

Emocionalna inteligencija i emocionalna uznemirenost osoba oboljelih od rada i njihovih partnera

Vojnović, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:923265>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-20**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju
Diplomski sveučilišni studij (jednopedmetni)

The seal of the University of Zadar is a circular emblem. It features a central illustration of a building with a dome and a portico. The text "SVEUČILIŠTE U ZADRU" is written in a semi-circle above the building, and "UNIVERSITAS STUDIORUM JADERTINA" is written in a semi-circle below it. The years "1566" and "2017" are also present on the left and right sides of the seal, respectively.

Lucija Vojnović

**Emocionalna inteligencija i emocionalna
uznemirenost osoba oboljelih od raka i njihovih
partnera**

Diplomski rad

Zadar, 2021.



Sveučilište u Zadru
Odjel za psihologiju
Diplomski sveučilišni studij (jednopedmetni)

Emocionalna inteligencija i emocionalna uznemirenost osoba oboljelih od raka i njihovih partnera

Diplomski rad

Student/ica:

Lucija Vojnović

Mentor/ica:

Izv. prof. dr. sc. Marina Nekić

Zadar, 2021.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Lucija Vojnović**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Emocionalna inteligencija i emocionalna uznemirenost osoba oboljelih od raka i njihovih partnera** rezultat mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mogega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mogega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 26. listopada 2021.

Sadržaj:

| | |
|--|----|
| Sažetak | 1 |
| Abstract | 2 |
| 1. UVOD | 3 |
| 1. Rak | 3 |
| 1.1. Definicija, liječenje i stadiji | 3 |
| 1.2. Iskustvo raka- dijadna perspektiva | 4 |
| 2. Emocionalna inteligencija | 5 |
| 2.1. EI i psihološka prilagodba na bolest | 8 |
| 2.2. EI i partnerski odnosi | 9 |
| 3. Emocionalna uznemirenost osoba oboljelih od raka | 10 |
| 3.1. Depresivnost | 11 |
| 3.2. Anksioznost | 13 |
| 3.3. Stres | 15 |
| 4. Povezanost emocionalne inteligencije i emocionalne uznemirenosti | 17 |
| 4.1. Povezanost EI i depresivnosti, anksioznosti i stresa | 17 |
| 4.2. Aktorski i partnerski efekti EI na depresivnost, anksioznost i stres | 18 |
| 2. POLAZIŠTE I CILJ ISTRAŽIVANJA | 20 |
| 3. PROBLEMI | 20 |
| 4. HIPOTEZE | 21 |
| 5. METODE | 22 |
| 5.1. Sudionici | 22 |
| 5.2. Mjerni instrumenti | 23 |
| 5.3. Postupak | 24 |
| 6. REZULTATI | 26 |
| 7. RASPRAVA | 34 |
| 8. OSVRT NA PROVEDENO ISTRAŽIVANJE I SMJERNICE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA | 41 |
| 9. ZAKLJUČCI | 44 |
| 10. LITERATURA | 44 |
| 11. PRILOZI | 53 |

Posveta

Mojoj mami, vječnoj suputnici, koja sada sniva među zvijezdama i čije stope se utiskuju u Mliječnu stazu. Hvala što me držiš za ruku i kada su galaksije među nama.

I mojoj najdražoj Dori, najvećem borcu, koja hrabro korača zemaljskom kuglom i pritom nesebično dijeli radost življenja. Hvala na svemu što si me naučila.

Naposlijetku, veliko hvala tati na neizmjennoj podršci tijekom cijelog studiranja.

Sažetak

Dijagnoza raka izaziva niz neugodnih emocija i promjena u životu oboljele osobe i njezine okoline. Osobe obolje od raka suočavaju se s medicinskim i socijalnim brigama, a čak i nakon izlječenja moraju se nositi s dugoročnim učincima liječenja i strahom od ponovnog javljanja bolesti (Siegel i sur., 2012), što može povećati razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Emocionalna inteligencija pokazala se važnim faktorom u prilagodbi na različite životne okolnosti, pa se tako pronalaze manje razine depresivnosti i anksioznosti kod oboljelih osoba koje imaju razvijenije emocionalne sposobnosti (Amirifard i sur., 2017). Prema dijadnoj perspektivi, oboljela osoba i njezin partner međuovisni su te zajednički sudjeluju u procesu prilagođavanja na bolest (Rottmann i sur., 2015). Uzimajući u obzir navedeno, svrha ovog istraživanja bila je ispitati emocionalnu inteligenciju i emocionalnu uznemirenost, definiranu kao depresivnost, anksioznost i stres, na uzorku osoba oboljelih od raka i njihovih partnera. Prikupljeni su podaci od 90 sudionika koji su podijeljeni u poduzorak oboljelih osoba (N=65) te poduzorak sudionika koji su istraživanju pristupili u paru (22 para). Sudionici su online putem odgovarali na upitnik općih podataka, zatim su slijedili Upitnik emocionalne kompetentnosti te Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa. Rezultati su pokazali da osobe oboljele od raka imaju relativno niske razine uznemirenosti te da je uznemirenost negativno povezana s emocionalnom inteligencijom. Nije pronađena razlika u depresivnosti, anksioznosti i stresu s obzirom na godinu oboljenja i primanje terapije. Također, nije pronađen značajan partnerski efekt emocionalne inteligencije oboljele osobe na emocionalnu uznemirenost partnera; kao ni partnerski efekt emocionalne inteligencije partnera na emocionalnu uznemirenost oboljele osobe.

Ključne riječi: rak, partner, emocionalna inteligencija, depresivnost, anksioznost, stres

Abstract

Emotional intelligence and emotional distress of cancer patients and their partners

The diagnosis of cancer causes a number of unpleasant emotions and changes in the life of the patient and their environment. People with cancer face medical and social worries, and even after overcoming it, they have to deal with the long-term effects of treatment and fear of recurrence (Siegel et al., 2012), which can increase levels of depression, anxiety, and stress. Emotional intelligence has been shown to be an important factor in adapting to different life circumstances, thus finding lower levels of depression and anxiety in patients who have developed emotional abilities (Amirifard et al., 2017). According to the dyad perspective, patients and their partners are interdependent and jointly participate in the disease adaptation process (Rottmann et al., 2015). Given the above, the aim of this study was to examine emotional intelligence and emotional distress, defined as depression anxiety and stress, on a sample of people diagnosed with cancer and their partners. Data was collected from 90 participants who were divided into a subsample of patients (N = 65) and a subsample of participants who approached the study in pairs (22 pairs). Participants fulfilled The Questionnaire on general respondent data, followed by the Emotional Competence Questionnaire and the Depression, Anxiety and Stress Scale. The results showed that people with cancer have relatively low levels of emotional distress and that distress is negatively associated with emotional intelligence. No difference was found in depression, anxiety and stress with respect to the year of illness and receiving therapy. Also, no significant partner effect of the patient's emotional intelligence on the partner's emotional distress was found; nor vice versa.

Key words: cancer, partner, emotional intelligence, depression, anxiety, stress

1. UVOD

1. Rak

1.1. Definicija, liječenje i stadiji

Rak je generički pojam za veliku skupinu bolesti koje mogu zahvatiti bilo koji dio tijela. Jedno od značajnih obilježja raka je brzo stvaranje abnormalnih stanica koje rastu izvan svojih uobičajenih granica i mogu napasti susjedne dijelove tijela i proširiti se na druge organe; potonji se proces naziva metastaziranje. Metastaze su primarni uzrok smrti oboljelih od raka, što je i jedan od vodećih uzroka smrti širom svijeta (WHO, 2020). Rak nastaje transformacijom normalnih stanica u tumorske stanice tijekom višefaznog procesa koji općenito napreduje od predkancerozne lezije do malignog tumora. Do takvih promjena dolazi interakcijskim djelovanjem genetskih čimbenika i tri kategorije vanjskih faktora: fizičkih, kemijskih i bioloških. Prema epidemiološkim podacima u prethodnoj godini rak dojke najučestalije je maligno oboljenje, nakon čega slijede rak prostate i rak pluća (WHO, 2020).

Suočavanje sa životno ugrožavajućom bolesti utječe na brojne aspekte života i predstavlja težak izazov za oboljelog i bližnje osobe, stoga sama vijest o dijagnozi donosi intenzivan stres. Ipak, napredak u ranoj dijagnostici i liječenju malignih oboljenja dovodi do produženja životnog vijeka oboljele osobe. Liječenje raka jedna je od najkompleksnijih vrsta terapija u medicini. Izdvajaju se tri glavna načina liječenja: kirurško liječenje, lijekovi (kemoterapija, ciljana terapija, imuno terapija, hormonska terapija) i radioterapija. Kako bi se reducirali nedostaci i ograničenja korištena samo jedne metode liječenja, u onkologiji je danas učestalija primjena više vrsta liječenja, tzv. multimodalni terapijski pristup (<https://www.onkologija.hr/lijecenje-raka/>).

S obzirom da rak uključuje veliku skupinu bolesti, javlja se potreba za jasnom klasifikacijom i definicijom stadija bolesti, što omogućuje efikasnije odluke o liječenju i stvaranje zajedničkog jezika koji će olakšati buduće intervencije (Greene i sur., 2002). Također, praksa podjele započela je uočavanjem da je stopa preživljavanja veća u slučaju kad je bolest lokalizirana, nego proširena na susjedne organe. Jedna od najznačajnijih je TNM klasifikacija, koja se temelji na anatomskom opsegu bolesti. Prema toj klasifikaciji, stadij raka utvrđuje se ovisno o veličini lokalnog tumora (T), uključenosti limfnih čvorova (N) i postojanju udaljenih metastaza (M). Nakon definicije tih triju komponenti, određuje se broj stadija (0-IV), koji ukazuje na stupanj progresivnog širenja malignog oboljenja. (Greene i sur., 2002). Nadalje, postavlja se pitanje definiranja kraja bolesti, pri čemu se izdvajaju najmanje tri različite faze povezane s preživljavanjem raka, uključujući vrijeme od dijagnoze do kraja početnog liječenja, prijelaz s

liječenja na produženo preživljavanje i dugoročno preživljavanje (Mullan, 1985). Prva faza usmjerena je na dijagnozu i terapiju, koja je popraćena snažnim osjećajima straha i anksioznosti. Kada je bolest u remisiji započinje period kontinuiranog praćenja stanja, a ta je faza psihološki okarakterizirana strahom od ponovne pojave bolesti. Naposljetku, postepenim razvojem dolazi do faze u kojoj je vjerojatnost ponovne pojave bolesti dovoljno mala da osoba, unatoč tome što je obilježena za cijeli život, može nastaviti normalno funkcionirati (Mullan, 1985).

Također, važno je ljude oboljele od malignih bolesti pratiti tijekom svih faza liječenja (od ranog otkrivanja bolesti, preko potvrde dijagnoze, faze onkološkog liječenja do preživljavanja i praćenja ili palijativnog zbrinjavanja), s obzirom na to da svaku fazu karakteriziraju specifične psihološke reakcije i psihoterapijske intervencije (Klikovac, 2014).

1.2. Iskustvo raka- dijadna perspektiva

Mnogi preživjeli, čak i oni koji trenutno nemaju rak, svakodnevno se suočavaju s dugoročnim efektima liječenja, kao i strahom od ponovne pojave bolesti. Također se suočavaju s različitim medicinskim i socijalnim brigama, ovisno o dobi, komorbiditetu, socioekonomskom statusu i mreži socijalne podrške (Siegel i sur., 2012). Dijagnoza raka utječe na sve aspekte života oboljelog, pa tako i na odnose s bližnjima čiji životi također bivaju obilježenima tom teškom bolešću. Istraživanja konzistentno potvrđuju važnost socijalne podrške u suočavanju sa stresorima i važnu ulogu koju bliske osobe mogu imati u prilagodbi na novonastale okolnosti. Manne i Badr (2008) naglašavaju važnost promatranja raka iz perspektive partnerskog odnosa. Takvim pristupom, ne samo da se bračni odnos razmatra kao resurs na koji se oslanjaju oba partnera, već se i ukazuje na važnost usmjeravanja pozornosti na odnos i komunikaciju koja pridonosi održavanju i/ili poboljšanju odnosa tijekom stresnih razdoblja. Također, ovi autori naglašavaju kako je važno da se partneri odnose jedan prema drugom kao 'supružnici', a ne kao 'pacijent' i 'njegovatelj' te da ulažu trud u održavanje stabilnosti i napredovanje odnosa unatoč oboljenju jednog od njih. Nadalje, Manne i Badr (2008) vjeruju kako partnerski odnos može biti izvor podrške i snage, što istovremeno dovodi do toga da odnos postaje emocionalno bliskiji, što zauzvrat može otvoriti vrata ne samo za rast i razvoj odnosa među supružnicima, već i za poboljšanje psihološke prilagodbe i iscjeljenja oboljelog partnera.

Iznimna važnost partnera u stresnom razdoblju (što svakako obuhvaća bolest) očituje se i u pojavi termina *dijadno suočavanje*, koji nadilazi tradicionalne modele interpersonalne komunikacije i socijalne podrške u intimnim odnosima (Bodenmann, 2005). Dijadni stres i

suočavanje definiraju se kao dijelovi interpersonalnog procesa koji uključuju oba partnera. Dijadni stresor je događaj koji utječe na oba partnera direktno ili indirektno te aktivira kapacitete suočavanja obaju partnera. Ukoliko su partneri dio istog socijalnog konteksta, dijadno suočavanje pretpostavlja tri elementa: međuzavisnost, zajedničke brige i zajedničke ciljeve. Stoga, što su partneri sposobniji zajednički se suočavati sa stresom, veća je vjerojatnost bračnog zadovoljstva i stabilnosti (Bodenmann, 2005).

Parovi suočeni s rakom moraju se nositi s nizom stresora, kao što su emocionalna zabrinutost i egzistencijalni problemi, medicinsko liječenje i njegove nuspojave, promijenjena seksualnost i promijenjeni društveni odnosi i uloge (Rottmann, Ewertz i Hansen, 2014; prema Rottmann i sur., 2015). Prema dijadnoj perspektivi, oboljeli supružnik i njegov partner su međuovisni i uzajamno djeluju jedan na drugog u procesu prilagodbe na rak (Rottmann i sur., 2015). Kada se parovi suočavaju sa stresom, kao što je bolest, mogu se aktivirati resursi za upravljanje stresom obaju partnera, kako bi se održala homeostaza pojedinca unutar bračnog odnosa i šire socijalne mreže (Berg i Upchurch, 2007). Po definiciji, dijadno ponašanje uključuje dvije osobe: aktora i partnera. Aktorski efekt javlja se kada rezultat jedne osobe na prediktorskoj varijabli utječe na rezultat kriterijske varijable te osobe. S druge strane, partnerski efekt javlja se kad pojedinčev rezultat na prediktoru utječe na kriterijsku varijablu njegova/njezina partnera; odnosno partnerski efekt predstavlja ponašanje koje pojedinac pobuđuje kod druge osobe (Zeidner i Kaluda, 2008).

S obzirom na navedenu važnost uloge partnera u procesu prilagođavanja na bolest, kao i širok spektar emocija koje se javljaju na tom putu, ovaj rad usmjerit će se na emocionalnu inteligenciju i emocionalnu uznemirenost osoba oboljelih od raka i njihovih partnera.

2. Emocionalna inteligencija

Iako su kroz povijest emocije i kognicije razmatrane kao odvojeni entiteti, istraživanja provedena u posljednjih trideset godina ukazuju na nedostatke takvog pristupa i naglašavaju važnost razumijevanja interakcije emocija i kognicija u objašnjenju kompleksnih ponašanja (Pessoa, 2008). Konstrukt emocionalne inteligencije javlja se u devedesetim godinama prošlog stoljeća i od tada postaje često proučavanim predmetom. Naziv, definiranje i prva istraživanja emocionalne inteligencije vezuju se uz imena dvojice autora, Johna Mayera i Petera Saloveya (Takšić i sur., 2006), a važnu ulogu u ovom području ima i Goleman koji je 1995. objavio knjigu „Emocionalna inteligencija“ i pobudio interes šire javnosti za ovu tematiku (Neubauer i Freudenthaler, 2005). Mayer i Salovey (1997; prema Mayer i sur., 2004)) definiraju

emocionalnu inteligenciju kao sposobnost preciznog percipiranja, izražavanja i procjene emocija; sposobnost pristupa i generiranja emocija koje facilitiraju razmišljanje te razumijevanje emocija i njihovu regulaciju s ciljem poticanja intelektualnog i emocionalnog razvoja. U revidiranom modelu (Mayer i sur., 2004) autori uvode podjelu na četiri komponente EI: sposobnost percipiranja emocija, upotrebe emocija za olakšavanje razmišljanja, sposobnost razumijevanja emocija te upravljanje emocijama. Redoslijed komponenti, od percepcije do reguliranja, predstavlja stupanj u kojem je sposobnost integrirani dio osobnosti pojedinca. Model pristupa EI kao sposobnosti, zbog toga što autori predlažu jedinstveni koncept hijerarhijskih komponenti kognitivno definirane EI (Hajncel i Vučenović, 2013). Nastankom modela EI, utemeljitelji konstrukta usmjerili su se i na razvijanje kvalitetne mjere za procjenjivanje EI (Mayer i Salovey, 1997; prema Mayer, 2002). Time nastaje MSCEIT, test učinka temeljen na pristupu EI kao sposobnosti, kojim se dobiva ukupni rezultat EI, procjena iskustvene i strateške EI te rezultati na četiri subskale u skladu s četiri komponente EI (Mayer i Salovey, 2007). Za komponentu percipiranja emocija zadatak je identificirati kako se osjeća osoba na slici i koliki je intenzitet te emocije. Zatim, kako bi se procijenila komponenta upotrebe emocija za olakšavanje razmišljanja zadatak je generirati emocije i procijeniti koja bi bila korisna u određenoj situaciji. Zadatak za procjenu razumijevanja emocija sastoji se od kombiniranja osnovnih emocija u složene emocije te razumijevanje načina na koji jedna emocija prelazi u drugu (npr. kako se ljutnja može razviti u bijes). Naposljetku, zadatak upravljanja emocija zahtjeva inkorporaciju vlastitih i tuđih emocija u proces donošenja odluka (Mayer, 2002).

Za razliku od Mayera i Saloveya, Bar-On (1997; prema Neubauer i Freudenthaler, 2005) EI definira kao skup nekognitivnih vještina i sposobnosti koje pojedincu olakšavaju nošenje sa zahtjevima okoline. U revidiranom modelu uvodi konstrukt emocionalno-socijalne inteligencije koji uključuje emocionalne i socijalne vještine, kompetencije i facilitatore koji određuju koliko uspješno razumijemo sebe i druge, kako izražavamo emocije i kako se nosimo sa svakodnevnim zahtjevima iz okoline (Bar-On, 2006). Emocionalno i socijalno inteligentan pojedinac efikasno upravlja osobnim i socijalnim promjenama, realno se nosi sa situacijom te je fleksibilan u donošenju odluka i rješavanju problema. Autor razvija Inventar emocionalnog kvocijenta, mjeru samoprocjene emocionalno i socijalno inteligentnih ponašanja, koja predstavlja prvi takav mjerni instrument. Upitnik uključuje pet dimenzija: interpersonalne vještine, intrapersonalne vještine, prilagodljivost, upravljanje stresom te opće raspoloženje.

Zbog znanstvene preglednosti uvode se podjele teorijskih modela EI. Neubauer i Freudenthaler (2005) predlažu dvije kategorije: tzv. "miješane modele" EI (npr. Bar-On, 2006) i modele EI

kao sposobnosti (npr. Mayer i sur., 2004). Prema modelima iz prve skupine EI uključuje široku kombinaciju raznovrsnih osobina ličnosti, dok modeli iz druge skupine pristupaju EI isključivo kao sposobnosti. S druge strane, Petrides i Furnham (2000) predlažu distinkciju između dva konstrukta: EI kao osobina ličnosti i EI kao procesiranje informacija. EI kao osobina ličnosti podrazumijeva konzistenciju u ponašanju u različitim situacijama (koja se manifestira u specifičnim ponašanjima kao što su empatija, asertivnost i optimizam), dok s druge strane procesiranje informacija uključuje sposobnosti kao što su sposobnost identificiranja, izražavanja i imenovanja emocija.

Ovisno o različitom pristupu EI, istraživači koriste različite metode mjerenja. Danas se najčešće spominju metode procjene EI te metode mjerenja EI kao kognitivne sposobnosti testovima učinka (Vučenović i Hajncl, 2013). EI kao kognitivna sposobnost mjeri se testovima uratka, među kojima se razlikuju testovi specifičnih sposobnosti (kao što je test prepoznavanja emocionalnih izraza) usmjereni na jedan aspekt EI te integrativni testovi (npr. MSCEIT) koji obuhvaćaju nekoliko različitih područja EI (Mayer i sur., 2011). Prema alternativnom pristupu EI je osobina ličnosti te se mjeri upitnicima samoprocjene, kao što je Bar-Onov Inventar emocionalnog kvocijenta (Petidres i Furnham, 2000). Jedna od najpoznatijih ljestvica procjene je Schutteova skala EI (1998; prema Vučenović i Hajncl, 2013), konstruirana po modelu Mayera i Saloveya, s tim da se stupanj razvijenosti određene dimenzije određuje na temelju samoprocjene ispitanika ili zapažanja osoba u njegovu okruženju. Prednost testova učinka je to što predstavljaju pojedinačevu razinu izvedbe određenog zadatka, dok su upitnici nastali na temelju mješovitih modela uglavnom bazirani na samoprocjeni te kao takvi ovise o pojedinačevoj slici o sebi i potrebi da upravlja dojmom koji ostavlja na druge (Mayer i sur., 2011).

Pojedinac s visokom EI sposobniji je u percipiranju i razumijevanju emocija te mu je potrebno manje kognitivnog napora za rješavanje emocionalnih problema. Također, karakterizira ga otvorenost i ugodnost, pokazuje nešto više razine verbalne i socijalne inteligencije te se rjeđe upušta u rizična i destruktivna ponašanja (Petrides i Furnham, 2000). EI kao osobina ličnosti pokazala se povezanom s postojećim osobinama ličnosti iz Modela velikih pet, pogotovo ekstraverzijom i otvorenosću za iskustva (Takšić i sur., 2006). Povezanost EI i varijabli psihološke prilagodbe poput depresije, anksioznosti i ukupnog mentalnog i fizičkog zdravlja dokazana je u brojnim istraživanjima (Fernandez-Berrocal i sur., 2006). Rey, Extremera i Pena (2011) pronalaze pozitivnu povezanost EI i zadovoljstva životom, te EI i samopouzdanja.

Kako bi se ispitala emocionalna inteligencija sudionika u ovom radu odabrana je metoda samoprocjene, točnije Upitnik emocionalne kompetentnosti (UEK-45; Takšić, 2002; prema

Takšić i sur., 2006). Navedeni upitnik nastao je skraćivanjem Upitnika emocionalne inteligencije (UEK-136) temeljenog na modelu Mayera i Saloveya. Upitnik je podijeljen na tri subskale i namijenjen je procjenjivanju uočavanja i razumijevanja emocija, izražavanja i imenovanja emocija te upravljanja emocijama. Dakle, mjeri ono što se u literaturi nalazi pod terminom emocionalne inteligencije kao osobine ličnosti. Međutim, zbog određenih prigovora da isključivo testovi sposobnosti mogu mjeriti inteligenciju, autor se opredjeljuje za termin „emocionalna kompetentnost“. Unatoč nazivu skale, radi jednostavnosti i lakše mogućnosti usporedbe s ostalim istraživanjima, u ovom radu opredjelit ćemo se za termin 'emocionalna inteligencija'. Taj je termin široko primijenjen u literaturi te se uglavnom koristi i u hrvatskim istraživanjima koja koriste navedenu skalu (npr. Dominić, 2018).

2.1.EI i psihološka prilagodba na bolest

Osobe oboljele od raka doživljavaju širok spektar intenzivnih emocija, a najčešće se javljaju tuga, strah, ljutnja, bespomoćnost, krivnja te intenzivan stres (Sušac, 2018).

Teoretski, EI može imati pozitivan učinak na zdravlje smanjenjem štetnih efekata neugodnih emocija izazvanih bolešću putem aktivnog suočavanja ili pozitivnijih reinterpretacija stresa (Salovey, Bedell, Detweiler i Mayer, 1999). Za očekivati je da bi oni pojedinci koji su sposobni percipirati, koristiti, razumjeti i regulirati vlastite osjećaje mogli reagirati na stresna iskustva poput dijagnoze raka korištenjem bolje prilagođenih odgovora (Rey, Extremera i Trillo, 2013). Tako je na uzorku žena oboljelih od raka dojke, dobiveno da je veći rezultat na skali EI povezan s manjim razinama depresije, anksioznosti i izbjegavanja bolesti. (Schmidt i Andrykowski, 2004). Zanimljivo, u istraživanju je pronađeno i da visoka EI može pomoći ženama da u određenoj mjeri savladaju nedostatnu socijalnu podršku. Stoga, nalazi istraživanja ukazuju da EI može imati važnu ulogu u procesu psihološke prilagodbe na rak, te da EI može olakšati kognitivno i emocionalno procesiranje negativnog iskustva povećavajući sposobnost percipiranja, razlikovanja i reguliranja emocija.

Iako većina istraživanja potvrđuje pozitivnu stranu EI kao zaštitnog faktora u nastanku različitih negativnih ishoda, novija istraživanja ukazuju na potencijalnu negativnu stranu EI (Davis i Nichols, 2016). Autori naglašavaju da postoje konteksti u kojima visoke razine EI ne moraju biti univerzalno korisne te se iz toga mogu razviti negativni intrapersonalni učinci (psihološko loše zdravlje; reaktivnost na stres) i/ili negativni efekti u odnosu s drugima (manipulativno, asocijalno ponašanje). U istraživanju (Guil i sur., 2020) na ljudima oboljelima od raka pronađena je negativna povezanost emocionalne pažnje s poboljšanjem raspoloženja i otpornošću. Takvi nalazi ukazuju da posvećivanje velike pažnje emocijama može imati štetne

posljedice, smanjujući sposobnost pojedinca da regulira emocije i percipira pozitivne aspekte izazovnih situacija. Stoga, pretjerani fokus na emocionalna stanja mogao bi oslabiti sposobnost popravljanja neugodnih emocija i oporavka od teških događaja. Međutim, ako je emocionalna pažnja popraćena odgovarajućom sposobnošću razlikovanja emocija, to neće utjecati na raspoloženja, a zauzvrat to neće ograničiti osobni rast nakon iskustva negativnih događaja (Guil i sur., 2020). S druge strane, Guil naglašava da su emocionalna jasnoća i poboljšanje raspoloženja povećali razinu otpornosti, što je vrlo važna karakteristika u suočavanju s bolešću. Stoga se može zaključiti da različite dimenzije EI ne djeluju u istom smjeru u različitim kontekstima, što otvara dodatni prostor za buduća istraživanja.

2.2. EI i partnerski odnosi

Emocionalne vještine vrlo su važne u romantičnim odnosima koji zahtijevaju kooperativnost, rješavanje svakodnevnih izazova i upravljanje sukobima. Prednosti razvijenih emocionalnih vještina partnera čine se važnima i iz evolucijske perspektive: emocionalno inteligentan partner pridonosi fizičkoj i psihološkoj dobrobiti pojedinca, štiti ga od unutarnjih i vanjskih rizika te time povećava šansu preživljavanja (Smieja i Stolarski, 2018).

Rezultati istraživanja Bracketta i suradnika (2005) ukazuju da su parovi u kojima oba partnera imaju niže razine EI skloniji lošijim ishodima partnerskog odnosa, točnije, izvješćuju o slabijoj podršci partnera i više doživljenih konflikta. Suprotno početnoj hipotezi, parovi u kojima oba partnera postižu visoke vrijednosti EI nisu se razlikovali u kvaliteti odnosa u usporedbi s parovima u kojima samo jedan partner ima visoko razvijenu EI. Dobivene rezultate autori objašnjavaju mogućnošću da je dovoljan jedan partner s visoko razvijenom EI da bi došlo do efikasnog rješavanja konflikta te da visoka EI drugog člana ne bi mogla dodatno doprinijeti funkcioniranju para. Štoviše, moguće je da u takvoj situaciji dolazi do previše percipiranja i upravljanja emocijama. U istraživanju Smitha i suradnika (2005), pokazalo se da je viša EI pozitivno povezana s percepcijom konstruktivnih komunikacijskih obrazaca te je pronađeno veće zadovoljstvo kod partnera koji percipiraju da imaju sličnu razinu EI. Rezultati istraživanja na velikom uzorku parova ukazuju na umjerenu povezanost između EI partnera, dok se daljnjom analizom utvrdilo da je sposobnost percipiranja emocija jednog člana veze najznačajniji prediktor ukupne EI njegova partnera (Smieja i Stolarski, 2018).

3. Emocionalna uznemirenost osoba oboljelih od raka

Emocionalna uznemirenost (engl. *emotional distress*) definirana je kao višedimenzionalni konstrukt koji se proteže duž kontinuuma, u rasponu od uobičajenih normalnih osjećaja ranjivosti, tuge i straha do stanja koja mogu postati onesposobljavajuća, poput depresije, tjeskobe, panike, socijalne izolacije te egzistencijalne i duhovne krize (Thomas i sur., 2011). Mnoga istraživanja ukazuju na potrebu praćenja emocionalne uznemirenosti kod osoba oboljelih od raka, s obzirom na to da može imati važan utjecaj na dobrobit i zdravlje pacijenta (Thomas i sur., 2011). Kod većine oboljelih od raka javlja se intenzivan strah, najviše povezan s bolnom smrću, strahom od invaliditeta, ovisnosti o drugima, vanjskim tjelesnim promjenama i gubitkom važnih društvenih kontakata. Reakcije na bolest su raznovrsne, a glavni faktori koji utječu na reakcije pacijenta su: medicinski čimbenici (lokalizacija i stadij bolesti, mogućnosti liječenja, prognoza bolesti i prisutnost boli), psihološki čimbenici (sposobnost prilagodbe i suočavanja, emocionalna zrelost) te društveni čimbenici (financijske mogućnosti, podrška članova obitelji, prijatelja ili suradnika, društveni i kulturni pogledi i uvjerenja o raku) (Snoj i Ličina, 2008).

Kako bi se istražila emocionalna uznemirenost sudionika kojima je dijagnosticiran rak i njihovih partnera u ovom istraživanju korištena je Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-42). Glavi cilj autora (Lovibond i Lovibonds, 1995) bio je razviti skalu za samoprocjenu anksioznosti i depresije koja će pokriti širok raspon ključnih simptoma anksioznosti i depresije, uz postizanje zadovoljavajućih psihometrijskih standarda i najveću moguću distinkciju tih dviju skala. Tijekom testiranja ljestvica, osim dvaju planiranih faktora, pojavio se i novi faktor najviše zasićen česticama poput poteškoća u opuštanju, iritabilnosti, uznemirenosti i živčane napetosti. Pojava novog faktora dovela je do konstrukcije treće subskale, za koju su autori definirali da mjeri stres. Daljnjom analizom potvrđeno je da DASS uspješno razlikuje tri neugodna emocionalna stanja, ali da ti su sindromi još uvijek umjereno međusobno povezani (pri čemu je najveća povezanost pronađena za anksioznost i stres). Ipak, autori naglašavaju kako to ne mora biti rezultat preklapanja konstrukata, već da navedene povezanosti reflektiraju zajedničke uzroke anksioznosti, depresije i stresa. Uz to, doprinos ovih skala u odnosu na prethodne je izbacivanje određenih simptoma iz subskale depresije, poput promjene apetita, poteškoća sa spavanjem, nedostatka energije i slabe koncentracije, čime se postiže bolja diskriminacija depresije i ostalih afektivnih stanja. U ovom radu koristit će se termin 'emocionalne uznemirenosti', definiran kao depresivnost, anksioznost i stres, s obzirom na to da autori hrvatske verzije skale naglašavaju pogodnost skale upravo u otkrivanju izvora emocionalne

uznemirenosti (Reić Ercegovac i Penezić, 2012). U odjeljcima koji slijede ukratko će biti predstavljena tri konstrukta koja se mjere DASS-om: depresivnost, anksioznost i stres.

3.1. Depresivnost

Tuga i depresija uobičajeni su odgovori na bolne životne događaje povezane uz potencijalni ili aktualni gubitak, pa se tako očekuje i njihova pojava pri dijagnosticiranju raka, u prekretnicama u razvoju bolesti te osobito tijekom napredovanja bolesti (Snoj i Ličina, 2008). Depresija postoji na kontinuumu od nepatološke tuge, preko poremećaja prilagodbe, subkliniče depresije do velike depresije. Depresija može nastati kao rezultat stresa koji nadilazi sposobnost pojedinca da se prilagodi na životne promjene, uzrokujući trajno loše raspoloženje, osjećaj beznađa i očaja (Smith, 2015). Tipični simptomi depresije su: tužno raspoloženje, smanjenje energije, gubitak interesa i užitka u ranije ispunjavajućim aktivnostima (što se naziva anhedonija), psihomotorno usporenje, promjene apetita i ritma spavanja, suicidalne misli, snažan osjećaj krivnje i manje vrijednosti (Karlović, 2017). Pojedinci s depresivnim poremećajem imaju poteškoća s osjećajem boli i težine u ekstremitetima, učestalim tužnim raspoloženjem, osjećaj nemoći i nedostatka volje, što može rezultirati zanemarivanjem higijene i zapuštenim izgledom (Karlović, 2017). Važno je razlikovati "normalnu", očekivanu razinu tuge od depresije. Prepoznavanje znakova depresije i potrebe za profesionalnim liječenjem kritični su faktori u njezi pacijenata oboljelih od raka. Simptomi depresije ne samo da utječu na pogoršanje kvalitete života pacijenta i njegove obitelji, već mijenjaju brigu i sposobnost pacijenta da ustraje, surađuje i na taj način neizravno utječe na ishod bolesti i liječenja (Snoj i Ličina, 2008).

U literaturi o depresiji kao prediktoru raka mogu se pronaći različiti zaključci, iako kronična i teška depresija mogu biti povezane s povećanim rizikom od raka. S druge strane, postoje snažniji dokazi da depresija predviđa progresiju raka i smrtnost. Ipak, štetni učinci napredovanja bolesti na raspoloženje, kao i preklapanje simptoma raka, liječenja i depresije čine istraživanja o odnosu depresije i malignih oboljenja kompleksnima (Spiegel i Giese-Davis, 2003). Kathol i sur. (1990) navode tri kategorije problema pri dijagnosticiranju depresije kod pojedinaca oboljelih od raka. Prvo, simptomi depresije mogu biti adekvatna reakcija na stresnu situaciju kao što je dijagnoza životno ugrožavajuće bolesti. Nadalje, simptomi depresije uključuju brojna stanja koja mogu biti pripisana posljedicama malignog oboljenja, kao što su gubitak apetita, nesanica, gubitak energije i interesa. Naposljetku, postoje i različiti dijagnostički sustavi što definiranje prisutnosti depresije čini još kompleksnijim. Trijsburg i suradnici (1992) meta-analizom dolaze do zaključka da psihološki tretman osoba oboljelih od

raka (i onih koji nisu oboljeli od depresije) efikasno djeluje na različite domene života, poput upravljanja stresom, slike o sebi, mjesta (lokusa) kontrole, umora, anksioznosti i boli, što ukazuje na važnost istraživanja ovog područja i provođenja intervencija s ciljem povećanja kvalitete života.

Prevalencija depresije među oboljelima od raka raste s ozbiljnošću bolesti i simptoma kao što su bol i umor (Spiegel i Giese-Davis, 2003). Istraživanja izvješćuju o različitoj zastupljenosti depresije, ovisno o brojnim faktorima poput vrste raka, stadija bolesti, vrste tretmana i načina dijagnosticiranja depresije (Ciaramella i Poli, 2001). U istraživanju Lindena i suradnika (2012) pronađeno je da je kod oboljelih žena dva puta češća pojava depresije u odnosu na muškarce, a najizloženije su žene oboljele od raka pluća. Takvi su nalazi u skladu s istraživanjima na općoj populaciji koja izvješćuju o višim razinama depresije i anksioznosti kod žena u odnosu na muškarce, što je pod utjecajem različitih iskustava iz djetinjstva, različitih sociokulturnih uloga te određenih psiholoških karakteristika kao što je veća ranjivost žena (Piccinelli i Wilkinson, 2000). Nadalje, na uzorku onkoloških pacijenata njih 12.9% odgovaralo je kliničkoj slici depresije, dok je njih još 16.5% izvijestilo o subkliničkim simptomima (Linden i sur., 2012). S druge strane, u nekim istraživanjima postotak je puno veći, pa se tako mogu pronaći različiti rezultati u rasponu od 1.5% do 50% depresivnih sudionika u uzorku onkoloških pacijenata, ovisno o korištenoj metodologiji (McDaniel i sur., 1995). Endicott (1984) ukazuje na problem dijagnoze depresije na osnovi broja prisutnih simptoma, što često može dovesti do netočne i pretjerane dijagnoze depresije kod oboljelih od raka, uzimajući u obzir preklapanje somatskih simptoma. Stoga, autor predlaže modifikaciju kriterijskog sustava te zamjenu određenog somatskog simptoma koji karakterizira maligno oboljenje s nekim psihološkim simptomom depresije. Primjerice, tako se simptom gubitka apetita može zamijeniti depresivnim i plačljivim raspoloženjem ili simptom promjene ritma spavanja sa socijalnim povlačenjem, ukoliko promjene apetita i spavanja karakteriziraju dijagnosticirano maligno oboljenje. Upravo istraživanje Ciaramella i Poli (2001) pokazuje kako navedenom zamjenom simptoma, stopa depresivnih u uzorku oboljelih od raka opada sa 49% na 29%. U meta-analizi dobiveno je da mala ili velika depresivna epizoda povećavaju stopu smrtnosti do 39%, a da čak i pacijenti koji pokazuju manji broj depresivnih simptoma mogu imati 25% povećan rizik od smrtnosti (Satin i sur., 2009). Pa tako i Ciaramella i Poli (2001) ističu povezanost između intenziteta boli i depresije kod onkoloških pacijenata, kao i veću zastupljenost depresije kod pojedinaca kojima je bolest metastazirala.

3.2. Anksioznost

Pojam anksioznosti nije jednoznačan i konceptualiziran je na različite načine, te se tijekom vremena definirao kao osobina, stanje, podražaj, nagon ili pak motiv (Endler i Kocovski, 2001). Aubrey Lewis (1970; prema Endler i Kocovski, 2001) definira anksioznost kao emocionalno stanje okarakterizirano subjektivnim doživljajem straha te naglašava da se radi o nepoželjnoj, negativnoj emociji koja nije u skladu sa stvarnom prijetnjom, orijentirana je na budućnost te istovremeno uključuje subjektivne aspekte i manifestne tjelesne simptome. Tipični simptomi anksioznosti su prekomjerna autonomna aktivnost poput palpitacija i znojenja, anksiozna ponašanja koja karakteriziraju nemir i traženje sigurnosti, promjene u mišljenju koji rezultiraju slabom koncentracijom i brigom te fizički simptomi kao što su napetost mišića i umor (Stark i House, 2000). S obzirom na to da anksioznost nastaje kao reakcija na prijetnju, često se javlja u svim kliničkim populacijama. Iako u određenoj mjeri može biti adaptivna, prekomjerna anksioznost može postati neprilagođena i patološka. Takvu patološku anksioznost identificiraju: nesrazmjer sa stvarnom razinom prijetnje, postojanost ili pogoršanje simptoma bez intervencije, razina simptoma koji su neprihvatljivi bez obzira na razinu prijetnje (uključuju ponavljajuće napade panike, teške tjelesne simptome i abnormalna uvjerenja poput misli o iznenadnoj smrti) te ometanje uobičajenog ili poželjnog funkcioniranja (Stark i House, 2000). Spielberger (1966; prema Endler i Kocovski, 2001) uvodi distinkciju između anksioznosti kao stanja i anksioznosti kao osobine. Anksioznost kao osobina jest predispozicija pojedinca da u različitim situacijama odgovori tjeskobom i napetošću, dok je anksioznost kao stanje prolazno emocionalno stanje karakterizirano psihološkim uzbuđenjem i svjesno percipiranim osjećajima bojazni, straha i tenzije. Nadalje, Liebert i Morris (1967; prema Morris i sur., 1981) uvode dvokomponentnu konceptualizaciju anksioznosti. Prema njihovu gledištu, iskustvo anksioznosti sastoji se od dvije ključne komponente: emocionalnosti i brige. Briga podrazumijeva kognitivne elemente kao što su negativna očekivanja i zabrinutost oko situacije, sebe i mogućih posljedica. Emocionalnost se odnosi na pojedinčevu percepciju fizioloških simptoma anksioznosti, odnosno na pokazatelje autonomnog uzbuđenja i napetosti. Briga i emocionalnost promatraju se kao dva konceptualno neovisna pojma, s obzirom na to da se pobuđuju i održavaju različitim situacijskim faktorima. Iskustvo brige povezano je s kognitivnom evaluacijom situacije, dok je emocionalnost često kraćeg trajanja i prvenstveno nastaje bez vrednovanja, iz inicijalnih situacijskih znakova.

Konceptualno gledano, depresija i anksioznost dva su odvojena i različita pojma, ali preklapanje simptoma i komorbidnost tih dvaju stanja dugo su vremena interesno područje za istraživače i kliničare (Lovibond i Lovibond, 1995). Anksiozni i depresivni sindrom dijele značajnu

nespecifičnu komponentu koja obuhvaća opću afektivnu uznemirenost i druge zajedničke simptome (Clark i Watson, 1991) Ipak, anksioznost i depresija razlikuju se po fiziološkoj hiperaktivnosti (koja specifično odlikuje anksioznost), naspram nedostatku pozitivnog afekta (koji karakterizira samo depresiju). Prema tripartitnom modelu za cjelokupan opis afektivne domene potrebno je pokriti i zajedničke i jedinstvene elemente dvaju sindroma: opću uznemirenost, fiziološku napetost i hiperaktivnost kod anksioznosti te anhedoniju kod depresivnosti. S druge strane, takva pretpostavljena trofaktorska struktura nije dobivena u istraživanju, već se potvrđuje dvokomponentni model (Vulić-Prtorić i Macuka, 2004). Prema rezultatima autorice zaključuju da su anksioznost i depresivnost odvojeni konstrukti među kojima postoji umjerena povezanost i stoga predstavljaju dvije komponente “negativnog afektiviteta”. To je faktor višeg reda koji predstavlja opći doživljaj nezadovoljstva i patnje, a uključuje simptome depresije (poput ljutnje, krivnje, tuge), anksioznosti (zabrinutost, napetost) i neuroticizma. Međutim, u radu je naglašeno kako upravo suprotan faktor koji objedinjuje pozitivna emocionalna stanja kao što je energija i radost- pozitivni afektivitet može biti ključan u diferencijaciji anksioznosti i depresije. Naime, kod depresije se u kombinaciji javljaju visoke razine negativnog afektiviteta i niske razine pozitivnog afektiviteta, dok se kod anksioznosti javlja visoki negativan afektivitet uz irelevantan pozitivan afektivitet.

Rak je životno ugrožavajuća bolest, stoga je razumljivo da većina oboljelih anksiozno reagira na tu prijetnju. Nažalost, u nekim slučajevima i sama anksioznost postane klinički značajan problem, u čijem prepoznavanju i tretmanu značajnu ulogu imaju stručnjaci (Stark i House, 2000). Prva reakcija bolesne osobe je šok i nevjerica; u tom periodu neprihvatanje istine način je nošenja s anksioznošću i beznađem. U drugoj fazi reakcije postaju šire, a osnovna emocija koja se javlja je anksioznost. Osjećaj prijetnje, gubitak percepcije, misli o smrti i otuđenje od tijela elementi su navedene anksioznosti, Tek u trećoj fazi javlja se prihvaćanje istine i usmjeravanje energije ka ozdravljenju (Alacacioglu i sur., 2013). Dijagnoza raka nije individualno iskustvo, stoga su tjeskoba i anksioznost prisutne i kod bližnjih osoba koje svjedoče psihičkim i tjelesnim promjenama uzrokovanim bolešću. Nerijetko netko od članova obitelji preuzima ulogu koju je prije dijagnoze imala oboljela osoba, što i kod bližnjih može rezultirati višim razinama depresije, anksioznosti, umora i socijalne izolacije (Alacacioglu i sur., 2013).

U istraživanju Nikbakhsh i suradnika (2014) umjerenu anksioznost imalo je 46% ljudi oboljelih od raka, dok je kod njih 48% pronađena simptomatska i umjerena depresija. Pojedinci s dijagnozom raka dojke i želuca imali su najveću prevalenciju depresije i anksioznosti, što kod raka dojke može biti uzrokovano promijenjenom slikom o sebi i posljedicama mastektomije te

činjenicom da od te vrste raka obolijevaju uglavnom žene, kod kojih su anksioznost i depresija inače više izražene. Anksioznost i depresija pokazale su se značajno povezane s vrstom liječenja, pa je tako visok postotak pronađen kod pacijenata koji su primili kemoterapiju kao jednokratnu terapiju, što može biti rezultat završne faze bolesti ili loše prognoze. Također, anksioznost i depresija češće su pronađene kod starijih ispitanika. Starija dob povećava trajanje bolesti, vjerojatnost metastaziranja i invaliditeta, što negativno utječe na psihološku dobrobit (Nikbakhsh i sur., 2014). Pronađeno je da 31% oboljelih doživljava klinički značajno anksiozno stanje. EI kao osobina ličnosti pokazala se prediktorom anksioznog stanja te brige oko liječničkih pregleda i percipirane socijalne podrške (Smith i sur., 2012). Sistematskom analizom velikog broja istraživanja, Brandão i sur., (2017) zaključuju kako početne razine anksioznosti, depresivnosti, opće uznemirenosti i kvalitete života predviđaju naknadnu psihološku prilagodbu. Također, umor se pokazuje jednim od važnijih faktora koji negativno utječe na psihološku dobrobit te je povezan s višom depresivnošću i anksioznošću. Nadalje, Alacacioglu i sur. (2013) pronalaze više razine anksioznosti kod žena, onih s nižim prihodom i nižom razinom obrazovanja, kod pojedinaca kojima bolest traje duže od 6 mjeseci, onih koji boluju od napredne faze bolesti i sudionika kojima se pojavio recidiv. S druge strane, u istraživanju (Stanton i Bower, 2015) žene koje su oboljele od raka dojke svjedoče o relativno niskim razinama psihološke uznemirenosti. Naravno, određena heterogenost postoji, stoga su neke sudionice izložene riziku od dugotrajne depresije, anksioznosti, straha od recidiva raka i drugih dugoročnih psiholoških učinaka.

3.3. Stres

Psihološki stres nastaje kad pojedinac percipira da okolinski zahtjevi nadmašuju njegove kapacitete prilagodbe (Cohen i sur., 1995). Postoje tri različita pravca u konceptualizaciji stresa. Prema okolinskoj koncepciji fokus je na procjeni vanjskih situacijskih događaja koji objektivno stavljaju veće zahtjeve pred pojedinca. Psihološki pristup stresu usmjeren je na subjektivne individualne procjene sposobnosti osobe da se nosi sa situacijom i način na koji osoba percipira situaciju. Naposljetku, biološka perspektiva usmjerena je na aktivaciju fizioloških sustava pod utjecajem stresa, ponajprije hipotalamičko-hipofizno-adrenalne osi (HPA) i simpatičko-adrenalno-medularne osi (SAM). Općenito, stres negativno utječe na zdravlje prvenstveno uzrokujući negativna afektivna stanja (poput depresivnosti i anksioznosti) koja zatim imaju direktan utjecaj na biološke procese i ponašajne obrasce koji povećavaju rizik od bolesti. Primarni biološki put koji povezuje emocionalnu reakciju osobe i podložnost bolesti je hormonski: dolazi do povećanog izlučivanja katekolamina, kortizola i prolaktina. Promjene u

ponašanju koje nastaju kao pokušaj prilagodbe na situaciju mogu održavati navike zdravog života ili pak rezultirati zdravstveno rizičnim ponašanjima (npr. pušenje, konzumiranje alkohola) (Cohen, Kessler i Gordon, 1995).

Transakcijska teorija stresa i suočavanja, koju su utemeljili Lazarus i Folkman (1984; prema Biggs i sur., 2017.), imala je veliki značaj u usmjeravanju istraživanja tog područja u posljednjih pet desetljeća. Prema transakcijskoj teoriji, pojedinci neprestano procjenjuju podražaje u svom okruženju. Taj proces generira emocije, a kada se podražaji ocijene kao prijeteći, izazovni ili štetni (tj. kao stresori), nastali stres pokreće strategije suočavanja upravljanjem emocijama ili pokušajem izravnog rješavanja samog stresora. Unutar te teorije strategije suočavanja imaju za cilj izravno upravljati stresorom (suočavanje usredotočeno na problem) ili regulirati emocije nastale kao posljedica stresnog susreta (suočavanje usredotočeno na emocije). Istraživanja su pokazala kako je suočavanje usmjereno na emocije često efikasno u početnom razdoblju stresnog događaja, dok se strategija usmjerena na problem pokazala efikasnom u kasnijoj fazi. U situaciji kada pojedinac ne može kontrolirati okolnosti stresne situacije, suočavanje usmjereno na emocije ima prednost (Havelka, 2002). Efikasno suočavanje može umanjiti nepovoljne učinke stresa, dok nedjelotvorno suočavanje može otežati prilagodbu na stresnu situaciju (Vulić-Prtorić, 2007). Depresija se razvija kada pojedinac u trenucima gubitka pribjegava strategijama suočavanja koje povećavaju osjećaj tuge i tjeskobe, umjesto da imaju suprotan efekt. U stresnim situacijama zaštitnim faktorima pokazali su se zreli obrambeni mehanizmi i sposobnost rješavanja problema (Vulić-Prtorić, 2007).

Dugotrajna izloženost stresu negativno djeluje na učinkovitost imunološkog sustava, smanjuje imunološki odgovor organizma i uspješnost liječenja (Havelka, 2002). Emocionalni stres može proizlaziti iz loših prognoza ili krajnje nesigurnosti kojoj su pacijenti izloženi. Tome doprinose i negativni učinci koje dijagnoza i liječenje raka mogu imati na posao, obitelj, fizički izgled, sposobnosti (Smith, 2015). Dijagnoza raka pokreće odgovor na stres uzrokovan pacijentovom percepcijom bolesti, simptoma i stigme povezane s ovom bolešću (Snoj i Ličina, 2008). Nadalje, stres je često okidač za razvoj depresije i anksioznosti, a upravo je pojava malignog oboljenja jedan od najstresnijih događaja koji čovjek može doživjeti (Nikbakhsh i sur., 2014). Epizode intenzivnih, neugodnih i uznemirujućih emocija dio su normalnog spektra odgovora na stresni događaj i ne moraju odmah ukazivati na psihološki poremećaj. Međutim, kronični stres koji nije razriješen suočavanjem ili prilagođavanjem može dovesti do psihološke uznemirenosti, koja se manifestira kao prekomjerna briga ili promišljanje, društvena povučенost, anhedonija, poteškoće s koncentracijom, nesаница, osjećaj usamljenosti i bespomoćnost te poremećaj apetita (Kasparian, 2013). Li i Wang (2016) istraživali su

povezanost psihološkog stresa, anksioznosti i depresije te ulogu otpornosti u tom odnosu, definirane kao dinamički kapacitet pojedinca da se oporavi od životnih neuspjeha i nedaća. Onkološki pacijenti koji su izvijestili o višim razinama psihološkog stresa, imali su nižu razinu otpornosti, što je zatim povećalo vjerojatnost pojave depresivnih i anksioznih simptoma. Također, viša razina otpornosti pogoduje prilagodbi oboljelih ljudi i pozitivnom pristupu liječenju. U istraživanju (Kasparian, 2013) približno 30% pacijenata s dijagnosticiranim melanomom izvješćuje o razini psihološkog stresa koji ukazuje na potrebu za kliničkom intervencijom. Analizirajući istraživanja provedena tijekom pedeset godina, Chiriac i sur., (2018) naglašavaju da je teško iznijeti jednoznačan zaključak, ali ipak ukazuju da većina analiziranih istraživanja pronalazi vezu između ličnosti, stresnih životnih događaja i pojave raka dojke. S druge strane, u longitudinalnom istraživanju na velikom uzorku žena, pronađeno je da su veće razine svakodnevnog stresa povezane s nižom razinom rizika od raka dojke (Nielsen i sur., 2005). Osim metodoloških razlika, treba uzeti u obzir da se priroda svakodnevnih stresora uvelike razlikuje od prirode velikih stresnih događaja, stoga takvi nalazi i ne moraju nužno biti kontradiktorni (Nielsen i sur., 2005). U svakom slučaju, kronična izloženost stresu povezana je s negativnim promjenama tjelesne homeostaze, a stres ostaje neizbježan rizični faktor u svakodnevnom životu (Chiriac i sur., 2018).

4. Povezanost emocionalne inteligencije i emocionalne uznemirenosti

4.1. Povezanost EI i depresivnosti, anksioznosti i stresa

Emocionalna inteligencija (EI) pozitivno je povezana s mentalnim zdravljem i može imati ključnu ulogu u terapiji psihičkih poremećaja (Amirifard i sur., 2017). Pronađeno je da je bolje razvijena EI povezana s nižom razinom stresa, anksioznosti i depresije kod studenata medicine u stresnom razdoblju profesionalne specijalizacije, i to kod svih dobnih, spolnih i profesionalnih skupina (Kousha i sur., 2018). Takva negativna povezanost EI s anksioznošću i depresijom pronađena je i kod žena oboljelih od raka (Amirifard i sur., 2017). Generalno gledajući, većina istraživača vjeruje da se emocionalno sposobna osoba može uspješno suočiti s različitim životnim problemima, poput bolesti, obiteljskih, socijalnih i financijskih poteškoća (Amirifard i sur., 2017).

U istraživanju Ciarrochi i suradnika (2002) glavni cilj bio je utvrditi ulogu EI u odnosu između stresa i mentalnog zdravlja. Sudionici koji se procjenjuju vještijima u reguliranju tuđih emocija bili su bolji u obrani od negativnih učinaka stresa i imali su manje suicidalnih ideja. Zanimljivo, dobiveno je da su pojedinci s razvijenijom vještinom percepcije emocija izloženiji stresu od

onih s nižom razinom percepcije emocija. Prema hipotezi intenziteta, ljudi koji slabije percipiraju emocije svjesni su svakodnevnih briga i napetosti, ali ih uspješno potiskuju, što ih potencijalno dovodi do boljeg suočavanja sa stresom. S druge strane, prema hipotezi konfuzije, takvi su pojedinci osjetljivi na stres, ali su zbunjeni ili nesvjesni učinaka stresa na psihičko i fizičko funkcioniranje (Ciarrochi i sur., 2002). Uzimajući u obzir podjelu emocionalnih sposobnosti na pažnju, jasnoću i popravak raspoloženja, Extremera i Fernández-Berrocal, (2006) pronalaze kontraproduktivan utjecaj prekomjernog usmjeravanja pažnje na emocije, posebice kad su u pitanju negativne emocije. Visoke razine emocionalne pažnje povezane su s više anksioznih i depresivnih simptoma. Autori smatraju da pojedinci koji previše pažnje usmjeravaju na emocije, a uz to imaju nedovoljno razvijenu jasnoću i mogućnost poboljšanja raspoloženja, mogu započeti više ruminirati. Ruminacija može štetiti emocionalnoj dobrobiti i interpersonalnom funkcioniranju te biti povezana s anksioznošću i depresijom. Suprotno tome, emocionalna jasnoća i poboljšanje raspoloženja predviđaju bolju psihološku prilagodbu. Pacijenti koji slabije koriste emocionalne sposobnosti doživljavali su više anksioznih i depresivnih simptoma i stoga su manje zadovoljni s dostupnom zdravstvenom skrbi. Snažan psihološki stres kod oboljelih može voditi do znatno negativnije percepcije iskustva raka i mogu imati poteškoće u traženju medicinske pomoći (Baudry i sur., 2018). Identificiranje i razumijevanje emocija pomaže pacijentu da bolje uvidi vlastite potrebe za suportivnom skrbi, a zatim mu sposobnost izražavanja emocija pomaže u komuniciranju njegovih potreba. Posljedično, oboljeli s višom razinom EI imaju manje nezadovoljenih potreba te manje razine stresa, anksioznosti i depresije (Baudry i sur., 2018).

4.2. Aktorski i partnerski efekti EI na depresivnost, anksioznost i stres

Polazišna ideja ovog istraživanja bila je provesti dijadnu analizu i utvrditi međuzavisnost partnera u ispitivanim varijablama, stoga će ukratko biti predstavljena dosadašnja istraživanja iz navedenog područja. Model međuzavisnosti partnera (APIM) uzima u obzir međuzavisnu prirodu dijadnih podataka te otkriva interpersonalne i intrapersonalne povezanosti među varijablama u odvojivoj dijadi (Formica i sur., 2018). Aktorski efekti često su predmet istraživanja, dok se partnerski efekti često zanemaruju. Proučavajući samo aktorske efekte, istraživači se usredotočuju na individualnu razinu analize. Međutim, uključivanjem partnerskih efekata, postoji mogućnost identifikacije doista relacijskih fenomena. Zapravo, prisutnost partnerskih učinaka implicira da odgovor pojedinca ovisi o nekom svojstvu njegova partnera (Kenny i Cook, 1999)

Samo se nekoliko istraživanja bavilo aktorskim i partnerskim efektima EI na depresivnost, anksioznost i stres, donoseći nejednoznačne zaključke. Na uzorku adolescenata analizirane su dijade prijatelja te je dobiveno da emocionalne sposobnosti mogu imati važnu ulogu u razvoju depresivnih simptoma tijekom vremena (Miller i sur., 2020). Točnije, niža razina emocionalne svjesnosti jednog prijatelja predviđala je povećanje depresivnih simptoma drugog prijatelja. Također, pronađen je i značajan partnerski efekt sposobnosti reguliranja tuge i ljutnje jednog prijatelja na depresivne simptome drugog prijatelja. Na istraživanju mladih roditelja, koristeći se analizom modela međuzavisnosti aktora i partnera dobiveno je da EI prediktor anksioznosti i depresije jednog roditelja, ali ne i prediktor tih stanja kod drugog roditelja. Stoga, EI ima značajan direktan utjecaj na emocionalna stanja pojedinca, ali ne i na razine depresije i anksioznosti njegova partnera. Međutim, dobiveno je kako je EI oca povezana s percipiranom socijalnom podrškom majke. Više razine EI oca povećale su osjećaj sigurnosti i podrške kod majke, što može smanjiti rizik od psihopatologije i poboljšati suočavanje sa stresom (Formica i sur., 2018). Rezultati na skalama raspoloženja i anksioznosti oboljelih od glioma bili su povezani s dvije domene kvalitete života njihovih njegovatelja (Baumstarck, 2016). Međutim, ukupno gledajući, povezanost kvalitete života i emocionalni status oboljelog nije bio jasno povezan s tim varijablama kod partnera. Čini se da događaji koji slijede nakon dijagnoze utječu na različite domene života oboljelog i njegovatelja. Ipak, istraživanje je pokazalo kako oboljeli i njegovatelji koriste slične strategije suočavanja, utemeljene na rješavanju problema i pozitivnom razmišljanju, više nego traženju socijalne podrške i izbjegavanju.

Istraživanje na velikom uzorku ljudi oboljelih od uznapredovalog oblika raka i njihovih njegovatelja pokazalo je kako su razine anksioznih i depresivnih simptoma međuzavisne (Jacobs i sur., 2017). Njegovatelji su izvijestili o većoj anksioznosti u odnosu na oboljele i opću populaciju, dok su oboljeli doživjeli više depresivnih simptoma u odnosu na njegovatelje. Dijadna analiza pokazala je da, iako su simptomi vlastite anksioznosti bili snažnije povezani sa vlastitim depresivnim simptomima, došlo i do značajnog utjecaja simptoma anksioznosti jednog partnera na simptome depresije drugog partnera, izvan učinaka samih simptoma tjeskobe partnera. Navedeni efekti bili su jednako jaki za pacijente i njegovatelje. Takvi nalazi naglašavaju potrebu praćenja mentalnog zdravlja pacijenata i njegovatelja kod uznapredovalog raka. Unatoč početnom istraživačkom nacrtu, provjera partnerskih i aktorskih efekata na našem uzorku nije bila moguća zbog premalog broja sudionika, o čemu će biti riječ i u nastavku teksta.

2. POLAZIŠTE I CILJ ISTRAŽIVANJA

Dijagnoza raka iznimno je stresan životni događaj koji donosi niz promjena i pojavu neugodnih emocija kao što su ljutnja, tuga i strah (Sušac, 2018). Pokazalo se kako teškoće koje donosi ova životno ugrožavajuća bolest mogu doprinijeti povećanju depresivnosti i anksioznosti (Nikbakhsh, 2014). Emocionalna inteligencija važan je faktor u procesu psihološke prilagodbe te može olakšati procesiranje emocija i misli vezanih uz negativne životne događaje (Schmidt i Andrykowski, 2004). Osim što rak pogađa oboljelu osobu, neizbježno utječe i na osobe iz njezine okoline, pa i bližnji izvješćuju o većoj depresivnosti, anksioznosti i umoru (Alacacioglu i sur., 2013). Manne i Badr (2008) ukazuju na važnost sveobuhvatnog pristupa raku uzimajući u obzir partnerski odnos koji može poslužiti kao izvor komunikacije i razumijevanja te time olakšati suočavanje s ovom stresnom situacijom. S obzirom na sve navedeno, polazišni cilj ovog istraživanja bio je ispitati međuzavisnost partnera u emocionalnoj inteligenciji i emocionalnoj uznemirenosti, na specifičnom uzorku osoba oboljelih od raka. Prikupljanjem podataka postalo je jasno da zbog malog broja sudionika u uzorku parova, zamišljene statističke analize neće biti moguće provesti. Umjesto toga, postavljeni su nešto drugačiji problemi i njima pripadajuće hipoteze te su predstavljeni u sljedećem odjeljku. Unatoč određenim promjenama, sržna ideja ostala je ista: dobiti bolji uvid u psihološko funkcioniranje osoba oboljelih od raka i njihovih partnera te time prikupiti smjernice za buduće intervencije s ciljem poboljšanja kvalitete života.

3. PROBLEMI

1. Ispitati povezanost emocionalne inteligencije i depresivnosti, anksioznosti i stresa na uzorku oboljelih.
2. Ispitati razlike u depresivnosti, anksioznosti i stresu, s obzirom na:
 - a) primanje/neprijimanje terapije.
 - b) godinu dijagnoze.
3. Ispitati odnos emocionalne inteligencije jednog partnera i emocionalne uznemirenosti drugog partnera.
 - a) Ispitati povezanost EI oboljele osobe te depresivnosti, anksioznosti i stresa partnera oboljele osobe.
 - b) Ispitati povezanost EI partnera oboljele osobe te depresivnosti, anksioznosti i stresa oboljele osobe.

4. HIPOTEZE

1.

S obzirom na to da istraživanja pronalaze niže razine anksioznosti, depresivnosti i stresa kod osoba s razvijenijim uočavanjem, razumijevanjem i upravljanjem emocija (Amirifard i sur., 2017; Kousha i sur., 2018), u ovom istraživanju očekuje se značajna negativna povezanost EI te depresivnosti, anksioznosti i stresa na uzorku oboljelih. Odnosno, očekuje se da će među sudionicima kojima je dijagnosticiran rak, niže razine emocionalne uznemirenosti postići pojedinci s bolje razvijenom EI.

2.

a) S obzirom na različite nuspojave i izazove koje liječenje donosi, očekuje se veća razina depresivnosti, anksioznosti i stresa kod sudionika koji u trenutku ispunjavanja upitnika primaju terapiju u odnosu na one koji više ne primaju.

b) Očekuje se značajna razlika u depresivnosti, anksioznosti i stresu kod kasnije oboljelih osoba u odnosu na ranije oboljele osobe, s tim da se očekuje veća razina depresivnosti, anksioznosti i stresa kod osoba kojima je bolest dijagnosticirana nedavno.

3. S obzirom na to da prema dijadnoj perspektivi članovi dijade uzajamno utječu jedan na drugog tijekom prilagođavanja na bolest (Rottmann i sur., 2015) te da neka istraživanja pronalaze partnerske efekte emocionalnih sposobnosti jednog člana dijade na razvoj depresivnih simptoma drugog člana (Miller i sur., 2020), očekuje se:

a) značajan partnerski efekt emocionalne inteligencije oboljele osobe na emocionalnu uznemirenost partnera, odnosno negativna povezanost EI oboljele osobe i depresivnosti, anksioznosti i stresa partnera. Očekuje se da veća razina EI oboljele osobe bude povezana s nižim razinama depresivnosti, anksioznosti i stresa partnera oboljele osobe.

b) značajan partnerski efekt emocionalne inteligencije partnera na emocionalnu uznemirenost oboljele osobe, odnosno negativna povezanost EI partnera oboljele osobe i depresivnosti, anksioznosti i stresa oboljele osobe. Očekuje se da veća razina EI partnera oboljele osobe bude povezana s nižim razinama depresivnosti, anksioznosti i stresa oboljele osobe.

5. METODE

5.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 90 osoba, od kojih je 65 (72%) oboljelo od raka u posljednjih 10 godina, a ostalih 25 (28%) su partneri oboljelih osoba. S obzirom na postavljene probleme, u ovom dijelu detaljnije će biti opisana dva poduzorka: uzorak oboljelih te uzorak parova.

U uzorku oboljelih sudionici su uglavnom žene (93%), s tim da je najučestalija dijagnoza rak dojke (60%). Što se tiče razine obrazovanja u uzorku oboljelih, 36,9% sudionika ima završenu srednju školu, 33,9% završen fakultet, 21,5% višu školu, 4,6% završeno poslijediplomsko obrazovanje te njih 3,1% završenu ili nezavršenu osnovnu školu. Raspon dobi je od 23 do 74, a prosječna dob ovog uzorka je 46 godina. Većina sudionika (75%) je u braku, a preostalih 25% u ljubavnoj vezi. Od različitih vrsta terapije, najviše sudionika (njih 40%) prima ili je primalo lijekove (kemoterapija, ciljana terapija, imunoterapija, hormonska terapija), a drugi najučestaliji oblik liječenja bila je kombinacija kirurškog liječenja, radioterapija i lijekova (36,9%). Njih 60% u trenutku ispunjavanja upitnika primalo je terapiju. Sudionicama je rak dijagnosticiran u periodu od 2011. do 2021., s tim da u posljednje tri godine oboljelo 54% sudionika.

Među prikupljenim podacima svega je 22 para, koji su identificirani uz pomoć šifri. Kriterij je bio da je jedan član para osoba oboljela od raka, a drugi član je njegov/njezin partner s kojim je osoba bila u partnerskom odnosu tijekom dijagnoze i/ili terapije. Prosječno trajanje partnerskog odnosa u ovom uzorku je 23,3 godine. U uzorku parova, većina sudionika je u braku, dok je njih 17,4% u ljubavnoj vezi. Oboljeli sudionici iz ovog uzorka uglavnom su žene (81,8%), prosječne dobi 45 godina. Većina sudionika iz uzorka parova kojima je dijagnosticiran rak ima završen fakultet (40,9%), zatim slijedi završena srednja škola (31,8%), završena viša škola (13,64%), završeno poslijediplomsko obrazovanje (9,1%) te završena ili nezavršena osnovna škola (4,5%). U ovom uzorku najčešća dijagnoza je rak dojke (59%), a većina sudionika (63,6%) oboljela je u posljednje tri godine. Najčešći primijenjeni oblik liječenja bila je kombinacija kirurškog liječenja, radioterapija i lijekova (45,5%), a zatim terapija lijekovima: kemoterapija, ciljana terapija, imunoterapija, hormonska terapija (31,2%). U trenutku provedbe istraživanja, većina sudionika (njih 63,6%) primalo je terapiju. Što se tiče partnera iz ovog uzorka, uglavnom su muškarci (81,8%), a prosječna dob iznosi 46 godina. U uzorku partnera najčešća postignuta razina obrazovanja je završena srednja škola (50%), zatim slijedi završen fakultet (36,4%), završena viša škola (9,1%), te završena ili nezavršena osnovna škola (4,5%).

5.2. Mjerni instrumenti

Na samom početku primijenjen je upitnik općih podataka, u sklopu kojeg je postavljeno nekoliko uvodnih pitanja o dobi, spolu, razini obrazovanja, godini dijagnoze, vrsti bolesti i liječenja te trajanju ljubavne veze (ili braka). Zatim su primijenjena dvije skale:

- „*Upitnik emocionalne kompetentnosti*“ (UEK-45, Takšić, 2002): Ovaj upitnik je skraćena verzija Upitnika emocionalne inteligencije UEK-136 (Takšić, 1998) koji je napravljen po modelu utemeljitelja koncepta EI, Mayera i Saloveya (1996.; 1997.). Sastoji se od tri subskale koje su namijenjene mjerenju: sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija (15 čestica; npr. *'Kada sretnem poznanika, odmah shvatim kako je raspoložen'*), sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija (14 čestica; npr. *'Gotovo uvijek mogu riječima opisati svoje osjećaje i emocije'*) te sposobnosti upravljanja emocijama (16 čestica; npr. *'Dobro raspoloženje mogu zadržati i ako mi se nešto loše dogodi'*). Što se tiče psihometrijskih karakteristika upitnika, uglavnom su dobre: pouzdanost cijelog Upitnika u različitim uzorcima iznosi od 0,88 do 0,92 (Takšić i sur., 2006). U domaćem istraživanju dobivene su visoke vrijednosti Cronbachovog koeficijenta za sve subskale, u rasponu od 0,88 do 0,96 (Dominic, 2018). Također, i u ovom istraživanju su dobivene slične vrijednosti Cronbach alpha: za ukupnu skalu 0,94, za Skalu uočavanja i razumijevanja emocija 0,94, za Skalu imenovanja i izražavanja emocija 0,90 te za Skalu regulacije i upravljanja emocijama 0,84. Upitnik emocionalne kompetentnosti služi za procjenjivanje emocionalne inteligencije kao osobine ličnosti. Ipak, postoje kritike da bi samo testovi sposobnosti trebali biti mjera inteligencije, a ovdje se radi o upitniku samoprocjene, pa su se autori odlučili za sintagmu "emocionalna kompetentnost" (Takšić i sur., 2006).

Zadatak sudionika bio je odgovoriti na postavljena pitanja po prvom dojmu i bez previše razmišljanja o njima, odnosno na skali od 1 do 5 procijeniti koliko se pojedinačne tvrdnje odnose na njih.

- „*Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa*“ (eng. Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS- 42, Lovibond i Lovibond, 1995; Reić Ercegovac i Penezić, 2012): razvijena je nastojanjem autora da naprave skalu za samoprocjenu depresivnosti i anksioznosti koja će uključivati cijeli raspon sržnih simptoma tih dvaju stanja, a istovremeno zadovoljiti psihometrijske kriterije i omogućiti maksimalnu diskriminaciju između skala.

Verzija skale korištene u ovom istraživanju sastoji se od 42 čestice koje u izvorniku pokazuju trofaktorsku strukturu i tvore subskalu depresivnosti (npr. *'Čini mi se da sam*

za sve izgubila interes'), subskalu anksioznosti (npr. 'Malo mi nedostaje da me uhvati panika') te subskalu stresa (npr. 'Teško mi je prepustiti se opuštanju'). Svaka subskala ima jednak broj čestica- 14. Subskala depresivnosti ispituje simptome disforije, vlastitog obezvrjeđivanja, beznadnosti, nedostatka interesa i apatije. Nadalje, subskala anksioznosti obuhvaća situacijsku anksioznost te pobuđenost autonomnog sustava. Skala stresa odnosi se na pokazatelje kronične, nespecifične pobuđenosti, uznemirenost, nestrpljenje, poteškoće opuštanja i sl. Sudionici odgovaraju zaokruživanjem broja koji najviše vrijedi za njih, od 0 – uopće se ne odnosi na mene, do 3 – potpuno se odnosi na mene. Ukupan rezultat oblikuje se kao linearna kombinacija rezultata na pojedinim subskalama. Lovibond i Lovibond (1995) uvode 5 kategorija ovisno o razini izraženosti simptoma, odnosno postignutom rezultatu te se tako definira normalna, umjerena, blaga, ozbiljna i vrlo ozbiljna razina depresivnosti, anksioznosti i stresa.

Po pitanju valjanosti subskala, autori skale izvještavaju o povezanosti subskale anksioznosti s Beckovim inventarom anksioznosti (BAI) od 0,81 te o korelaciji subskale depresivnosti s Beckovom skalom depresivnosti 0,74 (Lovibond i Lovibond, 1995). U istraživanju na hrvatskom uzorku dobivena je zadovoljavajuća pouzdanost: za subskalu depresivnosti Cronbach alpha iznosi 0,92; za subskalu anksioznosti 0,81 te za subskalu stresa 0,89 (Ercegovac i Penezić, 2011). Također, na uzorku hrvatskih studenata dobivene su visoke vrijednosti Cronbachovih koeficijenata za subskale depresivnosti i anksioznosti (Mamić, 2016). Provjerom na stranom uzorku osoba oboljelih od raka, Fox i sur. (2018) zaključuju da DASS ima zadovoljavajuća psihometrijska svojstva te da je korisna skala za procjenu uznemirenosti kod specifičnog kliničkog uzorka. U ovom istraživanju dobiveni su sljedeći Cronbach alpha koeficijenti: za skalu depresivnosti 0,94, za skalu anksioznosti 0,90 te za skalu stresa 0,93.

5.3. Postupak

Upitnik je konstruiran online te distribuiran u periodu od svibnja 2021. do srpnja 2021. Upitnik i zamolba za ispunjavanje poslani su brojnim *Facebook* grupama čiji je sadržaj vezan uz rak i podršku oboljelim ljudima (najveću pomoć pružile su udruge *Nismo same*, *Caspera*, *Klub žena liječenih na dojci Split*). U dvije posljednje navedene udruge koje se nalaze u Splitu, omogućen je i susret s oboljelim ženama, gdje im je ukratko objašnjena svrha istraživanja i iznesen poziv za sudjelovanje. S obzirom da je glavni cilj bio skupiti dijadne podatke, na samom početku upitnika sudionici su zamoljeni da sa svojim partnerom kreiraju šifru te da pod istom šifrom riješe odvojeno upitnik za partnera i za osobu oboljelu od raka. Unatoč uputama, ispunjavanju

upitnika značajan broj sudionika (njih 51%) pristupilo je samostalno, što je kasnije utjecalo na tijek istraživanja. Nadalje, u uvodnom dijelu objašnjena je svrha istraživanja, kao i to da će svi podaci biti anonimni i korišteni samo za diplomski rad na Sveučilištu u Zadru. Sudionicima je i jasno naznačeno da ako iz bilo kojeg razloga žele odustati, to mogu učiniti bilo kada. Nakon uvodnih pitanja, slijedio je Upitnik emocionalne kompetentnosti te Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa. Na samom kraju, sudionici su dobili priliku napisati vlastiti komentar u kojem su mogli naznačiti što se njima čini važnim te dati prijedloge. Prosječno vrijeme ispunjavanja upitnika bilo je oko 10 minuta.

6. REZULTATI

Prije analize podataka, bilo je potrebno provjeriti jesu li varijable normalno distribuirane kako bi se opravdalo korištenje parametrijske inferencijalne statistike. U Tablici 1. mogu se vidjeti rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa normalnosti distribucije, indeksi spljoštenosti i asimetričnosti te deskriptivni parametri za korištene varijable na uzorku osoba oboljelih od raka (N=65).

Tablica 1. Prikaz rezultata Kolmogorov-Smirnovljeva testa, indeksa asimetričnosti i spljoštenosti te deskriptivnih parametara za ispitivane varijable: emocionalnu inteligenciju (ukupno i po subskalama), depresivnost, anksioznost i stres

| | <i>Asimetričnost</i> | <i>Spljoštenost</i> | <i>K-S</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Apsolutni raspon rezultata</i> | <i>Postignuti raspon rezultata</i> |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|------------|----------|-----------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Emocionalna inteligencija | -1.14 | 2,57 | 0,09 | 3,72 | 0,48 | 1-5 | 1,89-4,69 |
| Uočavanje i razumijevanje emocija | -0,83 | 1,01 | 0,15* | 3,71 | 0,64 | 1-5 | 1,87-4,87 |
| Izražavanje i imenovanje emocija | -1,14 | 3,15 | 0,13 | 3,71 | 0,59 | 1-5 | 1,29-4,64 |
| Regulacija i upravljanje emocijama | -0,03 | 0,6 | 0,09 | 3,74 | 0,5 | 1-5 | 2,44-5,00 |
| Depresivnost | 1,21 | 0,81 | 0,21** | 9,8 | 10,02 | 0-42 | 0-40 |
| Anksioznost | 0,52 | -0,49 | 0,09 | 12,37 | 8,77 | 0-42 | 0-33 |
| Stres | 0,16 | -0,72 | 0,07 | 16,89 | 10,09 | 0-42 | 0-41 |

Legenda: * $p < 0,15$, ** $p < 0,01$

M- aritmetička sredina

SD- standardna devijacija

U Tablici 1 može se primijetiti da određene varijable odstupaju od normalne distribucije. Kolmogorov Smirnovljev test ukazuje da se distribucije rezultata na subskali Uočavanja i razumijevanja emocija te Depresivnosti značajno razlikuju od normalne distribucije. Najveće

odstupanje pronađeno je za subskalu Depresivnosti, koja ima oblik pozitivno asimetrične, platikurtične distribucije, što znači da su rezultati pomaknuti prema nižim vrijednostima. Kline (2011) smatra da su potrebni manje strogi kriteriji u određivanju normalnosti distribucije te da distribucija ne odstupa ozbiljno od normalne ako je vrijednost indeksa asimetričnosti manja od ± 3 , a vrijednost indeksa spljoštenosti manja od ± 10 . S obzirom na to da su svi indeksi u dozvoljenom rasponu (Tablica 1), zaključuje se da normalnost distribucije nije ozbiljno narušena i primijenit će se parametrijska inferencijalna statistika.

Također, izračunati su deskriptivni parametri za izmjerene varijable (aritmetička sredina, standardna devijacija, teorijski i postignuti raspon). U Tablici 1 vidi se da sudionici postižu iste prosječne razine u ukupnoj EI i trima komponentama te da postignuti rezultati spadaju u srednje vrijednosti. Gledajući teorijski raspon rezultata, uočljivo je da sudionici postižu skoro gornji granični rezultat depresivnosti i stresa te nešto niži kod anksioznosti. Kako bi se detaljnije analizirale razine emocionalne uznemirenosti, u Tablici 2 prikazane su zastupljenosti sudionika u kategorijama od normalne do vrlo ozbiljne razine uznemirenosti. Lovibond i Lovibond (1995) predlažu granične vrijednosti za svaku pojedinu skalu kako bi se lakše interpretirali dobiveni rezultati (npr. za depresivnost: od 0 do 9 - normalna razina, od 10 do 13 - blaga razina, od 14 do 20 - umjerena razina, od 21 do 27 - ozbiljna razina, više od 28 - vrlo ozbiljna razina). Prema toj klasifikaciji, prosječan rezultat na skali depresivnosti i skali stresa spada u kategoriju blage razine, dok prosječan rezultat na skali anksioznosti spada u kategoriju umjerene razine.

Tablica 2. Prikaz zastupljenosti kategorija uznemirenosti (od normalne do vrlo ozbiljne) na uzorku oboljelih (N=65)

| Razina | Depresivnost | Anksioznost | Stres |
|---------------|--------------|-------------|-------|
| Normalna | 67,7% | 35,4% | 43,1% |
| Blaga | 4,6% | 7,7% | 13,8% |
| Umjerena | 7,7% | 23,1% | 24,6% |
| Ozbiljna | 13,8% | 13,8% | 13,8% |
| Vrlo ozbiljna | 6,2% | 20% | 4,6% |

Iz Tablice 2. uočava se da većina sudionika (68%) postiže normalnu razinu depresivnosti te da mali broj sudionika spada u kategoriju vrlo ozbiljne depresivnosti (6,2%). Što se tiče anksioznosti, rezultati otprilike 40 % sudionika u rasponu su normalne i blage anksioznosti,

ali uočava se nešto veći broj sudionika s vrlo ozbiljnom anksioznošću (njih čak 13). Dakle, više od polovice sudionika (otprilike 60%) umjerenu, ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu anksioznost. U odnosu na druge komponente uznemirenosti, kod stresa je najmanje zastupljena zadnja kategorija: samo 4,6% sudionika doživljava vrlo ozbiljne razine stresa. Ukupno gledajući, više od polovine sudionika postiže normalnu i blagu razinu stresa (60%), dok u raspon umjerene razine stresa ulaze rezultati 24,6% sudionika.

Kako bi se odgovorilo na prvi problem, odnosno kako bi se ispitala povezanost emocionalne inteligencije i emocionalne uznemirenosti izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije te su vrijednosti prikazane u Tablici 3.

Tablica 3. Vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacija između subskala emocionalne inteligencije i emocionalne uznemirenosti (N=65)

| | Depresivnost | Anksioznost | Stres |
|------------------------------------|--------------|-------------|--------|
| Emocionalna inteligencija | -0,51* | -0,23 | -0,37* |
| Uočavanje i razumijevanje emocija | -0,37* | -0,12 | -0,21 |
| Izražavanje i imenovanje emocija | -0,48* | -0,27* | -0,35* |
| Regulacija i upravljanje emocijama | -0,44* | -0,20 | -0,39* |

Legenda: * $p < 0,05$

Iz Tablice 3. uočava se da je pronađena statistički značajna negativna povezanost između depresivnosti i svih aspekata emocionalne inteligencije (ukupna EI i rezultati na subskalama). Iz toga se zaključuje da emocionalno sposobnije osobe doživljavaju niže razine depresivnosti. Uočava se da je anksioznost jedino značajno negativno povezana s komponentnom 'Izražavanje i imenovanje emocija'. Sudionici koji su bolji u izražavanju i imenovanju emocija izvješćuju o nižoj anksioznosti. Pokazalo se da je stres statistički značajno negativno povezan s ukupnom emocionalnom inteligencijom, izražavanjem i imenovanjem emocija te regulacijom i upravljanjem emocijama. Zaključuje se da emocionalno sposobniji sudionici doživljavaju manje stresa.

Kako bi se odgovorilo na drugi problem ovog istraživanja, odnosno provjerile razlike među poduzorcima, za početak je proveden Levenov test homogenosti varijanci.

Tablica 4. Rezultati Levenovog testa za ispitivanje razlika u depresivnosti, anksioznosti i stresu s obzirom na primanje/neprimanje terapije

| | <i>Levene - F(1,df)</i> | <i>df – Levene</i> | <i>p - Levene</i> |
|--------------|-------------------------|--------------------|-------------------|
| Depresivnost | 0,07 | 63 | 0,78 |
| Anksioznost | 0,05 | 63 | 0,81 |
| Stres | 0,01 | 63 | 0,95 |

Tablica 5. Rezultati Levenovog testa za ispitivanje razlika u depresivnosti, anksioznosti i stresu s obzirom na godinu dijagnoze (ranije/kasnije oboljeli)

| | <i>Levene - F(1,df)</i> | <i>df – Levene</i> | <i>p - Levene</i> |
|--------------|-------------------------|--------------------|-------------------|
| Depresivnost | 3,66 | 63 | 0,06 |
| Anksioznost | 3,6 | 63 | 0,06 |
| Stres | 0,59 | 63 | 0,45 |

Rezultati Levenovog testa nisu pokazali značajne razlike u varijancama između skupine koja prima terapiju i skupine koja ne prima terapiju u trenutku provedbe istraživanja, niti u varijancama između ranije i kasnije oboljelih sudionika, odnosno sudionika oboljelih u periodu od 2011. do 2018. godine i oboljelih u periodu od 2018. (uključujući tu godinu) do 2021. godine (Tablica 4, Tablica 5). Stoga, provedeni su t-testovi za nezavisne uzorke s ciljem utvrđivanja razlike u razinama uznemirenosti između ispitanih poduzoraka.

Tablica 6. Rezultati t-testa pri računanju razlike u depresivnosti, anksioznosti i stresu s obzirom na primanje/neprimanje terapije

| | <i>M</i> -skupina 1 | <i>M</i> – skupina 2 | <i>t</i> -vrijednost | <i>Df</i> | <i>P</i> |
|--------------|---------------------|----------------------|----------------------|-----------|----------|
| Depresivnost | 9,38 | 10,01 | -0,27 | 63 | 0,79 |
| Anksioznost | 10,58 | 13,56 | -1,35 | 63 | 0,18 |
| Stres | 16,35 | 17,26 | -0,35 | 63 | 0,72 |

Legenda: Skupina 1- sudionici nisu primali terapiju u trenutku provedbe istraživanja (N=26)

Skupina 2- sudionici koji su primali terapiju u trenutku provedbe istraživanja (N=39)

Tablica 7. Rezultati t-testa pri računanju razlike u depresivnosti, anksioznosti i stresu s obzirom na godinu dijagnoze (ranije/kasnije oboljeli)

| | <i>M</i> -skupina 1 | <i>M</i> – skupina 2 | <i>t</i> -vrijednost | <i>Df</i> | <i>P</i> |
|--------------|---------------------|----------------------|----------------------|-----------|----------|
| Depresivnost | 10,2 | 9,45 | 0,29 | 63 | 0,76 |
| Anksioznost | 12,13 | 12,57 | -0,19 | 63 | 0,84 |
| Stres | 17,26 | 16,57 | 0,27 | 63 | 0,78 |

Legenda: Skupina 1- sudionici kojima je rak dijagnosticiran prije 2018. (N=30)

Skupina 2- sudionici kojima je rak dijagnosticiran od 2018. do 2021. (N=35)

Nije pronađena statistički značajna razlika između sudionika koji su primali terapiju u trenutku sudjelovanja u istraživanju i onih koji nisu primali terapiju (Tablica 7). Također, razlika nije pronađena ni između sudionika kojima je rak dijagnosticiran prije 2018. i onih kojima je dijagnosticiran tijekom 2018. i kasnije. Zaključno, sudionici imaju podjednake razine depresivnosti, anksioznosti i stresa, neovisno o godini oboljenja i primanju terapije.

Treći problem odnosio se na parove koji su sudjelovali u istraživanju, stoga su izračunati deskriptivni parametri, indeksi asimetričnosti i spljoštenosti te je proveden Kolmogorov-Smirnovljev test za ispitivane varijable na skupini oboljelih sudionika i skupini njihovih partnera iz uzorka parova.

Tablica 8. Prikaz rezultata Kolmogorov-Smirnovljeva testa, indeksa asimetričnosti i spljoštenosti te deskriptivnih parametara za ispitivane varijable u skupini oboljelih (N=22) i skupini partnera (N=22) iz uzorka parova

| | Oboljeli | | | | | | Partneri | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|------------|----------|-----------|----------|----------------------|---------------------|------------|----------|-----------|----------|
| | <i>Asimetričnost</i> | <i>Spljoštenost</i> | <i>K-S</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>R</i> | <i>Asimetričnost</i> | <i>Spljoštenost</i> | <i>K-S</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>R</i> |
| Emocionalna inteligencija | -0,7 | 0,29 | 0,15 | 3,88 | 0,38 | 1,55 | 0,56 | -0,15 | 0,09 | 3,41 | 0,51 | 1,8 |
| Uočavanje i razumijevanja emocija | -0,28 | 0,32 | 0,09 | 3,83 | 0,62 | 2,54 | 1,29 | 2,24 | 0,21 | 3,24 | 0,58 | 2,40 |
| Izražavanje i imenovanje Emocija | -0,51 | -0,02 | 0,14 | 3,91 | 0,48 | 1,71 | 0,08 | -0,79 | 0,13 | 3,29 | 0,71 | 2,50 |
| Regulacija i upravljanje emocijama | 0,62 | 1,09 | 0,1 | 3,90 | 0,41 | 1,81 | 0,05 | -0,6 | 0,11 | 3,68 | 0,48 | 1,81 |
| Depresivnost | 0,99 | 0,05 | 0,18 | 5,86 | 6,45 | 20 | 1,35 | 1,26 | 0,28** | 8,95 | 10,89 | 39 |
| Anksioznost | 0,32 | -1,14 | 0,14 | 10,68 | 8,74 | 27 | 1,12 | -0,07 | 0,22* | 8,18 | 9,04 | 29 |
| Stres | 0,41 | -0,95 | 0,12 | 14,18 | 10,22 | 34 | 0,61 | -0,41 | 0,12 | 13,5 | 9,94 | 36 |

Legenda: *M*-aritmetička sredina

SD- standardna devijacija

R- postignuti raspon rezultata

* $p < 0,15$

** $p < 0,05$

Rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa pokazuju da su gotovo sve varijable normalno distribuirane, dok se iznimka uočava kod depresivnosti i anksioznosti u skupini oboljelih. Najveće odstupanje pronađeno je za skalu depresivnosti, distribucija je platikurtična i pomaknuta prema nižim vrijednostima. Ipak, uzimajući u obzir dopušteni raspon indeksa asimetričnosti i spljoštenosti (Kline, 2011), navedeni rezultati mogu se smatrati normalno distribuiranima.

Nadalje, pogledom na deskriptivne parametre uočava se da sudionici iz skupine oboljelih od raka postižu prosječan rezultat u emocionalnoj inteligenciji (i dimenzijama EI) koji naginje prema višim vrijednostima. U usporedbi s njima, kao i s uzorkom svih oboljelih, partneri pokazuju nešto nižu prosječnu emocionalnu inteligenciju. Navedena razlika najmanja je kod dimenzije regulacije i upravljanja emocija, kod koje sudionici iz dviju skupinu postižu podjednake rezultate. Pogledom na emocionalnu uznemirenost, vidljivo je da oboljeli i partneri postižu podjednake prosječne vrijednosti. Specifičnije, prosječan rezultat depresivnosti i stresa kod obje skupine spada u normalnu razinu uznemirenosti. Oboljeli sudionici iz ovog poduzorka izvješćuju o prosječnoj umjerenoj anksioznosti, dok partneri prosječno doživljavaju blagu anksioznost.

Tablica 9. Prikaz zastupljenosti kategorija uznemirenosti (od normalne do vrlo ozbiljne) u skupini oboljelih (N=22) i skupini partnera (N=22) iz uzorka parova

| Razina | Oboljeli | | | Partneri | | |
|---------------|--------------|-------------|-------|--------------|-------------|-------|
| | Depresivnost | Anksioznost | Stres | Depresivnost | Anksioznost | Stres |
| Normalna | 72,7% | 40,9% | 54,5% | 63,6% | 59,1% | 63,6% |
| Blaga | 13,6% | 9,1% | 9,1% | 0,0% | 9,1% | 9,1% |
| Umjerena | 13,6% | 13,6% | 22,7% | 18,2% | 9,1% | 13,6% |
| Ozbiljna | 0,0% | 18,2% | 9,1% | 9,1% | 0,0% | 9,1% |
| Vrlo ozbiljna | 0,0% | 18,2% | 4,5% | 9,1% | 22,7% | 4,5% |

Iz Tablice 9. uočava se da većina oboljelih sudionika iz uzorka parova izvješćuje o normalnoj razini depresivnosti (72,7%), kao i većina partnera (63,6%), što je rezultat podjednak onom pronađenom na ukupnom uzorku sudionika kojima je dijagnosticiran rak. Razlika se pronalazi

za ozbiljnu i vrlo ozbiljnu kategoriju jer niti jedan oboljeli sudionik iz ovog poduzorka ne doživljava navedene razine depresivnosti. Nadalje, kod anksioznosti nešto više sudionika iz skupine parova (njih 59,1%) ulazi u kategoriju normalne razine u odnosu na oboljele iz uzorka parova (40,9%) i ukupnog uzorka oboljelih (35,4%). Kod kategorije vrlo ozbiljne razine, u svim skupinama uočava se najveća zastupljenost za anksioznost (postotak ide u rasponu od 18,2% do 22,7%). Također, nešto više partnera izvješćuje o normalnoj razini stresa (63,6%) u odnosu na oboljele iz uzorka parova (54,5%) i ukupnog uzorka (43,1%).

S ciljem odgovaranja na treći problem, odnosno ispitivanja povezanosti emocionalne inteligencije jednog partnera i uznemirenosti drugog partnera, izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije te su prikazani u Tablicama 13. i 14.

Tablica 10. Vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacija između emocionalne inteligencije oboljele osobe te depresivnosti, anksioznosti i stresa partnera

| | Depresivnost | Anksioznost | Stres |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------|
| Emocionalna inteligencija | -0,23 | -0,30 | -0,34 |
| Uočavanje i razumijevanje emocija | -0,12 | -0,32 | -0,24 |
| Izražavanje i imenovanje emocija | -0,28 | -0,32 | -0,35 |
| Regulacija i upravljanje emocijama | -0,17 | -0,03 | -0,20 |

Tablica 11. Vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacija između emocionalne inteligencije partnera oboljele osobe te depresivnosti, anksioznosti i stresa oboljele osobe

| | Depresivnost | Anksioznost | Stres |
|------------------------------------|--------------|-------------|-------|
| Emocionalna inteligencija | 0,14 | 0,13 | 0,04 |
| Uočavanje i razumijevanje emocija | 0,20 | 0,14 | 0,04 |
| Izražavanje i imenovanje emocija | 0,31 | 0,30 | 0,14 |
| Regulacija i upravljanje emocijama | -0,19 | -0,14 | -0,08 |

Nije pronađen značajan partnerski efekt emocionalne inteligencije jednog člana para na emocionalnu uznemirenost drugog člana. Specifičnije, nije pronađena statistički značajna povezanost između emocionalne inteligencije oboljele osobe i razine emocionalne uznemirenosti partnera; ni obrnuto (Tablica 10, Tablica 11).

7. RASPRAVA

Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati emocionalnu inteligenciju i emocionalnu uznemirenost osoba oboljelih od raka i njihovih partnera. Suočavanje sa životno ugrožavajućom bolešću pred ljude stavlja različite „zadatke prilagodbe“ ovisno o vrsti i stadiju bolesti (Havelka, 2002) te izaziva raznolike emocije, među kojima prevladavaju strah, tuga, bespomoćnost, krivnja te intenzivan stres (Sušac, 2018). Emocionalna uznemirenost može imati vrlo važan utjecaj na zdravlje i dobrobit pacijenta (Thomas i sur., 2011), stoga je važno pratiti i istražiti aspekte uznemirenosti s krajnjim ciljem poboljšanja kvalitete života ljudi oboljelih od raka. Emocionalna inteligencija pokazala se važnim faktorom u prilagodbi na različite životne okolnosti, te se očekuje da veće razine percepcije, razumijevanja i reguliranja emocija mogu biti korisne u generiranju bolje prilagođenih odgovora na stresnu situaciju kao što je otkriće raka (Rey i sur, 2013).

Iako je prvi problem ovog istraživanja bio je ispitati odnos EI i emocionalne uznemirenosti osoba oboljelih od raka, prije samo rasprave o dobivenim rezultatima važno je osvrnuti se na prikaz zastupljenosti kategorija izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa na uzorku oboljelih. Određena istraživanja ukazuju na više razine anksioznosti i depresivnosti kod ljudi oboljelih od raka, pa je tako u istraživanju Nikbakhsh i suradnika (2014) pronađeno da gotovo polovica sudionika izvješćuje o umjerenim razinama anksioznosti i depresivnosti. U ovom istraživanju većina sudionika ima normalne i blage razine depresivnosti i stresa, dok se nešto više zastupljenosti posljednje kategorije ('vrlo ozbiljna') javlja kod anksioznosti (20%). Također, gledajući tri kategorije izraženosti zajedno, nešto više od pola sudionika postiže umjerenu, ozbiljnu ili vrlo ozbiljnu anksioznost. U ovom istraživanju vrlo je važno imati na umu vrijeme provedbe, odnosno prisutnost pandemije bolesti COVID-19. S obzirom na nestabilnost zdravstvene skrbi u jeku pandemije, kao i opasnost od izloženosti samoj bolesti, za očekivati je da bi pandemija mogla povećati razine depresivnosti, anksioznosti i stresa kod ovog kliničkog uzorka. Zanimljivo je usporediti naše rezultate s rezultatima dobivenim na uzorku hrvatskih zdravstvenih djelatnika, koji kao 'prva linija obrane' od bolesti spadaju među

najizloženije skupine (Pačić-Turk i sur., 2020). Ipak, autori ne pronalaze povećane razine emocionalne uznemirenosti, štoviše dobivene su relativno niske razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Usporedbom rezultata tog istraživanja s našim, može se zaključiti da sudionici oboljeli od raka imaju slične razine depresivnosti i stresa te nešto više razine anksioznosti u odnosu na uzorak zdravstvenih djelatnika. Jedno od ponuđenih objašnjenja u radu (Pačić-Turk i sur., 2020) je da su zdravstveni djelatnici mogli razviti efikasne mehanizme suočavanja i otpornost u stresnim situacijama tijekom dugogodišnjeg radnog vijeka. Na tragu tih objašnjenja, na uzorak oboljelih možemo gledati kao na osobe koje se već određeni period bore s bolešću (kao i s pandemijom) te su potencijalno razvile strategije suočavanja koje im olakšavaju nošenje s neizvjesnom situacijom. Nadalje, brojna su istraživanja provedena na uzorku studenata u vrijeme pandemije, kako bi se dobio uvid u njihovo akademsko funkcioniranje i psihološku dobrobit tijekom ovog neizvjesnog razdoblja. U istraživanju na velikom uzorku hrvatskih studenata dva mjeseca nakon *lockdowna* (Živčić-Bećirević i sur., 2021) prosječni rezultati spadaju u kategoriju blage depresivnosti. Prosječno blagu depresivnost pronalazimo i u našem uzorku onkoloških pacijenata, kao i sličnu zastupljenost kategorija (od normalne do vrlo ozbiljne depresivnosti) u usporedbi s nekliničkim uzorkom studenata. Navedene usporedbe zanimljive su i ukazuju na podjednake razine emocionalne uznemirenosti u kliničkom uzorku ovog istraživanja i nekliničkim skupinama tijekom pandemije. Ipak, autori (Živčić-Bećirević i sur., 2021) naglašavaju da veće razine depresivnosti nisu ni bile očekivane s obzirom na to da je u trenutku ispunjavanja upitnika prošao određen period (2 mjeseca) od kraja *lockdowna* kad se život postepeno počeo vraćati u normalu. U našem je pak istraživanju prošlo godinu dana od prvog zatvaranja i vrlo restriktivnih mjera te možda nisu u potpunosti zahvaćeni efekti pandemije na uznemirenost onkoloških pacijenata. Stoga, korisno je razmotriti i drugačija istraživanja, odnosno ona provedena na nekliničkim uzorcima prije pandemije. Uzimajući u obzir granične vrijednosti, kod sudionika je pronađena prosječno umjerena razina anksioznosti te razina depresivnosti na granici blage i umjerene (Mamić, 2016), što se podudara s obrascem anksioznosti u ovom istraživanju, dok je čak nešto niža razina depresivnosti pronađena kod onkoloških pacijenata. Sve navedeno ukazuje na pozitivan zaključak da su pronađene tek blage razine uznemirenosti, iako se radi o kliničkom uzorku u vrijeme pandemije. Također, neka dosadašnja istraživanja provedena prije pandemije na uzorku oboljelih od raka izvješćuju o sniženim razinama anksioznosti i depresivnosti (Reljić, 2018; Stanton i Bower, 2015). Dakle, sudionici našeg istraživanja nisu pokazali značajno povećane razine uznemirenosti, već razine slične onima pronađenim na nekliničkim uzorcima kao što su studenti. Ipak, za dobivanje jasnije slike o pojavnosti depresivnosti, anksioznosti i stresa u ovoj

skupini ključno bi bilo omogućiti praćenje od trenutka dijagnoze, preko tretmana do perioda nakon izlječenja.

Emocionalna inteligencija pokazala se zaštitnim faktorom od različitih negativnih ishoda (Davis i Nichols, 2016) te se prema definiciji može očekivati pozitivan učinak na zdravlje putem minimiziranja štetnih efekata neugodnih emocija ili djelovanjem na aktivno suočavanje i pozitivniji doživljaj situacije (Salovey i sur., 1999). Stoga je prvi problem ovog istraživanja bio ispitati odnos EI i depresivnosti, anksioznosti i stresa te se očekivala negativna povezanost navedenih varijabli. Rezultati pokazuju da su dimenzije emocionalne inteligencije odnosno emocionalne kompetentnosti pretežno negativno povezane s emocionalnom uznemirenošću koju smo definirali kao depresivnost, anksioznost i stres, što je u skladu s očekivanjima. Najveća negativna povezanost pronađena je između ukupne EI i depresivnosti sudionika. Sudionici koji postižu više rezultate na upitniku EI, izvješćuju o nižim razinama depresivnosti, anksioznosti i stresa. Nalazi ovog istraživanja u skladu su s dosadašnjim pronalascima kako na nekliničkom uzorku (Kousha i sur., 2018), tako i specifično kod ljudi oboljelih od raka (Amirifard i sur., 2017). Određene povezanosti koje se nisu pokazale značajnima (Tablica 4) negativnog su predznaka i blizu praga značajnosti, stoga nepronalaženje povezanosti se prije može pripisati određenim metodološkim nedostacima poput malog broja ispitanika, nego stvarnom nepostojanju povezanosti. Specifičnije, anksioznost se nije pokazala povezanom s ukupnom emocionalnom inteligencijom, ali dobivena je negativna povezanost anksioznosti i dimenzije izražavanja i imenovanja emocija. Taj podatak ukazuje na važnost da se uz ukupan rezultat na emocionalnoj inteligenciji, analiziraju i dimenzije tog konstrukta kako bi se dobile detaljnije informacije i otkrilo koji su pojedini aspekti povezani s određenim domenama funkcioniranja. Nadalje, neka su istraživanja ukazala na negativne efekte EI na mentalno zdravlje, pa su tako pronađene više razine stresa kod ljudi koji bolje percipiraju emocije (Ciarrochi i sur., 2002) te slabija sposobnost popravljanja neugodnih emocija kod ljudi koji posvećuju preveliku pažnju emocijama (Guil i sur., 2020). Ipak, u ovom istraživanju svi su aspekti EI negativno povezani s pokazateljima emocionalne uznemirenosti. Mjera EI korištena u ovom istraživanju (UEK-45) koncipirana je u tri subskale, od kojih jedna objedinjuje sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija. Povezanost te subskale s varijablama iz DASS upitnika je najmanja, ali negativna i u jednom slučaju značajna. Stoga, ovom mjerom ne možemo zasebno zahvatiti aspekt percepcije emocija. Samim time, ne mogu se provjeriti nalazi određenih istraživanja koja pronalaze pozitivnu povezanost između percepcije emocija i emocionalne uznemirenosti. Osim negativnih efekata bolesti na psihološko funkcioniranje, novija istraživanja ukazuju i na određene pozitivne ishode. Usporedbom samoprocjene sposobnosti EI, Guil i sur. (2020)

pronalaze zanimljiv podatak da su se žene oboljele od raka dojke procijenile kompetentnijima u regulaciji raspoloženja i emocija u odnosu na kontrolnu skupinu. Takvi rezultati u skladu s modelom koji ističe promjene koje bolest donosi, poput promjena u suočavanju s traumatskim situacijama (Deshields i sur., 2016). Model se temelji na ideji neprestane prilagodbe reakcija na bolest na temelju subjektivnih tumačenja i iskustava, što utječe na položaj oboljelog na kontinuumu otpornost-uznemirenost. Upravo takvim prilagodbama, odnosno kao rezultat borbe i napora oboljelog da se nosi s tim događajem može doći do pozitivne promjene i rasta.

Kako bi dodatno analizirali dobivene podatke, drugi problem bio je ispitati eventualno postojanje razlika u uzorku oboljelih s obzirom na trenutno primanje/neprimanje terapije i godinu oboljenja. Medicinsko liječenje sa sobom donosi nuspojave i neizvjesnost, stoga se očekivalo da će sudionici koji primaju terapiju u trenutku ispunjavanja upitnika biti anksiozniji, depresivniji i više pod stresom u odnosu na sudionike koji ne primaju terapiju. Svaki boravak u bolnici, neovisno o težini simptoma i trajanju, može izazvati emocionalne teškoće i pobuditi napetost i potištenost (Havelka, 2002). Ipak, u ovom istraživanju nije pronađena razlika između navedenih skupina, stoga se odbacuje prvi dio druge hipoteze. Sudionici koji su trenutno u tretmanu i oni koji nisu izvješćuju o podjednakim razinama emocionalne uznemirenosti. U istraživanju se očekivala veća razina depresije kod sudionica koje su na aktivnoj kemoterapiji u odnosu na one koje su na praćenju, međutim razlika nije pronađena (Antunović, 2017). Ti su nalazi u skladu s ovdje dobivenim rezultatima, ali treba imati na umu da su oba istraživanja imala mali broj sudionika (otprilike 60). Potencijalno objašnjenje je da oni čije je liječenje trenutno u tijeku vjeruju u efikasnost tretmana i smatraju da poduzimaju sve potrebno, što im ostavlja prostora da se usmjere na iskazivanje emocija, razgovor i time postignu pozitivnije viđenje situacije i bolje podnošenje uznemirenosti (Reljić 2018). Što se tiče razlika između različitih načina liječenja, sudionici koji su primali kemoterapiju bili su depresivniji od sudionika koji su se liječili zračenjem, dok za anksioznost razlika nije pronađena (Hrkać, 2019). Također, nema povezanosti između razine anksioznosti i depresivnosti s bolničkim liječenjem i brojem hospitalizacija (Hrkać, 2019). Uz to, u ovom istraživanju provjerena je eventualna razlika između oboljelih u periodu od 2011. do 2018. godine (ranije oboljeli) i sudionika kojima je rak dijagnosticiran u posljednje tri godine (kasnije oboljeli). Klikovac (2014) naglašava kako su za svaku fazu liječenja karakteristične različite psihološke reakcije, pa su tako potrebne i različite psihoterapijske intervencije. Prema drugoj hipotezi, očekivalo se da će kasnije oboljeli sudionici postići više razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Pretpostavka je bila da će ranije oboljelim sudionicima duži period suočavanju s bolešću i manja mogućnost recidiva biti mogući zaštitni faktor u razvoju emocionalne uznemirenosti u trenutku

provedbe istraživanja. Ipak, sudionici iz ove dvije skupine imaju podjednake razine emocionalne uznemirenosti te stoga na temelju dobivenih rezultata nismo potvrdili naša očekivanja. Generalno gledajući sve navedeno, sudionici iz ovog uzorka dobro psihološki funkcioniraju, odnosno imaju blagu do umjerenu uznemirenost, neovisno o primanju terapije i godini dijagnoze. Potencijalno objašnjenje za ovakve nazale jest da je većina sudionika prevladala prvu fazu prilagodbe na bolest, koja često uključuje šok i nevjericu (Alacacioglu i sur., 2013). Moguće je da su nakon početne faze šoka uspjeli naći efikasne mehanizme suočavanja koji im olakšavaju nošenje s emocionalnom uznemirenošću, odnosno da su postigli određenu razinu stabilnosti u svakodnevnom funkcioniranju. Primijenjena Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa mjeri simptome koji su prisutni u periodu od tjedan dana prije ispunjavanja upitnika. Proces suočavanja sa životno ugrožavajućom bolešću dug je i kompleksan proces koji se sastoji od niza mikro događaja (poput pristupanja grupi podrške, suočavanja s negativnim komentarom iz okoline, učenja tehnike relaksacije), kao i velikih prepoznatljivih prekretnica kao što je završetak liječenja, primanje loših vijesti o povratku ili napretku bolesti (Deshields i sur., 2016) te je moguće da ovdje korištena mjera nije u potpunosti zahvatila aspekte uznemirenosti sudionika. Bilo bi korisno provesti longitudinalno istraživanje, odnosno primijeniti DASS u više točki mjerenja kako bi se zahvaćajući različite faze bolesti došlo do boljeg uvida. Nadalje, vrlo važno je i uzeti u obzir same sudionike koji su dobrovoljno pristupili istraživanju. Upravo taj postupak govori nam da su spremni promisliti i izvijestiti, kako o svojoj bolesti tako i o aspektima psihološkog funkcioniranja. Možemo pretpostaviti da osobe oboljele od raka koje su u fazi šoka ili visoke uznemirenosti vrlo vjerojatno ne bi pristupile ovakvom istraživanju i izložile se dodatnom stresu. Samim time, na određen način imamo selekcionirani uzorak sudionika koji su bili spremni uključiti se u ovo istraživanje. Također, važno je još jednom napomenuti da je bilo vrlo teško doći do sudionika, unatoč tomu što je obavijest o istraživanju došla do velikog broja ljudi (npr. neke Facebook grupe u kojima je objavljen broje gotovo 40 tisuća pratitelja).

Treći problem bio je usmjeren na poduzorak parova. Prije odgovora na problem izračunata je zastupljenost sudionika u različitim razinama emocionalne uznemirenosti. Generalno gledajući, obrazac raspodjele je podjednak u dvjema skupinama i ukupnom uzorku oboljelih, s tim da se izdvaja podatak da niti jedan oboljeli sudionik iz uzorka parova ne doživljava ozbiljnu ni vrlo ozbiljnu depresivnost. Također, uočava se da nešto više partnera postiže normalnu razinu stresa i anksioznosti u odnosu na oboljele sudionike. U svim skupinama (oboljeli iz uzorka parova, partneri i ukupni uzorak oboljelih) izdvaja se visok postotak sudionika koji doživljavaju vrlo ozbiljnu anksioznost (otprilike petina sudionika). Ipak, uzimajući sve u obzir, može se zaključiti

da su istraživanju u paru pristupili dobro funkcionirajući sudionici. Također, izračunati su deskriptivni parametri odvojeno za skupinu oboljelih i skupinu partnera, iz kojih se uočava nešto viša razina emocionalne inteligencije kod oboljelih. U ovom poduzorku, u skupini oboljelih i skupini partnera pronalazi se prosječna normalna razina depresivnosti i stresa, što je nešto niže u odnosu na ukupan uzorak oboljelih koji izvješćuje o prosječnoj blagoj depresivnosti i stresu. Kao i u ukupnom uzorku, oboljeli iz ovog poduzorka na anksioznosti postižu prosječan rezultat umjerene razine, dok partneri prosječno doživljavaju blagu anksioznost. S ciljem dodatnog analiziranja dobivenih podataka, provjereno je eventualno postojanje razlika u emocionalnoj inteligenciji i emocionalnoj uznemirenosti između oboljelih sudionika i njihovih partnera. Pronađena je statistički značajna razlika u ukupnoj emocionalnoj inteligenciji, uočavanju i razumijevanju emocija te izražavanju i imenovanju emocija, s tim da su sudionici kojima je dijagnosticiran rak procijenili sebe emocionalno inteligentnijima u odnosu na partnere (Prilog 1). U procjeni reguliranja i upravljanja emocija, kao i depresivnosti, anksioznosti i stresu razlika nije pronađena. Moguće je da je tijekom prilagodbe na bolest došlo do razvoja vještina i pozitivne promjene, kako se predviđa u modelu Deshieldsa i suradnika (2016) ili da su istraživanju pristupili oboljeli sudionici koji su imali razvijenu emocionalnu inteligenciju i prije same dijagnoze. Zauzvrat, moguće je da su više razine emocionalne inteligencije pomogle oboljelim sudionicima da u konačnici postižu nisku emocionalnu uznemirenost, odnosno slične razine koje postižu njihovi partneri i neklinički uzorci iz drugih istraživanja (npr. Mamić, 2016).

Početna ideja za treći problem ovog istraživanja bila je ispitati aktorske i partnerske efekte EI na razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Međutim, mali broj sudionika koji su istraživanju pristupili u paru, onemogućio je provođenje složenijih statističkih analiza. Ipak, kako bismo analizirali dobivene podatke i barem dijelom istražili utjecaj EI partnera, izračunati su koeficijenti korelacije između EI jednog partnera i emocionalne uznemirenosti drugog. Sami utemeljitelji konstrukta EI, sposobnost upravljanja i regulacije vlastitim i tuđim emocijama opisuju kao sposobnost smirivanja nakon svađe, mogućnost empatiziranja s drugima i smanjenja anksioznosti druge osobe (Mayer i Salovey, 2002). S obzirom na to da su komponente EI hijerarhijski koncipirane (Hajncel i Vučenović, 2013), za očekivati je da će svi aspekti EI biti važni u smanjenju emocionalne uznemirenosti, kako vlastite, tako i uznemirenosti druge osobe. Prema trećoj hipotezi, očekivalo se da će više razine EI oboljelog biti povezane s nižim razinama depresivnosti, anksioznosti i stresa partnera; i obrnuto. Ipak, obradom rezultata očekivane povezanosti nisu pronađene, stoga se treća hipoteza u potpunosti odbacuje. Svi koeficijenti korelacije EI oboljele osobe i emocionalne uznemirenosti partnera

negativnog su predznaka, ali ispod praga značajnosti, stoga ne možemo zaključivati o postojanju povezanosti. Ipak, treba imati na umu vrlo mali broj sudionika i mogućnost da bi se određene povezanosti (gdje je koeficijent korelacije 0,3) potencijalno pokazale značajnima u većem uzorku. S druge strane, povezanosti EI partnera i emocionalne uznemirenosti oboljele od raka, vrlo su male i dijelom pozitivne. U slučaju da su se prve navedene povezanosti pokazale značajnima, moglo bi se raspravljati o eventualnom većem utjecaju EI oboljele osobe na uznemirenost partnera, nego obrnuto. Ipak, u istraživanju ovog problema veliki je nedostatak mali broj ispitanika koji otežava pronalaženje povezanosti i donošenje zaključaka. Stoga, na ovaj dio obrade možemo gledati kao na prijedlog za buduća istraživanja koja bi na većem uzorku uspjela ispitati odnos navedenih varijabli. Kako bi se detaljnije analizirali dobiveni podaci, dodatno je ispitana povezanost između emocionalne inteligencije oboljele osobe i partnera, kao i povezanost između emocionalne uznemirenosti oboljele osobe i partnera. Istraživanja pronalaze umjerenu povezanost EI partnera (Šmieja i Stolarski, 2018) te ukazuju na međuzavisnost depresivnih i anksioznih simptoma kod partnera (Jacobs i sur., 2017). Ipak, u ovom istraživanju navedene povezanosti nisu pronađene (Prilog 2). Kad je riječ o uznemirenosti, moguće je da direktno proživljavanje bolesti drugačije utječe na aspekte uznemirenosti u odnosu na partnere koji posredno doživljavaju stres i promjene uzrokovane bolešću. Baumsttarck (2016) zaključuje kako period nakon dijagnoze donosi promjene u različitim domenama života oboljele osobe i njegovatelja. Ipak, treba imati u vidu mali broj sudionika i mogućnost da bi sa znatno većim uzorkom dobili jasniju sliku o psihološkom funkcioniranju partnera, uz potencijalno pronalaženje značajne povezanosti među varijablama. Naposljetku, može se zaključiti da su sudionici iz poduzorka partnera dobro funkcionirajući, odnosno da postižu niske razine emocionalne uznemirenosti te nešto više razine emocionalne inteligencije u skupini oboljelih osoba. Ipak, povezanost među ispitanim varijablama dvaju partnera nije pronađena, što bi se trebalo ispitati u daljnjim istraživanjima s većim brojem sudionika.

Istraživanja koja uključuju dijadne analize još uvijek su rijetka, a proučavanjem samo aktorskih efekata gubi se dio informacija i mogućnost zahvaćanja relacijskih fenomena (Kenny i Cook, 1999). Većina istraživača češće pribjegava intraindividualnim i psihološkim objašnjenjima efekata. Aktorski efekti se gotovo uvijek analiziraju, dok se partnerski često zanemaruju (Kenny i Cook, 1999). Motivacija za uključivanje partnera u ovo istraživanje proizašla je iz činjenice da rak nije individualno iskustvo te da dijagnoza raka mijenja dinamiku odnosa i uloge bližnjih osoba (Alacacioglu i sur., 2013). Polazišna ideja ovog istraživanja bila je doprinijeti razumijevanju međuzavisnosti partnera u psihološkom funkcioniranju i EI, na specifičnom

uzorku osoba oboljelih od raka. Do sada su takva istraživanja rijetka i daju različite zaključke. Razina anksioznosti i raspoloženja ljudi oboljelih od tumora pokazala se povezanom s nekim aspektima kvalitete života njihovih negovatelja (Baumstarck, 2016). S druge strane, u istraživanju na nekliničkom uzorku dobiven je aktorski efekt EI na emocionalnu uznemirenost, dok utjecaj EI jednog partnera na emocionalna stanja drugog partnera nije pronađen (Formica i sur., 2018). Unatoč početnom nacrtu, provjera aktorskih i partnerskih efekata u ovom istraživanju nije bila moguća te su umjesto toga analizirane povezanosti među ključnim varijablama. Veličina uzorka predstavlja najveću prepreku u ovom dijelu obrade. Regrutiranje sudionika u paru pokazalo se vrlo teškim zadatkom, unatoč jasnim i detaljnim uputama o sudjelovanju oba člana partnerskog odnosa. Naravno, osobe koje su ispunile pojedinačan upitnik vjerojatno su svakako htjele doprinijeti istraživanju, unatoč tome što njihov partner nije mogao ili htio sudjelovati. Do sada se pokazalo kako su žene sklonije pristupiti ovakvim istraživanjima, stoga je potencijalan problem i to što je poziv na sudjelovanje partnera značio da bi otprilike polovicu uzorka trebali činiti muškarci.

8. OSVRT NA PROVEDENO ISTRAŽIVANJE I SMJERNICE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA

Unatoč početnom entuzijazmu, odziv sudionika bio je slabiji od očekivanog te je prikupljanje podataka postao vrlo izazovan zadatak. Iako je upitnik distribuiran *online* putem, s ciljem prikupljanja što većeg broja popunjenih upitnika, ostvaren je i kontakt uživo u nekoliko udruga kojima je ukratko predstavljen cilj istraživanja i upućen poziv da se pridruže. Kroz izravnu interakciju s nekoliko žena oboljelih od raka prikupljeni su vrlo korisni komentari. Za početak, važno je reći da je odlazak u udругu mogao ostaviti jako pozitivan efekt i moguće da je ulio nadu oboljelima u mogućnost ispunjenog života unatoč dijagnozi raka, što je mogući razlog za pronalaženje niskih razina uznemirenosti u ovom istraživanju. Jedna od glavnih negativnih faktora na koji su se članice požalile i koji se izdvojio tijekom razgovora bilo je postojanje stigme i sažalijevanje okoline. Udruga je usmjerena na smanjenje stigme dijeljenjem iskustava s javnošću i uključivanjem javnosti u različite aktivnosti. Što se tiče stigme i sažalijevanja, slični komentari upućeni su i istraživaču na sam spomen teme na koju se provodi istraživanje, stoga vjerujemo da isti predstavljaju problem osobama oboljelim od raka. Također, članice udruge potvrdile su da je provođenje ovakvih istraživanja veoma važno za njih te da im je žao što više ljudi oboljelih od raka ne vidi potrebu za tim i ne pristupa istraživanju. Nakon razgovora bila sam ohrabrena i maksimalno motivirana za provedbu zamišljenog istraživanja jer su članice

pokazale da vjeruju u pozitivne promjene i korisnost psihološke podrške. Izašli smo sa zaključkom da *unatoč užasnoj situaciji kroz koju su prošle, one znaju nešto vrijedno, što mi 'obični' ljudi ne znamo*. Posljednja rubrika u istraživanju bila je namijenjena prijedlozima i komentarima sudionika te su neka od zapisanih mišljenja: *'Ne žalim ja davno izgubljene snove i dane prošle, živim za nove'; 'Teško mi je bilo jer sam bila sama i bilo mi je teško svoju bolest proživljavati. Ali je prošlo i biti će dobro. Živjele mi sa jednom dijelom ili bez i jedne. Bravo mi'*. Upravo ovi komentari u skladu su s pronađenim relativno niskim razinama emocionalne uznemirenosti u uzorku oboljelih iz ovog istraživanja te ukazuju na selekcioniranost uzroka. S obzirom da se preko udruga došlo do značajnog broja sudionika, bitno je istaknuti ulogu udruga u održavanju psihološke dobrobiti i lakšem suočavanju s bolešću kroz pružanje razumijevanja, mogućnosti dijeljenja iskustava i praktične pomoći. Stoga, u budućim istraživanjima važno bi bilo zahvatiti i onaj dio populacije oboljelih od raka koji nisu zainteresirani za priključivanje udrugama (npr. uz pomoć medicinskog osoblja s onkološkog odjela), kako bi se dobila što realnija slika psihološkog funkcioniranja osoba kojima je dijagnosticiran rak.

Također, iz druge udruge i od strane nekoliko pojedinaca dobiven je komentar da je istraživanje zanimljivo koncipirano i da je korisno što su uključeni i partneri, osim samih osoba oboljelih od raka. Unatoč pozitivnim komentarima, do sudionika je bilo teško doći. Moguće je da bi susret uživo s više potencijalnih sudionika doprinio povećanju uzorka, ali uzimajući u obzir pandemiju takvo što nije bilo lako izvedivo. Važno je napomenuti da je nekoliko žena oboljelih od raka prošlo kroz prekid partnerskog odnosa tijekom borbe s bolešću te su predložile istraživanje i na tu temu. Također, nekoliko je sudionika pitalo trebaju li na DASS odgovarati kako su se osjećali u trenutku dok su bili bolesni ili kako se u tom aktualnom trenutku procjenjuju. Moguće je da bi čestice bolje zahvatile njihovo stanje u fazi dijagnoze ili netom prije/nakon operacije ili kemoterapije, a možemo pretpostaviti da je malo osoba koje su u takvoj fazi pristupilo istraživanju.

Što se tiče primijenjenih skala, prednost DASS-a je izbacivanje nekih simptoma iz subskale depresije, kao što je promjena apetita i spavanja (Lovibond i Lovibond, 1995) što su simptomi koji su karakteristični i za maligna oboljenja. Do sada se u istraživanjima na uzorku oboljelih od raka pokazalo da DASS ima zadovoljavajuća psihometrijska svojstva te da je bolja skala u aspektima osjetljivosti i specifičnosti u odnosu na druge provjeravane mjere (Bener i sur., 2016). Uz to, vrlo je praktična i jednostavna za primjenu. Fox i sur. (2018) zaključuju da DASS predstavlja korisnu mjeru za kliničare i zdravstvene sustave pri procjenjivanju uznemirenosti pacijenata s rakom. Ipak, moguće je da bi višekratnom primjenom navedene skale ili primjenom nekog dodatnog upitnika još bolje zahvatili psihološko funkcioniranje naših sudionika. Uz

DASS, moguća korisna mjera bila bi procjena kvalitete života EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer- Quality of life questionnaire; Aaronson i sur., 1993), namijenjena specifično ljudima oboljelim od raka. Upitnikom se mjeri pet domena funkcioniranja, simptomi karakteristični za maligna oboljenja te opća kvaliteta života. Uvođenjem ovog šireg konstrukta uz pitanja usmjerena isključivo na bolest i njezin utjecaj na funkcioniranje, moguće je da bi dobili dodatne korisne informacije. Također, skala sadrži čestice o umoru i tjelesnim sposobnostima, a u istraživanjima se pokazalo da umor, stadij raka te tjelesno funkcioniranje konzistentno predviđaju uspješnost psihološke prilagodbe te da je umor povezan s višom razinom anksioznosti i depresije (Brandão i sur., 2017). Kod mjerenja drugog konstrukta ovog istraživanja, odnosno EI, valja naglasiti da postoje određeni nedostaci korištenja samoprocjena te da utemeljitelji konstrukta zagovaraju mjerenje emocionalnih sposobnosti pomoću testova učinka (Mayer i sur., 2011). Naime, samoprocjena može biti pod utjecajem pojedinčeve slike o sebi i želje za ostavljanjem pozitivnog dojma (Mayer i sur., 2011).

Kako bi se prevladali nedostaci ovog istraživanja, važni prijedlozi za buduća istraživanja svakako su veći broj sudionika, provedba istraživanja uživo te longitudinalno praćenje sudionika. Veći uzorak omogućio bi korištenje složenijih statističkih postupaka te u konačnici mogućnost generalizacije rezultata. Korisno bi bilo primijeniti i dodatne mjere (npr. EORTC QLQ-C30) te provjeriti razine EI uz pomoć testova učinaka kako bi dobili što realniju sliku sposobnosti. Uz to, važno bi bilo provjeriti je li netko od sudionika koristio psihološku podršku prije istraživanja. S obzirom na to da je istraživanje usmjereno i na partnere, sugestija za proširivanje istraživanja ovog područja bila bi provjera stabilnosti i zadovoljstva odnosom ovisno o napretku bolesti. Istraživanja pokazuju različite razine emocionalne uznemirenosti ovisno o vrsti raka i stadiju bolesti (Ciaramella i Poli, 2011), stoga bi bilo važno provjeriti navedene razlike u budućim istraživanjima kako bi se otkrile specifične skupine koje su izložnije depresiji i anksioznosti. Također, Alacacioglu i sur. (2013) ukazuju na povezanost nižeg socioekonomskog statusa i emocionalne uznemirenosti na uzorku oboljelih, što bi svakako bilo korisno ispitati. Naposljetku, uvođenje fokus grupa i razgovor s osobama oboljelim od raka zasigurno bi donio vrijedna otkrića o njihovom psihološkom funkcioniranju. Unatoč određenim nedostacima, ovo istraživanje ima i važne praktične implikacije jer umjereno postojanje uznemirenosti te povezanost EI i uznemirenosti ukazuje na potrebu za psihološkim intervencijama i korisnost uključivanja treninga EI u tretman oboljelih osoba.

9. ZAKLJUČCI

1. Pronađena je statistički značajna povezanost između emocionalne inteligencije i emocionalne uznemirenosti u uzorku oboljelih. Osobe s višim razinama emocionalne inteligencije manje su depresivne i anksiozne te doživljavaju manje stresa.
2. a) Nije pronađena značajna razlika u depresivnosti, anksioznosti i stresu između sudionika koji primaju terapiju i onih koji ne primaju terapiju.
b) Nije pronađena značajna razlika u depresivnosti, anksioznosti i stresu između ranije i kasnije oboljelih sudionika.
3. a) Nije pronađen statistički značajan partnerski efekt emocionalne inteligencije oboljele osobe na emocionalnu uznemirenost partnera, odnosno nije pronađena povezanost između emocionalne inteligencije osoba oboljelih od raka i emocionalne uznemirenosti partnera.
b) Nije pronađen statistički značajan partnerski efekt emocionalne inteligencije partnera na emocionalnu uznemirenost oboljele osobe, odnosno nije pronađena povezanost između emocionalne inteligencije partnera osoba oboljelih od raka i emocionalne uznemirenosti osoba oboljelih od raka.

10. LITERATURA

- Alacacioglu, A., Tarhan, O., Alacacioglu, I., Dirican, A., i Yilmaz, U. (2013). Depression and anxiety in cancer patients and their relatives. *J BUON*, 18(3), 767-74.
- Amirifard, N., Payandeh, M., Aeinfar, M., Sadeghi, M., Sadeghi, E. i Ghafarpor, S. (2017). A survey on the relationship between emotional intelligence and level of depression and anxiety among women with breast cancer. *International journal of hematology-oncology and stem cell research*, 11(1), 54.
- Antunović, D. (2017). *Depresija u onkoloških bolesnika*. [Diplomski rad]. Split, Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. i Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30:

- a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Baudry, A. S., Lelorain, S., Mahieux, M. i Christophe, V. (2018). Impact of emotional competence on supportive care needs, anxiety and depression symptoms of cancer patients: a multiple mediation model. *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 223-230.
- Baumstarck, K., Leroy, T., Hamidou, Z., Tabouret, E., Farina, P., Barrie, M. i Auquier, P. (2016). Coping with a newly diagnosed high-grade glioma: patient-caregiver dyad effects on quality of life. *Journal of Neuro-oncology*, 129(1), 155-164.
- Bener, A., Alsulaiman, R., Doodson, L. G. i El Ayoubi, H. R. (2016). Comparison of Reliability and Validity of the Breast Cancer depression anxiety stress scales (DASS-21) with the Beck Depression Inventory-(BDI-II) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Int J Behav Res Psychol*, 4(4), 197-203.
- Berg, C. A. i Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological bulletin*, 133(6), 920.
- Biggs, A., Brough, P. i Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 351-364.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser i G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-49). American Psychological Association.
- Brackett, M. A., Warner, R. M. i Bosco, J. S. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among couples. *Personal relationships*, 12(2), 197-212.
- Brandão, T., Schulz, M. S. i Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 26(7), 917-926.
- Chiriac, V. F., Baban, A. i Dumitrascu, D. L. (2018). Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. *Clujul Medical*, 91(1), 18.

- Ciaramella, A. i Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(2), 156-165.
- Ciarrochi, J., Deane, F. P. i Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences*, 32(2), 197-209.
- Clark, L. A. i Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316.
- Cohen, S., Kessler, R. C. i Gordon, L. U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 3-26.
- Davis, S. K. i Nichols, R. (2016). Does emotional intelligence have a “dark” side? A review of the literature. *Frontiers in psychology*, 7, 1316.
- Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C. i Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psycho-Oncology*, 25(1), 11-18.
- Dominić, D. (2018). *Emocionalna inteligencija medicinskih sestara/tehničara*. [Završni rad]. Varaždin, Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo
- Endicott, J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*, 53, 2243-2248.
- Endler, N. S. i Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245.
- Extremera, N. i Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 45-51.
- Fernandez-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. i Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1).
- Formica, I., Barberis, N., Costa, S., Nucera, J., Falduto, M. L., Maganuco, N. R. i Schimmenti, A. (2018). The role of social support and emotional intelligence on negative mood states

- among couples during pregnancy: an actor-partner interdependence model approach. *Clin Neuropsychiatry*, 15, 19-26.
- Fox, R. S., Lillis, T. A., Gerhart, J., Hoerger, M. i Duberstein, P. (2018). Multiple group confirmatory factor analysis of the DASS-21 Depression and Anxiety Scales: how do they perform in a cancer sample?. *Psychological reports*, 121(3), 548-565.
- Greene, F. L., Balch, C. M., Fleming, I. D., Fritz, A., Haller, D. G., Morrow, M. i Page, D. L. (Eds.). (2002). *AJCC cancer staging handbook: TNM classification of malignant tumors*. Springer Science and Business Media.
- Guil, R., Ruiz-González, P., Merchán-Clavellino, A., Morales-Sánchez, L., Zayas, A. i Gómez-Molinero, R. (2020). Breast Cancer and Resilience: The Controversial Role of Perceived Emotional Intelligence. *Frontiers in Psychology*, 11, 3604.
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Naklada Slap.
- Hrkać, I. (2019). Usporedba anksioznosti i depresivnosti u onkoloških pacijenata liječenih kemoterapijom i zračenjem. *Zdravstveni glasnik*, 5(1), 40-47.
- <https://www.onkologija.hr/lijecenje-raka>
- Jacobs, J. M., Shaffer, K. M., Nipp, R. D., Fishbein, J. N., MacDonald, J., El-Jawahri, A. i Greer, J. A. (2017). Distress is interdependent in patients and caregivers with newly diagnosed incurable cancers. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 519-531.
- Karlović, D. (2017). Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26 (2 Psihijatrija danas), 161-165.
- Kathol, R. G., Noyes, R., Williams, J., Mutgi, A., Carroll, B., I Perry, P. (1990). Diagnosing depression in patients with medical illness. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
- Kasparian, N. A. (2013). Psychological stress and melanoma: are we meeting our patients' psychological needs?. *Clinics in dermatology*, 31(1), 41-46.
- Kenny, D. A. i Cook, W. (1999). Partner effects in relationship research: Conceptual issues, analytic difficulties, and illustrations. *Personal relationships*, 6(4), 433-448.

- Klikovac, T. (2014). Psihološka podrška i psiho-socijalna pomoć ženama obolelim od karcinoma dojke. *Psihološka istraživanja*, 17(1), 77-95.
- Kline, R. B. (2011). Principles and practice of structural equation modeling (5th ed.). The Guilford Press.
- Kousha, M., Bagheri, H. A. i Heydarzadeh, A. (2018). Emotional intelligence and anxiety, stress, and depression in Iranian resident physicians. *Journal of family medicine and primary care*, 7(2), 420.
- Li, M. i Wang, L. (2016). The associations of psychological stress with depressive and anxiety symptoms among Chinese bladder and renal cancer patients: the mediating role of resilience. *PLoS One*, 11(4), e0154729.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R. i Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*, 141(2-3), 343-351.
- Lovibond, P. F. i Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Mamić, S. (2016). *Neki korelati anksioznosti i depresivnosti kod studenata*. . [Diplomski rad]. Zadar, Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru
- Mayer, J. D. (2002). MSCEIT: Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test. *Toronto, Canada: Multi-Health Systems*.
- Mayer, J. D., Salovey, P. i Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological inquiry*, 15(3), 197-215.
- Mayer, J. D. i Salovey, P. (2007). *Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test*. Toronto: Multi-Health Systems Incorporated.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., i Cherkasskiy, L. (2011). Emotional Intelligence. In R. Sternberg and S. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 528-549). Cambridge University Press

- Manne, S., i Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(S11), 2541-2555.
- McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A. i Nemeroff, C. B. (1995). Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Archives of general psychiatry*, 52(2), 89-99.
- Miller, M. E., Borowski, S. i Zeman, J. L. (2020). Co-rumination moderates the relation between emotional competencies and depressive symptoms in adolescents: A longitudinal examination. *Journal of abnormal child psychology*, 48(6), 851-863.
- Morris, L. W., Davis, M. A., i Hutchings, C. H. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and a revised worry–emotionality scale. *Journal of Educational psychology*, 73(4), 541.
- Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med*. 1985;313:270-273.
- Neubauer, A. C. i Freudenthaler, H. H. (2005). Models of emotional intelligence. *Emotional intelligence: An international handbook*, 31-50.
- Nielsen, N. R., Zhang, Z. F., Kristensen, T. S., Netterstr, B., Schnohr, P. i Gr, M. (2005). Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. *Bmj*, 331(7516), 548.
- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S. i Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian journal of internal medicine*, 5(3), 167.
- Pačić-Turk, L., Čepulić, D. B., Haramina, A. i Bošnjaković, J. (2020). Povezanost različitih psiholoških čimbenika s izraženosti stresa, anksioznosti i depresivnosti u zdravstvenih djelatnika tijekom pandemije bolesti COVID-19 u Republici Hrvatskoj. *Suvremena psihologija*, 23(1), 35-53.
- Petrides, K. V. i Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 29(2), 313-320.7
- Reić Ercegovac, I. i Penezić, Z. (2012). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa. U: Proroković, A., Čubela Adorić, V., Penezić, Z. i Tucak Junaković, I. (Ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika, svezak 6* (15-22). Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju.

- Reić Ercegovac, I. i Penezić, Z. (2011). Zadovoljstvo životom, depresivnost, anksioznost i stres kod žena tijekom trudnoće i prve godine postpartalno- uloga osobina ličnosti, zadovoljstva brakom i socijalne podrške. *Klinička psihologija*, 4(1-2), 5-21
- Reljić, A. (2018). *Suočavanje s bolešću i kvaliteta života onkoloških bolesnika*. [Diplomski rad]. Zadar, Odjel za psihologiju Sveučilišta u Zadru
- Rey, L., Extremera, N., i Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234.
- Rey, L., Extremera, N., i Trillo, L. (2013). Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(1), 51-64.
- Rottmann, N., Hansen, D. G., Larsen, P. V., Nicolaisen, A., Flyger, H., Johansen, C., i Hagedoorn, M. (2015). Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: A longitudinal, population-based study. *Health Psychology*, 34(5), 486.
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B. i Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently. *Coping: The psychology of what works*, 141-164.
- Satin, J. R., Linden, W., i Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115(22), 5349-5361.
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T. i Ward, E. (2012). Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(4), 220-241.
- Schmidt, J. E. i Andrykowski, M. A. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: An Internet-based study. *Health Psychology*, 23, 259–266.
- Smith, L., Heaven, P. C. L. i Ciarrochi, J. (2008). Trait emotional intelligence, conflict communication patterns, and relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 44, 1314-1325.
- Smith, S. G., Turner, B., Pati, J., Petrides, K. V., Sevdalis, N. i Green, J. S. (2012). Psychological impairment in patients urgently referred for prostate and bladder cancer

- investigations: the role of trait emotional intelligence and perceived social support. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 699-704.
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, 9(4), 1509-1514.
- Snoj, Z., i Ličina, M. (2008). Depresija pri bolnikih z rakom. *Onkologija* 2002; 2: 49, 90.
- Spiegel, D. i Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological psychiatry*, 54(3), 269-282.
- Stanton, A. L. i Bower, J. E. (2015). "Psychological adjustment in breast cancer survivors," in *Improving Outcomes for Breast Cancer Survivors: Perspectives on Research Challenges and Opportunities*, ed P. A. Ganz (Cham: Springer International Publishing), 231–242.
- Stark, D. P. H. i House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer*, 83(10), 1261-1267.
- Sušac, I. (2018.) *Emocije i rak*. Hrvatska liga protiv raka
- Šmieja, M. i Stolarski, M. (2018). Assortative mating for emotional intelligence. *Current psychology*, 37(1), 180-187.ž
- Takšić, V., Mohorić, T. i Munjas, R. (2006). Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 15(4-5 (84-85)), 729-752.
- Thomas, B.C., Nandamohan, V., Nair, M.K., i Pandey, M. (2011) Gender, age and surgery as a treatment modality leads to higher distress in patients with cancer. official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer ,19, 239–250.
- Trijsburg, R. W., Van Knippenberg, F. C., i Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosomatic medicine*.
- Hajnci, L. i Vučenović, D. (2013). Pojava konstrukta emocionalne inteligencije. *Suvremena psihologija*, 16(1), 95-113.

- Vuković, I. (2015). *Povezanost lokusa kontrole i strategija suočavanja sa stresom s anksioznošću i depresivnošću kod studenata*. . [Diplomski rad]. Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Odsjek za psihologiju.
- Vulić-Prtorić, A., i Macuka, I. (2004). Anksioznost i depresivnost–fenomenologija komorbidnosti. *Suvremena psihologija*, 7(1).
- Vulić-Prtorić, A. (2007). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Naklada Slap.
- World health organization (2020); https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Zeidner, M. i Kaluda, I. (2008). Romantic love: What's emotional intelligence (EI) got to do with it?. *Personality and Individual Differences*, 44(8), 1684-1695.
- Živčić-Bećirević, I., Smojver-Ažić, S., Martinac Dorčić, T. i Birovljević, G. (2021). Izvori stresa, depresivnost i akademsko funkcioniranje studenata za vrijeme pandemije COVID-19. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 30(2), 291-312.

11. PRILOZI

Prilog 1.

Tablica 12. Prikaz rezultata t-testa provedenog s ciljem utvrđivanja razlika u emocionalnoj inteligenciji i emocionalnoj uznemirenosti između oboljelih osoba i njihovih partnera

| | <i>M</i> -oboljeli | <i>M</i> – partneri | <i>t</i> -vrijednost | <i>Df</i> | <i>P</i> |
|------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------|----------|
| Emocionalna inteligencija | 3,88 | 3,41 | 3,44 | 42 | 0,001 |
| Uočavanje i razumijevanje emocija | 3,83 | 3,24 | 3,27 | 42 | 0,002 |
| Izražavanje i imenovanje emocija | 3,91 | 3,29 | 3,37 | 42 | 0,001 |
| Regulacija i upravljanje emocijama | 3,90 | 3,68 | 1,61 | 42 | 0,12 |
| Depresivnost | 5,86 | 8,95 | -1,15 | 42 | 0,26 |
| Anksioznost | 10,68 | 8,82 | 0,069 | 42 | 0,49 |
| Stres | 14,18 | 13,5 | 0,22 | 42 | 0,82 |

Prilog 2.

Tablica 13. Prikaz vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacije između emocionalne inteligencije osobe oboljele od raka i emocionalne inteligencije partnera

| | Emocionalna inteligencija-partneri | Uočavanje i razumijevanje emocija-partneri | Izražavanje i imenovanje emocija-partneri | Regulacija i upravljanje emocijama-partneri |
|---|------------------------------------|--|---|---|
| Emocionalna inteligencija-oboljeli | -0,13 | -0,08 | -0,01 | -0,16 |
| Uočavanje i razumijevanje emocija-oboljeli | -0,19 | -0,07 | -0,21 | -0,22 |
| Izražavanje i imenovanje emocija-oboljeli | -0,18 | -0,20 | -0,09 | -0,18 |
| Regulacija i upravljanje emocijama-oboljeli | 0,11 | 0,09 | 0,14 | 0,07 |

Tablica 14. Prikaz vrijednosti Pearsonovih koeficijenata korelacije između emocionalne uznemirenosti osobe oboljele od raka i emocionalne uznemirenosti partnera

| | Depresivnost-partneri | Anksioznost-partneri | Stres-partneri |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------|
| Depresivnost-oboljeli | -0,05 | 0,16 | -0,04 |
| Anksioznost-oboljeli | 0,16 | 0,26 | 0,12 |
| Stres-oboljeli | -0,01 | 0,25 | 0,02 |