

BARIERE ÎN ACORDAREA SERVICIILOR PSIHOSOCIALE PENTRU PACIENȚII ONCOLOGICI DIN ALBANIA, REPUBLICA MOLDOVA, ROMÂNIA ȘI SERBIA

Alexandra ONIȘOR
Maria Denisa PETRESCU
Cătălin BABA

Alexandra ONIȘOR (autor corespondent)

Doctorand, Departamentul de Sănătate Publică,
Facultatea de Științe Politice, Administrative și ale Comunicării,
Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, Romania
Tel: 0040-752-721.909
E-mail: alexandra.onisor@publichealth.ro

Maria Denisa PETRESCU

Studentă, Universitatea de Medicină și Farmacie
„Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, Romania

Cătălin BABA

Prof. univ. dr., Departamentul de Sănătate Publică,
Facultatea de Științe Politice, Administrative și ale Comunicării,
Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, Romania

**Barriers of Providing Psychosocial Care in
the Cancer Treatment Facilities from Albania,
Republic of Moldova, Romania and Serbia**

Abstract

Objective: This research aimed to examine oncologists' and mental health practitioners' perspectives on the barriers of providing psychosocial care in the cancer treatment facilities from South-Eastern Europe.

Methods: Twenty-eight oncologists and eight mental health practitioners working in four cancer treatment facilities from Albania, Moldova, Romania and Serbia were interviewed and thematic analysis was used to interpret results.

Results: Barriers in providing psychosocial oncological care fell under three categories: individual, organizational and cultural barriers. Patient's poor mental health knowledge, poor cancer related knowledge and negative attitudes towards mental health service use were considered individual barriers together with health practitioners' poor mental health knowledge and communication difficulties. Lack of available resources in terms of time, equipment, staff and formal training together with heavy workload and a complicated and unstandardized model of care were organizational barriers against psychosocial oncological care. Absence of multidisciplinary collaboration was a cultural barrier participants reported to affect the provision of psychosocial oncological care.

Conclusions: Patient education in cancer literacy and mental health literacy combined with health practitioners' education in psycho-oncology and communication skills and with the development of multidisciplinary teams might be the best solution to rapidly increase the quality of psychosocial care in South-Eastern European countries.

Keywords: psychosocial oncology care, barriers, oncologist, mental health practitioners, South-Eastern Europe.



Acknowledgement:

Cercetarea raportată în acest articol a fost realizată cu sprijinul finanțării din partea Universității California, Berkeley, prin intermediul unui sub-grant cu numărul 5 D4304 din cadrul unui grant finanțat de Fogarty International Center of the National Institutes of Health, cu numărul 1D43TW009122-01. Conținutul articolului este responsabilitatea autorilor și nu reflectă neapărat opiniile oficiale ale Universității California, Berkeley sau ale National Institutes of Health.

1. Introducere

Incidența cancerului continuă să crească la nivel global (Fidler, Bray și Soerjomataram, 2018). Douăsprezece milioane de cazuri noi au fost diagnosticate în 2008 (Boyle and Levin, 2008), 14 milioane în 2012 (Ferlay *et al.*, 2015) și 17,5 milioane în 2015 (Fitzmaurice *et al.*, 2017). Statisticile recente estimează înregistrarea a 22 milioane de cazuri noi de cancer în 2030 (Fidler, Bray și Soerjomataram, 2018).

Începând cu momentul aflării diagnosticului de cancer, pacienții manifestă un nivel de distres moderat înspre sever (Zabora *et al.*, 2001; Graves *et al.*, 2007; Steinberg *et al.*, 2009; Gao *et al.*, 2010; Landsbergen *et al.*, 2012; Chirico *et al.*, 2015). Organizația denumită National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel definește distresul ca „experiență emoțională neplăcută multideterminată, de natură psihologică (cognitivă, comportamentală, emoțională), socială și/ sau spirituală care poate interfera cu abilitatea de a face față eficient cancerului, simptomelor fizice ale acestei boli și tratamentului” (National Comprehensive Cancer Network, 2002). Statisticile recente arată faptul că jumătate dintre pacienții oncologici trec printr-un distres semnificativ (Mehnert *et al.*, 2017). În cazul pacienților oncologici, studiile raportează distresul ca fiind asociat cu solicitarea întârziată a îngrijirilor specializate, cu încheierea prematură a tratamentului și cu aplicarea strategiilor de coping disfuncționale (Fangand și Schnoll, 2002; Tromp *et al.*, 2005). De asemenea, studiile observă că distresul acționează asupra comportamentelor sanogene, funcționării genetice și sistemului imunitar (McGregor și Antoni, 2009) influențând astfel dezvoltarea și progresia cancerului (Antoni și *et al.*, 2006) și ratele de supraviețuire a pacienților (Chida *et al.*, 2008; Hamer, Chida și Molloy, 2009; Kim *et al.*, 2017).

Organizații precum National Comprehensive Cancer Network, American Society of Clinical Oncology și Canadian Association of Psychosocial Oncology recomandă, pentru toți pacienții cu diagnostic de cancer, evaluarea nivelului de distres la vizita inițială, la intervale regulate și respectând indicațiile clinice (National Comprehensive Cancer Network, 2002; Canadian Association of Psychosocial Oncology, 2010). Cu toate acestea, doar 60% dintre serviciile oncologice raportează evaluarea inițială a distresului în cazul pacienților oncologici din mediul ambulatoriu, iar 30% dintre servicii raportează evaluarea inițială a distresului în cazul tuturor pacienților diagnosticați cu cancer (Jacobsen și Ransom, 2007).

Absența îngrijirii oncologice psihosociale este o altă problemă raportată de cercetători, pe lângă evaluarea inițială necorespunzătoare a distresului (Mitchell, Vahabzadeh

și Magruder, 2011; Mitchell, 2013; McCarter *et al.*, 2018). Studiile au observat că acordarea îngrijirii psihosociale reduce simptomele psihologice și nivelul de distress, crește adaptarea psihologică și îmbunătățește adaptarea funcțională, reabilitarea și calitatea vieții, în cazul pacienților cu diagnostic de cancer (Meyer și Mark, 1995; Baider *et al.*, 2001; Andersen *et al.*, 2007; Jansen *et al.*, 2016). De asemenea, îngrijirea psihosocială are potențialul de a reduce frecvența și costurile utilizării serviciilor de sănătate, ameliorând astfel povara economică a cancerului (Carlson și Bultz, 2003; Jansen *et al.*, 2016). Cu toate acestea, trimiterea pacienților către serviciile de asistență psihosocială a fost înregistrată doar pentru 5% dintre toți pacienții oncologici și doar pentru 10% dintre pacienții oncologici care necesită aceste servicii (McCarter *et al.*, 2018), iar beneficierea de asistență psihosocială a fost înregistrată pentru mai puțin de 30% dintre pacienții oncologici (Mitchell, Vahabzadeh și Magruder, 2011; Mitchell, 2013). La nivel global, integrarea serviciilor de sănătate mentală în pachetul de servicii medicale acordate pacienților cu diagnostic de cancer este deficitară, un procent mic de pacienți beneficiind de acest tip de îngrijire (Grassi și Watson, 2012; Grassi *et al.*, 2016).

Sud-estul Europei (SEE) constituie o zonă geografică problematică în ceea ce privește acordarea serviciilor de îngrijire psihosocială. În primul rând, variabilitatea problemelor oncologice ce trebuie adresate de serviciile psihosociale este mare, SEE înregistrând (1) rate crescute atât de incidență, cât și de mortalitate și de dizabilitate asociate cancerului, și (2) o prevalență crescută atât a tipurilor de cancere cauzate de factori ocupaționali, cât și a celor cauzate de infecție cu virus și a celor cauzate de un stil de viață deficitar (Fidler, Bray și Soerjomataram, 2018). În al doilea rând, țările din SEE eșuează în a integra îngrijirea psihosocială în tratamentul oncologic (Grassi *et al.*, 2016; Vrdoljak *et al.*, 2016).

Barierile întâlnite de țările din SEE în oferirea îngrijirii oncologice psihosociale nu au fost raportate până în acest moment în literatura științifică de specialitate. Pentru a contribui la îmbunătățirea serviciilor oncologice psihosociale din SEE, acest articol are ca obiectiv (1) prezentarea barierelor întâlnite de către practicienii din domeniul oncologiei și psiho-oncologiei din Albania, Republica Moldova, România și Serbia în facilitarea îngrijirii psihosociale, și (2) compararea acestora cu barierele identificate la nivel global și sistematizate de către Dilworth și colaboratorii acestuia (2014). Rezultatele prezentate în acest articol pot fi utile cercetătorilor, practicienilor și dezvoltatorilor de politici interesați de îmbunătățirea serviciilor oncologice psihosociale din SEE.

2. Metodologia studiului

2.1. Designul studiului și participanții la studiu

Acest studiu calitativ este parte a unui proiect ce a folosit metode mixte de cercetare (calitative și cantitative) și un design de studiu convergent. Eșantionul de studiu a fost format din practicieni în domeniul oncologiei și sănătății mentale care profesau în patru clinici de stat din Albania, Moldova, România și Serbia (Tabel 1).

Tabel 1: Caracteristicile demografice ale participanților (n = 36)

Caracteristici	% (N)
Gen	
Masculin	25 (9)
Feminin	75 (27)
Media de vârstă (Abaterea Standard)	41,6 (10,9)
Țara	
Albania	25 (9)
Republica Moldova	25 (9)
România	25 (9)
Serbia	25 (9)
Ani de practică	
<5 ani	8,3 (3)
5-15 ani	36,1 (13)
>15 ani	55,5 (20)
Specializări ^a	
Oncologie medicală	57,1 (20)
Chirurgie oncologică	2,8 (1)
Radioterapie oncologică	5,7 (2)
Oncologie-hematologie	5,7 (2)
Rezidențiat în oncologie	5,7 (2)
Psihologie	11,4 (4)
Psihoterapie	8,5 (3)
Psihiatrie	2,8 (1)

^a tipuri de specializări oncologice preluate din Cancer.Net

Aprobarea pentru implementarea cercetării a fost obținută atât din partea Biroului pentru Protecția Subiecților Umani, Universitatea din California, Berkeley (*en.*: Office for the Protection of Human Subjects, University of California at Berkeley) – IRB2014-07-6541 – cât și din partea comisiilor de etică ale celor patru clinici de oncologie înrolate în studiu. Am utilizat metoda de eșantionare non-probabilistică (*en.*, purposive sampling) (Suri, 2011) pentru a selecta în studiu acei participanți care aveau cel puțin un an de practică în domeniul oncologiei sau psiho-oncologiei și care profesau în domeniul public. Pentru înrolarea participanților am dezvoltat câte un protocol de colaborare cu fiecare clinică și am trimis o invitație de participare la studiu către toți participanții eligibili.

2.2. Colectarea datelor

Pentru colectarea datelor am dezvoltat un ghid de interviu semistrukturat. Participanții la interviu au semnat un formular de consimțământ informat înaintea începerii interviului. Interviuurile au fost realizate față-în-față, la locul de muncă al fiecărui participant, de către un vorbitor nativ. Numărul de interviuri realizate a depins

de momentul în care s-a ajuns la redundanța informațională. În Republica Moldova și în România interviurile au fost înregistrate audio și transcrise folosind tehnica descrisă de către Maguire și Delahunt (2017); în Albania și în Serbia interviuatorul a luat notițe în timpul realizării interviurilor, acestea fiind ulterior traduse în engleză și trimise echipei coordonatoare din România.

2.3. Analiza datelor

Datele au fost codate de către un cercetător român licențiat în psihologie și un asistent de cercetare român înrolat într-un program de licență la o universitate de medicină. Codarea datelor a respectat procedura de analiză tematică în șase pași propusă de Braun și Clarke (2006). Pentru asigurarea fidelității, fiecare a parcurs zece transcrieri și a dezvoltat o schemă de codare parțială, folosind o abordare atât deductivă, cât și inductivă. Abordarea deductivă a fost ghidată de categoriile de bariere în oferirea îngrijirii psihosociale stabilite de Dilworth și colaboratorii acestuia (2014). În același timp, am folosit o abordare inductivă, adăugând la categoriile de mai sus acele teme și sub-teme emergente din transcrieri. După compararea codurilor și dezvoltarea unei scheme comune de codare a datelor, cercetătorul și asistentul de cercetare au codat independent transcrierile, folosind NVivo 11. Codurile și temele extrase au fost comparate din nou, iar, după obținerea consensului, a fost stabilită varianta finală a temelor și subtemelor și au fost extrase citatele reprezentative pentru acestea.

3. Rezultate

Am grupat rezultatele obținute în trei categorii, respectiv bariere individuale, bariere organizaționale și bariere culturale în oferirea îngrijirii oncologice psihosociale. În cele ce urmează, temele și subtemele fiecărei categorii sunt descrise detaliat și comparate cu datele existente în literatura de specialitate. De asemenea, Anexa 1 prezintă structura temelor și subtemelor pe cele 3 categorii și citatele reprezentative pentru fiecare dintre acestea.

3.1. Bariere individuale

3.1.1. Bariere relaționate cu pacientul

Nivel scăzut de alfabetizare în sănătatea mintală. Nivelul scăzut de cunoștințe al pacienților în ce privește rolul consilierii psihologice, rolul psihologului și procedurile de obținere a suportului psihologic au fost percepute de către participanții în studiu ca bariere în calea facilitării serviciilor psihosociale. Cercetările anterioare sprijină aceste rezultate, observând că frecvența scăzută a accesării serviciilor psihosociale de către pacienții oncologici este relaționată cu nivelul scăzut de cunoștințe al acestora în legătură cu serviciile de sănătate mintală (Eakin și Strycker, 2001), cu tipul de resurse de sănătate mintală care pot fi accesate (Steele și Fitch, 2008) și cu domeniul psiho-oncologiei (Neumann *et al.*, 2010). Odată diagnosticați cu cancer, pacienții tolerează simptomele asociate cancerului, fără să știe că unele simptome pot fi ameliorate prin consiliere psihologică (Steele și Fitch, 2008).

Nivel scăzut de alfabetizare în cancer. Participanții la studiu au relaționat slaba informare a pacienților în ce privește diagnosticul de cancer, tratamentul în cancer și prognosticul bolii cu rezistența acestora față de tratamentele noi și mai ales față de consilierea psihologică. Studiile anterioare confirmă aceste rezultate, observând că, în rândul pacienților oncologici, nivelul scăzut de alfabetizare în sănătate a fost asociat cu rate scăzute de screening pentru cancer (Friedman și Hoffman-Goetz, 2008) și cu frecvența scăzută a utilizării serviciilor psihosociale (Steele și Fitch, 2008), pe când nivelul crescut de alfabetizare în sănătate a fost asociat cu o prevalență scăzută a diagnosticului de depresie și a celui de anxietate (Halbach *et al.*, 2016).

Atitudini negative față de accesarea serviciilor de sănătate mintală. Participanții la studiu au observat faptul că pacienții oncologici resping de multe ori trimiterea către îngrijirea psihosocială, din frica de a primi un diagnostic de tulburare mintală. Studiile anterioare au observat că frica de a fi stigmatizați de către medicul oncolog și frica legată de deteriorarea relației cu medicul oncolog (Eakin și Strycker, 2001; Okuyama *et al.*, 2008) au influențat acceptarea serviciilor de sănătate mintală de către pacienții oncologici. De asemenea, evitarea etichetelor psihiatrice și anticiparea percepțiilor negative despre sine au fost corelate cu evitarea serviciilor de sănătate mintală în rândul pacienților cu diagnostic de cancer pulmonar (Mosher *et al.*, 2014) și în rândul aparținătorilor pacienților oncologici (Mosher, Given și Ostroff, 2015).

3.1.2. Bariere relaționate cu practicienii

Nivel scăzut de cunoștințe în sănătate mintală. Participanții la studiu au considerat că abilitățile și cunoștințele scăzute deținute de către medicii oncologi în ceea ce privește recunoașterea unei probleme psihologice, recunoașterea distresului și navigarea în sistemul de sănătate mintală constituie o barieră în facilitarea serviciilor psihosociale. Absența recunoașterii nevoilor psihologice ale pacienților oncologici (Granek *et al.*, 2018), respingerea interpretării distresului ca problemă de sănătate și nivelul scăzut de cunoștințe relaționate cu serviciile psihologice (Luxford, Hill și Bell, 2006) au fost raportate atât de studiile anterioare cât și de participanții la acest studiu ca bariere în oferirea îngrijirii psihosociale.

Dificultăți de comunicare. Comunicarea medic-pacient a fost o temă recurent identificată în transcrierile interviurilor și considerată o cauză a confuziei pacienților și a nivelului scăzut de alfabetizare în sănătate pe care aceștia îl au. Participanții la studiu au exemplificat situații în care pacienții nu erau informați cu privire la diagnosticul pe care-l au și la tratamentul pe care-l urmează. Frica de a crește distresul pacientului și lipsa unui context potrivit pentru a discuta cu pacientul au fost raportate atât în alte studii (Otani *et al.*, 2011), cât și de către participanții în acest studiu ca fiind cauze ale problemelor de comunicare medic-pacient.

3.2. Bariere organizaționale

Lipsa resurselor. Atât rezultatele acestui studiu cât și studiile anterioare au raportat timpul redus de consultație (Fagerlind *et al.*, 2013), personalul insuficient (Luxford, Hill și Bell, 2006), și lipsa unui spațiu intim (Rankin *et al.*, 2011) ca bariere în adresa-

rea nevoilor psihologice ale pacienților oncologici. Participanții la studiu au subliniat faptul că *timpul de consultație* nu le permite nu doar să adreseze distresul pacientului, ci nici măcar să abordeze toate aspectele medicale. Timpul redus alocat consultației a fost considerat nu doar o barieră, ci și o cauză a epuizării resimțite de către personalul medical. *Absența spațiului* a fost considerată nu doar o barieră în livrarea serviciilor psihosociale, ci și un impediment în discutarea anumitor aspecte sensibile cu pacientul. În același timp, *deficitul enorm de personal* pe parte psiho-oncologică, respectiv alocarea doar a unui psiholog pentru o clinică, duce, în percepția participanților, la incapacitatea de adresare a nevoilor psihologice pentru un număr covârșitor de pacienți.

Participanții au perceput și *lipsa cursurilor de educare a personalului* medical în psiho-oncologie ca barieră în adresarea îngrijirii psihosociale, acest lucru fiind raportat și de studii recente (Granek *et al.*, 2018). Participanții au subliniat faptul că oferirea de cursuri de formare în psiho-oncologie pentru tot personalul din clinicile de oncologie poate duce nu doar la identificarea distresului, ci și la îmbunătățirea colaborării între practicienii cu diferite specializări.

Volumul mare de muncă. Medicii oncologi simt, fără îndoială, presiunea timpului și a volumului mare de muncă, aspect care are un impact asupra calității serviciilor oferite pacienților lor (Kleiner și Wallace, 2017). Această idee este valabilă și pentru majoritatea participanților la studiu, care au considerat că numărul mare de consultații realizate zilnic și supraîncărcarea activității profesionale cu anumite aspecte administrative reprezintă bariere pe care le întâmpină oncologii în abordarea adecvată a nevoilor de sănătate mintală ale pacienților.

Modelul de îngrijire. Procesul prin care trebuie să treacă pacienții oncologici pentru a beneficia de servicii psihosociale este, în percepția participanților la studiu, complicat și nestandardizat prin proceduri verbale sau scrise. În mod obișnuit, medicii oncologi trimit pacienții către medicii de familie care, la rândul lor, trimit pacienții către psihologi. Acest proces nu e fezabil pentru pacienții aflați într-un stadiu avansat sau pentru cei care trec prin durere debilitantă, deoarece implică multe vizite pe care trebuie să le realizeze în diferite locații. Ca urmare a acestui sistem de trimitere nereglementat, majoritatea pacienților cu cancer beneficiază de o consultație psihologică în stadiile tardive ale bolii lor. În tot acest proces, comunicarea dintre oncologi și psihologi este considerată de unii participanți la studiu ca fiind deficitară, iar de alții ca fiind inexistentă sau nesatisfăcătoare.

Participanții au considerat că absența din clinicile de oncologie a consultațiilor psihologice obligatorii și de rutină au împiedicat accesul pacienților la îngrijiri psihosociale. În viziunea acestora, un caracter obligatoriu al consultațiilor psihologice poate duce la depășirea stigmatizării asociate atât cu sănătatea mintală cât și cu cancerul. Participanții la studiu au avut atitudini pozitive față de utilizarea unui instrument de identificare a distresului și au argumentat că utilizarea de rutină a unui instrument de screening al distresului ar avea un impact pozitiv asupra stării de sănătate mintală a pacienților oncologici. Participanții au susținut că instrumentul de depistare a distresului trebuie utilizat în clinica de oncologie în timpul vizitelor obligatorii ale pacienților.

Studiile anterioare au obținut rezultate similare, raportând că lipsa organizării și integrării serviciilor psihosociale în îngrijirea de rutină a pacienților cu cancer determină deficite informaționale atât pentru pacienți cât și pentru medici (Neumann *et al.*, 2010).

3.3. Bariere culturale

Munca izolată. Lipsa coeziunii echipei și munca izolată au fost raportate nu numai de către oncologi (Luxford, Hill și Bell, 2006), ci și de asistenții medicali din sistemul oncologic (Botti *et al.*, 2006) ca barieră în oferirea serviciilor psihosociale. Nevoia de colaborare interdisciplinară a apărut în discursul participanților la studiu, care au relaționat-o cu furnizarea slabă de sprijin psihologic pentru pacienții cu cancer. Participanții au susținut ideea că absența unei abordări holistice a îngrijirii pacienților ar putea avea efecte asupra eficacității tratamentului oncologic. Ei au perceput colaborarea multidisciplinară ca modalitate de depășire a barierelor de comunicare interpersonală și de sporire a calității îngrijirii oncologice psihosociale. Oncologii au explicat că întâlnirile periodice multidisciplinare pot asigura îngrijiri integrative, prin urmare, considerând că e important ca aceste întâlniri să fie integrate în practica standard din cadrul clinicilor oncologice. Creșterea colaborării dintre oncologi și personalul psihologic a fost percepută ca fiind benefică atât în sprijinirea pacientului cât și în îmbunătățirea dinamicii echipei de oncologie. Specialiștii în sănătate mintală au fost de acord că o abordare holistică a îngrijirii pacienților cu cancer este de o importanță crucială. Un psiholog a descris modul în care aceste întâlniri interdisciplinare ar putea fi prezentate în cadrul unității de oncologie și a propus ca aceste întâlniri să aibă loc în mod regulat, eventual chiar săptămânal, și să includă discutarea unor cazuri clinice specifice pentru a determina eșecul tratamentului și respingerea cauzată de distresul pacientului. Cu toate acestea, un oncolog a susținut că, deși necesare, aceste întâlniri ar trebui să fie scurte, având în vedere restricțiile de timp pe care clinicienii le întâlnesc deja.

4. Discuții

Fiecare diagnostic de cancer crește povara globală a cancerului. Deși asistența psiho-oncologică a fost propusă de Uniunea Europeană ca o strategie adecvată în reducerea poverii cancerului (Grassi *et al.*, 2016), îngrijirea psiho-oncologică este încă deficitară în țările din SEE (Vrdoljak *et al.*, 2016). Sunt necesare acțiuni urgente pentru îmbunătățirea îngrijirii psihosociale în instituțiile de tratare a cancerului din SEE, luând în considerare (1) diversitatea problemelor oncologice cu care se confruntă SEE (Fidler, Bray și Soerjomataram, 2018), (2) prevalența distresului (Mehnert *et al.*, 2017), (3) impactul distresului la nivel individual (Kim *et al.*, 2017) și la nivel sistemic (Fangand și Schnoll, 2002) și (4) impactul pozitiv dovedit științific al asistenței oncologice psihosociale la nivel individual și economic (Jansen *et al.*, 2016).

Pentru a aborda această problemă, primul pas implică înțelegerea problemei și a cauzelor acesteia (Wight *et al.*, 2015). În această lucrare am urmărit identificarea cauzelor acordării precare de asistență oncologică psihosocială. Deoarece similitudinile cu rezultatele cercetărilor anterioare (Dilworth *et al.*, 2014) au fost deja detaliate în

secțiunea de rezultate, vom aborda în secțiunea de discuții implicațiile identificării barierelor individuale, organizaționale și culturale în furnizarea îngrijirilor oncologice psihosociale în SEE.

4.1. Implicații

Alfabetizarea pacienților în sănătate mintală și în cancer. Rezultatele studiului de față identifică trei bariere legate de pacientul oncologic care împiedică furnizarea de îngrijire psihosocială: cunoștințe precare privind serviciile de sănătate mintală; cunoștințe precare legate de cancer; și o atitudine negativă față de utilizarea serviciilor de sănătate mintală. Nivelul scăzut de alfabetizare în sănătate mintală a fost identificat ca o barieră majoră în tratamentul populației generale (Reavley și Jorm, 2011). Cu toate acestea, avem puține informații științifice despre modul în care alfabetizarea în sănătatea mintală a pacienților cu cancer are un impact asupra utilizării serviciilor de sănătate mintală de către aceștia. Nivelurile inadecvate de recunoaștere a simptomelor de anxietate, de depresie și a deficitelor cognitive au fost identificate în rândul pacienților oncologici (Cheung *et al.*, 2016; Okuyama *et al.*, 2007), dar rezultatele nu au fost asociate cu utilizarea serviciilor de sănătate mintală. Sunt necesare mai multe cercetări pentru a evalua dacă creșterea nivelului de alfabetizare în sănătate mintală îmbunătățește comportamentele de ajutorare și acceptarea îngrijirii psihosociale în rândul pacienților oncologici.

Cursuri de psiho-oncologie. Instruirea personalului oncologic în psiho-oncologie poate contribui nu doar la îmbunătățirea cunoștințelor de sănătate mintală ale medicilor, ci și la oferirea sprijinului formal în psiho-oncologie, exprimat ca o barieră organizațională. Începând cu anul 1995, există un model de curriculum pentru formarea în psiho-oncologie a personalului oncologic (Die-Trill și Holland, 1995). De asemenea, literatura științifică sintetizează modelele de predare pentru formarea în psiho-oncologie a practicienilor din domeniul sănătății mintale (Hoge și Roth, 2015). În același timp, cercetătorii au observat o sporire a încrederii și competenței în rândul personalului din domeniul îngrijirilor paliative care a urmat cursuri de psiho-oncologie (Moorey, 2013) și schimbări pozitive la nivel de cunoștințe, încredere și atitudini în rândul asistentelor medicale care au urmat cursuri de psiho-oncologie (Kubota *et al.*, 2016; Kubota, Akechi și Okuyama, 2018). Avem suficiente dovezi ale morbidității psihologice în cancer și ale eficacității intervențiilor psihologice. După cum a argumentat Moorey (2013), acum este momentul să evaluăm modalitățile eficiente din punctul de vedere al costului de a furniza personalului oncologic competențe de bază pentru identificarea și gestionarea distresului în rândul pacienților oncologici.

Cursuri de comunicare. Comunicarea deficitară medic-pacient îi împovărează pe oncologi (Otani *et al.*, 2011) și crește distresul pacienților (Thorne, Bultz și Baile, 2005). În cazul personalului oncologic care a participat în programe intense de formare în comunicarea medic-pacient au fost înregistrate schimbări comportamentale și creșteri semnificative ale nivelului de auto-eficacitate în comunicare (Bylund *et al.*, 2011). Aceleași rezultate au fost obținute și în urma implementării unor ateliere scurte centrate pe comunicarea medic-pacient (Baile *et al.*, 1999). Formarea oncologilor în furnizarea de

informații adaptate la nevoile și caracteristicile specifice pacienților (Moore, Wilkinson și Rivera Mercado, 2004) are potențialul de a diminua deficitele mari de informare prezente la pacienții oncologici (Halbach *et al.*, 2016). După cum susțin Bylund și colaboratorii acestuia (2010), trebuie să ne concentrăm acum pe stabilirea unui nivel de educare în comunicarea medic-pacient ce asigură dezvoltarea abilităților de comunicare în rândul medicilor.

Tratamentul multidisciplinar în cancer. Tratamentul multidisciplinar începe să fie standardul în tratamentul oncologic (Rankin *et al.*, 2017; Rankin *et al.*, 2018), studiile demonstrând avantajele sale majore, cum ar fi reducerea timpului de diagnosticare, reducerea timpului de tratament, îmbunătățirea stării de sănătate a pacientului, o mai bună interpretare și exactitate a îngrijirii cancerului, o comunicare îmbunătățită între practicienii din domeniul sănătății, o comunicare îmbunătățită între medic și pacient, aderarea medicilor la liniile directe naționale de adresare a sănătății, implicarea pacientului în decizia de tratament, satisfacția pacientului și creșterea suportului psihosocial și adaptării psihologice la boală (Horvath *et al.*, 2010). Participanții la studiu au privit îngrijirea multidisciplinară ca o modalitate de a depăși toate barierele întâmpinate în furnizarea îngrijirii oncologice psihosociale. Deși eficacitatea îngrijirii multidisciplinare depinde de disponibilitatea infrastructurii și de timpul practicienilor (Rankin *et al.*, 2018), aceasta ar putea fi cea mai bună soluție pentru creșterea rapidă a calității asistenței psihosociale în țările din SEE.

4.2. Limite

Rezultatele obținute creionează o imagine valoroasă a percepției oncologilor și psiho-oncologilor asupra barierelor în acordarea de sprijin psihosocial adecvat în clinicile de oncologie. Cu toate acestea, nu am putut evalua prin interviuri câți dintre pacienții respondenților au beneficiat de screening al distresului, trimitere către și obținerea de sprijin psihologic. Vom depăși această barieră prin analizarea datelor cantitative obținute prin chestionarea a 600 de pacienți înscriși în clinicile de oncologie înrolate în studiu.

5. Concluzii

Intervențiile care vizează facilitarea acordării îngrijirilor oncologice psihosociale în Albania, Moldova, România, Serbia și în alte țări din SEE care împărtășesc aceleași bariere ar trebui să acționeze simultan la nivel individual, organizațional și cultural pentru a îndepărta aceste bariere. Unele dintre barierele identificate nu sunt ușor de abordat, cum ar fi creșterea numărului de psiho-oncologi și îmbunătățirea infrastructurii, deoarece acestea depind în mare măsură de bugetul alocat domeniului oncologic și de prioritățile stabilite de fiecare sistem național de sănătate. Cu toate acestea, alte bariere sunt abordabile prin combinarea (1) educației pacienților în domeniul alfabetizării cancerului și a alfabetizării privind sănătatea mintală cu (2) educația medicilor în domeniul psiho-oncologiei și al comunicării și cu (3) dezvoltarea de echipe multidisciplinare. În absența acestor strategii, pentru a reduce povara asupra sistemului

lui oncologic, pot fi implementate intervenții la nivel de comunitate care abordează îmbunătățirea cunoștințelor privind cancerul și sănătatea mintală în rândul pacienților cu cancer și a îngrijitorilor lor, dar și în rândul populației generale (Dunn *et al.*, 2015). În același timp, sistemele naționale de sănătate sunt binevenite să faciliteze implicarea asistenței medicale primare în acordarea de servicii oncologice psihosociale, luând în considerare rolul acestora în îngrijirea comprehensivă a pacienților cu cancer (Grassi, Spiegel și Riba, 2017).

Bibliografie:

1. Andersen, B.L., Farrar, W.B., Golden-Kreutz, D., Emery, C.F., Glaser, R., Crespin, T. și Carson III, W.E., „Distress Reduction from A Psychological Intervention Contributes to Improved Health for Cancer Patients”, 2007, *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 21, nr. 7, pp. 953-961.
2. Antoni, M.H., Lutgendorf, S.K., Cole, S.W., Dhabhar, F.S., Sephton, S.E., McDonald, P.G. *et al.*, „The Influence of Bio-behavioural Factors on Tumour Biology: Pathways and Mechanisms”, 2006, *Nature Reviews Cancer*, vol. 6, nr. 3, pp. 240-248.
3. Baider, L., Peretz, T., Hadani, P.E. și Koch, U., „Psychological Intervention in Cancer Patients: A Randomized Study”, 2001, *General Hospital Psychiatry*, vol. 23, nr. 5, pp. 272-277.
4. Baile, W.F., Kudelka, A.P., Beale, E.A., Glober, G.A., Myers, E.G., Greisinger, A.J. *et al.*, „Communication Skills Training in Oncology”, 1999, *Cancer*, vol. 86, nr. 5, pp. 887-897.
5. Boyle, P. și Levin, B., *World Cancer Report 2008*, IARC Press, International Agency for Research on Cancer, [Online] disponibil la adresa <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>, accesat la data de 17 octombrie 2018.
6. Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. și Kenny, A., „Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients with Cancer”, 2006, *Cancer Nursing*, vol. 29, nr. 4, pp. 309-316.
7. Braun, V. și Clarke, V., „Using Thematic Analysis in Psychology”, 2006, *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, nr. 2, pp. 77-101.
8. Bylund, C.L., Brown, R.F., Bialer, P.A., Levin, T.T., Di Ciccone, B.L. și Kissane, D.W., „Developing and Implementing an Advanced Communication Training Program in Oncology at a Comprehensive Cancer Center”, 2011, *Journal of Cancer Education*, vol. 26, nr. 4, pp. 604-611.
9. Bylund, C.L., Brown, R., Gueguen, J.A., Diamond, C., Bianculli, J. și Kissane, D.W. „The Implementation and Assessment of a Comprehensive Communication Skills Training Curriculum for Oncologists”, 2010, *Psycho-Oncology*, vol. 19, nr. 6, pp. 583-593.
10. Canadian Association of Psychosocial Oncology, „Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and Their Families”, 2010, [Online] disponibil la <https://capo.ca/CAPOstandards.pdf>, accesat la data de 11 octombrie 2018.
11. Carlson, L.E. și Bultz, B.D., „Benefits of Psychosocial Oncology Care: Improved Quality of Life and Medical Cost Offset”, 2003, *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 1, nr. 8, pp. 1-8.
12. Cheung, Y.T., Ong, Y.Y., Ng, T., Tan, Y.P., Fan, G., Chan, C.W. *et al.*, „Assessment of Mental Health Literacy in Patients with Breast Cancer”, 2016, *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, vol. 22, nr. 3, pp. 437-447.

13. Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J. și Steptoe, A., „Do Stress-related Psychosocial Factors Contribute to Cancer Incidence and Survival?“, 2008, *Nature Reviews Clinical Oncology*, vol. 5, nr. 8, pp. 466-475.
14. Chirico, A., Lucidi, F., Mallia, L., D' Aiuto, M. și Merluzzi, T.V., „Indicators of Distress in Newly Diagnosed Breast Cancer Patients“, 2015, *PeerJ*, vol. 3, e1107, doi: 10.1038/nponc1134.
15. Die-Trill, M. și Holland, J., „A Model Curriculum for Training in Psycho-Oncology“, 1995, *Psycho-Oncology*, vol. 4, nr. 3, pp. 169-182.
16. Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. și Turner, J., „Patient and Health Professional's Perceived Barriers to the Delivery of Psychosocial Care to Adults with Cancer: A Systematic Review“, 2014, *Psycho-Oncology*, vol. 23, nr. 6, pp. 601-612.
17. Dunn, J., Adams, C., Holland, J. și Watson, M., „Reinforcing the Role of Psycho-Social Oncology in Global Cancer Prevention: Applying Psycho-Oncology Research in Programmes and Practice“, 2015, *Psycho-Oncology*, vol. 24, nr. 10, pp. 1217-1221.
18. Eakin, E.G. și Strycker, L.A., „Awareness and Barriers to Use of Cancer Support and Information Resources by HMO Patients with Breast, Prostate, or Colon Cancer: Patient and Provider Perspectives“, 2001, *Psycho-Oncology*, vol. 10, nr. 2, pp. 103-113.
19. Fagerlind, H., Kettis, Å., Glimelius, B. și Ring, L., „Barriers Against Psychosocial Communication: Oncologists' Perceptions“, 2013, *Journal of Clinical Oncology*, vol. 31, nr. 30, pp. 3815-3822.
20. Fangang, C.Y. și Schnoll, R.A., „Impact of Psychological Distress on Outcomes in Cancer Patients“, 2002, *Expert Review of Pharmacoeconomics Outcomes Research*, vol. 2, nr. 5, pp. 495-506.
21. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M. *et al.*, „Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012“, 2015, *International Journal of Cancer*, vol. 136, nr. 5, pp. E359-E386.
22. Fidler, M.M., Bray, F. și Soerjomataram, I., „The Global Cancer Burden and Human Development: A Review“, 2018, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 46, nr. 1, pp. 27-36.
23. Fitzmaurice, C., Allen, C., Barber, R.M., Barregard, L., Bhutta, Z.A., Brenner, H. și Fleming, T., „Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study“, 2017, *JAMA Oncology*, vol. 3, nr. 4, pp. 524-548.
24. Friedman, D.B. și Hoffman-Goetz, L., „Literacy and Health Literacy as Defined in Cancer Education Research: A Systematic Review“, 2008, *Health Education Journal*, vol. 67, nr. 4, pp. 285-304.
25. Gao, W., Bennett, M.I., Stark, D., Murray, S. și Higginson, I.J., „Psychological Distress in Cancer from Survivorship to End of Life Care: Prevalence, Associated Factors and Clinical Implications“, 2010, *European Journal of Cancer*, vol. 46, nr. 11, pp. 2036-2044.
26. Granek, L., Nakash, O., Ariad, S., Shapira, S. și Ben-David, M., „Oncologists' Identification of Mental Health Distress in Cancer Patients: Strategies and Barriers“, 2018, *European Journal of Cancer Care*, vol. 27, nr. 3, e12835, doi: 10.1111/ecc.12835.

27. Grassi, L. și Watson, M., „Psychosocial Care in Cancer: An Overview of Psychosocial Programmes and National Cancer Plans of Countries Within the International Federation of Psycho-Oncology Societies”, 2012, *Psycho-Oncology*, vol. 21, nr. 10, pp. 1027-1033.
28. Grassi, L., Fujisawa, D., Odyio, P., Asuzu, C., Ashley, L., Bultz, B. *et al.*, „Disparities in Psychosocial Cancer Care: A Report From the International Federation of Psycho-Oncology Societies”, 2016, *Psycho-Oncology*, vol. 25, nr. 10, pp. 1127-1136.
29. Grassi, L., Spiegel, D. și Riba, M., „Advancing Psychosocial Care in Cancer Patients [version 1; referees: 3 approved]”, 2017, *F1000Research*, 6(F1000 Faculty Rev): 2083, doi: 10.12688/f1000research.11902.1.
30. Graves, K.D., Arnold, S.M., Love, C.L., Kirsh, K.L., Moore, P.G. și Passik, S.D., „Distress Screening in a Multidisciplinary Lung Cancer Clinic: Prevalence and Predictors of Clinically Significant Distress”, 2007, *Lung Cancer*, vol. 55, nr. 2, pp. 215-224.
31. Halbach, S.M., Ernstmann, N., Kowalski, C., Pfaff, H., Pförtner, T.K., Wesselmann, S. și Enders, A., „Unmet Information Needs and Limited Health Literacy in Newly Diagnosed Breast Cancer Patients Over the Course of Cancer Treatment”, 2016, *Patient Education and Counseling*, vol. 99, nr. 9, pp. 1511-1518.
32. Hamer, M., Chida, Y. și Molloy, G.J., „Psychological Distress and Cancer Mortality”, 2009, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 66, nr. 3, pp. 255-258.
33. Hoge, M.A. și Roth, A.J., „Training Psychiatrists and Psychologists in Psycho-Oncology” în Holland, J.C. *et al.*, (editori), *Psycho-Oncology*, ediția a 3-a, Oxford University Press, 2015, doi: 10.1093/med/9780199363315.003.0093.
34. Horvath, L.E., Yordan, E., Malhotra, D., Leyva, I., Bortel, K., Schalk, D. *et al.*, „Multidisciplinary Care in the Oncology Setting: Historical Perspective and Data from Lung and Gynecology Multidisciplinary Clinics”, 2010, *Journal of Oncology Practice*, vol. 6, nr. 6, pp. e21-e26.
35. Jacobsen, P.B. și Ransom, S., „Implementation of NCCN Distress Management Guidelines by Member Institutions”, 2007, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, vol. 5, nr. 1, pp. 99-103.
36. Jansen, F., van Zwieten, V., Coupé, V.M., Leemans, C.R. și Verdonck-de Leeuw, I.M., „A Review on Cost-Effectiveness and Cost-Utility of Psychosocial Care in Cancer Patients”, 2016, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, vol. 3, nr. 2, pp. 125-136.
37. Kim, G.M., Kim, S.J., Song, S.K., Kim, H.R., Kang, B.D., Noh, S.H. *et al.*, „Prevalence and Prognostic Implications of Psychological Distress in Patients with Gastric Cancer”, 2017, *BMC Cancer*, vol. 17, nr. 1, doi: 10.1186/s12885-017-3260-2.
38. Kleiner, S. și Wallace, J.E., „Oncologist Burnout and Compassion Fatigue: Investigating Time Pressure at Work as A Predictor and The Mediating Role of Work-Family Conflict”, 2017, *BMC Health Services Research*, vol. 17, nr. 1, doi: 10.1186/s12913-017-2581-9.
39. Kubota, Y., Akechi, T. și Okuyama, T., „Effectiveness of a Brief Psycho-Oncology Training Program for General Nurses: A Preliminary Study”, 2018, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, vol. 46, nr. 6, pp. 594-597.
40. Kubota, Y., Okuyama, T., Uchida, M., Umezawa, S., Nakaguchi, T., Sugano, K. *et al.*, „Effectiveness of a Psycho-Oncology Training Program for Oncology Nurses: A Randomized Controlled Trial”, 2016, *Psycho-Oncology*, vol. 25, nr. 6, pp. 712-718.

41. Landsbergen, K.M., Prins, J.B., Brunner, H.G., Van Duijvendijk, P., Nagengast, F.M., Van Krieken, J.H. *et al.*, „Psychological Distress in Newly Diagnosed Colorectal Cancer Patients Following Microsatellite Instability Testing for Lynch Syndrome on The Pathologist’s Initiative”, 2012, *Familial Cancer*, vol. 11, nr. 2, pp. 259-267.
42. Luxford, K., Hill, D. și Bell, R., „Promoting the Implementation of Best-Practice Guidelines Using A Matrix Tool”, 2006, *Disease Management și Health Outcomes*, vol. 14, nr. 2, pp. 85-90.
43. Maguire, M. și Delahunt, B., „Doing A Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars”, 2017, *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, vol. 9, nr. 3, pp. 3351-33514.
44. McCarter, K., Britton, B., Baker, A.L., Halpin, S.A., Beck, A.K., Carter, G. *et al.*, „Interventions to Improve Screening and Appropriate Referral of Patients with Cancer for Psychosocial Distress: Systematic Review”, 2018, *BMJ Open*, vol. 8, nr. 1, e017959, doi:10.1136/bmjopen-2017-017959.
45. McGregor, B.A. și Antoni, M.H., „Psychological Intervention and Health Outcomes Among Women Treated for Breast Cancer: A Review of Stress Pathways and Biological Mediators”, 2009, *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 23, nr. 2, pp. 159-166.
46. Mehnert, A., Hartung, T.J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M. *et al.*, „One in Two Cancer Patients Is Significantly Distressed: Prevalence and Indicators of Distress”, 2017, *Psycho-Oncology*, vol. 27, nr. 1, pp. 75-82.
47. Meyer, T.J. și Mark, M.M., „Effects of Psychosocial Interventions with Adult Cancer Patients: A Meta-analysis of Randomized Experiments”, 1995, *Health Psychology*, vol. 14, nr. 2, pp. 101-108.
48. Mitchell, A.J., „Screening for Cancer-Related Distress: When Is Implementation Successful and When Is It Unsuccessful?”, 2013, *Acta Oncologica*, vol. 52, nr. 2, pp. 216-224.
49. Mitchell, A.J., Vahabzadeh, A. și Magruder, K., „Screening for Distress and Depression in Cancer Settings: 10 Lessons from 40 Years of Primary-Care Research”, 2011, *Psycho-Oncology*, vol. 20, nr. 6, pp. 572-584.
50. Moore, P.M., Wilkinson, S.S. și Rivera Mercado, S., „Communication Skills Training for Health Care Professionals Working with Cancer Patients, Their Families and/or Carers”, 2004, *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 2, doi:10.1002/14651858.CD003751.pub2.
51. Moorey, S., „I Know They Are Distressed. What Do I Do Now?”, 2013, *Psycho-Oncology*, vol. 22, nr. 9, pp. 1946-1952.
52. Mosher, C.E., Given, B.A. și Ostroff, J.S., „Barriers to Mental Health Service Use Among Distressed Family Caregivers of Lung Cancer Patients”, 2015, *European Journal of Cancer Care*, vol. 24, nr. 1, pp. 50-59.
53. Mosher, C.E., Winger, J.G., Hanna, N., Jalal, S.I., Fakiris, A.J., Einhorn, L.H. *et al.*, „Barriers to Mental Health Service Use and Preferences for Addressing Emotional Concerns Among Lung Cancer Patients”, 2014, *Psycho-Oncology*, vol. 23, nr. 7, pp. 812-819.
54. National Comprehensive Cancer Network, Practice Guidelines in Oncology, Version 1.2002: Distress Management, 2002, [Online] disponibil la <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>, accesat la data de 12 octombrie 2018.

55. Neumann, M., Galushko, M., Karbach, U., Goldblatt, H., Visser, A., Wirtz, M. *et al.*, „Barriers to Using Psycho-Oncology Services: A Qualitative Research into The Perspectives of Users, Their Relatives, Non-Users, Physicians, and Nurses”, 2010, *Supportive Care in Cancer*, vol. 18, nr. 9, pp. 1147-1156.
56. O'Connor, M. și Casey, L., „The Mental Health Literacy Scale (MHLs): A New Scale-Based Measure of Mental Health Literacy”, 2015, *Psychiatry Research*, vol. 229, nr. 1, pp. 511-516.
57. Okuyama, T., Endo, C., Seto, T., Kato, M., Seki, N., Akechi, T. *et al.*, „Cancer Patients' Reluctance to Disclose Their Emotional Distress to Their Physicians: A Study of Japanese Patients with Lung Cancer”, 2008, *Psycho-Oncology*, vol. 17, nr. 5, pp. 460-465.
58. Okuyama, T., Nakane, Y., Endo, C., Seto, T., Kato, M., Seki, N. *et al.*, „Mental Health Literacy in Japanese Cancer Patients: Ability to Recognize Depression and Preferences of Treatments – Comparison with Japanese Lay Public”, 2007, *Psycho-Oncology*, vol. 16, nr. 9, pp. 834-842.
59. Otani, H., Morita, T., Esaki, T., Ariyama, H., Tsukasa, K., Oshima, A. și Shiraisi, K., „Burden on Oncologists When Communicating the Discontinuation of Anticancer Treatment”, 2011, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, vol. 41, nr. 8, pp. 999-1006.
60. Rankin, N.M., Butow, P.N., Price, M.A. și Evans, A., „Views of Psycho-Oncology Health Professionals on Priority Psycho-Oncology Research Questions”, 2011, *Supportive Care in Cancer*, vol. 19, nr. 8, pp. 1133-1141.
61. Rankin, N.M., Collett, G.K., Brown, C.M., Shaw, T.J., White, K.M., Beale, P.J. *et al.*, „Implementation of A Lung Cancer Multidisciplinary Team Standardised Template for Reporting to General Practitioners: A Mixed-Method Study”, 2017, *BMJ Open*, vol. 7, nr. 12, e018629, doi:10.1136/bmjopen-2017-018629.
62. Rankin, N.M., Lai, M., Miller, D., Beale, P., Spigelman, A., Prest, G. *et al.*, „Cancer Multidisciplinary Team Meetings in Practice: Results from a Multi-Institutional Quantitative Survey and Implications for Policy Change”, 2018, *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, vol. 14, nr. 1, pp. 74-83.
63. Reavley, N.J. și Jorm, A.F., „Recognition of Mental Disorders and Beliefs about Treatment and Outcome: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma”, 2011, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 45, nr. 11, pp. 947-956.
64. Steele, R. și Fitch, M.I., „Why Patients with Lung Cancer Do Not Want Help with Some Needs”, 2008, *Supportive Care in Cancer*, vol. 16, nr. 3, pp. 251-259.
65. Steinberg, T., Roseman, M., Kasymjanova, G., Dobson, S., Lajeunesse, L., Dajczman, E. *et al.*, „Prevalence of Emotional Distress in Newly Diagnosed Lung Cancer Patients”, 2009, *Supportive Care in Cancer*, vol. 17, nr. 12, pp. 1493-1497.
66. Suri, H., „Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis”, 2011, *Qualitative Research Journal*, vol. 11, nr. 2, pp. 63-75.
67. Thorne, S.E., Bultz, B.D. și Baile, W.F., „Is There A Cost to Poor Communication in Cancer Care?: A Critical Review of The Literature”, 2005, *Psycho-Oncology*, vol. 14, nr. 10, pp. 875-884.
68. Tromp, D.M., Brouha, X.D.R., Hordijk, G.J., Winnubst, J.A.M., Gebhardt, W.A., Van Der Doef, M.P. și De Leeuw, J.R.J., „Medical Care-Seeking and Health-Risk Behavior

- in Patients with Head and Neck Cancer: The Role of Health Value, Control Beliefs and Psychological Distress", 2005, *Health Education Research*, vol. 20, nr. 6, pp. 665-675.
69. Vrdoljak, E., Bodoky, G., Jassem, J., Popescu, R.A., Mardiak, J., Pirker, R. *et al.*, „Cancer Control in Central and Eastern Europe: Current Situation and Recommendations for Improvement", 2016, *The Oncologist*, vol. 21, nr. 10, pp. 1183-1190.
 70. Wight, D., Wimbush, E., Jepson, R. și Doi, L., „Six Steps in Quality Intervention Development (6SQuID)", 2016, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 70, nr. 5, doi:10.1136/jech-2015-205952.
 71. Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. și Piantadosi, S., „The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site", 2011, *Psycho-Oncology*, vol. 10, nr. 1, pp. 19-28.

Anexa 1

Bariere în asigurarea asistenței oncologice psihosociale percepute de oncologi și de practicienii din domeniul sănătății mintale care profesau în patru clinici din Albania, Moldova, România și Serbia

Teme	Subteme	Coduri	Citate* (Specializarea profesională, genul, vârsta)
Bariere individuale			
	Rolul consilierii psihologice		Cred că lipsa educației este principala problemă, având în vedere că unii oameni nici măcar nu știu ce înseamnă un „psiholog”. (OM 1, F, 40) Ei nu au nicio idee despre ce este consilieria psihologică, gândindu-se că doar o pastilă ar putea rezolva totul, ceea ce este atât de fals. (OM 4, F, 40)
Nivel scăzut de alfabetizare în sănătatea mintală	Rolul psihologului		Nu toți pacienții înțeleg corect sau sunt pregătiți să meargă la un psiholog. Îi trimitem frecvent către psiholog, dar de cele mai multe ori refuză serviciile psihologice, fără să știe că psihologul îi poate ajuta cu starea lor emoțională. (OM 3, F, 45) Din păcate, oamenii din țara noastră au tendința de a confunda psihologul cu psihiatrul, fiind prima greșeală pe care o fac, gândindu-se că dacă vizitezi un psiholog vei deveni instantaneu instabil din punct de vedere mental, ceea ce nu este deloc adevărat. (R 1, F, 27) Oamenii de la noi nu sunt obișnuți să meargă la psiholog, ei neagă acest aspect. Dacă trec prin situații mai complicate, merg la un psihiatru, dar nu ar merge la un psiholog. (OM 2, F, 45)
	Procedurile de obținere a suportului psihologic		Pacientul trebuie să se confrunte singur cu stresul... nu știe la cine să apeleze pentru ajutor, deoarece nu există informații despre acest lucru. (OM 4, F, 40) În alte cazuri, pacienții nu solicită servicii de sănătate mintală, deoarece nu știu la cine să apeleze, nu există informații. (OM 8, M, 36) De multe ori, pacienții nu își cunosc drepturile, deci consideră că solicitarea de informații suplimentare de la medici este o favoare și nu unul dintre drepturile lor. (PSM 1, F, 30)
Bariere relaționate cu pacientul	Diagnosticul de cancer		Cu câțiva ani în urmă, am avut o pacientă care nu credea că diagnosticul ei a fost cancer, ea a considerat că nu are nimic, că este sănătoasă, că este doar o eroare medicală, că va da în judecată spitalul. Prin urmare, în calitate de șef de departament, am cerut realizarea unui consiliu cu toți medicii acelei secții, i-am arătat pacienței raportul histopatologic și mamografia ei și am comparat-o cu o mamografie normală și ea nu era convinsă. Mai târziu a fost consultată de un psihiatru din afara instituției noastre. În cele din urmă, totul a fost în regulă, am găsit un punct comun de discuții. (OM 6, F, 55)
Nivel scăzut de alfabetizare în cancer			Există mulți pacienți care sunt tratați în centrul nostru de ani de zile și nu știu pentru ce sunt tratați, consideră că sunt tratați pentru un ulcer gastric, polip etc. (RO 1, F, 44) Nu toți pacienții își cunosc diagnosticul, deoarece depind de pacient. (OM 13, M, 38)

	Tratamentul în cancer și prognosticul bolii	<p>Având în vedere că principala problemă este lipsa de informații despre prognosticul și tratamentul cancerului, mulți pacienți reacționează exagerat în primul moment, cu perturbări frecvente ale dispoziției. Principalul obiectiv al activității noastre este educația pacientului. (PSM 2, F, 28)</p> <p>Datorită mentalității din această regiune, oamenii asociază psihologul/ psihoterapeutul/ psihiatrul cu nebulnia și, prin urmare, privesc propunerea noastră ca pe o ofensă. (OM 5, F, 40)</p> <p>Colaborez foarte bine cu psihologul din clinica noastră și trimit pacienții către psiholog, din păcate, mentalitatea poporului nostru este inadecvată, deoarece, ori de câte ori, vin cu propunerea de consiliere psihologică, pacienții reacționează foarte prost, mai mult de jumătate dintre ei respingând trimiterea mea și întrebând „Crezi că sunt nebun?”. (OM 4, F, 40)</p> <p><i>Încerc să explic celor care suferă de cancer că vreau să-i trimit către un psiholog și ei devin defensivi, afirmând că nu sunt nebuni.</i> (OM 1, F, 40)</p>
<p>Aitudini negative față de accesarea serviciilor de sănătate mintală</p>	<p>Recunoașterea unei probleme psihologice</p>	<p>În al doilea rând, oncologii adesea nu recunosc nevoile de sănătate mintală sau problemele pacienților noștri, astfel încât pacientul rămâne fără ajutor din partea practicienilor din domeniul sănătății mintale. (PSM 6, F, 30)</p> <p>Nevoia [pentru sprijin psihologic] există, dar, din păcate, nu este recunoscută de toți medicii, această nevoie nu este acceptată de toți medicii. [...] Deci, acest lucru este cel mai dureros, respectiv că unii medici nu acceptă că această nevoie există; alții o acceptă, dar nu trimit pacienții către psiholog, așa că ajungem la afirmația lui S.B care spune că trebuie să treacă mulți ani, trebuie să treacă câteva generații, trebuie să apară noile generații mai sensibile [față de nevoile de sănătate mintală ale pacienților]. (OM 9, F, 44)</p> <p>Societatea noastră, inclusiv medicii, nu are conștiința adecvată cu privire la problemele de sănătate mintală. (OM 10, F, 35)</p>
<p>Nivel scăzut de cunoștințe în sănătate mintală</p>	<p>Navigarea în sistemul de sănătate mintală</p>	<p>Nu știu în ce măsură [medicii] înțeleg metodele folosite sau faptul că se poate interveni și într-o situație de criză. (PSM 1, F, 30)</p> <p>Oncologii din țara noastră adesea nu recunosc nevoile psihologice ale pacienților sau ceea ce sunt serviciile de sănătate mintală sau ceea ce facem noi [ca practicieni în domeniul sănătății mintale]. (PSM 6, F, 30)</p> <p>Nu știu în ce măsură [medicii] înțeleg metodele folosite sau faptul că se poate interveni și într-o situație de criză. (PSM 1, F, 30)</p>
<p>Bariere relaționate cu practicienii</p>	<p>Frica de a crește distresul pacientului</p>	<p>Există mulți pacienți care sunt tratați în centrul nostru de ani de zile și nu știu pentru ce sunt tratați, consideră că sunt tratați pentru un ulcer gastric, polip etc. Dar nu li se spune diagnosticul de cancer. (RO 1, F, 44)</p> <p>Nu toți pacienții cunosc diagnosticul, deoarece depinde de pacient, dacă sunt instabili din punct de vedere emoțional, nu le spunem pentru că sunt oricum instabili emoțional când ajung la Institutul de Oncologie, așa că am prefera să informăm familia și apoi, dacă familia consideră necesar, să informăm pacientul la domiciliu, când este într-o stare mintală mai bună, iar dacă nu, pacienții rămân fără să știe clar diagnosticul lor, pentru că ei intuiesc oricum. (OM 13, M, 38)</p>

Teme	Subteme	Coduri	Citate* (Specializarea profesională, genul, vârsta)
			Bariere organizaționale
	Timpul alocat consultației		<p>Avem foarte puțin timp pentru a discuta cu pacientul, aproximativ 10-15 minute, în aceste 10-15 minute ne ocupăm să stabilim diagnosticul pacientului, dar nu și să-i întrebăm despre starea lor psiho-emoțională sau să adresăm întrebarea dacă au avut tentative de suicid. De exemplu, atunci când pregătim pacientul pentru o intervenție chirurgicală și îi spunem că e posibil să realizăm o colostomie, vedem atunci cum se schimbă pacientul: i se schimbă expresia facială, intră în gânduri profunde. Dar pentru a observa starea lor emoțională, trebuie să rezervăm timp pentru o investigație psihologică. (RO 1, F, 44)</p> <p>Timpul... cred că pot numi lipsa timpului o barieră. Avem un număr crescut de pacienți care trebuie gestionati în același timp. Și acest lucru nu ne permite să luăm în considerare toate opțiunile privind problemele de sănătate mintală. (OM 7, F, 29)</p> <p>Există o criză de timp cu care se confruntă în general oncologii. (PSM 3, M, 73)</p> <p>Epuizarea medicilor din oncologie și supraîncărcarea muncii lor le distrage atenția de la problemele de sănătate mintală. (PSM 4, F, 46)</p>
	Absența unui spațiu intim		<p>Atunci când este posibil, prefer să vină pacienții în cabinetul meu de consultare, pentru că este un lucru când ai intimitate și altul atunci când ești în salonul pacientului cu alți 5-6 pacienți, nu chiar 5-6, dar minim 3 pacienți sunt acolo. (PSM 1, F, 30)</p> <p>În primul rând trebuie stabilită o legătură cu pacientul, printr-un proces de consiliere psihologică, este un proces, trebuie să existe mai multe întâlniri, un context privat, un spațiu în care discuția nu este întreruptă de nimeni, unde nu stai în spatele unui birou mare sau în picioare în timp ce pacientul se află într-un pat cu alți 6 pacienți în cameră. (OM 9, F, 44)</p>
	Absența resurselor		<p>Nu am văzut psihoterapeuți și psihiatri în institutul nostru și avem doar un psiholog pentru întregul institut care are aproape 1.000 de pacienți. (OM 5, F, 40)</p> <p>Nu am avea bariere, dacă am avea specialiști cu care să colaborăm, dar nu avem. Consider că ne-ar ajuta foarte mult, dacă am solicita serviciile specialiștilor. Am făcut un curs de pregătire în afara țării, unde am văzut cum oncologul, pacientul și psihologii colaborează. Relația medic-pacient este foarte bună, psihologul este, de asemenea, puțin instruit în oncologie, astfel că el cunoaște specificul bolii. Rezultatele sunt într-adevăr foarte bune. Pacientul este mai compliant, mai încrezător și apoi tratamentul oncologic merge mult mai bine. (OM 6, F, 55)</p> <p>Sistemul de sănătate din această țară are un deficit de specialiști. (PSM 6, F, 30)</p> <p>Unele sondaje efectuate anterior arată că institutul de oncologie are nevoie de cel puțin 7 psihologi, dar avem doar unul. Acesta trebuie să gestioneze pacienții atât din ambulatoriu, cât și cei spitalizați. (OM 2, F, 45)</p> <p>După cum vă dați seama, avem mai mult de 100 de pacienți pe zi care ar dori să discute cu un psiholog, atunci de câți psihologi ar fi nevoie într-o secție ca a noastră? Nu avem decât un psiholog care, de exemplu, în acest an a avut făcut o vacanță neremunerată pentru a dezvolta un proiect în comunitate... așa că secția noastră a rămas practic fără psiholog. (OM 9, F, 44)</p>

	<p>Când un pacient este diagnosticat cu cancer în clinica noastră, el este consultat de 3 specialiști: chirurgul, chimioterapeutul și radioterapeutul. Probabil, un al patrulea specialist, psihologul, ar trebui să fie inclus în această echipă. (OM 16, F, 45)</p> <p>Cred că e nevoie de mai mulți psihologi pentru o instituție atât de mare. (OM 3, F, 45)</p> <p>Există un singur psiholog pentru pacienții adulți și vârstnici din dispensar, dar acesta nu poate să răspundă tuturor cerințelor, așa dar ar fi mult mai bine dacă ar fi alocat câte un psiholog pentru fiecare departament. (OM 5, F, 40)</p> <p>Nu cred că există bariere, ci doar că ar trebui să avem mai mulți psihologi în instituția noastră, astfel încât să putem avea acces mai direct la serviciile lor. (OM 16, F, 45)</p> <p>Nu cred că nu putem comunica între noi, dar cel mai important este să avem mai mulți specialiști în instituția noastră, pentru că nu cred că pacienții ar merge la o instituție diferită pentru o consultare în domeniul sănătății mintale. Probabil, acest lucru ar facilita comunicarea. (OM 16, F, 45)</p> <p>Oncologii sunt primii care văd dacă unii pacienți au o problemă mentală sau emoțională, deci trebuie să fie bine educați și, uneori, deschiși la minte. (PSM 5, F, 50)</p> <p>Sunt necesari mai mulți profesioniști în domeniul oncologiei, mai multe întâlniri și mai multă educație. (OM 12, F, 35)</p> <p>Avem nevoie de instruirii speciale în domeniul psiho-oncologiei și un număr mai mare de psihologi bine instruiți în echipa de oncologie. (OM 14, M, 33)</p> <p>Este utilă formarea celor care lucrează cu pacienții oncologici cu privire la nevoile lor de sănătate mentală, mă refer atât la medici cât și la asistente medicale (deoarece acestea petrec suficient timp cu pacienții, astfel încât să poată observa când se întâmplă ceva și să raporteze acest lucru medicilor cu care lucrează). (PSM 5, F, 50)</p>
<p>Absența cursurilor de educare</p> <p>Cursuri în psiho-oncologie</p>	<p>Medicii au un procent foarte mare de pacienți într-o singură zi, deci nu e de mirare că oncologii nu se gândesc la starea de sănătate mentală a pacienților sau la consultările cu colegii lor din psihiatrie sau psihologie. (PSM 5, F, 50)</p> <p>Doctorii din ambulatoriu au câte 50 de consultații zilnice, fiecare durând câte 5 minute și astfel nu este posibilă și o consultație psihologică, deoarece aceasta ar necesita cel puțin o jumătate de oră, nu este posibilă. (OM 8, M, 36)</p> <p>Având această cifră mare de pacienți (...) nu reușim să îi ținem de mână și să îi consolăm. (OM 3, F, 45)</p> <p>Este un lucru a discuta cu un psiholog și un alt lucru a discuta cu un medic care este într-o grabă continuă și trebuie să ofere sprijin medical și psihologic pentru foarte mulți pacienți zilnic. (OH 1, F, 39)</p> <p>Suntem foarte ocupați cu pacienții noștri cu toate aceste documente și documente justificative. (OH 1, F, 39)</p>
<p>Numărul mare de pacienți</p> <p>Volumul mare de muncă</p>	<p>Munca administrativă</p>

Teme	Subteme	Coduri	Citate* (Specializarea profesională, genul, vârsta)
Modelul de îngrijire	Proceduri complicate		<p>Oncologii care nu au specialiști în sănătate mintală în spitalele lor trebuie în primul rând să trimită pacienții oncologici la un centru de asistență primară, cu recomandări că au nevoie de opinia psihiatrilor sau psihologului, iar după aceea medicul general trimite pacientul cu o scrisoare de recomandare către specialiștii în sănătate mintală sau către asistența medicală secundară. În opinia mea, procedura este prea complicată. (PSM 6, F, 30)</p> <p>Deci, putem pierde o mulțime de pacienți în acest fel, pentru că nu vor să se obosească cu mai multă muncă de psihiatrie. (PSM 6, F, 30)</p>
	Proceduri nstandardizate		<p>În cadrul clinicii noastre, lucrurile nu au fost într-adevăr reglementate, de exemplu, nici măcar nu avem ghiduri pentru practica psihologică. OK, colegii psihologilor a încercat pe site-ul lor un ghid pentru practicarea intervențiilor de psihologie, dar din ceea ce am văzut în partea de asistență socială, există o indicație de practică din spital, totuși în clinica noastră nu există acest lucru. (PSM 1, F, 30)</p> <p>Cred că ar trebui să existe unele norme legislative, unele scheme care să reglementeze trimiterea pacientului de la un oncolog la un specialist în domeniul sănătății mintale. (MO 13, M, 38)</p>
Modelul de îngrijire	Comunicare		<p>Comunicarea, cu siguranță, poate fi mai bună. Centrele de cancer nu au o comunicare directă cu centrele de sănătate mintală. (PSM 6, F, 30)</p> <p>Comunicarea este insuficientă, cred. (OM 11, F, 58)</p>
	Procedurile de trimitere		<p>Pacientul este trimis prea târziu, când a dezvoltat o psihopatologie gravă. (PSM 5, F, 50)</p>
Obligativitatea consultațiilor psihologice			<p>Cred că un astfel de sistem ar trebui să includă o consultare psihologică obligatorie. Ar trebui dezvoltate anumite standarde de diagnostic și dacă va fi obligatoriu consultul psihologic atunci vor exista mai mulți specialiști. (RO 1, F, 44)</p>
Screeningul pentru disres			<p>La fel cum într-o comisie medicală este necesar să se facă o analiză a sângelui, așa ar trebui să fie în sistemul de sănătate mintală, și anume consultarea psihologică ar trebui să fie obligatorie. (OM 13, M, 38)</p> <p>Cred că toți pacienții programați pentru chimioterapie ar trebui, prin toate mijloacele, să fie evaluați printr-un chestionar, la începutul, în timpul și după tratament; în plus, colaborarea cu psihoterapeuții ar fi absolut vitală pentru a asigura o mai bună calitate a vieții pacientului. (OM 4, F, 40)</p>

Bariere culturale

	<p>Întotdeauna am considerat contribuția psihologului și colaborarea medic-pacient-psiholog ca fiind necesară și obligatorie. (HO 1, F, 39)</p> <p>Întreaga echipă ar putea fi ajutată de psiholog, nu numai pacientul. (R 1, F, 27)</p> <p>O soluție ar fi seminariile planificate cu medici de diferite specializări – oncologi, psihiatri – și cu psihologi, unde am putea discuta cazurile, purta discuții, de exemplu organizând seminarii săptămânale/lunare în care am discuta despre eșecul tratamentului datorită stării psihologice slabe sau respingerii tratamentului datorat stării psihologice. (PSM 7, F, 50)</p> <p>Ar fi util să avem întâlniri comune, prezentări, dar foarte limitate în timp, pentru că există o criză de timp (...) cu care medicii oncologi se confruntă în general. (PSM 3, M, 73)</p> <p>Este nevoie de o colaborare mai mare. O colaborare multidisciplinară este necesară și binevenită, una care ar include oncologi, psihologi, psihiatri, astfel încât, în acest fel, eficacitatea tratamentului s-ar îmbunătăți. Pot fi propuse diferite modalități de colaborare, cum ar fi seminarii, mese rotunde de discuții, discuții privind studiile de caz. (PSM 7, F, 50)</p> <p>Un sistem eficient înseamnă o bună funcționare a lanțurilor sistemului. Lanțurile reprezintă toate specializările care vor forma un sistem multidisciplinar și care trebuie să colaboreze pentru a oferi un tratament mai eficient pacienților. (MO 15, M, 33)</p> <p>Comunicarea dintre oncologii și psihologii de la institutul oncologic este foarte bună, deși nu există suficienți psihologi. (OM 4, F, 40)</p>
--	--

* OM = oncologie medicală; RO = radioterapie oncologică; PSM = practician în sănătate mintală; OH = oncologie-hematologie; R = rezidențiat în oncologie