

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI

Facultatea de Științe Politice, Administrative și ale Comunicării
Școala Doctorală de Administrație și Politici Publice

TEZĂ DE DOCTORAT

PSIHO-ONCOLOGIA ÎN EUROPA DE SUD-EST
IMPLICAȚII PENTRU POLITICI ȘI PRACTICI

PSYCHO-ONCOLOGY IN SOUTH-EASTERN EUROPE
IMPLICATIONS FOR POLICY AND PRACTICE

COORDONATOR

Prof. Univ. Dr. Cătălin O. Baba

STUDENT

Alexandra Sidor (Onișor)

CLUJ-NAPOCA

2022

CUPRINS

1	SINTEZA LITERATURII ȘTIINȚIFICE: O scurtă imagine asupra cancerului	15
1.1	Definiția Cancerului	16
1.1.1	Ce este cancerul?	16
1.1.2	Care sunt tipurile cunoscute de cancer?	16
1.1.3	Cum apare cancerul?	16
1.1.4	Ce cauzează cancerul?	17
1.2	Povara Cancerului	19
1.2.1	Ce indică povara globală a cancerului?	19
1.2.2	Care este impactul social al cancerului?	20
1.2.3	Care este impactul economic al cancerului?	21
1.2.4	Care este povara cancerului asupra indivizilor suferinzi?	22
1.3	Abordarea cancerului	25
1.3.1	Prevenția	25
1.3.2	Detectarea precoce și screeningul	27
1.3.3	Treatmentul	27
1.3.4	Îngrijirile paliative	29
1.3.5	Direcții viitoare	30
1.4	Situația Cancerului în patru Țări din Europa de Sud-Est	32
1.4.1	Albania	32
1.4.2	Republica Moldova	36
1.4.3	România	38
1.4.4	Serbia	41
2	SINTEZA LITERATURII ȘTIINȚIFICE: Cancerul și Sănătatea Mintală	44
2.1	Conceptualizarea Sănătății Mintale	45
2.1.1	Înspre o definiție integrată	45
2.1.2	Bunăstarea	45
2.1.3	Tulburările mintale	46
2.1.4	Adresarea sănătății mintale	51
2.2	Problemele de Sănătate Mintală în rândul Pacienților cu Diagnostic de Cancer	53
2.2.1	Tipuri, instrumente de screening și indicatori	53
2.2.2	Determinanți și consecințe	57
2.2.3	Intervenții validate științific	60
2.3	Sănătatea Mintală a Pacienților cu Diagnostic de Cancer din Europa de Sud-Est	64
2.3.1	Albania	64

2.3.2	Republica Moldova	65
2.3.3	România	66
2.3.4	Serbia	67
3	STUDIUL DE CERCETARE: Prevalența, Determinanții și Adresarea Distresului Psihologic în rândul Pacienților cu Diagnostic de Cancer din patru Spitale de Oncologie de Stat din Europa de Sud-Est.....	70
3.1	Descrierea Studiului	71
3.1.1	Scopuri și obiective	71
3.1.2	Metodologia studiului.....	71
3.2	Rezultatele Studiului	80
3.2.1	Rezultate relevante pentru eșantionul întreg.....	80
3.2.2	Rezultate relevante pentru Albania	107
3.3.1	Rezultate relevante pentru Republica Moldova	121
3.3.2	Rezultate relevante pentru România.....	133
3.3.3	Rezultate relevante pentru Serbia	146
4	STUDIUL DE CERCETARE: Analiza Situațională a Serviciilor de Sănătate Mintală adresate Pacienților cu Diagnostic de Cancer din patru Spitale de Oncologie de Stat din Europa de Sud-Est.....	160
4.1	Descrierea Studiului	161
4.1.1	Scopuri și obiective	161
4.1.2	Metodologia studiului.....	161
4.2	Rezultatele Studiului	163
4.2.1	Albania	163
4.2.2	Republica Moldova	170
4.2.3	România	177
4.2.4	Serbia	189
5	Implicații pentru Domeniul de Administrație și Politici Publice.....	196
5.1	Problema Distresului Psihologic în rândul Pacienților cu Diagnostic de Cancer.....	197
5.2	Dovezi care Sprijină Nevoia de Servicii Psihosociale adresate Pacienților cu Diagnostic de Cancer din Europa de Sud-Est	199
5.2.1	Proiectul IMeRS	199
5.2.2	Concluziile studiului cantitativ	202
5.2.3	Concluziile studiului calitativ.....	205
5.3	Cauzele Serviciilor precare de Sănătate Mintală în patru Spitale de Oncologie din Europa de Sud-Est	207
5.3.1	Concluziile studiului cantitativ	207
5.3.2	Concluziile studiului calitativ.....	209

5.4	Soluții pentru Îmbunătățirea Îngrijirilor Psihosociale adresate Pacienților cu Diagnostic de Cancer din Europa de Sud-Est.....	213
5.5	Implicații pentru Politicile curente care Contribuie la Menținerea Problemei.....	220
6	BIBLIOGRAFIE	228
7	ANEXE	248
7.1	ANEXA 1: Formularul de consimțământ informat adresat pacienților cu diagnostic de cancer înrolați în studiu	249
7.2	ANEXA 2: Chestionarul adresat pacienților cu diagnostic de cancer înrolați în studiu	251
7.3	ANEXA 3: Scrisoarea de invitație pentru participarea în studiu adresată specialiștilor din domeniul sănătății	258
7.4	ANEXA 4: Formularul de consimțământ informat adresat specialiștilor din domeniul sănătății înrolați în studiu	259
7.5	ANEXA 5: Ghidul de interviu adresat specialiștilor din domeniul sănătății înrolați în studiu ...	261

REZUMAT

În ultimele două decenii, incidența cancerului s-a dublat iar cancerul a devenit prima cauză de deces pentru persoanele sub 70 de ani. Cancerul determină cel mai mare cost economic și social și o povară psihologică imensă în rândul supraviețuitorilor. Unul din doi pacienți raportează o suferință psihologică semnificativă, aceasta fiind asociată cu accesarea târzie și întreruperea prematură a tratamentului, progresia rapidă a cancerului, rate scăzute de supraviețuire. Deși îngrijirea psiho-oncologică a rezultat în ameliorarea suferinței psihologice, reducerea frecvenței utilizării serviciilor medicale și costurilor asociate, integrarea psiho-oncologiei în tratamentul standard al cancerului rămâne deficitară, suportul psiho-oncologic fiind disponibil unui procent redus de pacienți la nivel mondial. Pentru a investiga starea îngrijirii psiho-oncologice în Europa de Sud-Est, am implementat o cercetare cu metode mixte implicând 615 pacienți oncologici și 34 medici din patru clinici oncologice de stat din Albania, Republica Moldova, România și Serbia. Deși peste 80% dintre pacienți au necesitat sprijin psihologic urgent, sub 19% l-au primit. Cele patru clinici s-au confruntat cu un număr insuficient de specialiști în sănătate mintală, absența procedurilor standardizate de îngrijire psihologică, cunoștințe slabe în domeniul sănătății mintale în rândul pacienților și al personalului oncologic, politici inadecvate și sisteme de sănătate ineficiente. Integrând recomandările internaționale, cercetarea originală propune 11 acțiuni pentru factorii de decizie din Europa de Sud-Est interesați în a transforma îngrijirea psiho-oncologică dintr-un lux într-un drept fundamental al omului.

Domeniul mai larg al acestei teze de doctorat este reprezentat de serviciile de psiho-oncologie din țările cu venituri mici și medii din Europa de Sud-Est. Subiectul specific al prezentei teze constă în schimbările de politici publice ce au potențialul de a atenua povara psihologică a supraviețuitorilor de cancer din Albania, Republica Moldova, România și Serbia. Primele două capitole ale acestei teze subliniază natura problematică a cancerului și a problemelor mentale, arătând modul în care fiecare contribuie la povara globală a bolilor în termeni de costuri economice, sociale și individuale. Aceste capitole subliniază, de asemenea, modul în care cele două probleme combinate contribuie la povara globală a bolilor, aducând dovezi ale naturii problematice a problemelor mentale la bolnavii de cancer. Mai mult, pentru fiecare dintre cele patru țări de interes, o imagine a poverii cancerului și a situației sănătății mintale a supraviețuitorilor de cancer, apare prezentată în ultima parte a primelor două capitole. Capitolul trei prezintă un studiu cantitativ original de cercetare care a colectat dovezi ale naturii problematice a distresului psihologic abordat la 615 pacienți cu cancer care primeau îngrijiri în patru spitale oncologice de stat din Albania, Republica Moldova, România și Serbia. În mod similar, capitolul patru prezintă un studiu calitativ original care identifică barierele în asigurarea unor servicii adecvate de sănătate mintală în cele patru spitale oncologice de stat. Ultimul capitol al tezei propune noi acțiuni care pot fi încorporate în politicile actuale de sănătate mintală pentru supraviețuitorii de cancer din Albania, Republica Moldova, România și Serbia, ținând cont de rezultatele cercetărilor originale și de ghidurile internaționale pentru îngrijirea psiho-oncologică.

Pentru abordarea acestui subiect, cele cinci capitole urmează primii cinci pași esențiali în propunerea schimbărilor de politici publice: identificarea problemei, prezentarea suportului empiric pentru importanța abordării problemei, identificarea cauzelor problemei, identificarea modului în care politicile actuale contribuie la menținerea problemei și furnizarea de soluții adecvate care pot fi încorporate în schimbările de politici publice.

Cuvinte cheie: psiho-oncologie, suferința psihologică, supraviețuitorii cancerului, politici publice, Europa de Sud-Est

PASUL 1: PROBLEMA

În 2020, la nivel mondial, 19 milioane de oameni au primit un diagnostic de cancer, 44 de milioane au trăit cu cancer și 10 milioane au murit de cancer (Sung et al., 2021). În ultimele două decenii, incidența cancerului aproape sa dublat (Ma & Yu, 2006), iar cancerul a devenit prima cauză de deces pentru persoanele cu vârsta sub 70 de ani (Sung et al., 2021). Dintre toate cauzele majore de deces, la nivel mondial, cancerul cauzează cea mai mare povară economică, cu creșterea alarmantă a costurilor indirecte și creșterea costurilor directe (Choi et al., 2019). Mai mult, datorită creșterii incidenței cancerului la populațiile mai tinere, cancerul provoacă unul dintre cele mai mari costuri pentru societate, cu peste 226 de milioane de ani de viață pierduți la nivel mondial din cauza morții premature și cu peste 233 de milioane de ani de viață afectați de dizabilitate la nivel mondial (Fitzmauric et al., 2019). Pe lângă costurile economice și societale, cancerul are un impact semnificativ asupra calității de viață a pacienților și a îngrijitorilor acestora (Wu & Harden, 2015). S-a observat că atât calitatea globală a vieții (QOL), cât și componentele individuale ale domeniilor fizice, psihologice și financiare ale QOL prezic în mod semnificativ supraviețuirea cancerului (Sitlinger & Zafar, 2018). Dintre cele trei domenii ale QOL, cel psihologic a primit o atenție sporită în domeniul cercetării științifice și se află în centrul acestei teze de doctorat. Povara psihologică a cancerului este imensă, iar atenția pe care acest domeniu a primit-o în ultimele două decenii este determinată de influența imensă a suferinței psihologice a pacienților asupra progresiei, rezultatelor și supraviețuirii cancerului. Începând cu diagnosticul, pacienții cu cancer raportează niveluri moderate până la severe de suferință psihologică (Landsbergen et al., 2012; Chirico, Lucidi, Mallia, D’Aiuto & Merluzzi, 2015).

Distresul psihologic (En., psychological distress) este definit ca „o experiență emoțională neplăcută, multideterminată, de natură psihologică (cognitivă, comportamentală, emoțională), socială și/sau spirituală, care poate interfera cu capacitatea de a face față eficient cancerului, simptomelor sale fizice și tratamentului acestuia” (Ownby, 2019). Cercetările arată că între 50% și 75% dintre pacienții cu cancer suferă de distres moderat până la sever (Ernst, Friedrich, Vehling, Koch, & Mehnert-Theuerkauf, 2021; Esser et al., 2018; Sitlinger & Zafar, 2018). Studiile au raportat că suferința semnificativă a pacienților cu cancer este asociată cu întârzieri în solicitarea de îngrijirii, întreruperea prematură a tratamentului și strategii dezadecvate de adaptare neadaptate (Tromp et al., 2005). S-a observat, de asemenea, că suferința psihologică semnificativă influențează dezvoltarea și progresia cancerului, acționând asupra comportamentelor de sănătate, a funcției genelor și a răspunsului imunitar (McGregor & Antoni, 2009) și influențând astfel rezultatele de sănătate și supraviețuirea pacienților (Kim et al., 2017). În același timp, s-a observat că îngrijirea psihosocială oncologică reduce simptomele psihologice și stresul, sporește adaptarea psihologică și îmbunătățește ajustarea funcțională, reabilitarea și calitatea vieții la pacienții cu cancer (Jansen, Zwieter, Coupé, Leemans & Verdonck-de Leeuw, 2016). În plus, îngrijirea psihosocială oncologică are potențialul de a reduce utilizarea și costurile asistenței medicale, scăzând povara economică a cancerului (Jansen et al., 2016). Cu toate acestea, nivelul de distres al pacienților nu este evaluat iar îngrijirea sănătății mintale nu este implementată în mod corespunzător.

Deși organizațiile internaționale de oncologie recomandă ca distresul să fie evaluat la toți pacienții cu cancer în timpul primei vizite și în momentele adecvate pe parcursul traiectoriei bolii (Deshields & Nanna, 2010), doar între 30 și 60% dintre serviciile oncologice au raportat screeningul în rândul pacienților (Jacobsen & Ransom, 2007). Mai mult, doar 5% și 10% dintre pacienții oncologici au fost trimiși la servicii de psiho-oncologie (McCarter et al., 2018) iar sub 30% dintre pacienții cu cancer au beneficiat de servicii psihologice (Mitchell, 2013). La nivel mondial, integrarea sănătății mintale (SM) în îngrijirea oncologică rămâne deficitară, iar suportul psiho-oncologic este disponibil doar unui procent mic dintre pacienții cu cancer (Grassi et al., 2016). O zonă geografică problematică în ceea ce privește îngrijirea psihosocială oncologică este Europa de Sud-Est. Dacă luăm în considerare legătura dintre dezvoltarea umană și povara cancerului, Europa de Sud-Est este o zonă pestriță, care se ocupă nu de o problemă majoră legată de cancer, ci de o multitudine de probleme legate de cancer: incidență ridicată, dar și mortalitate ridicată, rate ridicate de dizabilitate, un număr ridicat de ani de viață pierduți, cancere legate de industrializare dar și cancere cauzate de infecții și de un stil de viață nesănătos (Bray et al., 2018; Fidler & Bray, 2018). Deși variabilitatea problemelor oncologice cu care se confruntă îngrijirea psihosocială oncologică din sud-estul Europei este uriașă, se consideră că această regiune nu reușește să integreze în tratamentul oncologic îngrijirea psihosocială (Grassi et al., 2016).

PASUL 2: CERCETAREA EMPIRICĂ CE SPRIJINĂ IMPORTANȚA ADRESĂRII PROBLEMEI

Această teză și-a propus să investigheze dacă, într-adevăr, îngrijirea psiho-oncologică este deficitară în țările cu venit scăzut și mediu din Europa de Sud-Est, să identifice cauzele problemei și să propună soluții. Inițiativa de cercetare prezentată în teză a luat forma proiectului IMeRS („Improve Mental Health Referral in Oncology Settings”), proiect care a făcut parte dintr-un proiect mai amplu de consolidare a capacității în domeniul sănătății mintale (proiectul REMASTER – „Research Training: Socio-Economics of Mental Health Service Delivery in SE Europe”) finanțat de Fogarty International Center (număr proiect 1D43TW009122-01).

Obiectivele proiectului. Proiectul și-a propus să dezvolte un set de recomandări care vizează îmbunătățirea calității serviciilor de îngrijire a SM pentru pacienții cu cancer din fiecare țară participantă. Întrucât, la începutul proiectului, în fiecare țară situația pacienților cu cancer era slab descrisă și, prin urmare, puțin înțeleasă, echipa de proiect a fost de acord să se angajeze într-o analiză cuprinzătoare a situației cu trei obiective mari:

Scopul 1: Identificarea necesității de îngrijire a sănătății mintale rândul pacienților cu cancer din patru clinici oncologice de stat a Europa de Sud-Est

Scopul 2: Determinarea disponibilității serviciilor de sănătate mintale în cadrul serviciilor de îngrijire a cancerului în țările selectate

Scopul 3: Identificarea factorilor determinanți ai utilizării îngrijirii sănătății mintale la pacienții cu cancer care accesează servicii a cele patru unități de cancer înscrise în studiu

Designul proiectului. Proiectul IMeRS a folosit o metodologie mixtă care combină un studiu cantitativ având un design transversal cu un studiu calitativ și o sinteză a literaturii de specialitate curente pentru a identifica cele mai bune strategii în îmbunătățirea serviciilor de îngrijire a SM în centrele de tratament al cancerului. Proiectul a fost realizat în două faze implementate în paralel în fiecare dintre cele patru țări participante. Faza I (Studiu cantitativ) a constat în sondarea a 615 pacienți care primesc îngrijiri în cele patru clinici de oncologie deținute de stat. Principalele constructe evaluate în această fază au fost (1) nivelurile de suferință la pacienții cu cancer, (2) domeniile de viață problematice, (3) cunoștințele și intenția de a accesa serviciile de SM, (4) prevalența accesării serviciilor de SM, (5) prevalența celor îndrumați către îngrijirea SM, (6) satisfacția față de îngrijirea SM primită și importanța acordată îngrijirii SM, (7) mecanismul de adaptare și (8) caracteristicile preferate ale serviciilor de îngrijire SM. Constructele au fost integrate într-un sondaj de tip hârtie-creion. Faza II (Studiu calitativ) a constat în interviuri față în față cu practicieni din domeniul sănătății și practicieni din domeniul SM care au lucrat în fiecare dintre cele patru unități oncologice deținute de stat. Principalele constructe evaluate în această fază au fost (1) cunoștințele, convingerile și atitudinile practicienilor de SM și ale oncologilor cu privire la îngrijirea SM furnizată pacienților oncologici, (2) responsabilitatea lor percepută în procesul de îngrijire a SM pentru pacienții cu oncologie și (3) percepția asupra barierelor și facilitatorilor în asigurarea îngrijirii SM pentru pacienții oncologici. Constructele au fost integrate în două ghiduri de interviu semi-structurate, unul care se adresează clinicienilor în oncologie și unul se adresează practicienilor în SM. Metodologia de colectare a datelor a inclus instrumente de colectare a datelor, procesul de recrutare a participanților la studiu și o procedură standardizată pentru abordarea participanților și pentru colectarea, stocarea, analiza și raportarea datelor în conformitate cu standardele etice ale cercetării umane. Studiul a primit aprobarea Comisiei de Etică Internațională (CPHS PROTOCOL NUMBER 2014-07-6541).

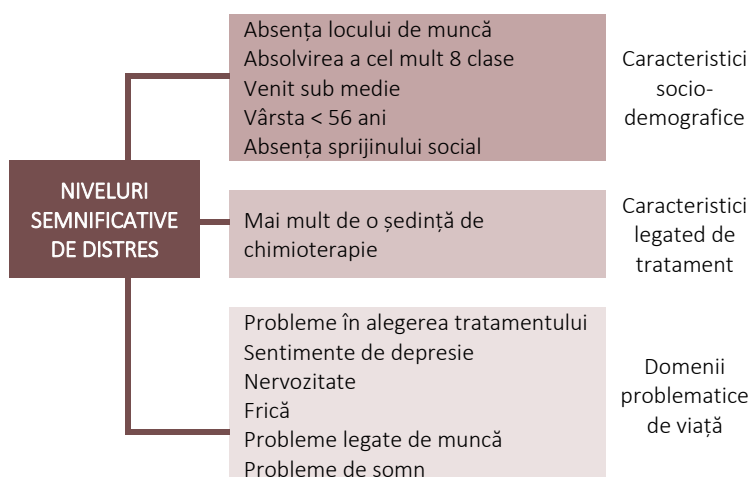
PASUL 3: CAUZELE PROBLEMEI

Rezultatele studiului **cantitativ** arată că dintre cei 615 de pacienți cu cancer de la patru clinici publice de oncologie din SEE care au participat la cercetare, 84% aveau nevoie de îngrijirea SM, deoarece acești pacienți prezentau suferință psihologică moderată până la severă, cu un scor de 4 sau peste pe scala cu 10 puncte a Termometrului pentru Distres.

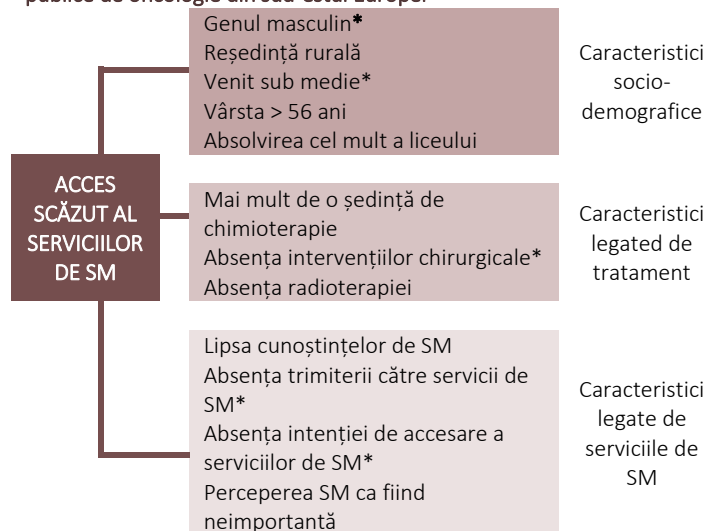
„Termometrul pentru Distres” (DT) a fost utilizat în cercetarea psiho-oncologică din întreaga lume, deoarece este recomandat ca instrument clinic, validat și conceput special pentru screeningul suferinței psihologice (Snowden et al., 2013). DT reprezintă o scală vizuală de zece puncte a stresului, variind de la un scor de zero care reprezintă absența stresului până la un scor de zece reprezentând stresul extrem. DT este considerat a fi cel mai scurt instrument de screening pentru suferința psihologică la pacienții oncologici (Akizuki, Yamawaki, Akechi, Nakano & Uchitomi, 2005). Este o scală introdusă de către National Cancer Comprehensive Network (NCCN) pentru prima dată în 1998 și validată folosind pacienți cu cancer de prostată. Este un instrument de screening care poate fi ușor de înțeles de respondent și poate fi completat în mai puțin de 5 minute. Oferă posibilitatea ca pacienții oncologici să fie îndrumați către psihologi clinicieni, dieteticieni, asistenți sociali și alți profesioniști din domeniul sănătății pe baza factorilor menționați care au cauzat suferința respondentului. NCCN recomandă ca screening-ul regulat al suferinței să fie inclus în îngrijirea de rutină a pacienților oncologici. Sa dovedit că DT are o sensibilitate de 77% și o specificitate de 66% în ceea ce privește detectarea suferinței asociate cancerului, o sensibilitate de 81% și o specificitate de 60% în identificarea depresiei (Mitchell, 2007). Alături de DT există și o listă de verificare a problemelor psihosociale pentru pacienții oncologici pentru a indica dacă vreuna dintre aceste probleme a reprezentat o dificultate pentru ei în cursul săptămânii trecute, pentru a identifica posibile surse de suferință. DT a fost folosit pentru a investiga suferința psihologică într-o varietate de tipuri de cancer, cum ar fi cancerul de creier, de prostată, de sân și multe altele și a fost considerat „al șaselea semn vital pe lângă frecvența respiratorie, puls, temperatura corpului, durerea și tensiunea arterială” (Bultz et al., 2015). În ultimul deceniu, integrarea screening-ului distresului psihologic în îngrijirea standard a pacienților oncologici a fost susținută cu fermitate. Cele mai recente linii directoare recomandate de NCCN afirmă că un scor DT de 4 sau peste este un indicator pentru suferința psihologică moderată până la severă și este un indicator limită pentru specialiștii în oncologie în a trimite pacienții identificați pentru servicii de SM (Cutillo, 2017).

Rezultatele studiului cantitativ au evidențiat, de asemenea, (1) profilul pacienților cu risc de suferință moderată până la severă și, prin urmare, pacienții care au cea mai mare nevoie de îngrijire a SM și (2) au subliniat caracteristicile asociate pacientului, caracteristicile legate de cancer și caracteristicile legate de îngrijirea mintală care au avut un impact semnificativ asupra accesului la servicii de îngrijire a sănătății mintale de către pacienții cu cancer.

Factori care influențează semnificativ nivelul de distres psihologic pentru 615 pacienți din patru clinici publice de oncologie din sud-estul Europei



Factori care influențează semnificativ accesul la serviciile de sănătate mintală (SM) pentru 615 pacienți diagnosticați cu cancer din patru clinici publice de oncologie din sud-estul Europei



*variabile care pot prezice accesul serviciilor de SM

Rezultatele **studiului calitativ** au arătat că niciuna dintre cele patru instituții publice de tratament al cancerului nu a avut resursele umane adecvate pentru a acoperi cerințele reale de îngrijire a SM ale pacienților oncologici și mecanismele adecvate în vigoare. În fiecare dintre cele patru clinici de tratare a cancerului, un psihoterapeut și un psihiatru au trebuit să răspundă nevoilor de SM ale tuturor pacienților cu cancer care au primit îngrijiri în acea unitate publică. Deși serviciile psihologice furnizate de unitățile publice de tratare a cancerului au fost acoperite de asigurările de sănătate ale pacienților, numărul limitat de practicieni în domeniul SM a făcut imposibilă adresarea tuturor pacienților care au nevoie de îngrijiri de SM sau efectuarea unei urmăriri adecvate. În același timp, toate cele patru clinici s-au confruntat cu absența procedurilor standardizate pentru screening-ul, trimiterea, tratamentul și urmărirea stării de SM a pacienților. Pe baza judecății lor clinice și în funcție de nivelul lor de cunoștințe de SM, oncologii îndrumau pacienții către servicii psihologice. În fiecare dintre cele patru clinici publice de oncologie, oncologii erau primii care interacționau cu pacienții, identificau nevoile de SM ale pacienților și efectuau trimiteri către îngrijire psihologică. Mai mult, deoarece oncologii petreceau mult timp cu pacienții, ei erau cei care observau schimbări ale stării psihologice a pacienților începând în timpul tratamentului cancerului. Cu toate acestea, din cauza resurselor de timp limitate, trimiterea pacienților către servicii de SM nu se baza pe rezultatele utilizării unei proceduri standardizate de screening a SM și nu urma un protocol de comunicare specific. Deși unii dintre practicienii din domeniul sănătății cunoșteau Termometrul pentru, povara cu care se confruntau acești oncologi a făcut ca screening-ul pentru problemele de SM să fie imposibil de realizat. Rezultatele studiului calitativ au subliniat, de asemenea, atât punctele forte și punctele slabe ale fiecărei clinici de oncologie în care a fost implementat proiectul, cât și oportunitățile și amenințările din exteriorul clinicii care au afectat furnizarea adecvată a îngrijirii SM pentru pacienții cu cancer care primeau tratament în cele patru unități publice de cancer din Europa de Sud-Est.

<ul style="list-style-type: none"> • Asistență psihologică și psihiatrică gratuită pentru bolnavii de cancer cu trimitere • Asistență psihologică acordată în incinta spitalului de oncologie • Oncologi sunt conștienți de nevoile psihologice ale pacienților și efectuează trimiteri • Experiențe pozitive pentru pacienții trimiși • Practicieni în domeniul SM deschiși în a răspunde nevoilor pacienților • Asistenții sociali încep să fie angajați în unele clinic 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre comunitare de SM disponibile • Centre comunitare de îngrijiri paliative disponibile • Spitale de psihiatrie disponibile în comunitate • Centre comunitare regionale disponibile • Creșterea gradului de conștientizare a SM în rândul pacienților mai tineri • Îmbunătățiri în domeniul inteligenței artificiale • Modele existente de bune practici
<p style="text-align: center;">PUNCTE TARI (En., STRENGTHS)</p>	<p style="text-align: center;">OPURTUNITĂȚI (En., OPPORTUNITIES)</p>
<p style="text-align: center;">PUNCTE SLABE (En., WEAKNESSES)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal insuficient în domeniul SM • Absența screening-ului standardizat și a trimiterii către servicii de SM • Povara medicilor oncologi • Absența îngrijirii multidisciplinare • Cunoștințe insuficiente de SM în rândul personalului medical 	<p style="text-align: center;">AMENINȚĂRI (En., THREATS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cunoștințe scăzute legate de cancer la pacienți • Nivel scăzut de alfabetizare în SM la pacienți și în populația generală • SM pentru pacienții cu cancer nu este prioritară în sistemul de sănătate: alocarea slabă a resurselor pentru îngrijirea SM la pacienții cu cancer • Sistemele de îngrijire a sănătății nu reușesc să abordeze în mod corespunzător îngrijirea SM • Legislație deficitară care abordează îngrijirea SM la pacienții cu cancer

PASUL 4: POLITICI CARE MENȚIN PROBLEMA

Deși îngrijirea SM este considerată un drept al omului, psiho-oncologia este integrată deficitar în sistemul de îngrijire a sănătății din multe țări din întreaga lume, după cum reiese dintr-un sondaj efectuat în rândul psiho-oncologilor din 38 de țări (Grassi et al., 2016). La nivel mondial, integrarea psiho-oncologiei variază pe șase niveluri, de la absența totală a îngrijirii psiho-oncologice (nivelul 1), până la prezența activităților de consolidare a capacității serviciilor psiho-oncologice (nivelul 2), îngrijirea psiho-oncologică limitată dependentă de finanțarea donatorilor (nivelul 3a), îngrijire psiho-oncologică disponibilă susținută la nivel local prin mai multe surse de finanțare și independentă de sistemul de îngrijire a sănătății plus disponibilitate limitată a educației psiho-oncologice (nivel 3b), îngrijire psiho-oncologică răspândită la nivel național și susținută pe scară largă de o varietate de profesii medicale, dar cu un număr limitat de impactul politicii plus disponibilitatea ridicată a educației psiho-oncologice (nivel 4a), până la disponibilitatea cuprinzătoare și nerestricționată a îngrijirii psiho-oncologice cu impact sporit asupra politicilor plus integrarea educației psiho-oncologice în mediul academic din universități. În Europa, s-au observat diferențe majore între țări în ceea ce privește furnizarea de îngrijire psihosocială, jumătate dintre țări având o integrare de nivel 3 și jumătate de nivel 4 a psiho-oncologiei. Țările din sud-estul Europei sunt vizate negative în urma acțiunii factorilor de decizie de a restricționa investițiile în psiho-oncologie și de a transforma îngrijirea psiho-oncologică dintr-un drept al omului într-un lux. Prin politicile de austeritate, guvernele din Europa de Sud-Est, dar fără a se limita la acestea, au redus cheltuielile pentru îngrijirea sănătății și acest lucru limitează integrarea serviciilor psihosociale în sistemul principal de asistență medicală (Grassi et al., 2016). De exemplu, în țările din Europa de Nord și de Vest care acoperă îngrijirea psihosocială în planul lor național de asigurări de sănătate și integrează puternic serviciile psihosociale în îngrijirea cancerului și psiho-oncologii în echipele de îngrijire a cancerului, procentul din Produsul Intern Brut (PIB) alocat pentru sănătate depășește 10% (Germania 11,7% din PIB, Franța 11,1% din PIB, Marea Britanie 10,2% din PIB). În țările din Europa de Sud și de Est în care sistemul de sănătate nu reușește să aloce suficientă acoperire pentru acest tip de servicii, procentul din PIB alocat pentru sănătate poate ajunge la 5% (adică Serbia 8,67% din PIB, Moldova 6,38% din PIB, România 5,74% din PIB, Albania 5,23% din PIB), după cum a raportat Organizația Mondială a Sănătății în 2022 „Baza de date privind cheltuielile globale în sănătate” (En., Global Health Expenditure Database).

Dacă aruncăm o privire mai atentă asupra legislației care descrie SM în îngrijirea oncologică în cele patru țări din Europa de Sud-Est vizate în această teză de doctorat, putem concluziona mai întâi că legile specifice privind psiho-oncologie sunt absente. În al doilea rând, putem observa că reglementările actuale disponibile care se încadrează de obicei în contractele-cadru ale caselor naționale de asigurări de sănătate transformă îngrijirea SM pentru bolnavii de cancer într-un proces complicat, consumator de timp și suprasolicitant atât pentru pacienți, cât și pentru oncologi. În fiecare dintre cele patru țări, legislația privind pacienții cu cancer nu corespunde caracteristicilor și nevoilor pacienților cu cancer, ci e prezentată fie de legi generale care privesc drepturile fundamentale ale tuturor pacienților, fie de legi care specifică drepturile și obligațiile pacienților cu asigurări de sănătate. Legislația specifică cu privire la psiho-oncologie lipsește în țările din sud-estul Europei și acest lucru are un impact asupra integrării adecvate a serviciilor psiho-oncologice în serviciile principale de îngrijire a sănătății care se adresează pacienților cu cancer. Politicile care se adresează SM pentru pacienții cu cancer ar trebui să abordeze obstacolele individuale, organizaționale și ale sistemului de sănătate prin alocarea de resurse și finanțare, orientări naționale specifice în psiho-oncologie, disponibilitatea asistenței psiho-oncologice pentru supraviețuitorii de cancer, atât în zonele urbane, cât și în cele rurale, număr suficient de practicieni formați în psiho-oncologie, elaborarea de contracte între practicieni formați în psiho-oncologie și casele de asigurări de sănătate, diseminarea la nivel național a suportului psiho-oncologic (Grassi et al., 2016). Acest nivel de specificitate în politicile de îngrijire a cancerului poate ajuta țările din Europa de Sud-Est să migreze de la îngrijirea psiho-oncologică limitată la integrarea deplină a psiho-oncologiei în curentul principal al serviciilor de îngrijire a sănătății și în mediului academic. În final, totul se rezumă la recunoașterea psiho-oncologiei ca specialitate la nivel ministerial, integrarea în planurile naționale de control al cancerului a ghidurilor internaționale de psiho-oncologie deja existente și unirea eforturilor cu asociațiile internaționale de psiho-oncologie în vederea dezvoltării capacităților pentru furnizarea de servicii psiho-oncologice adecvate în viitorul apropiat (Bultz et al., 2015).

PASUL 5: SCHIMĂRI DE POLITICĂ PENTRU A REMEDIA PROBLEMA

Determinanții identificați ai nevoilor psihosociale slab abordate în rândul pacienților cu cancer din patru clinici de oncologie din Europa de Sud-Est și soluțiile propuse sunt regăsite mai jos într-un exemplu adaptat al modelului socio-ecologic. Modelul socio-ecologic a fost folosit pentru a clasifica factorii determinanți ai comportamentelor de sănătate la niveluri multiple, inclusiv la nivel individual, interpersonal, instituțional, socio-cultural și de mediu și a fost găsit util în explicarea nivelurile de intervenții care ar putea influența schimbarea comportamentală chiar și pentru prevenirea și controlul cancerului (Palafox et al., 2018). Problemele și soluțiile sunt detaliate pe pagina următoare sub forma unei abordări Nevoi-Lacune-Oportunități (En. Needs-Gaps-Oppurtunities).

O perspectivă ecologică asupra problemelor și soluțiilor pentru îmbunătățirea îngrijirii psiho-oncologice

<i>Probleme</i>	<i>Soluții</i>
NIVEL POLITIC	
<ul style="list-style-type: none"> • Resurse slab alocate pentru a aborda SM la pacienții cu cancer. • Absența ghidurilor clinice standard naționale pentru a aborda SM la pacienții cu cancer. • Absența integrării psiho-oncologiei în educația personalului medical și a psihologilor. • Absența politicilor de sănătate specifice privind SM la bolnavii de cancer. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psiho-oncologia recunoscută ca specialitate la nivel ministerial ○ Asistență psiho-oncologică integrată în îngrijirea de rutină a cancerului ○ Standarde de îngrijire psiho-oncologică integrate în planurile naționale de cancer ○ Politici specifice care ghidează și monitorizează implementarea psiho-oncologiei ○ Colaborări puternice cu societăți internaționale de cancer
NIVEL ORGANIZAȚIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Numărul de practicieni în domeniul SM limitat la 1 sau 2 per spital oncologic public. • Personal oncologic insuficient, repartizarea necorespunzătoare a volumului de muncă și numărul crescut de responsabilități pentru clinicienii oncologici. • Absența educației formale și continue în psiho-oncologiei pentru clinicienii oncologici. • Absența procedurilor standardizate pentru screening-ul și managementul SM la pacienții cu cancer. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ghiduri pentru educația profesioniștilor din domeniul sănătății în psiho-oncologie ○ Parteneriat cu universități și asociații pentru formarea continuă în psiho-oncologie ○ Psiho-oncologie integrată în mediul academic și profesional <ul style="list-style-type: none"> ○ Politici interne în monitorizarea oncologiei ○ Număr mai mare de psihologi și asistenți sociali angajați în spitalele oncologice <ul style="list-style-type: none"> ○ Echipe multidisciplinare care gestionează pacienții din spitalele de oncologie
NIVEL INDIVIDUAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Pacienți cu cancer: alfabetizare slabă în domeniul cancerului, stigmatizare crescută a utilizării serviciilor de SM, conștientizare limitată a disponibilității serviciilor de îngrijire mintală, importanță redusă atribuită SM, intenție scăzută de a accesa serviciile de SM. • Caracteristici individuale asociate cu accesul limitat, intenția redusă de acces, cunoașterea slabă a serviciilor de SM, importanței scăzută atribuită îngrijirii mintale: sex masculin, vârsta > 56 de ani, reședință în mediul rural, diplome de liceu și studii inferioare, venituri sub medie, șomaj. • Caracteristici individuale asociate cu distres psihologic semnificativă: șomaj, nivel scăzut de educație, venituri sub medie, absența sprijinului social. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Campanii de conștientizare a publicului care se adresează alfabetizării în domeniul cancerului și alfabetizării SM <ul style="list-style-type: none"> ○ Cadrul strategic național care vizează alfabetizarea în domeniul cancerului ○ Politici naționale de sănătate care promovează creșterea alfabetizării în domeniul cancerului <ul style="list-style-type: none"> ○ Psihoeducație oferită supraviețuitorilor de cancer ○ Resurse alocate pentru organizațiile naționale și locale bazate pe cancer <ul style="list-style-type: none"> ○ Parteneriat cu organizațiile de cancer din Uniunea Europeană

NEVOI	LACUNE	OPORTUNITĂȚI
Împuternicirea pacienților cu cancer în luarea deciziilor de tratament al cancerului și în procesul de gestionare a bolii.	C NIVEL SCĂZUT DE CUNOȘTINȚE LEGATE DE CANCER ÎN RÂNDUL PACIENȚILOR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alăturarea eforturilor Uniunii Europene în crearea unui cadru strategic privind alfabetizarea în domeniul cancerului ➤ Creșterea colaborării cu organizațiile de cancer din Uniunea Europeană ➤ Integrarea în politicile europene și naționale de sănătate a recomandărilor pentru creșterea alfabetizării în domeniul cancerului ➤ Includerea ghidurilor specifice de alfabetizare în domeniul cancerului în planurile naționale de control al cancerului (PNC) ➤ Integrarea psihoeducației în tratamentul cancerului ➤ Consolidarea capacităților existente pentru educarea practicienilor din domeniul sănătății
Reducerea stigmatizării asociate cu accesul serviciilor de sănătate mintală	NIVEL SCĂZUT DE CUNOȘTINȚE DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN RÂNDUL PACIENȚILOR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Creșterea gradului de conștientizare a sănătății mintale în rândul pacienților și populației generale ➤ Creșterea accesului la îngrijiri de sănătate mintală ➤ Oferirea celor mai bune tratamente bazate pe dovezi ➤ Implicarea profesioniștilor din domeniul sănătății mintale în echipele multidisciplinare de îngrijire a cancerului ➤ Evaluarea distresului psihologic în rândul tuturor pacienților cu cancer ➤ Încorporarea psihoeducației pacienților în tratamentul cancerului ➤ Sprijinirea cercetării continue în psiho-oncologie
Îmbunătățirea evaluării nevoilor de sănătate mintală la pacienții cu cancer	CUNOȘTINȚE SCĂZUTE DE SĂNĂTATE MENTALĂ ÎN RÂNDUL ONCOLOGILOR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unirea eforturilor cu organizațiile de cancer din Uniunea Europeană pentru a dezvolta linii directe pentru educația în psiho-oncologie a profesioniștilor din domeniul sănătății ➤ Stabilirea de colaborări cu universitățile pentru a integra psiho-oncologia în curriculumul educațional al profesioniștilor din domeniul sănătății în diferite etape ale continuumului lor educațional ➤ Dezvoltarea politicilor interne pentru centrele de tratament oncologic pentru a ghida și monitoriza implementarea educației psiho-oncologice continue pentru cadrele medicale
Îmbunătățirea trimiterii pacienților cu cancer către servicii de sănătate mintale	MUNCA ÎN IZOLARE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Creșterea numărului de profesioniști (de exemplu, psihologi, asistenți sociali) angajați de centrele de tratament oncologic ➤ Dezvoltarea echipelor multidisciplinare care lucrează cu pacienții cu cancer pe parcursul traiectoriei bolii ➤ Integrarea ghidurilor pentru îngrijirea multidisciplinară în PNC
Includerea suportului psihologic în îngrijirea standard a pacienților cu cancer	PSIHO-ONCOLOGIA NU ESTE PRIORITIZATĂ DE SISTEMELE ACTUALE DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Creșterea alocării resurselor pentru serviciile de psiho-oncologie ➤ Creșterea alocării resurselor pentru cercetarea clinică și de implementare a psiho-oncologiei ➤ Dezvoltarea de colaborări puternice cu societățile de cancer pentru a crea oportunități de formare și pentru a primi sprijin în elaborarea standardelor de psiho-oncologie ➤ Promovarea integrării standardelor de psiho-oncologie în PNC ➤ Promovarea recunoașterii psiho-oncologiei de către ministerele naționale ca specialitate cu cerințe educaționale și profesionale specifice

Integrând liniile directoare ale societăților internaționale de cancer, cu rezultatele cercetărilor anterioare și cu cele ale unui proiect de cercetare cu metode mixte desfășurat în patru instituții oncologice publice din Albania, Republica Moldova, România și Serbia, propun unsprezece acțiuni care ar trebui luate în considerare de către factori de decizie din Europa de Sud-Est interesați să reducă povara psihologică a supraviețuitorilor de cancer.



1. Recunoașteți psiho-oncologiei ca o specialitate separată cu cerințe educaționale specifice și standarde de practică profesională de sine stătătoare
2. Creșterea nivelului de specificitate al politicilor de sănătate axate pe psiho-oncologie
3. Alocarea resurselor pentru implementarea programelor de screening, prevenire și management al suferinței psihologice la pacienții cu cancer
4. Includerea în planurile naționale de control al cancerului orientări specifice pentru screening-ul, trimiterea și gestionarea suferinței psihologice
5. Integrarea psiho-oncologiei în pachetul de servicii de sănătate de bază acoperite de asigurările de sănătate
6. Angajarea echipelor interdisciplinare în abordarea pacientului cu cancer
7. Asigurarea educației continue în psiho-oncologie pentru personalul medical
8. Stabilirea politicilor interne în spitalele oncologice pentru asigurarea calității îngrijirilor psiho-oncologice
9. Implementarea campaniilor de creștere a gradului de alfabetizare în domeniul cancerului și în domeniul sănătății mintale
10. Creșterea disponibilității online și offline a resurselor de psihoeducație
11. Sprijinirea dezvoltării naționale și locale a societăților bazate pe cancer

În primul rând, pacienții ar trebui să fie împuterniciți să se implice în deciziile privind tratamentul cancerului și în procesul de auto-gestionare prin acțiuni care vizează creșterea nivelului lor de cunoștințe legate de cancer și de sănătate mintală. În al doilea rând, identificarea și adresabilitatea nevoilor psihologice ale pacienților ar trebui sporite prin acțiuni care vizează îmbunătățirea educației psiho-oncologice a practicienilor din domeniul sănătății și creșterea colaborării interdisciplinare în spitalele oncologice. În al treilea rând, sprijinul psihologic ar trebui inclus în îngrijirea standard a cancerului, acordând prioritate psiho-oncologiei de către sistemele actuale de îngrijire a sănătății. În final, totul se rezumă la recunoașterea psiho-oncologiei ca specialitate la nivel ministerial, integrarea în planurile naționale de control al cancerului a ghidurilor internaționale de psiho-oncologie deja existente și unirea eforturilor cu asociațiile internaționale de psiho-oncologie în vederea dezvoltării capacităților pentru furnizarea de servicii de psiho-oncologie

adecvate în viitorul apropiat. Aceste acțiuni ar putea avea potențialul de a transforma îngrijirea psihologică pentru supraviețuitorii de cancer dintr-un lux într-un drept fundamental.

BIBLIOGRAFIE

- Akizuki, N., Yamawaki, S., Akechi, T., Nakano, T., & Uchitomi, Y. (2005). Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(1), 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.04.016>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Bultz, B. D., Travado, L., Jacobsen, P. B., Turner, J., Borrás, J. M., & Ullrich, A. W. H. (2015). 2014 President’s plenary international psycho-oncology society: moving toward cancer care for the whole patient. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1587–1593. <https://doi.org/10.1002/PON.3844>
- Chirico, A., Lucidi, F., Mallia, L., D’Aiuto, M., & Merluzzi, T. V. (2015). Indicators of distress in newly diagnosed breast cancer patients. *PeerJ*, 2015(7). <https://doi.org/10.7717/peerj.1107>
- Choi, H. C. W., Lam, K., Pang, H. H. M., Tsang, S. K. C., Ngan, R. K. C., & Lee, A. W. M. (2019). Global comparison of cancer outcomes: standardization and correlation with healthcare expenditures. *BMC Public Health*, 19(1), 1065. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7384-y>
- Cutillo, A. et al. (2017). NCCN Distress Thermometer: Cut off Points and Clinical Utility. *Oncol Nurs Forum*, 44(3), 329–336.
- Deshields, T. L., & Nanna, S. K. (2010). Providing care for the “whole patient” in the cancer setting: the psycho-oncology consultation model of patient care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 249–257. <https://doi.org/10.1007/S10880-010-9208-1>
- Ernst, J., Friedrich, M., Vehling, S., Koch, U., & Mehnert-Theuerkauf, A. (2021). Cancer-Related Distress: How Often Does It Co-occur With a Mental Disorder? – Results of a Secondary Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12(June), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.660588>
- Esser, P., Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H. U., Faller, H., ... Mehnert, A. (2018). The Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) and the anxiety module of the Hospital and Depression Scale (HADS-A) as screening tools for generalized anxiety disorder among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1509–1516. <https://doi.org/10.1002/PON.4681>
- Fidler, M. M., & Bray, F. (2018). Global cancer inequalities. *Frontiers in Oncology*, 8, 1–4. <https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00293>
- Fitzmaurice, C., Fitzmaurice, C., Abate, D., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., ... Murray, C. J. L. (2019). Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncology*, 9(12), 1–20. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.2996>
- Grassi, L., Fujisawa, D., Odyio, P., Asuzu, C., Ashley, L., Bultz, B., ... Fielding, R. (2016). Disparities in psychosocial cancer care: a report from the International Federation of Psycho-oncology Societies. *Psycho-Oncology*, (June), 1127–1136. <https://doi.org/10.1002/pon.4228>
- Jacobsen, P. B., & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN distress management guidelines by member institutions. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 99–103. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0010>
- Jansen, F., Zwieter, V. v., Coupé, V. M., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). A review on cost-effectiveness and cost-utility of psychosocial care in cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(2), 125–136. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.182930>
- Kim, G. M., Kim, S. J., Song, S. K., Kim, H. R., Kang, B. D., Noh, S. H., ... Rha, S. Y. (2017). Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. *BMC Cancer*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12885-017-3260-2/TABLES/4>
- Landsbergen, K. M., Prins, J. B., Brunner, H. G., Van Duijvendijk, P., Nagengast, F. M., Van Krieken, J. H., ... Hoogerbrugge, N. (2012). Psychological distress in newly diagnosed colorectal cancer patients following microsatellite instability testing for Lynch syndrome on the pathologist’s initiative. *Familial Cancer*, 11(2), 259–267. <https://doi.org/10.1007/s10689-012-9510-1>
- Ma, X., & Yu, H. (2006). Global burden of cancer. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 79(3–4), 85–94. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)90017-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)90017-9)

- McCarter, K., Britton, B., Baker, A. L., Halpin, S. A., Beck, A. K., Carter, G., ... Wolfenden, L. (2018). Interventions to improve screening and appropriate referral of patients with cancer for psychosocial distress: Systematic review. *BMJ Open*, *8*(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017959>
- McGregor, B.A., Antoni, M. H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain Behav Immun*, *23*(2), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.08.002> Psychological
- Mitchell, A. J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(29), 4670–4681. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.10.0438>
- Mitchell, A. J. (2013). Screening for cancer-related distress: When is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncologica*, *52*(2), 216–224. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745949>
- Ownby, K. K. (2019). Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, *10*(2), 175. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2019.10.2.7>
- Palafox, N. A., Reichhardt, M., Taitano, J. R., Nitta, M., Garstang, H., Riklon, S., ... Buenconsejo-Lum, L. E. (2018). A socio-ecological framework for cancer control in the Pacific: A community case study of the US Affiliated Pacific Island Jurisdictions 1997-2017. *Frontiers in Public Health*, *6*(NOV). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00313>
- Sitlinger, A., & Zafar, S. Y. (2018). Health-Related Quality of Life: The Impact on Morbidity and Mortality. *Surgical Oncology Clinics of North America*, *27*(4), 675–684. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2018.05.008>
- Snowden, A., White, C. A., Christie, Z., Murray, E., McGowan, C., & Scott, R. (2013). The clinical utility of the Distress Thermometer: a review. <http://Dx.Doi.Org/10.12968/Bjon.2011.20.4.220>, *20*(4), 220–227. <https://doi.org/10.12968/BJON.2011.20.4.220>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Travado, L., Breitbart, W., Grassi, L., Fujisawa, D., Patenaude, A., Baider, L., ... Fingeret, M. (2017). 2015 President's Plenary International Psycho-oncology Society: psychosocial care as a human rights issue-challenges and opportunities. *Psycho-Oncology*, *26*(4), 563–569. <https://doi.org/10.1002/PON.4209>
- Tromp, D. M., Brouha, X. D. R., Hordijk, G. J., Winnubst, J. A. M., Gebhardt, W. A., Van Der Doef, M. P., & De Leeuw, J. R. J. (2005). Medical care-seeking and health-risk behavior in patients with head and neck cancer: The role of health value, control beliefs and psychological distress. *Health Education Research*, *20*(6), 665–675. <https://doi.org/10.1093/her/cyh031>
- Wu, H. S., & Harden, J. K. (2015). Symptom Burden and quality of life in survivorship: A review of the literature. *Cancer Nursing*, *38*(1), E29–E54. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000135>