

Psihološki status i percepcija bolesti u bolesnika s melanomom

Vurnek Živković, Maja

Doctoral thesis / Disertacija

2011

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:073922>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-07**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)





Središnja medicinska knjižnica

Vurnek Živković, Maja (2011) *Psihološki status i percepcija bolesti u bolesnika s melanomom*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

<http://medlib.mef.hr/1385>

University of Zagreb Medical School Repository

<http://medlib.mef.hr/>

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Maja Vurnek Živković

**Psihološki status i percepcija bolesti u
bolesnika s melanomom**

DISERTACIJA



Zagreb, 2011.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Maja Vurnek Živković

**Psihološki status i percepcija bolesti u
bolesnika s melanomom**

DISERTACIJA

Zagreb, 2011.

Disertacija je izrađena na Klinici za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu u okviru projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa: Psihološki status i kvaliteta života kod bolesnika s različitim dermatozama i zloćudnim bolestima kože, br. 134-1342428-2420.

Voditelj rada: prof. dr. sc. Mirna Šitum, specijalist dermatovenerologije

Najljepše se zahvaljujem mentorici prof. dr. sc. Mirni Šitum na svom znanju koje mi je prenijela, na svim savjetima koje mi je dala i na poticajima da ustrajem i otkrivam nešto novo svaki radni dan.

Hvala svim mojim kolegicama i kolegama s Klinike za kožne i spolne bolesti što su me uveli u svijet dermatologije, a posebno dr. sc. Leni Kotrulji, mr. sc. Ines Sjerobabski Masnec i dr. sc. Mariji Buljan koje su mi pomogle otkriti fascinantno područje psihodermatologije.

Također, veliku zahvalu dugujem dragoj kolegici i prijateljici dr. Ivi Dediol, na pomoći i sugestijama u svakom koraku ovog istraživanja.

Na kraju, od srca hvala mojoj obitelji na svoj njihovoj podršci, pomoći i strpljenju.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 Maligni melanom	1
1.2 Epidemiologija	1
1.3 Čimbenici rizika	2
1.4 Klinička slika	5
1.5 Patohistološka slika	5
1.6 Prognostički čimbenici	7
1.7 Stupnjevanje melanoma	8
1.8 Dijagnoza i liječenje	12
1.9 Prevencija melanoma	13
1.10 Psihološka reakcija bolesnika na melanom	14
1.11 Čimbenici koji mogu utjecati na psihološku reakciju na melanom	19
1.12 Važnost psihološkog statusa bolesnika	22
2. HIPOTEZA I CILJEVI RADA	25
3. MATERIJALI I METODE	26
3.1 Opis istraživanja	26
3.2 Ispitanici	26
3.3 Instrumenti	27
3.4 Etička pitanja	31
3.5 Statistička obrada rezultata	31
4. REZULTATI	32
4.1 Deskriptivna statistika – svi ispitanici	32
4.2 Usporedba bolesnika s melanomom i kontrolne skupine ispitanika	44
4.3 Deskriptivna statistika – bolesnici s melanomom	49
4.4 Usporedba bolesnika s melanomom do 1mm i iznad 1 mm debljine prema Breslowu	60
4.5 Prediktori subjektivne kvalitete života kod bolesnika s melanomom	63
5. RASPRAVA	66
6. ZAKLJUČCI	82
7. SAŽETAK	83
8. ABSTRACT	84
9. LITERATURA	85
10. ŽIVOTOPIS	96
11. PRILOZI	97

1. UVOD

1.1 MELANOM

Melanom je zloćudni tumor melanocita i spada među najzloćudnije tumore kože i sluznica, odmah nakon rijetkog tumora Merkelovih stanica. Karakterizira ga izrazita sklonost ranom limfogenom i hematogenom metastaziranju, dok lokalna agresivnost nije toliko izražena (1). Iako melanom čini samo 2-3% svih tumora kože, on je uzrok smrti u 75% slučajeva tumora kože (2). Budući da nastaje iz melanocita, može se naći na svim dijelovima tijela gdje su oni prisutni – osim kože, to mogu biti oko, sluznice dišnog i probavnog sustava, moždane ovojnice, pa čak i limfni čvorovi (3).

1.2 EPIDEMIOLOGIJA

Prema podacima Svjetske Zdravstvene Organizacije godišnje se u svijetu dijagnosticira između 2 i 3 miliona zloćudnih tumora kože, od čega 160 000 melanoma. U ukupnoj incidenciji zloćudnih tumora na melanom otpada 2% u cijelom svijetu, a u Hrvatskoj oko 3% (4, 5). Incidencija melanoma u stalnom je porastu posljednjih desetljeća, s prosječnim godišnjim porastom od 3 do 8% u različitim dijelovima svijeta, a taj je postotak približno 5% u europskim zemljama (6, 7). Velike su varijacije u stopi incidencije melanoma među različitim populacijama. Podaci iz 2004. god. pokazuju da je tada najniža stopa melanoma zabilježena u Kini – 0,2 na 100.000 stanovnika, a najviša u Australiji i Novom Zelandu, preko 35 na 100.000 (4). Prema podacima iz 2008. god. u Hrvatskoj stopa melanoma na 100.000 stanovnika iznosi 12,6, a u posljednjih 40 godina narasla je 310%. U 2008. god. u Hrvatskoj je dijagnosticirano 561 novootkrivenih melanoma (5).

Razlike u incidenciji melanoma među spolovima variraju od populacije do populacije no u prosjeku žene nešto malo češće obolijevaju od muškaraca – M Ž omjer 0.97 (8). Ukupno u svijetu stopa melanoma kod muškaraca 2002 god. iznosila je 2,6, a kod žena 2,8 na 100.00, dok je u Hrvatskoj 2008. to bilo 13,4 kod muškaraca i 11,9 kod žena (8, 5). Iako je kod žena melanom nešto češći, brojne studije pokazuju

da žene s melanomom imaju bolju stopu preživljavanja nego muškarci (9). Razlog tomu vjerojatno je činjenica da žene više pozornosti poklanjaju svom izgledu i da ranije zapažaju promjene na svojoj koži, te se ranije javljaju liječniku.

Melanom najčešće nastaje u pedesetim godinama života; srednja dob dijagnosticiranja iznosi 53 godine, osim lentigo maligna melanoma (LMM) koji se uglavnom pojavljuje u sedmom desetljeću života (10). Melanom se posljednjih godina vrlo često pojavljuje i u mlađoj životnoj dobi, između 25. i 44. godine života, ali se tek u 0,3 – 0,4% slučajeva pojavljuje u pubertetu, uglavnom iz gigantskih prirođenih nevusa, posebno iz velikog kongenitalnog nevusa na trupu, ili u obiteljima koje boluju od sindroma displastičnog nevusa (11).

Melanom može nastati bilo gdje na tijelu, ali je zamijećena razlika u lokalizaciji prema spolovima. U muškaraca češće nastaje na trupu, a u žena na nogama (11). Razlog tomu vjerojatno je u stilu života, kulturi, odijevanju i običajima. Trup i noge najčešće su izloženi akutnim intermitentnim izlaganjima UV zrakama za koje se smatra da su jedan od najvažnijih rizičnih čimbenika za razvoj melanoma.

1.3 ČIMBENICI RIZIKA

Iako etiologija melanoma nije još u potpunosti objašnjena, poznati su neki čimbenici koji povećavaju rizik za nastanak melanoma. Poznavanje čimbenika rizika od velike je važnosti kod procjene pojedinačnog rizika za razvoj melanoma, te za razvoj prikladnog sustava praćenja i pravilnog savjetovanja o ponašanju i zaštiti.

1.3.1. Ultraljubičasto zračenje

Nedvojbeno je da na učestalost melanoma, a ponajprije lentigo maligna melanoma utječe ultraljubičasto zračenje. Rizik za razvoj melanoma raste s dozom primljenog zračenja, a ukupna primljena doza zračenja korelira s incidencijom bolesti (9). Izlaganje suncu može biti kontinuirano i intermitentno. Čini se da je upravo intermitentno izlaganje posebno rizično za razvoj melanoma, osim za razvoj lentigo maligna melanoma kod kojeg je ključno kontinuirano izlaganje. Intermitentno izlaganje je povremeno, često vrlo intenzivno izlaganje (najčešće je to ljeti za vrijeme praznika) kod kojeg nerijetko dolazi do razvoja sunčanih opekline. Kontinuirano

izlaganje suncu je cjelogodišnje i manje intenzivno te se smatra da čak može imati blagi zaštitni učinak za razvoj melanoma, ali je rizičnije za razvoj bazeocelularnog i planocelularnog karcinoma (12). U prilog pretpostavci da je UV zračenje jedan od ključnih čimbenika rizika za razvoj melanoma navode nas podaci o povećanju incidencije melanoma s približavanjem ekvatoru gdje je veća izloženost suncu (8), povećan rizik za razvoj melanoma u osoba koje su djetinjstvo i pubertet provele u mjestima s većom izloženosti suncu (13), veća incidencija melanoma na dijelovima tijela koji su više izloženi suncu (14) i dr.

Oko 95% UV zraka koje dosežu Zemlju su UVA zrake koje prodiru dublje u kožu i apsorbiraju melanin pri čemu može nastati oksidativni stres i mutacija stanica. Manji dio zraka koje dosežu Zemlju su UVB zrake koje direktno apsorbira DNA molekula što može izazvati mutaciju stanice. Smatra se da su upravo UVB zrake najvažnije za nastanak melanoma (9).

1.3.2. Genetska podloga

Oko 5 do 12% bolesnika s melanomom ima pozitivnu obiteljsku anamnezu, a neki od tih bolesnika imaju nasljednu mutaciju melanomskih gena (15). Dva se gena smatraju glavnim melanomskim genima: tumor-supresor gen CDKN2A (inhibitor ciklin-ovisne kinaze) koji se nalazi na kromosomu 9 i proto-onkogen CDK4 (ciklin-ovisna kinaza) koji se nalazi na kromosomu 12. CDKN2A aberacije su otkrivene u 20% sporadičnih melanoma te u 40% slučajeva obiteljskog melanoma (16).

1.3.3. Tip kože

U literaturi je opisano 6 tipova kože, klasificiranih prema odgovoru kože nakon 30 minuta izlaganja podnevnom sunčevom svjetlu u ljetnom razdoblju:

Tip I – tip kože kod kojeg se uvijek pojave opekline, nikad pigmentacije. Najčešće kod osoba s izrazito svijetlom puti, crvenom kosom i plavim ili zelenim očima;

Tip II – tip kože kod kojeg se obično pojave opekline, a pigmentacija samo katkad. Najčešće kod osoba svijetle puti s plavom kosom i plavim očima;

Tip III – opekline se pojavljuju samo katkad, a pigmentacije uvijek;

Tip IV – opekline su vrlo rijetke, a pigmentacije osobito izražene;

Tip V – izrazito tamnolute osobe, Indijanci;

Tip VI – osobe crne kože (17).

Najosjetljiviji na djelovanje UV zraka su ljudi s tipom kože I i II, a brojne epidemiološke studije pokazuju da upravo oni imaju i najveći rizik za razvoj melanoma (17). Tako je u SAD-u incidencija melanoma značajno viša u bijelaca nego u crnaca, Azijaca i osoba hispanskog porijekla, a u Europi značajno viša u svjetloputih Norvežana, Šveđana i Finaca nego u tamnoputih Talijana i Španjolaca (8).

1.3.4. Pigmentni nevusi

Pigmentni nevusi imaju važnu ulogu u nastanku melanoma. Navodi se da 40-50% melanoma nastaje iz pigmentnih nevusa, 10-20% iz prekanceroze melanosis circumscripta praeblastomatoza, a 10% nastaje na nepromijenjenoj koži (11). Važan rizični faktor za razvoj melanoma je broj nevusa na tijelu – rizik za razvoj melanoma raste gotovo linearno s brojem nevusa (18). Posebno je visok rizik za razvoj melanoma kod osoba s atipičnim ili displastičnim nevusima čemu u prilog govori podatak da se melanom gotovo nikad ne razvija u djece bez atipičnih nevusa. Atipični nevusi su nepravilnog oblika, neoštarih rubova, nejednoliko pigmentirani i obično veći od 5 milimetara u promjeru. Najveći rizik od razvoja melanoma imaju osobe s obiteljskim displastičnim nevus sindromom i osobe sa sporadičnim sindromom displastičnog nevusa koje imaju čak 500 puta veću učestalost melanoma nego ostali. Također, kongenitalni nevusi povećavaju rizik za razvoj melanoma već u djetinjstvu.

1.3.5. Anamneza tumora kože

Oboljeli od melanoma imaju veći rizik od razvoja drugog primarnog melanoma od pojedinaca iz opće populacije. Taj rizik varira od 3 do 5% i 900 je puta veći od onog u općoj populaciji. Ali, i bolesnici koji su prethodno imali ne-melanomski tumor kože imaju veću mogućnost za razvoj melanoma (18).

1.4. KLINIČKA SLIKA

Ne postoji tipična klinička slika melanoma. Obično je tamnosmeđe do plavocrne boje, a dio tumora može biti bez pigmenta. Melanom može biti nepravilne, uzdignute površine ili u razini kože, nepravilna ruba, te s ulceracijom na površini. U najčešće znakove pojave ranog melanoma pripadaju promjena oblika, ograničenosti prema okolnoj koži, boje i veličine nevusa, ali i subjektivan osjećaj svrbeža i bolnosti. U kasnije znakove ubrajaju se krvarenje, erozije i ulceracije (19). Da bi se saželi i lako predočili znakovi ranog melanoma, a sve u svrhu lakše i ranije dijagnostike često se koriste **ABCD(EF) kriteriji** za prepoznavanje melanoma. Ovi se kriteriji odnose na već opisane promjene i to na sljedeći način: **A** se odnosi na asimetriju (eng. Assymetry), **B** na nepravilne rubove (eng. Borders), **C** na nejednoličnu obojenost (eng. Colour), a **D** na promjer veći od 6 mm (eng. Diameter). Danas se dodaju još i E i F kriteriji: **E** za uzdignutost prema okolnoj koži, odnosno ukupna promjena (eng. Elevation, Evolution) – koja, iako važan čimbenik, nije znak ranog melanoma jer ukazuje da je melanom već ušao u vertikalnu fazu rasta, te **F** za subjektivni osjećaj svrbeža ili bolnosti (eng. Feeling).

1.5. PATOHISTOLOŠKA SLIKA

Budući da je u velikom broju slučajeva teško klinički razlikovati melanom od drugih lezija, sve se sumnjive lezije moraju patohistološki verificirati nakon biopsije.

Histološki razlikujemo *tri faze u progresiji melanoma*: **melanoma in situ** koji predstavlja najraniju fazu razvoja melanoma, u cijelosti se nalazi u epidermisu i ne prodire kroz bazalnu membranu; **faza horizontalnog širenja** kada dolazi do prodora melanomskih stanica kroz bazalnu membranu u gornji papilarni sloj dermisa i **faza vertikalnog širenja** u kojoj melanom prodire dublje u dermis ili čak u potkožno masno tkivo. Ovisno o fazi razvoja melanoma možemo procijeniti potencijalnu sposobnost metastaziranja što je ključno za određivanje prognoze i odabir prikladnog oblika liječenja. U prvoj, najranijoj fazi melanoma in situ i u fazi horizontalnog širenja melanom rijetko metastazira, dok je prognoza lošija u vertikalnoj fazi rasta kada se smatra da melanom zadobiva veću sposobnost metastaziranja (20).

Patohistološki razlikujemo i *četiri osnovna tipa primarnog melanoma*. Najčešći je **površinsko šireći melanom** (SSM, eng. superficial spreading melanoma) koji čini oko 70% svih melanoma kod bijelaca. Javlja se na svim dijelovima tijela, a najčešće na leđima i kod žena na nogama, što ukazuje na povezanost s intermitentnim sunčanjem i opeklinama iz djetinjstva. Vrlo često nastaje progresijom iz atipičnih madeža, a raste kroz dvije faze: horizontalnu, a zatim vertikalnu. Srednja dob dijagnoze je 51 godina. Karakterističan izgled ovog tipa melanoma odgovara navedenim ABCD kriterijima. Sljedeći po učestalosti je **nodularni melanom** (NM) koji čini 15 do 30% svih melanoma. S obzirom na lokalizaciju i dob dijagnosticiranja sličan je površinsko širećem melanomu, no brže raste i agresivniji je budući da nema horizontalnu fazu rasta već od samog početka raste vertikalno. Najčešće nastaje de novo, tek rijetko iz nevusa. Nodularni melanom se javlja kao uzdignuta papula ili čvor tamnosmeđe do crne boje koji može biti ulceriran i krvariti. Od 4 do 15% melanoma čini **lentigo maligna melanom** (LMM) koji se javlja na dijelovima tijela direktno izloženim suncu, najčešće na licu, a srednja dob dijagnosticiranja je 67 godina. Ovaj tip melanoma nastaje progresijom iz lentigo maligna lezije, a karakterizira ga dugotrajna horizontalna faza rasta zbog čega je prognostički vrlo povoljan. Najčešće se javlja kao ravna lezija različitih varijacija pigmentiranosti s nepravilnim rubovima, a često se razlikuje od lentigo maligna u pojavi čvorića unutar lezije koji upućuju na početak vertikalne faze rasta. Četvrti tip melanoma je **akralni lentiginozni melanom** (ALM), u bijelaca najrjeđa vrsta melanoma koja se javlja u tek 2 do 8% bolesnika, no puno češća u Afrikanaca i Azijaca u kojih čini čak 29 do 72% svih melanoma. Ovaj tip melanoma najčešće se nalazi na koži bez dlaka, uglavnom na stopalima plantarno i dlanovima, te ispod noktiju, a dijagnosticira se u šestom i sedmom desetljeću života, češće kod muškaraca. Javlja se kao nepravilna smeđa ili crna pigmentacija promjera većeg od 3 milimetra. Ostali tipovi melanoma poput malignog melanoma sluznica, metastatskog melanoma bez poznatog primarnog sijela, collision tumora, malignog blue nevusa, te amelanotičnog, dezmozoplastičnog, verukoznog i spitzoidnog melanoma, rijetko se javljaju (11).

1.6 PROGNOСТИČKI ČIMBENICI

Najvažniji samostalni prognostički čimbenik melanoma je **debljina tumora po Breslowu**, odnosno debljina u milimetrima od granularnog sloja epidermisa do najdubljeg dijela tumora. Veća debljina znači lošiju prognozu: kod tumora debljine do 1 mm, petogodišnje preživljenje je 95-100%, od 1 do 2 mm - 80 do 95%, 2.01 do 4 mm - 60 do 75%, a iznad 4 mm 50% (21). Veća debljina po Breslowu povezana je s povećanim rizikom za razvoj metastaza regionalnih limfnih čvorova, in-transit metastaza i lokalnog recidiva (22).

Drugi važan prognostički čimbenik je **ulceracija**, koja, ukoliko je prisutna, upozorava na lošiju prognozu. Ulceracija se definira kao odsustvo netaknutog epidermisa iznad većeg dijela melanoma, a smatra se znakom biološki agresivnijeg oblika tumora koji ima veću sposobnost metastaziranja (23).

Ostali ispitivani prognostički čimbenici koji su se pokazali manje značajnima su **dubina prodora po Clarku, mitotska aktivnost, lokalizacija i tip primarnog tumora, te dob i spol bolesnika**. Stupnjevi *dubine prodora po Clarku* odnose se na dubinu prodora tumora u anatomske slojeve kože (Tablica 1) (24). Autori ove podjele sugerirali su da dublja invazija tumora korelira s kraćim preživljenjem, no ovaj se prognostički čimbenik pokazao značajnim samo u melanoma debljine manje od 1 mm i na lokalizacijama s malom debljinom kože poput uške i vjeđe (25).

Tablica 1 Stupnjevanje melanoma prema Clarku (24)

STUPANJ PO CLARKU	DUBINA PRODORA TUMORA U KOŽU
I	zahvaća samo epidermis
II	infiltrira papilarni dermis
III	ispunjava papilarni dermis
IV	infiltrira retikularni dermis
V	infiltrira supkutanu mast

Mitotska aktivnost odnosi se na broj mitozu po kvadratnom milimetru. Neki autori smatraju da veći broj mitozu ukazuje na lošiju prognozu (više od 5 mitozu po mm²), a u jednoj je velikoj studiji dokazano da je broj mitozu u tumoru bolji prognostički čimbenik od ulceracije (26). Neke studije ukazuju na to da je prognoza lošija ako je melanom lokaliziran na trupu i glavi u usporedbi s udovima, ako se radi o nodularnom melanomu ili površinsko širećem u odnosu na lentigo maligna melanom, te ako su bolesnici starije dobi i muškog spola.

U bolesnika s metastazama u regionalnim limfnim čvorovima najvažniji prognostički čimbenik je *broj limfnih čvorova zahvaćen metastazama*, a u bolesnika s udaljenim metastazama *lokalizacija udaljenih metastaza*, s time da je petogodišnje preživljenje u slučaju udaljenih metastaza na koži, u potkožnom tkivu ili u limfnim čvorovima 18,8%, u visceralnim organima i na mozgu 9,5%, te na plućima 6,7% (18).

1.7 STUPNJEVANJE MELANOMA

Stupnjevanje melanoma provodi se kako bi se bolesnici što preciznije razvrstali u skupine koje se međusobno razlikuju po prognozi i najprikladnijem načinu liječenja. Najčešće korištene metode stupnjevanja melanoma su stupnjevanje po Clarku (Tablica 1), po Breslowu te stupnjevanje prema American Joint Committee on Cancer - AJCC. U modernoj dermatološkoj onkologiji koristi se stupnjevanje prema AJCC klasifikaciji. Ona je samo djelomično sukladna sa starijom klasifikacijom prema Breslowu koja se odnosi isključivo na dubinu lezije u milimetrima (Tablica 2).

Tablica 2 Stupnjevanje melanoma prema Breslowu (22)

STUPANJ PO BRESLOWU	DEBLJINA TUMORA U MILIMETRIMA
I	< 0,75
II	0,76 – 1,5
III	1,51 – 2,25
IV	2,25 – 3,00
V	> 3,01

Danas se najsveobuhvatnijim smatra **sustav stupnjevanja prema AJCC** (American Joint Committee on Cancer) iz 2010. godine (27) (Tablica 3 i Tablica 4). Bazira se na uobičajenom TNM stupnjevanju prema: T – osobinama primarnog tumora, N – metastazama regionalnih limfnih čvorova i M - prisutnosti udaljenih metastaza. Ovaj se sustav temelji na znanstveno utvrđenim prognostičkim čimbenicima, a osmišljen je tako da svaki viši stupanj ujedno predstavlja i statistički značajno lošiju prognozu. Stadiji 1 i 2 odnose se na lokaliziranu bolest, stadij 3 na bolest uz zahvaćenost regionalnih limfnih čvorova, a stadij 4 na bolest uz prisutnost udaljenih metastaza. U bolesnika s više primarnih melanoma, stadij se određuje u odnosu na melanom s najlošijim prognostičkim karakteristikama. Opisani sustav danas je prihvaćen od strane Svjetske Zdravstvene Organizacije, EORTC-a (European Organization for Research and Treatment of Cancer) i UICC-a (Union Internationale Contre le Cancer).

Tablica 3 TNM stupnjevanje melanoma prema AJCC iz 2010. godine.

T STUPNJEVANJE	DEBLJINA TUMORA U MILIMETRIMA	ULCERACIJA
T1	≤ 1,00	a: bez ulceracije, br. mitoza < 1mm ² b: s ulceracijom ili br. mitoza ≥ 1mm ²
T2	1,01 – 2,00	a: bez ulceracije b: s ulceracijom
T3	2,01 – 4,00	a: bez ulceracije b: s ulceracijom
T4	> 4,00	a: bez ulceracije b: s ulceracijom
N STUPNJEVANJE	BROJ REGIONALNIH LIMFNIH ČVOROVA S METASTAZOM	VRSTA METASTAZA
N1	1	a: mikrometastaze ¹ b: makrometastaze ²
N2	2 – 3	a: mikrometastaze b: makrometastaze c: in transit metastaze ili sateliti bez metastaza regionalnih limfnih čvorova
N3	4 ili više ili in transit metastaze ili sateliti uz metastaze regionalnih limfnih čvorova	
M STUPNJEVANJE	LOKALIZACIJA UDALJENIH METASTAZA	SERUMSKI LDH (laktat dehidrogenaza)
M1a	koža, potkožno tkivo, limfni čvorovi	uredan
M1b	pluća	uredan
M1c	ostali visceralni organi bilo koja	uredan povišen

¹ mikrometastaze se otkrivaju tek nakon biopsije limfnih čvorova stražara ili limfadenektomije

² makrometastaze su klinički evidentne i prije nego se kirurški potvrde, o makrometastazama govorimo i kada je prisutno evidentno širenje metastaze izvan kapsule limfnog čvora

Tablica 4 Svrstavanje kožnog melanoma u stadije po AJCC iz 2010. godine.

STADIJ PO AJCC	TNM STUPNJEVANJE
0	Tumor in situ
1A	T1a N0 M0
1B	T1b N0 M0 T2a N0 M0
2A	T2b N0 M0 T3a N0 M0
2B	T3b N0 M0 T4a N0 M0
2C	T4b N0 M0
3A	T1-4a N1a M0 T1-4a N2a M0
3B	T1-4b N1a M0 T1-4b N2a M0 T1-4a N1b M0 T1-4a N2b M0 T1-4a N2c M0
3C	T1-4b N1b M0 T1-4b N2b M0 T1-4b N2c M0 bilo koji T N3 M0
4	bilo koji T, bilo koji N, M1

1.8 DIJAGNOZA I LIJEČENJE

Prvi važan korak u dijagnostici je samopregled kože što će potaknuti pojedinca na dolazak na liječnički pregled. Sljedeća važna stepenica je naravno dermatološki pregled koji se sastoji od kliničkog pregleda inspekcijom i palpacijom, te eventualno uz pomoć dodatnih dijagnostičkih metoda poput fotografiranja i dermatoskopije. Fotografiranje sumnjivih promjena pomaže u dugotrajnom praćenju bolesnika, s time da se fotografije pohranjuju u baze podataka te se kasnije mogu koristiti kako bi se provjerilo eventualno nastajanje promjena. Dermatoskopija, dermoskopija, površinska kožna mikroskopija, epiluminiscentna mikroskopija i videodermatoskopija su sinonimi. Dermatoskopija je dijagnostička metoda u dermatovenerologiji koja podrazumijeva pregled promjene ručnim dermatoskopom, stereomikroskopom, kamerom ili digitalnim imaging sistemom. Povećanja variraju od 6 do 40 puta te do 100 puta. Dermatoskopija je neinvazivna, jednostavna i financijski prihvatljiva dijagnostička pretraga. Glavna funkcija dermatoskopije je analiza pigmentnih promjena. Osnovna uloga dermatoskopije u svakodnevnoj praksi je pomoć u donošenju odluke koju leziju kirurški odstraniti, te pomoć u praćenju bolesnika. Danas je dermatoskop povezan s kamerom i računalom što omogućuje pohranu i obradu podataka, te kasniju uporabu istih, što je iznimno korisno pogotovo kod bolesnika sa sindromom displastičnih nevusa (28). Ako se nakon dermatološkog pregleda ustanovi da postoji sumnja na atipiju ili malignitet, lezija se mora kirurški odstraniti, te poslati na patohistološku analizu.

Klinička dijagnostika melanoma je dosta nesigurna te se potvrda može dobiti tek patohistološkim nalazom. Leziju je uvijek potrebno kirurški odstraniti u cijelosti, osim u slučajevima kada to nije moguće, npr. zbog velike površine lezije, kada se provodi incizijska biopsija kojom se uzima dio lezije po površini, ali u cijelu dubinu lezije (26).

Ukoliko se patohistološki potvrdi dijagnoza melanoma, ovisno o debljini melanoma prema Breslowu, pristupa se širokoj reeksciziji. U slučajevima kada je melanom debljine 1 i više milimetara učini se i biopsija čvora stražara (SLNB - sentinel lymph node biopsy, engl.). Čvor čuvar se šalje na patohistološku analizu.

Ukoliko je nalaz bez tumorskih stanica postupak kirurškog liječenja je završen. Ukoliko patohistološki nalaz govori u prilog metastaza, kirurški se evakuiraju svi limfni čvorovi dotične regije (disekcija), te se bolesniku određuje i drugi vid onkološke terapije. Nakon kirurške terapije u obzir dolazi primjena imunoterapije, interferona- β , interleukina-2 i citokin tumor-nekrotizirajućeg faktora. Kemoterapija (monoterapija - dacarbazine ili kombinirana terapija - cisplatin, dacarbazine, carmustine i tamoxifen) i radioterapija dolaze u obzir kao suportivna terapija u uznapredovalim stadijima. U fazi ispitivanja je genetska terapija - genetska modifikacija tumorskih stanica. Kod svakog oboljelog od melanoma provodi se kontinuirano višegodišnje praćenje, a njegova dinamika ovisi o stupnju bolesti u trenutku dijagnoze.

1.9 PREVENCIJA MELANOMA

Ključni čimbenik bolje prognoze je rano otkrivanje melanoma (29). Što se melanom ranije otkrije, dubina prodora i debljina melanoma su manje, te je veći postotak petogodišnjeg preživljenja. Upravo je stoga izrazito važna pravilna edukacija javnosti. U zemljama gdje se već godinama provode javnozdravstvene akcije za podizanje svijesti o melanomu u populaciji, veći je broj rano otkrivenih i tanjih melanoma, a time i niži mortalitet kod bolesnika s melanomom (30). U Republici Hrvatskoj prosječna debljina novootkrivenih melanoma je 2,21 milimetra, a petogodišnje preživljenje u bolesnika s melanomom je 72% (5), dok je prema podacima Australanskog registra za rak, te Američkog instituta za rak, u Australiji i u SAD-u petogodišnje preživljenje kod muškaraca 90%, a kod žena 95% (31, 32).

Prvi korak u dijagnostici je samopregled kože; što više senzibiliziramo stanovnike na uočavanje i prepoznavanje sumnjivih promjena na tijelu poboljšat će se njihovo pravovremeno javljanje na dermatološki pregled. Edukacija javnosti može se provoditi po opisanim ABCD(EF) kriterijima, a treba se provoditi kroz letke, edukacijske knjižice, TV i radio emisije, te preko novina i časopisa. Osim samog prepoznavanja melanoma, edukacija treba biti usmjerena i na poticanje odgovornog ponašanja prema vlastitom zdravlju. Stručnjaci smatraju da se oko 90% nemelanomskih tumora kože i dvije trećine melanoma mogu pripisati pretjeranom

izlaganju suncu. Upravo je zato pravilna zaštita od sunca nužna u prevenciji melanoma. Budući da opekline u djetinjstvu povećavaju rizik od nastanka melanoma, važno je edukaciju započeti već u vrtićima i u školama gdje bi ovakav program trebao biti dio sustavnog obrazovanja djece. Pravilno korištenje krema sa zaštitnim faktorom, kao i korištenje visokih zaštitnih faktora, nošenje zaštitne odjeće, te kapa i sunčanih naočala, izbjegavanje sunca tijekom najtoplijih sati u danu, odnosno od 10 do 17 sati, te što češći boravak u hladu mogu učiniti značajan napredak u prevenciji melanoma. I drugi rizični čimbenici poput boje kože, broja nevusa i melanoma u obitelji značajno povećavaju rizik za razvoj melanoma te su sve to čimbenici o kojima bi opća populacija trebala biti educirana. Pravilna zaštita od sunca iznimno je važna i za bolesnike s melanomom, budući da oni imaju i do 900 puta veći rizik od razvoja drugog melanoma nego opća populacija. Liječnici koji prate bolesnike s melanomom kontinuirano educiraju bolesnike o važnosti pravilnog ponašanja na suncu, pa se pretpostavlja da su oni, upravo zbog svog negativnog životnog iskustva oprezniji na suncu i da se pravilnije štite, baš kao što bi to trebalo biti i u općoj populaciji.

1.10 PSIHOLOŠKA REAKCIJA BOLESNIKA NA MELANOM

Melanom je bolest koja zbog svoje težine i ozbiljnosti može imati snažan utjecaj na psihičko stanje bolesnika pa čak i rezultirati post-traumatskim stresnim poremećajem (33, 34). Iako su zdravstveni radnici koji su u kontaktu s onkološkim bolesnicima oduvijek bili svjesni snažnog utjecaja tumora na psihološko stanje bolesnika, u posljednjih dvadesetak godina brojna su istraživanja to i znanstveno dokazala. Potvrđeno je da se kod 25%, a po nekim istraživanjima čak i do 50% bolesnika s različitim vrstama tumora javlja ozbiljna psihopatološka reakcija kod koje ne može doći do poboljšanja bez psihološke ili psihijatrijske intervencije (35). Kod bolesnika s melanomom, njih oko 30% ima ozbiljnu psihološku reakciju na bolest (36). Kao reakcija na melanom najčešće se javljaju tjeskoba, depresivnost, smanjenje samopoštovanja i socijalna izolacija, a smanjena je i kvaliteta života bolesnika (37, 38).

Ovakvi podaci ne iznenađuju uzme li se u obzir da se bolesnici s melanomom moraju suočiti s raznim problemima. Brojna istraživanja pokazuju da su *neadekvatne*

informacije (premalo informacija, prešture ili preopćenite informacije) o bolesti uzrokom visoke tjeskobe i izvor stresa za bolesnike (39). Također, u istraživanjima je potvrđeno da liječnici često, čak u 64% slučajeva, podcjenjuju količinu informacija koju bi njihovi bolesnici voljeli dobiti o svojoj bolesti (40). Većina bolesnika želi imati dobru komunikaciju sa svojim liječnikom te od njega dobiti relativno dobar uvid u vlastitu bolest, razumjeti o kakvoj se bolesti radi, kakve su mogućnosti liječenja i slično (41). Tako bolesnici zadržavaju osjećaj kontrole, kako nad vlastitom bolešću tako i nad vlastitim životom. Problem bolesnicima može predstavljati i *slika o vlastitom tijelu*. Naime, bolesnici se često teško nose s bilo kakvim promjenama u vlastitom izgledu, pa čak i kad se radi o relativno malom ožiljku nakon ekscizije melanoma (36). Istraživanja su pokazala da oko 30% bolesnika ima određenu psihološku reakciju na ožiljak (42), te da se bolesnici lakše pomire s ožiljkom ukoliko im se prije samog zahvata da točna informacija o tome kako će taj ožiljak izgledati nakon zahvata. Izvor velikih problema može biti i *mogućnost izbora terapije*, kao što je to kod bolesnika s melanomom izbor terapije interferonom. Ta terapija nije dio zadanog protokola liječenja već je jedna od mogućnosti, a odluka o korištenju te terapije isključivo je na bolesniku. Budući da bolesnici osjećaju da nemaju adekvatno znanje da bi mogli donijeti takvu odluku, za koju smatraju da je iznimno važna za njihovu budućnost i zdravlje, ona izaziva visoku tjeskobu. Veliki problem za sve bolesnike s melanomom jest i osjećaj *neizvjesnosti*. Suočavanje s neizvjesnošću najteže je iskustvo prije postavljanja dijagnoze bolesti. Period između biopsije i dolaska nalaza patohistološke analize iznimno je težak i ovdje obično dolazi do visoke anksioznosti (43). Sama *prognoza bolesti* također može biti izvor neizvjesnosti. Kako bi se ta neizvjesnost smanjila, većina bolesnika želi znati otprilike kakva je prognoza njegove bolesti, i to u što određenijim terminima - npr. u mjesecima radije nego u godinama. Preciznost takvih informacija olakšava bolesniku suočavanje s konkretnom situacijom, bolesniku je najteže ako ne zna na što se treba pripremiti. Detaljan vremenski period, pa koliko god bio šokantan ipak omogućava bolesniku da preostalo vrijeme rasporedi kako bi „riješio“ sve ono što želi. Sljedeći problem s kojim se bolesnici suočavaju jest *osjećaj krivnje*. Većina ljudi vjeruje u pravedan svijet – ako smo dobri, dešavat će nam se dobre stvari. Upravo se zato kod bolesnika s tumorom često javlja osjećaj krivnje jer svoju bolest doživljavaju kao određenu vrstu

kazne za nešto loše što su u životu napravili. Takvi su osjećaji često pojačani kod bolesti u vezi kojih postoje snažne javnozdravstvene kampanje. Tako se bolesnici s rakom pluća osjećaju krivima ako su pušili ili bolesnici s melanomom ako su se često sunčali bez zaštite. Takvi osjećaji naravno ovise o vjerovanjima o uzroku bolesti kod bolesnika. Ukoliko bolesnik misli da je melanom uzrokovan isključivo genetski, teško da će se osjećati krivim zbog nekorištenja krema s visokim zaštitnim faktorom. Također se često javlja i osjećaj krivnje u svezi s ishodom – vrlo slično kao i kod krivnje zbog uzroka bolesti, bolesnici se mogu osjećati odgovornima za njihovo stanje nakon postavljanja dijagnoze. Naime, danas se dosta govori o važnosti alternativne terapije što može stvoriti dojam da se pravilnim ponašanjem može doprinijeti boljem preživljenju. Naravno, osjećaj osobne kontrole nad bolešću može pomoći većini bolesnika, ali uvijek postoji opasnost da se u slučaju lošeg ishoda bolesnici osjećaju krivima što nisu učinili nešto više ili bolje. Jedan od najvećih psiholoških problema bolesnika s melanomom jest *osjećaj straha*. Kod bolesnika se često javlja strah od smrti. Iako ima i drugih jednako opasnih smrtonosnih bolesti kao što je tumor, dijagnoza rijetko koje bolesti toliko zastrašuje bolesnika. Mnogi ljudi smatraju tumor sinonimom za smrt i imaju malo vjere u pozitivan ishod. Bolesnici također vjeruju da ih očekuje bolna smrt te da će izgubiti kontrolu nad svojim tijelom. Suprotno pretpostavkama, bolesnici s uznapredovalim karcinomom zapravo imaju manji strah od smrti, a veći strah od nekontrolirane boli. Strah od gubitka podrške obitelji i prijatelja, te strah od povratka bolesti također su česti u bolesnika s melanomom.

Česti su problemi i *promjena perspektive o budućnosti i prijetnja mogućom smrti, promjena uloga u obitelji, te osjećaji usamljenosti, napuštenosti i stigmatizacije*. Sve su to akutni izvori stresa koji se mogu javiti tijekom različitih faza bolesti, a nerijetko postaju kronična stanja koja dovode do prolongiranog stresa te posljedično uzrokuju promjene u ponašanju, i psihoneuroendokrinološke i imunološke promjene (44).

1.10.1 Anksioznost

Anksioznost je stanje koje se očituje osjećajem tjeskobe, zabrinutosti, ustrašenosti i straha uz psihomotornu napetost i unutrašnji nemir (45). Anksioznost je odgovor na prijetnju, a tumor je prijeteća situacija. Dakle, logično je da su brojni

bolesnici anksiozni. Treba biti oprezan jer nije svaka anksioznost nakon dijagnoze tumora abnormalna, ne mora predstavljati problem pa čak i može biti konstruktivna u suočavanju s problemom. Pretjerana anksioznost ometa bolesnika u svakodnevnom funkcioniranju i nije nimalo konstruktivna, a lako se može liječiti. Pretjerana je ako su simptomi puno snažniji nego što je to potrebno u odnosu na prijetnju, ako dugo traje, ne smanjuje se ili čak pojačava s vremenom i narušava funkcioniranje. Kod onkoloških bolesnika dosta je teško procijeniti kada je reakcija pretjerana u odnosu na prijetnju jer se nažalost radi o vrlo realnoj prijetnji. Anksioznost je uobičajena u kriznim točkama liječenja: nakon inicijalne dijagnoze, tijekom donošenja odluka o liječenju, te u iščekivanju povratka bolesti. Povišen rizik za razvoj anksioznog poremećaja među bolesnicima s melanomom imaju mlađe ženske osobe (36). U istraživanju Strka i sur. 18% onkoloških bolesnika imalo je razvijen anksiozni poremećaj, od čega su najčešće bile fobije, i kombinacija različitih tipova anksioznosti, a čak 38% tih bolesnika imalo je i komorbiditetnu depresiju (46). Kod bolesnika s melanomom potvrđena je klinička anksioznost kod 18 do 44% bolesnika (36). Anksioznost se javlja kod melanoma debljih od 1,5 mm (47, 48, 49), ali i kod tanjih melanoma (50). Anksioznost je značajno viša kod bolesnika sa slabom socijalnom podrškom i povezana je s kvalitetom života specifičnom za onkološke bolesnike i nesanicom (46). Anksioznost može pojačati osjećaj boli, interferira sa spavanjem, uzrokuje mučninu i povraćanje, te negativno utječe na kvalitetu života. Ukoliko ostaje neliječena može utjecati i na duljinu života bolesnika. Traumatsko iskustvo nošenja sa zloćudnom bolešću i liječenjem može dovesti do razvoja post traumatskog stresnog poremećaja (44).

1.10.2. Depresivnost

Depresija je emocionalno stanje obilježeno velikom tugom i zlim slutnjama, osjećajem bezvrijednosti i krivnje, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom teka i spolnih žudnji, ili gubitkom zanimanja za uobičajene aktivnosti i zadovoljstva što iz njih proizlazi (45) Oko 25% bolesnika sa zloćudnim bolestima ima ozbiljne depresivne poremećaje, a kod uznapredovalih stadija bolesti i do 77% bolesnika je depresivno. Rezultati istraživanja bolesnika s lokaliziranim melanomom variraju od 5% klinički depresivnih, preko 10% u većini istraživanja pa sve do 28% (36). U liječenju

onkoloških bolesnika važna je činjenica da se depresivni poremećaj ne smije smatrati normalnim pratiteljem zloćudne bolesti ili poremećajem koji se ne može liječiti (44). Liječiti depresivni poremećaj iznimno je važno budući da on može imati značajan utjecaj na odnos prema melanomu i liječenje.

1.10.3. Kvaliteta života

Kvaliteta života je često korišten koncept u kako u medicini tako i u psihologiji, ali sama priroda kvalitete života slabo je objašnjena (51). Kvaliteta života je subjektivan koncept, a pokušali su ga objasniti brojni autori na različite načine. Neka od najjednostavnijih objašnjenja govore da je kvaliteta života subjektivna procjena vlastitog života u cjelini ili pak zadovoljstvo vlastitim životom, odnosno zadovoljstvo stupnjem funkcioniranja u odnosu na idealan stupanj funkcioniranja. Kvaliteta života je multidimenzionalni konstrukt koji se odnosi na percepciju pozitivnih i negativnih aspekata fizičkog, emocionalnog, socijalnog i kognitivnog funkcioniranja (52). Kvaliteta života često se koristi u istraživanjima u zdravstvenoj psihologiji i medicini za procjenu stanja bolesnika, za procjenu učinkovitosti liječenja i slično. Različite bolesti, a pogotovo one onkološke mogu značajno sniziti kvalitetu života. Rezultati istraživanja kvalitete života kod bolesnika s melanomom su kontradiktorni. Neka istraživanja, kao npr. istraživanje Lehta i sur. govore u prilog činjenici da melanom može značajno sniziti kvalitetu života (52). U njihovom istraživanju utjecaj bolesti na kvalitetu života bio je izrazito negativan za 45% bolesnika, srednje negativan za 26%, kod ostalih blago negativan ili uopće nije negativan. S druge strane, određen broj istraživanja pokazuje da melanom nema značajan utjecaj na kvalitetu života bolesnika (41). Pregledni rad Cronisha i sur iz 2009. god. ukazuje na činjenicu da je kvaliteta života značajno narušena kod jedne trećine bolesnika s melanomom (53). Brojne studije ukazuju na važnost kvalitete života za bolesnike: snižena kvaliteta života povezana je sa slabijim i sporijim oporavkom, daljnjom progresijom bolesti, pa čak i preživljenjem (54,55,56,57).

1.11. ČIMBENICI KOJI MOGU UTJECATI NA PSIHOLOŠKU REAKCIJU NA MELANOM

U svakodnevnom kliničkom iskustvu, kao i brojnim istraživanjima utvrđeno je da postoje velike razlike među bolesnicima u načinu na koji reagiraju na svoju bolest - neki se dobro nose s njom i bolest nema značajan utjecaj na njihov život, dok drugi snažno reagiraju, postaju depresivni, bezvoljni i zanemaruju ostale aspekte svoga života. Logična bi pretpostavka bila da intenzitet psihološke reakcije ovisi o težini bolesti, no poznato je da to nije točno. Neki ljudi koji boluju od relativno bezopasne i blage bolesti mogu to teško prihvaćati dok drugi i s ozbiljnom bolesti «normalno» žive. Prvenstveno se mislilo da reakcija ovisi o osobinama ličnosti, no istraživanja su pokazala da njihov utjecaj nije tako značajan kao što se očekivalo (58). Psihobiološka teorija o utjecaju različitih čimbenika na kvalitetu života, te preko nje i na preživljenje bolesnika govori da kvaliteta života ovisi o četiri glavne kategorije čimbenika (52). Prva kategorija su *osobni čimbenici*, u koje se ubrajaju sociodemografski podaci, osobine ličnosti i stil suočavanja sa stresom. Zatim slijede *medicinski čimbenici* poput stupnja razvoja bolesti i prisutnost drugih bolesti. *Društveni čimbenici* odnose se na socijalnu podršku, a *životni stres* na negativne životne događaje koji nisu vezani uz samu bolest. Novija istraživanja na području zdravstvene psihologije naglašavaju i moguću ulogu *percepcije bolesti* u reakciji na bolest i kvaliteti života.

1.11.1. Percepcija bolesti

Na području psihologije zadnjih se 40 godina razvija kognitivni pristup, koji je sve rašireniji u svim područjima psihologije – socijalnoj, kliničkoj, a u posljednje vrijeme i zdravstvenoj psihologiji. U osnovi kognitivnog pristupa je pretpostavka da pojedinci stvaraju kognitivne modele odnosno sheme o svijetu oko sebe kako bi ga lakše razumjeli i predvidjeli buduće događaje. Primijenjeno u zdravstvenoj psihologiji, pretpostavlja se da bolesnici razvijaju kognitivne modele tjelesnih promjena, simptoma i svoje bolesti kako bi bolje razumjeli što se s njima događa. Bolesnici stvaraju svoje vlastite predodžbe koje im pomažu da bolje razumiju svoja iskustva s bolešću na kojima se onda temelji i njihov način suočavanja s tom situacijom. Percepcija bolesti je organizirani niz vjerovanja o tome kako bolest utječe na naše tijelo, kako će utjecati na svakodnevne aktivnosti i iskustva, može li se bolest

liječiti i sl. Pojedinci se razlikuju, ne samo u točnosti svojih predodžbi, već i u stupnju razvijenosti tih predodžbi. Smatra se da je upravo način na koji bolesnik percipira svoju bolest ključan čimbenik za vrstu i intenzitet njegove psihičke reakcije na bolest, a posljedično i za kasnije ponašanje i odnos prema bolesti (59). Dosadašnja istraživanja sa srčanim bolesnicima, bolesnicima s reumatoidnim artritismom, dijabetesom i Addisonovom bolešću potvrdila su povezanost percepcije bolesti s kvalitetom života, raspoloženjem i pridržavanjem tretmana i liječničkih preporuka (60, 61, 62, 63).

Bolesnikova predodžba njegove bolesti sastoji se od 5 bazičnih vjerovanja o bolesti. Ta se vjerovanja odnose na identitet bolesti, njen uzrok, dužinu trajanja, potencijalne posljedice i mogućnost liječenja/kontroliranja bolesti. *Identitet bolesti* odnosi se na opis odnosno dijagnozu koju bolesnik daje svojoj bolesti, te na simptome koje bolesnik s tom dijagnozom povezuje. Tako će na primjer većina ljudi dati gotovo isti opis simptoma kada ih upitamo da opišu prehladu. Isto tako, kada počnemo osjećati određene simptome, uvijek pokušavamo odrediti kojoj bolesti bi oni mogli pripadati kako bismo shvatili što nam je. *Uzrok bolesti* odnosi se na čimbenike ili situacije za koje bolesnik vjeruje da su uzrokovali bolest. Određivanje uzroka bolesti pomaže osobi da shvati bolest, te da procjeni može li na nju utjecati. Na primjer, vjeruje li osoba da je neka bolest isključivo nasljedna i ovisi o genima, manje je vjerojatno da će pokušati utjecati na nju ili ju spriječiti. Većina ljudi pokušava otkriti uzrok svoje bolesti. Istraživanje Taylor i suradnika (64) pokazalo je da 95% žena s rakom dojke ima neko vlastito objašnjenje uzroka svoje bolesti, iako ta objašnjenja vrlo često nisu točna s medicinskog stajališta. *Trajanje bolesti* odnosi se na procjenu koliko će bolest trajati. Bolest se može doživljavati kao kratkotrajna odnosno akutna, dugotrajna, kronična ili ciklična odnosno povremena. Procjena trajanja bolesti može imati značajan utjecaj na pridržavanje liječničkih uputa. Tako je na primjer istraživanje Hornea i Weinmana (65) pokazalo da bolesnici s astmom koji vjeruju da je astma ciklička bolest tj. da se javlja tek povremeno u epizodama značajno rjeđe uzimaju propisanu terapiju nego oni koji vjeruju da je astma kronična bolest. *Posljedice bolesti* odnose se na procjenu fizičkih, socijalnih, ekonomskih i drugih posljedica koje mogu uslijediti zbog bolesti. *Liječenje ili kontrola* odnosi se na procjenu može li se bolest uspješno liječiti ili kontrolirati. Novije studije sugeriraju da

su to zapravo dvije odvojene skale – liječenje se odnosi na to koliko bolesnik vjeruje da mu doktori mogu pomoći te postoji li dobar lijek za njegovu bolest, dok se kontrola više odnosi na to smatra li bolesnik da sam svojim ponašanjem i odnosom prema bolesti može kontrolirati bolest (66). Te se dvije skale ne moraju poklapati, naime bolesnik može vjerovati da postoji dobar lijek za njegovu bolest, ali ne mora vjerovati i da njegovo ponašanje npr. pušenje, prehrana ili slično može utjecati na bolest.

Ova su vjerovanja međusobno logično povezana, a svako vjerovanje zasebno je povezano i s vanjskim čimbenicima poput psihičkog statusa bolesnika, kvalitete života i slično (59).

1.11.2. Stil suočavanja sa stresom

Prema teorijama stresa utjecaj stresa na zdravlje ovisit će o stilu suočavanja sa stresom. Stil suočavanja sa stresom je kognitivni i bihevioralni napor odnosno pokušaj da se odgovori na vanjske ili unutrašnje zahtjeve koji se procjenjuju prezahtjevnima za uobičajeni odgovor organizma. Drugim riječima, osoba koja se nađe u situaciji koju doživljava stresnom, nastojat će, bilo na kognitivnom, emotivnom ili ponašajnom planu svladati ili smanjiti zahtjeve stresne situacije. Suočavanje je kontekstualni proces. Reakcije se mijenjaju razvojem događaja, a sam proces suočavanja neodvojiv je od konteksta, odnosno situacije. Lazarus i Folkman podijelili su načine suočavanja na dvije skupine: suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije (67). Suočavanje usmjereno na problem uključuje mehanizme pomoću kojih se nastoji djelovati na situaciju, na ono što je uzrokovalo problem. Suočavanje usmjereno na emocije odnosi se na pokušaje lakšeg podnošenja emotivnog uzbuđenja izazvanog stresnom situacijom. Nema dobrog ili lošeg suočavanja, to je samo način reagiranja u stresnoj situaciji, iako su se neki načini pokazali povoljnijima za dugoročan utjecaj stresa na zdravlje (68, 69, 70). Suočavanje usmjereno na problem povezano je s boljom psihološkom prilagodbom na bolest, što su potvrdila istraživanja na bolesnicima s različitim kroničnim bolestima (69), dok je suočavanje usmjereno na emocije povezano sa sklonošću depresiji. Kod bolesnika s melanomom istraživanja su potvrdila da bolesnici koji koriste stil suočavanja usmjeren na problem pokazuju bolju prilagodbu na svoju

bolest od onih koji koriste pasivno ili izbjegavajuće suočavanje (71, 72, 73). Bolesnici koji upotrebljavaju stil suočavanja usmjeren na problem imaju više samopouzdanje, manje fizičkih simptoma, manje ljutnje i umora (74). Suprotno tome, izbjegavanje je povezano s povišenom anksioznošću, depresijom, zbunjenošću i promjenama raspoloženja (74).

1.11.3. Osobine ličnosti

Ličnost je skup organiziranih, razmjerno trajnih psiholoških osobina i mehanizama unutar pojedinca koji utječu na njegove interakcije s okolinom i prilagodbu na okolinu (75). Iako osobine ličnosti ne određuju direktno psihološku reakciju osobe na bolest, one mogu utjecati na izbor stila suočavanja sa stresom (68). Na primjer, neuroticizam je povezan s češćim korištenjem izbjegavanja, a optimizam s rjeđim korištenjem izbjegavanja kao stila suočavanja (69). Prema psihobiološkoj teoriji utjecaja psiholoških čimbenika na progresiju bolesti, osobine ličnosti, u interakciji sa stilom suočavanja sa stresom važna su determinanta kvalitete života bolesnika s melanomom.

1.12 VAŽNOST PSIHOLOŠKOG STATUSA BOLESNIKA

„Naši pacijenti ne žele samo preživjeti – oni žele živjeti.“ (76)

Psihološko stanje iznimno je važno svakom čovjeku pa tako i svakom bolesniku. Osim što poboljšanje psihološkog stanja bolesnika pomaže samom bolesniku i poboljšava kvalitetu njegovog života, važno je uzeti u obzir i novije teorije o utjecaju psiholoških faktora i na razvoj bolesti. Razvoj medicine omogućuje nam sve bolje poznavanje melanoma, njegove etiopatogeneze, kliničke slike i prognoze. Sve je očitija činjenica da na uspjeh liječenja ne utječu samo početna klinička slika i terapija, već da značajnu ulogu mogu imati i psihološki faktori.

Psihološko stanje bolesnika može imati direktan utjecaj na ponašanje bolesnika. Psihološki distress povezan je s odlaganjem odlaska liječniku, slabijim pridržavanjem uputa i neredovitim uzimanjem terapije (36). Uznemirenost i tjeskoba

moгу utjecati na ponašanja važna za zdravlje: ljudi kad su anksiozni više puše, konzumiraju alkohol, slabije se hrane i lošije spavaju. Također, pod utjecajem stresa dolazi do slabljenja obrambenih snaga organizma, prije svega imunološkog i endokrinološkog sustava. Pretpostavka da psihološki čimbenici mogu utjecati na proces razvoja malignog melanoma već dugo privlači pažnju stručnjaka, no tek su nedavno, napretkom područja psihoneuroimunologije, razvijene nove metode i nacrti istraživanja koji omogućuju ispitivanje procesa u pozadini tog utjecaja. Ti mehanizmi do danas još nisu u potpunosti objašnjeni, ali postoji nekoliko hipoteza koje se intenzivno istražuju: posredno preko imunološkog sustava, preko endokrinološkog sustava te direktno utjecajem na neke od procesa karcinogeneze. Istraživanja na području psihoneuroimunologije sugeriraju da je psihološki stres direktno povezan sa imunološkim odgovorom. Kod razvoja nekih tumora među kojima je i maligni melanom, imunološki sustav ima značajnu ulogu (77). Rezultati brojnih studija potvrdili su utjecaj psiholoških čimbenika na različite aspekte imunološkog sustava (78), a među njima i na imunološke stanice koje su važne u procesu razvoja tumora (broj i aktivnost NK stanica, aktivnost T-limfocita, različiti interleukini i interferon gama), te se pretpostavlja da psihološki čimbenici upravo preko utjecaja na ključne imunološke stanice posljedično utječu na razvoj tumora. Pretpostavlja se da i endokrinološki sustav ima značajnu ulogu u procesu rasta i razvoja malignog melanoma, a utjecaj psiholoških čimbenika na lučenje nekih hormona, poglavito kortizola također je potvrđen u istraživanjima (79). Također je potvrđen i utjecaj psiholoških čimbenika na dva važna procesa u karcinogenezi: na popravak oštećene stanične DNK i na apoptozu (77). Svi navedeni podaci govore u prilog važnosti psihološkog stanja bolesnika, te našoj obavezi da osim o samom zdravstvenom stanju naših bolesnika vodimo brigu i o njegovim psihološkim reakcijama na bolest i o suočavanju s njom.

Melanom je bolest koja zbog svoje težine i ozbiljnosti može imati snažan utjecaj na psihičko stanje bolesnika pa čak i rezultirati post-traumatskim stresnim poremećajem. Psihološka pomoć i podrška pri samom dijagnosticiranju bolesti, kao i kasnije tijekom liječenja mogla bi imati snažan utjecaj na psihičko stanje bolesnika i time podići kvalitetu života bolesnika. Također, pravilna edukacija bolesnika o

njihovoj bolesti, kao i o rizicima koje ta bolest nosi važna je za pravilno usmjeravanje ponašanja bolesnika i sprečavanje pojave drugog primarnog tumora. Slična je situacija i u općoj populaciji – pravilnom edukacijom populacije o melanomu, o rizicima izlaganja suncu, naslijeđu i drugim važnim faktorima možemo do određene mjere utjecati na važne rizične čimbenike za razvoj melanoma, ali i naučiti ljude samopregledu i samodijagnosticiranju sumnjivih promjena na koži što može utjecati na njihov raniji dolazak liječniku, ranije dijagnosticiranje melanoma a time i na otkrivanje melanoma u ranijoj fazi što doprinosi izlječenju. Da bi se ovakve akcije omogućile važno je ispitati trenutno stanje: ispitati znanje o melanomu, percepciju melanoma i ponašanje na suncu kod bolesnika s melanomom i u općoj populaciji, te ispitati psihološki status bolesnika s melanomom. Takvi bi podaci mogli poslužiti kao baza za formiranje psihološke podrške i edukacije bolesnika, te za edukaciju javnosti.

2. HIPOTEZA I CILJEVI RADA

Postavljena hipoteza bila je da će se bolesnici s melanomom i kontrolna skupina razlikovati prema rizičnim čimbenicima za melanom i ponašanju na suncu, no neće biti razlike u percepciji bolesti. Bolesnici s melanomom bit će oprezniji pri izlaganju suncu. Psihološka reakcija bolesnika na melanom bit će snažnija kod bolesnika s melanomom debljim od 1 mm nego kod onih s tanjim melanomom. Psihološki čimbenici bit će značajni prediktori kvalitete života bolesnika.

Ciljevi istraživanja su sljedeći:

1. Ispitati percepciju melanoma i ponašanje na suncu kod bolesnika s melanomom i u općoj populaciji te usporediti njihove rezultate;
2. Ispitati psihološki status, kvalitetu života i karakteristike bolesnika s melanomom;
3. Usporediti psihološki status, kvalitetu života i karakteristike bolesnika s melanomom debljine do 1 mm i iznad 1 mm prema Breslowu
4. Ispitati povezanost percepcije bolesti i psiholoških karakteristika s kvalitetom života bolesnika s melanomom

3. MATERIJALI I METODE

3.1 OPIS ISTRAŽIVANJA

Istraživanje se provodilo u Klinici za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra "Sestre milosrdnice". Nakon redovnog posjeta dermatologu ili po prijemu na bolničko liječenje bolesnici koji boluju od melanoma upućivani su psihologu na testiranje i razgovor. Psiholog je bolesnike ukratko upoznao s nacrtom i ciljem istraživanja, te im je ponudio da sudjeluju u istraživanju i potpišu informirani pristanak. Nakon toga su bolesnici ispunili sljedeće psihološke upitnike: Upitnik općih podataka o ispitaniku, Upitnik percepcije bolesti, Mjeru subjektivne kvalitete života, Beckovu skalu depresivnosti, Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti, Eysenckov upitnik osobina ličnosti, Upitnik o stilu suočavanja sa stresom i Upitnik o navikama i ponašanju na suncu.

Ispitanicima koji su činili kontrolnu grupu pristupili su liječnik ili psiholog u čekaonici poliklinike, ponudili im sudjelovanje u istraživanju, objasnili im nacrt i cilj istraživanja, nakon čega su potpisali informirani pristanak, te ispunili Upitnik općih podataka o ispitaniku, Upitnik percepcije melanoma i Upitnik o navikama i ponašanju na suncu.

3.2 ISPITANICI

U istraživanju su sudjelovale tri skupine ispitanika: dvije skupine bolesnika s patohistološki verificiranom dijagnozom melanoma koji se liječe u Referentnom centru za melanom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH na Klinici za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra «Sestre milosrdnice», te kontrolna skupina ispitanika. Bolesnici s verificiranom dijagnozom melanoma podijeljeni su u dvije skupine:

1. 60 bolesnika s dijagnozom melanoma, debljine do 1 mm prema Breslowu
2. 60 bolesnika s dijagnozom melanoma, debljine iznad 1 mm prema Breslowu

Bolesnici s melanomom isključeni su iz daljnjeg istraživanja ukoliko su imali potvrđene metastaze ili ako su primali bilo koji oblik adjuvantne terapije. U trećoj,

kontrolnoj skupini sudjelovalo je 120 ispitanika. Ti su ispitanici bili pacijenti Klinike za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“ koji su na Kliniku došli zbog pregleda ili kontrole drugih dermatoloških bolesti, nevezano za tumore kože. Ta je skupina ispitanika izjednačena sa skupinom bolesnika po broju ispitanika, dobi, spolu i obrazovanju. U kontrolnu skupinu nisu mogli biti uključeni ispitanici koji u obitelji imaju anamnezu melanoma ili drugih tumora kože, te ispitanici medicinskog obrazovanja.

U svim skupinama u istraživanje su uključivani ispitanici oba spola, u dobi od 18 do 65 godina. Ispitanici nisu mogli sudjelovati u istraživanju ukoliko su imali ranije postavljenu dijagnozu bilo koje psihijatrijske bolesti.

3.3 INSTRUMENTI

U provedenom istraživanju korišteni su sljedeći instrumenti:

3.3.1. Medicinska dokumentacija – za bolesnike s melanomom povijest bolesti omogućila je uvid u osnovne anamnestičke podatke (dijagnoza, klasifikacija prema Breslow-u i AJCC, liječenje)

3.3.2. Upitnik općih podataka o ispitaniku – kratki upitnik dizajniran za potrebe ovog istraživanja koji se sastoji od pitanja o spolu, dobi, bračnom stanju, školskoj spremi, obrazovanju, drugim kroničnim bolestima, psihijatrijskim bolestima te o osobnoj i obiteljskoj anamnezi tumora kože.

3.3.3. Mjera subjektivne kvalitete života i utjecaja bolesti – dvije jednostavne analogne skale obilježene brojevima od 1 do 10 korištene su kao mjera subjektivne kvalitete života, te utjecaja melanoma na kvalitetu života.

3.3.4. Kratki upitnik percepcije bolesti – Brief-IPQ (80)

Upitnik za ispitivanje kognitivnih komponenti i jedne emocionalne komponente percepcije bolesti konstruiran 2005. god. čiji su autori Broadbent, Petrie, Main i Weinman. Upitnik se sastoji od osam kvantitativnih pitanja na koja ispitanici odgovaraju na skali od 0 do 10. Rezultat se gleda na svakom pitanju odvojeno – 6

pitanja odgovaraju komponentama percepcije bolesti, jedno se odnosi na razumijevanje vlastite bolesti, a jedno na emocionalnu komponentu percepcije bolesti. Ispitanici u kontrolnoj grupi odgovarali su samo na 5 kvalitativnih pitanja. Pitanja su bila ista, samo nisu postavljena u formi „Koliko mislite da će Vaša bolest trajati?“ već „Koliko mislite da melanom traje?“ Ispitanici u kontrolnoj grupi nisu odgovarali na pitanja koja se odnose na zabrinutost zbog vlastite bolesti, utjecaj na emocionalno stanje i razumijevanje vlastite bolesti. Pretpostavilo se da, budući da ne boluju od melanoma, ne mogu odgovoriti na ta pitanja.

3.3.5. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije - WHOQOL-BREF (81)

Upitnik WHOQOL-BREF predstavlja skraćenu verziju upitnika WHOQOL-100 koji je izradila Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u svrhu procjene kvalitete života. WHOQOL-BREF je sastavljen korištenjem i analizom podataka pilot istraživanja WHOQOL-100. Odabrane su 24 čestice iz originalnog upitnika, po jedna iz svake od 24 facete koje opisuju kvalitetu života te je odabrana po jedna čestica za kvalitetu života u cjelini i za opće zdravlje. Upitnik u cijelosti sadrži 26 čestica. Psihometrijska istraživanja su pokazala da je WHOQOL-BREF pouzdan i validan instrument, te visoko korelira s WHOQOL-100, oko 0,89. Zbog manjeg broja pitanja i bržeg rješavanja daje mu se prednost pred WHOQOL-100. Boduje se percepcija kvalitete života u svakoj od 4 domene upitnika posebno (fizičko zdravlje, psihološko stanje, društvena interakcija, te okoliš), pri čemu je skala usmjerena pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Upitnik se sastoji od 26 pitanja, a svako se pitanje boduje Likertovom skalom od 1 (najlošije) do 5 (najbolje). Nakon transformacija bodova, koje se vrše u dva koraka, bodovi za pojedinu domenu su unutar skale 0-100. U ovom je istraživanju korištena validirana hrvatska verzija upitnika (77). Temeljem ekvidistantne strukture Likertove skale, u ovom je istraživanju uzeto u obzir da ispitanici s vrijednošću većom od 60% skalnog maksimuma (SM) u pojedinoj domeni imaju dobru kvalitetu života u istoj domeni, a oni s vrijednošću ispod 60% SM lošu kvalitetu života te specifične domene.

3.3.6. Beckov upitnik depresije II - BDI-II (83)

BDI – II je drugo izdanje, iz 1996, u svijetu najčešće korištenog instrumenta za utvrđivanje depresije, a sadržaj njegovih čestica usklađen je s kriterijima za dijagnozu depresije iz DSM-IV priručnika. Autori upitnika su Beck, Steer i Brown. BDI-II mjeri stupanj depresije u kliničkih i normalnih pacijenata. Može se koristiti za ispitanike u dobi od 13 do 80 godina. Upitnik se sastoji od 21 čestice, a svaka čestica je lista od 4 izjave određenog simptoma depresije, poredane po težini. Ukupni rezultat dobije se zbrajanjem vrijednosti odgovora na sva pitanja, a viši rezultat ukazuje na veći broj simptoma depresije. 0 do 13 bodova smatra se minimalnom, 14 do 19 blagom, 20 do 28 srednje jakom i 29 do 63 boda ozbiljnom depresijom. Primjena BDI-II upitnika je individualna i u prosjeku traje 5 minuta.

3.3.7. Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti – STAI (84)

Upitnik Spielbergera iz 1987. g. namijenjen je mjerenju anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti kod odraslih. Sastoji se od dvije odvojene ljestvice samoprocjene: S-ljestvicom se mjere prolazna anksiozna stanja, odnosno subjektivni, svjesno opaženi osjećaji strepnje, napetosti i zabrinutosti koji s vremenom mijenjaju svoj intenzitet; O-ljestvica mjeri razmjerno stabilne individualne razlike u sklonosti anksioznosti. Svaka ljestvica sastoji se od 20 tvrdnji, a ispitanik bira jedan od četiri ponuđena odgovora i to onaj koji najbolje opisuje jačinu njegovih osjećaja (1-uopće ne, 2-malo, 3-umjereno, 4-jako). Ukupni rezultat dobije se zbrajanjem svih odgovora pri čemu viši rezultat ukazuje na višu anksioznost. Kao rezultat koji ukazuje na visoku anksioznost u ovom se istraživanju uzimao rezultat koji je za jednu standardnu devijaciju iznad prosjeka populacije.

3.3.8. Eysenckov upitnik ličnosti – EPQ RS (85)

Ovaj upitnik mjeri osnovne dimenzije ličnosti. Temelji se na Eysenckovom tri-faktorskom modelu ličnosti te mjeri faktore ekstraverzija (E), neuroticizam (N) i psihoticizam (P), a osim ove tri skale, upitnik sadrži i skalu laži (L) kojom se ispituje sklonost ispitanika ka disimulaciji. EPQ RS se sastoji od ukupno 48 čestica u obliku kratkih pitanja, a zadatak ispitanika je odgovoriti na svaku od njih s jednim od dva

ponuđena odgovora: DA ili NE. Za odgovor koji ukazuje na prisutnost određene osobine dobiva se po 1 bod, a za suprotan odgovor 0. Ukupni rezultat na pojedinoj skali dobije se zbrajanjem svih odgovora koji potvrđuju prisutnost mjerene osobine. Upitnik je namijenjen odraslim osobama, starijim od 16 godina.

3.3.9. Skala negativnih stresnih životnih događaja (86).

Skala za procjenu negativnih životnih događaja i njihovog utjecaja na ispitanika. Skala sadrži 36 čestica i mogućnost da ispitanik sam navede neki događaj koji je za njega bio stresan, a nije spomenut u tablici. Ispitanici zaokružuju one događaje koji su se njima dogodili, te na skali od 1 do 4 procjenjuju koliko ih je svaki taj događaj uznemirio. Ova skala je adaptacija Ljestvice životnih zbivanja (Holmes, 1973).

3.3.10. Upitnik o stilu suočavanja sa stresom (86)

Korištena je adaptirana verzija Upitnika suočavanja sa stresnim situacijama (Coping Orientation to Problems Experienced – COPE, Carver, Weintraub i Scheirer, 1989). Upitnik je adaptiran našim kulturalnim uvjetima. Adaptirani upitnik COPE sastoji se od 71 čestice koje čine 17 empirijski deriviranih skala od kojih je 15 preuzeto iz izvornog (COPE) upitnika (pozitivna interpretacija i rast ličnosti, aktivno suočavanje, planiranje, prihvaćanje, obuzdavanje suočavanja, potiskivanje kompeticijskih aktivnosti, negiranje, ponašajno izbjegavanje, mentalno izbjegavanje, traženje socijalne podrške zbog emocionalnih / instrumentalnih razloga, ventiliranje emocija, humor, alkohol, religija), dok specifični odgovori ispitanika našeg područja sačinjavaju dvije dodatne skale koje se nazivaju skala osamljivanja i skala potiskivanja emocija. Ispitanicima su ponuđene različite vrste ponašanja specifične za stresnu situaciju, a njihov je zadatak da na skali od 5 stupnjeva odgovore koliko često se ponašaju na određen način (nikada, katkada, obično, često, uvijek).

3.3.11. Upitnik o navikama i ponašanju na suncu - upitnik dizajniran na Klinici za kožne i spolne bolesti za potrebe ovog istraživanja, sastoji se od 16 pitanja u vezi boje kože, kose i očiju, učestalosti izlaganja suncu tijekom godine i tijekom dana, korištenja solarija, korištenja sredstava sa zaštitnim faktorom, opekline iz djetinjstva, broja madeža, te stavova prema sunčanju.

Svi navedeni upitnici nalaze se u prilogu.

3.4 STATISTIČKA OBRADA REZULTATA

Za statističku obradu dobivenih rezultata korišten je računalni program SPSS for Windows (verzija 17.0). Prije svega provjereno je opravdavaju li rezultati upotrebu parametrijskih testova – normalitet distribucije testiran je K-S Lillieforsovim testom, a jednakost varijanci Levenovim testom.

Rezultati su međusobno uspoređeni na nivou 5%-tne razine značajnosti, t-testom ili hi kvadrat testom. Korelacija između pojedinih pokazatelja računata je kao Pearsonov ili Spearmanov koeficijent korelacije, a regresijska analiza koristila se kako bi se utvrdio zaseban utjecaj pojedinih varijabli, ako takav postoji.

3.5 ETIČKA PITANJA

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“ i Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Ispitanici su bili upoznati sa svrhom i ciljem istraživanja, koje je dodatno bilo objašnjeno i na prvoj stranici upitnika. Za sva pitanja i nedoumice oko istraživanja ispitanici su se mogli obratiti autorici ove disertacije.

4. REZULTATI

4.1 Deskriptivna statistika - svi ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 240 ispitanika, od toga 120 bolesnika s melanomom i 120 ispitanika u kontrolnoj grupi. Ispitanici su bili u dobi od 18 do 65 godina, a prosječna dob ispitanika bila je 50 godina (Tablica 5).

Tablica 5 Minimum (Min), maksimum (Maks), aritmetička sredina (M) i standardna devijacija (SD) dobi ispitanika.

Varijabla	Min	Maks	M	SD
Dob	18	65	50,17	12,381

U tablici 6 vidimo da je u istraživanju sudjelovalo nešto više muškaraca (54,2%). Najveći broj ispitanika imao je srednju školsku spremu (42,5%), a tek nešto manji broj visoku stručnu spremu (37,9%).

Tablica 6 Distribucija ispitanika u broju i postocima prema spolu i školskoj spremi ispitanika.

Varijabla	Broj	Postotak %
Spol:		
Žene	110	45,8
Muškarci	130	54,2
Školska sprema:		
Osnovna škola	10	4,2
Srednja škola	102	42,5
Viša	32	13,3
Visoka	91	37,9
Bez podataka	5	2,1

Rizični čimbenici za nastanak melanoma prikazani su u tablici 7, a ponašanje na suncu u tablici 8. Većina ispitanika ima svijetlu kožu (54,2%), smeđu kosu (59,6%) i smeđe oči (42,5%). Najveći broj ispitanika ima manje od 10 madeža (37,9%), ali velik broj ima i više od 50 madeža na tijelu (28,3%). Opekline u djetinjstvu imalo je čak 60% ispitanika. Najveći broj ispitanika izlaže se suncu manje od tri tjedna godišnje (42,5%). Tijekom dana, većina ispitanika se izlaže suncu samo ujutro i navečer (65,8%). Gotovo svi ispitanici nikada ne koriste solarij (93,8%). Većina ispitanika koristi sredstva sa zaštitnim faktorom samo za vrijeme godišnjeg (54,6%), a najviše ispitanika koristi kreme sa zaštitnim faktorom između 10 i 20 (26,3%). Najveći broj ispitanika ima negativan stav prema sunčanju i smatra ga štetnim (36,7%), tek nešto manji broj ispitanika ima blago pozitivan stav (28,3%), a samo 3,3% ispitanika obožava sunčanje.

Tablica 7 Distribucija ispitanika u broju i postocima prema rizičnim čimbenicima za nastanak melanoma.

Varijabla	Broj	Postotak %
Boja kože		
Jako svijetla	29	12,1
Svijetla	130	54,2
Lagano tamna	69	28,8
Tamna	8	3,3
Bez podataka	4	1,7
Prirodna boja kose		
Crvena	11	4,6
Plava	42	17,5
Smeđa	142	59,6
Tamno smeđa, crna	40	16,7
Bez podataka	4	1,7
Boja očiju		
Plava	67	27,9
Zelena	66	27,5
Smeđa	102	42,5
Bez podataka	5	2,1
Broj madeža na tijelu		
Do 10	91	37,9
10 do 50	71	29,6
Više od 50	68	28,3
Bez podataka	10	4,2
Opekline u djetinjstvu		
Da	145	60,4
Ne	63	26,3
Ne sjećam se	26	10,8
Bez podataka	6	2,5

Tablica 8 Distribucija ispitanika u broju i postocima u domenama ponašanja na suncu.

Varijabla	Broj	Postotak %
Izlaganje suncu tijekom godine		
Manje od 3 tjedna	102	42,5
Više od tri tjedna	82	34,2
Tijekom cijele godine	50	20,8
Bez podataka	6	2,5
Izlaganje suncu tijekom dana		
Samo navečer	12	5
Ujutro i navečer	158	65,8
Tijekom cijelog dana	65	27,1
Bez podataka	5	2,1
Korištenje solarija		
Nikada	225	93,8
3-4 puta godišnje	8	3,3
1-2 puta mjesečno	1	0,4
Jednom tjedno	1	0,4
Bez podataka	5	2,1
Korištenje krema sa zaštitnim faktorom		
Nikada	35	14,6
Samo za vrijeme godišnjeg	131	54,6
Od proljeća do jeseni	53	22,1
Tijekom cijele godine	15	6,3
Bez podataka	6	2,5
Zaštitni faktor		
Manji od 10	11	4,6
10 do 20	63	26,3
21 do 30	52	21,7
31 do 50	72	30
Bez podataka	42	17,5
Stav		
Izbjegavam sunčanje jer je štetno	88	36,7
Na moru sam ili u moru ili u hladu	70	29,2
Volim se sunčati ali umjereno	68	28,3
Obožavam ležati na suncu da dobijem što bolju boju	8	3,3
Bez podataka	6	2,5

Percepcija melanoma prikazana je u tablici 9. Ispitanici smatraju da je melanom bolest koja ima srednje snažan utjecaj na život bolesnika ($M = 6,19$), koja relativno dugo traje ($M = 6,32$), nad kojom bolesnik ima osrednju kontrolu ($M = 5,39$), kod koje liječenje može dosta pomoći ($M = 7,32$) i koja ima relativno blage simptome ($M = 3,31$).

Tablica 9 Minimum (min), maksimum (maks), aritmetička sredina (M) i standardna devijacija (SD) pet dimenzija percepcije bolesti.

Dimenzija percepcije bolesti	Min	Maks	M	SD
Utjecaj melanoma na život	0	10	6,19	3,154
Trajanje melanoma	0	10	6,32	3,192
Kontrola	0	10	5,39	3,029
Liječenje	0	10	7,32	2,473
Simptomi	0	10	3,31	3,021

4.1.1. Usporedba prema spolu i obrazovanju

Usporedba prema spolu

Sociodemografski podaci s obzirom na spol

Žene i muškarci u našem uzorku značajno se razlikuju po dobi – žene su značajno mlađe ($p < 0,001$) (Tablica 10). Nema statistički značajne razlike između muškaraca i žena u obrazovanju (Tablica 11).

Tablica 10 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) dobi žena i muškaraca, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

Varijabla	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	t	df	p
Dob	46,43 (12,646)	53,34 (11,261)	- 4,474	220,5	< 0,001

Tablica 11 Distribucija žena i muškaraca prema obrazovanju u postocima (%), te vrijednost hi-kvadrat testa (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

Varijabla	Žene %	Muškarci %	χ^2	df	p
Školska sprema:					
Osnovna škola	2,7	5,4			
Srednja škola	46,4	39,2	2,344	3	0,504
Viša	12,7	13,8			
Visoka	34,4	40,8			
Bez podataka	3,6	0,8			

Rizični čimbenici za melanom s obzirom na spol

U našem istraživanju nema razlike između žena i muškaraca u boji kože, kose i očiju, niti u broju madeža na tijelu, ali se razlikuju u opeklinama u djetinjstvu ($p = 0,032$) (Tablica 12). U tablici 13 vidimo da se u našem istraživanju žene manje izlažu suncu tijekom godine ($p = 0,002$), ali ne i tijekom dana. Žene više koriste solarij ($p = 0,006$) za razliku od muškaraca u našem uzorku među kojima niti jedan nije koristio solarij. Žene i muškarci se razlikuju u navikama korištenja krema sa zaštitnim faktorom ($p = 0,002$) – žene više koriste kreme sa zaštitnim faktorom i više njih koristi zaštitni faktor od 31 do 50 ($p = 0,011$). Žene imaju pozitivniji stav prema sunčanju ($p = 0,048$) (Tablica 13). Percepcija melanoma prikazana je u tablici 14, te vidimo da u usporedbi sa ženama, muškarci misle da melanom ima blaži utjecaj na život ($p = 0,004$), da bolesnici imaju veću kontrolu nad melanomom ($p = 0,016$), te da melanom ima manje simptoma ($p = 0,031$).

Tablica 12 Distribucija žena i muškaraca prema rizičnim čimbenicima za melanom u postocima (%), te vrijednosti hi-kvadrat testova (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlike (p) između žena i muškaraca.

Varijabla	Žene %	Muškarci %	χ^2	df	p
Boja kože					
Jako svijetla	16,4	8,5	7,210	3	0,065
Svijetla	56,4	52,3			
Lagano tamna	22,7	33,8			
Tamna	1,8	4,6			
Bez podataka	2,7	0,8			
Prirodna boja kose					
Crvena	6,4	3,1	1,788	3	0,617
Plava	17,3	17,7			
Smeđa	56,4	62,3			
Tamno smeđa, crna	17,3	16,2			
Bez podataka	2,7	0,8			
Boja očiju					
Plava	27,3	28,5	3,349	2	0,187
Zelena	32,7	23,1			
Smeđa	37,3	46,9			
Bez podataka	2,7	1,5			
Broj madeža na tijelu					
Do 10	35,5	40	1,407	2	0,495
10 do 50	33,6	26,2			
Više od 50	28,2	28,5			
Bez podataka	2,7	5,4			
Opeklina u djetinjstvu					
Da	58,2	62,3	6,863	2	0,032
Ne	22,7	29,2			
Ne sjećam se	16,4	6,2			
Bez podataka	2,7	2,3			

Tablica 13 Distribucija žena i muškaraca prema ponašanju na suncu u postocima (%), te vrijednosti hi-kvadrat testova (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlike (p).

Varijabla	Žene %	Muškarci %	χ^2	df	P
Izlaganje suncu tijekom godine					
Manje od 3 tjedna	51,8	34,6	12,091	2	0,002
Više od tri tjedna	33,6	34,6			
Tijekom cijele godine	11,8	28,5			
Bez podataka	2,7	2,3			
Izlaganje suncu tijekom dana					
Samo navečer	4,5	5,4	1,295	2	0,523
Ujutro i navečer	69,1	63,1			
Tijekom cijelog dana	23,6	30			
Bez podataka	2,7	1,5			
Korištenje solarija					
Nikada	88,2	98,5	12,494	3	0,006
3-4 puta godišnje	7,3	0			
1-2 puta mjesečno	0,9	0			
Jednom tjedno	0,9	0			
Bez podataka	2,7	1,5			
Korištenje krema sa zaštitnim faktorom					
Nikada	6,4	21,5	15,212	3	0,002
Samo za vrijeme godišnjeg	53,6	55,4			
Od proljeća do jeseni	30	15,4			
Tijekom cijele godine	6,4	6,2			
Bez podataka	3,6	1,5			
Zaštitni faktor					
Manji od 10	6,4	3,1	11,176	3	0,011
10 do 20	21,8	30			
21 do 30	20	23,1			
31 do 50	41,8	20			
Bez podataka	10	23,8			
Stav					
Izbjegavam sunčanje	30,9	41,5	7,908	3	0,048
U moru ili u hladu	29,1	29,2			
Volim se sunčati, umjereno	30,9	26,2			
Obožavam ležati na suncu	6,4	0,8			
Bez podataka	2,7	2,3			

Tablica 14 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) rezultata na dimenzijama percepcije bolesti žena i muškaraca, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

Dimenzija percepcije bolesti	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	T	df	p
Utjecaj melanoma na život	6,83 (2,908)	5,63 (3,266)	2,944	233,9	0,004
Trajanje melanoma	6,60 (3,246)	6,06 (3,133)	1,272	226	0,205
Kontrola	4,88 (2,942)	5,84 (3,045)	- 2,437	232	0,016
Liječenje	7,02 (2,663)	7,58 (2,273)	- 1,728	231	0,085
Simptomi	3,77 (3,223)	2,91 (2,788)	2,175	231	0,031

Usporedba po obrazovanju

Ponašanje na suncu i stav prema sunčanju

S obzirom na obrazovanje naših ispitanika postojale su značajne razlike u korištenju različitih visina zaštitnog faktora ($p = 0,013$) (Tablica 15).

Tablica 15 Distribucija stupnjeva obrazovanja prema ponašanjima na suncu u postocima (%), te vrijednosti hi-kvadrat testova (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između stupnjeva obrazovanja.

	NSS %	SSS %	VŠS %	VSS %	χ^2	df	p
Zaštitni faktor							
Manji od 10	20	4,9	3,1	2,2	20.928	9	0,013
10 do 20	10	27,5	25	26,4			
21 do 30	20	24,5	25	17,6			
31 do 50	50	26,5	21,9	41,8			
Bez podataka	50	16,7	25	14,1			

Na svim ostalim varijablama ponašanja na suncu, rizičnih faktora za melanom i percepcije bolesti nema razlike prema obrazovanju ispitanika.

4.1.2. Povezanost dobi, rizičnih čimbenika za melanom, ponašanja na suncu i percepcije bolesti

Dob

Iz Tablice 16 vidljivo je da je dob značajno povezana s korištenjem solarija (mlađi više koriste solarij), korištenjem krema za zaštitu od sunca (mlađi više koriste kreme), te sa stavom prema sunčanju (mlađi imaju pozitivniji stav prema sunčanju). Dob nije značajno povezana s rizičnim čimbenicima za melanom niti s percepcijom bolesti.

Tablica 16 Povezanost dobi ispitanika i različitih aspekata ponašanja na suncu izračunata kao Spearmanov koeficijent korelacije

Varijabla	Dob
Solarij	- 0, 172**
Korištenje krema sa zaštitnim faktorom	- 0, 144*
Stav prema sunčanju	- 0,199**

* Korelacija je statistički značajna na razini od 5%

** Korelacija je statistički značajna na razini od 1%

Rizični čimbenici za melanom

U provedenom istraživanju, osobe sa svjetlijom kožom se manje izlažu suncu tijekom dana, češće koriste kreme za zaštitu od sunca i koriste kreme sa višim zaštitnim faktorom od osoba s tamnijom kožom. Osobe sa svjetlijom kosom koriste viši zaštitni faktor i imaju negativniji stav prema sunčanju. Osobe sa svjetlijim očima također koriste viši zaštitni faktor. Osobe s više madeža na tijelu manje se izlažu suncu tijekom dana i koriste viši zaštitni faktor od osoba s manje madeža. (Tablica 17).

Tablica 17 Povezanost rizičnih čimbenika za melanom s različitim aspektima ponašanja na suncu izračunata kao Spearmanov koeficijent korelacije.

	Boja kože	Boja kose	Boja očiju	Broj madeža
Izlaganje suncu tijekom dana	0,25**	–	–	–
Korištenje krema sa SPF	-0,32**	–	–	-0,15*
SPF	-0,25**	-0,20**	-0,18*	–
Stav	0,30**	0,15*	–	0,20**

* Korelacija je statistički značajna na razini od 5%

** Korelacija je statistički značajna na razini od 1%

Percepcija bolesti

Ovim istraživanjem utvrdili smo da osobe koje smatraju da bolesnik ima visoku kontrolu nad melanomom manje se izlažu suncu tijekom dana, manje koriste solarij i imaju negativniji stav prema sunčanju. Negativniji stav prema sunčanju imaju i osobe koje smatraju da melanom ima snažan utjecaj na život bolesnika, te oni koji misle da melanom ima više simptoma (Tablica 18).

Tablica 18 Povezanost dimenzija percepcije melanoma s različitim aspektima ponašanja na suncu izračunata kao Spearmanov koeficijent korelacije.

	IPQ kontrola	IPQ utjecaj	IPQ simptomi
Izlaganje suncu tijekom dana	-0,14*	–	–
Korištenje solarija	-0,18*	–	–
Stav prema sunčanju	-0,32**	0,19**	0,24**

* Korelacija je statistički značajna na razini od 5%

** Korelacija je statistički značajna na razini od 1%

4.2 Usporedba bolesnika s melanomom i kontrolne skupine ispitanika

Sociodemografske varijable

U našem istraživanju nema statistički značajne razlike u dobi (Tablica 19), spolu i obrazovanju (Tablica 20) između grupe bolesnika s melanomom i kontrolne grupe.

Tablica 19 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) dobi u grupi bolesnika s melanomom i ispitanika u kontrolnoj grupi, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između bolesnika i kontrole.

Varijabla	Melanom M (SD)	Kontrola M (SD)	t	df	p
Dob	52,11 (12,248)	49,24 (12,077)	1,847	197	0,521

Tablica 20 Distribucija bolesnika s melanomom i kontrolne grupe ispitanika prema spolu i obrazovanju u postocima (%), te vrijednosti hi-kvadrat testova (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između bolesnika i kontrole.

Varijabla	Melanom %	Kontrola %	χ^2	df	p
Spol					
Ženski	41,8	50	1,678	1	0,244
Muški	58,2	50			
Obrazovanje					
Osnovna škola	7,2	2			
Srednja škola	39,1	45,9	6,139	3	0,105
Viša	16,7	11,2			
Visoka	33,4	40,8			

Rizični čimbenici za melanom, ponašanje na suncu i percepcija melanoma

U tablici 21 vidimo da postoji statistički značajna razlika između bolesnika s melanomom i kontrolne grupe u boji kože ($p = 0,001$) i kose ($p = 0,017$), broju madeža ($p = 0,021$) i opeklinama u djetinjstvu ($p < 0,001$), ali ne i u boji očiju. Bolesnici s melanomom imaju svjetliju kožu i kosu od ispitanika u kontrolnoj grupi. Također, imaju više madeža na tijelu i više njih je zadobilo opekline u djetinjstvu. Tablica 22 pokazuje da postoji statistički značajna razlika između bolesnika s melanomom i kontrolne grupe u izlaganju suncu tijekom godine ($p = 0,001$) i tijekom dana ($p < 0,001$), korištenju solarija ($p = 0,019$), korištenju krema sa zaštitnim faktorom ($p = 0,001$), u visini zaštitnog faktora koji koriste ($p = 0,001$) i u stavu prema sunčanju ($p < 0,001$). Bolesnici s melanomom se manje izlažu suncu tijekom godine i tijekom dana, manje koriste solarij, duže tijekom godine koriste kreme sa zaštitnim faktorom, koriste viši zaštitni faktor i imaju negativniji stav prema sunčanju od ispitanika u kontrolnoj grupi. Iz tablice 23 vidimo da postoji statistički značajna razlika između bolesnika s melanomom i kontrolne grupe na svim dimenzijama percepcije bolesti. Prema mišljenju bolesnika s melanomom ta bolest ima slabiji utjecaj na njihov život ($p < 0,001$), kraće traje ($p = 0,011$), lakše se kontrolira ($p < 0,001$) i liječi ($p < 0,001$) i ima manje simptoma ($p < 0,001$) nego prema mišljenju kontrolne skupine ispitanika.

Tablica 21 Distribucija bolesnika s melanomom i kontrolne grupe ispitanika prema rizičnim čimbenicima za melanom u postocima (%), te vrijednosti hi-kvadrat testova (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlike (p) između bolesnika i kontrole.

Varijabla	Melanom %	Kontrola %	χ^2	df	p
Boja kože					
Jako svijetla	20,2	4,1	17,112	3	0,001
Svijetla	52	56,6			
Lagano tamna	23,4	34,2			
Tamna	2,6	5			
Prirodna boja kose					
Crvena	6,8	2,6	10,210	3	0,017
Plava	20	15,3			
Smeđa	57,6	61,4			
Tamno smeđa, crna	11,4	22,6			
Boja očiju					
Plava	32	24,2	3,353	2	0.187
Zelena	22,5	32,5			
Smeđa	42,5	42,5			
Broj madeža na tijelu					
Do 10	33,3	42,5	7,731	2	0,021
10 do 50	25	34,2			
Više od 50	35,8	20,8			
Opeklina u djetinjstvu					
Da	72,5	48,3	25,337	2	<0,001
Ne	11,6	40,1			
Ne sjećam se	11,6	10			

Tablica 22 Distribucija bolesnika s melanomom i kontrolne grupe ispitanika prema ponašanju na suncu u postocima (%), te vrijednosti hi-kvadrat testova (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlike (p) između bolesnika i kontrole.

Varijabla	Melanom %	Kontrola %	χ^2	df	p
Izlaganje suncu tijekom godine					
Manje od 3 tjedna	51	34,2	15,073	2	0,001
Više od tri tjedna	21,6	46,7			
Tijekom cijele godine	22,5	19,2			
Izlaganje suncu tijekom dana					
Samo navečer	5,8	4,2	21,269	2	<0,001
Ujutro i navečer	76,7	55			
Tijekom cijelog dana	13,3	40,8			
Korištenje solarija					
Nikada	95	92	9,938	3	0,019
3-4 puta godišnje	0	7			
1-2 puta mjesečno	1	0			
Jednom tjedno	0	1			
Korištenje krema sa SPF					
Nikada	16,6	12,5	17,680	3	0,001
Samo za vrijeme godišnjeg	41,6	67,5			
Od proljeća do jeseni	28,3	15,8			
Tijekom cijele godine	10	2,5			
Zaštitni faktor					
Manji od 10	3,3	5,8	17,218	3	0,001
10 do 20	16,6	35,8			
21 do 30	20,8	22,5			
31 do 50	40	20			
Stav					
Izbjegavam sunčanje jer je štetno	56,6	16,6	54,742	3	<0,001
Na moru sam ili u moru ili u hladu	26,6	31,6			
Volim se sunčati ali umjereno	13,3	43,3			
Obožavam ležati na suncu	0	6,6			

Tablica 23 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) rezultata na dimenzijama percepcije bolesti u grupi bolesnika s melanomom i ispitanika u kontrolnoj grupi, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između bolesnika i kontrole.

Dimenzija percepcije bolesti	Melanom M (SD)	Kontrola M (SD)	t	df	p
Utjecaj melanoma na život	4,74 (2,997)	7,74 (2,486)	-8,629	226,3	<0,001
Trajanje melanoma	5,78 (3,558)	6,84 (2,700)	-2,548	208,9	0,011
Kontrola	6,61 (2,788)	4,17 (2,786)	6,708	232	<0,001
Liječenje	7,93 (2,120)	6,70 (2,650)	3,923	221,3	<0,001
Simptomi	2,23 (2,626)	4,42 (3,009)	-5,920	231	<0,001

4.3 Deskriptivna statistika – bolesnici s melanomom

Bračno stanje bolesnika s melanomom prikazano je u Tablici 24. Većina bolesnika je u braku – njih 75%.

Tablica 24 Distribucija bolesnika u broju i postocima prema bračnom stanju.

	Broj	Postotak %
U braku	90	75
U ozbiljnoj vezi	6	5
Samac	10	8,3
Razveden/a	1	0,8
Udovac/ica	6	5
Bez podataka	7	5,8

Drugu kroničnu bolest ima 30% bolesnika s melanomom (Tablica 25).

Tablica 25 Distribucija bolesnika u broju i postocima prema prisustvu druge kronične bolesti.

Kronična bolest	Broj	Postotak %
Da	35	29,2
Ne	81	67,5
Bez podataka	4	3,3

Kvaliteta života

Bolesnici s melanomom su visoko zadovoljni svojim životom (7,89 na skali od 1 do 10), bolest ima srednji utjecaj na kvalitetu života (4,88 na skali od 1 do 10), kvalitetu svog života procjenjuju prilično dobrom (3,95 na skali od 1 do 5) i prilično su zadovoljni svojim zdravljem (3,6 na skali od 1 do 5). Na domenama kvalitete života, najvišom je procijenjena domena socijalnih odnosa, zatim fizičkog zdravlja, okolinskih uvjeta te najnižom domena psihičkog zdravlja. Sve su domene kvalitete života visoko procijenjene (Tablica 26).

Tablica 26 Minimum (Min), maksimum (Maks), aritmetička sredina (M) i standardna devijacija (SD) rezultata na različitim aspektima kvalitete života kod bolesnika s melanomom.

	Min	Max	M	SD
Zadovoljstvo životom	3	10	7,89	1,671
Utjecaj bolesti na kvalitetu života	1	10	4,88	2,764
Kvaliteta življenja	1	5	3,95	0,735
Zadovoljstvo zdravljem	1	5	3,60	0,839
qol_fizičko zdravlje	0	100	73,21	16,265
qol_psihičko zdravlje	19	100	71,08	21,120
qol_okolina	38	100	72,98	15,299
qol_socijalni odnosi	25	100	75,00	16,561

Anksioznost i depresivnost

Prosječni rezultat na upitniku anksioznosti kao osobine i kao stanja ukazuje na nisku anksioznost kod bolesnika s melanomom. Bolesnici s melanomom imaju mali broj simptoma depresivnosti koji upućuje na vrlo blagu depresivnost (Tablica 27).

Tablica 27 Minimum (Min), maksimum (Maks), aritmetička sredina (M) i standardna devijacija (SD) rezultata bolesnika s melanomom na upitniku anksioznosti kao stanja, osobine i na Beckovom indeksu depresije.

	Min	Maks	M	SD
Anksioznost kao stanje	20	77	40,66	11,465
Anksioznost kao osobina	23	65	39,06	9,316
Beckov indeks depresije	0	45	6,68	5,517

U grupi bolesnika s melanomom 30,8% zadovoljavalo je kriterij za visoku anksioznost na skali anksioznost kao stanje, a 23,3% na skali anksioznost kao osobina (Tablica 28).

Tablica 28 Distribucija visoko anksioznih bolesnika na skali anksioznosti kao stanja i kao osobine.

	Broj	Postotak %
Visoka anksioznost kao stanje		
Ne	73	60,8
Da	37	30,8
Bez podataka	10	8,3
Visoka anksioznost kao osobina		
Ne	81	67,5
Da	28	23,3
Bez podataka	11	9,2

Samo 6,6% bolesnika s melanomom imalo je rezultat na Beckovom indeksu depresivnosti koji ukazuje na srednju ili ozbiljnu depresiju (Tablica 29).

Tablica 29 Distribucija bolesnika po stupnjevima depresivnosti.

Depresivnost	Broj	Postotak %
Minimalna	101	84,2
Blaga	2	1,7
Srednja	4	3,3
Ozbiljna	4	3,3
Bez podataka	9	7,5

Negativni životni događaji

U prosjeku, bolesnici s melanomom tijekom života doživjeli su 6 stresnih životnih događaja prosječne težine stresora 2,9, na skali od 1 do 4 (Tablica 30).

Tablica 30 Srednja vrijednost (SV), medijan (M) i interkvartilni raspon (IKV) broja, razine i prosječne razine stresora

	SV	M	IKV
Broj stresora	8,3	6	4 – 12,25
Razina stresa	22,5	17,5	10 – 29
Prosječna razina stresa	2,82	2,9	2,3 – 3,3

Suočavanje sa stresom

Bolesnici s melanomom najviše koriste stil suočavanja sa stresom usmjeren na problem, a najmanje opći dezangažman (Tablica 31).

Tablica 31 Minimum (Min), maksimum (Maks), aritmetička sredina (M) i standardna devijacija (SD) stilova suočavanja sa stresom kod bolesnika s melanomom.

	Min	Maks	M	SD
Suočavanje usmjeren na problem	0,22	3,81	2,26	0,696
Suočavanje usmjeren na emocije	0,00	3,72	1,90	0,943
Opći dezangažman	0,00	2,37	1,04	0,523
Povlačenje	0,00	3,38	0,91	0,661

Osobine ličnosti

Rezultati na svim skalama osobina ličnosti odgovaraju prosječnim rezultatima u populaciji (Tablica 32).

Tablica 32 Minimum (Min), maksimum (Maks), aritmetička sredina (M) i standardna devijacija (SD) rezultata bolesnika s melanomom na upitniku osobina ličnosti.

	Min	Maks	M	SD
epq_psihoticizam	0	7	2,95	1,547
epq_ekstraverzija	1	12	8,76	2,909
epq_neuroticizam	0	12	4,19	3,773
epq_skala laži	3	12	7,47	2,784

4.3.1. Usporedba bolesnika s melanomom po sociodemografskim varijablama

Usporedba prema spolu

Sociodemografski podaci

U skupini bolesnika s melanomom žene i muškarci statistički se značajno razlikuju po dobi ($p < 0,001$) i po debljini melanoma ($p = 0,033$) (Tablica 33). Žene i muškarci ne razlikuju se po obrazovanju, bračnom statusu niti po prisustvu druge kronične bolesti.

Tablica 33 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) dobi i debljine melanoma u žena i muškaraca, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	t	,f	p
Dob	42,20 (13,448)	56,33 (9,275)	-4,544	84,1	<0,001
Debljina melanoma	1,51 (1,720)	2,33 (2,473)	-2,031	117,9	0,033

U skupini bolesnika s melanomom žene i muškarci ne razlikuju se po rizičnim čimbenicima za melanom, po ponašanju na suncu niti po stavu prema sunčanju.

Percepcija bolesti

Kod žena melanom ima snažniji utjecaj na život ($p = 0,025$), žene misle da imaju manju kontrolu nad svojom bolešću ($p = 0,002$), više brinu zbog nje ($p = 0,014$), te bolest ima snažniji utjecaj na njihovo emocionalno stanje ($p = 0,011$) nego što je to slučaj kod muškaraca (Tablica 34).

Tablica 34 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) rezultata na dimenzijama percepcije bolesti kod žena i muškaraca s melanomom, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

Dimenzija percepcije bolesti	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	t	df	p
Utjecaj bolesti na život	5,36 (2,841)	4,12 (3,020)	2,264	116	0,025
Trajanje bolesti	5,78 (3,372)	5,78 (3,448)	-0,008	111	0,993
Kontrola	5,68 (3,093)	7,30 (2,239)	-3,230	115	0,002
Liječenje	7,69 (2,389)	8,10 (1,956)	-1,030	115	0,305
Simptomi	2,77 (3,047)	1,86 (2,241)	1,877	116	0,063
Zabrinutost zbog bolesti	6,10 (3,209)	4,63 (3,168)	2,495	118	0,014
Utjecaj bolesti na emocionalno stanje	5,11 (3,080)	3,71 (2,701)	2,581	114	0,011
Razumijevanje bolesti	8,40 (1,512)	7,71 (2,766)	1,592	118	0,114

Kvaliteta života

Kod žena bolest ima snažniji utjecaj na kvalitetu života nego kod muškaraca ($p = 0,030$), dok na drugim aspektima kvalitete života nema razlike između muškaraca i žena (Tablica 35).

Tablica 35 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) rezultata na dimenzijama kvalitete života kod žena i muškaraca s melanomom, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	t	df	p
Zadovoljstvo životom	7,78 (1,844)	7,97 (1,543)	-0,614	117	0,541
Utjecaj bolesti na kž	5,52 (2,764)	4,40 (2,703)	2,198	115	0,030
Kvaliteta življenja	3,98 (0,675)	3,95 (0,793)	0,170	111	0,866
Zadovoljstvo zdravljem	3,53 (0,804)	3,68 (0,826)	-0,962	111	0,338
qol_fizičko zdravlje	71,83 (18,913)	74,20 (22,668)	-1,040	108	0,301
qol_psihičko zdravlje	69,17 (16,467)	72,43 (16,112)	-0,580	109	0,563
qol_okolina	71,13 (15,732)	74,28 (14,976)	-1,058	107	0,292
qol_socijalni odnosi	77,48 (17,889)	73,40 (15,628)	1,244	105	0,216

Anksioznost i depresivnost

Žene postižu viši rezultat na upitniku anksioznosti kao stanja nego muškarci ($p = 0,022$), dok se anksioznost kao osobina i depresivnost ne razlikuju značajno između muškaraca i žena (Tablica 36).

Tablica 36 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) rezultata na upitniku anksioznosti kao stanja i kao osobine te na Beckovom indeksu depresije kod žena i muškaraca, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	t	df	p
Anksioznost kao stanje	46,83 (13,474)	38,71 (9,620)	2,324	108	0,022
Anksioznost kao osobina	40,78 (9,822)	38,03 (8,911)	1,502	107	0,136
Beckov indeks depresije	7,39 (7,374)	6,22 (7,629)	0,796	109	0,428

Suočavanje sa stresom

Žene više koriste suočavanje sa stresom usmjereno na emocije ($p < 0,001$) i opći dezangažman ($p = 0,006$) nego muškarci, dok na ostalim oblicima suočavanja sa stresom nema statistički značajne razlike (Tablica 37).

Tablica 37 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) rezultata na skalama suočavanja sa stresom, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	t	df	p
Suočavanje usmjereno na problem	2,42 (0,512)	2,15 (0,787)	1,696	78	0,094
Suočavanje usmjereno na emocije	2,57 (0,615)	1,38 (0,821)	6,808	71	<0,001
Opći dezangažman	1,24 (0,470)	0,90 (0,517)	2,825	65	0,006
Povlačenje	0,90 (0,637)	0,92 (0,656)	-0,154	85	0,878

Osobine ličnosti

Žene imaju viši rezultat na skali neuroticizma od muškaraca ($p = 0,001$), dok na skalama psihoticizma, ekstraverzije i skali laži nema statistički značajne razlike između muškaraca i žena (Tablica 38).

Tablica 38 Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) rezultata na upitniku osobina ličnosti kod žena i muškaraca, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između žena i muškaraca.

	Žene M (SD)	Muškarci M (SD)	t	df	P
epq_psihoticizam	2,61 (1,368)	3,20 (1,631)	-1,931	103	0,056
epq_ekstraverzija	8,98 (3,235)	8,61 (2,679)	0,632	101	0,529
epq_neuroticizam	5,56 (3,847)	3,22 (3,429)	3,313	106	0,001
epq_skala laži	6,88 (2,856)	7,86 (2,687)	-1,778	103	0,078

Usporedba bolesnika s melanomom prema bračnom stanju i obrazovanju

Bolesnici s melanomom ne razlikuju se s obzirom na **bračno stanje** niti s obzirom na **obrazovanje** niti na jednoj od mjerenih psiholoških karakteristika.

4.3.2. Povezanost dobi sa psihološkim karakteristikama

Prema rezultatima našeg istraživanja stariji bolesnici misle da melanom duže traje, da bolesnik ima veću kontrolu nad bolešću i da se bolest lakše liječi nego što to misle mlađi bolesnici. Stariji bolesnici su depresivniji od mlađih. Kod starijih bolesnika je lošije fizičko zdravlje i lošiji su društveni odnosi na skali kvalitete života. Mlađi bolesnici češće koriste suočavanje sa stresom usmjereno na emocije. Mlađi bolesnici su više ekstrovertirani te imaju niži rezultat na skali laži na upitniku osobina ličnosti (Tablica 39).

Tablica 39 Povezanost dobi sa percepcijom bolesti, Beckovim indeksom depresivnosti, kvalitetom života, stilom suočavanja sa stresom i osobinama ličnosti izračunata kao Pearsonov koeficijent korelacije.

	Dob
Percepcija bolesti	
Trajanje	0,225*
Kontrola	0,496**
Liječenje	0,192*
Beckov indeks depresivnosti	0,236*
Kvaliteta života	
Fizička komponenta	-0,227*
Društvena komponenta	-0,382**
Suočavanje sa stresom usmjereno na emocije	-0,353**
Osobine ličnosti	
Ekstraverzija	-0,304**
Laži	0,422**

* Korelacija je statistički značajna na razini od 5%

** Korelacija je statistički značajna na razini od 1%

4.4 Usporedba bolesnika s melanomom do 1 milimetar i iznad 1 milimetar debljine prema Breslowu

Sociodemografski čimbenici

Bolesnici s melanomom tanjim od jednog milimetra i oni s melanomom debljim od jednog milimetra prema Breslowu ne razlikuju se u sociodemografskim varijablama, osim po obrazovanju (bolesnici s melanomom do 1mm višeg su obrazovanja, $p = 0,002$) (Tablica 40).

Rizični čimbenici za melanom

Bolesnici s melanomom do i iznad 1 mm prema Breslowu razlikuju se u boji kože ($p = 0,038$) i broju madeža na tijelu (među bolesnicima s tanjim melanomom ima više osoba jako svijetle kože i više osoba sa više od 50 madeža na tijelu, $p = 0,005$) (Tablica 40).

Ponašanje na suncu

Bolesnici s melanomom debljine do 1 mm prema Breslowu više se izlažu suncu tijekom godine ($p = 0,026$) i tijekom dana ($p = 0,014$) od bolesnika s debljim melanomom. U svim drugim oblicima ponašanja na suncu, kao ni u stavu prema sunčanju nema statistički značajne razlike između bolesnika s melanomom do i iznad 1 mm prema Breslowu (Tablica 40).

Kvaliteta života

Bolesnici s melanomom tanjim od 1 mm i oni s melanomom debljim od 1 mm prema Breslowu ne razlikuju se niti na jednoj mjeri kvalitete života.

Psihološke karakteristike

Bolesnici s melanomom tanjim od 1 mm i oni s melanomom debljim od 1 mm prema Breslowu ne razlikuju se niti na jednoj od psiholoških karakteristika – anksioznost, depresivnost, suočavanje sa stresom, osobine ličnosti.

Tablica 40. Distribucija bolesnika s melanomom do 1mm i iznad 1 mm prema Breslowu prema obrazovanju, rizičnim čimbenicima za melanom i ponašanju na suncu u postocima (%), te vrijednosti hi-kvadrat testova (χ^2), uz pripadajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlike (p) između bolesnika s melanomom do i iznad 1 mm prema Breslowu.

	Do 1 mm %	Iznad 1 mm %	χ^2	df	P
Obrazovanje					
NSS	0	13,3	14,575	3	0,002
SSS	33,3	45			
VŠS	16,6	15			
VSS	46,6	21,6			
Boja kože					
Vrlo svijetla	30	10	8,453	3	0,038
Svijetla	46,7	56,7			
Lagano tamna	23,3	23,3			
Tamna	0	3,3			
Broj madeža					
Do 10	36,6	30	10,792	2	0,005
10-50	13,3	36,6			
Više od 50	46,6	25			
Izlaganje tijekom godine					
Manje od 3 tjedna	63,3	38,3	7,276	2	0,026
Više od 3 tjedna	13,3	30			
Tijekom cijele godine	23,3	21,6			
Izlaganje tijekom dana					
Samo navečer	0	1,2	8,494	2	0,014
Ujutro i navečer	83,3	70			
Cijeli dan	16,7	10			

Percepcija bolesti

U usporedbi s bolesnicima s melanomom iznad 1 mm prema Breslowu, bolesnici s tanjim melanomom misle da bolest kraće traje ($p < 0,001$) i da ima manje simptoma ($p = 0,025$), te kod njih također melanom ima manji utjecaj na emocionalno stanje ($p = 0,038$) (Tablica 41).

Tablica 41. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) različitih dimenzija percepcije bolesti kod bolesnika s melanomom do i iznad 1 mm prema Breslowu, te vrijednost t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razine značajnosti razlika (p) između bolesnika s melanomom do i iznad 1 mm prema Breslowu.

	Do 1 mm M (SD)	Iznad 1 mm M (SD)	t	df	P
IPQ utjecaj bolesti	4,17 (3,277)	5,10 (2,647)	-1,688	109,5	0,094
IPQ trajanje bolesti	4,61 (3,769)	6,93 (2,939)	-3,657	103,9	<0,001
IPQ kontrola	6,79 (3,139)	6,42 (2,408)	0,715	115	0,476
IPQ liječenje	7,90 (2,206)	7,97 (2,051)	-0,177	115	0,860
IPQ simptomi	1,70 (2,513)	2,78 (2,649)	-2,264	116	0,025
IPQ zabrinutost	5,00 (3,200)	5,48 (3,317)	-0,812	118	0,418
IPQ razumijevanje	8,20 (2,138)	7,80 (2,530)	-0,935	118	0,315
IPQ emocionalno stanje	3,73 (2,991)	4,86 (2,773)	-2,095	114	0,038

4.5. Prediktori subjektivne kvalitete života kod bolesnika s melanomom

Povezanost različitih sociodemografskih čimbenika, čimbenika fizičkog zdravlja, stresa i psiholoških čimbenika sa subjektivnom kvalitetom života ispitivana je linearnom regresijskom analizom. Za subjektivnu kvalitetu života analiza je provedena u četiri koraka: u prvom koraku u analizu su uneseni sociodemografski čimbenici (spol i dob), u sljedećem su dodani čimbenici zdravlja (debljina melanoma i prisustvo druge kronične bolesti), u trećem su dodani stresori koji nisu vezani uz bolest (broj stresora i razina utjecaja), te na kraju u četvrtom koraku psihološki čimbenici (osobine ličnosti, stil suočavanja sa stresom i percepcija bolesti). Prvi korak u kojem su prediktori spol i dob, kao ni drugi u kojem su dodani čimbenici zdravlja nisu pokazali značajan doprinos postotku objašnjene varijance subjektivne kvalitete života (Tablica 42). Dodavanjem varijabli stresa postotak objašnjene varijance kvalitete života značajno se povećao (F promjene = 6,065; značajnost F promjene = 0,005). Standardizirani beta koeficijenti upućuju na to da su značajni prediktori kvalitete života razina stresa, broj stresora, te druga kronična bolest (Tablica 43). Veličina i smjer beta koeficijenata govore da osobe s višom kvalitetom života imaju manji broj doživljenih negativnih životnih događaja, nižu razinu stresa i odsustvo druge kronične bolesti. U ovom koraku objašnjeno je 35% varijance rezultata na varijabli subjektivne kvalitete života. Dodavanje psiholoških čimbenika u ovaj model statistički značajno doprinosi postotku objašnjene varijance subjektivne kvalitete života (F promjene = 10,884 ; značajnost F promjene < 0,001), te je ukupno objašnjeno 93,3% varijance rezultata na varijabli subjektivne kvalitete života. Standardizirani beta koeficijenti upućuju na to da su značajni prediktori kvalitete života broj stresora i razina stresa, druga kronična bolest, osobine ličnosti (ekstraverzija i psihoticizam), stil suočavanja sa stresom (opći dezangažman i povlačenje) te percepcija bolesti (Tablica 43). Veličina i smjer beta koeficijenata govore da osobe s višom kvalitetom života imaju veći broj doživljenih negativnih životnih događaja, ali nižu razinu stresa i odsustvo druge kronične bolesti. Te osobe imaju i viši rezultat na skali ekstraverzije, ali niži na skali psihoticizma, češće koriste opći dezangažman, a rjeđe povlačenje kao stil suočavanja sa stresom. Također, osobe s visokom kvalitetom života smatraju da melanom ima snažniji utjecaj na

njihov život, da duže traje, da imaju visoku kontrolu nad vlastitom bolešću ali i da se melanom teže liječi, te su zbog bolesti manje zabrinuti, ali bolest ima snažniji utjecaj na njihovo emocionalno zdravlje.

Tablica 42 Regresijska analiza sociodemografskih čimbenika, čimbenika fizičkog zdravlja, stresa i psiholoških čimbenika za kriterijsku varijablu – subjektivna kvaliteta života.

Model	R	R ²	Statistika promjene	
			F promjena	značajnost F promjene
1	0,159	0,025	0,522	0,597
2	0,359	0,129	2,261	0,118
3	0,590	0,349	6,065	0,005
4	0,966	0,933	10,884	< 0,001

Tablica 43 Standardizirani beta koeficijenti i značajnost koeficijenata za socioemografske čimbenike, čimbenike zdravlja, stres i psihološke čimbenike u regresijskoj analizi subjektivne kvalitete života.

Model	Beta	Značajnost
3 spol ispitanika	0,088	0,586
dob	-0,149	0,374
debljina melanoma prema Breslowu	-0,181	0,221
druga kronična bolest	0,359	0,014
broj stresora	-1,069	0,004
razina stresa	-1,181	0,001
4 spol ispitanika	0,183	0,308
dob	-0,361	0,051
debljina melanoma prema breslowu	-0,023	0,829
druga kronična bolest	0,362	< 0,001
broj stresora	-1,136	0,001
razina stresa	-1,252	0,001
epq_psihoticizam	-0,245	0,012
epq_ekstraverzija	0,492	< 0,001
epq_neuroticizam	0,147	0,223
epq_lie	0,187	0,177
pfc	0,081	0,541
efc	-0,028	0,871
opci_dezang	0,801	0,001
povlačenje	-0,627	0,004
ipq_utjecaj	0,481	0,001
ipq_trajanje	0,495	< 0,001
ipq_kontrola	1,114	< 0,001
ipq_lijecenje	-0,522	0,001
ipq_simptomi	-0,297	0,043
ipq_briga	-0,561	0,003
ipq_razumijevanje	-0,045	0,669
ipq emocije	0,490	0,010

5. RASPRAVA

Ponašanje na suncu, rizični čimbenici za melanom i percepcija melanoma

U opisanom istraživanju ispitano je ponašanje na suncu, rizični čimbenici za melanom i percepcija melanoma na uzorku od 240 ispitanika, 120 bolesnika s melanomom i 120 ispitanika u kontrolnoj skupini. Također, ispitane su psihološke karakteristike bolesnika s melanomom kao i njihova psihološka reakcija na bolest. Prosječna dob ispitanika je 50 godina, u istraživanju je sudjelovalo 54% muškaraca, a većina ispitanika ima srednju stručnu spremu, njih 43%. U našem uzorku većina je ispitanika svijetle puti, njih čak 54%, većina ima smeđu kosu (60%), te najveći broj ispitanika ima smeđe oči (42%). Dobiveni rezultati su u skladu s očekivanjima, budući da u Hrvatskoj prevladava tip kože II i III. 38% ispitanika ima manje od 10 madeža, njih 30% ima od 10 do 50 madeža, a 28% više od 50 madeža na tijelu. Uzmemo li u obzir činjenicu da prosječna odrasla osoba ima oko 20 madeža na tijelu, u našem istraživanju velik broj ispitanika ima velik broj madeža na tijelu, ali ovaj se rezultat vjerojatno može objasniti činjenicom da su ispitanici ipak bili posjetioци i bolesnici Klinike za kožne i spolne bolesti koji upravo zbog svojih promjena i dolaze na preglede. Iznenadujuće velik broj ispitanika, čak njih 60%, imalo je opekline od sunca u djetinjstvu. To je iznimno visok broj, pogotovo ako se uzme u obzir da su opekline u djetinjstvu jedan od rizičnih čimbenika za razvoj melanoma (9).

Općenito, ispitanici u našem uzorku se relativno primjereno ponašaju na suncu. Većina ispitanika izlaže se suncu do tri tjedna godišnje što otprilike odgovara trajanju godišnjeg odmora, a većina njih se izlaže suncu samo ujutro i navečer. Samo 15% ispitanika nikada ne koristi kreme sa zaštitnim faktorom, a većina ispitanika koristi zaštitne faktore samo za vrijeme godišnjeg odmora. Najveći broj ispitanika, njih 30%, koristi kreme sa zaštitnim faktorom 31 do 50, što je iznimno pozitivan rezultat, budući da dermatolozi preporučuju da se koriste kreme sa faktorom 20 i više koje pružaju najprikladniju zaštitu od UV zračenja. Iznenadujući su rezultati o korištenju solarija. Naime, izrazito mali broj ispitanika u našem uzorku je koristio solarij, njih tek 4,1%, od čega samo jedna ispitanica redovito koristi solarij, ostali tek povremeno. Budući da novija istraživanja potvrđuju da izlaganje solariju i UVA zrakama može doprinijeti razvoju melanoma, preporuka je liječnika da se solarij što manje koristi (87). Podaci iz literature govore o češćem korištenju solarija u ostatku

Europe: u švedskoj studiji na 500 ispitanika Branstrom i sur pokazali su da 35 % ispitanika koristi solarij (88), a u njemačkoj studiji Diehl i sur., također na 500 ispitanika, 21% ispitanika koristilo je solarij (89).

Ispitanici percipiraju melanom kao bolest koja ima relativno visok utjecaj na život bolesnika, koja relativno dugo traje, nad kojom bolesnici imaju osrednju kontrolu, ali koja se lako liječi i ima blage simptome. Percepcija melanoma do sada je rijetko ispitivana u literaturi. U istraživanju Šitum i sur. ispitanici iz opće populacije imali su vrlo sličnu percepciju melanoma (90), kao i bolesnici s melanomom u istraživanju Vurnek i sur. iz 2008 god. gdje je jedina iznimka bila percepcija liječenja – naime ti su rezultati pokazali da ispitanici misle da se melanom relativno teško liječi (91).

Kad usporedimo muškarce i žene vidimo da se žene kraće izlažu suncu tijekom godine ali ne i tijekom dana. Bez obzira na mali broj ispitanika koji koriste solarij, žene ipak značajno više koriste solarij, naime niti jedan muškarac u našem istraživanju nije koristio solarij. Rezultati Branstrom i sur. također potvrđuju da žene značajno češće koriste solarij od muškaraca (88). Žene duže tijekom godine koriste kreme sa zaštitnim faktorom, i koriste viši zaštitni faktor. Ovi podaci ne iznenađuju budući da su žene inače više informirane o njezi kože, zaštiti od sunca i melanomu. Žene su općenito više zainteresirane za teme vezane za ljepotu i vanjski izgled, a i češće se susreću s navedenim temama u ženskim časopisima o ljepoti i zdravlju. Činjenica da se žene više štite od sunca od muškaraca potvrđena je i u drugim istraživanjima: Argyriadou i sur. potvrdili su da žene češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom (92), Koh i sur. pokazali su da se žene češće sunčaju, ali i značajno češće koriste zaštitni faktor (93), a Lawler i sur. su kod adolescenata sportaša također pokazali da djevojke češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom i zaštitnu odjeću kod treniranja na suncu (94). Suprotno tome, u ovom istraživanju rezultati pokazuju da više muškaraca nego žena ima negativan stav prema sunčanju što vjerojatno proizlazi iz činjenice da žene još uvijek preferiraju tamniji ten zbog ljepšeg izgleda, dok je muškarcima to manje bitno. Žene se više štite jer su svjesne opasnosti sunčanja, ali svedjedno vole sunčanje i pokušavaju postići tamniji ten kako bi ljepše izgledale.

Usporedba ispitanika prema obrazovanju otkriva da ispitanici s niskom stručnom spremom nikada ne koriste zaštitni faktor 31 do 50, dok kod visoko

obrazovanih ispitanika čak 42% ispitanika koristi taj faktor. Al Robae i sur, te Koh i sur. potvrdili su u svojim istraživanjima da visokoobrazovani ljudi češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom, ali nisu ispitivali visinu korištenog zaštitnog faktora (95, 93).

Ispitivanje povezanosti ponašanja na suncu s dobi pokazuje da mlađi češće koriste solarij i imaju pozitivniji stav prema sunčanju, ali i češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom od starijih. Koh i sur. također su pokazali da se mlađi češće sunčaju, te da osobe u dobi od 26 do 40 godina najredovitije koriste zaštitne faktore (93). I ovaj se nalaz vjerojatno može objasniti činjenicom da je mlađim ljudima više stalo do preplanulog tena i lijepog izgleda za koji misle da je posljedica takvog tena. Ipak, iako se više vole sunčati mlađi ljudi više koriste zaštitu jer su vjerojatno više obrazovani o potrebama zaštite od sunca, kroz popularnu literaturu i internet gdje se u posljednje vrijeme često piše o zaštiti od sunca.

Zanimljivi su rezultati koji potvrđuju da su rizični čimbenici za melanom značajno povezani s ponašanjem na suncu. U našem istraživanju osobe koje imaju rizične čimbenike za melanom (velik broj madeža, svijetlu put ili svijetle oči i kosu), značajno se više štite od sunca: manje se izlažu suncu tijekom dana, češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom, koriste više zaštitne faktore, te imaju i negativniji stav prema sunčanju. Ovaj podatak govori nam da su osobe koje imaju neki od rizičnih faktora za melanom svjesni te činjenice i da su oprezniji u izlaganju suncu, što je s obzirom na njihov povećan rizik za razvoj melanoma izrazito pozitivno.

Kada usporedimo bolesnike s melanomom i kontrolnu grupu dobiveni rezultati pokazuju da bolesnici s melanomom imaju značajno svjetliju kožu i kosu od kontrolne grupe. Među bolesnicima s melanomom čak 20% njih ima jako svijetlu kožu, dok takvu kožu u kontrolnoj grupi ima tek 4% bolesnika. Također u grupi bolesnika s melanomom, kad ih usporedimo s kontrolnom grupom, ima značajno više osoba s crvenom i plavom kosom, a manje s tamno smeđom i crnom kosom. Bolesnici s melanomom imaju i veći broj madeža na tijelu (36% njih ima više od 50 madeža na tijelu, u usporedbi s 21% ispitanika u kontrolnoj grupi). Bolesnici s melanomom imali su i značajno više opekline u djetinjstvu nego ispitanici u kontrolnoj grupi. Svi navedeni rezultati u skladu su s očekivanjima budući da su upravo svijetla koža i kosa, velik broj madeža i opekline u djetinjstvu poznati rizični čimbenici za razvoj melanoma (9).

Razlika između bolesnika s melanomom i kontrolne grupe postoji i na svim ispitivanim aspektima ponašanja na suncu. Bolesnici s melanomom provode manje vremena na suncu tijekom godine i tijekom dana, manje koriste solarij, češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom i koriste viši zaštitni faktor. Čak 41% ispitanika u kontrolnoj grupi provodi cijeli dan na suncu, u usporedbi sa 13% u grupi bolesnika, a 70% njih koristi kreme sa zaštitnim faktorom samo tijekom godišnjeg odmora, u usporedbi sa 40% bolesnika. Ovi rezultati potvrđuju našu hipotezu da će bolesnici s melanomom biti oprezniji na suncu, što se može pripisati većoj educiranosti o melanomu, rizičnim čimbenicima za melanom i o opasnostima izlaganja suncu. Iako to nismo direktno ispitivali, možemo pretpostaviti da je do promjene u ponašanju na suncu došlo nakon dijagnoze melanoma. Bolesnici s melanomom ipak redovito dolaze na kontrole kod dermatologa koji ih, posebice zbog njihove bolesti dodatno educira o važnosti izbjegavanja sunca. Bolesnici s melanomom imaju 900 puta veći rizik za razvoj drugog melanoma od opće populacije pa je za njih dodatno važno da se ne izlažu suncu, te da se dodatno štite od sunca. Dobiveni podaci u skladu su i s literaturom. Lee i sur. pokazali su da bolesnici s melanomom provode manje vremena na suncu i da češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom od kontrolne grupe (96).

Pa ipak, neki podaci iznenađuju. Na primjer, čak 22% bolesnika s melanomom izlaže se suncu tijekom čitave godine, 13% njih provodi cijeli dan na suncu, čak 17% bolesnika nikada ne koristi kreme sa zaštitnim faktorom, a čak 40% bolesnika koristi zaštitni faktor manji od 20. Dobiveni rezultati u skladu su sa literaturom (97, 98), čak i pokazuju savjesnije ponašanje naših bolesnika što govori u prilog ipak dobroj educiranosti. Burdon-Jones je u svojem istraživanju pokazao da 74% bolesnika s melanomom prepoznaje potrebu za izbjegavanjem pretjeranog izlaganja suncu (97), a Meyer i sur. pokazali su da 59% bolesnika s različitim tumorima kože izbjegavaju sunce sredinom dana (98). Mujumdar i sur. su na američkom uzorku bolesnika s melanomom pokazali da samo 53% bolesnika izbjegava sunčanje ili pokušava biti u hladu tijekom dana (99). Svi ovi rezultati niži su nego u našoj studiji gdje čak 82% bolesnika izbjegava sunce sredinom dana, i smatra da je sunce štetno. Rezultati dobiveni u ovom istraživanju pokazuju da samo 13% bolesnika ima blago pozitivan stav prema sunčanju, dok u istraživanju Lee i sur. čak 27% bolesnika s melanomom

ima pozitivan ili neutralan stav prema sunčanju (96). U ovom istraživanju 50% bolesnika s melanomom koristi zaštitni faktor između 30 i 50, dok je prosječna vrijednost zaštitnog faktora koji koriste bolesnici s melanomom u studiji Mujumdara i sur. bila 25 (99). Renzi i sur. su u svom istraživanju pokazali da čak 40% bolesnika s tumorom kože rijetko koristi kreme sa zaštitnim faktorom (100), a Branstrom i sur. da je čak 27% bolesnika imalo barem jednu opeklinu od sunca u posljednjih 12 mjeseci (101).

Iako su naši rezultati iznimno pozitivni u usporedbi sa stranom literaturom, ipak treba primijetiti da se ispitanici u kontrolnoj grupi ali i neki bolesnici s melanomom previše izlažu suncu tijekom dana, da ispitanici u obje grupe prekratko vrijeme tijekom godine koriste kreme sa zaštitnim faktorom te da velik broj njih koristi prenizak zaštitni faktor. Ovi su podaci u suprotnosti s preporukama dermatologa da se sunce treba izbjegavati od 11 do 16 sati po ljeti tijekom dana, te da se sredstva sa zaštitnim faktorom trebaju koristiti čitave godine, tijekom ljeta čak i ujutro i predvečer, pa i kad smo u hladu. Za bolesnike s melanomom preporučeni zaštitni faktor je 50. Branstrom i sur. su u velikoj internacionalnoj studiji o ponašanju na suncu zaključili da je želja za preplanulim tenom najsnažniji motiv za izlaganje suncu i nekorištenje zaštite (102). Zanimljivo je da je unatoč velikom broju javnozdravstvenih kampanja želja za lijepim i poželjnih izgledom ipak jača od zabrinutosti zbog moguće opasnosti takvog ponašanja. Ovaj podatak samo govori u prilog tome koliko je vanjski izgled važan ljudima i potvrđuje da i taj podatak treba iskoristiti u javnozdravstvenim kampanjama. Naime, zna se da izlaganje suncu i UVA i UVB zrakama, osim na potencijalne karcinogene procese, može djelovati i na ubrzavanje procesa starenja kože (103). Starenja i bora svi se boje i nitko ih ne želi, a za opasne bolesti poput melanoma vjerujemo da se događaju nekome drugome. Istraživanja su pokazala i da samim zastrašivanjem u javnozdravstvenim kampanjama zapravo malo postizemo, te da uključivanje podatka o fotostarenju u kampanju povećava zaštitu od sunca (104) pa se nameće zaključak da bi tu činjenicu trebalo iskoristiti i u javnopreventivnim akcijama u Republici Hrvatskoj.

Percepcija melanoma također se značajno razlikuje u grupi bolesnika s melanomom i u kontrolnoj grupi. Bolesnici s melanomom melanom vide kao bolest koja ima tek srednje snažan utjecaj na njihov život, koja relativno dugo traje,

relativno lako se liječi, nad kojom oni sami imaju dobru kontrolu i koja ima malo simptoma. Kontrolna grupa melanom doživljava „ozbiljnijom“ bolešću na svim dimenzijama percepcije bolesti. Ovakvu rezultati mogu biti posljedica minimiziranja vlastite bolesti. Iako je ovakav pristup bolesti blagotvoran kratkotrajno, dugoročno bi bilo bolje da su bolesnici svjesni realnosti svoje bolesti. Percepcija melanoma značajno je povezana sa ponašanjem na suncu i stavom prema sunčanju, pa je stoga važno da bolesnici imaju objektivnu sliku o svojoj bolesti. Pozitivan je podatak da bolesnici smatraju da imaju visoku kontrolu nad melanomom, što će utjecati na to da se više trude kontrolirati ono što mogu u vezi melanoma, a to je naravno izlaganje suncu i zaštita od sunca. Dobiveni podaci to i potvrđuju: osobe koje vjeruju da bolesnici imaju višu kontrolu nad melanomom manje se izlažu suncu tijekom dana, manje koriste solarij i imaju negativniji stav prema sunčanju.

Psihološke karakteristike i status bolesnika s melanomom

U opisanom istraživanju sudjelovalo je 120 bolesnika s melanomom, 60 bolesnika s melanomom debljine do 1 mm i 60 s melanomom debljine iznad 1 mm prema Breslowu. 58% bolesnika su muškarci, prosječna dob bila je 52 godine, a najveći broj bolesnika ima srednju stručnu spremu, njih 39%. Velika većina, odnosno 75% bolesnika je u braku, a 30% ih ima još neku kroničnu bolest osim melanoma.

Bolesnici s melanomom imaju visok rezultat na skali subjektivne kvalitete života, skoro 8 na skali od 1 do 10. Ovaj podatak ukazuje na to da su bolesnici visoko zadovoljni vlastitim životom. Bolest ima srednje jak utjecaj na kvalitetu života, nešto niži od 5 na skali od 1 do 10. Zadovoljstvo zdravljem bolesnici procjenjuju između „Ni zadovoljan ni nezadovoljan“ i „Prilično zadovoljan“. Na sve četiri domene kvalitete života na upitniku Svjetske zdravstvene organizacije, bolesnici imaju rezultate koji ukazuju na dobru kvalitetu života. Najviše je procijenjena domena socijalnih odnosa, zatim fizičkog zdravlja, pa okolinskih uvjeta, a najniže je procijenjena domena psihičkog zdravlja, no sve su domene zapravo visoko procijenjene s rezultatom iznad 70 na skali od 1 do 100.

Slične rezultate kvalitete života kod bolesnika s melanomom dobio je i Lehto u svom istraživanju: prosječna subjektivna kvaliteta života bolesnika s melanomom na skali od 1 do 7 bila je kao 5,5 (68). Rezultati na svakoj od četiri domene kvalitete

života na Upitniku Svjetske zdravstvene organizacije također su visoki, te su usporedivi pa čak i malo viši nego u istraživanju Golubić na više od 1600 zdravstvenih djelatnika u bolnicama diljem Hrvatske (105). Bolesnici s melanomom boljom procjenjuju kvalitetu života nego zdravstveni djelatnici. Vrlo slične rezultate dobili su i Trask i sur.: prosječni rezultati kvalitete života kod bolesnika s melanomom također iznose preko 70%, što se smatra vrlo dobro kvalitetom života (73). Bolesnici s melanomom imaju visoku kvalitetu života, a čime se to može objasniti raspraviti ćemo kroz daljnje rezultate. U skladu s time, i utjecaj melanoma na kvalitetu života u ovom je istraživanju procijenjen tek srednje visokim.

Prosječni rezultat na upitniku anksioznosti kao stanja iznosi 41, a na upitniku anksioznosti kao osobine 39, što upućuje na relativno nisku anksioznost bolesnika. Slični su rezultati dobiveni i u istraživanjima Bergenmar i sur., Trask i sur., te Brandberg i sur (106, 73, 47). Iako je prosječna razina anksioznosti niska zanimalo nas je koliko je bolesnika s melanomom visoko anksiozno, te eventualno treba psihološku pomoć za rješavanje tog problema. U ovom istraživanju visoko anksioznima procijenjeni su bolesnici koji su imali rezultat za jednu standardnu devijaciju viši od prosječnog rezultata u općoj populaciji, računato prema normama za Upitnik anksioznosti kao stanja i kao osobine. Dobiveni rezultati pokazuju da je prema navedenom kriteriju na Upitniku anksioznosti kao stanja, 30% bolesnika s melanomom visoko anksiozno. Ovakav je rezultat u skladu s literaturom, rezultati različitih istraživanja govore da je među bolesnicima s nemetastatskim melanomom 18 do 44 % visoko anksioznih, a u najvećem broju istraživanja rezultati se kreću oko 30% visoko anksioznih (36). Unatoč niskoj prosječnoj razini anksioznosti u našem uzorku, vidimo da čak 30% bolesnika ima visoku anksioznost kod koje je potrebna psihološka pomoć. S obzirom na prirodu bolesti, učestalost hospitalizacija, pregleda i dodatnih pretraga ovaj rezultat ne iznenađuje. Al Shakhli i sur. pokazali su da je anksioznost visoka već kod prvog dolaska dermatologu pa je dobro bolesnicima već tada pružiti psihološku podršku (43).

Prosječan rezultat na Beckovom indeksu depresivnosti je 6,68 što ukazuje na izrazito blagu depresivnost. Kada se pogledaju samo rezultati koji zadovoljavaju kriterij za srednju ili visoku depresivnost, nalazimo da je 7% u našem uzorku depresivno. I ovaj je podatak u skladu s literaturom. Podaci o depresivnosti kod

bolesnika s melanomom razlikuju se od studije do studije, a rezultati se kreću od 5 pa sve do 28 posto klinički depresivnih bolesnika, no u većini studija nalazi se oko 10% klinički depresivnih bolesnika s melanomom (36, 107). Ovaj podatak također ukazuje na potrebu za pružanjem psihološke pomoći i podrške bolesnicima s melanomom.

Tijekom svog života, bolesnici s melanomom doživjeli su u prosjeku 6 negativnih životnih događaja, prosječne visine doživljenog stresa 17,5. Malo se istraživanja bavilo brojem stresnih životnih događaja kod bolesnika s melanomom: Gibertini i sur. izvijestili su da su bolesnici s melanomom imali u prosjeku 9 negativnih životnih događaja u razdoblju od 5 godina prije postavljene dijagnoze melanoma, a Lehto i sur. pokazali su da su u posljednjih 12 mjeseci bolesnici s melanomom doživjeli u prosjeku 2,5 negativnih životnih događaja (48, 73). Ovaj se podatak najčešće koristi u svrhu predikcije kvalitete života bolesnika, te će biti detaljnije raspravljen kasnije.

Bolesnici s melanomom najčešće koriste stil suočavanja sa stresom usmjeren na problem, nešto manje stil suočavanja sa stresom usmjeren na emocije, a rjeđe opći dezangažman i povlačenje. Što se tiče pojedinih skala, bolesnici najviše koriste planiranje, aktivno suočavanje i pozitivnu interpretaciju, dosta često koriste i prihvaćanje i traženje socijalne podrške iz emocionalnih razloga, a najmanje korištenje alkohola, lijekova i/ili droga, te negiranje i fizičku izolaciju. Suočavanje usmjereno na emocije smanjuje emocionalnu napetost kad se osoba suočava sa situacijom koja je izvan njene kontrole, suočavanje usmjereno na problem češće se koristi u situacijama gdje se procjenjuje da osoba još može imati neku kontrolu nad onime što se događa. Budući da su rezultati na upitniku percepcije bolesti pokazali da bolesnici vjeruju da imaju visoku kontrolu nad melanomom, ne iznenađuje što najčešće koriste suočavanje usmjereno na problem. Budući da vjeruju da melanom mogu kontrolirati, pokušavaju svojim ponašanjem riješiti situaciju u kojoj su se našli i utjecati na nju. I u istraživanju Sollner i sur. bolesnici s melanomom najviše su koristili suočavanje sa stresom usmjereno na problem (108), u istraživanju Trask i sur. bolesnici su najviše koristili traženje socijalne podrške ali tek nešto manje od toga i suočavanje usmjereno na problem (73). Suočavanje usmjereno na problem povezano je s boljom psihološkom prilagodbom i višom kvalitetom života u brojnim istraživanjima (52, 73). Kneier je u svom radu o preporučenim strategijama

suočavanja sa stresom kao neke od najvažnijih naveo upravo aktivno suočavanje sa bolešću, traženje socijalne podrške i izražavanje emocija (109).

U grupi bolesnika s melanomom, žene su bile značajno mlađe od muškaraca, njihova prosječna dob bila je 42 godine, a kod muškaraca 56. Također, žene u prosjeku imaju značajno tanji melanom od muškaraca: 1,51 mm u usporedbi sa 2,33 kod muškaraca. Ovaj je rezultat u skladu sa literaturnim podacima koji također govore o tanjem melanomu kod žena (9). Ovaj se podatak vjerojatno može pripisati činjenici da žene više pažnje pridaju svom izgledu, više pažnje obraćaju na promjene na svom tijelu pa time i ranije dolaze kod liječnika te se melanom kod njih operira u ranijoj fazi. Također, kod žena se melanom češće nalazi na nogama koje su lakše vidljive, nego leđa koja su najčešća lokalizacija melanoma kod muškaraca. Prema upitniku percepcije bolesti, kod žena melanom ima snažniji utjecaj na njihov život, one su više zabrinute, te melanom ima snažniji utjecaj na njihovo emocionalno stanje. Iako je sama percepcija bolesti rijetko ispitivana u literaturi, podaci da melanom ima značajniji utjecaj na žene, bilo na njihov život općenito, zabrinutost ili emocionalno stanje ne iznenađuje. U velikom preglednom radu iz ovog područja, Kasparian i sur. zaključili su da žene imaju više emocionalnih reakcija i psiholoških problema kao posljedica melanoma nego što je to slučaj kod muškaraca (36). Jedno od objašnjenja može biti da žene naprosto otvorenije pokazuju svoje osjećaje i lakše izvještavaju o njima (110). Što se kvalitete života tiče, muškarci i žene se ne razlikuju značajno osim na procjeni utjecaja bolesti na kvalitetu života. Ovaj posljednji podatak u skladu je sa ranije navedenim rezultatima, dok činjenica da muškarci i žene imaju podjednaku procjenu kvalitete života donekle iznenađuje. Cornish i sur. su u preglednom radu o kvaliteti života zaključili da žene s melanomom imaju nižu kvalitetu života, iako se to u većini studija odnosilo samo na psihičko zdravlje kao komponentu kvalitete života (53). U našoj studiji se žene i muškarci niti na toj domeni kvalitete života nisu razlikovali. Žene su u ovom istraživanju imale značajno višu anksioznost kao stanje, ali ne i kao osobinu, a nije bilo razlike između muškaraca i žena niti na indeksu depresivnosti. Rezultati u ovom području dosta se razlikuju, većina istraživanja nalazi da su žene više anksiozne od muškaraca, ali za depresiju su rezultati raznoliki: Lehto i sur. potvrdili su da su žene depresivnije od muškaraca (52), dok Brandberg i sur. nisu našli razliku između žena i muškaraca u depresivnosti (111).

Žene u našem istraživanju značajno više koriste suočavanje usmjereno na emocije i opći dezangažman od muškaraca. Činjenica da žene više koriste suočavanje sa stresom usmjereno na emocije, kao i traženje socijalne podrške koje je u korištenom upitniku jedna od skala suočavanja usmjerenog na emocije, potvrđena je u većini studija koje su ispitivale suočavanje sa stresom u bolesnika s melanomom (68, 36). Taj podatak je u skladu s očekivanjima budući da žene i u općoj populaciji značajno više koriste suočavanje sa stresom usmjereno na emocije (112). Nema razlike između muškaraca i žena u osobinama ličnosti, osim na skali neuroticizma gdje žene postižu značajno viši rezultat, ali što je u skladu s očekivanjem budući da se isti rezultat nalazi i u općoj populaciji. (84).

Dob je značajno povezana s nekim dimenzijama percepcije bolesti: stariji bolesnici misle da melanom duže traje, da bolesnik ima veću kontrolu nad melanomom i da se melanom lakše liječi. Također, stariji bolesnici su depresivniji, imaju nižu kvalitetu života i to fizičku i društvenu komponentu. Mlađi bolesnici više koriste suočavanje sa stresom usmjereno na emocije, imaju viši rezultat na skali ekstraverzije, a niži na skali davanja socijalno poželjnih odgovora. Činjenica da stariji bolesnici imaju niži rezultat na komponenti kvalitete života vezanoj za fizičko zdravlje ne iznenađuje: podaci iz literature govore isto (41), a takav se rezultat i logički nameće budući da su stariji ljudi inače bolesniji i lošijeg fizičkog stanja nego mlađi. Činjenica da stariji imaju niži rezultat na skali ekstraverzije sugerira da oni manje traže društvo pa je i očekivano da imaju niži rezultat na domeni socijalnih odnosa u upitniku kvalitete života. Također kod starijih ljudi je nažalost veća vjerojatnost da su izgubili nekog od svojih bližnjih, npr. bračnog partnera što također utječe na zadovoljstvo socijalnim odnosima. Budući da stil suočavanja sa stresom usmjeren na emocije u sebi sadrži i skale traženja socijalne podrške, također ne iznenađuje što stariji ispitanici imaju niži rezultat na toj skali. Činjenica da su stariji više introvertirani, te da imaju više rezultate na skali davanja socijalno poželjnih odgovora u skladu je i s rezultatima opće populacije na istom upitniku (84).

Usporedba bolesnika prema debljini melanoma prema Breslowu

Bolesnici s melanomom debljine do 1 mm i oni s melanomom debljine iznad 1 mm prema Breslowu ne razlikuju se po spolu, dobi ni bračnom statusu, ali se

razlikuju po obrazovanju – bolesnici s melanomom tanjim od 1 mm prema Breslowu višeg su obrazovanja. Činjenica da je debljina melanoma povezana s obrazovanjem potvrđena je i u drugim istraživanjima (113). Ne možemo sa sigurnošću utvrditi razloge ovakvog rezultata, ali rezultati drugih istraživanja ukazuju na to da je stupanj obrazovanja povezan s dostupnošću zdravstvene skrbi i zdravstvenih informacija, te da postoje značajne razlike u ponašanjima vezanim za zdravlje. Naime, visoko obrazovane osobe rjeđe puše, više vježbaju, češće koriste sigurnosni pojas u autu i češće sudjeluju u preventivnim pregledima (114). I rezultat dobiven u ovom istraživanju koji govori da visoko obrazovani ispitanici koriste viši zaštitni faktor u skladu je s ovim rezultatima. Bolesnici s melanomom debljine do 1 mm i oni s melanomom debljim od 1 mm prema Breslowu razlikuju se u boji kože i broju madeža na tijelu. Bolesnici s tanjim melanomom imaju svjetliju kožu i više madeža na tijelu, što govori u prilog tome da su osobe s izraženim rizičnim čimbenicima za melanom poput vrlo svijetle kože i više od 50 madeža na tijelu, svjesni tog rizika i da se češće kontroliraju te se kod njih melanom otkrije u ranijoj fazi. Bolesnici s melanomom do 1 mm prema Breslowu više se izlažu suncu tijekom dana i tijekom godine od bolesnika s debljim melanomom. Slično istraživanje nije nađeno u literaturi. Ovaj rezultat ukazuje na činjenicu da su bolesnici s debljim melanomom ipak više svjesni rizika izlaganja suncu. Također, može se zaključiti da bolesnici s debljim melanomom ozbiljnije doživljavaju svoju bolest, što je u skladu sa prirodom i prognozom bolesti. Upitnik percepcije bolesti također potvrđuje razlike između bolesnika s tanjim i debljim melanomom: bolesnici s melanomom tanjim od 1 mm prema Breslowu smatraju da melanom kraće traje, da se lakše liječi, te melanom ima manji utjecaj na njihovo emocionalno stanje. Rezultati koji govore da bolesnici s melanomom tanjim od 1 mm prema Breslowu smatraju da on kraće traje i da se lakše liječi u skladu su s činjenicom da se bolesnici s tako tankim melanomom nakon ekscizije melanoma zapravo smatraju izliječenima, te im se bolest tako i objašnjava. Bolesnici s debljim melanomom češće moraju dolaziti na kontrole, za vrijeme kontrola budu hospitalizirani, te ih se nakon ekscizije melanoma podvrgava sentinel biopsiji limfnog čvora stražara. Bolesnici s tanjim melanomom samo ambulantno dolaze na preglede pa je jasno da je i njihov doživljaj bolesti blaži. Ono što iznenađuje jesu rezultati koji govore da se bolesnici s melanomom debljine do 1 mm

i oni s melanomom debljine iznad 1 mm prema Breslowu ne razlikuju niti na jednoj mjeri kvalitete života, kao ni na jednoj psihološkoj karakteristici. Jasan je podatak da se bolesnici ne razlikuju po osobinama ličnosti, ali neočekivano je da razlika nije nađena na upitnicima anksioznosti, depresivnosti i suočavanja sa stresom. Iako na prvi pogled nelogični, budući da bolesnici s melanomom tanjim od 1 mm prema Breslowu imaju puno povoljniju dijagnozu i suočavaju se s manje različitih liječničkih tretmana i testova, isti su rezultati nađeni i u literaturi. Brandberg i sur. podijelili su bolesnike s melanomom do 0,8 mm i iznad 0,8 mm prema Breslowu i također pokazali da nema razlike u anksioznosti i depresivnosti između ove dvije grupe bolesnika (50). Niti u istraživanjima Missiha i sur. (115), ni Sollner i sur. (116) debljina melanoma nije bila povezana sa anksioznošću. Lehto i sur. u svom su istraživanju pokazali da debljina melanoma nije povezana sa strategijama suočavanja koju bolesnici koriste (68). Činjenica da psihološka reakcija nije slabija u grupi bolesnika s melanomom tanjim od 1 mm prema Breslowu vjerojatno se može objasniti činjenicom da je melanom ipak maligna bolest i da kod bolesnika uvijek ostaje strah od povratka bolesti i razvoja metastaza, bez obzira na prognoze. U drugoj pak grupi, kod bolesnika s melanomom debljim od 1 mm prema Breslowu bolesnici vjerojatno zadržavaju nadu da će baš oni biti u onom postotku bolesnika kod kojih ne dođe do diseminacije bolesti.

Prediktori subjektivne kvalitete života kod bolesnika s melanomom

Linearnom regresijskom analizom ispitana je povezanost sociodemografskih čimbenika, čimbenika fizičkog zdravlja, stresa koji nije vezan za bolest i psiholoških čimbenika sa subjektivnom kvalitetom života. Subjektivna kvaliteta života izabrana je kao opći pokazatelj kvalitete života. Regresijska analiza provedena je u četiri koraka, u prvom su uneseni dob i spol, zatim čimbenici zdravlja, nakon toga stres koji nije vezan za bolest i na kraju psihološki čimbenici. Regresijskom analizom pokazano je da navedeni faktori objašnjavaju čak 93,3 % varijance subjektivne kvalitete života. Pri tome su značajnu promjenu u količinu objašnjene varijance dodali stres koji nije vezan za zdravlje i psihološki čimbenici. U konačnom modelu najvažniji prediktori kvalitete života su druga kronična bolest, broj stresora i razina stresa koji nije vezan za bolest, osobine ličnosti (psihoticizam i ekstraverzija), opći dezangažman i

povlačenje kao stilovi suočavanja sa stresom, te svi aspekti percepcije bolesti, osim razumijevanja. Osobe s većim brojem doživljenih negativnih životnih događaja, ali i nižom ukupnom razinom stresa imaju bolju kvalitetu života. Ovaj je rezultat u skladu s podacima dobivenim u istraživanju Gibertini i sur. koji su pokazali da bolesnici s melanomom koji su imali veći broj negativnih događaja u posljednjih 5 godina prije dijagnoze melanoma imaju bolju prilagodbu na melanom (48). Naime, pretpostavlja se da su osobe koje su se morale suočiti sa više negativnih životnih događaja kroz to iskustvo razvile određeni obrambeni stav i da ne dopuštaju da zbog dijagnoze melanoma budu potišteni. Osobe koje imaju višu kvalitetu života imaju viši rezultat u testu osobina ličnosti na skali ekstraverzije i niži na skali psihoticizma. Ekstrovertirane osobe više vole društvo i sklonije su tražiti pomoć od bliskih ljudi i vjerojatno više vremena provode u druženju s drugima što značajno doprinosi kvaliteti života. Osobe s višim rezultatom na skali psihoticizma češće su osamljene i neugodne prema drugim ljudima, pa vjerojatno manje traže pomoć od drugih i manje vremena provode u društvu. Sollner i sur. (108) pokazali su da je socijalna podrška povezana sa boljom psihološkom prilagodbom na melanom, te iako to nije direktna potvrda naših rezultata može doprinijeti ovom objašnjenju dobivenih rezultata. Činjenica da bolesnici koji koriste povlačenje kao stil suočavanja sa stresom imaju nižu kvalitetu života također je u skladu s gore navedenim rezultatima. Naime, skala fizičke izolacije jedna je od dvije skale koje čine ovaj stil suočavanja sa stresom, a također govori da se radi o osobama koje su povučene i manje vremena provode s drugim ljudima te vjerojatno dobivaju manje socijalne podrške. Dobiveni rezultati pokazuju i da bolju kvalitetu života imaju bolesnici koji koriste opći dezangažman kao stil suočavanja sa stresom, dok su Lehto i sur. (68), te Trask i sur. (73) pokazali da bolesnici koji koriste taj stil suočavanja imaju nižu kvalitetu života. Dobivenu razliku je teško objasniti no može se pretpostaviti da bolesnicima koji su sudjelovali u opisanom istraživanju usmjeravanje na druge aktivnosti odvraća pažnju od bolesti i na taj način omogućava bolju procjenu kvalitete života. U opisanom je istraživanju također pokazano da višu kvalitetu života imaju osobe koje smatraju da melanom ima snažniji utjecaj na život i na njihovo emocionalno stanje, duže traje i teže se liječi, ali i da oni imaju višu kontrolu nad melanomom i manje su zbog bolesti zabrinuti. Čini se da visoku kvalitetu života imaju osobe koje su prihvatile da imaju

ozbiljnu bolest, ali koje smatraju da nad njom mogu imati kontrolu i ona ih zbog toga manje brine. U ovom istraživanju spol, dob i debljina melanoma prema Breslowu nisu značajni prediktori kvalitete života. Ovi su rezultati u skladu s istraživanjima Lehta i sur., te Browna i sur. koji su pokazali da su samo psihološki čimbenici, a ne sociodemografski ili karakteristike melanoma značajni prediktori kvalitete života (52, 117). Schlesinger-Raab i sur. pokazali su da je, kao i u našem istraživanju prisutnost druge kronične bolesti također značajan prediktor kvalitete života (41). Suprotno našim rezultatima, u njihovom istraživanju spol, dob i debljina melanoma su značajni prediktori kvalitete života, baš kao i komunikacija s liječnikom, ali oni u svoj model nisu uvrstili psihološke varijable. U preglednoj studiji ovog područja Cornish i sur. pokazali su da je odsustvo druge bolesti, kao i dobro fizičko stanje bolesnika najvažniji prediktor kvalitete života. Istaknuli su također da su važni još i negativni životni događaji i psihološki čimbenici od kojih se uglavnom spominju stilovi suočavanja sa stresom (53). Čini se da spol, dob i debljina melanoma nisu toliko bitni prediktori kvalitete života kad se u istraživanje uključe i psihološki čimbenici. Budući da je samoprocjena kvalitete života potvrđena u istraživanjima potvrđena kao bitan prediktor preživljenja kod bolesnika s različitim tumorima pa tako i melanomom (118, 119) značajan je podatak da su upravo psihološki čimbenici značajni prediktori kvalitete života. U okviru psiholoških intervencija može se s bolesnicima raditi na stilovima suočavanja sa stresom, kao i na percepciji bolesti, čime možemo značajno popraviti kvalitetu života bolesnika.

Značenje dobivenih rezultata

Incidencija melanoma i dalje raste iz godine u godinu, dob u kojoj se melanom prvi puta dijagnosticira je sve mlađa, a preživljenje se produžuje. Svi ovi podaci govore nam da će se sve veći broj ljudi suočavati sa težinom dijagnoze melanoma i svim nesigurnostima koje ona donosi. Bolesnici s melanomom u opisanom istraživanju imaju visoku kvalitetu života, te relativno nisku anksioznost i vrlo blagu depresiju. Pa ipak, 30% bolesnika visoko je anksiozno a 7% bolesnika depresivno. Ovi podaci ukazuju na potrebu da se bolesnicima omogući psihološka pomoć i podrška, naravno ukoliko je oni žele. Istraživanje psihološkog statusa bolesnika s melanomom može nam pomoći identificirati one bolesnike kojima je

pomoć najpotrebnija. Dobiveni rezultati govore da su žene i stariji bolesnici pod većim rizikom razvoja psiholoških problema, te da debljina melanoma nema utjecaj na psihološku reakciju. Psihološka bi podrška, bilo individualna ili grupna, trebala biti dostupna svima, s posebnim naglaskom na rizične skupine. Psihološke intervencije za bolesnike s melanomom u nekim su istraživanjima imale značajan utjecaj čak na preživljenje bolesnika i povratak bolesti (74). Činjenica da su stil suočavanja sa stresom i percepcija bolesti značajni prediktori kvalitete života, koja je pak u nekim istraživanjima potvrđena kao značajan prediktor preživljenja, ukazuju na potrebu da se u radu s bolesnicima s melanomom pažnja posebno usmjeri upravo na razvoj korisnih stilova suočavanja sa stresom i na pravilnu edukaciju o bolesti, što je preporuka i drugih istraživanja (120). Informacije o melanomu, kao i o pravilnoj zaštiti od sunca treba omogućiti bolesnicima ali i široj javnosti budući da je ultraljubičasto zračenje jedan od najznačajnijih kontrolabilnih rizičnih čimbenika za melanom. Iako se bolesnici s melanomom odgovorno ponašaju na suncu, ipak određen broj njih ne koristi nikakvu zaštitu od sunca i provodi previše vremena na suncu te je potrebno sustavno educirati bolesnike o pravilnom ponašanju na suncu. Rezultati kontrolne grupe ispitanika pokazuju da se relativno velik broj ljudi izlaže suncu tijekom cijelog dana i ne koristi kreme sa zaštitnim faktorom ili koristi kreme s preniskim zaštitnim faktorom. Javno zdravstvene kampanje trebale bi biti usmjerene na edukaciju javnosti o ponašanju na suncu. Također, dobiveni rezultati pokazali su da je velik broj bolesnika s melanomom, značajno veći nego u kontrolnoj skupini, imao opekline od sunca u djetinjstvu što dodatno potvrđuje činjenicu da edukaciju o štetnosti izlaganja suncu i primjerenom fotozaštiti treba započeti već od rane dobi. Ta edukacija trebala bi biti dio obrazovnog programa djece u vrtićima i školama.

Nedostaci istraživanja

U opisanom istraživanju ispitano je samo izbjegavanje sunca tijekom dana i korištenje kreme sa zaštitnim faktorom kao način zaštite od sunca, no nisu ispitani i drugi danas preporučeni načini zaštite poput nošenja zaštitnih kapa, naočala i zaštitne odjeće. Treba ispitati i ove aspekte zaštite te ih ravnomjerno uključiti u edukaciju o suncu.

Komunikacija s liječnikom i socijalna podrška od strane liječnika nisu ispitane u ovom istraživanju a čini se da imaju značajnu ulogu u psihološkoj prilagodbi bolesnika (41, 110). Podaci o zadovoljstvu komunikacijom s liječnicima te nezadovoljstvu u vezi iste omogućili bi uključivanje liječnika u grupni rad s bolesnicima s melanomom na odgovarajući način. Također, istraživanja ukazuju na želju bolesnika za komunikaciju s drugim bolesnicima, pogotovo onima koji su ranije preboljeli melanom pa bi se i njih moglo uključiti u grupni rad s bolesnicima.

Pri ispitivanju negativnih stresnih događaja u ovom istraživanju nije postavljen nikakav vremenski okvir. Gibertini i sur. smatraju da se kod većine bolesnika s melanomom dogodio neki značajni negativan događaj i to najčešće na području raspada braka, smrti u obitelji ili financijskih teškoća (48). Zanimljivo bi bilo postaviti vremenski okvir da bolesnici izvještavaju o negativnim životnim događajima kroz pet godina prije dijagnoze melanoma i onda te rezultate usporediti s kontrolnom skupinom, kojima mi isto nažalost nismo dali da popune taj upitnik u ovom istraživanju.

Glavni nedostatak ovog istraživanja je što se radilo o presječnom nacrtu tj. svi su podaci o bolesniku prikupljeni istovremeno, pa ne možemo donositi pouzdane zaključke o uzročno posljedičnim vezama između ispitivanih čimbenika. Istraživanje bi trebalo nastaviti, te kao jedan od ishoda uključiti i povratak bolesti i smrt, kako bi se mogao pratiti eventualni doprinos psiholoških čimbenika preživljenju bolesnika.

Prigovor istraživanju mogao bi biti što nismo uzeli u obzir vrijeme od postavljanja dijagnoze melanoma do trenutka ispunjavanja upitnika, no budući da je većina istraživanja koja se bavila ovim pitanjem pokazala da nema značajne razlike u psihološkoj reakciji bolesnika kroz vrijeme (115, 121, 117), odlučeno je da taj podatak neće biti uzet u obzir.

6. ZAKLJUČCI

1. Žene i visokoobrazovani ispitanici odgovornije se ponašaju na suncu. Mlađi ispitanici češće koriste solarij i imaju pozitivniji stav prema sunčanju, ali češće koriste kreme sa zaštitnim faktorom.
2. Osobe s izraženim rizičnim čimbenicima za melanom odgovornije se ponašaju na suncu.
3. Bolesnici s melanomom imaju značajno svjetliju kožu i kosu od kontrolne skupine, imaju veći broj madeža na tijelu, te ih je više imalo opekline od sunca u djetinjstvu.
4. Bolesnici s melanomom odgovornije se ponašaju na suncu od kontrolne skupine ispitanika.
5. Bolesnici s melanomom imaju dobru kvalitetu života, a bolest osrednje utječe na njihov život. Bolesnici dobrom procjenjuju komponentu fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, okoline i socijalnih odnosa.
5. Bolesnici u prosjeku imaju nisku anksioznost i depresivnost, no 30% bolesnika s melanomom je visoko anksiozno, a 7% depresivno.
6. Bolesnici kao stil suočavanja sa stresom najviše koriste suočavanje usmjereno na problem, zatim suočavanje usmjereno na emocije, a relativno malo opći dezangažman i povlačenje. Osobine ličnosti bolesnika s melanomom odgovaraju osobinama u općoj populaciji.
7. Bolesnici s melanomom debljine manje od 1 mm i oni s melanomom debljim od 1 mm prema Breslowu razlikuju se u ponašanju na suncu i percepciji bolesti: bolesnici s debljim melanomom odgovornije se ponašaju na suncu, te melanom doživljavaju „ozbiljnije“.
8. Nema razlike između bolesnika s melanomom debljine do 1 mm i s melanomom debljine iznad 1 mm prema Breslowu niti na jednom od ispitivanih psiholoških čimbenika, niti u kvaliteti života.
9. Psihološki čimbenici, za razliku od sociodemografskih varijabli i debljine melanoma, značajni su prediktori kvalitete života, te objašnjavaju 93% varijance subjektivne kvalitete života.

7. SAŽETAK

Melanom je zloćudni tumor melanocita u čijem nastanku značajnu ulogu ima izlaganje UV zračenju zbog čega je pravilna zaštita od sunca od iznimnog značaja. Melanom je bolest koja zbog svoje težine i ozbiljnosti može imati značajan utjecaj na psihološki status bolesnika.

U opisanom istraživanju je sudjelovalo 240 ispitanika, 120 bolesnika s melanomom i 120 ispitanika u kontrolnoj skupini. Bolesnici s melanomom podijeljeni su u dvije skupine; na one s melanomom debljine do i iznad 1 mm prema Breslowu. U istraživanju su korišteni sljedeći upitnici: Upitnik općih podataka, Upitnik ponašanja na suncu i Kratki upitnik percepcije bolesti za obje skupine ispitanika, a Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije, Subjektivna kvaliteta života, Beckov indeks depresije, Upitnik anksioznosti kao stanja i kao osobine, Skala negativnih životnih događaja, Upitnik stilova suočavanja sa stresom i Eysenckov upitnik osobina ličnosti za bolesnike s melanomom.

Cilj istraživanja obuhvatio je rizične čimbenike za melanom, ponašanje na suncu i percepciju bolesti kod svih ispitanika, te usporedbu rezultata bolesnika s melanomom i kontrolne skupine. Istraživali smo i kvalitetu života i psihološki status bolesnika s melanomom i usporedili bolesnike s melanomom debljine do i iznad 1 mm prema Breslowu. Konačno, cilj je bio ispitati i prediktore kvalitete života kod bolesnika s melanomom.

U rezultatima smo pokazali da se svi ispitanici relativno odgovorno ponašaju na suncu, uz postojanje značajnih razlika između bolesnika s melanomom i kontrolne skupine. Bolesnici s melanomom manje se izlažu suncu, pažljivije se štite od sunca i imaju negativniji stav prema sunčanju, no imaju blažu percepciju melanoma od ispitanika iz kontrolne skupine. U skupini bolesnika s melanomom ima značajno veći broj osoba sa svijetlom kožom i kosom, većim brojem madeža i više opeklin od sunca iz djetinjstva. Bolesnici s melanomom imaju visoku kvalitetu života, a bolest ima srednje visok utjecaj na kvalitetu života. Među bolesnicima s melanomom ima 30% visoko anksioznih i 7% depresivnih. Prisustvo druge kronične bolesti, stres koji nije vezan za bolest, osobine ličnosti, stil suočavanja sa stresom i percepcija bolesti značajni su prediktori kvalitete života bolesnika s melanomom i objašnjavaju čak 93% njene varijance.

8. ABSTRACT

Melanoma is a malignant tumour of melanocytes. One of the major avoidable risk factors for melanoma is UV protection which makes appropriate sun protection extremely important. Melanoma is a serious illness with potential intensive influence on the patient's quality of life and psychological state.

In total, 240 participants were included in this study: 120 patients suffering from melanoma and 120 participants in the control group. Melanoma patients were divided into two groups: patients with melanoma thinner than, and thicker than 1 mm Breslow thickness. Following questionnaires were used in this study: General data questionnaire, Sun behaviours questionnaire and Brief Illness perceptions questionnaire for all participants, and World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Subjective quality of life, Becks Depression Index, State Trait Anxiety Inventory, Negative life events scale, Coping with stress questionnaire and Eysencks personality questionnaire for melanoma patients only.

The aims of this study encompassed risk factors for melanoma, sun behaviour patterns and perception of melanoma among all participants and comparison of their results. Quality of life and psychological characteristics of melanoma patients were also investigated, and results of patients with melanoma less and over 1 mm Breslow thickness were compared. Finally, the aim was to investigate significant predictors of quality of life.

Patients in this group showed responsible sun behaviour patterns, but with significant differences between melanoma and control group. Patients suffering from melanoma spend less time in the sun, are more careful about using sun protection and have a milder perception of melanoma than the control group. In the melanoma group there are more fair tanned people, more people with more than 50 moles and with more sunburn during childhood. Patients suffering from melanoma have high quality of life and melanoma has a mild influence on their quality of life. On average, patients with melanoma have low anxiety and depression scores, but 30% of patients were highly anxious and 7% of them were depressed. Another chronic illness, non cancer stress, personality traits, coping and illness perceptions were all significant predictors of subjective quality of life, with more than 93% of the QoL variance explained.

9. LITERATURA

1. Šitum M, Poje G. Malignant melanoma I. Epidemiology, etiopathogenesis, clinical picture, staging and diagnosis. *Acta Dermatovenerol Croat* 2000;8(1):1-9.
2. Swetter SM. Dermatological perspectives of malignant melanoma. *Surg Clin North Am* 2003;83(1):77-95.
3. Scotto J, Fraumeni JF Jr, Lee JA. Melanomas of the eye and other noncutaneous sites: epidemiologic aspects. *J Natl Cancer Inst* 1976;56(3):489-491.
4. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IACR CancerBase No 5. version 2.0, IARC Press, Lyon, Francuska 2004.
5. Incidencija raka u Hrvatskoj 2008. Bilten br. 33. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2010.
6. Elwood M, Aitken JF, English DR, Prevention and screening. U: Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ, urednici. *Cutaneous melanoma*. 4. izdanje. St. Louis (MO): Quality Medical Publishing; 2003, str. 93-120.
7. De Vries E, Coebergh JW. Melanoma incidence has risen in Europe. *BMJ* 2005; 331:698.
8. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, urednici. *Cancer incidence in five continents, vol. 8*, IARC scientific publication br. 155. Lyon, Francuska 2002.
9. Giblin AV, Thomas JM. Incidence, mortality and survival in cutaneous melanoma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007;60(1):32-40.
10. Howlader N, Noone AM, Krapcho M i sur. (urednici). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2008*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/, based on November 2010 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2011.
11. Šitum M, Buljan M, Poduje S, Šebetić K. Prevencija i klinička obilježja malignog melanoma. U: Kusić Z. urednik. *Melanom*, zbornik radova sa

znanstvenog simpozija. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti. Zagreb 2008. str. 21-38.

12. Lund LP, Timmins GS. Melanoma, long wavelength ultraviolet and sunscreens: controversies and potential resolutions. *Pharmacology and Therapeutics* 2007;114:198-207.
13. Autier P, Dore JF, Gefeller O i sur. Melanoma risk and residence in sunny areas. EORTC Melanoma Co-operative Group. European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Br J Cancer* 1997;76(11):1521-1524.
14. Elwood JM, Gallagher RP. Body site distribution of cutaneous malignant melanoma in relationships to patterns of sun exposure. *Int J Cancer* 1998;78(3):276-280.
15. Begg CB, Orlow I, Hummer AJ i sur. Lifetime risk of Melanoma in CDKN2A mutation carriers in a population based sample. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:1507-1515.
16. Udayakumar D, Mahato B, Gabree M, Tsao H. Genetic determinants of cutaneous melanoma predisposition. *Semin Cutan Med Surg* 2010;29(3):190-195.
17. Tsao H, Sober AJ. Atypical Melanocytic Nevi. U: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, ur. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6. izdanje. New York: McGraw – Hill, 2003; 906-916.
18. Langley RGB, Barnhill RL, Mihm MC, Fitzpatrick TB, Sober AJ. Neoplasms: Cutaneous Melanoma. U: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, ur. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6. izdanje. New York: McGraw – Hill, 2003; 917-945.
19. Joosse A, De Vries E, Eckel R i sur.. Gender differences in melanoma: female patients have a decreased risk of metastasis. *J Invest Dermatol* 2011;131:719-726.
20. Crowson AN, Magro CM, Barnhill RL, Mihm MC. Pathology. U: Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ, urednici. *Cutaneous melanoma*. 4. izdanje. St. Louis (MO): Quality Medical Publishing; 2003. str. 171-202.
21. Dobrić I, Pašić A, Hutinec Z. Melanoma malignum. U: Dobrić I. i sur., urednici. *Dermatovenerologija*, 3. izdanje. Zagreb: Grafoplast; 2005, str. 407-416.

22. Breslow A. Thickness, cross sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma. *Ann Surg* 1970;172:902-908.
23. Gershenwald JE, Balch CM, Soong SJ, Thompson JF. Prognostic factors and natural history. U: Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ, urednici. *Cutaneous melanoma*. 4. izdanje. St. Louis (MO): Quality Medical Publishing; 2003. str. 25-54.
24. Clark WH Jr, From L, Bernardino EA, Mihm MC. The histiogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res* 1969;29(3):705-727.
25. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ i sur. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol* 2001;19(16):3635-3648.
26. Roai J. Melanom. U: Rosai J. Rosai i Ackerman Kirurška patologija. 9. izd. Zagreb: Školska knjiga; 2010, str. 164-176.
27. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ i sur. Melanoma of the skin. U: Edge SE, Byrd DR, Carducci MA i sur., urednici. *AJCC Cancer Staging Manual*, 7. izdanje. New York: Springer; 2009. str. 325-44.
28. www.dermatologija.info/dermatoskopija.htm
29. Weinstock MA. Early detection of melanoma. *JAMA* 2000;284:886-889.
30. Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL. Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:17-23.
31. Australian Institute of Health and Welfare & Australasian Association of Cancer Registries. *Cancer survival in Australia, 2001: Part 1: National summary statistics*. AIHW cat. no. CAN 13. Canberra: AIHW, 2001.
32. Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M i sur., urednici. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/, based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009.
33. Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics* 2002;43(4):259-281.
34. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Posttraumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology* 1999;8(6):521-537.

35. Herschbach P, Keller M, Knight L i sur. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004; 91(3):504-511.
36. Kasparian NA, McLoone JK, Butow PN. Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma. *Arch Dermatol* 2009;145(12):1415-1427.
37. Dirksen SR. Perceived well-being in malignant melanoma survivors. *Oncol Nurs Forum* 1989;16(3):353-358.
38. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology* 2001;10(1):19-28.
39. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer* 2001; 84:48-51.
40. Sullivan RJ, Menapace LW, White RM. Truth-telling and patient diagnoses. *J Med Ethics* 2001;27:192-197.
41. Schlesinger-Raab A, Schubert-Fritschle G, Hein R I sur. Quality of life in localized malignant melanoma. *Ann Oncol* 2010;21(12):2428-2435.
42. Bergenmar M, Mansson-Brahme E, Hansson J, Brandberg Y. Surgical section margins do not influence health related quality of life or emotional distress in patients with cutaneous melanoma: Results of a prospective randomized trial. *J Plast Surg Hand Surg* 2010;44:146-155.
43. Al-Shakhli H, Harcourt D, Kenealy J. Psychological distress surrounding diagnosis of malignant and nonmalignant skin lesions at a pigmented skin lesion clinic. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2006;59(5):479-486.
44. Braš M. Epidemiologija I kliničke slike najčešćih psihijatrijskih poremećaja u onkologiji. U: Gregurek R, Braš M, ur. Psihoonkologija. Osijek: Grafika d.o.o.; 2008. str. 51-78.
45. Davison G, Neale J. *Abnormal Psychology*. 8. izdanje. San Francisco (CA): John Wiley & Sons; 2001. str. 69-80.

46. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature and association to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20(14):3137-3148.
47. Brandberg Y, Bolund C, Mansson-Brahme E, Ringborg U, Sjoden PO. Psychological effects of participation in prevention programme for individuals with increased risk for malignant melanoma. *Eur J Cancer* 1992;28:860-863.
48. Gilbertini M, Reintgen DS, Baile WF. Psychological aspects of melanoma. *Ann Plast Surg* 1992;28:17-21.
49. Kelly B, Smithers M, Swanson C, McLeod R, Thomson D, Walpole E. Psychological responses to malignant melanoma. An investigation of traumatic stress reactions to life-threatening illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:126-134.
50. Brandberg Y, Mansson-Brahme E, Ringborg U, Sjoden PO. Psychological reactions in patients with malignant melanoma. *Eur J Cancer* 1995;31(2):157-162.
51. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res* 2005;49(19):699-706.
52. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol* 2005;16(5):805-16.
53. Cornish D, Holterhues C, van de Poll-Franse LV, Coebergh JW, Nijsten T. A systematic review of health-related quality of life in cutaneous melanoma. *Ann Oncol* 2009;20(suppl 6):51-58.
54. Coates A, Thomson D, McLeod GR i sur. Prognostic value of quality of life scores in a trial of chemotherapy with or without interferon in patients with metastatic malignant melanoma. *Eur J Cancer* 1993;29A(12):1731-1734.
55. Franckeen AB, Bastiaannet E, Hoekstra HJ. Follow-up in patients with localised primary cutaneous melanoma. *Lancet Oncol* 2005;6:608-621.
56. Cormier JN, Ross MI, Gershenwald JE i sur. Prospective assessment of the reliability, validity, and sensitivity to change of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Melanoma Questionnaire. *Cancer* 2008;112:2249-2257.

57. Trask PC, Paterson AG, Griffith KA, Riba MB. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma. *Cancer* 2003;98(4):855-864.
58. Petrie KJ, Weinman J. *Perceptions of Health and Illness: current research and applications*. Harwood academic publishers, London, 1997.
59. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res* 1997;42(2):113-116.
60. Cameron LD, Petrie KJ, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Trait negative affectivity and responses to a health education intervention for myocardial infarction patients. *Psychol Health* 2005;20(1):1-18.
61. Murphy H, Dickens C, Creed F Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;46(2):155-164.
62. Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: A comparison between Tongan and European patients. *N Z Med J* 2004;177(1188):U743.
63. Heijmans M. The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *Br J Health Psychol* 1999;4(2):137-149.
64. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Health Psychol* 1984;3(6):553-562.
65. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychol Health* 2002;17(1):17-32.
66. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire. *Psychol health* 2002;17(1): 1-16.
67. Lazarus R, Folkman SA. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.
68. Lehto US, Ojanen M, Dyba T, Aromaa A, Kellokumpu-Lehtinen P. Baseline psychosocial predictors of survival in localized melanoma. *J Psychosom Res*. 2007;63(1):9-15.
69. Myers LB, Stanton PN, Enomoto K. *Coping*. U: Kaptein A, Weinman J., ur. *Health psychology*. Oxford: BPS Blackwell; 2004. str. 141-157.

70. Havleka M. Zdravstvena psihologija. 2. izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.
71. Holland JC, Passick S, Kash KM i sur. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-oncology* 1999;8(1):14-26.
72. Baider L, Perry S, Sinson A, Holland J, Uziely B, Kaplan DeNour A. The role of psychological variables in a group of melanoma patients. *Psychosomatics* 1997;38(1):45-53.
73. Trask PC, Paterson AG, Hayasaka S, Dunn RL, Riba M, Johnson T. Psychosocial characteristics of individuals with non stage IV melanoma. *J Clin Oncol* 2001;19(11):2844-2850.
74. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients: changes over time and methods of coping in affect of disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(8):720-725.
75. Larsen RJ, Buss DM., urednici. *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature*. 4. izdanje. Boston: McGraw Hill: 2005, str.1-23.
76. Dolbeaut S, Szporn A, Holland JC. Psycho-oncology: Where have we been? Where are we going? *Eur J Cancer* 1999;35:1554-1558.
77. Kiecolt-Glaser JK, Robles TF, Heffner KL, Loving TJ, Glaser R. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Ann Oncol* 2002;13(suppl4):165-169.
78. Zorilla EP, Luborsky L, McKay JR i sur. The relationship of depression and stressors to immunological assays: a meta-analytic review. *Brain Behav Immun* 2001;15(3):199-226.
79. Antoni MH. Psychoneuroendocrinology and psychoneuroimmunology of cancer: Plausible mechanisms worth pursuing? *Brain Behav Immun* 2003;17(suppl 1):84-91.
80. Broadbent E, Petrie K, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perceptions Questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60:631-637.
81. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-558.

82. Pibernik-Okanovic M. Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes Res Clin Pract* 2001;51:133-143.
83. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory – second edition manual. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996.
84. Spielberger CD. Priručnik za Upitnik anksioznosti kao stanja I kao osobine ličnosti. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2000.
85. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Priručnik za Eysenckov upitnik ličnosti. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
86. Hudek-Knežević J. Prikaz istraživanja I teorijskih pristupa proučavanju suočavanja sa stresom. *Godišnjak Zavoda za psihologiju. Rijeka*; 1993, str. 31-61.
87. Autier P, Dore JF, Eggermont AMM, Coebergh JW. Epidemiological evidence that UVA radiation is involved in the genesis of cutaneous melanoma. *Curr Opin Oncol* 2011;23(2):186-196.
88. Branstrom R, Ullen H, Brandberg Y. Attitudes, subjective norms and perception of behavioural control as predictors of sun-related behaviour in Swedish adults. *Prev Med* 2004;39(5):992-999.
89. Diehl K, Litaker DG, Greinert R, Zimmermann S, Breitbart EW, Schneider S. The prevalence of current sunbed use and user characteristics: the SUN study 2008. *Int J Public Health* 2010;55(5):513-516.
90. Šitum M, Vurnek Živković M, Dediol I, Zeljko Penavić J, Šimić D. Knowledge and attitudes towards sun protection in Croatia. *Coll Antropol* 2010;34(suppl 1):141-146.
91. Vurnek Živković M, Buljan M, Blajić I, Šitum M. Psychological status and illness perceptions in patients with melanoma. *Coll Antropol* 2008;32(suppl 2):75-78.
92. Argyriadou S, Makridis D, Lygidakis H, Apazidis G, Gagalis G. Knowledge and behaviour of tourists towards the sun, as studied in a region of northern Greece. *Rural remote Health* 2005;5(4):367-385.

93. Koh HK, Bak SM, Geller AC i sur. Sunbathing habits and sunscreen use among white adults: results of a national survey. *Am J Public Health* 1997;87(7):1214-1217.
94. Lawler S, Spathonis K, Eakin E, Gallois C, Leslie E, Owen N. Sun exposure and sun protection behaviours among young adult sport competitors. *Aust N Z J Public Health* 2007;31(3):230-234.
95. Al Robaee. Awareness to sun exposure and use of sunscreen by the general population. *Bosn J Basic Med Sci* 2010;10(4):314-318.
96. Lee TK, Brazier AS, Shoveller JA, Gallagher RP. Sun related behavior after a diagnosis of cutaneous malignant melanoma. *Melanoma Res* 2007;17(1):51-55.
97. Burdon Jones D, Thomas P, Baker R. Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer. *Br J Dermatol* 2010; 162: 147-151.
98. Meyer N, Pruvost-Balland C, Bourdon-Lanoy E i sur. Awareness, knowledge and attitudes towards sun protection among skin cancer – treated patients in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21(4): 520-5.
99. Mujumdar UJ, Hay JL, Monroe-Hinds YC i sur. Sun protection and skin self-examination in melanoma survivors. *Psychooncology* 2009; 18(10): 1106-1115.
100. Renzi C, Mastroeni S, Mannooranparampil TJ i sur. Skin cancer knowledge and preventive behaviors among patients with recent history of cutaneous squamous cell carcinoma. *Dermatology* 2008;217(1):74-80.
101. Branstrom R, Kasparian NA, Chang YM i sur. Predictors of sun protection behaviors and severe sunburn in an international online study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(9): 2199-210.
102. Branstrom R, Chang YM, Kasparian N i sur. Melanoma risk factors, perceived threat and intentional tanning: an international online survey. *Eur J Cancer Prev* 2010;19(3):216-226.
103. Reinman V, Kramer U, Sugiri D i sur. Sunbed Use Induces the Photoaging-Associated Mitochondrial Common Deletion. *J Invest dermatol* 2008;128:1294-1297.

104. Mahler HI, Kulik JA, Gibbons FX, Gerrard M, Harrell J. Effects of appearance-based interventions on sun protection intentions and self-reported behaviors. *Health Psychol* 2003;22(2):199-209.
105. Golubić R. Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika (disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010.
106. Bergenmar M, Nilsson J, Hansson J, Brandberg Y. Anxiety and depressive symptoms measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale as predictors of time to recurrence in localized cutaneous melanoma. *Acta Oncol* 2004;43(2):161-168.
107. Newton-Bishop J, Nolan C, Turner F i sur. A quality of life study in high-risk (thickness ≥ 2 mm) cutaneous melanoma patients in a randomized trial of 1cm versus 3 cm surgical excision margins. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2004;9:152-159.
108. Sollner W, Zschocke I, Zingg-Schir M i sur. Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics* 1999;40(3):239-250.
109. Kneier AW. Coping with melanoma – ten strategies that promote psychological adjustment. *Surg Clin N Am* 2003;83:417-430.
110. Hamma-Raz Y. Does psychological adjustment of melanoma survivors differ between genders? *Psycho-oncology* 2011;20(5).
111. Brandberg Y, Bolund C, Sigurdardottir V. Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma. *Psycho-oncology* 1992;1:71-78.
112. Ptacek JT, Smith RE, Dodge KL. Gender differences and coping with stress: when stressors and appraisal do not differ. *Pers Soc Psychol Bull* 1994;20(4):421-430.
113. Youl PH, Baade PD, Parekh S, English D, Elwood M, Aitken JF. Association between melanoma thickness, clinical skin examination and socioeconomic status: results of a large population based study. *Int J Cancer* 2011;128(9):2158-2165.

114. Grossman M, Kaestner R. Effects of education on health. U: Berhman JR, Stacey N, ur. The social benefits of education. Ann Arbor, University of Michigan Press, 1997; str. 69-123.
115. Missiha SB, Solish N, From L. Characterizing anxiety in melanoma patients. J Cutan Med Surg 2003;7(6):443-8.
116. Sollner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, Mairinger G, Fritsch P. Need for supportive counseling – the professionals versus patients perspective. Psychother Psychosom 1998;67:94-104.
117. Brown JE, King MT, Butow PN, Dunn SM, Coates AS. Patterns over time in quality of life, coping and psychological adjustment in late stage melanoma patients: an application of multilevel models. Qual Life Res 2000;9:75-85.
118. Jensen AB, Psychological factors in breast cancer and their possible impact on prognosis. Cancer Treat Rev 1991;18:191-210.
119. Buttow PN, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of survival in metastatic melanoma. J Clin Oncol 1999;17(7):2256-2263.
120. Boyle DA. Psychological adjustment to melanoma experience. Semin Oncol Nurs 2003;19(1):70-77.
121. Hamama-Raz Y, Solomon Z, Scahcter J, Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors. Psychooncology 2007;16(4):287-94.

10. ŽIVOTOPIS

Mr. sc. Maja Vurnek Živković, prof. psihologije, rođena je 15.05.1979. u Zagrebu gdje je završila osnovnu školu te XVI. Jezičnu gimnaziju. 1997. godine upisala je studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu, te je na istom diplomirala u siječnju 2003. godine. Tijekom studija radila je kao demonstrator na kolegijima Psihološki praktikum, Socijalna psihologija i Organizacijska psihologija, sudjelovala je na ljetnim školama Odsjeka za psihologiju, te je sudjelovala na i pomagala u organizaciji godišnjih konferencija psihologa. 2005. godine magistrirala je iz područja zdravstvene psihologije na King`s College, u Londonu, Velika Britanija s temom: „Imunološki markeri u koži: utjecaj psiholoških čimbenika i posljedice na proces zarastanja rana“. 2005. godine upisala je doktorski studij „Biomedicina i zdravlje“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Od veljače 2003. zaposlena je na Klinici za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“, prvo kao psiholog suradnik, a od kolovoza 2004. kao znanstveni novak na znanstvenom projektu „Psihološki status i kvaliteta života u bolesnika s acne vulgaris“ pod mentorstvom prof. Mirne Šitum. Od 2007. god. zaposlena je na znanstvenom projektu «Psihološki status i kvaliteta života kod bolesnika s različitim dermatozama i zloćudnim bolestima kože» na istoj Klinici. Sudjelovala je na brojnim edukacijama, kongresima i radionicama u Hrvatskoj i svijetu. Bila je član organizacijskih odbora brojnih kongresa i simpozija, te potpredsjednica 2. hrvatskog kongresa psihodermatologije s međunarodnim sudjelovanjem. Autorica je brojnih znanstvenih i stručnih priopćenja od kojih je 10 objavljeno u časopisima indeksiranim u bazi *Current Contents*, te je jedan od autora sveučilišnog udžbenika Psihodermatologija.

11.PRILOZI

- 11.1 Upitnik općih podataka o ispitaniku
- 11.2 Mjera subjektivne kvalitete života i utjecaja bolesti
- 11.3 Kratki upitnik percepcije bolesti (Brief IPQ)
- 11.4 Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF)
- 11.5 Beckov upitnik depresije (BDI)
- 11.6 Upitnik anksioznosti kao stanja i kao osobine ličnosti (STAI)
- 11.7 Eysenckov upitnik ličnosti (EPQ RS)
- 11.8 Skala negativnih životnih događaja
- 11.9 Upitnik o stilu suočavanja sa stresom
- 11.10 Upitnik o navikama i ponašanju na suncu

UPITNIK OPĆIH PODATAKA O ISPITANIKU

1. Inicijali:

2. Spol: M Ž

3. Dob:

4. Bračno stanje: a) oženjen / udana
b) u ozbiljnoj vezi
c) samac
d) razveden/a
e) udovac/ udovica

5. Školska sprema:

6. Bolujete li od neke kronične bolesti?

DA

NE

- ako da, od koje?

MJERA SUBJEKTIVNE KVALITETE ŽIVOTA

Molimo Vas da na sljedećoj skali od 1 do 10 označite svoj odgovor na navedeno pitanje:

Koliko ste zadovoljni svojim životom?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
Nimalo nisam u potpunosti
zadovoljan/na sam zadovoljan/na

UTJECAJ BOLESTI NA KVALITETU ŽIVOTA

Molimo Vas da na sljedećoj skali od 1 do 10 označite svoj odgovor na navedeno pitanje:

U kojoj mjeri je Vaša bolest utjecala na Vaš život?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
Nimalo nije izrazito je
utjecala utjecala

Brief IPQ

Zanima nas vaše osobno mišljenje o vašoj bolesti. Svi su ljudi različiti pa na ova pitanja nema točnog dogovora. Nas jednostavno zanima vaše viđenje, a ne ono što su vam sugerirali liječnici, obitelj ili prijatelji. Molimo Vas da uz svako pitanje na skali od 1 do 10 zaokružite odgovor koji se odnosi na Vas.

1. U kojoj mjeri vaša bolest utječe na vaš život?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće ne utječe										izrazito utječe

2. Po vašem mišljenju, koliko će dugo vaša bolest trajati?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vrlo kratko vrijeme										zauvijek

3. Što mislite, koliku kontrolu imate nad svojom bolešću?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nemam kontrolu										imam potpunu kontrolu

4. Što mislite, koliko vam liječenje može pomoći?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće mi ne može pomoći										u potpunosti mi može pomoći

5. U kojoj mjeri osjećate simptome vaše bolesti?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nemam nikakvih simptoma										imam mnogo simptoma

6. Koliko ste zabrinuti zbog svoje bolesti?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nisam zabrinut/a										jako sam zabrinut/a

7. Koliko dobro razumijete svoju bolest?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće										jako
ju ne										dobro
razumijem										razumijem

8. Koliko vaša bolest utječe na vaše emocionalno stanje? (npr. jeste li ljuti, prestrašeni, uzrujani, potišteni?)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nimalo										izrazito
ne utječe										utječe

9. Molim vas navedite, prema vašem mišljenju, 3 najvažnija uzroka vaše bolesti (počevši od najvažnijeg):

1 _____
2 _____
3 _____

WHOQOL-BREF
PROGRAM ZA MENTALNO ZDRAVLJE
SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA, ŽENEVA

Jeste li sada bolesni? Da Ne
 Ako nešto nije u redu s Vašim zdravljem, navedite Vaš zdravstveni problem.

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

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

2 (G4)		Vrlo lošom	Poprilično lošom	Ni dobrom ni lošom	Poprilično dobrom	Vrlo dobrom
	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	1	2	3	4	5

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

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
3 (F1.4)	Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5
6 (F22.1)	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Koliko se dobro možete koncentrirati?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	1	2	3	4	5

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

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

Slijedeća se pitanja odnose na to koliko ste bili ZADOVOLJNI različitim dijelovima Vašeg života u protekla dva tjedna.

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

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

26 (F8.1)	Nikad	Katkad	Uobičajeno	Poprilično	Često
Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?	1	2	3	4	5

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

26 (F8.1)	Nikad	Katkad	Uobičajeno	Poprilično	Često
Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?	1	2	3	4	5

BDI

U ovom upitniku nalaze se skupine tvrdnji. Molimo Vas da pročitate svaku od njih i zatim u svakoj skupini izaberite onu tvrdnju koja najbolje opisuje kako ste se osjećali PROTEKLOG TJEDNA, UKLJUČUJUĆI DANAS. Zaokružite broj ispred tvrdnje koju ste odabrali. Ako Vam se čini da se više tvrdnji može primijeniti jednako dobro, zaokružite svaku od njih.

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | 0 | Nisam žalostan |
| | 1 | Osjećam se žalosno |
| | 2 | Cijelo sam vrijeme žalostan i ne mogu to prekinuti |
| | 3 | Tako sam žalostan i nesretan da to više ne mogu podnijeti |
| 2. | 0 | Nisam naročito obeshrabren u pogledu budućnosti |
| | 1 | Osjećam se obeshrabreno u pogledu budućnosti |
| | 2 | Osjećam da nemam što očekivati |
| | 3 | Osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti |
| 3. | 0 | Ne osjećam se kao promašena osoba |
| | 1 | Osjećam se neuspješnijim od drugih ljudi |
| | 2 | Kad se osvrnem na svoj život vidim samo mnogo neuspjeha |
| | 3 | Osjećam se kao potpuno promašena osoba |
| 4. | 0 | Uobičajene aktivnosti ne predstavljaju mi zadovoljstvo |
| | 1 | Ne uživam u stvarima na način kako sam uživao prije |
| | 2 | Više me gotovo ništa istinski ne raduje |
| | 3 | Ništa mi ne predstavlja zadovoljstvo i sve je isprazno |

5. 0 Ne osjećam se krivim
 1 Dobar dio vremena patim od osjećaja krivnje
 2 Većinom patim od osjećaja krivnje
 3 Neprestano se osjećam krivim
6. 0 Ne mislim da sam kažnjen
 1 Osjećam da bih mogao biti kažnjen
 2 Očekujem kaznu
 3 Osjećam da sam kažnjavao
7. 0 Nisam razočaran sobom
 1 Razočaran sam sobom
 2 Gadim se sam sebi
 3 Mrzim samog sebe
8. 0 Nisam gori od drugih
 1 Imam više slabosti i pogrešaka od drugih
 2 Stalno se okrivljujem zbog svojih pogrešaka
 3 Okrivljujem sebe za sve loše što se dogodi
9. 0 Uopće ne pomišljam na samoubojstvo
 1 Pomišljam na samoubojstvo ali ne bih to mogao učiniti
 2 Želio bih se ubiti
 3 Ubio bih se da imam priliku
10. 0 Ne plaćem više nego obično

- | | | |
|-----|---|--|
| | 1 | Plaćem više nego ranije |
| | 2 | Sada stalno plaćem |
| | 3 | Ranije sam mogao plakati ali sada više ne mogu |
| 11. | 0 | Nisam razdražljiviji nego što sam bio ranije |
| | 1 | Lakše se razdražim ili naljutim nego ranije |
| | 2 | Stalno se osjećam razdraženo |
| | 3 | Više me uopće ne razdražuju stvari koje su me ranije ljutile |
| 12. | 0 | Nisam izgubio interes za druge ljude |
| | 1 | Drugi me zanimaju manje nego ranije |
| | 2 | Uglavnom sam izgubio interes za druge ljude |
| | 3 | Potpuno sam izgubio interes za druge ljude |
| 13. | 0 | Odluke donosim bez problema, kao i ranije |
| | 1 | Odgađam donošenje odluka češće nego ranije |
| | 2 | Imam veće teškoće u donošenju odluka nego ranije |
| | 3 | Uopće više ne mogu donositi odluke |
| 14. | 0 | Ne mislim da izgledam lošije nego ranije |
| | 1 | Brinem se da izgledam lošije nego ranije |
| | 2 | Osjećam da se u mom izgledu događaju stalne promjene zbog kojih sam postao neprivlačan |
| | 3 | Mislim da izgledam ružno |
| 15. | 0 | Mogu raditi jednako dobro kao i prije |

- 1 Moram uložiti poseban napor da počnem nešto raditi
- 2 Moram se jako prisiljavati da učinim bilo što
- 3 Uopće ne mogu raditi
16. 0 Spavam uobičajeno dobro
- 1 Ne spavam dobro kao ranije
- 2 Budim se 1-2 sata ranije i teško ponovno zaspem
- 3 Budim se mnogo ranije (nekoliko sati) i ne mogu ponovno zaspati
17. 0 Ne umaram se više nego obično
- 1 Umaram se brže nego prije
- 2 Umorim se gotovo od svega
- 3 Preumoran sam da bih bilo što radio
18. 0 Moj apetit nije lošiji nego obično
- 1 Nemam više tako dobar apetit kao prije
- 2 Apetit mi je sada mnogo lošiji
- 3 Uopće više nemam apetita
19. 0 U posljednje vrijeme nisam uopće smršavio ili sam smršavio tek neznatno
- 1 Izgubio sam više od 2.5 kg
- 2 Izgubio sam više od 5 kg
- 3 Izgubio sam više od 7.5 kg
- Namjerno pokušavam izgubiti na težini jedući manje DA NE
20. 0 Nisam zabrinut za svoje zdravlje više nego obično

- | | | |
|-----|---|---|
| | 1 | Brine me tjelesno zdravlje zbog bolova, probadanja, mučnine ili opstipacije |
| | 2 | Vrlo sam zabrinut za zdravlje i teško mi je razmišljati o bilo čemu drugom |
| | 3 | Tako sam zabrinut za zdravlje da više ne mogu razmišljati ni o čemu drugom |
| 21. | 0 | Ne primjećujem nikakve promjene u svom interesu za seks |
| | 1 | Manje sam zainteresiran za seks nego ranije |
| | 2 | Moj interes za seks je sada značajno manji |
| | 3 | Potpuno sam izgubio interes za seks |

Dolje su navedene tvrdnje pomoću kojih se možete opisati. Pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite jedan od četiri predložena broja ispod izraza koji najbolje opisuje kako se SADA, U OVOM TRENUTKU osjećate.

	Uopće ne	malo	umjereno	jako
1. Osjećam se smireno	1	2	3	4
2. Osjećam se sigurno	1	2	3	4
3. Napet sam	1	2	3	4
4. Pod pritiskom sam	1	2	3	4
5. Osjećam se bezbrižno	1	2	3	4
6. Uzrujan sam	1	2	3	4
7. Zabrinut sam zbog nevolja koje bi se mogle dogoditi	1	2	3	4
8. Zadovoljan sam	1	2	3	4
9. Uplašen sam	1	2	3	4
10. Osjećam se dobro	1	2	3	4
11. Siguran sam u sebe	1	2	3	4
12. Nervošan sam	1	2	3	4
13. Osjećam se razdražljivo	1	2	3	4
14. Neodlučan sam	1	2	3	4
15. Opušten sam	1	2	3	4
16. Osjećam se spokojno	1	2	3	4
17. Zabrinut sam	1	2	3	4
18. Osjećam se zbunjeno	1	2	3	4

19. Staložen sam	1	2	3	4
20. Osjećam se ugodno	1	2	3	4

Dolje su navedene tvrdnje pomoću kojih se možete opisati. Pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite jedan od četiri predložena broja ispod izraza koji najbolje opisuje kako se OPĆENITO osjećate.

	Uopće ne	malo	umjereno	jako
1. Osjećam se ugodno	1	2	3	4
2. Nervozan sam i ne mogu se smiriti	1	2	3	4
3. Zadovoljan sam sobom	1	2	3	4
4. Volio bih biti sretan kao drugi ljudi	1	2	3	4
5. Osjećam se neuspješnim	1	2	3	4
6. Odmoran sam	1	2	3	4
7. Miran sam i pribran	1	2	3	4
8. Osjećam da se problemi gomilaju i da ih ne mogu svladati	1	2	3	4
9. Previše brinem o nevažnim stvarima	1	2	3	4
10. Sretan sam	1	2	3	4

11. Imam uznemirujuće misli	1	2	3	4
12. Nedostaje mi samopouzdanja	1	2	3	4
13. Osjećam se sigurno	1	2	3	4
14. Lako donosim odluke	1	2	3	4
15. Osjećam se manje vrijednim	1	2	3	4
16. Zadovoljan sam	1	2	3	4
17. Opterećuju me nevažne misli	1	2	3	4
18. Razočaranja me tako pogađaju da ih ne mogu zaboraviti	1	2	3	4
19. Staložen sam	1	2	3	4
20. Razmišljanja o mojim brigama dovode me u stanje napetosti i nemira	1	2	3	4

EPQ – RS

Molimo Vas da odgovorite na svako pitanje tako da zaokružite DA ili NE pokraj njega. Nema točnih ili pogrešnih odgovora. Odgovarajte brzo i ne razmišljajte previše o postavljenim pitanjima.

1. Da li se Vaše raspoloženje često mijenja? DA NE

2.	Brine li Vas mnogo ono što drugi misle o Vama?	DA	NE
3.	Jeste li razgovorljiva osoba?	DA	NE
4.	Održite li uvijek svoje obećanje, ma koliko Vam to bilo teško?	DA	NE
5.	Osjećate li se ponekad posve „jadno“, a bez ikakvog pravog razloga?	DA	NE
6.	Da li bi Vas brinulo da imate dugova?	DA	NE
7.	Jeste li prilično živahni?	DA	NE
8.	Jeste li ikada bili pohlepni i uzeli više nego što Vam je pripadalo?	DA	NE
9.	Jeste li razdražljivi?	DA	NE
10.	Da li biste uzeli drogu koja bi mogla imati nepoznate ili opasne posljedice?	DA	NE
11.	Volite li upoznavati nove ljude?	DA	NE
12.	Jeste li ikada nekog optužili za nešto, iako ste znali da ste zapravo Vi krivi?	DA	NE
13.	Može li Vas se lako uvrijediti?	DA	NE
14.	Je li Vam draže postupati „po svome“ nego se pridržavati pravila?	DA	NE

15.	Možete li se potpuno opustiti u veselom društvu i uživati u zabavi?	DA	NE
16.	Jesu li sve Vaše navike dobre i poželjne?	DA	NE
17.	Je li Vam često „svega dosta“?	DA	NE
18.	Jesu li Vam uljudnost i čistoća jako važni?	DA	NE
19.	Da li obično preuzimate inicijativu pri sklapanju novih prijateljstava?	DA	NE
20.	Jeste li ikada uzeli bilo što tuđe (makar samo iglu ili dugme)?	DA	NE
21.	Držite li da ste nervozni?	DA	NE
22.	Mislite li da je brak zastarjela stvar i da bi ga trebalo ukinuti?	DA	NE
23.	Možete li s lakoćom unijeti ponešto živahnosti u dosadno društvo?	DA	NE
24.	Jeste li ikada pokvarili ili izgubili tuđu stvar?	DA	NE
25.	Jeste li stalno zbog nekog ili nečeg zabrinuti?	DA	NE
26.	Volite li surađivati s drugima?	DA	NE

27.	Jeste li u društvu obično povučeni?	DA	NE
28.	Jeste li zabrinuti ako znate da ste u poslu pogriješili?	DA	NE
29.	Jeste li ikada o nekome rekli nešto loše ili ružno?	DA	NE
30.	Mislite li za sebe da ste jako napeti ili nervozni?	DA	NE
31.	Mislite li da ljudi troše previše vremena štedeći i odričući se zbog brige za svoju budućnost?	DA	NE
32.	Uživajte li u druženju s ljudima?	DA	NE
33.	Jeste li kao dijete ikada bili drski prema svojim roditeljima?	DA	NE
34.	Jeste li predugo zabrinuti nakon nekog neugodnog doživljaja?	DA	NE
35.	Trudite li se da ne budete grubi prema ljudima?	DA	NE
36.	Volite li oko sebe mnogo gužve i uzbuđenja?	DA	NE
37.	Jeste li ikada varali u igri?	DA	NE
38.	Imate li poteškoće zbog „slabih živaca“?	DA	NE

39.	Da li biste voljeli da Vas se drugi ljudi boje?	DA	NE
40.	Jeste li ikada nekog iskoristili?	DA	NE
41.	Da li u društvu drugih ljudi pretežno šutite?	DA	NE
42.	Osjećate li se često usamljeni?	DA	NE
43.	Mislite li da je bolje ravnati se prema društvenim pravilima nego postupati prema vlastitom nahođenju?	DA	NE
44.	Misle li drugi ljudi da ste živahna osoba?	DA	NE
45.	Ponašate li se uvijek onako kako „propovijedate“?	DA	NE
46.	Muči li Vas često osjećaj krivnje?	DA	NE
47.	Odgađate li ponekad za sutra ono što biste morali učiniti danas?	DA	NE
48.	Možete li sami pripremiti i potaknuti zabavu?	DA	NE

SKALA NEGATIVNIH STRESNIH ŽIVOTNIH DOGAĐAJA

Pred vama se nalazi jedan spisak značajnih i za svakog čovjeka važnih životnih događaja.

Vi se pokušajte sjetiti koji Vam se od tih događaja zbio u toku vašeg života i zaokružite redni broj ispred onih događaja koje ste doživjeli i ocijenite te događaje na skali sa desne strane od 1 do 4 s obzirom na to koliko vas je taj događaj uznemirio, potresao, pogodio i koliko je različitih promjena na vas tražio.

Pri tome brojevi znače slijedeće:

- 1 - ovaj me događaj **uopće nije** uznemirio(ili vrlo malo)
- 2 - ovaj me događaj **prilično jako** uznemirio
- 3 - ovaj me događaj **jako** uznemirio i potresao
- 4 - ovaj me događaj **izrazito jako** uznemirio

Ako Vam se dogodilo još nešto što smatrate značajnim, a to nije navedeno na ovom spisku, napišite to na kraj liste na praznu crtu pod brojem **37**.

- 1. Smrt partnera/bračnog druga 1 2 3 4
- 2. Smrt člana uže obitelji (brat/sestra, roditelji) 1 2 3 4
- 3. Rastava ili odvajanje od partnera/bračnog druga 1 2 3 4
- 4. Rastava roditelja 1 2 3 4
- 5. Teška ozljeda, bolest, ranjavanje, kirurška operacija, prometna nesreća 1 2 3 4
- 6. Kazna zatvorom 1 2 3 4

7. Gubitak posla ili neželjeni prekid školovanja	1 2 3 4
8. Oboljenje člana porodice	1 2 3 4
9. Smrt bliskog prijatelja	1 2 3 4
10. Velike nesuglasice među partnerima/bračnim drugovima.....	1 2 3 4
11. Financijski problemi (dug, posudba)	1 2 3 4
12. Neprilike, problemi, sukobi s rodbinom	1 2 3 4
13. Sniženje životnog standarda	1 2 3 4
14. Neočekivana trudnoća (vlastita/partnerice)	1 2 3 4
15. Teškoće u spolnom životu	1 2 3 4
16. Problemi, nesporazumi i razočarenja sa roditeljima	1 2 3 4
17. Doživljen požar, potres, poplava	1 2 3 4
18. Odvojen život od porodice	1 2 3 4
19. Problemi u školovanju i poslu	1 2 3 4
20. Gubitak nepokretne imovine	1 2 3 4
21. Gubitak pokretne imovine	1 2 3 4
22. Gubitak osobnih predmeta koji su vam mnogo značili npr. fotografije, osobni dokument, ključevi	1 2 3 4
23. Odlazak bliske osobe u rat	1 2 3 4
24. Odlazak bliske osobe u izgnanstvo	1 2 3 4
25. Vlastito zatočeništvo (zarobljavanje)	1 2 3 4
26. Zarobljavanje bliske osobe	1 2 3 4
27. Prisustvo nasilju nad drugim ljudima	1 2 3 4
28. Izloženost nasilju.....	1 2 3 4
29. Ugroženost vlastitog života	1 2 3 4
30. Ugroženost života bliskih osoba	1 2 3 4
31. Izloženost gladi	1 2 3 4
32. Izloženost vremenskim nepogodama (hladnoća, vlaga)	1 2 3 4
33. Teškoće u odnosu sa pretpostavljenim (šef ili profesor)	1 2 3 4
34. Protjerivanje iz vlastitog doma	1 2 3 4
35. Nestanak člana uže obitelji/bliske osobe	1 2 3 4
36. Preseljenje zbog gubitka stana/smještaja	1 2 3 4
37. Nešto drugo_____	

(što)

1 2 3 4

UPITNIK STILOVA SUOČAVANJA SA STRESNIM SITUACIJAMA

ZANIMA NAS ŠTO LJUDI OBIČNO ČINE I ŠTO DOŽIVLJAVAJU KADA SE SUOČAVAJU SA STRESNIM SITUACIJAMA U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

Mnogo je takvih situacija. Ljudi se razlikuju po načinima kojima se suočavaju sa svakodnevnim situacijama koje izazivaju stres. Iako različiti događaji kod istog čovjeka dovode do različitih reakcija, ipak Vas molimo da razmislite o različitim neugodnim – stresnim situacijama u kojima ste Vi u sukobu ili sa samim sobom ili sa ljudima oko Vas i o Vašim NAJČEŠĆIM REAKCIJAMA na takve situacije.

Na svaku tvrdnju odgovorite tako da zaokružite jedan od pet predviđenih odgovora. Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju posebno, nezavisno od bilo koje druge tvrdnje u upitniku. Neke tvrdnje su slične, pa ipak odgovorite na svaku od njih.

Ovdje nema «dobrih» i «loših» odgovora. Zato odaberite onaj koji je za Vas najtočniji, a ne onaj koji je po Vašem mišljenju točan za «većinu ljudi».

OZNAČITE ŠTO VI OBIČNO ČINITE I PROŽIVLJATE U KONFLIKTNIM STRESNIM SITUACIJAMA

Pri tome brojevi znače slijedeće:

- 0 – NIKADA se tako ne ponašam
- 1 – KATKADA se tako ponašam
- 2 – OBIČNO se tako ponašam
- 3 – ČESTO se tako ponašam
- 4 – UVIJEK se tako ponašam

- | | |
|--|-----------|
| 1. Takve situacije nastojim iskoristiti kao vrijedna životna iskustva. | 0 1 2 3 4 |
| 2. Uznemiren/a sam i otvoreno iskazujem svoje osjećaje. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Obraćam se nekome za savjet o tome što da radim. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Svom snagom pokušavam učiniti nešto u vezi s tim problemima. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Sam/a sebe uvjeravam sa to nije istina, da to nije moguće. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Uzdam se u Boga. | 0 1 2 3 4 |
| 7. Nastojim pronaći šaljivu stranu takvih situacija. | 0 1 2 3 4 |
| 8. Priznajem si da to ne mogu riješiti, pa prestajem pokušavati. | 0 1 2 3 4 |
| 9. Trudim se da ne reagiram prebrzo. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Razgovaram sa nekim o svojim osjećajima. | 0 1 2 3 4 |
| 11. Popijem alkoholno piće, pilule za smirenje ili uzmem drogu kako bih se bolje osjećao/la. | 0 1 2 3 4 |
| 12. Pokušavam se priviknuti na nastale situacije. | 0 1 2 3 4 |
| 13. Razgovaram sa nekim kako bih se bolje snašao/la. | 0 1 2 3 4 |
| 14. Nastojim sa me ne ometaju misli i aktivnosti koje nisu u vezi s tim situacijama. | 0 1 2 3 4 |
| 15. Maštam o drugim stvarima. | 0 1 2 3 4 |
| 16. Nadam se božjoj pomoći. | 0 1 2 3 4 |
| 17. Planiram različite postupke kojima bih uspio/la riješiti te probleme. | 0 1 2 3 4 |
| 18. Prihvaćam da se to dogodilo (događa) i da se ne može promijeniti. | 0 1 2 3 4 |
| 19. Ne činim ništa dok to situacije ne dozvole. | 0 1 2 3 4 |
| 20. Pokušavam dobiti emocionalnu podršku od rodbine i prijatelja. | 0 1 2 3 4 |
| 21. Jednostavno odustajem od pokušaja da ostvarim svoje ciljeve. | 0 1 2 3 4 |
| 22. Probleme pokušavam riješiti na druge načine. | 0 1 2 3 4 |
| 23. Pokušavam se opustiti pa popijem piće, neku pilulu za smirenje ili uzmem drogu. | 0 1 2 3 4 |
| 24. Jednostavno odbijam vjerovati da se to dogodilo. | 0 1 2 3 4 |
| 25. Otvoreno iskazujem svoja osjećanja. | 0 1 2 3 4 |
| 26. Pokušavam takve događaje sagledati u drugom svijetlu i učiniti da izgledaju povoljnije. | 0 1 2 3 4 |
| 27. Pokušavam smisliti kako se ti problemi mogu riješiti na druge načine. | 0 1 2 3 4 |
| 28. Koncentriram se na rješavanje tih problema i , ako je to potrebno, druge stvari ostavljam postrani. | 0 1 2 3 4 |
| 29. Tražim od nekog suosjećanje i razumijevanje. | 0 1 2 3 4 |
| 30. Pijem alkohol, uzimam pilule za smirenje ili drogu kako bih o tim situacijama što manje razmišljao/la. | 0 1 2 3 4 |
| 31. Šalim se na račun toga. | 0 1 2 3 4 |
| 32. Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim. | 0 1 2 3 4 |
| 33. Pokušavam sagledati bolju stranu takvih situacija. | 0 1 2 3 4 |
| 34. Razmišljam kako na najbolji način mogu riješiti te probleme. | 0 1 2 3 4 |
| 35. Pravim se kao da se ništa nije dogodilo. | 0 1 2 3 4 |
| 36. Ne reagiram prebrzo da probleme još više ne otežam. | 0 1 2 3 4 |
| 37. Trudim se da me druge stvari ne ometaju pri rješavanju tih problema. | 0 1 2 3 4 |
| 38. Idem u kino ili gledam TV kako bih što manje o tome razmišljao/la. | 0 1 2 3 4 |
| 39. Prihvaćam realnosti takvih situacija. | 0 1 2 3 4 |
| 40. Pitam ljude sa sličnim iskustvima što bi oni u takvim situacijama učinili. | 0 1 2 3 4 |
| 41. Teško mi je i to jasno pokazujem. | 0 1 2 3 4 |
| 42. Utjehu pronalazim u religiji. | 0 1 2 3 4 |
| 43. Čekam pravi trenutak da nešto u vezi s tim problemom uradim. | 0 1 2 3 4 |
| 44. Ismijavam te situacije. | 0 1 2 3 4 |

45. Sve se manje trudim oko rješavanja tih problema.	0 1 2 3 4
46. Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam.	0 1 2 3 4
47. Posežem za alkoholom, pilulama ili drogom koje mi pomažu da prebrodim te probleme.	0 1 2 3 4
48. Učim se živjeti sa tim problemima.	0 1 2 3 4
49. Ostavljam po strani sve druge aktivnosti i usmjeravam se na te probleme.	0 1 2 3 4
50. Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili.	0 1 2 3 4
51. Ponašam se kao da se to nije ni dogodilo.	0 1 2 3 4
52. Postepeno radim ono što mislim da treba učiniti u vezi s tim problemima.	0 1 2 3 4
53. Učim iz iskustva.	0 1 2 3 4
54. Molim se Bogu više nego obično.	0 1 2 3 4
55. Pojačano se bavim fizičkim aktivnostima.	0 1 2 3 4
56. Ulažem dodatni napor da riješim te probleme.	0 1 2 3 4
57. Glumim sigurnost i smirenost.	0 1 2 3 4
58. Povlačim se u sebe.	0 1 2 3 4
59. Tražim novi izlaz iz tih problema.	0 1 2 3 4
60. Suzdržavam svoje osjećaje.	0 1 2 3 4
61. Izbjegavam društvo i razgovore kako bih razmislio/la o tom problemu.	0 1 2 3 4
62. Želim biti sam/a.	0 1 2 3 4
63. Pitam ljude što bi učinili na mome mjestu.	0 1 2 3 4
64. Pušim više nego obično ne bi li se smirio/la.	0 1 2 3 4
65. Radim sve samo da ne razmišljam o tom problemu.	0 1 2 3 4
66. Bavim se bilo kakvim aktivnostima samo da bih se rastresao/la.	0 1 2 3 4
67. Skrivam svoje osjećaje.	0 1 2 3 4
68. Pravim se kao da mi sve to ništa ne znači.	0 1 2 3 4
69. Šećem po svježem zraku.	0 1 2 3 4
70. Izbjegavam kontakte s drugim ljudima.	0 1 2 3 4
71. Nadam se da će netko drugi riješiti tu situaciju.	0 1 2 3 4

UPITNIK O VAŠOJ KOŽI I PONAŠANJU NA SUNCU

1. Spol Ž M
2. Dob _____
3. Obrazovanje: a) NSS
 b) SSS
 c) VŠS
 d) VSS
4. Boja kože: a) jako svijetla
 b) svijetla
 c) lagano tamna
 d) tamna
5. Prirodna boja kose: a) crvena
 b) plava
 c) smeđa
 d) tamno smeđa, crna
6. Boja očiju: a) plava
 b) zelena
 c) smeđa
7. Koliko se često izlažete suncu?

- a) tijekom cijele godine
- b) više od tri tjedna godišnje
- c) manje od tri tjedna godišnje

8. Izbjegavate li ljeti sunce tijekom dana?

- a) ljeti izlazim samo ujutro i navečer
- b) ljeti izlazim samo navečer
- c) ljeti sam cijeli dan na suncu

9. Sunčate li se u solariju?

- a) nikada
- b) prije odlaska na godišnji
- c) 3-4 puta godišnje
- d) 1-2 puta mjesečno
- e) jednom tjedno

10. Kada ste na suncu, koristite li kreme sa zaštitnim faktorom?

- a) nikada
- b) da, samo za vrijeme godišnjeg odmora
- c) da, od proljeća do jeseni kada je sunce intenzivnije
- d) da, preko cijele godine

11. Ako koristite kreme, koji zaštitni faktor najčešće koristite?

- a) SPF manji od 10
- b) SPF od 10 do 20
- c) SPF od 21 do 30
- d) SPF od 31 do 50

12. Jeste li u djetinjstvu dobili opekline od izlaganja suncu?

- a) da
- b) ne
- c) ne sjećam se

13. Imate li madeže po tijelu?

- a) malo – do 10
- b) srednje – 10 do 50
- c) dosta – više od 50

14. Koji je Vaš stav prema sunčanju?

- a) izbjegavam sunčanje jer je štetno

- b) kad sam na moru uglavnom sam u moru ili ležim u hladu
- c) volim se sunčati ali umjereno
- d) kad sam na moru obožavam ležati na suncu da dobijem što bolju boju

15. Bolujete li od malignog melanoma ili drugog tumora kože?

- a) ne
- b) da, kojeg? _____

16. Boluje li netko u Vašoj obitelji od malignog melanoma ili drugog tumora kože?

- a) ne
- b) da, kojeg? _____