

Psycho-oncology in Romania. New perspectives and research directions

Psiho-oncologia în România. Perspective noi și direcții de cercetare

Drd. Dr. Alexandra Rebeca MIHOC, Mrd. Dr. Valeria-Daniela PUSTIANU,
Conf. Dr. Habil. László Csaba DÉGI

Facultatea de Sociologie și Asistență socială, Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, România

ABSTRACT

Abstract

The prevalence of cancer distress among patients diagnosed with cancer varies between 20-52%, data from recent years in our country indicating that almost half of them experience depressive or anxious symptoms throughout the course of the disease. Individualized psychosocial care should be recognized as a universal human right, and should be integrated into the patient's routine care. Screening and management of oncological distress performed by a multidisciplinary team is a necessary standard to achieve a quality patient-centered care.

Keywords: cancer, distress, psycho-oncological intervention, primary health care, Romania

REZUMAT

Prevalența distresului oncologic în rândul pacienților diagnosticați cu cancer variază între 20 și 52%, datele din ultimii ani din țara noastră indicând faptul că aproape jumătate dintre aceștia prezintă simptomatologie depresivă sau anxioasă de-a lungul traiectoriei bolii. Îngrijirea psiho-socială individualizată ar trebui recunoscută ca un drept universal al omului și ar trebui integrată în îngrijirea de rutină a pacientului. Screening-ul și managementul distresului oncologic realizat de către o echipă multidisciplinară reprezintă un standard necesar de atins pentru o îngrijire de calitate centrată pe pacient.

Cuvinte cancer, distres, intervenție psiho-oncologică, asistență medicală primară, România

INTRODUCERE

Cancerul reprezintă a doua cauză de morbiditate și deces atât la nivel mondial, cât și la nivel european, cu estimări ce depășesc 2,7 milioane de cazuri noi și peste 1,3 milioane de decese în anul 2020 în țările europene (1). La nivel național, România a înregistrat în anul 2020 aproximativ 98.886 de noi cazuri de cancer, incidența cea mai mare fiind în cazul cancerului pulmonar în rân-

dul bărbaților și al cancerului mamar în rândul femeilor (2). Deși cel puțin o treime dintre cancerele frecvente pot fi prevenite, cancerul însumează 20% din totalul deceselor în Uniunea Europeană.

Bolile neoplazice influențează viața indivizilor nu doar din punctul de vedere al sănătății fizice, ci pot acționa negativ asupra stării de bine psihologice, sociale, spirituale, relația viață-boală fiind astfel una multidi-

Autor de corespondență:

Conf. Dr. Habil. László Csaba Dégi

mensională. Ultimii ani de cercetări și studii ne indică faptul că o boală precum cancerul schimbă radical viața pacienților și a familiilor acestora, consecințele putându-se resimți mulți ani de la debutul diagnosticului (3-5). Un diagnostic de cancer este de cele mai multe ori perceput ca un eveniment traumatic în viața unei persoane, deoarece, în afară de problemele fizice (fatigabilitate, greutate, durere), o persoană cu un diagnostic oncologic este expusă la un stres oncologic ridicat, care poate include reacții disfuncționale, dificultăți psihologice (depresie, anxietate), sociale (stigmatizare), spirituale (pierderea sensului) și mai ales practice (probleme financiare, probleme instrumentale) care îngreunează întreg procesul de supraviețuire și influențează considerabil calitatea vieții sale (6).

Ca urmare a complexității și a impactului considerabil al unui astfel de diagnostic asupra vieții, pe 3 februarie 2021, Comisia Europeană a prezentat Planul european de combatere a cancerului – Europe's Beating Cancer Plan, un pilon esențial al unei Uniuni Europene a sănătății. Planul privind lupta împotriva cancerului este organizat în jurul a patru domenii principale de acțiune (cu 10 inițiative prioritare și mai multe măsuri de sprijin): prevenirea cancerului, îmbunătățirea detecției precoce, accesul egal la diagnosticarea și tratarea cancerului, precum și îmbunătățirea calității vieții pacienților cu cancer și a supraviețuitorilor pe toată durata traiectoriei oncologice. În conformitate cu Planul UE de combatere a cancerului, toți pacienții cu cancer și supraviețuitorii trebuie să aibă acces la screening și monitorizare psiho-socială timpurie, sistematică și actualizată în mod regulat, în toate fazele traiectoriei bolii. Totodată, îngrijirea psiho-socială individualizată realizată într-o echipă multidisciplinară trebuie să devină un standard necesar de atins pentru toate persoanele afectate de cancer, cu tranziție sau fără tranziție în asistența medicală primară.

Adaptarea la diagnosticul oncologic presupune un proces complex care începe în momentul identificării și recunoașterii stresului oncologic prezent al pacientului și continuă și în faza de posttratament, când accentul se pune pe creșterea calității vieții în perioada de supraviețuire. Stresul oncologic se definește în literatura de specialitate ca o experiență emoțională neplăcută de natură psihologică, socială și/sau spirituală care se extinde pe un continuum de la sentimente normale de vulnerabilitate, tristețe și frici la dificultăți marcante, cum ar fi depresia, anxietatea, panica, izolarea socială și criza existențială (7). De cele mai multe ori, impactul psihologic și emoțional este datorat diagnosticului, incertitudinii cu privire la prognostic, simptomelor fizice și efectelor secundare ale tratamentelor, fricii de moarte, fricii de recidivă, fricii de progresie a bolii, respectiv stigmei asociate diagnosticului (8-10). Prezența stresului oncologic poate apărea pe toată traiectoria bolii și

trebuie evaluată atât la primirea diagnosticului, cât și pe perioada tratamentului, posttratament și în perioada de recurență.

Studiile din literatura de specialitate arată faptul că între 20 și 52% dintre pacienții oncologici resimt niveluri semnificative clinic de stres (11,12) și între 30 și 40% prezintă o combinație a tulburărilor de dispoziție (13). Prevalența stresului oncologic în rândul pacienților variază în funcție de tipul de cancer, stadiul în care se află pacientul, vârsta pacientului sau genul acestuia (14). În ceea ce privește țara noastră, studiile longitudinale efectuate pe eșantioane reprezentative de pacienți indică faptul că aproximativ 47,5% dintre pacienții oncologici au trăit simptome asociate stresului clinic, iar 46,7% au avut simptome de anxietate (15,16).

Având în vedere datele existente până acum cu privire la prezența stresului oncologic în rândul pacienților, Societatea Internațională de Psiho-oncologie (IPOS) a construit și promulgat standarde internaționale cu privire la calitatea îngrijirii pacientului oncologic, standarde care au în vedere faptul că îngrijirea psiho-socială în cancer ar trebui recunoscută ca un drept universal al omului, domeniul psiho-social ar trebui integrat în îngrijirea de rutină a pacientului, precum și faptul că stresul oncologic ar trebui măsurat ca un al 6-lea semn vital, alături de temperatură, tensiune arterială, puls, frecvență respiratorie și durere (17).

ROLUL PSIHO-ONCOLOGIEI

Îngrijirea psiho-oncologică face parte dintr-o abordare integrată bazată pe dovezi științifice care aduce în prim-plan nevoile psiho-sociale ale pacientului cu cancer (18). A trata cancerul înseamnă a trata fiecare dimensiune a persoanei, această abordare centrată pe elemente de strictă particularitate pentru fiecare caz reprezentând standardul care trebuie atins de către echipa multidisciplinară pe parcursul traiectoriei bolii. Psiho-oncologia, sau onco-psihologia, ca domeniu de cunoaștere, este implicată în prevenirea, diagnosticarea, tratarea, abordarea/depășirea dificultăților emoționale, comportamentale sau relaționale datorate cancerului, precum și în reabilitarea psiho-socială în cazul diferitelor tipuri de cancer – pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților cu cancer (19). Fondatoarea domeniului psiho-oncologiei este Jimmie Holland, care a recunoscut necesitatea de a trata trauma emoțională resimțită de pacienții oncologici și familiile acestora, precum și importanța abordării stresului emoțional al pacienților alături de simptomele fizice cauzate de boala neoplazică (20).

Intervenția psiho-socială are ca scopuri principale abordarea și tratarea stresului oncologic prezent pe toată durata diagnosticului, precum și creșterea calității

vieții pacienților începând cu perioada diagnosticului timpuriu și până în perioada de posttratament (21). Obiectivele specifice ale acestui tip de intervenție vizează mai multe domenii, printre care putem menționa: psiho-educația în domeniul oncologic, reducerea dificultăților emoționale, reducerea impactului simptomelor fizice datorate diagnosticului, precum și efectelor secundare ale tratamentelor, optimizarea tratamentului, îmbunătățirea stării de sănătate generale, abordarea aspectelor existențiale, asistarea în problemele practice/sociale, abordarea problemelor membrilor familiei, suport pentru aparținătorii pacienților, precum și construirea abilităților necesare pacientului pentru a face față întregului parcurs oncologic (22).

Studiile din literatura de specialitate care au investigat eficiența diferitelor intervenții psiho-oncologice de-a lungul traiectoriei bolii arată faptul că acestea au un impact pozitiv asupra calității vieții pacienților oncologici prin faptul că reduc distresul, îmbunătățesc abilitățile de gestionare a dificultăților emoționale, comportamentale sau sociale, cresc sensul în viață și îmbunătățesc calitatea vieții (23,24). Metaanalizele efectuate în această direcție indică mărimi ale efectului moderate, dar egale cu cele observate în studii care vizează intervenții pentru sănătatea mintală asupra adulților. Valorile mărimii efectului variază între 0,30 și 0,60, eficacitatea intervențiilor pentru durere fiind de $d = 0,49$ ($p < 0,05$) (25), pentru anxietate și depresie de $d = 0,42$ ($p < 0,05$) (23), iar pentru reducerea tulburărilor de somn pot atinge chiar o valoare de $d = 0,67$ ($p < 0,05$) (26).

Beneficiile observate ale intervențiilor psiho-sociale în oncologie ating aspecte precum creșterea aderenței la tratament, scăderea nivelului simptomelor depresive sau anxioase, clarificarea și înțelegerea informațiilor despre diagnostic și tratament, luarea unor decizii mai informate, îmbunătățirea comunicării dintre personalul medical și pacient, respectiv dintre pacient și familia apropiată, precum și construirea abilităților necesare pacientului pentru a trece mai ușor prin diagnosticul oncologic. Cele mai utilizate tipuri de intervenții bazate pe dovezi științifice sunt psiho-educația, terapia cognitiv-comportamentală, terapia suportivă, terapia familială, terapia de cuplu, terapia farmacologică, precum și terapiile complementare, printre care cele mai studiate sunt mindfulness-ul, exercițiile de respirație, meditația transcendențială, terapia prin artă, terapia prin muzică sau yoga (27).

Ca parte a unei paradigme bazate pe interdisciplinaritate, întregul proces al intervenției psiho-sociale în oncologie necesită o abordare multidisciplinară în care specialiști din mai multe domenii de activitate colaborează și împărtășesc experiența lor pentru a construi un plan individualizat pentru fiecare pacient oncologic. Echipa multidisciplinară standard în intervenția psiho-

oncologică este alcătuită de cele mai multe ori dintr-un psiholog, psihiatru, asistent social, specialistul/specialiștii în oncologie, medicul de familie, asistenții medicali, precum și un preot sau un voluntar. Principiul cooperării specialiștilor în sănătate cu cei din domenii conexe promovează satisfacția pacientului oncologic cu privire la serviciile medicale primite, crește aderența la tratament a pacientului și permite implicarea directă a acestuia în procesul decizional pe tot parcursul tratamentului.

Studiile din literatura de specialitate indică faptul că printre beneficiile principale ale unei abordări multidisciplinare în intervenția psiho-oncologică se pot aminti și îmbunătățirile aduse prin construirea unui plan de tratament în conformitate cu nevoile și particularitățile pacientului oncologic, implementarea celor mai bune practici bazate pe dovezi științifice, o rată mai crescută de supraviețuire, șanse mai mari de a primi îngrijire în conformitate cu ghidurile clinice standardizate în îngrijirea psiho-oncologică, precum și accesul mai mare la informații diverse cu privire la diagnosticul oncologic și opțiunile de îngrijiri pe tot parcursul traiectoriei bolii (28,29). Totodată, beneficiile se pot observa și în cadrul echipei multidisciplinare a specialiștilor, care au ocazia de a se dezvolta personal și profesional datorită acumulării de noi cunoștințe împărtășite de membrii echipei (30).

Traectoria pacientului oncologic în sistemul medical din țara noastră are, de cele mai multe ori, un parcurs standard, în fiecare etapă fiind necesară colaborarea specialiștilor din mai multe domenii pentru a se putea asigura cele mai bune servicii medicale pentru pacientul oncologic. Primul pas presupune, de cele mai multe ori, un control de rutină în cadrul asistenței medicale primare, în care medicul de familie trimite pacientul către diferiți specialiști care au competența de a face controalele necesare și de a pune diagnosticul timpuriu. Următorii doi pași vizează trecerea pacientului prin testările necesare (de exemplu, examenul anatomopatologic) stabilirii diagnosticului, după care o echipă multidisciplinară de specialiști în oncologie planifică tratamentul medical. Ulterior acestei etape, pacientul urmează tratamentul medical (chirurgie, radioterapie, chimioterapie sau alte tratamente), la finalul acestuia pacientul trecând din nou în evidența asistenței medicale primare, îngrijirea posttratament fiind supravegheată constant de către medicul de familie curant.

Analizând îndeaproape traectoria standard a pacientului oncologic în sistemul medical, putem observa că un rol important revine asistenței medicale primare, care ia contact cu pacientul încă de la începutul traiectoriei oncologice a acestuia și continuă comunicarea directă cu acesta până la finalul tratamentului, respectiv posttratament, fiind, de cele mai multe ori, un pilon de sprijin care observă și participă constant la întregul parcurs oncologic.

PROIECTUL CANPRIM

Studiu de urmărire a distresului pacienților oncologici din centrele oncologice în asistența medicală primară

Luând în considerare dificultățile cu care se confruntă persoanele diagnosticate cu afecțiuni oncologice din România și nevoia acută de screening și monitorizare a distresului oncologic pe tot parcursul traiectoriei bolii, implicarea asistenței medicale primare din România reprezintă o resursă primordială pentru implementarea unui plan coordonat, bazat pe o colaborare multidisciplinară, care poate avea ca obiectiv major creșterea calității vieții pacienților oncologici din țara noastră.

Proiectul CANPRIM, din cadrul Universității „Babeș-Bolyai”, este primul studiu național care își propune să evidențieze impactul distresului oncologic asupra pacienților neoplazici din ambulatoriu în contextul asistenței medicale primare din România. În cadrul acestui proiect, dorim să evaluăm prezența și nivelul distresului oncologic, nevoile psiho-sociale ale pacienților, precum și întreaga lor experiență cu un diagnostic neoplazic.

Medicul de familie este resursa umană cea mai apropiată de contextul pacientului și poate cunoaște și monitoriza îndeaproape întregul parcurs oncologic, fiind astfel un punct extrem de valoros pentru identificarea și evaluarea distresului în cazul pacienților săi. Proiectul CANPRIM își propune colaborarea cu medicii de familie din cele 41 de județe ale României, pentru a dezvolta o platformă inovatoare de cercetare, prin care se pot evalua aspectele psiho-sociale ale traiectoriei bolii oncologice, dincolo de cadrul îngrijirii clinice din centrele oncologice din țara noastră.

Obiectivele principale ale acestui proiect sunt de a prezenta date privind nevoile psiho-sociale ale pacienților oncologici din asistența medicală primară, precum și nivelul lor de stres oncologic resimțit, de a evidenția dovezile privind rolul și impactul negativ al distresului oncologic crescut în asistența medicală primară și, nu în ultimul rând, de a identifica acei pacienți oncologici care sunt cei mai vulnerabili din punct de vedere psiho-social și pot beneficia de viitoare intervenții de gestionare a distresului oncologic.

Proiectul CANPRIM a debutat în toamna anului 2020, iar primele județe în care am lansat invitația proiectului au fost Botoșani, Suceava, Maramureș, Satu Mare, Bistrița-Năsăud, Sălaj, Bihor, Cluj, Arad, Alba, Iași, Neamț, Mureș, Harghita, Covasna și Brașov. În aceste județe, peste 100 de medici de familie au dorit să colaboreze, deoarece au remarcat importanța proiectului nostru și nevoia acută a pacienților de a vorbi despre acest tip de dificultăți, deseori neidentificate și neabordate pe tot parcursul traiectoriei oncologice.

Munca în colaborare cu medicul de familie presupune un interviu semistrukturat derulat împreună cu cercetătorii proiectului nostru, prin care dorim să aflăm ce presupun serviciile de asistență medicală primară pentru pacienții oncologici, precum și identificarea, împreună cu medicul de familie, a pacienților care sunt cei mai vulnerabili din punct de vedere psiho-social și care pot beneficia de pe urma proiectului nostru.

Apelând la o abordare interdisciplinară de evaluare psiho-socială, ne dorim să urmărim distresul pacienților oncologici ambulatori (după parcurgerea tratamentului clinic), calitatea vieții, nevoile de informare și preocupările acestora. Identificarea și abordarea acestui tip de dificultăți încă din perioada diagnosticului timpuriu pot aduce multe beneficii calității vieții pacientului oncologic de-a lungul traiectoriei bolii, precum și de-a lungul etapelor necesare de parcurs în sistemul medical. Medicina de familie are un rol primordial în contextul acestor pacienți, evaluarea psiho-socială în asistența medicală primară prezentând cel mai mare potențial de reducere a distresului oncologic la pacienții oncologici din ambulatoriu.

Proiectul CANPRIM presupune trei etape de colectare a datelor, fiecare dintre acestea bazându-se pe o colaborare strânsă cu medicii de familie. Prima etapă cuprinde interviurile semistrukturate derulate împreună cu medicii de familie, față în față sau telefonic, interviuri care vor cuprinde aspecte precum: identificarea nevoilor psiho-sociale ale pacienților oncologici; comunicarea medic-pacient cu privire la importanța nevoilor și îngrijirii psiho-sociale de-a lungul traiectoriei bolii; proiectarea și implementarea îngrijirii psiho-sociale prin conectarea pacienților cu cancer la serviciile psiho-sociale necesare; proiectarea și implementarea îngrijirii psiho-sociale prin angajarea și sprijinirea pacienților cu cancer în gestionarea bolii și sănătății acestora, precum și monitorizarea lor periodică. Totodată, în acest pas se va realiza prima etapă de screening a pacienților identificați cu ajutorul medicilor de familie colaboratori.

Etapă a 2-a are în vedere doar pacienții cu cancer identificați în urma screening-ului inițial ca având un nivel de stres oncologic ridicat și dificultăți psiho-sociale marcante. Aceștia vor fi identificați și invitați prin medicii de familie să participe la un proces de evaluare și monitorizare autogestionat săptămânal de 12 săptămâni pe baza aplicației APSCO. Aplicația APSCO este primul instrument computerizat de screening pentru pacienții cu cancer disponibil în România. De asemenea, pacienții eligibili pentru această etapă vor beneficia și de suport psihologic gratuit și de resursele psihologice necesare pe toată durata celor 12 săptămâni de automonitorizare.

Ultima etapă are în vedere căutarea documentației înregistrate de medicul de familie conform căreia paci-

CONCLUZII

entul este în continuare în viață sau a murit în termen de 3 luni de la evaluarea psiho-socială și screening. Toți pacienții diagnosticați cu cancer care sunt în viață vor fi contactați telefonic de către cercetătorii noștri pentru a completa chestionarul de follow-up, utilizat la măsurarea inițială.

După cum am menționat anterior, proiectul CANPRIM este desfășurat în cadrul Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca și este finanțat de Unitatea Executivă pentru Finanțarea Învățământului Superior, a Cercetării, Dezvoltării și Inovării (UEFISCDI) cu numărul de înregistrare PN-III-P1-1.1-TE-2019-0097. Ne dorim prin această inițiativă națională să concretizăm unul dintre pilonii esențiali ai Planului european de luptă împotriva cancerului prin care toți pacienții cu cancer și supraviețuitorii trebuie să aibă acces la screening și monitorizare psiho-socială timpurie, sistematică și actualizată în mod regulat, în toate fazele traiectoriei bolii. Identificarea și abordarea timpurie a distresului oncologic, prezent de-a lungul traiectoriei bolii, de către o echipă multidisciplinară – în care un pilon esențial de sprijin îl reprezintă asistența medicală primară – poate aduce beneficii atât calității vieții pacienților, cât și eficienței sistemului medical românesc.

Concluzionând cele menționate anterior, se poate observa că în prezent există o știință a îngrijirii oncologice psiho-sociale, numită în literatura de specialitate și psiho-oncologie. Această știință se bazează pe o cercetare empirică puternică care ne poate conduce zi de zi la noi descoperiri cu impact considerabil asupra calității vieții pacienților oncologici. Implementarea la nivel mondial a ceea ce știm acum ar putea îmbunătăți foarte mult starea de bine psihologică și calitatea vieții pacienților cu cancer. Îngrijirea integrată a pacientului oncologic tratat de către o echipă multidisciplinară care colaborează constant pentru a-i crește șansele de supraviețuire rămâne în prezent singura soluție viabilă care poate schimba cu adevărat traiectoria pacientului oncologic în România.

Notă

Cercetarea CANPRIM este finanțată de Unitatea Executivă pentru Finanțarea Învățământului Superior, a Cercetării, Dezvoltării și Inovării (UEFISCDI). Număr de înregistrare: PN-III-P1-1.1-TE-2019-0097.

BIBLIOGRAFIE

1. <https://ec.europa.eu/jrc/en/news/2020-cancer-incidence-and-mortality-eu-27-countries>.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020; Available at: <https://gco.iarc.fr/today>.
3. Kim Y, Shaffer KM, Carver CS, Cannady RS. Quality of life of family caregivers 8 years after a relative's cancer diagnosis: follow-up of the National Quality of Life Survey for Caregivers. *Psycho-Oncology*. 2016 Mar; 25(3):266-74.
4. Polanski J, Jankowska-Polanska B, Rosinczuk J, Chabowski M, Szymanska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer. *Onco Targets Ther*. 2016 Feb 29;9:1023-8.
5. Oberoi DV, White VM, Seymour JF, Prince HM, Harrison S, Jefford M, Winship I, Hill DJ, Bolton D, Millar J, Wong Doo N, Kay A, Giles G. Distress and unmet needs during treatment and quality of life in early cancer survivorship: A longitudinal study of haematological cancer patients. *Eur J Haematol*. 2017 Nov;99(5):423-430.
6. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):330-338.
7. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. National Comprehensive Cancer Network. *Oncology* (Williston Park). 1999 May; 13(5A):113-47.
8. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Koch U, Faller H. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*. 2018 Jan; 27(1):75-82.
9. Soleimani MA, Bahrami N, Allen KA, Alimoradi Z. Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 Oct; 48:101803.
10. Syrowatka A, Motulsky A, Kurteva S, Hanley JA, Dixon WG, Meguerditchian AN, Tamblyn R. Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. 2017 Sep; 165(2):229-245.
11. Funk-Lawler R, Munday KR. Understanding Distress Among Patients With Cancer Receiving Specialized, Supportive Care Services. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020 Oct;37(10):830-836.
12. Krebber AM, Jansen F, Cuijpers P, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM. Screening for psychological distress in follow-up care to identify head and neck cancer patients with untreated distress. *Support Care Cancer*. 2016 Jun;24(6):2541-8.
13. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011 Feb; 12(2):160-74.
14. Perz J, Ussher JM, Butow P, Wain G. Gender differences in cancer carer psychological distress: an analysis of moderators and mediators. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011 Sep;20(5):610-9.
15. Dégi CL. In search of the sixth vital sign: cancer care in Romania. *Supportive Care in Cancer* 2013;21(5):1273-1280.
16. Dégi CL. Psychosocial oncology needs: an absent voice in Romania. *Debrecen University Press*, 2016.
17. Holland J, Watson M, Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology*. 2011 Jul;20(7):677-80.
18. Greer S. Psycho-oncology: Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-Oncology*. 1994;3(2):87-101.
19. Holland, J.C (ed.). Psycho-oncology. *Oxford University Press*, 2010.
20. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*. 2002;64(2):206-221.

21. Holland JC. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*. 2018;27(5):1364-1376.
22. Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018; 20(1):13.
23. Matthews H, Grunfeld EA, Turner A. The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2017;26(5):593-607.
24. Park CL, Pustejovsky JE, Trevino K, et.al. Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2019;125(14):2383-2393.
25. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 2006;29(1):17-27.
26. Matthews H, Grunfeld EA, Turner A. The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2017;26(5):593-607.
27. Watson M, Kissane DW. Handbook of psychotherapy in cancer care. *John Wiley & Sons*, 2011.
28. Haward R, Amir Z, Borrill C, Dawson J, Scully J, West M, Sainsbury R. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *Br J Cancer*. 2003 Jul 7;89(1):15-22.
29. Die-Trill M, Holland J. A model curriculum for training in psycho-oncology. *Psycho-Oncology*. 1995;4(3):169-182.
30. Jackson SE. The consequences of diversity in multidisciplinary work teams. In: *Handbook of Work Group Psychology*. West MA (ed.). *Chichester, UK: John Wiley & Sons*, 1996:53-76.