

# Utjecaj socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika

---

**Branežac, Sunčica**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2024**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:376162>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-18**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA  
MENTALNOG ZDRAVLJA

Sunčica Branežac  
UTJECAJ SOCIOEKONOMSKIH FAKTORA  
NA KVALITETU ŽIVOTA ONKOLOŠKIH BOLESNIKA

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING – PROMOTION AND PROTECTION  
OF MENTAL HEALTH

Sunčica Branežac  
THE INFLUENCE OF SOCIOECONOMIC FACTORS  
ON THE QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS

Master of Science Thesis

Rijeka, 2024

## Zahvala

Zahvaljujem se svojoj mentorici prof. dr. sc. Karmen Lončarek na trudu i savjetima tijekom izrade ovog rada, a posebno doktorandu molekularnih bioznanosti Goranu Slivšku, univ. spec. med. kao komentoru na strpljenju, savjetima i nesebičnoj podršci za izradu ovog diplomskog rada. Zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima koji su bili uz mene tijekom mog studiranja koje je u trenucima bilo izazovno.

*Ovaj rad posvećujem svim oboljelima od malignih bolesti.*

Mentor rada: prof. dr. sc. Karmen Lončarek

Diplomski rad obranjen je dana XX. Listopada 2024. godine u Centar za integriranu i palijativnu skrb Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc. dr. sc. Goran Golčić
2. prof. dr. sc. Karmen Lončarek
3. prof. dr. sc. Gordana Rubeša

Rad ima VIII + 57 stranica, 2 tablice, 1 sliku, 8 privitaka i 50 literaturnih navoda.

Rad je u cijelosti izrađen pri Centru za integriranu i palijativnu skrb  
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

# Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci
Studij	SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Sunčica Branežac
JMBAG	0351006760

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Utjecaj socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika
Ime i prezime mentora	Karmen Lončarek
Datum predaje rada	20.9.2024.
Identifikacijski br. podneska	trn:oid:::1:3014655395
Datum provjere rada	20.9.2024.
Ime datoteke	Branezac_Suncica_diplomski_FINALNO
Veličina datoteke	844,4 KB
Broj znakova	87327
Broj riječi	15349
Broj stranica	68

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	4 %
-----------------	-----

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	20.9.2024.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Nadnevak  
20. rujna 2024.

Potpis mentorice



## Sadržaj

1.	Uvod .....	1
1.1.	Onkologija.....	1
1.2.	Maligne bolesti .....	2
1.3.	Etiologija malignih bolesti .....	3
1.4.	Psihosocijalna onkologija.....	4
1.5.	Kvaliteta života i maligne bolesti .....	5
1.5.1.	Utjecaj psihosocijalnih faktora na kvalitetu života .....	8
1.5.2.	Utjecaj socijalne podrške na kvalitetu života .....	8
1.6.	Utjecaj sociodekonomskih faktora na kvalitetu života .....	9
1.6.1.	Spol i kvaliteta života .....	10
1.6.2.	Obrazovanje i kvaliteta života.....	10
1.6.3.	Bračni status i kvaliteta života .....	10
1.6.4.	Obitelj i kvaliteta života .....	11
1.6.5.	Roditeljstvo i kvaliteta života.....	12
2.	Ciljevi i hipoteze.....	13
3.	Ispitanici i metode.....	14
3.1.	Ispitanici .....	14
3.2.	Anketni upitnik i postupak .....	15
3.3.	Statistička obrada podataka .....	16
3.4.	Etički aspekti istraživanja.....	16
4.	Rezultati.....	18
5.	Rasprava .....	25
6.	Zaključak .....	28
	Literatura.....	31
	Privitci.....	35



## Popis znakova i kratica

–	minus
%	posto
<	manje
=	jednako
±	plus-minus
≥	veće ili jednako
C	cilj
CH	Swiss Confederation
D.C.	<i>District of Columbia</i>
engl.	engleski
et al.	i drugi ( <i>et alia</i> )
GB	<i>United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland</i>
H	hipoteza
HR	<i>Croatia</i>
M	aritmetička sredina ( <i>mean</i> )
n	veličina podskupine
N	veličina uzorka
NL	<i>Kingdom of the Netherland</i>
p	p-vrijednost
QoL	<i>quality of life</i>
SD	standardno odstupanje ( <i>standard deviation</i> )
SG	<i>Republic of Singapore</i>
t	t-test
TNM	tumor-nodus-metastaza
US	<i>United States of America</i>
WHOQOL-BREF	Kratka verzija upitnika o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije ( <i>World Health Organization Quality of Life Brief Version</i> )

## Sažetak

**Uvod:** Kvaliteta života onkoloških bolesnika postaje sve važniji aspekt u liječenju malignih bolesti. Socioekonomski faktori kao što su spol, dob, bračni i radni status mogu značajno utjecati na kvalitetu života.

**Cilj:** Istražiti utjecaj socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika, s posebnim naglaskom na spol, dob, bračni i radni status.

**Ispitanici i metode:** Provedeno je presječno istraživanje na prigodnom uzorku od 70 onkoloških bolesnika u gradu Umagu od siječnja do rujna 2024. godine. Podaci su prikupljeni s pomoću anketnog upitnika koji je uključivao opće podatke te Kratku verziju upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života. Primijenili su se prigodni statistički testovi s obzirom na zadovoljavanje uvjeta provedbe istih, a razina značajnosti određena je na 0,05.

**Rezultati:** Nije utvrđena statistički značajna razlika u kvaliteti života između muškaraca i žena, Mlađi bolesnici (do 60 godina) imali su značajno višu kvalitetu života u odnosu na starije bolesnike, a koja se ponajviše očituje u domenama psihičkog zdravlja ( $t_{(68)} = 3,67$ ,  $p = <0,001$ ) i okoline ( $t_{(68)} = 4,52$ ,  $p = <0,001$ ). Bolesnici koji su razvedeni ili udovci imali su nižu kvalitetu života u odnosu na one koji su u braku ili izvanbračnoj te su statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,19$ ,  $p = 0,032$ ) manje zadovoljni fizičkim zdravljem ( $M = 43,39$ ,  $SD = 5,214$ ) od onih koji žive s nekim ( $M = 47,09$ ,  $SD = 7,764$ ). Zaposleni bolesnici imali su značajno višu kvalitetu života u odnosu na nezaposlene i umirovljene bolesnike, posebice u domenama psihičkog zdravlja ( $t_{(68)} = -3,97$ ,  $p = <0,001$ ) i okoline ( $t_{(68)} = -3,92$ ,  $p = <0,001$ ).

**Zaključak:** Socioekonomski faktori imaju značajan utjecaj na kvalitetu života onkoloških bolesnika. Mlađa dob, bračni status i zaposlenost povezani su sa značajno višom kvalitetom života onkoloških bolesnika.

**Ključne riječi:** javno zdravstvo, klinička onkologija, kvaliteta života, socioekonomski faktori, zloćudne bolesti

## Abstract

**Introduction:** The quality of life of cancer patients is becoming increasingly important in treating malignant diseases. Socioeconomic factors such as sex, age, marital status, and work status can significantly affect quality of life.

**Aim:** To investigate the influence of socioeconomic factors on the quality of life of oncology patients, with particular emphasis on sex, age, marital and work status.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on a convenient sample of 70 oncology patients in Umag from January to September 2024. The data were collected using a survey questionnaire that included general information and a short version of the World Health Organization Questionnaire on Quality of Life. Appropriate statistical tests were applied to meet the implementation conditions, and the significance level was set at 0.05.

**Results:** There was no statistically significant difference in the quality of life between men and women. Younger patients (up to 60 years old) had a significantly higher quality of life compared to older patients, which is mainly manifested in the domains of mental health ( $t_{(68)} = 3.67$ ,  $p = <0.001$ ) and environment ( $t_{(68)} = 4.52$ ,  $p = <0.001$ ). Patients who were divorced or widowed had a lower quality of life compared to those who were married or cohabiting and were statistically significantly ( $t_{(68)} = 2.19$ ,  $p = 0.032$ ) less satisfied with their physical health ( $M = 43.39$ ,  $SD = 5.214$ ) than those who live with someone ( $M = 47.09$ ,  $SD = 7.764$ ). Employed patients had a significantly higher quality of life compared to unemployed and retired patients, especially in the domains of mental health ( $t_{(68)} = -3.97$ ,  $p = <0.001$ ) and environment ( $t_{(68)} = -3.92$ ,  $p = <0.001$ ).

**Conclusion:** Socioeconomic factors significantly impact the quality of life of cancer patients. Younger age, marital status and employment are associated with significantly higher quality of life of oncology patients.

**Keywords:** cancer, clinical oncology, public health, quality of life, socioeconomic factors, malignant diseases

## 1. Uvod

Posljednjih godina sve više se uviđa važnost utjecaja kvalitete života u liječenju onkoloških bolesnika. Naime, napredovanje medicine i brojne promjene u društvu značajno su utjecale na promjenu liječenja onkoloških bolesnika kao i na samu evaluaciju ciljeva tog liječenja. Kao jedan od važnijih glavnih ciljeva posebno se ističe unaprjeđenje kvalitete života onkoloških bolesnika nakon postavljene dijagnoze bolesti, što može poboljšati proces liječenja i smanjiti utjecaj na povezane psihičke komplikacije. Pojam „koliko dugo” onkološki bolesnici mogu živjeti nakon postavljene dijagnoze bolesti, danas se zamjenjuje s „koliko kvalitetno” žive nakon postavljene dijagnoze onkološke bolesti (1). Onkološki bolesnici ubrajaju se u rizičnu skupinu smanjene kvalitete života, zbog same promjene u načinu življenja, nuspojava u liječenju, promjene u obitelji te životnih okolnosti. Kvaliteta života je multidimenzionalna definicija načina na koji se cijeni i doživljava život (2). Preispitivanje vlastitog života započinje dijagnosticiranjem onkološke bolesti. Na kvalitetu života i koliko će se kvalitetno živjeti nakon postavljene dijagnoze onkološke bolesti ne ovisi samo o bolesti, već kako se doživljava i sama prisutnost onkološke bolesti. U poboljšanju liječenja i podizanju kvalitete života svake osobe leži u tome kako se ona osjeća i koliko je jaka u svojoj glavi. Podizanje svijesti, grupne podrške samom bolesniku i obitelji imaju veliki utjecaj na sami tijek bolesti. U podizanju psihičke stabilnosti pomažu razni terapijski pristupi, odnosno grupni razgovori, aktivnosti i svakodnevno provođenje vremena u prirodi. Interdisciplinarni i holistički pristup osobama oboljelim od malignih bolesti, odnosno raka percepcija je usmjerena na osobe kao cjelovita bića koja se suočavaju s novonastalom situacijom koja utječe na njihov cjelokupan život, a uz samo medicinsko liječenje, potrebno je uključiti i psihosocijalnu pomoć (3).

### 1. 1. Onkologija

Onkologija je relativno novija grana medicine koja je specijalizirana za metode liječenja i dijagnosticiranja malignih bolesti, a obuhvaća preventivnu medicinu, medicinsku onkologiju (kemoterapija, imunoterapija, hormonska terapija i ostali lijekovi za liječenje malignih bolesti), radijacijsku onkologiju ili radioterapiju, kiruršku onkologiju i palijativna medicinu. Onkologija pridonosi boljem razumijevanju nastanka malignih bolesti i liječenju. Liječenje malignih bolesti složen je proces i uključuje različite kompleksnosti cjelokupnog liječenja, različite discipline i interdisciplinarni pristup (4).

Jedni od najranijih dokaza o postojanju malignih bolesti pronađeni su na mumijama iz drevnog Egipta gdje je pronađen pokušaj liječenja raka dojke iz oko 1500. godina prije Krsta. Zabilježeno je da nije postojao lijek za rak dojke, već da se takva osoba uglavnom uključivala u palijativnu skrb. U novijem dobu, onkologija je značajnije započela svoj rad nakon što je otkrivena anestezija, nakon čega je ubrzo izvedena i prva operacija uklanjanja maligne bolesti s limfnim čvorovima. Premda su se kasnije maligne stanice širile kroz krvotok to je opet dovelo do proučavanja same maligne bolesti i daljnjih novih spoznaja u onkologiji. Roentgen je otkrio rendgenski snimak 1896. godine, a samo tri godine poslije zračenje se krenulo primjenjivati u dijagnosticanju i liječenju malignih bolesti te je početkom 20. stoljeća otkriveno da zračenje može izazvati, ali i uspješno izliječiti pojedine maligne bolesti (5). Posljednjih godina 20. stoljeća, kirurzi su razvili nove metode liječenja malignih bolesti kombinacijom operacije s kemoterapijom i/ili zračenjem. Prvi test probira malignih stanica bio je Papa test, razvijen kao metoda razumijevanja menstrualnog ciklusa, a postao je metoda ranog otkrivanja raka vrata maternice. Otkriće mamografije, koristi se u ranom otkrivanju raka dojke, kasnije i primjena ultrazvuka, računalne tomografije, magnetske rezonance i pozitronske emisijske tomografija, omogućilo je zamjenu većine istraživačkih operacija. Nakon toga su se nizala brojna otkrića koja su omogućila primjenu mnogobrojnih lijekova u liječenju malignih bolesti, koji su djelovali na ubijanje malignih stanica, ali i na zdrave stanice čovjekova tijela (6).

U Republici Hrvatskoj se provodi onkološka zdravstvena skrb, a uvođenje Registra za rak omogućilo je značajno unapređenje epidemioloških podataka o malignim bolestima na području Republike Hrvatske. Podatci o vrsti maligne bolesti i njihovim karakteristikama, praćenje procesa i ishoda na temelju tih podataka nužni su za prepoznavanje rizika i usvajanje odluka u zdravstvenoj politici vezanih uz prevenciju i liječenje malignih bolesti, ali služe i kao osnova za daljnje istraživanje te širenje informacija i znanja o malignim bolestima. Maligne bolesti su drugi vodeći uzrok smrti u Republici Hrvatskoj, a očekuje se da će broj oboljelih od malignih bolesti rasti u Republici Hrvatskoj zbog sve većeg porasta starijeg stanovništva (7).

## 1. 2. Maligne bolesti

Maligne bolesti su danas jedan od vodećih javnozdravstvenih, medicinskih i društvenih problema u cijelom svijetu. U europskoj uniji, ali i u svijetu maligne bolesti su drugi najčešći uzrok smrti. Posljednjih godina osim fizičkog liječenja, veliki je naglasak također na kvalitetu života onkoloških bolesnika koji je znatno narušen nakon postavljanja dijagnoze i liječenja. Maligne bolesti označavaju nekontrolirani abnormalan rast stanica, a mogu nastati iz stanica

bilo kojeg organa koje su izgubile sposobnost zaustavljanja ili kontrole rasta (5). Rast malignih stanica može biti brz ili spor, a njihovo nakupljanje može biti masivno ili pak minimalno. Međutim, transformacija normalne stanice u malignu stanicu nije tako brz događaj u genezi maligne bolesti, već češće se radi o nemogućnosti imunoloških stanica tijela da identificiraju i unište novonastale maligne stanice kada su u većem broju. Etiologija malignih bolesti još uvijek ne pruža cjelovitu sliku mehanizma koji su odgovorni za razvoj malignih bolesti jer radi se o vrlo kompleksnim promjenama koje zahvaćaju čitav ustroj stanica pa je većina segmenata stanične funkcije oštećena ili na neki način promijenjena (8).

Najčešće primijenjen sustav za određivanje proširenosti malignih bolesti je tumor-nodus-metastaza ili takozvani TNM sustav, a uključuje procjenu primarnog tumora, stanje regionalnih limfnih čvorova (nodusa) te prisutnost udaljenih metastaza. Primarni tumor je prva masa malignih stanica u tijelu, dok regionalni limfni čvorovi su biološki filtri za strane čestice, a imaju važnu ulogu u pravilnom funkcioniranju imunološkog sustava. Maligne stanice mogu iz limfe putovati do limfnih čvorova te se u njima mogu umnožiti i formirati nove tumore. Udaljene metastaze govore o proširenosti malignih stanica na udaljenija mjesta u odnosu na primarni tumor u tijelu. Takva mjesta obično uključuju udaljene limfne čvorove, što zapravo predstavlja metastaziranje malignih stanica koje se mogu širiti putem limfe ili krvi (5). Svaka vrsta maligne bolesti ima svoje stupnjeve s obzirom na mjesto razvoja i proširenost. Postoji četiri ili pet stupnjeva razvijenosti malignih bolesti, a rangirani su rimskim brojevima počevši od faze 0 ili I stadija i završavajući u fazi IV. Maligne stanice koje se nisu proširile na udaljena mjesta ocjenjuju se kao stupanj 0, faza I uključuje male primarne maligne stanice koje se nisu proširile na limfne čvorove, faza II i III su veći ili opsežniji primarni tumori s ili bez malignih stanica u obližnjim limfnim čvorovima, dok faza IV predstavlja maligne stanice koje su se u dijagnozi proširile na udaljena mjesta (9).

### 1. 3. Etiologija malignih bolesti

Etiologija malignih bolesti još uvijek ne pruža cjelovitu sliku mehanizama koji su odgovorni za njihov razvoj, već se radi o kompleksnim promjenama koje zahvaćaju čitav ustroj stanica te je stanična funkcija oštećena ili na neki način promijenjena. Nekim vrstama tumora potrebno više desetljeća sukcesivnih promjena da bi stanica poprimila tumorski fenotip. Otkrivanje maligne bolesti uvijek je privlačilo brojne znanstvenike jer se preventivnim aktivnostima može značajno utjecati na ishod (5).

Rizični faktori za razvoj malignih bolesti su brojni, a jedni od najčešćih su pušenje, nepravilna prehrana, sjedilački način života, pretilost, različita zračenja i slično (10). Uživanje duhana čini najmanje oko 30 % smrtnih slučajeva od malignih bolesti i najčešći je uzrok preventivnih malignih bolesti, uzrokuje oko 87 % smrtnosti od raka pluća kod muškaraca i oko 70 % smrti od raka pluća kod žena (11). Pušenje je povezano s nekoliko nepovoljnih ishoda, kao što je povećan rizik od komplikacija, toksičnosti, smanjena učinkovitost liječenja, lošija kvaliteta života, te povećava rizik od kroničnih bolesti. Kvaliteta života, posljednjih godina, dobiva sve veći značaj kod onkoloških bolesnika s obzirom na specifične zdravstvene tegobe, nuspojave liječenja, ali i promjene životne okoline koje sa sobom nosi maligna bolest, a koje mogu značajno narušiti kvalitetu života takvih bolesnika. Nova istraživanja pokazuju važnost načina života i njegov utjecaj na razvoj malignih bolesti. Jedan od faktora je i energijska ravnoteža koja predstavlja važnu povezanost s prehranom, fizičkom aktivnosti i redukcijom tjelesne mase značajno doprinosi prevenciji malignih bolesti (12).

#### 1. 4. Psihosocijalna onkologija

Podrazumijeva interdisciplinarno područje medicine koje se ponajviše bavi psihološkim i socijalnim aspektima malignih bolesti. Psihosocijalna onkologija primjenom spoznaja iz tog područja iz različitih disciplina usmjerava svoj rad kako bi se očuvao cjeloviti integritet onkološkog bolesnika, a naglasak se stavlja na očuvanje fizičkog i psihičkog zdravlja te rehabilitaciju kako bi oporavak bio što cjelovitiji . Psihosocijalna onkologija danas također značajno doprinosi kliničkoj njezi onkoloških bolesnika, brine o psihološkoj edukaciji osoblja, obitelji onkoloških bolesnika i potiče prevenciju malignih bolesti, odnosno o psihosocijalnim i psihijatrijskim problema s kojima se bolesnici i njihova obitelj susreću tijekom i nakon liječenja. Zadnja dva desetljeća došlo je do značajnog naglog razvoja psihosocijalne onkologije s pokušajem razumijevanja različitih psihosocijalnih utjecaja na same onkološke bolesnike i pronalaženje optimalnih terapijskih pristupa u svim fazama njihovog liječenja. Područje djelovanja psihosocijalne onkologije su unutar psiholoških dimenzija maligne bolesti, odnosno obuhvaća emocionalnu reakciju na malignu bolest i liječenje bolesnika, njegove obitelji i članova medicinskog tima te psihološke i bihevioralne faktore koji utječu na rizik pojave maligne bolesti i preživljavanje. Psihosocijalna istraživanja usmjerena su uglavnom na područja koja utječu na liječenje malignih bolesti, a obuhvaćaju simptome, kvalitetu života, potporne grupne terapije, egzistencijalnu terapiju te palijativna skrb (13). Premda je danas zahvaljujući definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije prihvaćena činjenica da ne može postojati

fizičko zdravlje bez psihičkog zdravlja ipak prelazak s biomedicinskog modela zdravlja na sveobuhvatni biopsihosocijalni model zdravlja i dalje predstavlja izazov. Kod malignih bolesti učestalo postoji narušavanje psihičkog zdravlja, a pokazalo se da ga često prati dodatno narušavanje kvalitete života koja je kod takvih bolesti često narušena (14).

#### 1. 5. Kvaliteta života i maligne bolesti

Istraživanje kvalitete života započelo je 60-ih godina 20. stoljeća. Kvaliteta života je vrlo složeni koncept kojim se bave mnoge znanstvene discipline, primjerice psihologija, filozofija, medicina, sociologija, rehabilitacija i brojne druge. Ona predstavlja važnu i sveobuhvatnu dimenziju društva u cjelini, a upravo zbog svoje širine koncepta, brojnih faktora i područja koja kvaliteta života obuhvaća još uvijek ne postoji njezina jedinstvena definicija. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvaliteta života je percepcija pojedinca o vlastitoj životnoj poziciji u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojima živi u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige. Kvaliteta života kao višedimenzionalni konstrukt objektivnih i subjektivnih faktora obuhvaća fizičko zdravlje pojedinca, društvene odnose, psihički status i okolišne uvjete (15).

Kvaliteta života kod onkoloških bolesnika počela se intenzivno istraživati posljednjih godina, a rezultati istraživanja su ukazali da može značajno utjecati na sam ishod liječenja kod takvih bolesnika (2). Postoji cijeli niz teorija i definicija o kvaliteti života i upitnika koji se koriste za njezino određivanje, ali sveopće prihvaćena je ona od Svjetske zdravstvene organizacije. Kvaliteta života pokazuje na koji osoba doživljava način vlastitog života pod utjecajem vlastite okoline i životnih uvjeta. Ukupni psihofiziološki profil pojedinca, njegove osobine, želje i vrijednosti određuju način na koji će neka osoba doživjeti objektivne uvjete. Pokazalo se da objektivne mjere, odnosno socioekonomski status nije dovoljan u objašnjenju kvalitete života, već je potrebno uključiti i subjektivnu procjenu kao jako važan faktor. Objektivne mjere su normativni pokazatelji stvarnosti, dok se subjektivnim mjerama ukazuje na razlike pojedinaca u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta njegovog života. Brojna istraživanja pokazala su da je povezanost objektivnih i subjektivnih pokazatelja, procjena pojedinca o vlastitoj kvaliteti života složena te da njihov odnos nije baš uvijek stvaran (15). Poboljšanjem socijalnih uvjeta života povećat će se i subjektivna procjena kvalitete života, ali se ipak na određenoj razini ta povezanost gubi. Može se reći da su objektivni i subjektivni pokazatelji kvalitete života slabo povezani te da se stupanj povezanosti povećava jedino tijekom loših objektivnih životnih uvjeta. U dobrim objektivnim životnim uvjetima daljnje povećavanje



objektivnih životnih uvjeta doprinosi vrlo malo ili nimalo subjektivnom osjećaju kvalitete života. Sve navedene domene subjektivne kvalitete života pod utjecajem su sustava vrijednosti bolesnika te su općeniti preduvjeti za kvalitetan život (16).

Mnogi autori ističu individualnu prirodu kvalitete života pa se tako navodi da je kvaliteta života pod utjecajem želja i očekivanja pojedinca i njegovog stvarnog životnog iskustva. Prema tome kvaliteta života ovisi o osobnom prethodnom iskustvu, sadašnjem načinu života te nadama i ambicijama za budućnost. Razlike u kvaliteti života s obzirom na demografske varijable poput spola, dobi, stupanja obrazovanja, bračnoga statusa i kulture mogu se uočiti, ali su rezultati tih istraživanja većinom nekonzistentni. Što se tiče bračnog statusa, istraživanja pokazuju da osobe koje su u braku ili izvanbračnoj zajednici imaju veću osobnu kvalitetu života od samaca. Isto tako, obrazovanije osobe su zadovoljnije svojim životom od onih slabijeg obrazovanja. Kvaliteta života na svakog pojedinca ostavlja drugačiji utisak u cijelom periodu života. Ona je pokazatelj življenja svakog pojedinca, a ujedno se tijekom perioda života ona mijenja. Stoga primjerice osobe koje su bile najsretnije mogu zapasti u fazu života kada su najmanje sretno i tako doći do značajnog narušavanja kvalitete života. Kvaliteta života se mijenja u pojedinom periodu života, a oni najčešći su u bolest, rastavi braka i smrt (15). U objašnjenju subjektivne kvalitete i dobrobiti života razvijeni su brojni različiti modeli. Najviše se spominju tri modela, odnosno odozgo prema dolje model (engl. *top-down model*), odozdo prema gore model (engl. *bottom-up model*) i dinamički model ravnoteže (17). Odozgo prema dolje model polazi od pretpostavke da ljudi imaju dispozicije da interpretiraju život na pozitivne i negativne načine, što pak utječu na procjenu zadovoljstva u raznim životnim područjima, a opća sveukupna procjena može se razložiti također na pojedinačne dijelove. Model odozdo prema gore smatra da se ukupan osjećaj zadovoljstva oblikuje na osnovi jednostavnog zbrajanja zadovoljstva u različitim životnim područjima, kao što su primjerice brak, posao i obitelj, to jest od odozdo prema gore. U ovom modelu važniju ulogu imaju objektivne okolnosti, a zadovoljstvo određenim domenama života može pridonijeti ukupnom zadovoljstvu i obrnuto. Prvo se vrednuju domene života na primjer posao i brak te se onda uspoređuje životna realnost s različitim standardima uspjeha (18). Tek nakon toga može se oblikovati prosječna procjena vodeći računa o važnosti određenih domena i standarda. Dinamički model ravnoteže uključuje utjecaj različitih dimenzija ličnosti na procjenu kvalitete života, a zasniva se na utjecaju dimenzija ličnosti te određenim objektivnim pokazateljima i subjektivnoj procjeni života na raznim područjima kao varijable koje utječu na kvalitetu života. Upućuje da kada životni događaji naruše određenu ravnotežu da dolazi do promjena u subjektivnoj dobrobiti, odnosno zadovoljstvu života. Dimenzije ličnosti trebalo bi ponajviše promatrati kao osnovne prediktore

zadovoljstva životom, ali se pritom ne smije isključivati ni utjecaj različitih prethodno spomenutih životnih događaja koji mogu bitno utjecati na procjenu zadovoljstva životom (16).

Narušena kvaliteta života započinje već prvim početcima simptoma kada se još nije niti utvrdila onkološka bolest. Učestala bol u određeno dijelu tijela, probavne smetnje, mučnina i povraćanje i slabost obično se javljaju prije same bolesti, a svi ti simptomi dalje prate bolest te se učestalo pogoršavaju kako sama bolest napreduje. U mnogim istraživanjima koja su se provela pokazalo se da kod 60 % do 80 % bolesnika ima simptome mučnine i povraćanja kao nuspojavu u liječenju kemoterapijom. Međutim, na kvalitetu života također utječu mnogi neplanirani događaji koji započinju već pri samom dijagnosticiranju bolesti. Svakom bolesniku nakon postavljene dijagnoze liječnik objasni cilj i plan u provođenju liječenja maligne bolesti, a tijekom liječenja najčešće pojavljuje se cijeli niz neplaniranih posljedica takvog liječenja (19). Cilj svakog liječenja onkološkog bolesnika je smanjiti napredovanje bolesti, smanjiti bol koja se pojavljuje kao posljedica onkološke bolesti te podići kvalitetu života. U mnogim okolnostima tijekom liječenja bolesnici se susreću s narušenom kvalitetom života. U ovom kontekstu kvaliteta života se ne odnosi samo na utjecaj liječenja i nuspojave, već i na prepoznavanje bolesnika kao pojedinca, to jest cjelovite osobe s dušom, tijelom i umom. Kvaliteta života temeljena na zdravlju u onkologiji sadrži subjektivni doživljaj pozitivnih i negativnih aspekata bolesti na tjelesne, emocionalne, socijalne i kognitivne funkcije te učestalost pojave simptoma i nuspojava (20). Faktori koji utječu na kvalitetu života kod onkoloških bolesnika najčešće su vrsta i stadij maligne bolesti, vremenski okvir od postavljene dijagnoze, prihvaćanje bolesti od strane bolesnika, intenzitet bolesti te stupanj psihološkog stresa. Kvaliteta života se sve češće koristi kao primarna mjera samog liječenja i učinkovitosti liječenja kod onkoloških bolesnika. Bolesnici na temelju kvalitete života mogu donositi odluke o zdravstvenoj zaštiti i uspješnosti liječenja. Heydarnejad i suradnici utvrdili su da je kvaliteta života lošija kod bolesnika s većim intenzitetom boli u usporedbi s onim bolesnicima koji nisu imali bolove, što ukazuje da postoji značajna povezanost između intenziteta boli sa smanjenjem ili gubitkom fizičke učinkovitosti i kvalitete života (21). Danas je također poznato da onkološki bolesnici imaju lošije tjelesno i poslovno funkcioniranje, a kvaliteta života se značajno pogoršava ako boluju od još nekih kroničnih nezaraznih bolesti, na primjer povišen krvni tlak, dijabetes, psihološke poteškoće (15). To potvrđuju i brojna istraživanja koja su pokazala kako onkološki bolesnici obično imaju lošiju kvalitetu života i poslovno funkcioniranje te veći broj simptoma mučnine (22).

### 1. 5. 1. Utjecaj psihosocijalnih faktora na kvalitetu života

Psihosocijalnim faktorima se pridaje vrlo malo važnosti tijekom liječenja malignih bolesti, ali upravo ti faktori pridonose veliki utjecaj na kvalitetu života. Maligne bolesti i medicinski tretmani mogu dovesti do različitih psihičkih i psihosocijalnih problema koji se u konačnici obrazuju na kvalitetu života onkoloških bolesnika. Psihosocijalni problemi mogu promijeniti tijek bolesti, ali uglavnom mogu utjecati na kvalitetu života i psihičko zdravlje. Mnogi onkološki bolesnici često doživljavaju visoku razinu emocionalnih poteškoća (anksioznosti, stres, depresija...) koji mogu značajno utjecati na razinu fizičkog i psihičkog blagostanja (13). Brigu za psihosocijalno zdravlje kod onkoloških bolesnika potrebno je prepoznati kao važan faktor u liječenju onkoloških bolesnika pa stoga kvalitetna skrb kod maligne bolesti treba biti dio psihosocijalnog zdravlja i mjeriti kao šesti vitalni znak nakon temperature, krvnog pritiska, pulsa, brzine disanja i boli (23). Istraživanja pokazuju da otprilike jedna trećina onkoloških bolesnika ima značajne razine psihijatrijskih poremećaja koji često prođu nezapaženo od strane zdravstvenih stručnjaka te da ih čak oko 50 % razvije neki oblik psihijatrijskog poremećaja, uključujući klinički značajne emocionalne teškoće ili neliječena psihosocijalna stanja kao posljedica maligni bolesti (24). Međutim, ovi problemi povezani su ponajviše sa smanjenom kvalitetom života, oslabljenim društvenim odnosima, dužim trajanjem rehabilitacije, lošim podnošenjem liječenja ili pak progresijom bolesti. Psihosocijalni faktori kao što je promjena ličnosti, depresija, anksioznost i stres mogu utjecati na kvalitetu života jer mijenja imunološku i endokrinu funkciju bolesnika (13).

### 1. 5. 2. Utjecaj socijalne podrške na kvalitetu života

Socijalna podrška jedan je od značajnijih faktora koji doprinose kvaliteti života kod onkoloških bolesnika. Mnoge definicije socijalne podrške naglašavaju se na temelju koje osoba zaključuje da je voljena, poštovana i da drugi brinu o njoj te je prihvaćen član svoje socijalne mreže. Socijalna podrška se često definira i kao različiti načini na koje ljudi mogu pomoći jedni drugima, odnosno kao osjećaj pripadanja, podrške, savjetovanja, vođenja, pomaganja i duhovne perspektive koja se pruža drugima kad dožive stres, svakodnevne neugodnosti i/ili značajnije životne krize (15). Ona uvelike pridonosi boljem i bržem liječenju svakog bolesnika, a posebno onkološkog. Socijalna podrška je jedan od sekundarnih motiva koja se često definira kao skup povoljnih učinaka za pojedinca koji proizlaze iz bliskih odnosa s drugim ljudima, a koji mogu pomoći u nošenju sa stresnim i kriznim događajima u životu (25). Teorije socijalne podrške

dijele se na tri skupine, emocionalna i pokazivanje empatije i razumijevanja — naglasak na emocionalnom aspektu ljudi, informativna — obuhvaća savjetovanje i podršku i instrumentalna ili fizička pomoć — usmjerena je na sredstva postizanja, to jest pomoć. Sve to bitno utječe na kvalitetu života svake osobe, odnosno količinu društvenog odnosa, bračni status i prijateljske veze imaju veliki odraz na sami ishod i tijek liječenja. Podrška obitelji i prijatelja pozitivno utječe i pridonosi bržem liječenju i utječe na psihološku kvalitetu života svakog pojedinca (25).

Istraživanja su pokazala postojanje utjecaja socijalnog statusa na ishod liječenja pa je tako kod osoba koje žive same, nemaju obitelji niti krug prijatelja često narušena kvaliteta života tijekom liječenja. Mnogi bolesnici su navodili da im podrška obitelji i razgovor o njihovoj bolesti pomaže da pronađu snagu i volju da se bore za izlječenje bolesti. S druge strane, bolesnici koji nemaju obitelji niti krug prijatelja svoju socijalnu podršku pronalaze u zdravstvenim stručnjacima koji sudjeluju u njihovom liječenju (15). Istraživanja su pokazala da bolesnici koji imaju slabiju percepciju socijalne potpore često imaju i znatno povišenu razinu depresije te da je bolja kvaliteta života upravo kod onih koji imaju neki oblik socijalne podrške (35). Danas je poznato da je emocionalna podrška pozitivno povezana s kvalitetom života pa tako bolesnici sa smanjenom kvalitetom života percipiraju smanjenu emocionalnu podršku u odnosu na bolesnike koji imaju pozitivan utjecaj socijalne podrške (26).

## 1. 6. Utjecaj sociodekonomskih faktora na kvalitetu života

Poboljšanje kvalitete života kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj, napredovanjem tehnologije i medicine, dovelo je do stanovništvo postaje sve starije. Globalni fenomen postalo je starenje populacije te taj broj u svim država svijeta svakim danom raste. Povećanjem postotka starijeg stanovništva mnoge znanosti poput biologije, medicine, psihologije i sociologije počele su proučavati starenje te se tako razvila gerontologija — interdisciplinarna znanost koja proučava biološke, psihičke i socijalne promjene u procesu starenja i starosti (16). Posljedično starenje populacije odrazilo se na ekonomiju jer je dovelo do značajnog povećanja troškova uslijed liječenja. Od davnina pa do danas kroz cijelu povijest ljudi su tragali za dugovječnosti, eliksirom besmrtnosti. Dugovječnost ovisi o različitim faktorima i kod svake osobe označuje drugačiju duljinu života, jednim dijelom određena je genetski, a s druge strane utječu brojni vanjski faktori kao što su na primjer način života, prehrana, ekonomski status, stres..., a sve se to može svesti pod jedan zajednički nazivnik — kvaliteta života (27).

### 1. 6. 1. Spol i kvaliteta života

Žene općenito žive dulje od muškaraca, ali nije još uvijek razlog toga. Jedan od bitnijih utjecaja na duljinu života između spola je odnos socijalnih veza. Naime, žene lakše podnose samoću i samački način života te mogu dovoljno dobro i kvalitetno same voditi brigu o sebi, a jedan od objašnjenja je obično viši stupanj obrazovanja kao i učestala financijska samostalnost, što u konačnici sve značajno utječe na kvalitetu života (28). Osim biološki uvjetovanih faktora kao što je nasljeđe, jako je važan i način života. Pokazalo se da žene uglavnom izbjegavanju alkohol i cigarete, dok su muškarci skloniji istih, što dodatno utječe negativno na kvalitetu, odnosno duljinu života (29).

### 1. 6. 2. Obrazovanje i kvaliteta života

Zna se da je obrazovanje jedan od odlučujućih faktora za bolji i kvalitetniji život. Razina obrazovanja može odrediti koji posao će osoba imati u budućnosti, dok osobe s ograničenim kompetencijama i manjom razinom obrazovanja su isključene iz širokog raspona poslova koji se cijene u društvu te na taj način propuštaju priliku za ostvarenje svojih ciljeva (16). Stoga je razina obrazovanja jedan od bitnijih faktora za procjenu kvalitete života jer osobe s nižom razinom obrazovanja su u većem riziku da žive u siromaštvu i budu socijalno isključene. Mnogobrojna istraživanja su pokazala da osobe koje imaju nižu razinu obrazovanja imaju veće zdravstvene probleme, boluju od kroničnih bolesti i brže umiru u odnosu na osobe koje imaju višu razinu obrazovanja (2). Obrazovanije osobe žive bolji i kvalitetniji život, imaju zdrave navike i vode brigu za svoje tijelo raznim aktivnostima, sportom i rekreacijom. Povećanje obrazovanja kod mladih ljudi povećava uvjete da si formiraju profesionalnu karijeru, poboljšaju životne standarde zbog bolje plaće koja obično prati razinu obrazovanja, a time duži i znatno kvalitetniji životni vijek. Isto tako obrazovanje podiže svijest o životu i jača kognitivne sposobnosti, omogućava bolje planiranje budućnosti i samokontrolu nad svojim životom (30).

### 1. 6. 3. Bračni status i kvaliteta života

Istraživanja su pokazala da bračni odnos utječe na kvalitetu, odnosno duljinu života pojedinca. Poznato je da je niža stopa smrti u braku u odnosu na osobe koje nisu u bračnom statusu. Mnoge razvijene zemlje su potvrdile utjecaj bračnih veza na duljinu života pojedinca. Jedno od objašnjenja je da brak povećava zdrave navike, poboljšava zdravstveno stanje koje

utječe na smanjenje smrtnosti te tako unapređuje kvalitetu života (15). Drugo objašnjenje je da brak i bračni odnos između supružnika smanjuje razinu stresa i razvijanja bolesti, što pak pridonosi kvaliteti života. Isto tako istraživanja su pokazala manju stopu smrtnosti i brži oporavak nakon bolesti ili operacijskih zahvata kod osoba koje su imale bračnog partnera koji im je pomogao i brinuo za njih u vrijeme lošeg zdravlja i nemoći (31). Različiti broj istraživanja je pokazao kako brak i bračni odnos više pogoduje muškarcima nego ženama. Jedan od tih razloga je sama uloga žene koja se smatra majkom, domaćicom, osobom koja brine za druge pa se prema tome muškarci prilagode, odnosno ostaju u bračnom odnosu nesposobni. Zbog takvih tradicionalnih uloga žene daju više socijalnih potpora nego što ih one same primaju, odnosno žene se često smatraju zaduženima za davanje emocionalne i zdravstvene njege ostalim članovima svoje obitelji (16).

#### 1. 6. 4. Obitelj i kvaliteta života

Mnoga istraživanja su pokazala da osobe koje imaju dobre obiteljske odnose, zajedno žive u kućanstvu i imaju dobru socijalnu povezanost imaju bolju kvalitetu života te da duže žive i imaju nizak rizik za obolijevanje od kroničnih bolesti. Današnji trendovi pokazuju kako ima sve više kućanstva u kojem žive punoljetna djeca s roditeljima, a isto tako brojna su kućanstva u kojima oba roditelja rade, brakovi su sklopljeni u kasnijoj životnoj dobi te se mnogi odlučuju za samo jedno dijete ili život bez djece. Užurban način života utječe na socijalne veze, koje su smanjene ili ih gotovo nema (15). Socijalnoj izoliranosti su skloniji stariji ljudi, koji zbog svojih godina i različitih komorbiditeta ostaju sami u svojim kućama. Na socijalnu izoliranost dodatno utječe odlazak djece od kuće i smrt jednog od supružnika. Obiteljski odnosi zauzimaju važnu ulogu u oblikovanju života osobe pa su stoga bitan faktor u kvaliteti života. Odnosi mogu postati bitniji kako osoba započinje starost, potreba za zdravstvenom njegom se povećava, a socijalni odnosi u ostalim područjima kao što je posao postaju sve manje važnim u njihovim životima (32). Uloga člana obitelji u zajedničkom kućanstvu je pomoći drugom članu, dati mu savjet, pomoći i potaknuti na zdrav život kao i zdrave životne navike. Osim savjeta i pozitivnog utjecaja na život, članovi obitelji daju sigurnost, psihološku potporu, brigu i pomažu drugom članu da se rastereti svojih svakodnevnih briga. Isto tako može među članovima obitelji biti prisutna i negativna energija te razne nesuglasice koje utječu na stres, a jaki stres kod druge osobe može uzrokovati ili povećati simptome bolesti pa tako utjecati na kvalitetu života tog pojedinca (16).

### 1. 6. 5. Roditeljstvo i kvaliteta života

Odrasli ljudi koji se u svom zajedničkom odnosu odluče imati djecu često to smatraju smislom života i zajedničkog partnerstva. Neka istraživanja ukazuju da roditeljstvo ima ulogu kontrole nad čitavim životnim vijekom jer može oblikovati smjer života. Osobe koje imaju djecu, imaju i brigu o njima te upravo to dovodi do drugačijeg i zdravijeg načina života, a sama obitelj utječe na oblikovanje zdravlja pojedinca u obitelji (33). Roditeljstvo i posvećenost djeci jača psihičko zdravlje pa tako i jača samu osobu i pridonosi manjem riziku da se oboli od nekih malignih bolesti (16). Uz prisustvo djece, roditelji žive duže, skloni su zdravijem načinu života te tako ujedno usvajaju zdrave navike ponašanja, što pak u konačnici ima svoj odraz na kvalitetu njihovog života (2).

## 2. Ciljevi i hipoteze

Glavni cilj ovog istraživanja je istražiti utjecaj socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika. Sukladno tome, određeni su popratni ciljevi:

- C1.: Ispitati razliku u kvaliteti života onkoloških bolesnika ovisno o dobi i spolu.
- C2.: Ispitati razliku u kvaliteti života onkoloških bolesnika ovisno o bračnom statusu.
- C3.: Ispitati razliku u kvaliteti života ovisno o radnom statusu.

U skladu s postavkama, to jest postavljenim ciljevima istraživanja određene su hipoteze istraživanja:

- H1. Žene i ispitanici mlađe životne dobi s malignom bolešću imaju veću kvalitetu života od muškaraca i ispitanika starije životne dobi s malignom bolešću.
- H2. Ispitanici s malignom bolešću koji su braku imaju veću kvalitetu života od ispitanika s malignom bolešću koji žive sami, rastavljeni su ili su udovci.
- H3. Ispitanici s malignom bolešću koji su u radnom odnosu imaju višu kvalitetu života od ispitanika s malignom bolešću koji nisu u radnom odnosu.



### 3. Ispitanici i metode

Ovo presječno istraživanje utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika provedeno je u razdoblju od siječnja do rujna 2024. godine na prigodnom neprobabilističkom uzorku ispitanika na području grada Umaga, odnosno Istarske županije.

#### 3. 1. Ispitanici

U ovom istraživanju utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika sudjelovalo je 70 bolesnika s malignom bolešću od kojih je bio veći broj žena, njih 39 (55,71 %), što je po pitanju raspodjele spolova u skladu s posljednjim popisom stanovništva u Republici Hrvatskoj (34). Uključujući kriterij je bila prisutnost maligne bolesti koja je dijagnosticirana u proteklih najmanje godinu dana, dok isključujući kriterij teže, odnosno duže bolovanje i/ili invaliditet koji su nastali prije dijagnosticiranja trenutne maligne bolesti. Najmlađi ispitanik ima 38 godina, najstariji 86 godina, a prosječna dob ispitanika je 63,60 godina uz prosječno odstupanje od 11,540 godina. S obzirom na prosječnu starost ispitanika, ispitanici prema godinama starosti podijeljeni su na dvije skupine — mlađu skupinu ispitanika starih do 60 godina kojih je u uzorku nešto više od trećine (34,30 %) i stariju skupinu ispitanika (od 61 godine i više) unutar koje su maligne bolesti češća (65,70 % oboljelih). Shodno dobnoj strukturi ispitanika očekivan je visok udio umirovljenika, kojih je 62,90 %. Tek nešto manji broj ispitanika je u braku (61,40 %), dok je više udovaca (22,90 %) od rastavljenih ispitanika (15,70 %) pa su s obzirom na takvu raspodjelu u daljnjim analizama, to jest za potrebe inferencijalne statistike ispitanici podijeljeni u one koji žive zajedno u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici te one ispitanike koji žive sami (Tablica 1.).

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika (N = 70).

	<b>Karakteristike</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Spol</b>	ženski	39	55,70
	muški	31	44,30
<b>Godine</b>	do 60 godina	24	34,30
	61 godina i više	46	65,70
<b>Obrazovanje</b>	bez škole i osnovna škola	3	4,30
	srednja škola	59	84,30
	fakultet i doktorat	8	11,40
<b>Bračni status</b>	u braku/s partnerom	43	61,40
	odvojen/rastavljen	11	15,70
	sam/udovac	16	22,90
<b>Trenutno zdravstveno stanje</b>	zdrav	0	0,00
	bolestan	70	100,00
	rak debelog crijeva	21	30,00
<b>Vrsta raka</b>	rak dojke	29	41,40
	rak pluća	9	12,90
	rak prostate	11	15,70
<b>Radni odnos</b>	zaposlen/a na puno radno vrijeme	26	37,10
	umirovljenik/ca	44	62,90

Bilješka: n – veličina podskupine, % – posto.

### 3. 2. Anketni upitnik i postupak

Za potrebe ovog istraživanja utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika sastavljen je upitnik za prikupljanje općih podataka o ispitanicima s malignom bolešću koji se sastoji od 21 čestice, a za potrebe ovog istraživanja obrađena su samo one koje su relevantne za opis uzorka, odnosno testiranje postavljenih hipoteza (Privitak A). Kvaliteta života ispitana je validiranim upitnikom Kratka verzija upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života (engl. *World Health Organization Quality of Life Brief Version – WHOQOL-BREF*) za koji nije bilo potrebno tražiti posebno odobrenje sukladno njegovoj otvorenoj licenci, primijenjena je hrvatska verzija istoimenog upitnika (35). Upitnik Kratka verzija upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života sadrži 26 čestica i obuhvaća četiri domene kroz koje se ispituje kvaliteta života — tjelesno i psihičko funkcioniranje, društvene interakcija i okoliš te po jedna čestica za procjenu cjelokupne kvalitete života i procjenu općeg zdravlja. Odgovori na pitanja u upitniku se procjenjuju s pomoću Likertove

skale od 1 (najmanji stupanj slaganja, odnosno najlošije) do 5 (najveći stupanj slaganja, odnosno najbolje). Zbirni bodovi za svaku domenu transformiraju se na skalu od 0 do najviše 100 prema priručniku upitnika, a veći broj bodova ukazuje na bolju kvalitetu života. Pojedina negativno postavljena pitanja potrebno je obrnuto prekodirati. Ispitanici s rezultatom većim od 60 imaju dobru kvalitetu života u pojedinoj domeni (Privitak B) (36).

Bolesnicima kojima je dijagnosticirana jedna od malignih bolesti ispunjavali su oba upitnika prilikom uobičajenog dolaska na pregled u ambulantu obiteljskog liječnika Zoltana Jelčića u Umagu. Pripremljene upitnike im je podijelila autorica istraživanja koja je s njima kroz intervju prošla kroz sva pitanja te su se tako otklonila moguća nerazumijevanja, odnosno pogrešna razumijevanja pitanja, što je u skladu preporukama Svjetske zdravstvene organizacije o provođenju ispitivanja upitnikom Kratka verzija upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života (15).

### 3. 3. Statistička obrada podataka

U ovom istraživanju utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika mjerene su nezavisne i zavisne varijable primjenom nominalne, ordinalne i intervalne skale pomoću standardiziranog validiranog upitnika. Kontinuirana varijabla kvalitete života izmjerena je primjenom Likertove petostupanjske skale, a tijekom dokazivanja hipoteza postavljena je kao zavisna varijabla. Primijenili su se prigodni statistički testovi s obzirom na zadovoljavanje uvjeta provedbe istih, veličina uzorka, normalnost raspodjele i drugo, to jest budući da je Kolmogorov-Smirnovljevim testom utvrđena normalna raspodjela primijenjen t-test za nezavisne uzorke. Rezultati istraživanja prikazani su kao aritmetička sredina i standardna devijacija, odnosno mjerama središnjice i raspršenja te notacijom odgovarajućom za provedeni test. Sva statistička obrada podataka provedena je s pomoću probne verzije programa IBM SPSS Statistics 27.0 (IBM Corporation, New York, Sjedinjene Američke Države i Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, Sjedinjene Američke Države). Razina značajnosti uz koju su se zaključci smatrali statistički značajnima, odnosno alfa vrijednost testova postavljena je na 0,05.

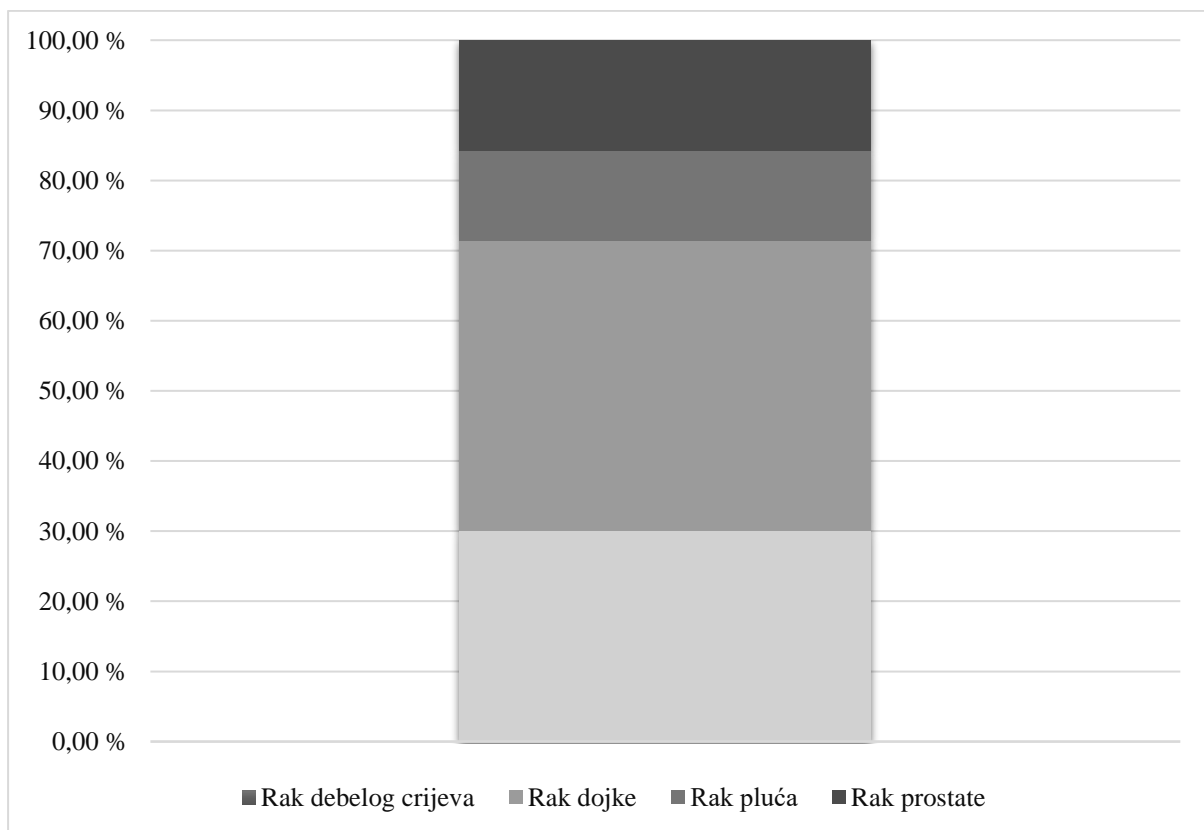
### 3. 4. Etički aspekti istraživanja

Prije same provedbe istraživanja utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika svi su ispitanici bili upoznati s ciljevima istoga te su potpisali privolu za

sudjelovanje koje je bilo isključivo dobrovoljno i anonimno. Anonimnost ispitanika osigurana je postupkom da se nisu prikupljali njihovi osobni podatci, već je svakom od njih odijeljen jedinstveni broj. Isto tako jasno im je naznačeno da u bilo kojem trenutku mogu odustati od istraživanja, bez navođenja razloga. Tijekom same provedbe bio je u skladu s Nürnberškim pravilnikom, nadopunjenom Helsinškom poveljom te postavljenim kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije za istraživanja na ljudima (37), a provedbu je odobrilo Etičko povjerenstvo za biomedicinska istraživanja Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci (Privitak C).

#### 4. Rezultati

Svi ispitanici u ovom istraživanju utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika su trenutačno bolesni i imaju neku vrstu maligne bolesti od koje su oboljeli najmanje prije godinu dana, a prije čega nisu duže, odnosno teže bolovali. Pokazalo se da je među ispitanicima najučestaliji rak dojke s 41,40 % kojeg ujedno ima i 74,40 % svih žena uključenih u ovo istraživanje. Rak debelog crijeva ima 30,00 % ispitanika, dok je podjednak broj oboljelih od raka pluća (12,90 %) i raka prostate (15,70 %) (Slika 1.).



Slika 1. Struktura ispitanika oboljelih prema vrstama malignih bolesti..

Među ispitanicima gotovo svi imaju vlastitu nekretninu, bilo da se radi o stanu u vlasništvu (30,00 %) ili pak vlastitoj kući (64,30 %). Samo 5,70 % ispitanika je u podstanarstvu, a najčešće se radi o samačkim (35,70 %) ili dvočlanim domaćinstvima (47,10 %). Gotovo polovica ispitanika (48,60 %) ima osobni dohodak od 500 do 999 eura, dok nešto manje od trećine (32,90 %) uprihodi mjesečno od 1000 do 1999 eura koliko je i najčešći iznos mjesečnog dohotka kućanstva. Upola manje ispitanika ima dohodak kućanstva od 500 do 999 eura (21,40 %) i od 2000 do 2999 eura (22,90 %). Mirovina je glavni izvor prihoda za polovicu ispitanika (52,90 %) dok svaki sedmi ispitanik (10,00 %) uz mirovinu prima i plaću (

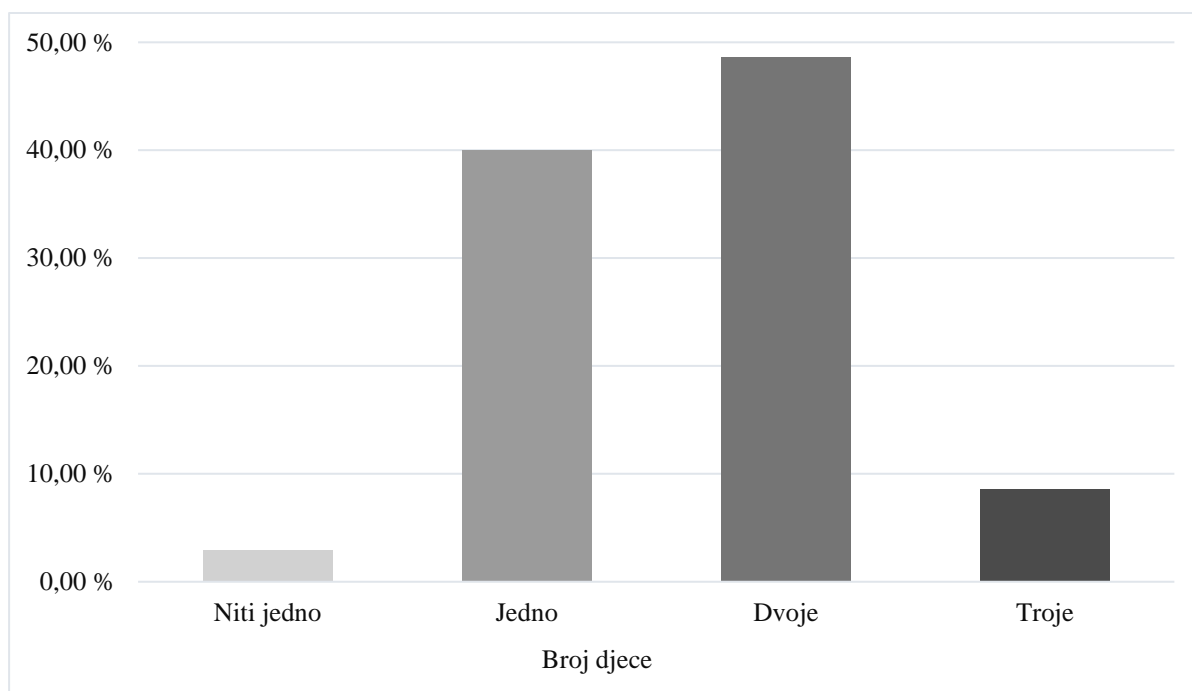
Tablica 2.).

Tablica 2. Sociodemografske karakteristike ispitanika prema uvjetima stanovanja (N = 70).

<b>Karakteristike</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Stambeno pitanje</b>	stan u podstanarstvu	4	5,7
	stan u vlasništvu	21	30,0
	kuća u vlasništvu	45	64,3
<b>Broj članova u domaćinstvu</b>	1	25	35,7
	2	33	47,1
	3	7	10,0
	4	4	5,7
	5	1	1,4
	manje od 500	10	14,3
<b>Razina osobnog mjesečnog dohotka u eurima</b>	od 500 do 999	34	48,6
	od 1000 do 1999	23	32,9
	od 2000 do 2999	3	4,3
	manje od 500	4	5,7
<b>Razina mjesečnog dohotka kućanstva u eurima</b>	od 500 do 999	15	21,4
	od 1000 do 1999	30	42,9
	od 2000 do 2999	16	22,9
	od 3000 do 4900	4	5,7
	više od 5000	1	1,4
<b>Izvor prihoda</b>	plaća	26	37,1
	mirovina	37	52,9
	plaća i mirovina	7	10,0

Bilješka: n – veličina podskupine, % – posto.

Gotovo svi ispitanici imaju djecu (97,10 %), a najčešći broj djece koje imaju je jedno (40,00 %) ili dvoje djece (48,60 %) (Slika 2.).



Slika 2. Broj djece ispitanika.

Rezultati istraživanja utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika navedeni u Prिवitak D ukazuju da su žene općenito najzadovoljnije domenom života koja se odnosi na tjelesno zdravlje ( $M = 46,70$ ,  $SD = 7,615$ ), dok muškarci domenom okoline ( $M = 46,07$ ,  $SD = 7,305$ ). Međutim statistički značajna ( $t_{(68)} = -2,13$ ,  $p = 0,038$ ) razlika u zadovoljstvu pojedinih aspekata života očituje se samo u domeni psihičkog zdravlja na kojoj su muški ispitanici ( $M = 42,07$ ,  $SD = 7,481$ ) imali statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,13$ ,  $p = 0,038$ ) više bodova od žena ( $M = 36,65$ ,  $SD = 13,558$ ). Unutar te domene, muškarci su statistički značajno ( $t_{(68)} = -2,85$ ,  $p = 0,006$ ) veću ocjenu dodijelili tvrdnjama o sposobnosti koncentracije i uživanju u životu, dok žene jedva da znaju uživati u životu ( $M = 2,10$ ,  $SD = 0,788$ ) muškarci su dali nešto neutralniju ocjenu toj tvrdnji ( $M = 2,58$ ,  $SD = 0,564$ ). Iako svoju koncentraciju ispitanici oba spola procjenjuju umjerenom ipak se pokazalo da su muškarci ( $M=2,94$ ,  $SD=0,359$ ) koncentriraniji od žena ( $M = 2,54$ ,  $SD = 0,854$ ). Iako domena tjelesno zdravlje nema velikih razlika u poimanju po spolu te iako su žene zadovoljnije svojim tjelesnim zdravljem od muškaraca ipak ta razlika nije statistički značajna. Međutim, žene ( $M = 3,18$ ,  $SD = 0,451$ ) su statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,31$ ,  $p = 0,024$ ) zadovoljnije svojim radnim sposobnostima od muškaraca ( $M = 2,97$ ,  $SD = 0,315$ ), ali muškarci ( $M=2,94$ ,  $SD=0,359$ ) imaju statistički značajno ( $t_{(68)} = -2,55$ ,  $p = 0,014$ ) više energije za život od žena ( $M = 2,54$ ,  $SD = 0,884$ ), ali i više ovise o svakodnevnoj medicinskoj pomoći. Kod domene socijalnih odnosa i muškarci i žene u prosjeku imaju 33 boda što je među slabijim bodovima te su ispitanici oba spola podjednako

nezadovoljni svojim socijalnim odnosima, na niti jedno pitanje nisu pokazali statističku značajnu razliku. Muškarci su zadovoljniji od žena okolinom u kojoj žive, ali ta razlika nije statistički značajna. Ipak, statistički značajno ( $t_{(68)} = -2,06$ ,  $p = 0,043$ ) se u većoj mjeri se osjećaju sigurnim ( $M = 3,26$ ,  $SD = 0,631$ ) u svakodnevnom životu u odnosu na žene ( $M = 2,82$ ,  $SD = 1,121$ ). I muškarci i žene najmanje smatraju okolinu u kojoj žive zdravom, ali muškarci imaju statistički značajno ( $t_{(68)} = -2,63$ ,  $p = 0,011$ ) pozitivniji stav ( $M=2,03$ ,  $SD=0,407$ ) od žena ( $M = 1,77$ ,  $SD = 0,427$ ). Žene ( $M = 3,18$ ,  $SD = 0,451$ ) za razliku od muškaraca ( $M = 2,97$ ,  $SD = 0,315$ ) imaju statistički značajno više vremena za aktivnosti u slobodnom vremenu od muškaraca ( $t_{(68)} = 2,31$ ,  $p = 0,024$ ). Sama pitanja koja se odnose na kvalitetu života ukazuju na podjednako zadovoljstvo ispitanika oba spola. Muškarci su zadovoljniji svojim zdravljem od žena, ali ne statistički značajno, a kako u niti jednoj domeni ne dominiraju ispitanici određenog spola, može se zaključiti da su i muškarci i žene podjednako (ne)zadovoljni s kvalitetom života i zdravljem.

Ispitanici od 60 godina i mlađi statistički značajno procjenjuju svoju kvalitetu života većom u odnosu na starije ispitanike. Statistički značajna razlika očituje se u domenama psihičkog zdravlja ( $t_{(68)} = 3,67$ ,  $p = <0,001$ ) i okoline ( $t_{(68)} = 4,52$ ,  $p = <0,001$ ). U ovoj potonjoj mlađi ispitanici su imali u prosjeku  $50,39 \pm 9,976$  godina, za razliku od starijih, koji su imali prosječno  $42,53 \pm 9,116$  bodova. Unutar domene okoline, mlađa skupina ispitanika najviše je bodova dodijelila sigurnosti u svakodnevnom životu, prosječno  $3,29 \pm 0,464$ , što je statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,24$ ,  $p = 0,029$ ) više od  $2,87 \pm 1,108$  boda koliko su dali stariji ispitanici. Mlađi ispitanici ( $M = 2,88$ ,  $SD = 0,947$ ) imaju i statistički značajnije ( $t_{(68)} = 5,78$ ,  $p = <0,001$ ) umjereno više novca da zadovolje svoje potrebe od starijih ispitanika ( $M = 1,74$ ,  $SD = 0,681$ ) koji se ne slažu da je njihova materijalna situacija zadovoljavajuća. Iako okolinu u kojoj žive ne smatraju pretjerano zdravom, mlađi ispitanici ( $M = 2,00$ ,  $SD = 0,000$ ) imaju statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,23$ ,  $p = 0,031$ ) pozitivniji stav prema tom pitanju od starijih ispitanika ( $M=1,83$ ,  $SD=0,529$ ). Mlađi ispitanici ( $M = 3,00$ ,  $SD = 0,511$ ) imaju i statistički značajno ( $t_{(68)} = 3,21$ ,  $p = <0,001$ ) veći pristup informacijama koje su im potrebne za zdravlje od starijih ( $2,54$ ,  $SD = 0,657$ ), što može biti i izravno povezano s tjelesnim zdravljem. Naime, postoji statistički značajna razlika ( $t_{(68)} = 2,51$ ,  $p = 0,015$ ) u učestalosti bolova da spriječe ispitanike kod obavljanja važnih poslova. Stariji ispitanici su u znatno mjeri bili spriječeni u tome, a mlađi umjereno. Jednako tako, ispitanici mlađi od 60 godina imali su statistički značajno manju razinu ovisnosti o svakodnevnoj medicinskoj pomoći za razliku od starijih ispitanika ( $t_{(68)} = 2,08$ ,  $p = 0,041$ ). Mlađi ispitanici ( $M = 3,00$ ,  $SD = 0,000$ ) imaju i statistički značajno ( $t_{(68)} = 3,43$ ,  $p = 0,001$ ) više energije za svakodnevni život od starijih ispitanika ( $M = 2,57$ ,  $SD = 0,860$ ) iako



obje skupine imaju umjerenu razinu energije. Statistički značajna razlika ( $t_{(68)} = 3,67$ ,  $p = <0,001$ ) postoji i u domeni psihičkog zdravlja kojoj su mlađi ispitanici dodijelili prosječno 44,44 boda uz prosječno odstupanje od 5,977, a stariji ispitanici 12,21 boda manje ( $M = 36,23$ ) uz prosječno odstupanje od 12,725 boda. Unutar ove domene, statistički značajna razlika postoji u pozitivnim emocijama, koncentraciji i po pogledu prihvatanja vlastitog izgleda. Mlađi ispitanici iskazali su veću razinu zadovoljstva po svim razinama, a statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,77$ ,  $p = 0,007$ ) najveću razinu slaganja ( $M = 3,08$ ,  $SD = 0,717$ ) iskazali su prihvatanju vlastitog izgleda, dok stariji ispitanici imaju odbojniji stav prema svom izgledu ( $M = 2,5$ ,  $SD = 1,027$ ). Ipak, ovakvi rezultati nužno ne moraju proizlaziti zbog maligne bolesti, već možda samo godina starosti. Općenito, mlađi ispitanici ( $M = 48,96$ ,  $SD = 13,751$ ) statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,40$ ,  $p = 0,021$ ) zadovoljniji su kvalitetom života od starijih ispitanika ( $M = 40,76$ ,  $SD = 13,290$ ) (Privitak E). Hipoteza da žene i ispitanici mlađe životne dobi s malignom bolešću imaju veću kvalitetu života od muškaraca i ispitanika starije životne dobi s malignom bolešću se djelomično prihvaća, dio hipoteze koji se odnosi na životnu dob ispitanika s malignom bolešću prihvaća se u potpunosti pa se stoga odbija nulta hipoteza, dok se za dio vezan uz spol prihvaća nulta hipoteza.

Ispitanici koji žive sami statistički značajno ( $t_{(68)} = 2,19$ ,  $p = 0,032$ ) su manje zadovoljni fizičkim zdravljem ( $M = 43,39$ ,  $SD = 5,214$ ) od onih koji žive s nekim ( $M = 47,09$ ,  $SD = 7,764$ ). Samci su pri tome iskazali značajno ( $t_{(68)} = 3,03$ ,  $p = 0,003$ ) manji stupanj pokretljivosti na pitanje „Koliko se možete kretati uokolo?“ ( $M = 2,93$ ,  $SD = 0,267$ ) od ispitanika koji žive u zajednici ( $M = 3,19$ ,  $SD = 0,450$ ) bolesti. Samci procjenjuju i svoje radne sposobnosti statistički značajno ( $t_{(68)} = 3,03$ ,  $p = 0,450$ ) slabijim ( $M = 2,93$ ,  $SD = 0,267$ ) od onih koji su u braku ili izvanbračnoj zajednici ( $M = 3,19$ ,  $SD = 0,450$ ). Očekivano, psihološkim zdravljem zadovoljniji su bili ispitanici koji žive s nekim ( $M = 39,73$ ,  $SD = 0,12,379$ ) od samaca ( $M = 37,96$ ,  $M = 10,163$ ), ali ne statistički značajno. Kod pitanja vezanog uz sliku tijela ispitanici su neovisno o svome načinu života bili indiferentni, ali su samci statistički bitnije ( $t_{(68)} = 2,91$ ,  $p = 0,023$ ) nezadovoljniji svojim izgledom ( $M = 2,37$ ,  $SD = 0,792$ ) od onih koji žive u zajednici ( $M = 2,91$ ,  $SD = 1,019$ ). Statistički značajno ( $t_{(68)} = 4,49$ ,  $p = <0,001$ ) veća prosječna ocjena ispitanika koji žive u bračnoj i izvanbračnoj zajednici u domeni okoline ( $M = 48,55$ ,  $SD = 7,196$ ) u odnosu na ispitanike koji žive sami ( $M = 39,93$ ,  $SD = 8,725$ ) potvrđena je kroz konstrukte financijska sredstva ( $t_{(68)} = 8,06$ ,  $p = <0,001$ ), informacije ( $t_{(68)} = 4,96$ ,  $p = <0,001$ ), slobodno vrijeme ( $t_{(68)} = 3,03$ ,  $p = 0,003$ ) i stambeni uvjeti ( $t_{(68)} = 2,30$ ,  $p = 0,025$ ). Ispitanici koji žive u zajednici su jako zadovoljni s njihovim stambenim uvjetima ( $M = 3,60$ ,  $SD = 0,541$ ), dok su samci rezigniraniji na tu temu ( $M = 3,26$ ,  $SD = 0,712$ ). Obje skupine ispitanika mišljenja su da imaju

prosječne mogućnosti za svoje slobodne aktivnosti, s tim da ipak samci procjenjuju te mogućnosti statistički značajno nižim ( $M = 3,26$ ,  $SD = 0,712$ ) od onih koji žive u zajednici ( $M = 3,60$ ,  $SD = 0,541$ ). Financijama nije zadovoljna niti jedna skupina ispitanika, ali ipak, i ovdje su samci više deprivirani ( $M = 1,33$ ,  $SD = 0,555$ ) od onih koji dijele kućanstvo s nekim ( $M = 2,63$ ,  $SD = 0,787$ ). Osobe koje žive s nekim imaju i dobar pristup informacijama ( $M = 2,98$ ,  $SD = 0,462$ ), dok je taj pristup samcima jedva zadovoljiv ( $M = 2,26$ ,  $SD = 0,656$ ). Neočekivano je da socijalni život samci ne procjenjuju statistički boljim od ispitanika koji žive u zajednici (Privitak F). S obzirom na statistički značajne razlike u kvaliteti života u ostalim domenama odbacuje se nulta hipoteza te se prihvaća hipoteza da ispitanici s malignom bolešću koji su braku imaju veću kvalitetu života od ispitanika s malignom bolešću koji žive sami, rastavljeni su ili su udovci.

Rezultati istraživanja utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika u Privitak G pokazuju da nema statistički značajne razlike u kvaliteti socijalnih odnosa između nezaposlenih i zaposlenih ispitanika. Međutim, domena psihičkog zdravlja pokazala je najveću osjetljivost. Sama domena, kao gotovo svi konstrukti te domene pokazali su statistički značajnu razliku ( $t_{(68)} = -3,97$ ,  $p = <0,001$ ) u poimanju kvalitete psihičkog zdravlja između zaposlenih i nezaposlenih. Zaposleni imaju bitno ( $t_{(68)} = -3,11$ ,  $p = 0,003$ ) pozitivniji stav ( $M = 3,12$ ,  $SD = 0,766$ ) prema vlastitom izgledu od nezaposlenih ( $M = 2,45$ ,  $SD = 0,999$ ). Nadalje, zadovoljniji su sobom ( $t_{(68)} = -2,01$ ,  $p = 0,049$ ) i lakše se koncentriraju ( $t_{(68)} = -3,56$ ,  $p = 0,001$ ) od ispitanika koji su u mirovini ili ne rade ( $M = 3,00$ ,  $SD = 0,00$ , respektivno). Iako prema u životu zaposleni ispitanici imaju neutralan stav ( $M = 2,58$ ,  $SD = 0,578$ ), on je statistički značajno pozitivniji u odnosu na nezaposlene ispitanike čiji se prosječni bodovi više odnose na preživljavanje, a ne nikako ne na uživanje ( $M = 2,16$ ,  $SD = 0,776$ ) pa shodno tome, ne smatraju da im život ima smisla ( $M = 2,16$ ,  $SD = 0,776$ ) za razliku od zaposlenih zaposlenika koji se niti slažu niti ne slažu s danom tvrdnjom ( $M = 3,00$ ,  $SD = 0,000$ ). Ispitanike koji su zaposleni bolovi su statistički značajno u nešto većoj mjeri ( $t_{(68)} = -3,45$ ,  $p = 0,001$ ) sprečavali da obave važne poslove ( $M = 3,65$ ,  $SD = 0,485$ ) za razliku od nezaposlenih ispitanika ( $M = 3,09$ ,  $SD = 0,741$ ) koji su imali i manje obaveza te su se zaposleni ispitanici ( $M = 3,19$ ,  $SD = 0,402$ ) statistički značajno više ( $t_{(68)} = -2,03$ ,  $p = 0,046$ ) oslanjali na svakodnevnu pomoć za razliku od nezaposlenih ( $M = 2,91$ ,  $SD = 0,640$ ). Unatoč tome, zaposleni ispitanici ( $M = 3,00$ ,  $SD = 0,000$ ) pokazali su da imaju statistički značajno više ( $t_{(68)} = -3,45$ ,  $p = 0,001$ ) energije za svakodnevni život od nezaposlenih ( $M = 2,55$ ,  $SD = 0,875$ ). Jedna od domena koja je pokazala da ispitanici koji su zaposleni ( $M = 50,12$ ,  $SD = 6,342$ ) imaju statistički značajno ( $t_{(68)} = -3,92$ ,  $p = <0,001$ ) višu kvalitetu života od nezaposlenih ispitanika ( $M = 42,33$ ,  $SD = 8,876$ ) je i domena okoline.

Zbog većih primanja i bolje financijske situacije, ispitanici koji su zaposleni statistički značajno ( $t_{(68)} = -2,43$ ,  $p = 0,018$ ) se osjećaju sigurnije ( $M = 3,31$ ,  $SD = 0,471$ ) u odnosu na ispitanike koji ne rade ( $M = 2,84$ ,  $SD = 1,119$ ), ali unatoč tome nisu zadovoljni ( $M = 2,81$ ,  $SD = 1,021$ ) količinom novca za zadovoljenje potreba ( $t_{(68)} = -4,89$ ,  $p = <0,001$ ). Ujedno je odnos prema novcu najniže ocijenjeni konstrukt od strane ispitanika koji su u mirovini ( $M = 1,73$ ,  $SD = 0,624$ ). Zaposlenici koji nisu u mirovini ( $M = 3,00$ ,  $SD = 0,566$ ) statistički značajno ( $t_{(68)} = -3,27$ ,  $p = 0,002$ ) su zadovoljniji informiranošću od umirovljenika ( $M = 2,52$ ,  $SD = 0,628$ ). Dok su zaposleni domeni okoline u kojoj žive dali jedva zadovoljavajuću ocjenu ( $M = 2,00$ ,  $SD = 0,000$ ), ispitanici koji ne rade su dali značajno nižu ocjenu ( $M=1,82$ ,  $SD=0,540$ ). S obzirom na to da socijalni odnosi nisu pokazali da je zadovoljstvo kvalitetom života ispitanika u radnom odnosu statistički više od umirovljenika i nezaposlenih može se isključiti socijalan sfera i interakcija koja podiže kvalitetu života, a s obzirom na opisane razlike, najveći je pokretač zadovoljstva materijalni faktor. Uzme li se u obzir da su zaposleni ispitanici dodijeli na skali od zadovoljstva od 0 do 100 čak 50,00 bodova uz prosječno odstupanje od 14,142 boda, a nezaposleni i umirovljenici 39,77 bodova uz prosječno odstupanje od 12,434 boda, hipoteza da ispitanici s malignom bolešću koji su u radnom odnosu imaju višu kvalitetu života od ispitanika s malignom bolešću koji nisu u radnom odnosu u potpunosti se prihvaća.

## 5. Rasprava

Rezultati ovog istraživanja daju uvid u utjecaj socioekonomskih faktora — posebno spola, dobi, bračnog statusa i statusa zaposlenja — na kvalitetu života onkoloških bolesnika. Koristeći validirani alat Kratku verziju upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života, promatrale su se četiri ključne domene: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi te uvjeti okoline, a rezultati ovog istraživanja omogućuju vrijedan uvid u to kako ovi faktori utječu na dobrobit pojedinaca koji su podvrgnuti liječenju maligne bolesti.

Istraživanje koje su proveli Quinn i suradnici pokazalo je kako onkološki bolesnici općenito imaju lošiju, to jest narušenu kvalitetu života u odnosu na zdrave pojedince neovisno o demografskim faktorima (38), što potvrđuju i druga slična istraživanja (1, 20). Rezultati ovog istraživanja utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika pokazuju da mlađi ispitanici (u dobi do 60 godina) imaju značajno veću kvalitetu života u usporedbi sa starijim ispitanicima (u dobi od 61 godine i više). Pokazali su veće zadovoljstvo u domenama psihičkog zdravlja i okoliša, imali su bolji pristup potrebnim zdravstvenim informacijama, više financijskih sredstava te pokazali višu razinu pokretljivosti i energije. Ovakvi rezultati su u skladu sa sličnim istraživanjima koja ukazuju da se mlađi bolesnici s malignom bolešću često bolje prilagođavaju izazovima koje nosi njihova bolest, što bi moglo biti možda zbog veće fizičke otpornosti, ali i boljeg pristupa resursima (38). Nisu nađene značajnije razlike u kvaliteti života onkoloških bolesnika s obzirom na spol, što je u skladu sa sličnim provedenim istraživanjima (39). Međutim, žene su ipak pokazale nešto znatno veće zadovoljstvo u domeni fizičkog zdravlja, dok su muškarci postigli više rezultate u aspektima psihičkog zdravlja, posebice u osjećaju koncentracije, uživanja u životu i zadovoljstva radnim sposobnostima, ali ukupna kvaliteta života između spolova nije se značajno razlikovala. To je u skladu s istraživanjem koje su proveli Islam i suradnici, a koje je pokazalo da muškarci s malignom bolešću mogu imati donekle manju kvalitetu života u pojedinim domenama u odnosu na žene s malignom bolešću, ali i obrnuto (40). Takvi rezultati ukazuju da bi javnozdravstvene intervencije vezane uz spol mogle biti korisne u rješavanju psihičke dobrobiti i razine kvalitete života među onkološkim bolesnicima, uzimajući u obzir da su žene znaju imati više stope depresije i anksioznosti nakon dijagnoze maligne bolesti (41).

Bračni status pokazao se kao značajan faktor koji utječe na kvalitetu života bolesnika s malignom bolešću. Ispitanici koji su bili u braku ili izvanbračnoj zajednici izvijestili su o većem zadovoljstvu u domenama fizičkog zdravlja, psihološkog zdravlja i okoliša u usporedbi s onima koji su bili samci, razvedeni ili udovci. Iskazali su višu razinu energije, bolju pokretljivost i

veće zadovoljstvo životnim uvjetima. Ovi su rezultati u skladu s prethodnim istraživanjima koja pokazuju da socijalna podrška supružnika ili partnera može pozitivno utjecati na kvalitetu života oboljelih od maligne bolesti pružanjem emocionalne potpore i praktične pomoći (42, 43). Ovakvi rezultati nisu iznenađujući budući da se zna da je društvena podrška ključna je za oboljele od maligne bolesti jer pruža emocionalnu utjehu, smanjuje stres i pomaže im da se bolje nose s dijagnozom i liječenjem. Snažna mreža podrške može poboljšati njihovu ukupnu kvalitetu života poticanjem osjećaja pripadnosti i optimizma tijekom takvog izazovnog vremena (44).

Kada je u pitanju radni status i kvaliteta života bolesnika s malignim bolestima, pokazalo se da zaposlenje ima značajan pozitivan utjecaj na kvalitetu života takvih bolesnika. Zaposleni ispitanici izvijestili su o većem zadovoljstvu životom, izražavajući veće samopoštovanje, bolju koncentraciju i višu razinu energije. Suočavali su se s manje prepreka uzrokovanih boli te su imali bolji pristup financijskim sredstvima i informacijama. Dobiveni rezultati u skladu su sa sličnim istraživanjima koja ukazuju da zaposlenje može pružiti osjećaj normalnosti, svrhe i društvene interakcije, što je ključno za psihološku dobrobit tijekom liječenja maligne bolesti (45, 46). Radni angažman ne samo da omogućuje bolesnicima da održe rutinu i strukturu u svom životu, već im pruža i priliku za socijalnu integraciju i emocionalnu podršku kroz interakciju s kolegama. Osim toga, financijska sigurnost koju donosi zaposlenje može smanjiti stres povezan s troškovima liječenja i svakodnevnog života, što dodatno doprinosi poboljšanju ukupne kvalitete života. Stoga je važno razmotriti načine kako podržati i potaknuti radnu aktivnost kod bolesnika s malignim bolestima kada je to moguće i prikladno (43, 47, 48).

Zanimljivo je da domena društvenih odnosa nije pokazala značajne razlike među proučavanim varijablama. I muškarci i žene, kao i ispitanici različite dobi i bračnog statusa koji imaju malignu bolest, prijavili su slične razine zadovoljstva svojim društvenim odnosima. To ukazuje da sustavi socijalne podrške mogu biti jednako dostupni onkološkim bolesnicima bez obzira na socioekonomske faktore ili da je utjecaj tih faktora na društvene odnose zapravo manje izražen. Ovo spoznaje naglašavaju iznimnu važnost mreža socijalne podrške u održavanju kvalitete života bolesnika s malignom bolešću, kao što je istaknuto u prethodnim istraživanjima (15, 49).

### *Ograničenje istraživanja*

Iako ovo istraživanje utjecaja socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika nudi vrijedne uvide, nije bez ograničenja. Veličina uzorka bila je poprilično mala, a sam dizajn presječnog istraživanja ograničava mogućnost utvrđivanja uzročnosti. Isto tako zemljopisna ograničenost na grad Umaga, Istarsku županija dodatno doprinosi nemogućnosti generaliziranja dobivenih rezultata. Osim toga, oslanjanje na mjere koje su ispitanici sami prijavili može dovesti do pristranosti. Buduća bi istraživanja trebala razmotriti longitudinalni dizajn istraživanja s većom i raznolikijim uzorkom ispitanika kako bi se potvrdili ovakvi rezultati. Analiziranje drugih mogućih faktora, kao što su primjerice razina obrazovanja, kulturološka pozadina i stadij bolesti, moglo bi pružiti sveobuhvatnije razumijevanje odrednica kvalitete života onkoloških bolesnika.

### *Znanstveni doprinos istraživanja*

Rezultati ovog istraživanja o utjecaju socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika predstavljaju vrijedne znanstvene podatke. Naime, omogućuju dobivanje uvida u specifične faktore koji značajno utječu na dobrobit osoba oboljelih od malignih bolesti. Prepoznavanjem, a time i preciznim definiranjem rizičnih socioekonomskih faktora koji utječu na kvalitetu bolesnika s malignom bolešću, ovo istraživanje doprinosi boljem razumijevanju kako ti faktori oblikuju svakodnevni život onkoloških bolesnika. Ova saznanja omogućit će ciljano osmišljavanje i provedbu učinkovitih javnozdravstvenih intervencija s ciljem poboljšanja kvalitete života ove jako ranjive skupine.

## 6. Zaključak

Ovo istraživanje imalo je za cilj istražiti utjecaj socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika, fokusirajući se na varijable kao što su spol, dob, bračni status i status zaposlenja. Koristeći validirani instrument Kratka verzija upitnika Svjetske zdravstvene organizacije o kvaliteti života, istraživanje je procijenilo četiri ključne domene, fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose i okoliš. Dobiveni rezultati pružaju vrijedan uvid u to kako ovi faktori utječu na dobrobit pojedinaca koji su podvrgnuti liječenju maligne bolesti kroz kvalitetu života na koju ovi faktori utječu.

Provedene statističke analize ukazuju da dok su žene izvijestile o većem zadovoljstvu u domeni fizičkog zdravlja, muškarci su bili zadovoljniji uvjetima u svojoj okolini. Primijećena je razlika u domeni psihičkog zdravlja, pri čemu su muškarci postigli više ocjene u aspektima koji se odnose na koncentraciju i uživanje u životu. S druge strane, žene su pak iskazale veće zadovoljstvo svojim radnim sposobnostima. Međutim, oba spola izrazila su podjednaku razinu nezadovoljstva u društvenim odnosima pri čemu su se muškarci osjećali znatno sigurnije u svakodnevnom životu u odnosu na žene. Ovi rezultati ukazuju da bi javnozdravstvene intervencije vezane uz spol mogle biti korisne u rješavanju psihičke dobrobiti i percepcije sigurnosti među onkološkim bolesnicima. Dob se pokazala kao značajan faktor koji utječe na kvalitetu života onkoloških bolesnika. Ispitanici u dobi od 60 godina i mlađi izvijestili su o višoj ukupnoj kvaliteti života u usporedbi sa starijim ispitanicima, stariji od 60 godina. Pronađene su značajne razlike u domenama psihičkog zdravlja i okoliša. Mlađi ispitanici imali su bolji pristup financijskim sredstvima, informacijama i pokazali su veću pokretljivost i razinu energije. Također su pokazali veće prihvaćanje svog fizičkog izgleda. Ovakvi rezultati naglašavaju potrebu za osmišljavanjem javnozdravstvenih intervencija s ciljanom podrškom starijim onkološkim bolesnicima koji se mogu uz malignu bolest suočiti i s ovakvim dodatnim izazovima koji utječu na njihovu kvalitetu života, a koje bi ih mogle prevenirati. Hipoteza da žene i ispitanici mlađe životne dobi s malignom bolešću imaju veću kvalitetu života od muškaraca i ispitanika starije životne dobi s malignom bolešću se djelomično prihvaća, dio hipoteze koji se odnosi na životnu dob ispitanika s malignom bolešću prihvaća se u potpunosti pa se stoga odbija nulta hipoteza, dok se za dio vezan uz spol prihvaća nulta hipoteza.

Pokazalo se da bračni status utječe na percepciju kvalitete života ispitanika. Ispitanici koji žive sami bili su manje zadovoljni svojim fizičkim zdravljem, pokretljivošću i radnim sposobnostima u usporedbi s onima koji žive s nekim. Također su izrazili veće nezadovoljstvo izgledom i uvjetima u okruženju, uključujući financijska sredstva, pristup informacijama,

slobodno vrijeme i uvjete stanovanja. Podaci podržavaju činjenicu da sustavi socijalne podrške igraju ključnu ulogu u poboljšanju dobrobiti bolesnika oboljelih od malignih bolesti. Sukladno tome, javnozdravstvene intervencije usmjerene na povećanje socijalne podrške samcima, razvedenima ili udovcima koji su onkološki bolesnici mogle bi poboljšati njihovu kvalitetu života. Sukladno tome, hipoteza da ispitanici s malignom bolešću koji su braku imaju veću kvalitetu života od ispitanika s malignom bolešću koji žive sami, rastavljeni su ili su udovci prihvaća se u potpunosti pa se stoga odbacuje se nulta hipoteza.

Također je utvrđeno da radni status značajno utječe na domene psihičkog zdravlja i okoliša. Naime, zaposleni ispitanici iskazali su znatno veće zadovoljstvo svojim izgledom, samopoštovanjem, koncentracijom i razinom energije. Isto tako su se suočavali sa znatno manje prepreka zbog boli te su imali bolji pristup financijskim resursima i informacijama. Unatoč fizičkim zahtjevima zaposlenja, ti su pojedinci percipirali višu kvalitetu života, vjerojatno zbog financijske stabilnosti i društvenog angažmana koje posao pruža. Ovi rezultati naglašavaju važnost provođenja javnozdravstvenih intervencija usmjerenih na potpore pri zapošljavanju i programa financijske pomoći za nezaposlene ili umirovljene osobe oboljele od malignih bolesti. Shodno tome, hipoteza da ispitanici s malignom bolešću koji su u radnom odnosu imaju višu kvalitetu života od ispitanika s malignom bolešću koji nisu u radnom odnosu u potpunosti se prihvaća.

Rezultati ovog istraživanja naglašavaju višestruku prirodu kvalitete života među onkološkim bolesnicima, oblikovanu kombinacijom socioekonomskih faktora. Pružatelji zdravstvene skrbi trebali bi usvojiti holistički pristup pri izradi planova zdravstvene skrbi, uzimajući u obzir spol, dob, bračni status i zaposlenje bolesnika, to jest njihov socioekonomski status. Prilagođene javnozdravstvene intervencije koje se bave specifičnim potrebama — kao što je psihička podrška ženama, programi socijalne integracije za samce i financijsko savjetovanje za nezaposlene osobe — mogle bi značajno poboljšati rezultate ovakvih bolesnika. Ovo istraživanje doprinosi definiranju rizičnih socioekonomskih faktora koji utječu na kvalitetu života onkoloških bolesnika, što omogućuje ciljano osmišljavanje javnozdravstvenih intervencija u svrhu poboljšanja kvalitete života onkoloških bolesnika. Zaključno, na kvalitetu života onkoloških bolesnika značajno utječu socioekonomski faktori. Mlađa dob, suživot i zaposlenost povezani su s višim rezultatima kvalitete života, osobito u domenama psihičkog zdravlja i okoliša. Rodne razlike također igraju ulogu, iako u manjoj mjeri. Dobiveni rezultati naglašavaju potrebu za personaliziranim javnozdravstvenim strategijama zdravstvene skrbi koje se bave jedinstvenim izazovima s kojima se suočavaju različite skupine bolesnika.



Priznavanjem i reagiranjem na ove socioekonomske odrednice zdravlja, zdravstveni radnici mogu poboljšati opću dobrobit i iskustvo liječenja pojedinaca koji se bore s malignom bolešću.

## Literatura

1. Nayak M, George A, Vidyasagar M, Mathew S, Nayak S, Nayak B, et al. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(4):445–450.
2. Sinha BRK, editor. *Multidimensional Approach to Quality of Life Issues*. Multidimensional Approach to Quality of Life Issues: A Spatial Analysis. Singapore, SG: Springer Singapore; 2019.
3. Cadet T, Davis C, Elks J, Wilson P. A Holistic Model of Care to Support Those Living with and beyond Cancer. *Healthcare*. 2016 Nov;4(4):1–9.
4. Scotté F, Taylor A, Davies A. Supportive Care: The “Keystone” of Modern Oncology Practice. *Cancers (Basel)*. 2023 Jul;15(15):1–13.
5. Lyman GH, Cassidy J, Bissett D, Spence RAJ, Payne M, editors. *Oxford American Handbook of Oncology*. 2nd ed. Oxford, GB: Oxford University Press; 2015.
6. Liu J, Pandya P, Afshar S. Therapeutic Advances in Oncology. *Int J Mol Sci*. 2021 Feb;22(4):1–39.
7. Vrdoljak E. Cancer in Croatia; Where do We Stand and How to Move Forward? *Croat Med J*. 2012 Apr;53(2):91–92.
8. Golemis EA, Scheet P, Beck TN, Scolnick EM, Hunter DJ, Hawk E, et al. Molecular Mechanisms of the Preventable Causes of Cancer in the United States. *Genes Dev*. 2018 Jul;32(13–14):868–902.
9. Neal AJ, Hoskin PJ. *Clinical Oncology: Basic Principles and Practice*. 4th ed. London, GB: Hodder Education Publishers; 2009.
10. Aku AM, Patil A. Understanding Cancer Etiology: A Review of the Evidence-based Ayurvedic Framework of Cancer Etiologies. *Ayu*. 2022 Jan;43(1):1–7.
11. Anand P, Kunnumakkara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharm Res*. 2008 Sep;25(9):2097–2116.
12. Kerschbaum E, Nüssler V. Cancer Prevention with Nutrition and Lifestyle. *Visc Med*. 2019 Aug;35(4):204–209.
13. Holland JC, Breitbart WS, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. *Psycho-Oncology*. 3rd ed. Oxford, GB: Oxford University Press; 2015.
14. Goerling U, Mehnert A, editors. *Psycho-oncology*. 2nd ed. Cham, CH: Springer; 2018.
15. Kassianos AP, editor. *Handbook of Quality of Life in Cancer*. Handbook of Quality of Life in Cancer. Cham, CH: Springer International Publishing; 2022.

16. Maggino F, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-being Research*. 2nd ed. Cham, CH: Springer International Publishing; 2020.
17. Brief AP, Butcher AH, George JM, Link KE. Integrating Bottom-up and Top-down Theories of Subjective Well-being: The Case of Health. *J Pers Soc Psychol*. 1993 Apr;64(4):646–653.
18. Romney DM, Brown RI, Fry PS, editors. *Improving the Quality of Life: Recommendations for People with and without Disabilities*. Dordrecht, NL: Springer Netherlands; 1994.
19. Sommariva S, Pongiglione B, Tarricone R. Impact of Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting on Health-related Quality of Life and Resource Utilization: A Systematic Review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016 Mar;99(2015):13–36.
20. Alam MM, Rahman T, Afroz Z, Chakraborty PA, Wahab A, Zaman S, et al. Quality of Life (QoL) of Cancer Patients and Its Association with Nutritional and Performance Status: A Pilot Study. *Heliyon*. 2020 Oct;6(10):1–6.
21. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Afr Health Sci*. 2011 Jun;11(2):266–270.
22. Üstündag S, Zencirci AD. Factors Affecting the Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Questionnaire Study. *Asia-Pacific J Oncol Nurs*. 2015 Jan;2(1):17–25.
23. Tack L, Schofield P, Boterberg T, Chandler R, Parris CN, Debruyne PR. Psychosocial Care after Cancer Diagnosis: Recent Advances and Challenges. *Cancers*. 2022 Nov;14(23):1–4.
24. Günther MP, Kirchebner J, Schulze J Ben, Känel R, Euler S. Towards Identifying Cancer Patients at Risk to Miss Out on Psycho-oncological Treatment via Machine Learning. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022 Mar;31(2):1–10.
25. Lin X, Hu Y, Chen C, Zhu Y. The Influence of Social Support on Higher Vocational Students' Learning Motivation: The Mediating Role of Belief in a Just World and the Moderating Role of Gender. *Psychol Res Behav Manag*. 2023 Apr;Volume 16:1471–1483.
26. Sarason IG, Sarason BR, editors. *Social Support: Theory, Research and Applications*. Dordrecht, NL: Martinus Nijhoff Publishers; 1985.
27. Dello Buono M, Urciuoli O, De Leo D. Quality of Life and Longevity: A Study of Centenarians. *Age Ageing*. 1998 Mar;27(2):207–216.

28. Bäck-Wiklund M, van der Lippe T, den Dulk L, Doorne-Huiskes A, editors. *Quality of Life and Work in Europe: Theory, Practice and Policy*. London, GB: Palgrave Macmillan; 2011.
29. Institute of Medicine. *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, D.C., US: National Academies Press; 2001.
30. Gil-Lacruz M, Gil-Lacruz AI, Gracia-Pérez ML. Health-related Quality of Life in Young People: The Importance of Education. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Dec;18(1):1–13.
31. Puciato D, Rozpara M, Bugdol M, Mróz-Gorgoń B. Socio-economic Correlates of Quality of Life in Single and Married Urban Individuals: A Polish Case Study. *Health Qual Life Outcomes*. 2022 Apr;20(1):58.
32. Reed M, Bedard C, Perlman CM, Browne DT, Ferro MA. Family Functioning and Health-related Quality of Life in Parents of Children with Mental Illness. *J Child Fam Stud*. 2023 Nov;32(11):3366–3377.
33. Vitale K, Lončarek K, Slivšek G. How Do Changes in the Family Structure and Dynamics Reflect on Health: The Socio-ecological Model of Health in the Family. *Med Flum*. 2024 Mar;60(1):62–77.
34. Croatian Bureau of Statistics. *Statistical Information 2021*. Zagreb, HR: Croatian Bureau of Statistics; 2021.
35. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551–558.
36. Rakizadeh E, Hafezi F. Sense of Coherence as a Predictor of Quality of Life among Iranian Students Living in Ahvaz. *Oman Med J*. 2015 Nov;30(6):447–454.
37. Dhali A. The Research Ethics Evolution: From Nuremberg to Helsinki. *South African Med J*. 2014 Jan;104(3):178–180.
38. Quinn G, Goncalves V, Sehovic I, Bowman M, Reed D. Quality of Life in Adolescent and Young Adult Cancer Patients: A Systematic Review of the Literature. *Patient Relat Outcome Meas*. 2015 Feb;6(2015):19–51.
39. Koch M, Rasch F, Rothhammer T, Müller K, Mohr A, Koller M, et al. Gender Differences in Quality of Life of Metastatic Lung Cancer Patients. *Cancer Manag Res*. 2022 Oct;Volume 14(2022):2971–2977.
40. Islam N, Atreya A, Nepal S, Uddin KJ, Kaiser MR, Menezes RG, et al. Assessment of Quality of Life (QOL) in Cancer Patients Attending Oncology Unit of a Teaching Hospital in Bangladesh. *Cancer Rep*. 2023 Aug;6(8):1–8.

41. Chandra SP, Herrman H, Fisher J, Riecher-Rössler A. *Mental Health and Illness of Women*. Chandra PS, Herrman H, Fisher J, Riecher-Rössler A, editors. Singapore, SG: Springer Singapore; 2020
42. Krajc K, Mirošević Š, Sajovic J, Klemenc Ketiš Z, Spiegel D, Drevenšek G, et al. Marital Status and Survival in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Med*. 2023 Jan;12(2):1685–1708.
43. Witwaranakool P, Seedadard R, Krongthaeo S, Leaungsomnapa Y. Quality of Life and Associated Factors among Cancer Patients Receiving Chemotherapy during the COVID-19 Pandemic in Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Mar;21(3):1–16.
44. Ruiz-Rodríguez I, Hombrados-Mendieta I, Melguizo-Garín A, Martos-Méndez MJ. The Importance of Social Support, Optimism and Resilience on the Quality of Life of Cancer Patients. *Front Psychol*. 2022 Mar;13(2022):1–14.
45. Tamminga SJ, Jansen LP, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM. Long-term Employment Status and Quality of Life after Cancer: A Longitudinal Prospective Cohort Study from Diagnosis Up to and Including 5 Years Post Diagnosis. *Work*. 2020 Sep;66(4):901–907.
46. Andreu Y, Picazo C, Murgui S, Soto-Rubio A, García-Conde A, Romero R. Exploring the Independent Association of Employment Status to Cancer Survivors' Health-related Quality of Life. *Health Qual Life Outcomes*. 2023 May;21(1):1–12.
47. Beerda DCE, Zegers AD, van Andel ES, Becker-Commissaris A, van der Vorst MJDL, Tange D, et al. Experiences and Perspectives of Patients with Advanced Cancer Regarding Work Resumption and Work Retention: A Qualitative Interview Study. *Support Care Cancer*. 2022 Dec;30(12):9713–9721.
48. So WKW, Au DWH, Chan DNS, Ng MSN, Choi KC, Xing W, et al. Financial Well-being as a Mediator of the Relationship between Multimorbidity and Health-related Quality of Life in People with Cancer. *Cancer Med*. 2023 Jul;12(14):15579–15587.
49. Corovic S, Vucic V, Mihaljevic O, Djordjevic J, Colovic S, Radovanovic S, et al. Social Support Score in Patients with Malignant Diseases—with Sociodemographic and Medical Characteristics. *Front Psychol*. 2023 Jun;14(2023):1–9.
50. Hughes T, O'Hara J, Burton A, London N, Emmonds S. Evaluating the Impact of Injury Prevention Interventions in Child and Adolescent Sports using the RE-AIM Framework and CERT: A Systematic Review. Oliveira RFS, editor. *PLoS One*. 2023 Jul;18(7):1–26.

## Privitci

Privitak A: Upitnik za prikupljanje općih podataka o ispitanicima s malignom bolešću

1. Spol:

ženski

muški

2. Nadnevak rođenja: \_\_\_\_\_

3. Tjelesna visina u metrima: \_\_\_\_\_

4. Tjelesna masa u kilogramima: \_\_\_\_\_

5. Bračno stanje:

slobodan/a

u izvanbračnoj zajednici

u braku

udovac/ica

razveden/a

6. Najviša razina završenog obrazovanja:

bez obrazovanja

osnovna škola

srednja škola

prvostupništvo

magisterij

poslijediplomski studij

7. Zaposlenje:

- nezaposlen/a
- zaposlen/a na puno radno vrijeme
- zaposlen/a na nepuno radno vrijeme
- umirovljenik/ca

8. Mjesto stanovanja: \_\_\_\_\_

9. Županija stanovanja: \_\_\_\_\_

10. Sredina stanovanja:

- seoska sredina
- gradska sredina

11. Stambeno pitanje:

- stan u podstanarstvu
- kuća u podstanarstvu
- stan u vlasništvu
- kuća u vlasništvu

12. Broj članova u domaćinstvu: \_\_\_\_\_

13. Razina osobnog mjesečnog dohotka u eurima:

- manje od 500
- od 500 do 999
- od 1000 do 1999
- od 2000 do 2999
- od 3000 do 4900
- više od 5000

14. Razina mjesečnog dohotka domaćinstva u eurima:

- manje od 500
- od 500 do 999
- od 1000 do 1999
- od 2000 do 2999
- od 3000 do 4900
- više od 5000

15. Izvor prihoda:

- plaća
- mirovina
- plaća i mirovina
- socijalna pomoć
- drugo \_\_\_\_\_

16. Imate li djece, koliko?

- Ne
- Da, \_\_\_\_\_

17. Boravite li u prirodi, koliko?

- Ne
- Da, \_\_\_\_\_

18. Okvirna razina tjelesne aktivnosti tijekom dana:

- sjedilačka (do 1,6 km koraka)
- lagano aktivna (od 3,2 do 4,8 km koraka)
- umjereno aktivna (od 6,4 do 9,7 km koraka)
- jako aktivna (od 16 do 24 km koraka)
- izrazito aktivna (više od 24 km koraka)



19. Jeste li trenutno bolesni, od čega?

Ne

Da, \_\_\_\_\_

20. Vrsta raka? \_\_\_\_\_

21. Trenutno zdravstveno stanje s obzirom na rak:

izliječen/a

bolestan/a

Privitak B: Kratka verzija upitnika o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije

Molimo Vas, pročitajte svako pitanje, procijenite svoje osjećaje te na skali za svako pitanje zaokružite broj koji Vam najbolje odgovara.

1 (G1)		Vrlo lošom	Prilično lošom	Ni dobrom ni lošom	Prilično dobrom	Vrlo dobrom
	Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?	1	2	3	4	5

2 (G4)		Vrlo nezadovoljan	Prilično nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	1	2	3	4	5

**Sljedeća se pitanja odnose na to KOLIKO ste doživljavali određene stvari u protekla dva tjedna.**

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
3 (F1.4)	Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju obaveza?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski postupak?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5
6 (F22.1)	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	1	2	3	4	5

<b>7 (F5.3)</b>	Koliko se dobro možete koncentrirati?	1	2	3	4	5
		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
<b>8 (F16.1)</b>	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	1	2	3	4	5

**Sljedeća se pitanja odnose na to KOLIKO STE POTPUNO doživljavali ili bili sposobni obavljati neke stvari u protekla dva tjedna.**

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
<b>10 (F2.1)</b>	Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Imate li prilike za rekreaciju?	1	2	3	4	5
		Vrlo slabo	Slabo	Ni slabo ni dobro	Dobro	Vrlo dobro
<b>15 (F9.1)</b>	Koliko se možete kretati uokolo?	1	2	3	4	5

**Sljedeća se pitanja odnose na to koliko ste bili  
ZADOVOLJNI različitim dijelovima svojeg života u  
protekla dva tjedna.**

		Vrlo nezadovoljan	Prilično nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
<b>16</b> <b>(F3.3)</b>	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	1	2	3	4	5
<b>17</b> <b>(F10.3)</b>	Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	1	2	3	4	5
<b>18</b> <b>(F12.4)</b>	Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	1	2	3	4	5
<b>19</b> <b>(F6.3)</b>	Koliko ste zadovoljni sobom?	1	2	3	4	5
<b>20</b> <b>(F13.3)</b>	Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	1	2	3	4	5
<b>21</b> <b>(F15.3)</b>	Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1	2	3	4	5
<b>22</b> <b>(F14.4)</b>	Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	1	2	3	4	5
<b>23</b> <b>(F17.3)</b>	Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	1	2	3	4	5
<b>24</b> <b>(F19.3)</b>	Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	1	2	3	4	5
<b>25</b> <b>(F23.3)</b>	Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?	1	2	3	4	5

**Sljedeće se pitanje odnosi na to KOLIKO STE ČESTO osjećali ili doživljavali neke stvari u protekla dva tjedna.**

<b>26 (F8.1)</b>	Nikada	Katkada	Uobičajeno	Prilično često	Uvijek
Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost?	1	2	3	4	5



Sveučilište u Rijeci • Fakultet zdravstvenih studija  
University of Rijeka • Faculty of Health Studies  
Viktora Cara Emina 5 • 51000 Rijeka • CROATIA  
Phone: +385 51 77777  
www.fzsri.uniri.hr

Rijeka, 08. srpanj 2024.

## ODLUKA

XI. sjednice Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja ( u nastavku Povjerenstvo) u 2023./2024. ak. godini održane 05. srpnja 2024. godine.

Dana 01. srpnja 2024. zaprimili smo Vašu molbu za izdavanje suglasnosti Povjerenstva.

Podnositelj : **Sunčica Branežac**

Dokumentaciju čine:

- a) Zamolba
- b) Odbreni nacrt diplomskog rada
- c) Primjerak anketnog upitnika
- d) Izjava mentora o etičnosti istraživanja
- e) Informirani pristanak
- f) Odobrenje Ustanove u kojoj će se istraživanje provoditi

Svi članovi Povjerenstva utvrdili su da predložena tema u okviru istraživanja "Utjecaj socioekonomskih faktora na kvalitetu života onkoloških bolesnika", metodologija rada i istraživanja u etičkom smislu **nisu dvojbeni**, te da se proslijeđuju na daljnji postupak.

Ova Odluka stupa na snagu sa danom njenog donošenja.

Žalbu na ovu odluku moguće je dostaviti pismenim putem u roku 7 dana od dana njenog donošenja dekanici Fakulteta zdravstvenih studija, prof. dr. sc. Danieli Malnar, dr. med.

Predsjednica Etičkog povjerenstva  
  
Prof. dr. sc. Darinka Vučković, dr. med.

Dostaviti:

1. Arhiva Fakulteta
2. Podnositeljici predmeta (**Sunčica Branežac**)

SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
RIJEKA

Privitak D: Deskriptivna statistika procjene kvalitete života ispitanika s obzirom na spol (N = 70)

Broj pitanja	Konstrukt/čestica	Žene		Muškarci		Vrijednost t-testa	p	
		M	SD	M	SD			
<b>Kvaliteta života</b>								
1	Općenita kvaliteta života	Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?	43,59	13,715	43,55	14,387	0,01	0,990
2	Općenito zdravlje	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	33,33	11,939	35,48	12,540	-0,73	0,467
		<b>Tjelesno zdravlje</b>	46,70	7,615	44,35	6,239	1,39	0,170
3*	Bol i nelagoda	Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju obaveza?	3,23	0,810	3,39	0,558	-0,95	0,344
4*	Ovisnost o lijekovima	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski postupak?	2,82	0,556	3,26	0,514	-3,38	0,001
10	Energija	Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	2,54	0,884	2,94	0,359	-2,55	0,014
15	Pokretljivost	Koliko se možete kretati uokolo?	3,15	0,432	3,00	0,365	1,62	0,111
16	San	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	2,31	0,950	2,26	0,815	0,23	0,818
17	Dnevne aktivnosti	Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	2,95	0,647	2,90	0,651	0,29	0,772
18	Radna sposobnost	Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	3,18	0,451	2,97	0,315	2,31	0,024

Broj pitanja			Žene		Muškarci		Vrijednost t-testa	p
			M	SD	M	SD		
		<b>Psihičko zdravlje</b>	36,65	13,558	42,07	7,481	-2,13	0,038
5	Pozitivni osjećaji	Koliko uživate u životu?	2,10	0,788	2,58	0,564	-2,85	0,006
6	Duhovnost	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	2,28	0,826	2,29	0,529	-0,05	0,960
7	Koncentracija	Koliko se dobro možete koncentrirati?	2,54	0,854	2,94	0,359	-2,63	0,011
11	Slika tijela	Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?	2,59	1,093	2,84	0,779	-1,11	0,271
19	Samopoštovanje	Koliko ste zadovoljni sobom?	2,79	0,695	2,71	0,643	0,53	0,600
26*	Negativni osjećaji	Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost?	3,51	0,644	3,26	0,575	1,72	0,089
		<b>Socijalni odnosi</b>	33,33	8,333	33,06	10,862	0,12	0,907
20	Osobni odnosi	Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	2,38	0,747	2,29	0,693	0,54	0,590
21	Seksualna aktivnost	Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1,64	0,486	1,68	0,475	-0,31	0,754
22	Socijalna podrška	Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	2,97	0,628	3,00	0,730	-0,16	0,875



Broj pitanja	Konstrukt/čestica	Žene		Muškarci		Vrijednost t-testa	p	
		M	SD	M	SD			
	<b>Okolina</b>	44,55	9,927	46,07	7,305	-0,71	0,479	
8	Sigurnost	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	2,82	1,121	3,26	0,631	-2,06	0,043
9	Domaće okruženje	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	1,77	0,427	2,03	0,407	-2,63	0,011
12	Financijska sredstva	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	2,18	0,790	2,06	1,124	0,48	0,631
13	Informacije	Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?	2,82	0,556	2,55	0,723	1,78	0,079
14	Slobodno vrijeme	Imate li prilike za rekreaciju?	3,18	0,451	2,97	0,315	2,31	0,024
23	Dom	Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	3,44	0,641	3,52	0,626	-0,53	0,601
24	Zdravstvena skrb	Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	2,92	0,270	2,97	0,180	-0,79	0,431
25	Prijevoz	Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?	3,13	0,522	3,39	0,558	-1,98	0,052

Bilješka: \* – negativno postavljena pitanja koja su obrnuto prekodirana, M – aritmetička sredina (*mean*), p – p-vrijednost, SD – standardno odstupanje (*standard deviation*).

Privitak E: Deskriptivna statistika procjene kvalitete života ispitanika s obzirom na dob u godinama (N = 70)

Broj pitanja		Konstrukt/čestica	Mlađi od 60		≥ 61		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
<b>Kvaliteta života</b>								
1	Općenita kvaliteta života	Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?	48,96	13,751	40,76	13,290	2,40	0,021
2	Općenito zdravlje	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	34,38	12,363	34,24	12,201	0,04	0,965
<b>Tjelesno zdravlje</b>								
3*	Bol i nelagoda	Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju obaveza?	3,15	0,504	3,58	0,759	2,51	0,015
4*	Ovisnost o lijekovima	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski postupak?	2,91	0,415	3,21	0,626	2,08	0,041
10	Energija	Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	3,00	0,000	2,57	0,860	3,43	0,001
15	Pokretljivost	Koliko se možete kretati uokolo?	3,13	0,448	3,07	0,389	0,58	0,564
16	San	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	2,29	0,999	2,28	0,834	0,04	0,968
17	Dnevne aktivnosti	Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	2,92	0,504	2,93	0,712	-0,11	0,912
18	Radna sposobnost	Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	3,13	0,448	3,07	0,389	0,58	0,564

Broj pitanja			Mladi od 60		≥ 61		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
		<b>Psihičko zdravlje</b>	44,44	5,977	36,23	12,725	3,67	<0,001
5	Pozitivni osjećaji	Koliko uživate u životu?	2,63	0,576	2,15	0,759	2,67	0,009
6	Duhovnost	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	2,50	0,511	2,17	0,769	1,87	0,066
7	Koncentracija	Koliko se dobro možete koncentrirati?	3,00	0,000	2,57	0,834	3,54	0,001
11	Slika tijela	Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?	3,08	0,717	2,5	1,027	2,77	0,007
19	Samopoštovanje	Koliko ste zadovoljni sobom?	2,92	0,717	2,67	0,634	1,45	0,151
26*	Negativni osjećaji	Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost?	3,37	0,658	3,46	0,61	0,56	0,575
		<b>Socijalni odnosi</b>	32,99	9,976	33,33	9,296	-0,15	0,885
20	Osobni odnosi	Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	2,29	0,751	2,37	0,711	-0,43	0,671
21	Seksualna aktivnost	Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1,71	0,464	1,63	0,488	0,64	0,522
22	Socijalna podrška	Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	2,96	0,690	3	0,667	-0,25	0,807

Broj pitanja			Mladi od 60		≥ 61		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
Okolina			50,39	5,398	42,53	9,116	4,52	<0,001
8	Sigurnost	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	3,29	0,464	2,87	1,108	2,24	0,029
9	Domaće okruženje	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	2,00	0,000	1,83	0,529	2,23	0,031
12	Financijska sredstva	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	2,88	0,947	1,74	0,681	5,78	<0,001
13	Informacije	Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?	3,00	0,511	2,54	0,657	3,21	0,002
14	Slobodno vrijeme	Imate li prilike za rekreaciju?	3,13	0,448	3,07	0,389	0,58	0,564
23	Dom	Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	3,63	0,576	3,39	0,649	1,48	0,142
24	Zdravstvena skrb	Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	2,96	0,204	2,93	0,25	0,40	0,692
25	Prijevoz	Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?	3,25	0,532	3,24	0,565	0,08	0,938

Bilješka: \* – negativno postavljena pitanja koja su obrnuto prekodirana, < – manje, ≥ – veće ili jednako, M – aritmetička sredina (*mean*), p – p-vrijednost, SD – standardno odstupanje (*standard deviation*).

Privitak F: Deskriptivna statistika procjene kvalitete života ispitanika s obzirom na bračni status (N = 70)

Broj pitanja		Konstrukt/čestica	U bračnoj ili izvanbračnoj zajednici		Samci (slobodni, udovci i razvedeni)		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
<b>Kvaliteta života</b>								
1	Općenita kvaliteta života	Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?	44,77	14,998	41,67	12,010	0,91	0,368
2	Općenito zdravlje	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	34,30	12,227	34,26	12,303	0,01	0,989
		<b>Tjelesno zdravlje</b>	47,09	7,764	43,39	5,214	2,19	0,032
3*	Bol i nelagoda	Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju obaveza?	3,35	0,720	3,22	0,698	0,73	0,471
4*	Ovisnost o lijekovima	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski postupak?	2,98	0,556	3,07	0,616	-0,68	0,496
10	Energija	Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	2,74	0,727	2,67	0,734	0,43	0,667
15	Pokretljivost	Koliko se možete kretati uokolo?	3,19	0,450	2,93	0,267	3,03	0,003
16	San	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	2,42	0,957	2,07	0,730	1,70	0,094
17	Dnevne aktivnosti	Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	2,98	0,672	2,85	0,602	0,79	0,434
18	Radna sposobnost	Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	3,19	0,450	2,93	0,267	3,03	0,003

Broj pitanja			U bračnoj ili izvanbračnoj zajednici		Samci (slobodni, udovci i razvedeni)		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
		<b>Psihičko zdravlje</b>	39,73	12,379	37,96	10,163	0,62	0,537
5	Pozitivni osjećaji	Koliko uživate u životu?	2,35	0,720	2,26	0,764	0,50	0,622
6	Duhovnost	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	2,35	0,720	2,19	0,681	0,95	0,348
7	Koncentracija	Koliko se dobro možete koncentrirati?	2,72	0,701	2,70	0,724	0,10	0,922
11	Slika tijela	Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?	2,91	1,019	2,37	0,792	2,33	0,023
19	Samopoštovanje	Koliko ste zadovoljni sobom?	2,72	0,701	2,81	0,622	-0,57	0,571
26*	Negativni osjećaji	Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost?	3,51	0,592	3,22	0,641	1,93	0,058
		<b>Socijalni odnosi</b>	33,14	8,813	33,33	10,591	-0,08	0,934
20	Osobni odnosi	Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	2,37	0,725	2,30	0,724	0,43	0,671
21	Seksualna aktivnost	Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1,60	0,495	1,74	0,447	-1,19	0,239
22	Socijalna podrška	Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	3,00	0,690	2,96	0,649	0,22	0,824

Broj pitanja		Konstrukt/čestica	U bračnoj ili izvanbračnoj zajednici		Samci (slobodni, udovci i razvedeni)		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
		<b>Okolina</b>	48,55	7,196	39,93	8,725	4,49	<0,001
8	Sigurnost	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	3,09	0,971	2,89	0,934	0,87	0,388
9	Domaće okruženje	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	1,91	0,479	1,85	0,362	0,51	0,610
12	Financijska sredstva	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	2,63	0,787	1,33	0,555	8,06	<0,001
13	Informacije	Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?	2,98	0,462	2,26	0,656	4,96	<0,001
14	Slobodno vrijeme	Imate li prilike za rekreaciju?	3,19	0,450	2,93	0,267	3,03	0,003
23	Dom	Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	3,60	0,541	3,26	0,712	2,30	0,025
24	Zdravstvena skrb	Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	2,98	0,152	2,89	0,320	1,33	0,191
25	Prijevoz	Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?	3,16	0,433	3,37	0,688	-1,40	0,168

Bilješka: \* – negativno postavljena pitanja koja su obrnuto prekodirana, < – manje, M – aritmetička sredina (*mean*), p – p-vrijednost, SD – standardno odstupanje (*standard deviation*).

Privitak G: Deskriptivna statistika procjene kvalitete života ispitanika s obzirom na radni status  
(N = 70)

Broj pitanja		Konstrukt/čestica	Nezaposleni ili umirovljenici		Zaposleni na nepuno ili puno radno vrijeme		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
<b>Kvaliteta života</b>								
1	Općenita kvaliteta života	Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?	39,77	12,434	50,00	14,142	-3,06	0,004
2	Općenito zdravlje	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	34,09	12,165	34,62	12,403	-0,17	0,863
<b>Tjelesno zdravlje</b>								
3*	Bol i nelagoda	Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju obaveza?	3,09	0,741	3,65	0,485	-3,45	0,001
4*	Ovisnost o lijekovima	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski postupak?	2,91	0,640	3,19	0,402	-2,03	0,046
10	Energija	Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	2,55	0,875	3,00	0,000	-3,45	0,001
15	Pokretljivost	Koliko se možete kretati uokolo?	3,07	0,334	3,12	0,516	-0,47	0,643
16	San	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	2,25	0,811	2,35	1,018	-0,44	0,664
17	Dnevne aktivnosti	Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	2,98	0,628	2,85	0,675	0,82	0,415
18	Radna sposobnost	Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	3,07	0,334	3,12	0,516	-0,42	0,679



Broj pitanja		Konstrukt/čestica	Nezaposleni ili umirovljenici		Zaposleni na nepuno ili puno radno vrijeme		t-test vrijednost	p-vrijednost
			M	SD	M	SD		
		<b>Psihičko zdravlje</b>	35,70	12,625	44,71	6,298	-3,97	<0,001
5	Pozitivni osjećaji	Koliko uživate u životu?	2,16	0,776	2,58	0,578	-2,38	0,020
6	Duhovnost	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla??	2,16	0,776	2,50	0,510	-2,00	0,050
7	Koncentracija	Koliko se dobro možete koncentrirati?	2,55	0,848	3,00	0,000	-3,56	0,001
11	Slika tijela	Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?	2,45	0,999	3,12	0,766	-3,11	0,003
19	Samopoštovanje	Koliko ste zadovoljni sobom?	2,64	0,613	2,96	0,720	-2,01	0,049
26*	Negativni osjećaji	Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost?	3,39	0,618	3,42	0,643	-0,24	0,814
		<b>Socijalni odnosi</b>	34,09	8,585	31,73	10,806	1,01	0,317
20	Osobni odnosi	Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?	2,41	0,658	2,23	0,815	1,00	0,320
21	Seksualna aktivnost	Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1,66	0,479	1,65	0,485	0,04	0,965
22	Socijalna podrška	Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	3,02	0,664	2,92	0,688	0,60	0,552

Broj pitanja	Konstrukt/čestica	Nezaposleni ili umirovljenici		Zaposleni na nepuno ili puno radno vrijeme		t-test vrijednost	p-vrijednost	
		M	SD	M	SD			
	<b>Okolina</b>	42,33	8,876	50,12	6,342	-3,92	<0,001	
8	Sigurnost	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	2,84	1,119	3,31	0,471	-2,43	0,018
9	Domaće okruženje	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	1,82	0,540	2,00	0,000	-2,23	0,031
12	Financijska sredstva	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?	1,73	0,624	2,81	1,021	-4,89	<0,001
13	Informacije	Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?	2,52	0,628	3,00	0,566	-3,27	0,002
14	Slobodno vrijeme	Imate li prilike za rekreaciju?	3,07	0,334	3,12	0,516	-0,42	0,679
23	Dom	Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	3,39	0,655	3,62	0,571	-1,48	0,143
24	Zdravstvena skrb	Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	2,93	0,255	2,96	0,196	-0,51	0,611
25	Prijevoz	Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?	3,25	0,576	3,23	0,514	-0,55	0,587

Bilješka: \* – negativno postavljena pitanja koja su obrnuto prekodirana, < – manje, M – aritmetička sredina (*mean*), p – p-vrijednost, SD – standardno odstupanje (*standard deviation*).

## Privitak H: Popis ilustracija

### Tablice

Tablica 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika (N = 70). .....	15
Tablica 2. Sociodemografske karakteristike ispitanika prema uvjetima stanovanja (N = 70). .....	19

### Slike

Slika 1. Struktura ispitanika oboljelih prema vrstama malignih bolesti.....	18
Slika 2. Broj djece ispitanika.....	20

## Kratki životopis

Sunčica Branežac rođena je 5. srpnja 1995. godine u Virovitici, Republika Hrvatska. Osnovnu školu završila je u Lipiku, Republika Hrvatska, a srednju u Pakracu, Republika Hrvatska. Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci upisala je 2018. godine. U slobodno vrijeme bavi se športom i voli provoditi vrijeme u prirodi.