

## Ali je med preživeli raka v otroštvu več depresivnosti in samomorilnega vedenja?

J. Svetič, A. Marušič, B. Jereb

Odkar se je v zadnjih desetletjih z napredkom medicine, zlasti z zgodnejšim diagnosticiranjem in agresivnejšem zdravljenjem malignih tvorbo pri otrocih, močno zvišal odstotek preživelih, se psihoonkologija sooča z novim izzivom – kako tem (zdaj že odraslim) posameznikom zagotoviti čim bolj kakovostno življenje, za katero so bili primorani biti bitko v najzgodnejših, najobčutljivejših letih življenja.

Mnoge raziskave so pokazale prisotnost dolgotrajnih posledic same bolezni, pa tudi zdravljenja raka v otroštvu ali mladosti, bodisi telesne bodisi psihosocialne narave. Med prve spadajo okvare spolnih žlez, zaostanek v rasti, povečana verjetnost pojava sekundarnega tumorja, moteno delovanje ščitnice, organske možganske poškodbe in spremenjena telesna podoba. Vsaj eno pozno nevropsihološko okvaro jih ima 62 %, četrtnina ima okvare vida, 21 % epilepsijo in možgansko atrofijo, 30 % pa inteligentni količnik, nižji od 80 [1]. V okviru Childhood Cancer Survivor Study [2] so opravili raziskavo o zdravstvenem stanju 9535 ljudi, ki so bili v otroštvu zdravljeni zaradi raka. Rezultati so pokazali, da jih ima skoraj 44 % težave na vsaj enem področju, največ (17 %) z duševnim zdravjem. Le desetina je svoje zdravstveno stanje ocenila kot zelo dobro.

Čustvene posledice pogosto nastopijo zaradi soočanja z boleznijo v otroštvu, v nekaterih primerih zaradi dolgotrajnih in travmatičnih hospitalizacij, občutij nemoči in anksioznosti, pa tudi spremenjenega stika s starši in z zunanjim svetom [3, 4]. Na vzorcu slovenskih ozdravljenih bolnikov z rakom so odkrili čustvene težave v 79 % [5], poleg tega pa se v osebnostnih lastnostih pomembno razlikujejo od mladih odraslih brez te izkušnje. So manj čustveno stabilni, manj sposobni samouveljavljanja, manj vztrajni in bolj introvertirani ter imajo opazno več težav pri osamovanju. Posebnosti na čustvenem področju se največkrat kažejo v zoženih psihosocialnih odnosih, v slabšem vrednotenju samega sebe in težavah pri uveljavljanju lastnih zmožnosti [6].

Dejavniki, ki pomembno vplivajo na razvoj poznejših psiholoških posledic in način spoprijemanja z boleznijo ter njenim zdravljenjem, so: vrsta raka, čas, ki mine od ozdravitve, somatske posledice zdravljenja in bolnikove

*Raziskava je bila v letu 2005 izvedena v okviru projektov Samomor v Sloveniji: Globalni pogled na razvoj tveganja za samomorilno vedenje na Inštitutu za varovanje zdravje RS in Kasne posledice zdravljenja raka v otroštvu ali mladostništvu na Onkološkem inštitutu. Odobrila jo je Komisija za medicinsko etiko. Raziskavo je denarno omogočilo Ministrstvo za znanost in tehnologijo.*

intelektualne sposobnosti [7].

Na drugi strani pa je mnoge nekdanje pediatrične onkološke bolnike in njihove svojce izkušnja z rakom pripeljala do vzpostavitve drugačnega sistema vrednot in življenjskih ciljev. Raziskava, izvedena v ZDA [8], je pokazala, da se skoraj 70 % oseb, ki so v otroštvu prebolele raka, čuti drugačne od svojih vrstnikov v pozitivni smeri; poročali so o večji zrelosti in bolj prilagojenem psihološkem razvoju od vrstnikov. Menijo, da vedo več o življenju, in zaradi težke bitke v otroštvu cenijo vsak trenutek. Tisti, ki imajo zaradi raka v otroštvu vidne posledice (približno dve tretjini), so celo pogosteje od tistih brez vidnih posledic poročali o občutenju pozitivnih razlik v primerjavi z vrstniki. Avtorji te rezultate razlagajo kot izraz realističnega samosprijemanja in pozitivne samopodobe – ker se vidnih posledic ne da zanikati, se morda ti nekdanji bolniki lažje in uspešneje spopadajo tudi z nevidnimi, psihičnimi in čustvenimi posledicami.

Zdi se, da lahko osebe z izkušnjo raka v otroštvu tovrsten pogled na življenje »zavaruje« pred občutji depresivnosti in z njimi pogosto povezanim samomorilnim vedenjem. Vendar pa se mnogi kljub pozitivni naravnosti pri spoprijemanju z vsakodnevnimi ovirami spopadajo z (že opisanimi) težavami čustvene narave, ki pogosto predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj depresivnosti in samomorilnega vedenja. Ta predstavljata enega izmed bolj perečih in razširjenih psiholoških fenomenov v današnjem svetu. Pri depresivnosti gre za zapleteno klinično sliko simptomov, ki prizadenejo vsa področja posameznikovega življenja, na motivacijski, čustveni, telesni, kognitivni in socialni ravni. Težko je dobiti številčno podobo pojava, ki je tako pogost, vendar nemalokrat skrit ali prikrit za kakimi drugimi psihopatološkimi stanji ali telesnimi pritožbami. Vsekakor pa je upravičeno domnevati, da je depresivnih motenj v raznih oblikah več, kot kažejo statistike – strokovnjaki ocenjujejo, da je tveganje za razvoj depresivne motnje kadar koli v življenju pri moških med 7 in 12 %, pri ženskah pa med 20 in 25 %. [9]. Depresivne motnje naj bi bile povezane s kar 80 % samomorilnega vedenja, telesna bolezen pa je eden izmed dejavnikov, ki povečujejo tveganje za razvoj samomorilnega vedenja na vseh stopnjah (negativne misli, pasivne in aktivne samomorilne misli, načrt za samomor, poskus samomora in izvršen samomor) [10]. Čeprav so se že mnogi avtorji v preteklosti ukvarjali z raziskovanjem prevalence depresivnosti kot ene izmed možnih dolgotrajnih posledic raka v otroštvu, v slovenskem prostoru še ni bila osvetljena povezava med občutji depresivnosti in samomorilnim vedenjem pri nekdanjih pediatričnih onkoloških bolnikih, ki jih družijo izkušnja boja za življenje.

## NAMEN RAZISKAVE

Namen naše raziskave je bil ugotoviti, koliko sodelujočih je v zadnjem mesecu doživljalo simptome depresivnega razpoloženja, občutkov krivde in brezvrednosti, občutkov nemoči in brezupa, psihomotorične zavrtosti, izgube teka in motenj spanja (gre za glavne dimenzije depresivne motnje v aplicirani lestvici depresivnosti CES-D). Zanimala nas je tudi prevalenca posameznih stopenj samomorilnega vedenja pri udeležencih – ugotavljali smo jo s Presejalnim vprašalnikom o mislih na smrt in samomor. Preverili smo, ali se ta dva koncepta povezujeta z nekaterimi demografskimi spremenljivkami in značilnostmi bolezni ter zdravljenja.

## METODA

Raziskava je bila sestavljena iz dveh delov – v prvem smo ugotavljali prevalenco depresivne simptomatike in samomorilnega vedenja oseb, ki so v otroštvu ali mladostništvu preboleli raka, v drugem delu pa smo njihove rezultate primerjali s kontrolno skupino.

### Udeleženci raziskave

V prvem delu raziskave je sodelovalo 228 nekdanjih onkoloških bolnikov, od tega 114 žensk in prav toliko moških. Stari so bili od 18 do 61 let, njihova povprečna starost je bila 30,2 leta ( $SD = 7,28$ ). Vsi so oboleli za rakom pred 18. letom starosti, povprečna starost ob postavitvi diagnoze je bila 9,4 leta ( $SD = 5,05$ ), od njihove ozdravitve je v povprečju minilo 20,8 leta ( $SD = 7,85$ ) in se sedaj redno kontrolirajo na Onkološkem inštitutu. Največji delež sodelujočih je v otroštvu ali mladosti obolev za levkemijo ali Hodgkinovim tumorjem (17,1 %), nato sledijo možganski tumorji (14,5 %), ne-Hodgkinov limfom (11 %) in kostni tumorji, tumorji ledvic ali jajčnikov (vsi 3,9 %). 45 % sodelujočih živi v jugozahodnem (Ljubljanska regija, Primorska, Gorenjska), 55 % pa v severovzhodnem (Prekmurje, Štajerska, Dolenjska z Belo krajino) delu Slovenije.

Kontrolno skupino so sestavljali posamezniki, izenačeni s prvo skupino po spolu in starosti, v otroštvu ali mladosti pa niso oboleli za nobeno kronično boleznijo. Njihovo število je bilo 127 (78 žensk in 49 moških).

### Uporabljena psihodiagnostična sredstva

1. CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

Lestvica depresivnosti CES-D (avtor: Radloff, 1977) je kratka samoocenjevalna lestvica, namenjena merjenju depresivne simptomatike v splošni populaciji. Sestavljena je iz 20 postavk, ki obsegajo glavne dimenzije depresivne motnje: depresivno razpoloženje, občutki krivde in brezvrednosti, občutki nemoči in brezupa, psihomotorična zavrtost, izguba teka in motnje spanja. Lestvica se uporablja kot indikator stopnje depresivnosti.

Udeleženec na podlagi štiristopenjske ocenjevalne lestvice (od 0 do 3) pove, kako pogosto v preteklem tednu se je pri njem pojavil opisani simptom. Rezultat je vsota doseženih

točk pri posameznih postavkah; doseči je možno od 0 do 60 točk. V izvorniku lestvica CES-D sprašuje po pogostosti doživljanja posameznih depresivnih simptomov v preteklem tednu, v naši raziskavi pa so udeleženci postavke vrednotili za obdobje preteklega meseca, kar poda zanesljivejšo oceno depresivne simptomatike in poveča verjetnost, da odgovori odražajo splošno počutje udeležencev raziskave. Tako smo se izognili možnosti, da bi na odgovarjanje vplival nedavni življenjski dogodek ali splet dogodkov v preteklem tednu.

2. Presejalni vprašalnik o mislih na smrt in samomor  
Presejalni vprašalnik o mislih na smrt in samomor (avtorji: Marušič, Roškar in Zorko, 2004) temelji na procesni razlagi samomorilnega vedenja, ki to opredeljuje kot večstopenjski proces, ki lahko traja le nekaj dni ali pa tudi več let, in ne kot enkratni vedenjski dogodek [11]. Vprašalnik identificira posameznikov položaj na kontinuumu samomorilnega vedenja (pasivne samomorilne misli, aktivne samomorilne misli, samomorilni namen, načrt samomora, poskus samomora, samomor).

Vprašalnik je sestavljen iz petih postavk, na katere udeleženec odgovori z DA ali NE:

1. PASIVNE SAMOMORILNE MISLI: Ste že kdaj razmišljali, da bi bilo bolje, če bi umrli?
2. AKTIVNE SAMOMORILNE MISLI: Ste že kdaj razmišljali, da bi naredili samomor?
3. NAČRT ZA SAMOMOR: Ste imeli že kdaj načrt, kako bi samomor naredili?
4. POSKUS SAMOMORA: Ste že kdaj poskušali narediti samomor?
5. SAMOMOR V DRUŽINI: Ali je kdo od vaših krvnih sorodnikov poskušal narediti samomor ali je umrl zaradi samomora?

3. Uvodni vprašalnik za pridobitev demografskih podatkov  
Vsak udeleženec v raziskavi je pred začetkom reševanja zgoraj opisanih vprašalnikov rešil priloženi uvodni vprašalnik, v katerem je podal podatke o spolu, starosti, doseženi stopnji izobrazbe, zaposlenosti, okolju, v katerem živi, zakonski status in samooceno lastne družabnosti.

### Postopek zbiranja rezultatov

520 osebam, ki so v otroštvu ali mladosti prebolele raka in se sedaj redno kontrolirajo na Onkološkem inštitutu, smo v imenu fundacije Mali vitez po pošti poslali vprašalnik CES-D in Vprašalnik o mislih na smrt in samomor z navodili. Vrnjenih je bilo 246 vprašalnikov, po izločitvi neveljavnih ali nepravilno izpolnjenih je ostalo 228 udeležencev. Podatke o naravi njihove bolezni in zdravljenja (vrsta raka, starost ob hospitalizaciji, čas, ki je minil od ozdravitve, metoda zdravljenja, somatske posledice in obiskovanje skupinskih srečanj) smo pridobili iz baze podatkov, zbranih v okviru projekta Kasne posledice zdravljenja raka v otroštvu in mladostništvu.

Udeležence kontrolne skupine smo pridobili po »metodi snežne kepe«. Gre za naključno izbran vzorec iz splošne populacije, med katerimi so bili vprašalniki razdeljeni s pomočjo znancev.

**REZULTATI**

Pri analizi in interpretaciji rezultatov se je treba zavedati, da je aplicirane vprašalnike izpolnila le približno polovica vseh oseb, ki so v otroštvu ali mladosti prebolele raka, katerim smo jih poslali. Žal za tiste, ki se raziskave niso udeležili, nimamo potrebnih podatkov, ki bi nam pomagali ugotoviti, ali zanje veljajo kakšne zakonitosti – je med njimi bodisi več bodisi manj takih z depresivno simptomatiko.

**Kateri dejavniki vplivajo na pojav depresivnosti med nekdanjimi bolniki?**

Rezultate, pridobljene s CES-D, smo razdelili v tri kategorije:

do 16 točk – brez depresivne simptomatike

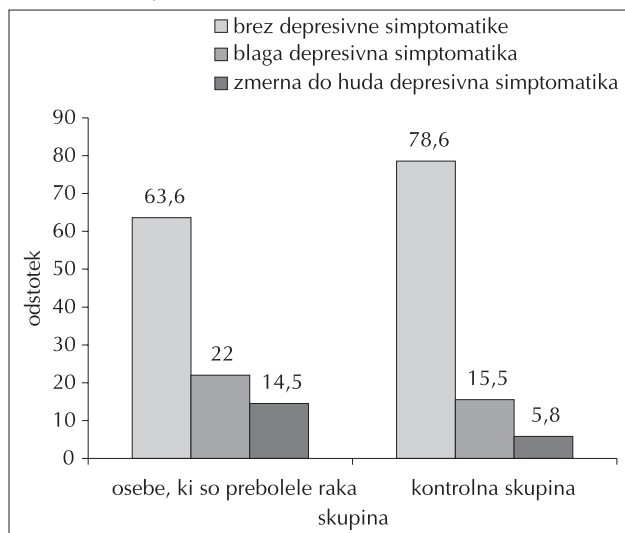
17 do 26 točk – blaga depresivna simptomatika

nad 27 točk – zmerna ali huda depresivna simptomatika

Povprečna vrednost rezultatov, pridobljenih z vprašalnikom CES-D, je 14,2 ( $SD = 10,19$ ). V nadaljevanju bomo analizirali rezultate le tistih nekdanjih onkoloških bolnikov, katerih rezultat je presegel 26 točk, saj nekateri raziskovalci priporočajo rabo višjega merila, npr. 19 točk pri bolnikih s kronično bolečino, 21 točk pri starejših udeležencih ter med 24 in 27 točk pri mladostnikih in telesno bolnih [12]. Tako se izognemo tudi vplivu »lažno pozitivnih« (takih, ki po naključju presežejo 16 točk), ki jih je navadno med 15 in 20 %.

Pokazalo se je, da približno dve tretjini sodelujočih v preteklem mesecu nista doživljali občutij, značilnih za depresivno motnjo, 14,5 % pa jih je poročalo o zmerni ali hudi depresivnosti (med temi je bilo dvakrat več žensk). Ta odstotek je skoraj trikrat višji kot pri udeležencih brez izkušnje raka v otroštvu; test razlik Mann-Whitney U med skupinama je pokazal, da so razlike med njima statistično pomembne ( $Z = -2,248$ ;  $p = 0,025$ ). Brez depresivne simptomatike je bilo 63,3 % nekdanjih onkoloških bolnikov, kontrolnih udeležencev pa skoraj 80 % (Diagram 1).

**Diagram 1.** Primerjava izraženosti depresivne simptomatike med skupino oseb, ki so prebolele raka, in kontrolno skupino.



**Tabela 1.** Odstotki nekdanjih onkoloških bolnikov z vsaj zmerno depresivno simptomatiko glede na demografske spremenljivke, ki so pomembno vplivale na depresivnost.

	N	Zmerna ali huda depresivna simptomatika
<b>STAROST:</b>		
do 20 let	11	18,2 %
21–30 let	121	13,2 %
31–40 let	75	13,3 %
nad 41 let	21	9,5 %
<b>STATUS:</b>		
Samski / ločen	109	18,3 %
Poročen / ima partnerja	117	8,5 %
<b>IZOBRAZBA:</b>		
Osnovna šola	33	30,3 %
Srednja šola	149	12,1 %
Visoka ali višja	45	4,4 %
<b>DRUŽABNOST:</b>		
Malo	12	75,0 %
Srednje	158	10,1 %
Zelo	57	7,0 %
<b>OBISKOVANJE SREČANJ NA OI:</b>		
Ne	156	15,3 %
Da	72	8,5 %

Z višjo starostjo je prišlo do upadanja pogostosti depresivnih simptomov (med starejšimi nad 41 let jih je dvakrat manj kot med mlajšimi od 20 let), vendar te razlike niso statistično pomembne ( $\chi^2 = 0,627$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,890$ ) (Tabela 1). Tisti, ki so poročeni ali imajo partnerja, so redkeje (8,5 %) poročali o depresivnih simptomih kot ločeni ali samski (18,3 %) ( $Z = -2,982$ ;  $p = 0,003$ ). Tisti z višjo ali visoko izobrazbo so redkeje poročali o depresivni simptomatiki kot tisti s srednje-ali osnovnošolsko izobrazbo ( $\chi^2 = 10,447$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,005$ ). Okrog tri četrtine udeležencev, ki so se ocenili kot le malo družabne, so v preteklem mesecu doživljale zmerno do hudo depresivnost, med zelo družabnimi pa je bilo takih le 7 % ( $\chi^2 = 32,736$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,000$ ).

Kot eden izmed pomembnejših »blažilnih« dejavnikov doživljanja depresivnosti pa se je pokazalo obiskovanje mesečnih skupinskih srečanj na Onkološkem inštitutu – udeleženci raziskave, ki sedaj ali so v preteklosti obiskovali ta srečanja, so v pol manjšem številu (8,5 %) poročali o depresivni simptomatiki v primerjavi s tistimi, ki nikoli niso hodili na ta srečanja (15,3 %) ( $Z = -2,020$ ;  $p = 0,043$ ).

Do pomembnih razlik v izraženosti depresivne simptomatike pa ni prišlo glede na njihovo (ne)zaposlenost, kljub temu da težave s pridobitvijo službe sami izpostavljajo kot eno izmed težjih ovir, s katerimi se spopadajo. Prav tako vrsta raka, starost ob nastopu bolezni, število let, ki so minila od ozdravitve, metoda zdravljenja in somatske posledice niso pomembno razlikovali med depresivnimi in nedeprativnimi.

**Samomorilno vedenje**

Pri interpretaciji rezultatov Vprašalnika o mislih na smrt in samomor se je treba zavedati, da ta sprašuje o posameznih stopnjah samomorilnega vedenja brez natančne časovne opredeljenosti. Zaradi tega dobljenih odgovorov ne

moremo preprosto razložiti kot posledico bolezni, saj ne vemo, ali so doživljali te misli med samo boleznijo (mnoge pretekle raziskave so pokazale, da je v času bolezni pri hudo telesno bolnih prevalenca depresivnosti in samomorilnega vedenja mnogo večja kot pri zdravih) ali pa gre za prerez trenutnega počutja in suicidalne ogroženosti. Vendar se z isto oviro srečamo pri razlagi rezultatov kontrolne skupine, tako da nam njihova primerjava kljub temu lahko do neke mere nudi vpogled v pogostost posameznih stopenj samomorilnega vedenja, tudi če ne vemo, kdaj so se te stopnje pojavile.

Približno 40 % oseb z izkušnjo raka v otroštvu ali mladosti je že kdaj pomislilo, da bi bilo bolje, da bi umrli – med njimi dvakrat več žensk, kar se verjetno povezuje s pogostejšo depresivno simptomatiko pri ženskah, saj naj bi bile depresivne motnje povezane kar z 80 % samomorilnega vedenja, telesna bolezen pa je še dodaten faktor tveganja (Tabela 2). Več kot četrtina jih je že pomislila na samomor, 8,7 % jih je že imelo načrt za

**Tabela 2.** Primerjava deležev izraženosti posameznih stopenj samomorilnega vedenja med skupino oseb, ki so prebolele raka, in kontrolno skupino.

	Osebe, ki so prebolele raka		Kontrolna skupina	
	N	delež	N	delež
Pasivne samomorilne misli	74	42,8 %	51	49,5 %
Aktivne samomorilne misli	50	28,9 %	26	25,2 %
Načrt za samomor	15	8,7 %	9	8,7 %
Poskus samomora	7	4,0 %	1	1,0 %

Opombe: 1 – osebe, ki so v otroštvu ali mladostništvu prebolele raka, 2 – kontrolna skupina

samomor, 7 udeležencev pa je v preteklosti poskušalo narediti samomor.

Poročeni udeleženci in tisti v partnerski zvezi so v manjši meri poročali o vseh stopnjah samomorilnega vedenja kot samski ali ločeni, razlika pa je statistično pomembna na ravni oblikovanja načrta za samomor ( $\phi = -0,128$ ;  $p = 0,05$ ) (Tabela 3). Samoocena stopnje družabnosti se je izkazala za pomemben dejavnik, ki vpliva na prve tri stopnje samomorilnega vedenja – pasivne samomorilne misli ( $\chi^2 = 16,105$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,00$ ), aktivne samomorilne misli ( $\chi^2 = 18,808$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,00$ ) in načrt za samomor ( $\chi^2 = 4,594$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,10$ ) – zelo družabni so v manjši meri

**Tabela 3.** Deleži izraženosti posameznih stopenj samomorilnega vedenja med skupino oseb, ki so prebolele raka, glede na demografske spremenljivke.

	Pasivne samom. misli (%)	Aktivne samom. misli (%)	Načrt za samomor (%)	Poskus samom. (%)
<b>Status</b>				
Samski ali ločen	44,4	25,7	11,0	5,5
Ima partnerja, poročen	39,3	24,8	4,3	1,7
<b>Družabnost</b>				
Malo	83,3	75,0	16,7	8,3
Srednje	44,9	24,1	8,9	4,4
Zelo	24,6	15,8	1,8	/
<b>Recidiv</b>				
Da	41,8	13,6	9,1	9,1
Ne	40,9	25,3	6,2	1,5

pritrilno odgovarjali na vprašanja o stopnjah samomorilnega vedenja kot srednje družabni, ti pa redkeje kot tisti, ki so svoje družabno življenje ocenili kot slabo in nezadovoljivo.

Značilnosti bolezni in zdravljenja niso pomembno vplivale na pogostost posameznih stopenj samomorilnega vedenja, razen pri vprašanju pojava poznejšega recidiva tumorja v povezavi s poskusom samomora: 5 udeležencev, pri katerih je prišlo do ponovitve bolezni, je že poskušalo narediti samomor.

Kljub statistično nepomembnim razlikam dobljeni rezultati nakazujejo nekatere trende – skoraj polovica udeležencev, starejših od 41 let, je poročala o pasivnih samomorilnih mislih, medtem ko je bilo takih med mlajšimi od 20 let le dobrih 27 %. Pri poskusu samomora pa so rezultati ravno obratni – dvakrat več mlajših od 20 let je v preteklosti že poskusilo narediti samomor v primerjavi s starejšimi od 41 let, vendar je treba opozoriti, da je bilo število udeležencev, mlajših od 20 let, zelo majhno ( $N = 11$ ), zato je njihov rezultat precej občutljivejši.

V nadaljevanju analize nas je zanimala narava povezanosti med depresivnostjo in samomorilnim vedenjem, zato smo primerjali razlike v pojavnosti samomorilnega vedenja med udeleženci testne in kontrolne skupine, ki so presegli rezultat 16 točk (vsaj blaga depresivna simptomatika). Teh je bilo med nekdanjimi onkološkimi udeleženci 63, v kontrolni skupini pa 22.

Koeficienti korelacije med izraženostjo depresivnih simptomov in posameznimi stopnjami samomorilnega vedenja so pri osebah, ki so prebolele raka, statistično

**Tabela 4.** Spearmanovi koeficienti korelacije med rezultatom na lestvici depresivnosti CES-D in posameznimi stopnjami samomorilnega vedenja.

	Koeficient korelacije	
	Osebe, ki so prebolele raka	Kontrolna skupina
Pasivne samomorilne misli	0,428**	0,123
Aktivne samomorilne misli	0,445**	0,119
Načrt za samomor	0,336**	0,235*
Poskus samomora	0,193**	0,005

Opombe: \* – statistična pomembnost na ravni tveganja  $p < 0,05$   
\*\* – statistična pomembnost na ravni tveganja  $p < 0,01$

pomembni na vseh štirih stopnjah samomorilnega vedenja (najvišji pri pasivnih samomorilnih mislih, najnižji pa na ravni poskusa samomora), pri kontrolni skupini pa le pri povezavi z načrtom za samomor ( $p = 0,235$ ;  $p = 0,017$ ) (Tabela 4). Rezultati nakazujejo, da so tisti z izkušnjo raka v otroštvu ali mladosti, ki razvijejo depresivno simptomatiko, bolj ogroženi za samomorilno vedenje v primerjavi z depresivnimi brez te izkušnje, vendar je možno tudi, da je na ta rezultat vplivalo majhno število depresivnih kontrolnih udeležencev.

## RAZPRAVA IN SKLEPI

Ugotovitev, da je med osebami z izkušnjo raka zmerne do hude depresivne simptomatike približno trikrat pogostejša kot v kontrolni skupini, lahko povežemo z rezultati Bürger-Lazar [6], ki kažejo slabšo čustveno prilagojenost nekdanjih onkoloških bolnikov. Težje obvladujejo napetosti, ki se navezujejo na čustvene izkušnje, so manj sposobni samouveljavljanja, imajo slabšo samopodobo ter se v povprečju vedejo manj energično.

Nadaljnji sklep te raziskave je, da na razlike v izraženosti depresivnosti med nekdanjimi onkološkimi bolniki vplivajo spol, zakonski status, izobrazba in samoocena družabnosti. Pretekle raziskave potrjujejo, da je neurejeno partnersko življenje oziroma razvezanost eden pomembnejših dejavnikov tveganja za razvoj depresivne simptomatike in z njo povezanega samomorilnega vedenja. Kozel [13], ki v svoji raziskavi analizira vpliv socialnega omrežja na nastanek in potek depresivne motnje pri bolnikih z diabetesom, ugotavlja, da ustrezna socialna opora – kar je zagotovo tudi partnerski odnos – predstavlja relativno zaščito pred depresivnostjo. Kakovostni medosebni odnosi so namreč milje osebnega razvoja in rasti, vir čustev in varnosti. V tej luči lahko interpretiramo tudi rezultate, pridobljene na populaciji oseb z izkušnjo raka. Osebe, ki so se v otroštvu zdravile zaradi raka, pa imajo pogosto težave z navezovanjem intimnih partnerskih odnosov [14], zato sklepamo, da je pri njih vprašanje poroke oz. partnerskega odnosa še pomembneje povezano s stopnjo zadovoljstva, psihične stabilnosti in seveda tudi stopnje depresivnosti kot v splošni populaciji.

Vloga in vpliv izobrazbe na depresivnost je predvsem v njeni povezavi s socioekonomskim statusom (SES), s katerim je povezana stopnja materialnih in finančnih dobrin, socialnega ugleda in znanja, ki so dostopni posamezniku. Možno je tudi, da višje izobraženi pri spopadanju z občutki žalosti, brezupa in osamljenosti prej poiščejo potrebno pomoč.

Ugotovitev, da je med tistimi, ki sedaj ali so v preteklosti obiskovali skupinska srečanja na Onkološkem inštitutu, skoraj dvakrat manj depresivne simptomatike, nekako omogoča evaluacijo programa, katerega osrednji namen je prav v tem, da nekdanjim onkološkim bolnikom omogoča lažje spoprijemanje z vsakodnevnimi ovirami, z nudenjem podpore pa jim pomaga graditi boljše samovrednotenje in samospoštovanje (gre za koncepte, neposredno povezane z depresivnostjo).

Statistično nepomemben vpliv starosti ob diagnozi in števila let, ki so minila od ozdravitve, na depresivnost in samomorilno vedenje se ne sklada z ugotovitvami nekaterih raziskovalcev [14], ki navajajo, da nekdanji onkološki bolniki, ki so boleli mlajši, in tisti, pri katerih je minilo več časa od diagnoze, kažejo manjše prilagoditvene težave in psihosocialne posledice v odraslosti (torej tudi manj depresivnosti in samomorilnega vedenja).

Zmerne ali hudo depresivni so poročali o vseh stopnjah samomorilnega vedenja pogosteje kot tisti z blago simptomatiko, ti pa pogosteje od oseb brez depresivne simptomatike. Ženske so dvakrat pogosteje poročale o

pasivnih samomorilnih mislih, na drugih stopnjah samomorilnega vedenja pa ni prihajalo do razlik glede na demografske spremenljivke ali značilnosti bolezni ter zdravljenja.

S pojavljanjem pasivnih in aktivnih samomorilnih misli se pomembno povezuje samoocena družabnosti posameznika, z oblikovanjem načrta za samomor pa zakonski status, medtem ko se je pretekli poskus samomora izkazal za pomembno povezanega s pojavom recidiva – tveganje ponovitve bolezni je zagotovo ena izmed hujših posledic raka v otroštvu, ki pri bolniku sproži občutja negotovosti, depresivnosti, strahu pred zdravljenjem in seveda njegovim izidom.

Pri oblikovanju hipotez v okviru raziskovalnega načrta smo pričakovali manjšo izraženost vseh stopenj samomorilnega vedenja pri osebah z izkušnjo raka v otroštvu ali mladosti kot pri kontrolni skupini, vendar te razlike niso bile statistično pomembne.

Hipoteza je slonela na ugotovitvi, da je za suicidalno ogroženost bolj od same depresivnosti pomembna dimenzija nemoči oz. obupa, za katero pa smo predvidevali, da je osebe, ki so v zgodnjem otroštvu oz. mladosti bile bitko s potencialno smrtonosno boleznijo, nimajo. Slednje naj bi jih nekako obvarovalo pred samomorilnim vedenjem (od pasivnih misli vse do dejanskega poskusa samomora). Glede na to, da imajo nekdanji onkološki bolniki, kot že rečeno, skoraj trikrat več depresivne simptomatike v primerjavi s splošno populacijo, bi bilo moč pričakovati več samomorilnega vedenja. Ker pa rezultati ne kažejo pomembnih razlik med skupinama, bi lahko sklepali, da prevalenca »zgolj« toliko samomorilnega vedenja pri nekdanjih bolnikih kot pri kontrolni skupini nakazuje, da so zaradi svoje edinstvene izkušnje vseeno morda »zavarovani« pred samomorilnim vedenjem. Na drugi strani pa korelacijski koeficienti v tabeli 4 (med izraženostjo depresivne simptomatike in posameznimi stopnjami samomorilnega vedenja) kažejo, da višje število točk na lestvici depresivnosti pomeni tudi pogostejše poročanje o samomorilnih mislih, načrtih in poskusih, a le pri nekdanjih onkoloških bolnikih – pri kontrolni skupini je korelacija pomembna le pri povezavi z načrtom za samomor.

Tako lahko sklenemo, da se pri osebah z izkušnjo raka v otroštvu prevalenca samomorilnega vedenja ne razlikuje od prevalence v populaciji brez te izkušnje, so pa tisti, ki razvijejo depresivno simptomatiko, bolj ogroženi za razvoj vseh stopenj samomorilnega vedenja. Zato je treba, čeprav je samomorilnega vedenja pri teh osebah nekoliko manj kot v populaciji brez izkušnje raka v otroštvu, posebno pozornost nameniti tistim, pri katerih se razvije depresivna simptomatika – ta pa je, kot kažejo naši rezultati, skoraj trikrat pogostejša kot v kontrolni skupini.

### Pomanjkljivosti raziskave in smernice za nadaljnje delo

Pri raziskovanju depresivnosti in samomorilnega vedenja je praktično nemogoče govoriti o vzročno-posledični povezanosti oz. v našem primeru o odvisnosti od bolezni v otroštvu, saj gre za koncepta, odvisna od množice (pogosto med seboj prepletenih) dejavnikov. Depresivnost in

samomorilno vedenje pri osebah, ozdravljenih od raka v otroštvu, se nedvomno povezuje tudi s stopnjo zadovoljstva v življenju, vrednotami, psihično stabilnostjo, načini spoprijemanja s stresom, preteklimi življenjskimi dogodki in mnogimi drugimi spremenljivkami. Z identifikacijo čim večjega števila dejavnikov tveganja za razvoj poznejših čustvenih in psihosocialnih posledic bi bilo lažje oblikovati preventivne, pa tudi terapevtske strategije za delo s to populacijo na vseh stopnjah – od same diagnoze do obdobja po končanem zdravljenju. Poleg tega se je pri interpretaciji dobljenih rezultatov treba zavedati možnosti obratnega vpliva depresivnosti in samomorilnih ideacij na mnoge vidike posameznikovega življenja – osebe s tovrstno problematiko imajo nedvomno več težav pri navezovanju (prijateljskih in intimnih) stikov, kar lahko vodi v osamljenost, težave pri uveljavljanju lastnih zmoglosti, manjše ambicije za poklicno in osebno rast ter posledično v še večjo depresivnost.

V smernicah za nadaljnje delo z nekdanjimi bolniki bi bilo pametno razvijati predvsem njihovo vključitev v družbo in gradnjo kakovostnih medosebnih odnosov, ki posamezniku nudijo občutek opore in pripadnosti. Kot že rečeno, imajo nekateri nekdanji bolniki pri tem težave zaradi svoje nagnjenosti k slabšemu samovrednotenju. Že več let se s to problematiko srečujejo na skupinskih srečanjih nekdanjih bolnikov, pridobljeni rezultati pa so nakazali, da obiskovanje teh srečanj zmanjšuje tveganje za razvoj depresivnih simptomov in samomorilnih misli. Smernice za nadaljnje delo bi bilo zatorej smiselno usmeriti ravno v razširitev tovrstnih oblik druženja, ne samo med člani, ampak tudi s širšim okoljem. Tudi izobrazba, ki se je izkazala kot pomembna spremenljivka odnosa med depresivnostjo in izkušnjo raka v otroštvu, kaže, da lahko izobraževanje, ne zgolj formalno, ampak tudi informiranje in ozaveščanje, pomembno pripomore k zmanjšanju tveganja za razvoj poznejših psiholoških težav.

Prav tako pa mnoge raziskave v zadnjih letih [15] nakazujejo možnost, da je dolžina, pa tudi kakovost preživetja bolnikov z rakom odvisna od njihovih strategij spoprijemanja in prejete psihološke pomoči pri tem. Če je vpliv psiholoških dejavnikov resnično pomemben, je seveda treba identificirati in razložiti posredne biološke mehanizme, kar pa zahteva tesno multidisciplinarno povezovanje in sodelovanje znotraj psihoonkologije. Za učinkovitost intervencij zdravnikov, psihologov in drugega zdravstvenega osebja, ki po končanem zdravljenju spremlja odraščajoče nekdanje bolnike, je tudi njih treba izobraziti o psiholoških posledicah zdravljenja raka v otroštvu ter o simptomih depresivnosti in samomorilnega vedenja.

## Viri

- Macedoni-Lukšič, M., Jereb, B., in Todorovski, L. (2002). Long-term sequelae in children treated for brain tumors: Impairments, disability and handicap. *Pediatric Hematology and Oncology*, 20, 89–101.
- Hudson, M. M., Martens, A. C., Yasui, Y., Hobbie, W., Chen, H., Gurney, J. G., Yeazel, M., Recklitis, C. J., Marina, N., Robison, L.R., in Oeffinger, K. (2003). Health status of adult long-term survivors of childhood cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *JAMA*, 29, (12), 1583–1593.
- Jereb, B. (1998). Uspehi in neuspehi zdravljenja malignih boleznih pri otrocih. *Onkologija*, 2, 4–8.
- Jereb, B., Korenjak, R., Kržišnik, C., Petrič-Grabnar, G., Zadravec-Zaletel, L., Anžič, J., in Stare, J. (1994). Late sequel in children treated for brain tumors and leukemia. *Acta Oncologica*, 33, (2), 159–164.
- Jereb, B. (2000). Model for long-term follow-up of survivors of childhood cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 34, (4), 256–258.
- Burger-Lazar, M., Korenjak, R., in Jereb, B. (2001). Skupinska srečanja mladih odraslih, ki so v otroštvu preboleli raka. *Onkologija*, 5, (2), 84–86.
- Boman, K., in Bodegard, G. (2000). Long-term coping in childhood cancer survivors: influence of illness, treatment and demographic background factors. *Acta Paediatrica*, 89, 105–111.
- Chesler, M. A., Weigers, M., Lawther, T. (1992). How am I different? Perspectives of childhood cancer survivors on change and growth. V D. M. Green in G. J. D'Angio (Ur.), *Late effects of treatment for childhood cancer* (str. 151–158). New York: Wiley-Liss.
- Lawson R. W. in Wulsin (2001). *Depressive disorders*. V Jacobson: *Psychiatric secrets*, 2nd ed. Hanley and Belfus.
- Buzan, R. D., in Butt, L. (2001). Suicide: Risk factors and management. V Jacobson: *Psychiatric secrets*, 2nd ed. Hanley and Belfus.
- Marušič, A., in Farmer, A. (2001b). Toward a new classification of risk factors for suicide behaviour. *Crisis*, 22, (2), 43–46.
- Santor, D. A. (1998). The center for epidemiological studies depression scale: Working paper. Pridobljeno s svetovnega spleta: 13. 6. 2005.
- Kozel D. (2004). Analiza socialnega omrežja kot pojasnjevalne spremenljivke simptomov depresije pri diabetesu. Neobjavljeno diplomsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Lansky, S. B., List, M. A., Ritter-Sterr, C., Klopovich, P., in Chang, P. (1985). Late effects: Psychosocial. *Clinics in Oncology*, 4, (2), 239–246.
- Greer, S. (1994). Psycho-oncology: Its aim, achievements and future tasks. *Psycho oncology*, 3, 87–101.