



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
NAPREDNA ZDRAVSTVENA NEGA

**PSIHOSOCIALNA PODPORA PRI
PACIENTIH Z RAKOM S PRIDRUŽENO
DEPRESIJO IN TESNOBO –
EKSPLOLATIVNA RAZISKAVA**

**PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR CANCER
PATIENTS WITH DEPRESSION AND
ANXIETY: AN EXPLORATORY STUDY**

Mentor:
doc. dr. Branko Bregar
Somentorica:
Marjana Bernot, viš. pred.

Kandidatka:
Lejla Obarčanin Čaušević

Ljubljana, december, 2025

ZAHVALA

Svoje magistrsko delo in vse, kar sem, posvečam očetu Ibrahimu. Oče, pomeniš mi vse na tem svetu in zaradi tebe sem tu, kjer sem. Seveda se zahvaljujem tudi mami Mirzi, sestri Amiri in možu Ademu, saj so mi ves čas stali ob strani, me spodbujali in brezpogojno verjeli vame.

Da je moje magistrsko delo sedaj tu, sta zaslužna mentor doc. dr. Branko Bregar in somentorica Marjana Bernot, viš. pred., katerima gre posebna zahvala za potrpežljivost, strokovno pomoč, razumevanje in usmeritve pri njegovem nastajanju. Zahvaljujem se še recenzentkama izr. prof. dr. Saneli Pivač in prof. dr. Vesni Švab za končne popravke. Prav tako gre zahvala dr. Eriku Breclju, ki je raziskavo odobril ter me ob izvajanju raziskave ves čas tudi spodbujal. Ob tej priložnosti se zahvaljujem tudi lektorici Vesni Tomc Lamut, univ. dipl. prof. slovenščine za jezikovne nasvete.

POVZETEK

Izhodišča: Diagnoza rak in duševna stiska sta običajno združeni, in ker sta obe zelo pogosti ter število obolelih z rakom narašča, posledično naraščajo tudi duševne stiske, zato je pomembno paciente in ostalo populacijo o tem ozaveščati. Namen raziskave je bil raziskati psihosocialno podporo, ki jo prejmejo pacienti z rakom v procesu zdravstvene obravnave glede na izražene simptome tesnobe in depresije.

Cilj: Cilji magistrskega dela so bili ugotoviti izražene simptome tesnobe in depresije pri pacientih z rakom, v povezavi s sociodemografskimi podatki, in ugotoviti dostopnost psihosocialne podpore pri pacientih z rakom.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna raziskovalna metoda. Kot merski instrument je bil uporabljen strukturiran vprašalnik. Izbran je bil namenski vzorec, vanj je bil vključen 101 odrasel pacient z napredovano rakavo boleznijo na prebavni poti; vsi vključeni so bili pokretni in pogovornljivi. Raziskava je potekala od januarja 2025 do maja 2025. Podatki so bili analizirani z uporabo statističnega programa SPSS, verzija 29.0. Za pridobljene podatke so bile uporabljene opisna statistika in bivariatne statistične metode: Mann–Whitneyjev U-test, Kruskal Wallisov H test in Spearmanov koeficient korelacije pri $p \leq 0,05$.

Rezultati: Večina pacientov, vključenih v raziskavo, je doživljala vsaj minimalno stopnjo depresije (78, 2%) in minimalno stopnjo tesnobe (61, 4%). Pri depresiji so bile višje povprečne vrednosti zabeležene pri somatskih in vedenjskih simptomih, zlasti pri izgubi želje po spolnosti (PV = 0,79; SO = 0,95), pri tesnobi pa so bili najpogostejši in najbolj izraziti somatski simptomi slaba prebava oziroma nelagodje v trebuhu (PV = 0,72, SO = 0,90). Statistično značilna razlika v izraženosti simptomov je bila ugotovljena glede na spol, pri čemer so ženske (PV = 8,18; SO = 6,98) imele višjo stopnjo izraženosti simptomov tesnobe kot moški (PV = 6,64; SO = 8,45), moški pa so imeli višjo stopnjo izraženih simptomov depresije (PV = 9,38; SO = 8,56) v primerjavi z ženskami (PV = 6,35; SO = 4,93). Intervali zaupanja (95 % CI) so potrjevali zanesljivost teh razlik.

Razprava: Raziskava je pokazala, da imajo pacienti z rakom pogosto blage simptome tesnobe in depresije, vendar redko iščejo psihosocialno podporo, zdravstveno osebje pa pogosto potrebe pacientov podcenjuje. Rezultati poudarjajo potrebo po sistematičnem preseganju in bolj dostopni psihosocialni podpori.

Ključne besede: medicinska sestra, anksioznost, rak, psihološka pomoč, zdravstvena nega

SUMMARY

Background: The diagnoses of cancer and mental distress are often co-occurring. Both are very common and since both are also increasing in number, it is important to raise awareness of this fact among patients and the general population. The purpose of the study was to investigate the psychosocial support received by cancer patients in the process of healthcare provision according to the expressed anxiety and depression symptoms.

Objectives: The objectives of the master's thesis were to determine the expressed symptoms of anxiety and depression in cancer patients, according to socio-demographic data, and to determine the accessibility of psychosocial support in cancer patients.

Method: A quantitative non-experimental research method was employed. A structured questionnaire was used as a measurement instrument. A purposive sample was selected—101 adult patients with advanced cancer of the digestive tract who were mobile and talkative were included. The study was conducted from January 2025 to May 2025. Data were analyzed using the statistical program SPSS, version 29.0. Descriptive statistics and bivariate statistical methods used for the obtained data were Mann-Whitney U-test, Kruskal Wallis H test, and Spearman correlation coefficient at $p \leq 0.05$.

Results: The majority of patients included in the study experienced a minimal level of depression (78.2%) and a minimal level of anxiety (61.4%). For depression, higher mean values were recorded for somatic and behavioral symptoms, especially for loss of sexual desire ($M = 0.79$; $SD = 0.95$). For anxiety, the most common and most pronounced somatic symptoms were indigestion or abdominal discomfort ($M = 0.72$, $SD = 0.90$). A statistically significant difference in the severity of symptoms was found according to gender, with women ($M = 8.18$; $SD = 6.98$) having a higher level of anxiety symptoms compared to men ($M = 6.64$; $SD = 8.45$), and men having a higher level of depressive symptoms ($M = 9.38$; $SD = 8.56$) compared to women ($M = 6.35$; $SD = 4.93$). Confidence intervals (95% CI) confirmed the reliability of these differences.

Discussion: The study found that cancer patients often have mild symptoms of anxiety and depression, but rarely seek psychosocial support, and healthcare professionals often underestimate patients' needs. The results highlight the need for systematic screening and more accessible psychosocial support.

Keywords: nurse, anxiety, cancer, psychological support, nursing

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 PREGLED LITERATURE.....	4
2.1 DUŠEVNE STISKE IN MOTNJE PRI PACIENTIH Z DIAGNOZO RAK.....	4
2.2 IZRAŽENI SIMPTOMI TESNOBE PRI PACIENTIH Z DIAGNOZO RAK GLEDE NA SOCIODEMOGRAFSKE PODATKE	6
2.3 IZRAŽENI SIMPTOMI DEPRESIJE PRI PACIENTIH Z DIAGNOZO RAK GLEDE NA SOCIODEMOGRAFSKE PODATKE	7
2.4 PSIHO SOCIALNA STISKA.....	8
2.5 ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PACIENTOV Z DIAGNOZO RAK	9
3 RAZISKAVA	12
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	12
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE.....	12
3.3 METODE RAZISKOVANJA.....	13
3.3.1 Dizajn raziskave	13
3.3.2 Instrument raziskave.....	14
3.3.3 Udeleženci raziskave	15
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	17
3.3.5 Metode obdelave podatkov.....	18
3.4 REZULTATI	18
3.4.1 Preverjanje hipotez	24
3.5 RAZPRAVA.....	30
4 ZAKLJUČEK.....	38
5 LITERATURA.....	40
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Spremembe spanja anketiranih.....	21
Slika 2: Spremembe apetita anketiranih	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika	15
Tabela 2: Sociodemografski podatki	16
Tabela 3: Moč povezave Spearmanovega koeficienta korelacije (r).....	18
Tabela 4: Rezultati Beckovega vprašalnika za oceno stopnje depresije	19
Tabela 5: Stopnja depresije anketiranih.....	20
Tabela 6: Rezultati Beckovega vprašalnika za oceno stopnje tesnobe.....	22
Tabela 7: Stopnja tesnobe anketiranih.....	23
Tabela 8: Psihosocialna podpora	24
Tabela 9: Samoocena dostopnosti psihosocialne podpore	24
Tabela 10: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na spol.....	25
Tabela 11: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na starost.....	25
Tabela 12: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na stopnjo izobrazbe	26
Tabela 13: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na zaposlitveni status	26
Tabela 14: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na zakonski stan....	27
Tabela 15: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na spol	27
Tabela 16: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na starost.....	28
Tabela 17: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na stopnjo izobrazbe	28
Tabela 18: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na zaposlitveni status	29
Tabela 19: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na zakonski stan .	29
Tabela 20: Povezava med izraženostjo simptomov tesnobe in prejemanjem psihosocialne podpore	30

Tabela 21: Povezava med izraženostjo simptomov depresije in prejemanjem psihosocialne podpore	30
---	----

SEZNAM KRAJŠAV

BDI	Beckov vprašalnik depresivnosti (angl. Beck Depression Inventory)
EK	Etična komisija
KME	Komisija za strokovno oceno protokolov raziskav
OI	Onkološki inštitut

1 UVOD

Rak je bolezen, ki nastane zaradi epigenetskih sprememb ali mutacij v eni sami celici. Maligna pretvorba normalne celice je prva stopnja v procesu nastanka raka in to imenujemo kancerogeneza. Maligni tumor oz. malignom imenujemo rak s tujkom. Takrat gre za bolezen, ki se pojavi na delu telesa človeka in spremeni delovanje določenega organa, pusti nepopravljive spremembe v mutaciji genov in jedru celic ter povzroči spremembo prizadetih tkiv in struktur (Novakovič, 2018). Simonič (2014) meni, da se v različnih obdobjih bolezni in zdravljenja vsi pacienti, ki imajo rak, ter njihovi bližnji, soočajo z raznimi stresnimi situacijami, ki so povezane z življenjem ob bolezni, zaradi katere lahko doživijo čustveno stisko. Raguž, et al. (2018) pravijo, da osebe, ki so zbolele za rakom, najpogostejše doživljajo naslednje reakcije in čustva:

- Šok (Pacienti ob postavitvi diagnoze maligne bolezni najpogosteje na začetku doživijo stanje šoka, predvsem tisti, ki so bili do tedaj povsem zdravi, in potrebuje nekaj časa, da diagnozo sprejme.)
- Strah (Najpogostejši strah, ki ga čutijo, je strah pred bolečino, poslabšanje izgleda, odvisnosti od drugih, izgube nadzora ipd.)
- Stres (Poleg pacienta doživljajo visoko stopnjo stresa tudi svojci.)
- Žalost (Pacient doživi občutke žalosti zaradi opustitve načrtov, ki so jih imeli, zaradi spremembe v telesu in izgube dobrega zdravja.)
- Jeza (Ob jezi, ki je pogosto posledica strahu, se po navadi pojavljajo pogosta vprašanja, npr. "Zakaj ravno jaz?")
- Krivda (Pacienti, ki so zboleli za rakom, pogosto želijo poznati vzrok svoje bolezni, in to je posledica želje, da bi imeli vse pod kontrolo; krivdo lahko preusmerijo vase z razmišljanjem "Zakaj nisem jedel dovolj zdravo?")
- Umik (Diagnosticiranje maligne bolezni je lahko stresno za pacienta in imajo lahko potrebo po samoizolaciji in samoti.)

Zaradi maligne bolezni se pacienti najpogosteje soočajo z neugodnimi čustvi, kot so negotovost, napetost in strah. Sprašujejo se, kako jih bo sprejel partner, družba in kakšno bo njihovo tudi spolno življenje v prihodnosti. Pojavi se strah za svoje življenje in takrat se začnejo soočati z minljivostjo. Še toliko bolj je strah močan, kadar bolezen vpliva na

osnovne življenjske aktivnosti in posledično na funkcioniranje (požiranje, hranjenje, govorjenje in druge) ali pa je bolezen vidna navzven, saj jih skrbi, kako se bo na spremembe odzvala okolica (Škufca Smrdel, 2014). Škufca Smrdel in Rojec (2018) ugotavljata, da od 39 % do 97 % pacientov poroča o različni intenziteti strahu, pri čemer 15 % pacientov strah opredeli z zelo visoko intenziteto. Vzrok strahu je najpogosteje ponovitev bolezni. Škufca Smrdel (2014) meni, da je ena od strategij, kako se pacienti spoprijemajo s tesnobo, izogibanje videti sebe, izogibanje drugim ljudem, to pa lahko vodi tudi do množične socialne izolacije. Žalost je tudi pogosto čustvo, ki se razvije zaradi potrtosti, izgube svoje ženskosti oz. moškosti, izgubi sebe takega, kot je bil (Škufca Smrdel, 2014). Pri spoprijemanju z boleznijo gredo pacienti tudi skozi faze procesa žalovanja, ki vključuje soočanje (Dominko, 2024):

- z zanikanjem (v tej fazi se popolnoma sesuje naša realnost, naš um potrebuje čas, da se prilagodi novi realnosti, pojavijo se šok, zmeda, otopelost, nezmožnost dojemanja resničnosti),
- z jezo (z njo se zaščitimo pred bolj bolečimi čustvi, kot sta žalost in strah; omogoča nam, da se osredotočimo na zunanjo jezo, namesto da bi se soočili z notranjo bolečino in pojavijo se občutek nepravčnosti, frustracija in bes),
- s pogajanjem (daje nam lažen občutek nadzora nad situacijo in izvira iz občutka nemoči; se pojavi se močna želja po spreminjanju preteklosti, da bi popravili, kar mislimo, da je šlo narobe, pojavi se nemoč, obup in krivda),
- z depresijo (ta je znak, da se soočamo z resničnostjo situacije in da smo začeli sprejemati bolezen, pri tem pa se pojavijo osamljenost, globoka žalost in obup),
- s sprejetjem (a to ne pomeni, da ne čutimo več bolečine izgube zdravja, ampak da se ne borimo več proti realnosti; pojavi se žalost).

Psihične reakcije oseb z diagnozo rak se lahko manifestirajo skozi (Stanimirović, 2018):

- tesnobo (paciente zanima prognoza bolezni, saj je nevednost za njih slabša kot védenje, da je prognoza slaba),
- regresijo (odvisnost od drugih – nivo otroka),
- depresijo (najpogosteje se pojavi pri pacientih, kjer je njihov super-ego prizadet, sedaj pa otopijo),

- agresijo (jezo in bes pacient usmerja na okolico, svoje nezadovoljstvo kaže na drugih),
- retrofleksijo (to je agresija, ki je usmerjena na samega sebe, ta poveča rizik za pojav suicidalnosti).

Pacienti z rakom se pogosto soočajo z neugodnimi čustvi, kot so strah, žalost, jeza in občutki krivde, ki lahko močno zaznamujejo njihovo vsakodnevno življenje. Med najpogostejšimi in najtežjimi psihičnimi odzivi pa izstopata tesnoba in depresija, ki pomembno zmanjšujeta kakovost življenja in prilagoditvene sposobnosti pacientov. Poleg tega pacienti prehajajo skozi procese žalovanja, ne le zaradi izgube zdravja, ampak tudi zaradi drugih sprememb v življenjskih načrtih. Zato je nujna ustrezna psihosocialna podpora, ki pacientom pomaga pri spoprijemanju z boleznijo in njenimi posledicami.

2 PREGLED LITERATURE

Med svojo boleznijo se pacienti z rakom soočajo bolj s psihosocialnimi problemi kot s praktičnimi. Duševne stiske, ki jih pacienti, predvsem pacientke z rakom doživljajo, je potrebno redno obravnavati in spremljati. Z izvajanjem presejalnih postopkov so ugotovili, da bo vsak pacient, ki mu je diagnosticiran rak, doživel klinične ravni duševne stiske (Simonič, 2014).

2.1 DUŠEVNE STISKE IN MOTNJE PRI PACIENTIH Z DIAGNOZO RAK

Škufca Smrdel, et al. (2021) pravijo, da duševna stiska pomeni soočanje s številnimi občutji in mislimi, kot so brezup, nemoč, žalost, občutek krivde, tesnoba, strah in negotovost ter spraševanje "Zakaj ravno jaz?". Vsa ta doživljanja poznamo kot duševno stisko pacientov z rakom. Pacienti z rakom lahko doživljajo tudi globljo stisko in sicer do te mere, da si morajo priskrbeti strokovno pomoč. Simonič (2014) ugotavlja, da se duševne stiske, depresija in tesnoba lahko za nekatere paciente z rakom zmanjšujejo skozi čas in so prehodne narave, pri nekaterih pa vztrajajo. Škufca Smrdel in Rojec (2018) ugotavljata, da duševno stisko doživlja od 20 % do 40 % pacientov z rakom, ki se zdravijo ambulantno. Duševno stisko, ki zadošča kriterijem duševne motnje, pa doživlja kar 50 % pacientov. Najbolj pogoste so depresivne motnje (od 10 % do 15 %) in tesnoba (11, 5 %) ter delirij (10 %). Bešić in Kurir-Borovčič (2022) sta na osnovi izvedene raziskave ugotovila pogostost težav v duševnem zdravju pred zdravljenjem in pol leta po tem, ko so pacienti pričeli z zdravljenjem, in sicer depresija 39 % pred začetkom zdravljenja in 29 % pol leta po pričetku zdravljenja, tesnoba 47 % pred in 29 % po pol leta začetka zdravljenja, skrbi zaradi podobe telesa 14 % pred in 35 % po pol leta zdravljenja, odločitev, da se ne namerava vrniti v službo 31 % pred in 49 % po pol leta po pričetku zdravljenja. Obstajajo pomembne povezave med pojavnostjo tesnobe in depresije glede na vrsto raka in vrsto zdravljenja (Pitman, et al., 2018). Nikbakhsh, et al. (2014) so raziskali, da je v Iranu 29,3 % pacientov imelo blago tesnobo, 16,7 % simptomatsko tesnobo, blago, simptomatsko depresijo pa so opazili pri 26,7 % pacientov z rakom.

Ugotovili so, da obstajajo pomembne povezave med pojavnostjo tesnobe in depresije z vrsto raka in vrsto zdravljenja.

Stanimirović (2018) navaja, da se po kirurških posegih pojavijo anksiozne in depresivne reakcije različne stopnje, odvisno od pomena dela telesa, ki bo operiran, za celotno osebnost, od obsega deformacije, posameznikovega vrednostnega sistema in posameznikove pripravljenosti sprejeti vlogo pacienta. Jančič (2017) pojasnjuje, da bolezen ne bremeni samo bolnega, ampak tudi vso družino. Na preizkušnjo pridejo medosebne vezi in vsi družinski člani doživijo psihično kot fizično obremenitev. Pacienti se lahko soočajo z bolečino, težavami pri prehranskem statusu (odpovedujejo lahko centri za sitost, žejo in lakoto), izgubo telesne mišične mase – s tem se zmanjša odgovor na kemoterapijo, poveča se umrljivost. Stanimirović (2018) poudarja, da posledica diagnoze raka lahko poleg tesnobno-depresivne reakcije povzroči celo psihotično reakcijo. Habimana, et al. (2023) poudarjajo, da sta tesnoba in depresija povezani z vrsto zdravljenja. Motnji sta se pojavili pogosteje pri pacientih, ki so prejeli kemoterapijo, ki zahteva daljše zdravljenje kot drugi dve vrsti zdravljenja raka.

Depresija zajema telesno, kognitivno in psihično simptomatiko ter je simptomatsko raznovrstna bolezen. Pod telesno simptomatiko uvrščamo motnje spanja z nespečnostjo ali obratno, pridobivanje telesne teže ali izgubljanje, občutki nemoči itd. Pod psihično simptomatiko prištevamo tesnoba, anhedonijo, občutke krivde, depresivno razpoloženje, samomorilne misli itd. Pri pacientih z malignimi obolenji se depresija pogosto razvije in takrat jo je potrebno učinkovito in čim prej ustrezno zdraviti, saj lahko vpliva na prognozo onkološke bolezni (Terzič, 2018). Pregelj, et al. (2013) menijo, da se poleg depresije, ki je ena izmed najpogostejših razpoloženskih duševnih motenj, pri pacientih pojavlja tudi anksiozna motnja, ki se kaže z izrazitim občutkom tesnobe. Je čustvo, ki deluje v stresnih situacijah kot varovalo. Pri nevarnem oz. neprijetnem dogodku ali situaciji telo sproži varovalno tesnoba, ki ga aktivira za beg ali boj. Pri anksioznih motnjah tesnoba izgubi svoj varovalni pomen in s tem postane moteča. Tesnoba je sicer v drugih okoliščinah doživljanje normalnega strahu, je odgovor na neko grožnjo. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične

namene (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005) določa, da se tesnoba kaže s naslednjim:

- telesni simptomi: hitra utrudljivost, težave z dihanjem, napetost v mišicah, bolečina v križu, glavobol, parestezije, motorični nemir,
- vegetativni simptomi: palpitacije, suha usta, znojenje, zardevanje, tresenje, driska,
- psihopatološki simptomi: napetost, ogroženost, občutek strahu, notranji nemir, nespečnost.

2.2 IZRAŽENI SIMPTOMI TESNOBE PRI PACIENTIH Z DIAGNOZO RAK GLEDE NA SOCIODEMOGRAFSKE PODATKE

V španski raziskavi (Paras-Bravo, et al., 2020) so ugotovili, da bistvene razlike v pojavi tesnobe med spoloma ni bilo. Izstopale so ženske, ki so imele večjo tesnobo pri radioterapevtskem zdravljenju oz. tiste, ki so jih obsevali ter zdravili s kemoterapijo. Pri ženskah je bila najpogostejša diagnoza rak dojke, in sicer je bilo med njimi 40,8 % pacientk brez simptomov tesnobe, 67,7 % pacientk pa jih je imelo. Pri moških je bila najpogostejša diagnoza rak danke, in sicer 24,3 % pacientov je bilo brez simptomov tesnobe in 15,8 % pacientov s simptomi. Pri ženskah se je tesnoba kazala s simptomi in znaki tudi preko nekaterih somatskih stanj, kot so alopecija, astenija, artralgija, mukozitis, izguba teže in nespečnost (Paras-Bravo, et al., 2020).

Glede na najpogostejše vrste raka so pri 7,5 % moških z rakom prostate poročali o stopnji klinične tesnobe, pri ženskah z ginekološkim rakom pa se je ta stopnja povečala na skoraj 28,4 %. Vendar pa lahko po podatkih Watts, et al. (2015) stopnja tesnobe pri moških z rakom prostate pred zdravljenjem doseže do 27,04 %, med zdravljenjem pa se zmanjša na 15 %, po zaključku zdravljenja pa na 18,5 %. Drugače pa so Maass, et al. (2015) preučevali tesnobo pri ženskah z rakom dojke in poročali o prevalenci med 17,9 % in 33,3 %.

Starost je pomembno povezana s tesnobo pri pacientih z rakom: z naraščajočo starostjo se je tesnoba zmanjševala. Čeprav se je tesnoba s starostjo zmanjševala, je pomembno omeniti, da stopnja tesnobe v tej populaciji ostaja visoka (21 %) in je zaskrbljujoča pri

starejših odraslih z rakom. Obstaja več možnih razlag, zakaj se je tesnoba s starostjo zmanjšala (Weiss Weisel, et al., 2015). Blank in Bellizi (2006) postavljata tri glavne teorije, ki pojasnjujejo, zakaj se starejši pacienti z rakom s starostjo lažje spopadajo kot mlajši pacienti. Prva teorija se nanaša na obvladovanje razvojnih nalog, ki se pojavljajo s staranjem. Starejši odrasli pogosteje jemljejo življenje »vsak dan za dnem« in se osredotočajo na tukaj in zdaj. Starejši odrasli so dosegli tudi večjo »čustveno regulacijo«, kar ima za posledico bolj pasivno spopadanje in to lahko vodi do umirjenega odziva na raka.

Raziskava, ki je bila izvedena v Grčiji, je pokazala, da tudi zakonski stan vpliva na pojavnost tesnobe pri pacientih z rakom, in sicer je bila tesnoba manjša pri pacientih, ki so bili poročeni (25, 0%) kot pri pacientih, ki so bili samski (41, 7%), ločeni (42, 3%) ali ovdoveli (38, 9%). Ugotovili so še, da višja kot je bila izobrazba, manjša je bila pri pacientih z rakom pojavnost tesnobe (Tsaras, et al., 2018).

2.3 IZRAŽENI SIMPTOMI DEPRESIJE PRI PACIENTIH Z DIAGNOZO RAK GLEDE NA SOCIODEMOGRAFSKE PODATKE

Raziskava v Nemčiji je leta 2019 pokazala, da je bilo več žensk, ki so zbolele za rakom, v hudi depresiji (12, 2%) kot moških (11, 4%) (Hinz, et al., 2019). V raziskavi Weiss Weisel, et al. (2015) ugotavljajo, da se stopnja depresije s starostjo ni povečevala, kar pojasnjujejo z boljšim dostopom do psihoterapije. Pacienti so izjavili, da jih tolaži dejstvo, da je med onkološkimi obiski v bolnišnici »nekomu mar«. En pacient je poročal, da se sedaj počuti manj osamljenega. Pojavnost depresije pri starejših je bila v raziskavi 13 %. Zmanjšana socialna podpora in povečano število komorbidnosti sta bila povezana z višjo stopnjo tesnobe in depresije. Napredovan stadij bolezni je bil povezan z višjo stopnjo depresije. V raziskavi so Arvanitou, et al. (2023) ugotovili, da je bila depresija pri pacientih z rakom izraziteje prisotna pri mlajših odraslih, starih od 20 do 39 let, saj so imeli posamezniki, stari od 40 do 59 let, za približno polovico manjše tveganje za pojav depresije, tisti stari 60 let in več pa celo za več kot 80 % manjše tveganje. Spol se je izkazal za pomemben dejavnik, saj so moški v primerjavi z ženskami kazali bistveno manjšo verjetnost za pojav depresivnih simptomov. Prav tako je bila depresija pogostejša

med posamezniki, ki niso bili nikoli poročeni, ter med ovdovelimi in ločenimi pacienti, v primerjavi s tistimi, ki so bili poročeni ali so živeli s partnerjem, kar kaže na zaščitno vlogo partnerske podpore. V raziskavi so Tsaras, et al. (2018) ugotovili, da je bila pojavnost depresije dvakrat manjša pri pacientih, ki so bili poročeni, kot pri pacientih, ki so bili samski, ločeni ali vdovci. Prav tako je bila z večjo pojavnostjo depresije po ugotovitvah avtorjev povezana višja izobrazba pacientov. Ugotovljeno je bilo, da so imeli pacienti z nižjo izobrazbo izrazitejše simptome depresije in anksiozne motnje. Poleg tega so imeli pacienti z nižjo izobrazbo približno štirikrat večjo verjetnost za pojav anksiozne motnje v primerjavi s tistimi z višjo izobrazbo. Tudi zaposlitveni status se je izkazal za ključnega – pacienti brez zaposlitve so imeli skoraj dvakrat večje tveganje za depresivne simptome kot zaposleni pacienti. Skupno ti podatki kažejo, da sociodemografski dejavniki, kot so starost, spol, izobrazba, zakonski stan in zaposlitev, pomembno vplivajo na pojav depresije pri pacientih z rakom ter da bi morale biti psihosocialne intervencije posebej prilagojene skupinam z višjim tveganjem (Tsaras, et al., 2018; Arvanitou, et al., 2023).

2.4 PSIHOSOCIALNA STISKA

Socialna težava in socialni problem pomenita splet življenjskih okoliščin na osebnem in stvarnem področju, ki posamezniku in svojem preprečuje, da bi se polno vključili v življenje in delo ter si zagotovili ustrezne življenjske razmere (Podgornik, 2015). Lüssi je že leta 1990 definiral socialni problem kot seštevek treh elementov, in sicer: (1) pomanjkanje tistega, kar pričakujemo, da pacientu in svojem pripada, (2) stiska oz. obremenitev, ki jo povzroči pomanjkanje ter (3) težave pri reševanju problemov, ki sta jih povzročili pomanjkanje in stiska (Ovsenik, et al., 1990). Vsak, ki trpi zaradi duševne stiske, je lahko deležen strokovne pomoči oz. psihosocialne podpore (Papyrus, 2018). Psihosocialna podpora je prilagojena posamezniku za njegovo lažje prilagajanje na bolezen. S tem pomagamo pacientu in njegovi družini, da se vrne v normalno življenje, ki so ga imeli pred diagnozo, in tako zmanjšamo vpliv bolezni na njihovo življenje (Rupnik, 2021). Pri psihosocialni podpori je pomembno, da vključeni med seboj odprto in iskreno komunicirajo; pretok informacij mora biti omogočen, te morajo biti jasne in odnos sodelovalen (Štrancar & Žagar, 2011). Pomembno je, da pacienta vključeni

sprejemajo. Ena izmed najpomembnejših stvari pri tem je empatija, ki vpliva na učinkovitost podpore in na sam razvoj odnosa med pacientom in timom (Rupnik, 2021). Vukota in Mužinić (2015) menita, da je v zdravstveno obravnavo psihosocialne stiske potrebno vključevati psihoedukacijo, ki se nanaša na paciente in njihove svojce. Ob tem pa pacientu nudijo motivacijo in podporo za zdravljenje, svetovanje, kratkotrajne psihoterapije, psihofarmakološko zdravljenje in koordinirajo psihosocialne podpore.

2.5 ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PACIENTOV Z DIAGNOZO RAK

Raziskave na področju psihosocialne podpore pri pacientih z diagnozo rak so v svetu dokazale, da gre za učinkovito pomoč pri spopadanju s hudo stresno situacijo. Ehlers, et al. (2019) pravijo, da razmišljajo o več ravneh zagotavljanja oskrbe pacientov z rakom in uporabi interdisciplinarnih ekip, da bi ekipam centrov za rak pomagali sprejeti, izvajati in vzdrževati učinkovite programe presejanja v stiski. Bhardwaj (2021) meni, da je bilo najbolj prizadeto čustveno delovanje pacientov, saj so se spopadali z raznovrstnimi občutki zaskrbljenosti. Priporočali so psihoizobraževalne intervencijske programe za pomoč pacientom za boljše soočanje z boleznijo in izboljšanje kakovosti življenja.

Medicinska sestra obravnavo načrtuje individualno za vsakega pacienta, saj ima vsaka družina pacienta z rakom prav tako svojstven način ravnanja, vedenja, sporazumevanja svoj način življenja (Jančič, 2017). Delo medicinske sestre vključuje izobraževanje, ozaveščanje o občutkih in razumevanje lastnih občutkov do pacientov. Tim sestavljajo medicinska sestra, psihiater, psiholog, socialni pedagog. Škufca Smrdel in Markovič (2020) narekujeta, da je na Onkološkem inštitutu v okviru kliničnopsihološke dejavnosti na voljo psihoonkološka obravnava pacientov, ki se lahko vključijo ambulantno kot hospitalizirani pacient, prav tako pa se lahko vključijo tudi njihovi svojci. Wittenberg, et al. (2018) navajajo, da je komunikacija, ki poteka med medicinsko sestro in pacientom ter njegovo družino, izjemnega pomena, saj tako pacienti z rakom lažje izražajo svoje strahove, občutke, pomisleke, poteka pogovor o poteku bolezni, o različnih temah, o zdravljenju in prognozi. Ko pacient prejme slabo novico, je vloga medicinske sestre, da opravi pogovor s njim in njegovo družino, da se pogovori o verskih in duhovnih stališčih ter o njihovem zdravju, saj je medicinska sestra vez med zdravnikom, pacientom, družino

in zdravstvenim timom, ki sodeluje pri zdravljenju. Psihosocialna stanja, ki niso prepoznana dovolj zgodaj, komunikacijske ovire in še kaj posledično močno vplivajo na pacienta in njegovo družino. V kolikor se medicinske sestre s pacientom ne pogovarjajo na primeren način, ne znajo začeti pogovorov o strokovnih in občutljivih temah ter če nimajo dovolj izkušenj s presejalnimi orodji, lahko psihosocialna stanja ostanejo neprepoznana. Simonič (2014) piše, da kot presejalno orodje v Kanadi uporabljajo naslednje pristope:

- Po Edmontovi oceni simptomov pacient oceni intenzivnost splošne stiske v zadnjem tednu na lestvici od 0 (minimum) do 10 (maksimum), na enak način oceni tudi intenzivnost simptomov v zadnjem tednu: utrujenost, depresivnost, tesnoba, slabost, omotičnost ipd., premisli različna področja (duhovne skrbi, telesni problem, družinski problem ...) in ugotovi, ali to vpliva na počutje.
- Kanadska ček lista - pacient oceni intenzivnost simptomov v zadnjem tednu (utrujenost, tesnoba, depresivnost ...) in na različnih področjih (družinski problemi, religiozne skrbi, čustveni problemi ...) ter ali mu je kaj od naštetega v zadnjem tednu povzročilo skrbi.
- Termometer za oceno stiske - pacient poda subjektivno oceno svoje stiske v zadnjem tednu na lestvici od 0 do 10.

Škufca Smrdel in Markovič (2020) pravita, da je skrb za psihosocialne potrebe pacientov z rakom pomemben del celostne zdravstvene obravnave, ki bistveno prispeva k počutju, sodelovanju in kakovosti življenja pacientov. Empatičen odnos, ustrezno informiranje, osnovna čustvena podpora in dobra komunikacija so najpomembnejši elementi skrbi. Pacientom v globljih stiskah pa je potrebno zagotoviti specializirano psihoonkološko obravnavo. Več raziskav je dokazalo, da zdravstveni delavci pričakujejo, da bo pacient o duševni stiski sam spregovoril ali pa jo celo podcenjujejo. Škufca Smrdel in Rojc (2018) sta ugotovila, da se v prihodnosti načrtuje podporno psihoterapevtska skupina za paciente z metastatsko obliko raka. Pri zagotavljanju psihoonkološke obravnave se zdravstveni delavci srečujejo z dvema ključnima izzivoma. Prvi izziv je pravočasno prepoznati paciente, ki doživljajo globoko čustveno stisko. Da bi preprečili spregledanje duševne stiske, so v nekaterih državah uvedeni programi presejanja čustvene stiske s pomočjo različnih vprašalnikov. Eden izmed pogosto uporabljenih pristopov je orodje »Duševna

stiska kot 6. vitalni znak«, ki pacientom omogoča, da svojo stisko ocenijo na 10-stopenjski lestvici, kar omogoča bolj objektivno prepoznavanje težav. Drugi pomemben izziv pri psihoonkološki obravnavi je zagotoviti dostopnost do teh storitev. Brez učinkovitega dostopa do psihosocialne podpore presejalni programi ne morejo doseči svojega cilja, saj je prepoznavanje stiske šele prvi korak, šele ob zagotovitvi ustrezne podpore pa lahko pacienti resnično pridobijo pomoč in izboljšajo kakovost življenja med zdravljenjem raka.

Diagnoza rak predstavlja za pacienta veliko obremenitev, ki pogosto privede do psihološkega stresa, izraženega v obliki depresije in tesnobe. Pristop in obravnava zdravstvenih delavcev ima ogromen vpliv na pacienta in njegov izid bolezni, zato bomo obravnavali izražene simptome depresije in tesnobe pri pacientih z diagnozo rak ter dostop psihosocialne podpore.

3 RAZISKAVA

V empiričnem delu smo izvedli raziskavo z uporabo zaprtega vprašalnika.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Raziskali smo psihosocialno podporo, ki jo prejmejo pacienti z rakom v procesu zdravstvene obravnave glede na izražene simptome tesnobe in depresije. Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti izražene simptome tesnobe in depresije pri pacientih z rakom,
- ugotoviti izražene simptome tesnobe in depresije pri pacientih z rakom glede na sociodemografske podatke (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan),
- ugotoviti dostopnost psihosocialne podpore pri pacientih z rakom glede na izražene simptome tesnobe in depresije.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Zastavili smo si naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe pri pacientih z rakom se razlikuje glede na sociodemografske podatke (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan).

Hipoteza 2: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije pri pacientih z rakom se razlikuje glede na sociodemografske podatke (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan).

Hipoteza 3: Pacienti z rakom, ki imajo bolj izražene simptome tesnobe, prejema več psihosocialne podpore v primerjavi s pacienti, ki imajo manj izražene simptome tesnobe.

Hipoteza 4: Pacienti z rakom, ki imajo bolj izražene simptome depresije, prejema več psihosocialne podpore v primerjavi s pacienti, ki imajo manj izražene simptome depresije.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno–eksplorativno metodo raziskovanja z anketiranjem.

3.3.1 Dizajn raziskave

V uvodnem delu magistrskega dela smo za namen prepoznavanja problema pregledali literaturo v slovenskem, angleškem, hrvaškem in srbskem jeziku, povezano s psihosocialno podporo pacientom z rakom, ki imajo pridruženo tesnobo in depresijo. Za sistematični pregled literature smo uporabili podatkovne baze Google Učenjak, PubMed, ScienceDirect, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) in COBISS.SI. Pri literaturi smo omejili starost dokumentov (od 2014 do 2024), vključitveni kriteriji so bili pregledni in znanstveni članki in objave s celotnim besedilom. Literaturo smo iskali po naslednjih ključnih besedah v slovenščini: »medicinska sestra«, »anksioznost«, »rak«, »psihosocialna pomoč« in »zdravstvena nega« in v angleščini: »nurse«, »anxiety«, »cancer«, »psychosocial help« in »nursing«. Uporabili smo Boolov operator AND (slovensko IN).

V empiričnem delu smo izvedli anketiranje med pacienti z rakom, ki se zdravijo na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Uporabili smo neeksperimentalno-eksplorativno kvantitativno metodo raziskovanja. Odločili smo se za kvantitativno metodo, ker smo uporabili postopek analiziranja in zbiranja številčnih podatkov (Williamson & Johanson, 2018). Namen raziskave je bil zagotoviti kakovostno podlago za nadaljnje raziskave s pridobljenim vpogledom v slabo razumljen problem, zato smo izvedli eksplorativno raziskavo (Cooper & Schindler, 2014). Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik. V procesu raziskovanja nismo izvajali intervencije, kar pomeni, da je bila izvedena raziskava neeksperimentalna.

3.3.2 Instrument raziskave

Podatke smo pridobili s pomočjo vprašalnika, ki je sestavljen iz štirih sklopov. Prvi sklop so sestavljali sociodemografski podatki anketiranih, v drugem sklopu smo uporabili Beckov vprašalnik za depresijo (angl. Beck Depression Inventory – BDI), ki je eden najpogostejše uporabljenih pripomočkov za ocenjevanje resnosti depresivnih simptomov. Sestavljen je iz 21 postavk, ki zajemajo različne vidike depresije, kot so razpoloženje, samopodoba, občutki krivde, motnje spanja in apetita. Vsaka postavka je ocenjena na lestvici od 0 do 3, pri čemer je ocena 0 pomenila, da simptom sploh ni izražen, ocena 1 predstavlja malo izražen simptom, ocena 2 zmerno in ocena 3 močno izražen simptom. Točke posameznih postavk se seštejejo, skupna vsota pa predstavlja rezultat, ki opredeljuje stopnjo depresije. Višji rezultat na vprašalniku kaže na izrazitejšo depresivno simptomatiko, ki ustreza diagnostičnim merilom za depresivne motnje. Vprašalnik se vrednoti: 1–13 minimalna depresija, 14–19 blaga depresija, 20–28 zmerna depresija in 29–63 huda depresija. Tretji sklop instrumenta predstavlja Beckov vprašalnik o tesnobi, ki ima 21 postavk oz. simptomov, ki se označujejo po stopnji sploh ne, blago, srednje in hudo oz. po lestvici od 0 do 3, po avtorju A. Temkin Beck (Skočir, 2005). Rezultati vprašalnika se vrednotijo: 0–7 minimalna tesnoba, 8–15 blaga tesnoba, 16–25 zmerna tesnoba in 26–63 huda tesnoba.

Četrty sklop instrumenta je namenjen psihosocialni podpori in je bil sestavljen na podlagi pregleda literature (Thewes, et al., 2013; Dilworth, et al., 2014; Zebrack, et al., 2014; Faller, et al., 2016; Wiener, et al., 2015; Grassi, et al., 2016; Holland, et al., 2021). Sestavljen je bil iz desetih trditev o nujenju oz. prejemanju psihosocialne podpore. Na posamezne trditve so anketiranci odgovarjali s petstopenjsko Likertovo lestvico: (1) se nikakor ne strinjam, (2) se ne strinjam, (3) niti se ne strinjam, niti se strinjam, (4) se strinjam ali (5) se popolnoma strinjam.

Peti sklop instrumenta je namenjen oceni anketirancev glede prejema psihosocialne podpore, kjer so lahko na lestvici od 1 do 10 označili kako so zadovoljni s prejemanjem psihosocialne podpore. Pri tem je ocena 1 pomenila, da nikakor niso prejeli psihosocialne

podpore in ocena 10 je pomenila popolnoma sem zadovoljen s prejemom psihosocialne podpore.

Zanesljivost posameznih sklopov vprašalnika smo ocenili s koeficientom Cronbach alfa. Višje vrednosti tega kazalnika pomenijo boljšo notranjo skladnost merilnega instrumenta. Rezultati pod 0,60 nakazujejo slabo zanesljivost, vrednosti med 0,60 in 0,80 srednjo stopnjo zanesljivosti, vrednosti nad 0,80 pa pomenijo dobro oziroma visoko zanesljivost instrumenta (Cho & Kim, 2022). Beckova raziskava je poročala o zanesljivosti tega vprašalnika, kjer so ocenili koeficient alfa 0,92 za ambulantne paciente in 0,93 za vzorce študentov (Beck, et al., 1988). Na podlagi vrednosti Cronbachovega alfa koeficienta ugotavljamo, da je bil naš vprašalnik zelo zanesljiv. Pri sklopu trditev, ki se nanašajo na stopnjo depresije (21 trditev), je Cronbach alfa dosegel vrednost 0,909, pri sklopu trditev o stopnji tesnobe (21 trditev) pa 0,920, kar kaže na visoko notranjo konsistentnost. Nekoliko nižjo vrednost koeficienta Cronbach alfa smo zaznali pri vprašalniku o psihosocialni podpori (10 trditev), kjer je koeficient znašal 0,757, kar po interpretaciji pomeni zmerno zanesljivost (tabela 1).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika

Posamezni sklop	Cronbach alfa	Število trditev
Vprašalnik za oceno stopnje depresije	0,909	21
Vprašalnik za oceno stopnje tesnobe	0,920	21
Vprašalnik o psihosocialni podpori	0,757	10

3.3.3 Udeleženci raziskave

Udeleženci raziskave so bili pacienti, ki se zdravijo zaradi napredovale bolezni na prebavni poti na Onkološkem inštitutu Ljubljana, starejši od 18 let, pogovorljivi in pokretni. Vzorec je bil namenski. Načrtovana velikost vzorca je bila 100 udeležencev, dejansko pa smo vključili 101. S tem smo dosegli 101 % realizacijo vzorca, kar pomeni, da smo prvotni cilj nekoliko presegli.

Tabela 2 prikazuje osnovne sociodemografske značilnosti vzorca. V raziskavi je sodelovalo več moških ($n = 61$; 60,4 %) kot žensk ($n = 40$; 39,6 %). Glede na stopnjo izobrazbe ima največ udeležencev 3-letno poklicno ($n = 32$; 31,7 %) ali 4- oziroma 5-letno srednješolsko izobrazbo ($n = 30$; 29,7 %), sledijo višje- in visokošolsko izobraženi ($n = 25$; 24,8 %). Osnovnošolsko izobrazbo ima 10 (9,9 %) anketirancev, najmanj pa je tistih z magisterijem ali doktoratom ($n = 4$; 4,0 %). Večina anketiranih je poročenih ($n = 58$; 57,4 %), medtem ko je 22 (21,8 %) samskih in 21 (20,8 %) živečih v izvenzakonski skupnosti. Največji delež anketiranih predstavljajo upokojeni ($n = 68$; 67,3 %), zaposleni pa so zastopani v nekoliko manjšem obsegu ($n = 28$; 27,7 %); najmanjši delež predstavljajo nezaposleni ($n = 5$; 5,0 %). Prikazana je bila tudi starost anketiranih. Starost anketiranih je bila v razponu od 42 do 78 let. Povprečna starost je znašala 63,8 let ($SO = 8,1$ let).

Tabela 2: Sociodemografski podatki

Demografski podatki		n	%
Spol	Ženski	40	39,6
	Moški	61	60,4
	Skupaj	101	100,0
Stopnja izobrazbe	Osnovna šola	10	9,9
	3-letna poklicna izobrazba	32	31,7
	4 ali 5- letna srednješolska izobrazba	30	29,7
	Višja in visokošolska izobrazba	25	24,8
	Magisterij ali doktorat	4	4,0
	Skupaj	101	100,0
Zakonski stan	Poročen	58	57,4
	V izvenzakonski skupnosti	21	20,8
	Samski	22	21,8
	Skupaj	101	100,0
Zaposlitveni status	Zaposlen/-a	28	27,7
	Nezaposlen/-a	5	5,0
	Upokojen/-a	68	67,3
	Skupaj	101	100,0
Starost (leta)	Minimum	42	
	Maksimum	78	
	PV	63, 8	
	SO	8, 1	

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Zaključeno dispozicijo je potrdila komisija na seji komisije za magistrske zadeve. Obrnili smo se na Onkološki inštitut Ljubljana (v nadaljevanju OI) oziroma na somentorico, ki nas je nato usmerjala pri poteku raziskave. Izpolnili smo obrazce, ki jih je zahteval OI, in pridobili vse potrebne podpise ter s tem potrditev za izvedbo raziskave: od zdravnika, ki je vodil paciente skozi zdravljenje, predstojnika sektorja, glavne medicinske sestre, vodje zdravstvene nege sektorja, v katerem se je izvajala raziskava, somentorice, vodje sektorja, v katerem je delala somentorica, sektorja za raziskave ter strokovne direktorice. Izpolnili smo obrazce, kot so: navodilo za pripravo povzetka raziskav, ki so se prijavljale samo na OI (Komisiji za strokovno oceno protokolov raziskav (KSOPR) in etični komisiji (EK) OI), seznanjenost z raziskavo in soglasje o sodelovanju, neintervencijska raziskava – osnutek za protokol, življenjepis – osnutek za protokol, finančni razrez raziskave, spremni dopis EK in KME ter letno poročilo o poteku raziskave. Celoten potek, namen in cilj raziskave smo predstavili na kolegiju zdravstvene nege, KSOPR dne 5. 12. 2025, EK dne 19. 12. 2025 ter na strokovnem svetu OI dne 7. 1. 2025. Vse komisije so raziskavo potrdile, anketiranje pacientov pa smo pričeli 20. 1. 2025 in ga zaključili konec maja. Paciente, ki so bili naročeni pri izbranem onkologu kirurgu za tisti dan, smo pregledali in izločili glede na izločitvene kriterije (pacienti, ki niso bili sposobni izpolniti vprašalnice, ki so prihajali na prvi pregled, ki niso imeli napredovale bolezni na prebavni poti, ali je bila bolezen neznana oziroma neopredeljena). Osebo smo jih povabili na razgovor v prazno ambulanto in šli skozi vprašalnice skupaj; ko smo zraven delali v ambulanti, smo jih prav tako osebo povabili in prosili, da jih izpolnijo sami. V primeru nejasnosti smo jim bili na voljo in so nam lahko kadarkoli zastavili vprašanja. Preden smo jim dali vprašalnice v roke, smo jim obrazložili, da so bili naključno izbrani, saj so ravno tisti dan bili naročeni na kontrolo, ko smo izvajali raziskavo. Povedali smo jim, da je sodelovanje popolnoma prostovoljno in anonimno, kar pomeni, da imen, priimkov in datumov rojstva v raziskavi nismo izdajali. Opozorili smo jih, da smo v primeru odstopanja rezultatov dolžni obvestiti lečečega onkologa, vendar da so lahko vedno vse odklonili in da to ni vplivalo na potek zdravljenja. Preden je kirurg onkolog odobril raziskavo, smo se dogovorili, da ga bomo ob kakršnihkoli odstopanjih obvestili in da bo ob tem tudi

ustrezno ukrepal. Tisti, ki so na vprašanje o samomorilnosti odgovorili pritrdilno, so še isti dan prejeli napotnico za obisk psihoonkologa.

3.3.5 Metode obdelave podatkov

Kvantitativne empirične podatke smo najprej organizirali v preglednico v programu Microsoft Office Excel (verzija 11). Nato smo jih statistično analizirali s programskim orodjem SPSS, različica 29.0 (IBM Corp., NY, ZDA). Uporabili smo metodo opisne statistike ter prikazali frekvenčne porazdelitve z odstotki, povprečja (PV) in standardne odklone (SO), minimalne in maksimalne vrednosti (min, max). Rezultate smo predstavili tabelarično in grafično.

V nadaljevanju smo za statistično preverbo hipotez najprej preverili normalnost porazdelitve podatkov s Kolmogorov–Smirnovim testom, ki je pokazal odstopanje od normalne porazdelitve ($p < 0,001$). Zaradi tega smo nadaljevali z neparametričnimi statističnimi testi. Med bivariantnimi metodami smo izbrali Mann–Whitneyjev U-test, Kruskal–Wallisov H-test ter Spearmanov koeficient korelacije. Kot mejo tveganja smo določili $\alpha = 0,05$. V primerih, ko je bila vrednost p nižja od 0,05, smo rezultat interpretirali kot statistično značilen. Moč povezav pri Spearmanovem koeficientu je prikazana v tabeli 3.

Tabela 3: Moč povezave Spearmanovega koeficienta korelacije (r)

r	Moč povezave
$r < 0,2$	nepomembna povezava
$0,2 \leq r < 0,4$	nizka povezava
$0,4 \leq r < 0,7$	pomembna povezava
$0,7 \leq r < 0,9$	visoka povezava
$0,9 \leq r < 1$	zelo visoka povezava

(George & Mallery, 2019)

3.4 REZULTATI

Analiza rezultatov posameznih postavk Beckovega vprašalnika za depresijo kaže, da so anketirani v povprečju poročali o nizki izraženosti depresivne simptomatike. Najnižje povprečne vrednosti so bile ugotovljene pri postavkah »samomorilne misli in želje« (PV

= 0,04; SO = 0,24), »občutki kaznovanja« (PV = 0,07; SO = 0,38), »razočaranje nad seboj« (PV = 0,09; SO = 0,40) ter »žalost« (PV = 0,11; SO = 0,36). Nekoliko višje vrednosti so se pojavile pri postavkah, kot so »pesimizem« (PV = 0,31; SO = 0,61), »neuspešnost v preteklosti« (PV = 0,22; SO = 0,59), »jokanje« (PV = 0,22; SO = 0,64), »občutki krivde« (PV = 0,15; SO = 0,43) in »občutki manjvrednosti« (PV = 0,27; SO = 0,53).

Višje povprečne vrednosti so bile zabeležene pri somatskih in vedenjskih simptomih, zlasti pri izgubi želje po spolnosti (PV = 0,79; SO = 0,95), utrujenosti (PV = 0,76; SO = 0,59), spremembah spanja (PV = 0,86; SO = 0,78) in izgubi energije (PV = 0,71; SO = 0,62). Skupni rezultat, ki predstavlja seštevek točk na vseh postavkah vprašalnika, se je med anketiranci gibal od 0 do 50. Povprečna skupna vrednost je bila 7,57 (SO = 7,38) točk (tabela 4).

Tabela 4: Rezultati Beckovega vprašalnika za oceno stopnje depresije

Čustveno stanje	Min	Maks	PV	SO
Žalost	0	2	0,11	0,36
Pesimizem	0	3	0,31	0,61
Neuspešnost v preteklosti	0	3	0,22	0,59
Izguba zadovoljstva	0	3	0,40	0,57
Občutki krivde	0	3	0,15	0,43
Občutki kaznovanja	0	3	0,07	0,38
Razočaranje nad seboj	0	3	0,09	0,40
Samokritika	0	3	0,41	0,64
Samomorilne misli in želje	0	2	0,04	0,24
Jokanje	0	3	0,22	0,64
Napetost	0	3	0,39	0,63
Izguba zanimanja	0	3	0,35	0,66
Neodločnost	0	3	0,34	0,59
Občutki manjvrednosti	0	2	0,27	0,53
Izguba energije	0	3	0,71	0,62
Spremembe spanja	0	3	0,86	0,78
Razdražljivost	0	2	0,33	0,53
Spremembe apetita	0	2	0,45	0,64
Težave s koncentracijo	0	2	0,48	0,56

Čustveno stanje	Min	Maks	PV	SO
Utrujenost	0	3	0,76	0,59
Izguba želje po spolnosti	0	3	0,79	0,95
Skupna vsota doseženih točk	0	50	7,57	7,38

Legenda: min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

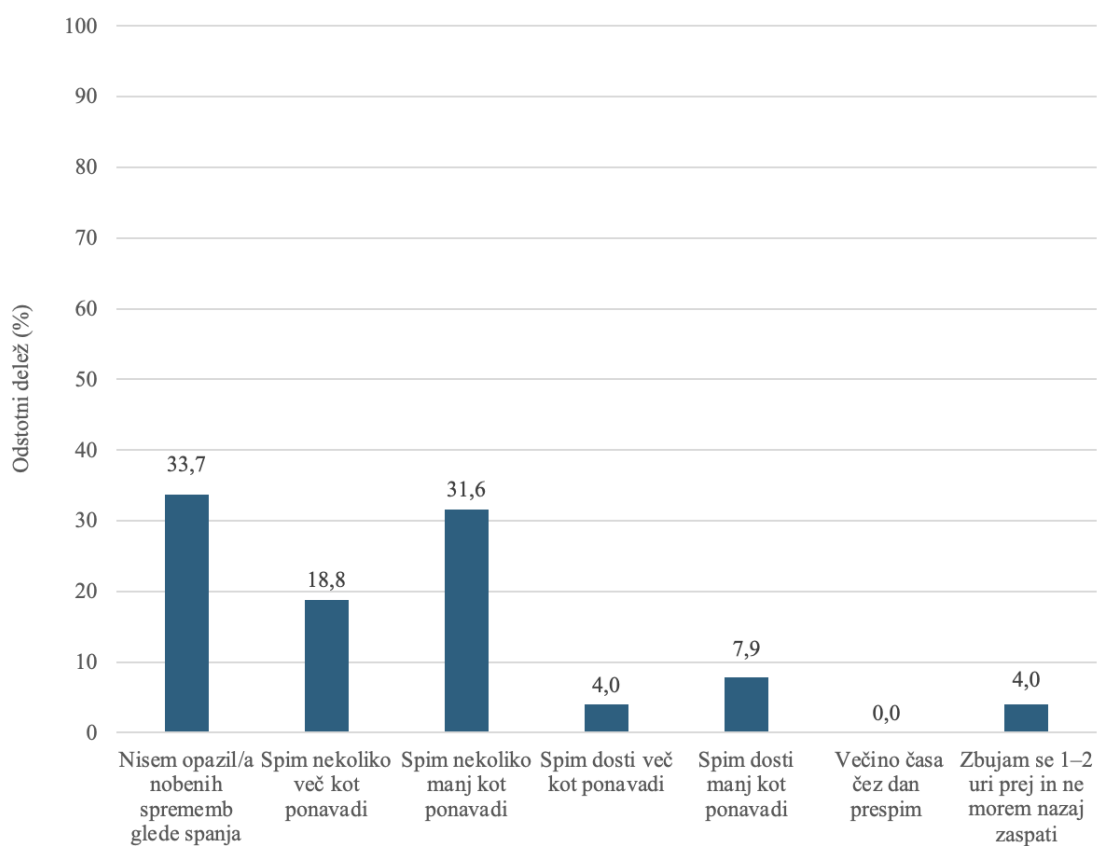
Rezultati kažejo, da je največji delež anketiranih ($n = 79$; 78,2 %) dosegel od 1 do 13 točk, kar ustreza minimalni depresiji. Manjši delež, ($n = 8$; 7,9 %,) je pri vseh trditvah odgovoril z najnižjo možno oceno, kar pomeni popolno odsotnost depresivne simptomatike (0 točk). Enak delež anketiranih ($n = 8$; 7,9 %) kaže znake blage depresije (14–19 točk), medtem ko so 4 (4,0 %) anketirani dosegali vrednosti, ki ustrezajo zmerni depresiji (20–28 točk). Dva anketirana (2,0 %) izkazujejo hudo depresijo, z rezultatom nad 29 točk (tabela 5).

Tabela 5: Stopnja depresije anketiranih

Stopnja depresije (seštevek točk)	$n = 101$	%
Brez depresivne simptomatike (0)	8	7,9
Minimalna depresija (1-13)	79	78,2
Blaga depresija (14 - 19)	8	7,9
Zmerna depresija (20 - 28)	4	4,0
Huda depresija (29 - 63)	2	2,0

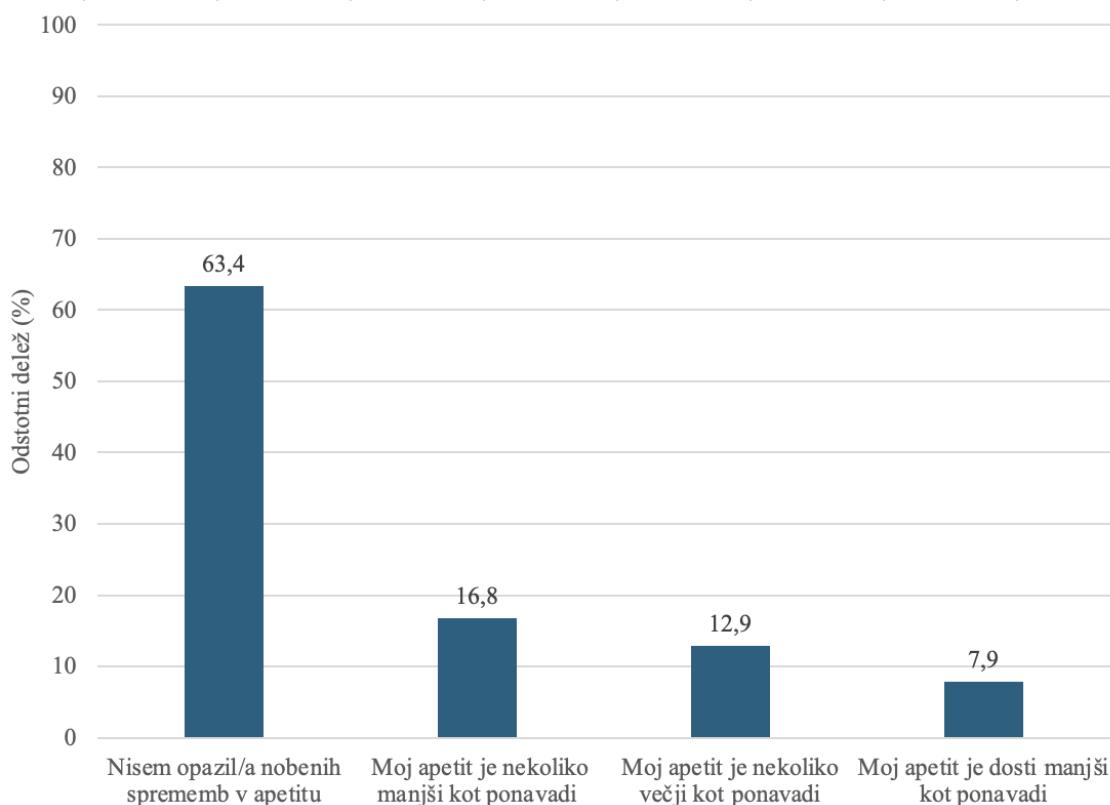
Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež

V Beckovem vprašalniku za oceno stopnje depresije vprašanji 16 in 18 omogočata oceno sprememb osnovnih telesnih funkcij – spanja in apetita – v obe smeri, tako povečanje kot zmanjšanje. Pri vprašanju 16, ki se nanaša na spremembe spanja, lahko anketirani izbirajo med možnostmi, ki izražajo bodisi povečano potrebo po spanju (npr. spim dosti več kot običajno, večino časa čez dan prespim) bodisi zmanjšano potrebo ali motnje spanja (npr. spim dosti manj kot običajno, zbujam se 1–2 uri prej in ne morem zaspati nazaj). S slike 1 je razvidno, da večina anketiranih (33,7 %) ne opaža sprememb v svojem spanju v primerjavi s preteklim obdobjem. Nekoliko manj anketiranih (31,6 %) poroča, da spijo nekoliko manj kot običajno. Sledi skupina, ki spi nekoliko več kot običajno (18,8 %), in skupina anketiranih (7,9 %), ki spijo dosti več kot običajno. V enakem deležu (po 4,0 %) anketirani spijo dosti več kot običajno ali pa se zbuja 1-2 uri prej in ne morejo zaspati nazaj.



Slika 1: Spremembe spanja anketiranih

Podobno pri vprašanju 18, ki meri spremembe apetita, so ponujene možnosti razdeljene na zmanjšanje (npr. apetit je dosti manjši kot običajno, sploh nimam več apetita) in povečanje apetita (npr. apetit je dosti večji kot običajno, ves čas hrepenim po hrani). Anketirani izberejo najustreznejšo trditev iz ene smeri spremembe, pri čemer višje število točk pomeni izrazitejši simptom. Rezultate smo prikazali na sliki 2. Večina anketiranih pacientov (63,4 %) ni zaznala sprememb v apetitu. Najpogosteje poročana sprememba v apetitu je nekoliko zmanjšan apetit (16,8 %), sledita nekoliko povečan apetit (12,9 %) in izrazito zmanjšan apetit (7,9 %).



Slika 2: Spremembe apetita anketiranih

Rezultati Beckovega vprašalnika za tesnobo kažejo, da so pri anketiranih bolj izraženi somatski simptomi kot psihološki. Najpogostejši in najbolj izraziti somatski simptomi so slaba prebava oziroma nelagodje v trebuhu (PV = 0,72, SO = 0,90), občutek mravljinčenja in otrplosti (PV = 0,57, SO = 0,77) ter šibkost v nogah (PV = 0,52, SO = 0,80). Psihološki simptomi, kot so občutek, da se bo zgodilo najslabše (PV = 0,43, SO = 0,73), preplašenost (PV = 0,25, SO = 0,54) in groza (PV = 0,19, SO = 0,54), so izraženi z nekoliko nižjimi povprečnimi ocenami. Najmanj izražen simptom je bila omedlevica (PV = 0,08, SO = 0,34). Skupna vsota doseženih točk na Beckovem vprašalniku za tesnobo se je gibala med 0 in 39, pri čemer je povprečna vrednost znašala 7,25 (SO = 7,89) točk (tabela 6).

Tabela 6: Rezultati Beckovega vprašalnika za oceno stopnje tesnobe

	Min	Maks	PV	SO
Občutek mravljinčenja, otrplosti	0	3	0,57	0,77
Občutek vročine	0	2	0,35	0,59
Šibkost v nogah (telečje noge)	0	3	0,52	0,80
Nezmožnost sprostitve	0	3	0,41	0,68
Občutek, da se bo zgodilo najslabše	0	3	0,43	0,73

	Min	Maks	PV	SO
Vrtoglavica in omotičnost	0	2	0,44	0,66
Razbijanje ali pospešeno bitje srca	0	2	0,47	0,64
Slabo ravnotežje	0	2	0,40	0,60
Groza	0	3	0,19	0,54
Nervoznost	0	3	0,51	0,67
Občutek dušenja	0	2	0,21	0,52
Tresoče roke	0	3	0,24	0,55
Drhtenje po vsem telesu	0	2	0,20	0,45
Strah pred izgubo kontrole	0	2	0,23	0,49
Oteženo dihanje	0	2	0,26	0,51
Strah, da bom umrl/-a	0	3	0,21	0,54
Preplašenost	0	2	0,25	0,54
Slaba prebava ali nelagodje v trebuhu	0	3	0,72	0,90
Omedlevica	0	2	0,08	0,34
Zardevanje v obraz	0	3	0,27	0,58
Potenje (ne zaradi vročine)	0	2	0,35	0,56
Skupna vsota doseženih točk	0	39	7,25	7,89

Legenda: min = minimum, max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Iz tabele 7 je razvidno, da je pri anketiranih prevladovala minimalna do blaga tesnoba. Večina anketiranih ($n = 62$; 61,4 %) je pokazala minimalno stopnjo tesnobe (0–7 točk). Blaga tesnoba (8–15 točk) je bila prisotna pri 24 anketiranih (23,8 %), medtem ko je bila zmerna tesnoba (16–25 točk) prisotna pri 10 (9,9 %) anketiranih. Le manjši delež ($n = 5$; 5 %) je izkazoval hudo tesnobo (26–63 točk).

Tabela 7: Stopnja tesnobe anketiranih

Stopnja tesnobe (seštevek točk)	n = 101	%
Minimalna tesnoba (0-7)	62	61,4
Blaga tesnoba (8 - 15)	24	23,8
Zmerna tesnoba (16 - 25)	10	9,9
Huda tesnoba (26 - 63)	5	5,0

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; % = odstotni delež

Četrty sklop instrumenta je bil namenjen psihosocialni podpori. Z desetimi trditvami smo preverjali zagotavljanje in prejemanje psihosocialne podpore ter njen vpliv na anketirane. Anketirani so se najbolj strinjali s trditvijo »Menim, da je psihosocialna podpora pomembna za paciente z rakom« (PV = 3,74; SO = 1,24). Nekoliko manj so se strinjali z trditvijo, da želijo psihosocialno podporo (PV = 3,35; SO = 1,55); če bi jim zdravnik diagnosticiral psihološko stisko, pa bi nekateri sprejeli psihosocialno podporo (PV = 2,98;

SO = 1,43). Anketirani so se najmanj strinjali s trditvijo, da potrebujejo psihosocialno podporo (PV = 1,48; SO = 0,91), nekateri pa so bili trenutno že vključeni v storitve psihoonkologije (PV = 1,47; SO = 1,02) (tabela 8).

Tabela 8: Psihosocialna podpora

Trditev	Min	Maks	PV	SO
Zaradi bolezni doživljam čustveno stisko.	1	5	1,88	1,00
Potrebujem psihosocialno podporo.	1	5	1,48	0,91
Psihosocialna podpora mi je na voljo.	1	5	2,83	1,50
Imam željo, da bi se z nekom pogovoril/-a glede moje bolezni.	1	5	2,24	1,24
Sem informiran/-a o psihosocialni podpori.	1	5	2,86	1,48
Če bi mi zdravnik diagnosticiral psihološko stisko, bi sprejel/a psihosocialno podporo.	1	5	2,98	1,43
Psihosocialno podporo želim.	1	5	3,35	1,55
Trenutno sem že vključen/a v storitve psihoonkologije.	1	5	1,47	1,02
Menim, da je psihosocialna podpora pomembna za paciente z rakom.	1	5	3,74	1,24
Menim, da bi moje življenje imelo višjo kakovost ob pomoči psihosocialne podpore.	1	5	2,54	1,33

Legenda: min = minimum, max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon. Lestvica - ocena 1 - se nikakor ne strinjam, ocena 2 - se ne strinjam, ocena 3 - niti se ne strinjam, niti se strinjam, ocena 4 - se strinjam, ocena 5 - se popolnoma strinjam

Anketirani so dostopnost psihosocialne podpore ocenili s povprečno oceno 5,99 (SO = 3,51), v razponu od 1 do 10 (tabela 9).

Tabela 9: Samoocena dostopnosti psihosocialne podpore

	Min	Maks	PV	SO
Dostopnost psihosocialne podpore.	1	10	5,99	3,51

Legenda: min = minimum, max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

3.4.1 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe pri pacientih z rakom se razlikuje glede na sociodemografske podatke (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan).

Rezultati kažejo, da so ženske v povprečju poročale o nekoliko višji stopnji izraženih simptomov tesnobe (PV = 8,18; SO = 6,98) v primerjavi z moškimi (PV = 6,64; SO = 8,45). Na podlagi Mann-Whitneyjevega U-testa razlika med spoloma v stopnji izraženih simptomov tesnobe ni bila statistično značilna ($U = 952,500$; $p = 0,062$) (tabela 10).

Tabela 10: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na spol

Spol	n	PV	SO	U	p
Ženski	40	8,18	6,98	952,500	0,062
Moški	61	6,64	8,45		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Mann-Whitney U test, p = statistična značilnost

Med starostjo in stopnjo izraženih simptomov tesnobe ni statistično značilne povezave ($r = 0,041$; $p = 0,687$) (tabela 11).

Tabela 11: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na starost

		Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe
Starost	r	0,041
	p	0,687

Legenda: r = Spearmanov koeficient korelacije; p = statistična značilnost

Pri analizi izraženosti simptomov tesnobe glede na stopnjo izobrazbe smo zaradi majhnega števila udeležencev v nekaterih skupinah združili naslednje ravni izobrazbe: osnovnošolsko izobrazbo s 3-letno poklicno izobrazbo ter višjo, visokošolsko, magisterij in doktorat. Tako oblikovane skupine so omogočile zanesljivejšo primerjavo. Najvišjo povprečno stopnjo tesnobe so izkazali anketirani z osnovnošolsko ali 3-letno poklicno izobrazbo (PV = 8,31; SO = 7,87), sledijo posamezniki s 4- ali 5-letno srednješolsko izobrazbo (PV = 6,70; SO = 7,67), najnižje povprečne vrednosti pa so poročali anketirani z najvišjo stopnjo izobrazbe (višjo ali visokošolsko izobrazbo oziroma magisterijem in doktoratom) (PV = 6,28; SO = 6,61). Rezultati kažejo, da med skupinami obstajajo razlike v povprečni izraženosti simptomov tesnobe, vendar te razlike niso statistično značilne ($H = 0,697$; $p = 0,706$) (tabela 12).

Tabela 12: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na stopnjo izobrazbe

Stopnja izobrazbe	n	PV	SO	H	p
Osnovna šola + 3-letna poklicna izobrazba	42	8,31	7,87	0,697	0,706
4 ali 5-letna srednješolska izobrazba	30	6,70	7,67		
Višja in visokošolska izobrazba + magisterij ali doktorat	29	6,28	6,61		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Kruskal Wallis H test, p = statistična značilnost

Tabela 13 prikazuje povprečno stopnjo izraženih simptomov tesnobe glede na zaposlitveni status anketiranih. Najnižjo povprečno vrednost simptomov tesnobe so poročali zaposleni (PV = 4,61; SO = 4,76), višje pa nezaposleni (PV = 9,00; SO = 9,59) in upokojeanci (PV = 8,21; SO = 8,63). Razlike med skupinami niso bile statistično značilne (H = 1,243; p = 0,265). Zaradi majhnih vzorcev, predvsem v skupini nezaposlenih, ter velike razpršenosti podatkov znotraj skupin ne moremo potrditi statistično značilne razlike v izraženosti simptomov tesnobe glede na zaposlitveni status.

Tabela 13: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na zaposlitveni status

Zaposlitveni status	n	PV	SO	H	p
Zaposlen/-a	28	4,61	4,76	1,243	0,265
Nezaposlen/-a	5	9,00	9,59		
Upokojen/-a	68	8,21	8,63		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Kruskal Wallis H test, p = statistična značilnost

Tabela 14 prikazuje povprečno stopnjo izraženosti simptomov tesnobe glede na zakonski stan anketiranih. Najvišjo povprečno stopnjo tesnobe so izkazali poročeni anketirani (PV = 8,48; SO = 8,95), sledijo samski (PV = 6,33; SO = 6,44) in tisti, ki živijo v izvenzakonski skupnosti (PV = 4,43; SO = 5,12). Čeprav se povprečne vrednosti razlikujejo, te razlike niso bile statistično značilne (H = 3,293; p = 0,193) zaradi razpršenosti podatkov znotraj skupin in velikosti vzorcev.

Tabela 14: Povprečna stopnja izraženih simptomov tesnobe glede na zakonski stan

Zakonski stan	n	PV	SO	H	p
Poročen	58	8,48	8,95	3,293	0,193
V izvenzakonski skupnosti	21	4,43	5,12		
Samski	22	6,33	6,44		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Kruskal Wallis H test; p = statistična značilnost

Uporabljene analize niso pokazale statistično značilnih razlik v povprečni stopnji izraženih simptomov tesnobe pri pacientih z rakom glede na spol, starost, izobrazbo, zaposlitveni status ali zakonski stan. Zato hipoteze 1 ne moremo sprejeti.

Hipoteza 2: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije pri pacientih z rakom se razlikuje glede na sociodemografske podatke (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan).

Rezultati kažejo, da so moški imeli višjo povprečno stopnjo izraženih simptomov depresije (PV = 9,38; SO = 8,56) v primerjavi z ženskami (PV = 6,35; SO = 4,93). Na podlagi Mann-Whitneyjevega U-testa razlika med spoloma v stopnji izraženih simptomov depresije ni bila statistično značilna (U = 1118,000; p = 0,478) (tabela 15).

Tabela 15: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na spol

Spol	n	PV	SO	U	p
Ženski	40	6,35	4,93	1118,000	0,478
Moški	61	9,38	8,56		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Mann-Whitney U test; p = statistična značilnost

Med starostjo in stopnjo izraženih simptomov depresije ni statistično značilne povezanosti (r = -0,016; p = 0,871). Povezava med spremenljivkami je negativne usmerjenosti, kar pomeni, da se z višanjem starosti stopnja izraženih simptomov depresije znižuje (tabela 16).

Tabela 16: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na starost

		Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije
Starost	r	-0,016
	p	0,871

Legenda: r = Spearmanov koeficient korelacije; p = statistična značilnost

Za preverjanje izraženosti simptomov depresije glede na stopnjo izobrazbe smo ponovno združili osnovnošolski izobrazbo s 3-letno poklicno izobrazbo ter višjo in visokošolsko izobrazbo z magisterijem ali doktoratom. Rezultati kažejo, da so anketirani z osnovnošolsko ali 3-letno poklicno izobrazbo izkazali najvišjo povprečno stopnjo simptomov depresije (PV = 8,10; SO = 8,45), sledijo posamezniki s 4- ali 5-letno srednješolsko izobrazbo (PV = 7,77; SO = 6,98), najnižje povprečne vrednosti pa so poročali anketirani z višjo ali visokošolsko izobrazbo oziroma magisterijem ali doktoratom (PV = 6,62; SO = 5,74). Kruskal Wallis H test ni pokazal statistično značilne razlike med stopnjami izraženih simptomov depresije glede na stopnjo izobrazbe v preučevanem vzorcu ($H = 0,396$; $p = 0,820$) (tabela 17).

Tabela 17: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na stopnjo izobrazbe

Stopnja izobrazbe	n	PV	SO	H	p
Osnovna šola + 3-letna poklicna izobrazba	42	8,10	8,45	0,396	0,820
4 ali 5-letna srednješolska izobrazba	30	7,77	6,98		
Višja in visokošolska izobrazba + magisterij ali doktorat	29	6,62	5,74		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Kruskal Wallis H test, p = statistična značilnost

Tabela 18 prikazuje povprečno stopnjo izraženih simptomov depresije glede na zaposlitveni status anketiranih. Najnižjo povprečno vrednost simptomov depresije so poročali zaposleni (PV = 5,82; SO = 4,98), nekoliko višjo nezaposleni (PV = 9,60; SO = 5,98) in upokojenci (PV = 8,15; SO = 8,19). Vendar pa razlike med skupinami niso bile statistično značilne ($H = 1,855$; $p = 0,173$). Zaradi omejenih vzorcev, predvsem v skupini nezaposlenih, ter razpršenosti podatkov znotraj skupin ni mogoče potrditi statistično značilne razlike v izraženosti simptomov depresije glede na zaposlitveni status.

Tabela 18: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na zaposlitveni status

Zaposlitveni status	n	PV	SO	H	p
Zaposlen/-a	28	5,82	4,98	1,855	0,173
Nezaposlen/-a	5	9,60	5,98		
Upokojen/-a	68	8,15	8,19		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Kruskal Wallis H test, p = statistična značilnost

Tabela 19 prikazuje povprečno stopnjo izraženosti simptomov depresije glede na zakonski stan anketiranih. Najvišjo povprečno stopnjo depresije so izkazali samski anketirani (PV = 9,57; SO = 10,56), sledijo poročeni (PV = 7,40; SO = 6,56) in tisti, ki živijo v izvenzakonski skupnosti (PV = 5,57; SO = 4,93). Kljub razlikam v povprečnih vrednostih razlike med skupinami niso bile statistično značilne (H = 2,489; p = 0,288), kar je lahko posledica razpršenosti podatkov znotraj skupin in velikosti vzorcev.

Tabela 19: Povprečna stopnja izraženih simptomov depresije glede na zakonski stan

Zakonski stan	n	PV	SO	H	p
Poročen	58	7,40	6,56	2,489	0,288
V izvenzakonski skupnosti	21	5,57	4,93		
Samski	22	9,57	10,56		

Legenda: n = število anketiranih v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Kruskal Wallis H test, p = statistična značilnost

Uporabljene analize niso pokazale statistično značilnih razlik v povprečni stopnji izraženih simptomov depresije pri pacientih z rakom glede na spol, starost, izobrazbo, zaposlitveni status ali zakonski stan. Zato hipoteze 2 ne moremo sprejeti.

Hipoteza 3: Pacienti z rakom, ki imajo bolj izražene simptome tesnobe, prejema več psihosocialne podpore, v primerjavi s pacienti, ki imajo manj izražene simptome tesnobe.

Tabela 20 prikazuje, da obstaja šibka in statistično značilna pozitivna povezava med izraženostjo simptomov tesnobe in vključitvijo v storitve psihoonkologije ($r = 0,214$; $p = 0,034$). Višja stopnja tesnobe je povezana z večjo verjetnostjo, da so pacienti vključeni v psihoonkološke storitve. Hipotezo 3 sprejememo.

Tabela 20: Povezava med izraženostjo simptomov tesnobe in prejemanjem psihosocialne podpore

		Sem vključen v storitve psihoonkologije
Izraženost simptomov tesnobe	r	0,214
	p	0,034

Legenda: r = Spearmanov koeficient korelacije; p = statistična značilnost

Hipoteza 4: Pacienti z rakom, ki imajo bolj izražene simptome depresije, prejemajo več psihosocialne podpore v primerjavi s pacienti, ki imajo manj izražene simptome depresije.

Tabela 21 kaže, da med izraženostjo simptomov depresije in vključitvijo v storitve psihoonkologije ni statistično značilne povezave ($r = 0,141$; $p = 0,164$). Posledično hipotezo 4 zavrnamo.

Tabela 21: Povezava med izraženostjo simptomov depresije in prejemanjem psihosocialne podpore

		Sem vključen v storitve psihoonkologije
Izraženost simptomov depresije	r	0,141
	p	0,164

Legenda: r = Spearmanov koeficient korelacije; p = statistična značilnost

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi smo v povprečju našega vzorca ugotovili, da sta bili tesnoba in depresija pri pacientih v raziskovalni populaciji prisotni le v blažjih oblikah. Tudi potreba o psihosocialni podpori v nasprotju z našimi pričakovanji ni bila izražena na visoki ravni. V nadaljevanju bomo naše rezultate in trditve bolj podrobno predstavili v razpravi.

Cilj 1: Ugotoviti izražene simptome tesnobe in depresije pri pacientih z rakom

Rezultati raziskave kažejo, da so simptomi tesnobe in depresije pri pacientih z rakom prisotni, vendar večinoma v blažji obliki. Večina anketiranih je dosegla vrednosti, ki ustrezajo minimalni depresiji (78,2 %) oziroma minimalni tesnobi (61,4 %), kar potrjuje prisotnost čustvene stiske, vendar ne v izraziti klinični obliki. Manjši delež pacientov pa

je izkazoval blago do zmerno depresijo (11,9 %) in blago do zmerno tesnobo (33,7 %), medtem, ko je hudo depresijo imelo 2 %, hudo tesnobo pa 5 % udeležencev. Pitman, et al. (2018) ugotavljajo, da tudi če udeleženci ne presežejo kliničnega praga, je pomembno poudariti, da tudi blaga depresija lahko negativno vpliva na izid zdravljenja raka, sodelovanje v terapiji ter kakovost življenja.

V slovenski raziskavi so (Mirošević, et al., 2024) ugotovili, da se je povečala raven psihološke stiske pri pacientih z rakom. Približno tretjina preživelih oseb z rakom dojke je kazala simptome povečane tesnobe in depresije, pri čemer je ena od osmih dosegla klinični prag. Multivariantna linearna regresija je pokazala, da so starost, nižja kakovost življenja, povečan strah pred ponovitvijo raka, zmanjšana odpornost, omejena socialna podpora ter neizpolnjene psihosocialne in čustvene potrebe povezani s povečanimi simptomi tesnobe. Poleg tega so bili nižja kakovost življenja, večji strah pred ponovitvijo raka, zmanjšana odpornost in omejena socialna podpora povezani z bolj izraženimi simptomi depresije. V raziskavi so pri ženskah, ki so preživele raka dojke v obdobju od enega do petih let po zdravljenju, opazili znatno povečanje simptomov tesnobe in depresije, ki pa jih je po mnenju Miroševića, et al. (2024) pandemija covid-19 verjetno še poslabšala. Raziskava poudarja pomen prepoznavanja in obravnavanja psiholoških potreb preživelih raka dojke ter potrebo po spremljanju skozi celotno pot zdravljenja raka.

Tudi Ng, et al., (2015) so v svoji raziskavi med pacientkami z rakom dojke opazili razmeroma nizko povprečno raven tesnobnosti, vendar z izrazitimi telesnimi simptomi, kot so palpitacije, tresenje in mišična napetost. To potrjuje ugotovitev naše raziskave, da se večina anketirancev uspešno spoprijema s tesnobnostjo, ki pa se pogosto izraža pri somatskih znakih, kot so prebavne težave, šibkost, razbijanje srca itd. Yi in Syrjala (2018) sta ugotovila, da so tisti, ki so zboleli za rakom ustne votline poročali o težavah z zobmi, vonjem in gibanjem, kar je tudi vplivalo na izraženost depresije in tesnobe. Tisti, ki so imeli raka prostate in so imeli težave z uriniranjem, so imeli tudi višjo stopnjo depresivnih simptomov. Zmanjšana spolna funkcija zaradi raka glave in vratu je bila prav tako povezana z depresivnimi simptomi. V vzorcu zbolelih za diagnozo raka debelega črevesa in danke so poročali o težavah v vsakdanjem življenju, posledično so imeli več depresivnih simptomov.

Hinz, et al. (2019) so v raziskavi ugotovili, da je več žensk zbolelo za tesnobo kot moških, enako je tudi za depresijo zbolelo več žensk. Prav tako je bilo ugotovljeno, da so pacienti z diagnozo rak bili bolj tesnobni od splošne populacije, glede obolevnosti za depresijo pa so bile povprečne vrednostne razlike zelo majhne oz. so moški pacienti z diagnozo rak celo imeli manjše simptome depresije kot moški iz splošne populacije.

V raziskavi Linden, et al. (2012) je bilo ugotovljeno, da se čustvena stiska spreminja, ko pacienti prehajajo skozi faze diagnoze, akutnega zdravljenja in po zdravljenju. Stopnje prevalence stiske so odvisne tudi od tega, ali so se pacienti pozitivno odzvali na zdravljenje ali ne. Čeprav huda tesnoba ni bila pogosto prisotna, strokovna literatura (Brintzenhofe-Szoc, et al., 2009) opozarja, da kronična ali neprepoznana tesnoba lahko vodi v izogibanje zdravljenju, nižjo adherenco in slabše izide zdravljenja. Prav tako lahko vodi v povečano porabo zdravstvenih storitev, kar dodatno obremenjuje zdravstveni sistem. Zato se v skladu s priporočili mednarodnih smernic priporoča sistematično psihološko spremljanje onkoloških pacientov ter dostop do psihološke podpore že v zgodnjih fazah zdravljenja, tudi če gre le za blage simptome tesnobe (Holland, et al., 2013).

Cilj 2: Ugotoviti izražene simptome tesnobe in depresije pri pacientih z rakom glede na sociodemografske podatke (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan)

Glede na starost ni bilo zaznati jasnega trenda, ki bi kazal, da so določene starostne skupine posebej ogrožene. Vendar pa je opaziti, da se blage do zmerne oblike tesnobe in depresije pojavljajo pri vseh starostnih skupinah, kar kaže na to, da diagnoza raka predstavlja velik psihološki stres ne glede na življenjsko obdobje. Nekatere raziskave poročajo o višji prevalenci depresije pri starejših pacientih (Alkubati, et al., 2025). Zato se starost obravnava kot dejavnik, ki lahko vpliva na vrsto in obliko psihološkega odziva, vendar ne nujno na njegovo intenzivnost.

Raziskava, ki so jo izvedli v Španiji (Ruiz-Marin, et al., 2021), je pokazala, da jih je bilo od 130 vključenih onkoloških pacientov (52,3 % žensk, povprečna starost 57 let) 15 % opredeljenih kot tisti, ki imajo težave v partnerskem odnosu ali zakonu, npr. več

konfliktov, manj podpore ali slabšo komunikacijo. Raziskava je pokazala, da so bile težave v zakonu pomembno povezane z depresijo, anksioznostjo, samomorilnimi mislimi in slabšim spanjem. Rezultati potrjujejo, da kakovost partnerskega odnosa pomembno vpliva na duševno zdravje pacientov z rakom. Zmerno do hudo depresijo, tesnobo in nespečnost so ugotovili pri 25,4 % udeležencev. Pozitivne samomorilne misli so bile dokumentirane pri 13,8 % udeležencev. Ugotovljeno je bilo, da so depresija, tesnoba in slab spanec pomembno povezani s slabo prilagoditvijo zakonskemu življenju (Ruiz-Marin, et al., 2021).

Raziskava (Hinz, et al., 2019) je pokazala, da obstajajo pomembne razlike po spolu in starosti pri pojavnosti tesnobe in depresije med pacienti z rakom. Mlajši pacienti so poročali o višjih ravneh tesnobe in depresije v primerjavi s starejšimi, kar nakazuje, da je starost pomemben dejavnik tveganja. Prav tako so ženske izkazovale višjo stopnjo obeh duševnih stisk kot moški. Ti rezultati poudarjajo potrebo po bolj ciljno usmerjeni psihološki podpori, zlasti za mlajše paciente in ženske. Mlajši pacienti z rakom so bili še posebej prizadeti zaradi večje tesnobe, kar poudarja, da nižja starost predstavlja dodaten dejavnik tveganja. (Hinz, et al., 2019). Raziskava (Chen, et al., 2024) v Ameriki je pokazala, da je bilo pri pacientih z rakom ugotovljeno, da starost pomembno vpliva na pojav depresivnih simptomov. Mlajši pacienti, stari od 20 do 39 let, so imeli večjo verjetnost depresije v primerjavi s starejšimi skupinami; posamezniki, stari od 40 do 59 let, so imeli nižjo verjetnost, najstarejši, stari 60 let ali več, pa še nižjo. Spol je prav tako vplival na pojav depresivnih simptomov – moški so imeli manjšo verjetnost kot ženske. Poleg tega so bili depresiji bolj izpostavljeni tisti, ki niso bili nikoli poročeni, ovdovedi ali ločeni, v primerjavi s pacienti, ki so bili poročeni ali so živeli s partnerjem. Zaposlitveni status je bil dodatni dejavnik tveganja; pacienti brez zaposlitve so imeli večjo verjetnost depresivnih simptomov kot zaposleni. Rezultati so prav tako pokazali statistično povezavo med etnično pripadnostjo in depresijo, kar kaže, da različni demografski dejavniki lahko pomembno vplivajo na duševno zdravje pacientov z rakom (Chen, et al., 2024).

Weiss Wiesel, et al. (2015) so ugotovili podobno, in sicer, da je bila četrтина pacientov v njihovi raziskavi tesnobnih in da je 13 % pacientov zbolelo za depresijo. Starost je bila

pomembno povezana s tesnobo, z naraščajočo starostjo pa je tesnoba upadala. Nasprotno pa starost ni bila povezana z depresijo, ne v enostavnih ne v večspremenljivnih analizah.

Slabša socialna podpora in večje število pridruženih bolezni sta bila povezana z višjo stopnjo tako tesnobe kot depresije. Tisti, ki so zboleli za višjim stadijem maligne bolezni (stadij IV), so imeli bolj resne simptome depresije. Raziskava opozarja, da so pri starejših pacientih z rakom stopnje tesnobe in depresije visoke, a se pogosto premalo prepoznajo in jih ne spremljajo sistematično. Raziskava, ki so jo izvajali Yi in Syrjala (2018), sta ugotovila, da so ženske imele dvakrat večje relativno tveganje za tesnobo kot moški. Drugi ugotovljeni dejavniki tveganja za tesnobo pri odraslih so vključevali tiste s krajšim časom od postavitve diagnoze, tiste, ki so bili mlajši, tiste, ki so živeli samsko življenje, in tiste, ki so zboleli za diagnozo pljučnega raka ali melanoma.

V Katarju je raziskava (Alabdulla, et al., 2025) pokazala, da znaten delež (75%) pacientov z rakom trpi za depresijo, pri čemer povprečna ocena na lestvici PHQ-9 kaže na blago stopnjo resnosti. Večina pacientov je bila ocenjena kot blago depresivna, medtem ko je manjši delež kazal zmerno, zmerno do hudo ali hudo depresijo. Prav tako so bili številni pacienti tesnobni, kar se odraža v povprečni oceni GAD-7; večina je imela blage do zmerne simptome, medtem ko je manjši delež pacientov kazal zmerno ali hudo tesnobo. Te ugotovitve kažejo, da sta depresija in tesnoba med pacienti z rakom precej razširjena, kar poudarja potrebo po celoviti podpori duševnemu zdravju. Analiza demografskih in kliničnih dejavnikov je pokazala, da so za depresijo in tesnobo bolj ogroženi pacienti z napredovalim rakom, tisti v starostnih skupinah okoli 40 in 60 let, pacienti, ki prejemajo radioterapijo ali hormonsko terapijo, ter ženske. Takšne ugotovitve kažejo, da je pri obravnavi pacientov z rakom pomembno upoštevati tako stopnjo bolezni kot sociodemografske značilnosti, da bi lahko boljše ciljali psihosocialno podporo in izboljšali duševno počutje pacientov (Alabdulla, et al., 2025).

Cilj 3: Ugotoviti dostopnost psihosocialne podpore pri pacientih z rakom glede na izražene simptome tesnobe in depresije

Rezultati raziskave kažejo, da izraženost simptomov tesnobe in depresije pogosto ni skladna z dejanskim dostopom do psihosocialne podpore. Med pacienti z zmerno in hudo izraženimi simptomi je skoraj polovica imela nerazrešene ali neizrečene potrebe, čeprav bi podpora bila ključna. Klinično depresivni pacienti pogosto ne izrazijo svojih potreb že v zgodnjih fazah zdravljenja, kar lahko pomeni, da psihološke stiske ostajajo prezrte (Heß, et al., 2020). Velik delež pacientov poroča o neizpolnjenih psihosocialnih potrebah – tako čustvenih, socialnih kot informacijskih. Med mladimi onkološkimi pacienti jih je kar 76,7 % izpostavilo vsaj eno pomembno neizpolnjeno potrebo, med katerimi so prevladovale psihološke (Okamura, et al., 2021). Škodlar (2015) ugotavlja, da je psihoterapija pomemben del pomoči ljudem z rakom, še posebej v okviru psihoonkologije, eksistencialistične psihoterapije in paliativne oskrbe. Rak človeka pahne v mejno situacijo, kjer se zamajajo temeljne predstave o sebi, drugih in življenju, zato se znajde v povsem novem svetu. Ta notranji pretres se zgodi sredi življenjske poti, zaznamovane s preteklimi izkušnjami in prihodnjimi željami, cilji ter pričakovanji. Psihoterapija mora zato odgovarjati tako na eksistencialne stiske, kot so strah pred smrtjo, krivda, odgovornost, smisel in trpljenje, kot tudi na dejstvo, da se bolezen pojavi v središču življenja. Pomembno je, da terapevti te vsebine prepoznajo in jih ne prezrejo, saj drugače otežijo proces zdravljenja. Ker je psihoterapija dialog, ta pomaga pacientu znova vzpostaviti stik z bližnjimi in posledično tudi s samim seboj.

Bokal in Škufca Smrdel (2015) menita, da imajo pacienti z rakom na voljo različne oblike psihosocialne pomoči, kot so skupine za samopomoč, individualno svetovanje, telefonski pogovori ali spletni forumi. Nekateri se raje oprejo na podporo najbližjih in se z boleznijo spopadajo sami. Skupna vsem oblikam pomoči pa je želja, da pacient svojo težko izkušnjo vključi v osebno življenjsko zgodbo in tako doseže novo psihično ravnotežje.

Dostopnost psihosocialne podpore je pogosto omejena zaradi več dejavnikov. Med najpogostejšimi ovirami so bile prepoznane pomanjkanje sistematičnega presejanja stiske, stigma, nizka zdravstvena pismenost ter pomanjkanje ustreznega kadra. Še posebej v okoljih z omejenimi viri lahko pacienti ostanejo brez potrebne psihološke pomoči (Bergerot, et al., 2024). Pandemija covid-19 je dodatno razkrila ranljivost sistemov za psihološko oskrbo, saj so bile storitve pogosto omejene ali prekinjene, medtem ko so

potrebe naraščale. Kljub tem izzivom raziskave poudarjajo pomen vključevanja psihosocialne podpore v redno onkološko obravnavo. Uvedba rutinskega presejanja čustvene stiske, vpeljava interdisciplinarnih timov in individualno prilagojene intervencije lahko pomembno zmanjšajo psihološko breme ter izboljšajo sodelovanje pacienta pri zdravljenju in njegovo kakovost življenja (Heß, et al., 2020; Bergerot, et al., 2024). Raziskava Öztürk in Hiçdurmaz (2022) je pokazala, da imajo onkološke medicinske sestre pogosto težave pri prepoznavanju duševne stiske in samomorilnega tveganja pri pacientih z rakom. Medicinske sestre sicer pogosto zaznajo znake čustvene stiske paciente z rakom, ki pa jih ne znajo pravilno ovrednotiti ali povezati z morebitnim samomorilnim tveganjem. Pogosto pričakujejo, da pacient sam izrazi svojo duševno stisko, kar pa se zaradi stigme in strahu pred obsojanjem redko zgodi.

V kvalitativni raziskavi, izvedeni s 33 medicinskimi sestrami iz različnih bolnišnic, sta avtorici ugotovili, da medicinske sestre pogosto zaznajo nejasne znake čustvene stiske, vendar jih ne znajo vedno pravilno interpretirati ali povezati z morebitnim samomorilnim tveganjem. Posledično obstaja tveganje za podcenjevanje resnosti psiholoških težav in zamujene priložnosti za pravočasno intervencijo. Raziskava je izpostavila več ključnih ovir, med katerimi so pomanjkanje institucionalne podpore in jasnih protokolov, visoka delovna obremenitev, nejasne meje odgovornosti med člani multidisciplinarnega tima ter stigma, ki ovira odprto komunikacijo. Medicinske sestre so kot svojo glavno potrebo izpostavile dodatno izobraževanje o prepoznavanju in obravnavi duševne stiske, jasnejše smernice ter več kadrovskih virov za poglobljeno delo s pacienti. Avtorici v zaključku poudarjata, da je zgodnje prepoznavanje psiholoških težav ključno za izboljšanje celostne obravnave pacientov in preprečevanje hujših izidov duševnega zdravja (Öztürk & Hiçdurmaz, 2022).

Zingler, et al. (2025) so v raziskavi ugotovili, da je bilo prvotno 3327 pacientov, ki so po pregledu zdravstvene dokumentacije izpolnjevali vključitvene kriterije za udeležnost v raziskavo. Od teh jih je 1702 v celoti ustrezalo kriterijem, 1150 (67,6 %) se je strinjalo s sodelovanjem, medtem ko je 198 ocenilo, da bi jim sodelovanje predstavljalo preveliko breme, 354 pa jih sodelovanje ni zanimalo. Na prvi meritvi je vprašalnik dejansko izpolnilo 1003 pacientov. Rezultati so pokazali, da je 39,7 % anketirancev (n = 390) imelo

visoko psihosocialno stisko, 21 % (n = 207) pa je izrazilo zaznano potrebo po psihosocialni podpori. Dejanska izkoriščenost psihoonkoloških storitev je bila 15,2 % (n = 150), medtem ko je 60,7 % pacientov (n = 597) izkazalo pripravljenost za sprejem psihosocialne podpore. Raziskava je pokazala tudi izrazite razlike po spolu. Ženske so pogosteje poročale o visoki psihosocialni stiski in izraženi potrebi po podpori kot moški. Prav tako so ženske pogosteje dejansko uporabile psihoonkološko podporo in bile bolj pripravljene sprejeti psihosocialne storitve. Ti podatki kažejo, da kljub precej visoki pripravljenosti na sprejem psihosocialne podpore dejanska uporaba storitev ostaja omejena, pri čemer so ženske bolj aktivne kot moški, kar poudarja potrebo po bolj dostopni in ciljno usmerjeni psihosocialni podpori za vse paciente z rakom.

Izbor vzorca je predstavljal eno izmed omejitev raziskave, saj so bili vanjo vključeni pacienti, ki so zdravljenje zaključili in hodijo na redne letne kontrole. Verjetno bi bili rezultati drugačni, če bi bili v raziskavo vključeni tudi pacienti, ki so šele nedavno prejeli diagnozo raka, saj bi ti lahko izkazovali bolj izrazite simptome tesnobe in depresije. Zasnova raziskave je bila presečna, kar pomeni, da podatki odražajo stanje v določenem časovnem trenutku. Vprašalnik za oceno psihosocialne podpore je bil oblikovan na podlagi pregleda strokovne literature, saj standardiziranega instrumenta, ki bi ustrezno meril to področje, nismo našli. Kljub navedenim omejitvam raziskava ponuja pomemben vpogled v psihološko stanje pacientov po preboleli bolezni raka in predstavlja osnovo za nadaljnje raziskave na področju psihosocialne podpore v onkologiji.

4 ZAKLJUČEK

Rak je kronična bolezen, ki posameznika ne prizadene le telesno, temveč tudi čustveno, duševno in socialno. Rezultati raziskave so pokazali, da imajo pacienti z rakom pogosto izražene simptome tesnobe in depresije, kar potrjuje pomen obravnave psihičnih stisk kot sestavnega dela onkološke oskrbe. Večina pacientov, vključenih v raziskavo, ni imela resnih težav z izraženostjo depresije in tesnobe. 78,2 % udeležencev je doživljalo minimalno stopnjo depresije, medtem ko je 61,4 % poročalo o minimalni stopnji tesnobe. Ti rezultati kažejo, da v naši populaciji pacienti niso imeli resnejših težav z izraženo stopnjo resnih depresivnih in tesnobnih znakov, kar pomeni, da pojavnost ni visoka. Pri depresiji so bile višje povprečne vrednosti zabeležene pri somatskih in vedenjskih simptomih, zlasti pri izgubi želje po spolnosti (PV = 0,79; SO = 0,95) in pri tesnobi so bili najpogostejši in najbolj izraziti somatski simptomi slaba prebava oziroma nelagodje v trebuhu (PV = 0,72, SO = 0,90). Raziskava je pokazala tudi statistično pomembne razlike v izraženosti simptomov glede na določene sociodemografske dejavnike, predvsem spol, starost in izobrazbo. Ženske (PV = 8,18; SO = 6,98) so imele višjo stopnjo izraženosti simptomov tesnobe kot moški (PV = 6,64; SO = 8,45), moški pa so imeli višjo stopnjo izraženih simptomov depresije (PV = 9,38; SO = 8,56) v primerjavi z ženskami (PV = 6,35; SO = 4,93). Najvišjo stopnjo tesnobe in depresije so imeli pacienti z osnovnošolsko izobrazbo ali 3-letno poklicno šolo, najnižjo stopnjo tesnobe in depresije pa so imeli pacienti z najvišjo stopnjo izobrazbe (višjo ali visokošolsko izobrazbo oziroma magisterijem in doktoratom). Ti podatki kažejo na potrebo po individualiziranem pristopu, ki bi vključeval demografske posebnosti pacientov.

Poseben poudarek raziskave je bil namenjen dostopnosti psihosocialne podpore. Ugotovljeno je bilo, da znaten delež pacientov ni bil seznanjen z možnostmi psihološke ali psihosocialne pomoči, kar kaže na resno vrzel v sistemu informiranja o dostopnosti storitve in napotovanja. Ob tem je večina sodelujočih izpostavila, da bi si želeli več podpore in da bi psihološki pogovori pozitivno vplivali na njihovo spoprijemanje z boleznijo.

Na podlagi ugotovitev lahko zaključimo, da bi morala biti psihosocialna podpora obvezni del celostne onkološke obravnave. Ključno je tudi ozaveščanje pacientov in zdravstvenega osebja o pomenu zgodnjega prepoznavanja duševnih stisk.

Raziskava prispeva k boljšemu razumevanju psihosocialnih potreb onkoloških pacientov in poudarja nujnost sistemskih sprememb v smeri bolj celostne in človeku prijazne obravnave.

5 LITERATURA

Alabdulla, M., Reagu, S., Alishaq, M., Al Hammadi, N., Elkordy, M.H., Ghazouani, H. & Assar, A.H., 2025. The prevalence of depression and anxiety symptoms and their associated factors among patients with cancer in Qatar: A cross-sectional study. *Qatar Medical Journal*, 2025(1), pp. 1-18. <https://doi.org/10.5339/qmj.2025.4>.

Alkubati, S.A., Halboup, A.M., Zoromba, M.A., El Gazar, H.E., Pasay An, E., Salameh, B., Motakef, H.I., Atta, M.H., Hendy, A. & Alrashedi, H., 2025. Prevalence and determinants of depression and its association with social support among cancer patients: Implications for enhancing oncology care. *BMC Psychology*, 13(1), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02584-5>.

Arvanitou, E., Nikoloudi, M., Tsoukalas, N., Parpa, E. & Mystakidou, K., 2023. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients: Demographic factors and the role of demoralization and satisfaction with care. *Psycho-Oncology*, 32(5), pp. 712-720. <https://doi.org/10.1002/pon.6115>.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G., 1988. Psihometrične lastnosti Beckovega popisa depresije: petindvajset let vrednotenja. *Pregled klinične psihologije*, 8(1), pp. 77-100.

Bergerot, C., Jacobsen, P.B., Rosa, W.E., Lam, W.W.T., Dunn, J., Fernández-González, L., Mehnert-Theuerkauf, A., Veeraiah, S. & Li, M., 2024. Global unmet psychosocial needs in cancer care: Health policy review. *eClinicalMedicine*, 78, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102942>.

Bešić, N. & Kurir-Borovčič, M., 2022. Celostna rehabilitacija bolnic z rakom dojk. In: S. Novaković, B. Zakotnik, J. Žgajnar, A. Duratović Konjević & A. Kovač, eds. 34. *onkološki vikend. Bled, 25.–26. november 2022*. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva in Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 68-75.

Bhardwaj, T., 2021. Quality of Life of Head and Neck Cancer Patients: Psychosocial Perspective using Mixed Method Approach. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(2), pp. 291-298. 10.25259/IJPC_108_21.

Blank, T.O. & Bellizzi, K.M., 2006. After prostate cancer: predictors of well-being among long-term prostate cancer survivors. *Cancer*, 106(10), pp. 2128-2135. 10.1002/cncr.21865.

Bokal, U. & Škufca Smrdel, A.C., 2015. Podporne skupine bolnikov z rakom. In: J. But Hadžić, E. Matos & V. Velenik, eds. *Podporno zdravljenje bolnikov z rakom: psihosocialna podpora, rehabilitacija in aktualne teme*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 15-17.

Brintzenhofe-Szoc, K.M., Levin, T.T., Li, Y., Kissane, D.W. & Zabora, J.R., 2009. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), pp. 383-391. 10.1176/appi.psy.50.4.383.

Chen, X., Ye, C., Liu, L. & Li, X., 2024. Factors associated with depressive symptoms among cancer patients: a nationwide cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), p. 1443. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18898-9>.

Cho, E. & Kim, S., 2022. Cronbach's Coefficient Alpha: Well Known but Poorly Understood. *Organizational Research Methods*, 18(2), pp. 207-230. <https://doi.org/10.1177/1094428114555994>.

Cooper, D.R. & Schindler, P.S., 2014. *Business research methods*. New York: McGraw Hill.

Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J., 2014. Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(6), pp. 601-612. <https://doi.org/10.1002/pon.3474>.

Dominko, A., 2024. *Katere faze žalovanja poznamo in kako jih prebroditi*. [online] Available at: <https://asjadaminko.si/faze-zalovanja/> [Accessed 25 October 2025].

Ehlers, S.L., Davis, K., Bluethmann, S.M., Quintiliani, L.M., Kendall, J., Ratwani, R.M., Diefenbach, M.A. & Graves, K.D., 2019. Screening for psychosocial distress among patients with cancer: Implications for clinical practice, healthcare policy, and dissemination to enhance cancer survivorship. *Translational Behavioral Medicine*, 9(2), pp. 282-291. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby123>.

Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.U. & Menhert, A., 2016. Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 81(1), pp. 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.020>.

George, D. & Mallery, P., 2019. *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step. A Simple Guide and Reference*. New York: Routledge.

Grassi, L., Fujisawa, D., Odyio, P., Asuzu, C., Ashley, L., Bultz, B., Travado, L. & Fielding, R., 2016. Disparities in psychosocial cancer care: a report from the International Federation of Psycho-oncology Societies. *Psycho-Oncology*, 25(10), pp. 1127-1136. <https://doi.org/10.1002/pon.4228>.

Habimana, S., Biracyaza, E., Mpunga, T., Nsabimana, E., Kayitesi, F., Nzamwita, P. & Jansen, S., 2023. Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with cancer seeking treatment at the Butaro Cancer Center of Excellence in Rwanda. *Frontiers in Public Health*, 11(1), pp. 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.972360>.

Heß, V., Meng, K., Schulte, T., Neuderth, S., Bengel, J., Faller, H. & Schuler, M., 2020. Prevalence and predictors of cancer patients' unexpressed needs in the admission

interview of inpatient rehabilitation. *Psycho-Oncology*, 29(10), pp. 1549-1556. <https://doi.org/10.1002/pon.5450>.

Hinz, A., Yorck Herzberg, P., Lordick, F., Weis, J., Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Wegscheider, K., Geue, K. & Mehnert, A., 2019. Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *The British Medical Journal*, 361(1), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>.

Holland, J.C., Andersen, B., Breitbart, W.S., Buchmann, L.O., Compas, B., Deshields, T.L., Dudley, M.M., Fleishman, S., Fulcher, C.D., Greenberg, D.B., Greiner, C.B., Handzo, G.F., Hoofring, L., Hoover, C., Jacobsen, P.B., Kvale, E., Levy, M.H., Loscalzo, M.J., McAllister-Black, R., Mechanic, K.Y., Palesh, O., Pazar, J.P., Riba, M.B., Roper, K., Valentine, A.D., Wagner, L.I., Zevon, M.A., McMillian, N.R. & Freedman-Cass, D.A., 2013. Distress management. Clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(2), pp. 190-209. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2013.0027>.

Holland, L.R., Walker, R., Henney, R., Cashion, C.E. & Bradford, N.K., 2021. Adolescents and Young Adults with Cancer: Barriers in Access to Psychosocial Support. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 10(1), pp. 46-55. <https://doi.org/10.1089/jayao.2020.0027>.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005. In: D. Moravec Berger, ed. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, deseta revizija, MKB-10, 2nd*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 311-389.

Jančič, A., 2017. Patronažna zdravstvena nega pacienta s pljučnim rakom. In: D. Kupnik, ed. *Naš dom zdravja, Maribor, maj 2017*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Organizacijska enota Splošno zdravstveno varstvo, Služba splošne medicinske dejavnosti, pp. 97-104.

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R. & Greig, D., 2012. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141(2), pp. 343-351. 10.1016/j.jad.2012.03.025.

Maass, S.W.M.C., Roorda, C., Berendsen, A.J., Verhaak, P.F.M. & 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), pp. 100-108.

Miroševič, Š., Prins, J., Bešić, N., Borštnar, S., Škufca Smrdel, A.C., Homar, V., Popović, M. & Klemenc-Ketiš, Z., 2024. Symptoms of Anxiety and Depression Among Slovenian Breast Cancer Survivors Post-Treatment During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Zdravstveno Varstvo*, 63(1), pp. 55-62. 10.2478/sjph-2024-0008.

Ng, C.G., Mohamed, S., See, M.H., Harun, F., Zainal, N.Z. & Fauzi, M.A., 2015. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: A 1-year prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), pp. 1-9.

Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S. & Khafri, S., 2014. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 5(3), pp. 167-170.

Novakovič, S., 2018. Kancerogeneza. In: P. Strojani & M. Hočevar, eds. *Onkologija. Ljubljana, april 2018*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 38-57.

Okamura, M., Fujimori, M., Sato, A. & Uchitomi, Y., 2021. Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan. *BMC Cancer*, 21(1), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07721-4>.

Ovsenik, M., Čačinovič Vogrinčič, G., Lüssi, P., 1990. Sistemski nauk o socialnem delu. *Fakulteta za socialno delo*, 29(1), pp. 81-94.

Öztürk, S. & Hiçdurmaz, D., 2022. A qualitative study on the perspectives and needs of oncology nurses about recognition and management of suicide risk in cancer patients. *Journal of clinical nursing*, 32(6), pp. 749-763. <https://doi.org/10.1111/jocn.16304>.

Papyrus, 2018. *What is psychosocial support?* [online] Available at: <https://papyrus-project.org/what-is-psychosocial-support/> [Accessed 25 November 2023].

Paras-Bravo, P., Paz-Zulueta, M., Boixadera-Planas, E., Fradejas-Sastre, V., Palacios-Cena, D., Fernandez-de-las-Penas, C. & Alonso-Blanco, C., 2020. Cancer Patients and Anxiety: A Gender Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), p. 1302. 10.3390/ijerph17041302.

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N. & Hodgkiss, A., 2018. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, 361(1), p. 1415. 10.1136/bmj.k1415.

Podgornik, N., 2015. Uvod v socialno pomoč. *Raziskave in razprave*, 8(2), pp. 90-110.

Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B. & Ziherl, S., 2013. Simptomi in znaki duševnih motenj. In: P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar & S. Ziherl, eds. *Psihijatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerza v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 100-139.

Raguž, B., Sušac, I., Nakić, D. & Pašalić, I., 2018. Reakcija na dijagnozo maligne bolesi. In: D. Eljuga, ed. *Rak i emocije*. Zagreb: Hrvatska liga protiv raka, pp. 16-21.

Ruiz-Marin, C.M., Molina-Barea, R., Slim, M. & P. Calandre, E., 2021. Marital Adjustment in Patients with Cancer: Association with Psychological Distress, Quality of Life, and Sleep Problems. *MDPI Open Access Journals*, 18(13), p. 7089. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137089>.

Rupnik, P., 2021. *Psihosocialna pomoč posameznikom pri soočanju s težjo kronično diagnozo: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta.

Simonič, A., 2014. Prepoznavanje in obravnava čustvene stiske pri pacientih z rakom. In: A. Krajnc, ed. *Z dokazi v prakso – obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi*. Ljubljana, 3. oktober 2014. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 67-77.

Skočir, A.P., 2005. Možnosti preprečevanja, odkrivanja in obravnave poporodne depresije – vloga babic in medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(3), pp. 181-193.

Stanimirović, L., 2018. Anksioznost i depresivnost kod bolesnica sa karcinomom grlića materice pre operativnog lečenja. *Sestrinska reč*, 21(75), pp. 21-23. 10.5937/sestrec1774021s.

Škodlar, B., 2015. Psihoterapevtski psitop pri bolnikih z rakom. In: J. But Hadžić, E. Matos & V. Velenik, eds. *Podporno zdravljenje bolnikov z rakom: psihosocialna podpora, rehabilitacija in aktualne teme*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 12-14.

Škufca Smrdel, A.C., 2014. Spremenjena telesna samopodoba bolnikov z rakom. In: A. Krajnc, ed. *Z dokazi v prakso – obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 67-77.

Škufca Smrdel, A.C. & Rojec, M., 2018. Psihoonkološka obravnava bolnika z rakom. *Onkologija (Ljubljana)*, 22(1), pp. 48-50. 10.25670/oi2018-008on.

Škufca Smrdel, A.C. & Markovič, J., 2020. Obravnava bolnikov z rakom v duševni stiski. In: A. Istenič, ed. *Celostna obravnava kot odgovor na potrebe onkoloških bolnikov v sodobni družbi*. Ljubljana, 21.01.2020. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zveza

strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 31-38.

Škufca Smrdel, A.C., Rus, R. & Stergar, T., 2021. Duševna stiska ob spoprijemanju z rakom dojk. In: M. Kurir Borovčič, ed. *Spoprijemanje z rakom dojk*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana v sodelovanju s Senološko sekcijo SZD, pp. 6-14.

Štrancar, K. & Žagar, T., 2011. Komunikacija ob soočenju z aktivno, neozdravljivo boleznijo. In: M. Matković & B. Petrijevčanin, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom*. Maribor, 1. april 2011. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 63-72.

Terzič, D., 2018. Depresija – stres, maligna bolezen in zdravljenje. *Onkologija*, 22(1), pp. 42-46. 10.25670/oi2018-007on.

Thewes, B., Brebach, R., Dzidowska, M., Rhodes, P., Sharpe, L. & Butow, P., 2013. Current approaches to managing fear of cancer recurrence: a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology*, 23(4), pp. 390-396. 10.1002/pon.3423.

Tsaras, K., Papathanasiou, I., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S. & Fradelos, E., 2018. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), pp. 1661-1669. 10.22034/APJCP.2018.19.6.1661.

Vukota, L. & Mužinić, L., 2015. Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke. *JAHS*, 1(2), pp. 97-106.

Watts, S., Prescott, P., Mason, J., McLeod, N. & Lewith, G., 2015. Depression and anxiety in ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, 5(11), e007618. [10.1136/bmjopen-2015-007618](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007618).

Weiss Wiesel, T.R., Nelson, C.J., Tew, W.P., Hardt, M., Gupta Mohile, S., Owusu, C., Klepin, H.D., Gross, C.P., Gajra, A., Lichtman, S.M., Ramani, R., Katheria, V., Zavala, L. & Hurria, A., 2015. The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(10), pp. 1258-1265. <https://doi.org/10.1002/pon.3638>.

Wiener, L., Kazak, A.E., Noll, R.B., Farkas Patenaude, A. & Kupst, M.J., 2015. Standards for the psychosocial care of children with cancer and their families: An introduction to the special issue. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(5), pp. 419-424. <https://doi.org/10.1002/pbc.25675>.

Williamson, K. & Johanson, G., 2018. *Research methods: Information, systems, and contexts*. Amsterdam: Elsevier.

Wittenberg, E., Reb, A. & Kanter, E., 2018. Communicating with patients and families around difficult topics in cancer care using the COMFORT communication curriculum. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), pp. 264-273. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.007>.

Yi, J. C. & Syrjala, K. L., 2018. Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics of North America*, 101(6), pp. 1099-1113. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.005>.

Zebrack, B.J., Corbett, V., Embry, L., Aguilar, C., Meeske, K.A., Hayes-Lattin, B., Block, R., Zeman, D.T. & Cole, S., 2014. Psychological distress and unsatisfied need for psychosocial support in adolescent and young adult cancer patients during the first year following diagnosis. *Psycho-Oncology*, 23(11), pp. 1267-1275. <https://doi.org/10.1002/pon.3533>.

Zingler, H., Steinmann, D., Ernst, J., Gorling, U., Hermann, M., Hornemann, B., Mehnert-Theuerkauf, A. & Zimmermann, T., 2025. Psychosocial distress, perceived need and utilization of psychosocial support services in patients in the early phase after the first cancer diagnosis. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 151(65), pp. 1-12. <https://doi.org/10.1007/s00432-025-06107>.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani,

Sem Lejla Obarčanin, študentka magistrskega študija zdravstvene nege v duševnem zdravju in psihiatriji na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pišem magistrsko delo pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja in somentorstvom viš. pred. Marjane Bernot, dipl. m. s., univ. dipl. org., v katerem raziskujem potrebo psihosocialne podpore glede na stopnjo tesnobe in depresije – eksplorativna raziskava.

Vljudno Vas prosim, da si vzamete nekaj časa in rešite spodnji vprašalnik, ki mi bo v pomoč pri izdelavi magistrskega dela. Sodelovanje pri vprašalniku je anonimno.

V naprej se Vam zahvaljujem za Vaš čas,

Lejla Obarčanin

1 SKLOP: SOCIO-DEMOGRAFSKI PODATKI

Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom.

1. Spol:

1. ženski
2. moški

2. Starost (ustrezno napišite): _____let

3. Zakonski stan (ustrezno obkrožite):

1. poročen/a
2. živim z zunajzakonskim partnerjem/partnerko
3. samski/samska

4. Stopnja izobrazbe (ustrezno obkrožite):

1. osnovna šola ali manj
2. 3-letna poklicna izobrazba
3. 4 ali 5-letna srednješolska izobrazba
4. višja in visokošolska izobrazba
5. magisterij, doktorat

5. Zaposlitveni status (ustrezno obkrožite):

1. dijak/-inja oz. študent/-ka
2. zaposlena/-a
3. nezaposlen/a
4. upokojen/a

2 SKLOP: VPRAŠALNIK ZA OCENO STOPNJE DEPRESIJE

Obkrožite številko pred ustreznim odgovorom.

1. Žalost

- 0 Nisem žalosten/žalostna.
- 1 Večino časa sem žalosten/žalostna.
- 2 Ves čas sem žalosten/žalostna.
- 3 Tako sem žalosten/žalostna in nesrečen/nesrečna, da tega ne morem več prenašati.

2. Pesimizem

- 0 Glede prihodnosti nisem obupan/a.
- 1 Počutim se bolj obupano glede prihodnosti, kot sem se včasih.
- 2 Ne pričakujem, da bo prihodnost zame prinesla kaj dobrega.
- 3 Imam občutek, da je moja prihodnost brezupna in da se bo moj položaj samo poslabšal.

3. Neuspešnost v preteklosti

- 0 Ne zdi se mi, da se bila neuspešen/neuspešna.
- 1 Bil/-a sem bolj neuspešen/neuspešna, kot naj bi bil/a.
- 2 Ko pogledam v preteklost, vidim veliko neuspehov.
- 3 Imam občutek, da sem kot oseba popolnoma neuspešen/neuspešna.

4. Izguba zadovoljstva

- 0 Še vedno mi nudi zadovoljstvo vse, kar me je včasih naredilo zadovoljnega/zadovoljno.
- 1 Ne uživam v stvareh več tako, kot sem nekoč.
- 2 Zelo malo zadovoljstva mi nudijo stvari, ki so me včasih naredile zadovoljnega/zadovoljno.
- 3 Nič več zadovoljstva mi ne nudijo stvari, ki so me včasih naredile zadovoljnega/zadovoljno.

5. Občutki krivde

- 0 Ne čutim se posebej krivega/krivo.
- 1 Počutim se krivega/krivo zaradi mnogih stvari, ki sem jih naredil/a ali bi jih lahko naredil/a.
- 2 Večino časa se počutim zelo krivega/krivo.
- 3 Ves čas se počutim krivega/krivo.

6. Občutki kaznovanja

- 0 Ne čutim, da sem kaznovan/a.
- 1 Čutim, da si morda zaslužim kazen.
- 2 Pričakujem, da bom kaznovan/a.
- 3 Čutim, da sem kaznovan/a.

7. Razočaranje nad seboj

- 0 Do sebe čutim tako, kot sem vedno.
- 1 Izgubil/-a sem zaupanje vase.
- 2 Razočaran/a sem nad seboj.
- 3 Ne maram se.

8. Samokritika

- 0 Se ne kritiziram ali krivim bolj kot ponavadi.
- 1 Sem bolj kritičen/kritična do sebe, kot sem bil/a včasih.
- 2 Kritiziram se za vse svoje napake.
- 3 Krivim se za vse slabo, kar se zgodi.

9. Samomorilne misli ali želje

- 0 Ne razmišljam o tem, da bi se ubil/-a.
- 1 Razmišljam o tem, da bi se ubil/-a, a tega ne bi zares naredil/a.
- 2 Rad/-a bi se ubil/a.
- 3 Če bi imela priložnost, bi se ubil/-a.

10. Jokanje

- 0 Ne jokam nič več kot običajno.
- 1 Jokam pogosteje kot običajno.
- 2 Jokam zaradi vsake malenkosti.
- 3 Rad/-a bi jokal/-a, a ne morem.

11. Napetost

- 0 Nisem nič bolj nemiren/nemirna ali napet/-a kot običajno.
- 1 Počutim se bolj nemirnega/nemirno ali napetega/napeto kot običajno.
- 2 Tako sem nemiren/nemirna oz. vznemirjen/-a, da mi je težko biti pri miru.
- 3 Tako sem nemiren/nemirna oz. vznemirjen/-a, da se moram neprestano premikati ali kaj početi.

12. Izguba zanimanja

- 0 Nisem izgubil/a zanimanja za druge ljudi ali aktivnosti.
- 1 Za druge ljudi in stvari se zanimam manj kot običajno.
- 2 Izgubil/-a sem večino zanimanja za druge ljudi ali stvari.
- 3 Težko, da bi me sploh kaj zanimalo.

13. Neodločnost

- 0 Odločam se tako lahko, kot sem se običajno.
- 1 Odločam se težje, kot sem se običajno.
- 2 Imam resnejše težave z odločanjem kot kdajkoli prej.
- 3 Sploh se ne morem več odločati.

14. Občutki manjvrednosti

- 0 Ne počutim se manjvredno/manjvrednega.
- 1 Ne počutim se tako vrednega/vredno in koristnega/koristno, kot sem se včasih.
- 2 Počutim se bolj manjvrednega/manjvredno, ko se primerjam z drugimi ljudmi.
- 3 Počutim se skrajno manjvrednega/manjvredno.

15. Izguba energije

- 0 Imam toliko energije kot običajno.
- 1 Imam manj energije, kot sem je imel/-a včasih.
- 2 Nimam dovolj energije, da bi dosti naredil/-a.
- 3 Nimam dovolj energije, da bi naredil/-a karkoli.

16. Spremembe spanja

- 0 Nisem opazil/a nobenih sprememb glede spanja.
- 1a Spim nekoliko več kot ponavadi.
- 1b Spim nekoliko manj kot ponavadi.
- 2a Spim dosti več kot ponavadi.
- 2b Spim dosti manj kot ponavadi.
- 3a Večino časa čez dan prespim.
- 3b Zbujam se 1-2 uri prej in ne morem zaspati nazaj.

17. Razdražljivost

- 0 Nič bolj nisem razdražljiv/-a kot običajno.
- 1 Sem bolj razdražljiv/-a kot običajno.
- 2 Sem dosti bolj razdražljiv/-a kot običajno.
- 3 Ves čas sem razdražljiv/-a.

18. Spremembe apetita

- 0 Nisem opazil/a nobenih sprememb v apetitu.
- 1a Moj apetit je nekoliko manjši kot ponavadi.
- 1b Moj apetit je nekoliko večji kot ponavadi.
- 2a Moj apetit je dosti manjši kot ponavadi.
- 2b Moj apetit je dosti večji kot ponavadi.
- 3a Sploh nimam več apetita.
- 3b Ves čas hrepenim po hrani.

19. Težave s koncentracijo

- 0 Lahko se skoncentriram tako, kot sem se ponavadi.
- 1 Ne morem se skoncentrirati tako dobro, kot sem se včasih.
- 2 Težko se na kaj za dalj časa skoncentriram.
- 3 Vidim, da se na nič več ne morem skoncentrirati.

20. Utrujenost

- 0 Nisem nič bolj utrujen/-a kot običajno.
- 1 Hitreje se utrudim kot običajno.
- 2 Sem preveč utrujen/-a, da bi počel/a mnoge stvari, ki sem jih včasih.
- 3 Sem preveč utrujen/-a, da bi počel/a večino stvari, ki sem jih včasih.

21. Izguba želje po spolnosti

- 0 V željah po spolnosti v zadnjem času nisem opazil nobenih sprememb.
- 1 Spolnost me zanima manj kot včasih.
- 2 Spolnost me zanima dosti manj kot včasih.
- 3 Spolnost me sploh ne zanima več

3 SKLOP: VPRAŠALNIK ZA OCENO STOPNJE TESNOBE

		0 SPLOH NE	1 BLAGO (ni me dosti motilo)	2 SREDNJE (bilo je zelo neprijetno, vendar sem lahko zdržal/a)	3 HUDO (komaj sem zdržal/a)
1.	Občutek mravljinčenja, otrplosti				
2.	Občutek vročine				
3.	Šibkost v nogah (telečje noge)				
4.	Nezmožnost sprostitve				
5.	Občutek, da se bo zgodilo najslabše.				
6.	Vrtoglavica in omotičnost				
7.	Razbijanje ali pospešeno bitje srca				
8.	Slabo ravnotežje				
9.	Groza				
10.	Nervoznost				
11.	Občutek dušenja				
12.	Tresoče roke				
13.	Drhtenje po vsem telesu				
14.	Strah pred izgubo kontrole				
15.	Oteženo dihanje				
16.	Strah, da bom umrl/a.				
17.	Preplašenost				
18.	Slaba prebava ali nelagodje v Trebuhu				
19.	Omedlevica				
20.	Zardevanje v obraz				
21.	Potenje (ne zaradi vročine)				

4 SKLOP: VPRAŠALNIK O PSIHOSOCIALNI PODPORI

		Se nikakor ne strinjam	Se ne strinjam	Se delno strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
1.	Zaradi bolezni doživljam čustveno stisko.					
2.	Potrebujem psihosocialno podporo.					
3.	Psihosocialna podpora mi je na voljo.					
4.	Imam željo, da bi se lahko z nekom večkrat pogovoril/a glede moje bolezni.					
5.	Sem informiran/a o psihosocialni podpori.					
6.	Če bi mi zdravnik ponudil psihosocialno podporo, bi jo sprejel/a.					
7.	Psihosocialne podpore ne želim.					
8.	Trenutno sem že vključen/a v storitve psihoonkologije.					
9.	Menim, da je psihosocialna podpora pomembna za paciente z rakom.					
10.	Menim, da bi moje življenje imelo višjo kakovost ob pomoči psihosocialne podpore.					

Ocenite od 1 do 10, v kolikšni meri Vam je bila dostopna psihosocialna podpora.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Zahvaljujem se Vam za sodelovanje!