



Protocol pentru serviciile de suport psihologic



Cuprins:

1. Introducere	3
2. Principalele aspecte psihologice specifice pacientelor suspecte sau diagnosticate cu patologia colului uterin.....	4
3. Protocol servicii de consiliere de tipul „nursei navigatoare” pentru persoanele cu teste pozitive	5
4. Protocol dedicat serviciilor de psiho-oncologie pe nivele de competență (protocoale pentru diagnosticul și tratamentul tulburărilor afective și de adaptare pentru pacientele cu teste pozitive).....	10
4.1. Intervenția psiho-oncologică.....	13
4.2. Protocol de intervenție psiho-oncologică pentru tulburările afective (anxietate/depresie).....	14
4.2.1. Protocol de intervenție psiho-oncologică în cazul tulburărilor de adaptare la pacientele cu patologie malignă confirmată a colului uterin	17
5. Standarde minimale necesare specialiștilor pentru oferirea suportului psihooncologic ..	20
6. Concluzii.....	26
7	
Anexa 1. Instrumente de screening pentru prima etapă.....	26
Anexa 2. Instrumente pentru etapa intervenției psiho-oncologice.....	31
Anexa 3. Structura unei prime ședințe de suport psiho-oncologic cu o pacientă suspectă de infecția cu virusul HPV	35
8. Referințe bibliografice	37



1. Introducere

Prezentul document face referire la criteriile esențiale referitoare la asigurarea calității îngrijirii în cancerul de col uterin având drept model standardele susținute la ora actuală de la nivel european¹. Acesta va include explicații și descrieri ale nevoii de suport în etapa de screening a cancerului de col uterin motivând acțiunile necesare pentru implementarea unui standard de calitate a îngrijirii oferite în cancerul de col uterin. La nivel internațional se pune accent din ce în ce mai mult pe acest standard de asigurare a calității îngrijirii în cancer. Acțiunea a fost începută de către EPAAC și continuată prin intermediul CANCON (1, 2). Cercetările recomandă abordarea multidisciplinară pentru a putea obține rezultate clinice și organizaționale mai bune în cazul pacienților (3).

Pe plan mondial cancerul de col uterin ocupă locul doi (după cancerul mamar), reprezentând 6% din totalul cancerelor la femei. În România, cancerul de col uterin reprezintă 15% din totalul tumorilor maligne, fiind pe primul loc în cadrul cancerelor genitale feminine (aproximativ 67% din cancerele sferei genitale) și a doua cauză de deces prin cancer la femei, conform Ghidului clinic al cancerului de Col Uterin publicate de Ministerul Sănătății în colaborare cu Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România².

Majoritatea pacientelor care așteaptă pentru consultația de colposcopie are nivele ridicate de anxietate și distress semnificativ (4-9).

Organizarea unei îngrijiri de calitate în cancer presupune următoarele:

1. Îngrijirea în cancer să acopere întregul parcurs al acestei boli.
2. Echipele de îngrijire să fie multidisciplinare.
3. Abordarea să fie una centrată pe pacient - oferirea informațiilor necesare și implicarea pacientului în luarea deciziilor.
4. Educarea personalului medical oncologic cu privire la comunicarea și asigurarea unui suport psihosocial minimal.

Practic după etapa screeningului, dacă se impune continuarea intervenției medicale, pacienta ar trebui să fie informată despre profesionistul responsabil pentru fiecare etapă din tratament, inclusiv să i se spună procedura de accesare a serviciilor psihosociale. Follow-up-ul și supraviețuirea în cazul acestui grup țintă ar trebui incluse pe întreaga traiectorie a îngrijirii cancerului - în această etapă suportul psihosocial trebuie să fie inclus în responsabilitatea departamentelor de reabilitare și suport.

Centrele de îngrijire multidisciplinară au rolul de a oferi un suport optim, acoperind fiecare nevoie medicală și psihosocială. Specialiștii din cadrul acestor centre se impune a avea pregătirea profesională necesară în chirurgie oncologică, radioterapie și oncologie medicală, psihooncologie, reabilitare și suport, asistență medicală oncologică, asistență socială și îngrijire paliativă³.

Recomandările de suport psihosocial se conturează în funcție de următoarele aspecte:

- în etapele de evaluare și diagnostic a leziunilor cancerului de col uterin psihooncologul poate oferi intervenție suportivă și asistare psihologică în luarea deciziilor.
- pacienta să primească cât mai multe materiale consistente în informație acurată cu privire la riscurile și beneficiile screeningului cancerului de col uterin.

¹ <https://www.ecco-org.eu/ERQCC>

² <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/05/27.-Cancerul-de-col-uterin.pdf>

³ <https://www.ecco-org.eu/ERQCC>



- în etapele examinării colposcopice la pacientele cu citologie anormală neconcludentă sau în condițiile în care se impun evaluări medicale suplimentare din cauza unor suspiciuni clinice și/sau imagistice, pacientele au nevoie de mai mult suport psihooncologic, deoarece distresul emoțional și anxietatea pot afecta semnificativ calitatea vieții.
- din momentul în care se indică cistoscopia/rectoscopia (în stadiile IIB, III și IVA ca examinări complementare atunci când există o suspiciune clinică și/sau imagistică) pacienta și familia acesteia (inclusiv atunci când aparținătorii sunt copii sau adolescenți) ar trebuie să fie informată de faptul că pot beneficia de suport psihooncologic.

În concluzie, merită să ținem cont de criteriile recomandate la nivel european în ceea ce privește îngrijirea de calitate a patologiei maligne și în mod special de cele care fac referire la abordarea multidisciplinară în toate etapele, inclusiv în etapa de screening. Motivația pentru includerea îngrijirii multidisciplinare este susținută de studiile din literatura de specialitate care evidențiază impactul negativ al distresului emoțional și al anxietății în etapa de screening pentru patologia colului uterin.

Din punct de vedere al unui suport psihooncologic de calitate există suficiente date care să susțină faptul că anumite intervenții pot fi de un real folos pentru pacientele suspecte sau chiar diagnosticate cu cancer de col uterin.

În prima parte regăsim un protocol dedicat serviciilor de consiliere de suport a „nursei navigatoare”, urmat de un protocol dedicat serviciilor de psihooncologie pentru tulburările afective.

Respectarea standardelor minimale necesare specialiștilor pentru suportul psihooncologic asigură o îngrijire psihooncologică de calitate.

Anexele completează documentul cu instrumentele de screening și evaluare psihooncologică, dar și prin furnizarea unui model specific al unei ședințe de suport cu o pacientă suspectă de infecția cu virusul HPV, toate acestea având la bază o multitudine de referințe bibliografice relevante.

2. Principalele aspecte psihologice specifice pacientelor suspecte sau diagnosticate cu patologia colului uterin

Anxietatea și distresul sunt principalele probleme de ordin psiho-oncologic pe care le regăsim menționate inclusiv în Programul de screening pentru cancerul colului uterin din Australia⁴. Nu mai există dubii cu privire la faptul că screeningul pentru cancerul de col uterin și anormalitățile în urma acestor investigații generează anxietate și distres (7, 9-16).

Perioada de adaptare, intensitatea simptomatologiei anxioase, durata acesteia experiențiate de către persoanele cu rezultate pozitive la testele de screening depind de modalitățile de coping cognitiv și comportamental, capacitatea de a înțelege informația, antecedentele psihiatrice, istoricul de traumă inclusiv stresul posttraumatic rezultat în urma unui abuz sexual sau din relația cu un partener abuzator (13, 17-21).

Pacientele tinere și cele care nu au copii pot fi mai vulnerabile din punct de vedere psihologic, respectiv e posibil să trăiască nivele de anxietate mai ridicate (10, 12).

⁴ https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening



Unele paciente au comorbidități psihologice/psihiatrice care impun recomandarea serviciilor unui expert în evaluare și intervenție psihooncologică/psihiatrică.

Factorii cărora trebuie să le acordăm atenție sunt:

- ✓ Un istoric de traumă (22, 23)
- ✓ Abuzul sexual în prezent sau în trecut (22, 24)
- ✓ Un partener violent (25, 26)
- ✓ Dizabilități de ordin fizic sau intelectual (27)
- ✓ Istoricul abuzului de substanțe
- ✓ Antecedentele psihiatrice

Managementul specific al distresului în patologia cancerului de col uterin vizează ca:

- ✓ Informațiile transmise să fie furnizate într-un limbaj de interfață adaptat caracteristicilor fiecărei paciente: vârstă, nivel educațional, convingeri religioase, probleme de ordin emoțional.
- ✓ Informațiile trebuie transmise cu multă compasiune, acceptare necondiționată și adaptate nivelului educațional al pacientei.
- ✓ Informațiile oferite verbal ar trebui suplimentate de materiale precum broșuri sau diverse fișe specifice.

Conținutul informațional trebuie să facă referire la următoarele aspecte:

- Explicarea evoluției infecției HPV
- Normalizarea reacțiilor psihologice prin accentul pus pe faptul că incidența infecției HPV reprezintă o infecție comună
- Accentuarea faptului că infecția HPV este de obicei tranzitorie și nu neaparat progresează spre dezvoltarea unui cancer invaziv
- Dacă infecția cu virusul HPV este relativ comună, cancerul de col uterin nu este atât de comun în cazul pacientelor care participă la programele de screening
- Adresarea îngrijorărilor referitoare la transmiterea acestui virus la partener
- Oferirea de reasigurări în scopul de a reduce stigma asociată infecției cu virusul HPV
- Explicarea în detaliu a colposcopiei și a posibilelor rezultate⁵

Intervențiile psihosociale recomandate:

- ✓ Intervenția psihosocială trebuie să se bazeze pe recomandări valabile la nivel internațional (de exemplu, ghidurile NICE) și ghidurile clinice naționale (dacă acestea există).
- ✓ Psihoeducație și consiliere psihologică (28, 29)
- ✓ Intervenții psihologice în situația de criză și intervenții de scurtă durată (30-32)
- ✓ Intervenții psihosociale țintite pentru fatigabilitate și frica de recidivă (33-35)
- ✓ Intervenții psihosociale telefonice în etapa de supraviețuire (36)
- ✓ Intervenții psihosociale pentru aparținători (32, 37-41).

3. Protocol servicii de consiliere de tipul „nursei navigatoare” pentru persoanele cu teste pozitive

În cele ce urmează voi face referire la publicații care au ca și temă centrală activitatea navigatorului de pacienți în situația pacientelor cu rezultate pozitive la testele HPV (42-46).

⁵ https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Cervical_cancer/Screening/Psychosocial_care



Conform definiției furnizate de NCI (National Cancer Institute, agenția guvernamentală din SUA specializată în cercetare și training pentru aspecte legate de cancer)⁶, „navigatorul de pacienți este o persoană care ajută ghidarea unui pacient în și prin intermediul sistemului de sănătate. Aceasta înseamnă asistența prin depistarea, diagnosticarea, tratamentul și urmărirea unei afecțiuni medicale, cum ar fi cancerul. Un navigator de pacienți ajută pacienții să comunice cu furnizorii lor de asistență medicală, astfel încât ei să obțină informațiile de care au nevoie pentru a lua decizii cu privire la îngrijirea lor de sănătate. Navigatorii pot, de asemenea, ajuta pacienții să-și stabilească întâlniri pentru vizite de medic și examinări/testări medicale și să obțină sprijin financiar, legal și social”. Navigatorul de pacienți mai este numit și avocatul pacientului.

Programele de navigație au apărut ca o modalitate de a reduce inegalitățile prin asistarea pacienților pe întregul continuum al cancerului (42).

Principiile activității de navigare a pacientului:

1. Navigarea în context medical este un model de furnizare a serviciilor de asistență medicală centrat pe pacient. Obiectivul principal este de a ajuta pacientul să se adapteze continuu în sistemul medical. Traectoria unei persoane prin acest continuum începe de la locuință până în contextul sanitar în care este diagnosticată o problemă medicală, se stabilește un diagnostic și apoi se prescrie și instituie un tratament. Traectoria continuă în etapa de reabilitare, supraviețuire și până la sfârșitul vieții.
2. Navigarea pacientului servește la integrarea unui sistem fragmentat de asistență medicală pentru fiecare pacient. Întrucât îngrijirea pacientului este atât de des furnizată într-o manieră fragmentată, în special în cazul celor cu boli cronice, navigarea pacienților are potențialul de a crea un flux perfect pentru aceștia.
3. Funcția de bază a navigării pacienților este eliminarea barierelor pentru îngrijirea în timp util pe toate segmentele continuum-ului de asistență medicală. Aceasta se realizează cel mai eficient printr-o relație individuală între navigator și pacient.
4. Navigarea pacientului trebuie definită cu un domeniu de practică clar, care distinge rolul și responsabilitățile navigatorului de cel al tuturor furnizorilor/specialiștilor din sistemul de sănătate. Navigatorii ar trebui integrați în echipa de asistență medicală pentru a promova beneficiile maxime pentru fiecare pacient.
5. Furnizarea serviciilor de navigare a pacienților ar trebui să fie rentabilă și proporțională cu pregătirea și abilitățile necesare pentru a coordona o pacientă într-o fază particulară a continuumului de îngrijire.
6. Desemnarea persoanei care ar trebui să navigheze se impune a fi determinată de nivelul abilităților necesare acestui proces. Există un spectru de navigație care se extinde de la servicii care pot fi furnizate de navigatori instruiți până la servicii care necesită navigatori care sunt profesioniști, precum asistenții medicali și asistenții sociali. Un alt aspect care merită luat în considerare este că furnizorii de servicii medicale ar trebui să furnizeze în mod ideal îngrijiri adaptate nivelului lor de educație al pacienților.
7. Într-un sistem de îngrijire există nevoia de a defini punctul în care începe navigarea și punctul în care se termină navigarea.
8. Este necesară navigarea pacienților în sistemele de îngrijire neconectate, cum ar fi locurile de îngrijire primară și locurile de îngrijire terțiară. Navigarea pacientului poate servi drept procesul care conectează sistemele de asistență medicală.

⁶ <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/patient-navigator>



9. Sistemele de navigație pentru pacienți necesită coordonare. În sistemele mai mari de îngrijire a pacienților această coordonare se realizează cel mai bine prin atribuirea unui coordonator de navigație care este responsabil pentru supravegherea tuturor etapelor activității de navigație.

În ceea ce privește evaluarea interacțiunii navigatorului cu pacientul literatura de specialitate ne furnizează și o serie de indicatori și scale de evaluare.

Mai jos este prezentată o listă de verificare a performanței navigatorului în relația cu pacientul.

Interacțiunea cu pacientul

1. Stabilirea relației terapeutice și ghidarea pacientului către unitatea spitalicească.
2. Evaluarea nevoilor pacientului.
3. Utilizarea cunoștințelor obținute despre sistemele culturale, etnice, religioase și sociale ale pacientului pentru a dezvolta și revizui planul de îngrijire / acțiune.
4. Identificarea adecvată a barierelor în îngrijire.
5. Comunicarea să se realizeze într-o manieră inteligibilă.
6. Pacientul să beneficieze de suport permanent.
7. Pacientului să îi fie furnizate informații și educație adecvată (inclusiv materiale).
8. Comunicarea să se realizeze pe un ton calm și într-un limbaj de interfață.
9. Dacă pacientul are nevoie, să i se asigure un interpret.

În literatură regăsim recomandată o scală pentru evaluarea interacțiunii pacientului cu navigatorul/asistenta navigatoare (46, 47) care vizează următoarele aspecte:

1. Asistenta navigatoare îmi oferă suficient timp.
2. Asistenta navigatoare mă face să mă simt confortabil.
3. Asistenta navigatoare este de încredere.
4. Asistenta navigatoare este amabilă și respectuoasă cu mine.
5. Asistenta navigatoare ascultă problemele mele.
6. Asistentei navigatoare îi pasă personal de mine.
7. Asistenta navigatoare prezintă problemele importante din îngrijirile medicale.
8. Asistenta mea navigatoare este disponibilă și ușor de contactat.

În situația dată este important să se stabilească momentul în care asistentele navigatoare preiau pacientele cu teste pozitive.

Primul moment ar trebui să fie cel de după aflarea rezultatului.

După preluarea pacientei, asistenta navigatoare ar trebui să îi aplice screening-ul distresului (a se vedea anexa1), pentru a vedea care sunt nevoile psihosociale ale pacientei din prima etapă. Desigur că în funcție de nivelul distresului se poate recomanda consiliere psihologică oferită de către un specialist în psiho-oncologie.

Totodată, se impune stabilirea relației cu pacienta. Se comunică într-un limbaj de interfață toate detaliile necesare pentru a acoperi pașii de tratament.

Pe tot parcursul interacțiunii ar fi ideal să se aibă în vedere aspectele menționate mai sus referitoare la perioada de timp, încredere, amabilitate și respect, grijă, detalii adecvate, calm și disponibilitate.



3.1. Comunicarea cu pacientele cu patologie malignă și pre-malignă a colului uterin.

În ceea ce privește comunicarea rezultatelor la pacientele testate pentru patologia colului uterin voi face referire la studii relevante (48-51).

În ciuda varietății conținutului comunicării rezultatelor testelor, studiile au raportat mai multe practici promițătoare care merită menționate și care pot orienta către „cele mai bune practici” pentru clinicile implicate în procedura screeningului cancerului de col uterin.

Comunicarea sincronică medic-pacient despre rezultatele la screening poate fi metoda cea mai eficientă, având în vedere că pacienții pot pune întrebări și medicii pot evalua înțelegerea, mai ales în ceea ce privește rezultatul. Pentru a îmbunătăți educația în materie de sănătate, eforturile trebuie să fie combinate cu o comunicare sincronică: „o conversație clară este singura modalitate de a confirma că pacienții înțeleg informațiile pe care le-au primit, știu să acționeze și să înțeleagă motivul pentru care sunt nevoiți să interprindă anumite acțiuni” (52).

Cercetările arată că pacienții doresc să cunoască mai multe informații despre teste, indiferent dacă rezultatul este pozitiv sau negativ (53). Acest lucru nu este surprinzător atunci când cineva este în așteptarea unui rezultat - potențial stresor ce induce anxietate - ca rezultat al screeningului cancerului de col uterin. Însă în populațiile de pacienți care au o alfabetizare scăzută în domeniul sănătății, absența comunicării nu permite medicilor să „închidă bucla” la finalizarea etapei de screening, nu permite medicului să verifice înțelegerea pacientului și poate avea un efect negativ asupra aderenței la o etapă de screening ulterioară.

Informațiile privind screeningul patologiei colului uterin trebuie să fie accesibile, relevante, inteligibile, complete, centrate pe pacient, specifice fazelor și structurate pe mai multe niveluri.

O strategie de comunicare eficientă ar trebui să ia în considerare cunoștințele de screening ale profesioniștilor din domeniul sănătății și abilitățile lor de comunicare, abilitățile de alfabetizare în materie de sănătate ale pacienților și nevoile de comunicare ale unor subgrupuri specifice din populația țintă.

Personalul care se ocupă de procesul de screening trebuie să ofere femeilor informații exacte și accesibile, reflectând dovezile actuale despre test și contribuția potențială a acestuia la reducerea bolii și a mortalității, precum și informații despre riscuri și limitări.

O strategie de comunicare eficientă în cadrul screeningului cancerului de col uterin trebuie să aibă în vedere abilitățile de comunicare ale specialiștilor din domeniul sănătății implicați în procedura de screening. Persoanele responsabile de screening trebuie să ofere informații practice și concise, furnizate într-un limbaj simplu și clar, evitând jargonul și termenii tehnici. De asemenea, ar trebui să nu se omită valorile, credințele și comportamentele etno-culturale ale subgrupurilor specifice ale populației, recunoscând nevoile și preferințele lor de informare.

În programele organizate de screening pentru cancerul de col uterin la care sunt invitate să participe mai multe femei materialele tipărite, cum ar fi scrisorile și pliantele, sunt cele mai comune „instrumente” utilizate pentru a informa și educa populația despre screeningul cancerului de col uterin.



Scrisorile sunt utilizate în general pentru a invita femeile să participe la screeningul cancerului de col uterin, pentru a le comunica rezultatul testului și pentru a oferi informații despre etapa de follow-up. Pliantele oferă, de obicei, informații mai detaliate despre instituția medicală și programul de screening. Acestea reprezintă și o metodă eficientă de a explica beneficiile și riscurile testului, explicații vitale pentru procesul de luare a deciziilor. Pe lângă faptul că sunt utilizate ca modalități de informare „de sine stătătoare”, pliantele sunt adesea trimise cu scrisori personalizate.

În plus, materialele scrise prezintă avantaje precum flexibilitatea livrării, portabilitatea, reutilizarea și pot fi produse relativ rapid și ieftin.

Având în vedere nevoile și perspectivele multiple ale liderilor de programe, ale clinicienilor și femeilor, aplicarea eficientă a principiilor și metodelor de comunicare în elaborarea acestor materiale de tipărire este foarte importantă.

Informațiile furnizate trebuie să fie ușor de accesat, cuprinzătoare, oneste și în concordanță cu liniile directe privind lizibilitatea și claritatea, dar și relevante pentru audiență, potrivite nevoilor diferitelor subgrupuri ale populației țintă.

Limbajul, stilul și formatul de text recomandate ar trebui să fie analizate cu atenție de personalul implicat în proiectul de screening atunci când se elaborează informațiile tipărite.

Atributele unei bune comunicări în screeningul cancerului de col uterin presupun ca informația transmisă să fie una:

1. Accesibilă: femeile ar trebui să poată găsi informații cu ușurință
2. Relevantă: comunicarea trebuie să fie „centrată pe participanta la screening” și să includă mențiuni utile
3. Comprehensibilă: prezentată clar, evitând limbajul tehnic
4. Completă: informațiile ar trebui să fie echilibrate, incluzând atât beneficiile cât și riscurile, limitele și incertitudinile procedurilor de screening
5. Personalizată: informațiile ar trebui personalizate pentru a se potrivi nevoilor specifice diferitelor subgrupuri ale populației țintă.

Disponibilitatea serviciilor de informare telefonică, a site-urilor web, a instrumentelor multilingve sau implicarea publicului în planificarea strategiei de comunicare reprezintă câțiva parametri potențiali de calitate care ar putea fi folosiți pentru evaluarea relevanței și adecvării comunicării.

Dezvoltarea indicatorilor de calitate a comunicării (49):

Scrisoarea de invitație pentru participarea la screening trebuie să includă informații despre:

1. Scopul screeningului - pentru cine este testul (populația țintă - grupa de vârstă)
2. Descrierea testului de screening
3. Intervalul de screening
4. Dacă testul este gratuit sau nu
5. Când și cum se obțin rezultatele (menționând timpii de așteptare)
6. Posibilitatea de a avea un rezultat anormal (necesitând urmărire)
7. Valabilitatea testului
8. Informații opționale referitoare la ce nu este indicat să se facă înaintea testării
9. Indicații despre locul în care pacientele pot obține informații suplimentare (de exemplu, liniile telefonice, grupurile de pacienți și site-urile web)
10. Protecția datelor și confidențialitatea.



Conținutul scrisorii de invitație pentru participarea la procedura de screening:

Invitația trebuie să includă informații despre:

1. Destinatarii testului
2. Testul - natura, scopul, validitatea
3. Procesul testului - cine efectuează testul, cât durează, ce implică? Cum se va simți?
4. Intervalul de screening (menționând de ce este utilizat intervalul specificat)
5. Ce înseamnă detectarea timpurie?
6. Beneficiile și dezavantajele screeningului cancerului de col uterin (inclusiv informații despre efectele secundare, adică posibilitatea detectării leziunilor care de obicei regresează și necesită totuși urmărire)
7. Cum se obține rezultatul (timpii de așteptare aproximativi) și cum se interpretează (negativ, pozitiv, incertitudini)
8. Evaluări suplimentare - care explică posibilitatea unor teste suplimentare (de ce și care?), dar și posibilitatea unor rezultate fals pozitive
9. Controalele de calitate ale procedurii de screening.
10. Indicații despre locul în care pacientele pot obține informații suplimentare (de exemplu, liniile telefonice, grupurile de pacienți și site-urile web)
11. Data și sursele de informații furnizate.

4. Protocol dedicat serviciilor de psiho-oncologie pe nivele de competență (protocoale pentru diagnosticul și tratamentul tulburărilor afective și de adaptare pentru pacientele cu teste pozitive

În momentul în care vorbim despre tulburări afective în patologia oncologică ne referim la tulburările din spectrul distresului, anxietății și a depresiei.

Conform DSM - 5, tulburările anxioase cuprind acele tulburări care au în comun frica excesivă și anxietatea precum și perturbările de comportament asociate.

În ceea ce privește prevalența anxietății în rândul populației oncologice, aceasta variază între 10% și 30%, în funcție de instrumentele de măsurare, mărimea eșantionului, variabilele legate de etapa bolii și tratamentul oncologic (54). Prevalența estimată a anxietății și a depresiei este de 11,6% în populația generală supraviețuitoare oricărui cancer (55). Factorii genetici sunt recunoscuți în general ca factori importanți în tulburările de anxietate generalizată, tulburarea de panică, agorafobia și fobia specifică (56). Mecanismele implicate susținute de literatura de specialitate sunt amigdala și structurile asociate (57-59).

Anxietatea fiind de mai multe subtipuri, diagnosticul cel mai acurat se poate realiza folosind criteriile din Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale-DSM V. Dincolo de diferențele specifice, tipurile de anxietate au și următoarele caracteristici specifice:

- a) Caracteristici fiziologice: hipervigilență și tensiune musculară, respirație rapidă și neregulată, palpitații, tremurături, senzații de leșin;



- b) Caracteristici cognitive: atenție hiperfocalizată pe „pericole”, raționamente neîntemeiate pe date sau logică, predicții catastrofice, sentimentul de pierdere a controlului;
- c) Caracteristici comportamentale: evitarea situațiilor sau a comportamentelor considerate periculoase, efectuarea repetitivă a unor comportamente care pot induce senzația de siguranță.

Succinct spus, simptomatologia anxioasă înseamnă trăirea conștientă a celor descrise mai sus, care au loc la nivel fiziologic, cognitiv și comportamental.

Conform literaturii de specialitate (Holland, 2010, pag. 325-326), este necesar să ținem cont de anumite specificații precum:

- Anxietatea generalizată poate fi identificată în literatura de specialitate mai degrabă în faptul că pacienții se pot îngrijora excesiv cu privire la prognostic și/sau recurență, la tratamente, modificări de rol, de pierdere veniturii și a statutului, probleme legate de dependență.

În cazul tulburării de adaptare însoțită de anxietate este important de reținut faptul că majoritatea pacienților neoplazici, chiar și în cazul supraviețuitorilor (atunci când boala este în remisie), rămân o serie de stresori la diferite nivele, precum cel fizic (efectele adverse pe termen lung ale tratamentului oncologic, problemele de cuplu și familie, locul de muncă și aspectele financiare), care necesită o continuă adaptare.

- În cazul atacului de panică și al agorafobiei acestea se pot declanșa fie în momentul în care pacientul se confruntă cu problema neoplazică, fie tulburarea de panică se poate intensifica în anumite etape ale tratamentului oncologic (aceasta fiind prezentă înaintea diagnosticului de cancer).
- Fobiile specifice, precum claustrofobia, se pot manifesta în momentul în care pacientul este nevoit să se supună unei investigații medicale precum RMN (Rezonanței Magnetice Nucleare).
- Anxietatea anticipatorie și greața reprezintă reacții frecvent întâlnite la pacienții neoplazici în timpul tratamentelor oncologice.

Un aspect extrem de important căruia merită să îi acordăm atenția cuvenită îl reprezintă anxietatea datorată unei condiții medicale precum:

- ✓ Dezechilibre biochimice: hiperpotasemie, porfirie, hipo și/sau hipercalcemie, hipertermie, hipoglicemie, hiponatremie, deficitul de vitamine, hipovolemia, sepsisul.
- ✓ Condițiile neurologice: durerea, presiune intracraniană crescută, neoplasme ale SNC, sindromul post-contuzie, convulsiile, vertijul.
- ✓ Tulburările endocrine: probleme ale glandei suprarenale, hiper/hipotiroidismul, anormalități ale glandelor paratiroidice, ale glandei pituitare, feocromocitomul (tumoră endocrină a medulosuprarenalei), sindromul carcinoid.
- ✓ Probleme cardiovasculare: aritmii, insuficiență cardiacă congestivă, boală arterială coronariană, anemie, bolile valvulare, cardiomiopatie.
- ✓ Condiții medicale pulmonare: hipoxie, embolism pulmonar, astm, boală pulmonară obstructivă cronică, pneumotorace, edem pulmonar.
- ✓ Medicație: corticosteroizii, bronhodilatatoarele, antipsihoticele, hormonii tiroidieni, teofilina, agenții simpaticomimetici, levodopa, agenții serotoninerfici, psihostimulantele, anumite clase de antibiotice (cefalosporinele, antiviralele, antituberculozele), interferonul, cafeina, cocaina, marijuana, alcoolul, analgezicele și benzodiazepinele (54).



O caracteristică importantă atunci când vrem să realizăm diagnosticul diferențial constă în convingerile cărora merită să le acordăm atenția cuvenită. Principalele cogniții dezadaptative asociate cu anxietatea sunt:

- ❖ „Voi muri în somn” (consecința: insomnie, anxietate nocturnă, hipervigilență).
- ❖ „Chimioterapia este doar otrăvă” (suprageneralizarea efectelor adverse ale tratamentului chimioterapeutic și minimalizarea efectelor benefice ale acestuia; pacientul poate abandona tratamentul).
- ❖ „Cancerul îmi dictează toată viața. Este vorba doar despre noroc” (subestimarea autoeficacității percepute și gândirea de tipul „totul sau nimic”, anxietate crescută).
- ❖ „Trebuie să gândesc pozitiv” (tirania „gândirii pozitive” se transformă în anxietate atunci când un gând realist sau pesimist apare în mintea pacientului/pacientei).
- ❖ „Cancerul este o sentință la moarte” (termenul de cancer este suprageneralizat; de fapt este un termen destul de nespecific atâta timp cât 68% dintre pacienții cu cancer devin supraviețuitori, însă o convingere de acest tip duce spre evitarea rezolvării problemei și „paralizie emoțională”).

Dincolo de cele menționate mai sus, un aspect distinct care de multe ori în practica clinică este confundat cu tulburările de anxietate și căruia merită să îi acordăm atenția cuvenită constă în tulburările de adaptare.

Conform Manualului de diagnostic și tratament al tulburărilor mintale DSM V, categoria tulburărilor asociate traumei și factorilor de stres include și tulburările de adaptare.

Merită să avem în vedere criteriile de diagnostic pentru acestea:

- A. Dezvoltarea unor simptome emoționale sau comportamentale ca răspuns la unul sau mai mulți factori de stres identificabili, simptome survenite în decurs de 3 luni de la apariția factorilor de stres (screeningul pentru cancerul de col uterin/rezultat pozitiv).
- B. Aceste simptome sau comportamente sunt semnificative clinic așa cum reiese din unul sau ambele simptome după cum urmează:
 1. Disconfort marcant și disproporționat față de severitatea și intensitatea factorului de stres, luând în considerare contextul exterior și factorii culturali care ar putea influența tabloul clinic și severitatea simptomelor.
 2. Deficit semnificativ în sfera socială, ocupațională sau în alte domenii importante de funcționare.
- C. Perturbarea indusă de stres nu îndeplinește criteriile pentru o altă tulburare psihică și nu reprezintă o exacerbare a unei boli psihice preexistente.
- D. Simptomele nu sunt consecințe ale doliului normal (necomplicat).
- E. Odată ce factorul de stres sau consecințele lui au luat sfârșit, simptomele nu persistă mai mult de 6 luni.

De asemenea, din punct de vedere clinic se impune ca atunci când vorbim de un stresor precum un diagnostic de cancer să facem distincția între tulburarea de adaptare și tulburarea acută de stres. Aceasta apare doar între ziua a 3-a și o lună de la expunerea la factorul de stres, pe când tulburarea de adaptare poate fi diagnosticată imediat și persistă până la 6 luni.

Există diferite subtipuri caracterizate prin simptomele prezentate de pacienții cu această psihopatologie.



- Depresiv subtip: există o predominare a simptomelor caracteristice de stare emoțională afectată, cum ar fi plânsul sau disperarea.
- Subtipul anxios, caracterizat prin simptome asociate cu anxietatea: nervozitate, iritabilitate etc.
- Mixt (anxietate și depresie): persoanele prezintă simptome ale subtipurilor anterioare.
- Cu tulburare de comportament: există o modificare a comportamentului, în care sunt încălcate drepturile altora sau normele și regulile sociale.
- Cu o schimbare mixtă de emoții și comportament: există modificări emoționale și comportamentale.
- Nu este specificat: reacții dezadaptative la factorii de stres care nu pot fi clasificați în celelalte subtipuri.

Indiferent de diagnosticul tulburării de anxietate, pentru ca acesta să poată fi asigurat este nevoie să existe o afectare semnificativă în ariile de activitate ale pacientului, astfel încât principalul impact este asupra funcționalității vieții de zi cu zi. Încă din etapa intervenției chirurgicale existența anxietății comorbidă cu simptomatologia depresivă afectează semnificativ calitatea vieții pacientelor (60). Există și o serie de studii care susțin faptul că serviciile medicale sunt utilizate mult mai frecvent de către persoanele anxioase, deși e nevoie de cercetări amănunțite pentru detalii exacte în legătură cu această temă (61). În concluzie, simptomatologia anxioasă afectează semnificativ ariile de funcționare, calitatea vieții și există riscul de a aduce costuri suplimentare sistemului de sănătate.

Evaluarea simptomatologiei anxioase în context oncologic cere o abordare bio-psihosocială. Conform unei meta-analize recente (62), screeningul și evaluarea nivelului anxietății înaintea furnizării intervențiilor psihologice ar trebui să fie introduse ca și un criteriu de includere în viitoarele trialuri clinice. În ceea ce privește aceasta etapă, pot fi incluse instrumentele de screening precum termometrele emoționale (63), Scala de anxietate Hamilton (64), Scala de evaluare a anxietății și a depresiei în context spitalicesc (HADS) (65, 66). Totodată, după ce această evaluare a fost realizată, obiectivele generale (care, desigur, se adaptează pacientului din fața noastră) pe care un clinician merită să le stabilească sunt legate de reducerea cu 50% a scorului la scala tulburării de anxietate GAD - 7, reducerea cu 50% a fricii de recurență măsurată cu o scală Likert sau cu scala CGI (Scala impresiei globale Clinice), reîntoarcerea la locul de muncă (în cazurile în care condiția medicală permite această decizie), finalizarea tratamentului cu radioterapie în cazul unui pacient cu claustrofobie, reducerea frecvenței atacurilor de panică (54).

4.1. Intervenția psiho-oncologică

Intervențiile cele mai recomandate pentru simptomatologia anxioasă asociată patologiei oncologice sunt: psihoeducația, terapia cognitiv-comportamentală, tehnica rezolvării de probleme, hipnoza, exercițiile de respirație de relaxare și tratamentele medicamentoase.

Psihoeducația vizează furnizarea de informații verbale sau scrise cu privire atât la problema de sănătate emoțională, cât și la tratament.

Terapia cognitiv-comportamentală este susținută în anumite etape (67-70). Aceasta are la bază principiul conform căruia modul în care este interpretat diagnosticul și/sau tratamentul oncologic influențează răspunsul emoțional și comportamental (o parte dintre



convingerile dezadaptative au fost menționate mai sus). Abordarea cognitivă se focalizează pe înlocuirea convingerilor disfuncționale cu unele mai sănătoase, mai realiste, care să aibă ca scop principal „decatastrofarea” situației.

Tehnicile cognitiv-comportamentale includ distragerea atenției, desensibilizarea sistematică, exercițiile de relaxare și hipnoză - acestea se focalizează pe ceea ce se poate face „aici și acum” în cazul anxietății asociate tratamentelor oncologice. Studiile (71-78) susțin beneficiile intervențiilor menționate mai sus pentru managementul anxietății în cazul pacienților oncologici.

Chiar dacă părerile în ceea ce privește medicația pentru simptomatologia anxioasă sunt împărțite, în psihooncologie, datorită situațiilor de criză, merită luate în calcul tratamentele cu efecte imediate și care ameliorează simptomatologia (54).

Cele mai recunoscute tratamente medicamentoase recomandate sunt benzodiazepinele, mai ales în stadiile terminale și datorită faptului că unele pot fi administrate intramuscular, nu doar oral (ex. Lorazepamul) (79-81). În literatura de specialitate regăsim un trial clinic (82, 83) în care a fost utilizat alprazolamul versus relaxarea progresivă musculară care susține faptul că ambele proceduri de intervenție au redus anxietatea, iar diferența a constat în faptul că efectul alprazolamului a fost mai rapid, însă exercițiile de relaxare nu au efecte adverse.

Abordarea multidisciplinară, pornind de la tehnicile cognitiv-comportamentale combinate cu farmacologia specifică pentru reducerea efectelor adverse ale chimioterapiei precum vomă, greața sau simptomatologia anxioasă anticipatorie (84-90), reprezintă varianta cea mai recomandată pentru o îngrijire de calitate. Alte tipuri de medicație recomandată în cazul pacienților oncologici cu simptomatologie anxioasă sunt: buspirona, oxazepamul, olanzapina, risperidona, mirtazapina, chiar și antihistaminicele (în cazul pacienților care au funcția pulmonară compromisă) și anticonvulsivantele (91-96). În ceea ce privește medicația recomandată pentru controlul anxietății, ajută să ținem cont de vârsta pacientului (pentru cei vârstnici există riscul de a se dezzechilibra), de riscul dezvoltării delirului, dar și de metabolismul substanțelor la nivel hepatic.

În concluzie, simptomatologia anxioasă merită luată în calcul atât în etapa de screening, cât și în cazul tuturor pacienților neoplazici pe tot parcursul traiectoriei bolii și a etapei de supraviețuire. De îndată ce evaluarea ne indică un anumit subtip de anxietate, trebuie să luăm în considerare atât variantele de intervenție psihologică, precum și tratamentul medicamentos.

4.2. Protocol de intervenție psiho-oncologică pentru tulburările afective (anxietate/depresie)

Ședința 1

Evaluarea

Constatarea acuzelor

Investigarea tuturor simptomelor

Evaluarea deficitelor cognitive, comportamentale și interpersonale

Administrarea bateriei standard pentru evaluarea inițială precum și a chestionarelor adiționale pentru evaluarea anxietății/depresiei (scala HADS, scala EMASs, inventarul BDI)

Evaluarea altor tulburări comorbide (alte tulburări afective)

Evaluarea riscului de suicid

Evaluarea nevoii introducerii tratamentului medicamentos



Aflarea expectanțelor pacientei privind intervenția psiho-oncologică
Sumarizarea discuției

Solicitarea unui feedback

Ședința 2

Familiarizarea cu intervenția

Informarea pacientului despre diagnosticul primit

Întocmirea unei liste cu scopuri de intervenție

Oferirea fișelor care conțin informații despre tulburarea afectivă și despre intervenția psiho-oncologică

Intervențiile psiho-oncologice

Prezentarea exercițiilor de relaxare prin respirație/training autogen (în situația tulburărilor din spectrul anxios)

Rugăm pacienta să stabilească o ierarhie a situațiilor de care se teme

Învățăm pacienta cum să își monitorizeze anxietatea/panica

Începem identificarea gândurilor automate specifice situațiilor

Tratamentul medicamentos

Luăm în considerare tratamentul medicamentos (în cazul în care pacienta nu are deja prescris un astfel de tratament) și revedem efectele secundare și eficiența acestei linii de intervenție

Tema de casă

Pacienta va primi o fișă referitoare la importanța temelor de casă în procesul terapeutic

În cazul în care vorbim despre patologie anxioasă, prima temă de casă poate fi exersarea relaxării

Dacă abordăm problema depresiei, atunci prima temă de casă poate consta în planificarea activităților plăcute/notarea gândurilor și a stărilor emoționale/planificarea recompenselor/ a activităților.

De asemenea, pacienta va trebui să înceapă să își monitorizeze anxietatea/panica/stările emoționale aferente gândurilor.

*temele de casă trebuie clar explicate, exemplificate și adaptate pacientei din fața noastră

Ședința 3

Evaluarea

Reevaluarea anxietății și a depresiei

Evaluarea modului în care pacienta își monitorizează anxietatea și panica

Evaluarea abilității pacientei de a induce relaxarea în cadrul ședinței

Verificarea temei de casă

Continuarea exercițiilor de relaxare/a tehnicilor aferente reducerii simptomatologiei depresive

Evaluarea nivelului de auto-recompensare

Tratamentul medicamentos (dacă a fost cazul)

Evaluarea efectelor secundare

Dacă nu se observă niciun efect pozitiv, se solicită reevaluare psihiatrică.

Tema de casă

Pacienta va trebui să continue exersarea relaxării și monitorizarea gândurilor automate în situațiile anxioase și în cazul atacurilor de panică.

Ședința 4

Evaluarea



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

La fel ca în ședința 3

Intervențiile psiho-oncologice

Concentrarea asupra gândirii catastrofice, prezicerii, etichetării și auto-criticii

Identificarea și provocarea/dezbaterea gândurilor dezadaptative subiacente

Începerea expunerii în imaginar în cadrul ședinței

Planificarea și recapitularea expunerii in vivo (după ședință)

Tratamentul medicamentos - la fel ca în ședința 3

Tema de casă

Pacienta va trebui să continue exersarea relaxării.

Pacienta va trebui să identifice și să dezbată gândurile automate.

**se pot recomanda teme de casă mai adaptate pacientei cu care lucrăm*

Ședințele 5 - 8

Evaluarea

La fel ca în ședința 3

Intervențiile psiho-oncologice

Continuarea cu expunerea în imaginar a situațiilor de care se teme pacienta

Introducerea reală a simptomelor de panică în cadrul ședinței - controlul respirației și alte tehnici (tot în cadrul ședinței)

Concentrarea pe instruirea automonitorizării pentru decatastrofarea simptomelor de panică

Educarea pacientului să dezvolte/să conceapă propriile pastile psihologice de gestionare a anxietății și panicii

Planificarea expunerii pentru situațiile cu nivele ridicate de anxietate (din lista de ierarhii ale anxietății)

Continuarea identificării și dezbaterii gândurilor automate și a convingerilor

Trecerea în revistă a vechilor gânduri automate (identificate în ședințele anterioare) și discutarea acestora cu pacienta

Ajutarea pacientei să dezvolte afirmații pozitive despre sine și un „statut de drepturi”

Tratamentul medicamentos

La fel ca în ședința 3

Tema de casă

Î se recomandă pacientei să continue exersarea relaxării

Stabilirea expunerii in vivo pentru situații cu nivele ridicate de anxietate (din lista de ierarhii ale anxietății) - pacienta va trebui să noteze predicțiile sale dinaintea expunerii, dezbaterile cognitive și rezultatele; desemnarea unei „perioade de îngrijorare”.

Ședințele 9 - 10

Evaluarea

La fel ca în ședința 3

Examinarea relației dintre expunerea accentuată și numărul mai redus al atacurilor de panică.

Intervențiile psiho-oncologice

Examinarea predicțiilor și a rezultatelor negative preconizate în trecut de către pacientă

Examinarea progresului făcut în cadrul terapiei

Formularea unor convingeri noi, adaptative

Dezvoltarea altor modalități de auto-instruire pentru anxietate și distres

Planificarea ședințelor din faza de reducere a frecvenței pentru atacul de panică/agorafobie



Evaluarea posibilelor nevoi ale pacientelor și a altor probleme
Evaluarea situațiilor care ar putea induce anxietate sau conflicte interpersonale.
Evaluarea nevoii trainingului asertiv, a optimizării abilităților de îmbunătățire a relațiilor interpersonale, a abilităților de rezolvare de probleme, a abilităților de concepere a alternativelor

Tratamentul medicamentos

La fel ca în ședința 3

Tema de casă

Pacienta va trebui să continue exersarea relaxării

Stabilirea expunerii in vivo pentru situații cu nivele ridicate de anxietate - notarea predicțiilor dinaintea expunerii, dezbaterile cognitive și rezultatele

Pacienta va ajuta să își monitorizeze și să își dezbată gândurile automate legate de conflictele cotidiene prezente.

Pacienta va trebui să anticipeze situațiile care îi pot provoca anxietate și să enumere posibilele strategii de coping (comportamentale, interpersonale și cognitive).

Recomandarea de a indica care sunt ariile problematice pe care va continua să le abordeze după terminarea terapiei.

Ședințele 11 - 12

Evaluarea

La fel ca în prima ședință

Intervențiile psiho-oncologice

Evaluarea abilității pacientei de a-și identifica și dezbată gândurile anxioase

Evaluarea interpretării pacientei privind simptomele de anxietate și abilitatea acesteia de a reduce nivelele de anxietate prin relaxare, tehnici de respirație, reatribuire și auto-instrucțiuni

Discutarea temei de casă cu rol pentru prevenirea recăderilor

Verificarea temei de casă

Reevaluarea posibilității suicidului

Dacă ne raportăm la simptomatologia depresivă, atunci putem ruga pacienta să examineze episoadele anterioare de depresie și să descrie modul în care va face față posibilelor episoade de depresie din viitor.

Pacienta să își stabilească singură noi provocări/teme de casă

Pacienta va trebui să continue să se expună la situații care îi pot provoca anxietate (97).

4.2.1. Protocol de intervenție psiho-oncologică în cazul tulburărilor de adaptare la pacientele cu patologie malignă confirmată a colului uterin

Ședința 1

Evaluarea

Constatarea acuzelor

Investigarea tuturor simptomelor

Evaluarea deficitelor cognitive, comportamentale și interpersonale

Evaluarea specificului tuburării de adaptare

Aflarea expectanțelor pacientei privind intervenția psihologică

Sumarizarea discuției

Solicitarea unui feedback

Ședința 2



Familiarizarea cu intervenția

Informarea pacientului despre tulburarea de adaptare

Întocmirea unei liste cu scopuri de intervenție

Oferirea pacientului de fișe care conțin informații despre tulburarea de adaptare și despre intervenția psiho-oncologică

Intervențiile psiho-oncologice

Prezentarea exercițiilor de relaxare prin respirație/training

Învățăm pacienta cum să își monitorizeze stările emoționale

Începem identificarea gândurilor automate specifice situațiilor

Tema de casă

Pacienta va primi o fișă referitoare la importanța temelor de casă în procesul terapeutic

*temele de casă trebuie clar explicate, exemplificate și adaptate pacientei din fața noastră.

Ședința 3

Evaluarea

Reevaluarea stărilor emoționale

Evaluarea modului în care pacienta își monitorizează stările afective

Evaluarea abilității pacientei de a induce relaxarea în cadrul ședinței

Verificarea temei de casă

Evaluarea nivelului de auto-recompensare

Tema de casă

Pacienta va trebui să continue exersarea relaxării și monitorizarea gândurilor automate în situațiile în care se confruntă cu emoții negative disfuncționale.

Ședința 4

Evaluarea

La fel ca în ședința 3

Intervențiile psiho-oncologice

Concentrarea asupra gândirii catastrofice, prezicerii, etichetării și auto-criticii

Identificarea și provocarea/dezbaterea gândurilor dezadaptative subiacente

Tema de casă

Pacienta va trebui să continue exersarea relaxării.

Pacienta va trebui să identifice și să dezbată gândurile automate.

**se pot recomanda teme de casă mai adaptate pacientei cu care lucrăm*

Ședințele 5 - 8

Evaluarea

La fel ca în ședința 3

Intervențiile psiho-oncologice

Educarea pacientului să dezvolte/să conceapă propriile pastile psihologice de gestionare a stărilor emoționale negative disfuncționale

Continuarea identificării și dezbaterii gândurilor automate și a convingerilor

Cultivarea emoțiilor pozitive

Tema de casă

I se recomandă pacientei să continue exersarea relaxării.

Ședințele 9 - 10

Intervențiile psiho-oncologice

Examinarea predicțiilor și a rezultatelor negative preconizate în trecut de către pacientă

Examinarea progresului făcut în cadrul terapiei



Formularea unor convingeri noi, adaptative

Evaluarea posibilelor nevoi ale pacientelor și a altor probleme

Evaluarea situațiilor care ar putea induce anxietate sau conflicte interpersonale.

Pacienta va primi ca și temă de casă monitorizarea și înlocuirea gândurilor automate legate de conflictele cotidiene prezente.

Recomandarea de a indica care sunt ariile problematice pe care va continua să le abordeze după terminarea terapiei.



5. Standarde minimale necesare specialiștilor pentru oferirea suportului psihooncologic

ETAPA 1.

IDENTIFICAREA ȘI ANALIZA NEVOILOR PSIHOSOCIALE

Descriere

Această etapă se referă la interacțiunea cu persoanele aflate în consultația psihologică pentru identificarea și analiza nevoilor și problemelor psihosociale, în scopul definirii obiectivelor care vor fi urmărite în prestarea serviciului psiho-oncologic pentru pacientele cu patologia colului uterin.

Elemente de competență	Criterii de realizare
1. Adună informațiile necesare și relevante despre problemele psihologice	<p>1.1. Face corect și responsabil anamneza psihologică, istoricul problemei în interacțiune directă cu pacientul.</p> <p>1.2. Selectează informații despre natura problemei psihologice din alte surse relevante, precum aparținători ai persoanei, fișe de observație medicală, psihologică sau de altă natură.</p> <p>1.3. Consemnează și păstrează cu atenție și exactitate informațiile obținute, conform procedurii interne.</p>
2. Identifică nevoile și problemele psihologice	<p>2.1. Consultă și analizează cu atenție însemnările proprii și din alte surse relevante.</p> <p>2.2. Identifică nevoile și problemele pacientei.</p>
3. Analizează nevoile și problemele psihologice	<p>3.1. Înțelege și, dacă este necesar, clarifică împreună cu pacienta natura și numărul problemelor psihologice.</p> <p>3.2. Conceptualizează din punct de vedere psihologic problemele identificate.</p>

GAMA DE VARIABILE

Surse de informații: pacienți/clienti, aparținători, fișe de observație medicală și fișe de observație de altă natură.

Consemnarea informațiilor: suport creion-hârtie, suport electronic

GHID PENTRU EVALUARE

Evaluarea vizează:

- modalitatea de strângere a informațiilor,
- modalitatea de consemnare și păstrare a informației obținute, respectând principiile securității și confidențialității informației,
- modalitățile de conceptualizare psihologică a cazului

ETAPA 2.

SCREENINGUL PSIHOSOCIAL

Descriere



Această etapă se referă la acțiunile necesare pentru stabilirea corectă a distresului psihologic.

Elemente de competență	Criterii de realizare
1. Conceptualizarea distresului psihologic	1.1. Explicarea conceptului de distres oncologic 1.2. Screeningul distresului oncologic prin intermediul Instrumentului de distres oncologic
2. Comunicarea semnificației distresului oncologic	2.1. Rezultatul screeningului este comunicat beneficiarului serviciilor psihooncologice 2.2. Se recomandă comunicarea într-o manieră care să permită înțelegerea corectă și completă a semnificației acestuia. 2.3. Comunicarea distresului oncologic se face cu scopul informării pacientului și a persoanelor semnificative și pentru a se asigura o aderență crescută la tratament. 2.4. Rezultatul screeningului psihologic este comunicat și altor specialiști sau persoane avizate, numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia. 2.5. Rezultatul screeningului psihologic este comunicat și altor specialiști sau persoane avizate în scopul asigurării unei colaborări profesionale eficiente în beneficiul pacientului.

GAMA DE VARIABLE

Teste specifice:

- instrumente de screening al distresului oncologic
- scale clinice,
- scale și chestionare de personalitate,

ETAPA 3.

ELABORAREA, IMPLEMENTAREA ȘI EVALUAREA PLANURILOR DE INTERVENȚIE

Descriere

Această etapă se referă la acțiunile necesare pentru identificarea, pregătirea și implementarea intervențiilor, în scopul îndeplinirii obiectivelor propuse și a utilizării eficiente a rezultatelor evaluării.

Elemente de competență	Criterii de realizare
1. Propune și negociază obiectivele intervenției	1.1. Obiectivele intervenției sunt stabilite împreună cu persoana aflată în consultația psihologică. 1.2. Obiectivele intervenției se stabilesc astfel încât să fie clare, acceptabile, realizabile și individualizate. 1.3. În stabilirea obiectivelor intervenției se ține cont de rolul și contribuția psihologului, a pacientului și a persoanelor

	<p>semnificative în realizarea obiectivelor.</p> <p>1.4. Obiectivele intervenției sunt organizate pe termen scurt, mediu și lung.</p> <p>1.5. Sunt specificate criteriile de evaluare a progresului în îndeplinirea obiectivelor, de comun acord cu persoana aflată în consultația psihologică.</p> <p>1.6. Obiectivele intervenției sunt înregistrate cu acuratețe, complet și într-o manieră comprehensibilă.</p>
2. Elaborează planul de intervenție	<p>2.1. Diagnosticul psihologic este particularizat în probleme de viață.</p> <p>2.2. Elaborarea planului de intervenție se realizează în funcție de manifestarea individuală a distresului oncologic.</p> <p>2.3. În elaborarea planului de intervenție se ține cont de interesele pacientului, posibile conflicte între nevoile și preferințele individului și impactul intervenției asupra altor persoane, situațiile de risc și cadrul legal al exercitării profesiei.</p> <p>2.4. Planul de intervenție este elaborat ținându-se cont de accesibilitatea resurselor și serviciilor necesare pentru realizarea obiectivelor.</p> <p>2.5. Planul de intervenție este elaborat în funcție de balanța cost-beneficii, care este în favoarea pacientei.</p> <p>2.6. Planul de intervenție se structurează în timp, în funcția de natura problemei, cu posibilitate de prelungire.</p>
3. Aplică tehnici de intervenție	<p>3.1. Tehnicile de intervenție selectate sunt validate științific sub aspectul eficienței și al validității teoriei.</p> <p>3.2. Tehnicile de intervenție au ca scop modificarea aspectelor psihologice implicate în apariția și manifestarea problemelor psihologice.</p> <p>3.3. Utilizarea tehnicilor de intervenție reclamă obligatoriu competențe specifice.</p> <p>3.4. Tehnicile de intervenție directe se combină cu prescripții terapeutice, în scopul creșterii eficienței intervenției.</p> <p>3.5. Tehnicile de intervenție directe și prescripțiile terapeutice se selectează în așa fel încât să poată fi aplicate de către pacient în mediul de proveniență.</p> <p>3.6. În aplicarea tehnicilor de intervenție se integrează contribuția altor categorii profesionale relevante pentru caz.</p> <p>3.7. În aplicarea tehnicilor de intervenție se ține cont de stadiile dezvoltării, particularitățile de dezvoltare, familiale, sociale și culturale.</p>



4. Înregistrează rezultatele intervenției	<p>4.1. Progresele înregistrate pe parcursul intervenției sunt atent monitorizate, pentru a se constata progresul intervenției.</p> <p>4.2. Înregistrarea rezultatelor include declarațiile pacientului, date referitoare la comportamente, frecvența simptomelor etc.</p> <p>4.3. Înregistrarea rezultatelor se face cu acuratețe, complet și într-o manieră comprehensibilă.</p>
5. Evaluează planul de intervenție	<p>5.1. Eficiența planului de intervenție se evaluează în raport cu gradul de realizare al obiectivelor propuse.</p> <p>5.2. Evaluarea planului de intervenție se face prin metode obiective și subiective.</p> <p>5.3. Rezultatele intervenției sunt prezentate individului sau reprezentantului legal al acestuia și discutate într-o manieră adecvată, pentru a se asigura înțelegerea acestora.</p> <p>5.4. În evaluarea planului de intervenție se iau în considerare eventualele comentarii, opinii, sugestii profesionale în legătură cu eficiența intervenției, din partea altor persoane cu competențe profesionale în aplicarea intervenției respective.</p> <p>5.5. În cazul în care nu se înregistrează efectele scontate, modificările în planul de intervenție se efectuează de comun acord cu individul sau cu reprezentantul legal al acestuia și cu persoanele semnificative implicate în intervenție.</p> <p>5.6. Evaluarea rezultatelor planului de intervenție se realizează în scopul oferirii unui feed-back pacientului și psihologului/psihoncologului despre progresul intervenției.</p> <p>5.7. Evaluarea planului de intervenție se realizează în scopul prevenirii recidivelor.</p> <p>5.8. Evaluarea planului de intervenție este inclusă în activitățile administrative din cadrul instituției.</p>

GAMA DE VARIABILE

Nevoile și problemele: emoționale, comportamentale, cognitive, sociale, economice și medicale.

Resurse: financiare, de timp, fizice, emoționale, tehnice, sociale.

Servicii suplimentare: recomandarea evaluării și intervenției medicului psihiatru la nevoie

Tehnici de intervenție:

- intervenții specifice pentru pacientele care au făcut screeningul primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin;
- consiliere și terapie suportivă;
- consilierea în situații de criză, terapii standard de relaxare;
- consiliere specifică obiectivelor medicale (ex. creșterea aderenței la tratament).



Metode obiective: instrumente psihometrice specifice, scale clinice, frecvența comportamentelor problematice etc.

Metode subiective: declarațiile pacientului, ale aparținătorilor etc.

Persoană semnificativă înseamnă orice persoană pe care pacientul dorește să o implice în rezolvarea problemelor sale psihologice: partener, membrii familiei, prieteni sau rude, colegi, alți specialiști din domeniul sănătății fizice și mentale.

Modalitatea de aplicare a tehnicilor de intervenție: individual, în grup, de grup, combinată.

Modalitate de înregistrare: în scris (pe hârtie sau electronic).

Ghid pentru evaluare

Pentru a demonstra aceste competențe sunt necesare:

A. Cunoștințe referitoare la:

- 1) Procedurile de tratament fundamentate științific;
- 2) Strategiile de monitorizare și evaluare a tratamentelor;
- 3) Prevenția recidivei;
- 4) Rolul suportului social în optimizarea tratamentului.

B. Deprinderi de:

- 1) Construire a unei alianțe terapeutice;
- 2) Stabilirea planului individual de tratament;
- 3) Utilizare a metodologiilor adecvate de evaluare și monitorizare a tratamentului;
- 4) Aplicare adecvată și eficientă a tehnicilor de intervenție;
- 5) Comunicare și colaborare cu alți specialiști implicați în tratament;
- 6) Facilitare și promovare a grupurilor de suport;
- 7) Autoevaluare periodică a propriilor deprinderi și cunoștințe și educația permanentă.

C. Atitudini de:

- 1) De a dezvolta o relație terapeutică cu pacientul;
- 2) De a învăța permanent cele mai bune proceduri de intervenție;
- 3) De a respecta nevoile și preferințele pacientei/pacientului.

Etapa 4.

RESPECTAREA ETICII, DEONTOLOGIEI ȘI STANDARDELOR PROFESIONALE

Descriere

Această etapă se referă la cunoașterea și aplicarea principiilor etice, deontologice și exercitarea profesiei în funcție de standardele profesionale în vigoare.

Elemente de competență	Criterii de realizare
------------------------	-----------------------



1. Respectă principiile deontologiei profesionale	<p>1.1. Codul deontologic al profesiei este cunoscut, înțeles și, la nevoie, clarificat cu persoane abilitate din domeniul de specialitate.</p> <p>1.2. Principiile deontologice sunt aplicate de fiecare dată în practica profesională.</p> <p>1.3. Principiile deontologiei profesionale sunt diseminate printre membrii categoriei profesionale.</p>
2. Practică profesia la standardele stabilite de competență profesională	<p>2.1. Practicarea profesiei se realizează la standardele profesionale stabilite de organizația profesională.</p> <p>2.2. Practicarea profesiei se realizează numai în cadrul stabilit de competențele profesionale.</p> <p>2.3. Practicarea profesiei la standardele profesionale se realizează în scopul asigurării unei eficiențe maxime a serviciilor prestate.</p>
3. Respectă legislația în vigoare.	Legislația referitoare la drepturile omului este cunoscută și înțeleasă.

Principiile deontologice sunt stipulate în Codul deontologic elaborat de fiecare organizație profesională (ex. Colegiul Psihologilor din România).

Se urmărește:

- cunoașterea Codului Deontologic al profesiei,
- aplicarea principiilor deontologice,
- cunoașterea și respectarea legislației relevante pentru domeniul de competență.

Evaluarea va urmări nivelul la care sunt dobândite aceste cunoștințe, deprinderi și atitudini.

- dezvoltarea psihologică
- alți factori sau situații care implică componente psihologice.

Contextul evaluării:

- întâlniri față în față cu pacientul,
- întâlniri față în față cu alte persoane relevante în cabinetul de psihologie.

Evaluarea vizează ca specialistul să cunoască:

- informații despre natura și manifestarea tulburărilor psihice, mecanisme etio-patogenetice psihologice,
- cunoștințele și deprinderile în selecția, administrarea și cotarea instrumentelor de evaluare specifice, conform cu manualele de utilizare a instrumentelor și cu normele metodologice în vigoare,
- modalitatea de interpretare a rezultatelor testării psihologice, în scopul formulării corecte de ipoteze, de diagnostice psihologice și pentru recomandări terapeutice,
- modalitatea de consemnare și păstrare a informației obținute, respectând principiile securității și confidențialității informației,
- modalitatea de redactare a raportului psihologic și conținutul acestuia în raport cu datele obținute în urma investigației și testării psihologice.

6. Concluzii

Protocolul de mai sus prezintă într-o formă detaliată principalele aspecte psihologice specifice pacienților suspecte sau diagnosticate cu patologia colului uterin, conform studiilor din literatura de specialitate, precum anxietatea, tulburările de adaptare, distresul și tulburările depresive. Ca o consecință a evidențierii acestor probleme de ordin emoțional putem regăsi un protocol dedicat serviciilor de psihoncologie. Cu scopul de a asigura o îngrijire psihologică de calitate, am realizat și o secțiune dedicată standardelor minime necesare specialiștilor pentru oferirea suportului psihoncologic.

Datorită faptului că traiectoria oncologică începe încă din momentul screeningului, iar pe plan internațional standardele de asigurare a calității îngrijirii medicale presupun o perspectivă multidisciplinară, furnizarea suportului necesar pe tot parcursul acestei boli cu o abordare centrată pe pacient, oferită de un personal medical cu abilități de comunicare și suport, documentul conține și linii directoare necesare unei bune comunicări în etapa de screening, precum și un protocol de consiliere de tipul „nursei” navigatoare.

7. Anexe

Anexa 1. Instrumente de screening pentru prima etapă

1.1. Instrumentul de screening al distresului

Fig. 1. INSTRUMENT DE EVALUARE A DISTRESULUI - DT

Instrucțiuni: Pentru început, vă rugăm să marcați cifra (de la 0 la 10) care descrie cel mai elocvent starea dumneavoastră de distres din ultima săptămână (incluzând ziua de azi).

Distres extrem

10

9

8

7

6

5

4

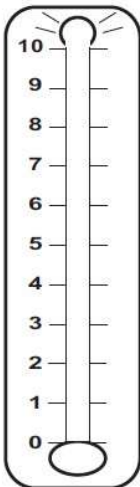
3

2

1

Fără distres

0



Apoi, vă rugăm să indicați dacă vreunul dintre următoarele aspecte v-a provocat probleme în ultima săptămână (incluzând ziua de azi). Vă rugăm să răspundeți la fiecare enunț cu DA sau NU.

DA	NU	<u>Probleme practice</u>	DA	NU	<u>Probleme fizice</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grija copiilor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspect fizic
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gospodărie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toaletă/Îmbrăcăminte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siguranță/financiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respirație
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schimbări la urinare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muncă/Școală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipație
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decizii privind tratamentul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diaree
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentație
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oboseală
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Probleme de familie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Balonare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme cu copiii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febră
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme cu partenerul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deplasare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacitatea de a avea copii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sănătatea familiei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memorie/Concentrare
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulceratii bucale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Probleme emoționale</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Greață
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nas uscat/înfundat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frică	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervozitate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexuale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristețe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piele uscată/iritată
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Îngrijorare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierderea interesului pentru activități obișnuite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuz de substanțe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Probleme spirituale/religioase</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Furnicături în mâini și picioare

Alte probleme: _____

1.2. Scala HADS pentru evaluarea anxietății și depresiei în mediul spitalicesc

SCALA HADS

Gândindu-vă la **ultima săptămână** răspundeți la următoarele întrebări, fără a sta să vă gândiți prea mult.

D	A		D	A	
		Mă simt tensionat / agitat / sfârșit			Mă simt ca și cum aș fi încetinit/aș sta pe loc
	3	Aproape tot timpul	3		Aproape tot timpul
	2	În majoritatea timpului	2		Destul de des
	1	Ocazional; din când în când	1		Câteodată
	0	Deloc	0		Deloc
		Încă îmi place să fac lucrurile care odată îmi făceau plăcere			Obişnuiesc să am o senzație de frică (un sentiment asemănător cu fluturii în stomac)
	0	La fel de mult ca înainte	0		Niciodată
	1	Nu chiar în aceeași măsură ca înainte	1		Ocazional
	2	Doar puțin	2		Destul de des
	3	Îmi plac prea puțin	3		Foarte des
		Devin vigilent și speriat, ca și cum ceva rău urmează să se întâmple			Mi-am pierdut interesul pentru propriul aspect fizic
	3	Da, în majoritatea timpului și e destul de rău	3		Nu mă mai interesează aspectul fizic
	2	Da, dar nu e așa de rău	2		Nu mai am atât de multă grijă ca înainte
	1	Puțin, dar nu mă îngrijorează aceste gânduri	1		Nu îmi mai îndrept atenția atât de mult spre aspectul fizic, dar mă îngrijesc
	0	Deloc	0		Mă interesează la fel ca înainte
		Pot să râd și să văd partea amuzantă a lucrurilor			Mă simt neliniștit (ca și cum ar trebui mereu să fac ceva)
	0	Fac asta la fel ca înainte		3	Simt asta foarte des
	1	Nu mai fac asta ca înainte		2	Simt asta des
	2	Fac asta considerabil mai rar ca înainte		1	Nu prea simt asta
	3	Nu mai fac asta deloc		0	Nu simt asta deloc
		Gânduri de îngrijorare îmi trec prin minte			Mă gândesc cu plăcere la lucrurile care urmează să vină
	3	În marea majoritate a timpului	0		La fel ca înainte



UNIUNEA EUROPEANĂ

Instrumente Structurale
2014-2020

	2	Des	1		Mai puțin decât o făceam înainte
	1	Din când în când, nu foarte des	2		Cu siguranță mai puțin ca înainte
	0	Doar ocazional	3		Aproape deloc
		Mă simt fericit / optimist			Mă simt învăluit de panică din senin, fără motiv
	3	Absolut deloc		3	Foarte des
	2	Nu foarte des		2	Destul de des
	1	Câteodată		1	Nu foarte des
	0	În marea majoritate a timpului		0	Deloc
		Mă simt în largul meu și relaxat			Pot să mă delectez cu un film bun/o carte bună
	0	Tot timpul		0	Des
	1	De obicei		1	Câteodată
	2	Nu foarte des		2	Din când în când
	3	Absolut deloc		3	Foarte rar

Scorare:

Scor total: DEPRESIE (D): _____

ANXIETATE (A): _____

0-7 - normal

8-10 - anormal (cu tendințe borderline)

11-21 - anormal



1.3. Evaluarea calității vieții pentru pacientele care descoperă leziuni premaligne ale colului uterin (scală recomandată după aflarea rezultatelor testării HPV).

Scala FACIT-CD (98)

Starea de bine	Deloc	Puțin	Uneori	Destul de mult	Foarte mult
1. Simt disconfort în zona pelvină.					
2. Resimt durere în zona pelvină.					
3. Am crampe în zona pelvină.					
4. Mă simt deranjată de scurgeri/sângerări vaginale.					
5. Sunt deranjată de efectele adverse ale tratamentului.					
Sunteți activă sexual? Dacă da, răspundeți la întrebările 6-8. Dacă nu, treceți la întrebarea 9.					
6. Simt durere sau disconfort în timpul actului sexual.					
7. Sunt nevoită să întrerup activitatea sexuală din cauza infecției.					
8. Sunt îngrijorată să nu transmit infecția.					
Satisfacția în ceea ce privește tratamentul					
9. Am încredere în medicii care mă tratează.					
10. Simt că am primit tratamentul cel mai potrivit pentru mine.					
11. Medicii mi-au oferit explicațiile pe care le-am putut înțelege					
12. Medicul mi-a explicat posibilele beneficii ale tratamentului.					
13. Pot lucra (incluzând și activitatea de acasă).					

14. Pot să mă bucur de viață.					
15. Am speranțe în ceea ce privește viitorul meu.					
16. Găsesc confort în credința mea/convingerile de ordin spiritual.					
17. Sunt mulțumită de calitatea vieții din momentul de față.					
18. Simt că pot gestiona aspectele ce sunt relaționate cu această infecție.					
19. Am acceptat că am această infecție.					
Starea emoțională					
20. Mă îngrijorez de faptul că infecția s-ar putea agrava.					
21. Am ascuns această problemă, astfel încât alții să nu își dea seama.					
22. Sunt îngrijorată în ceea ce privește posibilitatea de a rămâne însărcinată.					
23. Costul tratamentului reprezintă o povară pentru mine și familia mea.					
24. Sunt îngrijorată de atitudinile altora în privința mea.					
25. Mă simt rușinată în ceea ce privește infecția.					
26. Tind să mă învinovățesc pentru infecție.					
27. Am ales cui să-i spun despre infecție.					
28. Am avut dificultăți în a discuta cu partenerul meu despre această infecție.					



29. Simt frustrare cu privire la infecție.					
30. Trăiesc o stare de deprimare atunci când mă gândesc la această infecție.					
Relațiile interpersonale	Da	Nu			
31. I-am spus partenerului meu despre infecție.					
32. [Dacă da, am primit suport emoțional de la partenerul/soțul meu]					
33. Le-am spus membrilor familiei mele despre infecție.					
34. [Dacă da, am primit suport emoțional de la membrii familiei mele]					
35. Mă simt apropiată de prietenii mei.					
36. Am oameni care să mă ajute dacă am nevoie.					

Anexa 2. Instrumente pentru etapa intervenției psiho-oncologice

2.1. Evaluarea mecanismelor psihologice etio-patogenetice implicate

Dincolo de etapa de screening psihologic merită discutat de psihodiagnostic, evaluare clinică validată științific și intervenție psihooncologică, conform principiilor psihoterapiei evidence-based.

Vorbim despre psihodiagnostic și evaluare clinică validată științific atunci când există o legătură stabilită prin studii clinice controlate și factorii etio-patogenetici sau cei de sanogeneză din punct de vedere cognitiv și tabloul clinic/starea de sănătate și atunci când probele psihologice utilizate au proprietăți psihometrice adecvate.

Cele de mai sus s-ar traduce în practică prin selectarea unor instrumente care să vizeze ceea ce este deja validat și recomandat de către literatura de specialitate, precum instrumente care să măsoare simptomatologia afectivă, dar și mecanismele etio-patogenetice dovedite a fi implicate în apariția distresului oncologic, simptomatologiei depresive, anxioase (ș.a.m.d.), precum convingerile iraționale. Astfel, pe lângă testele de screening al distresului psihosocial și de evaluare a calității vieții care pot fi văzute în anexă, am propus și o scală de evaluare a convingerilor iraționale/raționale validată pe populația românească, cu proprietăți psihometrice foarte bune, ușor de completat și adaptată pentru mediul spitalicesc, respectiv scala Abs-2.



Scala de atitudini și convingeri ABS-2

Instrucțiuni: Această scală măsoară credințele și atitudinile pe care o persoană le are față de sine, ceilalți și viață. Citiți cu atenție următoarele afirmații. Alegeți apoi, pentru fiecare afirmație, unul dintre următoarele răspunsuri care corespunde cel mai bine atitudinii dvs. față de situațiile descrise.

Alegeți un singur răspuns pentru fiecare situație. Nu lăsați ca răspunsul dvs. la un item să influențeze răspunsul dvs. la un alt item. Nu există răspunsuri corecte sau incorecte; suntem interesați doar de atitudinile dvs. în situațiile descrise mai jos. Pentru fiecare dintre afirmațiile de mai jos marcați cu un "X" pe foaia de răspuns în spațiul corespunzător răspunsului ales.

A = Puternic împotrivă

B = Parțial împotrivă

C = Neutru

D = Parțial de acord

E = Puternic de acord

Nr	Item	A	B	C	D	E
5	Este insuportabil să mă simt neconfortabil (ă), tensionat (ă) sau nervos (nervoasă), și nu pot suporta starea aceasta atunci când o am.					
6	Dacă oameni importanți pentru mine nu mă plac, asta îmi arată că sunt o persoană lipsită de valoare.					
7	Este o dezamăgire să nu fiu plăcut (ă) de oameni importanți pentru mine, dar știu că este doar o dezamăgire și nu ceva îngrozitor.					
8	Atunci când mă simt tensionat, nervos sau neconfortabil, mă gândesc că asta arată ce om rău și lipsit de valoare sunt.					
9	Dacă oameni importanți pentru mine nu mă plac, este din cauză că sunt o persoană nespuse de rea și nesuferită.					
10	Este insuportabil să eșuez în lucrurile importante, și nu suport să nu reușesc să le duc la bun sfârșit.					
11	Este regretabil atunci când sunt nemulțumit de certurile din viața mea, dar înțeleg că a avea parte de ceartă este numai o dezamăgire și nu ceva îngrozitor.					
12	Va fi un dezastru dacă nu îndeplinesc bine lucrurile importante.					
13	Îmi doresc foarte mult să fiu plăcut de anumite persoane, dar înțeleg că nu trebuie neapărat ca acestea să mă placă.					
14	Atunci când oameni importanți pentru mine nu mă plac, înțeleg că aceasta nu se răsfârânge asupra valorii mele ca persoană.					



15	Trebuie să fac bine lucrurile importante, și nu voi accepta să nu le fac bine.						
16	Nu-mi place să mă simt neconfortabil, tensionat sau nervos, dar pot suporta să mă simt tensionat.						
17	Atunci când nu reușesc într-o sarcină importantă, mă pot accepta pe mine însumi cu greșelile și limitele mele, și pot să nu mă condamn pentru că nu am reușit.						
18	Este îngrozitor să ai rezultate slabe la unele lucruri importante și cred că este un dezastru, dacă obțin rezultate slabe.						
19	Cred că pot suporta ca oameni importanți pentru mine să nu mă placă sau să nu fie de acord cu mine.						
20	Sunt o persoană bună și mă pot accepta pe mine însumi, chiar dacă eșuez în unele sarcini importante pentru mine.						
21	Atunci când viața este grea și mă simt neconfortabil, înțeleg că a te simți neconfortabil sau tensionat nu este îngrozitor, ci doar regretabil, iar viața merge înainte.						
22	Nu pot suferi să fiu tensionat (ă) sau nervos (nervoasă) și cred că starea de tensiune este insuportabilă.						
23	Dacă nu îndeplinesc bine sarcinile foarte importante pentru mine, este din cauză că sunt o persoană rea și lipsită de valoare.						
24	Nu vreau să eșuez în sarcinile importante pentru mine, dar înțeleg că nu este obligatoriu să le îndeplinesc bine doar pentru că vreau eu asta.						
25	Este neplăcut să fii tensionat (ă), dar pot suporta o astfel de neplăcere.						
26	Nu pot suferi să nu fiu plăcut (ă) de oamenii importanți pentru mine, și este insuportabil dacă aceștia nu mă plac.						
27	Este îngrozitor să nu fiu plăcut (ă) de oamenii importanți pentru mine, și este un dezastru dacă ei nu mă plac.						
28	Nu suport să nu îndeplinesc bine sarcinile importante pentru mine.						
29	Este important să fiu plăcut (ă) de anumiți oameni, dar înțeleg că ei nu trebuie să mă placă numai pentru că vreau eu asta.						
30	Este o dezamăgire, dacă nu îndeplinesc bine sarcinile importante pentru mine, dar înțeleg că nu este îngrozitor sau cel mai rău lucru de pe fața pământului, dacă nu le îndeplinesc bine.						
31	Am valoare ca persoană, chiar dacă nu îndeplinesc bine îndatoririle importante pentru mine.						
32	Chiar și atunci când mă simt tensionat (ă), nervos (nervoasă) sau neconfortabil (ă), știu că sunt la fel de valoros (valoroasă) ca și ceilalți.						
33	Este esențial să îndeplinesc bine sarcinile importante pentru mine; așa că trebuie să le fac bine.						
34	Uneori cred că certurile și nemulțumirile vieții de zi cu zi sunt îngrozitoare și sunt cea mai rea parte din viața mea.						
35	Este important să ai o viață plăcută în cea mai mare parte a timpului; totuși, înțeleg că nu este obligatoriu să am o viață plăcută numai pentru că vreau eu asta.						



UNIUNEA EUROPEANĂ

Instrumente Structurale
2014-2020

36	Este o dezamăgire, dacă nu sunt plăcut (ă) de unii oameni pe care eu îi plac, și înțeleg că dacă ei nu mă plac este doar regretabil, nu și îngrozitor.						
37	Trebuie să fiu plăcut (ă) de oamenii importanți pentru mine și nu voi accepta să nu fiu plăcut (ă) de ei.						
38	Dacă nu voi reuși chiar atât de bine cât mi-aș dori, aceasta va fi doar o dezamăgire și ceva regretabil.						
39	Nu pot accepta să nu îndeplinesc bine sarcinile importante, iar eșecul este insuportabil.						
40	Dacă cineva important pentru mine nu este de acord cu mine sau mă respinge, îmi dau seama că pot accepta și suporta faptul că el/ea nu mă place.						
41	Vreau să îndeplinesc bine unele lucruri, dar nu este obligatoriu să le fac bine numai pentru că îmi doresc eu asta.						
42	Nu îndeplinesc bine lucrurile importante pentru mine și aceasta va fi un dezastru.						
43	Trebuie să am o viață plăcută și confortabilă aproape tot timpul, și nu pot accepta viața atunci când aceasta este plină de certuri.						
44	Dacă sunt respins de cineva pe care eu îl/o plac, pot să mă accept pe mine însumi și să îmi recunosc valoarea ca ființă umană.						
45	Atunci când mă simt tensionat (ă) sau nervos (nervoasă), mă gândesc că este numai neconfortabil să te simți tensionat (ă) sau nervos (nervoasă), și nu ceva îngrozitor.						
46	Este neplăcut să nu îmi îndeplinesc bine sarcinile importante, dar pot suporta disconfortul de a fi făcut mai puțin bine decât mi-ar place mie.						
47	Nu pot suferi cearta în viața mea.						
48	Vreau să fiu plăcut (ă) și acceptat (ă) de oamenii pe care îi plac, dar înțeleg că nu este obligatoriu ca ei să mă placă doar pentru că vreau eu asta.						
49	Este îngrozitor să existe ceartă în viața unui om, și este un dezastru să fii certat.						
50	Nu pot suferi să nu fiu plăcut (ă) de anumiți oameni, și nu suport ideea că ei s-ar putea să nu mă placă.						
51	Este rău să nu fii plăcut (ă) de anumiți oameni, dar înțeleg că este doar regretabil să nu fii plăcut (ă) de aceștia.						
52	Este esențial să fii plăcut (ă) de oamenii importanți pentru tine, și nu voi accepta ca aceștia să nu mă placă.						
53	Cred că este îngrozitor și înspăimântător să trăiești în tensiune, nervozitate sau nemulțumire, și să am asemenea sentimente este cel mai rău lucru care mi se poate întâmpla.						
54	Mă supăr dacă nu îmi îndeplinesc bine sarcinile importante, dar pot suporta supărarea provocată de eșecul în lucrurile importante.						
55	Vreau să îmi îndeplinesc bine sarcinile importante, dar înțeleg că nu este obligatoriu să reușesc să fac bine aceste sarcini numai pentru că îmi doresc eu asta.						



56	Trebuie să am o viață plăcută și nu voi accepta certurile atunci când nu le doresc.						
57	Dacă nu sunt plăcut (ă) de unii oameni importanți, îmi dau seama că pot suporta faptul că ei nu mă plac.						
58	Este neplăcut să fii certat (ă), dar pot suporta această nemulțumire.						
59	Este îngrozitor și înspăimântător să fiu respins (ă) de oamenii care vreau să mă placă.						
60	Atunci când mă confrunt cu certuri și / sau când viața mea este neplăcută, cred că sunt o persoană fără valoare pentru că am parte de certuri și / sau o viață neplăcută.						
61	Este doar nemulțumitor să nu îmi îndeplinesc bine unele sarcini, dar știu că pot suporta nemulțumirea de a le îndeplini mai puțin bine.						
62	Cred că aș fi o persoană lipsită de valoare dacă aș obține rezultate slabe la sarcinile importante pentru mine.						
63	Trebuie să fiu plăcut (ă) și acceptat (ă) de persoanele care vreau să mă placă, și nu voi accepta ca ele să nu mă placă.						
64	Atunci când mă simt tensionat (ă), nervos (nervoasă) sau neconfortabil (ă), înțeleg că nu e obligatoriu să mă simt confortabil numai pentru că vreau eu asta.						
65	Nu voi fi o persoană cu valoare dacă continui să am eșecuri la serviciu, la școală sau în alte activități importante pentru mine.						
66	Atunci când oamenii pe care eu îi plac mă resping sau nu mă plac, este deoarece sunt o persoană rea și lipsită de valoare.						
67	Când oamenii care vreau să mă placă nu sunt de acord cu mine sau mă resping, nu pot suporta faptul că aceștia nu mă plac.						

2.1.2. Scala HADS - se recomandă pentru evaluarea anxietății și depresiei la începutul intervenției, pe parcursul și la finalul intervenției psiho-oncologice.

Anexa 3. Structura unei prime ședințe de suport psiho-oncologic cu o pacientă suspectă de infecția cu virusul HPV

Instrumentele de mai sus, în funcție de recomandări, pot fi auto-completate sau completate cu pacienta (fie cu ajutorul asistentei medicale, fie al psihologului/psihoncologului).

Scopul unei prime ședințe cu o pacientă inclusă în cadrul screeningului primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin are ca obiective: construirea relației terapeutice caracterizată prin empatie, acceptare necondiționată și congruență, crearea unei imagini de ansamblu asupra principalelor nevoi psihosociale, dar și a istoriei de viață a pacientei, normalizarea reacțiilor emoționale ale pacientului, întărirea mecanismelor de coping adaptative existente deja, crearea de noi mecanisme de coping, oferirea de suport emoțional permanent, furnizarea de suport informațional.

Următoarele arii merită explorate pentru evaluarea inițială și crearea unei imagini de ansamblu:



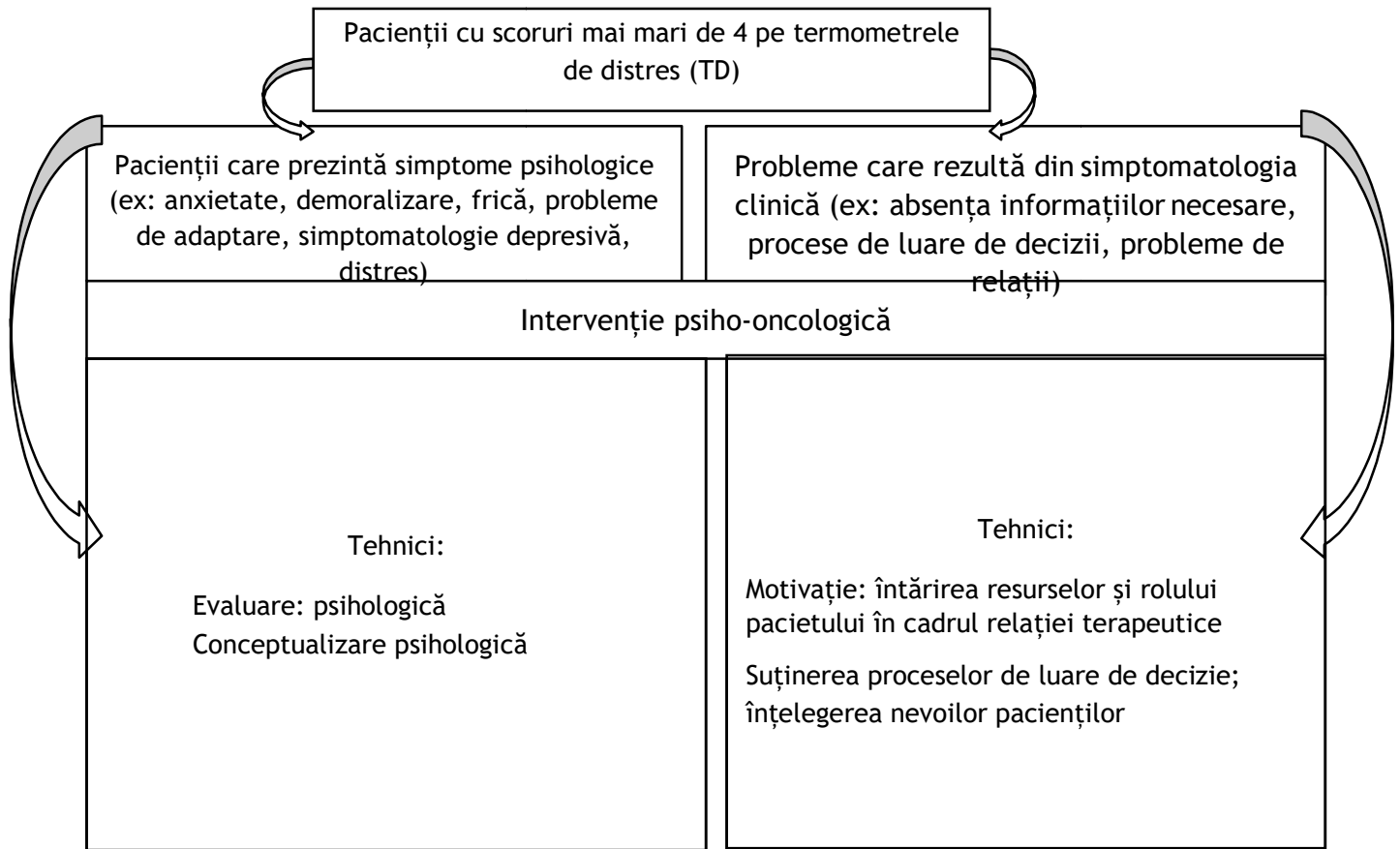
- Verificarea dispoziției emoționale a pacientului
- Traectoria bolii pacientului până la acest moment
- Reprezentarea mentală a pacientului despre ce înseamnă cancer (ce înseamnă pentru el această problemă de sănătate, cauza acestei bolii, cum vede evoluția cancerului)
- Schimbările prin care a trecut până în acest moment
- Principalele mecanisme de coping la care a apelat și le consideră utile
- Suportul emoțional și social al pacientului
- Traectoria vieții pacientului până în momentul declanșării problemei de sănătate
- Mecanismele de coping utilizate în alte momente dificile din punct de vedere emoțional
- Explorarea altor probleme de ordin psihologic/psihiatric anterioare acestei probleme de sănătate (medicație curentă sau medicație recomandată anterior bolii oncologice)
- Explorarea lipsei de speranță a pacientului (aceasta fiind un predictor semnificativ pentru depresie/riscul de suicid)
- Alte probleme care nu sunt relaționate cu boala neoplazică
- Structura familiei (inclusiv dacă există istoric familial de cancer, acesta putând influența percepția asupra bolii și tratamentul a pacientului)
- Explorarea problemelor de ordin pragmatic, financiar
- Alte detalii personale sau medicale

În această etapă este foarte important să-i spunem și să-i transmitem pacientului că îi acordăm toată perioada de timp de care are nevoie pentru a-și spune atât povestea legată de boală, cât și pe cea legată de traiectoria vieții lui. Feedback-ul verbal și non verbal al faptului că ascultăm și empatizăm cu fiecare element adus în discuție este esențial pentru oferirea unui suport emoțional de calitate.

La finalul ședinței i se poate solicita pacientei un feedback scris care constă în următoarele întrebări: 1) ce considerați că este important de reținut din ședința de astăzi? (dacă este cazul); 2) în ce măsură ați simțit astăzi că puteți avea încredere în terapeutul/psihologul dumneavoastră?; 3) a fost ceva ce v-a deranjat în legătura cu ședința de astăzi? Dacă da, ce anume?; 4) ce anume nu v-ați așteptat să fie abordat și a fost abordat? 5) ce subiect vreți să vă asigurați că va fi abordat în următoarea ședință? (dacă este cazul).

În concluzie, prima ședință este foarte importantă deoarece stabilește de cele mai multe ori aderența pacientului la consilierea psihooncologică. Aspectele care merită să fie respectate au fost menționate mai sus. Feedbackul final este util atât pentru pacient, cât și pentru psihooncolog.

Sumarizând o intervenție minimală, ar putea fi schițată astfel:





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

8. Referințe bibliografice

1. Albreht T, Kiasuma R, Van den Bulcke M. Cancon guide-improving cancer control coordination. 2017.
2. Højgaard L, Löwenberg B, Selby P, Lawler M, Banks I, Law K. The European Cancer Patient's Bill of Rights, update and implementation. ESMO Open e000127. 2016.
3. Prades J, Remue E, Van Hoof E, Borrás JM. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. Health policy. 2015;119(4):464-74.
4. Baileiff A. Cervical screening: patients' negative attitudes and experiences. Nursing Standard (through 2013). 2000;14(44):35.
5. Gray NM, Sharp L, Cotton S, Masson L, Little J, Walker L, et al. Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. British Journal of Cancer. 2006;94(9):1253.
6. O'Connor M, Waller J, Gallagher P, Martin CM, O'Leary JJ, D'Arcy T, et al. Understanding women's differing experiences of distress after colposcopy: a qualitative interview study. Women's Health Issues. 2015;25(5):528-34.
7. Sharp L, Cotton S, Cruickshank M, Gray NM, Harrild K, Smart L, et al. The unintended consequences of cervical screening: distress in women undergoing cytologic surveillance. Journal of lower genital tract disease. 2014;18(2):142-50.
8. Sharp L, Cotton S, Carsin AE, Gray N, Thornton A, Cruickshank M, et al. Factors associated with psychological distress following colposcopy among women with low-grade abnormal cervical cytology: a prospective study within the Trial Of Management of Borderline and Other Low-grade Abnormal smears (TOMBOLA). Psycho-Oncology. 2013;22(2):368-80.
9. McBride E, Marlow LA, Forster AS, Ridout D, Kitchener H, Patnick J, et al. Anxiety and distress following receipt of results from routine HPV primary testing in cervical screening: the Psychological Impact of Primary Screening (PIPS) study. International journal of cancer. 2019.
10. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama. 2018;320(7):674-86.
11. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Lin J, Burda B, Senger CA, et al. Screening for cervical cancer: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. Lancet Oncol. 2011;12(7):663-72.
12. Gray NM, Sharp L, Cotton S, Masson L, Little J, Walker L, et al. Psychological effects of a low-grade abnormal cervical smear test result: anxiety and associated factors. British journal of cancer. 2006;94(9):1253-62.
13. Juraskova I, Butow P, Sharpe L, Champion M. 'What does it mean?' uncertainty, trust and communication following treatment for pre-cancerous cervical abnormalities. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2007;16(6):525-33.
14. Rogstad K. The psychological impact of abnormal cytology and colposcopy. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2002;109(4):364-8.
15. Dodd RH, Mac O, Brotherton JM, Cvejic E, McCaffery KJ. Levels of anxiety and distress following receipt of positive screening tests in Australia's HPV-based cervical screening programme: a cross-sectional survey. Sexually Transmitted Infections. 2020.



16. Isaka Y, Inada H, Hiranuma Y, Ichikawa M. Psychological impact of positive cervical cancer screening results among Japanese women. *International journal of clinical oncology*. 2017;22(1):102-6.
17. Ackerson K. A history of interpersonal trauma and the gynecological exam. *Qualitative Health Research*. 2012;22(5):679-88.
18. Olesen SC, Butterworth P, Jacomb P, Tait RJ. Personal factors influence use of cervical cancer screening services: epidemiological survey and linked administrative data address the limitations of previous research. *BMC health services research*. 2012;12(1):34.
19. Hesse BW, Beckjord E, Rutten LJF, Fagerlin A, Cameron LD. Cancer communication and informatics research across the cancer continuum. *American Psychologist*. 2015;70(2):198.
20. Lees BF, Stewart TP, Rash JK, Baron SR, Lindau ST, Kushner DM. Abuse, cancer and sexual dysfunction in women: A potentially vicious cycle. *Gynecologic oncology*. 2018;150(1):166-72.
21. Nagele E, Trutnovsky G, Greimel E, Dorfer M, Haas J, Reich O. Do different treatment strategies influence women's level of psychosexual distress? Observational cohort study of women with premalignant HPV-associated genital lesions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2019;236:205-9.
22. Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2012;38(4):214-20.
23. Farley M, Golding JM, Minkoff JR. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *Journal of Family Practice*. 2002;51(10):827-30.
24. Weitlauf JC, Frayne SM, Finney JW, Moos RH, Jones S, Hu K, et al. Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: how do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences? *Journal of Women's Health*. 2010;19(7):1271-80.
25. Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen P-H. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(3):343-53.
26. Loxton D, Powers J, Schofield M, Hussain R, Hosking S. Inadequate cervical cancer screening among mid-aged Australian women who have experienced partner violence. *Preventive medicine*. 2009;48(2):184-8.
27. Tezzoni LI, McCarthy EP, Davis RB, Harris-David L, O'Day B. Use of screening and preventive services among women with disabilities. *American Journal of Medical Quality*. 2001;16(4):135-44.
28. Ngu SF, Wei N, Kwan TT, Chu MM, Tse KY, Chan KK, et al. Impact of different educational interventions on psychosocial well-being of women with a positive high-risk human papillomavirus and normal cervical cytology: a randomised trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2018;39(2):146-55.
29. Galvin AM, Garg A, Matthes S, Thompson EL. Cervical cancer screening: Does educational attainment moderate Protection Motivation Theory correlates? 2019.
30. Manne SL, Virtue SM, Ozga M, Kashy D, Heckman C, Kissane D, et al. A comparison of two psychological interventions for newly-diagnosed gynecological cancer patients. *Gynecologic oncology*. 2017;144(2):354-62.
31. Shao D, Gao W, Cao F-L. Brief psychological intervention in patients with cervical cancer: A randomized controlled trial. *Health Psychology*. 2016;35(12):1383.



32. Ledgerwood A, Waksalak CJ, Sánchez AM, Rees HR. A brief, distance-based intervention can increase intentions to follow evidence-based guidelines in cancer screening. *Social Psychological and Personality Science*. 2019;10(5):653-61.
33. Hanprasertpong J, Geater A, Jiamset I, Padungkul L, Hirunkajonpan P, Songhong N. Fear of cancer recurrence and its predictors among cervical cancer survivors. *Journal of gynecologic oncology*. 2017;28(6).
34. Steen R, Dahl AA, Hess SL, Kiserud CE. A study of chronic fatigue in Norwegian cervical cancer survivors. *Gynecologic oncology*. 2017;146(3):630-5.
35. Smet S, Pötter R, Haie-Meder C, Lindegaard JC, Schulz-Juergenliemk I, Mahantshetty U, et al. Fatigue, insomnia and hot flashes after definitive radiochemotherapy and image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer: An analysis from the EMBRACE study. *Radiotherapy and Oncology*. 2018;127(3):440-8.
36. Wenzel L, Osann K, Hsieh S, Tucker JA, Monk BJ, Nelson EL. Psychosocial telephone counseling for survivors of cervical cancer: results of a randomized biobehavioral trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(10):1171.
37. Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WYS, Shelburne N, et al. Caring for caregivers and patients: research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*. 2016;122(13):1987-95.
38. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez JE, Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer*. 2015;121(1):150-8.
39. Fu F, Zhao H, Tong F, Chi I. A systematic review of psychosocial interventions to cancer caregivers. *Frontiers in psychology*. 2017;8:834.
40. Badr H, Carmack CL, Diefenbach MA. Psychosocial interventions for patients and caregivers in the age of new communication technologies: opportunities and challenges in cancer care. *Journal of health communication*. 2015;20(3):328-42.
41. Sklenarova H, Krümpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M, et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*. 2015;121(9):1513-9.
42. Calhoun EA, Whitley EM, Esparza A, Ness E, Greene A, Garcia R, et al. A national patient navigator training program. *Health promotion practice*. 2010;11(2):205-15.
43. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117(S15):3537-40.
44. Wells KJ, Rivera MI, Proctor SSK, Arroyo G, Bynum SA, Quinn GP, et al. Creating a patient navigation model to address cervical cancer disparities in a rural Hispanic farmworker community. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2012;23(4):1712.
45. Simon MA, Tom LS, Leung I, Wong E, Knightly EE, Vicencio DP, et al. The Chinatown Patient Navigation Program: Adaptation and Implementation of Breast and Cervical Cancer Patient Navigation in Chicago's Chinatown. *Health Services Insights*. 2019;12:1178632919841376.
46. Jean-Pierre P, Shao C, Cheng Y, Wells KJ, Paskett E, Fiscella K. Patient Satisfaction with Navigator Interpersonal Relationship (PSN-I): item-level psychometrics using IRT analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2020;28(2):541-50.



47. Jean-Pierre P, Fiscella K, Winters PC, Wells K, Battaglia T, Post D, et al. Abstract A23: Psychometric development and validation of a Patient Satisfaction with Interpersonal Relationship with Navigator (PSN-I) measure: A multisite National Cancer Institute-sponsored Patient Navigation Research Program (PNRP) study. AACR; 2010.
48. Head KJ, Johnson NL, Scott SF, Zimet GD. Communicating cervical cancer screening results in light of new guidelines: clinical practices at federally qualified health centers. *Health communication*. 2019;1-7.
49. Giordano L, Webster P, Anthony C, Szarewski A, Davies P, Arbyn M, et al. Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes. *Patient education and counseling*. 2008;72(1):130-6.
50. Reyes RI. Breast and Cervical Cancer Screening: A Quality Improvement Project. 2019.
51. Hersch JK, Nickel BL, Ghanouni A, Jansen J, McCaffery KJ. Improving communication about cancer screening: moving towards informed decision making. *Public health research & practice*. 2017;27(3).
52. Byrd J, Thompson L. It's safe to ask": promoting patient safety through health literacy. *Healthc Q*. 2008;11(3):91-4.
53. Baldwin DM, Quintela J, Duclos C, Staton EW, Pace WD. Patient preferences for notification of normal laboratory test results: a report from the ASIPS Collaborative. *BMC family practice*. 2005;6(1):11.
54. Holland JC. *Psycho-oncology*: Oxford University Press; 2010.
55. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*. 2011;12(2):160-74.
56. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(9):929-37.
57. Davies CD, Young K, Torre JB, Burklund LJ, Goldin PR, Brown LA, et al. Altered time course of amygdala activation during speech anticipation in social anxiety disorder. *Journal of affective disorders*. 2017;209:23-9.
58. Li W, Cui H, Zhu Z, Kong L, Guo Q, Zhu Y, et al. Aberrant functional connectivity between the amygdala and the temporal pole in drug-free generalized anxiety disorder. *Frontiers in human neuroscience*. 2016;10:549.
59. Duits P, Cath DC, Lissek S, Hox JJ, Hamm AO, Engelhard IM, et al. Updated meta-analysis of classical fear conditioning in the anxiety disorders. *Depression and anxiety*. 2015;32(4):239-53.
60. Gold M, Dunn LB, Phoenix B, Paul SM, Hamolsky D, Levine JD, et al. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016;20:97-105.
61. Shaw J, Pearce A, Lopez AL, Price MA. Clinical anxiety disorders in the context of cancer: A scoping review of impact on resource use and healthcare costs. *European journal of cancer care*. 2018;27(5):e12893.
62. Sanjida S, McPhail SM, Shaw J, Couper J, Kissane D, Price MA, et al. Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*. 2018.



63. Hinz A, Mitchell AJ, Dégi CL, Mehnert-Theuerkauf A. Normative values for the distress thermometer (DT) and the emotion thermometers (ET), derived from a German general population sample. *Quality of Life Research*. 2018;1-6.
64. Thompson E. Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A). *Occupational Medicine*. 2015;65(7):601.
65. Galindo Vazquez O, Benjet C, Juarez Garcia F, Rojas Castillo E, Riveros Rosas A, Aguilar Ponce JL, et al. Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Mexican population of cancer patients. *SALUD MENTAL*. 2015;38(4):253-8.
66. Beck KR, Tan SM, Lum SS, Lim LE, Krishna LK. Validation of the emotion thermometers and hospital anxiety and depression scales in Singapore: Screening cancer patients for distress, anxiety and depression. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2016;12(2):e241-e9.
67. Matthews H, Grunfeld EA, Turner A. The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*. 2017;26(5):593-607.
68. Beatty L, Koczwara B, Wade T. Evaluating the efficacy of a self-guided Web-based CBT intervention for reducing cancer-distress: a randomised controlled trial. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(3):1043-51.
69. van Helmond SJ, van der Lee ML, de Vries J. Study protocol of the CAREST-trial: a randomised controlled trial on the (cost-) effectiveness of a CBT-based online self-help training for fear of cancer recurrence in women with curatively treated breast cancer. *BMC cancer*. 2016;16(1):527.
70. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*. 2006;26(1):17-31.
71. Jacobsen PB, Redd WH. The development and management of chemotherapy-related anticipatory nausea and vomiting. *Cancer investigation*. 1988;6(3):329-36.
72. Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *Journal of the National Cancer Institute*. 2001;93(11):810-23.
73. Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2001;10(6):490-502.
74. Powers MB, Smits J. Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. *The Psychiatric clinics of North America*. 2017;40(4):611-23.
75. Curran L, Sharpe L, Butow P. Anxiety in the context of cancer: a systematic review and development of an integrated model. *Clinical psychology review*. 2017;56:40-54.
76. Daniels S. Cognitive behavior therapy for patients with cancer. *Journal of the advanced practitioner in oncology*. 2015;6(1):54.
77. Beatty L, Kissane D, editors. *Anxiety and depression in women with breast cancer*. Cancer Forum; 2017: The Cancer Council Australia.
78. Faucher J, Koszycki D, Bradwejn J, Merali Z, Bielajew C. Effects of CBT versus MBSR treatment on social stress reactions in social anxiety disorder. *Mindfulness*. 2016;7(2):514-26.
79. Breitbart W, Jacobsen PB. Psychiatric symptom management in terminal care. *Clinics in geriatric medicine*. 1996;12(2):329-47.



80. Jackson KC, Lipman AG. Drug therapy for anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004(1).
81. Kamell A, Smith LK. Attitudes toward use of benzodiazepines among US hospice clinicians: survey and review of the literature. *Journal of palliative medicine*. 2016;19(5):516-22.
82. Holland JC, Morrow GR, Schmale A, Derogatis L, Stefanek M, Berenson S, et al. A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *Journal of Clinical Oncology*. 1991;9(6):1004-11.
83. Bates GE, Mostel JL, Hesdorffer M. Cancer-related anxiety. *JAMA oncology*. 2017;3(7):1007-.
84. Greenberg D, Surman O, Clarke J, Baer L. Alprazolam for phobic nausea and vomiting related to cancer chemotherapy. *Cancer treatment reports*. 1987;71(5):549.
85. Triozzi PL, Goldstein D, Laszlo J. Contributions of benzodiazepines to cancer therapy. *Cancer investigation*. 1988;6(1):103-11.
86. Thekdi SM, Trinidad A, Roth A. Psychopharmacology in cancer. *Current psychiatry reports*. 2015;17(1):529.
87. Moradian S, Howell D. Prevention and management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *International journal of palliative nursing*. 2015;21(5):216, 8.
88. Richardson J, Smith J, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*. 2007;16(5):402-12.
89. Cramer H, Lauche R, Paul A, Langhorst J, Kümmel S, Dobos GJ. Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled trials. *Integrative cancer therapies*. 2015;14(1):5-15.
90. Carlson LE, Toivonen K, Flynn M, Deleemans J, Piedalue K-A, Tolsdorf E, et al. The Role of Hypnosis in Cancer Care. *Current oncology reports*. 2018;20(12):93.
91. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Focus*. 2005;153(2):231-340.
92. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S, Sager C, Amos T. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*. 2006(1).
93. Zaini S, Ng C, Sulaiman AH, Huri N, Shamsudin SH. A Review of The Use of Mirtazapine in Cancer Patients. *Malaysian Journal of Psychiatry*. 2017;25(2).
94. Kumar N, Barai S, Gambhir S, Rastogi N. Effect of mirtazapine on gastric emptying in patients with cancer-associated anorexia. *Indian journal of palliative care*. 2017;23(3):335.
95. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2007;27(3):263-72.
96. Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;193(5):389-94.
97. Leahy RL, Holland SJ, Kállay É. Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate: ASCR [Asociația de Științe Cognitive din România]; 2010.
98. Rask M, Oscarsson M, Ludwig N, Swahnberg K. The Swedish translation and cross-cultural adaptation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Cervical



Dysplasia (FACIT-CD): linguistic validity and reliability of the Swedish version. BMC women's health. 2017;17(1):24.

