mjerenje duhovnog blagostanja za bolesnike koji primaju palijativnu skrb [68,69].

Inače, mjerenje duhovnog blagostanja znalo se koristiti za određivanja indikatora individualnog duhovnog zdravlja pojedinca [70]. Međutim ne postoji idealan konsenzus kako definirati duhovno blagostanje, niti zlatni standard kako ga izmjeriti, jer definicija duhovnog blagostanja može biti različita za svaku osobu. Prvotna radna definicija duhovnog blagostanja EORCT grupe definirala je duhovno blagostanje kroz:

- odnos sa samim sobom;
- odnosi s drugima;
- specifične religijske/duhovne potrebe [67].

Rezultati dobiveni međunarodnim istraživanjem s palijativnim bolesnicima u kojem je provedena četvrta završna faza validacije upitnika za procjenu duhovnog blagostanja (QLQ-SWB32), nisu fundamentalno promijenili navedenu definiciju, već su je razvili i usavršili kroz četiri odrednice:

- odnos prema sebi;
- odnosi s drugima;
- egzistencijalna pitanja;
- posebna vjerska i/ili duhovna pitanja (odnos s Bogom, za pojedince koji pokazuju da sada vjeruju ili su prethodno vjerovali u Boga ili u nekoga ili nešto više od njih samih) [67,68,69].

Može uključivati neke ili sve od sljedećih elemenata:

- a) imati ili pronaći ostvarujući odnos sa samim sobom;
- b) značenje iznad granica dometa sebe;
- c) značenje uspostavljujućih neposrednih događaja;
- d) objašnjenje događaja i/ili iskustava [67].

Nadalje, Herman je u svom kvalitativnom istraživanju ispitao duhovne potrebe kod umirućih bolesnika, a rezultate mjerenja duhovnog blagostanja je koristio kao glavne pokazatelje duhovnog zdravlja [70].

## 1.5. Kvaliteta života

Kvaliteta života (engl. *quality of life, QoL*) predstavlja sveobuhvatno ukupno zadovoljstvo/nezadovoljstvo vlastitim životom. To je subjektivni doživljaj svakog čovjeka koji nesumnjivo ovisi o objektivnim okolnostima u kojima netko živi, kao i sustava vrijednosti, očekivanja i težnji [71].

Kvaliteta života odnosi se na osobno blagostanje, životno zadovoljstvo, uključujući mentalno i fizičko zdravlje [71].

Navode se četiri osnovne odrednice kvalitete života:

- 1) fizičko blagostanje: energija, sila, funkcionalnost, spavanje, odmor;

- 2) psihičko blagostanje: koncentracija, uznemirenost, zabrinutost, depresija, žalost, ogorčenje;
- 3) socijalno blagostanje: financijska opterećenost, povratak na posao, stan, kućni budžet;
- 4) duhovno blagostanje: nada, očaj, očajanje, vjera, religioznost, pobožnost [72].

Za razumijevanje općeg zadovoljstva životom pojedine osobe potreban je uvid u strukturu zadovoljstva i strukturu faktora, koji određuju osobnu kvalitetu života te koliko pojedini faktori doprinose sveukupnoj kvaliteti života. Bowling je prikazao rezultate istraživanja na uzorku od 2000 odraslih ispitanika u Velikoj Britaniji. Ispitanici su naveli kao najvažnije stvari u životu: financijski status, povezanost s obitelji i prijateljima, vlastito zdravlje, zdravlje bliskih osoba te društveni život/slobodne aktivnosti [73].

Istraživanja kvalitete života potaknula su raspravu o razlikama između pojmova kvaliteta života, kvaliteta života temeljena na zdravlju, zdravstveni status te funkcionalni status.

Kvaliteta života temeljena na zdravlju (engl. *Health related quality of life*, HRQoL) razlikuje se od šireg koncepta kvalitete života i definira se kao:

- a) blagostanje (engl. *well-being*), koje se sastoji od dvije komponente - sposobnosti da se obavljaju funkcionalne aktivnosti svakodnevnog života, koje se odnose na fizičko, psihičko i socijalno blagostanje te bolesnikovo zadovoljstvo stupnjem funkcioniranja i kontrole bolesti;
- b) individualno zadovoljstvo životom i opći osjećaj osobnog blagostanja;
- c) subjektivna procjena dobrih i zadovoljavajućih karakteristika života u cjelini [74,75,76].

Cella i Tulskey navode četiri osnovne odrednice kvalitete života: fizičko, poslovno, emocionalno i socijalno blagostanje [77]. Također je bitno istaknuti da su ostala područja uključena u koncept kvalitete života temeljene na zdravlju, kao što su prisutnost simptoma bolesti i nuspojava liječenja, zadovoljstvo provođenim liječenjem, emocionalni stres, duhovnost, financijski status, provođenje aktivnosti slobodnog vremena, obiteljski život, uključujući intimnost i seksualnost [78].

### **1.5.1. Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji**

Kvaliteta života predstavlja jedan od najvažnijih zdravstvenih izazova za onkološke bolesnike. Stoga, je specifična i višedimenzionalna vrsta ishoda, kojeg bolesnici percipiraju kao nešto što obuhvaća njihove društvene, financijske, psihosocijalne i fizičke aktivnosti

[79,80]. Zbog napretka medicinske znanosti i kontinuiranog napretka u ranom detektiranju i liječenju malignih oboljenja, očekivano vrijeme preživljavanja kod onkoloških bolesnika je postalo dulje u odnosu na prethodne godine. Spomenuto je rezultiralo povećanim interesom za ispitivanje kvalitete života povezane sa zdravljem kod osoba preživjelih od raka, koji su u remisiji [81,82].

Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQoL) u onkologiji sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata oboljenja na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije te učestalost simptoma i nuspojava liječenja [78]. Međutim, iako je kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQoL) bila dio mnogih međunarodnih istraživanja, njeno uključivanje u onkologiju nije bilo jednostavno. Problem je bio kako razumjeti subjektivnu prirodu rezultata kvalitete života temeljenu na zdravlju (HRQoL), a dodatne prepreke su dolazile od strane medicinskog osoblja [78]. S vremenom, usporedo s razvojem psihosocijalne onkologije, mnogi liječnici su uvidjeli važnost kvalitete života temeljenu na zdravlju (HRQoL) kao značajnog dijela onkološke skrbi [81,82,83,84].

Krajem 80-tih godina 20. st. EORTC grupa je pokrenula istraživački program s ciljem razvoja integriranog, modularnog pristupa za evaluaciju kvalitete života onkoloških bolesnika, koji sudjeluju u međunarodnim kliničkim istraživanjima. Upitnici su konstruirani tako da procjenjuju ispitanikovo tjelesno, psihološko, kognitivno i socijalno stanje, kao i postojanje simptoma povezanih s oboljenjem [85]. Aaronson i suradnici su započeli 1987. godine s razvojem upitnika kvalitete života za različite vrste malignih oboljenja pod nazivom „Kvaliteta života onkoloških bolesnika“ (engl. *The Core Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer*, QLQ-C30), koji se može koristiti samostalno ili s drugim, različitim modulima, koji se odnose na različite vrste malignih oboljenja [85]. Zahvaljujući EORTC grupi, QLQ-C30 upitnik je preveden na 55 jezika, a njegova psihometrijska svojstva proučavana su u različitim zemljama i kulturama [86]. Upitnik QLQ-C30 je najčešće korišteni instrument u istraživanjima kvalitete života temeljene na zdravlju (HRQoL) u onkologiji. Pregledom 31 istraživanja o kvaliteti života kod onkoloških bolesnika se pokazalo da je u 50% istraživanja korišten QLQ-C30 upitnik [84,87].

Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQoL) je usredotočena na ispitivanja kako bolest i njezino liječenje utječu na osobu te se smatra višedimenzionalnom; uključujući fizičke i psihosocijalne elemente [88]. Da bi se navedeno postiglo, fokus je na liječenju bolova i drugih popratnih simptoma, koji su fizičke, psihosocijalne ali i duhovne prirode [89]. Stoga, je zadovoljena duhovna potreba ključna, kada pojedinci pred kraj života

procjenjuju njegovu kvalitetu, dok briga o završetku života i potporna skrb mogu identificirati duhovna pitanja, koja su za bolesnike od velike važnosti [66,68].

## **1.6. Povezanost duhovnosti, duhovnog zdravlja, duhovnog blagostanja i kvalitete života**

Utjecaj duhovnosti, duhovnog zdravlja i duhovnog blagostanja na kvalitetu života u modernoj medicini zauzeo je značajno mjesto. Poznate svjetske akademske institucije poput sveučilišta George Washington, Harvard i dr. već godinama takve sadržaje uvrštavaju u svoje programe trajne edukacije [90]. Također, u sve više kliničkih institucija diljem svijeta, a posebice u SAD-u, uspostavljaju se posebni programi po bolničkim odjelima, koji imaju za cilj integrirati duhovne potrebe i potencijale bolesnika s terapijskim procesom [90]. Programi ovakve vrste imaju za cilj povećanje samokontrole, samopoštovanja i samopouzdanja bolesnika; ubrzan oporavak, odnosno učinkovitije suočavanje s bolešću; povećane empatijske kapacitete zdravstvenog osoblja te posljednje, ali nikako manje važno, davanje dubljeg smisla patnji kod teško oboljelih kroničnih bolesnika [90].

Pojedine studije o međudnosu duhovnih potreba i ljudskog zdravlja upućuju na zaključak da su ispunjene duhovne potrebe u pozitivnom odnosu sa željenim terapijskim procesom [91,92]. Primjerice, Hampton i Weinert u svom su istraživanju ukazali da ispunjene duhovne potrebe pomažu bolesnicima u suočavanju s kroničnim bolestima, kao i prihvaćanju realnosti življenja s njihovim posljedicama [92]. Naime, kronične bolesti u koje spadaju i teško izlječive bolesti poput raka, često dovode bolesnike do suočavanja s dva osnovna pitanja: o smislu i svrsi njihova života [92,93].

Pronalazak osobne svrhe i smisla kod onkoloških bolesnika, pozitivno utječu na njihovu kvalitetu života, kao i na poboljšanje fizičkog i duševnog zdravlja [93,94]. Thompson i Pitts su ukazali na pozitivnu povezanost između pronalaska čovjekovog smisla i osjećaja optimizma [94]. Smith i sur. također su utvrdili jaku povezanost između smisla života i osobnog čovjekovog razvoja [95].

U pojedinim istraživanjima je navedeno da pojedinci koji pate od zloćudnih malignih bolesti i koji su uspjeli pronaći pozitivno značenje iz osobnog iskustva bolesti, u usporedbi s njihovim bračnim partnerima, imaju bolju emocionalnu prilagodbu, višu razinu samopoštovanja i samokontrole, smanjenu anksioznost i razinu stresa, kao i smanjenu ovisnost o socijalnom okruženju. [96,97,98,99].



U nekoliko sličnih studija kod onkoloških bolesnika je zabilježena pozitivna i značajna povezanost između duhovnog zdravlja i kvalitete života. Jafari i sur. u svom istraživanju kod bolesnika s rakom dojke podvrgnutih radioterapijskom liječenju su zabilježili pozitivnu i značajnu korelaciju između opće kvalitete života i sveukupnih rezultata duhovnog zdravlja [100]. Whitford i sur. su ustanovili značajan odnos između duhovnog zdravlja i kvalitete života temeljene na zdravlju kod australskih, onkoloških bolesnika [101]. Kandasamy i sur. su utvrdili kod bolesnika s uznapredovalim rakom pozitivne umjerene do jake korelacije između duhovnog zdravlja i svih odrednica kvalitete života [102].

Iz provedenih istraživanja je ustanovljena značajna povezanost između duhovnog zdravlja i kvalitete života iz čega proizlaze važni pokazatelji i preporuke za medicinsku zajednicu, koja bi se trebala usredotočiti na četvrtu dimenzija zdravlja u pružanju zdravstvene skrbi za onkološke bolesnike [103].

Visoki stupanj duhovnog blagostanje predstavlja snažan potencijal u prevenciji i liječenju malignih bolesti te je jedna od važnijih funkcija koja utječe na ljudsko zdravlje i kvalitetu života [31,91,93].

U preko 650 znanstvenih radova citiranih u bazi podataka (PubMed) Nacionalnog instituta za zdravlje SAD–a ukazuje se na značaj povezanosti duhovnog blagostanja i kvalitete života; u poboljšanju simptoma bolesti depresije, tjeskobe, ovisnosti, prevencije suicida, shizofrenije, malignih bolesti, kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, itd. [34]. U bitnom osvrtu na ovu temu, autori s Oxford sveučilišta su prikazali rezultate detaljne analize empirijskih istraživanja obradivši 1200 znanstvenih studija te 400 istraživačkih prikaza, a posebna pozornost je posvećena fiziologiji utjecaja duhovnosti na ljudsko zdravlje [35].

Osobito kod bolesnika s malignim oboljenjima utjecaj duhovnog blagostanja može biti koristan u pružanju emocionalne utjehe potičući osjećaj nade na način da pruža osjećaj smisla i svrhe u neugodnim emocionalnim, kao i nepovoljnim socijalnim reakcijama [31,91]. Brojni radovi su pokazali da duhovno blagostanje pruža zaštitu od suicidalnih ideja, osjećaja beznadnosti i želje za ubrzanom smrću u bolesnika u terminalnoj fazi zloćudne bolesti te čini nezaobilaznu komponentu holističke skrbi [55].

Upravo su Grant i sur. u svom istraživanju naglasili da neispunjene duhovne potrebe bolesnika dovode do gubitka vlastitog identiteta i straha od smrti [104]. Spomenuta istraživanja ističu da duhovno blagostanje kao sastavnica ljudskog zdravlja izričito pomaže kod stresnih i nebalansiranih situacija, suočavanja s kroničnim i malignim bolestima, postizanju bolje kontrole bolesti te čini cjelovitu komponentu holističke skrbi [31,91,104].

Naime, pokazalo se da je duhovno blagostanje povezano s povećanom prilagodbom na novonastalu dijagnozu malignog oboljenja, kao i na prihvaćanje stresnih i neugodnih životnih situacija [105]. Studija s kojom se pokazalo kako je duhovno blagostanje povezano s uznemirujućim simptomima kod bolesnika s uznapredovalim rakom je sugerirala važnost duhovnog blagostanja kao bitne komponente kvalitete života [102].

Nadalje, duhovno blagostanje sve se više prepoznaje kao važan prediktor kvalitete života kod bolesnika koji žive s potencijalno životnom ograničavajućom bolesti poput raka. Stoga je EORTC grupa među recentnijima razvila samostalni funkcionalni mjerni instrument za procjenu duhovnog blagostanja: upitnik „Kvaliteta života - duhovno blagostanje“ (engl. *Quality of life - spiritual wellbeing questionnaire*, QLQ-SWB32), s kojim je provedeno međunarodno istraživanje o procjeni duhovnog blagostanja među palijativnim bolesnicima [69].

U mnogim istraživanjima je naglašena povezanost između duhovnog blagostanja i kvalitete života [69,102,105]. Također se otkrila važnost istodobnog sagledavanja duhovnih teškoća, zajedno s drugim važnim pitanjima vezano za bolesnike, kojima se pruža palijativna skrb, čime se upotpunjuje holistički pristup [67,69,103,104,105]. Upitnik QLQ-SWB32 je prepoznat i kao sredstvo za intervenciju u rješavanju složenih duhovnih problema i potreba [68,69]. Naime, Vivat je uz pomoć različitih stručnjaka ciljano razvila i usavršila mjerni instrument za ispitivanje duhovnog blagostanja koji može poslužiti zdravstvenim djelatnicima identificirati ključna pitanja vezana za bolesnikovo duhovno blagostanje, neovisno o njegovoj religijskoj/vjerskoj pripadnosti ili praksi. Upitnik QLQ-SWB32 je jezično i psihometrijski validiran u 14 različitih zemalja, a čestice upitnika su prikladne u svim kulturama te razumljive i dosljedne na svim jezicima. Glavni autor upitnika QLQ-SWB32, a kojeg je službeno odobrila i priznala međunarodna EORTC organizacija ističe da upitnik ima intervencijski karakter s obzirom na to da sam čin ispunjavanja upitnika potiče bolesnika na refleksiju i omogućuje mu nove uvide o vlastitom stanju bolesti te može zahtijevati diskusiju i individualan razgovor. Nadalje Vivat ističe da odgovaranjem na pojedina pitanja iz upitnika QLQ-SWB32 može pomoći bolesniku da stekne „dublje“ uvide kakav je njegov odnos prema sebi, osvijestiti kakvi su njegovi odnosi s drugima, osvijestiti koje su njegove osnovne potrebe te dobiti nove spoznaje o svom trenutnom stanju kod suočavanja s malignom bolešću. Ispunjavanje upitnika od strane onkoloških i palijativnih bolesnika u kliničkom smislu također može biti od velike pomoći i zdravstvenim djelatnicima u prepoznavanju njihovih ključnih potreba što može zahtijevati uključivanje tima od različitih za to educiranih stručnjaka [68,69].

Među zaključcima međunarodnog istraživanja je navedena preporuka proširenja istraživanja s upitnikom QLQ-SWB32 i među kurabilnim onkološkim bolesnicima [69]. Stoga, su u istraživanje „Duhovno blagostanje i kvaliteta života bolesnika s rakom“ – iz kojeg su proizašli podaci korišteni za potrebe izrade ovog doktorskog rada - u ispunjavanje upitnika QLQ-SWB32 po prvi puta uključeni kurabilni onkološki bolesnici, kako u Hrvatskoj, tako i u ostalim zapadnim Europskim zemljama [69,106].

## 2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj: Ispitati povezanost duhovnog blagostanja i kvalitete života bolesnika s rakom tijekom njihova onkološkog liječenja.

Specifični ciljevi:

1. Ispitati povezanost sociodemografskih obilježja i kliničkih parametara onkoloških bolesnika s njihovim duhovnim blagostanjem;
2. Ispitati povezanost sociodemografskih obilježja i kliničkih parametara onkoloških bolesnika s kvalitetom života;
3. Ispitati povezanost duhovnog blagostanja onkoloških bolesnika s njihovom kvalitetom života;
4. Ispitati povezanost duhovnog blagostanja onkoloških bolesnika s izražajem simptoma maligne bolesti;
5. Ispitati povezanost duhovnog blagostanja onkoloških bolesnika s ekspresijom boli;
6. Analizirati povezanost duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti.

Hipoteza: Duhovno blagostanje je prediktor kvalitete života kod bolesnika s rakom tijekom njihova onkološkog liječenja.

Hipoteza 1: Bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja imaju višu kvalitetu života.

Hipoteza 2: Bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja imaju manje izražene simptome maligne bolesti.

Hipoteza 3: Bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja imaju manje izraženu ekspresiju jačine boli.

Hipoteza 4: Bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja skloniji su preživljenju bez znakova bolesti.

### **3. MATERIJALI I METODE**

Za potrebe ovog rada koristili su se podaci dobiveni istraživanjem „Duhovno blagostanje i kvaliteta života bolesnika s rakom“, koje je provedeno od srpnja 2019. do siječnja 2020. godine; pod vodstvom glavnog istraživača – predstojnice Klinike - izv.prof.dr.sc. Ingrid Belac Lovasić, dr.med. na Klinici za radioterapiju i onkologiju Kliničkog bolničkog centra (KBC-a) Rijeka.

#### **3.1. Ispitanici**

U navedeno istraživanje su bili uključeni bolesnici, kojima je dijagnosticiran rak i kod kojih je provedeno onkološko liječenje u Klinici za radioterapiju i onkologiju Kliničkog bolničkog centra u Rijeci (KBC-a Rijeka). Istraživanje je provedeno u Klinici za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka. Klinički bolnički centar (KBC) Rijeka je jedan od pet kliničkih bolničkih centara u Hrvatskoj i centralna je bolnička ustanova ovog dijela Republike Hrvatske [107]. Regionalni je referalni centar za tri županije (Primorsko-goransku, Istarsku i Ličko-senjsku), koji pruža zdravstvenu skrb za oko 600.000 stanovnika Hrvatske (15%). Istovremeno, (KBC) Rijeka je nastavna i znanstveno-istraživačka baza Medicinskog fakulteta, Fakulteta dentalne medicine i Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci [107]. Ovo istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo KBC-a Rijeka.

Uključni kriteriji: Bolesnici u dobi od 30 do 65 godina; bolesnici kod kojih je u vremenskom periodu do pet godina dijagnosticiran rak, klinički stadij bolesti I – III; bolesnici kod kojih je onkološko liječenje (kirurško liječenje, neoadjuvantna terapija i adjuvantna terapija) provedeno u Klinici za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka; bolesnici koji su dobrovoljno pristali sudjelovati u ovom istraživanju te dobrovoljno dali svoj informirani pristanak.

Isključni kriteriji: bolesnici mlađi od 30 i stariji od 65 godina; bolesnici kod kojih su ustanovljene metastaze na udaljenim organima; bolesnici kod kojih su utvrđene kao komorbiditet teške psihičke bolesti i kognitivne smetnje; bolesnici koji radi bolesti nisu u mogućnost slijediti upute istraživanja; bolesnici koji su odbili sudjelovati u istraživanju.

S ciljem dobivanja što relevantnijih rezultata, za ispitivanje bolesnika uzet je vremenski period od trideset i više dana od postavljanja dijagnoze, jer je u većini slučajeva upravo u navedenom periodu prevladano vrijeme neizvjesnosti, straha i zabrinutosti te je stabilizirano stanje bolesti. U tom periodu bolesnici su upoznati s biologijom tumora, s

kliničkim stadijem bolesti i s rezultatima učinjenih pretraga. Započeli su s onkološkom terapijom i upoznati su s planom onkološkog liječenja. O biologiji tumora ovisi koja će se vrsta onkološkog liječenja provesti: kirurško liječenje, kemoterapija, radioterapija, hormonalno liječenje ili multimodalni terapijski pristup.

Dizajn istraživanja postavljen je na način da ne pretpostavlja implementaciju kontrolne skupine.

Dostatna veličina uzorka  $N=140$  procijenjena je analizom sličnih studija, kao i analizom snage testa (engl. *Power Analysis*) za signifikantnost koeficijenta korelacije minimalne magnitude uz prag značajnosti od 0,8. [88].

### 3.2. Metode

Bolesnicima Klinike za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka – koji su zadovoljavali uključne kriterije - uručilo se set upitnika, koji su bili predviđeni istraživanjem. Upitnike su uručili za to educirani i ovlaštteni članovi istraživačkog tima.

Prije samog ispunjavanja upitnika obavio se kratki razgovor u kojem su se navele osnovne informacije o istraživanju, koji su bolesnici mogli detaljno pročitati u „Obavijesti za ispitanike“. Odgovorilo se na sva pitanja i dodatno se ukazalo na dobrovoljnost, privatnost, povjerljivost i poštivanje suvremenih bioetičkih standarda. Potpisivanjem „Obrasca informiranog pristanka“ bolesnici su pristali sudjelovati u ispunjavanju seta upitnika.

Kvaliteta života izmjerena je QLQ-C30 upitnikom, a za procjenu duhovnog blagostanja koristo se QLQ-SWB32 upitnik čiju se hrvatsku inačicu, prije početka ovog istraživanja, prethodno jezično i psihometrijski validiralo [106]. Kvaliteta života povezana sa zdravljem izmjerena je samoprocjenskim upitnikom za ispitivanje zdravstvenog statusa SF-12v2. Pomoću oblikovanog sociodemografskog upitnika prikupili su se sociodemografski podaci bolesnika. Specijalist-onkolog je pomoću VAS skale (engl. *Visual – analogue scale*) procijenio trenutnu jačinu boli kod kurabilnih onkoloških bolesnika, a prema njihovim anamnestičkim podacima je odredio tijek bolesti.

Bolesnici su ispunjavali upitnike jednokratno, tijekom onkološkog liječenja. Procijenjeno vrijeme potrebno za ispunjavanje svih upitnika iznosilo je 60 do 75 minuta. U slučaju zamora bolesnicima se omogućila pauza, s ciljem dobivanja što relevantnijih podataka.

Postupak ispunjavanja upitnika proveo se uz prisustvo nekog od članova istraživačkog tima, s obzirom da je u dosadašnjim radovima proizašlim primjenjivanjem QLQ-SWB32 upitnika o procjeni duhovnog blagostanja istaknuto kako sam čin ispunjavanja upitnika potiče na refleksiju i omogućuje nove uvide o vlastitom stanju bolesti te zahtijeva diskusiju i individualan razgovor [68,69]. Stoga primjena ovog upitnika može zahtijevati uključivanje stručnjaka za mentalno zdravlje i duhovnu skrb, tijekom i/ili nakon ispunjavanja upitnika. Svim bolesnicima na raspolaganju su bili educirani i ovlašteni članovi istraživačkog tima te djelatnici Klinike, kako bi se se svakom bolesniku, sukladno njegovim potrebama, pružila adekvatna emocionalna, psihološka i/ili duhovna potpora.

Tijekom ispunjavanja QLQ-SWB32 upitnika većina ispitanika je zatražila objašnjenje za česticu 31 („Ja sam ispunjen/a duhovnim blagostanjem“). Navedena čestica im je bila nepoznata ili nedovoljno poznata. Većina ispitanika je povezivala duhovno blagostanje s religijom. Istraživači su ponudili kratko objašnjenje, slijedeći Franklovu definiciju duhovnosti: „čovjekovo traganje za smislom i svrhom života“ (“Man' s search for meaning“), kao pred-pojam, u odnosu na duhovno blagostanje, upravo kako ne bi previše kondicionirali odgovore [44,106].

Istraživanje je provedeno od srpnja 2019. do siječnja 2020. godine.

### **3.2.1. Procjena duhovnog blagostanja**

Za procjenu duhovnog blagostanja koristio se upitnik „Kvaliteta života - duhovno blagostanje“ (engl. *Quality of Life – Spiritual Wellbeing Questionnaire, QLQ-SWB32*), čija se hrvatska inačica, prije početka istraživanja, jezično validirala u travnju 2019. godine.

Upitnik je inače završio IV. fazu razvojnog procesa istraživanja modula od I - IV. Faza III (pilot istraživanje) je provedena u Francuskoj, Njemačkoj, Islandu, Velikoj Britaniji, Italiji, Španjolskoj i Japanu. Faza IV uključivala je međunarodno testiranje s 458 ispitanika koji primaju palijativnu skrb. Istraživanje je provedeno u 14 zemalja, od kojih je 7 u Europi (Austrija, Francuska, Italija, Nizozemska, Norveška, Španjolska i Velika Britanija) te u ostalim zemljama (Australiji, Čileu, Kini, Iranu, Japanu Meksiku i Singapuru) [69]. Na taj način se osiguralo da upitnik identificira ključna pitanja vezana za duhovno blagostanje, dok međunarodni i međukulturalni aspekt pomaže osigurati da su čestice upitnika prikladne u svim kulturama i kontekstima, kao i da su razumljive i dosljedne na svim jezicima [69].

Karakteristika QLQ–SWB32 upitnika je što nije fokusiran na simptome, a također ima nezaobilazan intervencijski karakter, što ga čini drugačijim od ostalih tipičnih EORTC mjernih instrumenata (i mnogih drugih alata za procjenu/mjerenje) [69].

Princip glavnih komponenti – radi se o ljestvicama upitnika je ocijeniti duhovno blagostanje na mjernoj skali s ukupno 23 čestice:

- odnos prema sebi (RS) pet čestica;
- odnosi s drugima (RO) šest čestica;
- odnos s nečim višim (RSG) pet čestica;
- egzistencijalna pitanja (EX) šest čestica;
- odnos s Bogom (RG), za pojedince koji pokazuju da sada vjeruju ili su prethodno vjerovali u Boga ili u nekoga ili nešto veće od sebe [69].

Pristup bodovanja za gore navedene (RS), (RO), (RSG) i (EX) čestice je načelno identičan onome za funkcionalne skale QLQ-C30 upitnika, pri čemu viši rezultati označavaju bolji odnos sa samim sobom u smislu brige o sebi, pozitivan odnos sa svojom okolinom te općenito više duhovno blagostanje. Upitnik uključuje i posljednju česticu sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB), koja je bodovana na 7–bodovnoj analognoj linearnoj skali od 1 (jako loše) do 7 (odlično), također ima i dodatnu opciju „0“, koja sadržava odgovore „*Ne znam ili ne mogu odgovoriti.*“

Zbroj bodova iz četiri QLQ-SWB32 skale, (RG) i (Global-SWB) čestice se pretvaraju u rezultate od 0 do 100, sa 100 kao najboljim mogućim rezultatom [68,69].

Procjena duhovnog blagostanja QLQ–SWB32 odnosi se na sedam dana koji su prethodili danu ispitivanja. Mjerne osobine upitnika su zadovoljavajuće, unutarnja pouzdanost upitnika je dobra i vrlo dobra Cronbach  $\alpha$ , koeficijent pouzdanosti za cijeli upitnik iznosi u pojedinim dimenzijama: 0,69 (RS), 0,78 (RSG), 0,81 (EX) i 0,84 (RO); test-retest pouzdanost je također visoka te intraklasne korelacije iznose (0,70 za RO, 0,78 za RS, 0,81 za RSG i 0,90 za EX). Vrijeme ispunjavanja upitnika iznosilo je 30 do 40 minuta.

Kao predradnja korištenja upitnika u istraživanju, provedena je jezična validacija, tj. razumljivost upitnika na hrvatskom jeziku. Također je provedena psihometrijske validacija, s obzirom da se navedeni upitnik po prvi put koristio u Hrvatskoj [106].



### **3.2.1.1. Procjena duhovnog blagostanja**

Upitnik QLQ-SWB32 je preveden s engleskog na hrvatski sukladno strogim EORTC smjernicama, uključujući EORTC standardni postupak dvostrukog prijevoda (tzv. „back-translation“) [108]. Jezična provjera, odnosno procjena razumljivosti prevedenog upitnika QLQ-SWB32 je provedena u mjesecu travnju 2019. godine. U procjeni razumljivosti upitnika QLQ-SWB32, prevedenog na hrvatski jezik, sudjelovalo je 15 onkoloških bolesnika na Klinici za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka. Nakon toga razvijena je finalna hrvatska verzija koju je EORTC grupa odobrila kao zvaničnu. Potrebno je napomenuti kako je, u dvije nedavne studije u Kini koje su uključivale kurabilne bolesnike, korišten prijevod upitnika QLQ-SWB32, koji nije validiran i nije odobren od strane EORTC grupe kao službena verzija upitnika [109,110].

U psihometrijskoj validaciji upitnika glavni cilj je bio procijeniti i validirati psihometrijske karakteristike hrvatske inačice upitnika QLQ-SWB32 kod kurabilnih onkoloških bolesnika te procijeniti njegovu pouzdanost i primjenjivost kao mjernog instrumenta za kurabilne onkološke bolesnike u Hrvatskoj i šire. Kao sekundarni cilj su uspoređene skupine ispitanika, istražujući postoji li povezanost između njihovih sociodemografskih obilježja, kliničkih parametara i odgovora na upitnik QLQ-SWB32. Rezultati su uspoređeni s onima iz međunarodne validacijske studije s palijativnim bolesnicima te s ostalim studijama u kojima se koristila inačica upitnika QLQ-SWB32 kod kurabilnih onkoloških bolesnika tijekom njihova onkološkog liječenja [69,106,109,110,111,112].

Psihometrijskom je validacijom potvrđeno da se upitnik može koristiti kao standardni i nadogradni alat za ispitivanje kvalitete života kurabilnih bolesnika s rakom u Hrvatskoj, ali i šire, što su i sami autori upitnika naglasili u svom radu kao poželjno i korisno za znanstveni doprinos [69,106].

### **3.2.1.2. Analiza literature**

Provedena je analiza literature kako bi se ispitale kvantitativne sličnosti s rezultatima dobivenim u drugim studijama pomoću upitnika QLQ-SWB32. Prilikom elektroničkog pretraživanja pomoću tražilice, koja primarno pristupa elektroničkoj bazi znanstvenih medicinskih podataka, referencija i sažetaka - PubMed, pronađeni su sljedeći članci, koji su relevantni za ovo istraživanje:

1. Kyranou M, Nicolaou M. Povezanost između duhovnog blagostanja (EORTC QLQ-SWB32) i kvalitete života (EORTC QLQ-C30) bolesnika s rakom koji primaju palijativnu skrb na Cipru. (engl. *Associations between the spiritual well-being (EORTC QLQ-SWB32) and quality of life (EORTC QLQ-C30) of patients receiving palliative care for cancer in Cyprus*). BMC Palliat Care 2021;20(1):133 [111].
2. Rohde GE, Young T, Winstanley J, Arraras JI, Black K, Boyle F, Bredart A, Costantini A, Guo J, Irarrazaval ME, Kobayashi K, Kruizinga R, Navarro M, Omidvari S, Serpentine S, Spry N, van Laarhoven H, Yang G, Vivat B. Povezanost između spola, dobi i rezultata duhovnog blagostanja EORTC QLQ-SWB32 kod bolesnika s rakom koji primaju palijativnu skrb: Dodatna analiza podataka iz međunarodne validacijske studije. (engl. *Associations between sex, age and spiritual well-being scores on the EORTC QLQ-SWB32 for patients receiving palliative care for cancer: A further analysis of data from an international validation study*). Eur J Cancer Care (Engl) 2019;28(6):e13145 [112].
3. Vivat B, Young TE, Winstanley J, Arraras JI, Black K, Boyle F, Bredart A, Costantini A, Guo J, Irarrazaval ME, Kobayashi K, Kruizinga R, Navarro M, Omidvari S, Rohde GE, Serpentine S, Spry N, Van Laarhoven HWM, Yang GM; EORTC Quality of Life Group. Međunarodna faza 4 validacijske studije EORTC QLQ-SWB32: Samoprocjenski instrument duhovnog blagostanja za bolesnike s rakom koji primaju palijativnu skrb. (engl. *The international phase 4 validation study of the EORTC QLQ-SWB32: A stand-alone measure of spiritual well-being for people receiving palliative care for cancer*). Eur J Cancer Care (Engl) 2017;26(6):1-19 [69].
4. Kruizinga R, Scherer-Rath M, Schilderman JBAM, Weterman M, Young T, van Laarhoven HWM. Opažaji Boga i stavova spram smrti u odnosu na duhovno blagostanje: eksplorativno dodatno istraživanje EORTC QLQ-SWB32 validacijske studije kod palijativnih bolesnika s rakom. (engl. *Images of God and attitudes towards death in relation to spiritual wellbeing: an exploratory side study of the EORTC QLQ-SWB32 validation study in palliative cancer patients*). BMC Palliat Care 2017;16(1):67 [113].
5. Chen J, You H, Liu Y, Kong Q, Lei A, Guo X. Povezanost između duhovnog blagostanja, kvalitete života, anksioznosti i depresije kod bolesnika s ginekološkim rakom u Kini. (engl. *Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China*). Medicine (Baltimore) 2021;100(1):e24264 [109].
6. Feng Y, Liu X, Lin T, Luo B, Mou Q, Ren J, Chen J. Istraživanje međudnosa duhovnog blagostanja i anksioznosti vezane uz strah od smrti kod bolesnika s ginekološkim rakom: presječno istraživanje. (engl. *Exploring the relationship between spiritual well-being and*

*death anxiety in patients with gynecological cancer: a cross-section study*). BMC Palliat Care 2021;20(1):78 [110].

Uključni kriteriji su bili: korištenje konačne validirane verzije QLQ-SWB32 upitnika i korištenje identičnih skala u izražavanju rezultata, koje su korištene u međunarodnom validacijskom istraživanju [69].

Isključni kriteriji su bili: korištenje privremenih verzija upitnika i različitih skala u izražavanju rezultata.

### **3.2.2. Procjena kvalitete života**

#### **3.2.2.1. Kvaliteta života onkoloških bolesnika (QLQ-C30)**

Za procjenu kvalitete života korišten je upitnik „Kvaliteta života onkoloških bolesnika“ (engl. *Quality of Life of Cancer Patients, QLQ-C30, Version 3.0*), validirana hrvatska verzija. To je najčešće korišten mjerni instrument u istraživanjima kvalitete života temeljene na zdravlju (HRQoL) kod osoba sa i bez malignih oboljenja. Upitnik je validiran kao međunarodni te je standardna mjera pouzdanosti vrlo visoka 0,915.

Upitnik se sastoji od:

- pet funkcionalnih skala: tjelesno funkcioniranje (PF2), poslovno funkcioniranje (RF2), kognitivno funkcioniranje (CF), emocionalno funkcioniranje (EF) socijalno funkcioniranje (SF);
- tri skale simptoma: umor (FA), bol (PA), mučnina/povraćanje (NV); skale općeg zdravstvenog statusa/kvalitete života (QL2) i šest individualnih čestica simptoma najčešće povezanih s malignim oboljenjem: teškoće disanja (DY), gubitak apetita (AP), poremećaji spavanja (SL), konstipacija (CO), dijareja (DI) i financijske teškoće kao posljedica bolesti i tretmana (FI).

Sve čestice boduju se na Likertovoj skali od 4 stupnja, u rangu od 1 (nimalo) do 4 (izrazito), a veći broj bodova na česticama označava lošije funkcioniranje, odnosno veći broj simptoma. Izuzetak je skala općeg zdravlja/kvalitete života (QL2) bodovana na 7-bodovnoj linearnoj analognoj skali gdje veći broj bodova označava veće zadovoljstvo općim zdravstvenim statusom i kvalitetom života [85,114].

Procjena kvalitete života odnosi se na sedam dana koji su prethodili danu ispitivanja. Svi rezultati dobiveni na funkcionalnim skalama i pojedinim česticama pretvaraju se u skalu od 0-100 pri čemu viši rezultati na funkcionalnim skalama označavaju bolje funkcioniranje,

a na skalama simptoma više prisutnih simptoma. Procijenjeno vrijeme ispunjavanja iznosilo je 10 do 15 minuta.

### 3.2.2.2. Kratki oblik zdravstvenog upitnika od 12 čestica (SF-12v2)

„Kratki oblik zdravstvenog upitnika od 12 čestica, Verzija 2“ (engl. *Version 2 of the 12-Item Short Form Health Survey, SF-12v2*) često se koristi za procjenjivanje zdravstvenog statusa u mjerenju kvalitete života povezane sa zdravljem (HRQoL) [115]. Hrvatska duža verzija višenamjenskog upitnika za samoprocjenjivanje zdravstvenog statusa SF-36 (engl. *36-item Short Form Health Survey, SF-36*) je korištena kroz projekt Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“: „Analiza tranzicije zdravstvenog sustava u Hrvatskoj“ u razdoblju 1997-1999. na reprezentativnom uzorku hrvatske populacije koji je obuhvatio oko 1% stanovnika svih regija u Hrvatskoj [116,117].

Na temelju upitnika SF-36 izrađena je skraćena verzija samoprocjenskog hrvatskog upitnika SF-12v2 koja se koristila u ovom istraživanju. Ova skala od 12 čestica mjeri različite odrednice zdravstvene kvalitete života:

- fizičko funkcioniranje (PH=2);
- ograničenja u izvršavanju uloga zbog fizičkih poteškoća (RP= 2);
- tjelesnu bol (BP=1);
- percepcija općeg doživljaja zdravstvenog stanja (GH=1);
- vitalnost/energija (VT=1);
- socijalno funkcioniranje (SF=1);
- ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE=2);
- mentalno/duševno zdravlje (MH=2).

U profil fizičkog zdravlja (engl. *Physical Component Summary Measure, PCS*) ulaze od prije spomenutih osam odrednica sljedeće četiri: fizičko funkcioniranje, ograničenja zbog fizičkih poteškoća, tjelesni bolovi i percepcija općeg doživljaja zdravstvenog stanja. U profil mentalnog/duševnog zdravlja (engl. *Mental Component Summary Measure, MCS*) ubrajaju se: vitalnost i energija, socijalno funkcioniranje, ograničenja zbog emocionalnih poteškoća i mentalno/zdravlje.

Upitnik ima dokazano adekvatne metrijske karakteristike u različitim populacijama [118,119].

Podljestvice upitnika nemaju ljestvice s istim brojem stupnjeva i s istim značenjem krajnjih odgovora te su rezultati podljestvica međusobno usporedivi tek nakon standardizacije na populaciju s  $M = 50$  i  $SD = 10$  (raspon 0-100, veće vrijednosti znače bolju kvalitetu života) [120]. Osim rezultata na podljestvicama, ovaj instrument omogućuje izračunavanje ukupnih rezultata mentalne (MCS) i fizičke (PCS) zdravstvene kvalitete života, koji predstavljaju neortogonalne faktore oko kojih se grupiraju subskele. MCS i PCS rezultati se računaju linearnom kombinacijom standardiziranih rezultata na podljestvicama ponderiranih faktorskim opterećenjima podljestvica na tom faktoru. Procijenjeno vrijeme ispunjavanja iznosilo je 10 do minuta.

Za korištenje hrvatske verzije samoprocjenskog upitnika SF-12v2 izdana je dozvola („*License Agreement #CT201127/OP076642*“) od strane međunarodne institucije, koja osigurava razne licencirane upitnike za procjenu kvalitete života fizičkog i mentalnog zdravlja, klinička, zdravstvena i znanstvena istraživanja, pametne sustave mjerenja, softvere za bodovanje i tehnološka rješenja („*OptumInsight life science, Inc.*“ – *OPTUM*).

### **3.2.3. Sociodemografski i medicinski podaci**

Za prikupljanje sociodemografskih podataka ispitanika koristilo se za tu svrhu oblikovani upitnik sa sljedećim pitanjima: dob, datum rođenja, mjesto prebivališta, stupanj obrazovanja, religioznost, bračni status, zanimanje, zaposlenje, mjesečni prihodi, stambeni uvjeti, udaljenost od zdravstvene ustanove. Upitnik sadrži 14 čestica. Procijenjeno vrijeme ispunjavanja iznosilo je 5 minuta.

Od medicinskih podataka ispitalo se: klinički stadij bolesti (I-III), primarno sjelo raka te vrstu onkološkog liječenja. Za određivanje stadija bolesti potrebno je provesti dijagnostičku obradu kod onkoloških bolesnika. Klinički stadij označava stupanj proširenosti maligne bolesti, a njegovo određivanje pomaže u razumijevanju uznapredovalosti bolesti, predviđanju preživljenja bolesnika, planiranja optimalnog onkološkog liječenja te pronalaženja potencijalnih kliničkih ispitivanja u koje bi se bolesnik mogao uključiti [121]. Kod kliničkog stadija I rak je prisutan. Kod stadija II je veći tumor i mogućnost širenja u okolno tkivo. Kod stadija III, bolest je uznapredovala, prisutno je širenje maligne bolesti u regionalne limfne čvorove, bez proširenosti bolesti u udaljene dijelove tijela (metastaze) [121]. Za mnoge tumore stadij III označava prisutno širenje bolesti u regionalne limfne čvorove, no nisu uspostavljene metastaze na udaljenim organima, što je uočeno u stadiju IV, gdje je maligna bolest proširena na udaljene organe (metastaze) [121].

Probir bolesnika s uključnim i isključnim kriterijima, kao i analizu VAS skale (engl. *Visual – analogue scale*) izvršio je liječnik onkolog na Klinici za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka. VAS je skala koja ispituje trenutnu jačinu boli na skali od 0-10, gdje 0 predstavlja izostanak boli, a 10 najgoru moguću bol. VAS skala se odredila tijekom ispunjavanja gore navedenih upitnika.

Specijalist-onkolog je prema anamnestičkim podacima bolesnika odredio tijek bolesti: preživljenje bez znakova bolesti = 1, progresija bolesti = 2, preminuli = 3, nastavak liječenja u drugoj ustanovi = 4.

### **3.3. Statistička obrada podataka**

Temelj ovog istraživanja su korelacije između različitih varijabli te se analizom snage testa (eng. Power Analysis) za značajnost koeficijenta korelacije minimalne magnitude uz prag značajnosti od  $\alpha = 0,05$  i uobičajenu snagu testa od 0,8 dobila dostatna veličina uzorka  $N = 140$ , što je u suglasju s veličinom uzorka u sličnim studijama. Analiza osnovnih anamnestičkih podataka prikupljenih iz medicinske dokumentacije, uključujući podatke dobivene analizom VAS skale, analize ispunjenih upitnika QLQ-SWB32, QLQ-C30, SF-12v2 te upitnika o sociodemografskim podacima, kao i interpretacija rezultata se implementirala pomoću koda u elektronički medij i statistički obradila pridržavajući se interne procedure za zaštitu medicinskih podataka.

Kategorijski podaci su bili prikazani apsolutnom (N) i relativnom učestalošću (%). U radu su se koristile temeljne metode deskriptivne statistike, u smislu izračunavanja različitih pokazatelja centralne tendencije i rasapa, izračunavanja frekvencija te izrade pripadajućih grafičkih prikaza.

Razlike između skupina testiralo se neparametrijskim metodama (Mann – Whitney test, Kruskal-Wallis test). Za kvantifikaciju korelacije koristio se Pearsonov koeficijent korelacije, pri čemu su tumačene korelacije u rasponu:  $(r) >0,5$  jaka korelacija; 0,3-0,5 umjerena korelacija; 0,2-0,29 slaba korelacija;  $<0,2$  nema korelacije [122].

Za validaciju upitnika koristila se konfirmatorna faktorska analiza, a za ispitivanje pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije koristio se koeficijent Cronbach  $\alpha$ .

Podaci su se bilježili u program Excel (Microsoft Office Excel 2007, SAD). Za provedbu statističkih izračuna i obrade podataka koristio se statistički program SPSS 17.0 (SPSS inc., Chicago, IL, SAD) i Statistica 13.0 (Stat Soft Inc., Tulsa, SAD) te Medcalc

11.2.0.0. (MedCalc Software, MariaKerke, Belgija).

### **3.4. Etički aspekti istraživanja**

Za ispitanike je pripremljena „Obavijest za ispitanike“ prema uputama Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci.

Ispunjavanje QLQ-SWB32 upitnika, samo po sebi povećava svjesnost ispitanika o duhovnim pitanjima i potrebama, stoga je primjena ovog upitnika mogla zahtijevati uključivanje stručnjaka za mentalno zdravlje i duhovnu skrb, tijekom i/ili nakon ispunjavanja, za što su svim ispitanicima na raspolaganju bili članovi istraživačkog tima te je iz navedenih razloga bilo nemoguće ostvariti anonimnost.

Stoga se istraživanje provodilo u skladu sa svim primjenljivim smjernicama čiji je cilj bio osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom istraživanju, uz poštivanje temeljnih etičkih i bioetičkih principa uključujući Nürnberški kodeks i Helsinšku deklaraciju, vodeći se kriterijima dobre kliničke prakse. Tijekom prikupljanja uobičajenih medicinskih podataka osiguralo se da podaci budu prikupljeni u skladu s bioetičkim standardima, a poseban naglasak stavio se na poštivanje povjerljivosti, privatnosti i tajnosti podataka (zdravstvena, medicinska i liječnička tajna).

Prijedlog istraživanja „Duhovno blagostanje i kvaliteta života žena oboljelih od karcinoma dojke“ pregledalo je Etičko povjerenstvo Kliničkog bolničkog centra Rijeka, koje je nakon uvida u traženu dokumentaciju odobrilo istraživanje, a također je izdalo pozitivno mišljenje za korištenje podataka iz navedenog istraživanja u svrhu izrade ovog doktorskog rada.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Jezična validacija upitnika „Kvaliteta života - duhovno blagostanje“ („Quality of Life –Spiritual Wellbeing Questionnaire“ - QLQ-SWB32)

U travnju 2019. je provedena jezična validacija upitnika QLQ-SWB-32 kod 15 bolesnika Klinike za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka tijekom njihova onkološkog liječenja. Svi ispitanici su mogli samostalno ispuniti upitnik i nisu imali potrebe za dodatnim pojašnjenjima uputa. Većina ispitanika je ispunila upitnik u vremenu od 15 – 20 min. Trima ispitanicima (#4, #10, #12) se sviđao sadržaj i način na koji su formulirane čestice u upitniku. Dvoje ispitanika (#5, #11) je izjavilo da je upitnik potpuno jasan i razumljiv te da nisu potrebne dodatne intervencije i pojašnjenja. Četvorica–ispitanika (#1, #3, #6, #13) su smatrala česticu 27 („Osjećam da ću živjeti kroz moje riječi, djela i/ili utjecaj na druge ljude“) uznemirujućom, osjećajući da je eksplicitno potaknula njihova razmišljanja o bolesti i smrti. Čestica 31 („Ja sam ispunjen/a duhovnim blagostanjem“) je zahtijevala dodatna objašnjenja svim sudionicima, koji su duhovno blagostanje povezivali s religijom.

Nakon provedene jezične validacije, EORTC grupa je odobrila kao službenu hrvatsku verziju upitnika EORTC QLQ-SWB32.

### 4.2. Sociodemografska i klinička obilježja ispitanika

Pojedinosti o sociodemografskim obilježjima ispitanika prikazani su u Tablici 2. Ukupno je sudjelovalo 143 ispitanika, N=143 od kojih je bilo 75 žena, F=75 (52,44%) i 68 muškaraca M=68 (47,55%). Pojediniosti o sociodemografskim obilježjima ispitanika prikazani su u Tablici 2. Nešto više od polovice ispitanika su bile žene, F=75 (52,44%), a njihova prosječna dob je iznosila 58 godina (raspon 32-65). Većina ispitanika ima završenu srednju školu (65,73%), zaposleni su na neodređeno vrijeme (50,35%) i svoj ekonomski status procjenjuju prosječnim (76,92%). Najčešće su vjenčani (67,83%). Najviše ih je katoličke vjeroispovijesti (48,95%).

**Tablica 2.** Sociodemografska obilježja ispitanika.

	N = 143	
	N	%
<b>Dob</b>		
30–49	39	27,27



50–60	59	41,26
>60	45	31,47
<b>Spol</b>		
Muškarci	68	47,55
Žene	75	52,44
<b>Obrazovanje</b>		
nezavršena srednja škola	1	0,70
osnovna škola	11	7,69
Zanat	3	2,10
srednja škola	94	65,73
Viša	10	6,99
visoka, fakultet	23	16,08
magisterij, doktorat	1	0,70
<b>Zaposlenje</b>		
Nezaposleni	15	10,49
zaposleni na određeno vrijeme	10	6,99
zaposleni na neodređeno vrijeme	72	50,35
Penzioneri	42	29,37
Ostalo	4	2,80
<b>Ekonomski status</b>		
ispod prosjeka	25	17,48
Prosječan	110	76,92
iznad prosjeka	8	5,59
<b>Bračno stanje</b>		
Oženjeni	97	67,83
Rastavljeni	18	12,59
Samci	14	9,79
Ostalo	14	9,79
<b>Religijsko opredjeljenje</b>		
Nevjernici	61	42,66
Katolici	70	48,95
Pravoslavci	2	1,40
Muslimani	7	4,90
Jehovini svjedoci	1	0,70
Ostalo	2	1,40

Većina ispitanika je s kliničkim stadijem bolesti II (41,26%) i kliničkim stadijem III (39,86%). Prema sijelu, najveća skupina ispitanika je imala rak gastrointestinalnog trakta (35,67%) i ginekološki rak (20,28%), dok najmanju skupinu su sačinjavala ostala sijela (12,59%). Ostala sijela nisu postigla statističku značajnost, stoga nisu komentirana. Pojediniosti o kliničkim obilježjima ispitanika prikazani su u Tablici 3.

**Tablica 3.** Klinička obilježja ispitanika.

N = 143		
	N	%
<b>Klinički stadij bolesti</b>		
I	24	16,78
II	59	41,26
III	57	39,86
Nepoznato	3	2,10
<b>Primarno sijelo raka</b>		
Dojka	26	18,19
gastrointestinalni trakt	51	35,67
Urogenitalni	19	13,27
Ginekološki	29	20,28
Ostalo	18	12,59
<b>Vrsta onkološkog liječenja</b>		
Radioterapija	34	23,78
Kemoterapija	74	51,75
hormonsko liječenje	4	2,80
kirurško liječenje	11	7,69
kemoterapija + radioterapija	13	9,09
hormonsko liječenje + radioterapija	6	4,20
Nepoznato	1	0,70

Stadij I: rak je prisutan, stadij II: veći tumor i mogućnost širenja u okolno tkivo, stadij III: bolest je uznapredovala, što je viši stadij, bolest je uznapredovala (povećanje tumorske mase i značajnije širenje u okolno tkivo). Prisutno je širenje maligne bolesti u regionalne limfne čvorove, bez proširenosti bolesti u udaljene dijelove tijela (metastaze).

Niti jedan ispitanik nije zahtijevao dodatnu podršku nakon diskusije o svojim odgovorima s istraživačima.

#### 4.3. Valjanost i pouzdanost QLQ-SWB32 upitnika

Rezultati analize valjanosti su prikazani u Tablici 4. Koristila se konfirmatorna faktorska analiza kako bi se ispitalo sadržava li QLQ-SWB32 upitnik istu strukturu kao i kod palijativnih bolesnika [69,112]. Dobiveni rezultati su uspoređeni s rezultatima iz međunarodnog istraživanja s palijativnim bolesnicima [69,112]. Provedena je faktorska analiza glavnih komponenti (*engl. principal-component factor PCF*), pri čemu su utvrđena četiri faktora sa svojstvenim vrijednostima većim od 1 (Keiserov kriterij), pri čemu je objašnjeno 66% varijance. Pronađeni rezultati su u suglasju s predloženim brojem faktora u upitniku.

Za određivanje faktorskih opterećenja (*engl. factor loadings*) je izvršena varimax rotacija matrice faktorskog opterećenja. Gotovo sve čestice raspoređene su na istim skalama

kao i u izvornom međunarodnom upitniku, izuzev dvije čestice od kojih je svaka alocirana na dvije različite skale [69]. U ovom radu čestica 12 (“Sposobnost oprostiti drugima”) povezana je s dvije ljestvice, ali po smislu pripada skali odnosi s drugima (RO), dok u ovom istraživanju pripada skali odnos s nečim višim (RSG). Međutim, razlika u faktorskim opterećenjima između njih je bila minimalna. (RO 0,1339 ; RSG 0,2567). Druga razlika se pojavila kod čestice 31 (“Ja sam ispunjen/a duhovnim blagostanjem.”), koja je bila povezana sa skalom “egzistencijalna pitanja” (EX), dok u međunarodnom istraživanju je povezana sa skalom “odnos s nečim višim” (RSG). Također, s minimalnom razlikom u faktorskim opterećenjima (EX 0,5718 ; RSG 0,5171) [69,106]. Kumulativne varijance su navedene u Tablici 4.

**Tablica 4.** Analiza valjanosti.

	EX	RO	RSG	RS
<b>Eigen vrijednost</b>	5,19058	1,99884	1,27951	1,08595
<b>Kumulativne varijance</b>	0,3586	0,4967	0,5850	0,6601
P1 Moći se nositi s problemima.	<b>0,6200</b>	0,0801	-0,0279	0,5387
P2 Osjećaj mira sa samim sobom.	<b>0,3127</b>	0,2015	0,0386	-0,4878
P3 Moći pronaći stvari u kojima uživam.	<b>0,5195</b>	0,1164	0,1557	-0,2503
P5 Osjećaj uznemirenosti.	-0,2424	-0,2022	0,0440	<b>0,4745</b>
P6 Osjećaj usamljenosti.	-0,2524	-0,3816	0,0793	<b>0,4298</b>
P8 Moći podijeliti misli u životu s osobama koje su mi bliske.	0,3047	<b>0,4083</b>	0,2769	-0,1041
P9 Osjećati se voljeno od strane onih koji su mi važni.	0,0882	<b>0,5872</b>	0,0480	-0,0863
P10 Imati nekog s kim mogu razgovarati o mojim osjećajima.	0,1613	<b>0,6343</b>	0,1633	-0,0866
P11 Imati povjerenje u druge.	0,0380	<b>0,4849</b>	0,1427	-0,1579
P12 Moći oprostiti drugima.	-0,0175	<b>0,1339</b>	<b>0,2567</b>	-0,1988
P13 Osjećati se vrijedim kao osoba.	0,4010	<b>0,4248</b>	0,0803	-0,1319
P14 Osjećaj da je moj život ispunjen.	<b>0,4661</b>	0,3829	0,1645	-0,3461
P15 Osjećaj da je moj život vrijedan življenja.	<b>0,5368</b>	0,4375	0,1207	0,0382
P16 Moći stvarati planove za budućnost.	<b>0,5580</b>	0,3599	-0,0327	0,0513
P17 Brige/zabrinutosti za budućnost.	-0,0840	-0,0824	-0,0139	<b>0,5296</b>
P18 Pitao/la sam se može li se išta za mene učiniti.	-0,1162	-0,0988	0,0190	<b>0,4707</b>
P19 Osjećam da je nepravdedno što sam bolestan/a.	0,0052	0,1314	0,0236	<b>0,5001</b>
P20 Vrijeme za tišinu/molitvu/meditaciju.	0,0719	0,1624	<b>0,4667</b>	-0,0300
P21 Osjećam da je važno da drugi mole za mene.	-0,0084	0,1078	<b>0,7488</b>	0,0652
P27 Živjeti kroz riječi, djela...	0,4188	0,2177	<b>0,4653</b>	0,0197
P30 Vjerujem u život poslije smrti.	0,0952	0,0656	<b>0,6968</b>	-0,0156
P31 Ispunjen/a sam duhovnim blagostanjem.	<b>0,5718</b>	-0,1124	<b>0,5171</b>	-0,1309

Odrednice duhovnog blagostanja: egzistencijalna pitanja (EX), odnosi s drugima (RO), odnos s nečim višim (RSG), odnos prema sebi (RS). Podebljani tekst označava najveći faktor opterećenja za svaku česticu.

Tablica 5. prikazuje analizu pouzdanosti rezultata za svaku skalu QLQ-SWB32 upitnika. Mjerna skala odnosi s drugima (RO) se sastoji od šest čestica, skala odnos prema sebi (RS) pet čestica, skala odnos s nečim višim (RSG) pet čestica, skala egzistencijalna

pitanja (EX) šest čestica. Procijenjena je unutarnja konzistencija mjernog instrumenta pomoću koeficijenta za određivanje pouzdanosti Cronbach's  $\alpha$ . Sve skale QLQ-SWB32 upitnika se nalaze u granicama zadovoljavajućih vrijednosti, što je u skladu s radovima od Vivat i sur. te Rhode i sur. [69,112]. Za dvije skale odnos s nečim višim (RSG) i egzistencijalna pitanja (EX), Cronbach's  $\alpha$  vrijednosti su bile preko 0,7. Za skalu odnosi s drugima (RO) Cronbach's  $\alpha$  je iznosila 0,68. dok, za skalu odnos prema sebi (RS), je bila nešto niža te je iznosila 0,62.

**Tablica 5.** Analiza pouzdanosti mjerenja.

Skale	Broj čestica	Cronbach's Alpha	Median	Raspon
Odnosi s drugima (RO)	6	0,68	72,22	22,22–100,00
Odnos prema sebi (RS)	5	0,62	73,33	20,00–100,00
Odnos s nečim višim (RSG)	5	0,75	60,00	6,67–100,00
Egzistencijalna pitanja (EX)	6	0,76	72,22	5,56–100,00
Odnos s Bogom (RG)	1	-	33,33	0,00–100,00
Sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB)	1	-	66,67	16,67–100,00

#### 4.4. Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika

U Tablicama 6. i 7. prikazane su usporedbe skupina ispitanika, povezanost rezultata upitnika QLQ- SWB32 te razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na njihova sociodemografska i klinička obilježja.

**Tablica 6.** Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na sociodemografska obilježja.

Sociodemografska obilježja	Skale					
	RO	RS	RSG	EX	RG	Global-SWB
<b>Spol</b>						
Muškarci	72,22 (22,22–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	53,33 (6,67–100,00)	72,22 (5,56–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
Žene	72,22 (38,88–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (13,33–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	66,66 (0,00–100,00)	83,33 (33,33–100,00)
P **	0,631	0,589	0,033	0,045	<0,001	<0,001
<b>Dob</b>						
<50	72,22 (55,56–100,00)	66,67 (20,00–100,00)	60,00 (26,67–100,00)	77,78 (44,44–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	83,33 (50,00–100,00)
50–60	72,22 (22,22–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	53,33 (6,67–93,33)	72,22 (5,56–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
>60	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (26,67–100,00)	53,33 (6,67–93,33)	66,67 (38,89–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
P *	0,073	0,129	0,014	<0,001	0,011	0,087

<b>Obrazovanje</b>						
Bez obrazovanja i profesije	72,22 (50,00–94,44)	73,33 (26,67–93,33)	46,67 (20,00–93,33)	61,11 (44,44–100,00)	50,00 (0,00–100,00)	66,67 (33,33–100,00)
Srednja škola	72,22 (22,22–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (6,67–100,00)	72,22 (5,56–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
Fakultet i više	75,00 (38,89–94,44)	76,67 (20,00–100,00)	56,67 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	83,33 (33,33–100,00)
P *	0,714	0,786	0,651	0,236	0,099	0,233
<b>Zaposlenje</b>						
Nezaposleni, Zaposleni na određeno vrijeme	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (46,67–100,00)	60,00 (26,67–100,00)	72,22 (44,44–94,44)	33,33 (00,00–100,00)	66,67 (33,33–100,00)
Zaposleni na neodređeno vrijeme	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	53,33 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	50,00 (0,00–100,00)	75,00 (16,67–100,00)
penzioneri/ostalo	72,22 (22,22–100,00)	66,67 (20,00–100,00)	63,33 (6,67–93,33)	66,67 (5,56–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
P *	0,109	0,556	0,744	0,021	0,545	0,132
<b>Ekonomski status</b>						
Ispod prosjeka	72,22 (22,22–100,00)	66,67 (20,00–100,00)	60,00 (13,33–93,33)	66,67 (5,56–88,89)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
Prosječan	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
Iznad prosjeka	72,22 (38,89–88,89)	86,67 (53,33–93,33)	46,67 (20,00–60,00)	77,77 (50,00–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	83,33 (33,33–100,00)
P *	0,103	0,160	0,168	0,030	0,466	0,322
<b>Bračno stanje</b>						
Oženjeni	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	67,00 (16,67–100,00)
Rastavljeni	66,67 (38,89–100,00)	70,00 (40,00–100,00)	56,67 (20,00–93,33)	6,67 (38,89–100,00)	3,33 (0,00–100,00)	67,00 (17,00–100,00)
Samci	77,78 (22,22–88,89)	76,67 (20,00–100,00)	56,67 (20,00–100,00)	75,00 (5,56–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	83,00 (50,00–100,00)
Ostalo	77,78 (38,89–94,44)	76,67 (20,00–100,00)	56,67 (13,33–93,33)	75,00 (38,89–100,00)	50,00 (0,00–100,00)	67,00 (16,67–100,00)
P *	0,291	0,610	0,987	0,417	0,260	0,340
<b>Religijsko opredjeljenje</b>						
Nevjernici	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	53,33 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
Katolici	72,22 (22,22–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (6,67–100,00)	72,22 (5,56–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
Ostalo	75,00 (55,56–100,00)	80,00 (53,33–86,67)	63,33 (46,67–93,33)	66,67 (50,00–88,89)	66,67 (0,00–100,00)	83,33 (16,67–100,00)
P *	0,960	0,516	0,008	0,479	0,075	0,115

Odrednice duhovnog blagostanja: odnos prema sebi (RS), odnosi s drugima (RO), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG), sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB).

\* Kruskal-Wallis, \*\* Mann-Whitney

Pronađene su statistički značajne razlike za neke od uspoređenih skupina ispitanika, na što upućuju rezultati iz Tablice 6. Što se tiče spola, vrijednosti na skalama odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG) i na čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) su bile značajno više kod žena nego kod muškaraca.

Po dobi postoji slabo statistički značajna razlika kod skale odnosi s drugima (RO), dok statistički značajne razlike su pronađene kod skala odnos s nečim višim (RSG),

egzistencijalna pitanja (EX) i odnos s Bogom (RG). Iako se kod skale odnosi s drugima (RO) mogu uočiti deskriptivno nešto niži rezultati kod starijih dobnih skupina, post-hoc analizom nisu pronađene razlike između podskupina.

S druge strane, post-hoc analiza je kod skale egzistencijalna pitanja (EX) pokazala jasnu razliku između ispitanika mlađih od 50 godina i starijih ispitanika, pri čemu su pronađene niže vrijednosti kod starijih ispitanika. Kod skala odnos s nečim višim (RSG) i odnos s Bogom (RG) se statistički značajno razlikuju ispitanici mlađi od 50 godina u odnosu na preostale dvije skupine, pri čemu su zabilježene više vrijednosti kod ispitanika mlađih od 50 godina.

Kod čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) između dobnih skupina se nalazi slabo statistički značajna razlika, no post-hoc analiza ne uspijeva izdvojiti skupine koje se razlikuju. Pronađene su deskriptivno više vrijednosti kod mlađe dobne skupine ispitanika.

Kod edukacije nisu pronađene statistički značajne razlike između ispitanika na skali odnos s Bogom (RG). Deskriptivno, najniže vrijednosti su zabilježene kod srednjoškolskog obrazovanja, a najviše kod akademski obrazovanih ispitanika. Međutim, post-hoc analizom nisu pronađene razlike između navedenih skupina (što se može objasniti veličinom uzorka).

Kod radnog statusa je pronađena statistički značajna razlika na skali egzistencijalna pitanja (EX), pri čemu je post-hoc analiza pokazala statistički značajnu razliku između umirovljenika i stalno zaposlenih, dok se nezaposleni/zaposleni na određeno vrijeme ne razlikuju u odnosu na preostale dvije skupine ispitanika. Na skali egzistencijalna pitanja (EX) kod umirovljenika su uočene deskriptivno niže vrijednosti.

Kod ekonomskog statusa također je pronađena statistički značajna razlika na skali egzistencijalna pitanja (EX). Niže vrijednosti su zabilježene kod ispitanika s ispodprosječnim primanjima te se statistički značajno razlikuju u odnosu na preostale dvije skupine ispitanika.

Kod bračnog statusa nije pronađena statistički značajna razlika između ispitanika. Kod religijskog opredjeljenja je zabilježena statistički značajna razlika na skali odnos s nečim višim (RSG), pri čemu su kod nevjernika pronađene statistički značajno niže vrijednosti u odnosu na preostale dvije skupine ispitanika. Također postoji i neznatno značajna razlika na skali odnos s Bogom (RG), pri čemu su nevjernici imali deskriptivno niže vrijednosti. Međutim u post-hoc analizi, nije pronađena statistički značajna razlika, (što se može objasniti veličinom uzorka).

**Tablica 7. Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na klinička obilježja.**

Klinički parametri	Skale					
	Median (Raspon)					
	RO	RS	RSG	EX	RG	Global-SWB
<b>Klinički stadij bolesti</b>						
I	77,78 (44,44–100,00)	73,33 (40,00–100,00)	63,33 (26,67–100,00)	72,22 (44,44–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	66,67 (50,00–100,00)
II	72,22 (22,22–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (6,67–93,33)	66,67 (5,56–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
III	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	53,33 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
P *	0,627	0,433	0,177	0,082	0,018	0,664
<b>Primarno sijelo raka</b>						
Dojka	77,78 (44,44–94,44)	73,33 (40,00–100,00)	60,00 (33,33–93,33)	77,78 (50,00–94,44)	66,67 (0,00–100,00)	83,00 (50,00–100,00)
Probavni sustav	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (40,00–100,00)	60,00 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	67,67 (33,33–100,00)
Urogenitalni sustav	77,78 (22,22–100,00)	80,00 (20,00–100,00)	53,33 (6,67–80,00)	72,22 (5,56–100,00)	33,33 (0,00–66,67)	66,67 (16,67–100,00)
Ginekološki	72,22 (55,56–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (20,00–100,00)	72,22 (44,44–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	67,00 (50,00–100,00)
Ostalo	72,22 (38,89–100,00)	66,67 (20,00–100,00)	50,00 (13,33–100,00)	66,67 (38,89–100,00)	33,33 (0,00–66,67)	67,00 (16,67–100,00)
P *	0,980	0,705	0,140	0,186	0,007	0,462
<b>Vrsta onkološkog liječenja</b>						
Radioterapija	72,22 (22,22–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	50,00 (13,33–93,33)	66,67 (5,56–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (16,67–100,00)
Kemoterapija	72,22 (38,89–100,00)	73,33 (20,00–100,00)	60,00 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	33,33 (0,00–100,00)	66,67 (33,33–100,00)
Kombinirano /Ostalo	72,22 (55,56–100,00)	73,33 (33,33–100,00)	60,00 (6,67–100,00)	72,22 (38,89–100,00)	66,67 (0,00–100,00)	66,67 (33,33–100,00)
P *	0,788	0,826	0,097	0,396	0,386	0,820

Odrednice duhovnog blagostanja: odnosi s drugima (RO), odnos prema sebi (RS), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG), sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB).

Stadij I: rak je prisutan, stadij II: veći tumor i mogućnost širenja u okolno tkivo, stadij III: bolest je uznapredovala, što je viši stadij, bolest je uznapredovala (povećanje tumorske mase i značajnije širenje u okolno tkivo). Prisutno je širenje maligne bolesti u regionalne limfne čvorove, bez proširenosti bolesti u udaljene dijelove tijela (metastaze).

\* Kruskal-Wallis

Prema primarnom sijelu raka, uočena je značajna razlika na skali odnos s Bogom (RG), pri čemu je post-hoc analiza pokazala da su ispitanici s rakom dojke i ginekološkim rakom (sve žene, osim jednog muškarca s rakom dojke) imali najviše rezultate u odnosu na ostale skupine. Najniži rezultati na skali odnos s Bogom (RG) su imali ispitanici s rakom urogenitalnog sustava, a sačinjavali su ih muškarci.

Kod stadija bolesti post-hoc analizom nisu pronađene statistički značajne razlike na skali egzistencijalna pitanja (EX).

Na skali odnos s Bogom (RG) je pronađena statistički značajna razlika kod ispitanika s prvim stadijem bolesti gdje su zabilježene više vrijednosti u odnosu na ispitanike viših stadija bolesti.

Kod sijela raka je pronađena statistički značajna razlika na skali odnos s Bogom (RG), pri čemu je post-hoc analiza pokazala više vrijednosti kod raka dojke i ginekološkog raka te nešto niže vrijednosti kod raka probavnog sustava. Najniže vrijednosti su zabilježene upravo kod raka urogenitalnog sustava, koje se statistički značajno razlikuju od vrijednosti raka dojke, ginekološkog raka i raka probavnog sustava.

Kod vrste onkološkog liječenja je primijećena slabo značajna razlika na skali odnos s nečim višim (RSG). Deskriptivno nešto niže vrijednosti su pronađene kod bolesnika koji primaju radioterapiju, za razliku od ostalih skala gdje uopće nisu zabilježene statistički značajne razlike.

#### 4.5. Analiza literature

Po izvršenoj analizi literature kod analize sličnosti dobivenih skala uključeno je pet radova (1-3,5 i 6), a rad 4 je isključen, jer rezultati nisu iskazani u predloženoj funkcionalnoj skali, već je korištena aritmetička sredina čestica, stoga je rezultate nemoguće uspoređivati. U ovom radu kod kurabilnih bolesnika su zabilježene više medijalne vrijednosti na skali egzistencijalna pitanja (EX) i odnos prema sebi (RS), dok su pronađene niže medijalne vrijednosti na skalama odnosi s drugima (RO) i odnos s nečim višim (RSG), s time da kod skale odnosi s drugima (RO) nema pretjeranih razlika s ostalim radovima [69,109,110,112]. Izuzev istraživanja koje su proveli Kyranou i Nicolaou s palijativnim bolesnicima u kojem je pronađena znatno viša medijalna vrijednost na skali odnosi s drugima (RO) [111].

U ovom radu kod kurabilnih bolesnika je pronađena viša medijalna vrijednost na skali egzistencijalna pitanja (EX), što je sukladno s radovima od Chen-a i sur. Feng-a i sur. [109,110]. U ostalim radovima s palijativnim bolesnicima su zabilježene niže medijalne vrijednosti s iznimkom provedenog istraživanja s palijativnim bolesnicima od Kyranoua i Nicolaoa u kojem je također pronađena viša medijalna vrijednost na skali egzistencijalna pitanja (EX) [69,111,112].

Postoje značajna odstupanja rezultata na skali **odnos prema sebi (RS)** u radu od Kyranoua i Nicolaoa u kojem je primijećena znatno niža medijalna vrijednost za razliku od ostalih radova [111]. Viša medijalna vrijednost kod **skale odnos prema sebi (RS)** u ovom



radu je u skladu s radovima od Chen-a i sur. Feng-a i sur., dok niže medijalne vrijednosti su pronađene u ostalim radovima s palijativnim bolesnicima [109,110].

Na skali odnos s nečim višim (RSG) najveće odstupanje pokazuju rezultati rada od Chen-a i sur., koji imaju nižu medijalna vrijednost, u odnosu na ostale radove [109]. U ovom radu rezultati skale odnos s nečim višim (RSG) su u skladu s ostalim radovima (iako je sličnija s radovima s palijativnim bolesnicima) [69,111,112]. Skala odnos s Bogom (RG) nije analizirana u odabranim radovima, stoga se ne komentira. Rezultati su prikazani u Tablici 8.

**Tablica 8.** Analiza literature.

<b>Skale/Radovi</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
<b>EX</b>			
Kyranou et al.	104	69,7	22
Rohde et al.	450	61,2	23,3
Vivat et al.	48	62,81	26,04
Chen et al.	728	68,43	13,35
Feng et al.	586	73,88	13,87
<b>RS</b>			
Kyranou et al.	104	45,2	23,7
Rohde et al.	450	59,3	22,7
Vivat et al.	48	60,95	23,77
Chen et al.	728	75,22	10,96
Feng et al.	586	73,90	13,1
<b>RO</b>			
Kyranou et al.	104	82,3	18,9
Rohde et al.	450	72,3	21,8
Vivat et al.	48	75	21,89
Chen et al.	728	70,69	13,02
Feng et al.	586	75,13	13,75
<b>RSG.</b>			
Kyranou et al	104	64,6	22
Rohde et al.	450	59,8	26,7
Vivat et al.	48	61,67	27,52
Chen et al.	728	52,19	11,81
Feng et al.	586	60,33	12,15

Odrednice duhovnog blagostanja: egzistencijalna pitanja (EX), odnos prema sebi (RS), odnosi s drugima (RO), odnos s nečim višim (RSG).

#### **4.6. Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika**

U Tablicama 9. i 10. prikazane su usporedbe skupina ispitanika, povezanost s odrednicama kvalitete života te razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na njihova sociodemografska i klinička obilježja.

Pregledom rezultata nisu uočene statistički značajne razlike u odnosu na dob i spol ispitanika. Također nije pronađena povezanost između stupnja obrazovanja i religijskog opredjeljenja, dok je zabilježena značajna povezanost između radnog statusa i pojedinih odrednica kvalitete života.

Pronađene su statistički značajne razlike kod fizičkog funkcioniranja (PF) između stalno zaposlenih i umirovljenika, pri čemu se kod stalno zaposlenih uočene više vrijednosti. Nadalje kod radnog statusa primijećene su statistički značajne razlike u socijalnom funkcioniranju (SF) i vitalnosti (VT) između nezaposlenih ispitanika u odnosu na preostale dvije skupine; kod nezaposlenih ispitanika su pronađene više vrijednosti. Statistički značajne razlike nalaze se i kod ocjene mentalnog statusa (MH) pri čemu nezaposleni ispitanici imaju više vrijednosti u odnosu na preostale dvije skupine ispitanika. Kod preostalih odrednica kvalitete života postoje deskriptivne razlike, no one ne postižu statističku značajnost.

Ekonomski status je povezan s više odrednica kvalitete života. Više vrijednosti su pronađene kod fizičkih uloga (RP) i općenito fizičkog zdravlja (PHYS) kod ispitanika prosječnog i iznad prosječnog ekonomskog statusa, u odnosu na ispitanike ispod prosječnog ekonomskog statusa. Ispitanici iznad prosječnog ekonomskog statusa imaju više vrijednosti kod svih odrednica kvalitete života, izuzev odrednice ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE). Kod ostalih odrednica kvalitete života nisu pronađene statistički značajne razlike, no mogu se uočiti određene deskriptivne razlike koje bi se vjerojatno pokazale statistički značajne kod većeg broja ispitanika.

Bračni status je povezan s odrednicama kvalitete života, pri čemu je pronađena statistički značajna razlika kod vitalnosti (VT) i ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE). Više vrijednosti vitalnosti (VT) pronađene su kod samaca i ostalih oblika zajedničkog života u odnosu na oženjene i razvedene ispitanike. Niže vrijednosti su uočene kod ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE) kod razvedenih ispitanika u odnosu na ostale skupine. Deskriptivne razlike se mogu pronaći kod ostalih odrednica kvalitete života, no one ne postižu statističku značajnost (Tablica 9.).

**Tablica 9.** Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na sociodemografska obilježja.

Sociodemografska obilježja	Skale									
	Median (Raspon)									
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PHYS	MENT
<b>Spol</b>										
Muškarci	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	57,44 (16,68–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	46,96 (23,69–64,27)	49,49 (27,04–62,67)
Žene	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	46,89 (22,74–62,65)	48,92 (33,04–66,98)
P **	0,526	0,565	0,265	0,225	0,705	0,224	0,586	0,955	0,955	0,564
<b>Dob</b>										
<50	47,88 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	49,75 (22,74–62,39)	48,13 (33,04–63,31)
50–60	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	46,57 (23,69–62,65)	48,12 (31,77–66,98)
>60	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	57,44 (16,68–57,44)	44,74 (29,65–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	46,22 (25,77–64,27)	50,32 (27,04–61,73)
P *	0,250	0,531	0,568	0,801	0,739	0,279	0,894	0,865	0,708	0,705
<b>Obrazovanje</b>										
Bez obrazovanja i profesije	39,29 (22,11–56,47)	41,05 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	44,74 (29,65–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	43,06 (26,38–60,45)	44,92 (33,01–58,30)
Srednja škola	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	47,25 (16,68–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	46,68 (22,74–64,27)	49,74 (27,04–66,98)
Fakultet i više	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	49,45 (27,96–61,80)	47,68 (29,71–62,67)
P *	0,785	0,126	0,105	0,102	0,072	0,648	0,502	0,212	0,325	0,317
<b>Zaposlenje</b>										
Nezaposleni, Zaposleni na određeno vrijeme	43,58 <sup>(1,2)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	55,52 (29,65–61,99)	57,81 <sup>(1)</sup> (37,69–67,88)	56,57 <sup>(1)</sup> (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	52,35 (40,16–64,54)	49,96 (25,66–60,45)	53,11 <sup>(1)</sup> (33,04–66,98)
Zaposleni na neodređeno vrijeme	47,88 <sup>(1)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	47,25 (16,68–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 <sup>(2)</sup> (37,69–67,88)	46,47 <sup>(2)</sup> (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	49,18 (22,74–62,39)	46,55 <sup>(2)</sup> (27,04–63,31)
penzioneri/ostalo	30,70 <sup>(2)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	44,74 (29,65–61,99)	47,75 <sup>(2)</sup> (37,69–67,88)	46,47 <sup>(2)</sup> (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	43,61 (23,69–64,27)	49,66 <sup>(1,2)</sup> (27,73–61,73)
P *	0,014	0,372	0,727	0,067	0,011	0,034	0,14	0,255	0,072	0,027

<b>Ekonomski status</b>										
Ispod prosjeka	30,70 (22,11–56,47)	45,66 <sup>(1)</sup> (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	44,74 (29,65–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (33,71–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	43,57 <sup>(1)</sup> (23,69–60,45)	48,39 (33,04–66,98)
Prosječan	47,88 (22,11–56,47)	47,96 <sup>(1)</sup> (20,32–57,18)	57,44 (16,68–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	48,31 <sup>(2)</sup> (22,74–64,27)	49,11 (27,04–63,31)
Iznad prosjeka	43,58 (30,70–56,47)	50,27 <sup>(1,2)</sup> (34,14–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	55,52 (44,74–61,99)	57,81 (47,75–57,81)	51,52 (26,27–56,57)	44,90 (33,71–56,08)	52,35 (27,97–58,45)	50,27 <sup>(2)</sup> (41,87–56,15)	52,85 (35,63–59,15)
P *	0,065	0,036	0,310	0,060	0,059	0,793	0,485	0,572	0,037	0,794
<b>Bračno stanje</b>										
Oženjeni	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	57,44 (16,68–57,44)	44,74 (29,65–61,99)	47,75 <sup>(1)</sup> (37,69–67,88)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 <sup>(1)</sup> (22,53–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	46,53 (22,74–64,27)	49,32 (27,04–66,98)
Rastavljeni	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 <sup>(1)</sup> (37,69–57,81)	46,47 (26,27–56,57)	39,30 <sup>(2)</sup> (33,71–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	44,52 (26,38–62,39)	45,25 (31,77–58,05)
Samci	47,88 (22,11–56,47)	52,57 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	55,52 (29,65–61,99)	57,81 <sup>(1,2)</sup> (37,69–57,81)	56,57 (26,27–56,57)	44,90 <sup>(1)</sup> (33,71–56,08)	52,35 (40,16–58,45)	50,60 (23,69–60,18)-	49,59 (37,17–61,68)
Ostalo	47,88 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	57,81 <sup>(2)</sup> (37,69–67,88)	56,57 (26,27–56,57)	44,90 <sup>(1)</sup> (33,71–56,08)	52,35 (34,06–64,54)	52,91 (33,19–57,76)	53,31 (34,38–62,67)
P *	0,346	0,073	0,199	0,137	0,006	0,218	0,012	0,097	0,281	0,092
<b>Religijsko opredjeljenje</b>										
Nevjernici	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	57,44 (16,68–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	46,96 (25,66–62,65)	49,47 (27,04–66,98)
Katolici	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (28,12–56,08)-	46,25 (27,97–64,54)	46,62 (22,74–62,39)	48,96 (29,71–63,31)
Ostalo	47,88 (30,70–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (37,06–57,44)	50,13 (29,65–61,99)	47,75 (47,75–67,88)	51,52 (26,27–56,57)	44,90 (33,71–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	50,38 (32,81–64,27)	48,13 (27,73–62,39)
P *	0,284	0,999	0,137	0,837	0,933	0,657	0,766	0,819	0,739	0,908

Odrednice kvalitete života: fizičko funkcioniranje (PF), fizičke uloge (RP), bol (BP), opće zdravlje (GH), vitalnost (VT), socijalno funkcioniranje (SF), emocionalne uloge (RE), mentalno zdravlje (MH), općenito fizičko zdravlje (PHYS), općenito mentalno zdravlje (MENT)

\* Kruskal-Wallis, \*\* Mann-Whitney

**Tablica 10.** Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na klinička obilježja.

Klinički parametri	Skale									
	Median (Raspon)									
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PHYS	MENT
<b>Klinički stadij bolesti</b>										
I	39,29 <sup>(1)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	55,52 (29,65–61,99)	47,75 (47,75–67,88)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (33,71–56,08)	52,35 (34,06–64,54)	47,50 <sup>(1,2)</sup> (27,96–61,80)	50,27 (35,31–61,73)
II	39,29 <sup>(1)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	44,18 <sup>(1,2)</sup> (23,69–62,65)	47,90 (29,71–62,67)
III	47,88 <sup>(2)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	57,44 (16,68–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	50,75 <sup>(2)</sup> (22,74–64,27)	48,43 (27,04–66,98)
P *	0,011	0,413	0,570	0,331	0,125	0,879	0,352	0,132	0,045	0,738
<b>Primarno sijelo raka</b>										
Dojka	47,88 <sup>(1)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	47,25 (26,87–57,44)	55,52 (29,65–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	52,19 <sup>(1)</sup> (22,74–62,65)	47,90 (34,06–63,31)
Probavni sustav	39,29 <sup>(2)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	52,35 (16,68–57,44)	55,52 (29,65–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	46,63 <sup>(2)</sup> (25,66–60,45)	49,47 (27,04–66,98)
Urogenitalni sustav	47,88 <sup>(1)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	44,74 (18,87–55,52)	47,75 (37,69–57,81)	56,57 (26,27–56,57)	44,90 (33,71–56,08)	52,35 (27,97–58,45)	50,60 <sup>(1)</sup> (23,69–60,62)	51,50 (29,71–60,53)
Ginekološki	30,70 <sup>(3)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–52,57)	47,25 (26,87–57,44)	44,74 (29,65–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	42,30 <sup>(2)</sup> (28,15–60,18)	49,59 (33,61–56,64)
Ostalo	47,88 <sup>(1)</sup> (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	48,61 <sup>(1)</sup> (33,19–64,27)	44,56 (27,73–62,67)
P *	<0,001	0,055	0,365	0,158	0,419	0,443	0,239	0,448	0,005	0,608
<b>Vrsta onkološkog liječenja</b>										
Radioterapija	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	57,44 (26,87–57,44)	44,74 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	46,47 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	49,93 (23,69–64,27)	49,52 (27,73–62,67)
Kemoterapija	39,29 (22,11–56,47)	47,96 (20,32–57,18)	47,25 (16,68–57,44)	55,52 (18,87–61,99)	47,75 (37,69–57,81)	46,47 (16,18–56,57)	44,90 (22,53–56,08)	46,25 (27,97–58,45)	46,68 (25,66–62,65)	49,11 (27,04–66,98)
Kombinirano / Ostalo	47,88 (22,11–56,47)	47,96 (29,54–57,18)	52,35 (26,87–57,44)	44,74 (29,65–61,99)	47,75 (37,69–67,88)	51,52 (26,27–56,57)	44,90 (28,12–56,08)	46,25 (27,97–64,54)	47,83 (22,74–60,18)	48,55 (31,88–63,31)
P *	0,452	0,645	0,935	0,816	0,865	0,666	0,246	0,921	0,863	0,952

Odrednice kvalitete života: fizičko funkcioniranje (PF), fizičke uloge (RP), bol (BP), opće zdravlje (GH), vitalnost (VT), socijalno funkcioniranje (SF), emocionalne uloge (RE), mentalno zdravlje (MH), općenito fizičko zdravlje (PHYS), općenito mentalno zdravlje (MENT) Stadij I: rak je prisutan, stadij II: veći tumor i mogućnost širenja u okolno tkivo, stadij III: bolest je uznapredovala, što je viši stadij, bolest je uznapredovala (povećanje tumorske mase i značajnije širenje u okolno tkivo). Prisutno je širenje maligne bolesti u regionalne limfne čvorove, bez proširenosti bolesti u udaljene dijelove tijela (metastaze) \* Kruskal-Wallis

Kod stadija bolesti je pronađena statistička značajna razlika kod fizičkog funkcioniranja (PF) i općenito fizičkog zdravlja (PHYS), kod ispitanika trećeg stadija bolesti koji imaju višu vrijednost u odnosu na ispitanike prvog i drugog stadija bolesti. U prvom stadiju bolesti pronađene su više vrijednosti kod mentalnog zdravlja (MH) i općenito mentalnog zdravlja (MENT), dok su deskriptivno niže vrijednosti uočene kod drugog i trećeg stadija bolesti.

Prema primarnom sijelu raka, su uočene više vrijednosti kod fizičkog funkcioniranja (PF). Više vrijednosti su pronađene kod raka dojke i raka urogenitalnog sustava, dok niže vrijednosti su zabilježene kod raka probavnog sustava i ginekološkog raka. Najniže vrijednosti su pronađene kod ginekološkog raka koje se statistički značajno razlikuju od viših vrijednosti raka dojke i raka urogenitalnog sustava. Deskriptivne razlike mogu se pronaći kod ostalih odrednica kvalitete života, no one ne postižu statističku značajnost.

Kod vrste onkološkog liječenja nisu pronađene statistički značajne razlike s odrednicama kvalitete života.

#### 4.7. Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života

Tablica 11. prikazuje povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života iz QLQ-C30 upitnika: skala općeg zdravstvenog statusa/kvalitete života (QL2), tjelesno funkcioniranje (PF2), poslovno funkcioniranje (RF2), emocionalno funkcioniranje (EF), kognitivno funkcioniranje (CF), socijalno funkcioniranje (SF).

**Tablica 11.** Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života (QLQ-C30).

Odrednice kvalitete života	Skale					
	Koeficijent korelacije (P)					
	RO	RS	RSG	EX	RG	Global-SWB
<b>QL2</b>	0,360 (<0,001)	0,439 (<0,001)	0,178 (0,019)	0,635 (<0,001)	0,072 (0,369)	0,431 (<0,001)
<b>PF2</b>	0,244 (0,001)	0,252 (0,001)	0,035 (0,652)	0,421 (<0,001)	-0,003 (0,967)	0,147 (0,064)
<b>RF2</b>	0,068 (0,376)	0,159 (0,036)	0,021 (0,785)	0,231 (0,002)	0,036 (0,654)	0,084 (0,293)
<b>EF</b>	0,216 (0,004)	0,577 (<0,001)	0,094 (0,219)	0,449 (<0,001)	-0,014 (0,859)	0,335 (<0,001)
<b>CF</b>	0,252 (0,001)	0,310 (<0,001)	0,013 (0,864)	0,212 (0,005)	-0,042 (0,602)	0,121 (0,126)

<b>SF</b>	0,196 (0,010)	0,386 (<0,001)	0,064 (0,406)	0,381 (<0,001)	0,004 (0,958)	0,279 (0,001)
-----------	------------------	-------------------	------------------	-------------------	------------------	------------------

Odrednice kvalitete života: opći zdravstveni status/kvaliteta života (QL2), tjelesno funkcioniranje (PF2), poslovno funkcioniranje (RF2), emocionalno funkcioniranje (EF), kognitivno funkcioniranje (CF), socijalno funkcioniranje (SF).

Odrednice duhovnog blagostanja: odnosi s drugima (RO), odnos prema sebi (RS), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG), sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB).

Rezultati (RO) su povezani sa svim odrednicama kvalitete života, osim s funkcioniranjem u životnim ulogama (RF2). Umjerena, ali značajna povezanost je uočena kod skale globalnog zdravstvenog statusa/kvalitete života (QL2), dok najslabija povezanost je prisutna kod socijalnog funkcioniranja (SF). Sve pronađene korelacije su pozitivne, što bi značilo da se povećanjem vrijednosti na skali odnosi s drugima (RO), povećavaju i vrijednosti odrednica kvalitete života. Inače, na skali odnosi s drugima (RO) je uočena slaba povezanost s funkcioniranjem u životnim ulogama (RF2), no ona ne postiže statističku značajnost.

Kod skale odnos prema sebi (RS) su pronađene pozitivne korelacije sa svim odrednicama kvalitete života. Primijećena je umjerena povezanost između skale odnos prema sebi (RS) i funkcioniranja u životnim ulogama (RF2), tjelesnog funkcioniranja (PF2) te globalnog zdravstvenog statusa/kvalitete života (QL2). Jaka povezanost je zabilježena između skale odnos prema sebi (RS) i emocionalnog funkcioniranja (EF).

Kod rezultata skale odnos s nečim višim (RSG) je uočena slaba povezanost sa skalom globalnog zdravstvenog statusa/kvalitete života (QL2), no ona ne postiže statističku značajnost.

Kod rezultata skale egzistencijalna pitanja (EX) je pronađena jaka povezanost sa skalom globalnog zdravstvenog statusa/kvalitete života (QL2). Slabija povezanost je primijećena kod funkcioniranja u životnim ulogama (RF2) i kod kognitivnog funkcioniranja (CF), dok kod preostalih skala je zapažena umjerena povezanost.

Nije zabilježena povezanost između skale odnos s Bogom (RG) i odrednica kvalitete života.

Sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB) ima umjerenu i značajnu povezanost s globalnim zdravstvenim statusom/kvalitete života (QL2), nikakvu s funkcioniranjem u životnim ulogama (RF2), slabu s tjelesnim (PF2) i kognitivnim funkcioniranjem (CF), dok umjerenu sa socijalnim (SF) i emocionalnim funkcioniranjem (EF).

Pregledom rezultata su utvrđene sve pozitivne korelacije između duhovnog blagostanja (SWB) i odrednica kvalitete života (QoL).

Tablica 12. prikazuje povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života iz SF-12 v2 upitnika od 12 čestica, koji mjeri različite odrednice zdravstvene kvalitete života:

fizičko funkcioniranje (PF), fizičke uloge (RP), bol (BP), opće zdravlje (GH), vitalnost (VT), socijalno funkcioniranje (SF), ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE), mentalno zdravlje (MH), općenito fizičko zdravlje (PHYS), općenito mentalno zdravlje (MENT).

**Tablica 12.** Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života (SF-12V2).

Odrednice kvalitete života	Skale					Global-SWB
	Koeficijent korelacije (P)					
	RO	RS	RSG	EX	RG	
<b>PF</b>	0,191 (0,013)	0,221 (0,004)	0,026 (0,736)	0,358 (<0,001)	-0,040 (0,617)	0,086 (0,284)
<b>RP</b>	0,135 (0,076)	0,283 (<0,001)	0,072 (0,344)	0,344 (<0,001)	0,053 (0,508)	0,231 (0,003)
<b>BP</b>	0,100 (0,192)	0,329 (<0,001)	0,030 (0,694)	0,289 (<0,001)	0,015 (0,846)	0,185 (0,019)
<b>GH</b>	0,077 (0,312)	0,314 (<0,001)	0,063 (0,409)	0,354 (<0,001)	0,004 (0,962)	0,251 (0,001)
<b>VT</b>	0,224 (0,003)	0,423 (<0,001)	0,119 (0,119)	0,453 (<0,001)	0,029 (0,713)	0,264 (0,001)
<b>SF</b>	0,057 (0,454)	0,313 (<0,001)	-0,001 (0,998)	0,294 (<0,001)	0,015 (0,852)	0,205 (0,009)
<b>RE</b>	0,185 (0,015)	0,385 (<0,001)	0,098 (0,199)	0,355 (<0,001)	-0,037 (0,641)	0,236 (0,003)
<b>MH</b>	0,222 (0,003)	0,422 (<0,001)	0,069 (0,369)	0,416 (<0,001)	0,004 (0,959)	0,279 (<0,001)
<b>PHYS</b>	0,135 (0,078)	0,259 (0,001)	0,038 (0,626)	0,364 (<0,001)	0,010 (0,906)	0,157 (0,050)
<b>MENT</b>	0,145 (0,059)	0,419 (<0,001)	0,074 (0,335)	0,332 (<0,001)	-0,010 (0,897)	0,270 (0,001)

Odrednice kvalitete života: fizičko funkcioniranje (PF), fizičke uloge (RP), bol (BP), opće zdravlje (GH), vitalnost (VT), socijalno funkcioniranje (SF), ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE), mentalno zdravlje (MH), općenito fizičko zdravlje (PHYS), općenito mentalno zdravlje (MENT)

Odrednice duhovnog blagostanja: odnos s drugima (RO), odnos prema sebi (RS), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG), sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB).

Rezultati (RO) su pozitivno, ali i slabije povezani s fizičkim funkcioniranjem (PF), emocionalnim ulogama (RE), vitalnošću (VT) i mentalnim zdravljem (MH), dok s ostalim odrednicama kvalitete života nije uopće pronađena nikakva povezanost.

Na skali odnos prema sebi (RS) su pronađene pozitivne korelacije sa svim odrednicama kvalitete života. Pronađena je umjerena povezanost s vitalnošću (VT), emocionalnim ulogama (RE), mentalnim zdravljem (MH) te općenito mentalnim zdravljem (MENT), dok je uočena



slabija povezanost s ostalim odrednicama kvalitete života.

Pregledom rezultata nije uočena povezanost između skale odnos s nečim višim (RSG) i odrednica kvalitete života.

Kod skale egzistencijalna pitanja (EX) pronađene su pozitivne korelacije sa svim odrednicama kvalitete života. Pronađena je umjerena povezanost s vitalnošću (VT) i mentalnim zdravljem (MH), dok je kod ostalih odrednica povezanost prisutna, ali je slabije izražena.

Nije pronađena povezanost između skale odnos s Bogom (RG) i odrednica kvalitete života.

Kod čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) nije pronađena povezanost s fizičkim funkcioniranjem (PF) te općenito fizičkim zdravljem (PHYS), dok sa svim ostalim odrednicama kvalitete života je uočena slabija povezanost.

#### 4.8. Povezanost duhovnog blagostanja sa simptomima maligne bolesti

U Tablici 13. prikazana je povezanost duhovnog blagostanja sa skalama i česticama simptoma. Tri skale simptoma: umor (FA), mučnina/povraćanje (NV), bol (PA); i šest individualnih čestica simptoma najčešće povezanih s malignim oboljenjem: teškoće disanja (DY), poremećaji spavanja (SL), gubitak apetita (AP), konstipacija (CO), dijareja (DI) i financijske teškoće kao posljedica bolesti i tretmana (FI).

**Tablica 13.** Povezanost duhovnog blagostanja s izražajem simptoma maligne bolesti.

Skale i čestice simptoma	Skale Koefficient korelacije (P)					
	RO	RS	RSG	EX	RG	G-SWB
<b>FA</b>	-0,172 (0,024)	-0,411 (<0,001)	0,012 (0,872)	-0,385 (<0,001)	0,031 (0,701)	-0,186 (0,019)
<b>NV</b>	-0,060 (0,430)	-0,078 (0,309)	0,006 (0,942)	-0,135 (0,077)	-0,098 (0,217)	-0,105 (0,186)
<b>PA</b>	-0,140 (0,067)	-0,334 (<0,001)	0,029 (0,708)	-0,317 (<0,001)	-0,033 (0,675)	-0,170 (0,032)
<b>DY</b>	-0,277 (<0,001)	-0,242 (0,001)	-0,067 (0,381)	-0,287 (0,001)	-0,114 (0,150)	-0,131 (0,099)
<b>SL</b>	-0,069 (0,369)	-0,130 (0,088)	-0,054 (0,477)	-0,139 (0,068)	0,074 (0,351)	-0,038 (0,637)
<b>AP</b>	-0,045 (0,553)	-0,079 (0,303)	-0,127 (0,096)	-0,220 (0,004)	-0,078 (0,326)	-0,081 (0,308)

<b>CO</b>	-0,032 (0,677)	-0,114 (0,137)	0,111 (0,145)	-0,100 (0,192)	0,059 (0,460)	0,029 (0,718)
<b>DI</b>	-0,197 (0,010)	-0,174 (0,022)	0,087 (0,258)	-0,112 (0,143)	0,103 (0,195)	0,001 (0,992)
<b>FI</b>	0,024 (0,750)	-0,257 (0,001)	0,052 (0,499)	-0,117 (0,125)	0,006 (0,941)	-0,083 (0,295)

Skale simptoma: umor (FA), mučnina/povraćanje (NV), bol (PA). Čestice simptoma najčešće povezanih s malignim oboljenjem: teškoće disanja (DY), poremećaji spavanja (SL), gubitak apetita (AP), konstipacija (CO), dijareja (DI) i financijske teškoće kao posljedica bolesti i tretmana (FI).

Odrednice duhovnog blagostanja: odnosi s drugima (RO), odnos prema sebi (RS), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG), sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB).

Rezultati (RO) su povezani s umorom (FA), teškoćom disanja (DY) i dijarejom (DI). Sve korelacije se mogu okarakterizirati kao slabe i negativne, što bi značilo da više vrijednosti na skalama QLQ-SWB32 upitnika će pokazati povezanost s manjim vrijednostima izražaja simptoma maligne bolesti.

Pregledom rezultata pronađene su sve negativne korelacije između skale odnos prema sebi (RS) s izražajima simptoma. Uočena je slabija povezanost s teškoćom disanja (DY), dijarejom (DI) i financijskim teškoćama kao posljedica bolesti i tretmana (FI), dok je pronađena jače izražena povezanost kod umora (FA) te u nešto manjoj mjeri kod boli (PA).

Kod skale odnosi s nečim višim (RSG) nije pronađena povezanost s izražajima simptoma maligne bolesti.

Kod skale egzistencijalna pitanja (EX) su utvrđene sve negativne korelacije s izražajima simptoma. Pronađena je umjerena i značajna povezanost s umorom (FA) i boli (PA), dok slabije izražena povezanost je pronađena kod teškoće disanja (DY) i gubitka apetita (AP).

Nije pronađena povezanost između skale odnos s Bogom (RG) i izražaja simptoma maligne bolesti.

Kod čestice sveukupnog duhovnog blagostanje (Global-SWB) je zabilježena slabija povezanost s umorom (FA) i boli (PA). Pronađene su sve negativne korelacije, međutim povezanost je slaba.

#### **4.9. Povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom boli**

Tablica 14. prikazuje povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom jačine boli. Analizu VAS skale (*Visual – analogue scale*) je izvršio liječnik onkolog na Klinici za radioterapiju i onkologiju KBC-a Rijeka. VAS je skala koja ispituje trenutnu jačinu boli na skali od 0-10, gdje 0 predstavlja izostanak boli, a 10 najgoru moguću bol.

**Tablica 14.** Povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom boli.

	<b>RO</b>	<b>RS</b>	<b>RSG</b>	<b>EX</b>	<b>RG</b>	<b>Global-SWB</b>
<b>Koeficijent korelacije</b>	-0,101	-0,479	0,001	-0,284	0,045	-0,195
<b>(P)</b>	(0,187)	(<0,001)	(0,995)	(<0,001)	(0,576)	(0,014)

Odrednice duhovnog blagostanja: odnosi s drugima (RO), odnos prema sebi (RS), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG), sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB).

Povezanost s ekspresijom jačine boli je pronađena kod skala odnos prema sebi (RS), egzistencijalna pitanja (EX) i čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB). Pregledom rezultata uočene su negativne korelacije što bi značilo da više vrijednosti duhovnog blagostanja će pokazati manju ekspresiju intenziteta boli, odnosno viša ekspresija intenziteta boli će pokazati manju ekspresiju duhovnog blagostanja. Drugim riječima, kada se vrijednosti duhovnog blagostanja povećavaju, vrijednosti ekspresije jačine boli se smanjuju i obrnuto. Više vrijednosti duhovnog blagostanja ne smanjuju ekspresiju jačine boli, već pomažu kod olakšanog upravljanja s boli. Stoga u pojedinim istraživanjima je zabilježeno da bolesnici koji imaju viši stupanj duhovnog blagostanja lakše podnose bol od ostalih bolesnika te zbog toga pokazuju i manju ekspresiju jačine boli. Ova veza nije kauzalna, tj. ne može se tvrditi da jedno prouzročuje drugo bez dodatnih istraživanja. Navedeno bi se moglo komentirati da je pronađena povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom jačine boli.

Analizirajući jačinu korelacije kod skale egzistencijalnih pitanja (EX) i čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) je primjećena slabija povezanost, dok kod skale odnos prema sebi (RS) je pronađena značajno izražena povezanost s ekspresijom jačine boli. Iz navedenog se može zaključiti da bolesnici, koji imaju visoke vrijednosti na skali odnos prema sebi (RS) pokazuju jaču ekspresiju duhovnog blagostanja, što im može pomoći pri lakšem podnošenju ekspresije jačine boli.

#### **4.10. Analiza povezanosti odrednica duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti**

U Tablici 15. je prikazana analiza povezanosti odrednica duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti. Specijalist-onkolog je prema anamnestičkim podacima bolesnika odredio tijek maligne bolesti: preživljenje bez znakova bolesti = 1, progresija bolesti = 2, preminuli = 3, nastavak liječenja u drugoj ustanovi = 4.

**Tablica 15.** Analiza povezanosti odrednica duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti.

Tijek bolesti	Skale					
	N					
	Median (Raspon)					
	RO	RS	RSG	EX	RG	Global-SWB
1	133	133	133	133	123	123
	72,22	73,33	60,00	72,22	66,67	66,67
	(22,22-100,00)	(20,00-100,00)	(6,67-100,00)	(5,56-100,00)	(-33,33-100,00)	(-16,67-100,00)
2	9	9	9	9	8	8
	72,22	73,33	53,33	66,67	58,33	58,33
	(55,56-88,89)	(26,67-100,00)	(13,33-80,00)	(44,44-83,33)	(-16,67-100,00)	(-16,67-83,33)
3	22	22	22	22	20	20
	77,78	70,00	53,33	77,78	50,00	66,67
	(38,89-100,00)	(20,00-100,00)	(13,33-100,00)	(38,89-100,00)	(-33,333-100,00)	(-16,67-100,00)
4	9	9	9	9	9	9
	72,22	66,67	60,00	66,67	33,33	66,67
	(61,11-100,00)	(40,00-100,00)	(46,67-93,33)	(44,44-77,78)	(0,00-66,67)	(33,33-83,33)
P *	0,871	0,712	0,397	0,291	0,796	0,564

Tijek bolesti: preživljenje bez znakova bolesti = 1, progresija bolesti = 2, preminuli = 3, nastavak liječenja u drugoj ustanovi = 4.

Odrednice duhovnog blagostanja: odnosi s drugima (RO), odnos prema sebi (RS), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG), sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB).

\* Kruskal-Wallis

Pregledom rezultata nisu pronađene statistički značajne razlike kod niti jedne skale duhovnog blagostanja s obzirom na različit tijek maligne bolesti.

## 5. RASPRAVA

Vivat i sur. su naglasili da je EORTC QLQ-SWB32 upitnik samostalni mjerni instrument za određivanje odrednica duhovnog blagostanja te nudi mogućnosti za buduća istraživanja i kliničku praksu u području u kojem trenutno ne postoji „zlatni standard“ [67,69]. Ovo istraživanje pridonosi daljnjem razumijevanju višestrukih odrednica duhovnog blagostanja, njegovog mjesta i uloge u različitim kliničkim i kulturološkim okruženjima, pružajući dodatni uvid uključivanjem oba spola izlječivih aktivnih onkoloških bolesnika, koji boluju od tumora različitih sijela.

Ovo istraživanje uključivalo je kurabilne bolesnike s kliničkim stadijima bolesti od I-III bez metastaza na udaljenim organima, dok su druge istraživačke studije uključivale palijativne bolesnike kao i one s uznapredovalim rakom, uključujući metastaze na udaljenim organima [69,109,110,111,112,113].

U ovom radu imperativ je na izlječivim onkološkim bolesnicima bez metastaza na udaljenim organima, jer mnoga istraživanja su pokazala značaj duhovnog blagostanja i njegovu povezanost s kvalitetom života kod palijativnih bolesnika, gdje su uočene veće potrebe za zadovoljenjem duhovne skrbi [31,91,93,104]. Stoga, koristeći QLQ-SWB32 upitnik kao mjerni instrument kod kurabilnih onkoloških bolesnika, željelo se ispitati postoji li povezanosti duhovnog blagostanja i kvalitete života, ustvrditi sam značaj duhovnog blagostanja kao i ispitati postoji li tendencija za zadovoljenjem duhovnih potreba, isto kao što je ustvrđeno kod palijativnih bolesnika gdje su zabilježene veće potrebe za adekvatnom duhovnom skrbi [31,69,91,93,104].

U ovom istraživanju željelo se istražiti duhovno blagostanje kod onkoloških bolesnika koji su na aktivnom onkološkom liječenju te utvrditi razlikuje li se duhovno blagostanje ovih ispitanika od bolesnika s uznapredovalim rakom, odnosno palijativnih bolesnika.

Vivat i sur. su istaknuli da je QLQ-SWB32 upitnik također intervencijskog karaktera, jer otvara prostor za nove, drugačije uvide u iskustva onkoloških bolesnika [68,69]. Navedeno je potvrdila i provedena jezična validacija. Ispitanici, koji su sudjelovali u provedbi jezične validacije, općenito su bili zadovoljni sadržajem QLQ-SWB32 upitnika i načinom na koja su njegova pitanja zamišljena. Osjećali su da su kroz interakciju s pitanjima mjernog instrumenta QLQ-SWB32 stekli dublje uvide u same sebe i nove načine suočavanja s onkološkom bolešću. Prepoznali su povezanost između duhovnog blagostanja i vlastite kvalitete života. Smatraju da bi QLQ-SWB32 upitnik bio koristan mjerni alat u procesu onkološkog liječenja te da je važno imati na raspolaganju članove istraživačkog tima ili druge zdravstvene djelatnike, nakon

završenog ispunjavanja navedenog upitnika što je i predviđeno dizajnom ove studije [68,69].

Neki su ispitanici imali poteškoća s česticom 27 („Osjećam da ću živjeti kroz moje riječi, djela i/ili utjecaj na druge ljude“). Razgovori s ispitanicima tijekom jezične validacije su otkrili da ih je ova čestica uznemirila, jer ih je izravno suočila s njihovom bolešću i strahom od smrti; s istim problemima s kojima se i palijativni bolesnici svakodnevno suočavaju. Dijagnoza raka i njegovo liječenje kod onkoloških bolesnika često stvaraju osjećaj krize, jer su suočeni s gubitkom tjelesnih funkcija, emocionalnom tjeskobom, pogoršanjem fizičkog stanja i prijatnom od suočavanja sa smrću [123,124,125,126,127,128,129]. Zanimljivo je da su u studiji u kojoj su Härtl i sur. ispitali utjecaj medicinskih i demografskih čimbenika na dugoročnu kvalitetu života kod 274 bolesnica s rakom dojke - ispitanice izrazile znatan strah od ponovnog pojavljivanja bolesti unatoč svom intervalu bez bolesti [127]. Spomenuto ukazuje da čak i četiri godine nakon dijagnoze, osjećaj straha i dalje utječe na živote bolesnika koji su na aktivnom onkološkom liječenju i kod kojih je uspješno završeno onkološko liječenje bez pojave relapsa onkološke bolesti [127].

Naši rezultati pokazuju da upitnik QLQ- SWB32 zadržava uglavnom istu strukturu za kurabilne bolesnike, kao i za palijativne bolesnike, uz male varijacije faktorskog opterećenja za nekoliko čestica (što znači da su grupirane na drugim skalama) [69].

Faktorska opterećenja su pokazala da je čestica 12 („Mogućnost oprostiti drugima.“) najizraženije grupirana na skali odnos s nečim višim (RSG), dok je kod Vivat i sur. izraženo grupirana na skali odnosi s drugima (RO) [69]. Koncept oprosta ima duboke korijene u religiji u različitim vjerama i kulturama [130,131]. Opaženo je djelomično posredovanje u odnosu između religije i zdravlja [132]. Navedene razlike se mogu objasniti istraživanjima koja su pokazala da prakticiranje religije i duhovnosti ima pozitivan učinak na odnos (opraštanje) prema sebi i drugima, kao i odnos prema prema nečim višim te su jedan od pozitivnih pokazatelja mentalnog i duhovnog blagostanja [109,132].

Čestica 31 („Ja sam ispunjen/a duhovnim blagostanjem“) grupirana je najizraženije na skali egzistencijalna pitanja (EX), a blaže je izražena na skali odnos s nečim višim (RSG). U međunarodnoj validacijskoj studiji čestica 31 je izraženije grupirana na skali odnos s nečim višim (RSG) [69]. Na tu varijaciju mogla je utjecati potreba za pojašnjenjem izraza “duhovno blagostanje” kod većine ispitanika. Naime, pojavila se dvojba oko postovječivanja duhovnosti s religijom, stoga je bilo potrebno pružiti kratko pojašnjenje. Budući da ne postoji konsenzus o tome kako definirati duhovno blagostanje, ponuđena je definicija duhovnosti od Viktora Frankla: “egzistencijalna težnja svakog čovjeka da pronade svrhu i smisao svog života”[44]. U širem smislu ove definicije, glavna je premisa da „smisao života nije apstraktan, već leži u

konkretnim životnim situacijama na koje čovjek odgovara odgovorno i gdje sam osmišljava svoj smisao postojanja“. Snaga ljudske volje za pronalaženjem smisla nije samo pravi odraz ljudskosti nego i pouzdana mjera mentalnog zdravlja” [44]. Ovo također dokazuje inovativnost uključivanja koncepta duhovnog blagostanja u kliničku praksu, ali i u opći diskurs o kvaliteti života.

Kako bi se u budućnosti izbjegla pristranost, u daljnjim istraživanjima uz korištenje upitnika QLQ-SWB32, gdje se može pojaviti problematika definiranja duhovnog blagostanja, sugerira se „potraga za smislom“ kao dio definicije koju predlažu Vivat i sur.: „...potraga za smislom u životu... živjeti svoj život na temelju razumijevanja značenja smisla [67].“ Navedeno može uključivati neke ili sve od sljedećih naputaka:

- imati ili pronaći održiv odnos sa samim sobom i drugima;
- pronaći značenje više verzije sebe;
- pronaći šire značenje neposrednih događaja; i
- objašnjenja događaja i/ili iskustava” [67,112].

Međutim, uvijek treba uzeti u obzir da su se mjerenja duhovnog blagostanja (SWB-a) koristila i kao pokazatelji duhovnosti pojedinca [70].

### **5.1. Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika**

Povezanost između odrednica duhovnog blagostanja, sociodemografskih obilježja i kliničkih parametara ispitanika pokazala je statistički značajnu razliku za većinu promatranih varijabli.

Prema **spolu**, žene su pokazale više vrijednosti na skalama odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX), odnos s Bogom (RG) i na čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB). Dobiveni se rezultati slažu s istraživanjima od Vivat i sur. te Rohde i sur, gdje su žene postigle značajno više rezultate na skalama odnos s nečim višim (RSG) i egzistencijalna pitanja (EX) te čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) [69,112]. Istraživanje provedeno u Kini s ispitanicima s primarnim uznapredovalim ginekološkim rakom, također je pokazalo više rezultate na skalama egzistencijalna pitanja (EX) i odnos s nečim višim (RSG), s time da kod žena koje su prakticirale religiju su uočeni viši rezultati u usporedbi sa ženama koje nisu [109]. Studije koje koriste druge instrumente za mjerenje duhovnosti ili duhovnog blagostanja, iako s nekim sličnostima s QLQ-SWB32

upitnikom kao što su: „Mjerni instrument za ispitivanje duhovnih interesa povezanih s bolešću“ (*Spiritual Interests Related to Illness Tool, SpIRIT*) i „Mjerni instrument za testiranje duhovnih potreba“ (*Spiritual Needs Inventory, SNI*), također su otkrile da žene imaju viši stupanj duhovnosti ili duhovnog blagostanja od muškaraca [70,99,133,134,135]. Iako su u većini slučajeva žene isključene s vodećih pozicija, u gotovo svakoj kulturi i vjerskoj tradiciji žene se mole češće od muškaraca i navode da im je vjera važna. Na Zapadu se spolna razlika ističe, jer su društvene promjene koje su narušile vjerodostojnost religije najviše naštetile muškarcima [135].

Također su uspješno konstruirane smislene grupe za **dob**. Rohde i sur. su ustvrdili povezanost rezultata na skali odnos prema sebi (RS) sa starijom dobi [112]. Druge studije koje su koristile druge mjerne instrumente su otkrile slabiju povezanost duhovnog blagostanja s porastom dobi [134,136]. Ovo istraživanje je pokazalo da nema statističke razlike na skali odnos prema sebi (RS), a također je primijećena negativna korelacija sa starijom dobi na svim ostalim skalama. Vrijednosti na skalama odnosi s drugima (RO) i egzistencijalna pitanja (EX), su niže kod starijih ispitanika. Na skalama odnos s Bogom (RG) i odnos s nečim višim (RSG) bolesnici mlađi od 50 godina statistički su se značajno razlikovali od ostalih, s višim vrijednostima. Deskriptivno više vrijednosti također pokazuju bolesnici mlađi od 50 godina i na čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB). Stariji ispitanici naišli su na posebne poteškoće s česticama koje se izravno odnose na religiju i duhovnost. Spomenuti rezultati trebaju se tumačiti u kontekstu da je Hrvatska polovicom 20. stoljeća bila komunistička zemlja. Vjerska praksa bila je službeno zabranjena, stoga se obavljala u tajnosti. Hrvatska je 1990-ih godina postala sekularna država. Stoga se posvećenost vjeri može shvatiti kao relativno novi koncept u našem društvu, što je prihvatljivije populaciji mlađoj od 50 godina [137]. Također, istraživanje u Francuskoj je pokazalo da povećana sekularizacija društva može donekle objasniti poteškoće koje su neki ispitanici iskusili s razlikovanjem religijskih i duhovnih koncepata [138].

Usmjerenost na egzistencijalna pitanja prisutna je i kod **radnog i ekonomskog statusa** sa statistički značajnom razlikom između umirovljenika i zaposlenih na neodređeno vrijeme, odnosno ispitanika s ispodprosječnim primanjima u odnosu na ostale skupine ispitanika. Uočene su niže vrijednosti kod umirovljenika i ispitanika s ispodprosječnim primanjima. Opterećenost egzistencijalnim, životnim pitanjima upravo u navedenim skupinama može se objasniti podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske. U Hrvatskoj je 2021. g. stopa rizika od siromaštva iznosila 19,2%, a najviša je evidentirana među osobama u dobi od 65 godina i više 32,4% te posebice kod žena 37%. Također, stopa rizika od siromaštva najveća



je bila za nezaposlene 46,6% [139]. Takvi bolesnici teško mogu stvarati planove za budućnost, baviti se nečim što vole, osjećati se ispunjenima ili se lakše nositi s problemima.

Na polju **obrazovanja** post-hoc analizom nije pronađena razlika između ovih skupina. Deskriptivno najjača povezanost je pronađena kod visoko obrazovanih ispitanika na skali odnos s Bogom (RG). Rohde i sur. su utvrdili da su rezultati na skali odnos prema sebi (RS) negativno povezani s ispitanicima koji su završili osnovnoškolsko obrazovanje [112]. Visoko obrazovani ispitanici u ovom istraživanju pripadaju nižim dobnim skupinama; stoga su možda otvoreniji u izražavanju odnosa s Bogom. Kao prijedlog za buduća istraživanja treba se uzeti u obzir da bi se od većeg uzorka ispitanika na polju obrazovanja mogla očekivati statistički značajna razlika.

Poput Rohdea i sur., također nije pronađena povezanost između **bračnog statusa** i bilo koje skale QLQ-SWB32 upitnika, iako su druge studije otkrile navedenu povezanost koristeći slične mjerne instrumente za ispitivanje duhovnosti i duhovnog blagostanja [99,112,134]. U studijama koje su koristile mjerni instrument pod nazivom “Funkcionalna procjena terapije kroničnih bolesti - skala duhovnog blagostanja” (engl. *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being*, FACIT-Sp) i mjerni instrument SpIRIT ispitanici u braku, udovci i osobe koji žive s drugima su imali više rezultate na polju duhovnosti i duhovnog blagostanja [99,134]. Međutim, valja napomenuti da QLQ-SWB32 upitnik i svaki od navedenih drugih mjernih instrumenata za ispitivanje duhovnosti i duhovnog blagostanja imaju svoju posebnu i jasnu konceptualizaciju duhovnosti i/ili duhovnog blagostanja [67,69].

Statistička značajna razlika na skali odnos s nečim višim (RSG) je utvrđena na području **religijskog opredjeljenja**, gdje su kod “nevjernika” uočene statistički značajno niže vrijednosti. Postoji slabo značajna razlika na skali odnos s Bogom (RG), pri čemu su kod “nevjernika” primijećene deskriptivno niže vrijednosti, ali u post-hoc analizi nije postignuta statistički značajna razlika. Chen i sur. za usporedbu, su ustvrdili kod bolesnica formalne vjerske pripadnosti više rezultate na skalama egzistencijalna pitanja (EX) i odnos s nečim višim (RSG) [109]. U istraživanju koje su proveli Feng i sur., 90% ispitanika nisu imala vjerska uvjerenja, najniži rezultat je uočen na skali odnos s nečim više (RSG) [110]. Međutim, utvrđivanje prisutnosti ili odsutnosti religije i/ili duhovnih uvjerenja, nije uvijek jednostavno i ne može se svesti na postavljanje i odgovaranje samo jednog jednostavnog pitanja [69].

Prema posljednjem popisu stanovništva 78,97% hrvatskog stanovništva su kršćani/katolici [140]. Važno je napomenuti da u ovom istraživanju je 42,66% ispitanika odgovorilo da uopće nema vjerska uvjerenja. Stoga, kao prijedlog daljnjih istraživanja u Hrvatskoj, bilo bi jako zanimljivo “nevjernike” podijeliti na ateiste i agnostike. Naime, istraživanja su pokazala da upitnik QLQ-SWB32 nadilazi tradicionalne religijske poglede

[69,113]. Stoga, Vivat i sur. navode da je QLQ-SWB32 upitnik prikladan za osobe s različitim vjerskim uvjerenjima, kao i one bez njih. Podaci pokazuju da pojedine osobe, koje se deklariraju da nemaju vjerska ili duhovna uvjerenja, još uvijek mogu izraziti vjeru u zagrobni život u nekom smislu, i/ili vrednovati molitvu, kao pokazatelj brige za druge [69]. Međutim, navedene osobe će vjerojatno imati niže rezultate na skali odnos s nečim višim (RSG) i malo je vjerojatno da će željeti bilo kakvu odgovarajuću intervenciju, koja bi mogla povećati njihove rezultate. Stoga rezultate na skali odnos s nečim višim (RSG) za takve ispitanike uvijek treba tumačiti s oprezom i s posebnim pristupom za svakog pojedinog ispitanika [69].

Nadalje, zdravstveni djelatnici bi trebali biti u mogućnosti organizirati i ponuditi pružanje više oblika duhovne skrbi za nereligiozne bolesnike te integrirati duhovnu skrb s psihološkim savjetovanjem; budući da je studija koju su proveli Astrow i sur. pokazala da nereligiozni bolesnici imaju veće duhovne potrebe [109,141]. Općenito, važno je napomenuti da, kada se uzme početna anamneza bolesnika koji tvrde da ne slijede nikakvu organiziranu vjersku ili duhovnu zajednicu, isti mogu još uvijek biti otvoreni za mogućnost da postoji “nešto ili netko viši od njih samih” te spomenuto treba uzeti u obzir pri planiranju intervencija [69].

Statistički značajne razlike evidentirane su na skali odnos s Bogom (RG) u **kliničkim stadijima bolesti**. Bolesnici s kliničkim stadijem bolesti I, imali su više vrijednosti od onih bolesnika s višim kliničkim stadijima bolesti. Navedeno bi se moglo objasniti istraživanjima koja su pokazala da bolesnici u višim stadijima bolesti, osjećaju strah i neizvjesnost vezano uz klinički ishod maligne bolesti i tjeskobu vezanu uz strah od smrti [25,26,31,32,55,60,93,104,134]. Stoga pojedini bolesnici u višim stadijima bolesti pokazuju veliki interes za ispunjenjem i zadovoljenjem njihovih duhovnih potreba [93,94,104,134]. Nadalje isto, kao što je naveo i Chen u svom istraživanju s bolesnicama s uznapredovalim ginekološkim rakom, preporuka je provesti buduća istraživanja, u kojima u kojima bi bilo zanimljivo usporediti vrijednosti duhovnog blagostanja u onkoloških bolesnika s različitim kliničkim stadijima i sijelima maligne bolesti [109].

Pronađena je statistički značajna razlika kod **sijela raka** na skali odnos s Bogom (RG), pri čemu je post-hoc analiza pokazala da su bolesnice s rakom dojke i ginekološkim rakom postigle više vrijednosti na skali odnos s Bogom (RG). Navedena sijela se uglavnom odnose na žensku populaciju, a žene pokazuju generalno više vrijednosti duhovnog blagostanja u brojnim već spomenutim radovima dok se u ovom istraživanju ovaj nalaz poistovijetio sa vrijednostima ispitanika ženskog spola upravo na skali odnos s Bogom (RG) [69,109,112]. Najniže vrijednosti imali su bolesnici s rakom urogenitalnog sustava, koji su, prema ovom istraživanju, bili muškarci. Ovdje je važno spomenuti činjenicu da, osim viših vrijednosti na čestici sveukupnog

duhovnog blagostanja (Global-SWB), žene također češće koriste usluge o informiranju o malignom oboljenju, daljnem tijeku njihovog liječenja, kao što i češće koriste usluge psihosocijalne podrške [142,143].

Prema **vrsti onkološkog liječenja**, slabo značajna razlika je pronađena na skali odnos s nečim višim (RSG), s nešto nižim deskriptivnim rezultatima za one ispitanice, koje su primale radioterapiju. Međutim, u post-hoc analizi nije pronađena statistički značajna razlika. U istraživanju s bolesnicima s uznapredovalim rakom, koji su primali radioterapiju, a gdje je korišten upitnik FACIT-Sp, je utvrđena njihova potreba za multidisciplinarnim pristupom liječenja [144]. Navedeno istraživanje podupire rastuću znanstvenu literaturu da osmišljene složene intervencije mogu utjecati na sveukupnu duhovnu kvalitetu života bolesnika s uznapredovalim rakom, u smislu daljnjih smjernica za provedbu standardiziranog procesa duhovne skrbi, koji je osmišljen tako da bude na koristi bolesnicima koji se suočavaju s dodatnim izazovima onkološkog liječenja radioterapijom [145,146,147]. Budući da su neispunjene duhovne potrebe povezane s nazadovanjem fizičkog i mentalnog zdravlja u različitim populacijama, korisne intervencije, koje imaju pozitivan utjecaj na duhovnu kvalitetu života zahtijevaju daljnja istraživanja [145,146,147].

**Analiza literature** pokazuje da onkološki kurabilni bolesnici imaju više vrijednosti na skalama egzistencijalna pitanja (EX), odnos prema sebi (RS) i čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB), dok niže vrijednosti su zabilježene na skalama odnosi s drugima (RO) i odnos s nečim višim (RSG). U ovom istraživanju rezultati na skalama odnos prema sebi (RS) i egzistencijalna pitanja (EX) su slični rezultatima u provedenim istraživanjima od Chena i sur. te Fenga i sur. [109,110]. Navedeno je bilo za očekivati zbog sličnosti u uzorku, budući da su se obje studije fokusirale na kurabilne onkološke bolesnike, koji su bili usmjereniji na egzistencijala pitanja i situacije vezane uz svakodnevicu, odnosno konkretne životne koncepte [109,110]. Vrijednosti na skali odnos s nečim višim (RSG), premda u skladu s ostalim radovima, su sličnije radovima s palijativnim bolesnicima [69,111,112]. Rezultati sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) sukladni su s rezultatima provedenog istraživanja od Rohda i sur. [112].

Istraživanja su pokazala da je duhovnost kompleksan fenomen, koji kod onkoloških bolesnika reflektira razlike u prošlim iskustvima bolesti, kao i njihovoj filozofskoj prosudbi i kulturi [109,145,148]. Duhovnost može igrati važnu ulogu kod onkoloških bolesnika u suočavanju s emocionalnom tjeskobom i strahom; što može pomoći pri smanjenju utjecaja stresora koji utječu na progresiju malignih bolesti [149]. Inače, ispunjene duhovne potrebe imaju pozitivan učinak na izražaj simptoma maligne bolesti, dajući smisao i snagu bolesniku

na njegovom putu prema izlječenju [150,151]. Razumijevanje uloge duhovnosti i duhovnog blagostanja važno je u razvoju i pružanju holističke zdravstvene skrbi usmjerene prema bolesniku, poštujući kulturološke razlike i vjerska uvjerenja svakog bolesnika [110].

## **5.2. Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na sociodemografska i klinička obilježja ispitanika**

Pregledom rezultata u odnosu na **spol** ispitanika nije primjećena povezanost između spola i odrednica kvalitete života, iako neki radovi su pokazali da su žene više pogođene oštećenjima tjelesnog i socijalnog funkcioniranja nakon razvoja maligne bolesti, što ujedno smanjuje njihovu kvalitetu života u odnosu na muškarce [152,153].

Statističke značajne razlike nisu pronađene u odnosu na **dob** ispitanika, što bi se moglo objasniti dobnom skupinom ispitanika od 30-65 godina. Inače poznata je činjenica da je dob povezana s fizičkim i psihičkim odrednicama kvalitete života. Unutar populacije oboljelih od raka, određene komponente sveukupne kvalitete života poboljšavaju se s godinama, dok se ostale pogoršavaju [154]. Orindi je istaknuo u svom istraživanju da onkološke bolesnice, u dobi više od 65 godina imaju višu kvalitetu života od mlađih ispitanica, dok Gokera i sur. su ukazali na višu kvalitetu života među mlađim onkološkim bolesnicama u odnosu na starije [155,156]. U ovom radu radi rijetkog pobolijevanja nisu bili uključeni ispitanici mlađi od 30 godina, dok su isključeni bolesnici koji imaju više od 65 godina, stoga ne postoji razlika koja ukazuje na potencijalne varijacije u interakcijama čimbenika kroz dobne prijelaze.

Pojedini autori ističu da viši **status obrazovanja** je jedan od važnijih čimbenika, koji promiče kvalitetu života, jer kod onkoloških bolesnika pruža razumijevanje i detaljno upoznavanje s anamnezom njihove bolesti s njezinim mogućim ishodom te vrstom i procesom onkološkog liječenja [157,158]. Međutim, u ovom radu statistički značajna razlika nije zabilježena kod statusa obrazovanja, što je sukladno s radovima od Lis i sur. te Yildiz i sur., koji ukazuju da status obrazovanja nije povezan s kvalitetom života [159,160].

Stalni **radni status** ima važne psihološke i financijske prednosti za onkološke bolesnike u smislu ostvarenje prihoda i adekvatne zdravstvene skrbi tijekom njihova liječenja. Bolesnicima, kojima je dijagnosticirano maligno oboljenje, stalno zaposlenje i povratak na posao mogu proizvesti osjećaj zadovoljstva i kontrole tijekom izazovnog emocionalnog razdoblja [161,162]. Kannan i sur. u svom istraživanju ukazuju na povezanost radnog statusa s kvalitetom života, a u ovom radu se pokazala značajna povezanost fizičkog funkcioniranja (PF)

kod stalno zaposlenih ispitanika u odnosu na umirovljenike. Stalno zaposleni imaju više vrijednosti od preostale dvije skupine ispitanika [163].

Timperi i sur. u svom radu su istaknuli važnost fizičkog funkcioniranja, fizičkog blagostanja i kvalitete života. Pokazali su značajan odnos između rada i ostalih odrednica kvalitete života što može pomoći pri razumijevanju uloge zaposlenja kod onkoloških bolesnika [164]. U njihovom istraživanju kod bolesnica s rakom dojke, koje su radile od 1-19 sati tjedno su uočene znatno više vrijednosti fizičkog funkcioniranja (PF) u odnosu na nezaposlene ispitanice. Rad do 19 sati tjedno povećao je samoučinkovitost kod onkoloških bolesnica, no rad od 19 sati tjedno i više, narušilo je njihovu kvalitetu života [164]. U ovom radu više vrijednosti vitalnosti (VT) su uočene kod nezaposlenih ispitanika u odnosu na preostale dvije skupine. Navedeno se može objasniti istraživanjem od Timperi i sur. u kojem navode da rad od više 19 sati tjedno može stresno utjecati na onkološke bolesnike zbog istovremenog upravljanja radnim dužnostima, uspostavljanjem kontrole nad njihovim životima i procesima njihova liječenja [164].

Zaposleni bolesnici mogu osigurati financijska sredstva za liječenje njihove bolesti, ali njihova kvaliteta života se može pogoršati zbog čestih posjeta bolnici i dodatnih radnih obveza. Iako se nezaposleni ispitanici i umirovljenici mogu suočiti s financijskim poteškoćama, njima je odlazak u bolnicu i proces njihova liječenja ugodniji u odnosu na zaposlene ispitanike [164]. Više vrijednosti socijalnog funkcioniranja (SF) kod nezaposlenih ispitanika u odnosu na ostale dvije skupine mogu se objasniti činjenicom da nezaposleni ispitanici žive u zajedničkom kućanstvu sa svojim obiteljima od kojih dobivaju socijalnu potporu, manje su izloženi stresu i imaju više vremena ostvariti socijalne kontakte sa svojim bližnjima u odnosu na ostale ispitanike [165,166].

Više vrijednosti mentalnog statusa kod nezaposlenih ispitanika mogu se objasniti činjenicom da je većina ispitanika obavljala svoje radne dužnosti svakodnevno. Stoga nemogućnost redovitog obavljanja dužnosti i odlaska na posao, mogu prouzročiti strah od gubitka posla, što može biti razlog nižih vrijednosti mentalnog statusa kod zaposlenih bolesnika [166]. Poslodavci bi trebali smanjiti i prilagoditi radno vrijeme onkološkim bolesnicima, kako bi im omogućili dovoljno vremena za uspostavljanjem kontrole nad njihovim životima i olakšali proces njihova liječenja [155].

Statističke značajne razlike pronađene su kod **ekonomskog statusa** ispitanika. Kod ispitanika prosječnog i iznadprosječnog ekonomskog statusa su uočene više vrijednosti kod fizičkih uloga (RP), općenito fizičkog zdravlja (PHYS) te općenito mentalnog zdravlja (MENT) u odnosu na ispitanike s ispodprosječnim primanjima. Navedeno bi se moglo objasniti da

bolesnici s višim ekonomskim statusom imaju poželjniju kvalitetu života povezanu s fizičkim i emocionalnim zdravljem [158]. Stoga imaju više vrijednosti kod fizičkog, psihičkog i socijalnog funkcioniranja, u odnosu na ispitanike s ispodprosječnim primanjima [158]. Ovi rezultati su u skladu s ostalim istraživanjima koja ukazuju na značajnu povezanosti između ekonomskog statusa i sveukupne kvalitete života kod onkoloških bolesnika [167,168,169].

**Bračni status** kod onkoloških bolesnika je povezan s pojedinim odrednicama kvalitete života. Više vrijednosti vitalnosti (VT) pronađene su kod samaca i ostalih oblika zajedničkog života u odnosu na oženjene i razvedene. Iako pojedina istraživanja ukazuju da bolesnici s bračnim statusom imaju višu kvalitetu života, međutim brak koji je već pod stresom može uzrokovati povećani stres nakon dijagnoze malignog oboljenja. Dodatni stres predstavlja faktor rizika što može utjecati na pogoršanje fizičke i emocionalne kvalitete života [170,171].

Niže vrijednosti kod ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE) u odnosu na ostale skupine imaju razvedeni ispitanici, što je sukladno istraživanjima koja su pokazala da su razvedene osobe, a posebice samohrani roditelji lošijeg psihološkog i općeg zdravstvenog statusa za razliku od samaca i osoba koje žive u izvanbračnoj i bračnoj zajednici [171,172].

Sociodemografska varijabla što se **religijskog opredjeljenja** tiče ne pokazuje značajnu razliku s odrednicama kvalitete života, što je slično s radovima od Fradelosa i sur. te Unterrainera i sur., koji ukazuju na nepovezanost religijskog opredjeljenja s mentalnim zdravljem i psihopatološkim simptomima [173,174]. Religijsko opredjeljenje se razlikuje od pojma duhovnosti, jer duhovnost se povezuje s izražavanjem pozitivnih emocija poput nade te pruža smisao u životu, posebice tijekom iznenadnih i negativnih životnih događaja [175]. Olakšava bolesniku da zadrži pozitivnu perspektivu u svom životu u stresnim i nelagodnim situacijama, što duhovnost čini bitnom odrednicom kvalitete života [176].

Kod **stadija bolesti** pronađena je povezanost između fizičkog funkcioniranja (PF) i općenitog fizičkog zdravlja (PHYS) pri čemu više vrijednosti imaju bolesnici s trećim stadijem bolesti. Unatoč tome što su specifični prisutni simptomi jače povezani s uznapredovalim stadijem pri postavljanju dijagnoze, za većinu simptoma veliki udio bolesnika dijagnosticira se u ranijim stadijima onkološke bolesti [177].

U istraživanju u kojem je ispitana povezanost između kliničkog stadija bolesti i simptoma onkološke bolesti Koo i sur. ukazuju na važnost ranih dijagnostičkih intervencija usmjerene na simptome bolesti, čime bi se poboljšavalo fizičko i psihičko funkcioniranje onkoloških bolesnika i unaprijedilo njihovu kvalitetu života [177]. Nadalje, autori navode da klinički stadij bolesti kod malignih oboljenja nije isti; razlikuje se po vrsti tumora i popratnih



simptoma bolesti što objašnjavaju više vrijednosti između fizičkog funkcioniranja (PF) i općenito fizičkog zdravlja (PHYS) s trećim stadijem bolesti. Razne intervencije u postavljanju rane dijagnoze mogu utjecati na smanjenje izražaja simptoma bolesti bez obzira u kojem stadiju bolesti se onkološki bolesnik nalazi [177]. Pojedini bolesnici mogu imati niži stadij bolesti, a veći izražaj simptoma ili viši stadij bolesti i manji izražaj simptoma, jer stadij bolesti za svako maligno oboljenje je različit, pa ukoliko primarna sijela nisu ista teže ih je za uspoređivati [177]. U prvom stadiju bolesti pronađene su više vrijednosti kod mentalnog zdravlja (MH) i općenito mentalnog zdravlja (MENT), dok su niže vrijednosti uočene kod drugog i trećeg stadija bolesti. Rak može proizvesti mnogo različitih simptoma, neke suptilne, a neke nimalo suptilne. Pojedini simptomi raka koji utječu na kvalitetu života u onkoloških bolesnika bili bi vrsta primarnog sijela i stadij raka, budući da neke vrste malignog oboljenja ne pokazuju nikakve simptome sve dok nisu u uznapredovalim stadijima bolesti [178]. Veće opterećenje sa simptomima bolesti i nuspojavama onkološkog liječenja povezano je s višim razinama emocionalne patnje i lošijim socijalnim funkcioniranjem, što bi se moglo objasniti višim vrijednostima kod mentalnog zdravlja (MH) i općenito mentalnog zdravlja (MENT) kod prvog stadija bolesti [179].

Prema **primarnom sijelu raka**, uočena je povezanost kvalitete života s odrednicom fizičkog funkcioniranja (PF). Najniže vrijednosti imaju tumori ginekološkog sustava koji se statistički značajno razlikuju od tumora dojke i urogenitalnog sustava. Niže vrijednosti su zabilježene i kod raka probavnog sustava, dok su više vrijednosti pronađene kod raka dojke i urogenitalnog sustava.

Posljednjih godina se nastoji uspostaviti holistički pristup liječenja oboljelih žena od raka dojke, koje objedinjuje fizičko psihičko i duhovno blagostanje, čime se mogu objasniti više vrijednosti kod primarnog sijela dojke [180]. Uz iznimku aksilarne disekcije, ostali procesi zdravstvene skrbi, kao što je odabir onkološkog liječenja, procjena psihičkog i emocionalnog liječenja, dobra komunikacija između liječnika i bolesnika, prihvaćanje holističkog načina onkološkog liječenja u skladu s preferencijama o slici tijela i smanjene percepcije pristranosti, su važne odrednice dugoročne kvalitete života bolesnica s rakom dojke [180,181].

Više vrijednosti kod primarnog sijela urogenitalnog sustava mogu se objasniti pozitivnom procjenom kvalitete života kod nuspojava kirurškog liječenja i radioterapije kod bolesti raka urogenitalnog sustava. Procjene nuspojava kirurškog liječenja i radioterapije pokazale su da glavne odrednice funkcioniranja, kao što su fizičko, emocionalno i socijalno funkcioniranje, većinom nisu pogođene ili se oporavljaju unutar kratkog vremena nakon provedenog onkološkog liječenja [182].

Kod vrste onkološkog liječenja nije pronađena povezanost s odrednicama kvalitete života. Maughan i sur. u svom radu s bolesnicima s uznapredovalim kolorektalnim rakom te de Jong i sur. u svom istraživanju s bolesnicima s rakom dojke ukazuju da povezanost između vrste liječenja i kvalitete života ovisi o individualnim okolnostima onkoloških bolesnika, vrsti malignog oboljenja te procesa njihova liječenja [184,185].

### **5.3. Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života**

Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života ispitivala se pomoću dva mjerna instrumenta: upitnika „Kvaliteta života onkoloških bolesnika“ (engl. *Quality of Life of Cancer Patients*, QLQ-C30, Version 3.0, validirana hrvatska verzija); te „Kratkog oblika zdravstvenog upitnika od 12 čestica, Verzija 2“ (engl. *Version 2 of the 12-Item Short Form Health Survey*, SF-12v2).

#### **5.3.1. Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života – QLQ-C30**

Povezanost između odgovora na kvalitetu života (QL2) i sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) potvrdile su da se dva navedena upitnika bave različitim, ali povezanim, pitanjima [69].

Percepcije kurabilnih onkoloških ispitanika o sveukupnom duhovnom blagostanju (Global-SWB) i sveukupnoj kvaliteti života (QL2) bile su različite, isto kao i u glavnom međunarodnom istraživanju s palijativnim bolesnicima [69].

U ovom istraživanju uočeno je da se povećanjem rezultata na skalama odnosi s drugima (RO), odnos prema sebi (RS) i na skali egzistencijalna pitanja (EX) povećavaju vrijednosti odrednica kvalitete života kod kurabilnih onkoloških bolesnika. Sličnosti su zabilježene i u glavnom međunarodnom istraživanju s palijativnim bolesnicima, gdje su umjerene korelacije između rezultata na skali emocionalnog funkcioniranja (PAL EF) i rezultata na skalama odnos prema sebi (RS) i egzistencijalna pitanja (EX) pokazali izraženiju vrijednost na skali emocionalnog funkcioniranja (EF) [69].

Također su uočene pozitivne korelacije emocionalnog funkcioniranja (EF) s više skala QLQ-SWB32 upitnika uključujući i stavku sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) kako s kurabilnim, tako i palijativnim bolesnicima [69,112]. Spomenuti rezultati su slični, kao i u ostalim istraživanjima, koja su istražila međusoban odnos između kvalitete života i duhovnog blagostanja [185,186].



No, kao što je prethodno u ovo radu navedeno, ne postoji mjera „zlatnog standarda“ za ispitivanje duhovnosti ili duhovnog blagostanja. Mjerni instrumenti za ispitivanje duhovnosti ili duhovnog blagostanja konceptualno se razlikuju od QLQ-SWB32 upitnika istražujući povezana, ali ne i identična pitanja [69].

Pregledom rezultata u ovom istraživanju primijećena je umjerena povezanost skale odnosa s drugima (RO) sa svim odrednicama kvalitete života, osim s funkcioniranjem u životnim ulogama (RF2) gdje je uočena slaba povezanost. Također je istaknuta i jača pozitivna korelacija kod globalnog zdravstvenog statusa/kvalitete života (QL2). U istraživanjima koja su provele Rhode i Vivat su uočene slabe pozitivne korelacije između skala odnosa s drugima (RO) i upitnika „Kvalitete života kod palijativnih bolesnika“ (engl. *Quality of Life Questionnaire Core 15 Palliative scores*, QLQ-C15-PAL) [69,112]. Socijalna podrška i razgovor s bližnjima o svojim problemima imaju važnu ulogu u procesu ozdravljenja kod onkoloških bolesnika. Bolesnici s rakom, koji se osjećaju da su sami i koji nemaju socijalnu podršku mogu biti pesimističniji i očajniji, jer stalno traže podršku drugih [187]. Prethodna istraživanja su pokazala da podrška obitelji i razgovor s bliskim osobama mogu doprinijeti zdravom psihičkom funkcioniranju i poboljšanju fizičkih funkcija kod onkoloških bolesnika [187,188].

Obitelj i prijatelji u procesu ozdravljenja, predstavljaju glavne izvore podrške kod onkoloških bolesnika te je istaknuta važnost njihova doživljaja osjećaja ljubavi i zajedništva s ciljem ublažavanja proživljenih stresnih situacija pri suočavanju s malignom bolešću, tijekom njihova onkološkog liječenja [189].

U ovom istraživanju zabilježene su pozitivne korelacije između skale odnos prema sebi (RS) i odrednica kvalitete života, što se podudara s rezultatima istraživanja s palijativnim bolesnicima i bolesnicama s uznapredovalim, primarnim ginekološkim rakom [69,109,112]. Umjereno izražena povezanost je uočena između skale odnos prema sebi (RS) i skale emocionalnog funkcioniranja (EF), što potvrđuju prethodna istraživanja provedena s palijativnim bolesnicima i bolesnicama s uznapredovalim ginekološkim rakom, gdje je primijećena jača korelacija skala odnosa prema sebi (RS) i emocionalnog funkcioniranja (EF) [69,109,112].

Prethodna istraživanja su ukazala na značaj pozitivne slike o sebi i brige o mentalnom zdravlju kao bitnih prediktora u procjeni kvalitete života (QL2) [109,178,180,181]. Pozitivna slika o sebi je jedna od važnijih čimbenika, koji mogu utjecati na opće blagostanje kod onkoloških bolesnika. Odnos prema sebi može biti pozitivan i izazivati zdrave, pozitivne emocije ili negativan, što dovodi do nepoželjnih emocija, koje izazivaju anksioznost, ljutnju, strah, kao i razne reakcije neprilagođenosti i nelagode [190,191]. Samopouzdanje i

samoprihvatanje imaju pozitivan učinak na psihičko stanje bolesnika, na njegovo funkcioniranje u socijalnom okruženju te prilagodljivost u neugodnim životnim [190,191].

U svom istraživanju u kojem je ispitivao povezanost između Skale za mjerenje bolničke anksioznosti i depresije (engl. *Hospital anxiety and depression scale*, HADS) i odrednica duhovnog blagostanja Chen je ukazao na negativnu korelaciju između anksioznosti i duhovnog blagostanja, kao i na negativnu korelaciju između anksioznosti i skale odnos prema sebi (RS) [109]. Drugim riječima, onkološki bolesnici s anksiozno-depresivnim poremećajem imaju veće duhovne potrebe te „zahtijevaju“ pružanje pojačane duhovne skrbi [192,193]. Rak kao opasan stresor može proizvesti negativna emocionalna iskustva vezana uz strah od smrti o kod onkoloških i palijativnih bolesnika [110,124]. Nepovoljni uvjeti kod onkoloških i palijativnih bolesnika mogu uzrokovati tjeskobu koja dolazi od umanjenog osjećaja sigurnosti, što može proizvesti intenzivan osjećaj straha [194]. Prethodna istraživanja navode da anksioznost vezana uz strah od smrti može dovesti do pojave depresije i ostalih štetnih posljedica, što može ugroziti kvalitetu života u onkoloških i palijativnih bolesnika [110,124,193,194].

Pružatelji zdravstvenih usluga trebali bi implementirati duhovnu skrb s psihološkim savjetovanjem za kurabilne onkološke bolesnike, a posebice one koji boluju od bolesti depresije i anksioznosti [109]. Spomenuto potvrđuje i Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization*, WHO), koja ističe važnost integriranja psihološke i duhovne skrbi kod palijativnih bolesnika s ciljem ublažavanja njihove patnje i boli što bi unaprijedilo i poboljšalo njihovu kvalitetu života [89,195,196].

Izražene pozitivne korelacije su prikazane na skali egzistencijalna pitanja (EX), a uočena je umjerena korelacija s kvalitetom života (QL2), dok je sa skalom emocionalno funkcioniranje (EF) uočena jača korelacija.

Navedene rezultate potvrđuju i istraživanja provedena s palijativnim i kurabilnim onkološkim bolesnicima. Rasponi odgovora su smješteni na različitim skalama zbog kulturoloških obilježja pojedinih zemalja, gdje ispitanici percipiraju različito egzistencijalna pitanja (EX) [109,111]. Primjerice, uočene su umjerene korelacije između rezultata na skali egzistencijalna pitanja (EX) i rezultata na skali za ispitivanje kvalitete života kod palijativnih bolesnika (PAL-G-QL) (uz napomenu da je u istraživanju koje je provela Vivat, umjerena korelacija se nalazila i na skali emocionalnog funkcioniranja (PAL EF) [69,112]. U istraživanju s bolesnicama s uznapredovalim ginekološkim rakom, također je prikazana pozitivna umjerena korelacija na skalama egzistencijalna pitanja (EX) i kvalitete života (QL2) [109]. Razlike u rezultatima prema kurabilnim i palijativnim bolesnicima primijećene su u istraživanju koje je proveo Chen, gdje su uočene jače korelacije na svim skalama u odnosu na prethodna provedena

istraživanja, koja su ispitivala povezanost kvalitete života i duhovnog blagostanja s QLQ-SWB32 upitnikom [109,110,111,112].

U provedenom istraživanju na Cipru gdje se ispitivala povezanost između duhovnog blagostanja i kvalitete života kod palijativnih bolesnika, primijećeni su različiti rezultati u odnosu na pojedina istraživanja [109,111,112]. Na skali egzistencijalna pitanja (EX) uočena je slaba pozitivna korelacija s kvalitetom života (QL2), dok je najizraženija umjerena korelacija zabilježena na skali emocionalnog funkcioniranja (EF) [111].

U pojedinim radovima, koji ispituju povezanost kvalitete života i duhovnog blagostanja su uočeni slični rezultati, iako su druga istraživanja, koristila različite mjerne instrumente za ispitivanje duhovnog blagostanja: skala za procjenu duhovnog blagostanja FACIT-Sp-12 te mjerni instrument za ispitivanje stavova o duhovnosti/religiji kod bolesnika sa životno ugroženim kroničnim bolestima -“Duhovni i religiozni stavovi kod suočavanja s bolesti” (engl. *“Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness”*, SpREUK) [185,186].

U ovom istraživanju egzistencijalna pitanja (EX) imaju naglasak na smisao i svrhu života te je fokus u pronalaženju smisla i svrhe u teškim i nelagodnim situacijama, koje onkološki bolesnici proživljavaju [44]. Stoga su emocionalna pitanja (EF) povezana s egzistencijalnim pitanjima (EX), što su pokazala prethodna istraživanja [69,109,110,112].

Iz koncepta duhovnosti u svom istraživanju Feng je primijetio da duhovnost sadrži više dimenzija, od kojih je ključna dimenzija osjećaja smisla i svrhe života, jer kod većine bolesnika osjećaj smisla i svrhe su u negativnoj korelaciji s tjeskobom vezanom uz strah od smrti. [110,197,198]. Na skali egzistencijalna pitanja (EX) i skali odnos prema sebi (RS) također je uočena negativna korelacija s anksioznošću vezanom uz strah od smrti. U svom istraživanju pomoću Templerove skale anksioznosti od smrti (*Templer's Death Anxiety Scale T-DAS*) Feng je otkrio da su anksioznosti i strah od smrti značajni prediktori kod skala egzistencijalna pitanja (EX) i odnos prema sebi (RS) [110].

U svom istraživanju Chen je utvrdio izražene pozitivne umjerene korelacije između skale odnos prema sebi (RS) i skale egzistencijalna pitanja (EX) sa skalom emocionalnog funkcioniranja (EF). Također je pomoću HADS skale zabilježio negativnu korelaciju anksioznosti i depresije sa svim odrednicama QLQ-SWB32 upitnika [109]. Posebno je istaknuo izraženu negativnu korelaciju anksioznosti sa skalama odnos prema sebi (RS) i egzistencijalna pitanja (EX). Ovdášnji rezultati su pokazali da su anksioznost i depresija u negativnoj korelaciji s više odrednica QLQ-SWB32 upitnika [109]. Negativne korelacije su primijećene između depresije i skala egzistencijalna pitanja (EX), odnosi s drugima (RO), odnos s nečim višim (RSG) te čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) [109]. Ovi rezultati su u

skladu s onima iz prethodnih studija koja su koristila slične mjerene instrumente: FACIT-Sp-12, HADS skalu te Profil anksioznog stanja i raspoloženja (*engl. Profile of Mood States' anxiety sub-scale*, POMS), kako bi se istražila povezanost između duhovnosti i mentalnog zdravlja [60,192,199].

Međutim, pokazalo se da osobe mogu ublažiti anksioznost vezanu uz strah od smrti osjećajem da su njihovi životi ispunjeni svrhom i smislom [197]. Opsežna istraživanja su dokazala spomenutu tvrdnju da bolesnici koji su pronašli smisao svog života imaju umanjeni osjećaj tjeskobe vezane uz strah od smrti [197,198,199]. Navedeno je potkrijepio Feng u svom istraživanju pomoću T-DAS skale gdje su zabilježene negativne umjerene korelacije skala odnos prema sebi (RS) i egzistencijalna pitanja (EX) s tjeskobom vezanom uz strah od smrti [110].

U ovom istraživanju skala odnos s nečim višim (RSG), pokazuje zanemarivu pozitivnu korelaciju sa skalom kvalitete života (QL2) i nema statističku značajnu povezanost s ostalim odrednicama kvalitete života; što je u skladu s prethodnim istraživanjima provedenih u Europi i Kini [69,109, 111,112,113]. Također se pokazalo da skala odnos s Bogom (RG) ne pokazuje povezanost s odrednicama kvalitete života. Ovi rezultati bi se mogli objasniti na temelju istraživanja koje je proveo Kruizing [113]. Očekuje se da bi osobni doživljaj Boga - koji podrazumijeva „izravniji“ odnos s Bogom, pospješuje motivaciju za pronalaženje smisla i stanja unutarnjeg mira - imalo pozitivan učinak na ispunjeni osjećaj duhovnog blagostanja. Nasuprot tome, ljudi koji vjeruju u „nešto više“, a nemaju određenu „jasnu sliku“ Boga tj. nisu uključeni u osoban odnos s Bogom, mogli bi imati više poteškoća u pronalaženju smisla i unutarnjeg mira u životu, kao i pronalaženje utjehe i snage u stresnim životnim situacijama [113]. U svom istraživanju Kruizing je ukazao na značajnu povezanost osobnog „doživljaja“ Boga sa skalom odnosi s nečim višim (RSG) te umjerenu povezanost sa skalom odnos s Bogom (RG). Nadalje, on implicira da osobni „doživljaj“ i „jasna slika“ Boga ima pozitivan učinak na sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB) [113].

Interesantna je činjenica da u ovom istraživanju je pronađena jača pozitivna korelacija čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) sa skalom kvalitete života (QL2). U istraživanju koje je proveo Chen kod 705 onkoloških bolesnika s uznapredovalim rakom, također je pronađena jača pozitivna korelacija sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) sa skalom kvalitete života (QL2) [109]. Inače, u prethodnim istraživanjima s palijativnim bolesnicima uočene su također pozitivna korelacije čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) sa skalom kvalitete života (QL2), no manje jačine nego u ovom istraživanju

[69,111,112]. Navedeno bi bilo u skladu s ranijim studijama, koje ukazuju na značaj međusobne povezanosti odrednica kvalitete života i duhovnog blagostanja [141,144,173,185,200].

U nekoliko istraživanja je utvrđeno da je duhovno blagostanje važan prediktor kvalitete života, kod kronično oboljelih bolesnika [200,201,202]. Cotton i sur. u svom istraživanju kod 142 bolesnica s rakom dojke su istaknuli povezanost duhovnog blagostanja i kvalitete života s psihološkom prilagodbom na novonastale događaje [201].

Pojedina istraživanja ističu da se duhovnost može iskusiti kroz transcendentalan pristup u pronalasku smisla i svrhe u životu. Također se navodi da pružanje kvalitetne duhovne skrbi zasigurno bi imalo značajan utjecaj na unaprijeđenje kvalitete života kod bolesnika koji boluju od raka i ostalih teških kroničnih bolesti [202]. Jafari i sur. navode da duhovno blagostanje se sastoji od egzistencijalne i religijske dimenzije te ima pozitivan učinak u pronalasku nade, smisla i svrhe života kod onkoloških i palijativnih bolesnika. Također, spomenuto promiče efikasne i pozitivne načine suočavanja s bolešću, koje bolesnici koriste da bi se susreli s nepoželjnim stresorima bolesti, kao i na pokazatelje mentalnog i duhovnog zdravlja, što sveukupno determinira učinkovito unaprijeđenje sveukupne kvalitete života (QL2) [100,174,203,204].

Za izdvojiti je jedino istraživanje koje je provedeno na Cipru s palijativnim bolesnicima, gdje nije uočena korelacija između sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) i kvalitete života (QL2), što autori ističu da je vjerojatno zbog male veličine uzorka (N=104), koja nije dopuštala opsežne izračune [111]. Sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB) u navedenom istraživanju je bilo povezano sa skalama emocionalnog funkcioniranja (EF) i kognitivnog funkcioniranja (CF). Slične asocijacije primijetio je Chen u svom istraživanju ukazujući na potencijalan doprinos emocionalnih i kognitivnih aspekata kvalitete života na sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB) [109,111].

U ovom istraživanju je primijećena slabija povezanost socijalnog funkcioniranja (SF) i emocionalnog funkcioniranja (EF) sa stavkom sveukupnog duhovnog blagostanje (Global-SWB). Iz čega se može zaključiti da na iskustvo sveukupnog duhovnog blagostanja uz doprinos emocionalnih segmenata utječe i pozitivno socijalno okruženje, tj. podrška obitelji i prijatelja [91,97,187,205].

Važno je istaknuti da za razliku od prethodnih studija provedenih u Europi i Kini, istraživanje koje je proveo Chen s bolesnicama s uznapredovalim ginekološkim rakom je pokazalo više umjerenih do jačih korelacija na svakoj skali QLQ-SWB32 upitnika, jer su u njegovom istraživanju ispitanice sve bile žene [109]. Žene imaju veću tendenciju da imaju više rezultate duhovnog blagostanja, a osobito na skalama odnosi s drugima (RO), odnos prema sebi

(RS), odnos s nečim višim (RSG), egzistencijalna pitanja (EX) te na čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) [109,112].

Duhovnost u kineskom kontekstu oduvijek se bavila kineskim kulturološkim vrijednostima [206]. Izuzev navedenog, duhovnost u Kini također uključuje konfucijanizam, taoizam i budizam, što duboko utječe na razvoj kineske religije i sekularne kulture. Stoga ne postoji jasna granica između kineskih religija (osobito budizma i taoizma) i lokalnih poznatih narodnih vjerskih običaja [207]. Yang je u svom istraživanju s ukupno 7021 Kineza zabilježio da su samo 15% od njih čvrsti ateisti, koji nikada nisu sudjelovali u bilo kakvim vjerskim aktivnostima [208]. Međutim, neka istraživanja su otkrila da se većina Kineza izjasnilo da nemaju vjerska uvjerenja i opredijelili su se kao ateisti, no pokazuju vjerovanja i ponašanja slična sudjelovanju u raznim vjerskim aktivnostima i organizacijama [109,207,209]. Također, valja istaknuti da postoje mnogo rasprava u Kini, smatraju li se konfucijanizam, taoizam i budizam religijama [210]. Navedeno sugerira da prevladava dvosmislenost u kineskom shvaćanju, je li duhovnost kulturna ili religijska konotacija [206]. Chen i sur. su primijetili da čak ni njihovo istraživanje iz jedne regije u Kini možda neće biti reprezentativno za različite regije iste zemlje [109]. Na isti način zbog kulturoloških obilježja, pretpostavlja se da vjerojatno postoje razlike između 14 zemalja u kojima je provedeno međunarodno istraživanje s QLQ-SWB32 upitnikom [69,109,112].

U Hrvatskoj je istraživanje provedeno u jednoj manjoj regiji u kojoj je evidentirano 74,6% katolika te je preporuka u daljnjim istraživanjima napraviti istraživanje s kurabilnim onkološkim bolesnicima na nivou čitave Hrvatske, kao i zasebno ispitati razlike duhovnog blagostanja između agnostika i ateista [140].

Bitno je naglasiti da QLQ-SWB32 upitnik je razvijen kako bi se olakšalo mjerenje duhovnog blagostanja u multikulturalnim okruženjima i svakako je korisno imati različite studije koja provode slična istraživanja s ovim upitnikom [111]. Duhovnost je dio kulture svake populacije, bez obzira na to kako je definirana. Stoga, da bi se rezultati točno interpretirali, potrebno je duboko razumijevanje raznih tradicija, kultura i društvenih interakcija [111].

### **5.3.2. Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života - SF-12v2**

Kratki oblik zdravstvenog upitnika od 12 čestica, Verzija 2“ (engl. *Version 2 of the 12-Item Short Form Health Survey, SF-12v2*) često se koristi za procjenjivanje zdravstvenog statusa u mjerenju kvalitete života povezane sa zdravljem (HRQoL) [118].

Na temelju upitnika SF-36 izrađena je skraćena verzija samoprocjenske hrvatske skale SF-12v2, koja se koristila u ovom istraživanju. U ovom radu su korištene i komentirane samo čestice koje se nalaze u SF-12v2 upitniku.

S obzirom da u znanstvenoj literaturi nisu pronađeni znanstveni radovi s upitnikom SF-12v2 i QLQ-SWB32, a s ciljem boljeg razumijevanja dobivenih rezultata, korišteni su podaci koji predstavljaju prvu usporedbu primjenjivosti generičkog „SF-36 upitnika zdravstvenog statusa“ (engl. *Health Status Questionnaire*, SF-36) naspram upitnika „Kvaliteta života onkoloških bolesnika“ (engl. „*Quality of Life of Cancer Patients*“) QLQ-C30 kao prediktori preživljavanja kod palijativnih bolesnika s kolorektalnim rakom i rakom pluća [211].

Pregledom literature pronađen je znanstveni rad, pod nazivom „Upitnici kvalitete života (EORTC QLQ-C30 i SF36) kao prediktori preživljavanja kod palijativnih bolesnika s kolorektalnim rakom i rakom pluća“ (engl. „*Quality of life measures (EORTC QLQ-C30 and SF-36) as predictors of survival in palliative colorectal and lung cancer patients*“) [211].

EORTC QLQ-C30 je opsežan upitnik specifično osmišljen za kvalitetu života kod onkoloških bolesnika [212]. Naglasak je na funkcionalnom statusu u nekoliko domena (fizičko funkcioniranje, funkcioniranje u životnim ulogama, emocionalno, kognitivno i socijalno funkcioniranje), na globalni zdravstveni status/ kvalitetu života (QL2) te na težinu simptoma, kod onkoloških bolesnika [212]. Nekoliko studija je otkrilo da visoke vrijednost na globalnoj skali kvalitete života (QoL) mogu biti pokazatelji prediktora kvalitete života temeljene na zdravlju (HRQoL) kod bolesnika s rakom pluća i s uznapredovalim kolorektalnim rakom te općenito kod bolesnika u terminalnoj fazi malignog oboljenja [213,214,215,216].

Iako su zdravstveni djelatnici sposobni ispravno procijeniti pojavu simptoma maligne bolesti, ponekad im je otežano procijeniti kvalitetu života kod onkoloških i palijativnih bolesnika [217,218]. Međutim, pojedini znanstvenici ističu da opće blagostanje i socijalno funkcioniranje mogu biti prediktori preživljenja kod teških simptoma maligne bolesti i ostalih funkcionalnih statusa kod kurabilnih i palijativnih bolesnika [219].

Grande i sur. su uočili da pojedine čestice iz SF-36 upitnika, a koje se nalaze i u SF12-v2v upitniku, kao što su ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE), opće zdravlje (GH), energija/vitalnost (VT) i socijalno funkcioniranje (SF), su značajno povezane s njihovim preživljenjem [211]. Također su pokazali da kumulativni rezultat gore navedenih stavaka iz upitnika SF-36, predstavlja značajan prediktor mentalnog zdravlja (MH) zbog jače povezanosti s preživljavanjem onkoloških i palijativnih bolesnika, dok na njihovo fizičko zdravlje uopće nije zabilježena nikakva povezanost [211].

Analizom rezultata QLQ-SWB32, QLQ-C30 i SF-12v2 upitnika, u ovom radu kod SF-12v2 upitnika su uočene slabe pozitivne korelacije između skala odnosi s drugima (RO) i fizičkog funkcioniranja (PF) te s ograničenjima u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE). Slaba povezanost uočena je s energijom/vitalnošću (VT) i mentalnim zdravljem (MH). S drugim odrednicama kvalitete života uopće nije pronađena nikakva povezanost. U istraživanjima, koja su proveli Vivat i Rhode su uočene slabe pozitivne korelacije između skala odnosi s drugima (RO) i kvalitete života kod palijativnih bolesnika [69,112].

U ovom istraživanju s upitnikom QLQ-C30 su uočene pozitivne korelacije između skale odnosi s drugima (RO) sa svim odrednicama kvalitete života, osim s funkcioniranjem u životnim ulogama (RF2). Pregledom prethodnih rezultata kod skale odnosi s drugima (RO) uočena je najveća povezanost sa skalom kvalitete života (QL2), a najmanja kod socijalnog funkcioniranja (SF).

Pojedina istraživanja su utvrdila kod onkoloških bolesnika slične rezultate, gdje se pokazalo da više vrijednosti na skali kvalitete života (QoL2) predstavljaju značajan prediktor kvalitete života temeljene na zdravlju (HRQoL-a), dok kod stavaka upitnika SF-12v2 važan prediktor predstavljaju mentalno zdravlje (MH), energija/vitalnost (VT) i socijalno funkcioniranje (SF) [211]. Kod čestice fizičkog funkcioniranja (PF) uopće nije primijećena zamjetna povezanost, što su djelomično pokazali i rezultati na skalama odnosi s drugima (RO) [211]. Povezanost socijalnog funkcioniranja (SF), mentalnog zdravlja (MH) i skale odnosi s drugima (RO), može se objasniti činjenicama da bolesnici s rakom i njihove obitelji često imaju poteškoća u suočavanju s novonastalom bolešću, što može dovesti do značajnih fizičkih, socijalnih i emocionalnih smetnji [220].

No, u pojedinim istraživanjima istaknuta je važnost odnosa s drugima (RO) sa socijalnim funkcioniranjem (SF). Istraživači iz Johns Hopkins Sveučilišta su ispitali obitelji bolesnika s uznapredovalim rakom i Alzheimerovom bolesti, gdje su otkrili da je njihovo uspješno suočavanje s bolešću prvenstveno povezano s dvije varijable: brojem socijalnih kontakata i snagom koju pronalaze u vjeri/religiji [221]. Navedeno može biti posljedica aktivnog uključanja onkoloških bolesnika i njihovih obitelji u vjerske zajednice, koje potiču sustave podrške i pomoći. Polaznici vjerskih zajednica iz svoje okoline primaju potrebno suosjećanje i ohrabrenje, što ima značajan učinak na duhovno i emocionalno stanje kod onkoloških bolesnika [221].

Stoga, Rabins i sur. kod onkoloških bolesnika ističu važnost odnosa s drugima (RO) i socijalnog funkcioniranja (SF), jer onkološki bolesnici iz svoje okoline imaju potporu i



ohrabrenje, što može pozitivno utjecati na tijek njihova liječenja i manji izražaj simptoma maligne bolesti [221].

U ovom radu pronađene su sve pozitivne korelacije skale odnos prema sebi (RS) sa svim odrednicama kvalitete života, što se podudara s prethodnim rezultatima, s QLQ-C30 upitnikom. Također je zabilježena jača povezanost izražena s vitalnošću (VT), s ograničenjima u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE), mentalnim zdravljem (MH) te mentalnim zdravljem općenito (MENT).

Ostale korelacije su slabe do umjerene. Navedeno se podudara s prethodnim rezultatima s QLQ-C30 upitnikom, gdje je uočena povezanost sa svim odrednicama kvalitete života. Značajnije je izražena povezanost na skali emocionalnog funkcioniranja (EF), na što ukazuju prethodna istraživanja provedena s palijativnim bolesnicima i s bolesnicama s uznapredovalim ginekološkim rakom, gdje je uočena jača povezanost između skala odnos prema sebi (RS) i emocionalnog funkcioniranja (EF) [69,109,112].

U ovom radu primijećena je sličnost s istraživanjem, koji su proveli Hirai i sur. U svom istraživanju su jasno pokazali značajnu povezanost između odnosa prema sebi (RS), fizičkog stanja, samoučinkovitosti i emocionalnog stresa bolesnika [222]. Onkološki bolesnici, koji su imali zdrav odnos prema sebi (RS), također su imali izraženu motivaciju koja je potaknula veću samoučinkovitost, bolju fizičku kondiciju te sniženu emocionalnu uznemirenost, za razliku od onkoloških bolesnika, koji su imali manje vrijednosti i niže rezultate od ostalih [222].

Na skalama odnos s nečim višim (RSG) i odnos s Bogom (RG), nisu se pokazale značajne povezanosti s odrednicama kvalitete života, što je sukladno istraživanju s QLQ-C30 upitnikom, gdje je jedino uočena zanemariva pozitivna korelacija sa skalom kvalitete života (QL2). Navedeno je uočeno u prethodnim istraživanjima, koji su proveli [69,109,111,112].

Ovi rezultati bi se mogli objasniti na temelju istraživanja, koje je proveo Kruizing gdje je naveo da ispitanici, koji vjeruju u „nešto više“ a nemaju određenu „sliku“ o Bogu imaju više poteškoća u pronalaženju smisla u životu i utjehe u nelagodnim životnim situacijama [113].

U svom istraživanju Kübler-Ross je opisala faze koje doživljavaju palijativni bolesnici koji se približavaju smrti. Jedna od tih faza bila je ljutnja, koja je mogla biti usmjerena na Boga, na okolinu ili na njih same [223]. Novija istraživanja su otkrila da se ljutnja prema Bogu obično javlja u vezi s negativnim događajima u životu [224].

Nusprodukt patnje može biti sklonost duhovnom otuđenju od Boga. Ljutnja se može pojaviti kada se bolesnici bore sa svojim iskustvom bolesti, boli i tugom s obzirom na svoju vjeru u Božju dobrotu. Razočarenje i percipirani osjećaj „napuštenosti od Boga“ mogu dovesti bolesnike do sumnje u moć i postojanje božanstva općenito [225].

No, važno je naglasiti da Paragamnet u svom istraživanju navodi da otklanjanje gorčine, koja utječe na duhovno blagostanje često dolazi s vremenom, razmišljanjem i prihvaćanjem. Patnja može uzrokovati poljuljanje vjere, ali ne mora nanijeti neizbrisivu štetu, naprotiv, čak može dovesti do snažnijeg i dubljeg doživljaja duhovnosti [226].

Za razliku od prethodnih istraživanja Olson i sur. navode zanimljivu činjenicu da je kod onkoloških bolesnika, koji su imali „zadovoljavajući“ odnos s Bogom, uočen manji izražaj simptoma bolesti. Istraživači su u biti pretpostavili da uzorak onkoloških bolesnika su bili uglavnom kršćani, koji su utjehu našli „u Kristu, koji je s njima“, jer su osjetili da je prisutan u njihovoj patnji [227]. Bolnički kapelani i drugi pružatelji zdravstvenih usluga u razgovoru s onkološkim bolesnicima često su primijetili da su izražavali ove tvrdnje: “Ovo je moj križ koji trebam nositi.“ Navedeno potječe iz kršćanskih spisa tj. iz Svetog pisma u kojem bolesnici pronalaze stihove u kojima traže snagu, ohrabrenje i nadu [227].

Ispitivanjem onkoloških bolesnika, uočeno je njihovo često navođenje stihova iz Pavlove druge poslanice Korinćanima 12,9-10; "Dosta ti je moja milost, jer snaga se u slabosti usavršuje." Najradije ću se dakle još više hvaliti svojim slabostima da se nastani u meni snaga Kristova.“ Zato uživam u slabostima, uvredama, poteškoćama, progonstvima, tjeskobama poradi Krista. Jer kad sam slab, onda sam jak“(2 Kor 12,9-10). Drugi izvori mogu uključivati Psalam 39,8: „A sada, čemu da se nadam, Gospode? Sva je nada moja u tebi“(Ps 39,8)! Također se pokazalo da mnogi kršćani pronalaze ohrabrenje i nadu u Poslanici Rimljanima 12,12: “ U nadi budite radosni, u nevolji strpljivi, u molitvi postojani” (Rim 12,12)“ [227, 228].

Scott i sur. navode da spomenuto spaja ideju komuniciranja s Bogom kroz molitvu i ohrabrenje u podnošenju životnih nevolja, što može imati pozitivan učinak na duhovno i emocionalno stanje onkoloških bolesnika te smanjenje izražaja simptoma onkološke bolesti [227].

Egzistencijalna pitanja (EX) o povezanosti duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života, predstavljaju jednu od važnijih odrednica kvalitete života te mogu dovesti do težih psihičkih komorbiditeta; uključujući suicidalne ideje i želju za smrti. Zdravstveni djelatnici uglavnom rijetko razmatraju ovu komponentu tijekom liječenja bolesnika [229]. Uobičajena egzistencijalna pitanja s uznapredovalim kroničnim bolestima uključuju: strah od smrti, tjeskobu, beznađe, krivnju, kajanje te narušavanje osobnog identiteta [230,231,232,233].

U ovom radu skala egzistencijalna pitanja (EX) pokazuje najveću povezanost s vitalnošću (VT) i mentalnim zdravljem (MH), dok je kod svih drugih odrednica kvalitete života, povezanost prisutna, ali je nešto slabije izražena.

Bele i sur. su pokazali u svom istraživanju, kod bolesnika s uznapredovalom kroničnom bubrežnom bolesti, jaku povezanost između egzistencijalnih pitanja i emocionalnog funkcioniranja; gdje bolesnici vjeruju da njihove emocije ne ometaju njihove sposobnosti za rad ili obavljanje različitih aktivnosti [234]. Njihovi složeni rezultati mentalnog zdravlja (MH) su bili znatno bolji od fizičkog funkcioniranja (PF), što opet naglašava važnost vrednovanja emocionalnog statusa bolesnika s uznapredovalom kroničnom bolešću [234].

Navedeno ukazuju Grande i sur., koji su uočili da pojedine čestice iz SF-36 upitnika, a koje se nalaze i u SF12-v2v upitniku, kao što su mentalno zdravlje (MH), ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE) i energija/vitalnost (VT) jedni od glavnih prediktora kvalitete života kod onkoloških i palijativnih bolesnika [211].

Sličnosti su uočene i u prethodnim rezultatima ovog istraživanja gdje se ispitala povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života s QLQ –C30 upitnikom. Pregledom rezultata uočene su pozitivne korelacije između skale egzistencijalna pitanja (EX) i odrednica kvalitete života. Na ovoj skali je evidentirana jača povezanost s kvalitetom života (QL2), dok je umjerena povezanost primijećena sa skalom emocionalnog funkcioniranjem (EF). S ostalim skalama povezanost je prisutna, ali je slabije izražena.

Ranije je već navedeno da u ovom istraživanju egzistencijalna pitanja (EX) imaju naglasak na smisao i svrhu života te kako uspjeti pronaći smisao i svrhu u teškim i nelagodnim situacijama, koje onkološki bolesnici proživljavaju [44]. Stoga, je na skali egzistencijalna pitanja (EX) izražena povezanost sa skalama emocionalna pitanja (EF), mentalnog zdravlja (MH) i energije/vitalnosti (VT). Pojedine sličnosti su već navedene u prethodnim istraživanjima [69,109,110,112].

Čestica sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) ne pokazuje povezanost s fizičkim funkcioniranjem (PF) i općenito fizičkim zdravljem (PHYS), dok sa svim ostalim odrednicama kvalitete života postoje slabije pozitivne korelacije.

U prethodnom istraživanju s QLQ-C30 upitnikom sa stavkom sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) je izražena jača povezanost sa skalom kvalitete života (QL2), umjerena povezanost sa socijalnim (SF) i emocionalnim funkcioniranjem (EF), dok je s ostalim skalama osim sa skalom funkcioniranje u životnim ulogama (RF2) uočena slabija povezanost.

U drugom istraživanju s većom populacijom onkoloških bolesnika (N=449) Whitford i sur. ističu jaču povezanost duhovnog blagostanja s općom kvalitetom života (QOL), kao i sa svim ostalim njezinim odrednicama [101]. Također navode da povezanost duhovnog blagostanja sa sveukupnom kvalitetom života) pozitivno utječe na duhovno i mentalno zdravlje onkoloških bolesnika, kao i na izražaj simptoma maligne bolesti [101].

#### 5.4. Povezanost duhovnog blagostanja sa simptomima maligne bolesti

Skala odnosi s drugima (RO) pokazuje povezanost s umorom (FA), teškoćom disanja (DY) i dijarejom (DI). Sve korelacije se mogu okarakterizirati, kao slabe i negativne. Iz navedenog se može zaključiti da onkološki bolesnici, koji imaju socijalnu podršku će pokazati manji izražaj simptoma bolesti odnosno uz ohrabrenje i podršku svoje okoline lakše će podnositi simptome bolesti [56,60,91].

Slični rezultati evidentirani su kod studije od Chena, gdje su prikazane slabe negativne korelacije s teškoćom disanja (DY) i dijarejom (DI). U istom istraživanju, također je istaknuta jača korelacija skale odnosi s drugima (RO) s česticama simptoma anksioznosti i depresije [109]. Navedeno su uočili u svojim istraživanjima i Chaar i González-Blanch gdje su ukazali na značajnu povezanost između intenziteta depresije i socijalnih odnosa. Štoviše, utvrdili su da somatizacijski poremećaji bolesti, kod onkoloških bolesnika mogu utjecati na psihološke i fizičke domene kvalitete života [60,235]. Stabilni odnosi s drugima mogu afirmativno utjecati kod onkoloških bolesnika na konstruktivnu prilagodbu u primarnom suočavanju s dijagnozom maligne bolesti. Problematični socijalni odnosi i nedovoljna socijalna podrška mogu imati negativne učinke kod onkoloških bolesnika u njihovom suočavanju s malignom bolešću, kao i na izražaj simptoma bolesti [236,237].

Inače, pozitivni odnosi s drugima (RO) tj. socijalna podrška predstavljaju primljenu pomoć i podršku od drugih, posebice određenih bliskih osoba [238]. Sugerirano je da socijalna podrška ima posredničku ulogu kod onkoloških bolesnika na pozitivno suočavanje i prilagodbu kod novonastale dijagnoze maligne bolesti [236,237,238].

Zadovoljavajuća socijalna podrška može umanjiti simptome životnog stresa i pojavu poremećaja raspoloženja kod bolesnika s rakom; ima pozitivan učinak na izražaj simptoma maligne bolesti, odnosno uz ohrabrujuću podršku okoline onkološki bolesnici lakše podnose simptome boli kao i nuspojave onkološkog liječenja [236,237,238].

Bitno je istaknuti da su godinama znanstvenici u svojim istraživanjima otkrili pozitivnu korelaciju između socijalne podrške i zdravlja [236,237,238]. S tim u vezi, Meyerowitz i sur. su pokazali povezanost između primljene socijalne podrške od uži članova obitelji s fleksibilnošću i emocionalnom vitalnošću kod žena s primarnim ginekološkim rakom [239]. Nadalje, Ashing-Giwa i sur. su također primijetili da kod afroameričkih žena vjera u Boga i podrška njihove obitelji smanjuju izražaj simptoma maligne bolesti [240]. Rezultati drugih istraživanja o iskustvima bolesnika s rakom nakon prostatektomije pokazali su da muškarci svoje supruge smatraju važnim izvorom podrške i pomoći u postizanju optimalne kontrole nad

osjećajem anksioznosti [241].

U istraživanju pod nazivom “Doprinos sigurnosti proizašle iz socijalne podrške kod depresivnog sindroma u bolesnika s metastatskim rakom” (engl. *The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer*) kod 326 bolesnika se pokazala negativna korelacija između socijalne podrške i izražaja simptoma maligne bolesti. Onkološki bolesnici, koji nisu imali zadovoljavajuću socijalnu podršku teže su podnosili simptome maligne bolesti za razliku od bolesnika koji su imali odgovarajuću socijalnu podršku [242].

Radi postizanja optimalne socijalne podrške kod onkoloških bolesnika trebale bi se provoditi kontinuirane intervencije onkološke skrbi u kliničkim okruženjima; uključujući prisutnost bliskih osoba kod pregleda onkoloških bolesnika, kao i osigurati pružanje odgovarajuće podrške od strane liječnika i medicinskih sestara tijekom procesa njihova liječenja [243].

Kod skale odnos prema sebi (RS), uočena je povezanost sa simptomima umora (FA), boli (PA), teškoćom disanja (DY), dijarejom (DI) i financijskim poteškoćama kao posljedicama bolesti i tretmana (FI). Sve su korelacije negativne, što znači da kurabilni onkološki bolesnici, koji vode adekvatnu brigu o sebi, pokazuju manji izražaj simptoma maligne bolesti, odnosno lakše podnose simptome zloćudne bolesti [244,245].

Negativna umjerena korelacija je više izražena kod simptoma umora (FA), u nešto manjoj mjeri kod simptoma boli (PA). Također su izražene negativne, ali slabije korelacije između skale odnos prema sebi (RS) i ostalih čestica simptoma maligne bolesti.

U istraživanju s palijativnim bolesnicima, koje je provedeno na Cipru, također su uočene umjerene negativne korelacije sa simptomima umora (FA), boli (PA) i financijskih poteškoća kao posljedica bolesti i tretmana (FI), dok je Chen naglasio u svom istraživanju negativnu korelaciju financijskih poteškoća kao posljedica bolesti i tretmana (FI) sa svim česticama simptoma maligne bolesti, kao i sa svim skalama QLQ-SWB32 upitnika [109,111].

U intervjuima s ispitanicima, koje su proveli Topor i Ljungqvist je utvrđeno da dugotrajni nedostatak financijskih sredstava utječe na stvaranje negativne slike o sebi te navedeno jača i uzrokuje izolacijsku podložnost kod ispitanika [246]. Mnogim ispitanicima novac predstavlja zadovoljstvo u životu i stvara osjećaj sigurnosti, što utječe na percepciju pozitivne slike o sebi te na sveukupno životno blagostanje [246].

Za pojedine ispitanike financijska sredstva su pridonijela zadovoljstvu za ostvarivanje vlastitih projekata, što je uzrokovalo nastajanje pozitivnog osjećaja ispunjenosti i potaknulo osnaživanje vlastitih vrijednosti [246].

Za razliku od prethodnih istraživanja u zapadnim zemljama - u istraživanju, koje je provedeno u Kini, Chen ističe da je glavni razlog financijskih poteškoća kod bolesnica s uznapredovalim primarnim ginekološkim rakom djelomično pokrivena policia zdravstvenog osiguranja [109]. Iako većina ljudi u Kini ima zdravstveno osiguranje, troškovi za liječenje malignih bolesti su samo djelomično pokriveni zdravstvenim osiguranjem. Navedena situacija može negativno utjecati općenito na sliku o sebi, kao i na ostale funkcionalne sposobnosti bolesnica s primarnim uznapredovalim s ginekološkim rakom [109].

U ovom istraživanju, kao što je prethodno navedeno je uočena negativna korelacija odnosa prema sebi (RS) sa simptomima boli (PA). Rak kao najčešća kronična bolest često je povezan s popratnim simptomima kronične boli [247]. Simptomi kronične boli, kao posljedica malignog oboljenja mogu imati mnogo različitih uzroka; uključujući rast i širenje raka na udaljene organe, kao i na nuspojave onkološkog liječenja (kemoterapija, radioterapija, kirurško liječenje) [247, 248].

Pojedina istraživanja su uočila da prevalencija boli varira oko 5% kod bolesnika s leukemijom, a do 85% kod bolesnika s primarnim rakom kostiju [244]. Postoji nekoliko načina za liječenje i ublažavanje boli kod onkoloških bolesnika, no pojedina istraživanja su pokazale da navedene metode za kontroliranje i upravljanje simptomima boli same po sebi nisu dovoljne [249].

Drugi važan rezultat ovog istraživanja je činjenica da postoji značajan odnos između percepcije boli i jačanja emocionalnog odnosa prema sebi (RS), što je u skladu s rezultatima, nekih istraživanja [244,245]. Bushnell i sur. u preglednoj studiji su naveli da kontrola i korištenje kognitivnih i emocionalnih vještina (psihološki čimbenici) mogu imati poželjan učinak na menadžment upravljanja simptoma boli [250].

Pojedina istraživanja navode da za reduciranje komplikacija i simptoma boli, bolesnik bi trebao voditi brigu o sebi i raditi na uspostavljanju osjećaja samokontrole i zdravog odnosa prema sebi (RS) [251]. Briga o sebi, uključuje naučena ponašanja, koja se provode radi održavanja ili promicanja zdravlja, sprječavanja bolesti te poboljšanja ishoda liječenja kod kronično oboljelih bolesnika [252].

Stoga, je potrebno provesti opsežnija istraživanja o produktivnim učincima samopomoći kod upravljanja sa simptomima boli, s ciljem poduzimanja djelotvornih radnji za intervenciju i promicanje zdravlja kod kroničnih bolesnika [244].

Negativna korelacija izražaja simptoma umora (FA) s odnosom prema sebi (RS) ukazuje da kurabilni bolesnici koji su razvili tehnike samopomoći i samoupravljanja sa simptomima boli, pokazuju manji izražaj simptoma umora naspram bolesnika koji nisu. Navedeno može

imati pozitivan učinak na funkcionalni status i kvalitetu života kod onkoloških bolesnika [253].

Uočena samoučinkovitost u provođenju tehnika samopomoći brigom o sebi igra ključnu ulogu u poboljšanju osnovnih funkcija kod onkoloških bolesnika, a jedna od njih je upravljanje s čestim simptomima umora [253]. Samoučinkovitost Bandura definira kao samouvjerenost osobe o njihovim sposobnostima da mogu naučiti relevantne vještine brige o sebi u specifičnim i nelagodnim situacijama [254].

Simptomi umora, kao posljedica malignog oboljenja i nuspojava onkološkog liječenja, smatraju se među značajnim oslabljujućim simptomima zloćudne bolesti kod bolesnika s rakom [255].

U pojedinim radovima je utvrđeno da odnos prema sebi (RS) je u negativnoj korelaciji sa simptomima umora (FA) [256]. Navedeno ukazuje istraživanje kod bolesnika s kolorektalnim rakom, koji su imali nezadovoljavajući odnos prema sebi: bolesnici su doživjeli negativnu percepciju svoje bolesti te su osjetili više izražene simptome umora u odnosu na ostale bolesnike [257,258].

U skladu s trenutnim rezultatima, Charalambous i Kouta u svom istraživanju su pokazali da bolesnici s uznapredovalim rakom prostate, koji su bili podvrgnuti kemoterapiji su imali viši izražaj simptoma umora, stoga i smanjenu kvalitetu života; dok bolesnici, koji su pokazali manji izražaj simptoma umora, su imali poboljšanu kvalitetu života [255].

Rezultati gore navedenog istraživanja su sukladni s prosječnim ukupnim rezultatima istraživanja, koje su provei Akin i Guner. Navedeno istraživanje je pokazalo da nezadovoljavajuća samoučinkovitost u provođenju tehnika samopomoći kod upravljanja simptomima umora je negativno utjecala na ostale popratne simptome maligne bolesti te na nuspojave onkološkog liječenja [259]. U istom istraživanju je navedeno da onkološki bolesnici, koji su imali reducirano samopuzdanje su pokazali više nuspojava njihova liječenja tijekom terapijskog procesa kemoterapijom [259].

U navedenom istraživanju je uočeno da negativan odnos prema sebi (RS) kod većine onkoloških bolesnika ukazuje na nedovoljnu samoučinkovitost u pružanju samopomoći kod upravljanja simptomima umora te ostalih popratnih simptoma maligne bolesti, kao i na nuspojave onkološkog liječenja [259].

Bolesnike s rakom treba poticati u realizaciji odluke o razvijanju tehnika samopomoći te naučiti ih upravljati s popratnim simptomima umora, kao posljedicom maligne bolesti i nuspojave onkološkog liječenja [256,259]. Preporuka je da zdravstveni djelatnici pomognu kurabilnim i palijativnim bolesnicima u pružanju podrške i ohrabrenja, što može pomoći bolesniku odvratiti pažnju od negativnih misli ili sjećanja na njihovu malignu bolest [256].

Također se preporučuje pomoći onkološkim bolesnicima razviti pozitivne stavove i motivaciju u obavljanju zadataka u svakodnevnim životnim aktivnostima. Navedene intervencije mogu pomoći u upravljanju stresnim situacijama te u saniranju štetnih posljedica popratnih simptoma umora; što može doprinijeti poboljšanju emocionalnog i socijalnog blagostanja kod onkoloških bolesnika te unaprijediti njihovu kvalitetu života [256,260,261].

Na skalama odnos s nečim višim (RSG) i odnos s Bogom (RG) nisu zapažene značajne korelacije, što je sukladno s prethodnim istraživanjima, koja su proveli Chen, Kyronau i Rhode [109,111,112]. No, u kvalitativnom istraživanju, koje su proveli Ashing-Giwa i sur. s afroameričkim, latinoameričkim i azijsko-američkim bolesnicama s ginekološkim rakom, uočena je značajna povezanost odnosa s Bogom, sa suočavanjem s malignom bolešću i njezinim popratnim simptomima, premda u njihovom istraživanju nisu korišteni QLQ-C30 i QLQ-SWB32 upitnici [240]. Uzimajući anamnezu onkoloških bolesnica, a u svrhu dobivanja važnih podataka Ashing-Giwa i sur. su proveli face to face intervju [240].

U gore spomenutom istraživanju afroameričke i latinoameričke bolesnice s ginekološkim rakom, složile su se oko važnosti molitve u traženju Božjeg vodstva i pomoći u suočavanju s malignom bolešću. Zanimljivo je da imaju poseban odnos prema liječnicima kao „božjem instrumentu,“ koji aktivno sudjeluju u procesu njihova onkološkog liječenja [240]. Nadalje, spomenute bolesnice su istaknule važnost korištenja molitve te u trenucima krize „predati se u Božje ruke“. U suočavanju s malignom bolešću i upravljanju s popratnim simptomima boli identičan stav prema Bogu i molitvi imaju i azijsko-američke bolesnice; jer ističu da kod suočavanja s onkološkom bolešću i njezinim popratnim simptomima uveliko im olakšava vjera, potpora svećenika te podrška crkve i vjerske zajednice [240].

Na skali egzistencijalna pitanja (EX) uočene su negativne korelacije s umorom (FA), boli (PA), teškoćom disanja (DY) i gubitkom apetita (AP). U istraživanju koje je proveo Chen uočene su negativne slabe korelacije s česticama simptoma, dok u istraživanju s palijativnim bolesnicima koje je provedeno na Cipru istraživači ističu negativnu korelaciju s financijskim poteškoćama kao posljedicom bolesti i tretmana (FI) [109,111].

Za mnoge obitelji financije predstavljaju prioritet ispred vlastitog zdravlja. Stoga, ovi čimbenici stvaraju prepreke u probiru, njezi i liječenju onkoloških, kurabilnih bolesnika. U jednom istraživanju je uočeno da žene nižeg ekonomskog statusa, imaju poteškoća u redovnom provođenju njihova liječenja i općenito s korištenjem zdravstvene skrbi: zbog problema s prijevozom, radnih okolnosti, nemogućnosti dobivanja slobodnog vremena od strane poslodavca, smanjenja ili gubitka plaće te prijetnji poslodavca o gubitku posla [240]. Također je otkriveno da mnoge bolesnice imaju poteškoća svojim poslodavcima otkriti da boluju od



zloćudne maligne bolesti, zbog straha od njihovog mogućeg nerazumijevanja i nedovoljne podrške [240].

Odnos između egzistencijalnih pitanja (EX) i simptoma boli (PA) može se definirati kao "neugodno osjetilno i emocionalno iskustvo" kod onkoloških bolesnika, koje uveliko može utjecati na njihovu kvalitetu života [262]. Bol je uvijek subjektivna i osobna; reinterpretacija bolesnikovog odgovora na bol može se mijenjati u skladu s njegovom individualnom percepcijom boli [263].

Zbog značajne uloge "percepcije" boli, bolesnik može trpjeti neutemeljenu, subjektivnu fizičku i psihičku bol, koja je različita od stvarnog fizičkog stanja; što može biti rezultat neprikladnih životnih okolnosti ili iracionalnih kognitivnih procesa, koji iskrivljuju i preuveličavaju intenzitet boli te stvaraju neugodan osjećaj kod bolesnika [263,264]. Stoga, neprikladne životne okolnosti, odnosno „neposložena“ egzistencijalna pitanja mogu utjecati na intenzitet boli; što znači, ako su više vrijednosti na skali egzistencijalna pitanja (EX), bolesnik može osjećati manji izražaj simptoma boli tj. može lakše podnijeti simptome kronične boli [264].

U ovom istraživanju, također valja istaknuti odnos između egzistencijalnih pitanja (EX) i simptoma umora (FA). Umor kod bolesnika s rakom je jedan od najčešćih simptoma, kako tijekom i nakon liječenja, tako i u preživjelih bolesnika bez relapsa bolesti. Simptomi umora imaju značajan utjecaj na egzistencijalna pitanja, kao i na kvalitetu života kod onkoloških bolesnika [265]. Pojedina istraživanja, umor definiraju kao uznemirujući, česti, subjektivan osjećaj fizičke, emocionalne i/ili kognitivne iscrpljenosti koji, je povezan s bolešću raka i onkološkim liječenjem [265]. Stoga, su zdravstveni djelatnici osmislili strategije upravljanja umorom; koje uključuju farmakološko liječenje, korištenje psihoedukativnih intervencija te programa kontroliranog upravljanja umorom i njegovim popratnim simptomima [265,266]. Navedene intervencije uveliko bi mogle povećati vrijednosti na skali egzistencijalnih pitanja (EX), što bi doprinijelo kod onkoloških bolesnika osjećaj smanjenja izražaja simptoma umora (FA) [265,266].

Čestica sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) pokazuje slabije negativne korelacije sa svim česticama simptoma bolesti. No, uočena je zamjetna povezanost s česticama simptoma umora (FA) i boli (PA). U istraživanjima koja su proveli Chen i Rhode, također su uočene slabe negativne korelacije čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) s česticama simptoma bolesti [109,112].

Iako su prethodna istraživanja pokazala važnost duhovnog blagostanja te njegov utjecaj na osjećaj patnje, umora i bola u suočavanju sa simptomima bolesti i nuspojavama onkološkog

liječenja – preliminarne tvrdnje unutar konteksta bolesti raka sugeriraju da je iskustvo boli povezano s višim razinama egzistencijalne i duhovne patnje [267].

Pojedina istraživanja kod onkoloških bolesnika pokazuju da je viši stupanj duhovnog blagostanja povezan s lakšim podnošenjem simptoma umora i boli, što ujedno povećava osjećaj sveukupnog zadovoljstva tj. „uspjeti uživati u životu“ unatoč podnošenju kroničnih simptoma boli [268,269]. Iz navedenog se može zaključiti da duhovno blagostanje može imati pozitivan učinak kod suočavanja sa simptomima boli te na postizanje ispunjenog osjećaja općeg blagostanja kod onkoloških bolesnika [268,269].

Prethodna istraživanja potvrđuju činjenicu da niži funkcionalni status i izražaj teških simptoma mogu smanjiti duhovno blagostanje. Stoga bi zdravstveni djelatnici trebali prepoznati i ispuniti bolesnikove duhovne potrebe i raditi na osmišljavanju strategija u upravljanju sa simptomima boli, što bi ujedno povećalo stupanj duhovnog blagostanja i unaprijedilo kvalitetu života, kod onkoloških bolesnika [109,112,268,269].

## **5.5. Povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom boli**

Pregledom dobivenih rezultata uočena je povezanost skala odnos prema sebi (RS), egzistencijalna pitanja (EX) i čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) s ekspresijom boli. Sve dobivene korelacije su negativne što znači da kod višeg stupnja duhovnog blagostanja, manji je izražaj ekspresije jačine boli, odnosno kod više ekspresije jačine boli, manja je ekspresija duhovnog blagostanja. Važno je istaknuti da ova veza nije kauzalna, tj. ne može se tvrditi da jedno prouzročuje drugo bez dodatnih istraživanja.

Analizirajući jačinu korelacije na skali egzistencijalna pitanja (EX) te čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) s ekspresijom jačine boli, primijećena je slabija povezanost, dok kod skale odnos prema sebi (RS), je uočena značajna povezanost.

Iz navedenog se može zaključiti kako je prethodno u raspravi navedeno da onkološki bolesnici koji vode brigu o sebi (odnos prema sebi RS) u smislu naučenog ponašanja upravljanja tehnikama samopomoći i samoupravljanja s popratnim simptomima kronične boli neće smanjiti ekspresiju boli, već će olakšano podnositi bol [244,245,250,251].

Mnogi poremećaji povezani s terminalnom bolešću raka nastaju zbog reakcije bolesnika na njihovu bolest, ekspresiju boli, kao i nekontroliranim mislima od moguće progresije boli te anksioznosti vezane uz strah od smrti. Inače, jači izražaji simptoma boli, mogu izazvati razne psihičke poremećaje i fizičke smetnje tijekom liječenja onkoloških i palijativnih bolesnika [109,110,270]. U provedenom istraživanju s palijativnim bolesnicima, 46% bolesnika je navelo

veliku zabrinutost zbog neugodnog iskustva boli, dok su se, kod 25% spomenutih bolesnika pojavili simptomi depresije i anksioznosti, kao posljedice straha od moguće nadolazeće smrti [270].

Mehanizam ukupne boli uključuje više dimenzija: fizičku, emocionalnu, socijalnu, egzistencijalnu i duhovnu. Sve navedene dimenzije utječu na terapijski učinak u onkološkoj i palijativnoj skrbi. Iako, su spomenute dimenzije boli dijelom neovisne, evidentno je da fizička bol i patnja mogu uveliko utjecati na jačinu ostale četiri dimenzije boli [270].

Pojedina istraživanja o proučavanju ekspresije boli pokazala su da je fizička bol povezana s emocionalnim iskustvom te s osjećajem depresije i anksioznosti [271,272,273]. Stoga, stupanj kontrole ekspresije boli kod onkoloških i palijativnih bolesnika je znatno povezan s kvalitetom njihovih svakodnevnih aktivnosti; obiteljski suživot, društvene aktivnosti te na stupanj koncentracije u poslovima gdje se iziskuje intelektualni rad [272,274].

Egzistencijalna pitanja (EX) između kojih spada i egzistencijalna dimenzije patnje su često povezana s ekspresijom boli kod bolesnika s uznapredovalim rakom [272,274]. Međutim, kod onkoloških i palijativnih bolesnika navedena dimenzija se rijetko sustavno istražuje, zbog neriješenih egzistencijalnih pitanja, kao i straha od nadolazeće budućnosti te anksioznosti vezane uz strah od smrti o kojoj se teško izraziti, a još teže raspravljati s užim krugom obitelji [272,274].

Fizička bol povezana s rakom je sama po sebi uznemirujuća i uzrokuje patnju kod onkoloških i palijativnih bolesnika. Međutim, bez obzira na intenzitet boli, patnja uzrokovana fizičkom boli, često je posljedica širenja metastatske bolesti na udaljene organe, a time ujedno i snažan podsjetnik na aktivnu prirodu maligniteta bolesti [275,276]. Posljedično neublažena bol može uzrokovati afektivne smetnje kod kurabilnih i palijativnih bolesnika [271,272,273].

Rak se općenito percipira od strane javnosti kao vrlo teška kronična bolest te se na taj način bol smatra prediktorom maligne bolesti, njezine progresije te nadolazeće smrti [275]. Valja istaknuti da fizička bol kod bolesnika s rakom ima društvene i egzistencijalne posljedice, koje bi se u daljnjim istraživanjima trebale proučiti i spoznati na koji ih način ublažiti i s time unaprijediti kvalitetu života onkoloških i palijativnih bolesnika [272].

U svom istraživanju Spiegel je pokazao da prosječni intenzitet boli može biti povezan s više egzistencijalnih čimbenika. Također je uočio da viši stupanj anksioznosti i strah od budućnosti kod onkoloških bolesnika mogu pojačati iskustvo i ekspresiju jačine boli [276]. No, također ističe da noviji podaci ukazuju na bol, kao primarni problem, dok poremećaji raspoloženja predstavljaju sekundarni problem kod ekspresije simptoma boli [276].

U pojedinim radovima je uočeno da ukupna srednja ocjena boli i najveća srednja

vrijednost ekspresije boli su u značajnoj korelaciji sa strahom i tjeskobom od moguće progresije boli, kao i sa strahom od nadolazeće budućnosti [272,277]. Stoga se pokazalo da uz dijagnozu malignog oboljenja, popratno se povećava intenzitet ekspresije boli, kao i viši stupanj egzistencijalne patnje kod onkoloških bolesnika [272,277]. Navedeni podaci ukazuju na važnost procjene prosječne boli, ali i osjećaja najteže doživljene boli. Uvjerljivo objašnjenje za korelaciju između maksimalne ekspresije boli i tjeskobe jest da onkološki bolesnici imaju posljedični strah od moguće progresije boli, ne znajući kako si olakšati patnju i ublažiti nadolazeću bol [272].

Nadalje, trajanje boli kod onkoloških bolesnika je izrazito važno, jer što je dulje trajanje boli, time je izraženiji strah od progresije boli [277]. Također se pokazalo da vrijeme kod bolesnika s rakom je utjecalo na izmijenjene stavove o duhovnim pitanjima. Bolesnici koji su patili ograničeni broj mjeseci od simptoma kronične boli su naveli da razmišljanje i prakticiranje religije ih je potaknulo da djelomično promijene svoje stavove i olakšaju kontrolu i samoupravljanje s ekspresijom boli; dok oni bolesnici, koji su iskusili bol više od godinu dana, više nisu bili pretjerano zaokupljeni s egzistencijalnim pitanjima i lakše su podnosili simptome ekspresije boli [267,268,269,272].

Zaključno, u gore navedenim istraživanjima naglašava se važnost razmatranja svih aspekata povezanih s dimenzijama totalne boli, ne zaboravljajući važnost egzistencijalnih pitanja (EX). Također je važno ukazati na uspostavljanje kontrole nad simptomima ekspresije boli; onkološki bolesnici koji su uspostavili uz pomoć medicinskog osoblja kontrolu nad simptomima ekspresije boli, izražavaju manji strah u vezi egzistencijalnih pitanja i daljnje progresije boli [272,278,279].

Strang u svom istraživanju ističe da kod kurabilnih i palijativnih bolesnika neispunjene egzistencijalne potrebe zahtijevaju psihosocijalnu i duhovnu skrb, kao kamen temeljac, koji bi uveliko doprinjeo olakšenom podnošenju ekspresije boli te unaprijedio njihovu kvalitetu života [272].

Novonastala dijagnoza malignog oboljenja i dugotrajan proces onkološkog liječenja mogu pojedincima uzrokovati mnoštvo stresora, u različitim domenama odnosa prema sebi (RS). Prevalencija psihičkog stresa među oboljelima od raka veća je od opće populacije, što povećava rizik od razvoja kliničkog povećanja anksioznosti i depresije [280,281].

U nedavnoj studiji, Fatiregun i sur. pokazali su da se prevalencija anksioznog poremećaja kod bolesnica s rakom dojke kreće od 1% do 49% [282]. Psihosocijalni stres može se pojaviti rano u dijagnostičkom procesu te imati negativne učinke na integritetnost s onkološkim liječenjem i kasnijom kvalitetom života [283].

Socijalna-kognitivna teorija pruža okvir za konceptualizaciju otpornosti na stres, kao i na ublažavanje stresa u smislu naučenih određenih ponašanja u postizanju željenih ciljeva i ishoda kod suočavanja sa simptomima ekspresije boli [284]. U skladu sa socijalnom-kognitivnom teorijom, teorija samoefikasnosti uključuje pravac djelovanja kod ponašanja u suočavanju s nelagodnim životnim situacijama, prevencije i ublažavanja stresa, u postizanju ciljeva te održavanja željenog stanja kvalitete života [278].

Štoviše, oni koji imaju pozitivan odnos prema sebi (RS) imaju višu samoučinkovitost kod suočavanja s dijagnozom maligne bolesti te samokontrole ponašanja i osjećaja u nelagodnim životnim situacijama [279].

Valja naglasiti da je „danas“ poznata činjenica višedimenzionalnost boli, koja je rezultat složene interakcije između fizioloških, psiholoških, kognitivnih, socijalnih te ostalih čimbenika. Ovaj napredak u istraživanju ekspresije boli nalazi se u preporukama međunarodnih agencija za proučavanje boli kao što su Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), Povjerenstvo za kvalitetu skrbi američkog društva za bol. Smjernice za unaprijeđenje kvalitete liječenja akutne boli i boli kod bolesti raka (engl. *American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain*), Agencija za politiku zdravstvene zaštite i istraživanje (engl. *Agency for Health Care Policy and Research*) te Međunarodno udruženje za proučavanje boli (engl. *International Association for the Study of Pain*) [285,286,287].

Spiegel i sur. su pronašli značajnu povezanost između intenziteta ekspresije boli i psihičkog stresa, ali ne i između učestalosti boli i psihičkog stresa. Ispitivanje povezanosti između boli i specifične psihosocijalne varijable, pokazalo je da psihosocijalni čimbenici koegzistiraju i međusobno djeluju te ih je inače teško izolirati [288].

U pojedinim radovima za ispitivanje odnosa između depresije i kronične boli, Fishbain i sur. su podupirijeli hipotezu da su negativna slika o sebi (RS) i pojava depresije posljedica kronične boli, a ne hipotezu u kojoj depresija prethodi kroničnoj boli [289].

Merluzzi i sur. navode da je pozitivna slika o sebi (RS) povezana s pozitivnim ishodom prilagodbe na novonastalu dijagnozu malignog oboljenja. Također su uočili da bolesnici koji imaju samopuzdanje i samokontrolu pokazuju manje simptome anksioznosti i bolju prilagodbu u stresnim situacijama, što ima pozitivan učinak na njihovu kvalitetu života [278].

Suočavanje s malignom bolešću i prilagodba na novonastalu dijagnozu moglo bi se smatrati promjenjivom vještinom, koja se može podučavati u kontekstu pružanja intervencija, koje su usredotočene na poboljšanje osjećaja djelovanja bolesnika u prilagodbi na novonastalu dijagnozu te njihovom suočavanju sa zloćudnom bolešću [290]. Stoga, stjecanje bolesnikovog

samopouzdanja za učinkovito kontroliranje ekspresije simptoma boli može postati transformacijsko iskustvo, u smislu ublažavanja negativnih simptoma maligne bolesti i nuspojava onkološkog liječenja [290].

Sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB) može imati učinak na ključne terapijske mjere onkološkog liječenja i „smanjenje ekspresije simptoma boli“. Među bolesnicima s uznapredovalim rakom, uočeno je da duhovno blagostanje umanjuje očaj, depresiju i želju za smrću te unaprjeđuje bolesnikovu kvalitetu života [55,291].

Na temelju pojedinih istraživanja se doznalo kod onkoloških bolesnika da simptomi depresije i stupanj duhovnog blagostanja posreduju u doživljajima ekspresije boli, utječući na njihova uvjerenja o boli, stavove prema boli te interpretaciju ekspresije boli. S obzirom kako je iskustvo boli subjektivan fenomen, afektivno i kognitivno filtriranje boli vjerojatno je važnije od mjerljivog neuropatskog intenziteta ekspresije boli u odnosu na sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB), koje je u negativnoj korelaciji s „ekspresijom simptoma boli“ [204,292].

Inače poznata je činjenica da kronična bol predstavlja veliki zdravstveni problem u većini društava zapadnih i istočnih zemalja. Nekoliko studija je izvijestilo da otprilike 3,9% - 64% opće populacije pati od raznih vrsta kronične boli [293,294,295].

Različiti čimbenici pomoći onkološkim bolesnicima u održavanju njihova psihičkog zdravlja, pomažu unatoč popratnim simptomima kronične boli. Važnost duhovnog blagostanja je posljednjih godina privuklo veliko zanimanje stanja kod lakšeg podnošenja intenziteta ekspresije boli [296].

Pojedina istraživanja, koja su ispitivala odnos između intenziteta ekspresije boli i duhovnog blagostanja su neusklađene. Iako su neka istraživanja pokazala negativnu korelaciju između duhovnog blagostanja i intenziteta ekspresije boli, druga su pokazala da je stupanj duhovnog blagostanja više povezan s raspoloženjem bolesnika, njegovom tolerancijom na bol, kao i na sposobnost suočavanja sa zloćudnom bolešću, a ne sa samim intenzitetom ekspresije boli [297,298]. Bez obzira na specifičan odnos između duhovnog blagostanja i intenziteta ekspresije boli, Dezutter i sur. su pokazali u svom istraživanju da je duhovno blagostanje značajan čimbenik, koji je povezan s raspoloženjem i općim zadovoljstvom kvalitete života onih bolesnika, koji proživljavaju kroničnu bol [268].

Konačno, kako su Lysne i Wachholtz navele duhovnost može pomoći pojedincima da pronađu značenje i svrhu u svojoj proživljenoj boli [299]. Stoga, oni bolesnici koji doživljavaju ekspresiju boli kroz osobno iskustvo duhovnosti imaju sposobnost „suprotstavljanja“ neugodnom doživljaju boli dajući joj pozitivnu svrhu i duhovno značenje [299,300]. Međutim,

potrebno je sprovesti više istraživanja kako bi se razumjelo na koji način pojedinci koji proživljavaju bol posebno koriste svoja duhovna uvjerenja, kako bi stvorili pozitivno značenje iz negativnog iskustva kao što su bolest ili bol [299,300].

## **5.6. Analiza povezanosti odrednica duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti**

Tijekom progresije bolesti ili nastavka liječenja u drugim ustanovama te zbog jačeg izražaja simptoma kod onkoloških bolesnika, na skalama egzistencijalna pitanja (EX) i odnos s Bogom (RG), uočene su deskriptivno niže vrijednosti. Također su uočene deskriptivno niže vrijednosti kod progresije bolesti kod onkoloških bolesnika na skali odnos s nečim višim (RSG) i na čestici sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB). Dolje navedena istraživanja pokazuju da se navedene vrijednosti kod progresije bolesti u onkoloških bolesnika međusobno „isprepliću“ te da međusobno utječu jedna na drugu [102].

Dijagnoza zloćudne bolesti, kao što je rak, može predstavljati duboko uznemirujuće iskustvo kod onkološkog bolesnika, s potencijalom da u prvi plan definiraju važna egzistencijalna pitanja (EX). Tijekom maligne bolesti, većina bolesnika počinje razmišljati o razlogu postojanja njihova smisla i svrhe te „dubinskom“ značenju života i smrti [301,302]. Nedostatak potpune podrške obitelji i zdravstvenog osoblja može prouzročiti kod onkoloških bolesnika „egzistencijalnu nelagodu“, konfuziju i tjeskobu, što može dovesti do progresije onkološke bolesti i njezinih popratnih simptoma [301,302]. Medicinska zajednica sve više prepoznaje holistički pristup u liječenju malignih oboljenja, što uključuje cjelokupnu skrb kod onkoloških bolesnika i pomoć pri rješavanju „egzistencijalnih pitanja“ i problema [303].

Nažalost, oboljeli od raka i dalje iskazuju visok stupanj nezadovoljenih egzistencijalnih potreba, koje se mogu pojačati tijekom progresije zloćudne bolesti; ostavljajući oboljele osobe s osjećajem nelagode i nesigurnosti zbog „neriješenih“ egzistencijalnih pitanja [304].

Bitno je istaknuti i staviti naglasak na egzistencijalna pitanja individualnog bolesnikova iskustva tijekom progresije onkološke bolesti. Međutim u nekim radovima je uočena slaba definiranoost egzistencijalnih pitanja. Stoga, su potrebna daljnja istraživanja kako bi se razjasnili pojmovi egzistencijalnih pitanja tijekom progresije onkološke bolesti, kao i nedefinirani načini pristupa u kliničkoj praksi [305,306,307].

Tarbi i sur. su uočili da postoje ograničenja u istraživanjima, koja istražuju potpun spektar egzistencijalnog iskustva kod progresije bolesti u onkoloških bolesnika; uključujući njihovo zdravlje i egzistencijalnu patnju, kao i njihov način doživljavanja nelagodnog iskustva maligne bolesti u kliničkim okruženjima [305]. Subjektivna i heterogena priroda

egzistencijalnog iskustva predstavlja izazov za istraživače da ga definiraju i kliničarima da ga prepoznaju. Pojedine osobe mogu doživjeti trajnu demoralizaciju s mogućim suočavanjem sa smrtnošću u skladu s izvornom formulacijom „egzistencijalne patnje“ [308]. Drugi pojedinci mogu doživjeti „pojačan“ osjećaj smisla i svrhe u svojoj bolesti, što može unaprijediti opće stanje egzistencijalnog zdravlja [309].

U svom istraživanju Tarbi i sur. su uočili da osjećaj ambivalentnosti prožima egzistencijalno iskustvo, koje karakterizira stalna fluktuacija između pozitivnih i negativnih misli, osjećaja nade, neizvjesnosti i tuge. Ovo iskustvo rezultira dijalektičkim kretanjem između egzistencijalne patnje i egzistencijalnog zdravlja što pruža onkološkom bolesniku „mogućnost“ za njegov osoban rast i preobrazbu [305].

Deskriptivno više vrijednosti, na skali odnos s Bogom (RG), su uočene kod preživljenja onkoloških bolesnika bez znakova bolesti.

Primjerice je Hills u svom istraživanju uočio kod onkoloških bolesnika, koji su tijekom progresije njihove bolesti osjećali „kaznu“ ili „napuštanje“ od Boga (niže vrijednosti odnosa s Bogom RG) njihovu frustraciju i nižu kvalitetu života tijekom njihova onkološkog liječenja [310].

Važno je naglasiti da je Kübler-Ross opisala faze koje doživljavaju onkološki bolesnici s progresijom bolesti, koji se približavaju mogućoj smrti. Jedna od tih faza bila je ljutnja, koja je mogla biti usmjerena na Boga, na okolinu ili na njih same [223]. Ljutnja na Boga pokazala se kao odgovor kod onkoloških bolesnika na nelagodno iskustvo tijekom onkološke bolesti i tijekom liječenja te je također negativno povezana s njihovom kvalitetom života [311,312].

Ljutnja se često može pojaviti kod onkoloških bolesnika, koji se bore s progresijom maligne bolesti, s njihovim iskustvom popratnih simptoma kronične boli i s osjećajem tuge s obzirom na njihovu vjeru u Božju dobrotu. Nusprodukt patnje i ljutnje mogu biti jedan od razloga njihova otuđenja od Boga (niže vrijednosti odnosa s Bogom tijekom progresije bolesti; RG) [313,314].

Istraživanje s grupom od 115 žena i 91 muškarca u dobi od 15 do 87 godina je pokazalo da oni ispitanici, koji imaju pozitivan doživljaj Boga koji je „blizu“ i na kojeg se mogu „osloniti“ se manje osjećaju usamljeno u odnosu na preostale ispitanike. Subjektivni osjećaj „blizine“ Boga i socijalna podrška, mogu imati pozitivan učinak na onkološke bolesnike tijekom njihova liječenja [315].

Ispitanici koji su imali doživljaj „gnjevnog Boga, koji kažnjava“, su izrazili negativne osjećaje prema Bogu, što je prouzročilo da se osjećaju više usamljeno u odnosu na ostale ispitanike (niže vrijednosti odnosa s Bogom tijekom progresije bolesti; RG) [315].



Daljnijm pregledom rezultata je uočen viši odnos s Bogom (RG) kod preživljenja onkoloških bolesnika bez znakova bolesti. Guz i sur. u svom istraživanju su pokazali da duhovnost s vjerskim ritualima, kao što je molitva, ima ključnu ulogu kod prihvaćanja dijagnoze maligne bolesti, dok istovremeno ima pozitivan učinak tijekom i nakon njihova onkološkog liječenja [316].

Radi nedostatka kontrole nad malignom bolešću kod pojedinih bolesnika se uočila povećana potreba „produbljenja“ svog odnosa s Bogom, jer sve što ih tišti i što „ne mogu nositi sami“, mogu predati u „Božje ruke“ [316]. Odnos povjerenja i subjektivan osjećaj unutarnje podrške, koji su onkološki bolesnici uspostavili u svom „odnosu s Bogom“, može predstavljati izvor olakšanja u trenucima krize u stresnim situacijama [316,317]. Ahmad je u svom istraživanju uočio da vjera pomaže onkološkim bolesnicima otkloniti većinu strahova i sumnji, zbog njihovog stava potpunog „predanja i povjerenja“ u Boga [317]. Također je naveo da vjera i molitva, pomažu onkološkim bolesnicima pronaći dublji smisao u svojoj bolesti, kao i snažnu motivaciju u borbi protiv iste; jer su čvrsto odlučili da Bog, a ne njihova dijagnoza odlučuju o tijeku njihova života i smrti [317].

Daljnijm pregledom rezultata su zabilježene (deskriptivno niže vrijednosti odnosa s nečim višim; RSG tijekom progresije onkološke bolesti) Također, u svom istraživanju Davis navodi da razočarenje i doživljaj osjećaja napuštenosti kod onkoloških bolesnika tijekom iznenadne progresije bolesti, može prouzrokovati sumnju u moć i postojanja božanstva općenito [225].

U odnosu na prethodna istraživanja Pargament je u svom istraživanju naveo da patnja može uzrokovati pokolebljivost vjere, ali ne mora nanijeti „neizbrisivu štetu“, naprotiv čak može dovesti do snažnijih osjećaja duhovnosti te viših vrijednosti povećanja odnosa s nečim višim (RSG) [226]. Također je uočio da prihvaćanjem svoje bolne situacije, onkološki bolesnici mogu kontrolirati ekspresiju negativnih osjećaja, a posebice gorčine, što može imati pozitivan učinak na njihovo sveukupno duhovno blagostanje (Global-SWB) [226].

Deskriptivno niže vrijednost sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB) su uočene kod progresije onkološke bolesti. Bitno je istaknuti važnu činjenicu, da tijekom progresije bolesti, a posebice kod suočavanja onkoloških bolesnika s mogućom prijetnjom od nadolazeće smrti, postoji velika mogućnost da se osjećaju usamljeno, što može biti povezano s deskriptivno nižim vrijednostima njihova sveukupno duhovnog blagostanja (Global-SWB) [224].

Bolesnici s rakom tijekom progresije onkološke bolesti imaju jaču ekspresiju popratnih simptoma, koji se specificiraju kao jako „uznemirujući“ [318]. „Uznemirujući“ simptomi mogu

se definirati kao količina tjeskobe, malodušnosti, velike nelagode i frustriranosti uzrokovanih popratnim simptomima povezanih s progresijom onkološke bolesti [319]. Deskriptivno istraživanje koje je uključivalo 298 onkoloških bolesnika, je također pokazalo kod bolesnika s progresijom onkološke bolesti niže vrijednosti sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB), a koje je inače u negativnoj korelaciji s osjećajem anksioznosti i depresijom [102].

Unatoč progresiji bolesti raka te svijesti o mogućoj prijetnji od smrti pojedini onkološki bolesnici imaju poteškoća nositi se s ekspresijom „uznemirujućih simptoma“, što može prouzročiti negativnu percepciju Boga i okruženja u kojem se nalaze [227,318,319]. Neugodni osjećaji, poput ljutnje, tjeskobe i usamljenosti mogu biti povezani s neispunjenim duhovnim potrebama bolesnika, no isti ne moraju uvijek biti vidljivi. Liječnici i medicinske sestre bi trebali biti „osjetljiviji“ na mogućnost da određeni problemi kod onkoloških bolesnika mogu biti prisutni, iako nisu dovoljno izraženi [227]. Stoga, za postizanje „zlatnog standarda“ u pomoći rješavanja bolesnikovih poteškoća i neispunjenih duhovnih potreba, je važno osigurati multidisciplinarni tim, koji uključuje bolničke kapelane i ostalo svećenstvo, koje bi se uključilo u bolesnikovu cjelokupnu duhovnu skrb s ciljem zadovoljavanja njegovih ključnih duhovnih potreba [227].

## **5.7. Implementacija edukacije o duhovnom blagostanju u zdravstveni sustav**

Nedostatno poznavanje činjenica o raku i povijesno određen strah od umiranja zbog raka rezultiraju bijegom od razmišljanja i razgovora o raku, odbijanjem pravodobnih preventivnih pregleda, kao i odgađanjem rješavanja uočenih zdravstvenih problema [320].

Prema istraživanjima, oko 60 % bolesnika treba barem inicijalnu psihološku podršku, a oko 30 % treba kontinuiranu podršku i praćenje radi izraženijih fizičkih teškoća i psiholoških poremećaja. Izraženi psihološki distres pokazuju i članovi obitelji, osobito njegovatelji tijekom liječenja te im je potrebno osigurati psihološku pomoć tijekom liječenja oboljelog i neposredno nakon smrti u tugovanju [320].

Također je potrebno utvrditi načine za prepoznavanje psihološki i duhovno najranjivijih bolesnika te im osigurati ranu intervenciju u pružanju multidisciplinarnog holističkog zdravstvenog skrbi [320,321].

Ranije je već spomenuto da tijekom proteklih desetljeća usmjeravanje pozornosti na duhovnost, duhovno zdravlje i duhovno blagostanje u zdravstvenom sustavu je postalo dio strategije razvoja i edukacijskih planova na polju medicinskog obrazovanja i zdravstva [45].

U odnosu na prethodna desetljeća značaj duhovnosti, duhovnog zdravlja i duhovnog blagostanja ulaze u kurikulum u dosta zemalja diljem svijeta. No, unatoč spomenutim činjenicama preporuka je navedeno „ojačati“ u smislu osmišljavanja učinkovitih strategija u izradi nastavnih planova i programa, koji bi mogli biti sastavnica izobrazbe u usavršavanju studenata medicine u njihovom daljnjem obrazovanju [45].

Tijekom godina, pružanje duhovne skrbi postalo je primarni segment multidisciplinarnе holističke zdravstvene skrbi [321]. Poznate svjetske akademske institucije već godinama sadržaje o pružanju duhovne skrbi i ulogu duhovnih intervencija uvrštavaju u svoje kurikulume [90]. Budući da je pružanje duhovne skrbi povezano s obrazovanjem i praksom zdravstvenih djelatnika, može se integrirati u kliničku skrb i u posebne programe po bolničkim odjelima koji imaju za cilj integrirati duhovne potrebe i potencijale bolesnika s terapijskim procesom [90,322].

U ovom istraživanju je uočeno kako se duhovno blagostanje u našoj zemlji nije značajno razlikovalo u odnosu na zemlje koja nisu imala izražena vjerska uvjerenja, dok se u pojedinim istraživanjima često povezuje s vjerom i religijom [109,110,199,323]. No, već je prethodno naglašeno da uopće nema povezanosti niti s vjerom, kao i religijom [69]. Duhovnost je višedimenzionalna i svatko može „iskusiti“ duhovnost, bez obzira na vjersku orijentaciju [324].

Međutim, realizacija novih instrumenata za procjenu duhovnog blagostanja definitivno može biti jedan od zahtjevnijih procesa, koji imaju potencijal usmjeravanja pozornosti zdravstvenih djelatnika na „kritična pitanja“ u unaprjeđenju duhovnog i mentalnog zdravlja kod onkoloških bolesnika tijekom njihova liječenja [111].

U pojedinim radovima je uočeno da istraživanja s QLQ-SWB32 upitnikom u različitim zemljama i kulturama svrsishodno doprinosi kliničkoj praksi tijekom liječenja kurabilnih i palijativnih bolesnika [69,109,110,111,112].

Nekoliko je duhovno utemeljenih intervencija testirano na onkološkim bolesnicima te dostupni podaci u pojedinim istraživanjima sugeriraju da duhovne intervencije mogu unaprijediti njihovu kvalitetu života, kao i pospešiti fizički oporavak [325,326,327].

Buduće studije trebale bi se usredotočiti na razumijevanje biopsihosocijalnih mehanizama ovog odnosa, kao i na procjenu dodatnih intervencija kod bolesnika s rakom, kako bi se odgovorilo na njihove duhovne potrebe, pojačala otpornost na stresne događaje i promicalo fizičko i mentalno zdravlje [326,327,328]. Takve intervencije imaju potencijal unaprijediti kvalitetu života bolesnika nakon maligne dijagnoze, bez obzira na njihov klinički stadij bolesti [328].

Budući da su u pojedinim istraživanjima, koja su navedena u ovom radu pronađene negativne korelacije između duhovnog blagostanja i anksioznosti vezane uz strah od smrti, pokazalo se da kurabilni i palijativni bolesnici s višim vrijednostima duhovnog blagostanja pokazuju umanjenu anksioznost vezanu uz strah od smrti [110,125,193,197,198].

Bitno je istaknuti da usmjeravanje pozornosti zdravstvenih djelatnika i onkoloških bolesnika na pitanja koja se odnose na duhovno blagostanje, nastoji samo po sebi biti jedna od važnijih intervencija pomoći za unaprijeđenje kvalitete života i postizanje zadovoljavajućeg duhovnog blagostanja tijekom njihova liječenja [58,60,101,102,110,131].

Stoga, kako je i navedeno u Nacionalnom strateškom okviru protiv raka je poželjno uključivanje elemenata psihoonkologije, uključujući duhovno-terapijske intervencije u proces stručnog osposobljavanja i trajnog usavršavanja svih zdravstvenih djelatnika i drugih osoba, koje su uključene u onkološku skrb, jedne su od mjera koje bi mogle biti korisne intervencije kod liječenja onkoloških bolesnika i zadovoljavanja njihovih potreba [322].

Primjer zadovoljavanja potreba za dodatnim educiranjem onkoloških stručnjaka i ostalih pružatelja zdravstvenih usluga o duhovno-terapijskim intervencijama može se preuzeti iz edukacijskog programa, koji se implementirao u liječenju kurabilnih i palijativnih bolesnika u više od 20 zemalja, pod nazivom „Upravljanje rakom i živjeti smisleno“ (engl. „*Managing Cancer And Living Meaningfully*“ - CALM). Utvrđeno je da su spomenute intervencije važne u duhovnom procesu liječenja i učinkovite u smanjenju tjeskobe vezane uz strah od smrti [329].

CALM je kratka, polustrukturirana, suportivno–ekspresivna psihoterapeutska intervencija utemeljena na dokazima, osmišljena za pružanje odgovarajuće pomoći bolesnicima s uznapredovalim rakom i prognozom od najmanje godinu dana [330,331]. Temeljni prioritet je pomoći bolesnicima i njihovim obiteljima, u rješavanju praktičnih i dubokih problema povezanih s uznapredovalom malignom bolešću. Primarni cilj CALM terapije je smanjenje psihičkog stresa i prevencija budućeg stresa kod kurabilnih i palijativnih bolesnika te njihovih obitelji [329,330,331].

CALM terapija je fokusirana na četiri domene sadržaja, koje se bave praktičnim i dubokim problemima s kojima se obično suočavaju pojedinci s uznapredovalim metastatskim rakom, razvija terapijski odnos i pruža prostor za refleksiju:

1. Upravljanje simptomima i komunikacija s pružateljima zdravstvenih usluga;
2. Promicanje pozitivnih unutarnjih promjena bolesnika i odnosa s njihovim obiteljima i bliskim osobama;
3. Jačanje duhovnog blagostanja u postizanju osjećaj smisla i svrhe;
4. Poticanje osjećaja nade i utjehe u suočavanju s prijetnjom od smrti [329,330,331,332].

CALM terapija optimalno se sastoji od 3 - 6 pojedinačnih sesija, koje provodi širok raspon posebno educiranih zdravstvenih djelatnika tijekom 3 do 6 mjeseci. CALM domene rješavaju se za svakog bolesnika na prilagođen, individualiziran način, koji omogućuje varijacije u broju sesija s potrebom na svakoj domeni na temelju bolesnikovih potreba i zdravstvenog statusa. CALM može pružati širok raspon za to posebno educiranih psihosocijalnih onkoloških kliničara i ostalih pružatelja zdravstvenih usluga [330,331].

Do danas je educirano preko 200 zdravstvenih djelatnika, uključujući onkologe, liječnike primarne zdravstvene zaštite, psihijatre, medicinske sestre, socijalne radnike, psihologe, radne terapeute, pružatelje duhovne skrbi i glazbene terapeute iz više od 20 zemalja [330,331,332].

Uspostavilo se da bi bolesnici s umjerenom tjeskobom vezanom uz strah od smrti mogli imati najviše koristi od CALM terapije jer bi smanjila njihovu anksioznost, doprinijela da se osjećaju „zaštićeno i sigurno“ te poboljšala njihovo duhovno blagostanje [330,331,332].

Prema uputama Nacionalnog strateškog okvira protiv raka moglo bi se ostaviti prostora za primjenu gore spomenutih preporuka pod točkom 4. „Psihoonkološko liječenje i psihološke intervencije kod dolje navedenih stavaka:

- Uključivanje elemenata psihoonkologije u edukaciju, odnosno trajno usavršavanje onkologa kako bi se na vrijeme prepoznale psihološke poteškoće koje se javljaju kod onkoloških bolesnika i njihovih obitelji.
- Provođenje dodatne edukacije stručnjaka koji rade u psihoonkološkim savjetovaništima iz područja psihoonkologije i osnova onkološkog liječenja.
- Izrada smjernica i postupnika o oblicima i načinima podrške u pružanju psiholoških tretmana i savjetovanja, izboru instrumentarija i istraživanju potreba bolesnika.
- Umrežavanje, dijeljenje iskustava i znanja te organiziranje edukacija za stručnjake koji rade na području psihoonkološkog savjetovanja onkoloških bolesnika i članova njihovih obitelji [320].“

U suradnji s visokokvalificiranim stručnjacima iz različitih područja, CALM edukacija mogla bi se pokušati implementirati u „mikro sustavima“ KBC-a Rijeka, u obliku pilot-intervencija, a zatim, sukladno rezultatima i preporukama iz Nacionalnog strateškog okvira protiv raka postepeno u ostale sustave na nacionalnoj razini. Primarni cilj bi bio jačanje duhovnog blagostanja i unaprijeđenje kvalitete života kurabilnih i palijativnih bolesnika te osigurati pružanje višestruke podrške njihovim obiteljima.

## 5.8. *Ograničenja istraživanja*

QLQ-SWB32 upitnik je primijenjen na uzorku od 143 ispitanika, približno jednakih udjela muškaraca i žena, kurabilnih onkoloških bolesnika bez metastaza na udaljenim organima.

Kao što je preporučeno u prethodnim studijama korištenjem QLQ- SWB32 upitnika, uvedene su varijable ekonomskog statusa i utvrđene statistički značajne razlike. Kvantitativnom usporedbom utvrđeno je da u ovom istraživanju su nalazi dosljedni i usporedivi s rezultatima s drugim istraživanjima, koje koriste QLQ- SWB32 upitnik.

Validacija instrumenta izvršena je za hrvatski jezik. Hrvatska inačica QLQ-SWB32 upitnika mogla bi se koristiti i u susjednim zemljama, gdje se hrvatski jezik razumije i koristi u usmenoj i pisanoj komunikaciji.

Većina onkoloških bolesnika, koji su sudjelovali u ovom istraživanju tražila je objašnjenje definicije duhovnog blagostanja, što im je bilo i ponuđeno. Franklova definicija “potraga za svrhom i smislom”, je mogla utjecati na odgovore onkoloških bolesnika, uzrokujući time minimalne razlike za dvije čestice u ovoj faktorskoj analizi, u usporedbi s međunarodnom validacijskom studijom iz četrnaest zemalja.

Međutim, veličina ovog uzorka bila je znatno manja od međunarodnog istraživanja (143 ispitanika umjesto 451) i daleko manje kulturološki različita (ispitanici iz jedne zemlje, koriste jedan jezik, a ne, kao u četrnaest zemalja deset jezika). Spomenuto je moglo utjecati na faktorsku analizu te također na pouzdanost mjerenja, kao i neke dobivene rezultate, npr. razlike na polju obrazovanja. S druge strane uzorak ovog istraživanja regrutiran je u jednoj od pet hrvatskih sveučilišnih kliničkih bolničkih centara. Stoga postoji povezanost sa situacijom u općoj populaciji.

Inače, generaliziranje ovih rezultata na sve oboljele od raka u Hrvatskoj nije preporučljivo, jer postoje vjerske i kulturološke razlike između obalne i kontinentalne Hrvatske. Istraživanje s QLQ-SWB32 upitnikom kod onkoloških bolesnika, možda, bi mogla biti smjernica za buduća istraživanja, ne samo u okolnim zemljama Hrvatske, već i u ostalim dijelovima Europe, gdje su uočene različite kulturološke razlike.

U pojedinim istraživanjima pokazala se i značajna povezanost između duhovnog blagostanja, kvalitete života, anksioznosti i depresije kod onkoloških bolesnika. Obzirom da osjećaji anksioznosti vezani uz strah od smrti kod onkoloških bolesnika utječu na njihovo liječenje i kvalitetu života, uočeno je da njihove ispunjene duhovne potrebe pružaju utjehu kod suočavanja s malignom bolešću, laše podnošenje popratnih simptoma te efikasnije odgovore na

tijek njihova liječenja. Rezultati su pokazali da je duhovno blagostanje u negativnoj korelaciji s anksioznošću, depresijom, ekspresiji popratnih simptoma maligne bolesti, dok je u pozitivnoj korelaciji s kvalitetom života kurabilnih i palijativnih bolesnika. Stoga, bi preporuka bila provesti daljnja istraživanja u Hrvatskoj, koja bi ispitala povezanost između duhovnog blagostanja, kvalitete života, depresije i anksioznosti.

Također, važno je istaknuti da u ovom istraživanju se deklariralo 42,66% ispitanika da uopće nema vjerska uvjerenja, no podaci su pokazali da još uvijek mogu izraziti vjeru u zagrobni život u nekom smislu, i/ili vrednovati molitvu. Stoga, kao prijedlog daljnjih istraživanja u Hrvatskoj, s ciljem dobivanja relevantnijih rezultata na polju religijskog opredjeljenja, bilo bi korisno podijeliti “nevjernike” na ateiste i agnostike.

Ovo istraživanje je provedeno prije početka COVID-19 pandemije. U budućim istraživanjima, preporuka je usporediti duhovno blagostanje i kvalitetu života prije i poslije COVID-19 pandemije, posebice radi pojave Post-COVID sindroma. Navedeno bi sigurno utjecalo na različite rezultate ispitanika, što bi trebalo potaknuti zdravstveni sustav na holistički, pojedinačni pristup prema svakom onkološkom bolesniku, kako bi se unaprijedila kvaliteta života i postigao viši stupanj duhovnog blagostanja.

Zaključno, u budućim istraživanjima kod kurabilnih i palijativnih bolesnika, također bi se trebalo razmotriti na koji način zadovoljiti njihove neispunjene duhovne potrebe, a time i unaprijediti njihovu kvalitetu života, što bi istovremeno doprinijelo olakšanom podnošenju popratnih simptoma maligne bolesti, kao i nuspojava onkološkog liječenja.

## 6. ZAKLJUČCI

**Glavni cilj** ovog rada bio je ispitati povezanost duhovnog blagostanja i kvalitete života bolesnika s rakom tijekom njihova onkološkog liječenja.

**Prema dobivenim rezultatima utvrđena je povezanost između sociodemografskih obilježja i duhovnog blagostanja.** Pronađene su **statistički značajne razlike** za neke od uspoređenih skupina ispitanika:

- Pregledom rezultata uočeno je da prema **spolu** duhovno blagostanje je bilo značajno više kod žena nego kod muškaraca;
- Pregledom rezultata prema **dobi** su uočene više vrijednosti duhovnog blagostanja kod mlađih ispitanika u odnosu na starije ispitanike;
- Prema dobivenim rezultatima kod **radnog i ekonomskog statusa**; duhovno blagostanje se statistički značajno razlikovalo između umirovljenika i zaposlenih na neodređeno vrijeme te ispitanika s ispodprosječnim primanjima u odnosu na ostale skupine ispitanika. Niže vrijednosti duhovnog blagostanja zabilježene su kod umirovljenika i ispitanika s ispodprosječnim primanjima;
- Pregledom rezultata kod **religijskog opredjeljenja** duhovno blagostanje je bilo značajno više kod žena i mlađih ispitanika nego kod muškaraca i starijih ispitanika.

**Prema dobivenim rezultatima utvrđena je povezanost između kliničkih parametara i duhovnog blagostanja.** Pronađene su **statistički značajne razlike** za neke od uspoređenih skupina ispitanika:

- Pregledom rezultata u **kliničkim stadijima bolesti**, bolesnici s kliničkim stadijem bolesti I, imali su više vrijednosti duhovnog blagostanja naspram onih bolesnika s višim stadijima bolesti;
- Pronađena je **statistički značajna razlika** kod **sijela raka** gdje su uočene više vrijednosti duhovnog blagostanja kod bolesnica s rakom dojke i ginekološkim rakom, dok najniže vrijednosti su imali bolesnici s rakom urogenitalnog sustava;
- Pregledom rezultata prema **sijelu** žene su pokazale generalno više vrijednosti duhovnog blagostanja od muškaraca.

**Prema dobivenim rezultatima utvrđena je povezanost sociodemografskih obilježja i pojedinih odrednica kvalitete života.** Pronađene su **statistički značajne razlike** za neke od



uspoređenih skupina ispitanika:

- Statističke značajne razlike pronađene su kod **radnog statusa** ispitanika. Više vrijednosti **fizičkog funkcioniranja (PF)** su zabilježene kod zaposlenika na neodređeno vrijeme u odnosu na umirovljenike;
- Pronađene su više vrijednosti kod **socijalnog funkcioniranja (SF)**, **vitalnosti (VT)** i **mentalnog statusa** nezaposlenih ispitanika u odnosu na preostale skupine;
- Prema dobivenim rezultatima pronađene su statistički značajne razlike kod **ekonomskog statusa**. Ispitanici iznad prosječnog ekonomskog statusa imaju više vrijednosti kod svih odrednica kvalitete života, izuzev odrednice **ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE)**;
- Pronađene su statistički značajne razlike kod **bračnog statusa** ispitanika. Više vrijednosti **vitalnosti (VT)** pronađene su kod samaca i ostalih oblika zajedničkog života u odnosu na oženjene i razvedene ispitanike. Niže vrijednosti **ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća (RE)** su uočene kod razvedenih ispitanika u odnosu na ostale skupine.

**Prema dobivenim rezultatima utvrđena je povezanost kliničkih parametara i pojedinih odrednica kvalitete života.** Pronađene su statistički značajne razlike za neke od uspoređenih skupina ispitanika:

- Pregledom rezultata prema **kliničkom stadiju bolesti**, bolesnici s kliničkim stadijem I imaju više vrijednosti kod **mentalnog zdravlja (MH)** i **općenito mentalnog zdravlja (MENT)** u odnosu na bolesnike s drugimi i trećim stadijem bolesti;
- Više vrijednosti kod **fizičkog funkcioniranja (PF)** i **općenito fizičkog zdravlja (PHYS)** su pronađene kod bolesnika s trećim stadijem bolesti;
- Prema **primarnom sijelu raka**, uočena je povezanost kvalitete života s odrednicom **fizičkog funkcioniranja (PF)**. Najniže vrijednosti imaju tumori ginekološkog sustava, pa zatim probavnog sustava koji se statistički značajno razlikuju od tumora dojke i urogenitalnog sustava koji imaju više vrijednosti.

**Prema dobivenim rezultatima utvrđena je povezanost između duhovnog blagostanja i kvalitete života.**

- Pregledom dobivenih rezultata uočene su pozitivne korelacije između skala **odnosi s drugima (RO)**, **odnos prema sebi (RS)**, **odnos s nečim višim (RSG)** i **egzistencijalna pitanja (EX)**, sa svim odrednicama kvalitete života (QL2);

- Primijećena je izražena povezanost čestice **sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB)** sa skalom **kvalitete života (QL2)**.

**Prema dobivenim rezultatima uočena je povezanost duhovnog blagostanja s izražajem simptoma bolesti.** Većina korelacija je negativna. Pronađene su **statistički značajne razlike** za neke od uspoređenih skupina ispitanika:

- Pregledom rezultata su zabilježene negativne korelacije između skale **odnosi s drugima (RO) s umorom (FA) teškoćom disanja (DY) i dijarejom (DI)**. Iz navedenog se može zaključiti da bolesnici koji imaju socijalnu podršku i primaju ohrabrenje iz svoje okoline lakše podnose simptome maligne bolesti;
- Sve negativne korelacije zabilježene su između skale **odnos prema sebi (RS)** sa svim česticama izražaja simptoma bolesti. Kod skale **odnos prema sebi (RS)**, uočena je povezanost sa **simptomima umora (FA), boli (PA), teškoćom disanja (DY), dijarejom (DI) te financijskih poteškoća (FI)**. Bolesnici, koji imaju pozitivnu sliku o sebi u smislu samomotivacije i stečenih vještina samoupravljanja s popratnim simptomima, pokazuju manji izražaj simptoma maligne bolesti;
- Na skali **egzistencijalna pitanja (EX)** zabilježene su negativne slabe do umjerene korelacije s **umorom (FA), boli (PA), teškoćom disanja (DY) i gubitkom apetita (AP)**. Sve korelacije su negativne, što znači da više vrijednosti na skali **egzistencijalna pitanja (EX)** mogu biti povezane s manjim izražajem simptoma maligne bolesti;
- Čestica **sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB)** pokazuje slabije negativne korelacije sa svim česticama izražaja simptoma bolesti. Primijećena je izražena povezanost sa skalama **umora (FA) i boli (PA)**. Bolesnici s višim vrijednostima **sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB)**, možda ne pokazuju manji izražaj simptoma bolesti, već lakše podnose simptome maligne bolesti, jer mogu kontrolirati i samoupravljati s popratnim simptomima umora i boli.

**Prema dobivenim rezultatima zabilježena je povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom jačine boli.** Pronađene su **statistički značajne razlike** za neke od uspoređenih skupina ispitanika:

- Pregledom dobivenih rezultata uočena je **povezanost ekspresije jačine boli** kod skala **odnos prema sebi (RS), egzistencijalna pitanja (EX) i kod čestice sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB)**. Sve dobivene korelacije su negativne što bi značilo da kod višeg stupnja duhovnog blagostanja, bolesnik pokazuje manji izražaj

jačine boli, odnosno kod izražaja višeg intenziteta boli, manja je ekspresija duhovnog blagostanja. Važno je istaknuti da ova veza nije kauzalna, tj. ne može se tvrditi da jedno prouzročuje drugo bez dodatnih istraživanja;

- Analizirajući jačinu korelacije **egzistencijalnih pitanja (EX) i sveukupnog duhovnog blagostanja (Global-SWB)**, primijećena je slabija povezanost, dok kod skale **odnos prema sebi (RS)**, je uočena značajna povezanost. Inače doživljaj intenziteta boli je subjektivan fenomen, stoga, kod bolesnika, koji vode brigu o sebi i imaju zadovoljene duhovne potrebe, se neće smanjiti ekspresija intenziteta boli, već će im pomoći pri lakšem podnošenju ekspresije jačine boli.

**Prema dobivenim rezultatima nisu pronađene statistički značajne razlike u niti jednoj skali upitnika QLQ-SWB32, s obzirom na tijek različite bolesti.**

**Glavna hipoteza** ovog rada sugerira kako je duhovno blagostanje prediktor kvalitete života kod bolesnika s rakom tijekom njihova onkološkog liječenja.

Prema dobivenim rezultatima, hipoteza da bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja imaju višu kvalitetu života je dokazana.

Prema dobivenim rezultatima, hipoteza da bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja imaju manje izražene simptome maligne bolesti je dokazana.

Prema dobivenim rezultatima, hipoteza da bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja imaju manje izraženu ekspresiju jačine boli jest dokazana.

Prema dobivenim rezultatima, hipoteza da su bolesnici s višim stupnjem duhovnog blagostanja skloniji preživljenju nije dokazana, već zahtijeva daljnja istraživanja.

## 7. LITERATURA

1. Vrdoljak E, Belac Lovasić I, Kusić Z, Gugić D, Juretić A. Klinička onkologija. 3.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2018.
2. Damjanov I, Jukić S, Nola M. Patologija. 3.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
3. Willis RA. Pathology of Tumors. 3rd ed. London: Butterworth; 1960.
4. Ewing J. Neoplastic Disease: a Treatise on Tumors. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1940.
5. Sirica AE. Classification of Neoplasms. U: Sirica AE, ur. The Pathobiology of Neoplasia. Boston MA: Springer, 1989; str. 25-38.
6. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. Br Med J 1950;2:739-48.
7. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
8. Doll R, Hill AB. The Mortality of Doctors in Relation to Their Smoking Habits; a preliminary report. Br Med J 1954;1:1451-5.
9. Doll R, Hill AB. Mortality in Relation to Smoking: Ten Years' Observations of British Doctors. Br Med J 1964;1:1460-7.
10. Di Cicco ME, Ragazzo V, Jacinto T. Mortality in relation to smoking: the British Doctors Study. Breathe 2016;12(3):275-276.
11. Kolčić I, Vorko-Jović A, ur. Epidemiologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
12. Šekerija M, Korda K, Čukelj P, Erceg M. Uloga Registra za rak u praćenju epidemiologije raka u Hrvatskoj. Bilten Hrvatskog društva za medicinsku informatiku [Internet]. 2020 [pristupljeno 2023 svib 5];26(2):23-29. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/244845>
13. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin 2021;71(3):209-249.
14. Ferlay J, Ervik M, Lam F et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. Int J Cancer 2021;149(2):778-789.
15. Dyba T, Randi G, Bray F et al. The European cancer burden in 2020: Incidence and mortality estimates for 40 countries and 25 major cancers. Eur J Cancer 2021;157:308-347.
16. Hrvatski Zavod za javno zdravstvo. Služba za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti. Incidencija i mortalitet od raka u EU-27 zemljama za 2020 [Internet]. Zagreb: Hrvatski Zavod za javno zdravstvo; 2020 [pristupljeno 2023 svib 8]. Dostupno

na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/incidencija-i-mortalitet-od-raka-u-eu-27-zemljama-za-2020-godinu/>

17. Šekerija M, ur. Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2020. Bilten br. 45 [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2022 [pristupljeno 2023 svib 8]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-maligne-bolesti/>
18. Janković S, ur. Zdravstveno-statistički ljetopis Primorsko-goranske županije za 2021. godinu. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije; 2022, str. 54.
19. Žitnjak D, Soldić D, Kust D, Bolanča A, Kusić Z. Demographic and clinico-pathologic features of patients with primary breast cancer treated between 1997 and 2010: A single institution experience. *Acta Clin Croat* 2015;54(3):295-302.
20. Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10- year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer* 2005;41(12):1710-4.
21. Thornton LM, Andersen BL, Blakely WP. The pain, depression, and fatigue symptom cluster in advanced breast cancer: Covariation with the hypothalamic–pituitary–adrenal axis and the sympathetic nervous system. *Health Psychol* 2010;29(3):333-7.
22. Currier MB, Nemeroff CB. Depression as a risk factor for cancer: From pathophysiological advances to treatment implications. *Annu Rev Med* 2014;65:203-21.
23. Pahljina-Reinić R. Psihosocijalna prilagodba na rak dojke. *Psihologijske teme*. 2004;13(1):69-90.
24. Martinec R, Miholić D, Stepan Giljević J. Psihosocijalna onkologija i neki aspekti kompleksne rehabilitacije u odraslih osoba i djece oboljelih od malignih bolesti. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* [Internet]. 2012 [pristupljeno 2023 svib 8];48(2):145-155. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/87788>
25. Hagen KB, Aas T, Kvaloj JT, Eriksen HR, Soiland H, Lind R. Fatigue, anxiety and depression overrule the role of oncological treatment in predicting self-reported health complaints in women with breast cancer compared to healthy controls. *Breast J* 2016;28:100-16.
26. Jorgensen L, Game JP, Sogaard M, Laursen BS. The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *Eur J Oncol Nurs* 2015;19(6):612-8.

27. Andersen BL, Anderson B, deProse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(6):692-7.
28. Moyer A, Salovey P. Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Ann Behav Med* 1996;18(2):110-25.
29. Standish LJ, Sweet ES, Novack J et al. Breast cancer and the immune system. *J Soc Integr Oncol* 2008;6(4):158-68.
30. Levy SM, Herberman RB, Lee J, Whiteside T, Kirkwood J, McFeeley S. Estrogen receptor concentration and social factors as predictors of natural killer cell activity in early-stage breast cancer patients. Confirmation of a model. *Nat Immun Cell Growth Regul* 1990;9(5):313-24.
31. Büssing A, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* 2010;15(6):266-73.
32. McBride JL, Arthur G, Brooks R, Pilkington L. The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Fam Med* 1998;30(2):122-6.
33. World Health Organisation WHOQUOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB): Report on WHO consultation. Geneva: World Health Organisation; 1998.
34. Swinton J. Spirituality and mental health care: Rediscovering a „Forgotten“ Dimension. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001.
35. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. Oxford: Oxford University Press; 2001.
36. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *J Psychol Theol* 1983;11(4): 330–340.
37. Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *J Prof Nurs* 1992;8(1):41-7.
38. Haase JE, Britt T, Coward DD, Leidy NK, Penn PE. Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence. *Image J Nurs Sch* 1992;24(2):141-7.
39. Labun E. Spiritual care: an element in nursing care planning. *J Adv Nurs*. 1988;13(3):314-20.
40. Jones C, Wainwright G, Yarnolord E. The study of spirituality. Oxford: Oxford University Press; 1986.

41. Macquarrie J. *Paths in Spirituality*. Revised ed. London: Hymns Ancient & Modern Ltd; 2012.
42. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health* 1992;15(5):349-57.
43. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. *J Holist Nurs* 1999;17(1):18-33.
44. Frankl VE. *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. 4th ed. Boston MA: Beacon Press; 1992.
45. Ghanbari R, Mohammadimehr M. Identification of dimensions and indicators of spiritual health: A qualitative study. *J Educ Health Promot* 2020;9:352.
46. Abbasi M, Azizi F, Shamsi Gooshki E, Nasser Rad M, Akbari Laleh M. Conceptual definition and practicing spiritual health: A methodological study. *Med Ethics Quarterly* 2012;6:11–44.
47. Adib-Hajbaghery M, Faraji M. Comparison of happiness and spiritual well-being among the community dwelling elderly and those who lived in sanitariums. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2015;3(3):216–26.
48. Hematti S, Baradaran-Ghahfarokhi M, Khajooei-Fard R, Mohammadi-Bertiani Z. Spiritual well-being for increasing life expectancy in palliative radiotherapy patients: A questionnaire-based study. *J Relig Health* 2015;54(5):1563–72.
49. Chapman L. Developing a useful perspective on spiritual health: Well-being, spiritual potential and the search for meaning. *Am J Health Promot* 1987;1(3):31–9.
50. Chapman L. Developing a useful perspective on spiritual health: Love, joy, peace and fulfillment. *Am J Health Promot* 1987;2(2):121–7.
51. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot*. 1995;9(5):371-8.
52. Jores A. *Čovjek i njegova bolest: osnove antropološke medicine*. 2. izd. Zagreb: Provincijalat franjevac trećoredaca; 1998, str. 140 – 141.
53. Akyüz A, Güvenç G, Ustünsöz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(3):241-7.
54. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Al-Hayat J Biol Appl Biol* 2009; 14 (4 and 3) :33-39.
55. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003;361(9369):1603-7.

56. Baider L, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Wygoda MR, Peretz T. Is perceived family support a relevant variable in psychological distress?. A sample of prostate and breast cancer couples. *J Psychosom Res* 2003;55(5):453-60.
57. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79(3):258-64.
58. Fisher J. The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions* 2011; 2(1):17-28.
59. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997;24(4):663-71.
60. Chaar EA, Hallit S, Hajj A et al. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Support Care Cancer* 2018;26(8):2581-2590.
61. Schwartz CE, Bode R, Repucci N, Becker J, Sprangers MA, Fayers PM. The clinical significance of adaptation to changing health: a meta-analysis of response shift. *Qual Life Res* 2006;15(9):1533-50.
62. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000;53(9):895-907.
63. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med* 1999;48(11):1507-15.
64. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273(1):59-65.
65. Ferrell BR, Dow KH, Grant M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Qual Life Res* 1995;4(6):523-31.
66. Cobb M, Puchalski C, Rumbold B, urednici. *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
67. Vivat B. Members of the Quality of Life Group of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliat Med* 2008;22(7):859-68.
68. Vivat B, Young T, Efficace F et al. Cross-cultural development of the EORTC QLQ-SWB36: a stand-alone measure of spiritual wellbeing for palliative care patients with cancer. *Palliat Med* 2013;27(5):457-69.



69. Vivat B, Young TE, Winstanley J et al. The international phase 4 validation study of the EORTC QLQ-SWB32: A stand-alone measure of spiritual well-being for people receiving palliative care for cancer. *Eur J Cancer Care* 2017;26(6):1-19.
70. Hermann C. Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(4):737-44.
71. Kugler S. Quality of life and standards for quality. *E Quality* 2001;2:70-2.
72. Dongbo F, Ding Y, McGovan P, Fu H. Qualitative evaluation of Chronic Disease Self management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Educ Couns* 2006;61(3):389-96.
73. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1447-62.
74. Gotay CC, Blaine D, Haynes SN, Holup J, Pagano IS. Assessment of quality of life in a multicultural cancer patient population. *Psychol Assess* 2002;14(4):439-50.
75. Schumacher M, Olschewski M, Schulgen G. Assessment of quality of life in clinical trials. *Stat Med* 1991;10(12):1915-30.
76. van Knippenberg FC, de Haes JC. Measuring the quality of life of cancer patients: psychometric properties of instruments. *J Clin Epidemiol* 1988;41(11):1043-53.
77. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park)* 1990;4(5):29-38.
78. Velikova G, Stark D, Selby P. Quality of life instruments in oncology. *Eur J Cancer* 1999;35(11):1571-80.
79. Reale ML, De Luca E, Lombardi P et al. Quality of life analysis in lung cancer: A systematic review of phase III trials published between 2012 and 2018. *Lung Cancer* 2020;139:47-54.
80. Vergara N, Montoya JE, Luna HG, Amparo JR, Cristal-Luna G. Quality of life and nutritional status among cancer patients on chemotherapy. *Oman Med J* 2013;28(4):270-4.
81. Young T, Maher J. Collecting quality of life data in EORTC clinical trials--what happens in practice? *Psychooncology* 1999;8(3):260-3.
82. Martinelli F, Quinten C, Maringwa J et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Clinical Groups. Examining the relationships among health-related quality-of-life indicators in cancer patients participating in clinical trials: a pooled study of baseline EORTC QLQ-C30 data. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2011;11(5):587-99.

83. Bottomley A. Metastatic colorectal cancer: treatment challenges and quality of life. *Lancet* 2002;359(9317):1537-8.
84. Efficace F, Jacobs M, Pusic A et al. EORTC Quality of Life Group Patient Reported Outcome Measurements Over Time In ONcology-PROMOTION Registry. Patient-reported outcomes in randomised controlled trials of gynaecological cancers: investigating methodological quality and impact on clinical decision-making. *Eur J Cancer* 2014;50(11):1925-41.
85. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality – of - life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(5):365–76.
86. Fayers P, Bottomley A, EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer* 2002;38:125-33.
87. Efficace F, Bottomley A, Vanvoorden V, Blazeby JM. Methodological issues in assessing health-related quality of life of colorectal cancer patients in randomised controlled trials. *Eur J Cancer* 2004;40(2):187-97.
88. Fisch MJ, Titzer ML, Kristeller JL, Shen J, Loehrer PJ, Jung SH, et al. Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being - a Hoosier Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2003;21(14):2754–9.
89. World Health Organization (WHO). Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization Technical Report Series. Geneva: World Health Organization;1990.
90. Culliford L. Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. *Advances in Psyhiatric Treatment* 2002;8:249-61.
91. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007;25(5):555–60.
92. Hampton JS, Weinert C. An exploration of spirituality in rural women with chronic illness. *Holist Nurs Pract* 2006;20(1):27–33.
93. Yong J, Kim J, Han SS, Puchalski CM. Development and validation of a scale assessing spiritual needs for Korean patients with cancer. *J Palliat Care* 2008;24(4):240–6.

94. Thompson SC, Pitts J. Factors relating to a person's ability to find meaning after a diagnosis of cancer. *J Psychosoc Oncol* 1993;11(3):1-21.
95. Smith ED, Stefanek ME, Joseph MV, Verdieck MJ, Zabora JR, Fetting JH. Spiritual awareness, personal perspective on death, and psychosocial distress among cancer patients: An initial investigation. *J Psychosoc Oncol* 1993;11(3):89-103.
96. Levy SM, Herberman RB, Whiteside T, Sanzo K, Lee J, Kirkwood J. Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosom Med* 1990;52(1):73-85.
97. Baron RS, Cutrona CE, Hicklin D, Russell DW, Lubaroff DM. Social support and immune function among spouses of cancer patients. *J Pers Soc Psychol* 1990;59(2):344–52.
98. Taylor EJ. Whys and wherefores: adult patient perspectives of the meaning of cancer. *Semin Oncol Nurs* 1995;11(1):32-40.
99. Taylor EJ. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(4):729-35.
100. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Support Care Cancer* 2013;21(5):1219-25.
101. Whitford HS, Olver IN, Peterson MJ. Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology* 2008;17(11):1121-8.
102. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer* 2011;48(1):55-9.
103. Mohebbifar R, Pakpour AH, Nahvijou A, Sadeghi A. Relationship between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(16):7321-6.
104. Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease: A qualitative study. *Palliat Support Care* 2004;2(4):371–8.
105. Johannessen-Henry CT, Deltour I, Bidstrup PE, Dalton SO, Johansen C. Associations between faith, distress and mental adjustment: a Danish survivorship study. *Acta Oncol* 2013;52(2):364–71.
106. Dabo I, Skočilić I, Vivat B, Belac-Lovasić I, Sorta-Bilajac Turina I. Spiritual Well-Being for Croatian Cancer Patients: Validation and Applicability of the Croatian Version of the EORTC QLQ-SWB32. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(22):11920.

107. Klinički bolnički centar Rijeka [Internet]. Rijeka: Klinički bolnički centar Rijeka; 2016 [pristupljeno 2023 svib 9]. Dostupno na: <https://kbc-rijeka.hr/profil/>
108. Dewolf L, Koller M, Velikova G, Johnson C, Scott N, Bottomley A on behalf of the EORTC Quality of Life Group. EORTC Quality of Life Group Translation Procedure. 3rd ed. Brussels: EORTC Quality of Life Group Publication; 2009.
109. Chen J, You H, Liu Y, Kong Q, Lei A, Guo X. Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine (Baltimore)* 2021;100(1):e24264.
110. Feng Y, Liu X, Lin T et al. Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in patients with gynecological cancer: a cross-section study. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):78.
111. Kyranou M, Nicolaou M. Associations between the spiritual well-being (EORTC QLQ-SWB32) and quality of life (EORTC QLQ-C30) of patients receiving palliative care for cancer in Cyprus. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):133.
112. Rohde GE, Young T, Winstanley J et al. Associations between sex, age and spiritual well-being scores on the EORTC QLQ-SWB32 for patients receiving palliative care for cancer: A further analysis of data from an international validation study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019;28(6):e13145.
113. Kruizinga R, Scherer-Rath M, Schilderman JBAM, Weterman M, Young T, van Laarhoven HWM. Images of God and attitudes towards death in relation to spiritual wellbeing: an exploratory side study of the EORTC QLQ-SWB32 validation study in palliative cancer patients. *BMC Palliat Care* 2017;16(1):67.
114. Costa DS, Aaronson NK, Fayers PM et al. Deriving a preference-based utility measure for cancer patients from the European Organisation for the Research and Treatment of Cancer's Quality of Life Questionnaire C30: a confirmatory versus exploratory approach. *Patient Relat Outcome Meas* 2014;5:119–129.
115. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34(3):220–233.
116. Jureša V, Ivanković D, Vuletić G et al. The Croatian Health Survey – SF-36: I. General Quality of Life Assessment. *Coll Antropol* 2000;24(1):69-78.
117. Maslić-Seršić D, Vuletić G. Psychometric Evaluation and Establishing Norms of Croatian SF-36 Health Survey: Framework for Subjective Health Research. *Croat Med J* 2006;47(1):95-102.

118. Cheak-Zamora NC, Wyrwich KW, McBride TD. Reliability and validity of the SF-12v2 in the medical expenditure panel survey. *Qual Life Res* 2009;18(6):727–735.
119. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 HEALTH Survey. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2002.
120. Saris-Baglama RN, Dewey CJ, Chisholm GB et al. QualityMetric Health Outcomes Scoring Software 2.0: User's Guide. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2007.
121. National Cancer Institut (NCI) [Internet]. Rockville (MD): National Cancer Institut; 2022 [cited 2023 May 9]. Available online: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
122. . Altman DG. Practical statistics for medical research. London: UK; New York, NY: Chapman and Hall; 2006.
123. Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF, Philipsen H. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs* 1996;19(3):162-9.
124. Zhao SX, Qiang WM, Zheng XN, Luo ZQ. Development of death education training content for adult cancer patients: A mixed methods study. *J Clin Nurs* 2018;27(23-24):4400-4410.
125. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2012;30(3):347-58.
126. McCorkle R, Quint-Benoliel J. Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life-threatening disease. *Soc Sci Med* 1983;17(7):431-8.
127. Härtl K, Janni W, Kästner R et al. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol* 2003;14(7):1064-71.
128. Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AM, Platania A, Vitale SG. Psychological impact of fertility preservation techniques in women with gynaecological cancer. *Ecancermedalscience* 2017;11:ed62.
129. Vitale SG, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Laganà AS. Fertility preservation in women with gynaecologic cancer: the impact on quality of life and psychological well-being. *Hum Fertil (Camb)* 2018;21(1):35-38.
130. McCullough M, Bono G, Root L. Religion and forgiveness. U: Paloutzian RF, Park CL, ur. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press, 2005; str. 394–411.
131. Rousseau P. Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol* 2000;18(9):2000-2.

132. Lawler-Row KA. Forgiveness as a mediator of the religiosity - health relationship. *Psychol Relig Spirit* 2010;2(1):1–16.
133. Hermann CP. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncol Nurs Forum* 2007;34(1):70-8.
134. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002;24(1):49-58.
135. Trzebiatowska M, Bruce S. *Why Are Women More Religious than Men?* Oxford: Oxford University Press; 2012.
136. Harding R, Powell RA, Namisango E et al. Palliative care-related self-report problems among cancer patients in East Africa: a two-country study. *Support Care Cancer* 2014;22(12):3185-92.
137. Vidović M. *Povijest Crkve u Hrvata*. 2. izd. Split: Ogranak Matice Hrvatske Metković; 2007.
138. Lucette A, Brédart A, Vivat B, Young T. Pilot-testing the French version of a provisional European organisation for research and treatment of cancer (EORTC) measure of spiritual well-being for people receiving palliative care for cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2014;23(2):221-7.
139. Državni Zavod za statistiku. *Pokazatelji siromaštva i socijalne isključivosti u 2021* [Internet]. Zagreb: Državni Zavod za statistiku; 2022 [pristupljeno 2023 svib 9]. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/2022/hr/29178>
140. Državni Zavod za statistiku. *Popis stanovništva, kućanstava i stanova u Republici Hrvatskoj 2021* [Internet]. Zagreb: Državni Zavod za statistiku; 2022 [pristupljeno 2023 svib 9]. Dostupno na: <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>
141. Astrow AB, Kwok G, Sharma RK, Fromer N, Sulmasy DP. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *J Pain Symptom Manage* 2018;55(1):56-64.
142. Kemp E, Koczwara B, Butow P et al. Online information and support needs of women with advanced breast cancer: a qualitative analysis. *Support Care Cancer* 2018;26(10):3489-3496.

143. Rebitschek FG, Reisel D, Lein I, Wegwarth O. Epigenetic Risk Assessment of Female Cancers: Women's Information Needs and Attitudes. *Public Health Genomics* 2019;22(1-2):46-57.
144. Piderman KM, Johnson ME, Frost MH et al. Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. *Psychooncology* 2014;23(2):216-21.
145. Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M, Bruera E. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care* 2011;28(4):264-70.
146. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol* 2004;9(6):713-30.
147. Pargament KI, Ano GG. Spiritual resources and struggles in coping with medical illness. *South Med J* 2006;99(10):1161-2.
148. Nemati S, Rassouli M, Ilkhani M, Baghestani AR. Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2018;32(1):309-316.
149. Visser A, de Jager Meezenbroek EC, Garssen B. Does spirituality reduce the impact of somatic symptoms on distress in cancer patients? Cross-sectional and longitudinal findings. *Soc Sci Med* 2018;214:57-66.
150. Gifford W, Thomas O, Thomas R, Grandpierre V, Ukagwu C. Spirituality in cancer survivorship with First Nations people in Canada. *Support Care Cancer* 2019;27(8):2969-2976.
151. Puchalski C, Ferrell B, Virani R et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009;12(10):885-904.
152. Laghousi D, Jafari E, Nikbakht H, Nasiri B, Shamshirgaran M, Aminisani N. Gender differences in health-related quality of life among patients with colorectal cancer. *J Gastrointest Oncol* 2019;10(3):453-461.
153. Krouse R, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R, Chu D. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *J Surg Res* 2007;138(1):79-87.
154. Quinten C, Coens C, Ghislain I et al. The effects of age on health-related quality of life in cancer populations: A pooled analysis of randomized controlled trials using the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 involving 6024 cancer patients. *Eur J Cancer* 2015;51(18):2808-19.

155. Orindi OT, Aduda DSO, Amimo FA. Socio-Demographic Characteristics Associated with Quality of Life-Scores among Palliative Care Cancer Patients in Kenya. *J Community Med Public Health* 2021;5:220.
156. Goker A, Guvenal T, Yanikkerem E, Turhan A, Koyuncu FM. Quality of life in women with gynecologic cancer in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(11):3121-8.
157. Knight SJ, Latini DM, Hart SI et al. Education predicts quality of life among men with prostate cancer cared for in the Department of Veterans Affairs: a longitudinal quality of life analysis from CaPSURE. *Cancer* 2007;109(9):1769-76.
158. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia [Quality of life and associated factors in women with breast cancer in Antioquia, Colombia]. *Rev Panam Salud Publica* 2010;28(1):9-18.
159. Lis CG, Cambron JA, Grutsch JF, Granick J, Gupta D. Self-reported quality of life in users and nonusers of dietary supplements in cancer. *Support Care Cancer* 2006;14(2):193-9.
160. Yildiz I, Ozguroglu M, Toptas T, Turna H, Sen F, Yildiz M. Patterns of complementary and alternative medicine use among Turkish cancer patients. *J Palliat Med* 2013;16(4):383-90.
161. Blinder VS, Murphy MM, Vahdat LT et al. Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women. *J Community Health* 2012;37(4):763-72.
162. Glare PA, Nikolova T, Alickaj A, Patil S, Blinder V. Work Experiences of Patients Receiving Palliative Care at a Comprehensive Cancer Center: Exploratory Analysis. *J Palliat Med* 2017;20(7):770-773.
163. Kannan K, Prashant K, Rao JG. Quality of life of women with breast cancer at a tertiary care hospital. *Int J Biol Med Res* 2011;2:1003–5.
164. Timperi AW, Ergas IJ, Rehkopf DH, Roh JM, Kwan ML, Kushi LH. Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors. *Psychooncology* 2013;22(6):1411-20.
165. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2(8668):888-91.
166. Surbhi, Gupta H, Brar GK, Jalota V. Quality of life and its sociodemographic determinants in breast cancer patients. *Ind Psychiatry J* 2022;31(2):313-317.
167. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008;27(1):32.



168. Al-Naggar RA, Nagi NM, Ali MM, Almuasli M. Quality of life among breast cancer patients in Yemen. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12(9):2335-41.
169. Hassen AM, Taye G, Gizaw M, Hussien FM. Quality of life and associated factors among patients with breast cancer under chemotherapy at Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One* 2019;14(9):e0222629.
170. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci* 2011;11(2):266-70.
171. Üstündağ S, Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2015;2(1):17-25.
172. Leung J, Pachana NA, McLaughlin D. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psychooncology* 2014 Sep;23(9):1014-20.
173. Fradelos EC, Latsou D, Mitsi D et al. Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemp Oncol (Pozn)* 2018;22(3):172-177.
174. Unterrainer HF, Schoeggl H, Fink A, Neuper C, Kapfhammer HP. Soul darkness? Dimensions of religious/ spiritual well-being among mood-disordered inpatients compared to healthy controls. *Psychopathology* 2012;45(5):310-6.
175. Kim S, Esquivel GB. Adolescent spirituality and resilience: Theory, research, and educational practices. *Psychol Sch* 2011;48(7):755–765.
176. Connor KM, Davidson JR, Lee LC. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *J Trauma Stress* 2003;16(5):487-94.
177. Koo MM, Swann R, McPhail S et al. Presenting symptoms of cancer and stage at diagnosis: evidence from a cross-sectional, population-based study. *Lancet Oncol* 2020;21(1):73-79.
178. Heidrich SM, Egan JJ, Hengudomsu P, Randolph SM. Symptoms, symptom beliefs, and quality of life of older breast cancer survivors: a comparative study. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(2):315-22.
179. Thatcher N, Hopwood P, Anderson H. Improving quality of life in patients with non-small cell lung cancer: research experience with gemcitabine. *Eur J Cancer* 1997;33(1):8-13.
180. Menen RS, Hunt KK. Considerations for the Treatment of Young Patients with Breast Cancer. *Breast J* 2016;22(6):667-672.

181. Mandelblatt J, Figueiredo M, Cullen J. Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: when, why, how much, and what do women want? *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:45.
182. Litwin MS, Talcott JA. Measuring quality of life in prostate cancer: progress and challenges. In: Lipscomb J, Gotay CC, Snyder C eds. *Outcomes Assessment in Cancer: Measures, Methods, and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005; p. 126–159.
183. Maughan TS, James RD, Kerr DJ et al. Comparison of survival, palliation, and quality of life with three chemotherapy regimens in metastatic colorectal cancer: a multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;359(9317):1555-63.
184. de Jong N, Candel MJ, Schouten HC, Abu-Saad HH, Courtens AM. Prevalence and course of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Ann Oncol*. 2004;15(6):896-905.
185. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions* 2011; 2(1):77-94.
186. Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SpREUK questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:10.
187. Usta YY. Importance of social support in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(8):3569-72.
188. Li L, Moore D. Acceptance of disability and its correlates. *J Soc Psychol* 1998;138(1):13-25.
189. Zhang TL, Hu AL, Xu HL, Zheng MC, Liang MJ. Patients after colostomy: relationship between quality of life and acceptance of disability and social support. *Chin Med J (Engl)* 2013;126(21):4124-31.
190. Holness DL. Results of a quality of life questionnaire in a patch test clinic population. *Contact Dermatitis* 2001;44(2):80-4.
191. Miniszewska J, Chodkiewicz J, Ograczyk A, Zalewska-Janowska A. Optimism as a predictor of health-related quality of life in psoriatics. *Postepy Dermatol Alergol* 2013;30(2):91-5.
192. Sekely A, Xie Y, Makani A, Brown T, Zakzanis KK. Spiritual Well-Being as a Predictor of Emotional Impairment Following Mild Traumatic Brain Injury. *J Clin Psychol Med Settings* 2020;27(4):859-866.

193. Scheffold K, Philipp R, Koranyi S et al. Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliat Support Care* 2018;16(3):308-316.
194. Zhang J, Peng J, Gao P et al. Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BMC Geriatr* 2019;19(1):308.
195. Vitillo R, Puchalski CM. World Health Organization authorities promote greater attention and action on palliative care. *J Palliat Med* 2014;17:988–989.
196. Saunders C. The philosophy of terminal cancer care. *Ann Acad Med Singap* 1987;16(1):151-4.
197. Routledge C, Juhl J. When death thoughts lead to death fears: mortality salience increases death anxiety for individuals who lack meaning in life. *Cognit Emot* 2010;24(5):848–854.
198. Lyke J. Associations among aspects of meaning in life and death anxiety in young adults. *Death Stud* 2013;37(5):471-82.
199. Johnson KS, Tulskey JA, Hays JC et al. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *J Gen Intern Med* 2011 Jul;26(7):751-8.
200. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016;25(6):961-969.
201. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 1999;8(5):429-38.
202. Poder TG, Lemieux R. How effective are spiritual care and body manipulation therapies in pediatric oncology? A systematic review of the literature. *Glob J Health Sci* 2013;6(2):112-27.
203. Dalmida SG, Holstad MM, Diiorio C, Laderman G. Spiritual Well-Being and Health-Related Quality of Life Among African-American Women with HIV/AIDS. *Appl Res Qual Life* 2011;6(2):139-157.
204. Rawdin B, Evans C, Rabow MW. The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients. *J Palliat Med* 2013;16(2):167-72.
205. Ibrahim N, Che Din N, Ahmad M et al. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC Public Health* 2019;19:553.

206. Niu Y, McSherry W, Partridge M. Exploring the Meaning of Spirituality and Spiritual Care in Chinese Contexts: A Scoping Review. *J Relig Health* 2022;61(4):2643-2662.
207. Dong M, Wu S, Zhu Y, Jin S, Zhang Y. Secular Examination of Spirituality-Prosociality Association: Survey Research in Nonreligious-Based Populations in China. *Arch Psychol Relig* 2017;39(1):61–81.
208. Yang F, Yuan V, Sun A et al. Spiritual Life Study of Chinese Residents. 2007. the Arda [Internet]. 2019 [cited 2023 May 11]. Available from. <https://www.thearda.com/data-archive?fid=sprtchna>
209. Jing XJ. Nonbelievers' Beliefs about Religion in China. *Soc Behav Pers* 2014;42(7):1221–31.
210. Yang C-T, Narayanasamy A, Chang S-L. Transcultural spirituality: the spiritual journey of hospitalized patients with schizophrenia in Taiwan. *J Adv Nurs* 2012;68(2):358–67.
211. Grande GE, Farquhar MC, Barclay SI, Todd CJ. Quality of life measures (EORTC QLQ-C30 and SF-36) as predictors of survival in palliative colorectal and lung cancer patients. *Palliat Support Care* 2009;7(3):289-97.
212. Herndon JE 2nd, Fleishman S, Kornblith AB, Kosty M, Green MR, Holland J. Is quality of life predictive of the survival of patients with advanced nonsmall cell lung carcinoma? *Cancer* 1999;85(2):333-40.
213. Langendijk H, Aaronson NK, de Jong JM, ten Velde GP, Muller MJ, Wouters M. The prognostic impact of quality of life assessed with the EORTC QLQ-C30 in inoperable non-small cell lung carcinoma treated with radiotherapy. *Radiother Oncol* 2000;55(1):19-25.
214. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. *Lung Cancer* 2001;31(2-3):233-40.
215. Maisey NR, Norman A, Watson M, Allen MJ, Hill ME, Cunningham D. Baseline quality of life predicts survival in patients with advanced colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2002;38(10):1351-7.
216. Coates A, Porzsolt F, Osoba D. Quality of life in oncology practice: prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy. *Eur J Cancer* 1997;33(7):1025-30.
217. Fowlie M, Berkeley J, Dingwall-Fordyce I. Quality of life in advanced cancer: the benefits of asking the patient. *Palliat Med* 1989;3:55-59.
218. Regan J, Yarnold J, Jones PW, Cooke NT. Palliation and life quality in lung cancer; how good are clinicians at judging treatment outcome? *Br J Cancer* 1991;64(2):396-400.

219. Efficace F, Bottomley A, Coens C et al. Does a patient's self-reported health-related quality of life predict survival beyond key biomedical data in advanced colorectal cancer? *Eur J Cancer* 2006;42(1):42-9.
220. Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J* 2004;97(12):1210-4.
221. Rabins PV, Fitting MD, Eastham J, Fetting J. The emotional impact of caring for the chronically ill. *Psychosomatics* 1990;31(3):331-6.
222. Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S, Ikenaga M, Hosaka T, Kashiwagi T. A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psychooncology* 2002;11(3):221-9.
223. Kübler-Ross E, Wessler S, Avioli LV. On death and dying. *JAMA* 1972;221(2):174-9.
224. McMillan SC, Weitzner M. How problematic are various aspects of quality of life in patients with cancer at the end of life? *Oncol Nurs Forum* 2000;27(5):817-23.
225. Davis ST, ur. *Encountering Evil: Live Options in Theodicy*. new ed. Louisville and London: John Knox Press; 2001.
226. Pargament KI. *The Psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press; 1997.
227. Scott LO, Law JM, Brodeur DP, Salerno CA, Thomas A, McMillan SC. Relationship with God, Loneliness, Anger and Symptom Distress in Patients with Cancer Who are Near the End of Life. *J Hosp Palliat Nurs* 2014;16(8):482-488.
228. *The Holy Bible: New King James Version*. Philadelphia: Thomas Nelson Inc; 1979.
229. LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clin Psychol Rev* 2008;28(3):472-93.
230. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care* 1994;10(2):57-70.
231. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Lützén K, Clyne N. The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2001;34(2):196-202.
232. White Y, Grenyer BF. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 1999;30(6):1312-20.
233. Morita T, Kawa M, Honke Y et al. Existential concerns of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan. *Support Care Cancer* 2004;12(2):137-40.

234. Bele S, Bodhare TN, Mudgalkar N, Saraf A, Valsangkar S. Health-related Quality of Life and Existential Concerns Among Patients with End-stage Renal Disease. *Indian J Palliat Care* 2012;18(2):103-8.
235. González-Blanch C, Hernández-de-Hita F, Muñoz-Navarro R, Ruíz-Rodríguez P, Medrano LA, Cano-Vindel A. The association between different domains of quality of life and symptoms in primary care patients with emotional disorders. *Sci Rep* 2018;8(1):11180.
236. Devine D, Parker PA, Fouladi RT, Cohen L. The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology* 2003;12(5):453-62.
237. Roberts KJ, Lepore SJ, Helgeson V. Social-cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho Oncol* 2006;15(3):183–192.
238. Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs* 2007;30(6):498-504.
239. Meyerowitz BE, Formenti SC, Ell KO, Leedham B. Depression among Latina cervical cancer patients. *J Soc Clin Psychol* 2000;19(3):352–271.
240. Ashing-Giwa KT, Kagawa-Singer M, Padilla GV et al. The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psychooncology* 2004;13(10):709-28.
241. Maliski SL, Heilemann MV, McCorkle R. Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. *Oncol Nurs Forum* 2001;28(6):985-92.
242. Rodin G, Walsh A, Zimmermann C et al. The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psychooncology* 2007;16(12):1080-91.
243. Naseri N, Taleghani F. Social support in cancer patients referring to Sayed Al-Shohada Hospital. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012;17(4):279-83.
244. Goudarzian AH, Zamani F, Hatkehlouei MB, Nesami MB, Beik S. The Relationships between Self-Care and Pain Perception: Experience in Iranian Patients with Cancer *Int J Cancer Manag* 2017; 10(12):e9450.
245. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther* 2011;91(5):700–11.
246. Topor A, Ljungqvist I. Money, Social Relationships and the Sense of Self: The Consequences of an Improved Financial Situation for Persons Suffering from Serious Mental Illness. *Community Ment Health J* 2017;53(7):823-831.

247. Rose L, Smith O, Gélinas C et al. Critical care nurses' pain assessment and management practices: a survey in Canada. *Am J Crit Care* 2012;21(4):251-9.
248. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol* 2009;20(3):556-63.
249. Pizzo PA, Poplack DG, eds. *Principles and practice of pediatric oncology*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
250. Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci* 2013;14(7):502-11.
251. Mellen PB, Gao SK, Vitolins MZ, Goff DC Jr. Deteriorating dietary habits among adults with hypertension: DASH dietary accordance, NHANES 1988-1994 and 1999-2004. *Arch Intern Med* 2008;168(3):308-14.
252. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarali S, Akkuş S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension *J Clin Nurs* 2007;16(4):679-87.
253. Lev EL, Owen SV. A measure of self-care self-efficacy. *Res Nurs Health* 1996;19(5):421-9.
254. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. *Choice Rev Online*. 1997;35(3): 35-1826.
255. Charalambous A, Kouta C. Cancer Related Fatigue and Quality of Life in Patients with Advanced Prostate Cancer Undergoing Chemotherapy. *Biomed Res Int* 2016;2016:3989286.
256. Chan R, Yates P, McCarthy AL. Fatigue Self-Management Behaviors in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Longitudinal Survey. *Oncol Nurs Forum* 2016;43(6):762-771.
257. Grimmett C, Haviland J, Winter J et al. Colorectal cancer patient's self-efficacy for managing illness-related problems in the first 2 years after diagnosis, results from the ColoREctal Well-being (CREW) study. *J Cancer Surviv* 2017;11(5):634-642.
258. Johansson AC, Brink E, Cliffordson C, Axelsson M. The function of fatigue and illness perceptions as mediators between self-efficacy and health-related quality of life during the first year after surgery in persons treated for colorectal cancer. *J Clin Nurs* 2018;27(7-8):e1537-e1548.
259. Akin S, Kas Guner C. Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019;28(1):e12898.

260. Kim Y, Hickok JT, Morrow G. Fatigue and depression in cancer patients undergoing chemotherapy: an emotion approach. *J Pain Symptom Manage* 2006;32(4):311-21.
261. Lou Y, Yates P, McCarthy A, Wang H. Fatigue self-management: a survey of Chinese cancer patients undergoing chemotherapy. *J Clin Nurs* 2013;22(7-8):1053-65.
262. Merskey H, Lindblom U, Mumford JM, Nathan PW, Sunderland SS. Part III. Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. In: Merskey H, Bogduk N, eds. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle (WA): IASP Press, 1994; p. 209–214.
263. Edwards RR. Individual differences in endogenous pain modulation as a risk factor for chronic pain. *Neurology* 2005;65(3):437-43.
264. Roth RS, Geisser ME, Theisen-Goodvich M, Dixon PJ. Cognitive complaints are associated with depression, fatigue, female sex, and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(6):1147-54.
265. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A et al. Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw* 2015;13(8):1012-39.
266. Stone P, Richardson A, Ream E et al. Cancer-related fatigue: Inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. *Cancer Fatigue Forum. Ann Oncol.* 2000;11(8):971-5.
267. Tate DG, Forchheimer M. Quality of life, life satisfaction, and spirituality: comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *Am J Phys Med Rehabil.* 2002;81(6):400-10.
268. Dezutter J, Robertson LA, Luyckx K, Hutsebaut D. Life satisfaction in chronic pain patients: the stress-buffering role of the centrality of religion. *J Sci Study Relig* 2010;49(3):507-16.
269. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep* 2008;12(5):327-32.
270. Byrne CM. Needs assessment and hospice planning in a rural setting. *Eval Health Prof* 1984;7(2):205-19.
271. Dorrepaal KL, Aaronson NK, van Dam FS. Pain experience and pain management among hospitalized cancer patients. A clinical study. *Cancer* 1989;63(3):593-8.
272. Strang P. Existential consequences of unrelieved cancer pain. *Palliat Med* 1997;11(4):299-305.
273. Miaskowski C, Dibble SL. The problem of pain in outpatients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1995;22(5):791-7.



274. Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT et al. Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer. *J Clin Oncol* 1995;13(3):748-55.
275. Levin DN, Cleeland CS, Dar R. Public attitudes toward cancer pain. *Cancer* 1985;56(9):2337-9.
276. Spiegel D, Bloom JR. Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 1983;52(2):341-5.
277. Velikova G, Selby PJ, Snaith PR, Kirby PG. The relationship of cancer pain to anxiety. *Psychother Psychosom* 1995;63(3-4):181-4.
278. Merluzzi TV, Nairn RC, Hegde K, Martinez Sanchez MA, Dunn L. Self-efficacy for coping with cancer: revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0). *Psychooncology* 2001;10(3):206-17.
279. Graves KD, Carter CL, Anderson ES, Winett RA. Quality of life pilot intervention for breast cancer patients: use of social cognitive theory. *Palliat Support Care* 2003;1(2):121-34.
280. Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(3):355-61.
281. Hill J, Holcombe C, Clark L et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med* 2011;41(7):1429-36.
282. Fatiregun OA, Olagunju AT, Erinfolami AR, Fatiregun OA, Arogunmati OA, Adeyemi JD. Anxiety disorders in breast cancer: Prevalence, types, and determinants. *J Psychosoc Oncol* 2016;34(5):432-47.
283. Chirico A, Lucidi F, Mallia L, D'Aiuto M, Merluzzi TV. Indicators of distress in newly diagnosed breast cancer patients. *PeerJ* 2015;3:e1107.
284. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-26.
285. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995;274(23):1874-80.
286. The Ad Hoc Committee on Cancer Pain of the American Society of Clinical Oncology. Cancer Pain Assessment and Treatment Curriculum Guidelines. *J Clin Oncol* 1992;10(12):1976-82.
287. Jacox A, Carr DB, Payne R. New clinical-practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. *N Engl J Med* 1994;330(9):651-5.
288. Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994;74(9):2570-8.

289. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13(2):116-37.
290. Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget* 2017;8(22):36800-36811.
291. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002;43(3):213-20.
292. Boogaard S, Heymans MW, Patijn J et al. Predictors for persistent neuropathic pain--a Delphi survey. *Pain Physician* 2011;14(6):559-68.
293. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain* 2010;11(11):1230-9.
294. Steingrimsdóttir ÓA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2017;158(11):2092-2107.
295. Zarei S, Bigizadeh S, Pourahmadi M, Ghobadifar MA. Chronic Pain and Its Determinants: A Population-based Study in Southern Iran. *Korean J Pain* 2012;25(4):245-53.
296. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Med* 2015;16(1):51-60.
297. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med* 2011;43(4):316-22.
298. Wachholtz AB, Pearce MJ. Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? *Curr Pain Headache Rep* 2009;13(2):127-32.
299. Lysne CJ, Wachholtz AB. Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature? *Religions* 2011; 2(1):1-16.
300. Shaygan M, Böger A, Kröner-Herwig B. Neuropathic sensory symptoms: association with pain and psychological factors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:897-906.
301. Kissane DW. The relief of existential suffering. *Arch Intern Med* 2012;172(19):1501-5.
302. Lee V, Loiselle CG. The salience of existential concerns across the cancer control continuum. *Palliat Support Care* 2012;10(2):123-33.
303. Piderman KM, Kung S, Jenkins SM et al. Respecting the spiritual side of advanced cancer care: a systematic review. *Curr Oncol Rep* 2015;17(2):6.

304. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin* 2018;68(5):356-376.
305. Tarbi EC, Meghani SH. A concept analysis of the existential experience of adults with advanced cancer. *Nurs Outlook* 2019;67(5):540-557.
306. Henoch I, Danielson E. Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psychooncology* 2009;18(3):225-36.
307. Rodrigues P, Crokaert J, Gastmans C. Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *J Pain Symptom Manage* 2018;55(6):1577-1590.
308. Kissane DW. Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Aust Fam Physician* 2000;29(11):1022-5.
309. Cohen SR, Mount BM, Tomas JJ, Mount LF. Existential well-being is an important determinant of quality of life. Evidence from the McGill Quality of Life Questionnaire. *Cancer* 1996;77(3):576-86.
310. Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *J Palliat Med* 2005;8(4):782-8.
311. Exline JJ, Park CL, Smyth JM, Carey MP. Anger toward God: social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *J Pers Soc Psychol* 2011;100(1):129-48.
312. Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P. Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *J Psychosom Res* 2009;66(3):235-44.
313. Thomas SP, Groer M, Davis M, Droppleman P, Mozingo J, Pierce M. Anger and cancer: an analysis of the linkages. *Cancer Nurs* 2000;23(5):344-9.
314. Alexander SC, Pollak KI, Morgan PA et al. How do non-physician clinicians respond to advanced cancer patients' negative expressions of emotions? *Support Care Cancer* 2011;19(1):155-9.
315. Schwab R, Petersen KU. Religiousness: Its relation to loneliness, neuroticism and subjective well-being. *J Sci Study Relig* 1990;29(3):335-345.
316. Guz H, Gursel B, Ozbek N. Religious and spiritual practices among patients with cancer. *J Relig Health* 2012;51(3):763-73.
317. Ahmad F, Muhammad Mb, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. *J Relig Health* 2011;50(1):36-45.

318. Stark L, Tofthagen C, Visovsky C, McMillan SC. The Symptom Experience of Patients with Cancer. *J Hosp Palliat Nurs* 2012;14(1):61-70.
319. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer* 2006;106(1):214– 222.
320. Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030 [Internet]. Zagreb: Hrvatski sabor 2728; 2020 [pristupljeno 2023 svib 12]. Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020\\_12\\_141\\_2728.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_141_2728.html)
321. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today* 2013;33(9):1057-61.
322. Rankin EA, Delashmutt MB. Finding spirituality and nursing presence: the student's challenge. *J Holist Nurs* 2006;24(4):282-8.
323. Gonzalez P, Castañeda SF, Dale J et al. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Support Care Cancer* 2014;22(9):2393-400.
324. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns* 2015;98(11):1320-8.
325. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2012;30(12):1304-9.
326. Garlick M, Wall K, Corwin D, Koopman C. Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *J Clin Psychol Med Settings* 2011;18(1):78-90.
327. Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Psychol Health Med* 2013;18(1):56-69.
328. Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer* 2015;121(21):3760-8.
329. Scheffold K, Philipp R, Engelmann D et al. Efficacy of a brief manualized intervention Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) adapted to German cancer care settings: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2015;15:592.
330. Rodin G, Lo C, Rydall A et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A Randomized Controlled Trial of a Psychological Intervention for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2018;36(23):2422-2432.

331. Hales S, Lo C, Rodin G. *Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM) Treatment Manual: An Individual Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer*. Toronto:University Health Network; 2015.
332. Sethi R, Rodin G, Hales S. Psychotherapeutic Approach for Advanced Illness: Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) Therapy. *Am J Psychother* 2020;73(4):119-124.

## POPIS POKRATA

AP, gubitak apetita

BP, bol

CALM, Upravljanje s rakom i živjeti smisleno (engl. *Managing Cancer And Living Meaningfully*)

CO, konstipacija

DI, dijareja

DY, teškoće disanja

CF, kognitivno funkcioniranje

EF, emocionalno funkcioniranje

EORTC, Europska organizacija za istraživanje i liječenje raka (engl. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*)

ER, estrogen receptor

EX, egzistencijalna pitanja

FA, umor

FACIT-Sp, Funkcionalna procjena terapije kroničnih bolesti - skala duhovnog blagostanja (engl. *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being*)

FI, financijske teškoće kao posljedica bolesti i tretmana

GH, opće zdravlje

GLOBAL-SWB, sveukupno duhovno blagostanje

GLOBOCAN, Globalna incidencija, mortalitet i prevalencija raka (engl. *Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence*)

HADS, Skale za mjerenje bolničke anksioznosti i depresije (engl. *Hospital anxiety and depression scale*)

HRQoL, kvaliteta života temeljena na zdravlju (engl. *Health related quality of life*)

IARC, Međunarodna agencija za istraživanje raka (engl. *International Agency for Research on Cancer*)

JRC, Zajednički istraživački centar Europske komisije za zemlje članice EU (engl. *Joint Research Centre*)

MCS, profil mentalnog/duševnog zdravlja (engl. *Mental Component Summary Measure*)

MENT, općenito mentalno zdravlje

MH, mentalno zdravlje

NK, stanice ubojice (engl. *Natural Killer Cells*)

NV, mučnina/povraćanje

PA, bol

PCS, profil fizičkog zdravlja (engl. *Physical Component Summary Measure*)

PF, fizičko funkcioniranje

PF2, fizičko funkcioniranje

PHY, općenito fizičko zdravlje

PGŽ, Primorsko-goranska županija

POMS, Profil anksioznog stanja i raspoloženja (engl. *Profile of Mood States' anxiety subscale*)

QLQ-C30, Kvaliteta života onkoloških bolesnika (engl. *The Core Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Research and Treatment of Cancer*)

QLQ-C15-PAL, Kvaliteta života palijativnih bolesnika (engl. *Quality of Life Questionnaire Core 15 Palliative scores*)

QLQ-SWB32, Kvaliteta života-duhovno blagostanje (engl. *Quality of life - spiritual wellbeing questionnaire*)

QL2, skala općeg zdravstvenog statusa/kvalitete života

QoL, kvaliteta života (eng. *quality of life*)

RE, ograničenja u izvršavanju uloga zbog emocionalnih poteškoća

RF2, poslovno funkcioniranje

RG, odnos s Bogom

RO, odnosi s drugima

RP, fizičke uloge

RS, odnos prema sebi

RSG, odnos s nečim višim

SF, socijalno funkcioniranje

SF-36, Upitnik za ispitivanje zdravstvenog statusa (engl. *SF-36 Health Status Questionnaire*)

SF-12v2, Kratki oblik zdravstvenog upitnika od 12 čestica, Verzija 2 (engl. *Version 2 of the 12-Item Short Form Health Survey*)

SH, duhovno zdravlje (engl. *Spiritual Health*)

SL, poremećaji spavanja

SNI, Mjerni instrument za testiranje duhovnih potreba (eng. *Spiritual Needs Inventory*)

SpIRIT, Mjerni instrument za ispitivanje duhovnih interesa povezanih s bolešću (engl. *Spiritual Interests Related to Illness Tool*)

SpREUK, Duhovni i religiozni stavovi kod suočavanja s bolesti (engl. *Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness*)

SWB, duhovno blagostanje (engl. *Spiritual Wellbeing*)

T-DAS, Templerove skale anksioznosti od smrti (engl. *Templer's Death Anxiety Scale*)

VAS, Vizualno-analogni skala (engl. *Visual – analogue scale*)

VT, vitalnost

WHO, Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization*)



## **Pregled radova kandidatkinje**

### **Kvalifikacijski radovi:**

Dabo I. Utjecaj obrazovanja na korištenje zdravstvene zaštite žena. Diplomski rad. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2013.

### **Znanstveni i pregledni radovi:**

1. Dabo I, Skočilić I, Vivat B, Belac-Lovasić I, Sorta-Bilajac Turina I. Spiritual Well-Being for Croatian Cancer Patients: Validation and Applicability of the Croatian Version of the EORTC QLQ-SWB32. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(22):11920.
2. Dabo I, Vival B, Belac-Lovasić I, Sorta-Bilajac Turina I. Spirituality and Quality of Life in Cancer Patients. *Formos J Med Hum* 2021; 22 (1-2): 31-7.

### **Stručni radovi:**

Dabo J, Malatestinić Đ, Benić Salamon K, Dabo I. Centri za mlade – savjetovaništa otvorenih vrata – od projekta do prakse. *Pediatr Croat* 2010;54 (Supl 1): 107-111.

### **Kongresna priopćenja in extenso:**

1. Dabo J, Dabo I, Dragaš-Zubalj N, Tomac V. Suvremeni javno zdravstveni problemi školske djece i mladih. Zbornik radova Konferencija Upravljanje zdravstvenim rizicima u školama. Hrvatska: Opatija, 2010;4-11.
2. Dabo J, Dragaš-Zubalj N, Dabo I, Stašić N, Korolija –Čuić Z. Centri za mlade-savjetovaništa otvorenih vrata-bitu cool i ostati zdrav. Zbornik radova IV Kongresa školske i sveučilišne medicine s međunarodnim sudjelovanjem i I. Simpozija društva medicinskih sestara školske i sveučilišne medicine. Hrvatska: Split, 2012;89.

### **Kongresna priopćenja - sažetci:**

1. Dabo J, Janković S, Čulina T, Dragaš-Zubalj N, Dabo I. Parental opinions and attitudes related to sexual education in school report Abstract book of 17<sup>th</sup> EUSUHM Congress Youth health care in Europe. Breaking down the barriers. UK: London, 2013;24.

2. Dabo J, Dabo I. Prevencija HPV genitalnih infekcija: možemo li više i bolje? Knjiga sažetaka 1. Međunarodnog kongresa i 2. Hrvatskog simpozija o prevenciji i liječenju početnog raka materničkog vrata. Hrvatska:Zagreb, 2013;14-15.

**Uredništvo stručnih djela (priručnika):**

Mićović V, Janković S, Lakošeljac D, Dabo I, ur. Priručnik o načinu stjecanja znanja o zdravstvenoj ispravnosti namirnica i osobnoj higijeni osoba koje sudjeluju u proizvodnji i prometu hrane te opskrbi pučanstva pitkom vodom. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ; 2016.



## OSOBNJE OBAVIJESTI

Ime i prezime **Ivana Dabo**  
Adresa Epidemiološki odjel  
Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ  
Krešimirova 52a, 51 000 Rijeka, HR  
Telefon 099/3177 231  
E-pošta, URL [ivana.dabo@zzjzpgz.hr](mailto:ivana.dabo@zzjzpgz.hr), [ivana.rijeka@gmail.com](mailto:ivana.rijeka@gmail.com)  
Nacionalnost Hrvatica  
Državljanstvo Hrvatsko  
Datum rođenja 06.05.1975

## RADNO ISKUSTVO

Datum (od – do) 01.01.2023-  
Naziv radnog mjesta Odjel za javno zdravstvo  
(vrsta posla ili područje)  
Datum (od – do) 10.03.2009.–31.12.2022.  
Naziv radnog mjesta Epidemiološki odjel  
(vrsta posla ili područje)  
Datum (od – do) 2020—2022. Aktivno sudjelovanje u suzbijanju pandemije COVID-19  
Call centar, redovito sudjelovanje u kampanji cijepljenja, izrada Covid izvješća  
Funkcija Viši stručni suradnik i koordinator u organizaciji tečajeva iz Zdravstvenog odgoja na  
(zanimanje i položaj koji obnaša) području Rijeke i PGŽ  
Područje rada Unapređenje kvalitete u održavanju i organizaciji tečajeva iz zdravstvenog odgoja,  
(osnovne aktivnosti i organizacija i održavanje ispita i ispitne komisije, suradnja i koordinacija sa  
odgovornosti) zdravstvenim djelatnicima Zavoda i vanjskim suradnicima (sanitarnom inspekcijom),  
ugovaranje poslova i suradnja s ostalim vanjskim suradnicima i komitentima

Datum (od – do) 20.04.1998. –10.03.2009.  
Ustanova zaposlenja Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ, Krešimirova 52a, 51 000 Rijeka, HR  
(naziv i sjedište)  
Naziv radnog mjesta Epidemiološki odjel  
(vrsta posla ili područje)  
Funkcija Zdravstveni djelatnik u Odsjeku za DDD  
(zanimanje i položaj koji obnaša)  
Područje rada Stručni nadzor nad provedbom preventivne i obvezne dezinfekcije, dezinfekcije i  
(osnovne aktivnosti i deratizacije. Praćenje pojavnosti i prisutnosti vektora zaraznih bolesti na području  
odgovornosti) Primorsko-goranske županije te determiniranje njihovih vrsta, stručni nadzor na provedbom  
minimalno potrebnih preventivnih mjera za smanjenje rizika od moguće pojave legionarske  
bolesti,

Datum (od – do) 01.05.1996. – 31.03.1998.  
Ustanova zaposlenja Ananda Europa, Via Monteccho 61, 06025 Assisi, IT  
(naziv i sjedište)  
Naziv radnog mjesta Centar za samospoznaju i duhovni rast i razvoj  
(vrsta posla ili područje)  
Funkcija Simultani prevoditelj s talijanskog na hrvatski jezik u Centru za samospoznaju i  
(zanimanje i položaj koji obnaša) duhovni rast i razvoj  
Područje rada upoznavanje hrvatskih polaznika s raznim motivacijskim programima, kao i simultano  
(osnovne aktivnosti i prevođenje istih, izvršavanje po potrebi ostale uslužne djelatnosti  
odgovornosti)

## ŠKOLOVANJE I IZOBRAZBA

Datum (od – do)	03.10.2014. –
Mjesto	Rijeka, Hrvatska
Naziv i vrsta obrazovne ustanove	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Osnovni predmet/zanimanje	Poslijediplomski sveučilišni (doktorski) studij Biomedicina
Naslov postignut obrazovanjem	Doktor biomedicinskih znanosti (doktorski studij je u tijeku)
Stupanj nacionalne kvalifikacije (ako postoji)	9
Datum (od – do)	01.10.2008. – 19.07.2013.
Mjesto	Rijeka, Hrvatska
Naziv i vrsta obrazovne ustanove	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Osnovni predmet/zanimanje	Diplomski sveučilišni studij Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu
Naslov postignut obrazovanjem	Magistar organizacije, planiranja i upravljanja u zdravstvu
Stupanj nacionalne kvalifikacije (ako postoji)	7

## USAVRŠAVANJE

Datum (od – do)	01.06.–15. 10. 2022.
Mjesto	Zagreb, Hrvatska
Ustanova	Katedra za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Područje	Aktivna suradnja i sudjelovanje u stručno-istraživačkim aktivnostima koje obrađuju integriranu i palijativnu skrb te skrb za kompleksne pacijente u kumulativnom vremenskom ekvivalentu od 3 mjeseca.
Datum (od – do)	17.06.-18.06.2022.
Mjesto	Biograd na moru, Hrvatska
Ustanova	Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Područje	Sudjelovanje u programu PUB HUB edukacijske radionice „Bolnica bez zidova“-koncept skrbi „24/7/365“
Datum (od – do)	10/2017-10/2019
Mjesto	Zagreb, Hrvatska
Ustanova	Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Područje	Sudjelovanje u programu „Upravljanje u palijativnoj skrbi“ u okviru PUB HUB programa Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
Datum (od – do)	20.07. – 21.07. 2017.
Mjesto	Rijeka, Hrvatska
Ustanova	Zavod za sudsku medicinu i kriminalistiku i Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Područje	Ljetna škola CSI 2017.
Datum (od – do)	12.05.2017.
Mjesto	Rijeka, Hrvatska
Ustanova	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci i Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
Područje	Radionica “Komunikacija u kriznim situacijama” u sklopu međunarodnog stručno – znanstvenog simpozija „Zdravlje za sve?! Prvo riječ, pa onda lijek!“
Datum (od – do)	24.02-26.02.2016.
Mjesto	Rijeka, Hrvatska
Ustanova	Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Područje	PACCINO radionica: Medicina i Biomedicina – intelektualno vlasništvo, projektni menadžment i upravljanje procesima”
Datum (od – do)	16.12.2014.-17.12.2014.
Mjesto	Rijeka, Hrvatska
Ustanova	Sveučilište u Rijeci, Sveučilišni kampus
Područje	Radionica za doktorande u sklopu projekta “Modernizacija doktorske izobrazbe kroz implementaciju Hrvatskog kvalifikacijskog okvira - Career Building”

## OSOBNJE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI

*Stečene radom/životom,  
karijerom,  
a koje nisu potkrijepljene  
potvrdama i diplomama.*

Upornost, timski rad i organizacijske vještine. Prepoznati ljepotu i smisao života, unatoč životnim teškoćama. Pronaći dobro u svakom čovjeku te pomoći drugima da prepoznaju svoje potencijale i otkriju „ono“ najbolje što nose u sebi

### MATERINJI JEZIK

Hrvatski

### DRUGI JEZICI

Jezik

Engleski B2 – samostalna razina stranih jezika

Govori Vrlo dobro

Piše Dobro

Čita Vrlo dobro

Jezik Talijanski C1 – napredna razina znanja stranih jezika

Govori Izvrsno

Piše Vrlo dobro

Čita Izvrsno

### SOCIJALNE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI

*Življenje i rad s drugim ljudima  
u višekulturnim okolinama  
gdje je značajna komunikacija,  
gdje je timski rad osnova  
(npr. u kulturnim ili sportskim  
aktivnostima).*

Članica Udruge Sidro (rad Udruge temelji se prevenciji i edukaciji mladih u borbi protiv ovisnosti poticanjem na stvaralaštvo svih vidova putem kazališnih predstava, promicanjem pozitivnih društvenih vrijednosti i dostignuća s ciljem kvalitetnog korištenja slobodnog vremena na opću dobrobit društva), 2012. -

Koautor i idejna voditeljica emisije „S druge strane“ na Radiu Trsatu, na temu prevencije ovisnosti i drugih rizičnih ponašanja djece i mladih, Rijeka, HR, 2008. – 2012.

Predstavljanje knjige „Zrake svjetlosti iz srca majke Elvire“ povodom mjeseca borbe protiv ovisnosti u Pastoralnom domu (Aula Ivana Pavla II), Rijeka, HR, 07.12.2011., član organizacijskog odbora i moderator

Volonter u Prihvatilištu za beskućnike „Ruža sv. Franje, Rijeka, HR, 2007.- 2009.

### ORGANIZACIJSKE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI

*Npr. koordinacija i upravljanje  
osobljem, projektima,  
financijama;  
na poslu, u dragovoljnom radu  
(npr. u kulturi i sportu) i kod  
kuće, itd.*

Stručni suradnik i koordinator u organizaciji tečajeva iz Zdravstvenog odgoja na području grada Rijeke i PGŽ, od 2009. -

Stručni suradnik i voditelj projekta za grad Rijeku, koji se provodio na nacionalnoj razini pod nazivom „Iz tame u svjetlo“ s ciljem prevencije ovisnosti i promicanje pozitivnih vrijednosti, ali postojeće rehabilitacije i resocijalizacije bivših ovisnika u društvo, Rijeka, HR, 12.12.2011.

Javnozdravstvena tribina povodom obilježavanja mjeseca borbe protiv ovisnosti, „Droga nema zadnju riječ“, prof.dr.sc. Marina Kuzman HZJZ, prof.dr.sc. Darko Roviš, NZZJZ PGŽ, don Ivan Filipović, Zajednica Cenacolo, Gradska vijećnica Grada Rijeke, HR, 15.11.2011. glavni koordinator i član organizacijskog odbora

### TEHNIČKE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI

*S računalima, posebnim vrstama  
opreme, strojeva, itd.*

Rad na računalu: Word, PowerPoint, Excel, Internet

### UMJETNIČKE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI

*Glazba, pisanje, dizajn, itd.*

Slobodno pisanje i ples

### DRUGE VJEŠTINE I SPOSOBNOSTI

*Sposobnosti koje nisu gore  
navedene.*

Sudjelovanje u prevenciji i sprečavanju bolesti Covid – 19, 2019. -

Duhovne vježbe u svakodnevnom životu, provodi Zajednica Injigo, 2009. –

Pratitelj u programu duhovnih vježbi, Zajednica Injigo, 2013. – 2017.

**Preporuke dostupne na zahtjev**

**VLASTORUČNI POTPIS**

## **PRILOZI**

### **Popis slika**

Slika 1. Raspodjela novooboljelih od raka prema sijelima u 2020. godini; str. 7

Slika 2. Najčešća sijela raka u Hrvatskoj u 2020. godini – stopa incidencije i mortaliteta na 100,000 za muškarce; str. 8

Slika 3. Najčešća sijela raka u Hrvatskoj u 2020. godini – stopa incidencije i mortaliteta na 100,000 za žene; str. 9

Slika 4. Stope incidencije raka na 100 000 stanovnika za muškarce u Primorsko-goranskoj županiji; str. 10

Slika 5. Stope incidencije raka na 100 000 stanovnika za žene u Primorsko-goranskoj županiji; str. 11

## **Popis tablica**

Tablica 1. Epidemiološki pojmovnik; str.3

Tablica 2. Sociodemografska obilježja ispitanika; str. 37

Tablica 3. Klinička obilježja ispitanika; str. 39

Tablica 4. Analiza valjanosti; str. 40

Tablica 5. Analiza pouzdanosti mjerenja; str. 41

Tablica 6. Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na sociodemografska obilježja; str. 41

Tablica 7. Razlike u duhovnom blagostanju s obzirom na klinička obilježja; str. 44

Tablica 8. Analiza literature; str. 46

Tablica 9. Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na sociodemografska obilježja; str. 48

Tablica 10. Razlike u odrednicama kvalitete života s obzirom na klinička obilježja; str. 50

Tablica 11. Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života (QLQ-C30); str. 51

Tablica 12. Povezanost duhovnog blagostanja s odrednicama kvalitete života (SF-12V2); str. 53

Tablica 13. Povezanost duhovnog blagostanja s izražajem simptomima maligne bolesti; str. 54

Tablica 14. Povezanost duhovnog blagostanja s ekspresijom boli; str. 56

Tablica 15. Analiza povezanosti odrednica duhovnog blagostanja i tijeka maligne bolesti; str. 57

Poštovani/a,

Ijubazno Vas molimo da ispunite ovaj upitnik. Jamčimo Vam poštivanje povjerljivosti, privatnosti i tajnosti Vaših osobnih podataka. Uvid u ove podatke imaju isključivo članovi istraživačkog tima i Etičkog povjerenstva KBC-a Rijeka. Ispunjavanje upitnika posve je dobrovoljno. Molimo Vas da odgovorite Vašim riječima ili označite križićem ponuđeni odgovor. Zahvaljujemo na Vašem vremenu!

## UPITNIK O OPĆIM SOCIO- DEMOGRAFSKIM PODACIMA

1. Ime i prezime \_\_\_\_\_

2. Godina rođenja \_\_\_\_\_

3. Koju ste školu završili?

- nisam završio/la školu       osnovnu       zanat       srednju  
 višu       visoku i fakultet       magisterij i doktorat

4. Što ste po zanimanju? (molimo upišite puni naziv Vašeg zanimanja) \_\_\_\_\_

5. Vaš radni status je

- nezaposlen/a    zaposlen/a na određeno vrijeme       zaposlen/a na neodređeno vrijeme  
 penzioner       nešto drugo (molimo upišite) \_\_\_\_\_

6. Vaš ekonomski status je:

- ispod prosjeka       prosječan       iznad prosjeka

7. Imate li riješeno stambeno pitanje?

- ne       živim u iznajmljenom stanu       živim s roditeljima       živim u svom vlastitom stanu  
 nešto drugo (molimo upišite) \_\_\_\_\_

8. Vaše je bračno stanje:

- oženjen/udata       neoženjen/neudata       u braku, ali ne živim s bračnim drugom  
 razveden/a       vanbračna zajednica       udovac/ica

9. Broj članova u kućanstvu:

- 1 do 3 člana u kućanstvu       4 do 7 članova u kućanstvu  
 8 do 11 članova u kućanstvu       više od 12 članova u kućanstvu

10. Iz koje veličine naselja dolazite?

- do 2000 stanovnika       2000 - 10 000 stanovnika  
 10 000 do 100 000       100 000 i više stanovnika

11. Iz koje regija dolazite?

- Rijeka i okolica       Priobalje       Otoci       Gorski Kotar  
 neka druga županija (molimo upišite) \_\_\_\_\_

12. Kolika je otprilike udaljenost putovanja od Vaše kuće do Vašeg obiteljskog liječnika izražena u minutama?

- 15 minuta,       30 minuta,       60 minuta ili više  
 nešto drugo (molimo upišite) \_\_\_\_\_

13. Kolika je otprilike udaljenost putovanja od Vaše kuće do KBC-a Rijeka izražena u minutama?

- 15 minuta,       30 minuta,       60 minuta ili više  
 nešto drugo (molimo upišite) \_\_\_\_\_

14. Pripadate li nekoj religiji ili ste uključeni u bilo koji vjerski – duhovni pokret/organizaciju?

- ne  
 da (molimo upišite kojoj/koji) \_\_\_\_\_  
 nešto drugo (molimo upišite) \_\_\_\_\_





## **EORTC OLO-SWB32**

Molimo Vas da na sva pitanja u nastavku odgovorite samostalno tako da zaokružite broj koji Vas najbolje opisuje. Ne postoje točni ili pogrešni odgovori. Informacije koje nam pružite ostati će strogo povjerljive.

<b>Tijekom prošlog tjedna:</b>	<b>Uopće ne Malo Prilično Puno</b>			
1. Osjećao/la sam da se mogu nositi s problemima.	1	2	3	4
2. Osjećao/la sam se u miru sa sobom.	1	2	3	4
3. Mogao/la sam pronaći stvari koje uživam raditi.	1	2	3	4
4. Osjećao/la sam da si mogu oprostiti stvari koje sam učinio/la.	1	2	3	4
5. Osjećao/la sam se uznemireno.	1	2	3	4
6. Osjećala/o sam se usamljeno.	1	2	3	4
7. Bio/la sam zabrinut/a za budućnost meni važnih osoba.	1	2	3	4
8. Osjećao/la sam da mogu podijeliti razmišljanja o životu s osobama koje su mi bliske.	1	2	3	4
9. Osjećao/la sam se voljeno od strane onih koji su mi važni.	1	2	3	4
10. Osjećao/la sam da imam nekog s kim mogu razgovarati o svojim osjećajima.	1	2	3	4
11. Osjećao/la sam da mogu imati povjerenja u druge.	1	2	3	4
12. Osjećao/la sam da mogu oprostiti drugima stvari koje su učinili.	1	2	3	4
13. Osjećao/la sam se vrijednom kao osoba.	1	2	3	4
14. Osjećao/la sam da je moj život ispunjen.	1	2	3	4
15. Osjećao/la sam da je moj život vrijedan življenja.	1	2	3	4
16. Osjećao/la sam da mogu stvarati planove za budućnost.	1	2	3	4
17. Imao/la sam briga i/ili bio/la sam zabrinut/a za budućnos.	1	2	3	4
18. Pitao/la sam se može li se za mene nešto učiniti.	1	2	3	4
19. Osjećao/la sam da je nepravедno što sam bolestan/a.	1	2	3	4
20. Imao/la sam vremena za tišinu, molitvu ili meditaciju.	1	2	3	4
21. Osjećao/la sam da je važno da drugi ljudi mole za mene.	1	2	3	4

Molimo, nastavite na sljedećoj stranici

**Ova stranica je usmjerena na Vaše misli i osjećaje OPĆENITO.**

<b>Općenito:</b>	<b>Uopće ne</b>	<b>Malo</b>	<b>Prilično</b>	<b>Puno</b>
22. Vjerujem u Boga ili u nekoga ili nešto veće od mene samog/e.	1	2	3	4
23. Oduvijek sam vjerovao/la u Boga ili u nekoga ili nešto veće od mene samog/e.	1	2	3	4

**Ako ste na OBJE tvrdnje pod brojem 22 I 23 odgovorili s „Uopće ne” (opcija 1), molimo Vas da pređete na tvrdnju BROJ 27. U suprotnom, molimo Vas da nastavite dalje.**

24. Moja uvjerenja su se promijenila <b>otkad sam se počeo/la osjećati lose.</b>	1	2	3	4
25. Moja uvjerenja su se promijenila <b>u proteklih par tjedana.</b>	1	2	3	4
26. Osjećam povezanost s Bogom ili s nekim ili nečim većim od mene samog/e.	1	2	3	4

<b>Općenito:</b>	<b>Uopće ne</b>	<b>Malo</b>	<b>Prilično</b>	<b>Puno</b>
27. Osjećam da ću nastaviti živjeti kroz moje riječi, djela i/ili utjecaj na druge ljude.	1	2	3	4
28. Moji stavovi o životu su se promijenili <b>otkad sam se počeo/la osjećati lose.</b>	1	2	3	4
29. Moji stavovi o životu su se promijenili <b>u proteklih par tjedana.</b>	1	2	3	4
30. Vjerujem u život poslije smrti.	1	2	3	4
31. Ja sam ispunjen/a duhovnim blagostanjem.	1	2	3	4
32. Kako biste ocijenili Vaše sveukupno duhovno blagostanje? <i>Molimo Vas da zaokružite JEDAN od brojeva u nastavku.</i>				

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Ne znam / Ne mogu odgovoriti	<b>Jako slabo</b>						<b>Izvršno</b>

**Hvala Vam što ste voljni ispuniti ovaj upitnik.**

***Ako imate bilo kakvih komentara, molimo Vas da ih napišete u nastavku.***



## **EORTC OLO-SWB32**

Molimo Vas da na sva pitanja u nastavku odgovorite samostalno tako da zaokružite broj koji Vas najbolje opisuje. Ne postoje točni ili pogrešni odgovori. Informacije koje nam pružite ostati će strogo povjerljive.

<b>Tijekom prošlog tjedna:</b>	<b>Uopće ne Malo Prilično Puno</b>			
1. Osjećao/la sam da se mogu nositi s problemima.	1	2	3	4
2. Osjećao/la sam se u miru sa sobom.	1	2	3	4
3. Mogao/la sam pronaći stvari koje uživam raditi.	1	2	3	4
4. Osjećao/la sam da si mogu oprostiti stvari koje sam učinio/la.	1	2	3	4
5. Osjećao/la sam se uznemireno.	1	2	3	4
6. Osjećala/o sam se usamljeno.	1	2	3	4
7. Bio/la sam zabrinut/a za budućnost meni važnih osoba.	1	2	3	4
8. Osjećao/la sam da mogu podijeliti razmišljanja o životu s osobama koje su mi bliske.	1	2	3	4
9. Osjećao/la sam se voljeno od strane onih koji su mi važni.	1	2	3	4
10. Osjećao/la sam da imam nekog s kim mogu razgovarati o svojim osjećajima.	1	2	3	4
11. Osjećao/la sam da mogu imati povjerenja u druge.	1	2	3	4
12. Osjećao/la sam da mogu oprostiti drugima stvari koje su učinili.	1	2	3	4
13. Osjećao/la sam se vrijednom kao osoba.	1	2	3	4
14. Osjećao/la sam da je moj život ispunjen.	1	2	3	4
15. Osjećao/la sam da je moj život vrijedan življenja.	1	2	3	4
16. Osjećao/la sam da mogu stvarati planove za budućnost.	1	2	3	4
17. Imao/la sam briga i/ili bio/la sam zabrinut/a za budućnos.	1	2	3	4
18. Pitao/la sam se može li se za mene nešto učiniti.	1	2	3	4
19. Osjećao/la sam da je nepravедno što sam bolestan/a.	1	2	3	4
20. Imao/la sam vremena za tišinu, molitvu ili meditaciju.	1	2	3	4
21. Osjećao/la sam da je važno da drugi ljudi mole za mene.	1	2	3	4

Molimo, nastavite na sljedećoj stranici

**Ova stranica je usmjerena na Vaše misli i osjećaje OPĆENITO.**

<b>Općenito:</b>	<b>Uopće ne</b>	<b>Malo</b>	<b>Prilično</b>	<b>Puno</b>
22. Vjerujem u Boga ili u nekoga ili nešto veće od mene samog/e.	1	2	3	4
23. Oduvijek sam vjerovao/la u Boga ili u nekoga ili nešto veće od mene samog/e.	1	2	3	4

**Ako ste na OBJE tvrdnje pod brojem 22 I 23 odgovorili s „Uopće ne” (opcija 1), molimo Vas da pređete na tvrdnju BROJ 27. U suprotnom, molimo Vas da nastavite dalje.**

24. Moja uvjerenja su se promijenila <b>otkad sam se počeo/la osjećati lose.</b>	1	2	3	4
25. Moja uvjerenja su se promijenila <b>u proteklih par tjedana.</b>	1	2	3	4
26. Osjećam povezanost s Bogom ili s nekim ili nečim većim od mene samog/e.	1	2	3	4

<b>Općenito:</b>	<b>Uopće ne</b>	<b>Malo</b>	<b>Prilično</b>	<b>Puno</b>
27. Osjećam da ću nastaviti živjeti kroz moje riječi, djela i/ili utjecaj na druge ljude.	1	2	3	4
28. Moji stavovi o životu su se promijenili <b>otkad sam se počeo/la osjećati lose.</b>	1	2	3	4
29. Moji stavovi o životu su se promijenili <b>u proteklih par tjedana.</b>	1	2	3	4
30. Vjerujem u život poslije smrti.	1	2	3	4
31. Ja sam ispunjen/a duhovnim blagostanjem.	1	2	3	4
32. Kako biste ocijenili Vaše sveukupno duhovno blagostanje? <i>Molimo Vas da zaokružite JEDAN od brojeva u nastavku.</i>				

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Ne znam / Ne mogu odgovoriti	<b>Jako slabo</b>						<b>Izvršno</b>

**Hvala Vam što ste voljni ispuniti ovaj upitnik.**

***Ako imate bilo kakvih komentara, molimo Vas da ih napišete u nastavku.***

# SF-12v2<sup>®</sup> ZDRAVSTVENA ANKETA (PRISJEĆANJE NA PROTEKLA ČETIRI TJEDNA)

## SCENARIJ ZA PROVOĐENJE INTERVJUA

Ovo prvo pitanje odnosi se na Vaše trenutno zdravlje.

Molimo Vas odgovorite što preciznije možete.

1. **Općenito, da li biste rekli da je Vaše zdravlje . . .** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE]  
(Zaokružite jedan broj)
- Odlično..... 1
- Vrlo dobro ..... 2
- Dobro..... 3
- Zadovoljavajuće..... 4
- ili loše ..... 5

Sada ću Vam pročitati listu aktivnosti kojima se možda bavite tijekom jednog tipičnog dana.

Dok čitam pojedinu stavku, molim Vas recite da li Vas Vaše zdravlje sada puno ograničava, malo ograničava ili Vas nimalo ne ograničava u obavljanju ovih aktivnosti.

- 2a. . . . Umjereno naporne aktivnosti, kao što su pomicanje stola, usisavanje, vožnja biciklom, boćanje i sl. Da li Vas trenutčno Vaše zdravlje puno ograničava, malo ograničava ili nimalo ne ograničava? [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE SAMO AKO JE NUŽNO]  
[AKO ISPITANIK IZJAVI DA SE NE BAVI OVOM AKTIVNOSTI, UPITAJTE: Je li to zbog Vašeg zdravlja?]  
(Zaokružite jedan broj)
- Da, puno ograničava ..... 1
- Da, malo ograničava ..... 2
- Ne, nimalo ne ograničava ..... 3
- 2b. . . . Uspinjanje uz nekoliko katova stepenica. Da li Vas trenutčno Vaše zdravlje puno ograničava, malo ograničava ili nimalo ne ograničava? [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE SAMO AKO JE NUŽNO]  
[AKO ISPITANIK IZJAVI DA SE NE BAVI OVOM AKTIVNOSTI, UPITAJTE: Je li to zbog Vašeg zdravlja?]  
(Zaokružite jedan broj)
- Da, puno ograničava ..... 1
- Da, malo ograničava ..... 2
- Ne, nimalo ne ograničava ..... 3

**Sljedeća dva pitanja govore o Vašem fizičkom zdravlju i Vašim dnevnim aktivnostima.**

3a. **Koliko ste često tijekom protekla četiri tjedna obavili manje nego što ste željeli zbog svog fizičkog zdravlja?** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE]

(Zaokružite jedan broj)

- Stalno ..... 1
- Skoro uvijek..... 2
- Povremeno ..... 3
- Rijetko ..... 4
- /// Nikada ..... 5

3b. **Koliko ste često tijekom protekla četiri tjedna bili ograničeni u nekim vrstama posla ili u nekim drugim redovnim dnevnim aktivnostima zbog svog fizičkog zdravlja?** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE]

(Zaokružite jedan broj)

- Stalno ..... 1
- Skoro uvijek..... 2
- Povremeno ..... 3
- Rijetko ..... 4
- /// Nikada ..... 5

**Sljedeća dva pitanja govore o Vašim emocijama i Vašim dnevnim aktivnostima.**

4a. **Koliko ste često tijekom protekla četiri tjedna obavili manje nego što ste željeli zbog bilo kakvih emocionalnih problema, npr. osjećaj depresije ili tjeskobe?** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE]

(Zaokružite jedan broj)

- Stalno ..... 1
- Skoro uvijek..... 2
- Povremeno ..... 3
- Rijetko ..... 4
- /// Nikada ..... 5

- 4b. **Koliko ste često tijekom protekla četiri tjedna obavili posao ili neke druge redovne dnevne aktivnosti manje pažljivo nego obično zbog bilo kakvih emocionalnih problema, npr. osjećaj depresije ili tjeskobe?** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE]  
(Zaokružite jedan broj)

Stalno ..... 1  
Skoro uvijek..... 2  
Povremeno ..... 3  
Rijetko ..... 4  
//i Nikada ..... 5

5. **U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekla četiri tjedna ometali u Vašem uobičajenom radu (uključujući rad izvan kuće i kućne poslove)? Da li Vas je ometalo . . .**  
[PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE]  
(Zaokružite jedan broj)

Uopće ne..... 1  
Malo..... 2  
Umjereno ..... 3  
Prilično ..... 4  
//i Krajnje..... 5

**Sljedeća pitanja govore o tome kako se osjećate i kako su Vam prošla protekla četiri tjedna.**

**Dok čitam pojedinu tvrdnju, molim Vas odaberite onaj odgovor koji će najbliže odrediti jeste li se u posljednjih tjedan dana tako osjećali: stalno, skoro uvijek, povremeno, rijetko, nikada?**

- 6a. **Koliko često ste se u protekla četiri tjedna osjećali spokojnim i mirnim?** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE SAMO AKO JE NUŽNO]  
(Zaokružite jedan broj)

Stalno ..... 1  
Skoro uvijek..... 2  
Povremeno ..... 3  
Rijetko ..... 4  
//i Nikada ..... 5

6b. **Koliko često ste u protekla četiri tjedna bili puni energije?** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE SAMO AKO JE NUŽNO] (Zaokružite jedan broj)

Stalno ..... 1  
Skoro uvijek..... 2  
Povremeno ..... 3  
Rijetko ..... 4  
//i Nikada ..... 5

6c. **Koliko često ste se u protekla četiri tjedna osjećali obeshrabreno i deprimirano?** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE SAMO AKO JE NUŽNO] (Zaokružite jedan broj)

Stalno ..... 1  
Skoro uvijek..... 2  
Povremeno ..... 3  
Rijetko ..... 4  
//i Nikada ..... 5

7. **Koliko su Vas često u protekla četiri tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjete prijateljima, rodbini itd.)? Je li Vas ometalo . . .** [PROČITAJTE PONUĐENE ODGOVORE] (Zaokružite jedan broj)

Stalno ..... 1  
Skoro uvijek..... 2  
Povremeno ..... 3  
Rijetko ..... 4  
//i Nikada ..... 5