

REZILIJENCIJA I KVALITETA ŽIVOTA ONKOLOŠKIH BOLESNIKA

Darija Šimić¹, Romana Babić^{1,2}, Darjan Franjić^{1,3}, Dragan Babić^{1,2}

¹Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru

²Klinika za psihijatriju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

³Klinika za onkologiju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

88000, Mostar, Bosna i Hercegovina

Rad je primljen 03.02.2022. Rad je recenziran 27.02.2022. Rad je prihvaćen 09.03.2022.

SAŽETAK

Uvod: Onkološki bolesnici mogu se ubrojiti u rizičnu skupinu smanjene kvalitete života s obzirom na specifične zdravstvene tegobe, nuspojave liječenja ali i promijenjene životne okolnosti koje sa sobom nosi sama bolest. Mnogi stručnjaci smatraju da se kroz multidisciplinarni pristup liječenju onkoloških bolesnika može poboljšati njihova rezilijencija i kvaliteta života.

Cilj: Ispitati povezanost rezilijencije i kvalitete života u onkoloških bolesnika.

Ispitanici i metode: Istraživački uzorak predstavljali su onkološki bolesnici koji se liječe na Klinici za onkologiju Sveučilišne kliničke bolnice (SKB) Mostar (N=50). Za prikupljanje podataka korišteni su: sociodemografski upitnik namjenski sačinjen za ovo istraživanje, WHOQOL-BREF upitnik za procjenu kvalitete života i CD-RISC-25 upitnik psihološke rezilijencije.

Rezultati: Nađena je pozitivna statistički značajna korelacija između svih domena kvalitete života i rezilijencije. Naj snažnija korelacija pronađena je između domene psihološkog zdravlja i rezilijencije. Ispitanici koji su bili u stadiju IV bolesti imali su najlošiji rezultat na skali tjelesnog zdravlja. Nije bilo statistički značajnih razlika u drugim domenama kvalitete života i rezilijenciji među ispitanicima u odnosu na stadij bolesti. Nije bilo statistički značajnih razlika u rezilijenciji i kvaliteti života među ispitanicima u odnosu na dužinu liječenja.

Zaključak: Onkološki bolesnici s višom razinom rezilijencije su imali višu razinu kvalitete života.

Ključne riječi: rezilijencija, kvaliteta života, onkološki bolesnici

Osoba za razmjenu informacija:

Darija Šimić

E mail: dariaasimich@gmail.com

UVOD

Onkologija je relativno nova grana medicine koja je posvećena ispitivanju, dijagnozi i liječenju osoba oboljelih od maligne bolesti (1). Zloćudni rast je posredovan nesvrshodnim bujanjem ćelija (onkogeni), blokadom negativnih metaboličkih procesa (supresorski geni) i mutacijom u genima za popravak pogrešaka u molekuli DNK. Tek je 2 % bolesti u čovjeku po svojoj prirodi monogeno (uzrokovano promjenom jednog gena). Ostatak od 98 % bolesti je ili poligen (istodobno uzrokovano promjenom više gena) ili epigen (uzrokovano negenskim ili post genskim poremećajem ćelijskih molekula). Za nastanak tumora potrebno je da ćelija pretrpi više genskih promjena (2). Maligne bolesti dovode do većih promjena u samom životnom stilu pacijenta, a može izazvati i vrlo ozbiljne poremećaje u normalnom funkcioniranju. Pri današnjim istraživanjima navodi se kako zloćudna stanica zapravo nastaje na temelju procesa akumulacije brojnih oštećenja. Ta ista oštećenja javila su se iz nekog razloga te su izbjegla stanične mehanizme koji uključuju popravak oštećenja, a u konačnici su dovele do zloćudne bolesti, tj. do zloćudnih promjena. Kada se radi o uzročnicima malignih oboljenja, čimbenike je moguće podijeliti u tri kategorije, a riječ je o čimbenicima koji se odnose na stil života, na okolišne čimbenike kao i na čimbenike koji su povezani s profesionalnom izloženošću (3). Zbog svoje kompleksnosti liječenje maligne bolesti uključuje mnogo različitih disciplina i interdisciplinarni pristup. Koliko ćemo biti nesretni i manje kvalitetno živjeti zbog svoje kronične bolesti ili sa posljedicama ne ovisi o tome koliko smo stvarno bolesni ili hendikepirani nego i o tome kako osobno doživljavamo svoju "bolest" (1). Rezilijencija se može promatrati kao sposobnost pojedinca da zadrži ili obnovi relativno stabilno psihološko i fizičko funkcioniranje kada se suoči sa stresnim životnim događajima i nedaćama (4). Kad se osoba okrene prema pozitivnom shvaćanju i prihvaćanju određenih situacija kao sastavnog

dijela njenog života i nastavi normalno funkcionirati i prevazilaziti sve prepreke možemo reći da je rezilijentna. Biti rezilijentan ne znači da osoba ne reagira na stres i da ne doživljava negativne emocije, već da se na efikasan način nosi sa njima (5). Mnogobrojna strana, ali i domaća istraživanja naglašavaju važnost kvalitete života kao jedan od glavnih faktora uspješnosti liječenja i preživljavanja. Različiti faktori poput dijagnoze, procesa i nuspojava liječenja, psihičkih i socijalnih teškoća mogu znatno narušiti kvalitetu života. Smanjenom kvalitetom i zadovoljstvom života, oboljele osobe imaju teškoća u objektivnom i subjektivnom blagostanju, donošenju odluka važnih za liječenje, održavanju društvenih uloga, načinu suočavanja s malignom bolesti i svakodnevnom funkcioniranju (6). Tijekom posljednjih nekoliko godina kvaliteta života postala je važna mjera ishoda u vezi sa zdravljem (7). Terapijski se učinci u liječenju bolesnika danas više ne mogu, ili barem ne bi smjeli uspoređivati i evaluirati samo na temelju poboljšanja laboratorijskih nalaza i preživljavanja bolesnika, već i na temelju poboljšavanja njegove kvalitete življenja (8).

Cilj ovog rada bio je ispitati povezanost rezilijencije i kvalitete života u onkoloških bolesnika.

ISPITANICI I METODE

Istraživanje je provedeno u vremenskom razdoblju između kolovoza i prosinca 2021. godine. Istraživački uzorak predstavljali su onkološki bolesnici koji se liječe na Klinici za onkologiju Sveučilišne kliničke bolnice (SKB) Mostar (N=50). Kriteriji uključivanja ispitanika u studiju su pacijenti Klinike za onkologiju SKB Mostar, koji su registrirani na djelu za onkologiju u dobi od 30 do 60 godina. Iz studije su isključeni oni ispitanici kojima je dijagnosticirana duševna bolest i zaostalost, ispitanici koji nisu željeli dobrovoljno sudjelovati u istraživanju i ispitanici koji su nepravilno/nepotpuno popunili upitnike. Podaci o bolesnicima oboljelima od onkoloških bolesti prikupljeni su na temelju njihove informiranosti

i nadopunjeni na temelju podataka iz arhive medicinske dokumentacije. Nijedan od sudionika nije samostalno ispunjavao upitnik. Njegovi odgovori su se bilježili putem dijaloga. Sudionici su informirani o cilju istraživanja te su dobrovoljno pristali na sudjelovanje. Vrijeme potrebno za ispunjavanje cjelokupnog upitnika iznosilo je 10-15 minuta. Istraživanje je provedeno uz odobrenje Etičkog povjerenstva Sveučilišne kliničke bolnice Mostar.

Upitnici

Upotrijebljen je anketni upitnik koji je sadržavao sociodemografske podatke: spol, bračno stanje, radni status, imaju li djecu, obrazovanje, ekonomski status, jesu li pokretni, koliko dugo se liječe kao onkološki bolesnici, stadij bolesti, je li bolest benigna i maligna, imaju li neke druge bolesti, jesu li se ikada javljali psihijatru zbog psiholoških poteškoća i koriste li lijekove za psihičke poteškoće.

Za mjerenje kvalitete života korišten je WHOQOL-BREF (engl. World Health Organisation Quality of Life-BREF) upitnik konstruiran od strane SZO (Svjetske zdravstvene organizacije). Upitnik sadrži 26 pitanja, a odgovori na svako se boduju ljestvicom od 1 (najlošije) do 5 (najbolje). Bodovi za svaku domenu transformiraju se na skalu od 0 do 100, prema priručniku upitnika. Veći broj bodova predstavlja bolju kvalitetu života. U upitniku se postavlja vremenski okvir od mjesec dana unutar kojeg sudionik procjenjuje kvalitetu života (9).

Upitnik psihološke rezilijencije CD-RISC-25 (engl. Connor Davidson-Resilience Scale 25) korišten je za procjenu sposobnosti oporavka u onkoloških bolesnika. Sastoji se od 25 čestica, a svako se pitanje boduje Likertovom skalom 0 do 4. Nakon transformacija bodova, bodovi su unutar skale od 0 do 100. Najviši bodovi unutar bodovne skale indiciraju najvišu rezilijenciju ili sposobnost oporavka kod ispitanika. Ovaj test sadrži ljestvicu koja mjeri rezilijenciju i koliko je osoba spremna za povratak nakon stresnih događaja, tragedija ili trauma (10).

Statistička obrada podataka

Statistička analiza obavljena je pomoću programskog paketa SPSS (engl. Statistical Package for the Social Sciences) za Windows (inačica 17.0, SPSS Inc, Chicago, Illinois, SAD). Dobiveni rezultati su obrađeni pomoću deskriptivnih, te neparametrijskih i parametrijskih metoda inferencijalne statistike ovisno o distribuciji podataka. Distribucija uzorka za svaku kontinuiranu varijablu i za svaku istraživanu skupinu je testirana Kolmogorov-Smirnovim testom. Kontinuirane varijable su zbog nenormalne distribucije podataka prikazane kao medijan i interkvartilni raspon. Razlike među kontinuiranim varijablama su testirane Kruskal-Wallis testom, a povezanost između varijabli je testirana Spearmanovim testom korelacije. Kruskal-Wallis jednosmjerna analiza varijacije za razlike između tri ili više grupa. Razina vjerojatnosti od $p < 0,05$ smatrana je statistički značajnom.

REZULTATI

Najveći udio ispitanika bili su u braku, imali su djecu, bili su srednjeg obrazovanja, srednjeg ekonomskog statusa, samostalno pokretni, liječe se manje od jedne godine, s najčešćim stadijem III bolesti.

Nađena je pozitivna korelacija između svih domena kvalitete života i rezilijencije ($p < 0,001$). Najsnažnija korelacija pronađena je između domene psihološkog zdravlja i rezilijencije ($r = 0,665$) (Tablica 1).

Tablica 1. Povezanost kvalitete života s rezilijencijom

WHOQOL-BREF	CD-RISC-25	
	r	p
Tjelesno zdravlje	0,538	<0,001
Psihološko zdravlje	0,665	<0,001
Socijalni odnosi	0,425	0,002
Okolina	0,621	<0,001
Ukupna kvaliteta života	0,551	<0,001

r - Spearmanov koeficijent

Ispitanici koji su bili u stadiju IV bolesti imali su najlošiji rezultat na domeni tjelesnog zdravlja ($p < 0,05$). Nije bilo statistički značajnih razlika u

drugim domenama kvalitete života i rezilijenciji među ispitanicima u odnosu na stadij bolesti (Tablica 2).

Tablica 2. Razlike u kvaliteti života i rezilijenciji među ispitanicima u odnosu na stadij bolesti

	Koji je stadij Vaše bolesti?								H	P
	1		2		3		4			
	M	IR	M	IR	M	IR	M	IR		
WHOQOL-BREF										
Tjelesno zdravlje	13,71	1,57	13,43	4,00	12,29	3,29	10,86	3,43	7,999	0,046
Psihološko zdravlje	16,33	3,33	15,33	4,50	14,33	3,67	14,00	5,00	1,695	0,638
Socijalni odnosi	16,67	4,33	16,00	3,33	16,00	4,67	14,67	4,33	3,790	0,285
Okolina	16,75	2,13	16,00	3,38	15,25	3,88	15,25	2,50	3,600	0,308
Ukupna kvaliteta života	12,00	5,00	13,00	5,00	12,00	7,00	12,00	8,00	1,762	0,623
CD-RISC-25	74,50	20,00	64,00	18,25	67,00	11,75	62,50	19,00	2,026	0,567

M - Median; IR - Interkvartilni raspon; H - Kruskal-Wallis test

Ispitanici ženskog spola su postizali statistički značajno više rezultate na domenama tjelesnog i psihološkog zdravlja. Ispitanici koji su imali djecu su postizali statistički značajno više rezultate na svim domenama kvalitete života i na skali rezilijencije. Ispitanici koji su bili samostalno pokretni su postizali statistički značajno više rezultate na svim domenama kvalitete života, dok na skali rezilijencije nije bilo statistički značajnih razlika. Ispitanici koji nisu

bili u braku imali su statistički značajno najlošije socijalno funkcioniranje. Ispitanici koji su završili osnovnu školu imali su statistički značajno najlošije socijalno funkcioniranje, dok su ispitanici nižeg ekonomskog statusa imali statistički značajno najlošije okolišno funkcioniranje. Nije bilo statistički značajnih razlika u rezilijenciji i kvaliteti života među ispitanicima u odnosu na dužinu liječenja.

RASPRAVA

Obradom podataka nađena je pozitivna statistički značajna korelacija između svih domena kvalitete života i rezilijencije. Što je bolja rezilijencija, bolja je i kvaliteta života i obratno. To potvrđuje našu hipotezu da postoji pozitivna povezanost između rezilijencije i kvalitete života u onkoloških bolesnika. Brojne studije su naglasile pozitivan utjecaj rezilijencije na razne bolesti. Presječna studija iz 2017. godine koju su proveli Ye i suradnici istraživala je utjecaj rezilijencije na kvalitetu života i emocionalno zdravlje oboljelih od karcinoma debelog crijeva. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je rezilijencija pozitivno povezana s kvalitetom života oboljelih od karcinoma debelog crijeva (11). Brojne druge studije pokazuju da se uvođenjem intervencija usmjerenih na povećanje rezilijencije u onkološkim ustanovama ubrzava proces oporavka. Važne odrednice niza značajnih ishoda pacijentovog nošenja s bolešću su percepcija bolesti, odnosno pacijentovo viđenje bolesti, te način na koji se pacijent nosi s tom situacijom. Rezilijencija igra važnu ulogu u kompleksu procesa motiviranja ljudi da ostanu mentalno zdravi i prakticiraju ponašanja koja im mogu pomoći da se nose sa anksioznosti i depresijom kao posljedicama njihove kronične bolesti, kako bi u konačnici mogli poboljšati svoju kvalitetu života (12). Kod ranih stadija bolesti (stadij I i II) moguće je primjenom terapijskog pristupa, kirurgijom ili zračenjem, postići lokoregionalnu kontrolu bolesti u 70 do 80 % bolesnika, bez značajnog narušavanja kvalitete života. Ispitanici koji su bili u 4. stadiju bolesti (36 %) imali su najlošiji rezultat na skali fizičkog zdravlja, nije bilo statistički značajnih razlika u drugim domenama kvalitete života i rezilijenciji među ispitanicima u odnosu na stadij bolesti. Ovaj podatak je činjenica da 4. stadij pruža najmanje nade u ozdravljenje i najviše je narušeno tjelesno i psihičko zdravlje. Potrebno je da se u ovom stadiju pruži najbolja moguća

palijativna skrb i uključivanje svih članova obitelji kao i medicinskog osoblja. U ovom stadiju bolesti bolesnici su najosjetljiviji i razumljivo je da sama prognoza bolesti ima najveći utjecaj na negativne reakcije i samim time i lošu kvalitetu života i rezilijenciju. Ispitanici koji su imali djecu su postizali značajno više rezultate na svim domenama kvalitete života i na skali rezilijencije. Obitelj i prijatelji od velikog su značaja pri pružanju pomoći. Iz ovog istraživanja vidljivo je da su svi ispitanici ili zadovoljni ili vrlo zadovoljni odnosima sa obitelji i bliskim osobama, najčešće partnerom. Ispitanici koji nisu bili u braku imali su najlošije socijalno funkcioniranje, nije bilo statistički značajnih razlika u drugim domenama kvalitete života i rezilijenciji među ispitanicima u odnosu na bračni status. Navedeni rezultat podudara se s istraživanjem provedenom u Queenslandu gdje su ispitanici koji su bili u braku ili žive zajedno imali bolje rezultate u području društveno obiteljskih odnosa od onih koji nisu u braku (13).

Oboljelima je psihološka podrška obitelji i bliskih osoba jako važna u suočavanju sa dijagnozom, u trenucima straha, usamljenosti, u stanjima kriza a pogotovo kada prognoze nisu tako dobre. Usporedivo s drugim istraživačima koji su se bavili istom temom naši rezultati ne odstupaju od vrijednosti rezultata koje su ti autori dobili. Rezultati govore u prilog činjenici kako bavljenje tjelesnom aktivnošću te inkluzija onkoloških pacijenata i njihovih obitelji u društvenu zajednicu pridonose uspješnijem rehabilitacijskom ishodu čiji je krajnji cilj kvaliteta života (14).

Još jedna važna spoznaja je da bolesnici u kakvom god stanju bili prijalo im je razgovarati o svojim poteškoćama. Komunikacija je ponekad najbolji lijek jer razgovorom možemo promijeniti nečije razmišljanje i usmjeriti ga na pozitivno ukoliko nađemo prave riječi i pravi način kako ih prezentirati. Ovaj rad daje važnost multidisciplinarnog pristupa bolesniku jer je

evidentno da se tjelesni i psihički simptomi ne mogu razdvojiti, te da je bolesnik individua i da bolesnik nije dijagnoza nego cijeli sklop tjelesnih i psihičkih simptoma, a već je dobro poznato među liječnicima i pacijentima da raspoloženje i mentalno blagostanje utječu na prognozu bolesti (15). U skladu s time, Talepasand i suradnici navode da je rezilijencija pozitivno povezana s kvalitetom životom oboljelih od karcinoma debelog crijeva (16). Zarzaur i suradnici navode da rezilijencija predstavlja važan čimbenik u očuvanju mentalnog zdravlja nakon suočavanja pojedinca s bolešću i bilo kojim tipom ozljede (17). Pojedini autori navode da rezilijencija može doprinijeti na razne načine očuvanju zdravlja, kako u psihološkom tako i u tjelesnom smislu (18, 19).

Na području Bosne i Hercegovine provedena su istraživanja koja poput naših rezultata dokazuju pozitivnu povezanost rezilijencije s kvalitetom života u onkoloških bolesnik. Babić i suradnici navode da je rezilijencija za održavanje mentalnog zdravlja pojedinca u borbi s bilo kojom bolešću (20). Boškailo i suradnici navode da viša razina rezilijencije utječe na višu razinu kvalitete života oboljelih od raka dojke (21). Franjić i suradnici navode da u osoba s višom razinom rezilijencije je više vjerojatno da će se bolje nositi s bolešću i da takvi pojedinci imaju brži oporavak i proces ozdravljenja od raka debelog crijeva (22). Pojedina istraživanja ukazuju na postojanje pozitivne korelacije između rezilijencije i kvalitete života u oboljelih od raka debelog crijeva (23).

Prilikom razmatranja rezultata ove studije potrebno je uzeti u obzir njena određena ograničenja. Prije svega, ova studija je presječnog dizajna. Preporučujemo budućim istraživanjima primjenu longitudinalnog dizajna studije kako bi se omogućila analiza promjena istraživačkih varijabli u različitim vremenskim razmacima. Dodatno ograničenje ove studije predstavlja

moгуćnost o nedovoljnom razumijevanju pitanja od strane ispitanika, što je moglo utjecati na određenu razinu iskrivljenja rezultata. Budući autori bi trebali razmotriti postupak koji će uključivati fokus grupu, čime bi se dobio uvid u subjektivnija objašnjenja ispitanikovih stavova. Unatoč navedenim ograničenjima, rezultati ove studije dodatno rasvjetljavaju povezanost rezilijencije i kvalitete živote onkoloških bolesnika.

ZAKLJUČAK

Onkološki bolesnici s višom razinom rezilijencije su imali višu razinu kvalitete života. Najznačajnija pozitivna povezanost pronađena je između rezilijencije i psihološkog zdravlja onkoloških bolesnika. Stadij bolesti je bio negativno povezan s kvalitetom života onkoloških bolesnika. Psihološke intervencije za jačanje rezilijencije trebaju biti sastavni dio multidisciplinarnog i holističkog pristupa liječenju onkoloških bolesnika.

LITERATURA

1. Bolanča A, Kusić Z, Fröbe A. Onkologija za studente dentalne medicine. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
2. Ljuca Dž. Onkologija. Tuzla: Eurografika; 2011.
3. Šamija M. Onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2000.
4. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:511-35.
5. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* 2004 Jan;59(1):20-8.

6. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". Primijenjena psihologija; 1989.
7. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *Oncologist*. 2002;7:120-5.
8. Halauk V. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Radovi Zavoda za znanstveno istraživački i umjetnički rad u Bjelovaru; 2013.
9. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOLBREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. 2004;13:299-310.
10. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*. 2003;18(2):76-82
11. Ye ZJ, Qiu HZ, Li PF, Liang MZ, Zhu YF, Zeng Z, et al. Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psychooncology*. 2017;26(6):829-835.
12. Yoo KH. Correlational Study on the Mastery and Depression in Chronic Arthritis Patients. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2006.
13. Janda M, DiSipio T, Hurst C, Cella D, Newman B. The Queensland cancer risk study: general population norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). *Psycho-Oncology*. 2009;18:606-14.
14. Crnković I, Rukavina M, Ostrogonac K. Kvaliteta života laringektomiranih osoba. *JAHS*. 2015;107-118.
15. Lemon J, Edelman S, Kidman A. Perceptions of the "Mind-Cancer" relationship among the public, cancer patients, and oncologists. *J Psychosoc Oncol*. 2008;21:43-58.
16. Talepasand S, Pooragha F, Kazemi M. Resiliency and quality of life in patients with cancer: moderating role of duration of awareness of cancer. *Iran J Cancer Prev*. 2013;6(4):222-6.
17. Zarzaur BL, Bell TM, Zanskas SA. Resiliency and quality of life trajectories after injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 May;82(5):939-945.
18. Jakovljević M, Ostojić L. Person-centered medicine and good clinical practice: Disease has to be cured but the patient has to be healed. *Psychiatr Danub*. 2015;27:2-5.
19. Jakovljević M, Jakovljević I. Theoretical psychiatric as link between academic and clinical psychiatry. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1192:355-98.
20. Babić R, Babić M, Rastović P, Čurlin M, Šimić J, Mandić K, et al. Resilience in health and illness. *Psychiatr Danub*. 2020;32 Suppl 2:226-232.
21. Boškailo E, Franjić D, Jurić I, Kiseljaković E, Marijanović I, Babić D. Resilience and quality of life of patients with breast cancer. *Psychiatr Danub*. 2021 Spring-Summer;33(Suppl 4):572-579.
22. Franjić D, Babić D, Marijanović I. Karcinom debelog crijeva i rezilijencija. *Zdravstveni glasnik* 2019;5(2):66-74
23. Franjić D, Babić D, Marijanović I, Martinac M. Association between resilience and quality of life in patients with colon cancer. *Psychiatr Danub*. 2021 Dec;33(Suppl 13):297-303.

RESILIENCE AND QUALITY OF LIFE IN ONCOLOGY PATIENTS

Darija Šimić¹, Romana Babić^{1,2}, Darjan Franjić^{1,3}, Dragan Babić^{1,2}

²Clinic for Psychiatry University Clinical Hospital Mostar

³Clinic for Oncology University Clinical Hospital Mostar
88000, Mostar, Bosnia and Herzegovina

ABSTRACT

Introduction: Oncology patients can be included in the risk group of reduced quality of life due to specific health problems, side effects of treatment, but also changed life circumstances that accompany the disease. Many experts believe that a multidisciplinary approach to the treatment of oncology patients can improve their resilience and quality of life.

Objective: Explore the correlation between resilience and quality of life in oncology patients.

Subjects and methods: The study sample consisted of oncology patients treated at the Clinic for Oncology of the University Clinical Hospital Mostar (N = 50). A sociodemographic questionnaire specifically designed for the study, a WHOQOL-BREF questionnaire for quality of life assessment, and a CD-RISC-25 resilience scale were used for data collection.

Results: There was a statistically significant correlation between all domains of quality of life and resilience. The strongest correlation was found between the domain for psychological health and resilience. Subjects with stage 4 cancer had the lowest score on the physical health scale. There were no statistically significant differences in other domains of quality of life and resilience among subjects in relation to the stage of the disease. There were no statistically significant differences in resilience and quality of life among subjects in relation to length of treatment.

Conclusion: Oncology patients with a higher level of resilience had a higher level of quality of life.

Key words: resilience, quality of life, oncology patients

Correspondence:

Darija Šimić

Email: dariaasimich@gmail.com