

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
“CAROL DAVILA” BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
DOMENIUL MEDICINĂ**

**RELAȚIA DINTRE ANXIETATE, DEPRESIE ȘI
ADAPTAREA LA BOALĂ, LA PACIENTE CU
CANCER DE SFERĂ GENITALĂ ÎN STADIU
AVANSAT ȘI TERMINAL**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

PROF.UNIV. DR. ANGHEL RODICA-MARICELA

Student-doctorand:

RAHNEA-NIȚĂ ROXANA-ANDREEA

CUPRINS

Introducere.....	5
I. Partea generală.....	7
1. Principalele tipuri de neoplasm al sferei genitale.....	8
2. Importanța calității vieții la pacienții oncologici.....	28
3. Anxietatea, depresia și analiza adaptării la boală la pacienții cu boli amenințătoare de viață	38
II. Contribuții personale:	65
4. Ipoteza. Obiective. Material și metodă.....	66
5. Rezultate.....	68
6. Discuții.....	153
7. Concluzii și contribuții personale	165
Bibliografie	170
Anexe	180

Lista cu lucrările științifice publicate

Rahnea-Niță RA, Popescu M, Ciuhu AN, Tuinea LA, Rahnea- Niță G; The relationship between anxiety, depression and sense of illness understanding in palliative care patients; Archives of the Balkan Medical Union, Bucharest, nr 1/ 2016. <http://umbalk.org/wp-content/uploads/2016/12/2016-1-25.pdf>

Rahnea-Niță RA., Rahnea-Niță G., Popescu M., Badiu C.D., Ciuhu A.N.; Management of symptoms, specific support needs, and adaptation to the disease in patients with advanced and metastatic lung cancer; Archives of the Balkan Medical Union, Bucharest, nr 4/2016; Editura Celsius Publishing House, ISSN 0041 – 6940, CNCSIS BDI, indexare EMBASE/Excerpta Medica, Chemical Abstracts, SCOPUS. <http://umbalk.org/wp-content/uploads/2016/12/2016-4-497.pdf>

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

IPOTEZA. OBIECTIVE. MATERIAL ȘI METODĂ

Ipoteza de lucru

Pornind de la premisele că tulburările anxios depresive sunt factori predictivi ai adaptării la boala neoplazică, că adaptarea la boală este un factor predictiv al calității vieții, iar calitatea vieții este un factor de prognostic și predictiv pentru supraviețuire, am analizat relația dintre simptomele fizice, psihice, activitate și adaptarea la boală, precum și impactul acestora asupra calității vieții în rândul pacienților cu neoplasm al sferei genitale în stadiu avansat și terminal.

Obiectivele lucrării

- 1.Evaluarea rolului simptomelor fizice și psihice asupra calității vieții .
- 2.Evaluarea rolului activității (mobilitatea și activitatea socială) asupra calității vieții.
- 3.Relatia dintre anxietate, depresie și adaptarea la boală (acceptarea bolii, deznădejdea determinată de boală și beneficiile obținute în urma bolii)
- 4.Impactul adaptării la boală asupra calității vieții.
- 5.Evaluarea calității vieții în funcție de categoria de vârstă.
- 6.Rolul terapiilor oncologice specifice asupra calității vieții.

Material și metodă

Am efectuat un studiu prospectiv, pe o perioadă de 2 ani (01 ianuarie 2016 – 01 ianuarie 2018), la pacientele cu neoplasm al sferei genitale în stadiu avansat și terminal internate în Institutul Oncologic “Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu” și în Spitalul de boli cronice “Sf. Luca” – Secția Oncologie Cronici- Îngrijiri Paliative.

Au fost incluse în studiu 124 paciente. Acestea au fost împărțite în două categorii de vârstă (sub 55 de ani, și peste 55 de ani), în funcție de valoarea mediane. A fost analizată relația dintre evoluția psiho-emoțională, adaptarea la boală și calitatea vieții. Pacientele au fost evaluate la prima internare, la 1 lună, și la 3 luni, utilizând 3 chestionare:

Rotterdam Symptom Checklist – RSCLC (Anexa 1)

Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Anexa 2)

Illness Cognition Questionnaire –ICQ (Anexa 3)

Chestionarele au fost completate de către paciente în perioada internării sau prin interviu telefonic.

După 6 luni , pacientele au primit un apel telefonic, în care au fost rugate să evalueze calitatea vieții lor la momentul apelului.

S-a întocmit fișa pacientei, la prima internare, în care au fost incluse date privind vârsta, mediul de proveniență, studiile efectuate, starea civilă, utilizarea de anticoncepționale, statutul fumătoare/nefumătoare precum și terapiile efectuate până la momentul admiterii în studiu.

Pacientele și-au exprimat acordul de a participa la studiu, semnând consimțământul informat.

Datele au fost prelucrate statistic în programul SPSS.

Au fost folosite metodele statistice de cercetare medicală.

REZULTATE

După cum este specificat în tabelul următor, pacientele din lotul inițial au avut vârste cuprinse între 29 și 87 ani, cu o medie de 57 ani (mai precis 56,9 ani) și o mediană de 56 ani.

Statistici elementare

Vârstă (ani)

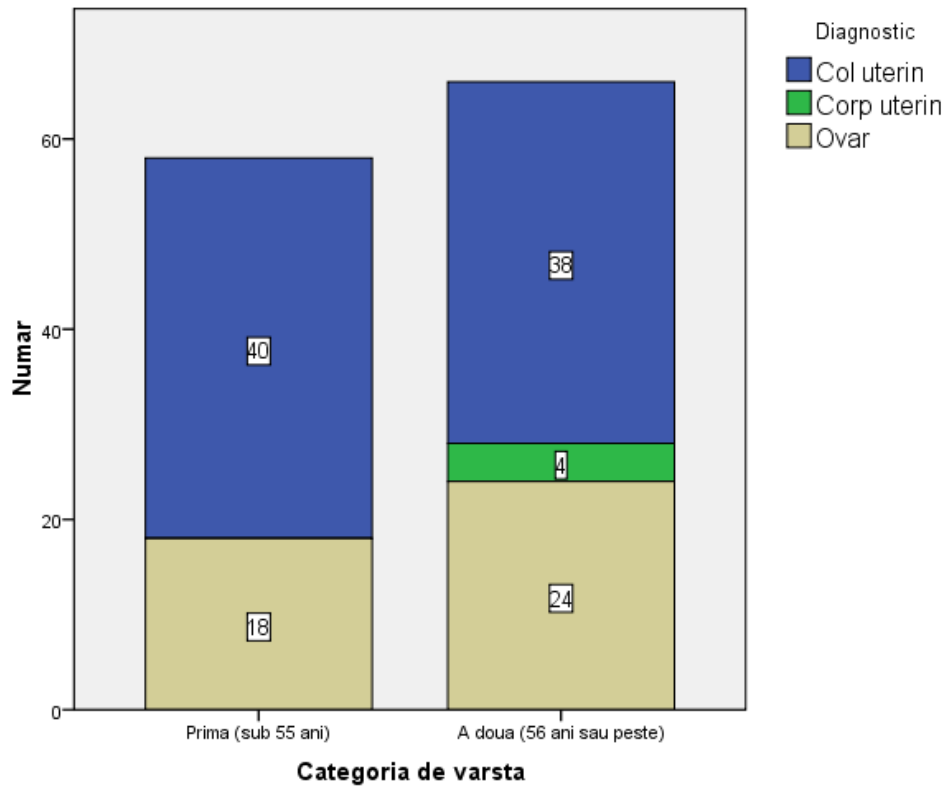
N	Valid	124
	Mean	57
	Median	56
	Minimum	29
	Maximum	87

Faptul că mediana este de 56 ani justifică, din punct de vedere statistic, separarea pacientelor în două grupe de vârstă aproximativ egale, după cum urmează:

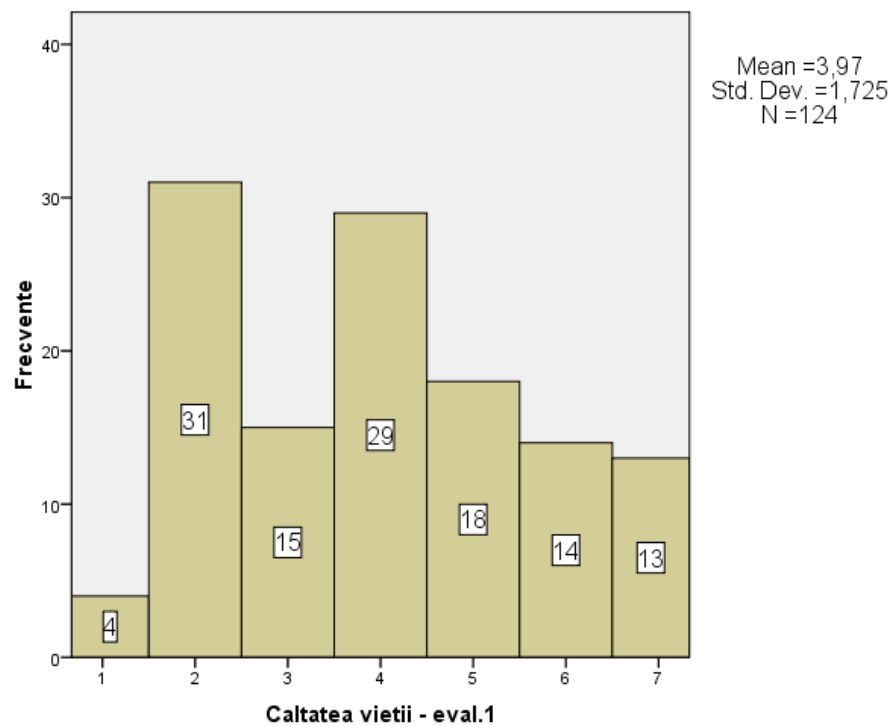
Categoria de vârstă

		Frecvența	Procent	Procent cumulativ
Valid	Prima (sub 55 ani)	58	46,8	46,8
	A doua (56 ani sau peste)	66	53,2	100,0
Total		124	100,0	

Distribuția pacienților din lotul inițial după diagnostic, pe categorii de vârstă, este prezentată în diagrama următoare și în tabelul următor:



Datele privind calitatea vieții – pentru pacientele intrate inițial în studiu – sunt prezentate în histograma următoare:



Foarte puține paciente (doar 4 cazuri) au o calitate a vieții „excelentă”, iar 13 sunt din start încadrate la o calitate „foarte scăzută” a vieții.

Până la a doua evaluare au fost „pierdute din vedere” 21 de paciente, rămânând în studiu un număr de 103.

Tabelul următor:

Calitatea vieții - eval.1 * Calitatea vieții - eval.2 Crosstabulation

		Calitatea vieții - eval.2							Total
		excelentă	bună	moderat bună	nici bună, nici rea	mai degrabă scăzută	scăzută	extrem de scăzută	
Calitatea vieții - eval.1	-excelentă	3	1						4
	-bună	2	19	6	3		1		31
	-moderat bună		1	10	2			1	14
	-nici bună, nici rea		2	2	20	2	2		28
	-mai degrabă scăzută				2	12	1	1	16
	-scăzută				1		8		9
	-extrem de scăzută		1					0	1
Total		5	24	18	28	14	12	2	103

arată că pentru majoritatea pacientelor se păstrează evaluarea inițială; doar pentru un număr de 11 paciente se constată o evoluție pozitivă (marcată prin cifre verzi), iar pentru un număr de 20 paciente se constată evoluție negativă (marcată prin cifre roșii).

Până la a treia evaluare au fost „pierdute din vedere” alte 5 paciente, rămânând în studiu un număr de 98.

Tabelul următor:

Calitatea vieții - eval.2 * Calitatea vieții - eval.3 Crosstabulation									
		Calitatea vieții - eval.3							Total
		excelență	bună	moderat bună	nici bună, nici rea	mai degrabă scăzută	scăzută	extrem de scăzută	
Calitatea vieții - eval.2	-excelentă	4	1						5
	-bună	2	21	1					24
	-moderat bună		7	7	1		1		16
	-nici bună, nici rea		5	4	13	3	3		28
	-mai degrabă scăzută				1	8	3		12
	-scăzută		1				10	1	12
	-extrem de scăzută			1				0	1
	Total	6	35	13	15	11	17	1	98

arată că și în acest caz pentru majoritatea pacienților se păstrează evaluarea inițială; doar pentru un număr de 20 pacienți se constată o evoluție pozitivă (marcată prin cifre verzi), iar pentru un număr de 14 pacienți se constată evoluție negativă (marcată prin cifre roșii).

Până la a apelul telefonic au fost „pierdute” alte 9 paciente, rămânând în studiu un număr de 89. Tabelul următor:

Calitatea vieții - eval.3 * Calitatea vieții - eval. apelul telef Crosstabulation

		Calitatea vieții - eval. apelul telef.							Total
		excelentă	bună	moderat bună	nici bună, nici rea	mai degrabă scăzută	scăzută	extrem de scăzută	
Calitatea vieții - eval.3	excelentă	4	2						6
	bună	1	27	3				1	32
	moderat bună		1	6	3	1	1		12
	nici bună, nici rea			1	8	5			14
	mai degrabă scăzută				3	3	4		10
	scăzută					1	8	6	17
	extrem de scăzută							0	0
Total		5	30	10	14	10	13	7	89

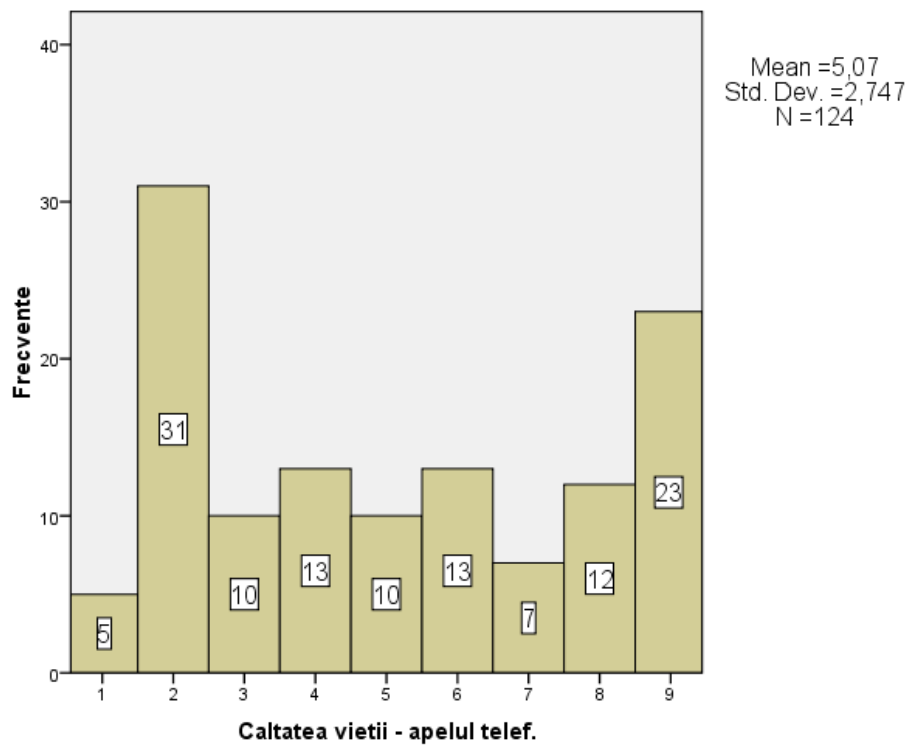
arată că pentru majoritatea pacienților se păstrează evaluarea inițială; doar pentru un număr de 7 pacienți se constată o evoluție pozitivă (marcată prin cifre verzi), iar pentru un număr de 26 pacienți se constată evoluție negativă (marcată prin cifre roșii).

Identificând starea fiecărei paciente intrate inițial în studiu, tabelul următor prezintă evoluția de ansamblu a pacientelor, de la prima evaluare până la apelul telefonic

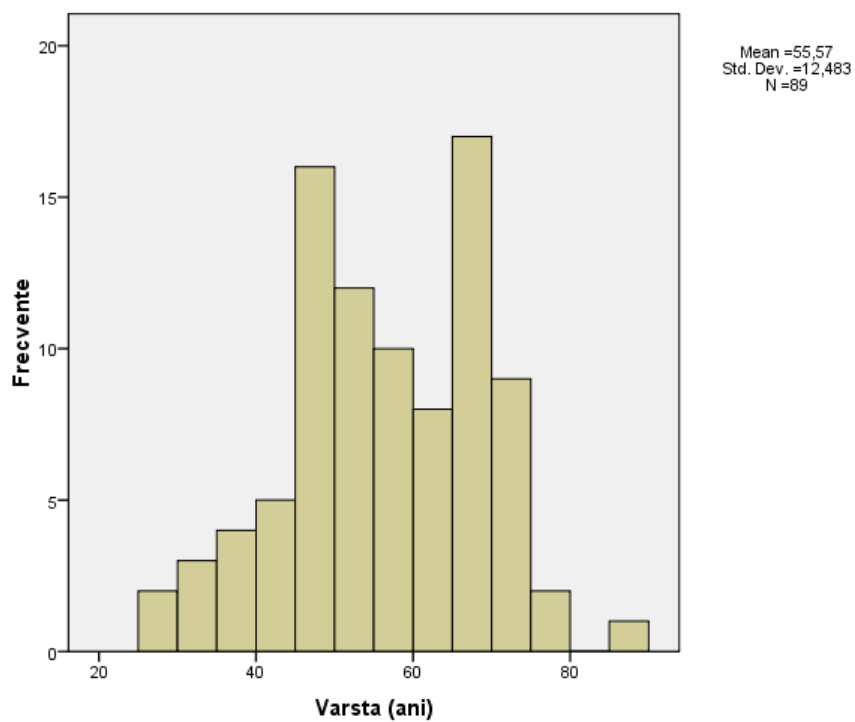
Calitatea vieții - eval.1 * Calitatea vieții - apelul telef. Crosstabulation

		Calitatea vieții - apelul telef.									
		excele ntă	bună	modera t bună	nici bună , nici rea	mai degrab ă scăzută	scăzut ă	extrem de scăzut ă	pierdut ă din studiu	deced ată	Total
Calitatea vieții - eval.1	Excelentă	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4
	bună	2	20	4	0	0	0	2	0	3	31
	moderat bună	0	4	2	2	2	1	1	1	2	15
	nici bună, nici rea	1	5	3	8	6	1	1	0	4	29
	mai degrabă scăzută	0	0	0	3	2	7	1	3	2	18
	scăzută	0	0	0	0	0	4	2	5	3	14
	extrem de scăzută	0	0	1	0	0	0	0	3	9	13
	Total	5	31	10	13	10	13	7	12	23	124

Histograma valorilor calității vieții la momentul apelului telefonic – menționând că valoarea 8 înseamnă „pierdută din vedere” iar valoarea 9 „decedată” – este următoarea:



Acum, distribuția vârstelor pentru „supraviețuitoare” este prezentată în histograma:



Pacientele „supraviețuitoare” au avut vârste cuprinse între 29 și 87 ani, cu o medie de 56 ani (mai precis 55,6 ani, deviația standard = 12,48 ani) și o mediană de 55 ani.

Statistici elementare

Varsta (ani)

N	Valid	89
	Mean	56
	Median	55
	Minimum	29
	Maximum	87

Evoluția evaluărilor privind calitatea vieții sunt prezentate – pe cele două categorii de vârstă, în diagrama următoare:

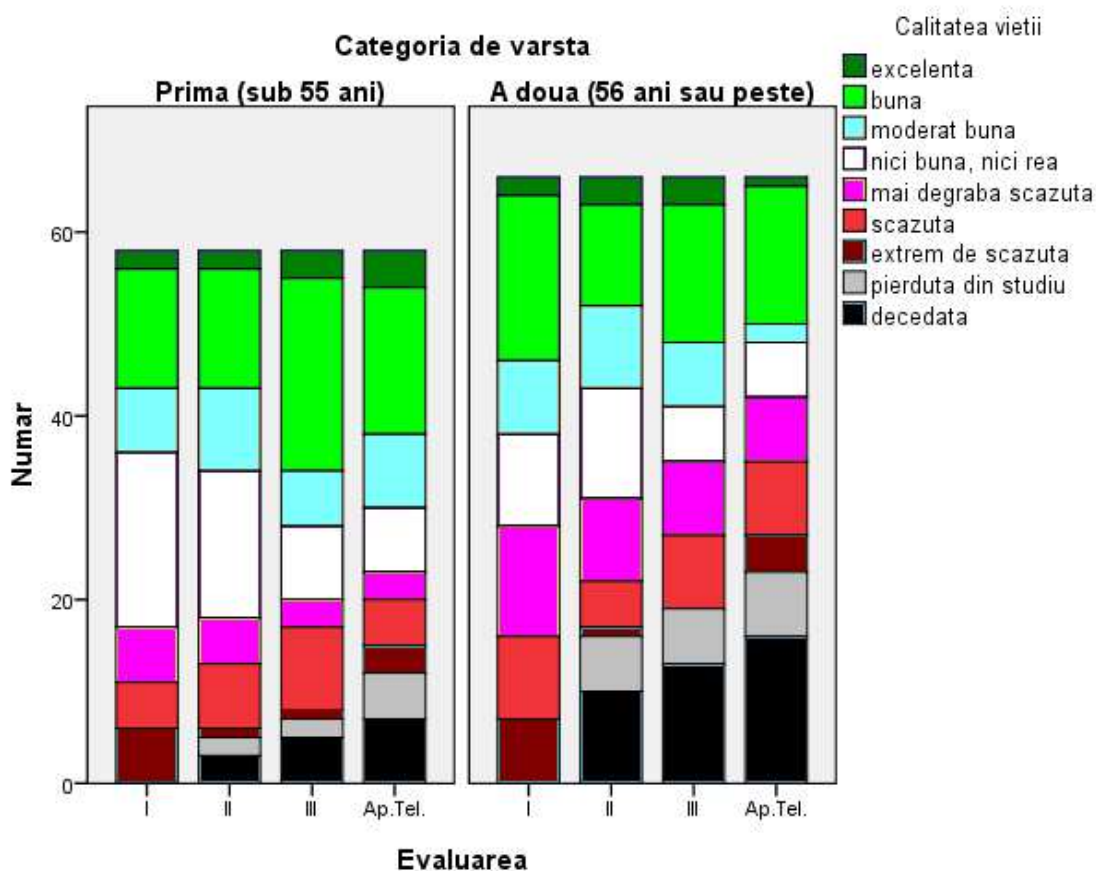
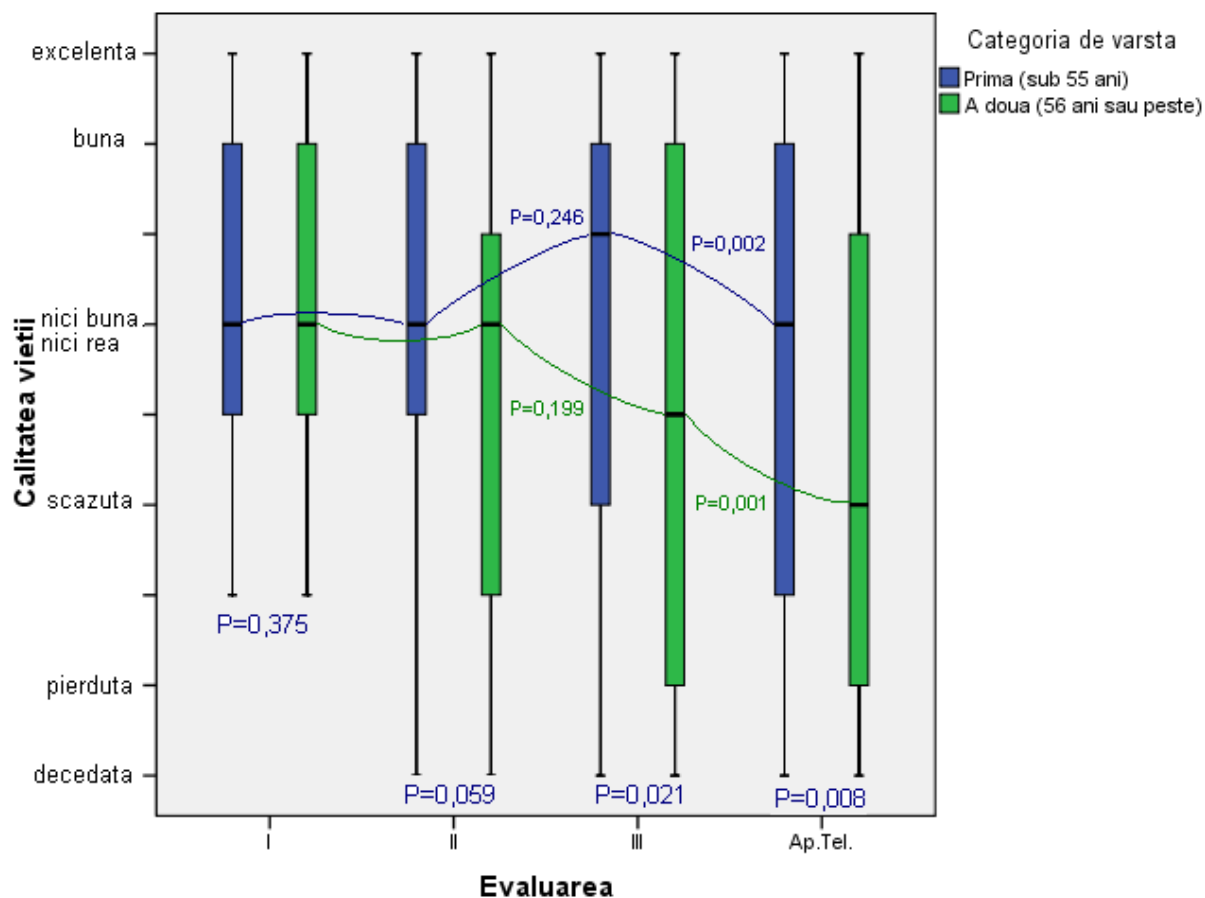


Diagrama următoare prezintă, comparativ, situația calității vieții pentru cele două categorii de vârstă, în evoluție.

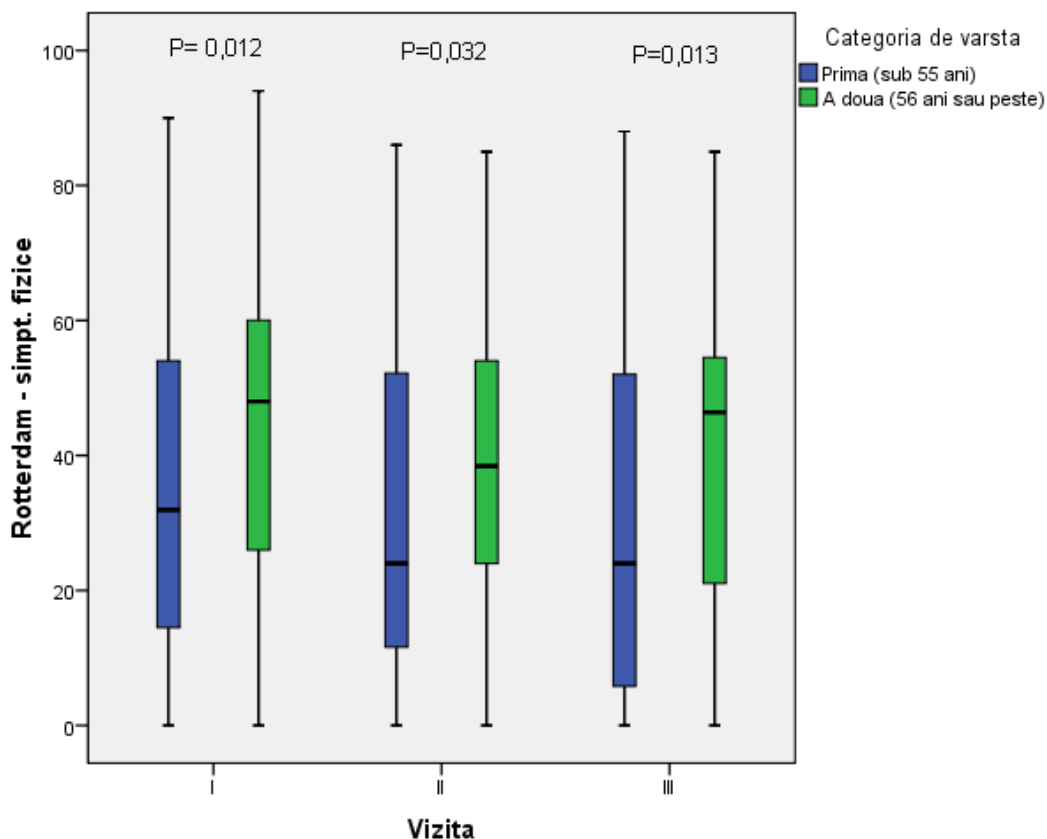


Box-ploturile evidențiază intervalele inter-cuartile, iar medianele sunt marcate prin linii orizontale. La prima evaluare aparent cele două categorii de vârstă se comportă similar; de fapt, testul Mann-Whitney dă o valoare P de 0,375, ceea ce nu exclude coincidența loturilor. La a doua evaluare, testul Mann-Whitney dă o valoare P de 0,059, aproape de pragul de 0,05 care indică deosebiri statistic semnificative. Acest prag este „depășit” la evaluarea a treia (0,021) și la apelul telefonic (0,008), prin urmare în evaluările finale se constată deosebiri statistic semnificative între categoriile de vârstă (evident, din punct de vedere al valorilor calității vieții), în defavoarea celei de-a doua categorii.

Dacă aplicăm testul Mann-Whitney în cadrul fiecărei categorii de vârstă în parte, comparând între ele evaluările consecutive, constatăm că:

- Există deosebiri statistic semnificative între evaluările de la etapa a III-a și de la apelul telefonic (valorile P sunt de 0,002, respectiv 0,001). Din păcate, acestea sunt în sensul înrăutățirii calității vieții, la ambele categorii de vârstă.

Prezentăm, în diagrama de tip box-plot de mai jos, rezultatele prelucrării valorilor „Rotterdam – simptome fizice” obținute de la pacienți la cele trei vizite:



Valorile P sugerează deosebiri între cele două loturi, la toate vizitele, în favoarea primei categorii de vârstă.

Este statistic semnificativă afirmația că, la vizitele 1, 2 și 3, pentru pacienții din categoria a doua, calitatea vieții – în aspectele fizice – așa cum este ea măsurată pe scala Rotterdam, este mai scăzută decât pentru pacienții din prima grupă.

Prezentăm, în diagrama de tip box-plot de mai jos, rezultatele prelucrării valorilor „Rotterdam – simptome psihice” obținute de la pacienți la cele trei vizite:

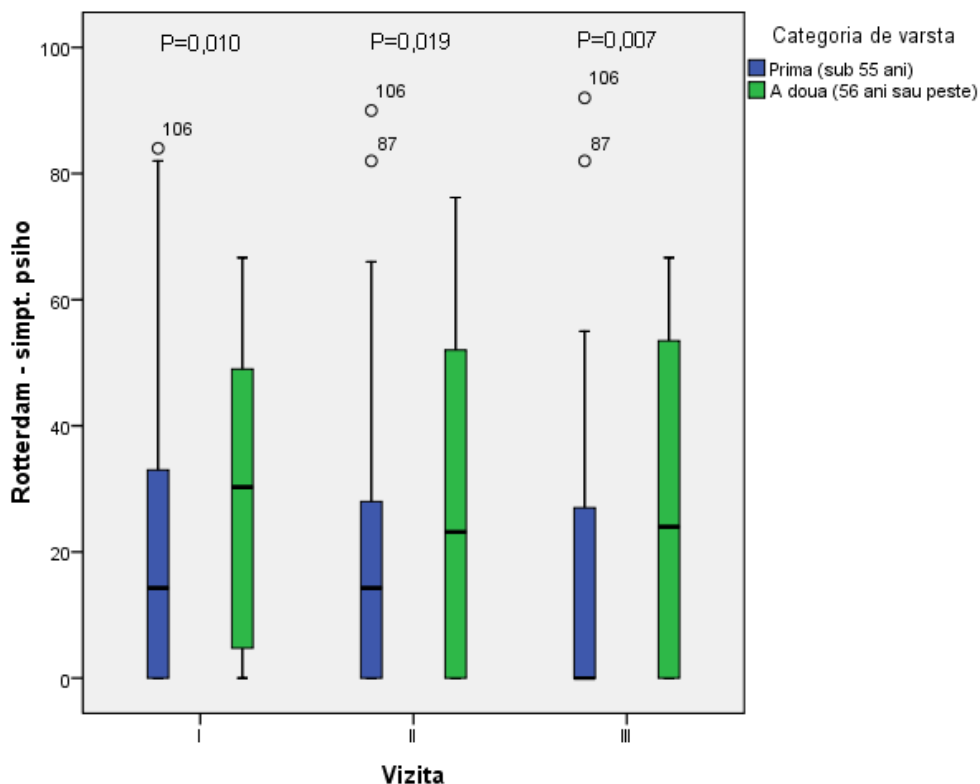


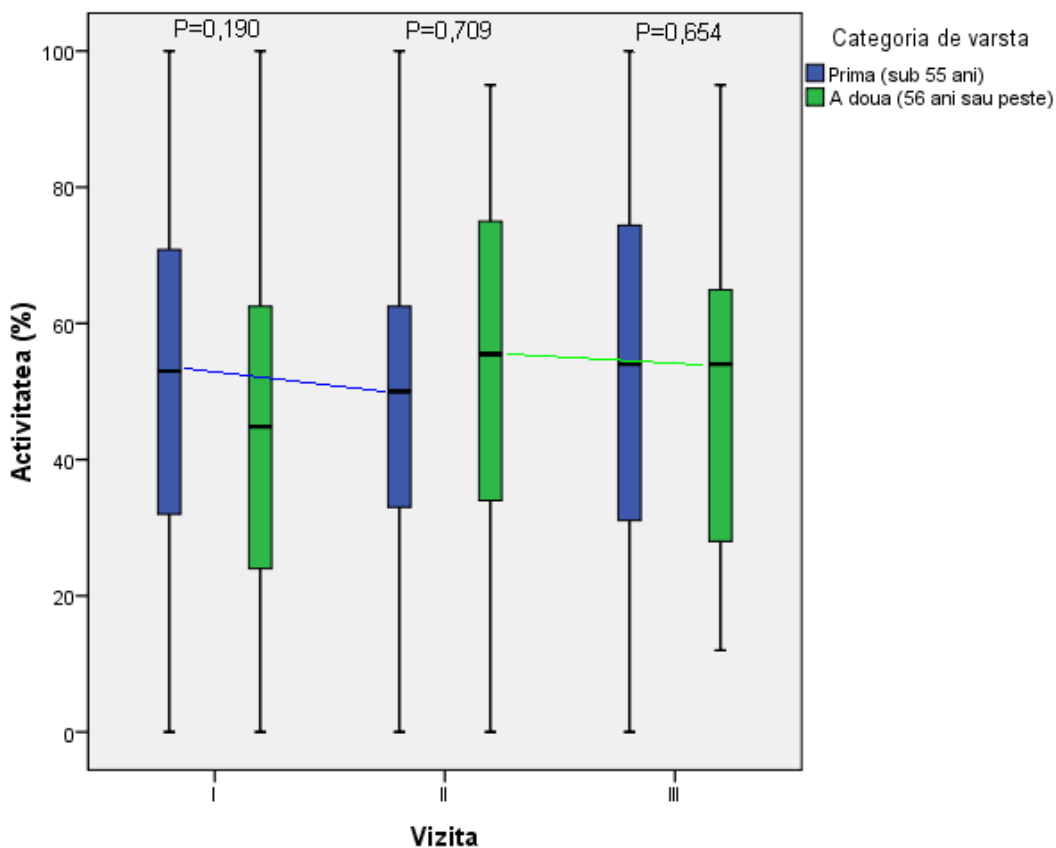
Diagrama de tip box-plot semnalează faptul că pacientele 87 și 106, din prima grupă, au valori pe scara „Rotterdam – simptome psihice” mult peste valorile celorlalte pacienți din grupă.

Valorile P sugerează deosebiri între cele două loturi, la toate vizitele, în favoarea primei categorii de vârstă.

Este statistic semnificativă și afirmația că, pentru pacientele din categoria a doua, calitatea vieții – în aspectele psihice – la vizitele 1, 2 și 3, așa cum este ea măsurată pe scala Rotterdam, este mai scăzută decât pentru pacientele din prima grupă

Deosebirile în evoluția datelor din fiecare lot în parte, aparente în diagramă, nu sunt semnificative statistic conform testelor statistice.

Prezentăm, în diagrama de tip box-plot de mai jos, rezultatele prelucrării valorilor activității procentuale obținute de la pacienți la cele trei vizite:



Valorile P nu sugerează deosebiri între cele două loturi, la nicio vizită.

Testele statistice indică existența unor scăderi semnificative statistic a activității procentuale la vizita 2 comparativ cu vizita 1 pentru prima grupă (linia albastră) și la vizita 3 comparativ cu vizita 2 pentru a doua grupă (linia verde).

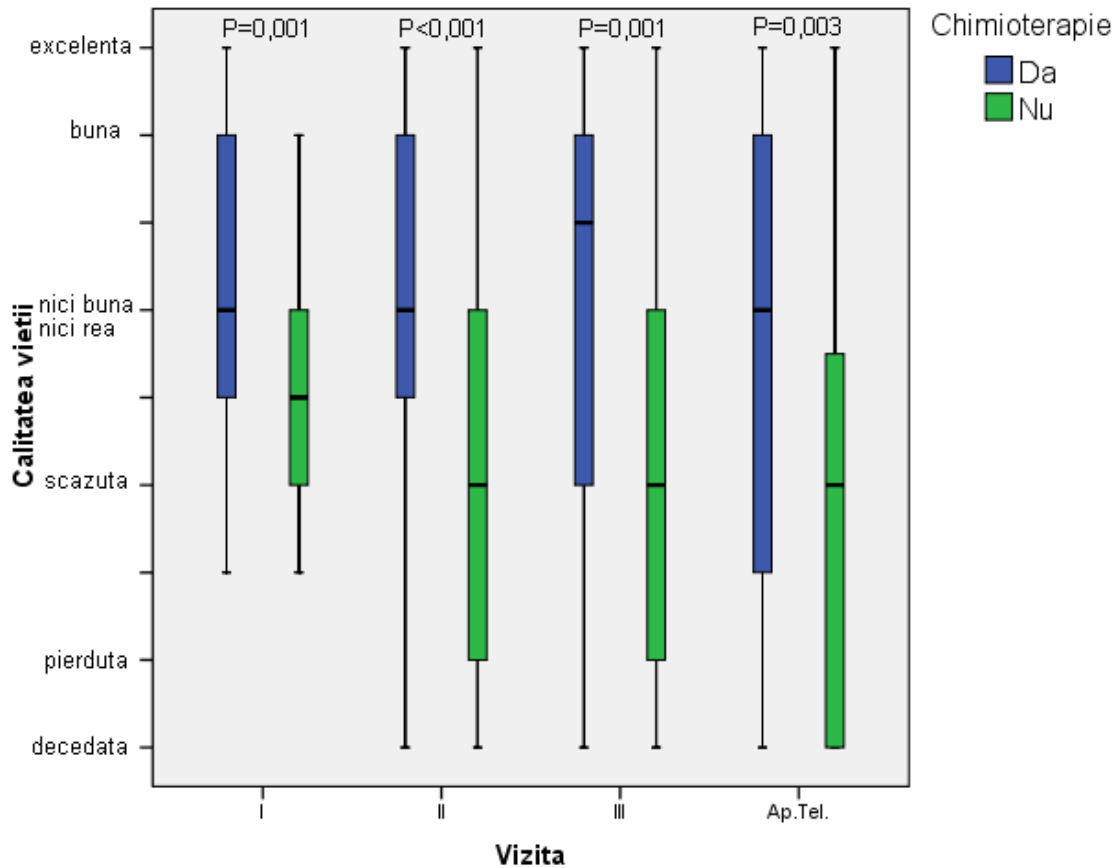
Tabelul următor prezintă distribuțiile pacienților pe categorii de vârstă, în funcție de alternativa efectuării sau nu a unei chimioterapii:

Chimioterapie * Categoria de vârstă Crosstabulation

		Categoria de vârstă		
		Prima (sub 55 ani)	A doua (56 ani sau peste)	Total
Chimioterapie Da	Count	45	40	85
	% within Categoria de vârstă	77,6%	60,6%	68,5%
Nu	Count	13	26	39
	% within Categoria de vârstă	22,4%	39,4%	31,5%
Total Count		58	66	124
% within Categoria de vârstă		100,0%	100,0%	100,0%

Se observă în tabel procentaje diferite; testul Z al proporțiilor atașează o valoare P de 0,021 afirmației „proporția celor ce au efectuat chimioterapie este mai mare în cadrul primei categorii de vârstă” (iar testul Fisher exact 0,032), ceea ce indică semnificativitatea statistică a afirmației.

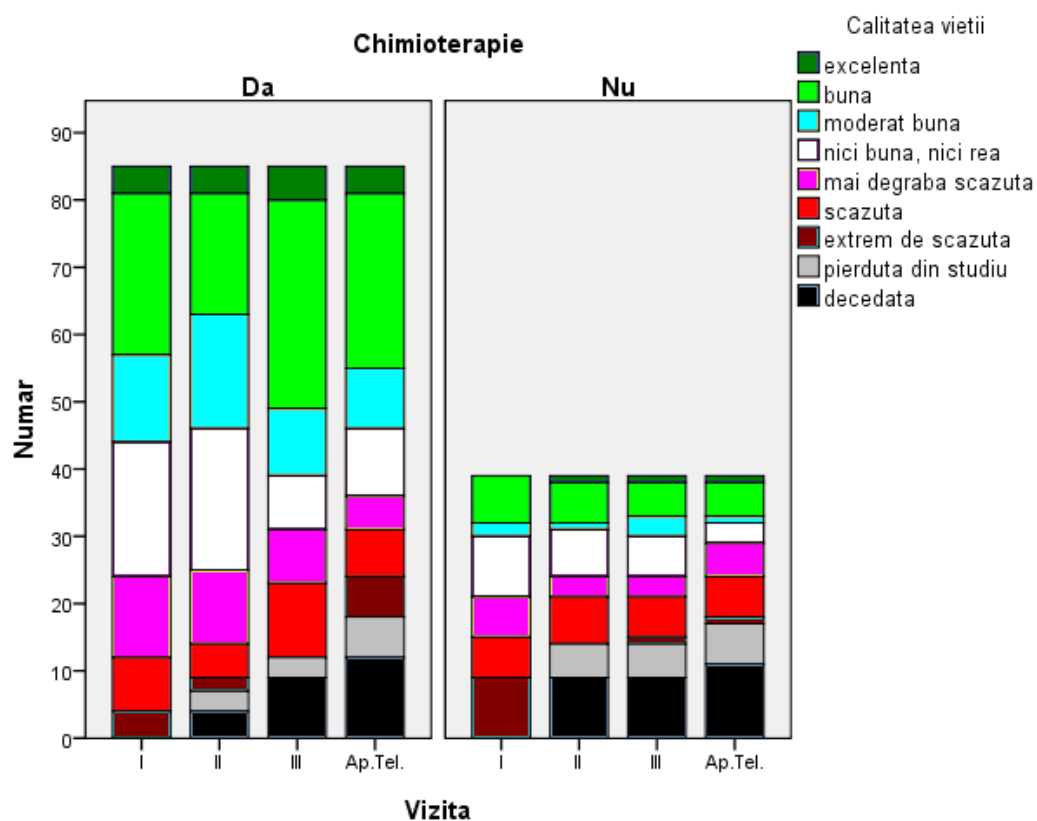
Diagrama următoare prezintă situația calității vieții pacienților din cele două categorii (dacă au efectuat sau nu chimioterapie), la fiecare vizită în parte. Valorile P sunt obținute cu testul Mann-Whitney și indică, toate, faptul că este înalt semnificativă statistic afirmația că pacientele care au urmat chimioterapie au o calitate a vieții mai bună (decât cele care nu au urmat).



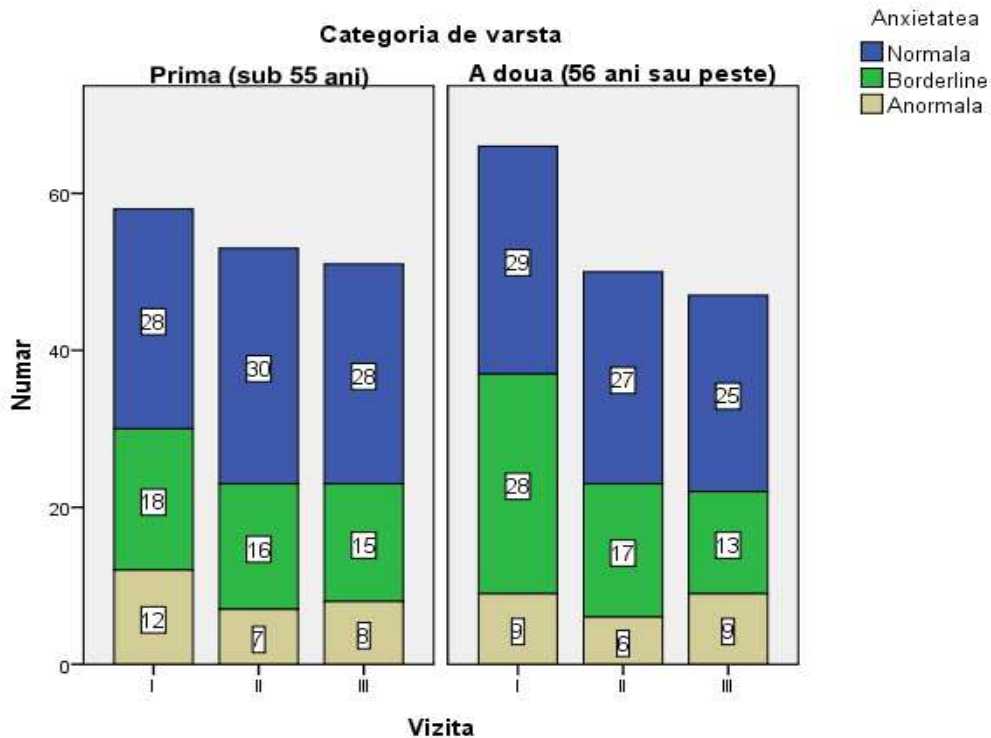
Observăm că foarte multe paciente din categoria celor care nu au urmat chimioterapie rezultă „decedate” la apelul telefonic.

Evoluția de ansamblu a calității vieții, pentru fiecare categorie de paciente în parte, este în scădere.

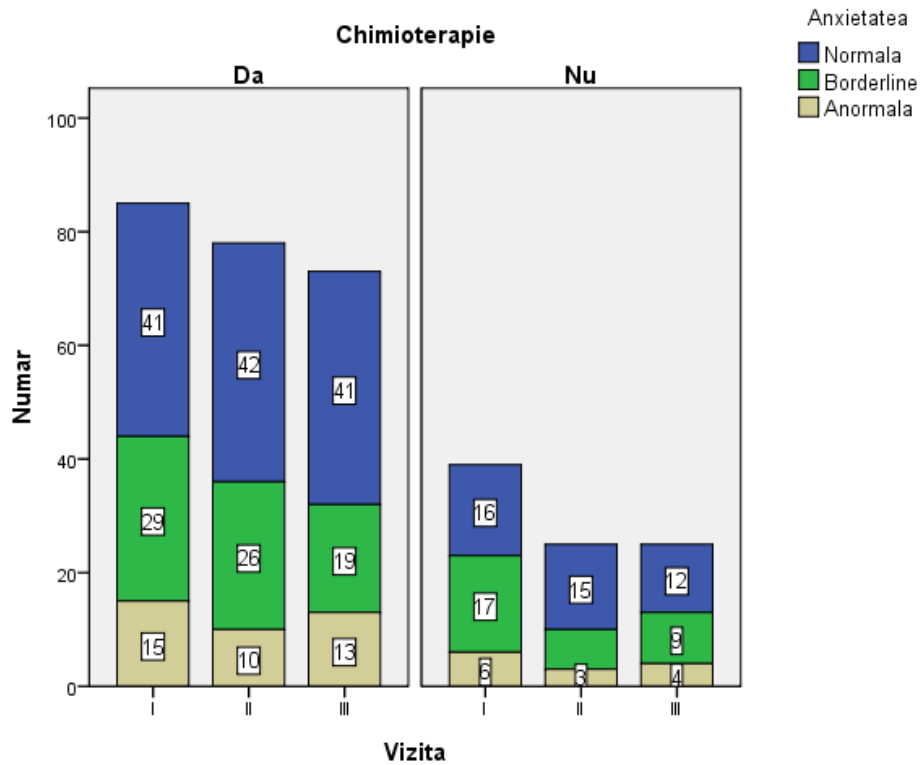
O diagramă mai detaliată este următoarea:



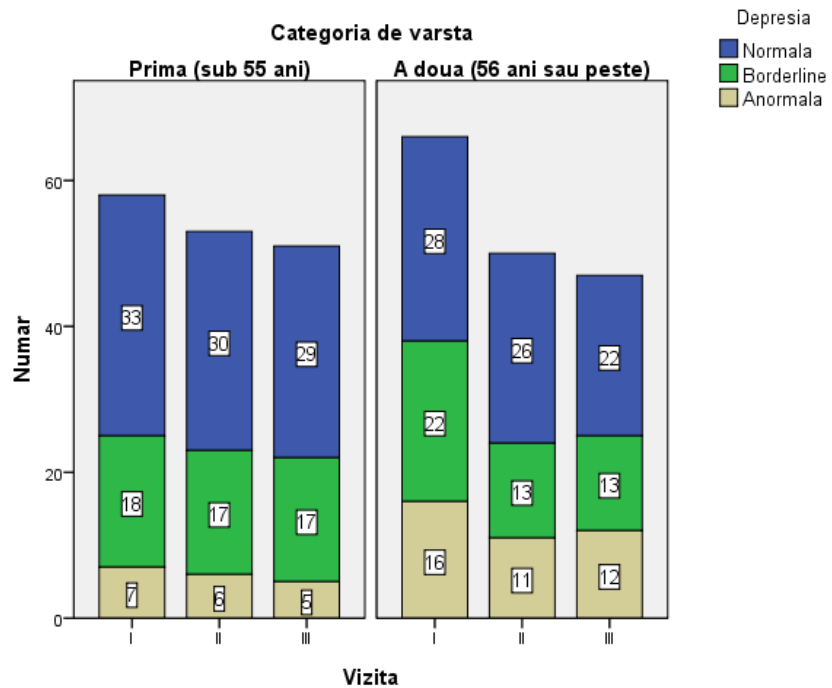
Evoluția evaluărilor privind anxietatea sunt prezentate – pe cele două categorii de vârstă, în diagrama următoare:



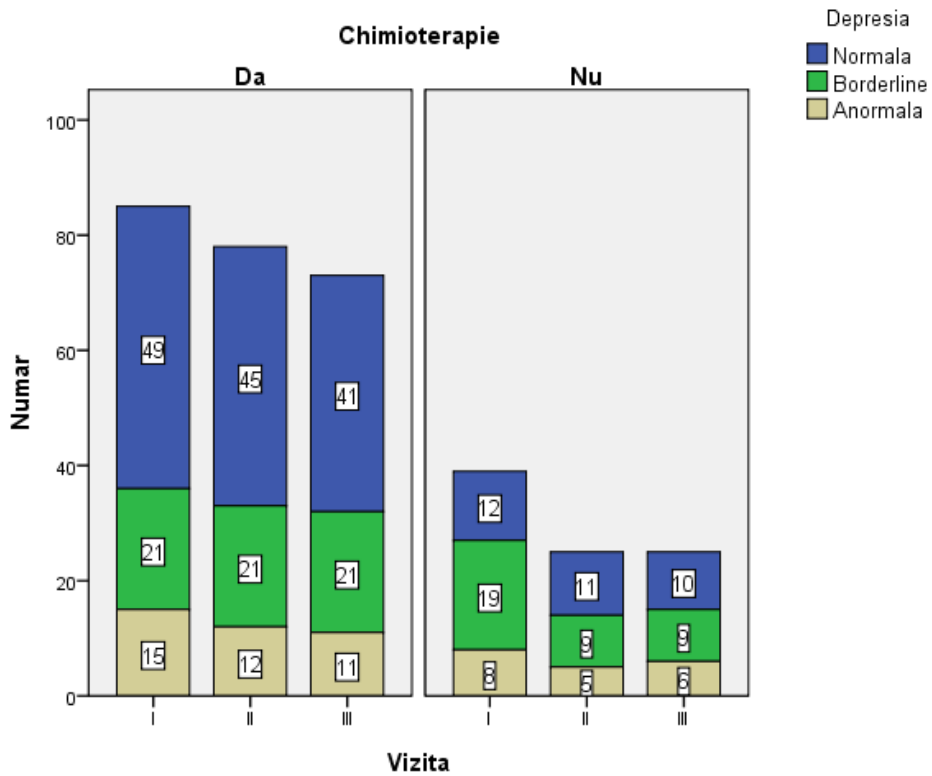
Evoluția evaluărilor privind anxietatea – în funcție de efectuarea sau nu a chimioterapiei, sunt prezentate în diagrama următoare:



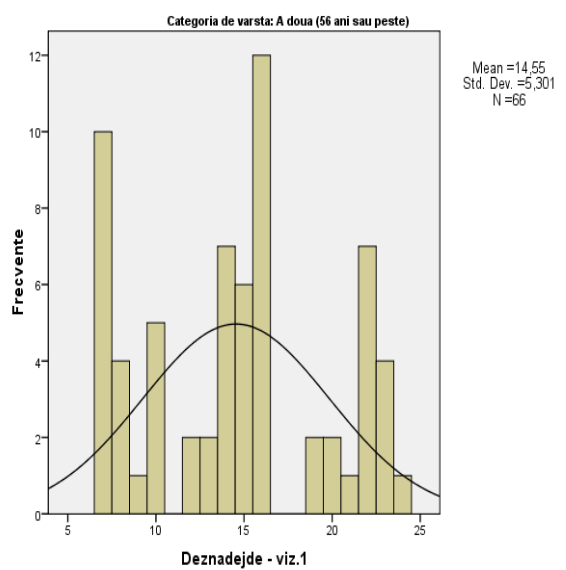
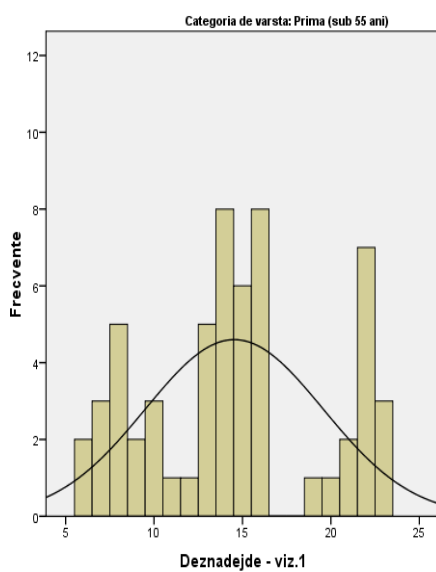
Evoluția evaluărilor privind depresia – pe cele două categorii de vârstă, sunt prezentate în diagrama următoare:



Evoluția evaluărilor privind depresia– în funcție de efectuarea sau nu a chimioterapiei, sunt prezentate în diagrama următoare:

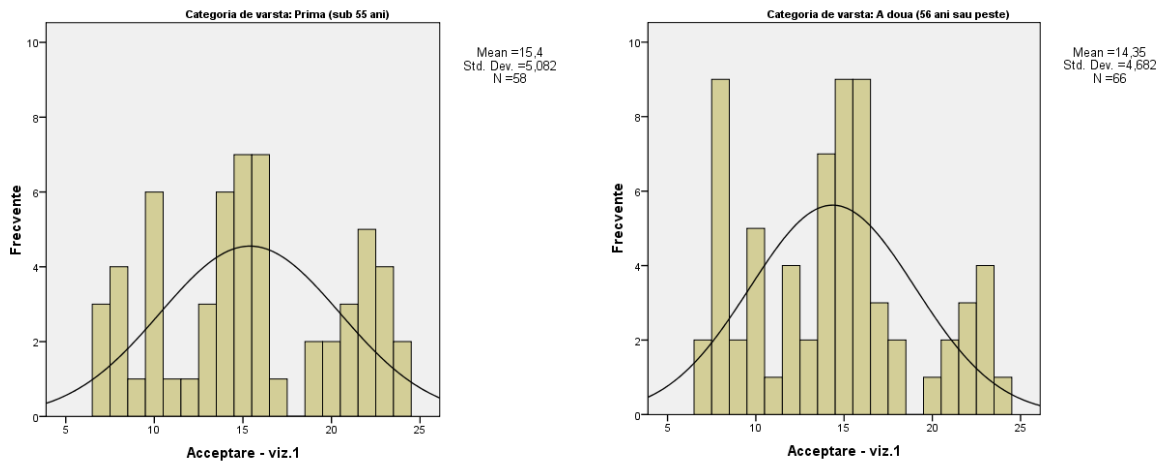


Diagramele următoare prezintă distribuțiile – pe categorii de vârstă – ale valorilor obținute pentru „Deznădejde” – la vizita 1, de la pacienți:



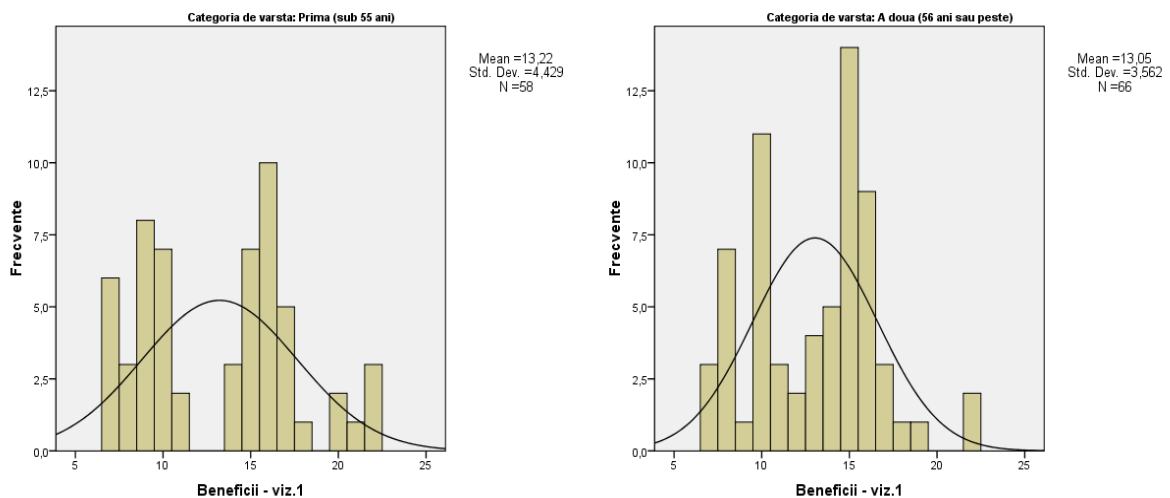
Se observă abateri de la normalitate, în ambele distribuții. (Aparent pacientele se separă în trei grupe!) De fapt, testul Kolmogorov-Smirnov confirmă această ne-normalitate, producând valorile P de 0,180 respectiv 0,185, mult sub o limită a acceptării de 0,80.

Diagramele următoare prezintă distribuțiile – pe categorii de vârstă – ale valorilor „Acceptare” – la vizita 1, obținute de la paciente:



Se observă abateri aparente de la normalitate, în ambele distribuții. De fapt, testul Kolmogorov-Smirnov confirmă această ne-normalitate, producând valorile P de 0,324 respectiv 0,300, mult sub o limită a acceptării de 0,80.

Diagramele următoare prezintă distribuțiile – pe categorii de vârstă – ale valorilor „Beneficii” – obținute la vizita 1 de la paciente:



Se observă abateri aparente de la normalitate, în ambele distribuții. (Aparent pacientele se separă în două-trei grupe!) De fapt, testul Kolmogorov-Smirnov confirmă această ne-normalitate, producând valorile P de 0,046 respectiv 0,060, mult sub limita acceptării de 0,80.

DISCUȚII

Am început cu partea generală, unde a fost prezentată partea teoretică a temei de față, respectiv, au fost abordate în capitole separate următoarele: principalele tipuri de cancer al sferei genitale, importanța calității vieții la pacienții oncologici, anxietatea și depresia, depistarea acestora, adaptarea la boală și conduita terapeutică la pacienții cu boli amenințătoare de viață. Această parte teoretică a condus către realizarea unui studiu prospectiv, ce s-a desfășurat pe o perioadă de doi ani, pe un lot de 124 de paciente cu neoplasm al sferei genitale în stadiu avansat și terminal, internate la Institutul Oncologic București și la Spitalul de boli cronice "Sf. Luca", pe secția Oncologie Cronice – Îngrijiri Paliative. Studiul a pornit de la ideea că tulburările anxios-depresive sunt factori predictivi ai adaptării la boală, că boala este un factor predictiv al calității vieții, calitate a vieții care la rândul său, este un factor predictiv pentru supraviețuire și prognostic. Pacientele au fost evaluate la o lună și la trei luni de la momentul primei internări, prin trei chestionare, respectiv: Rotterdam Symptom Checklist, Hospital Anxiety and Depression Scale, Illness Cognition Questionnaire. Au fost analizate și comparate și în funcție de vârstă, mediu de proveniență, stare civilă, fumătoare/nefumătoare, tipul de tratament efectuat.

Un aspect interesant ce a reieșit în ceea ce privește calitatea vieții, este legat de comparația între cele două categorii de vârstă. Dacă la primele două evaluări, respectiv la internare, și după o lună, rezultatele sunt aproximativ similare, **la evaluările finale se constată deosebiri statistic semnificative, balanța înclinând în favoarea primei categorii. Practic, reiese că pacientele mai tinere, au o evoluție mai bună a calității vieții, comparativ cu cele mai în vârstă. O altă deosebire statistic semnificativă este reprezentată de diferența între cea de-a treia evaluare și apelul telefonic acordat la 6 luni. Din păcate, ele sunt în sensul înrăutățirii calității vieții, pentru ambele categorii de vârstă.**

În continuare, lotul de paciente a fost analizat în funcție de criteriul mediul de proveniență, unde s-a constatat că două treimi au provenit din mediul urban, ambele categorii de vârstă fiind cu procente asemănătoare, 65,5% pentru prima categorie și 66,7%

pentru cea de-a doua categorie. În ceea ce privește studiile, majoritatea pacienților au fost cu studii liceale, mai exact 58,1%, între cele două loturi observându-se însă o diferență, 63,8% studii liceale pentru categoria mai tânără, și 53% pentru categoria mai în vârstă. Distribuția pacienților în funcție de nivelul studiilor și de diagnostic a arătat astfel: **cele mai mari cifre, în ambele categorii de vârstă, au fost constatate la nivelul studiilor liceale, pentru diagnosticul de col uterin.**

Referitor la modalitățile de tratament, subiect care a fost relatat în detaliu în partea generală a tezei, au fost comparate cele două loturi de vârstă în funcție de metoda terapeutică de care au beneficiat. În ceea ce privește tratamentul chirurgical, distribuțiile au fost similare, respectiv aproximativ 50% dintre paciente au fost supuse unei intervenții chirurgicale. **Legat de radioterapie, testul Z al proporțiilor a concluzionat faptul că proporția celor ce au efectuat radioterapie este mai mare în cadrul primei categorii de vârstă, și a indicat semnificativitatea statistică a afirmației.** 51,7% din prima categorie au beneficiat de radioterapie, pe când numai 34,8% din cea de-a doua categorie. **Și legat de chimioterapie au fost observate de asemenea procentaje diferite, proporția celor ce au efectuat chimioterapie fiind mai mare în cadrul primei categorii de vârstă, ceea ce indică semnificativitatea statistică a afirmației.**

În urma celor menționate, rezultă că tratamentul are un impact pozitiv în ceea ce privește îmbunătățirea calității vieții

Facând în continuare legătura cu cele spuse, vom trece la partea cea mai importantă a acestei teze, respectiv, vom discuta despre rezultatele obținute în urma analizării datelor celor trei chestionare. Vom începe cu chestionarul Rotterdam-simptome fizice, chestionar care reflectă calitatea vieții. **Pentru prima vizită, a rezultat în urma testului Mann - Whitney că este statistic semnificativă afirmația că pacientele din categoria a doua au avut o calitate a vieții mai scăzută.**

Referitor la simptomele psihice, care și ele reflectă calitatea vieții în cadrul chestionarului Rotterdam, rezultatele au fost similare, rezultând faptul că **pacientele din prima categorie de vârstă, au avut o calitate a vieții mai bună din prisma statusului psiho-emoțional, comparativ cu pacientele din a doua categorie.**

În ceea ce privește Activitatea, **testele statistice indică existența unor scăderi semnificative statistic a activității la vizita 2 comparativ cu vizita 1 pentru prima categorie, și la vizita 3 comparativ cu vizita 2 pentru a doua categorie.**

Am analizat în continuare rezultatele obținute în urma chestionarului specific, acesta fiind HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Evoluția evaluărilor în ceea ce privește anxietatea, **a arătat că există o similitudine între cele două categorii, totodată, majoritatea din ambele loturi au reieșit ca fiind normale din punct de vedere al anxietății.**

Procentul femeilor fără anxietate a fost mai mare în rândul celor care au beneficiat de chimioterapie.

În continuare, a fost urmărită comparativ pe cele două categorii de vârstă, evoluția referitoare la depresie. **Rezultatele arată faptul că depresia a fost întâlnită mai frecvent la pacientele din a doua categorie de vârstă, deci pacientele mai în vârstă au o predispoziție mai mare în a dezvolta depresie. Totodată, această tulburare apare cu o frecvență destul de ridicată.**

În continuare, spre partea de final, la rezultatele lucrării am analizat aspecte ce țin de adaptarea la boală.

Legat de parametrul **Deznădejde**, acesta nu depinde de vârsta pacientelor, lucru care se păstrează cu aceeași proporție și pentru vizitele 2 și 3. **Valorile pragului Deznădejde la prima vizită, depind însă semnificativ de CMT.**

În ceea ce privește parametrii **Acceptare și Beneficii**, datele pe categorii de vârstă la cele trei vizite au arătat faptul că nu se poate trage o concluzie legată de o diferență sau o similitudine în ceea ce privește nivelul de acceptare sau de beneficii între cele două categorii de vârstă.

S-a observat însă o corelare foarte puternică în sens pozitiv a Calității vieții cu parametrul Activitate, și în sens negativ a Calității vieții cu Rotterdam-simptome fizice, astfel că s-ar putea concluziona că, cu cât Activitatea este mai mare, cu atât Calitatea vieții este mai bună și, cu cât Simptomele fizice sunt mai pronunțate, cu atât Calitatea vieții este mai scăzută. Se observă și faptul că cele trei variabile rămase, respectiv Anxietatea, Depresia, și Rotterdam-simptome psihice, par a forma un grup aparte.

Concluzii și contribuții personale

Ca și **contribuție personală**, lucrarea de față, ce are ca titlu ”Relația dintre anxietate, depresie și adaptarea la boală la pacienți cu cancer de sferă genitală în stadiu avansat”, a reprezentat un studiu prospectiv asupra unui lot de pacienți cu neoplasm de sferă genitală, **studiu care a analizat evoluția și adaptarea la boală a acestora, precum și frecvența cu care pot fi asociate tulburări de anxietate sau de depresie în rândul acestor bolnave aflate în stadiu avansat sau terminal al bolii.**

În ceea ce privește concluziile din punct de vedere statistic, în urma rezultatelor, au fost reflectate următoarele :

- Legat de calitatea vieții în funcție de categoria de vârstă (sub 55 de ani și peste 55 de ani), concluzia fiind că rezultatele au fost diferite statistic, existând o diferență, respectiv aceea că pacienții sub 55 de ani au avut o evoluție mai bună a calității vieții, comparativ cu cele peste 55 de ani;

- Legat de calitatea vieții în funcție de efectuarea sau nu a unui tratament specific, s-a constatat că pacienții care au efectuat radioterapie sau chimioterapie au avut o calitate a vieții mai bună, comparativ cu cele care nu au efectuat aceste tratamente;

- Legat de Chestionarul Rotterdam, atât din punctul de vedere al statusului fizic, cât și al celui psihic, pacienții din prima categorie au avut o simptomatologie mai puțin accentuată decât cele din a doua categorie;

- În ceea ce privește Activitatea, pentru ambele categorii aceasta a fost în scădere, respectiv pentru prima categorie a existat o modificare în sens negativ de la vizita 2 la vizita 3, iar pentru a doua categorie, a existat o modificare în sens negativ de la vizita 1 la vizita 2;

- Legat de Anxietate, s-a observat o similitudine între cele două categorii, marea majoritate în ambele, fiind normale din acest punct de vedere. Pe măsura vizitelor, procentul celor cu anxietate a scăzut, dar totodată și numărul pacienților studiului a scăzut, în cele mai multe cazuri prin deces. Acest lucru indică că anxietatea a fost în strânsă legătură cu evoluția bolii și cu supraviețuirea ulterioară. Anxietatea a fost mai mare în rândul celor cu o stare generală mai proastă, fapt care este susținut și prin concluzia că numărul pacienților cu anxietate a fost mai mic în rândul celor care au efectuat radioterapie și chimioterapie, decât în rândul celor care nu au efectuat, cunoscut fiind faptul că pentru a beneficia de tratament specific, statusul de performanță trebuie să fie unul bun;

- Legat de Depresie, concluziile au fost două: prima a fost aceea că această tulburare apare cu o frecvență relativ ridicată, respectiv 17-18 %, și a doua, aceea că a fost întâlnită mai frecvent în rândul pacienților din categoria a doua;

- Legat de parametrul Deznădejde, concluziile sunt că aceasta nu diferă în funcție de categoria de vârstă, însă diferă, în funcție de efectuarea sau nu a tratamentului specific, proporția pacienților deznădăjduite fiind mai mare în rândul celor care nu au efectuat tratament;

- Într-un final, legat de parametrul Activitate, a fost trasă o concluzie foarte importantă, de altfel, concluzia esențială la care a dus acest studiu, și anume: **Cu cât activitatea este mai mare și simptomele sunt mai puțin pronunțate, cu atât calitatea vieții este mai bună.**

- Apoi, „Acceptarea” este importantă, iar în sens negativ „Deznădejdea”. Celelalte sunt importante, dar mult mai puțin.

- **O altă contribuție personală constă în identificarea faptului că există o relație între „Activitate”, „Deznădejde” și „Depresie”, cele 3 variabile fiind factori predictivi ai calității vieții, în timp ce variabila „Beneficii” are un aport nul, iar variabila „Anxietate” are un aport neglijabil.**

Marcând toate aspectele (stare fizică, calitate a vieții, stare psihică, adaptare la boală) în direcție pozitivă, putem ținti să obținem acel individ pacient care să lupte împotriva bolii și pentru viață.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Pecorelli S, Zigliani L, Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 May;105(2):107-8.
2. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 May. 105(2):103-4
3. Kyriaki M, Eleni T, Efi P, Ourania K, Vassilios S, Lambros V. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30, version 3.0) in terminally ill cancer patients under palliative care: validity and reliability in a Hellenic sample. *Int J Cancer.* 2001 Oct 1;94(1):135-9.
4. De Haes, J. C., Olschewski, M., Fayers P., Visser M., Cull A., Hopwood P., Sanderman R. (1996). *The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL): A manual.* Second revised edition. UMCG/University of Groningen, Research Institute SHARE.
5. Moinpour CM, Feigl P, Metch B, Hayden KA, Meyskens FL Jr, Crowley J. Quality of life end points in cancer clinical trials: review and recommendations. *J Natl Cancer Inst.* 1989 Apr 5;81(7):485-95.
6. Cella DF, Tulsky DS. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park).* 1990 May;4(5):29-38; discussion 69.
7. De Haes JC, de Ruiter JH, Tempelaar R, Pennink BJ. The distinction between affect and cognition in the quality of life of cancer patients-sensitivity and stability. *Qual Life Res.* 1992 Oct;1(5):315-22.
8. Trew M, Maguire P. Further comparison of two instruments for measuring quality of life in cancer patients. In: Beckman J, editor. *Quality of life.* Paris: Proc. Third EORTC Workshop on Quality of Life; 1982. p. 111-127
9. De Haes J.C., Olschewski M., Fayers P., Visser M.R.M., Cull A., Hopwood P., Sanderman R. *Measuring the quality of life of cancer patients with the Rotterdam Symptom Checklist (RSCL): a manual/*, 2012, ISBN 90-72156-38-2
10. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
11. **Rahnea Niță RA**, Popescu M, Ciuhu AN, Tuinea LA, Rahnea Niță G; The relationship between anxiety, depression and sense of illness understanding in palliative care patients; *Archives of Balkan Medical Union, Bucharest*, nr 1/ 2016

12. Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361–370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
13. Rahnea Niță G, Ciuhu AN, Georgescu DG, Francu DE, Cobac C., Florea M, **Rahnea Niță RA**. Spiritual process evaluation of the patients with advanced stage cancer hospitalized in Saint Luke Hospital, Bucharest, *Archives of the Balkan Medical Union, Bucharest*, nr 4/2014
14. Rahnea Niță G, Ciuhu AN, Georgescu DG, **Rahnea Niță RA**. The relationship between patient communication with palliative care team and the process of adaptation to the disease. Poster, 3rd, International Seminar of the European Palliative Care Research Centre and the EAPC Research Network, Milano, Italy, December 2013
15. Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1026>
16. Rahnea Niță G, Slăvilă M, **Rahnea Niță RA**, Popescu M, Ciuhu AN; The role of Physical Therapy in Cancer-related fatigue and Breathlessness; 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, June 9-11, 2016, Dublin, Ireland, *Palliative Medicine*
17. Ciuhu AN, Popescu M, **Rahnea Niță RA**, Rahnea Niță G; Poster; Evaluation of Quality of life of patients with advanced and metastatic breast cancer purposed for palliative chemotherapy and best supportive care versus best supportive care; 2014, San Antonio Breast Cancer Symposium, December 9-13, 2014. *Cancer Research* 05/2015; 75 (9 supplement): P5-15-22-P5-15-22
18. Ciuhu AN, Badica R, Popescu M, Radoi M, **Rahnea Niță RA**, Rahnea Niță G; Defense Mechanisms and coping style at very next diagnostic period in advanced and metastatic cancer; 2016 ASCO Annual Meeting (2), June 3-7, 2016, www.asco.org and jco.ascopubs.org Chicago, Illinois.
19. Tuinea LA, Ciuhu AN, Clenciu N, **Rahnea Niță RA**, Popescu M, Rahnea Niță G; Pain Assessment and treatment in patient from a palliative care unit; *Paliatia, Journal of palliative care*, Vol 9, nr 1, 2016
20. Wisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer: significance of the 100 days. *Int J Psychiatry Med*, 1976-1977; 7: 1-15

21. Settlege C, Curtis J, Lozoff M, Silberschataz G, Simburg E, Conceptualizing adult development. *J Am Psychoanal Assoc*, 1988; 36: 347-369
22. Grigorean VT, Rahnea Niță G, **Rahnea Niță RA**, Popescu M, Sandu AM, Lupașcu CD, Ciuhu AN; Prostate Cancer- Peculiarities of the Process of Adaptation to the Disease, *Clujul Medical*, Cluj, 2013, Vol 86, No. 2, pp 133-137
23. Rahnea Niță G, Omer S., Rădoi M, Popescu M, **Rahnea Niță RA**, Tuinea A L, Ciuhu AN; Illness Perception in Palliative Oncogeriatrics Field, *Archives of the Balcan Medical Union*, Bucharest, nr 3/ 2015
24. Armitage P., Berry G., Mattheus J.N.S.; *Statistical method in medical research*; Blackwell Science Publishing 4 th edition; ISBN 0-632-05257-0;
25. **Rahnea-Niță R,A.**, Rahnea-Niță G., Popescu M., Badiu C.D., Ciuhu A.N.; Management of symptoms, specific support needs, and adaptation to the disease in patients with advanced and metastatic lung cancer; *Archives of the Balkan Medical Union*, Bucharest, nr 4/2016; Editura Celsius Publishing House, ISSN 0041 – 6940, CNCSIS BDI, indexare EMBASE/Excerpta Medica, Chemical Abstracts, SCOPUS.