

Concluzii

Realizarea în practică a acestor activități necesită elaborări speciale științifico-practice cu implicarea diferitor specialiști. În acest aspect, o atenție deosebită necesită procesele de integrare ale dezvoltării serviciului de asistență stomatologică, orientat spre satisfacția pacienților.

Bibliografie

1. BURLACU V., EȚCO C., TINTIUC E. Aspecte medico-sociale și organizatorice ale asistenței stomatologice de stat în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii. //Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 1. Chișinău, 2007, p. 9-11.
2. Legea RM privind evaluarea și acreditarea în sănătate, nr. 552-XV din 18 octombrie 2001.
3. Legea RM cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998. Monitorul oficial al Republicii Moldova nr. 38-39 din 30.04.1998.
4. Ordinul nr. 476/258-A DIN 14-11-2006 al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale „Cu privire la aprobarea criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru a. 2007”.
5. Programul Unic al Asigurării obligatorii de Asistență Medicală pentru a. 2005. Aprobata prin Hotărârea Guvernului republicii Moldova nr. 1291 din 22.11.2004.
6. TIMOȘCA G., BURBILAȘA C. Chirurgie buco-maxilo-facială. Chișinău, 1992, 552 p.
7. ФЕЦЫШ Л. Задача по зубам. Н.Новгород, 2003, 39 с.

PARTICULARITĂȚI TEORETICE A CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR CU CANCER

Rezumat

În lucrare se descrie unele particularități a calității vieții pacienților cu cancer. Calitatea vieții reprezintă un termen descriptiv care se referă la starea de bine emoțională, socială, fizică și la abilitatea de a funcționa normal, reprezentând un important punct final de evaluare a tratamentului, pacienților cu cancer.

Cuvinte-cheie. Calitatea vieții, Simptoamele, tulburări comportamentale.

Summary

THE UNCLIAL PARTICULARITIES THE IN PATIENTS WITH CANCER

In this article are decribed some particularities of the life's quality in patients with cancer.

The quality of life is a descriptive notion which reflects the emotional, social and physic wellbeing, and represents an important step in the final evaluation of the treatment in patients with cancer.

Key words: the quality of life, symptoms emotional disorders.

Actualitatea temei

Calitatea vieții reprezintă un termen descriptiv care se referă la starea de bine emoțională, socială, fizică și la abilitatea de a funcționa normal, reprezentând un important punct final de evaluare a tratamentului anticanceros. Evaluarea nivelului calității vieții, precum și reducerea simptomatologiei sunt măsuri indicate în cazul tuturor pacienților cu cancer, dar mai ales la cei cu metastaze care au urmat doar tratamente paliative (radio și/sau chimioterapie). Pentru câteva tipuri de cancer evaluarea globală a calității vieții, precum și a nivelului de performanță al pacientului se află printre cei mai puternici predictorii privind răspunsul la terapie sau rata de supraviețuire [1].

Calman definește termenul de calitate a vieții ca reprezentând decalajul dintre așteptări, speranțe și planuri de viitor dint-o perioadă anterioară bolii și momentul prezent. O modalitate de îmbunătățire a acestui aspect constă în diminuarea decalajului prin stabilirea unor scopuri mai realiste, prin oferirea informațiilor necesare privind beneficiile, riscurile și efectele tratamentului și prin stabilirea de relații individualizate și empatică cu pacienții .

Scopul studiului

Studieria rezultatelor cercetărilor efectuate a calității veții paciențelor cu cancer.

Tudor Grejdeanu
Prof.univ.,

*Catedra Sănătate
Publică și Management
USMF „Nicolae
Testemițanu”,*

Alexandru Sușco,
*medic IMSP, Spitalul
Clinic mun. Nr.1,*

Victoria Grejdian
rezident,

*Catedra Obstetrică
și Ginecologie USMF
„Nicolae Testemițanu”*

Evaluarea calității vieții se realizează în general înainte de încercarea unei terapii și la finalul acesteia pentru observarea efectelor terapiei, dar și atunci când se testează mai multe terapii pentru a vedea care din ele produc modificări mai semnificative la nivelul calității vieții, putându-se recurge și la realizarea unor evaluări intermediare.

Rezultate și discuții

Cercetările susțin faptul că experiențele anterioare în legătură cu această boală au un impact de lungă durată atât asupra percepției stării de sănătate, cât și asupra comportamentului [2].

Boala determină o serie de modificări în stilul de viață, atât al pacientului, cât și al familiei acestuia. Spitalizările prelungite, costul tratamentelor, teama de invaliditate sau de pierderea independenței, întreruperea serviciului determină o serie de schimbări de roluri la care pacientul trebuie să se adapteze.

Un număr mare de pacienți prezintă tulburări de somn, modificări ale apetitului, tulburări la nivelul relațiilor sexuale, schimbări ale imaginii corporale, precum și modificări în activitățile fizice și sociale.

Fatigabilitatea — reprezintă simptomul cel mai frecvent întâlnit la acești pacienți, simptom care afectează toate celelalte sfere ale vieții — fizic, social, emoțional, psihologic și spiritual. Mulți pacienți realizează că oboseala le afectează viața de zi cu zi în mai mare măsură decât durerea. Este un simptom complex, multifactorial care poate coexista cu și poate fi influențat de dispoziția depresivă, alte simptome fizice și de terapiile anticanceroase urmate .

Printre simptomele fizice asociate se citează anemيا, durerea, febra / infecțiile, deficitul hormonal sau nutritive, depresia/anxietatea, tulburările de somn, inactivitatea, pasivitatea, etc. Fatigabilitatea reprezintă simptomul care nu a putut fi pe deplin eliminat la pacienții cu cancer.

Grețurile și vărsăturile apărute se pot datora efectului direct al bolii (metastaze cerebrale, obstrucții digestive, tulburări metabolice), sau ca urmare a tratamentelor anticanceroase. Acestea se pot manifesta continuu sau episodic (malnutriție, deshidratare, izolare) putând fi mai mult sau mai puțin controlabile, determinând tulburări la nivelul activităților fizice și sociale. În general aceste simptome apar în urma chimioterapiei. Uneori se observă modificări comportamentale care determină apariția acestor simptome încă înainte de începerea tratamentului, cum sunt refuzul terapiei (compliance scăzută), anxietatea și depresia. Simptomele anticipatorii, prezente la aproximativ 25-50% dintre pacienți, pot apărea în drum spre spital, la mirosul unor substanțe, etc. ca urmare a unui proces de condiționare clasică .

Pierderea apetitului și scăderea în greutate pot fi prezente în toate stadiile bolii, putând avea diferite cauze: o anorexie tranzitorie determinată de șocul psihologic apărut la aflarea diagnosticului, o anorexie secundară a tratamentului sau ca urmare a evoluției bolii. Pierderea apetitului este adesea prima reacție

emoțională apărută într-o atmosferă anxioasă. Anorexia este adesea asociată cu o dispoziție depresivă. Scăderea sau chiar pierderea apetitului se poate datora efectului direct al tumorii (metastaze cerebrale sau abdominale) sau tratamentului. Cea mai evidentă cauză a cașexiei, considerată ce mai gravă complicație nutrițională, este pierderea aportului de calorii și de proteine datorită tratamentului, durerii, grețurilor, vărsăturilor, dar poate fi și o consecință a alterării gustului în urma radioterapiei. Poate apărea și ca urmare a alterării funcționării intestinului, a metabolismului proteinilor, grăsimilor și a carbohidraților, sau ca urmare a inhibării centrului hipotalamus care controlează metabolismul tumoral.

O altă schimbare apărută în stilul de viață al pacienților se referă la **tulburările în sfera sexualității**. Mulți pacienți recunosc o scădere sau chiar o stopare a activității lor sexuale după apariția bolii. Oboșala, schimbările apărute la nivelul imaginii corporale, durerea sau anxietatea limitează posibilitățile fizice ale pacienților, chiar dacă dorințele se mențin intacte. Scăderea libidoului se poate datora și reducerii nivelului hormonilor sexuali în urma tratamentelor efectuate. O diminuare a libidoului indusă de chimioterapie poate produce anxietate, scăderea nivelului stimei de sine și teama de a fi respins. Tratamentele aplicate afectează în general fertilitatea, și mult mai rar libidoul. Collins, Bruera și colab. au constatat că aproximativ 25% din acești pacienți ajung la divorț sau separare. Pentru mulți, menținerea unei relații sexuale satisfăcătoare le întărește identitatea și nivelul stimei de sine. Disfuncția sexuală determină dezvoltarea unor stări depresive, determinând scăderea calității vieții, tulburarea relațiilor cu partenerul de viață, putându-se ajunge până la izolare și însingurare.

Durerea apărută în special în fazele avansate ale bolii, dar care poate fi prezentă și în celelalte faze, are de asemenea o serie de efecte negative asupra vieții pacientului. Senzațiile de durere sunt determinate atât de invazia tumorală, cât și de factorii senzoriali, afectivi (răspunsul emoțional individual) și cognitivi (percepția durerii și capacitatea de a-i face față). În durerea din cancer, elementele cognitive reprezentate de convingerile, credințele și cunoștințele pacientului despre boală joacă un rol important. Toleranța față de durere este în mod semnificativ corelată pozitiv cu extroversiunea și negativ cu neuroticismul. Cei cu abilități suficiente de coping acționează în mod direct în vederea înlăturării durerii, în timp ce cei care recurg la strategii de coping evitative tind să neghe senzațiile de durere.

În concluzie, se poate spune că aproximativ 60% din senzațiile de durere se datorează direct tumorii, 20% efectelor tratamentului și 20% sunt independente de cancer sau de tratament, fiind probabil asociate unor factori individuali.

Uneori cancerul poate provoca și o serie de tulburări mentale organice determinând alterarea funcționării sistemului nervos central. Astfel pot să apară dificultăți de concentrare, tulburări perceptivă și

mnezice, dezorientare, tulburări psihomotorii, stări de insomnie. Tulburările comportamentale pot fi asociate cu tulburări ale ritmului somn-veghe, iritabilitate, modificări caracteriale sau o alterare a activității psihomotrice. Tulburările de personalitate reprezintă primele simptome ale unei tumori cerebrale. Studiile [2] au arătat că tulburările apărute în anumite arii cerebrale cum ar fi hipotalamusul și sistemul limbic, produc modificări ale funcționării sistemului imun. Au fost puse în evidență 4 tipuri de tulburări cognitive care pot apare la pacienții cu cancer, și anume: reducerea eficienței funcționării cognitive, leziuni focale cerebrale determinate de tumori cerebrale sau metastaze, demență și psihoze exogene [4].

Boala determină o serie de schimbări în viața acestor persoane, dar aproximativ 2/3 din acești pacienți relatează că aceste schimbări au și efecte pozitive cum ar fi: creșterea aprecierii vieții, o mai bună capacitatea de a trăi prezentul, mai puține preocupări față de lucrurile minore, tendința de a-și duce la îndeplinire dorințele în loc să le amâne [5].

În timpul tratamentelor pacientul va căuta să lupte pentru menținerea unui echilibru emoțional rezonabil și a unei imagini de sine satisfăcătoare prin păstrarea, pe cât posibil, a unei cât mai bune integrări sociale și profesionale. Acest lucru necesită mobilizarea tuturor abilităților de care dispune persoana pentru a se adapta, uneori chiar cu ajutorul unor mecanisme defensive, pe care medicul de familie va trebui să le cunoască și să le respecte.

Cancerul are un impact semnificativ și asupra partenerului de viață, care este de multe ori mult mai stresat decât pacientul. Membrii familiei se confruntă adesea cu un sentiment de vinovăție, gândindu-se că n-au făcut suficient pentru a preveni apariția bolii, că nu au luat în serios simptomele bolnavului, că nu l-au trimis mai devreme la medic. Aceștia parcurg faze asemănătoare cu cele prin care trece pacientul la aflarea diagnosticului.

Totalitatea nevoilor pacienților, cum ar fi menținerea independenței, a activităților, managementul durerii și al efectelor secundare ale tratamentelor, controlul incertitudinii, etc. corelează puternic cu nivelul de calitate a vieții, acesta fiind cu atât mai scăzut cu cât numărul acestor nevoi este mai mare.

La pacienții cu cancer la care tratamentele au avut succes, calitatea vieții nu pare a fi substanțial influențată de stadiul bolii. La cei cu cancer colorectal, calitatea vieții pare să varieze în mod considerabil în primii 2 ani de la diagnostic, îmbunătățindu-se pe parcurs și prezentând variații după al 3-lea an de la diagnostic.

Îmbunătățirea calității vieții poate fi obținută prin modificarea așteptărilor pacientului și apropierea acestora de realitate sau prin îmbunătățirea experiențelor curente. Calman explică faptul că reducerea expectanțelor pacientului nu înseamnă reducerea

speranțelor sau a ambițiilor acestora, ci mai degrabă stabilirea unor scopuri mai apropiate, realizabile. O metodă de îmbunătățire a calității vieții pacienților cu cancer constă în oferirea de informații corecte și acurate privind tratamentul, efectele acestuia și posibilitățile de recuperare. Calitatea vieții nu este ceva stabil, ea cunoscând modificări pe parcursul evoluției bolii în funcție de vârsta și de experiențele fiecăruia. Cei mai în vârstă vor căuta să-și ajusteze percepțiile legate de starea de sănătate, în timp ce pacienții mai tineri vor avea expectanțe mai crescute legate de starea lor fizică și funcțională. Observațiile conform cărora pacienții mai în vârstă obțin scoruri mai ridicate la chestionarele care evaluează calitatea vieții vin să susțină aceste puncte de vedere.

Studiile realizate până în prezent au pus în evidență o serie de factori care ar putea influența calitatea vieții, incluzând aici localizarea sau stadiul de evoluție al bolii, posibilitățile terapeutice, starea de sănătate curentă a pacientului, tipul de tratament urmat, precum și o serie de factori demografici care țin de pacient — vârstă, sex, nivel educativ [6].

Concluzii:

1. Calitatea vieții reprezintă un termen descriptiv care se referă la starea de bine emoțională, socială, fizică și la abilitatea de a funcționa normal, reprezentând un important punct final de evaluare a tratamentului anticanceros.
2. Cercetările susțin faptul că experiențele anterioare în legătură cu această boală au un impact de lungă durată atât asupra percepției stării de sănătate, cât și asupra comportamentului.
3. Un număr mare de pacienți prezintă tulburări de somn, modificări ale apetitului, tulburări la nivelul relațiilor sexuale, schimbări ale imaginii corporale, precum și modificări în activitățile fizice și sociale.
4. Studiile realizate până în prezent au pus în evidență o serie de factori care ar putea influența calitatea vieții, incluzând aici localizarea sau stadiul de evoluție al bolii, posibilitățile terapeutice, starea de sănătate curentă a pacientului.

Bibliografie:

1. Sartorius N., Quality of Life and Mental Disorders: A Global Perspective, in A/ , pg 319/328.
2. Barrz , M>M., Well/ being and Life Satisfaction as components of Quality of Life in Mental Disorders' in A/ pg. 31 – 42 .
3. Boider L., De Nor, A.K. (1997): „Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients”, J.Nerv. Ment. Dis; 185:346- 348.
4. Dowse, G.(2000): Psychological adjustment to cancer. The comparative effectiveness of interpersonal psychotherapy and cognitive – behavioral therapy. [Medline].
5. Spiegel, D. (2002): „Effects of psychotherapy on cancer survival”, Nature Reviews cancer, 2 (5): 383-389.
6. Mager, W.M., Andrykowski, M.A. (2002): „Communication: patients perceptions and psychological adjustment”, Psychooncology, 11(1) : 35-46.