

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ
Departamentul Chirurgie**

HASAN ELISEI MOISE



TEZĂ DE DOCTORAT

**IMPACTUL PSIHOLOGIC AL INTERVENȚIILOR
CHIRURGICALE TORACICE ASUPRA
PACIENȚILOR**

REZUMAT

Conducător științific

PROF.UNIV. TUDORACHE VOICU

**Timișoara
2022**

CUPRINS

LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE PUBLICATE	V
LISTA CU ABREVIERI ȘI SIMBOLURI	VI
LISTA FIGURILOR	VII
LISTA TABELELOR	VIII
INTRODUCERE	1
PARTEA GENERALĂ.....	5
1. IMPORTANȚA DOMENIULUI STUDIAT.....	5
1.1. BOLILE PULMONARE ÎN LUME ȘI ÎN ROMÂNIA.....	5
1.2. STAREA DE SĂNĂTATEA PSIHICĂ.....	6
1.3. ROLUL INTERVENȚIEI PSIHOLOGICE ÎN CHIRURGIA TORACICĂ	7
2. ANATOMIA CHIRURGICALĂ TORACO-PULMONARĂ	11
2.1. ANATOMIA CHIRURGICALĂ A PERETELUI TORACIC	11
2.2. VASCULAIZAȚIA PERETELUI TORACIC	15
2.3. INERVAȚIA PERETELUI TORACIC	16
2.4. ANATOMIA CHIRURGICALĂ A PLĂMÂNILOR	17
2.5. ABORDURILE ÎN CHIRURGIA TORACICĂ	22
3. EVALUAREA PACIENȚILOR ÎN CHIRURGIA TORACICĂ.....	24
3.1. EVALUAREA PSIHICĂ.....	24
3.2. EVALUAREA CLINICĂ.....	27
PARTEA SPECIALĂ	31
1. IPOTEZĂ. SCOP. OBIECTIVE	31
1.1. IPOTEZĂ DE LUCRU	31
1.2. SCOPUL CERCETĂRII	32

1.3.	OBIECTIVELE CERCETĂRII	32
2.	MATERIAL ȘI METODE	34
2.1.	PREZENTAREA LOTULUI.....	34
2.2.	CRITERII DE INCLUDERE ȘI EXCLUDERE.....	35
2.3.	METODE DE EVALUARE.....	36
2.4.	ANALIZA STATISTICĂ.....	54
3.	REZULTATE	55
3.1.	ANALIZA ÎNTREGULUI LOT DE PACIENȚI	55
3.2.	PACIENȚII NEOPLAZICI	78
4.	DISCUȚII.....	96
5.	LIMITELE STUDIULU	101
6.	DIRECȚII DE VIITOR	102
7.	CONCLUZII	103
	BIBLIOGRAFIE.....	105
	ANEXA I. ARTICOLELE PUBLICATE <i>IN EXTENSO</i>	I

Cuvinte cheie: coping, anxietate, depresie, durere, intervenție chirurgicală toracică

INTRODUCERE

Unul dintre cele mai stresante momente ale vieții este reprezentat de perioada spitalizării. Teama bolnavului legată de intervenția chirurgicală generează stres, acest răspuns nespecific cu caracter adaptativ variază ca intensitate în funcție de caracterul și personalitatea fiecărui pacient. Subiectul acestei teze de doctorat își propune să studieze interacțiunea dintre depresie, anxietate, stil de coping predominant, dispnee și durere, având ca rezultat impactul psihologic ale acestora la pacientul chirurgicalizat toracic. Lucrarea oferă strategii de evaluare a pacientului, observarea și încadrarea rapidă într-un anumit stil de coping cu răsunet în evoluția postoperatorie.

Succesul tratamentului chirurgical toracic este condiționat de o evaluare psihologică complexă a pacientului preoperator și postoperator cu ajutorul unei psihoterapii individualizate în funcție de stilul de coping predominant decelat prin chestionare de specialitate.

Până în prezent se cunoaște că abordul chirurgical influențează durata zilelor de spitalizare, durerea postoperatorie resimțită de pacient, cât și recuperarea sa în funcție de stadiile evolutive ale bolii. Persistența durerii toracice la unii pacienți și lipsa implementării unui program de reabilitare pulmonară postoperator contribuie la reinsertia socio-profesională tardivă ce implică costuri crescute la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

Reabilitarea psihologică în chirurgia toracică, atât preoperator, cât și postoperator are efect benefic prin creșterea calității vieții datorită ameliorării simptomatologiei clinice.

Echipa multidisciplinară este cheia reabilitării psihologice în cadrul căreia fiecare membru al echipei are atribuții și roluri bine definite. Conceperea și demararea unui program de reabilitare psihologică este necesară pacientului încă din perioada preoperatorie pentru a preveni apariția unor complicații postoperatorii pulmonare sau psihologice.

PARTEA GENERALĂ

Există dovezi că mulți dintre pacienți prezintă preoperator stări de nervozitate și anxietate care sunt asociate cu suferința ridicată care generează o recuperare postoperatorie mai lentă. Teama de necunoscut, date referitoare la anestezie, operație,

diagnostic și recuperarea postoperatorie generează un nivel crescut de suferință psihologică și în patologia chirurgicală toracică.

Educația preoperatorie este esențială pentru realizarea unei bune îngrijiri medicale. Ea permite satisfacerea nevoilor de informare ale pacienților și reduce nivelul de anxietate. Aceste intervenții vizează abordarea bolnavului la nivel cognitiv și emoțional, facilitând astfel intervenția chirurgicală.

Informarea personalizată în funcție de stilul de coping a pacientului cuprinde date referitoare la procedura chirurgicală, recuperare postoperatorie și tratament, iar în funcție de preferințele pacientului se va stabili tipul și cantitatea informației furnizată.

Tehnicile cognitiv – comportamentale oferă strategii în vederea reducerii anxietății stresului și durerii postoperatorie. Printre cele mai frecvente intervenții psihologice se includ tehnicile de relaxare, consilierea individuală sau de grup, hipnoza și terapiile cognitiv – comportamentale. Aceste intervenții sunt centrate pe creșterea nivelului de autoeficacitate, restructurarea cognitivă și tehnici de autoreglare – relaxare (relaxare musculară progresivă, exerciții de respirație și hipnoză).

Relația dintre medic și pacient trebuie să ofere o stabilitate psihoemoțională în legătură cu boala, intervenția chirurgicală și conduita terapeutică ulterioară. Aceasta trebuie să se bazeze pe respect reciproc, încredere în deciziile terapeutice luate de medic și schimbul de informație în cadrul consultării pacientului. Medicul trebuie să ofere informații clare pe înțelesul pacientului, iar la nevoie poate stabili o strategie de comunicare cu sprijinul unui psiholog.

În funcție de dimensiunea inciziei, cât și de localizarea anatomică a acestora, abordul chirurgical este împărțit în mai multe tipuri: abordul toracosopic (2-3 cm), cervicotomia (de la 3 cm), minitoracotomie (3-7 cm), toracotomie (peste 7 cm), sternotomie (poate fi parțială sau totală).

În zilele noastre cea mai comună tulburare psihică este anxietatea, diagnostic care până acum 35 de ani era extrem de rar raportată. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că numărul oamenilor ce suferă de anxietate este în creștere devenind o boală frecvent prezentă în lumea contemporană. Până în momentul de față nu avem o definiție clară susținută de toți experții, această afecțiune complicată având multe fațete. American Psychological Association (APA) definește anxietatea “un raspuns emoțional intens provocat de recunoaștere a faptului că un conflict este pe cale să apară în conștiință”. Câteva dintre principalele manifestări clinice ale anxietății ar putea fi : cefalee, oboseală, hiperventilație, tulburări de apetit și somn, amorțeală, tremor, creșterea ritmului cardiac și palpitații.

Anxietatea influențează în mod negativ recuperarea și însănătoșirea pacientului, iar simptomatologia în cazul diabetului ar putea fi influențată de anxietate și/sau depresie.

Tulburarea anxioasă este acompaniată de diverse simptome fizice, schimbări de comportament, iar la nivelul corpului apar atacuri de panică ca și simptom inaugural. Anxietatea netratată are efecte dăunătoare asupra sistemelor cardio-vascular, respirator și imunitar. Afectarea stării generale este evidentă prin apariția semnelor de oboseală, a problemelor de somn, iar răspunsul la o amenințare (în cazul nostru, boala și operația iminentă) declanșează la nivel cerebral eliberarea crescută de hormoni și mediatori chimici, în cadrul așa numitei reacție de "luptă sau fugă".

Depresia este o boală comună și afectează la nivel mondial 3,85% din populație, corespunzând la aproximativ 280 milioane de oameni suferind de depresie. Depresia variază în funcție de dispoziție și răspunsurile emoționale diferite pe parcursul unei zile. Depresia este o tulburare de dispoziție. Persoana este împiedicată să ducă o viață normală din punct de vedere profesional, social și familial.

Expunerea unei persoane la un număr mare de evenimente traumatice în viață poate declanșa depresia. Orice loc de muncă poate genera un nivel ridicat de stres și poate fi un factor declanșator al depresiei. S-a constatat faptul că persoanele cu boli cronice au un risc mai mare de a dezvolta depresie față de cele care nu suferă de boli cronice.

Depresia prezintă, atât manifestări psihologice, cum ar fi: idei legate de moarte și sinucidere, pierderea interesului față de activități obișnuite, stimă de sine scăzută, lipsă de încredere în sine, lipsă de concentrare, așteptări negative, cât și manifestări somatice: oboseală, pierderea dorinței sexuale, scădere sau pierdere în greutate, insomnie, stare de agitație psihomotorie sau inhibiție.

Lazarus și Folkman susțin că stilul de coping este un proces bidirecțional, astfel în momentul când o persoană întâmpină o situație stresantă are loc evaluarea acesteia, generându-se o emoție. Apare astfel copingul focusat pe emoție sau pe problemă. În final se produce o nouă cuantificare emoțională, copingul având totodată rol de mediator în relația emoție-situație-emoție.

Alegerea strategiei de coping este luată în funcție de trăsăturile personale. Individul se evaluează atunci când apare o situație stresantă a vieții, astfel strategiile focusate pe problemă și cele focusate pe emoție sunt într-o strânsă legătură; rezultând că femeile se focusează pe emoții.

Dispneea poate fi definită ca o experiență subiectivă de disconfort al respirației, care provoacă pacienților frică și anxietate semnificativă.

Dispneea funcționează ca un sistem de avertizare extrem de important pentru mai multe sisteme diferite ale organismului aflate în pericol. Dispneea este experimentată fie de pacienții cu presiuni vasculare și pulmonare mari (de exemplu, insuficiență cardiacă congestivă), sau de cei cu activitate respiratorie crescută (astm, BPOC), sau de cei cu dificultăți în transportul oxigenului și tulburări metabolice.

Abordarea bio-psiho-socială descrie durerea ca fiind o interacțiune multidimensională, dinamică între factorii fiziologici, psihologici și sociali care se influențează reciproc, rezultând sindromul dureros cronic.

În literatură se sugerează că o perspectivă mai optimistă influențează pozitiv durerea. Astfel, un pacient optimist raportează un nivel mai scăzut de severitate a durerii.

PARTEA SPECIALĂ

PACIENȚI, MATERIAL ȘI METODE

Am efectuat un studiu prospectiv desfășurat în secția de chirurgie toracică a Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara în perioada noiembrie 2018- noiembrie 2019. În acest studiu transversal am examinat 97 de pacienți cu patologie chirurgicală toracică. În ziua internării, pacienții au fost informați despre obiectivele și metodele cercetării și au fost de acord să fie înrolați în acest studiu prin consimțământul informat scris. Ulterior, toți cei 97 de pacienți au fost operați.

Din foaia de observație a pacienților au fost notate: numele, vârsta, sexul, mediul de proveniență (urban sau rural), starea civilă, studiile absolvite, ocupația, condiții de viață și muncă (notarea persoanelor fumătoare), data internării și data externării (durata spitalizării în zile), complicațiile, set analize de laborator. De asemenea a fost notat abordul chirurgical și ulterior rezultatul anatomo-patologic.

Acest studiu a fost împărțit în două etape:

1. În prima etapă-preoperatorie, cei 97 de pacienți au completat următoarele chestionare de specialitate: chestionar demografic, chestionarul COPE (Crașovan, Sava, 2013); chestionarul PHQ-9; chestionarul GAD-7; chestionarul CIRS; chestionarul DSQ-60; chestionarul DAS formele A și B;

chestionarul durerii CD- McGill; scala severității durerii-NPRS și scala mMRC-dispneea.

2. În a doua etapă-postoperatorie, la o distanță de o lună am aplicat aceleași chestionare similare primei etape, dar numai 90 de pacienți din cei 97 au mai acceptat completarea chestionarelor de specialitate.

Conform rezultatului anatomo-patologic am împărțit postoperator lotul de pacienți (90) în:

- I. Noncancer (50 pacienți)
 - Tumori benigne (17 pacienți);
 - Afecțiuni inflamatorii (33 pacienți);
- II. Cancer (40 pacienți)
 - Neoplasm bronho-pulmonar primar (24 pacienți);
 - Neoplasm bronho-pulmonar actual și neoplasm în antecedente (10 pacienți);
 - Afecțiuni inflamatorii pulmonare actual și neoplasm în antecedente (6 pacienți).

În criteriile de includere am inclus următorii pacienți:

- Pacienții care au completat formularul de consimțământ informat;
- Pacienții care au înțeles procedurile de studiu și au acceptat să participe și să semneze;
- Pacienții diagnosticați imagistic prin CT torace și care necesitau o intervenție chirurgicală toracică programată în scop curativ;
- Pacienții internați cu cel puțin o zi înainte de operație;
- Pacienții cu vârsta peste 18 ani și sub 70 de ani la momentul includerii în studiu.

În criteriile de excludere am inclus următorii pacienți:

- Pacienții minori sau peste 70 de ani;
- Refuzul pacientului de a fi supus unei intervenții chirurgicale;
- Refuzul pacientului de a accepta să participe în studiu;
- Pacienții incapabili să înțeleagă procedura de cercetare;
- Pacienții cu neoplasm bronho-pulmonar stadiul IV;
- Urgențe chirurgicale toracice ce nu puteau suferi amânare;
- Pacienții cu comorbidități multiple și speranță de viață limitată;
- Pacienții care au prezentat tulburări psihice ce puteau să interfereze cu metodele de cercetare.

Pacienții care au fost diagnosticați cu ajutorul altor metode invazive au fost excluși din studiu. Criteriile de excludere au fost:

- Biopsie prin mediastinoscopie;
- Biopsie bronșică prin fibrobronhoscopie;
- Biopsie incizională/excizională adenopatică;
- Puncție ghidată CT transtoracic;
- Citologie pozitivă.

REZULTATE

Am analizat chestionarele, cu caracteristicile demografice ale celor 90 de pacienți. Am observat că vârsta a fost semnificativ mai mare la pacienții neoplazici.

În urma datelor obținute cu scala COPE, am analizat scorurile pacienților și le-am grupat în trei categorii, în funcție de coping-ul dominant pe care l-au prezentat. Astfel, aceștia au fost împărțiți în pacienți cu coping concentrat pe problemă ($n=37$), coping concentrat pe emoție ($n=33$) și coping concentrat pe suport social ($n=20$).

Scorurile de coping au o distribuție normală pentru întregul grup de studiu (Testul Shapiro-Wilk, $p>0,05$) și sunt reprezentate prin medie de abatere standard: coping problemă ($35,87\pm7,58$), coping emoțională ($34,99\pm5,94$) și coping social ($32,40\pm6,78$).

În ceea ce privește anxietatea, am observat diferențe considerabile între persoanele din cele trei categorii și anume între persoanele cu coping concentrat pe problemă, pe emoție sau pe suport social. Valorile anxietății GAD-7 sunt semnificativ crescute pentru a face față statutului social, spre deosebire de emoții și probleme de coping (Kruskal-Wallis, $p = 0,028$). Comparările dintre stilurile de coping au arătat și următoarele:

- Valorile anxietății GAD-7 sunt nesemnificativ mai mari pentru coping-ul problemei decât pentru coping-ul emoțional (Mann-Whitney, $p=0,644$).
- Coping-ul problemei are scoruri GAD-7 semnificativ mai mici decât coping-ul de suport social (Mann-Whitney, $p=0,048$).
- Copingul emoțional prezintă valori GAD-7 semnificativ mai mici decât copingul de sprijin social (Mann-Whitney, $p=0,026$).

În perioada postoperatorie, intensitatea durerii măsurată cu NPRS este semnificativ crescută pentru stilul de coping social comparativ cu celelalte două stiluri (Kruskal-Wallis, $p = 0,022$). Am comparat cele trei stiluri de coping între ele și am observat că:

- Valorile durerii NPRS sunt nesemnificativ mai mici pentru coping-ul problemei în comparație cu coping-ul emoțional (Mann-Whitney, $p=0,362$).
- Scorurile NPRS ale coping-ului problemei sunt semnificativ mai mici decât scorurile ale suportului social (Mann-Whitney, $p=0,006$).
- Valorile de coping emoțional sunt semnificativ mai mici decât valorile de coping ale suportului social (Mann-Whitney, $p=0,042$).

Luând în considerare vârsta pacienților, am împărțit pacienții în trei categorii (sub 35 de ani, între 35 și 65 de ani și peste 65 de ani). Am corelat vârsta cu stilul de coping, anxietatea și intensitatea durerii și am observat că intensitatea durerii crește semnificativ odată cu vârsta (ρ Spearman= $0,256$, $p=0,015$).

Am investigat cei 40 de pacienți prin compararea PHQ9 și GAD7 între femei și bărbați, atât preoperator, cât și postoperator, la o lună. Valorile PHQ9 au fost crescute nesemnificativ la bărbați preoperator (Test U Mann-Whitney, $p = 0,861$) dar au fost crescute semnificativ postoperator ($p = 0,049$).

Valorile GAD7 au fost crescute nesemnificativ la bărbați preoperator (Testul U Mann-Whitney, $p = 0,697$), în timp ce au fost crescute semnificativ postoperator ($p = 0,042$).

În plus, atât preoperator, cât și postoperator, anxietatea, precum și depresia au fost mai mari la bărbați decât la femei, aceste diferențe fiind semnificative chiar și postoperator. Postoperator, am corelat cele 15 mecanisme de coping cu GAD7 și PHQ9 separat pentru bărbați și femei, observând că la bărbați, depresia s-a corelat în mod semnificativ pozitiv cu dezangajarea mintală, îndreptarea către sprijin social instrumental și căutarea de sprijin social emoțional.

Mai mult, anxietatea s-a corelat pozitiv cu dezangajarea mentală, negarea și căutarea de sprijin social emoțional.

La femei, depresia s-a corelat în mod semnificativ pozitiv cu dezangajarea comportamentală, precum și cu negarea. De fapt, anxietatea a prezentat, de asemenea, o corelație similară cu interpretarea pozitivă, dezangajarea comportamentală și utilizarea suportului social emoțional.

Diferențe considerabile între cele două sexe – în ceea ce privește gradul de utilizare a mecanismelor de coping – au existat doar pentru umor și reținere, ceea ce semnifică o utilizare mai mare a acestora de către bărbați. Nu au fost observate diferențe semnificative între cele două sexe în raport cu celelalte mecanisme de coping evaluate cu scala COPE, în afară de umor și abținere.

DISCUȚII

Așa cum reiese din acest studiu, intervenția psihologică în chirurgia toracică are un rol bine definit. Chiar dacă există studii de specialitate care confirmă avantajele psihoterapiei la pacienții operați din diferite specialități, acest studiu completează datele existente în literatură și analizează cu minuțiozitate efectele mecanismului de coping asupra pacientului.

Rezultatele studiului nostru indică faptul că orice abordare chirurgicală (toracotomie, minitoracotomie sau minim invazivă) generează dureri postoperatorii de intensitate variabilă în funcție de mecanismul de adaptare. Evaluarea psihologică preoperatorie a pacienților trebuie făcută indiferent de tipul de coping. Studiul nostru a arătat că pacienții cu coping orientat spre sprijin social au avut, atât un scor de anxietate mai mare, cât și o intensitate crescută a durerii toracice post-chirurgicale.

Cercetarea noastră indică faptul că modul în care subiecții gestionează stresul – adică stilul principal de coping pe care îl folosesc – influențează, atât intensitatea anxietății, cât și intensitatea durerii pe care o experimentează.

Au existat situații descrise în literatura de specialitate în care diferitele stiluri de coping au influențat durerea în diferite aspecte analizate. Gil și colaboratorii (1989) au observat o diferență între pacienții cu coping pasiv și coping activ. Pacienții care prezintă un stil pasiv de coping (catastrofizare) au afirmat o intensitate și frecvență mai mare a durerii decât pacienții cu coping activ (autoverbalizare și ignorarea senzațiilor dureroase). Prin urmare, copingul pasiv este dezadaptativ, în timp ce pacienții cu coping activ se adaptează mai bine la situațiile dureroase și experimentează o intensitate scăzută a durerii.

În această cercetare, intensitatea anxietății a variat în funcție de stilul de coping dominant. În cazurile studiate de noi, nivelul de anxietate la pacienții cu coping direcționat de sprijin social a depășit semnificativ pe cel găsit în celelalte două categorii de coping (coping centrat pe probleme și coping orientat pe emoție).

Există studii extinse care arată că coping-ul are un rol semnificativ în gestionarea anxietății.

În studiul nostru, pe pacienții neoplazici, anxietatea evaluată cu GAD 7 și depresia evaluată cu PHQ9, atât preoperator, cât și postoperator, au fost observate a fi mai mari la bărbați decât la femei; aceste diferențe fiind semnificative statistic chiar și postoperator ($p = 0,049$, pentru depresie; $p = 0,042$, pentru anxietate).

Rezultatul nostru este opus celor mai multe studii existente privind diferențele raportate la gen ale anxietății și depresiei la pacienții cu cancer sau operați; acestea au raportat o prevalență sau intensitate semnificativ mai mare a anxietății și depresiei la femei comparativ cu bărbații, indiferent de cazurile de neoplasm sau intervenție chirurgicală.

Cu toate acestea, rezultatele noastre concordă cu constatările lui Van't Spijker și colaboratorii asupra pacienților cu cancer, prin care s-a constatat că femeile prezintă rate mai scăzute de suferință emoțională (anxietate și depresie) decât bărbații.

În studiul nostru, estimăm că anxietatea și depresia evaluate în grupul de pacienți sunt strâns corelate cu două evenimente majore stresante: diagnosticul de cancer și intervenția chirurgicală.

Depresia postoperator la bărbații neoplazici s-a corelat cu stilul de coping centrat pe suport social, anxietatea postoperatorie s-a corelat cu negarea (mecanism de coping) și cu copingul social și evitativ. La femei depresia postoperatorie s-a corelat cu următoarele mecanisme de coping: abordarea activă, negare și evitativ. Anxietatea s-a corelat postoperator cu următoarele mecanisme: abordarea activă, evitativ, suport social și copingul social.

La bărbați, depresia s-a corelat în mod semnificativ pozitiv cu dezangajarea mintală, folosind sprijinul social instrumental și suportul social emoțional, iar anxietatea s-a corelat, de asemenea, semnificativ pozitiv cu dezangajarea mentală, negarea și utilizarea suportului social emoțional.

La femei, depresia s-a corelat în mod semnificativ pozitiv cu negarea și dezangajarea comportamentală, în timp ce anxietatea s-a corelat semnificativ pozitiv cu dezangajarea comportamentală, interpretarea pozitivă și utilizarea suportului social emoțional.

Cercetările concrete susțin că utilizarea unui anumit stil de coping variază în funcție de gen. Utilizarea unui stil de coping este o reacție la stres și reprezintă un

parametru focal care contribuie direct la patogeniza depresiei și anxietății în rândul femeilor.

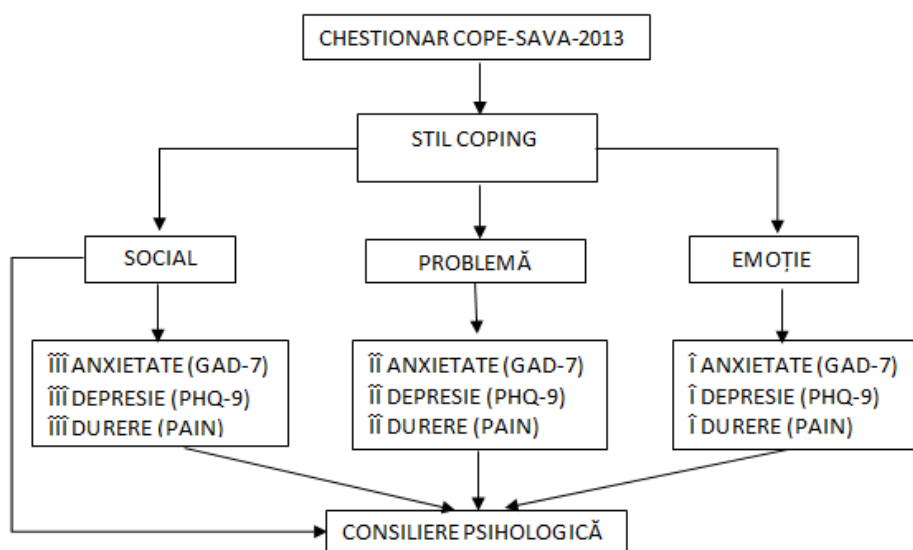
Utilizarea suportului social-emoțional ca mecanism de coping s-a corelat în mod semnificativ pozitiv, atât cu depresia, cât și cu anxietatea în cazul bărbaților, în timp ce s-a corelat doar cu anxietatea la femei. Aceasta este o metodă de a face față situației stresante (intervenției chirurgicale) în care individul este înclinat să caute înțelegere, considerație sau sprijin moral de la prieteni, rude, precum și colegi, pentru a reduce suferința. Utilizarea suportului social instrumental a fost, de asemenea, semnificativ asociat pozitiv cu nivelul depresiei la bărbați. În cazul de față, denotă tendința de a solicita consiliere și informații, precum și materiale.

CONCLUZII

Stilul de coping predominant al pacienților rămâne același indiferent de momentul operator (preoperator sau postoperator). Scorul COPE total postoperator este crescut la femei ceea ce înseamnă că au un mecanism de apărare mai bun comparativ cu bărbații. Stilul de coping influențează nivelul de anxietate, depresie și durerea toracică postoperator. Acestea la rândul lor contribuie la recuperarea rapidă postoperator și reinsertie socio-profesională. Menționăm că abordul chirurgical nu influențiază durerea și anxietatea postoperator.

Cel mai intens nivel de anxietate a fost la pacienții care au avut un stil de coping centrat pe sprijin social, iar pacienții cu coping centrat pe emoție au avut cel mai mic nivel de anxietate. Pacienții care au prezentat coping axat pe sprijin social au un mecanism de coping mai puțin adaptativ decât celelalte tipuri de coping. Aceștia sunt mai expresivi în descrierea amănunțită a durerii postoperator. Recomandăm o atenție mai mare pentru pacienții care prezintă un mecanism de coping centrat pe sprijin social. Valoarea IMC-ului este direct proporțională cu nivelul de anxietate.

Am alcătuit un algoritm de predicție prin care am evidențiat intensitatea impactului stilului de coping asupra pacienților chirurgicalizați toracic.



Figură 1. Algoritm de predicție în consilierea psihologică a pacienților cu patologie chirurgicală toracică

Depresia preoperator este mai scăzută la cei cu parteneri, iar gradul de depresie este direct proporțional cu IMC-ul. Postoperator bărbații sunt mai depresivi față de femei, iar depresia a fost scăzută la pacienții fără reintervenție.

Pacienții din mediul urban au avut o intensitate redusă a durerii preoperator, comparativ cu cei din mediul rural. Intensitatea durerii crește odată cu vârsta, astfel pacienții cu vârsta peste 35 ani acuză durere în intensitate mai mare comparativ cu cei sub 35 ani.

Intensitatea durerii postoperator a fost crescută pentru pacienții cu stil de coping centrat pe suport social, comparativ cu celelalte două stiluri de coping (centrat pe problemă și emoție).

La bărbații cu neoplasm, atât preoperator cât și postoperator, depresia și anxietatea au avut un nivel de intensitate mai mare comparativ cu femeile.

În ceea ce privește coping-ul bărbații neoplazici folosesc în mod obișnuit strategii centrate pe problemă sau instrumentale pentru a gestiona întâmplările

stresante, în timp ce femeile sunt înclinate către utilizarea metodelor menite să-și modifice reacțiile emoționale la circumstanțe stresante.

Comparativ cu femeile, bărbații utilizează în intensitate mai mare mecanismele de coping umor și abținere. Concluzionăm că aceste două mecanisme antagonice sunt caracteristice celor două categorii de bărbați. Abordarea religioasă este principalul mecanism de coping folosit de ambele sexe fără o diferență semnificativă în acest sens astfel toți pacienții ar dori posibil asistență religioasă. Consumul de substanțe ca mecanism de adaptare a stilului de coping s-a clasat pe ultimul loc la ambele sexe la pacienții neoplazici.

Postoperator s-a constatat diminuarea scorului COPE total la pacienții neoplazici cu stil de coping emoțional și social, ceea ce înseamnă scăderea mecanismului de apărare la aceste două stiluri de coping. Mecanismul de apărare psihologică este mai intens preoperator.