

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

POVEZAVA MED SOCIALNO OPORO IN
PSIHOLOŠKIM DISTRESOM, TESNOBO IN
DEPRESIJO PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKI PO KONCU
ZDRAVLJENJA

KAJA KRAJC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Povezava med socialno oporo in psihološkim distresom, tesnobo
in depresijo pri onkoloških bolnikih po koncu zdravljenja**

(The association between social support and psychological distress, anxiety and
depression in cancer patients post-treatment)

Ime in priimek: Kaja Krajc

Študijski program: Psihologija, 2. stopnja

Mentor: prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentorica: asist. Špela Miroševič

Koper, april 2022

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Kaja KRAJC

Naslov magistrskega dela: Povezava med socialno oporo in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri onkoloških bolnikih po koncu zdravljenja

Kraj: Koper

Leto: 2022

Število listov: 48

Število slik: 2

Število tabel: 5

Število referenc: 89

Mentor: prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentor: asist. Špela Miroševič

UDK: 159.944.4:316.472.4

Ključne besede: socialna opora, tesnoba, depresija, psihološki distres, preživeli onkološki bolniki

Izvleček: Število preživelih onkoloških bolnikov, ki so v preteklosti uspešno zaključili zdravljenje, iz leta v leto narašča. Kljub temu jih veliko poroča o prisotnosti simptomov psihološkega distresa, tesnobe in depresije tudi več let po zaključku zdravljenja, pri čemer pomembno vlogo igra socialna opora. Namen magistrskega dela je bil proučiti povezavo med količino in kakovostjo socialne opore in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri onkoloških bolnikih po končanem zdravljenju. Pri tem smo uporabili podatke, zbrane v raziskavi z naslovom »Prevod in validacija Lestvice nezadovoljenih potreb CaSUN in Lestvice žilavosti RS-14«, ki je v vzorec zajela 295 slovenskih preživelih onkoloških bolnikov. Količina socialne opore se je nanašala na zakonski stan bolnika, kakovost socialne opore pa na vprašanje, ali socialna opora zadovoljuje bolnikove potrebe. Med skupino poročenih bolnikov in bolnikov v izvenzakonski zvezi so se pokazale statistično značilne razlike na podlestvicah depresije ($p = 0,016$; Cohenov $d = 0,54$) in anksioznosti ($p = 0,008$; Cohenov $d = 0,60$) ter na lestvici psihološkega distresa ($p = 0,006$; Cohenov $d = 0,62$), pri čemer je skupina bolnikov v izvenzakonski zvezi dosegla višji rezultat na vseh treh omenjenih lestvicah. Statistično značilnih razlik med skupino poročenih bolnikov in skupinama samskih oziroma ločenih/ovdovelih bolnikov nismo našli. Bolniki z nižjo

kakovostjo socialne opore so imeli statistično značilno višjo prevalenco psihološkega distresa ($p = 0,036$; Cohenov $d = 0,37$) v primerjavi z bolniki z višjo kakovostjo socialne opore. Magistrsko delo lahko služi kot osnova za nadaljnje prospektivne študije na področju raziskovanja socialne opore in duševnega zdravja preživelih onkoloških bolnikov.

Key document information

Name and SURNAME: Kaja KRAJC

Title of the thesis: The association between social support and psychological distress, anxiety and depression in cancer patients post-treatment

Place: Koper

Year: 2022

Number of pages: 48

Number of figures: 2

Number of tables: 5

Number of references: 89

Mentor: Prof. Gorazd Drevenšek, PhD

Co-Mentor: Assist. Špela Miroševič, MSc

UDC: 159.944.4:316.472.4

Keywords: social support, anxiety, depression, psychological distress, cancer survivors

Abstract: The number of cancer survivors who have successfully completed the treatment is growing every year. Many cancer survivors report the presence of symptoms of psychological distress, anxiety, and depression for many years after treatment, with social support playing an important role. The purpose of the master's thesis was to examine the association between the quantity and quality of social support and psychological distress, anxiety and depression in cancer survivors. We used the collected data from the research entitled »Translation and validation of the Cancer Survivors' Unmet Needs (CaSUN) and the 14-item Resilience Scale (RS-14)« which included 295 Slovenian cancer survivors. The quantity of social support referred to the patient's marital status, and the quality of social support to the self-reported question of whether social support meets the patient's needs. Statistically significant differences were found between the group of married and unmarried patients on subscale of depression ($p = 0.016$, Cohen's $d = 0.54$) and anxiety ($p = 0.008$, Cohen's $d = 0.60$), and scale of psychological distress ($p = 0.006$, Cohen's $d = 0.62$). No statistically significant differences were found between the group of married and the group of single or separated/widowed patients. Patients with lower quality of social support had a statistically significantly higher prevalence of psychological distress ($p = 0.036$, Cohen's $d = 0.37$) compared to patients with higher quality of social support. This

master thesis can serve as a basis for further prospective studies exploring cancer survivors' social support and mental health.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	KDO SO PREŽIVELI ONKOLOŠKI BOLNIKI.....	1
1.1.1	Obdobje po končanem zdravljenju	2
1.2	DUŠEVNO ZDRAVJE PO KONČANEM ZDRAVLJENJU	2
1.2.1	Psihološki distres, tesnoba in depresija	3
1.2.2	Prevalenca psihološkega distresa, tesnobe in depresije pri preživelih onkoloških bolnikih	4
1.2.3	Dejavniki, povezani z razvojem simptomov psihološkega distresa	4
1.3	SOCIALNA OPORA.....	5
1.3.1	Vloga socialne opore po končanem zdravljenju.....	5
1.3.2	Zakonski stan in duševno zdravje.....	6
1.3.3	Kakovost socialne opore: pomen čustvene opore.....	7
1.3.4	Biološko ozadje povezanosti socialne opore in duševnega zdravja	7
1.4	NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA	9
1.5	Hipoteze magistrskega dela	9
2	METODA	11
2.1	VZOREC	11
2.2	PRIPOMOČKI.....	15
2.3	POSTOPEK	16
3	REZULTATI.....	18
3.1	OPISNA STATISTIKA DOSEŽKOV NA LESTVICI HADS	18
3.2	POVEZAVA MED KOLIČINO SOCIALNE OPORE IN PSIHOLOŠKIM DISTRESOM, TESNOBO IN DEPRESIJO	20
3.3	POVEZAVA MED KAKOVOSTJO SOCIALNE OPORE IN PSIHOLOŠKIM DISTRESOM, TESNOBO IN DEPRESIJO	21
4	RAZPRAVA.....	23
5	SKLEPI.....	27
6	VIRI.....	28

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1: Opisna statistika socialno demografskih spremenljivk	12
Tabela 2: Opisna statistika kliničnih spremenljivk	13
Tabela 3: Opisna statistika psiholoških spremenljivk	14
Tabela 4: Opisna statistika dosežkov na Lestvici HADS glede na zakonski stan in kakovost socialne opore	18
Tabela 5: Rezultati Brown-Forsythe testa	20

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

Slika 1: Povprečna vrednost in njena standardna napaka za dosežke na Lestvici HADS pri udeležencih glede na zakonski stan	21
Slika 2: Povprečna vrednost in njena standardna napaka za dosežke na Lestvici HADS pri udeležencih glede na kakovost socialne opore	22

SEZNAM KRATIC

N, n – velikost vzorca oz. skupine

M – aritmetična sredina

SD – standardna deviacija

df – prostostne stopnje

ZAHVALA

Zahvaljujem se dr. Gorazdu Drevenšku, da je bil pripravljen prevzeti vlogo mentorja magistrskega dela. Najlepša hvala za vaš čas, odzivnost in strokoven pregled.

Hvala tudi somentorici Špeli Miroševič, ki je pomembno prispevala k oblikovanju zaključnega dela. Iskreno se ji zahvaljujem za vse strokovne preglede, podane komentarje in predloge. Hvala za vse sestanke, telefonske klice in predano znanje. Neizmerno sem ji hvaležna za vso pomoč in podporo. Špela, hvala iz srca!

Zahvaljujem se tudi mami, ki mi je ves čas študija stala ob strani in poskrbela, da je bila pot do tu lažja in sploh mogoča. Hvala tudi sestrama Tjaši in Sari. Hvala tebi, Marko, za vse spodbude in stiskanje pesti za čimprejšnji datum zagovora. Hvala za vse skuhane kave in vprašanja: »A boš dns kj pisala?«.

Hvala vsem mojim predragim prijateljem in sodelavcem, ki so mi stali ob strani v času zaključevanja študija in poskrbeli, da je bila pot do tu lažja, lepša in bolj zabavna. Hvala za vse kavice in ure smeha. Brez vas ne bi bilo isto.

Na koncu se želim zahvaliti tudi vsem udeležencem, ki so sodelovali v raziskavi. Od vas sem črpala navdih in veselje za pripravo zaključnega dela. Brez vas to delo ne bi nastalo.

1 UVOD

Napredek na področju zgodnjega odkrivanja rakavih sprememb, zdravljenja in podpornih terapij pomembno prispeva k zmanjšanju umrljivosti za rakom (Arndt, 2020). Število preživelih onkoloških bolnikov v Evropi iz leta v leto narašča, v letu 2021 je bilo ocenjeno na več kot 12 milijonov (Europe's beating cancer plan, 2022). Enak trend opazamo v Sloveniji, saj se je v zadnjih dvajsetih letih petletno preživetje pri onkoloških bolnikih povečalo za 17 % pri moških in 6 % pri ženskah. Pri moških je sedaj preživetje 55-, pri ženskah pa 60-odstotno (Zadnik idr., 2021). Kljub zaključenemu zdravljenju pa številni onkološki bolniki poročajo o prisotnosti simptomov psihološkega distresa, tesnobe in depresije tudi več let po zaključku zdravljenja (Costanzo idr., 2009; Gil idr., 2012). Pomembno vlogo pri pojavu omenjenih simptomov igra bolnikova socialna opora (Carpenter idr., 2010; Inhestern idr., 2017; Kamen idr., 2015; Matulonis idr., 2008). Poročeni preživeli onkološki bolniki in bolniki z višjo kakovostjo socialne opore poročajo o manj simptomih psihološkega distresa, tesnobe in depresije v primerjavi s samskimi (nikoli poročenimi), ločenimi in ovdovelimi bolniki ter bolniki z nižjo kakovostjo socialne opore (Kamen idr., 2015; Shrout idr., 2021; Yu in Li, 2021). Da bi bolje razumeli ta pojav, je potrebno omenjeno temo osvetliti in jo razložiti v okviru obstoječe literature. V magistrskem delu bomo tako proučili povezavo med socialno oporo in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri onkoloških bolnikih po koncu zdravljenja.

1.1 KDO SO PREŽIVELI ONKOLOŠKI BOLNIKI

Slovenski izraz »preživeli onkološki bolnik« izhaja iz angleškega termina »Cancer survivors« in ga Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša obravnava kot najbolj ustrezen prevod (ZRC SAZU, 2017). Čeprav število onkoloških bolnikov, ki so v preteklosti uspešno zaključili onkološko zdravljenje, iz leta v leto narašča, nimamo izoblikovane enotne definicije, ki bi razložila, kdo pravzaprav so preživeli onkološki bolniki (Arndt, 2020; Kelly idr., 2011; Marzorati idr., 2017). Marzorati skupaj s soavtorji v sistematičnem pregledu literature navaja, da se definicije razlikujejo med organizacijami, državami in celo med bolniki samimi (Marzorati idr., 2017). Nekateri avtorji obdobje preživetja definirajo kot proces, ki se začne s postavitvijo diagnoze in traja do konca posameznikovega življenja (Marzorati idr., 2017). Pri tem omenjena definicija ne ločuje med bolniki, ki so trenutno vključeni v proces aktivnega zdravljenja, in tistimi, ki so zdravljenje v preteklosti že zaključili, čeprav se skupini glede na rezultate nekaterih raziskav v nekaterih lastnostih pomembno razlikujeta (Galán idr., 2018; Millar idr., 2010). Onkološki bolniki v času zdravljenja pogosteje poročajo o potrebah po zdravstvenih informacijah in medicinski oskrbi, kar jih ločuje od bolnikov, ki so v preteklosti že zaključili z zdravljenjem (Galán idr., 2018; Millar idr., 2010). Slednji pogosteje poročajo o

potrebah po socialni in čustveni opori, prisotnosti dolgotrajnih stranskih učinkov prejetih terapij in strahu pred ponovitvijo bolezni (Burg idr., 2015; Galán idr., 2018; Millar idr., 2010). Little s sodelavci s terminom »Cancer survivors« označuje skupino oseb, ki živijo brez raka kadarkoli po zaključenem onkološkem zdravljenju, in jih ločuje od onkoloških bolnikov, ki se trenutno nahajajo v procesu zdravljenja (Little idr., 2002). V magistrskem delu bomo z izrazom »preživeli onkološki bolniki« označevali bolnike, ki so v preteklosti že zaključili onkološko zdravljenje in trenutno živijo brez bolezni, ter se pri tem oprli na definicijo omenjenih avtorjev (Little idr., 2002).

1.1.1 Obdobje po končanem zdravljenju

»It's not over, when it's over.« - C. H.

Življenje po končanem zdravljenju se bistveno razlikuje od življenja pred postavitvijo diagnoze (Mayer idr., 2017). Številni bolniki poročajo o prisotnosti neželenih učinkov prejetega zdravljenja tudi več let po njegovem zaključku (Harrington idr., 2010). Pogosto se pojavljajo simptomi, kot so kronična utrujenost, motnje spanja in kronične bolečine (Harrington idr., 2010). Slednje naj bi po nekaterih ocenah po koncu zdravljenja občutila kar polovica bolnikov, odstotek pa se razlikuje glede na tip raka in vrsto prejete terapije (Burton idr., 2007). Zaradi telesnih sprememb, ki nastopijo kot posledica različnih operativnih posegov, se lahko pri mnogih bolnikih pojavijo težave pri spolnem funkcioniranju (Imm idr., 2017; Pumo idr., 2012; Robinson idr., 2014). Te se poleg kroničnih bolečin in utrujenosti odražajo kot ene izmed najpogostejših simptomov pri določenih tipih raka (npr. rak dojke in rak prostate) (Harrington idr., 2010). Poleg omenjenih telesnih težav se bolniki srečujejo tudi s težavami na področju duševnega zdravja (Costanzo idr., 2009; Gil idr., 2012). Dolgotrajna izpostavljenost stresu, ki ga predstavlja prejeta zdravljenje, lahko za seboj pusti trajne posledice v duševnem funkcioniranju (Harrington idr., 2010). Omenjene težave se, v kolikor niso ustrezno naslovljene, odražajo v zmanjšani kakovosti življenja, ki je pri preživelih onkoloških bolnikih nižja v primerjavi s kakovostjo življenja splošne populacije (Koch idr., 2013).

1.2 DUŠEVNO ZDRAVJE PO KONČANEM ZDRAVLJENJU

V skladu z razmišljanjem, da je dobro fizično zdravje več kot samo odsotnost bolezni, se duševno zdravje pri preživelih onkoloških bolnikih nanaša na več kot samo prisotnost ali odsotnost psihološkega distresa (Burris in Andrykowski, 2010). Ko govorimo o duševnem zdravju preživelih onkoloških bolnikov, imamo tako v mislih odsotnost ali prisotnost psihološkega distresa in hkrati odsotnost ali prisotnost široke palete pozitivnih psiholoških lastnosti, ki jih najpogosteje označujemo z izrazom posttravmatska rast (Burris in Andrykowski, 2010). Duševno zdravje preživelih onkoloških bolnikov se razlikuje od

posameznika do posameznika in se lahko spreminja v času (Burris in Andrykowski, 2010). Nekateri bolniki po končanem zdravljenju popolnoma okrevajo in na novo vzpostavijo psihološko ravnovesje, ki je bilo porušeno med zdravljenjem (Burris in Andrykowski, 2010; Koutrouli idr., 2012). Pojavijo se lahko znaki posttravmatske rasti, bolniki pa navzven kažejo okrepljeno duševno zdravje (Koutrouli idr., 2012). Nekateri bolniki težje okrevajo in se nikoli popolnoma ne vrnejo na enako raven duševnega zdravja, kot so ga imeli v obdobju pred postavitvijo diagnoze (Burris in Andrykowski, 2010). Fizične, psihološke ali socialne omejitve, ki pogosto nastopijo kot posledica zdravljenja, lahko vodijo v porušeno duševno blagostanje, kar se kaže v višji pojavnosti simptomov psihološkega distresa, depresije in tesnobe (Burris in Andrykowski, 2010; Mitchell idr., 2013; Zainal idr., 2013).

1.2.1 Psihološki distres, tesnoba in depresija

Merske instrumente za merjenje psihološkega distresa pogosto uporabljamo za oceno duševnega zdravja klinične populacije, kljub temu pa njegov konstrukt velikokrat ostaja nejasen (Batterham idr., 2018; Vodermaier idr., 2009). Psihološki distres lahko definiramo kot stanje čustvenega trpljenja, za katero so značilne kombinacije simptomov depresije (npr. izguba zanimanja, žalost, obup itd.) in tesnobe (npr. strah, občutek napetosti, nemir itd.) (Yi in Syrjala, 2017). Za merjenje psihološkega distresa obstaja več različnih lestvic in vprašalnikov. Eden izmed pogostejše uporabljenih instrumentov za samooceno psihološkega distresa pri onkoloških bolnikih je Hospitalna lestvica anksioznosti in depresivnosti HADS (ang. The Hospital Anxiety And Depression Scale) (Mitchell idr., 2010; Vodermaier idr., 2009). Lestvica je bila posebej oblikovana za bolnike s prisotnimi fizičnimi simptomi in ne vključuje postavk, ki merijo prisotnost somatskih simptomov, zaradi česar je še posebej uporabna v bolnišničnem okolju, njena uporaba pa je pogosta tudi v populaciji preživelih onkoloških bolnikov (Mitchell idr., 2010; Vodermaier idr., 2009; Zainal idr., 2013). Prevedena je bila v številne jezike in validirana v različnih kulturnih okoljih ter se izkazala za instrument z dobrimi psihometričnimi lastnostmi (Mitchell idr., 2010; Villoria in Lara, 2018). Pri tem je pomembno poudariti, da pri merjenju simptomov ne govorimo o psihiatrični komorbidnosti oziroma klinično postavljeni diagnozi generalizirane anksiozne motnje in velike depresije, ampak samo o prisotnosti določenega števila simptomov ene in druge motnje, ki se skupaj seštevajo v prisotnost simptomov psihološkega distresa (Vodermaier idr., 2009; Yi in Syrjala, 2017). Veliko preživelih onkoloških bolnikov namreč doživlja psihološki distres, ki pa ne ustreza kriterijem za postavitev psihiatrične diagnoze (Yi in Syrjala, 2017).

1.2.2 Prevalenca psihološkega distresa, tesnobe in depresije pri preživelih onkoloških bolnikih

Psihološki distres je pogost pojav pri onkoloških bolnikih in ga lahko obravnavamo kot normalen odziv prilagoditve na stresen dogodek, kot je postavitve življenjsko ogrožajoče diagnoze raka (Burris in Andrykowski, 2010; Elliott idr., 2011; Mehnert idr., 2018). Ta je bil v eni izmed opravljenih raziskav prisoten kar pri polovici vseh onkoloških bolnikov (Mehnert idr., 2018). Različne študije poročajo o prisotnosti psihološkega distresa tudi v obdobju po končanem zdravljenju (Gil idr., 2012; Maass idr., 2019). Glede na rezultate sistematskega pregleda Smitha in sodelavcev vsak sedmi preživeli onkološki bolnik poroča o prisotnosti simptomov psihološkega distresa; o njem je poročalo 9–16 % bolnikov (Smith idr., 2018). Poleg simptomov psihološkega distresa preživeli onkološki bolniki poročajo tudi o prisotnosti simptomov tesnobe, ki so pri njih pogostejši v primerjavi z zdravo populacijo (Costanzo idr., 2009; Maass idr., 2019). Prevalenca tesnobe se glede na rezultate dveh ločenih sistematskih pregledov pri preživelih bolnicah giblje med 17,9 in 33,3 %, medtem ko so moški poročali o prevalenci med 17 in 20 % (Maass idr., 2019; Smith idr., 2018). Podobne podatke lahko v literaturi zasledimo tudi za oceno pogostosti simptomov depresije (Maass idr., 2015; Smith idr., 2018). Prevalenca depresije znaša med 17,9 in 33,3 % pri ženskah in med 5 in 20 % pri moških (Maass idr., 2015; Smith idr., 2018). O primerljivih rezultatih poročajo tudi druge posamezne študije (Maass idr., 2019; Schreier idr., 2019).

1.2.3 Dejavniki, povezani z razvojem simptomov psihološkega distresa

S pojavom psihološkega distresa, tesnobe in depresije je bilo v različnih študijah povezanih več različnih kliničnih, sociodemografskih in psiholoških dejavnikov (Smith idr., 2018; Syrowatka idr., 2017). Klinični dejavniki, za katere se je izkazalo, da so povezani s pojavom psihološkega distresa v obdobju po končanem zdravljenju, so diagnosticiranje raka v naprednejših stadijih, zdravljenje s kemoterapijo, daljše obdobje primarnega zdravljenja, nedaven zaključek terapij, prisotnost drugih obolenj, kronične bolečine, motnje spanja, kronična utrujenost in prisotnost simptomov menopavze (Mols idr., 2018; Smith idr., 2018; Syrowatka idr., 2017). Med sociodemografskimi dejavniki, ki so povezani s pojavom psihološkega distresa, so nizek socialno-ekonomski status, nižja stopnja izobrazbe in zmanjšana zmožnost posameznika za delo ter prisotnost ekonomskih težav (Kim idr., 2010; Smith idr., 2018; Syrowatka idr., 2017). Pomembna povezava se je pokazala tudi pri spolu – ženske preživele onkološke bolnice poročajo o pogostejših simptomih psihološkega distresa v primerjavi z moškimi bolniki (Dolbeault idr., 2008; Hamama-Raz, 2012; Smith idr., 2018). Ravno tako mlajši preživeli onkološki bolniki poročajo o višji stopnji psihološkega distresa v primerjavi s starejšimi bolniki (Hoffman idr., 2009; Smith idr., 2018; Syrowatka idr., 2017). Psihološki dejavniki, ki so pomembno

povezani s prisotnostjo simptomov psihološkega distresa, tesnobe in depresije, so motnje v spolnem funkcioniranju, nizka samopodoba, občutek stigmatizacije s strani okolice, težave s pitjem alkohola, zdravljenje duševnih motenj, visoka stopnja nevroticizma, prisotnost težav na področju kognitivnega in čustvenega funkcioniranja, izogibajoč stil spoprijemanja s težavami, nižja kakovost življenja in večje število nezadovoljenih potreb v obdobju po končanem zdravljenju (Kim idr., 2010; Mols idr., 2018; Smith idr., 2018; Syrowatka idr., 2017).

1.3 SOCIALNA OPORA

V literaturi lahko zasledimo različne definicije socialne opore, ki so se skozi čas spreminjale in dopolnjevale (Bloom in Spiegel, 1984; Franks idr., 2004; Landerman idr., 1989). Nekateri avtorji jo definirajo kot strukturno (tvorjenje različnih socialnih odnosov) in funkcionalno socialno oporo (nudenje informacij, oprijemljive pomoči in čustvene opore), medtem ko jo drugi opredelijo kot večdimenzionalen konstrukt, ki ga lahko razumemo z vidika količine in kakovosti (Blooms in Spiegel, 1984; Franks idr., 2004). Pri tem se količina socialne opore nanaša na število oseb, ki sestavljajo posameznikovo socialno mrežo (v katero uvrščamo tudi zakonski stan), pri kakovosti socialne opore pa govorimo o tem, v kolikšni meri ta zadovolji posameznikove čustvene potrebe (Franks idr., 2004). O njenih pozitivnih učinkih na naše duševno in telesno zdravje poroča več različnih sistematskih pregledov in metaanaliz (Salari idr., 2017; Shor idr., 2013; Wang idr., 2003). Učinke socialne opore avtorji pogosto razlagajo v okviru dveh obstoječih uveljavljenih modelov: model splošnih učinkov (»The main effect model«) in model socialne opore kot zaščite pred stresom (»Stress buffering model«) (Cohen in Wills, 1985; Landerman idr., 1989). Prvi razlaga, da visoke ravni prejete socialne opore spodbujajo naše duševno blagostanje ne glede na prisotnost stresnih dogodkov (Cohen in Wills, 1985), medtem ko model opore kot zaščite pred stresom govori o zmanjšanju škodljivih učinkov stresa ob prisotnosti socialne opore (Landerman idr., 1989). V nadaljevanju opredelimo vlogo količine in kakovosti socialne opore v obdobju po končanem onkološkem zdravljenju.

1.3.1 Vloga socialne opore po končanem zdravljenju

Socialna opora, ki jo bolniku nudijo osebe iz njegove socialne mreže, lahko pomaga pri spoprijemanju s stresorji, ki jih prinaša diagnoza rak, njena vloga pa se je izkazala za pomembno tudi v obdobju po končanem zdravljenju (Carpenter idr., 2010; Nissen idr., 2016). Preživeli onkološki bolniki poročajo o različnih potrebah, ki jih lahko zadovoljijo s pomočjo oseb iz njihove socialne mreže (Jakobsen idr., 2018; Thewes idr., 2004). Pri tem zdravstveno osebje predstavlja pomemben formalen vir socialne opore in hkrati vir informacij, s katerimi lahko bolniki razjasnijo dvome in skrbi, ki so povezane s telesnimi spremembami in spremembami na področju duševnega zdravja (Jakobsen idr., 2018;

Knobf, 2007). Pomemben vir socialne opore predstavljajo tudi podporne skupine in različne oblike psiholoških pomoči, ki so namenjene preživelim onkološkim bolnikom (Thewes idr., 2004). Bolniki poročajo o pomembni vlogi neformalne socialne opore, ki jim jo nudijo zakonci, otroci, sorodniki in bližnji prijatelji (Thewes idr., 2004). Ta se pogosto nanaša na instrumentalno podporo v obliki pomoči pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, ki jih zaradi posledic zdravljenja bolniki niso zmožni več opravljati sami (Cheng idr., 2013; Knobf, 2007). Pomemben del neformalne socialne opore predstavlja tudi čustvena opora, ki se nanaša na nudenje zanesljivega in varnega odnosa (Cheng idr., 2013; Knobf, 2007; Thewes idr., 2004).

1.3.2 Zakonski stan in duševno zdravje

»What's love got to do with it?« - T. T.

Preživeli onkološki bolniki poročajo, da partner oziroma zakonec pogosto predstavlja primaren vir socialne opore v obdobju po končanem zdravljenju (Cheng idr., 2013; Galván idr., 2009; Jakobsen idr., 2018). Zakonski stan se je izkazal za pomemben dejavnik, povezan s pozitivnimi izidi na področju duševnega zdravja (Kamen idr., 2015; Syrowatka idr., 2017). Stopnja psihološkega distresa je bila v različnih študijah po končanem zdravljenju nižja pri poročenih bolnikih v primerjavi z različnimi skupinami neporočenih bolnikov (samski, ločeni, ovdoveli, brez partnerja) (Hoffman idr., 2009; Kamen idr., 2015; Shrout idr., 2021; Syrowatka idr., 2017; Yu in Li, 2021). Zakonci preživelih onkoloških bolnikov so poročali o nudenju socialne opore svojim partnerjem z različnimi oblikami pomoči in skrbi (Veenstra idr., 2021). Ta se je nanašala na nudenje socialne in čustvene opore, spodbujanje partnerja k obiskovanju kontrolnih pregledov, zbiranje pomembnih zdravstvenih informacij, obveščanje o aktualnem zdravstvenem stanju, odprto komunikacijo o partnerjevih potrebah, spremljanje na kontrolnih pregledih in skrb za otroke ter gospodinjstvo (Veenstra idr., 2021). Zakonec tako predstavlja pomemben vir socialne in čustvene opore, kar lahko poročene bolnike pomembno loči od samskih, ločenih in ovdovelih, ki te opore s strani zakonca niso deležni (Veenstra idr., 2021). Samski preživeli onkološki bolniki poročajo o različnih ovirah, ki jih prinese zdravljenje bolezni (Kurowecki in Fergus, 2014; Shaw idr., 2016). Ena izmed njih je iskanje novega partnerja zaradi strahu pred razkrivanjem in zavrnitvijo zaradi zdravstvene zgodovine, kar lahko vodi v izogibanje oblikovanja novih partnerskih odnosov, občutke osamljenosti in višjo stopnjo psihološkega distresa (Kurowecki in Fergus, 2014; Shaw idr., 2016). O višji stopnji psihološkega distresa v primerjavi s poročenimi bolniki poročajo tudi ločeni in ovdoveli bolniki (Hoffman idr., 2009; Yu in Li, 2021). Žalovanje za bivšim partnerjem oziroma partnerskim odnosom je povezano s pogostejšimi občutki osamljenosti, ki lahko

vodijo v večjo pojavnost simptomov depresije in tesnobe (Holland in Neimeyer, 2011; Stephens idr., 2016).

1.3.3 Kakovost socialne opore: pomen čustvene opore

Preživeli onkološki bolniki poročajo o pomembni vlogi čustvene opore, ki jim jo nudijo njihovi zakonci, otroci, širša družina, prijatelji in drugi pomembni ljudje iz njihove socialne mreže (Cheng idr., 2013; Galván idr., 2009; Knobf, 2007; Thewes idr., 2004). Pri tem se čustvena opora nanaša na fizično prisotnost druge osebe, zadovoljevanje bolnikovih potreb, izražanje skrbi in naklonjenosti ter sprejemanje in razumevanje bolnikovega doživljanja ter zagotavljanje zaupljivega in podpornega odnosa (Knobf, 2007). Povezana je s številnimi pozitivnimi izidi na področju duševnega zdravja, kot sta izboljšana kakovost življenja in boljše čustveno blagostanje (Gonzales idr., 2016; Kamen idr., 2015). Preživeli onkološki bolniki, ki so poročali o višji kakovosti socialne opore, ki je bila v različnih študijah merjena z različnimi lestvicami in je vključevala komponento čustvene opore oziroma zadovoljevanje bolnikovih potreb, so poročali o manjšem številu simptomov psihološkega distresa, tesnobe in depresije v primerjavi z bolniki, katerih omenjene potrebe niso bile zadovoljene (Carpenter idr., 2010; Inhestern idr., 2017; Kamen idr., 2015; Matulonis idr., 2008). Preživele onkološke bolnice, ki so prejele več čustvene podpore od svojih zakoncev (npr. izkazovanje sprejemanja njihovih telesnih sprememb po operaciji), so v primerjavi z ženskami, ki te podpore niso bile deležne, boljše sprejele svojo novo telesno podobo, se počutile bolj samozavestne in dojemale izkušnjo raka dojk kot pozitivno življenjsko izkušnjo (Galván idr., 2009). Zanimiva so tudi poročanja nekaterih partnerjev, da se pri nujenju čustvene podpore niso čutili dovolj kompetentne in so pri tem doživljali določeno mero psihološkega distresa (Adams idr., 2012). Nudenje čustvene opore je bilo še posebej zahtevno v trenutkih, ko je bil bolnik akutno preplavljen s simptomi tesnobe in depresije (Adams idr., 2012).

1.3.4 Biološko ozadje povezanosti socialne opore in duševnega zdravja

V zgornjih poglavjih opisujemo, kako je nudenje socialne opore s strani zakonca povezano s pozitivnimi izidi na področju duševnega zdravja, v tem podpoglavju pa bomo na kratko predstavili biološke procese v ozadju omenjenih procesov. Pri doživljanju simptomov psihološkega distresa, tesnobe in depresije igra pomembno vlogo naša stresna os, ki povezuje hipotalamus, hipofizo in nadledvično žlezo (Spiga idr., 2014). Odgovorna je za naš stresni odziv na zunanje in notranje dražljaje, ki jih naši možgani ocenijo kot ogrožajoče (Spiga idr., 2014). Pri njeni aktivaciji pride do sproščanja kortikotropina (ang. CRH) iz hipotalamusa, ki nato spodbudi izločanje adrenokortikotropnega hormona

(ang. ACTH) iz srednje hipofize (Spiga idr., 2014). Ta nato vpliva na sintezo in sproščanje glukokortikoidnih hormonov, med katere sodi tudi kortizol, iz sredice nadledvične žleze. Kortizol nato preko povratne zanke zavira izločanje ACTH in CRH (Spiga idr., 2014). Aktivacijo stresne osi doživljamo v obliki simptomov, kot so povečan srčni utrip, potenje, napetost v mišicah, nemir in drugi (Spiga idr., 2014). Za osebe, ki trpijo za tesnobnimi in depresivnimi motnjami, je značilno, da je njihova stresna os prekomerno aktivirana, kar vodi v povečan stresni odziv na zunanje dražljaje (Cowen, 2010; Iob idr., 2020; Tafet in Nemeroff, 2020). Pri umirjanju stresne osi je poleg dobro poznane povratne zanke kortizola, ki zavira izločanje ACTH in CRH, pomemben tudi hormon oksitocin. Poznan je predvsem po vlogi, ki jo igra pri sprožitvi poroda, dojenju in materinskem vedenju, za pomembnega pa se je izkazal tudi pri oblikovanju in vzdrževanju partnerskih odnosov, navezanosti ter spolnosti (Alley in Diamond, 2020; Donadon idr., 2018; Holt-Lunstad idr., 2015; Light idr., 2005). Pari, ki so poročali o višji kakovosti partnerskega odnosa in večji podpori s strani partnerja, so imeli v krvni plazmi izmerjene višje koncentracije oksitocina v primerjavi s pari z nižjo kakovostjo partnerskega odnosa in manjšo podporo (Grewen idr., 2005; Holt-Lunstad idr., 2015). Sproščanje oksitocina je bilo v študijah povezano z zmanjšanjem simptomov tesnobe in stresnega odziva (Donadon idr., 2018; Heinrichs idr., 2003). Poleg omenjenega se pri sproščanju oksitocina zmanjša hormonski in subjektivni odziv na stres ter raven kortizola v krvnem obtoku, poveča se umirjenost, ponovno pa se vzpostavi tudi telesna homeostaza (Donadon idr., 2018; Heinrichs idr., 2003; Winter in Jurek, 2019). Sproščanje hormona blaži prekomeren odziv amigdale in povečuje njeno povezavo s prednjo možgansko skorjo ter na tak način regulira stresni odziv »od zgoraj navzdol« (ang. »Top down«) (Donadon idr., 2018; Sripada idr., 2013). Hormon oksitocin, ki se sprošča v socialnih interakcijah, se je tako izkazal za pomemben dejavnik pri blaženju simptomov psihološkega distresa, tesnobe in depresije.

1.4 NAMEN IN CILJI MAGISTRSKEGA DELA

Z magistrskim delom želimo proučiti povezavo med socialno oporo in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri preživelih onkoloških bolnikih po koncu zdravljenja.

Pri tem smo si zadali naslednja cilja:

- Preveriti, ali obstaja povezanost med količino socialne opore (zakonski stan) in simptomi depresije, tesnobe in psihološkega distresa, merjenimi z Lestvico HADS.
- Preveriti, ali obstaja povezanost med kakovostjo socialne opore, merjeno z vprašanjem »Ali vaša socialna opora (partner, otroci, starši, prijatelji) zadovoljuje vaše potrebe?«, in simptomi depresije, tesnobe in psihološkega distresa, merjenimi z Lestvico HADS.

1.5 HIPOTEZE MAGISTRSKEGA DELA

HIPOTEZA 1: Prevalenca depresije bo pri skupini poročenih bolnikov manjša kot pri skupini bolnikov v izvenzakonski zvezi, skupini samskih in skupini ločenih/ovdovelih onkoloških bolnikov po koncu zdravljenja.

HIPOTEZA 2: Prevalenca tesnobe bo pri skupini poročenih bolnikov manjša kot v pri skupini bolnikov v izvenzakonski zvezi, skupini samskih in skupini ločenih/ovdovelih onkoloških bolnikov po koncu zdravljenja.

HIPOTEZA 3: Prevalenca psihološkega distresa bo pri skupini poročenih bolnikov manjša kot pri skupini bolnikov v izvenzakonski zvezi, skupini samskih in skupini ločenih/ovdovelih onkoloških bolnikov po koncu zdravljenja.

Prva, druga in tretja hipoteza so oblikovane na podlagi rezultatov raziskav, ki poročajo o tem, da je po koncu zdravljenja pri poročenih onkoloških bolnikih prisotnih manj simptomov depresije, tesnobe in psihološkega distresa v primerjavi z različnimi skupinami neporočenih bolnikov (Hoffman idr., 2009; Kamen idr., 2015; Shrout idr., 2021; Syrowatka idr., 2017; Yu in Li, 2021).

HIPOTEZA 4: Prevalenca depresije bo manjša pri bolnikih, katerih socialna opora zadovolji njihove potrebe, kot pri bolnikih, ki poročajo, da njihove potrebe s strani socialne opore niso zadovoljene.

HIPOTEZA 5: Prevalenca tesnobe bo manjša pri preživelih bolnikih, katerih socialna opora zadovolji njihove potrebe, kot pri bolnikih, ki poročajo, da njihove potrebe s strani socialne opore niso zadovoljene.

HIPOTEZA 6: Prevalenca psihološkega distresa bo manjša pri preživelih bolnikih, katerih socialna opora zadovolji njihove potrebe, kot pri bolnikih, ki poročajo o tem, da njihove potrebe s strani socialne opore niso zadovoljene.

Četrta, peta in šesta hipoteza so oblikovane na podlagi rezultatov raziskav, ki poročajo o tem, da je pri preživelih onkoloških bolnikih, katerih socialna opora zadovoljuje njihove potrebe, prisotnih manj simptomov depresije, tesnobe in psihološkega distresa kot pri bolnikih, katerih potrebe s strani socialne opore niso zadovoljene (Carpenter idr., 2010; Inhestern idr., 2017; Kamen idr., 2015; Matulonis idr., 2008).

2 METODA

V magistrskem delu smo uporabili podatke, ki so bili zbrani v okviru pregledno-presečne študije z naslovom »Prevod in validacija Lestvice nezadovoljenih potreb CaSUN in Lestvice žilavosti RS-14«. Raziskava je potekala na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani pod vodstvom odgovorne raziskovalke Špele Miroševič. Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (številka vloge: 0120-25/2019/6).

2.1 VZOREC

V vzorec je bilo vključenih 295 slovenskih onkoloških bolnikov, ki so v preteklosti zaključili onkološko zdravljenje, od tega je bilo 233 žensk (79,0 %) in 62 moških (21,0 %). Njihova povprečna starost je znašala 57,6 let (SD 12,6), z razponom od 28 do 87 let. Največ udeležencev je bilo poročenih (57,2 %), sledili so bolniki v izvenzakonski zvezi (16,1 %), ovdoveli (12,0 %), samski (9,2 %) in ločeni bolniki (5,5 %). Glede na zaposlitveni status je bilo največ udeležencev upokojenih (33,1 %) ali zaposlenih za polni delovni čas (32,2 %). Več kot polovica udeležencev je v preteklosti prebolela raka na dojkah (51,6 %), po pogostosti pa so sledili bolniki s preostalimi posameznimi tipi raka (32,4 %). Dobri tretjini udeležencev so diagnozo postavili v I. stadiju (37,6 %), približno četrtini v II. (26,1 %) in ravno tako četrtini v III. stadiju (26,5 %). Približno tretjino udeležencev (35,4 %) so zdravili z vsemi tremi oblikami onkološkega zdravljenja, kar obsega operativni poseg, kemoterapijo in radioterapijo. Povprečen čas, ki je potekel od postavitve diagnoze do datuma sodelovanja v raziskavi, je bil 6,7 let (SD 6,6), z razponom od 0 do 33 let. Pri tem je moralo od zaključka zdravljenja (z izjemo biološkega in hormonskega zdravljenja) do vključitve v raziskavo preteči vsaj šest tednov. Dobra polovica udeležencev (55,9 %) je poročala, da trenutno ne kadi, četrtina jih je kadila v preteklosti (21,1 %). Večina udeležencev (80,4 %) je poročala o tem, da njihova socialna opora zadovoljuje njihove potrebe. Udeleženci so pri Vprašalniku kakovosti življenja EQ-5D (ang. The EuroQol five-dimension questionnaire) v povprečju dosegli 7,8 točk (SD 3,0) in svoje zdravje na 100-stopenjski vizualni analogni lestvici EQ-VAS (ang. The EuroQol visual analog scale) ocenili s povprečno oceno 73,7 (SD 17,8). Na Lestvici RS-14 (ang. 14-Item Resilience Scale) so v povprečju dosegli 76,7 točk (SD 25,5), kar jih uvršča v skupino »zmerne psihološke odpornosti«. Preostale sociodemografske, klinične in psihološke lastnosti vzorca so predstavljene v Tabelah 1–3.

Tabela 1*Opisna statistika socialno demografskih spremenljivk*

Spremenljivka	% (n)
Spol	
Ženski	79,0 (233)
Moški	21,0 (62)
Skupaj	100,0 (295)
Starost, M (SD) [razpon]	57,6 (12,6) [28–87]
Zakonski stan	
Poročeni	57,2 (167)
Izvenzakonska zveza	16,1 (47)
Samski	9,2 (27)
Ločeni	5,5 (16)
Ovdoveli	12,0 (35)
Skupaj	100,0 (292)
Stopnja izobrazbe	
(Ne)dokončana osnovna šola	5,5 (16)
Poklicna šola	23,8 (69)
Srednja šola/gimnazija	29,0 (84)
Višja ali univerzitetna	33,1 (96)
Magisterij, doktorat ali specializacija	7,9 (23)
Drugo	0,7 (2)
Skupaj	100,0 (290)
Zaposlitveni status	
Poln delovni čas	32,2 (94)
Polovični delovni čas	16,8 (49)
Brezposeln	4,8 (14)
Upokojen	39,7 (116)
Invalidsko upokojen	2,1 (6)
Drugo	4,5 (13)
Skupaj	100,0 (292)
Povprečni mesečni dohodek gospodinjstva	
Do 600 €	13,0 (36)
600–1000 €	21,3 (59)
1000–1400 €	19,0 (55)
1400–1800 €	15,5 (43)
1800–2300 €	16,2 (45)
Nad 2300 €	14,1 (39)

Skupaj	100,0 (277)
Kraj prebivališča	
Mesto	35,8 (103)
Vas	64,2 (185)
Skupaj	100,0 (288)

Tabela 2

Opisna statistika kliničnih spremenljivk

Spremenljivka	% (n)
Tip raka	
Rak dojke	51,6 (148)
Rak debelega črevesja	6,3 (18)
Limfom	6,6 (19)
Melanom	3,1 (9)
Drugo	32,4 (93)
Skupaj	100,0 (287)
Stadij	
I. stadij	37,6 (85)
II. stadij	26,1 (59)
III. stadij	26,5 (60)
IV. stadij	9,7 (22)
Skupaj	100,0 (226)
Vrsta prejetega zdravljenja	
Brez terapije	1,7 (5)
Operacija	22,6 (65)
Kemoterapija	3,5 (10)
Radioterapija in kemoterapija	3,8 (11)
Operacija in kemoterapija	15,6 (45)
Operacija in radioterapija	15,6 (45)
Operacija, kemoterapija in radioterapija	35,4 (102)
Drugo	1,7 (5)
Skupaj	100,0 (288)
Vrsta prejete terapije po končanem zdravljenju	
Brez terapije	48,0 (133)
Fizioterapija	28,2 (78)
Psihološka podpora/svetovanje	6,9 (19)
Prehransko svetovanje	5,8 (16)

Fizioterapija in psihološka podpora/svetovanje	7,2 (20)
Fizioterapija in prehransko svetovanje	1,4 (4)
Psihološka podpora/svetovanje in prehransko svetovanje (prehransko svetovanje, fizioterapija in psihološka podpora/svetovanje)	2,2 (6)
Vse tri terapije skupaj	0,4 (1)
Skupaj	100,0 (277)

Tabela 3

Opisna statistika psiholoških spremenljivk

Spremenljivka	% (n)
Kajenje	
Da	22,9 (66)
Ne	55,9 (161)
Ne (kajenje v preteklosti)	21,2 (61)
Skupaj	100,0 (288)
Ali vaša socialna opora (partner, otroci, starši, prijatelji) zadovoljuje vaše potrebe?	
Da	80,4 (226)
Ne	19,6 (55)
Skupaj	100,0 (281)
Vprašalnik EQ-5D	
Indeks EQ-5D, M (SD) [razpon]	7,8 (3,0) [5–23]
EQ-VAS, M (SD) [razpon]	73,7 (17,9) [10–100]
Lestvica RS-14	
Ocena žilavosti, M (SD) [razpon]	77,0 (15,5) [39–98]

Opombe. (i) Vprašalnik EQ-5D – Vprašalnik kakovosti življenja EQ-5D, (ii) EQ-VAS – EuroQol vizualna analogna lestvica, (iii) Lestvica RS-14 – Lestvica žilavosti RS-14, (iv) M – aritmetična sredina, (v) SD – standardna deviacija

2.2 PRIPOMOČKI

V magistrskem delu smo poleg prirejenega vprašalnika za pridobitev sociodemografskih in kliničnih podatkov uporabili Vprašalnik kakovosti življenja EQ-5D, Hospitalno lestvica anksioznosti in depresivnosti HADS in Lestvico žilavosti RS-14.

Vprašalnik, namenjen zbiranju sociodemografskih in kliničnih podatkov, je bil izdelan za potrebe raziskave. Zbrali smo podatke o spolu, starosti, zakonskem stanu, stopnji najvišje dokončane izobrazbe, trenutnem zaposlitvenem statusu, skupnem mesečnem dohodku gospodinjstva, kraju bivanja, tipu raka, stadiju, v katerem je bil rak diagnosticiran, času, ki je pretekel od končanega zdravljenja, tipu prejetega zdravljenja, prisotnosti in vrsti opore po končanem zdravljenju, podatek o tem, ali oseba trenutno kadi, in podatek o tem, ali socialna opora (partner, otroci, starši, prijatelji) zadovoljuje potrebe posameznika.

Vprašalnik kakovosti življenja EQ-5D meri pet razsežnosti funkcionalnega stanja, in sicer težave z gibanjem, skrb zase, opravljanje vsakdanjih aktivnosti, prisotnost bolečine in pojavnost tesnobe ter depresivnosti. Pri vsaki razsežnosti funkcionalnega stanja udeleženec označi opisno kategorijo, ki najbolje opisuje njegovo stanje na dan reševanja. V primeru ocenjevanja razsežnosti težav z gibanjem udeleženec označi eno izmed naslednjih kategorij: "Nimam težav s hojo", "Imam manjše težave s hojo", "Imam zmerne težave s hojo", "Imam hude težave s hojo" in "Ne morem hoditi". Na podlagi petih opisnih kategorij lahko izračunamo indeks EQ-5D, ki se giblje od 5 (brez zdravstvenih težav) do 25 (skrajne zdravstvene težave). V drugem delu vprašalnika udeleženci na vizualni analogni skali EQ-VAS od 0 do 100 označijo, kako dobro oziroma slabo je njihovo zdravje na dan reševanja, pri čemer 100 pomeni najboljše in 0 najslabše zdravje, ki si ga oseba lahko predstavlja (Korošec-Jagodič idr., 2007). Ocenjeni Chronbachov koeficient alfa za indeks EQ-5D v splošni populaciji znaša 0,74 (Kontodimopoulos idr., 2008), na našem vzorcu slovenskih preživelih onkoloških bolnikov pa 0,75.

Hospitalno lestvico anksioznosti in depresivnosti HADS sta leta 1983 razvila avtorja Zigmond in Snaith, namenjena pa je merjenju simptomov depresije, tesnobe in psihološkega distresa v bolnišničnem okolju (Zigmond in Snaith, 1983). Sestavljena je iz 14 postavk, ki merijo prisotnost simptomov tesnobe in depresije v obdobju zadnjih dveh tednov in se skupaj seštevajo v rezultat prisotnosti simptomov psihološkega distresa. Udeleženci vsako postavko ocenijo na 4-stopenjski lestvici, kjer označijo, kako pogosto je pri njih prisotna določena simptomatika (ocena 0 pomeni, da ni prisotna, ocena 3 pa pomeni, da je vseskozi prisotna). Na posamezni podlestvici lahko oseba doseže rezultat od 0 do 21 točk, pri čemer se rezultat od 0–7 točk vrednoti kot »normalen«, od 8–10 »mejen«

in 11 ali več točk »abnormalen«. Slovensko različico lestvice so leta 2008 prevedli in priredili Miklavčič Vučko, Snoj, Mlakar in Pregelj (Miklavčič Vučko idr., 2008). Cronbachov koeficient alfa na vzorcu slovenskih onkoloških bolnic za podlestvico tesnobe znaša 0,91, za podlestvico depresije pa 0,81 (Miklavčič Vučko idr., 2008). Ocenjena notranja zanesljivost na našem vzorcu slovenskih preživelih onkoloških bolnikov znaša 0,83 za podlestvico anksioznosti in 0,83 za podlestvico depresije.

Lestvico žilavosti RS-14 sta leta 1993 razvila Wagnild in Young (Wagnild in Young, 1993). Sestavlja jo 14 postavk, ki se nanašajo na prisotnost lastnosti, kot so zanašanje nase, občutek smisla, umirjenost, vztrajnost in eksistencialna osamljenost. Za vsako postavko oseba na 7-stopenjski lestvici oceni, v kolikšni meri se z njo strinja, pri čemer 1 pomeni "Sploh se ne strinjam", 7 pa "Popolnoma se strinjam". Oseba lahko doseže rezultat, ki znaša od 14 do 98 točk, pri čemer se rezultat, višji od 90 točk, interpretira kot visoka, 82–90 točk kot zmerno visoka, 65–81 kot zmerno nizka, 64 do 57 točk kot nizka in manj kot 56 točk kot zelo nizka psihološka odpornost. Uporabili bomo slovensko različico lestvice, ki so jo prevedle in priredile avtorice Miroševič, Selič in Klemenc Ketiš (Miroševič idr., 2022). Ocenjeni Cronbachov koeficient alfa na vzorcu slovenskih preživelih onkoloških bolnikov znaša 0,96 (Miroševič idr., 2022).

2.3 POSTOPEK

K sodelovanju v raziskavi so bili povabljeni družinski zdravniki iz tridesetih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Njihova naloga je bila k raziskavi povabiti 15 onkoloških bolnikov, ki so v preteklosti zaključili onkološko zdravljenje. Osebe, ki so se odločile za prostovoljno sodelovanje, so vprašalnik skupaj z informiranim soglasjem prejele preko elektronskega naslova ali v fizični obliki. Predviden čas za reševanje vprašalnika je bil 30 minut, v primeru dilem sta jim bila na voljo kontaktna številka in elektronski naslov odgovornega raziskovalca. Zbrane podatke smo vnesli v statistični program IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., Armonk, NY, ZDA). Najprej smo izračunali opisno statistiko, s katero smo predstavili sociodemografske, klinične in psihološke lastnosti vzorca. Zanesljivost uporabljenih merskih pripomočkov smo z vidika notranje skladnosti preverili z oceno Cronbachovega koeficienta alfa, pri čemer so se vsi uporabljeni pripomočki izkazali za dovolj notranje skladne (ocena alfa nad 0,70). Ker je porazdelitev dosežkov na Lestvici HADS statistično značilno odstopala od normalne (glede na rezultate Shapiro-Wilkovega testa), smo pri preverjanju razlik med skupinami glede na zakonski stan uporabili neparametrični test Brown-Forsythe in naknadne primerjave po postopku Games-Howell. Za primerjavo dveh skupin (kakovost socialne opore) smo uporabili Mann-Withneyev test U. Pri večkratnih testiranjih smo upoštevali Bonferronijev popravek. Za oceno velikosti učinka v smislu razlike med skupinama smo uporabili Cohenove smernice

(1988), pri čemer vrednost d okoli 0,2 pomeni majhen, okoli 0,5 srednji in okoli 0,8 velik učinek.

3 REZULTATI

3.1 OPISNA STATISTIKA DOSEŽKOV NA LESTVICI HADS

V Tabeli 4 je predstavljena opisna statistika dosežkov udeležencev na Hospitalni lestvici anksioznosti in depresivnosti HADS glede na zakonski stan in kakovost socialne opore. V povprečju so udeleženci na podlestvici depresije dosegli skupen rezultat 6,3 točk (SD 3,8), kar glede na smernice Lestvice HADS vrednotimo kot »normalen« rezultat. Na podlestvici depresije je skupina bolnikov v izvenzakonski zvezi dosegla najvišje število točk, sledila je skupina samskih, ločenih/ovdovelih in poročenih bolnikov. Na podlestvici anksioznosti je skupen povprečen rezultat udeležencev znašal 6,1 točk (SD 3,4), kar glede na smernice predstavlja »normalen« rezultat. Ponovno je najvišje število točk dosegla skupina bolnikov v izvenzakonski zvezi, sledila je skupina samskih, ločenih/ovdovelih ter poročenih bolnikov. Rezultat vseh štirih skupin na obeh podlestvicah ločeno vrednotimo kot »normalen«. V povprečju so udeleženci na lestvici psihološkega distresa dosegli 12,3 točk (SD 6,8). Najvišje število točk so dosegli bolniki v izvenzakonski zvezi, sledila je skupina samskih, ločenih/ovdovelih in poročenih bolnikov z najnižjim številom točk. Glede na kakovost socialne opore je skupina udeležencev, katerih socialna opora zadovoljuje njihove potrebe (merjeno z vprašanjem: »Ali vaša socialna opora (partner, otroci, starši, prijatelji) zadovoljuje vaše potrebe?«), v povprečju dosegla višje število točk na vseh treh podlestvicah v primerjavi s skupino udeležencev, ki so poročali, da njihove potrebe s strani socialne opore niso zadovoljene. Na obeh podlestvicah sta obe skupini dosegli »normalen« rezultat. Glede na rezultate Shapiro-Wilkovega testa normalnosti porazdelitve sklepamo, da rezultati na vseh lestvicah niso normalno porazdeljeni.

Tabela 4

Opisna statistika dosežkov na Lestvici HADS glede na zakonski stan in kakovost socialne opore

	N	Min.	Max.	M	SD	S-W test
HADS depresija						
Poročeni	164	0	15	5,5	3,6	< 0,001
Izvenzakonska zveza	45	0	16	7,6	4,3	0,194
Samski	27	0	14	7,3	4,2	0,151
Ločeni/ovdoveli	49	0	14	6,8	3,5	0,267
Kakovost - Da	220	0	16	6,0	3,7	< 0,001

Kakovost - Ne	54	0	14	7,4	3,5	< 0,001
Skupaj	286	0	16	6,2	3,8	< 0,001

HADS anksioznost

Poročeni	164	0	17	5,5	3,4	< 0,001
Izvenzakonska zveza	45	0	17	7,8	4,2	0,132
Samski	27	1	13	7,2	3,2	0,756
Ločeni/ovdoveli	49	0	15	5,9	3,4	< 0,001
Kakovost - DA	220	0	17	5,8	3,6	< 0,001
Kakovost - NE	54	0	15	7,0	3,5	0,490
Skupaj	286	0	17	6,1	3,6	< 0,001

HADS psihološki distres

Poročeni	164	0	28	11,0	6,3	< 0,001
Izvenzakonska zveza	45	2	32	15,4	8,0	0,373
Samski	27	2	25	14,4	6,9	0,141
Ločeni/ovdoveli	49	1	27	12,7	6,1	0,046
Kakovost - DA	220	0	32	11,8	6,7	< 0,001
Kakovost - NE	54	1	28	14,3	7,2	0,269
Skupaj	286	0	32	12,3	6,8	< 0,001

Opombe. (i) Kakovost – DA/NE – odgovor na vprašanje: »Ali vaša socialna opora (partner, otroci, starši, prijatelji) zadovoljuje vaše potrebe?« (ii) S-W test – Shapiro-Wilkov test normalnosti porazdelitve

3.2 POVEZAVA MED KOLIČINO SOCIALNE OPORE IN PSIHOLOŠKIM DISTRESOM, TESNOBO IN DEPRESIJO

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati statističnih analiz, s katerimi smo preverili, ali obstaja povezanost med količino socialne opore (zakonski stan) in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri preživelih onkoloških bolnikih. Ker predpostavka normalnosti in homogenosti varianc ni bila izpolnjena, smo namesto preproste ANOVE uporabili Brown-Forsythovo različico.

Tabela 5

Rezultati Brown-Forsythe testa

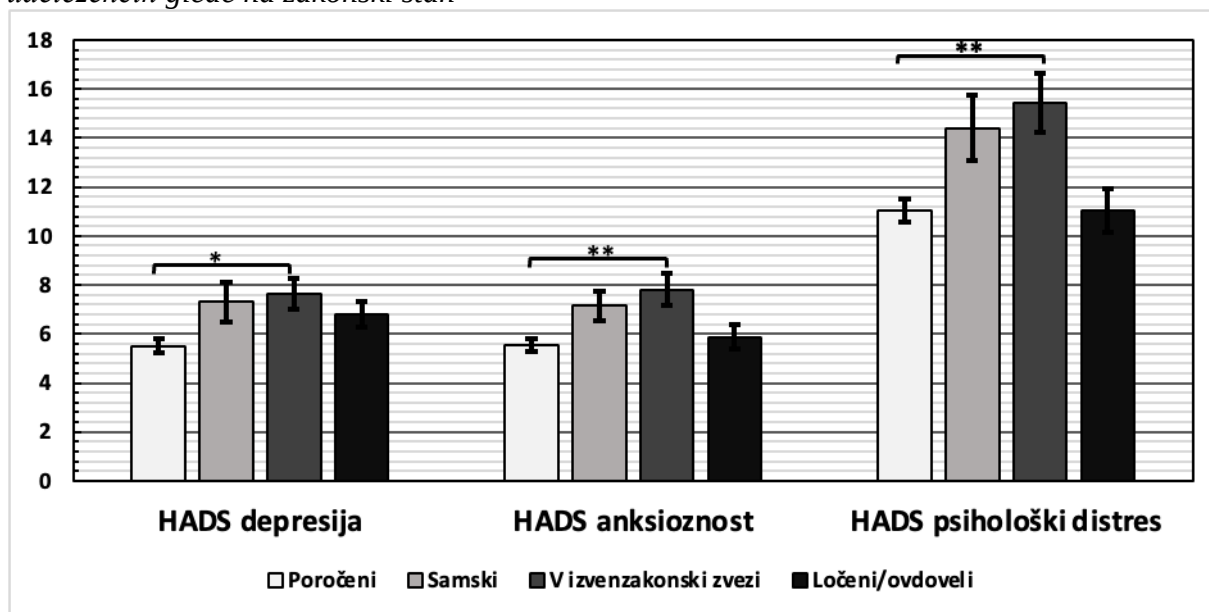
	Brown-Forsythe	<i>df</i>	<i>df</i> ²	<i>p</i>
HADS depresija	4,714	3	125,145	0,004
HADS anksioznost	5,620	3	142,255	< 0,001
HADS psihološki distres	5,761	3	131,281	< 0,001

Opombe. (i) *df* – prostostne stopnje

Rezultati so pokazali, da obstajajo statistično značilne razlike med skupinami pri spremenljivkah HADS depresija, HADS anksioznost in HADS psihološki distres. Nadaljnja primerjava z Games-Howellovim testom znotraj posameznih skupin zakonskega stanu je pokazala statistično značilno razlike le pri primerjavi poročenih bolnikov z bolniki v izvenzakonski zvezi na podlestvici depresije ($p = 0,016$, Cohenov $d = 0,54$), podlestvici anksioznosti ($p = 0,008$, Cohenov $d = 0,60$) in lestvici psihološkega distresa ($p = 0,006$, Cohenov $d = 0,62$). V skladu s Cohenovimi smernicami (1988) gre za srednje veliko velikost učinka. Rezultati so prikazni na Sliki 1.

Slika 1

Povprečna vrednost in njena standardna napaka za dosežke na Lestvici HADS pri udeležencih glede na zakonski stan



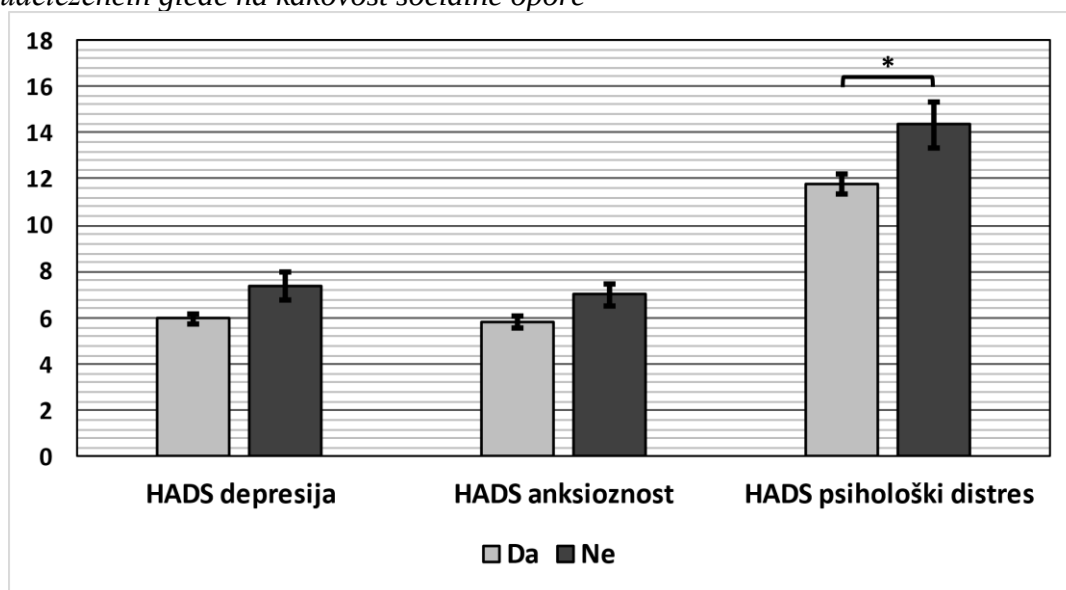
Opombe. (i) * $p < 0,05$ (ii) ** $p < 0,01$

3.3 POVEZAVA MED KAKOVOSTJO SOCIALNE OPORE IN PSIHOLOŠKIM DISTRESOM, TESNOBO IN DEPRESIJO

Za primerjavo skupin glede na kakovost socialne opore smo uporabili Mann-Whitneyjev U test in Bonferronijev popravek za posamezne p vrednosti. Rezultati so pokazali, da obstajajo statistično značilne razlike med skupino, ki ima pozitivno vrednoteno socialno oporo (Kakovost - DA), in skupino z negativno vrednoteno socialno oporo (Kakovost - NE) le pri spremenljivki HADS psihološki distres ($p = 0,036$, Cohenov $d = 0,37$). V skladu s Cohenovimi smernicami (1988) gre torej za majhno do srednjo velikost učinka. Rezultati primerjav vseh skupin so prikazani na Sliki 2.

Slika 2

Povprečna vrednost in njena standardna napaka za dosežke na Lestvici HADS pri udeležencih glede na kakovost socialne opore



Opombe. (i) * $p < 0,05$ (ii) Da/Ne - odgovor na vprašanje: »Ali vaša socialna opora (partner, otroci, starši, prijatelji) zadovoljuje vaše potrebe?«

4 RAZPRAVA

V magistrskem delu smo želeli proučiti povezavo med količino in kakovostjo socialne opore in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri preživelih onkoloških bolnikih v obdobju po končanem zdravljenju. Pri tem smo uporabili predhodno zbrane podatke raziskave z naslovom »Prevod in validacija Lestvice nezadovoljenih potreb CaSUN in Lestvice žilavosti RS-14«, ki je v vzorec zajela slovenske preživele onkološke bolnike. Pri proučevanju količine socialne opore smo primerjali različne skupine neporočenih bolnikov s skupino poročenih bolnikov. Rezultati primerjave med skupino poročenih bolnikov in bolnikov v izvenzakonski zvezi so pokazali statistično značilne razlike na lestvici psihološkega distresa in podlestvicah anksioznosti in depresije. Med skupino poročenih in skupino samskih ter ločenih/ovdovelih bolnikov nismo našli statistično značilnih razlik. Pri proučevanju kakovosti socialne opore smo uporabili vprašanje, ali bolnikova socialna opora zadovoljuje njegove potrebe. Med skupino bolnikov, ki je poročala o tem, da njihova socialna opora ne zadovoljuje njihovih potreb, in skupino bolnikov, ki je poročala, da socialna opora zadovoljuje njihove potrebe, obstajajo statistično značilne razlike le na lestvici psihološkega distresa. Med skupinama ni bilo statistično značilnih razlik na podlestvici depresije in anksioznosti.

Skupina bolnikov v izvenzakonski zvezi je imela v povprečju višje rezultate na lestvici psihološkega distresa in podlestvicah tesnobe in depresije v primerjavi s poročenimi bolniki, kar se ujema z ugotovitvami preteklih raziskav (Hoffman idr., 2009; Kamen idr., 2015; Shrout idr., 2021). Pri tem je potrebno poudariti, da gre za srednje veliko velikost učinka, kar kaže na določeno mero klinične relevantnosti (Fidler idr., 2005). Študij, ki bi pojasnjevale mehanizme v ozadju dobljenih rezultatov v populaciji preživelih onkoloških bolnikov, v literaturi nismo zasledili. Morda na rezultate vpliva dejstvo, da so bili onkološki bolniki v izvenzakonski zvezi v našem vzorcu v povprečju mlajši ($M = 51$, $SD = 11$) v primerjavi s poročenimi bolniki ($M = 57$, $SD = 10$). Mlajši bolniki, ki se nahajajo v pomembnem življenjskem obdobju, kot je na primer načrtovanje družine, poročajo o višji stopnji psihološkega distresa v primerjavi s starejšimi bolniki (Smith idr., 2018). Motnje v spolnem funkcioniranju in težave na področju reproduktivnega zdravljenja sta samo ena izmed dolgotrajnih stranskih učinkov prejetega zdravljenja, ki so vodili v partnerske težave in oddaljevanje v intimnem odnosu ter posledično v občutenje višje stopnje psihološkega distresa pri mlajših preživelih onkoloških bolnikih (Gorman idr., 2012; Robinson idr., 2014). Mlajše preživele onkološke bolnice v izvenzakonski zvezi, ki je nastala po končanem zdravljenju, so v eni izmed kvalitativnih študij poročale o občutkih sramu in strahu pred zavrnitvijo s strani novega partnerja zaradi na novo nastalih telesnih sprememb, poročale pa so tudi o strahu pred morebitnimi partnerskimi težavami, ki bi jih lahko povzročili stranski učinki prejetega zdravljenja na področju spolnega funkcioniranja

(Kurowecki in Fergus, 2014). Omenjene težave in ovire so tako edinstvene v skupini mlajših neporočenih bolnikov, ki se nahajajo v partnerski zvezi, in jih pomembno ločujejo od skupine poročenih bolnikov.

Med skupinama poročenih in samskih bolnikov ni bilo statistično značilnih razlik na lestvici psihološkega distresa in podlestvicah anksioznosti in depresije. Dobljena ugotovitev se ne sklada z ugotovitvami prehodnih raziskav, ki poročajo, da samski bolniki poročajo o višji prevalenci simptomov psihološkega distresa, tesnobe in depresije v primerjavi s poročenimi bolniki (Hoffman idr., 2009; Kamen idr., 2015; Shrout idr., 2021; Yu in Li, 2021). Statistično značilnih razlik ravno tako ni bilo med skupinama poročenih in ločenih/ovdovelih bolnikov, kar se prav tako ne ujema z ugotovitvami prehodnih raziskav (Hoffman idr., 2009; Kamen idr., 2015; Shrout idr., 2021; Yu in Li, 2021). Razlog za dobljene rezultate je morda majhna velikost vzorca posamezne skupine neporočenih bolnikov, ki je lahko vodila v manjšo statistično moč in posledično v statistično neznačilne rezultate. Raziskava, katere podatki so bili uporabljeni v magistrskem delu, je bila oblikovana z drugačnim namenom kot magistrsko delo in v vzorcu ni uravnotežila skupin glede na njihov zakonski stan. Dobljeni rezultati lahko kljub temu služijo kot pomemben podatek raziskovalcem pri oblikovanju bodočih perspektivnih raziskav s tega področja.

Prvo hipotezo, ki smo si jo zastavili v magistrskem delu in je predpostavljala, da bodo imeli poročeni bolniki manj simptomov depresije v primerjavi s skupino samskih, skupino ločenih/ovdovelih in skupino bolnikov v izvenzakonski zvezi, lahko delno sprejmemo, saj so rezultati pokazali statistično in klinično pomembne razlike med skupinama poročenih bolnikov in bolnikov v izvenzakonski zvezi. Med skupino poročenih bolnikov in preostanima dvema skupinama neporočenih bolnikov ni bilo statistično značilnih razlik. Druga hipoteza v magistrskem delu je predpostavljala, da bodo imeli poročeni bolniki nižjo prevalenco simptomov tesnobe v primerjavi s skupino samskih, ločenih/ovdovelih in bolnikov v izvenzakonski zvezi. Omenjeno hipotezo delno sprejmemo, saj so rezultati pokazali statistično značilne in klinično pomembne razlike med poročenimi bolniki in bolniki v izvenzakonski zvezi. Med skupinama poročenih in ločenih/ovdovelih bolnikov ni bilo statistično značilnih razlik. Delno sprejmemo tudi tretjo hipotezo, ki je predpostavljala, da bodo imeli poročeni bolniki manj simptomov psihološkega distresa v primerjavi s prej omenjenimi skupinami neporočenih bolnikov. Statistično značilne in klinično pomembne razlike smo našli med skupinama poročenih bolnikov in bolnikov v izvenzakonski zvezi, medtem ko med skupinama poročenih bolnikov in samskih oziroma ločenih/ovdovelih bolnikov ni bilo statistično značilnih razlik v prevalenci psihološkega distresa.

V drugem delu magistrskega dela smo proučevali povezavo med kakovostjo socialne opore in simptomi psihološkega distresa, tesnobe in depresije pri preživelih onkoloških bolnikih. Bolniki, ki so poročali o tem, da njihova socialna opora (partner, otroci, družina, prijatelji) ne zadovoljuje njihovih potreb, so imeli statistično značilno višji rezultat na lestvici psihološkega distresa, medtem ko do ni bilo statistično značilnih razlik med skupinama na podlestvicah anksioznosti in depresije. Pri tem je potrebno poudariti, da je velikost učinka majhna do srednja, zato ne moremo z gotovostjo trditi, da so rezultati tudi klinično relevantni (Fidler et al. 2005). Dobljeni rezultati se sicer ujemajo z ugotovitvami avtorjev, ki poročajo, da je kakovost socialne opore pomembno povezana s pojavom simptomov psihološkega distresa (Carpenter idr., 2010; Inhestern idr., 2017; Kamen idr., 2015; Matulonis idr., 2008). Eden izmed razlogov za nezadovoljenost bolnikovih socialnih potreb je lahko občutek nekompetentnosti za nudenje socialne opore s strani oseb, ki sestavljajo bolnikovo socialno mrežo (Adams idr., 2012). Partnerji preživelih onkoloških bolnikov so v eni izmed kvalitativnih raziskav poročali o pomanjkanju veščin za odprto komunikacijo o izkušnji onkološkega zdravljenja in izogibanju omenjeni temi v pogovoru, kar lahko vodi do nezadovoljenih potreb na strani bolnika (Adams idr., 2012). Nižja kakovost socialne opore je bila pri preživelih onkoloških bolnikih povezana s slabšo oceno kakovosti življenja, kar lahko pripomore k razvoju simptomov psihološkega distresa (Huang in Hsu, 2013). Zgornje ugotovitve lahko povežemo z ugotovitvami raziskav, ki poročajo o bioloških mehanizmih v ozadju omenjenih pojavov. Pari, ki so poročali o višji kakovosti partnerskega odnosa, so imeli v plazmi izmerjeno višjo količino hormona oksitocina, ki je povezan z znižanjem stresnega hormona kortizola in posledično z zmanjšanjem simptomov psihološkega distresa (Heinrichs idr., 2003; Holt-Lunstad idr., 2015). Prisotnost druge osebe obenem blaži fobičen odziv amigdale in krepi njeno povezavo s frontalnim korteksom, kar se kaže kot zmanjšanje simptomov psihološkega distresa (Donadon idr., 2018; Sripada idr., 2013).

Četrto in peto hipotezo v magistrskem delu, ki sta ločeno predpostavljali, da je prevalenca simptomov depresije in tesnobe manjša pri bolnikih, katerih socialna opora zadovolji njihove potrebe, v primerjavi z bolniki, katerih potrebe niso zadovoljene, zavrnamo, saj med skupinama nismo našli statistično značilnih razlik. Šesto hipotezo, ki je predpostavljala, da je prevalenca psihološkega distresa manjša pri bolnikih, katerih socialna opora zadovolji njihove potrebe, v primerjavi z bolniki, katerih potrebe niso zadovoljene, sprejememo, saj med skupinama obstajajo statistično značilne razlike.

Ena izmed omejitev magistrskega dela je uporaba podatkov, namenjenih preverjanju psihometričnih lastnosti nekaterih uporabljenih lestvic in ne preverjanju hipotez v magistrskem delu. Za merjenje kakovosti socialne opore tako ni bil uporabljen standardiziran merski instrument, ampak smo uporabili eno izmed zastavljenih vprašanj

znotraj vprašalnika za zbiranje sociodemografskih in kliničnih podatkov udeležencev. V prihodnje bi bilo smiselno uporabiti enega izmed validiranih merskih instrumentov za merjenje socialne opore, ki bi zadostil psihometričnim kriterijem in tako omogočil pridobitev zanesljivih in veljavnih rezultatov (McFarlane idr., 1981). V vzorec je bilo vključeno večje število žensk kot moških (razmerje 8:2), zato bi bilo v bodoče smiselno vzorec uravnotežiti po spolu. V magistrskem delu smo za primerjavo skupin uporabili preproste statistične teste, ki niso nadzirali vpliva ostalih spremenljivk na dobljene rezultate. V bodoče bi bilo smiselno oblikovati prospektivno longitudinalno raziskavo, v kateri bi lahko s pomočjo naprednejših statističnih metod spremljali vpliv preostalih dejavnikov. Kljub temu smo v vzorec uspeli zajeti širok vzorec bolnikov, kar omogoča posplošitev rezultatov na široko populacijo preživelih onkoloških bolnikov. Glede na pregled literature je naša raziskava prva, ki je v Sloveniji proučila povezavo med socialno oporo in duševnim zdravjem preživelih onkoloških bolnikov. Pri proučevanju količine socialne opore smo med seboj ločili različne skupine neporočenih bolnikov (samski, ločeni/ovdoveli in bolniki v izvenzakonski zvezi), s čimer smo pridobili natančnejše rezultate in se nismo osredotočili samo na iskanje razlik med poročenimi in neporočenimi preživelimi bolniki.

Magistrsko delo ima kljub omejitvam pomembno klinično in raziskovalno vrednost. Pri tem se klinična vrednost magistrskega dela nanaša na ugotovitev, da skupina bolnikov v izvenzakonski zvezi in skupina bolnikov z nižjo kakovostjo socialne opore poročata o višji prevalenci simptomov psihološkega distresa. Ugotovitev je uporabna tako za zdravstvene delavce kot preostale strokovne delavce, ki se srečujejo z omenjenima populacijama in so lahko glede na zakonski stan in kakovost socialne opore bolnika pozorni na njegovo duševno zdravje ter predlagajo ustrezne psihosocialne intervencije za blaženje simptomov psihološkega distresa. Raziskovalna vrednost magistrskega dela je tudi v tem, da lahko služi kot osnova za oblikovanje bodočih preglednih presečnih in longitudinalnih raziskav s področja socialne opore in duševnega zdravja preživelih onkoloških bolnikov. Magistrsko delo doprinese tudi pomembno spoznanje k študijam, ki že več let poročajo o tem, da igra kakovostna socialna opora pomembno vlogo pri okrevanju po zaključku onkološkega zdravljenja.

5 SKLEPI

Namen magistrskega dela je bil proučiti povezavo med količino in kakovostjo socialne opore in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri preživelih onkoloških bolnikih. Pri tem smo med seboj primerjali različne skupine neporočenih bolnikov s skupino poročenih bolnikov. Kakovost socialne opore je bila merjena z vprašanjem: »Ali vaša socialna opora (partner, otroci, starši, prijatelji) zadovoljuje vaše potrebe?«. Skupina bolnikov v izvenzakonski zvezi je poročala o statistično značilno višji prevalenci psihološkega distresa, tesnobe in depresije v primerjavi s skupino poročenih bolnikov. Med skupino poročenih in skupino samskih oziroma ločenih/ovdovelih bolnikov ni bilo statistično značilnih razlik. Preživeli onkološki bolniki, ki so poročali, da socialna opora ne zadovoljuje njihovih potreb, so poročali o statistično značilno višji prevalenci simptomov psihološkega distresa. Med skupinama ni bilo statistično značilnih razlik v prevalenci simptomov tesnobe in depresije.

6 VIRI

Adams, E., Boulton, M., Rose, P. W., Lund, S., Richardson, A., Wilson, S. in Watson, E. K. (2012). A qualitative study exploring the experience of the partners of cancer survivors and their views on the role of primary care. *Supportive Care in Cancer*, 20(11), 2785–2794.

Alley, J. C. in Diamond, L. M. (2020). Oxytocin and Human Sexuality: Recent Developments. *Current Sexual Health Reports*, 12(3), 182–185.

Arndt, V. (2020). Cancer survivorship. *Best Practice Onkologie*, 15(3), 64–70.

Atelšek, S., Fajfar, T., Jemec Tomazin, M., Trojar, M. in Žagar-Karer, M. (2022, marec). *Terminološka svetovalnica: Preživeli onkološki bolnik*. ZRC SAZU. <https://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/svetovanje/prezive-li-onkološki-bolnik>

Batterham, P. J., Sunderland, M., Slade, T., Calear, A. L. in Carragher, N. (2018). Assessing distress in the community: Psychometric properties and crosswalk comparison of eight measures of psychological distress. *Psychological Medicine*, 48(8), 1316–1324.

Bloom, J. R. in Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19(8), 831–837.

Burg, M. A., Adorno, G., Lopez, E. D. S., Loerzel, V., Stein, K., Wallace, C. in Sharma, D. K. B. (2015). Current unmet needs of cancer survivors: Analysis of open-ended responses to the American Cancer Society study of cancer survivors II. *Cancer*, 121(4), 623–630.

Burris, J. L. in Andrykowski, M. (2010). Disparities in mental health between rural and nonrural cancer survivors: A preliminary study. *Psycho-Oncology*, 19(6), 637–645.

Burton, A. W., Fanciullo, G. J., Beasley, R. D. in Fisch, M. J. (2007). Chronic pain in the cancer survivor: A new frontier. *Pain Medicine*, 8(2), 189–198.

Carpenter, K. M., Fowler, J. M., Maxwell, G. L. in Andersen, B. L. (2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 79–90.

Cheng, H., Sit, J. W. H., Chan, C. W. H., So, W. K. W., Choi, K. C. in Cheng, K. K. F. (2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 788–796.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.

Cohen, S. in Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.

Costanzo, E. S., Ryff, C. D. in Singer, B. H. (2009). Psychosocial Adjustment Among Cancer Survivors: Findings From a National Survey of Health and Well-Being. *Health Psychology*, 28(2), 147–156.

Cowen, P. J. (2010). Not fade away: The HPA axis and depression. *Psychological Medicine*, 40(1), 1–4.

Dolbeault, S., Bredart, A., Mignot, V., Hardy, P., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B. in Medioni, J. (2008). Screening for psychological distress in two French cancer centers: Feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliative and Supportive Care*, 6(2), 107–117.

Donadon, M. F., Martin-Santos, R. in Osório, F. de L. (2018). The associations between oxytocin and trauma in humans: A systematic review. *Frontiers in Pharmacology*, 9(3).

Elliott, J., Fallows, A., Staetsky, L., Smith, P. W. F., Foster, C. L., Maher, E. J. in Corner, J. (2011). The health and well-being of cancer survivors in the UK: Findings from a population-based survey. *British Journal of Cancer*, 105(1), 11–20.

Europe's beating cancer plan. (2022, marec). https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

Fidler, F., Cumming, G., Thomason, N., Pannuzzo, D., Smith, J., Fyffe, P., Edmonds, H., Harrington, C. in Schmitt, R. (2005). Toward improved statistical reporting in the journal of consulting and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 136–143.

Franks, H. M., Cronan, T. A. in Oliver, K. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *Journal of Community Psychology*, 32(4), 425–438.

Galán, S., de la Vega, R. in Miró, J. (2018). Needs of adolescents and young adults after cancer treatment: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(6), 1–14.

Galván, N., Buki, L. P. in Garcés, D. M. (2009). Suddenly, a carriage appears: Social support needs of latina breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(3), 361–382.

Gil, F., Costa, G., Hilker, I. in Benito, L. (2012). First anxiety, afterwards depression: Psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress and Health*, 28(5), 362–367.

Gonzales, F. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Santoyo-Olsson, J. in Nápoles, A. M. (2016). Do coping strategies mediate the effects of emotional support on emotional well-being among Spanish-speaking Latina breast cancer survivors? *Psycho-Oncology*, 25(11), 1286–1292.

Gorman, J. R., Bailey, S., Pierce, J. P. in Su, H. I. (2012). How do you feel about fertility and parenthood? The voices of young female cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(2), 200–209.

Grewen, K. M., Girdler, S. S., Amico, J. in Light, K. C. (2005). Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine, and blood pressure before and after warm partner contact. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 531–538.

Hamama-Raz, Y. (2012). Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? *Psycho-Oncology*, 21(3), 255–263.

Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L. in Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors-a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163–181.

Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. in Ehler, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389–1398.

Hoffman, K. E., McCarthy, E. P., Recklitis, C. J. in Ng, A. K. (2009). Psychological Distress in Long-term Survivors of Adult-Onset Cancer. *Archives of Internal Medicine*, 169(14), 1274–1281.

Holland, J. M. in Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254–263.

Holt-Lunstad, J., Birmingham, W. C. in Light, K. C. (2015). Relationship quality and oxytocin: Influence of stable and modifiable aspects of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(4), 472–490.

Huang, C. Y. in Hsu, M. C. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 767–774.

Imm, K. R., Williams, F., Houston, A. J., Colditz, G. A., Drake, B. F., Gilbert, K. L. in Yang, L. (2017). African American prostate cancer survivorship: Exploring the role of social support in quality of life after radical prostatectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(4), 409–423.

Inhestern, L., Beierlein, V., Bultmann, J. C., Möller, B., Romer, G., Koch, U. in Bergelt, C. (2017). Anxiety and depression in working-age cancer survivors: A register-based study. *BMC Cancer*, 17(1), 1–8.

Iob, E., Kirschbaum, C. in Steptoe, A. (2020). Persistent depressive symptoms, HPA-axis hyperactivity, and inflammation: the role of cognitive-affective and somatic symptoms. *Molecular Psychiatry*, 25(5), 1130–1140.

Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S. in Reidunsdatter, R. J. (2018). Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(4), 298–307.

Kamen, C., Mustian, K. M., Heckler, C., Janelins, M. C., Peppone, L. J., Mohile, S., McMahon, J. M., Lord, R., Flynn, P. J., Weiss, M., Spiegel, D. in Morrow, G. R. (2015). The association between partner support and psychological distress among prostate cancer survivors in a nationwide study. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(3), 492–499.

Kelly, K. M., Shah, N., Shedlosky-Shoemaker, R., Porter, K. in Agnese, D. (2011). Living post treatment: Definitions of those with history and no history of cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 5(2), 158–166.

Kim, S. H., Kang, S., Kim, Y. M., Kim, B. G., Seong, S. J., Cha, S. Do, Park, C. Y. in Yun, Y. H. (2010). Prevalence and predictors of anxiety and depression among cervical cancer survivors in Korea. *International Journal of Gynecological Cancer*, 20(6), 1017–1024.

Knobf, M. T. (2007). Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71–83.

Koch, L., Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Holleczeck, B., Singer, S., Brenner, H. in Arndt, V. (2013). Quality of life in long-term breast cancer survivors-a 10-year longitudinal population-based study. *Acta Oncologica*, 52(6), 1119–1128.

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Yfantopoulos, J., Dimitrakaki, C. in Tountas, Y. (2008). Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population. *Value in Health*, 11(7), 1162–1169.

Korošec-Jagodič, H., Jagodič, K., Kotnik, M. in Podbregar, M. (2007). Preživetje in kakovost življenja bolnikov po zdravljenju na intenzivnem oddelku. *Zdravniški vestnik*, 76(1), 29–34.

Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F. in Potamianos, G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Women and Health*, 52(5), 503–516.

Kurowecki, D. in Fergus, K. D. (2014). Wearing my heart on my chest: Dating, new relationships, and the reconfiguration of self-esteem after breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 52–64.

Landerman, R., George, L., Campbell, R. T. in Dan, B. G. (1989). Alternative models of the stress buffering hypothesis. *American journal of community psychology*, 17(5), 625–642.

Light, K. C., Grewen, K. M. in Amico, J. A. (2005). More frequent partner hugs and higher oxytocin levels are linked to lower blood pressure and heart rate in premenopausal women. *Biological Psychology*, 69(1), 5–21.

Little, M., Paul K., Jordens, C.F. in Sayers, E.J. (2002). Survivorship and discourses of identity. *Psychooncology*, 11(2):170–178.

Maass, S. W. M. C., Boerman, L. M., Verhaak, P. F. M., Du, J., de Bock, G. H. in Berendsen, A. J. (2019). Long-term psychological distress in breast cancer survivors and their matched controls: A cross-sectional study. *Maturitas*, 130(1), 6–12.

Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M. in De Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100–108.

Marzorati, C., Riva, S. in Pravettoni, G. (2017). Who Is a Cancer Survivor? A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Cancer Education*, 32(2), 228–237.

Matulonis, U. A., Kornblith, A., Lee, H., Bryan, J., Gibson, C., Wells, C., Lee, J., Sullivan, L. in Penson, R. (2008). Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18(6), 1183–1193.

Mayer, D. K., Nasso, S. F. in Earp, J. A. (2017). Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *The Lancet Oncology*, 18(1), 11–18.

McFarlane, A. H., Neale, K. A., Norman, G. R., Roy, R. G. in Streiner, D. L. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 90–100.

Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U. in Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82.

Miklavčič-Vučko, I., Snoj, Z., Mlakar, J. in Pregelj, P. (2008). Validation of the Slovenian version of Hospital anxiety and depression scale in female cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 20(2), 148–152.

Millar, B., Patterson, P. in Desille, N. (2010). Emerging adulthood and cancer: How unmet needs vary with time-since-treatment. *Palliative and Supportive Care*, 8(2), 151–158.

Miroševič, Š., Selič-Zupančič, P., Prins, J. in Klemenc-Ketiš, Z. (2022). Psychometric properties of the Slovenian version of the 14-item Resilience Scale (RS-14-SL). *In submission*.

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J. in Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 14(8), 721–732.

Mitchell, A. J., Meader, N. in Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335–348.

Mols, F., Schoormans, D., de Hingh, I., Oerlemans, S. in Husson, O. (2018). Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population-based, longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer*, 124(12), 2621–2628.

Nissen, K. G., Trevino, K., Lange, T. in Prigerson, H. G. (2016). Family Relationships and Psychosocial Dysfunction Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(6), 841–849.

Pumo, V., Milone, G., Iacono, M., Giuliano, S. R., di Mari, A., Lopiano, C., Bordonaro, S., in Tralongo, P. (2012). Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. *Cancer Management and Research*, 4(1), 61–65.

Robinson, L., Miedema, B. in Easley, J. (2014). Young adult cancer survivors and the challenges of intimacy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(4), 447–462.

Salari, R., Salari, R., in Medicine, C. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(1), 3592–3597.

Schreier, A. M., Johnson, L. A., Vohra, N. A., Muzaffar, M. in Kyle, B. (2019). Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Pain Management Nursing*, 20(2), 146–151.

Shaw, L. K., Sherman, K. A. in Fitness, J. (2016). Women's experiences of dating after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(4), 318–335.

Shor, E., Roelfs, D. J. in Yogev, T. (2013). The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, 35(4), 626–638.

Shrout, M. R., Renna, M. E., Madison, A. A., Alfano, C. M., Povoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Farrar, W. B., Carson, W. E. in Kiecolt-Glaser, J. K. (2021). Breast cancer survivors' satisfying marriages predict better psychological and physical health: A longitudinal comparison of satisfied, dissatisfied, and unmarried women. *Psycho-Oncology*, 30(5), 699–707.

Smith, A. "Ben", Rutherford, C., Butow, P., Olver, I., Lockett, T., Grimison, P., Toner, G., Stockler, M. in King, M. (2018). A systematic review of quantitative observational studies investigating psychological distress in testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(4), 1129–1137.

Spiga, F., Walker, J. J., Terry, J. R. in Lightman, S. L. (2014). HPA axis-rhythms. *Comprehensive Physiology*, 4(3), 1273–1298.

Sripada, C. S., Phan, K. L., Labuschagne, I., Welsh, R., Nathan, P. J. in Wood, A. G. (2013). Oxytocin enhances resting-state connectivity between amygdala and medial frontal cortex. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(2), 255–260.

Stephens, C., Westmaas, J. L., Kim, J., Cannady, R. in Stein, K. (2016). Gender differences in associations between cancer-related problems and relationship dissolution among cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 865–873.

Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., Hanley, J. A., Dixon, W. G., Meguerditchian, A. N. in Tamblyn, R. (2017). Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165(2), 229–245.

Tafet, G. E. in Nemeroff, C. B. (2020). Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders: The Role of the HPA Axis. *Frontiers in Psychiatry*, 11(5), 1–11.

Thewes, B., Butow, P., Girgis, A. in Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 177–189.

Veenstra, C. M., Acosta, J., Sharar, R., Hawley, S. T. in Morris, A. M. (2021). Partners' engagement in surveillance among survivors of colorectal cancer: A qualitative study. *Cancer Medicine*, 10(4), 1289–1296.

Villoria, E. in Lara, L. (2018). Assessment of the hospital anxiety and depression scale for cancer patients. *Revista Medica de Chile*, 146(3), 300–307.

Vodermaier, A., Linden, W. in Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: A systematic review of assessment Instruments. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(21), 1464–1488.

Wagnild, G. in Young, H. (1993). Development and Pshycometric evaluation of a Recilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.

Wang, H. H., Wu, S. Z. in Liu, Y. Y. (2003). Association between social support and health outcomes: A meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19(7), 345–350.

Winter, J. in Jurek, B. (2019). The interplay between oxytocin and the CRF system: regulation of the stress response. *Cell and Tissue Research*, 375(1), 85–91.

Yi, J. C. in Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Medical Clinics of North America*, 101(6), 1099–1113.

Yu, R. in Li, H. (2021). Longitudinal Assessment of Prevalence and Risk Factors of Anxiety and Depression among Prostate Cancer Survivors Post-Resection. *Psychiatric Quarterly*, 92(3), 995–1009.

Zadnik, V., Žagar, T., Lokar, K., Tomšič, S., Konjevič, A. D. in Zakotnik, B. (2021). Trends in population-based cancer survival in Slovenia. *Radiology and Oncology*, 55(1), 42–49.

Zainal, N. Z., Nik-Jaafar, N. R., Baharudin, A., Sabki, Z. A. in Ng, C. G. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: A systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(4), 2649–2656.

Zigmond, A. S. in Snalth, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361–370.

IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Spodaj podpisana Kaja Krajc, z vpisno številko 89182034, vpisana v študijski program Psihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

Povezava med socialno oporo in psihološkim distresom, tesnobo in depresijo pri onkoloških bolnikih po koncu zdravljenja

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT« ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Kaja Krajc