

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA", BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
DOMENIUL PSIHIATRIE**

**FACTORI PSIHO-SOCIALI IMPLICAȚI ÎN PREZENTAREA
TARDIVĂ LA MEDIC A PACIENTULUI NEOPLAZIC**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

Conf. Dr. Adela Magdalena Ciobanu

Student-doctorand:

Mara Jidveian Popescu

ANUL 2020

CUPRINS

INTROUCERE	1
I. PARTEA GENERALĂ.....	8
1. BOALA NEOPLAZICĂ	8
1.1. EPIDEMIOLOGIE	8
1.2 GENEZĂ ȘI FACTORI DE RISC	12
1.3 PRINCIPII DE SCREENING ȘI PREVENȚIE	15
1.4 SEMNE ȘI SIMPTOME	17
1.5 METODE DE DIAGNOSTIC.....	18
1.6 STADIALIZARE.....	19
1.7 PRINCIPII DE TRATAMENT	23
1.8 FACTORI PROGNOSTICI ȘI PRDICTIVI	28
1.9 PACIENTUL TERMINAL	30
2. COMORBIDITATEA PSIHIATRICĂ ASOCIATĂ BOLILOR NEOPLAZICE	33
2.1 INTRODUCERE	33
2.2 DEPRESIA ÎN BOLILE ONCOLOGICE.....	37
2.3 ANXIETATEA ÎN BOLILE ONCOLOGICE	45
2.4 SUPTORUL SOCIAL PERCEPUT.....	50
2.5 STRATEGII DE COPING	50
2.6 TEHNICI PSIHOTERAPEUTICE UTILIZATE PENTRU PACIENȚI ONCOLOGICI....	53
II. CONTRIBUȚII PERSONALE.....	59
3. IPOTEZA DE LUCRU ȘI OBIECTIVELE GENERALE.....	59
4. MATERIALE ȘI METODE.....	61
5. REZULTATE.....	67
6. DISCUȚII.....	142
7. CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE	161
BIBLIOGRAFIE.....	167
ANEXE.....	193

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

1. Importanța temei

Studiul de față a avut ca scop găsirea unor factori psihologici și sociali implicați în prezentarea tardivă a pacienților oncologici la medic în populația României, datele statistice arătând un procent semnificativ mai mare al pacienților în stadii avansate de boală în țara noastră, comparativ cu restul statelor din Europa^[1,2].

2. Partea generală

Partea generală cuprinde două subcapitole, respectiv Boala neoplazică și Comorbiditatea psihiatrică asociată bolii neoplazice.

În primul subcapitol am abordat datele cunoscute în prezent despre patologia oncologică la nivel Mondial. Am analizat problematica epidemiologică pe Glob, în Uniunea Europeană și în România, comparând diferențele de incidență și mortalitate, geneza și factorii de risc cunoscuți până în prezent, metode de screening și diagnostic precoce, stadializarea bolilor neoplazice (sistemele TNM, Ann Arbor, FIGO, Dukes), principii de tratament (chirurgical, radioterapeutic și sistemic – chimioterapie, tratament hormonal, terapii țintite și imunoterapie), factori prognostici și predictivi, precum și date referitoare la pacientul terminal.

În al doilea subcapitol am analizat reacția psihologică a pacientului la boala neoplazică, date epidemiologice referitoare la frecvența asocierii patologiei psihiatrice cu boala neoplazică și, ulterior, am analizat separat influența depresiei, a sindromului anxios, a suportului social perceput și strategiilor de coping asupra patologiei neoplazice. În finalul subcapitolului am discutat despre beneficiile diferitelor forme de psihoterapie pentru pacienții oncologici, acestea ajutând la ameliorarea simptomelor afecțiunilor psihiatrice asociate, la îmbunătățirea calității vieții și la creșterea speranței de viață.

3. Obiective științifice

Studiul de față are ca obiectiv depistarea de factori psihologici și sociali care sunt asociați cu prezentarea tardivă la medic a pacienților cu boală neoplazică și propunerea unui plan de screening și depistare precoce și/sau prevenire a neoplasmului care să îi vizeze pe pacienții cu risc de diagnostic tardiv.

4. Ipoteză de lucru

Ipotezele de lucru au pornit de la următoarele premise:

- Nivelul crescut de stres perceput și depresie determină prelungirea timpului până la prezentarea la medic
- Nivelul scăzut de anxietate se corelează cu prezentarea tardivă la medic
- Persoanele cu un suport social perceput scăzut se prezintă tardiv pentru diagnostic
- Stima de sine scăzută se asociază cu prezentare tardivă
- Utilizarea strategiilor de coping pasive, centrate pe emoții se asociază cu prezentarea tardivă la medic
- Convingerile negative referitoare la sistemul medical, precum și convingerea că diagnosticul oncologic este o condamnare la moarte se asociază cu prezentarea tardivă a pacienților la medic
- Persoanele din mediul rural tind să se prezinte tardiv la medic

5. Materiale și metode

Pentru realizarea acestui studiu, am creat o baterie de teste formată din date pașaportale (vârstă, gen, nivel de educație, status marital, nivel de educație partener și părinți, prezența copiilor și vârsta acestora), date privind antecedente patologice personale și heredocolaterale, date privind diagnosticul actual (localizare primară, stadiul bolii la diagnostic și stadiul actual al bolii, tipurile de tratamente urmate – intervenție chirurgicală, tratament sistemic sau radioterapie) și starea prezentă (simptome date de boală și tratament, status ponderal și variații ale acestuia). De asemenea, pentru caracteristicile psihologice, am administrat chestionarele Stimei de Sine Rosenberg, Suportului Social Perceput DUKE, DASS 21R pentru diagnosticul depresiei, anxietății și stressului, CERQ pentru copingul cognitiv-emoțional și chestionarul SACS de abordare strategică a copingului, acesta din urmă fiind administrat doar pacienților sub vârsta de 41 ani.

Persoanele participante au fost pacienți ai departamentelor de oncologie medicală, radioterapie, chirurgie și ORL ale spitalelor CFR2, Colțea și Colentina din București. Criterii de includere au fost vârsta peste 18 ani, diagnostic confirmat de cancer prin examen histopatologic, fără patologie psihiatrică decompensată asociată, orientări temporo-spațiale, care au urmat cel puțin o linie de tratament oncologic (chirurgie,

tratament sistemic, radioterapie). Criterii de excludere au fost tumori fără confirmare histopatologică, dezorientare temporo-spațială și tulburări semnificative de memorie și cogniție, simptomatologie clinică importantă, necontrolată medicamentos, care poate determina o modificare a statusului psihologic (durere de de intensitate ridicată, tumori cerebrale necontrolate terapeutic, dispnee importantă, astenie fizică marcată, vărsături). Ținând cont de toate criteriile amintite, au fost administrate chestionarele unui număr de 500 de pacienți (250 femei și 250 bărbați).

Prelucrarea statistică a datelor în studiul prezent s-a realizat în PROGRAMUL SPSS 22.0 FOR WINDOWS. Parametrii utilizați au fost prezentați sub formă de variabile ordinale sau nominale (sex, mediu, nivel educație, diagnostic, stadiu, categorii vârstă, scor STIMA, DUKE, SURCEC, etc). Printre parametrii cantitativi cu distribuție continuă (scală) s-a verificat ipoteza normalității atât prin aprecierea existenței unei simetrii cu ajutorul medianei, cât și prin utilizarea altor teste de normalitate (Kormogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk). Ca prag de semnificație statistică a fost ales $p < 0.05$. T test a fost folosit pentru a examina efectele unei variabile independente asupra uneia sau a mai multor variabile dependente. Testul ANOVA este un test de comparare a mediilor.

6. Rezultate

Rata de răspuns a fost de 50,6% (66,4% pentru lotul de femei și 34,8% pentru lotul de bărbați).

Vârsta pacienților a fost între 20 și 96 de ani, cu o distribuție bipolară a vârstei, o medie de 53,85 ani și mediană de 54 ani cu deviație standard de 11,941.

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Varsta	Mean	53.85	.751	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	52.37	
		Upper Bound	55.32	
	5% Trimmed Mean	53.94		
	Median	54.00		
	Variance	142.591		
	Std. Deviation	11.941		
	Minimum	24		
	Maximum	81		
	Range	57		
	Interquartile Range	17		
	Skewness	-.151	.153	

Kurtosis	-486	.305
----------	------	------

Tabel 4.1 – distribuția pacienților în funcție de vârstă

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Varsta	.053	253	.087	.991	253	.103

a. Lilliefors Significance Correction

Tabel 4.2 – distribuția pacienților în funcție de vârstă

În ceea ce privește durata de timp de la primele simptome până la prezentarea la medic, aceasta a fost între 1 săptămână și 96 de luni cu medie de 8,13 luni și mediană de 3 luni, deviație standard 13,15.

Durata timp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1 luna	75	29.6	29.6	29.6
1 - 3 luna	72	28.5	28.5	58.1
3 - 12 luni	75	29.6	29.6	87.7
> 1 an	31	12.3	12.3	100.0
Total	253	100.0	100.0	

Tabel 4.40 – distribuția pacienților în funcție de durata de timp de la apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

Pentru a putea prelucra statistic datele am decis gruparea perioadelor în interval de timp (sub 1 lună, 1-3 luni, 3-12 luni și peste 1 an). Cei mai mulți pacienți au declarat că s-au prezentat în mai puțin de 1 lună sau între 3 și 12 luni (29,6%), urmați de pacienții care s-au prezentat în 1-3 luni (28,5%). Doar 12,3% din respondent au declarat că s-au prezentat în mai mult de 1 an de la diagnostic.

Am analizat corelația între gen și durata de timp de la apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic și am comparat rezultatele pentru fiecare gen cu cele pentru întreg lotul de pacienți. Subiecții de gen feminin prezintă o diferențiere semnificativă în plus (36,7%) față de 29,6% pentru intervalul de timp sub o lună, și pentru intervalul de timp 3-6 luni (15,1%) față de 12,3%. Intervalul de timp 1-3 luni mai slab reprezentat (17,5%) față de 28,5%. Cele două vârfuri indică prezența unui factor care întârzie o parte a femeilor. Subiecții de gen masculin se asociază puternic cu 1-3 luni cu o pondere de 49,4% față 28,5% a distribuției generale ($p < 0,001$), dar fără a găsi o liniaritate a asocierii.

Crosstab

		durata2						Total	
		1	2	3	4	5	6		
gen	feminin	Count	61	29	25	30	16	5	166
		% within gen	36.7%	17.5%	15.1%	18.1%	9.6%	3.0%	100.0%
		Residual	11.8	-18.2	4.7	1.1	-.4	1.1	
masculin		Count	14	43	6	14	9	1	87
		% within gen	16.1%	49.4%	6.9%	16.1%	10.3%	1.1%	100.0%
		Residual	-11.8	18.2	-4.7	-1.1	.4	-1.1	
Total		Count	75	72	31	44	25	6	253
		% within gen	29.6%	28.5%	12.3%	17.4%	9.9%	2.4%	100.0%

Tabel 4.77 – distribuția pacienților în funcție de corelația între gen și durata de timp de la apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.795 ^a	5	.000
Likelihood Ratio	32.787	5	.000
Linear-by-Linear Association	.028	1	.867
N of Valid Cases	253		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.06.

Tabel 4.78 – distribuția pacienților în funcție de corelația între gen și durata de timp de la apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

Am analizat corelația între mediul de proveniență și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic. Subiecții din mediul urban prezintă diferențieri puternice pentru intervalele până la o lună și 1-3 luni și apoi diferențiere negativă pentru restul intervalelor de timp. Subiecții din mediul rural prezintă diferențieri negative pentru intervalele 0-3 luni a timpului de prezentare și apoi diferențiere pozitivă pentru intervalul de timp 3-6 luni și mai puternică pentru 1-3 ani.

Crosstab

		durata2						Total	
		1	2	3	4	5	6		
mediu rural		Count	11	14	10	12	9	4	60
		% within mediu	18.3%	23.3%	16.7%	20.0%	15.0%	6.7%	100.0%
		Residual	-6.8	-3.1	2.6	1.6	3.1	2.6	

urba n	Count	64	58	21	32	16	2	193
	% within mediu	33.2%	30.1%	10.9%	16.6%	8.3%	1.0%	100.0 %
	Residual	6.8	3.1	-2.6	-1.6	-3.1	-2.6	
Total	Count	75	72	31	44	25	6	253
	% within mediu	29.6%	28.5%	12.3%	17.4%	9.9%	2.4%	100.0 %

Tabel 4.79 – corelația între mediul de proveniență și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

Există o corelație între stima de sine și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic, respectiv subiecții cu stimă de sine scăzută prezintă o distribuție a categoriilor de timp de prezentare ce nu se diferențiază semnificativ de distribuția globală a acestor timpi, în timp ce subiecții cu stima de sine medie tind să se prezinte într-o proporție (31,45%) semnificativ mai mare în intervalul 1 – 3 luni, iar cei cu stima de sine ridicată se prezintă într-o pondere (30,4%) semnificativ mai mare în intervalul de timp 1- 3 ani. Diferența de tendință este semnificativă statistic pentru $hi^2=19,012$ și $p=0,040$.

Crosstab

		durata							
		<1 luna	1-3 luni	3-6 luni	6-1 an	1-2 ani	>2 ani	Total	
STIMA DE SINE	scazuta	Count	2	0	0	1	0	0	3
		% within STIMA DE_SINE	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0 %
		Residual	1.1	-.9	-.4	.5	-.3	-.1	
	medie	Count	64	70	29	36	18	6	223
		% within STIMA DE_SINE	28.7%	31.4 %	13.0 %	16.1%	8.1%	2.7%	100.0 %
		Residual	-1.4	5.5	1.2	-1.6	-4.4	.6	
	ridicata	Count	7	2	2	5	7	0	23
		% within STIMA DE_SINE	30.4%	8.7%	8.7%	21.7%	30.4%	0.0%	100.0 %
		Residual	.3	-4.7	-.9	1.1	4.7	-.6	
Total	Count	73	72	31	42	25	6	249	
	% within STIMA DE_SINE	29.3%	28.9 %	12.4 %	16.9%	10.0%	2.4%	100.0 %	

Tabel 4.92 – corelația între stima de sine și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

Se observă că pentru subiecții cu nivel normal al depresiei este o pondere (64,5%) semnificativ mai mare a timpilor de prezentare de până la 3 luni, în timp ce subiecții cu nivel moderat și sever al depresiei prezintă o pondere cumulată (47,3%) semnificativ mai mare a intervalului 6 luni – 3 ani. Diferența de tendință nu atinge semnificația statistică, însă, liniaritatea asocierii este semnificativă statistic pentru $p=0,01$, ceea ce, în baza analizei de corelație neparametrică Spearman, arată o corelație de intensitate redusă $r=0,15$ și semnificativă statistic pentru $p=0,016$.

		durata							
		<1 luna	1-3 luni	3-6 luni	6-1 an	1-3 ani	>2 ani	Total	
Depresie	normal	Count	44	47	19	18	9	4	141
		% within Depresie	31.2%	33.3%	13.5%	12.8%	6.4%	2.8%	100.0%
		Residual	2.2	6.9	1.7	-6.5	-4.9	.7	
	usor	Count	13	11	4	5	4	0	37
		% within Depresie	35.1%	29.7%	10.8%	13.5%	10.8%	0.0%	100.0%
		Residual	2.0	.5	-.5	-1.4	.3	-.9	
	moderat	Count	8	6	5	11	7	1	38
		% within Depresie	21.1%	15.8%	13.2%	28.9%	18.4%	2.6%	100.0%
		Residual	-3.3	-4.8	.3	4.4	3.2	.1	
	sever	Count	3	6	1	6	2	0	18
		% within Depresie	16.7%	33.3%	5.6%	33.3%	11.1%	0.0%	100.0%
		Residual	-2.3	.9	-1.2	2.9	.2	-.4	
	extrem de sever	Count	7	2	2	4	3	1	19
		% within Depresie	36.8%	10.5%	10.5%	21.1%	15.8%	5.3%	100.0%
		Residual	1.4	-3.4	-.3	.7	1.1	.5	
Total	Count	75	72	31	44	25	6	253	
	% within Depresie	29.6%	28.5%	12.3%	17.4%	9.9%	2.4%	100.0%	

Tabel 4.95 – corelația între nivelul de depresie al pacienților și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.542 ^a	20	.220
Likelihood Ratio	25.836	20	.171

Linear-by-Linear Association	6.551	1	.010
N of Valid Cases	253		

Tabel 4.96 – corelația între nivelul de depresie al pacienților și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

		Symmetric Measures			
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	.126	.054	2.336	.019
	Spearman Correlation	.151	.064	2.423	.016 ^c
Interval by Interval	Pearson's R	.161	.066	2.588	.010 ^c
N of Valid Cases		253			

Tabel 4.97 – Analiza de corelație neparametrică Kendall (nivelul de depresie al pacienților și durata de timp)

Am analizat corelația între nivelul de anxietate al pacienților și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic. Se observă că subiecții cu nivel normal al anxietății prezintă o pondere cumulată (82,7%) a timpilor de prezentare pînă la 6 luni, în timp ce subiecții cu nivel sever al anxietății prezintă o pondere cumulată (40%) semnificativ mai mare în intervalul 6 luni – 3 ani. Diferența de tendință este semnificativă statistic pentru $hi^2=34,02$ și $p=0,026$. Liniaritatea asocierii este, de asemenea, semnificativă statistic pentru $p=0,008$. Analiza de corelație neparametrică Spearman a indicat o corelație pozitivă redusă $ro=0,158$, dar semnificativă statistic pentru $p=0,012$. Efectul produs de creșterea nivelului anxietății asupra timpului de prezentare este redus.

		durata						
		<1 luna	1-3 luni	3-6 luni	6-1 an	1-4 ani	>2 ani	Total
Anxietate normal	Count	27	22	18	7	5	2	81
	% within Anxietate	33.3%	27.2%	22.2%	8.6%	6.2%	2.5%	100.0%
	Residual	3.0	-1.1	8.1	-7.1	-3.0	.1	
usor	Count	9	7	2	4	2	0	24
	% within Anxietate	37.5%	29.2%	8.3%	16.7%	8.3%	0.0%	100.0%
	Residual	1.9	.2	-.9	-.2	-.4	-.6	

moderat	Count	15	17	3	6	5	2	48
	% within Anxietate	31.3%	35.4 %	6.3%	12.5%	10.4%	4.2%	100. 0%
	Residual	.8	3.3	-2.9	-2.3	.3	.9	
sever	Count	8	9	1	11	1	0	30
	% within Anxietate	26.7%	30.0%	3.3%	36.7 %	3.3%	0.0%	100. 0%
	Residual	-.9	.5	-2.7	5.8	-2.0	-.7	
extrem de sever	Count	16	17	7	16	12	2	70
	% within Anxietate	22.9%	24.3%	10.0%	22.9 %	17.1%	2.9%	100. 0%
	Residual	-4.8	-2.9	-1.6	3.8	5.1	.3	
Total	Count	75	72	31	44	25	6	253
	% within Anxietate	29.6%	28.5%	12.3%	17.4%	9.9%	2.4%	100. 0%

Tabel 4.98 - corelația între nivelul de anxietate al pacienților și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	34.020 ^a	20	.026
Likelihood Ratio	34.233	20	.025
Linear-by-Linear Association	7.061	1	.008
N of Valid Cases	253		

a. 11 cells (36.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .57.

Tabel 4.99 - corelația între nivelul de anxietate al pacienților și durata de timp între apariția primelor semne și simptome și prezentarea la medic

7. Discuții, concluzii și direcții de perspectivă

Rata de răspuns generală a fost de 50,6%, cu o diferență semnificativă între femei și bărbați, respectiv 66,4% pentru lotul de femei și doar 34,8% pentru cel de bărbați, date care secorelează cu cele din studiile precedente care arată că femeile tind să accepte mai frecvent participarea la studii care implică completarea chestionarelor sau participarea la interviu^[3-7]. Acest fapt poate fi explicat printr-un nivel de conformitate mai crescut la femei comparativ cu bărbații, precum și printr-o capacitate crescută de comunicare a acestora^[8].

Distribuția pacienților în funcție de vârstă a fost inegală, cu o medie de 53,85 ani și o mediană de 54 ani, respectiv 59 de ani pentru sexul masculin și 50 de ani pentru sexul feminin. Ținând cont de vârsta medie de debut pentru majoritatea patologiilor

oncologice (aproximativ 60 de ani^[9]), observăm o tendință de a răspunde mai mare a persoanelor sub această vârstă, ceea ce se corelează cu datele din literatură, care ne arată o tendință crescută a persoanelor tinere de a participa la astfel de studii, comparat cu cei peste 70 de ani, probabil tot datorită unei mai bune capacități de a înțelege atât chestionarele, cât și scopul studiului^[4].

Timpul de la primele simptome până la prezentarea la medic a fost între o săptămână și 96 de luni, cu o medie de 8,13 luni și o mediană de 3 luni, câte 29,6% din respondență declarând că s-au prezentat la consult în maxim o lună de la apariția simptomelor, respectiv între 3 și 12 luni. Doar 12,3% din pacienți au declarat că s-au prezentat în mai mult de un an de la apariția primelor simptome. Studii care au vizat problema diagnosticului oncologic tardiv în Marea Britanie, Olanda și Danemarca arată date asemănătoare, respectiv aproximativ 10-25% din pacienți sunt diagnosticați tardiv, procentul fiind diferit în funcție de localizare (pentru neoplasmul mamar diagnosticul tardiv este mai rar, comparat cu neoplasmul de colon și prostată). Diferența majoră între studiul de față și cele amintite este faptul că am luat în considerare decizia pacientului de a merge la consultul medical, iar studiile anterioare au verificat timpul de la prima vizită la medicul de familie până la diagnostic. Astfel, în studiile anterioare au fost verificate problemele din sistemul sanitar ce duc la diagnosticul tardiv și nu problemele psiho-sociale ale pacienților^[10-12].

S-a observat o diferență semnificativă în ceea ce privește influența mediului de proveniență asupra timpului până la prezentarea la medic. Pacienții din mediul urban au declarat că s-au prezentat la medic în maxim 3 luni de la apariția primelor semne și simptome într-un procent de 63,3%, în timp ce pacienții din mediul rural doar în procent de 41,6%. De asemenea s-a observat o prevalență crescută a pacienților din zone rurale care s-au prezentat la medic la peste un an de la apariția primelor semne și simptome, comparat cu cei din mediul urban (21,7%, respectiv 9,3%). Datele din literatura confirmă parțial rezultatele obținute. S-au observat diferențe semnificative pentru neoplasmul colorectal^[13-17], dar nu pentru cel mamar sau bronhopulmonar^[13-17]. Cauzele posibile pentru aceste diferențe sunt capacitatea mai redusă de a conștientiza semnele și simptomele apărute, precum și accesul redus la investigații de înaltă performanță și consult de specialitate^[18].

Din analiza corelației între prezența copiilor, respectiv vârsta acestora și timpul de la primele semne și simptome până la prezentarea la medic a reieșit faptul că pacienții care

acopii se prezintă într-un timp mai scurt la medic, cei care au doi copii se prezintă într-o proporție de 71,1% în primele 3 luni de la apariția simptomelor, urmați de cei cu un singur copil, care se prezintă în procent de 54,9% între una și 6 luni, iar cei cu peste 2 copii se prezintă în procent de 66,7% într-un interval de la 6 luni la 3 ani de la apariția primelor simptome. Pentru pacienții cu copii, indiferent de numărul acestora, cei cu copii minori tind să se prezinte la medic în proporție de 81,1% în primele 6 luni de la apariția simptomelor, iar cei cu copii majori în proporție de 67,9%.

Nu am găsit în literatura de profil analiza corelației între prezența copiilor, vârsta acestora și timpul până la prezentarea la medic. Există însă descrisă corelația între comportamentul preventiv, respectiv diagnosticarea precoce și statusul socioeconomic^[18-19]. În ceea ce privește numărul copiilor din familie, cu acesta este mai mare, cu atât statusul economic este mai scăzut, cât și timpul pentru propria persoană este limitat. De asemenea, din analiza datelor obținute a reieșit că majoritatea pacienților cu mai mult de doi copii, indiferent de vârsta acestora, erau din mediul rural. Referitor la diferența între pacienții cu copii minori față de cei cu copii majori pot exista mai multe explicații. O motivație este conștientizarea nevoii de a fi sănătos pentru a putea îngriji un copil minor, fapt ce duce la utilizarea unui comportament preventiv. O altă explicație posibilă este aceea că pacienții cu copii majori, asemenea celor fără copii prezintă un sentiment de abandon care duce la un comportament de neglijare a propriei persoane. Pentru a putea explica aceste fenomene este necesar să fie efectuate mai multe studii pe loturi populaționale mari.

S-a observat faptul că până la un an se prezintă cel puțin 80% dintre pacienți, iar până la 3 ani cel puțin 95% dintre aceștia. Pentru timpii mai reduși avem următoarele repere: 0,5 luni – 25%, <1 lună (0,75) – 30%, până în 3 luni – 55% și până la 6 luni – 70%. Datele din literatură arată o durată mediană de 98 de zile de la apariția primelor semne și simptome și diagnostic. Prezentarea tardivă la medic cauzează, în medie, o întârziere a diagnosticului cu 21 zile, cu o variație între 7 și 56 zile, perioadă mai redusă comparativ cu datele din studiul nostru^[20]. S-au observat variații ale timpului până la diagnostic în funcție de localizarea tumorii primare. Astfel timpul cel mai scurt (sub 2 luni) a fost găsit la tumorile mamare, ovariene și melanom, iar durata cea mai lungă de la primul simptom până la diagnostic a fost pentru neoplasmul bronhopulmonar, cel colonic și cel de prostată^[20,21].

Din analiza statistică se observă că pentru subiecții cu vârsta de până în 30 de ani

distribuția intervalului de timp pentru prezentare nu diferă semnificativ de cel general. Pentru intervalele de vârstă 31-40 și 41-50 de ani observăm o pondere mare a pacienților care se prezintă în primele 6 luni de la apariția semnelor și simptomelor de boală. Intervalul de vârstă 51-60 de ani prezintă o pondere semnificativ mai mare pentru prezentarea la medic în intervalul 6-12 luni. Pentru intervalul de vârstă 61-70 de ani se observă două diferențieri, una mai redusă pentru intervalul 1-3 luni și alta mai puternică pentru intervalul 1-3 ani. Intervalul de vârstă peste 70 de ani prezintă o diferențiere pentru intervalul de timp 6-12 luni.

Nu am găsit date în literatură care să sprijine rezultatele studiului prezent. Analizele făcute anterior se referă la subgrupe de pacienți, majoritatea studiilor fiind efectuate pentru paciente cu neoplasm mamar. La această categorie de paciente datele nu sunt omogene. Există studii care au arătat o corelație între prezentarea și diagnosticul tardiv al pacientelor tinere, în special în cazul celor intens simptomtice^[22], în timp ce alte studii neagă această corelație^[23]. O posibilă explicație a prezentării precoce a pacienților cu vârsta sub 51 de ani este prezența relativ redusă a patologiilor cronice, astfel încât observarea semnelor și simptomelor nou apărute este relativ facilă. Pentru pacienții cu vârsta peste 70 de ani trebuie să luăm în considerare faptul că prezintă, în general, multiple patologii asociate, pentru care urmează tratament cronic. Din acest motiv ei se prezintă periodic la medic.

Analizând corelația între gen și durata de timp am observat că subiecții de gen feminin prezintă două vârfuri de interval în prezentarea la medic, respective pentru intervalul de timp sub o lună, și pentru intervalul de timp 3-6 luni. Subiecții de gen masculin se asociază puternic cu 1-3 luni. Diferențele găsite sunt semnificative statistic ($p < 0,001$), dar fără a găsi o liniaritate a asocierii. Datele găsite în literatură sunt neomogene. Pentru loturi mari populaționale, care nu au luat în considerare tumori specifice unui anumit sex (tumori ginecologice, neoplasm de prostate, neoplasm testicular), s-a arătat că femeile prezintă o întârziere mai mica până la diagnostic^[24]. O posibilă explicație pentru acest fenomen este atenția mai scăzută a bărbaților asupra propriului corp, lipsa autoexaminării periodice și o cunoaștere mai limitată asemnelor specifice neoplaziilor^[25]. Analizând datele pe localizări, am observat că în cazul tumorilor renale și de vezică urinară corelația este inversă, respectiv femeile care se prezintă cu hematurie au un diagnostic semnificativ mai tardiv comparat cu bărbații^[26].

Se observă că pentru subiecții cu nivel normal al depresiei este o pondere semnificativ mai mare a timpilor de prezentare de până la 3 luni, în timp ce subiecții cu nivel moderat și sever al depresiei prezintă o pondere cumulată semnificativ mai mare a intervalului 6 luni – 3 ani. Pentru anxietate subiecții cu nivel normal prezintă o pondere cumulată mare a timpilor de prezentare până la 6 luni, în timp ce subiecții cu nivel sever al anxietății prezintă o pondere cumulată semnificativ mai mare în intervalul 6 luni – 3 ani. Datele din literatură confirmă rezultatele obținute în studiul actual. Prezența simptomelor psihiatrice, incluzând depresia și sindromul anxios duc la întârzierea diagnosticului de boală oncologică atât prin prezentarea tardivă la medic, cât și prin prezența stigmatizării pacienților psihiatrici în rândul medicilor, indiferent de specialitate^[27].

8. Concluzii

Studiul de față a avut ca scop găsirea unor factori psihologici și sociali implicați în prezentarea tardivă a pacienților oncologici la medic în populația României, datele statistice arătând un procent semnificativ mai mare al pacienților în stadii avansate de boală în țara noastră, comparativ cu restul statelor din Europa^[1,2].

Din datele obținute a reieșit că durata de timp de la apariția primelor simptome până la prezentarea la medic este în medie de 8-9 luni, pentru toate localizările, fiind cu aproximativ 2 luni mai lungă decât media în alte state europene ^[21]. Pentru anumite localizări, cum sunt tumorile din sfera ORL, această diferență a fost chiar mai crescută, 10,9% dintre pacienți declarând că s-au prezentat la medic la mai mult de un an de la apariția primelor semne de boală, comparativ cu datele din literatură care arată un timp de întârziere de până la doar 6 luni^[28-32]. Această diferență confirmă ipoteza inițială conform căreia pacienții oncologici din România tind să se prezinte mai tardiv la medic comparat cu media europeană. Trebuie să luăm în considerare și diferențele dintre România și restul statelor europene privind sistemul sanitar. Bugetul alocat pentru sănătate din PIB în România este semnificativ mai mic comparativ cu media europeană (4,1% versus 7,8%)^[33]. Astfel, în anul 2016 s-a raportat pentru țara noastră un număr de 276,6 medici la 100000 locuitori, având aproape la jumătate față de Austria (509.7 medici la 100000 locuitori) și fiind pe ultimele locuri din Uniunea Europeană^[33]. Din acest motiv accesul la consultul medical se face tardiv.

Analizând corelația dintre mediul de proveniență și timpul până la prezentarea la

medic, am observat o asociere între mediul rural și prezentarea tardivă, peste 20% din respondenți afirmând că s-au prezentat la consult după mai mult de un an de la apariția primelor semne și simptome. Putem lua în considerare mai multe explicații cu privire la această corelație.

În primul rând pacienții din mediul rural au acces limitat la consultul de specialitate și investigații de înaltă performanță. Conform datelor oferite de Institutul Național de Statistică în anul 2017 numărul medicilor din zonele rurale este semnificativ mai mic raportat la 100000 de locuitori, astfel încât unui medic din zonele rurale îi revin în medie de opt ori mai mulți pacienți față de cei din zonele urbane^[34]. Aceste discrepanțe afectează populația nu doar în ceea ce implică afecțiunile oncologice, dar și restul bolilor acute și cronice, determinând o diferență de aproximativ 3,5 ani în speranța de viață a populației rurale față de cea din mediul urban^[35].

De asemenea nivelul de educație formală și sanitară în mediul rural este mai defectuosă, astfel încât pacienții au capacitate mai scăzută de recunoaștere a semnelor de boală, respectiv de gravitate. Corelația între timpul până la diagnostic și nivelul de educație a fost observată atât în ceea ce privește educația pacientului, cât și a partenerului de viață. Astfel putem concluziona că un nivel crescut de educație formală se asociază și cu prezența unor comportamente sanogene.

Ipoteza cu privire la influența depresiei asupra timpului până la prezentarea la medic a fost confirmată, pacienții cu nivel moderat și sever al depresiei prezentându-se într-un interval de la 6 luni la 3 ani.

În ceea ce privește influența anxietății, ipoteza noastră a fost infirmată. Astfel pacienții cu un nivel scăzut de anxietate s-au prezentat la medic în primele 6 luni de la apariția simptomelor, în timp ce pacienții cu un nivel crescut de anxietate s-au prezentat într-un interval semnificativ mai lung. Studiile privind această corelație sunt limitate. Posibile explicații cu privire la asocierea dintre nivelul crescut de anxietate și prezentarea tardivă la medic sunt simptomatologia nespecifică, ce poate fi corelată sindromului anxios (greață, palpitații, inapetență) și frica de medic și de proceduri medicale. Pentru a avea posibile răspunsuri sunt necesare studii ulterioare pe loturi populaționale mai mari.

Ceea ce este de remarcat este lipsa corelației între credințele despre sistemul medical și prezentarea tardivă la medic. Conform raportului realizat de Comisia Europeană în anul 2016, România se afla pe locul doi în Uniune după Letonia la procentul de persoane nemulțumite de serviciile medicale, distanța până la cel mai apropiat centru medical,

costurile investigațiilor și tratamentelor, precum și timpul de așteptare pentru consult medical și investigații³⁷. Cu toate acestea, în lotul de studiu, nu am identificat corelații directe între cele două elemente. Deoarece nu sunt date concludente în literatură este necesar să studiem în ce măsură opinia negativă despre sistemul de sănătate influențează diagnosticarea tardivă și scăderea speranței de viață a pacienților oncologici din România.

9. Contribuții personale și direcții de perspectivă

Cercetarea de față a adus în atenție problematica prezentării tardive a pacientului oncologic din România precum și cauzele probabile pentru acest fenomen. Asocierea dintre factori psihologici și sociali cu diagnosticul tardiv în oncologie nu a fost studiat în prealabil pentru societatea românească.

De asemenea trebuie menționat faptul că studiile cu privire la factorii determinanți pentru diagnosticul tardiv în oncologie realizate pe populații din țări ale Uniunii Europene și din spațiul extracomunitar au avut în vedere problemele sistemului de sănătate, respectiv accesul la medicina primară, secundară și terțiară, nivelul de pregătire al medicilor generaliști în vederea diagnosticării sau suspiciunii unei boli oncologice, precum și accesul la terapii inovative.

Rezultatele studiului ne ajută să identificăm un grup de pacienți vulnerabili în ceea ce privește patologia neoplazică și diagnosticarea ei în faze avansate ale bolii. Deoarece diagnosticul tardiv al bolilor oncologice determină scăderea semnificativă a duratei de supraviețuire, creșterea nevoii de spitalizare, agravarea simptomatologiei, precum și creșterea costurilor de tratament, este important să realizăm programe de screening eficiente care să îi vizeze cu predilecție pe pacienții vulnerabili.

Având în vedere faptul că patologia psihiatrică este frecvent asociată cu diagnosticarea tardivă a pacienților oncologici, este necesară realizarea unei rețele formate din medici psihiatri, medici de familie, oncologi și specialiști de organ în vederea monitorizării eficiente a pacienților la risc.

În urma studiului realizat, datorita numărului limitat de pacienți și preponderența acestora din mediul urban, nu s-a putut găsi o corelație între atitudinea pacienților față de sistemul medical și diagnosticul tardiv. Este necesar să continuăm evaluarea acestei posibile legături prin realizarea unui studiu pe lot populațional semnificativ mai mare și mai variat din punct de vedere al mediului de proveniență.

O atenție specială trebuie acordată localizărilor relativ rare, cum sunt tumorile mamare la bărbați, tumorile de os, tumorile glandelor endocrine, altele decât tiroida, care sunt predispuse diagnosticului tardiv atât din cauza unor caracteristici psiho-sociale ale pacienților, cât și din cauza personalului medical impropriu pregătit pentru diagnosticare precoce a lor.

Pentru a putea avea o imagine corectă asupra influenței factorilor psihologici asupra timpului de la apariția primelor simptome până la prezentarea la medic este necesară realizarea unui studiu prospectiv amplu, pe o durată lungă de timp, care să vizeze evaluarea psihologică în dinamică a unui lot populațional semnificativ, cu risc crescut pentru dezvoltarea unei patologii oncologice (istoric heredocolateral bogat de boli oncologice, activitate îndelungată în mediu toxic, mari fumători, consumatori cronici de etanol, etc) și să noteze, în eventualitatea diagnosticării unei boli oncologice, timpul de la apariția primelor semne și simptome până la prezentarea la medic.

Trebuie avut în vedere formarea unor echipe oncologice pluridisciplinare care, pe lângă oncolog, radioterapeut, chirurg și specialist de organ, să includă un medic psihiatru și un psihoterapeut specializați în afecțiunile psiho-oncologice. În acest fel pacientul va putea beneficia de un tratament complet și corect ce va duce la controlul mai eficient al simptomelor, precum și la prelungirea supraviețuirii.

În acest context, propun efectuarea unui studiu pilot care să aibă în vedere evaluarea psihiatrică a unui lot de pacienți oncologici la diagnostic, inițierea tratamentului psihiatric sau a psihoterapiei acolo unde este necesar și monitorizarea lor pe parcursul tratamentului oncologic, astfel încât să putem evalua corect beneficiul pentru supraviețuire, necesitatea internărilor și calitatea vieții bolnavilor oncologici în contextul pluridisciplinarității.

În concluzie acest studiu deschide posibilitatea de a găsi persoanele vulnerabile din societate pentru diagnostic tardiv al bolii neoplazice, precum și posibilitatea de a utiliza echipele oncologice pluridisciplinare într-un mod eficient atât pentru pacienți, cât și pentru medici.

Bibliografie

- [1] GLOBOCAN 2018 – Global Cancer Observatory 2018
- [2] ECIS - European Cancer Information System 2018
- [3] Curtin R., Presser S., Singer E. , The effects of response rate changes on the index of consumer sentiment. *Public Opinion Quarterly*, 2000, 64: 413–428
- [4] Moore D. L., Tarnai J., Evaluating nonresponse error in mail surveys. În: Groves R. M., Dillman D. A., Eltinge J. L., Little R. J. A. (eds.), *Survey Nonresponse*, John Wiley & Sons, New York, 2002, pp. 197–211.
- [5] Singer E., van Hoewyk J., Maher M. P. , Experiments with incentives in telephone surveys. *Public Opinion Quarterly*, 2000, 64: 171–188.
- [6] Kwak N, Radler B. A comparison between mail and web surveys: response pattern, respondent profile, and Data quality. *Journal of Official Statistics*, 2002;2:257-273.
- [7] Underwood D, Kim H, Matier M. To mail or to Web: Comparisons of survey response rates and respondent characteristics. Paper presented at the 40th Annual Forum of the Association for Institutional Research, Cincinnati, OH, May 21–24, 2000
- [8] Sanderson CA. *Social Psychology*. John Wiley & Sons, Danvers, 2010.
- [9] National Cancer Institute, Risk Factors: Age and Cancer Risk, 08.05.2020
- [10] Halsper CCW, van Erp NNF, Peeters PPHM, de Wit NNJ, Time to diagnosis and treatment for cancer patients in the Netherlands: Room for improvement?, *European Journal of Cancer*, 2017 Dec;87:113-121.
- [11] Allgar VL, Neal RD, Ali N, Leese B, Heywood P, Proctor G, Evans J: Urgent GP referrals for suspected lung, colorectal, prostate and ovarian cancer. *Br J Gen Pract*. 2006, 56: 355-362.
- [12] Hansen R.P., Vedsted P., Sokolowski I., Søndergaard J, Olesen F, Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res*, 2011, 11, 284
- [13] Bergin RJ, Emery J, Bollard RC, Falborg AZ, Jensen H, Weller D, Menon U, Vedsted P, Thomas RJ, Whitfield K, White V, Rural–Urban Disparities in Time to Diagnosis and Treatment for Colorectal and Breast Cancer, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* September 1 2018 (27) (9) 1036-1046; DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0210

- [14] Campbell NC, Elliott AM, Sharp L, Lewis DR, Cassidy JW, Little J, Rural and urban differences in stage at diagnosis of colorectal and lung cancers. *British journal of cancer*. 2001, 84. 910-4. [10.1054/bjoc.2000.1708](https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1708).
- [15] Rybojad P, Dłuski D, Rybojad B, et al. Urban vs. rural patients. Differences in stage and overall survival among patients treated surgically for lung cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2013;20(1):101-105.
- [16] McLafferty S, Wang F. Rural reversal? Rural – urban disparities in late-stage cancer risk in Illinois. *Cancer*. 2009;115:2755–2764.
- [17] Dobson C, Rubin G, Murchie P, Macdonald S, Sharp L, Reconceptualising Rural Cancer Inequalities: Time for a New Research Agenda, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 1455; doi:10.3390/ijerph17041455
- [18] MacKian S, A review of health seeking behaviour: problems and prospects, University of Manchester Health Systems Development Programme, HSD/WP/05/03
- [19] Craft-Rosenberg M, Pehler SR, *Encyclopedia of Family Health*, SAGE Publications, Jan 20, 2011, 596-597
- [20] Hansen, R.P., Vedsted, P., Sokolowski, I. et al. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res* 11, 284 (2011). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-284>
- [21] Halsper C, van Erp N, Peeters P, de Wit N, Time to diagnosis and treatment for cancer patients in the Netherlands: Room for improvement?, *European Journal of Cancer*, Volume 87, December 2017, Pages 113-121
- [22] Partridge AH, Hughes ME, Ottesen RA, et al. The effect of age on delay in diagnosis and stage of breast cancer. *Oncologist*. 2012;17(6):775-782. doi:10.1634/theoncologist.2011-0469
- [23] Sunday O. Olarewaju, Emmanuel O. Oyekunle, and Adebukola O. Bamiro, [Effect of Sociodemographic Variables on Patient and Diagnostic Delay of Breast Cancer at the Foremost Health Care Institution in Nigeria](#), *Journal of Global Oncology* 2019 :5, 1-8
- [24] Hansen, R.P., Olesen, F., Sørensen, H.T. et al. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. *BMC Health Serv Res* 8, 49 (2008). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-49>
- [25] Evans REC, Brotherstone H, Miles A, Wardle J, Gender differences in early detection of cancer, [The Journal of Men's Health and Gender](#), 2005, VOL. 2, NO. 2

- [26] Lyratzopoulos G, Abel GA, McPhail S, Neal RD, Rubin GP, Gender inequalities in the promptness of diagnosis of bladder and renal cancer after symptomatic presentation: evidence from secondary analysis of an English primary care audit survey, *BMJ Open* 2013;3:e002861. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002861
- [27] Spiegel D, Cancer and Depression, *The British Journal of Psychiatry*, 1996, vol 168, iss s30
- [28] Nieminen M., Aro K., Jouhi L., Bäck L., Mäkitie A., Atula T., Causes for delay before specialist consultation in head and neck cancer, *Acta Oncologica*, 2018, 57:12, 1677-1686, DOI: [10.1080/0284186X.2018.1497297](https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1497297)
- [29] Yu T, Wood RE, Tenenbaum HC. Delays in diagnosis of head and neck cancers. *J Can Dent Assoc.* 2008;74(1):61.
- [30] Agarwal N, Singh D, Verma M, Sharma S, Spartacus RC, Chaturvedi M, Possible causes for delay in diagnosis and treatment in head and neck cancer: an institutional study. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, [S.l.], v. 5, n. 6, p. 2291-2295, may 2018. ISSN 2394-6040.
- [31] Amirchaghmaghi M, Mozafari P M, Mostaan L V, Pakdel A F, Anaraki S Z, Ghazi A et al . Causes Of Patient's Delay In Diagnosis Of Head And Neck Cancers: A Community-Based Cross Sectional Study In Iran. *Int J Med Invest.* 2019; 8 (4) :23-32
- [32] Yu T, Wood RE, Tenenbaum HC, Delays in Diagnosis of Head and Neck Cancers, *Journal of Canadian Dental Association*, 2008, vol 74, nr 1
- [33] Cucu AM, Cristea C, Calomfirescu C, Matei E, Galan A, Ursu C, Radulescu S, Georgescu D, Raport Național privind Starea de Sănătate a Populației României 2018, Material elaborat și publicat prin Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate, decembrie 2019
- [34] Raport privind piața serviciilor de asistență medicală din România și a activităților conexe acestora, CONSILIUL CONCURRENTEI 2017
- [35] Domnariu C, Filip I, Bălășan L, Chiș O, Dura S, Iuga V, Monitorizarea inegalităților în starea de sănătate a populației României în anul 2016, Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Regional de Sănătate Publică Sibiu, 2016
- [36] Barros P, Barry M, Brouwer W, De Maeseneer J, Lamata F, Lehtonen L, McKee M, Thomson S, Checchini M, Willems S, Report of the on Access to health services in the European Union EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH), Comisia Europeană, 2016