Prediktori kvalitete života bolesnika s transplantiranim organom

Dragojlov, Dragana

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:705138

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J.J.Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije

PREDIKTORI KVALITETE ŽIVOTA KOD BOLESNIKA S TRANSPLANTIRANIM ORGANOM

Diplomski rad

Dragana Dragojlov

Mentor: izv.prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2015.

Sadržaj

Uvod 1
Kvaliteta života 1
Kvaliteta života i bolest 3
Transplantacija organa 5
Metoda 8
Cilj istraživanja 8
Problemi 8
Hipoteze 9
Mjerni instrumenti 9
Sudionici 11
Postupak 12
Analiza podataka 12
Rezultati 13
Rasprava 20
Ograničenja i važnost provedenog istraživanja te smjernice za buduća istraživanja 25
Zaključak 27
Literatura 28

Prediktori kvalitete života kod bolesnika s transplantiranim organom.

Predictors of quality of life in transplant patients.

SAŽETAK

Cilj provedenog istraživanja bio je utvrditi koji čimbenici, i u kojoj mjeri, doprinose boljoj kvaliteti života kod osoba s transplantiranim organom. U istraživanju je sudjelovalo 70 sudionika koji imaju transplantiran organ (bubreg, pluća, jetra, srce i gušterača). Sudionici su ispunili četiri upitnika: Indeks osobne kvalitete života, Multidimenzionalnu skalu percipirane socijalne podrške, skraćeni COPE upitnik te sociodemografski upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja. Dobiveni rezultati govore sljedeće: ne postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života između osoba s transplantiranim organom i teorijski pretpostavljenog normativnog raspona za svijet; ukupna subjektivna kvaliteta života osoba s transplantiranim organom značajno je i pozitivno povezana s ukupnom percipiranom socijalnom podrškom - osobe koje imaju transplantiran organ i smatraju da imaju visok stupanj podrške od svoje obitelji, prijatelja i značajnih drugih imaju i višu ukupnu kvalitetu života. Značajnim prediktorima subjektivne kvalitete života osoba s transplantiranim organom pokazale su se varijable ispunjenost očekivanja od transplantacije i ukupna socijalna podrška s time da se varijabla ukupna socijalna podrška pokazala najznačajnijim pozitivnim prediktorom.

Ključne riječi: kronična bolest, transplantacija organa, kvaliteta života, socijalna podrška

ABSTRACT

The goal of this research was to determine which factors, and to what extent, contribute to better quality of life in transplant patients. The research included 70 people with a transplanted organ (kidney, lungs, liver, heart and pancreas). The participants filled out four questionnaires: Personal Well-being Index, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Brief – COPE and a sociodemographic questionnaire. The research showed that the quality of life of transplant patients is not significantly different than the theoretically assumed normative range for the world. The subjective quality of life of transplant patients is positively correlated to overall perceived social support, with transplant patients with high levels of perceived social support from their family, friends and significant others having higher quality of life results. Significant predictors of quality of life for transplant patients are fullfilment of expectations from the transplantation and overall social support, with the latter being the most significant positive predictor.

Key words: chronic illness, organ transplantation, quality of life, social support

Uvod

Kvaliteta života primarno je psihološki fenomen, odnosno vrsta generalnog stava prema vlastitom životu i njegovim područjima. Prema Cumminsu (2003) kvaliteta života je multidimenzionalan konstrukt koji obuhvaća objektivnu i subjektivnu komponentu. Subjektivna kvaliteta života uključuje sedam područja: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu. Tim se mjerama ukazuje na individualne razlike u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta (Vuletić i Misajon, 2011). Promatrajući koncept kvalitete života kroz sedam područja, uočava se kako se emocionalno zasićena područja ocjenjuju važnijima, a među takva možemo ubrojiti i područje zdravlja, jer bolest i razna druga stanja koja odstupaju od normalnog funkcioniranja izazivaju ponekad manje, a ponekad veće emocionalne reakcije. Bolest predstavlja vanjski događaj koji negativno utječe na objektivnu i subjektivnu kvalitetu života, a njezin utjecaj nije ograničen samo na fizičke simptome i ograničeno funkcioniranje već i na neizravne efekte poput smanjenja radne sposobnosti, povećanja ovisnosti o drugima i slično. Akumuliranjem svih negativnih utjecaja, bolest najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca, pri čemu se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopoštovanje, što sve u konačnici smanjuje kvalitetu života. Kvaliteta života nakon transplantacije organa važno je područje interesa psihologa. Istraživanja su pokazala kako se kvaliteta života povezana sa zdravljem poboljšava nakon transplantacije organa, posebno u domenama funkcioniranja i fizičkog zdravlja. Ona također predstavlja važno područje koje pomaže u razumijevanju problema povezanih s načinima liječenja. Iako transplantacija organa sama po sebi ne može vratiti pacijentu život kakav je imao prije bolesti/ozljede i transplantacije, istraživanja su pokazala kako transplantacija organa značajno poboljšava kvalitetu života (Muehrer i Becker, 2005).

Kvaliteta života

Različite definicije kvalitete života naglašavaju različite čimbenike važne za kvalitetu života. Dok Cummins (2003) kvalitetu života vidi kao multidimenzionalan konstrukt koji obuhvaća objektivnu i subjektivnu komponentu, Krizmanić i Kolesarić (1989) definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i specifičnim životnim iskustvom te osobe. Istraživači Centra za istraživanje kvalitete života sa

Sveučilišta u Torontu definiraju kvalitetu života kao stupanj u kojem osoba uživa u mogućnostima koje joj život pruža, pri čemu se te mogućnosti odnose na rezultate šansi i ograničenja nastalih u interakciji osobe i njezine okolice (Diener i Suh, 1997). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 1991) poima kvalitetu života kao percepciju osobe o vlastitom životu u kontekstu kulturnog i vrijednosnog sustava u kojem živi, a s obzirom na svoje ciljeve, očekivanja i ograničenja.

Ne možemo reći da postoji jedna općeprihvaćena definicija kvalitete života. Unatoč tome, među istraživačima ipak postoji slaganje da se može razlikovati i mjeriti subjektivnu i objektivnu komponentu kvalitete života. Povećano bavljenje kvalitetom života dovelo je do razvoja dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života, ovisno o vrsti indikatora koji su u središtu istraživanja: skandinavskog, koji uzima u obzir različite objektivne indikatore kvalitete života koji se tretiraju kao cjelina, te američkog, koji naglašava subjektivne indikatore (Lučev i Tadinac, 2008). Novija istraživanja (Hagerty i sur., 2001; Heady, 2008; prema Kaliterna Lipovčan, Burušić i Tadić, 2012; Schwartz i Strack, 1999) ukazuju na to da sociodemografski čimbenici (objektivni po prirodi, kao što su prihodi, zdravlje, obrazovanje, bračni status) objašnjavaju relativno mali postotak varijance subjektivne dobrobiti, što govori da objektivni uvjeti sami za sebe nisu dovoljno dobri indikatori subjektivne dobrobiti. Subjektivni pristup proučavanju kvalitete življenja polazi od pretpostavke da je važno imati uvid u kognitivne i afektivne reakcije pojedinca na njegov/njezin vlastiti život u cjelini, ali i na pojedine aspekte života, kako bismo razumjeli kvalitetu življenja i subjektivnu dobrobit pojedinca (Diener i Suh, 1997; prema Kaliterna Lipovčan, Burušić i Tadić, 2012). Temeljem rezultata istraživanja Cummins (1998) smatra da normativni raspon subjektivnog doživljaja kvalitete života za svijet iznosi 70±5% skalnog maksimuma, dok rezultati jednog istraživanja kvalitete života u Hrvatskoj iz 2003. godine pokazuju kako su stanovnici Hrvatske u prosjeku zadovoljni 60,11±25,12%SM (Vuletić, 2005; prema Martinis, 2005).

Subjektivni pristup podrazumijeva izravno mjerenje doživljaja dobrobiti, pri čemu se najčešće radi o samoprocjeni pojedinih komponenata i/ili cjelokupnog doživljaja subjektivne dobrobiti. Poteškoće sa subjektivnim pristupom odnose se prije svega na probleme mjerenja i stabilnost subjektivne dobrobiti, budući da se ljudi međusobno razlikuju po važnosti koju pridaju određenom području života. Meta-analize istraživanja subjektivne kvalitete života pokazale su da postoji određen broj područja koja su univerzalna, što znači da se svi ljudi osvrću na njih kada procjenjuju svoj život. Cummins (2000; prema Vuletić i Misajon, 2011) je na osnovi analize

brojnih studija i definicija kvalitete života utvrdio da se u većini istraživanja javlja sedam osnovnih područja: zdravlje, emocionalna dobrobit, materijalno blagostanje, bliski odnosi s drugim ljudima, produktivnost, društvena zajednica i sigurnost. Mjere zadovoljstva određenim područjem života važan su izvor podataka, jer nude razumijevanje zašto je nečija opća razina subjektivne dobrobiti visoka ili niska. Kada osoba procjenjuje zadovoljstvo svojim životom, ona uspoređuje trenutne okolnosti s onima koje doživljava primjerenima ili poželjnima, te sukladno tome ulaže trud da bi te okolnosti ostvarila. Ukoliko pojedinac uloži više truda kako bi održao zadovoljstvo ili smanjio nezadovoljstvo u nekom području, tada će to područje smatrati važnijim (ili obrnuto). Također se smatra da je hijerarhija užih područja života od pojedinca do pojedinca različita. Različita istraživanja pokazuju da kada su ljudi nezadovoljni u jednom području, oni umanjuju njegovu važnost, a povećavaju važnost drugog područja u kojem su zadovoljni. Ipak, potrebno je naglasiti kako se navedeno odnosi na sva područja kvalitete života osim na područje zdravlja. Postoji i povezanost kvalitete života i vanjskih događaja, međutim taj odnos nije linearan. Pretpostavka je da će različiti vanjski utjecaji, različiti po intenzitetu, drugačije utjecati na kvalitetu života. Bolest je, na primjer, jedan od vanjskih utjecaja koji ima negativan učinak na kvalitetu života pojedinca (Vuletić i Misajon, 2011).

Kvaliteta života i bolest

Kvaliteta života je na prvom mjestu psihološka kategorija, koja ne proizlazi automatski iz zadovoljavanja nekih osnovnih potreba, već iz cjelokupne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi (Krizmanić i Kolesarić, 1989). Bolest predstavlja vanjski događaj koji negativno utječe na objektivnu i subjektivnu kvalitetu života. Utjecaj bolesti nije ograničen samo na fizičke simptome i ograničeno funkcioniranje, već i na neizravne efekte poput smanjene radne sposobnosti, povećanja ovisnosti o drugima i slično. Akumuliranjem svih negativnih utjecaja, bolest najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca, pri čemu se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopoštovanje, što sve u konačnici smanjuje kvalitetu života. Uzevši u obzir ovu povezanost kvalitete života i zdravlja, istraživači su utvrdili da je povezanost objektivno procijenjenog zdravlja i subjektivne kvalitete života niska i manja od povezanosti samoprocijenjenog zdravlja i subjektivne kvalitete života, koja je u pravilu visoka (Vuletić i Misajon, 2011). Ovom se tvrdnjom ističe važnost subjektivne komponente kvalitete života,

odnosno samoprocjene kvalitete života. Odnos zdravlja i subjektivne kvalitete života ogleda se u Cumminsovoj teoriji homeostaze (Cummins, 1995). Kvaliteta života raste s poboljšanjem fizičkog zdravlja, ali se rast nastavlja do određene granice (tj. homeostaze), nakon koje daljnje poboljšanje zdravlja ne dovodi do povećanja subjektivne kvalitete života. Visoka kvaliteta života vezana za zdravlje podrazumijeva odsustvo bolesti ili bilo kakvih patoloških stanja, međutim ne podrazumijeva i visoku opću kvalitetu života. Prema već opisanoj Cumminsovoj teoriji homeostaze (1995), subjektivna kvaliteta života je stabilna i aktivno se kontrolira i održava unutar predvidivog raspona pozitivnih vrijednosti. Negativan utjecaj poput bolesti može ugroziti kvalitetu života, zbog toga što homeostatski mehanizam više ne može održati normalnu razinu kvalitete života i dolazi do njezinog pada. Između zadovoljstva životom i tjelesnog zdravlja posreduje i pozitivno raspoloženje (Vuletić i Misajon, 2011), a veće zadovoljstvo putem visokog pozitivnog afekta pridonosi subjektivnom doživljaju tjelesnog zdravlja. Ovakva povezanost tjelesnog zdravlja i subjektivne kvalitete života može se objasniti činjenicom da procjene cjelokupnog života uključuju evaluaciju užih područja života, od kojih je jedno i tjelesno zdravlje. Međutim, moguće je i da zadovoljstvo životom pridonosi zdravlju putem moderacije subjektivnog doživljaja stresa. Dakle, osoba visokog zadovoljstva će stres smatrati bezazlenim i sastavnim dijelom života, te će na taj način pridonijeti svome zdravlju. Takve će osobe imati bolje tjelesno zdravlje nego osobe niskog zadovoljstva i visokog stresa. Jedan od faktora koji se u istraživanjima pokazao kao važan u umanjivanju doživljaja stresa, odnosno bolesti, i smanjivanja rizika od fizičkih i psihičkih bolesti jest percipirana socijalna podrška. Percipirana socijalna podrška se odnosi na funkcije socijalnih odnosa, odnosno na percepciju pojedinca da će članovi njegove socijalne mreže, ako je to potrebno, osigurati izvore emocionalne i instrumentalne podrške. Literatura o stresnim životnim događajima, u koje ubrajamo i kroničnu bolest i situaciju transplantacije, obilno naglašava moderatorsku funkciju socijalne podrške. Hipoteza mnogih istraživanja u području stresa i suočavanja je da je socijalna podrška faktor koji doprinosi otpornosti na stres, tako da su ljudi koji žive u braku, imaju prijatelje i članove obitelji koji im pružaju materijalnu i psihološku podršku boljeg zdravlja i kvalitete života nego ljudi s manje kontakata i podrške (Broadhed i sur., 1983; Leavy, 1983; Mitchell, Billings i Moos, 1982; Cohen i Wills, 1985; sve prema Jakovljević, 2004).

Transplantacija organa

Transplantacija organa može spasiti i produžiti život osobama s kroničnom bolešću. Ova procedura uključuje zamjenu oboljelih organa, dijelova organa ili tkiva zdravim organima ili tkivima. Organ koji se transplantira može potjecati od bolesnika samog (autotransplantat), od drugog živog donora (alotransplantat), od preminule osobe, od životinje (ksenotransplantat) ili može biti umjetno napravljen (Steinberg, 2000). Organi i tkiva koji se najčešće transplantiraju su krv i krvni proizvodi, koštana srž, kosti, živci, rožnica, srce, bubreg, jetra, pluća, crijeva, gušterača, timus i koža. Organi koji se mogu transplantirati od živih donora su: krv i krvni proizvodi, koštana srž, bubreg, dijelovi jetre i dijelovi pluća; od preminulih osoba mogu se transplantirati kosti, rožnica, srce, bubreg, jetra, pluća, gušterača i koža, a organi i tkiva koji se mogu umjetno proizvesti uključuju zglobove, srčane zaliske, dijelove kože i kostiju. Također postoje i oblici liječenja koji se koriste u razdoblju čekanja na transplantaciju, na primjer dijaliza (kod osoba koje čekaju transplantaciju bubrega) te aparati koji zamjenjuju srce i pluća a koriste se tijekom operacija kako bi održali pacijenta na životu (Burra i De Bona, 2007).

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u razdoblju od 2009. do 2013. godine u Hrvatskoj se transplantaciji organa podvrgla 7381 osoba. U 2012. godini bilo je sveukupno 1786 transplantacija, od toga najviše transplantacija bubrega (375) a najmanje transplantacija rožnice (2). U 2013. godini bilo je sveukupno 2792 transplantacije, gdje se ponovno najveći broj transplantacija odnosi na bubrege (834), a najmanji broj na dijelove kostiju (4) (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2014). Procjenjuje se da trenutno u Hrvatskoj živi oko 4000 osoba s presađenim organima dok se na listama čekanja nalazi oko 300 osoba. Procjenjuje se i kako godišnje oko 200 osoba u Hrvatskoj umire ne dočekavši transplantaciju (Eurotransplant, 2014). Također, najvećem broju pacijenata koji se nalaze na listama čekanja potreban je bubreg (130), zatim jetra (63) te srce (23) (Eurotransplant, 2014).

Poboljšane kirurške tehnike i novi imunosupresivni lijekovi doveli su do toga da se transplantacije obavljaju u velikom broju i rezultiraju visokom stopom preživljavanja bolesnika (UNOS, 1994). Kako navodi Hrvatska udruga Transplant, udruga pacijenata osnovana 2005. godine s ciljem promicanja darivanja i presađivanja organa, Hrvatska je od zemlje s dna ljestvice po broju darivatelja dospjela na sam vrh svjetske ljestvice, pa je tako u ovom trenutku među prve tri zemlje u svijetu i po broju darovanih organa ali i po broju obavljenih transplantacija. Međutim, svrha transplantacije nije samo osiguravanje preživljavanja takvih

osoba, nego i vraćanje, u određenoj mjeri, života kakav su imali prije bolesti, uz postizanje ravnoteže između učinkovitosti transplantiranog organa i pacijentovog psihološkog i fizičkog integriteta. Povećanje broja transplantacija dovelo je do nastanka nove socijalno-medicinske zajednice osoba s transplantiranim organom, koja je karakteristična po svojim specifičnim psihopatološkim i kliničkim obilježjima. Gledajući iz kliničke perspektive, osobe s transplantiranim organom imaju medicinske komplikacije izazvane imunosupresivnom terapijom koje mogu biti kratkoročne (kao npr. hipertenzija, dijabetes, otkazivanje bubrega) ili dugoročne (npr. kronična disfunkcija transplantata, recidiv, neoplazme). U psihološkoj sferi, osobe s transplantiranim organom pokazuju promjene u odnosima sa svojim obiteljima i medicinskim osobljem, i zbog njihove dugotrajne kronične bolesti, ali i zbog situacije transplantacije, koja se može doživjeti kao ritual ponovnog rođenja (Rauch i Kneen, 1989). Poremećaji raspoloženja, posebno depresivni poremećaji, su 1,5 do 4 puta češći kod kroničnih bolesnika nego u općoj populaciji, i mogu se promatrati kao rezultat višestrukih patopsiholoških, psiholoških i socioekonomskih stresora koje kronična bolest nameće pojedincu. Depresivno raspoloženje predstavlja rizični faktor za negativne ishode kod osoba koje imaju transplantiran organ, kao što su na primjer odbacivanje presađenog organa i smrt (Zalai, Szeifert i Novak, 2012). Povratak osjećaja tjelesnog integriteta nakon transplantacije je često kompleksan, i ljudi imaju teškoća pri prihvaćanju novog organa kao dijela vlastitog tijela, a ne kao zasebnog identiteta.

Kronični bolesnici se često odlučuju na transplantaciju jer vjeruju da će nakon nje postati aktivniji i vratiti osjećaj normalnosti u svoj život. Općenito govoreći, kvaliteta života koja se odnosi na funkcioniranje i tjelesne domene se nakon transplantacije značajno povećava, ali je puno faktora koji negativno utječu na nju – komorbidna stanja, funkcija presađenog organa, odbacivanje organa i čestina hospitaliziranja, (ne)zaposlenost i negativni učinci lijekova. Percipirani tjelesni izgled, problemi sa seksualnošću, stres, anksioznost i osjećaji krivnje dominiraju emocionalnom i psihološkom slikom nakon transplantacije, a ova kombinacija faktora može biti značajnim prediktorom životnih događaja nakon transplantacije, kao što je na primjer povratak na posao (Muehrer i Becker, 2005). Na kvalitetu života osoba s transplantiranim organom utječe i ovisnost o članovima obitelji ili zdravstvenom osoblju, trajanje i stupanj težine bolesti, stalna potreba za liječenjem, ograničenja koja se tiču prehrane i višestruki gubici na raznim područjima (invalidnost, financijska nesigurnost, gubitak samopoštovanja, odgađanje nezavisnosti i sl.). Ponekad dolazi i do razvoja slabijih vještina

suočavanja sa stresom i slabijih socijalnih vještina, koje u konačnici rezultiraju frustracijama (Fujita i sur., 2005).

Posebno dramatičan utjecaj na život i na kvalitetu života ima transplantacija srca, budući da se srce smatra čuvarom života i središtem osjećaja. Fisher i sur. (1995) pokazali su kako se nakon transplantacije srca javlja ne samo poboljšanje tjelesnog zdravlja koje se očituje u boljoj pokretljivosti, povećanju apetita i boljem snu, nego i poboljšanje na socijalnoj (odnosi s drugima, rekreacija) i psihičkoj dimenziji (smanjenje depresije, pozitivnije emocije). Ova su poboljšanja bila stabilna tijekom petogodišnjeg razdoblja nakon transplantacije te nisu korelirala s dobi, epizodama odbacivanja organa ili količinom lijekova koje osoba uzima. Istraživanja su pokazala kako su prediktori kvalitete života nakon transplantacije srca primarno psihološki. Na uzorku od 232 pacijenta pokazalo se kako je 66% varijance kvalitete života kod takvih pacijenata objašnjeno psihološkim faktorima, kao što su niska razina stresa, više informacija dobivenih od medicinskog osoblja, bolja percepcija zdravlja te učinkovitije strategije suočavanja sa stresom (Grady, Jalowiec i White-Williams, 1999). Istraživanja koja se bave kvalitetom života nakon transplantacije pluća pokazuju kako uspješna transplantacija ovog organa može nadomjestiti nedostatak energije i slabu tjelesnu izdržljivost koju navode bolesnici koji se nalaze na listama čekanja organa, a taj učinak očit je i nekoliko godina nakon transplantacije (Stavem i sur., 2000). Tako je jedno istraživanje u kojem je sudjelovalo 108 osoba koje imaju transplantirana pluća pokazalo da je njih 75% zadovoljno ishodom operacije te da bi se njih 92% ponovno odlučilo za operaciju. Psihijatrijska anamneza, stupanj obrazovanja i podrška koju nakon transplantacije dobijaju od bližnjih pokazali su se kao najznačajniji prediktori psihološkog ishoda, odnosno kvalitete života nakon operacije (Smeritschnig, Jaksch i Kocher, 2005). Ukupna kvaliteta života značajno se poboljšava i nakon transplantacije bubrega, koja predstavlja jednu od najčešćih operacija presađivanja organa. Uspješna transplantacija bubrega povezana je s nižim razinama stresa i većim osjećajem blagostanja nego bilo koji drugi oblik liječenja bolesti bubrega (npr. dijaliza) (Russell, Beecroft, Ludwin i Churchill, 1992). Jedno japansko istraživanje pokazalo je kako je povećana kvaliteta života nakon transplantacije bubrega uglavnom povezana sa socijalnim i fizičkim domenama (Tsuji-Hayashi, Fukuhara i Green, 1999). Iako se kvaliteta života dramatično povećava nakon transplantacije organa, pokazalo se kako postoje rasne, spolne i socio-kulturalne razlike u doživljaju kvalitete života nakon operacije. Afro-amerikanci percipiraju slabije povećanje kvalitete života nego bijelci; žene pokazuju slabije povećanje kvalitete života nego muškarci i doživljavaju poboljšanja uglavnom u domenama funkcionalne

sposobnosti, dok im slika o sebi ostaje niska (Johnson i sur., 1998). Također, viši ekonomski status i stupanj obrazovanja povezani su s višom percipiranom kvalitetom života nakon transplantacije (Rebollo, Ortega i Baltar, 1998). Uspješna transplantacija gušterače stabilizira ili umanjuje neuropatiju i sprječava povratak dijabetičke nefropatije (Muller-Felber, Landgraf i Scheuer, 1993). Tarter, Switala, Arria, Plail i Van Thiel (1991) evaluirali su promjene u kvaliteti života kod 53 osobe s transplantiranom jetrom. Podatke su prikupili kada su se osobe upisale na listu čekanja te dvije godine nakon operacije, i zatim njihove podatke usporedili s kontrolnom skupinom zdravih ljudi. Ukupna kvaliteta života značajno se povećala nakon transplantacije, ali jedino su rezultati na domeni fizičkog zdravlja dosegli razinu jednaku onoj koju postižu zdravi pojedinci, dok su rezultati na psihofizičkoj domeni bili znatno niži. Ove su rezultate potvrdili Bravata i sur. (1999) u metaanalizi 49 istraživanja: nakon transplantacije jetre dolazi do značajnijeg povećanja rezultata na fizičkim domenama kvalitete života nego na psihičkim domenama.

Mnoga istraživanja provedena u ovom području sugeriraju kako je potrebno identificirati osobne i okolinske faktore koji utječu na stupanj kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom (Dew i sur., 2005). Upravo zbog toga ovo će se istraživanje usmjeriti na otkrivanje čimbenika koji imaju značajan pozitivan utjecaj na kvalitetu života osoba koje imaju transplantiran organ.

Metoda

Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je utvrditi koji čimbenici, i u kojoj mjeri, doprinose boljoj kvaliteti života kod osoba s transplantiranim organom.

Problemi

1. Utvrditi razinu subjektivne kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom i usporediti ju s teorijski pretpostavljenim normativnim rasponom za svijet.
2. Ispitati povezanost subjektivne kvalitete života i percipirane socijalne podrške kod osoba s transplantiranim organom.

3. Utvrditi značajnost i veličinu doprinosa ispitivanih varijabli u objašnjenju subjektivne kvalitete života osoba s transplantiranim organom.

Hipoteze

1. Osobe koje imaju transplantirani organ imaju nižu ukupnu kvalitetu života u odnosu na teorijski pretpostavljeni normativni raspon za svijet koji iznosi 70±5% skalnog maksimuma.
2. Postoji pozitivna povezanost između subjektivne kvalitete života i percipirane socijalne podrške kod osoba s transplantiranim organom.
3. Percipirana socijalna podrška najznačajniji je prediktor subjektivne kvalitete života.

Mjerni instrumenti

Indeks osobne kvalitete života.

Kako bi se izmjerila subjektivna kvaliteta života korišten je Indeks osobne kvalitete života za odrasle (*Personal Wellbeing Index – Adult – PWI-A*; International Wellbeing Group, 2013). Ovaj indeks predstavlja multidimenzionalnu mjeru subjektivne kvalitete života, a izrađen je prema Skali sveobuhvatne kvalitete života (*Comprehensive Quality of Life Scale – ComQol*), koja obuhvaća i subjektivnu i objektivnu dimenziju kvalitete života. Nakon što su 2001. godine otkrivene greške u ComQol-u, ova je mjera napuštena i razvijen je Indeks osobne kvalitete života (International Wellbeing Group, 2013). Upitnik se sastoji od sedam čestica samoprocjene zadovoljstva vlastitim životom na sedam područja, a to su: životni standard, zdravlje, postignuća, odnosi s bližnjima, sigurnost, pripadanje zajednici i sigurnost u budućnost. Na ovom upitniku odgovori se daju na skali Likertovog tipa od 11 stupnjeva (0-10), pri čemu 0 označava „*Nimalo nisam zadovoljan*“, a 10 označava „*U potpunosti sam zadovoljan*“. Svaka od sedam domena ovog upitnika može se bodovati kao zasebna varijabla, no postoji i mogućnost zbrajanja rezultata svih domena kako bi se dobio prosječan bodovni rezultat. Kako bi se olakšalo međusobno uspoređivanje rezultata moguće je originalne vrijednosti transformirati u standardizirani oblik, te ih prikazati u obliku postotka od skalnog maksimuma (%SM), kao što je učinjeno u ovom istraživanju. Pomicanjem decimalne točke udesno dobijamo postotak skalnog maksimuma, pa tako npr. rezultat 6 označava 60%SM, ili rezultat 2,43 postaje 24,3%SM. Time se dobije procjena kvalitete života na skali od 0 do 100. Indeks osobne kvalitete života pokazuje konvergentnu valjanost od 0,78 sa skalom zadovoljstva životom (International Wellbeing Group, 2006). Pouzdanost ovog upitnika mjerena je na osnovu 16 anketa provedenih na australskoj

populaciji. Cronbach alpha se kreće između 0,70 i 0,85 u Australiji i prekooceanskim zemljama, dok su korelacije među domenama umjerene, između 0,30 i 0,55 (Lau i Cummins, 2005; prema The International Wellbeing Group, 2006). Kaliterna Lipovčan, Larsen i Brkljačić (2011) provjerili su koeficijent unutarnje konzistencije (Cronbach alpha) Indeksa osobne kvalitete života na uzorku hrvatskih građana, i on iznosi 0,87. Identična vrijednost dobivena je i u ovom istraživanju. Instrument također pokazuje dobru osjetljivost na razlike u spolu i dobi (Lau i sur., 2004; prema The International Wellbeing Group, 2006).

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške.

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support Assessment - MSPSSA*; Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988) korištena je u ovom istraživanju za procjenu percipirane socijalne podrške. Ona se sastoji od 12 čestica podijeljenih u tri subskale ovisno o izvoru podrške, a izvori su: obitelj, značajna druga osoba i bliski prijatelji. Svaka subskala se sastoji od četiri čestice, pri čemu se subskala *obitelj* usmjerava najviše na strukturalnu i instrumentalnu podršku (npr. „*Moja se obitelj trudi pomoći mi.*“; „*Moja obitelj je spremna pomoći mi pri donošenju nekih odluka.*“), subskala *značajni drugi* na emocije (npr. „*Postoji posebna osoba s kojom mogu podijeliti svoju radost i tugu.*“), a subskala *prijatelji* na strukturalnu i emocionalnu podršku (npr. „*Mogu računati na prijatelje kada stvari pođu krivo.*“; „*Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti svoju radost i tugu.*“). Za svaku česticu odgovori se daju na skali Likertovog tipa od 7 stupnjeva, pri čemu 1 znači „*U potpunosti se ne slažem“*, 4 znači „*Imam neutralan stav“*, a 7 označava „*U potpunosti se slažem“*. Rezultat ove skale može se izraziti kao ukupan rezultat koji obuhvaća sve čestice, a dobije se zbrajanjem svih odgovora. Dobiveni rezultat se može kretati u rasponu od 12 do 84. Rezultat u rasponu od 12 do 48 smatra se niskim (nizak stupanj percipirane socijalne podrške), rezultat u rasponu od 49 do 68 smatra se umjerenim (umjeren stupanj percipirane socijalne podrške), a rezultat u rasponu od 69 do 84 smatra se visokim (visok stupanj percipirane socijalne podrške). Također, može se izračunati i rezultat za svaku subskalu, tako da se zbroje odgovori na česticama svake subskale, pri čemu je najmanji mogući rezultat 4, a najveći mogući 28 (Ekback, Benzein, Lindberg i Arestedt, 2013). Koeficijent unutarnje konzistencije (Cronbach alpha) za ukupnu skalu je visok, i iznosi oko 0,88 (Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988). Unutarnja konzistencija subskala je također visoka, kreće se od 0,79 do 0,98 za različite uzorke (Cecil, Stanley, Carrion i Swann, 1995). Test-retest pouzdanost ukupne skale iznosi 0,85 (Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988). U

ovom istraživanju Cronbach alpha koeficijent za ukupnu skalu iznosi 0,93, za subskalu *obitelj* 0,96, za subskalu *prijatelji* 0,88 te za subskalu *značajni drugi* 0,93.

Skraćena verzija COPE upitnika.

Skraćena verzija COPE upitnika (*Coping Orientation to Problems Experienced*; Carver, Scheier i Weintraub, 1989; prema Kostelac, 2012) primijenjena je za ispitivanje načina suočavanja sa stresom. Zadatak ispitanika na ovom upitniku je procijeniti u kojoj mjeri rabe svaki od navedenih načina suočavanja sa stresom odabirući jedan od ponuđenih odgovora. Ponuđeni odgovori su sljedeći: (1) „*nisam ovo uopće radio/la*“, (2) „*malo sam ovo radio/la*“, (3) „*koristio/la sam ovo umjereno*“ i (4) „*često sam ovo radio/la*“. Upitnik se sastoji od 28 čestica koje tvore tri skale: suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavajući način suočavanja. Suočavanje usmjereno na problem uključuje subskale aktivno suočavanje, planiranje, iskaljivanje, upotrebu emocionalne podrške i instrumentalne podrške. Izbjegavajuće suočavanje sadrži poricanje, samookrivljavanje, odustajanje, religiju i odvraćanje pažnje, a suočavanje usmjereno na emocije uključuje konzumiranje sredstava, humor, prihvaćanje i pozitivno razmišljanje (Mirjanić i Milas, 2009; prema Kostelac, 2012). Izračunava se rezultat za svaku od navedenih subskala, a viši rezultat na jednoj subskali ukazuje na učestalije korištenje tog načina suočavanja. Pouzdanost ove skale (Cronbach alpha) pokazala se visokom i iznosi 0,85 (Mirjanić i Milas, 2009; prema Kostelac, 2012). I u ovom istraživanju pouzdanost skale (Cronbach alpha) pokazala se visokom i iznosi 0,79.

Sociodemografsko-zdravstveni upitnik.

Korišten je i sociodemografsko-zdravstveni upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja, koji sadrži pitanja o osobnim podacima sudionika i pitanja vezana za transplantaciju (spol, dob, obrazovni status, bračni status, samoprocjena socioekonomskog statusa, vrsta transplantacije, vrijeme proteklo od transplantacije organa te ispunjenost očekivanja od transplantacije).

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 70 sudionika. Sudionici su bili članovi Udruge transplantiranih i dijaliziranih bubrežnih bolesnika iz Osijeka, članovi Udruge Transplant iz

Zagreba te pacijenti KBC-a Zagreb s Klinike za plućne bolesti „Jordanovac“. Sudionici istraživanja bili su osobe s transplantiranim bubregom (*N*=48), plućima (*N*=8), jetrom (*N*=7), srcem (*N*=5) te gušteračom (*N*=2). Dobna granica za sudjelovanje u istraživanju bila je 18 godina, a raspon godina sudionika kretao se od 18 do 67 godina. Od ukupnog broja sudionika njih 34 je bilo ženskog spola, a njih 36 muškog spola.

Postupak

Upitnici su prikupljeni tijekom lipnja, srpnja i kolovoza 2014. godine. Bili su dostavljeni u udruge i u Kliniku za plućne bolesti „Jordanovac“. Sudionici su upitnike ispunjavali individualno, u prostorijama udruga te prilikom redovne liječničke kontrole na Klinici za plućne bolesti „Jordanovac“. Upute potrebne za ispunjavanje upitnika bile su im predstavljene u pisanom obliku i nalazile su se na svakom upitniku kojeg je trebalo ispuniti. Vrijeme ispunjavanja upitnika nije bilo ograničeno, a sudionicima je putem pisane upute objašnjeno da je istraživanje dobrovoljno, u potpunosti anonimno te da će se podaci dobiveni upitnicima koristiti isključivo u svrhu pisanja diplomskog rada.

Analiza podataka

Budući da je prilikom korištenja parametrijskih testova u statističkim analizama potrebno da distribucije rezultata na varijablama budu normalne, primijenjen je Kolmogorov-Smirnovljev test kako bi se provjerile distribucije pojedinih varijabli (ukupna kvaliteta života; ukupna percipirana socijalna podrška, socijalna podrška od strane obitelji, socijalna podrška od strane prijatelja i socijalna podrška od značajnih drugih; suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije, suočavanje izbjegavanjem). Rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa pokazali su statistički značajna odstupanja od normalne distribucije, osim za varijable suočavanja usmjerenog na problem ($K\text{-}S$= 0,07; p > 0,05) i suočavanja izbjegavanjem ($K\text{-}S$= 0,10; p > 0,05), koje su normalno distribuirane. Zbog takvih rezultata provedena je i dodatna provjera spljoštenosti i asimetričnosti distribucija kako bi se utvrdilo da li se dobiveni rezultati ipak mogu obraditi parametrijskim postupcima. Ukoliko se koeficijent asimetričnosti nalazi u rasponu od +/-3, a koeficijent spljoštenosti u rasponu od +/-10 smatraju se prihvatljivim za korištenje parametrijskih postupaka (Kline, 2005). Provjera je pokazala kako se koeficijenti asimetričnosti i spljoštenosti za sve varijable nalaze u prihvatljivom rasponu (koeficijent

asimetričnosti kreće se u rasponu od -1,543 do -0,233; koeficijent spljoštenosti kreće se u rasponu od -0,565 do 2,451) te su stoga u ovom istraživanju korišteni parametrijski postupci.

Rezultati

Od deskriptivne statistike izračunate su frekvencije za varijable dob, spol, bračni status, obrazovni status, procjena materijalnog stanja, transplantirani organ, vrijeme proteklo od transplantacije te ispunjenost očekivanja od transplantacije. Rezultati su vidljivi u Tablici 1.

Tablica 1. Frekvencije za varijable dob, spol, bračni i obrazovni status, procjena materijalnog stanja, transplantirani organ, vrijeme proteklo od transplantacije te ispunjenost očekivanja od transplantacije (*N*=70).

Varijabla	**Frekvencija**
Dob	
18-35	10
36-55	35
56-67	25
Spol	
Muško	36
Žensko	34
Bračni status	
Slobodan/na	7
U vanbračnoj vezi	6
U braku	37
Rastavljen/a	9
Udovac/ica	11
Obrazovni status	
Visoka stručna sprema	10
Viša stručna sprema	9
Srednja stručna sprema	48
Osnovnoškolsko obrazovanje	3
Procjena materijalnog stanja	
Vrlo loše	1
Loše	4
Prosječno	40
Dobro	21
Vrlo dobro	4
Transplantirani organ	
Bubreg	48
Srce	5
Pluća	8
Gušterača	2
Jetra	7
Vrijeme proteklo od transplantacije	
Manje od godinu dana	14
Više od godinu dana	23
Više od pet godina	21
Više od deset godina	12
Ispunjenost očekivanja od transplantacije	
Nimalo	1
Malo	1
Ne znam	1
Dosta	31
U potpunosti	36

U istraživanju je sudjelovao podjednak broj muškaraca i žena (*muškarci N*=36; *žene N*=34). Većina sudionika je u braku (*N*=37) i ima srednju stručnu spremu (*N*=48). Najveći broj sudionika, njih 40, procjenjuje svoje materijalno stanje kao prosječno. Što se tiče transplantiranih organa najveći broj sudionika ovog istraživanja ima transplantiran bubreg (*N*=40), zatim slijede pluća (*N*=8), jetra (*N*=7), srce (*N*=5) te gušterača (*N*=2). Najmanje je sudionika koji imaju transplantiran organ dulje od 10 godina (*N*=12), a najviše onih koji imaju transplantiran organ tek nešto više od godinu dana (*N*=23). Polovica sudionika smatra da su se njihova očekivanja od transplantacije u potpunosti ispunila (*N*=36).

Izračunate su i aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimumi i maksimumi za varijable dob, ukupna kvaliteta života, domene kvalitete života, ukupnu socijalnu podršku, subskale socijalne podrške i subskale suočavanja, a rezultati se nalaze u Tablici 2.

Tablica 2. Aritmetičke sredine, standardne devijacije, minimumi i maksimumi te teoretski raspon za varijable dob, ukupna kvaliteta života, domene kvalitete života, ukupna socijalna podrška, subskale socijalne podrške, suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i suočavanje izbjegavanjem (*N*=70).

Varijabla	***M***	***SD***	**Min**	**Maks**	**TR**
Dob	48,93	11,788	18	67	
Ukupna kvaliteta života	71,65	15,68	28,6	70	
Životni standard	64,9	22,63	20	100	
Zdravlje	69,7	20,57	0	100	0-100
Postignuća	71,3	20,35	20	100	
Odnosi s bližnjima	79,6	18,37	30	100	
Sigurnost	75,9	19,67	30	100	
Pripadanje zajednici	77,4	19,16	20	100	
Sigurnost u budućnost	62,9	23,35	0	100	
Ukupna socijalna podrška	67,33	14,109	12	84	12-84
Obitelj	23,03	6,327	4	28	4-28
Prijatelji	21,74	4,859	4	28	4-28
Značajni drugi	22,56	6,002	4	28	4-28
Suočavanje					
Usmjereno na problem	29,26	5,687	17	40	10-40
Usmjereno na emocije	21,50	3,096	14	29	10-40
Izbjegavanje	21,81	4,932	13	32	8-32

Prosječna dob sudionika u istraživanju iznosi 48,93 godina (*SD*=11,79), pri čemu je najmlađi sudionik imao 18 godina, a najstariji 67 godina. Rezultati ukupne kvalitete života i sedam domena kvalitete života transformirani su u standardizirani oblik i prikazani kao postotak skalnog maksimuma (%SM). Prosječna kvaliteta života osoba s transplantiranim organom iznosi 71,65 %SM (*SD*=15,68), pri čemu je najniži rezultat 28,6 %SM, a najviši rezultat 70 %SM. Najviše procjene zadovoljstva su na domeni *odnosi s bližnjima* i iznose 79,6 %SM (*SD*=18,4), pri čemu je najmanji individualni rezultat 30 %SM, a najveći 100 %SM. Nakon nje slijede domene *pripadanje zajednici* (*M*=77,4; *SD*=19,2), *sigurnost* (*M*=75,9; *SD*=19,7), *postignuće* (*M*=71,3; *SD*=20,4), *zdravlje* (*M*=69,7; *SD*=20,6) i *životni standard* (*M*=64,9; *SD*=22,6). Domena *sigurnost u budućnost* je najniže procijenjena i ona iznosi 62,9 %SM (*SD*=23,4), pri čemu je najmanji individualni rezultat 0 %SM, a najveći 100 %SM.

Prosječna ukupna percipirana socijalna podrška dobivena je zbrajanjem rezultata na sve tri subskale i iznosi 67,33 (*SD*=14,11). Rezultati za subskale percipirane socijalne podrške su sljedeći: *obitelj* (*M*=23,03; *SD*=6,33), *značajni drugi* (*M*=22,56; *SD*=6,00) i *prijatelji* (*M*=21,74; *SD*=4,86). Rezultati subskala COPE upitnika pokazuju kako osobe s transplantiranim organom koje su sudjelovale u ovom istraživanju najčešće koriste *suočavanje usmjereno na problem* (*M*=29,26; *SD*=5,69), zatim *suočavanje izbjegavanjem* (*M*=21,81; *SD*=4,93) a najrjeđe *suočavanje usmjereno na emocije* (*M*=21,50; *SD*=3,10).

Kako bi se usporedila razina subjektivne kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom s teorijski pretpostavljenim normativnim rasponom izračunat je *t*-test. T-test za jedan uzorak (*one-sample t-test*) pokazao je da ne postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života između osoba s transplantiranim organom i teorijski pretpostavljene normativne vrijednosti za svijet koja iznosi 70±5 %SM (t (69)= 0,882; $p > 0,05$). Osobe s transplantiranim organom nemaju nižu kvalitetu života od pretpostavljenog normativnog raspona, što nije u skladu s postavljenom hipotezom.

Kako bi se ispitala povezanost subjektivne kvalitete života i percipirane socijalne podrške izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije *r* između varijabli ukupna kvaliteta života, ukupna socijalna podrška i subskala socijalne podrške. Rezultati su prikazani u Tablici 3.

Tablica 3. Pearsonov koeficijent korelacije između ukupne subjektivne kvalitete života, ukupne percipirane socijalne podrške i tri subskale percipirane socijalne podrške (*N*=70).

	Ukupna socijalna podrška	**Socijalna podrška-obitelj**	**Socijalna podrška-prijatelji**	**Socijalna podrška-značajni drugi**
Ukupna kvaliteta života	0,409*	0,312*	0,329*	0,365*

*$p < 0,01$

Ukupna subjektivna kvaliteta života značajno je i pozitivno povezana s ukupnom percipiranom socijalnom podrškom (r (70)= 0,409; $p < 0,01$), subskalom socijalne podrške *obitelj* (r (70)= 0,312; $p < 0,01$), subskalom socijalne podrške *prijatelji* (r (70)= 0,329; $p < 0,01$) i subskalom socijalne podrške *značajni drugi* (r (70)= 0,365; $p < 0,01$). Ovakvi rezultati potvrđuju hipotezu da postoji pozitivna povezanost između subjektivne kvalitete života i percipirane socijalne podrške kod osoba s transplantiranim organom.

Kako bi se provjerila značajnost i veličina doprinosa ispitivanih varijabli u objašnjenju subjektivne kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Provjeren je faktor povećanja varijance (*VIF*) kako bi se utvrdilo postoji li multikolinearnost između varijabli uključenih u obradu. Myers (1990; prema Field, 2009) smatra kako vrijednost *VIF* iznad 10 ukazuje na mogućnost postojanja multikolinearnosti, a jedan od indikatora je i tolerancija, koja bi trebala biti iznad vrijednosti od 0,2 ako ne postoji multikolinearnost (Menard, 1995; prema Field, 2009). Analiza varijabli uključenih u istraživanje pokazala je kako ne postoji multikolinearnost te da su rezultati hijerarhijske regresijske analize nepristrani (*VIF* je u rasponu od 1,00 do 1,99; tolerancija u rasponu od 0,50 do 0,99). Durbin-Watson test iznosi 1,989 što pokazuje da je model nepristran. Interkorelacijska matrica svih varijabli uključenih u analizu prikazana je u Tablici 4, a rezultati hijerarhijske regresijske analize vidljivi su u Tablici 5.

Tablica 4. Interkorelacijska matrica svih varijabli uključenih u hijerarhijsku regresijsku analizu.

	Ukupna kvaliteta života	Spol	Dob	Obrazovni status	Bračni status	Procjena materijalnog stanja	Vrijeme od transplantacije	Ispunjenost očekivanja	Ukupna socijalna podrška	Suočavanje usmjereno na problem	Suočavanje izbjegavanjem	Suočavanje usmjereno na emocije
Ukupna kvaliteta života	1	0,059	0,004	-0,248*	-0,080	0,300**	-0,017	0,330**	0,409**	0,167	-0,268*	0,216*
Spol		1	-0,255*	-0,271*	0,054	0,228*	0,027	0,174	-0,002	0,011	-0,162	0,260*
Dob			1	-0,031	-0,037	-0,221*	0,084	0,066	0,137	0,129	0,130	0,000
Obrazovni status				1	-0,019	-0,388**	0,139	-0,223*	-0,113	-0,089	0,267*	-0,137
Bračni status					1	0,010	-0,043	0,085	-0,201*	-0,080	-0,086	-0,042
Procjena materijalnog stanja						1	-0,220*	0,031	0,115	0,132	-0,210*	0,162
Vrijeme od transplantacije							1	0,034	-0,149	0,115	0,149	0,035
Ispunjenost očekivanja								1	-0,073	-0,075	-0,138	0,249*
Ukupna socijalna podrška									1	0,443**	-0,028	0,374**
Suočavanje usmjereno na problem										1	0,371**	0,466**
Suočavanje izbjegavanjem											1	0,071
Suočavanje usmjereno na emocije												1

*$p < 0,05$

**$p < 0,01$

Tablica 4. Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij subjektivna kvaliteta života.

	β	*T*	*Sažetak*
Prvi blok			
Spol	-0,03	-0,20	R^2 = 0,12
Dob	0,05	0,37	
Obrazovni status	-0,16	-1,2	ΔR^2 = 0,12
Bračni status	-0,08	-0,70	
Procjena materijalnog stanja	0,26	1,95	F(5,64) = 1,75
Drugi blok			
Spol	-0,08	-0,63	R^2 = 0,22
Dob	0,02	0,13	
Obrazovni status	-0,10	-0,73	ΔR^2 = 0,09
Bračni status	-0,10	-0,93	
Procjena materijalnog stanja	0,29	2,20*	F(2,62) = 3,84*
Vrijeme od transplantacije	0,04	0,38	
Ispunjenost očekivanja	0,32	2,73**	
Treći blok			
Spol	-0,10	-0,84	R^2 = 0,30
Dob	0,004	0,03	
Obrazovni status	-0,24	-0,18	ΔR^2 = 0,09
Bračni status	-0,11	-0,97	
Procjena materijalnog stanja	0,22	1,69	F(3,59) = 2,39
Vrijeme od transplantacije	0,04	0,32	
Ispunjenost očekivanja	0,31	2,63**	
Suočavanje usmjereno na problem	0,25	1,74	
Suočavanje usmjereno na emocije	0,03	0,20	
Suočavanje izbjegavanjem	-0,29	-2,35*	
Četvrti blok			
Spol	-0,09	-0,76	R^2 = 0,41
Dob	-0,04	-0,39	
Obrazovni status	-0,02	-0,18	ΔR^2 = 0,11
Bračni status	-0,04	-0,36	
Procjena materijalnog stanja	0,22	1,91	F(1,58) = 10,31**
Vrijeme od transplantacije	0,11	1,03	
Ispunjenost očekivanja	0,36	3,22**	
Suočavanje usmjereno na problem	0,08	0,60	
Suočavanje usmjereno na emocije	-0,07	-0,56	
Suočavanje izbjegavanjem	-0,21	-1,71	
Ukupna socijalna podrška	0,41	3,21**	

*p < 0,05

**p < 0,01

U prvom bloku regresijske analize uvedene su socio-demografske varijable (*spol, dob, obrazovni* i *bračni status* te *procjena materijalnog stanja*). Nijedna od ovih varijabli nije se pokazala značajnim prediktorom. U drugom bloku uvedene su varijable *vrijeme proteklo od transplantacije* te *ispunjenost očekivanja nakon transplantacije.* Nakon uvođenja ovih varijabli, značajnim pozitivnim prediktorima subjektivne kvalitete života pokazale su se varijable *procjena materijalnog stanja* (β= 0,29; p < 0,05) i *ispunjenost očekivanja od transplantacije* (β= 0,32; p < 0,01). U trećem bloku uključene su varijable *suočavanje usmjereno na problem*, *suočavanje usmjereno na emocije* te *suočavanje izbjegavanjem*, a značajnim prediktorima se pokazuju varijable *ispunjenost očekivanja od transplantacije* (β= 0,31; p < 0,01) te *suočavanje izbjegavanjem* (β= -0,29; p < 0,05). Varijabla *ukupna socijalna podrška* uključena je u četvrtom bloku i pokazala se značajnim prediktorom (β= 0,41; p < 0,01), kao i *ispunjenost očekivanja od transplantacije* (β= 0,36; p < 0,01). Odabrani prediktori zajedno predviđaju 41% ukupne varijance subjektivne kvalitete života.

Varijabla *ukupna socijalna podrška* pokazala se najznačajnijim pozitivnim prediktorom subjektivne kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom, što je u skladu s postavljenom hipotezom. Iz ovoga se može zaključiti kako osobe s transplantiranim organom koje imaju veću percipiranu socijalnu podršku imaju i veću subjektivnu kvalitetu života.

Rasprava

Cilj istraživanja bio je utvrditi koji čimbenici, i u kojoj mjeri, doprinose boljoj kvaliteti života kod osoba s transplantiranim organom.

S obzirom na to da je bolest čimbenik koji ima značajan negativan utjecaj na kvalitetu života, jedan od problema ovog istraživanja bio je utvrditi razinu subjektivne kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom i usporediti ju s teorijski pretpostavljenim normativnim rasponom. Rezultati su pokazali kako prosječna kvaliteta života osoba s transplantiranim organom iznosi 71,65%SM (*SD*=15,68). Rezultati *t* – testa u suprotnosti su s prvom postavljenom hipotezom i pokazuju da ne postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života između osoba s transplantiranim organom i teorijski pretpostavljenog normativnog raspona za svijet. Nepostojanje statistički značajne razlike moguće je objasniti uspješnim ishodom transplantacije. Naime, ovo je istraživanje provedeno na osobama koje su se uspješno oporavile

od operacije i normalno funkcioniraju u svakodnevnom životu, stoga nije začuđujuće da je njihovo zadovoljstvo životom visoko. Ukoliko je transplantacija uspješno obavljena, organ funkcionira zadovoljavajuće te nema puno komplikacija i stanja koja im onemogućuju funkcioniranje, osobe s transplantiranim organom će biti zadovoljnije svojim životom. Smith i sur. (2008) su na uzorku od 210 osoba koje su prošle transplantaciju bubrega pokazali kako se kvaliteta života nakon transplantacije značajno poboljšala. Te osobe mogu ponovno normalno funkcionirati u svakodnevnom životu pa im je i ukupna kvaliteta života veća. Istraživanje O'Briena, Buxtona i Fergusona (1987) pokazalo je kako je neposredno nakon transplantacije srca vidljivo značajno poboljšanje kvalitete života – već nakon tri mjeseca vidljiv je učinak poboljšanog tjelesnog zdravlja na psihičko stanje. Potrebno je uzeti u obzir činjenicu da osobe koje imaju transplantirani organ uspoređuju svoju trenutnu kvalitetu života s onom koju su imali prije operacije, dok su bili kronično bolesni, na dijalizi, pod strogim režimom lijekova i prehrane te dok su bili uglavnom ograničenog tjelesnog funkcioniranja. Razna istraživanja pokazala su kako je kvaliteta života nakon uspješne transplantacije bubrega viša u usporedbi s kvalitetom života bolesnika na dijalizi i listama čekanja za transplantaciju (npr. Fiebiger, Mitterbauer i Oberbauer, 2004).

Pod vidom drugog problema ispitivala se povezanost subjektivne kvalitete života i percipirane socijalne podrške kod osoba s transplantiranim organom. Sukladno očekivanjima, pokazalo se kako je ukupna subjektivna kvaliteta života značajno i pozitivno povezana s ukupnom percipiranom socijalnom podrškom (r (70)= 0,409; $p < 0,01$) ali i sa subskalama socijalne podrške *obitelj* (r (70)= 0,312; $p < 0,01$), *prijatelji* (r (70)= 0,329; $p < 0,01$) i *značajni drugi* (r (70)= 0,365; $p < 0,01$). Osobe koje imaju transplantiran organ i smatraju da imaju visok stupanj podrške od svoje obitelji, prijatelja i značajnih drugih imaju i višu ukupnu kvalitetu života. Naime, socijalna podrška smanjuje doživljaj stresa i poboljšava otpornost na stres, te tako dovodi do boljeg tjelesnog i psihičkog zdravlja, a u konačnici i do više kvalitete života. Visok stupanj socijalne podrške dovodi do pozitivnih ishoda kod osoba koje pate od kronične bolesti putem brojnih mehanizama, kao na primjer smanjivanje razine depresivnog afekta, povećanje percepcije kvalitete života, veća dostupnost zdravstvene zaštite, povećano pridržavanje zadane terapije i izravni psihološki efekti na imunološki sustav (Cohen i sur., 2007). Meta-analiza 81 istraživanja pokazala je kako socijalna podrška ima pozitivan učinak na kardiovaskularni, endokrini i imunološki sustav (Ucchino, Cacciopo i Kiecolt-Glaser, 1996). Jedno od objašnjenja ovih rezultata možda leži u činjenici da velika većina sudionika ovog istraživanja pripada skupini

srednje odrasle dobi (36 do 55 godina). Kako socijalna podrška može dolaziti iz različitih izvora (obitelji, prijatelja, suradnika, duhovnih savjetnika, zdravstvenog osoblja ili članova šire zajednice kojoj oboljela osoba pripada), a osobe ove dobne skupine još uvijek imaju puno socijalnih kontakata, najčešće su u braku ili imaju neku drugu značajnu osobu, često su dio velikog poslovnog kolektiva te imaju djecu koja još uvijek žive s njima, one zbog toga imaju veliku mogućnost primanja socijalne podrške. Sve ovo povoljno djeluje na njihov doživljaj stresa, na način da im socijalna podrška koju dobivaju od svoje neposredne okoline djeluje kao ublaživač stresa. Jedna je meta-analiza provedena na 58 empirijskih istraživanja pokazala povezanost od 0,23 između ukupne kvalitete života i bračnog statusa – osobe koje su u braku imaju značajno višu ukupnu kvalitetu života (Haring-Hidore, Stock, Okun i Witter, 1985). Istraživanje Kamp Dush i Amata (2005) je pokazalo kako osobe u braku imaju najvišu razinu ukupne kvalitete života u usporedbi s osobama koje su u vanbračnoj vezi ili slobodne. Da bi socijalna podrška imala pozitivne učinke na zdravlje ona mora poticati osjećaj pripadnosti i intimnosti, kao i pomoći ljudima da se osjećaju sposobnijima (Berkman, 1995). Vrlo je važno da se osobe koje boluju od kronične bolesti ili koje su bile podvrgnute značajnim i kompliciranim zahvatima kao što je presađivanje organa mogu povjeriti nekome od svojih bližnjih, da mogu s nekime podijeliti svoju bol i zabrinutost te da postoji netko tko ih razumije i pomaže pri zadovoljavanju njihovih tjelesnih i psiholoških potreba. Nekoliko je istraživanja pokazalo kako je socijalna podrška pozitivno povezana s povoljnim ishodom nakon teške operacije ali i s većim stupnjem preživljavanja kronične bolesti (Patel, Peterson i Kimmel, 2005). Sve tri subskale percipirane socijalne podrške podjednako su procijenjene u ovom istraživanju, no rezultat na subskali *značajni drugi* je ipak malo viši. Jedno je istraživanje pokazalo da socijalna podrška primljena od strane značajnih drugih dovodi do ponašanja koja povećavaju fizičko i mentalno zdravlje pojedinca (Primomo, Yates, Woods, 1990; prema Rambod, Rafii, 2010), a samim time i kvalitetu života. Veliki dio sudionika ovog istraživanja je u braku, a budući da se pokazalo kako je rezultat na subskali *značajni drugi* viši od ostalih, rezultati ovog istraživanja su u skladu s gore navedenim nalazima iz literature. Očito je da bračni partner, kojeg ćemo prije svrstati u kategoriju značajni drugi nego u kategoriju obitelji, ima velik utjecaj na zadovoljstvo i kvalitetu života osobe s transplantiranim organom. Bračni partner predstavlja neiscrpni izvor podrške, kako psihičke tako i podrške u obavljanju svakodnevnih funkcija što, čini se, osobama s transplantiranim organom daje osjećaj života kakav su imali prije početka njihove kronične bolesti.

Konačno, ovo je istraživanje imalo za cilj utvrditi značajnost i veličinu doprinosa ispitivanih varijabli u objašnjenju subjektivne kvalitete života osoba s transplantiranim organom. Hijerarhijska regresijska analiza korištena je kako bi se odgovorilo na ovo pitanje. Rezultati analize pokazali su kako odabrani prediktori zajedno predviđaju 41% ukupne varijance subjektivne kvalitete života. Značajnim pozitivnim prediktorima pokazale su se varijable *procjena materijalnog stanja*, *ispunjenost očekivanja od transplantacije, suočavanje izbjegavanjem* te *ukupna socijalna podrška*. Rezultati su pokazali da osobe koje procjenjuju svoje materijalno stanje boljim imaju višu ukupnu kvalitetu života. Ovi su nalazi u skladu s podatcima iz literature koji pokazuju kako se razne mjere zdravstvenog stanja a time i ukupna kvaliteta života poboljšavaju s porastom socioekonomskog statusa (Adler i Conner Snibbe, 2003). Osobe boljeg financijskog stanja imaju veću mogućnost priuštiti si bolju liječničku njegu nakon transplantacije, mogu si kupiti lijekove koji se kupuju bez recepta a koji olakšavaju komplikacije izazvane transplantacijom, a vraćanje na radno mjesto im nije prioritet kao što je osobama koje slabije financijski stoje. Istraživanje provedeno na 104 osobe koje su se transplantaciji jetre podvrgle prije više od 15 godina pokazalo je kako povratak na posao u roku od jedne godine nakon transplantacije ima značajan pozitivan učinak na kvalitetu života (Kousoulas i sur., 2008). Osobe koje procjenjuju svoje materijalno stanje lošijim pod većim su psihološkim pritiskom da se što prije vrate na posao nakon operacije, kako bi sebi i svojoj obitelji priskrbili dovoljno sredstava za život. Ova varijabla prestaje biti značajnim prediktorom kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom nakon uključivanja varijabli koje se tiču suočavanja sa stresom. Također, pokazalo se kako osobe kojima su se očekivanja od transplantacije ispunila u većoj mjeri imaju i višu kvalitetu života. Jedno je istraživanje pokazalo kako su pacijentova pozitivna očekivanja od transplantacije srca, dobivena samoprocjenom koja je prethodila operaciji, bila pozitivno povezana s dobrim raspoloženjem nakon operacije, dobrom prilagodbom na bolest te s ukupnom kvalitetom života. Pozitivna očekivanja od operacije prediktor su potpunog pridržavanja režima kojeg određuju liječnici nakon transplantacije (Leedham, Meyerowitz, Muirhead i Frist, 1995). Čini se kako pozitivna očekivanja od transplantacije mogu dovesti do pozitivnijih reakcija na transplantaciju, kako psihičkih tako i fizičkih, te na taj način povećati kvalitetu života. Nakon uključivanja varijable *ukupna socijalna podrška* u zadnjem bloku analize, *ispunjenost očekivanja od transplantacije* i dalje ostaje značajan pozitivan prediktor subjektivne kvalitete života a značajnim se prediktorom pokazuje i *ukupna socijalna podrška*. Ovo je bilo očekivano i u skladu je s postavljenom hipotezom. U

zadnjem koraku analize *suočavanje izbjegavanjem* prestaje biti značajnim prediktorom kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom.

Varijabla *ukupna socijalna podrška* pokazala se najznačajnijim pozitivnim prediktorom subjektivne kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom, što je u skladu s postavljenom hipotezom. Iz ovoga se može zaključiti kako sudionici ovog istraživanja koji imaju veću percipiranu socijalnu podršku imaju i veću subjektivnu kvalitetu života. Socijalna podrška je širok pojam koji uključuje različite načine ponašanja ljudi u socijalnom okruženju. Strukturalne mjere socijalne podrške odnose se na samo postojanje socijalnih mreža u društvu, dok se funkcionalne mjere odnose na resurse koje ljudi unutar socijalnih mreža pružaju jedni drugima. Strukturalna podrška, kako pokazuju istraživanja, pozitivno je povezana s kvalitetom života, što znači da ljudi koji imaju više socijalnih kontakata imaju veću kvalitetu života, ali ne govori ništa o načinima smanjivanja stresa. Za razliku od strukturalne podrške, funkcionalna podrška pokazuje učinke ublaživanja stresa, na način da resursi koje ljudi jedni drugima pružaju u stresnim situacijama (kao što je bolest i stanja nakon teških operativnih zahvata) pridonose osjećaju pripadnosti i cijenjenosti u društvu, te tako dolazi do prevencije ili ublaživanja negativnih učinaka stresa (Helgeson, 2003). Hipoteza *ublaživača stresa* govori kako se osobe s jačim sustavom socijalne podrške bolje suočavaju i nose sa stresnim životnim događajima, dok su osobe sa slabijom ili nikakvom socijalnom podrškom ranjivije na negativne životne događaje. Iz toga proizlazi interakcijski učinak socijalne podrške: kada je osoba izložena stresnom događaju u okruženju u kojem ima stabilnu socijalnu podršku, tada će taj događaj izazvati manje negativnih posljedica, nego kada nema odgovarajuće socijalne podrške (Thoits, 1982). Visoke prosječne vrijednosti ukupne percipirane socijalne podrške i subskala socijalne podrške u ovom istraživanju govore da osobe s transplantiranim organom primaju od svoje okoline značajnu količinu funkcionalne podrške, što na njih djeluje povoljno, u smislu smanjivanja stresa.

Regresijska analiza pokazala je kako način suočavanja sa stresnom situacijom, u ovom slučaju s kroničnom bolešću, nije značajan prediktor ukupne kvalitete života nakon transplantacije organa, iako se u jednom koraku analize *suočavanje izbjegavanjem* pokazuje kao značajan prediktor. Međutim, nakon uključivanja *ukupne socijalne podrške* značajnost ove varijable se gubi. Moguće je da kod osoba s transplantiranim organom nije toliko važno usmjeravaju li se pri suočavanju sa stresom na emocije, problem ili se koriste izbjegavanjem, već je važnije koliko i kakvu vrstu socijalne podrške imaju. Potrebno je imati u vidu kako u većini slučajeva transplantaciji prethodi dugotrajna kronična bolest, tijekom koje kronični bolesnici

iskušavaju i uče različite načine suočavanja sa stresom kojeg im bolest donosi. Ukoliko je to slučaj u ovom istraživanju, moguće je da su osobe tijekom svoje dugotrajne bolesti već pronašle uspješan način suočavanja sa stresom i po tome su homogeni kao skupina, te da se zbog toga nijedna od ovih subskala nije pokazala značajnim prediktorom kvalitete života. Pacijenti koji se manje adaptivno nose s bolešću najčešće su i lošijeg zdravstvenog stanja i najvjerojatnije upravo zbog svojeg težeg stanja nisu obuhvaćeni ovim istraživanjem. Postoji mogućnost i da osobe koje su prošle transplantaciju organa koriste način suočavanja koji predstavlja kombinaciju ova tri načina suočavanja, tako da se niti jedan od njih nije pokazao značajnim. Nadalje, budući da se pokazalo kako je socijalna podrška najznačajniji prediktor kvalitete života nakon transplantacije moguće je da je njezin utjecaj, u kombinaciji sa zadovoljstvom materijalnim statusom, toliko jak da u potpunosti prekriva utjecaj načina suočavanja.

Ograničenja i važnost provedenog istraživanja te smjernice za buduća istraživanja

Pri razmatranju dobivenih rezultata treba uzeti u obzir i neke nedostatke provedenog istraživanja. U ovom je istraživanju sudjelovalo samo 70 sudionika, što može predstavljati značajno ograničenje. Međutim, ako se uzme u obzir da se procjenjuje kako u Hrvatskoj trenutno živi oko 4 000 osoba s transplantiranim organom onda ovo istraživanje obuhvaća više od 1% pripadnika te populacije. Budući da je populacija transplantiranih općenito malobrojna, i vrlo specifična po svojim karakteristikama, uzorak od 70 sudionika ipak može ponuditi dobru osnovu za generalizaciju. Poželjno bi bilo u budućim istraživanjima imati veći broj što različitijih sudionika kako bi se dobio bolji uvid u zastupljenost istraživanih konstrukata kod ove populacije te kako bi se povećala mogućnost generalizacije dobivenih rezultata. Sljedeći nedostatak tiče se načina ispunjavanja upitnika. Sudionici su upitnike ispunjavali individualno prilikom posjeta Udrugama ili tijekom redovite liječničke kontrole, a upute su im bile predstavljene u pisanom obliku. Uz njih tijekom ispunjavanja nije bilo istraživača koji bi im mogao odgovoriti na upite vezane uz nerazumijevanje čestica upitnika, pa su sudionici mogli odgovoriti na pitanja na način koji ne predstavlja njihovo mišljenje u potpunosti. Iako prisutnost istraživača tijekom ispunjavanja upitnika ponekad može negativno utjecati na rezultate, osobito kada se radi o osjetljivoj temi poput zdravlja, u ovom bi slučaju bilo bolje da je istraživač mogao odgovoriti na moguća pitanja i nejasnoće. Nedostatak je i to što osobe koje su u zdravstveno lošijem stanju nisu mogle doći u Udrugu ispuniti upitnike, a time je izgubljen vrijedan dio podataka koji bi

ponudio dodatni uvid u kvalitetu života osoba s transplantiranim organom. Ovo bi se moglo izbjeći pretvaranjem upitnika u on-line upitnik, kako bi on postao dostupniji osobama s ograničenim stupnjem pokretljvosti. U ovome su istraživanju za procjenu subjektivne kvalitete života i mjerenje percipirane socijalne podrške korištene samo subjektivne mjere (*Indeks osobne kvalitete života* i *Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške*). Buduća istraživanja trebala bi uz subjektivne pokazatelje u istraživanje uključiti i objektivne pokazatelje kvalitete života kao što su objektivno materijalno stanje, pitanje stanovanja, procjene bliskih osoba, stanje okoliša, stupanj političke slobode, stupanj demokratičnosti u društvu i sl.. Također, trebalo bi ispitati i različite oblike socijalne podrške kao što su emocionalna, instrumentalna, podrška pripadanja i informacijska podrška. Ograničenje ovog istraživanja je i neuključivanje pitanja o razlozima transplantacije u socio-demografski upitnik. Kronična bolest koja prethodi transplantaciji može izazvati drugačije psihološke učinke nego iznenadna ozljeda organa. Kronični bolesnici tijekom svoje bolesti stvaraju vlastite mehanizme suočavanja s bolešću, imaju priliku pripremiti se na proces transplantacije, od svojih najbližih primaju značajnu socijalnu podršku, a tijekom tog razdoblja mogu i izgubiti veliki dio socijalne podrške. Također, kod njih može doći do značajnog snižavanja razine kvalitete života upravo zbog dugotrajnosti bolesti i čestih zdravstvenih komplikacija. Osobe kod kojih je iznenadna ozljeda ili bolest dovela do transplantacije suočene su s novom i nepoznatom situacijom, te mehanizmi suočavanja koje oni koriste možda nisu najprikladniji za tu situaciju, a sve to utječe na njihovo psihološko stanje.

Istraživanja koja će uslijediti na ovom području svakako bi, uz pitanje koliko je vremena prošlo od transplantacije, trebala uključiti i pitanje koje se tiče razloga za transplantaciju. Uz ovo, buduća istraživanja trebala bi uključiti i pitanje o osjećaju integriranosti transplantiranog organa u vlastito tijelo, budući da su neka istraživanja pokazala kako osjećaj da novi organ nije dio vlastitog tijela može biti značajan izvor psiholoških poteškoća. Budući da je populacija osoba s transplantiranim organom mala, specifična i teško dostupna, rezultati ovog istraživanja daju vrijedan uvid u subjektivnu kvalitetu života osoba s transplantiranim organom te uvid u važnost socijalne podrške za kvalitetu života. Sve to može pomoći pri osmišljavanju raznih programa edukacije kroničnih bolesnika koji očekuju transplantaciju i njihovih obitelji, prijatelja i drugih bliskih osoba te medicinskog osoblja o važnosti socijalne podrške i pozitivnih očekivanja od transplantacije u cilju što uspješnije prilagodbe na medicinski tretman i kasniji život.

Zaključak

Cilj istraživanja bio je utvrditi koji čimbenici, i u kojoj mjeri, doprinose boljoj kvaliteti života kod osoba s transplantiranim organom. Istraživanje je provedeno na 70 članova Udruge transplantiranih i dijaliziranih bubrežnih bolesnika iz Osijeka, Udruge Transplant iz Zagreba te pacijenata KBC-a Zagreb s Klinike za plućne bolesti „Jordanovac“. Sudionici istraživanja bili su osobe s transplantiranim bubregom, plućima, jetrom, srcem te gušteračom. Rezultati istraživanja pokazali su kako se prosječna kvaliteta života kod osoba s transplantiranim organom ne razlikuje značajno od normativnog raspona subjektivnog doživljaja kvalitete života za svijet. Sukladno očekivanjima, pokazalo se kako je ukupna subjektivna kvaliteta života značajno i pozitivno povezana s ukupnom percipiranom socijalnom podrškom i sa subskalama socijalne podrške. Osobe koje imaju transplantiran organ i smatraju da imaju visok stupanj podrške od svoje obitelji, prijatelja i značajnih drugih imaju i višu ukupnu kvalitetu života. Utvrđen je i pojedini doprinos ispitivanih varijabli u subjektivnoj kvaliteti života. Kao značajni prediktori pokazale su se varijable procjena materijalnog stanja, ispunjenost očekivanja od transplantacije i ukupna socijalna podrška. Varijabla ukupna socijalna podrška pokazala se najznačajnijim pozitivnim prediktorom subjektivne kvalitete života kod osoba s transplantiranim organom, što je u skladu s postavljenom hipotezom.

Literatura

Adler, N. i Conner Snibbe, A. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, *12*, 4119-4123.

Berkman, L.F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine, special issue: Superhighways for Disease*, *57*, 245-254.

Bravata, D.M., Olkin, I., Barnato, A.E., Keeffe, E.B. i Owens, D.K. (1999). Health-related quality of life after liver transplantation: A meta-analysis. *Liver Transplantation Surgery*, *5*, 318-326.

Burra, P. i De Bona, M. (2007). Quality of life following organ transplantation. *European Society for Organ Transplantation*, *20*, 397–409.

Carver, C., Scheier, M.F. i Weintraub, J.K. (1989).Assessing coping strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.

Cecil, H., Stanley, M., A., Carrion, P., G. i Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, *51*(5), 593-602.

Cohen, S.D., Sharma, T., Acquaviva, K., Peterson, R.A., Patel, S.S. i Kimmel, P.L. (2007). Social Support and Chronic Kidney Disease: An Update. *Advances in Chronic Kidney Disease*, *14*, 335-344.

Cohen, S. i Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310-357.

Cummins, R.A. (2003). Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, *53*(64), 225–256.

Cummins, R.A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, *43*, 307-334.

Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, *35*, 179-200.

Dew, M.A., Myaskovsky, L., Switzer, G.E., DiMartini, A.F., Schulberg, H.C. i Kormos, R.L. (2005). Profiles and predictors of the course of psychological distress across four years after heart transplantation. *Psychological Medicine*, *35*, 1215-1221.

Diener, E. i Suh, E. (1997.): Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators . *Social indicators research*, *40*, 189-216.

Ekback, M., Benzein, E., Lindberg, M. i Arestedt, K. (2013). The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) – A psychometric

evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and Quality of Life Outcomes, 11,* 168-175.

Eurotransplant (2014). Statistics – Yearly statistics. *https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=yearlystats*

Fiebiger, W., Mitterbauer, C. i Oberbauer, R. (2004). Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *2*(2), 16-21.

Field, A.P. (2009). *Discovering statistics using SPSS.* London: SAGE Publications.

Fisher, D.C., Lake, K.D., Reutzel, T.J., Emery, R.W. (1995). Changes in health-related quality of life and depression in heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplant*, *14*, 373-380.

Fujita, S., Fujikawa, T., Patton, P.R., Reed, A.I., Hemming, A.W., Foley, D.P. I Howard, R.J. (2005). Psychosocial support after simultaneous pancreas and kidney transplantation. *Transplant International*, *18*(6), 755-756.

Galić, Z., Šverko, B. i Maslić Seršić, D. (2006). Nezaposlenost i socijalna isključenost: longitudinalna studija. *Revija socijalne politike*, *1*, 1-14.

Grady, K.L., Jalowiec, A. i White-Williams, C. (1999). Predictors of quality of life in patients at one year after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplant*, *18*, 202-211.

Haring-Hidore, M., Stock, W.A., Okun, M.A. i Witter, R.A. (1985). Marital status and subjective well-being: A research synthesis. *Journal of Marriage and Family*, *47*(4), 123-134.

Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, *12*(1), 25-31.

Hrvatska udruga Transplant (2014). O nama. *http://www.transplant.hr/about/*

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, BSO obrazac 2009., 2010., 2011., 2012., 2013.g. (redovita prijava i dnevne bolnice). Zagreb, 05.09.2014.

International Wellbeing Group (2013). Personal Wellbeing Indeks: 5th Edition. Melbourne: Australian Center on Quality of Life, Deakin University.

International Wellbeing Group (2006). *Personal Wellbeing Index: 4th Edition*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.

Jakovljević, D. (2004). Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Johnson, C.D., Wicks, M.N., Milstead, J., Haerwig i M., Hathaway, D.K. (1998). Racial and gender differences in quality of life following kidney transplantation. *Image Journal of Nursing School*, *30*, 125-132.

Kamp Dush, C.M. i Amato, P.R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, *22*(5), 607-627.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guildford Press.

Kostelac, I. (2012). Odnos osobina ličnosti, aleksitimije i načina suočavanja kod osoba s alergijskim rinitisom i astmom. Neobjavljeni diplomski rad. Osijek: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Osijeku.

Kousoulas, L., Neipp, M., Barg-Hock, H., Jackobs, S., Strassburg, C.P., Klempnauer, J. i Becker, T. (2008). Health related quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after othotopic liver transplantation. *Transplant International*, *21*(11), 1052-1058.

Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". *Primijenjena psihologija*, *10*, 179 -184.

Kaliterna Lipovčan, Lj., Larsen Prizmić, Z. i Brkljačić, T. (2011). Međunarodni indeks dobrobiti – podaci za Hrvatsku. U Vuletić, G. (Ur.), *Kvaliteta života i zdravlje* (str. 41-51). Osijek: Filozofski fakultet.

Leedham, B., Meyerowitz, B.E., Muirhead, J. i Frist, W.H. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, *14*(1), 74-79.

Lučev, I. i Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj: povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme, 24*(12), 67-89.

Martinis, T. (2005). *Percepcija kvalitete života u funkciji dobi.* Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Mirjanić L. i Milas G. (2009). Uloga samopoštovanja u održavanju subjektivne dobrobiti u primjeni strategija suočavanja sa stresom. *Društvena istraživanja Zagreb*. *3*(113); 711-727.

Muehrer, R.J. i Becker, B.N. (2005). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: Life after transplantation: New transitions in quality of life and psychological distress. *Seminars in Dialysis*, *18*(2), 124-131.

Muller-Felber, W., Landgraf, R. i Scheuer, R. (1993). Diabetic neuropathy 3 years after successful pancreas and kidney transplantation. *Diabetes*, *42*, 1482-1491.

O'Brien, B.J., Buxton, M.J. i Ferguson, B.A. (1987). Measuring the effectiveness of heart transplant programmes: Quality of life data and their relationship to survival analysis. *Journal of Chronic Disease*, *40*, 137-147.

Oliver, N., Holloway, F. i Carson, J. (1995): Deconstructing quality of life. *Journal of Mental Health*, *4*, 1-4.

Patel, S., Peterson, R.A. i Kimmel, P. (2005). Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: The Impact of Social Support on End-Stage Renal Disease. *Seminars in Dialysis, 18*, 98-102.

Rambod, M. i Rafii, F. (2010). Percieved social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship, 42* (3), 242-249.

Rauch, J.B. i Kneen, K.K. (1989). Accepting the gift of life: heart transplantation recipients' post-operative adaptive tasks. *Social Work Health Care, 14*, 47-50.

Rebollo, P., Ortega, F. i Baltar, J.M. (1998). Health-related quality of life (HRQoL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years. *Journal of Geriatrics, Nephrology and Urology, 8*, 85-94.

Russell, J.D., Beecroft, M.L., Ludwin, D. i Churchill, D.N. (1992). The quality of life in renal transplantation: A prospective study. *Transplantation, 54*, 656-660.

Schwartz, N. i Strack, F. (1999). Reports of subjective wellbeing: judgmental processes and their methodological implications. U: Kaufman, D., Diener, E. i Schwartz, N. (ur.), *Wellbeing, the foundations of hedonic psychology*, New York: Russell Sage Foundation.

Smeritschnig, B., Jaksch, P. i Kocher, A. (2005). Quality of life after lung transplantation: A cross-sectional study. *Journal of Heart and Lung Transplant, 24*, 474-480.

Smith, D., Jepson, C., Feldman, H., Loewenstein, G., Jankovich, A. i Ubel, P. (2008). Mispredicting and misremembering: Patients with renal failure overestimate improvements in quality of life after a kidney transplant. *Health Psychology*, *27*(5), 653-658.

Stavem, K., Bjortuft, O., Lund, M.B., Kongshaug, K., Geiran, O. i Boe, J. (2000). Health-related quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Respiration, 67*, 159-166.

Steinberg, A. (2000). Organ transplantation and definition of the moment of death – Jewish perspectives. *Department of Pediatrics*, Israel: Shaare Zedek Medical Center Jerusalem.

Tarter, R.E., Switala, J., Plail, J. i van Thien, D. (1991). Quality of life before and after orthotopic hepatic transplantation. *Archives of Internal medicine, 151*(8), l1521-1526.

Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 145-159.

Tsuji-Hayashi, Y., Fukuhara, S. i Green, J. (1999). Health-related quality of life among renal-transplant recipients in Japan. *Transplantation, 68*, 1331-1339.

Uchino, B. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes *Journal of Behavioral Medicine, 4, 377-387*.

Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. i Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*(3), 488-531.

UNOS (1994). Annual Report of the US Scientific Registry of Transplant Recipients and the Organ Procurement and Transplantation Network.

Vuletić, G. i Misajon, R. (2011). Subjektivna kvaliteta života. U G.Vuletić (Ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*. Zbornik radova Filozofskog fakulteta Osijek (str.16-29).

WHO (1991). Kvaliteta života. *http://www.who.int/en/*

Zalai, D., Szeifert, L. i Novak, M. (2012). Psychological Distress and Depression in Patients with Chronic Kidney Disease. *Seminars in Dialysis*, *25*(4), 428-438.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. i Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 30-41.