



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

NURSING PALIATIV

GHID PRACTIC

Chișinău, 2026

Aprobat în ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 23.06.2026, proces-verbal nr. 2
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 649 din 11.08.2026 cu privire la
aprobarea Ghidului practic „Nursing paliativ”

CUPRINS

GENERALITĂȚI		
	Abrevierile utilizate	4
	Lista figurilor	5
	Prefața	7
	Utilizatorii ghidului	8
	Scopul ghidului	8
	Obiectivele ghidului	8
	Sumarul general al prevederilor de bază, structurat în funcție de competențele formate	9
CAPITOLUL I. FUNDAMENTELE ÎNGRIJIRII PALIATIVE ȘI NURSING		
1.1.	Fenomenul morții și demnitatea umană	11
1.2.	Definirea și evoluția îngrijirii paliative	14
1.3.	Particularități în asistența pacientului incurabil	16
1.3.1.	Îngrijirea pacientului incurabil – aspecte generale	16
1.3.2.	Îngrijirea paliativă pediatrică și geriatrică	19
1.4.	Servicii de îngrijire paliativă	21
CAPITOLUL II. PROCESUL DE NURSING ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ		
2.1.	Nursing în context paliativ – principii și tipuri	24
2.2.	Organizarea serviciilor de nursing paliativ la domiciliu	27
2.3.	Abordarea holistică și colaborarea interdisciplinară	30
2.4.	Documentarea și planificarea îngrijirilor paliative la domiciliu	34
2.5.	Diagnostice de nursing în îngrijirea paliativă	37
2.6.	Intervențiile asistentului medical	41
2.7.	Stabilirea priorităților de îngrijire	45
CAPITOLUL III. MANAGEMENTUL CALITĂȚII ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ		
3.1.	Caracteristici ale calității nursingului paliativ	48
3.2.	Monitorizarea, evaluarea serviciilor și auditul medical	56
CAPITOLUL IV. ASPECTE ETICE ȘI JURIDICE ÎN NURSING PALIATIV		
4.1.	Principii etice și valori aplicate în îngrijirea paliativă	61
4.2.	Drepturile pacientului în îngrijiri paliative și obligațiile prestatorilor de servicii	65
4.3.	Luarea deciziilor în situații dificile și complexe	74
CAPITOLUL V. COMUNICAREA ÎN NURSING PALIATIV		
5.1.	Comunicarea cu pacienții aflați în stadiul terminal și cu familia, asistența spirituală	77
5.2.	Alături de familie în perioada de doliu	80
5.3.	Comunicarea în cadrul echipei paliative	82

CAPITOLUL VI. CONTROLUL DURERII		
6.1.	Definiții și clasificarea durerii	85
6.2.	Evaluarea durerii	89
6.3.	Managementul durerii	93
6.4.	Strategii farmacologice	95
6.5.	Strategii non-farmacologice	102
CAPITOLUL VII. NURSING PALIATIV PENTRU MANAGEMENTUL SIMPTOMELOR		
7.1.	Respirație dificilă și dispnee	104
7.2.	Nutriție și tulburări digestive	107
7.3.	Edeme și limfostaza	110
7.4.	Oboseala și slăbiciunea	112
7.5.	Simptome neurologice, anxietatea și depresia	115
7.6.	Îngrijirea persoanelor imobilizate la pat	116
7.6.1.	Igiena și alimentația persoanei imobilizate la pat	118
7.6.2.	Prevenirea și tratamentul escarelor	119
7.6.3.	Prevenirea altor complicații ale imobilității	122
7.7.	Îngrijirea persoanelor cu stoma	125
7.8.	Îngrijirea persoanelor cu incontinență urinară	129
7.9.	Îngrijirea pacientului în stadiul terminal	130
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE		133

ABREVIERILE UTILIZATE

AMP	Asistența medicală primară
AMS	Asistența medicală spitalicească
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AACN	Asociația Americană a Colegiilor de Nursing
ANSSS	Act normativ de standardizare a serviciilor de sănătate
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
DCI	Denumire comună internațională
DM	Dispozitiv medical
ELNEC	Consortiul pentru Educația în Nursing privind Îngrijirea la Sfârșitul Vieții (<i>End-of-Life Nursing Education Consortium</i>)
IASP	Asociația Internațională pentru Studiul Durerii (<i>International Association for Study of Pain</i>)
IAHPC	Asociația Internațională pentru Hospice și Îngrijiri Paliative (<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>)
IAAM	Infecție asociată asistenței medicale
LNME	Lista Națională a Medicamentelor Esențiale
LME OMS	Lista Medicamentelor Esențiale a Organizației Mondiale a Sănătății
MS	Ministerul Sănătății
NHA	Nutriție și hidratare artificială
NSM	Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PCN	Protocol clinic național
PCN-133	Protocol clinic național „Îngrijiri paliative în dispnee”, aprobat prin Ordinul MS nr. 431 din 15.05.2024
PCN-134	Protocol clinic național „Managementul semnelor și simptomelor gastrointestinale în îngrijirile paliative”, aprobat prin Ordinul MS nr. 430 din 15.05.2024
PCN-135	Protocol clinic național „Îngrijiri paliative. Durerea în cancer”, aprobat prin Ordinul MS nr. 1183 din 11.12.2020
PCN-136	Protocol clinic național „Îngrijiri paliative în escare”, aprobat prin Ordinul MS nr. 432 din 15.05.2024
PCN-279	Protocol clinic național „Îngrijiri paliative la copil”, aprobat prin Ordinul MS nr. 329 din 28.04.2017
PCN-432	Protocol clinic național „Îngrijiri paliative în boli și simptome neurologice și mintale”, aprobat prin Ordinul MS nr. 329 din 24.05.2024
PEN nr. 5	Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie „Managementul integrat al pacienților care au nevoie de îngrijiri paliative în condiții de ambulatoriu/domiciliu”, aprobat prin Ordinul MS nr. 310 din 31.03.2025
PEN nr. 5	Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie „Managementul integrat al pacienților care au nevoie de îngrijiri paliative în condiții de ambulatoriu/domiciliu”, aprobat prin Ordinul MS nr. 310 din 31.03.2025
RCP	Resuscitarea cardiopulmonară
RSDM	Registrul de Stat al Dispozitivelor Medicale
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

LISTA FIGURILOR

Figura 1	Factori importanți de luat în considerare la sfârșitul vieții: opinia pacienților, %
Figura 2	Diferențele dintre îngrijirea paliativă pediatrică și îngrijirea paliativă acordată persoanelor vârstnice
Figura 3	Formele îngrijirii paliative
Figura 4	Organizarea serviciilor de nursing la domiciliu
Figura 5	Abordarea holistică și colaborarea interdisciplinară în echipele de îngrijiri paliative
Figura 6	Procesul de formulare a diagnosticelor de nursing
Figura 7	Drepturile pacientului în îngrijirea paliativă
Figura 8	Particularitățile comunicării în îngrijirea paliativă
Figura 9	Suportul familiei în perioada de doliu
Figura 10	Concepții greșite și mituri despre administrarea opioidelor
Figura 11	Scara analgezică a OMS
Figura 12	Îngrijirea pacientului cu dificultăți de respirație
Figura 13	Asistența de nursing a pacientului cu probleme de nutriție și tulburări digestive
Figura 14	Asistența pacientului paliativ cu edeme și limfostază
Figura 15	Nursing paliativ pentru pacienții cu slăbiciune și oboseală pronunțate
Figura 16	Poziția pacientului pentru alimentarea în pat
Figura 17	Zona tegumentară afectată de escare
Figura 18	Regiunile cu risc de apariție a escarelor
Figura 19	Poziționarea pacientului pentru prevenirea escarelor
Figura 20	Îngrijirea persoanelor imobilizate la pat
Figura 21	Tipuri de stome: uniluminale și biluminale
Figura 22	Tipuri de colostome
Figura 23	Recipiente colectoare pentru materii fecale
Figura 24	Recipient colector pentru urină

Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat, aprobat ghidul.

Prenume, nume	Funcția, instituția
Rodica GRAMMA	doctor habilitat în științe medicale, doctor în filosofie, master în Bioetică, master în legislație și management în sănătate, conferențiar universitar, USMF "Nicolae Testemițanu"
Ludmila POSTICA	asistent universitar USMF "Nicolae Testemițanu", formator național în îngrijiri paliative și formator internațional ELNEC
Mariana NEGREAN	medic de familie, master în psihopedagogie, formator național în îngrijiri paliative
Tamara ADAȘAN	medic de laborator, formator național și internațional în îngrijiri comunitare, director al Asociației Obștești HOMECARE
Angela ANISEI	master în sănătate publică, șef Direcție managementul calității serviciilor de sănătate, Ministerul Sănătății

Recenzenți:

Prenume, nume	Funcția, instituția
Ghenadie CUROCICHIN	doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, șef catedra Medicină de familie, USMF "Nicolae Testemițanu"
Elena STEMPOVSCAIA	doctor în științe pedagogice, președinta Asociației de Nursing din Moldova

Ghidul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Consiliul metodic, Centrul de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo”	Svetlana Cobileanschi , director adjunct, grad managerial superior, grad didactic superior, președinta CM
Catedra Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Medicină internă”, USMF „Nicolae Testemițanu”	Livi Grib , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte
Agenția Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale	Constantin Nedelea , director adjunct
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Nelea Rotaru , directoare generală adjunctă
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	Valentin Mustea , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

PREFAȚĂ

Ghidul „Nursing paliativ” a fost elaborat de un grup de specialiști cu experiență în domeniul medicinei paliative, nursingului, bioeticii, sănătății publice, legislației în sănătate și educației medicale, în baza recomandărilor organizațiilor internaționale de referință, a ghidurilor de bună practică și a celor mai recente dovezi științifice din domeniu. Elaborarea ghidului a urmărit integrarea conceptelor moderne de îngrijire paliativă și adaptarea acestora la contextul sistemului de sănătate din Republica Moldova și la necesitățile procesului de formare profesională ale studenților și specialiștilor din domeniul asistenței medicale.

Îngrijirea paliativă reprezintă o componentă esențială a sistemului de sănătate, având drept scop îmbunătățirea calității vieții pacienților care se confruntă cu boli cronice progresive, afecțiuni amenințătoare de viață și alte condiții asociate suferinței severe, precum și a familiilor acestora. Aceasta se realizează prin prevenirea și ameliorarea suferinței, identificarea precoce, evaluarea corectă și managementul durerii și al altor probleme de natură fizică, psihologică, socială și spirituală.

Organizația Mondială a Sănătății promovează îngrijirea paliativă ca parte integrantă a serviciilor de sănătate centrate pe persoană și recomandă integrarea acesteia la toate nivelurile de asistență medicală. Documentele internaționale de referință subliniază necesitatea dezvoltării competențelor profesionale ale personalului medical și asigurării accesului echitabil la servicii de îngrijire paliativă pentru toate persoanele care au nevoie de acestea.

În contextul creșterii prevalenței bolilor cronice progresive, al îmbătrânirii populației și al necesității asigurării continuității îngrijirilor, nursingul paliativ dobândește o importanță tot mai mare. Rolul asistentului medical depășește dimensiunea tehnică a îngrijirii, incluzând evaluarea continuă a nevoilor pacientului, managementul simptomelor, comunicarea terapeutică, educația pacientului și familiei, susținerea procesului decizional și colaborarea în cadrul echipei multidisciplinare.

Prezentul ghid oferă informații actualizate și recomandări privind fundamentele îngrijirii paliative, procesul de nursing, managementul durerii și al simptomelor, asigurarea calității serviciilor, aspectele etice și juridice ale practicii profesionale, precum și comunicarea cu pacientul și familia. Conținutul acestuia este orientat spre dezvoltarea competențelor profesionale necesare acordării unor îngrijiri paliative sigure, eficiente, individualizate și centrate pe pacient.

Aplicarea consecventă a principiilor și recomandărilor prezentate în acest ghid practic va contribui la consolidarea competențelor profesionale ale viitorilor și actualilor asistenți medicali, implicați în îngrijirea pacientului la final de viață (asistenții medicali din AMP, spitale, hospice, servicii de îngrijiri la domiciliu) precum și medicii, psihologii și asistenții sociali din echipele multidisciplinare de îngrijire paliativă. Estimăm că ghidul va contribui la îmbunătățirea calității serviciilor acordate și la promovarea unei culturi profesionale bazate pe respectarea demnității umane, compasiune, responsabilitate și profesionalism.

PARTEA INTRODUCATIVĂ

Utilizatorii Ghidului:

- Prestatorii de servicii medicale autorizați să acorde îngrijiri paliative, în conformitate cu legislația națională.
- Organizațiile necomerciale specializate în prestarea serviciilor de îngrijiri paliative.
- Instituțiile de învățământ medical (USMF „Nicolae Testemițanu”, CEMF „Raisa Pacalo”, colegiile de medicină și farmacie, inclusiv cadrele didactice, studenții și alți profesioniști în formare).

SCOPUL GHIDULUI:

Acest ghid are ca scop standardizarea practicilor de nursing paliativ și susținerea personalului medical în furnizarea unor îngrijiri sigure, eficiente și centrate pe nevoile specifice ale pacientului.

OBIECTIVE:

- Standardizarea practicilor de nursing paliativ prin furnizarea unor recomandări bazate pe dovezi și bune practici clinice.
- Îmbunătățirea evaluării și managementului simptomelor (durere, dispnee, greață, fatigabilitate, delir etc.) prin intervenții de nursing adecvate.
- Promovarea unei îngrijiri centrate pe pacient și familie, care să respecte valorile, preferințele, demnitatea și autonomia persoanei.
- Dezvoltarea competențelor asistenților medicali în evaluarea, planificarea, implementarea și monitorizarea îngrijirilor paliative.
- Optimizarea comunicării terapeutice cu pacientul, familia și echipa multidisciplinară pe parcursul evoluției bolii.
- Sprijinirea procesului decizional clinic prin recomandări privind planificarea îngrijirilor și continuitatea acestora în diferite contexte de asistență.
- Promovarea siguranței pacientului și a calității îngrijirilor prin aplicarea unor intervenții standardizate și monitorizarea rezultatelor.
- Încurajarea colaborării interdisciplinare pentru asigurarea unei abordări holistice a nevoilor fizice, psihologice, sociale și spirituale ale pacientului.
- Facilitarea educației pacientului și aparținătorilor privind managementul simptomelor,
- Îngrijirea la domiciliu și accesarea resurselor disponibile.

**SUMARUL GENERAL AL PREVEDERILOR DE BAZĂ,
STRUCTURAT ÎN FUNCȚIE DE COMPETENȚELE FORMATE**

	<i>Asistent medical</i>	<i>Asistent medical generalist</i>
Competențele transversale	CT1. Aplicarea principiilor etice și deontologice în practica profesională, cu respectarea demnității, autonomiei și drepturilor pacientului aflat în îngrijiri paliative precum și ale familiei acestuia. CT2. Realizarea comunicării profesionale eficiente, empatică și adaptate contextului clinic, inclusiv în situații de suferință și faza terminală, utilizând limba de stat și, după caz, o limbă de circulație europeană în interacțiunea profesională. CT3. Colaborarea eficientă în cadrul echipei interprofesionale, multidisciplinare de îngrijiri paliative și aplicarea managementului timpului în activitatea profesională, prin coordonarea intervențiilor, respectarea rolurilor profesionale și prioritizarea sarcinilor în funcție de necesitățile clinice și organizatorice. CT4. Aplicarea tehnologiilor informaționale și de comunicare (TIC) în activitatea profesională, inclusiv pentru documentarea actului medical, comunicare profesională și accesarea resurselor clinice relevante. CT5. Aplicarea corectă prevederilor documentației medicale și a sistemelor de evidență clinică, în conformitate cu procedurile instituționale, standardele de calitate și cerințele de siguranță a pacientului. CT6. Asigurarea siguranței pacientului și prevenirea riscurilor clinice prin respectarea protocoalelor, procedurilor și standardelor de calitate. CT7. Realizarea autoevaluării profesionale și a dezvoltării continue a competențelor, prin identificarea nevoilor de formare și actualizarea permanentă a cunoștințelor și abilităților în domeniul îngrijirilor paliative.	
Competențe profesionale generale	CPG1. Integrarea conceptelor fundamentale ale îngrijirii paliative în evaluarea holistică a pacientului incurabil, cu respectarea demnității umane, a particularităților de vârstă și context clinic. CPG2. Realizarea procesului de nursing paliativ prin evaluare, stabilirea diagnosticului de nursing, planificare, implementare și prioritizarea intervențiilor, inclusiv în îngrijirea la domiciliu. CPG3. Aplicarea instrumentelor de management al calității în îngrijirea paliativă prin monitorizarea, evaluarea și îmbunătățirea serviciilor de îngrijire paliativă, inclusiv prin audit clinic și indicatori de performanță. CPG4. Aplicarea principiilor etice și juridice în practica îngrijirilor paliative, cu asumarea responsabilității profesionale și participarea la luarea deciziilor în situații clinice complexe. CPG5. Realizarea comunicării terapeutice în îngrijirea paliativă prin interacțiune eficientă cu pacientul, familia și echipa interdisciplinară, inclusiv în situații de suferință și doliu. CPG6. Gestionarea durerii în îngrijirea paliativă prin evaluarea corectă și utilizarea strategiilor farmacologice și non-farmacologice adaptate nevoilor pacientului incurabil. CPG7. Asigurarea îngrijirii simptomatice a pacientului în îngrijiri paliative prin intervenții individualizate, prevenirea complicațiilor și menținerea confortului în toate stadiile evoluției bolii, inclusiv la finalul vieții.	

Competențe profesionale specifice	CPS1. Identificarea nevoilor pacientului incurabil și acordarea îngrijirilor de bază în conformitate cu principiile îngrijirii paliative. CPS2. Aplicarea etapelor procesului de nursing în îngrijirea pacientului paliativ, sub supraveghere profesională. CPS3. Respectarea standardelor de calitate și a procedurilor instituționale în acordarea îngrijirilor paliative. CPS4. Respectarea normelor etice și juridice în practica de îngrijiri paliative. CPS5. Aplicarea tehnicilor de comunicare empatică în interacțiunea cu pacientul și familia acestuia. CPS6. Recunoașterea durerii și aplicarea intervențiilor de bază pentru monitorizarea și ameliorarea durerii conform indicațiilor. CPS7. Acordarea îngrijirilor de bază și monitorizarea simptomelor pacientului aflat în îngrijiri paliative.	CPS1. Analizarea holistică a pacientului incurabil și integrarea principiilor îngrijirii paliative în planificarea îngrijirilor individualizate. CPS2. Elaborarea, implementarea și ajustarea planului de îngrijiri paliative pe baza procesului de nursing și a colaborării interdisciplinare. CPS3. Evaluarea și îmbunătățirea calității serviciilor de îngrijiri paliative prin utilizarea indicatorilor și instrumentelor de audit clinic. CPS4. Gestionarea situațiilor etico-juridice complexe în îngrijirea paliativă și susținerea procesului decizional clinic. CPS5. Aplicarea comunicării terapeutice avansate în relația cu pacientul, familia și echipa multidisciplinară, inclusiv în situații de criză și doliu. CPS6. Coordonarea evaluării și managementului durerii prin integrarea strategiilor farmacologice și non-farmacologice. CPS7. Planificarea și optimizarea intervențiilor de nursing pentru managementul complex al simptomelor în îngrijirea paliativă.
---	--	--

Elaborat: 2026

Revizuire: 2031

CAPITOLUL I. FUNDAMENTELE ÎNGRIJIRII PALIATIVE ȘI NURSING

1.1. Fenomenul morții și demnitatea umană

În loc să educăm omul în frica pentru moarte (o întrebare a educației timpurii), trebuie să-l învățăm să privească la ea direct, adică ca la o lege generală a naturii, indispensabilă și, probabil, nu numai necesară dar și binevenită prin urmările sale pentru tot ce-i viu.

(R.Owen)

Una dintre tainele mari ale existenței noastre este moartea, ceea ce înseamnă sfârșitul vieții fizice a unei ființe. Moartea este singurul eveniment individual, care nu poate fi împărtășit nimănui, fiind acceptat unanim, în lipsă de alternativă și care întotdeauna cere să fie respectat. Mulți filosofi în diferite perioade și societăți, în reflectările sale existențialiste, au identificat moartea ca proces inevitabil și necesar, astfel încercând să diminueze acea frică tacită, apărută la nivel de inconștient la fiecare om, explicată prin faptul că vom fi puși în fața necunoscutului, prin trecerea într-o altă stare și formă.

Din punct de vedere biologic, moartea survine atunci când inima încetează să bată, respirația se oprește și creierul nu mai funcționează. Însă, din perspectivă filozofică, religioasă și culturală, moartea poate avea semnificații mult mai ample, legate de sfârșitul vieții conștiente, trecerea într-o altă stare sau către o formă de nemurire spirituală, fiind înțeleasă ca un proces inevitabil în ciclul vieții, care marchează sfârșitul unei perioade dar, conform multor tradiții, începutul unei alte forme de existență.

Moartea este un fenomen cu o conotație socială esențială. Deși prezintă o provocare individuală pentru fiecare persoană, înțelegerea sensului acestui fenomen este un produs al culturii, fiind perceput diferit în funcție de tradiții, reflectând valorile, credințele și perspectivele fiecărei societăți. Astfel, în multe culturi occidentale moartea este apreciată ca sfârșitul definitiv al existenței fizice, cu un accent pe funeralii și comemorări pentru a-i onora pe cei decedați. În unele tradiții există credința în viața de apoi, precum raiul sau iadul, în timp ce în altele moartea se consideră o dispariție completă.

Atât la creștinism, cât și în Islam, moartea este o trecere către viața veșnică, cu promisiunile răsplătirii sau pedepsei pentru faptele din timpul vieții. În culturile țărilor estice (ex. China, Japonia) moartea este văzută ca o tranziție și un ciclu natural, cu credința în existența spiritelor și în importanța ritualurilor pentru a asigura odihna sufletului. În India, credința în karma și reîncarnare influențează modul în care moartea este percepută, ca o etapă într-un ciclu etern. Conceptele religioase ale hinduismului și budismului percep moartea ca o parte a unui ciclu de reîncarnare, unde sufletul renaște repetat (revine pe pământ) în alte forme. Până la urmă, moartea trebuie percepută ca un fenomen natural și inevitabil, care implică o experiență de doliu și acceptare. Fiecare persoană va percepe diferit etapa de final, în funcție de o multitudine de aspecte – medicale, psihologice, soci-culturale și religioase.

Moartea poate să se întâmple accidental, brusc, fără a fi așteptată. De multe ori, însă, procesul muririi este îndelungat și se instalează lent în timp, implicând durere și suferință, fiind necesară îngrijirea și asistența persoanei muribunde.

Îngrijirea la finalul vieții va implica, pe de o parte, asistența unui organism care se află în declin fizic și psihic, dar, pe de altă parte, va fi necesară acordarea suportului necesar într-o perioadă de vulnerabilitate și reflecție. Personalul medical, care se implică în îngrijirea unei persoane aflate la etapa de final de viață, trebuie să conștientizeze nivelul de responsabilitate care și-l asumă, fiind necesară înțelegerea fiziologiei umane, manifestare de grijă și empatie pentru protejarea vulnerabilității persoanei aflate în îngrijire și altruism. Totodată, nu trebuie de ignorat faptul că, suferința și procesul morții sunt direct conectate de percepția *demnității* de către persoana aflată la final de viață. În interpretarea filosofului german Immanuel Kant, demnitatea este *manifestarea autonomiei și autoguvernării individului* [1]. În acest context, am putea deduce că pentru un pacient din stadiul terminal, autoguvernarea ar însemna luarea unor decizii asupra finalului vieții, situației în care se află, asupra locului și felului sfârșitului său. Este puterea de a rămâne tu însuși stăpân pe deciziile tale cu referire la propriul corp.

Dar, contrar convingerilor că demnitatea este un atribut strict individual, trebuie să înțelegem și importanța asupra percepției demnității a factorilor de mediu, atât fizici cât și sociali, în care se află persoana la final de viață. Astfel, circumstanțele sunt considerate un moment nu mai puțin important decât convingerile personale. Organizarea condițiilor în care se află pacienții, în special, cei terminali, trebuie să fie preocuparea personalului care îi asistă, atunci când se dorește să se asigure respectul pentru demnitatea umană, cu intenția de a le organiza o *moarte bună* [2].

În diferite culturi putem întâlni aprecierea noțiunii de *moarte bună*, care este percepută diferit. Pentru unii aceasta este legată de fapte eroice pe câmpul de luptă, în numele unor valori ideologice sau religioase etc. Pentru alții va fi lipsa suferinței și durerii. Însă în majoritatea cazurilor această noțiune este direct legată de cea a *demnității* persoanei muribunde. Desigur, atât timp cât există diferențe culturale, nu poate exista un anumit model-șablon unanim acceptat în aprecierea acestor noțiuni. Doleanțele și așteptările muribundului, atitudinea familiei și comunității din care face parte, vor fi în directă dependență de valorile și normele culturii respective, iar ignorarea acestora de către personalul medical, implicat în îngrijirea bolnavului, va însemna lipsă de respect, încălcare directă a demnității persoanei bolnave.

Diferite cercetări realizate pe marginea acestui subiect ne confirmă particularitățile culturale în abordarea factorilor care influențează demnitatea muribundului [3]. Însă, este important să evidențiem că, un număr majoritar de persoane bolnave au identificat serviciile medicale actuale ca fiind cu efect „lezant” asupra demnității umane. Una dintre cel mai frecvent discutate în rapoarte și studii este constatarea că, cu regret, în practica medicală contemporană accentul este pus tot mai mult pe *medicina centrată pe organe*. Aceasta a dus la o fragmentare a îngrijirilor, astfel încât pacientul ajunge să nu mai fie văzut ca o persoană complexă, dar ca o sumă de simptome, organe afectate, fiecare fiind tratat izolat, fără a ține cont de universul ființei umane. Această viziune transformă pacientul într-un simplu caz clinic, ignorând nevoile lui emoționale, particularitățile psihologice și spirituale pe care le are. Atunci când se tratează *patologia* și nu *boala*, există pericolul că va fi lezată demnitatea pacientului.

Unii cercetători au încercat să identifice șirul de factori care au impact asupra demnității persoanei ajunse la final de viață. Printre aceștia sunt enumerați: spitalizarea, vârsta, tipul de afecțiune (modificarea corpului, dizabilitate), sentimentul de a fi o povară pentru cei din jur/ dependență, durerea, lipsa resurselor pacientului (sociale, personale, familiale), locul decesului, respectul celor din jur [4,5].

Cu referire la spitalizare și locul decesului, explicația vine din faptul că, procesul muririi în perioada contemporană decurge în condiții mult mai socializate decât altă dată. Astăzi urbanizarea intensă cu instituționalizarea serviciilor de asistență medicală devin o parte indispensabilă în îngrijirea unui muribund. Spre deosebire de secolul trecut, pacienții, confruntându-se cu simptomele grele ale etapei terminale, sunt aduși în instituții medicale, unde își întâmpină moartea. Însă, acest loc al muririi, se dovedește că, pentru mulți, este un factor negativ care le afectează demnitatea la final de viață.

Din figura 1 putem observa factorii care au fost menționați de persoanele aflate la final de viață ca fiind cu impact lezant asupra demnității. Este important de menționat că 99% dintre respondenți au expus dorința *de a fi întreținuți curați*, 97% își doresc *o nursing agreabilă care să-i îngrijească*, 95% își doresc *pe cineva care să-i asculte*, 93% vor să fie *liberi de durere*.

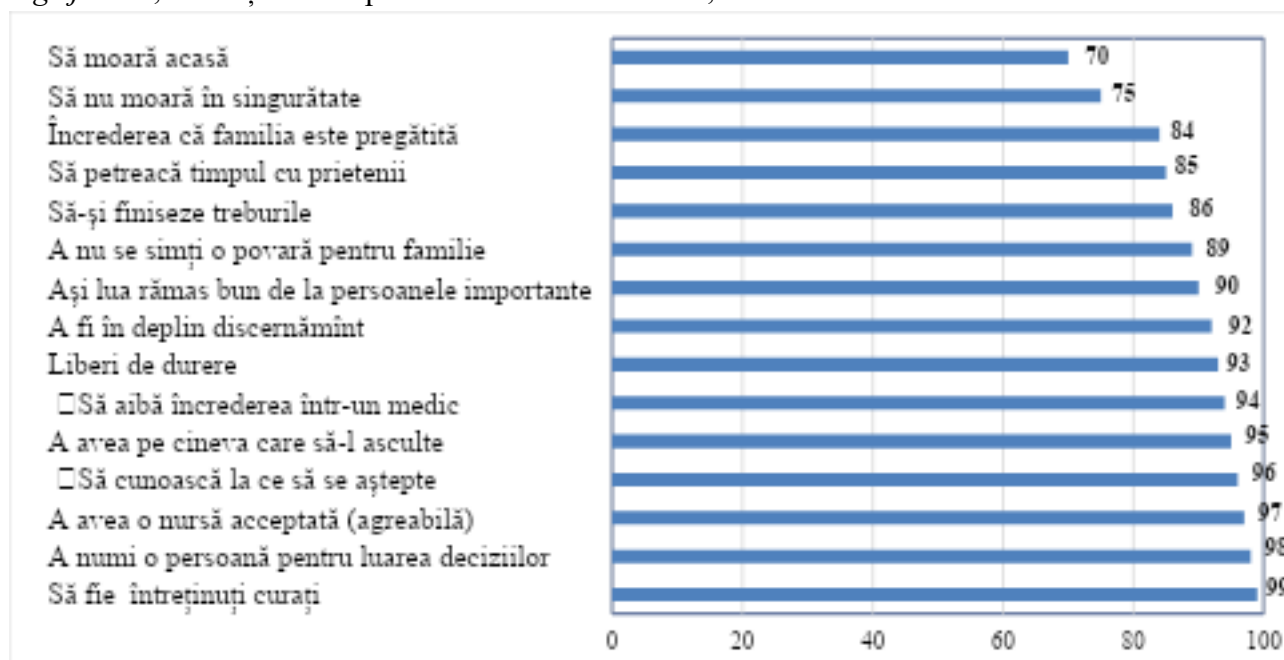


Figura 1. Factori importanți de luat în considerare la sfârșitul vieții: opinia pacienților, %

Observăm că, doleanțele persoanelor la sfârșit de viață țin de aspecte practice, realizabile, care depind pe deplin de personalul care oferă îngrijire la final de viață. Anume de la aceste doleanțe trebuie să pornească stabilirea priorităților pentru îngrijirea pacientului aflat la final de viață. Or, această îngrijire trebuie să înceapă întotdeauna cu întrebări concrete și directe către pacient – ce anume așteaptă de la personalul medical și care îi sunt doleanțele. Fiindcă discuția nu este despre tratamente care trebuie respectate strict pentru a ajunge la vindecare – o discuție obișnuită în relația lucrător medical - pacient. Scopul acestei relații este altul – confortul pacientului și ajutorul pe care îl putem acorda pentru a-i asigura respectul demnității, diminuarea suferinței și un proces de plecare din viață liniștit.

Astfel, aprecierea conceptului de *moarte bună* în contextul organizării asistenței medicale unei persoane aflate la sfârșit de viață, de unii autori este propusă noțiunea de *asistență demnă* (*Dignity Therapy*), acordată pentru suportul demnității pacientului, în care se respectă următoarele condiții [8,9]:

- se menține funcționalitatea maximă a corpului, prin lupta cu simptomele, cu disconfortul fizic și psihic;

- se menține un sens al normalității, se evită izolarea și singurătatea, se întreține speranța, se stimulează micile bucurii ale vieții;
- se asigură aspectele sociale prin reducerea sentimentului de povară pentru alții.

Anume în acest context, devine evidentă necesitatea organizării unei forme aparte de asistență medicală, diferită de cea tradițională, care să fie destinată asistenței persoanelor aflate în etapa finală a vieții care necesită ajutor și suport specializat. Acest domeniu apare astăzi distinct sub denumirea de **îngrijire paliativă**.

IMPORTANT!

În prestarea îngrijirii pacienților la final de viață, care se confruntă cu maladii incurabile, asistentul medical trebuie să dea dovadă de atitudine respectuoasă și prin toate acțiunile sale să susțină și să protejeze demnitatea persoanei îngrijite.

1.2. Definirea și evoluția îngrijirii paliative

Conceptul de *paliatie* sub aspect etimologic înseamnă mascare sau acoperire a suferinței provocate de bolile incurabile (latinescul *pallium* înseamnă „mască” sau „acoperire”). Această etimologie indică, de fapt, esența îngrijirii paliative: mascarea efectelor bolii incurabile sau asigurarea unui „acoperământ”, atunci când medicina curativă nu mai poate oferi vindecare.

Organizația Mondială a Sănătății în anul 2002 definește îngrijirea paliativă ca „o abordare de îmbunătățire a calității vieții pacienților și familiilor acestora, care face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme de natură fizică, psihosocială și spirituală” [10]. Astfel, asistența este orientată nu doar asupra pacientului muribund, dar și asupra familiei lui, fiind, totodată, destinată să asigure un confort minim la final de viață.

De fapt, acest domeniu are o istorie de secole. Dacă, tradițional, îngrijirea persoanelor muribunde era o problemă de familie, treptat, apare posibilitatea de instituționalizare a acestor oameni. Pe parcursul secolului trecut, în țările cu economii avansate, au apărut tot mai multe instituții menite să ofere îngrijire și ajutor pacienților muribunzi, numite aziluri sau *hospice*. Primul hospice este înregistrat în Franța încă în anul 1842. Un rol determinant în acest proces l-a avut Cicely Saunders, medic, asistent social și una dintre figurile fondatoare ale îngrijirii paliative moderne. În anul 1967, aceasta a înființat la Londra *Hospicele Sfântul Christopher*, instituție care a devenit un model internațional pentru organizarea serviciilor destinate pacienților cu boli incurabile [11]. Contribuția sa a fost esențială în redefinirea abordării terapeutice, prin orientarea îngrijirii către nevoile complexe ale pacientului și prin promovarea unui control riguros al durerii și al altor simptome asociate bolilor avansate.

În anul 1987, Colegiul Regal al Medicilor din Marea Britanie recunoaște oficial Îngrijirile Paliative ca supraspecializare medicală, iar în anul 2002, OMS recomandă ca Îngrijirea Paliativă să devină o parte componentă obligatorie a programelor naționale de cancer [12].

În Canada, spre deosebire de modelul hospice britanic, care era centrat pe instituții independente, se pune accent pe integrarea îngrijirii paliative în sistemul spitalicesc existent [13]. Această adaptare a permis extinderea accesului la servicii și a contribuit la dezvoltarea primelor unități de îngrijiri paliative în cadrul spitalelor.

În SUA, îngrijirea paliativă a cunoscut o dezvoltare rapidă începând cu anii 1980, prin extinderea programelor hospice și integrarea treptată a serviciilor paliative în spitale. A fost dezvoltat un cadru legislativ și de finanțare specific, care a facilitat accesul pacienților la servicii de tip hospice prin programe de asigurări de sănătate [14].

În Europa de Est, dezvoltarea îngrijirii paliative a avut loc mai târziu, fiind susținută de organizații internaționale, inclusiv OMS și diverse organizații non-guvernamentale [15]. În Republica Moldova, dezvoltarea îngrijirii paliative a început prin elaborarea și implementarea cadrului normativ necesar pentru organizarea și consolidarea serviciilor specializate. Un moment important în acest proces l-a constituit aprobarea Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1022 din 30.12.2015, care reglementează organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijiri paliative. Documentul include Regulamentul privind organizarea serviciilor de îngrijiri paliative și stabilește standardele de bază pentru activitatea acestora, constituind un reper important pentru instituțiile medicale, serviciile sociale și centrele specializate implicate în acordarea îngrijirilor paliative. În ultimii ani, s-au înregistrat progrese prin dezvoltarea serviciilor la domiciliu și în unități spitalicești, precum și prin îmbunătățirea accesului la medicația pentru controlul durerii. Cu toate acestea, accesul la îngrijiri paliative rămâne neuniform, fiind influențat de resursele limitate, nivelul redus de instruire al personalului medical și distribuția geografică neuniformă a serviciilor [16].

Totuși, este important să evidențiem prioritatea dezvoltării și implementării acestui domeniu la noi în țară, care oferă un șir de avantaje:

- ✓ Prin aplicarea unei terapii adecvate stadiului și prognosticului bolii pacientului, se evită intervențiile inutile și chinuitoare.
- ✓ Crește calitatea vieții pacientului, se monitorizează problemele de sănătate existente și se previne sau încetinește apariția unor noi stări grave, atât fizice, cât și emoționale.
- ✓ Se oferă sprijin pentru o viață cât se poate de activă, cu accent pe autoguvernare, a pacientului până la sfârșit.
- ✓ Se integrează asistența psihologică și spirituală a pacientului, ceea ce face acceptarea finalului propriu, iar moartea să fie privită ca pe un proces normal.
- ✓ Se oferă suport emoțional și social familiei persoanei suferinde, atât pe parcursul bolii, cât și în perioada de doliu. Se creează un parteneriat în îngrijire prin o comunicare eficientă cu pacientul și familia lui.

Integrarea îngrijirii paliative în etapele timpurii ale bolii a demonstrat beneficii semnificative, inclusiv îmbunătățirea calității vieții, reducerea simptomelor și, în unele cazuri, chiar prelungirea supraviețuirii persoanei bolnave incurabil. Studiile arată că pacienții care beneficiază de îngrijiri paliative precoce au un nivel mai redus de anxietate și depresie și utilizează mai eficient resursele sistemului de sănătate [17].

IMPORTANT!

Asistența paliativă se dezvoltă ca un domeniu nou, separat, destinat îngrijirii specifice necesare pacientului aflat la final de viață, în condiții de sănătate rezultate din fazele terminale ale unor boli incurabile. Pentru a practica acest domeniu este nevoie de cunoștințe și abilități specifice.

1.3. Particularități în asistența pacientului incurabil

1.3.1 Îngrijirea pacientului incurabil- aspecte generale

Pacientul incurabil este definit ca persoana diagnosticată cu o afecțiune progresivă, ireversibilă, pentru care tratamentele curative nu mai sunt eficiente sau nu mai pot influența semnificativ evoluția bolii. În acest context, obiectivul intervențiilor medicale se deplasează de la vindecare către controlul simptomelor și menținerea calității vieții [18].

Incurabilitatea nu reprezintă o categorie strict dependentă de tipul bolii, ci este determinată de stadiul evolutiv al acesteia și de răspunsul la tratament. Deși termenul este frecvent asociat patologiilor oncologice avansate, el este aplicabil și în cazul altor afecțiuni cronice progresive, precum insuficiența cardiacă, bolile pulmonare obstructive cronice, insuficiența renală sau bolile neurodegenerative [19].

În practica medicală contemporană, se recunoaște tot mai mult faptul că eticheta de „*incurabil*” nu trebuie asociată cu abandonul terapeutic, ci cu *schimbarea paradigmei de îngrijire*. Astfel, accentul se mută de la intervențiile orientate exclusiv asupra bolii către o *abordare centrată pe pacient*, care urmărește ameliorarea suferinței și susținerea demnității în contextul bolii avansate [18].

Este important să facem o distincție clară dintre *îngrijirea paliativă* și cea *curativă* care, în mod prioritar, este orientată spre vindecare.

Asistența medicală curativă acoperă o gamă largă de intervenții pentru diverse condiții de sănătate, având ca scop tratamentul și recuperarea. Tratamentul curativ reprezintă componenta centrală a medicinei orientate spre boală, având ca obiectiv principal vindecarea completă a afecțiunii sau, în absența acestei posibilități, controlul evoluției bolii pe termen lung. În acest sens, intervențiile curative vizează mecanismele etiologice și patogenice ale bolii, urmărind eliminarea cauzei sau reducerea progresiei acesteia. Rezultatul terapeutic este evaluat, în principal, prin indicatori clinici și biologici, precum remisiunea, supraviețuirea sau stabilizarea bolii. Tratamentul curativ include o gamă largă de intervenții, adaptate tipului și stadiului bolii. Acestea pot cuprinde *terapii farmacologice specifice* (de exemplu, chimioterapie, antibioterapie etc.), *intervenții chirurgicale* cu scop radical, *radioterapie* sau alte proceduri menite să elimine sau să controleze procesul patologic [20].

Pe când, *îngrijirea paliativă* se concentrează pe îmbunătățirea calității vieții pentru pacienții cu boli incurabile, oferind suport complex și gestionând simptomele severe pentru a reduce suferința. Îngrijirea paliativă nu exclude componenta terapeutică, chiar dacă, nu presupune vindecarea bolii incurabile. În cadrul acestei îngrijiri pot fi tratate unele complicații ale bolii incurabile și înlăturate anumite simptome. Însă, în nici un mod, nu se vorbește despre vindecarea bolii.

Ambele forme de asistență sunt esențiale în sistemul de sănătate, dar se diferențiază prin obiective, populație-țintă și abordare. O diferențiere mai explicită a acestor două domenii este elucidată în tabelul 1.

Tabel 1. Analiza comparativă dintre asistența curativă și îngrijirea paliativă

Aspect	Asistența medicală	Îngrijire paliativă
Definiție	Îngrijire medicală generală și specializată pentru pacienți cu afecțiuni diverse, de obicei cronice sau acute.	Îngrijire specializată pentru pacienți cu boli avansate, incurabile, concentrată pe confort și calitatea vieții.
Obiectivul principal	Tratarea și gestionarea simptomelor, promovarea sănătății, recuperare.	Ameliorarea suferinței, îmbunătățirea calității vieții, suport pentru pacienți și familie.
Categoriile de pacienți	Pacienți cu diverse boli, de toate vârstele, inclusiv cronice și acute.	Pacienți cu boli incurabile, în stadii avansate sau terminale.
Durata și contextul	Pe termen lung sau scurt, în spital, ambulatoriu, acasă.	În stadii avansate ale bolii, indiferent de locație, adesea pe termen scurt sau pe durata ultimei faze a vieții.
Tipul de intervenție	Diagnostic, tratament, monitorizare, educație pentru sănătate.	Controlul durerii, suport emoțional, consiliere, gestionarea simptomelor severe.
Echipa implicată	Medici, asistenți medicali, terapeuți, asistente, personal de îngrijire.	Echipa multidisciplinară: medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, preoți, voluntari.
Abordare	Mai tehnică, centrată pe tratament și intervenții medicale.	Centrată pe pacient și familie, holistică, axată pe calitatea vieții și sprijin emoțional.
Obiective pe termen lung	Restabilirea sănătății, recuperare sau stabilizare.	Asigurarea confortului, reducerea suferinței, suport psihosocial.

Astfel, observăm că, diferențele dintre cele două abordări se reflectă în primul rând în obiectivele terapeutice. Dacă tratamentul curativ este orientat spre boală, îngrijirea paliativă este centrată pe nevoile pacientului. În timp ce primul urmărește *prelungirea vieții*, al doilea pune accent pe *calitatea acesteia*, chiar și în condițiile unei speranțe de viață limitate.

De asemenea, există diferențe semnificative în ceea ce privește momentul inițierii intervențiilor. Abordările moderne promovează integrarea precoce a îngrijirii paliative, concomitent cu tratamentele curative, ceea ce permite un control mai eficient al simptomelor și o adaptare mai bună a pacientului la evoluția bolii [19].

Un alt aspect important îl reprezintă relația medic - pacient și procesul decizional. În contextul tratamentului curativ, deciziile sunt adesea orientate spre maximizarea beneficiului biologic, în timp ce în îngrijirea paliativă acestea sunt fundamentate pe valorile, preferințele și obiectivele pacientului. Astfel, autonomia pacientului și consimțământul informat capătă o importanță centrală [6].

În plus, rolul familiei diferă în cele două modele de îngrijire. În abordarea paliativă, familia este considerată parte integrantă a procesului terapeutic, beneficiind de suport emoțional și social, precum și de consiliere în perioada de doliu. Această dimensiune nu este dezvoltată în așa extensie în cadrul tratamentului curativ tradițional.

Din perspectivă etică, diferența dintre tratamentul curativ și îngrijirea paliativă devine relevantă în situațiile în care continuarea terapiei active nu mai aduce beneficii pacientului. Fiind necesară limitarea *tratamentelor inutile* sau *disproporționate*. Acestea tratamente sunt definite ca intervenții medicale care nu oferă un beneficiu real în raport cu povara pe care o generează, fie prin efecte adverse, fie prin impactul negativ asupra confortului pacientului. Din această perspectivă, decizia de a limita sau de a întrerupe anumite intervenții terapeutice este considerată etic justificată, fiind în concordanță cu *principiile beneficiului* și cel *al non-dăunării* [21].

Astfel, diferența dintre cele două abordări nu trebuie interpretată ca o opoziție, ci ca o complementaritate. În medicina modernă, îngrijirea paliativă și tratamentul curativ coexistă, fiind integrate într-un model de îngrijire centrat pe pacient, adaptat nevoilor acestuia în evoluția bolii.

În mod eronat persistă percepția că îngrijirea paliativă este destinată doar bolnavilor oncologici. Acest tip de îngrijire este necesar și pentru alte tipuri de patologii cronice, care prezintă în fazele terminale simptome incontrolabile, ce necesită asistență specială. Poate beneficia de îngrijiri paliative orice pacient cu o boală cronică progresivă, incurabilă sau amenințătoare de viață cu un prognostic de viață redus [22].

Conform recomandărilor internaționale contemporane [19], pentru îngrijirea paliativă trebuie să fie considerate eligibile următoarele grupuri de pacienți:

- persoane care trăiesc cu boli cronice și leziuni ce le amenință viața, rezultate în urma unor accidente sau traumatisme severe;
- copii sau adulți cu boli sau malformații congenitale grave, care duc la dependență de tratamente de susținere a vieții sau îngrijire de lungă durată pentru realizarea activității cotidiene uzuale;
- copii sau adulți cu dizabilități intelectuale sau de dezvoltare, care suferă de boli severe ce le amenință viața;
- persoane de orice vârstă cu boală acută severă și care le amenință viața (ex.: traumatisme severe, leucemie acută, accident vascular etc.), unde vindecarea și reversibilitatea este un scop realist, însă boala sau tratamentele asociate aduc o suferință semnificativă și o calitate scăzută a vieții;
- persoane care trăiesc cu boli cronice progresive (boală vasculară periferică, distrofii neuromusculare, cancer, insuficiență renală sau hepatică, AVC cu deficit funcțional sever, boală cardiacă sau pulmonară avansată, fragilitate datorată vârstei avansate, dezordini neurodegenerative și diferite forme de demență);
- pacienți în faze terminale ale unor maladii severe, precum: demență, cancer, SIDA, accident vascular cu dizabilitate gravă, atunci când nu există șanse pentru recuperare sau stabilizare și pentru care îngrijirea paliativă intensivă este unicul obiectiv al asistenței oferite acestora.

IMPORTANT!

Este important de înțeles diferența majoră din asistența medicală clinică și conceptul îngrijirii paliative, care este mult mai comprehensiv, necesită o abordare multidisciplinară și cunoștințe și abilități profesionale specifice.

1.3.2 Îngrijirea paliativă pediatrică și geriatrică

Îngrijirea paliativă este necesară copiilor care se află în condiții *amenințătoare de viață (boli care amenință viața)* sau *limitatoare de viață (boli cu pronostic limitat)*. Rata copiilor și adulților tineri ce necesită îngrijire paliativă este de 10-16 la 10000 populație cu vârsta între 0-19 ani. Circa 30% dintre ei suferă de cancer, iar 70% - de alte patologii, predominant neurodegenerative, metabolice și genetice [23].

Condițiile amenințătoare de viață sunt acele boli care prezintă o probabilitate ridicată de deces prematur cauzat de o boală gravă, dar unde există, de asemenea, o șansă de supraviețuire pe termen lung până la vârstă adultă (de exemplu, copiii care urmează tratament oncologic sau care sunt internați la terapie intensivă ca urmare a unei leziuni cerebrale acute).

Bolile cu pronostic limitat sunt stări pentru care nu există o speranță rezonabilă de vindecare, iar copiii sau tinerii vor deceda din cauza acestora. Majoritatea dintre aceste condiții cauzează o deteriorare inevitabilă progresivă pe parcursul mai multor luni sau ani, făcând copilul tot mai dependent de părinți și de îngrijitori. Aici se includ copii cu boli genetice, boli rare, maladii congenitale severe etc.

OMS estimează că, în regiunea europeană, în fiecare an mor circa 170 000 de copii care au nevoie de îngrijiri paliative. În acest context, OMS definește îngrijirea paliativă pediatrică ca [24]:

- Îngrijirea activă și complexă a corpului, minții și spiritului copilului, implicând și suport pentru familie.
- Începe atunci când se diagnostichează boala și continuă indiferent dacă copilul primește sau nu tratament curativ pentru boala sa.
- Prestatorii de servicii de sănătate trebuie să evalueze și să amelioreze suferința fizică, spirituală, psihologică, culturală și socială a copilului.
- Îngrijirea paliativă eficientă necesită o abordare amplă multidisciplinară, care include familia și valorifică resursele comunității disponibile; aceasta trebuie implementată chiar și în condiții de resurse limitate.
- Poate fi furnizată în unități de terapie de nivel terțiar, în centre de sănătate comunitare și direct în casele copiilor.

Îngrijirea paliativă pediatrică diferă semnificativ de cea a adulților, fiind o abordare activă și totală, care începe din momentul diagnosticării bolii și continuă pe tot parcursul vieții copilului. Spre deosebire de adulți, bolile care necesită paliativă pediatrică (afecțiuni neurologice, genetice, boli rare sau oncologice) pot dura mulți ani, perioadă în care copilul continuă să se dezvolte. Astfel, îngrijirea paliativă a copilului va trebui să țină cont de stadiul de creștere și maturitatea lui fizică, cognitivă și emoțională. Îngrijirile paliative pediatrice trebuie să se concentreze pe sprijinirea dezvoltării fizice, emoționale și psihologice a copilului, implicând intens familia și adaptând intervențiile la nevoile specifice ale fiecărei etape de dezvoltare a vârstei copilului. Aici fiind importante intervențiile de educație și școlarizare, implicarea în activități de socializare și integrarea în comunitatea semenilor săi (PCN-279).

Pe când, îngrijirile paliative vârstnicilor (*îngrijirea paliativă geriatrică*) se adaptează la complexitatea bolilor cronice și la fragilitatea vârstnicului, punând accent pe menținerea autonomiei, complexității multiplelor comorbidități, vulnerabilității fizice, psihologice și sociale, precum și a nevoilor individuale ale fiecărui pacient vârstnic. Un aspect definitoriu al îngrijirii paliative la vârstnici este complexitatea simptomatologiei. Pe lângă durere, frecvent întâlnită în

bolile cronice avansate, acești pacienți pot prezenta simptome precum dispnee, fatigabilitate, delir, depresie sau tulburări cognitive. Evaluarea și managementul simptomelor sunt adesea dificile, din cauza comunicării limitate, a polimedicatiei și a riscului crescut de reacții adverse. Prin urmare, este necesară o monitorizare și ajustare continuă a tratamentului, pentru a evita supramedicatia și interacțiunile medicamentoase [25].

Fragilitatea (frailty) reprezintă un concept central în geriatrie și are implicații directe asupra îngrijirii paliative. Aceasta se caracterizează printr-o scădere a rezervelor fiziologice și o vulnerabilitate crescută la factori de stres, ceea ce determină un risc ridicat de decompensare și mortalitate. În cazul pacienților vârstnici fragili, obiectivele terapeutice trebuie adaptate, punându-se accent pe menținerea funcționalității și prevenirea declinului rapid [26].

Un alt element important îl constituie prezența frecventă a *tulburărilor cognitive*, inclusiv *demența*, care complică procesul decizional și comunicarea cu pacientul. Implicarea familiei devine esențială pentru stabilirea planului de îngrijire, în concordanță cu valorile și preferințele pacientului, permițând exprimarea dorințelor pacientului înainte de pierderea capacității decizionale [26].

Din perspectivă etică, îngrijirea paliativă a persoanelor vârstnice ridică probleme specifice, legate de autonomia pacientului, proporționalitatea intervențiilor și riscul de discriminare bazată pe vârstă (*ageism*). Totuși, deciziile terapeutice trebuie să fie fundamentate pe starea clinică și pe preferințele pacientului, nu exclusiv pe vârstă cronologică.

Ambele tipuri de îngrijire sunt esențiale pentru asigurarea confortului și calității vieții, dar diferă prin specificul populației și abordarea terapeutică.

IMPORTANT!

Asistentul medical trebuie să ia în considerare că, îngrijirea paliativă trebuie ajustată atât necesităților fiziologice ale pacientului, cât și particularităților de vârstă.

Îngrijirea paliativă acordată copiilor are particularitățile specifice diferite, față de cea oferită pacientului adult. Copilului luat în îngrijirea paliativă trebuie să i se ofere toate condițiile pentru dezvoltare fizică și intelectuală, să i se asigure respectarea dreptului la educație, la integrare socială. Accentul în îngrijire este ca, copilul să aibă posibilitatea, în limitele care îi permite starea sa de sănătate, să se bucure de copilăria sa. De asemenea, o componentă importantă în activitatea asistentului medical este asistența oferită părinților acestor copii (PCN-279).

Îngrijirea paliativă geriatrică este mereu adaptată la complexitatea simptomatologiei pacientului cu comorbidități, precum și la manifestările specifice bătrâneții (fragilitate, tulburări cognitive). Accentul în îngrijire este plasat pe menținerea autonomiei, funcționalității și respectarea demnității pacientului. Un aspect important care trebuie luat în considerare de asistentul medical este implicarea rudelor în îngrijire, cu toate că, de multe ori, se poate întâmpla că acești pacienți să rămână singuratici.

EXPRIAREA DIFERENȚELOR DINTRE				
ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ PEDIATRICĂ		VS.	ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ ÎN GERIATRIE	
				
	Se adresează copiilor și adolescenților cu boli cronice grave care limitează viața, adesea de lungă durată.	 POPULAȚIA VIZATĂ		Se adresează persoanelor vârstnice cu boli cronice progresive, cu impact asupra funcționalității și calității vieții.
	Poate începe încă de la diagnostic, alături de tratamentele curative; îngrijire pe termen lung și evolutivă.	 MOMENTUL ÎNȚIERII		De obicei în stadii avansate ale bolii, când prognosticul este limitat (luni – ani).
	Centrul îngrijirii este copilul, cu familie implicată activ în decizii; impact emoțional și psihosocial major asupra familiei.	 CENTRUL ÎNGRIJIRII		Centrul îngrijirii este persoana vârstnică, cu accent pe autonomie, demnitate și preferințele personale.
	Bolile de bază sunt de obicei congenitale, genetice, neurologice, oncologice sau metabolice.	 BOLI DE BAZĂ FRECVENTE		Bolile de bază sunt predominant cronice: cardiovasculare, respiratorii, neurodegenerative, neoplazii, fragilitate multiplă.
	Obiective: controlul simptomelor, susținerea dezvoltării, menținerea calității vieții și a experiențelor copilăriei.	 OBIECTIVE PRINCIPALE		Obiective: controlul simptomelor, menținerea funcționalității, confort, demnitate și calitatea vieții.
	Îngrijirea la domiciliu necesită adaptări pentru nevoile copilului și suport intensiv pentru familie.	 ÎNGRIJIRE LA DOMICILIU		Îngrijirea la domiciliu vizează siguranța, prevenirea complicațiilor și sprijinirea îngrijitorilor informal.
	Suport psihosocial complex pentru copil și familie (frată/ surori, părinți), inclusiv în doliu anticipatoriu și după deces.	 SUPPORT PSIHOSOCIAL		Suport psihosocial pentru persoana vârstnică, cu accent pe anxietate, depresie, izolare și adaptarea la pierderi.
	Echipă multidisciplinară cu expertiză în pediatrie, dezvoltare infantilă și suport familial.	 ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ		Echipă multidisciplinară cu expertiză în geriatrie, comorbidități, fragilitate și suport social.
 ÎN AMBELE CAZURI: Abordare centrată pe persoană și familie • Controlul simptomelor • Comunicare și decizii partajate Respectarea valorilor, credințelor și preferințelor • Îngrijire holistică 				

Figura 2. Diferențele dintre îngrijirea paliativă pediatrică și îngrijirea paliativă acordată persoanelor vârstnice

1.4. Servicii de îngrijire paliativă

Serviciile de îngrijiri paliative pot fi acordate, în volum și conținut diferite, în următoarele structuri [27, 28]:

a) **Hospice** este instituție pentru îngrijirea bolnavului terminal, unde scopul terapiei exclusiv paliative este de a ameliora calitatea ultimei perioade din viața omului bolnav, cu respectarea demnității umane.

b) Secții cu paturi de îngrijiri paliative din cadrul instituțiilor spitalicești. În acest mediu există paturi special destinate oferirii serviciilor de îngrijiri paliative, saloane și spații auxiliare adaptate persoanelor cu nevoi speciale, imobilizate la pat. În aceste secții activează echipa interdisciplinară specializată în îngrijiri paliative, care a beneficiat de o instruire specială și asistă pacienți și familii cu nevoi complexe de îngrijire fizică, psiho-socială și/sau spirituală.

c) Servicii de îngrijiri paliative la domiciliu. Asistența paliativă la domiciliu asigură bolnavului posibilitatea de a fi îngrijit și a trece în neființă în mediu familial. Se poate realiza fie prin servicii complete, la domiciliu, 24 de ore pe zi, sau vizite săptămânale, fie prin servicii consultative, asigurate de medici sau de asistentele medicale cu pregătire în îngrijirea paliativă. Echipa specializată de îngrijiri paliative vizitează bolnavii la locul de reședință a acestora (domiciliu, cămin, instituție rezidențială) și le acordă îngrijire. Pentru perioade scurte de timp, bolnavii pot fi internați în unitățile cu paturi pentru îngrijiri paliative, pentru un tratament complex al problemelor apărute sau pentru a oferi răgaz familiei care îngrijește de bolnav (perioade de *respiro*). Aceste servicii sunt cele mai eficiente, asigurând, prin resurse materiale și umane relativ reduse, accesul unui număr cât mai mare de bolnavi la asistența specializată. În plus, mediul familial este, în general, mai agreat și mai puțin traumatizant pentru bolnavul incurabil în stadiul avansat al bolii

d) Centrele de zi pentru îngrijirea paliativă sunt organizate pentru a oferi bolnavilor izolați la domiciliu șansa de socializare, precum și posibilitatea de consult medical și tratamente în ambulatoriu într-un mediu plăcut. În Centru sunt organizate activități individuale sau de grup, ceea ce contribuie la socializarea și implicarea pacienților. Astfel, se oferă timp liber și un răgaz familiei. Personalul acestor Centre constă din asistent medical/ terapeut ocupațional, asistent social, voluntari.

e) Cabinete de consultații de îngrijiri paliative în ambulatoriu. Cabinetele sunt, de obicei, situate în spitalele cu pacienți cu stări acute, consultațiile fiind acordate de echipa de specialiști din spital (consiliere pentru pacienții îngrijiți la domiciliu și care se pot deplasa la ambulatoriu). Rolul acestor cabinete este de a oferi consultații medicale și consiliere emoțională pacienților mobili și familiilor acestora. Acest tip de cabinete poate fi integrat oricărei structuri de îngrijire paliativă sau să existe de sine stătător sub forma unui cabinet individual specializat. Personalul unui astfel de cabinet este reprezentat de către un medic și o asistentă medicală, ambii cu specializări în îngrijirea paliativă.

f) Echipele mobile specializate de îngrijiri paliative (echipe interdisciplinare). În componența unor astfel de echipe sunt incluși: un medic cu formare în îngrijirea paliativă, asistentă medicală cu specializare, asistent social, fizioterapeut, consilier spiritual etc. Astfel de echipe au ca scop de a oferi informație și consultanță și a se prezenta drept model pentru personalul medical prin abordarea holistică a bolnavului, prin un control adecvat și eficient al durerii și simptomelor.

Tabelul 2. Tipologia serviciilor de îngrijire paliativă [29]

ÎNGRIJIRI PALIATIVE			
Abordare paliativă	Suport de specialitate pentru îngrijirea paliativă generală		Îngrijire paliativă specializată
Îngrijire acută	Spital	Echipă de suport paliativ în spital	Unitate de îngrijiri paliative
Îngrijire de lungă durată	Cămin de îngrijire, centru rezidențial		Serviciu de hospice cu voluntari
Îngrijire la domiciliu	Medici de familie, echipe comunitare de nursing		Hospice cu internare
			Echipe de îngrijiri paliative la domiciliu, centre de zi



Figura 3. Formele îngrijirii paliative

IMPORTANT!

Asistentul medical trebuie să înțeleagă particularitățile de îngrijire oferite la fiecare nivel de prestare a îngrijirilor paliative și să recomande pacientului tipul de servicii reieșind din necesitățile acestuia.

CAPITOLUL II.

PROCESUL DE NURSING ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

2.1. Nursing în context paliativ – principii și tipuri

Nursingul în context paliativ reprezintă o componentă esențială a îngrijirii centrate pe persoană, orientată spre ameliorarea suferinței și menținerea calității vieții pacienților cu boli cronice progresive, incurabile sau amenințătoare de viață. Asistentul medical are un rol strategic, deoarece se află în contact direct și continuu cu pacientul, observă evoluția simptomelor și se va implica nemijlocit în managementul acestora, va identifica nevoile exprimate și neexprimate verbal ale pacientului, va susține comunicarea terapeutică și va facilita continuitatea îngrijirii, prin protejarea demnității pacientului și sprijinirea familiei.

Literatura de specialitate demonstrează că toți asistenții medicali trebuie să dețină competențe de bază în îngrijirea paliativă pentru a contribui eficient la managementul simptomelor și la îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boli limitatoare de viață [30]. În același timp, asistenții medicali implicați nemijlocit în îngrijiri paliative, trebuie să dețină competențe specifice în comunicare, managementul simptomelor, sprijin psihoemoțional, îngrijire spirituală, colaborare interdisciplinară, planificarea îngrijirii și susținerea familiei.

Nursingul paliativ trebuie să se focalizeze pe îngrijirea centrată pe nevoile pacientului, având la baza organizării activitățile sale următoarele principii:

- ✓ **Respectul pentru demnitatea și autonomia pacientului.** Respectarea drepturilor și alegerilor pacientului, inclusiv decizia de a accepta sau refuza anumite tratamente sau intervenții. Asistentul medical trebuie să asculte și să sprijine alegerile pacientului, menținându-se respectul și intimitatea.
- ✓ **Abordarea holistică.** Îngrijirea nu se limitează numai la simptomele fizice, ci include aspectele emoționale, psihologice, sociale și spirituale ale pacientului. Această abordare integrată asigură o îngrijire completă și personalizată, permite identificarea factorilor care influențează suferința totală și contribuie la elaborarea unui plan de îngrijire individualizat, centrat pe confort, siguranță și calitatea vieții.
- ✓ **Controlul simptomelor și managementul durerii.** Asigurarea confortului pacientului prin gestionarea eficientă a durerii și a altor simptome, pentru a-i îmbunătăți calitatea vieții, constituie un domeniu prioritar al nursingului paliativ. Acesta include evaluarea sistematică, monitorizarea și intervenția asupra durerii, dispneei, fatigabilității, greții, constipației, anxietății, tulburărilor de somn, delirului și altor manifestări care afectează confortul pacientului. Intervențiile de nursing trebuie să fie bazate pe evaluări standardizate, pe observarea modificărilor stării clinice și pe colaborarea permanentă cu medicul și ceilalți membri ai echipei. În îngrijirea paliativă la domiciliu, asistentul medical are responsabilitatea de a instrui pacientul și familia privind recunoașterea simptomelor de alarmă, administrarea corectă a tratamentului prescris și aplicarea măsurilor non-farmacologice de confort.
- ✓ **Comunicare deschisă și sinceră.** Menținerea unui dialog clar și empatic cu pacientul și familia, furnizând informații adecvate și sprijin pentru luarea deciziilor. Comunicarea eficientă în context paliativ presupune ascultare activă, empatie, respectarea valorilor pacientului, sensibilitate

culturală și capacitatea de a susține conversații dificile despre prognostic, preferințe de îngrijire, limitarea intervențiilor disproporționate și planificarea anticipată a îngrijirii.

- ✓ **Sprijin emoțional și psihologic pacientului.** Oferirea de sprijin pentru a ajuta pacientul să facă față situației, fricii, anxietății și durerii emoționale. Asistentul medical este adesea profesionistul care identifică fricile pacientului, dificultățile în relația lui cu familia, nevoia de clarificare a anumitor informații și posibilele conflicte sau percepții greșite privind obiectivele îngrijirii.
- ✓ **Sprijin pentru familie și îngrijitori.** Boala avansată produce impact nu doar asupra pacientului, ci și asupra familiei, generând epuizare, anxietate, incertitudine financiară, dificultăți de îngrijire la domiciliu și risc de doliu complicat. O dimensiune distinctă a nursingului paliativ este sprijinul acordat familiei. Oferirea de informații, suport și consiliere pentru membrii familiei, pentru a-i ajuta să participe activ și să gestioneze situația. Prin educație, consiliere și monitorizare, asistentul medical contribuie la pregătirea familiei pentru îngrijirea de zi cu zi și recunoașterea la timp a semnelor de agravare.
- ✓ **Respectarea drepturilor pacientului la sfârșitul vieții.** Asigurarea unui mediu de îngrijire care respectă dorințele pacientului privind finalul vieții, inclusiv planificarea avansată a îngrijirii și deciziile legate de tratament. Respectarea autonomiei pacientului, a demnității umane și a dreptului la decizie constituie repere etice și legale majore ale practicii paliative. Este importantă protejarea intimității și confidențialității pacientului în toate aspectele îngrijirii.
- ✓ **Colaborare interdisciplinară.** Lucrul în echipă cu medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali și alți specialiști pentru a oferi o îngrijire holistică și coordonată. Pacientul aflat în îngrijire paliativă necesită suport coerent, planificat și adaptat evoluției bolii, indiferent de locul în care primește serviciile. Asistentul medical contribuie la continuitatea îngrijirii prin monitorizarea periodică a stării pacientului, documentarea intervențiilor, comunicarea cu medicul de familie, echipa specializată de îngrijiri paliative și alte servicii implicate. Coordonarea eficientă reduce riscul de fragmentare a îngrijirii, previne spitalizările evitabile și susține menținerea pacientului la domiciliu atunci când aceasta corespunde dorințelor sale și condițiilor clinice. În cadrul echipei multidisciplinare, asistentul medical are un rol de legătură între pacient, familie și ceilalți specialiști, contribuind la evaluarea multidimensională, implementarea planului de îngrijire și ajustarea intervențiilor în funcție de evoluția pacientului.
- ✓ **Promovarea calității vieții.** Scopul principal este de a maximiza confortul și satisfacția pacientului, chiar și în condiții de boală incurabilă sau terminală.

În acest capitol sunt abordate aspectele privind organizarea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova, inclusiv criteriile de selectare a prestatorilor de servicii, precum și drepturile și obligațiile acestora. Cerințele de bază privind organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijiri paliative sunt stabilite prin Standardul Național de Îngrijiri Paliative, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 884 din 30.12.2010. Acest document normativ stabilește principiile de organizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cerințele față de prestatorii de servicii și reprezintă un reper important pentru asigurarea calității, accesibilității și continuității îngrijirilor paliative în Republica Moldova. Tipurile nursingului paliativ pot fi apreciate reieșind din mai multe criterii, și anume: (1) în dependență de momentul inițierii intervenției, (2) reieșind din nivelul de complexitate al nevoilor și (3) în dependență de locul prestării serviciilor (vezi tabelul 2).

(1) În dependență de *momentul inițierii* distingem:

1. *Îngrijirile paliative precoce* sunt inițiate din fazele timpurii ale bolii, concomitent cu tratamentele cu intenție curativă, de control al bolii sau de prelungire a supraviețuirii. Acestea urmăresc controlul simptomelor, suportul psihosocial, menținerea funcționalității și pregătirea progresivă a pacientului și familiei pentru posibilele schimbări ale stării de sănătate.
2. *Îngrijirile paliative de sfârșit de viață* sunt acordate în perioada terminală a bolii și se concentrează predominant pe confort, demnitate, reducerea suferinței, sprijinirea familiei și respectarea preferințelor pacientului privind locul și modul de îngrijire.

(2) După *nivelul de complexitate*, nursingul paliativ poate include:

1. *Îngrijirile paliative de bază (generale)* pot fi oferite de profesioniștii din serviciile generale de sănătate, inclusiv de asistenții medicali din asistența medicală primară sau/și comunitară, spitale sau servicii de îngrijire la domiciliu, cu condiția deținerii competențelor necesare pentru evaluarea și îngrijirea pacienților cu nevoi paliative. În cadrul nursingului paliativ general, personalul medical aplică intervenții fundamentale precum: evaluarea și controlul durerii, monitorizarea simptomelor, sprijinul emoțional de bază și comunicarea empatică cu pacientul și familia. Deși nu presupune intervenții complexe sau managementul cazurilor severe, acest nivel de îngrijire este esențial pentru identificarea precoce a nevoilor paliative și pentru inițierea unui suport adecvat.
2. *Îngrijirile paliative specializate* sunt necesare în situațiile în care pacientul prezintă simptome severe, multiple sau dificil de controlat, suferință psihosocială complexă, nevoi spirituale intense ori situații familiale și etice dificile. Nursingul paliativ specializat reprezintă forma avansată de îngrijire paliativă furnizată de echipe medicale cu pregătire specifică în domeniul medicinei și îngrijirilor paliative. Acest nivel de îngrijire este destinat pacienților care necesită intervenții multidisciplinare structurate și o abordare clinică avansată pentru controlul simptomelor și optimizarea calității vieții. Acest tip de nursing este realizat în cadrul echipelor specializate în medicină paliativă și implică gestionarea cazurilor cu grad crescut de complexitate, inclusiv durere refractară, dispnee severă, delir, anxietate intensă sau alte simptome dificil de controlat prin metode standard. Intervențiile sunt individualizate și pot include analgezia avansată, medicație complexă, suport psihosocial și spiritual integrat.

(3) După *locul prestării serviciilor*, nursingul paliativ poate fi realizat: în spital, în hospice sau unități specializate, la domiciliu și în comunitate. Alegerea formei de îngrijire depinde de starea clinică a pacientului, nivelul de dependență, complexitatea simptomelor, disponibilitatea resurselor, capacitatea familiei de a participa la îngrijire și preferințele exprimate de pacient.

1. *Nursing paliativ în hospice* - reprezintă o formă specializată de îngrijire destinată pacienților aflați în stadii avansate ale bolii, în unități dedicate, unde accentul este pus pe nevoile complexe ale pacientului și pe asigurarea unei îngrijiri continue, personalizate și umane. În cadrul serviciilor de tip hospice, abordarea este una intensivă a calității vieții, ceea ce înseamnă monitorizarea permanentă a simptomelor, ajustarea rapidă a intervențiilor terapeutice și oferirea unui suport psihologic și spiritual constant. Se urmărește reducerea suferinței în toate dimensiunile sale, precum și crearea unui mediu cât mai liniștit și demn pentru pacient în ultima etapă a vieții. În acest context, echipa de nursing din hospice are rolul de a asigura îngrijire continuă, de a adapta

intervențiile în funcție de evoluția clinică și de a oferi sprijin constant pacientului și familiei, menținând demnitatea și confortul ca priorități fundamentale ale actului de îngrijire.

2. *Nursing paliativ spitalicesc.* Nursingul paliativ spitalicesc reprezintă forma de îngrijire paliativă integrată în cadrul instituțiilor medicale, fiind aplicată în secții precum oncologie, medicină internă, terapie intensivă sau alte unități clinice unde sunt tratați pacienți cu boli grave și evoluție progresivă. Acest tip de îngrijire are rolul de a *completa tratamentele curative sau de susținere prin intervenții orientate spre ameliorarea suferinței și îmbunătățirea calității vieții.*

Un element definitoriu al nursingului paliativ spitalicesc este managementul simptomelor acute, inclusiv durerea severă, dispneea, delirul, greața sau alte manifestări clinice care necesită intervenții rapide și specializate. Intervențiile sunt realizate în contextul unei monitorizări continue și permit ajustarea promptă a tratamentului, în funcție de evoluția stării pacientului.

Literatura de specialitate evidențiază că, integrarea îngrijirilor paliative în mediul spitalicesc contribuie la optimizarea controlului simptomelor, la reducerea duratei spitalizării și la evitarea intervențiilor invazive nejustificate în stadii avansate ale bolii [31]. OMS subliniază necesitatea includerii serviciilor de îngrijiri paliative în toate nivelurile sistemului de sănătate, inclusiv în spitale, pentru a asigura accesul echitabil la îngrijire și continuitatea acesteia [16,19].

3. *Nursing paliativ la domiciliu* este oferit de către asistentele medicale cu pregătire în îngrijirea paliativă, care asigură un nivel optim de îngrijire a pacientului în mediul său domestic, reieșind din nevoile identificate. Asistentul medical va avea un rol esențial în evaluarea periodică a stării pacientului, educarea familiei, managementul simptomelor și prevenirea complicațiilor și coordonarea îngrijirii cu alți specialiști din cadrul echipei multidisciplinare. Mai detaliat despre acest tip de nursing vom descrie paragrafele ulterioare ale acestei lucrări.

În toate formele și nivelurile de nursing paliativ, responsabilitatea asistentului medical constă în asigurarea unei îngrijiri competente, sigure, continue și pline de compasiune. Prin evaluare riguroasă, intervenții individualizate, comunicare empatică, educație pentru pacient și familie și colaborare interdisciplinară, nursingul paliativ contribuie decisiv la reducerea suferinței, menținerea demnității și îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu boli amenințătoare de viață.

2.2. Organizarea serviciilor de nursing paliativ la domiciliu

Nursingul paliativ la domiciliu reprezintă o formă de îngrijire acordată pacientului în mediul obișnuit de viață, având ca scop principal menținerea confortului, controlul simptomelor și susținerea calității vieții în contextul bolilor amenințătoare de viață. Acest tip de îngrijire permite pacientului să rămână într-un spațiu cunoscut, reducând stresul asociat spitalizării și favorizând o stare de siguranță emoțională și psihologică.

Un element central al acestui model este accentul pus pe confortul pacientului și pe implicarea activă a familiei în procesul de îngrijire. Familia devine parte integrantă a echipei de suport, fiind instruită și ghidată de personalul medical pentru a contribui la îngrijirea de bază, monitorizarea simptomelor și asigurarea unui mediu cât mai stabil și liniștit pentru pacient.

Literatura de specialitate evidențiază că, îngrijirea paliativă la domiciliu este asociată cu un grad mai mare de satisfacție al pacienților și familiilor, precum și cu o mai bună percepție asupra calității vieții, în special atunci când este integrată în mod coordonat cu serviciile comunitare și echipele specializate [15, 20]. Recomandările OMS subliniază importanța dezvoltării serviciilor de

îngrijiri la domiciliu ca parte a sistemelor integrate de Îngrijiri paliative, pentru a asigura continuitatea îngrijirii și respectarea preferințelor pacientului [16, 19]. Ghidurile de calitate în îngrijiri paliative accentuează că serviciile trebuie să fie sigure, fiabile, accesibile persoanelor cu boli grave și aplicabile în toate mediile de îngrijire, inclusiv la domiciliu.

Serviciile de nursing paliativ la domiciliu trebuie organizate pe baza unui model centrat pe pacient și familie. În acest model, pacientul este considerat beneficiarul principal al îngrijirii, iar familia sau îngrijitorii informali sunt recunoscuți ca parteneri activi în procesul de îngrijire (Figura 4). Această abordare presupune evaluarea multidimensională a nevoilor pacientului, elaborarea unui plan individualizat de îngrijire, implementarea intervențiilor de nursing, monitorizarea evoluției clinice și adaptarea continuă a îngrijirilor în funcție de modificările stării de sănătate.

Din punct de vedere structural, serviciile de nursing paliativ la domiciliu sunt organizate în jurul unei *echipe interdisciplinare*, care poate include medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, voluntari și, după caz, consilieri spirituali. Coordonarea eficientă a acestor profesioniști este esențială pentru evaluarea completă a pacientului și pentru elaborarea unui plan individualizat de îngrijire, adaptat evoluției bolii și preferințelor pacientului.

Un element-cheie al organizării îl constituie evaluarea inițială și continuă a pacientului, care include identificarea nevoilor *fizice, psihologice, sociale și spirituale*. Pe baza acestei evaluări se stabilește *planul de îngrijire*, care trebuie revizuit periodic și ajustat în funcție de modificările clinice. Literatura de specialitate subliniază importanța utilizării unor protocoale standardizate și a instrumentelor validate pentru evaluarea simptomelor și monitorizarea evoluției pacientului [32]. Organizarea eficientă a serviciilor de nursing paliativ la domiciliu presupune asigurarea continuității îngrijirii prin planificarea riguroasă a intervențiilor și adaptarea acestora la evoluția stării pacientului. Accentul este pus pe coordonarea activităților de îngrijire la nivelul echipei și pe menținerea unui flux constant de monitorizare și reevaluare, în vederea răspunsului prompt la modificările clinice și schimbările din nevoile esențiale ale pacientului.

Un alt aspect important îl reprezintă *implicarea familiei în procesul de îngrijire*. Membrii familiei sunt instruiți pentru a participa activ la îngrijirea pacientului, fiind susținuți prin educație, consiliere și acces la resurse de suport. Această colaborare contribuie la menținerea confortului pacientului și la îmbunătățirea experienței globale a îngrijirii.

În concluzie, organizarea serviciilor de nursing paliativ la domiciliu presupune o abordare integrată, coordonată și flexibilă, bazată pe colaborare interdisciplinară, evaluare continuă și adaptare la nevoile pacientului și familiei, contribuind semnificativ la creșterea calității vieții în contextul bolilor avansate.

IMPORTANT!

Asistentul medical implicat în îngrijirea paliativă trebuie să aplice permanent principiile abordării holistice în organizarea asistenței. Conținutul îngrijirii acordate va varia mereu, în dependență de momentul inițierii, locul prestării și nivelul de complexitate serviciilor. Însă scopul final al acestor servicii va fi același: menținerea confortului, controlul simptomelor și susținerea calității vieții pacientului aflat în îngrijire paliativă

ORGANIZAREA SERVICIILOR DE NURSING PALIATIV LA DOMICILIU

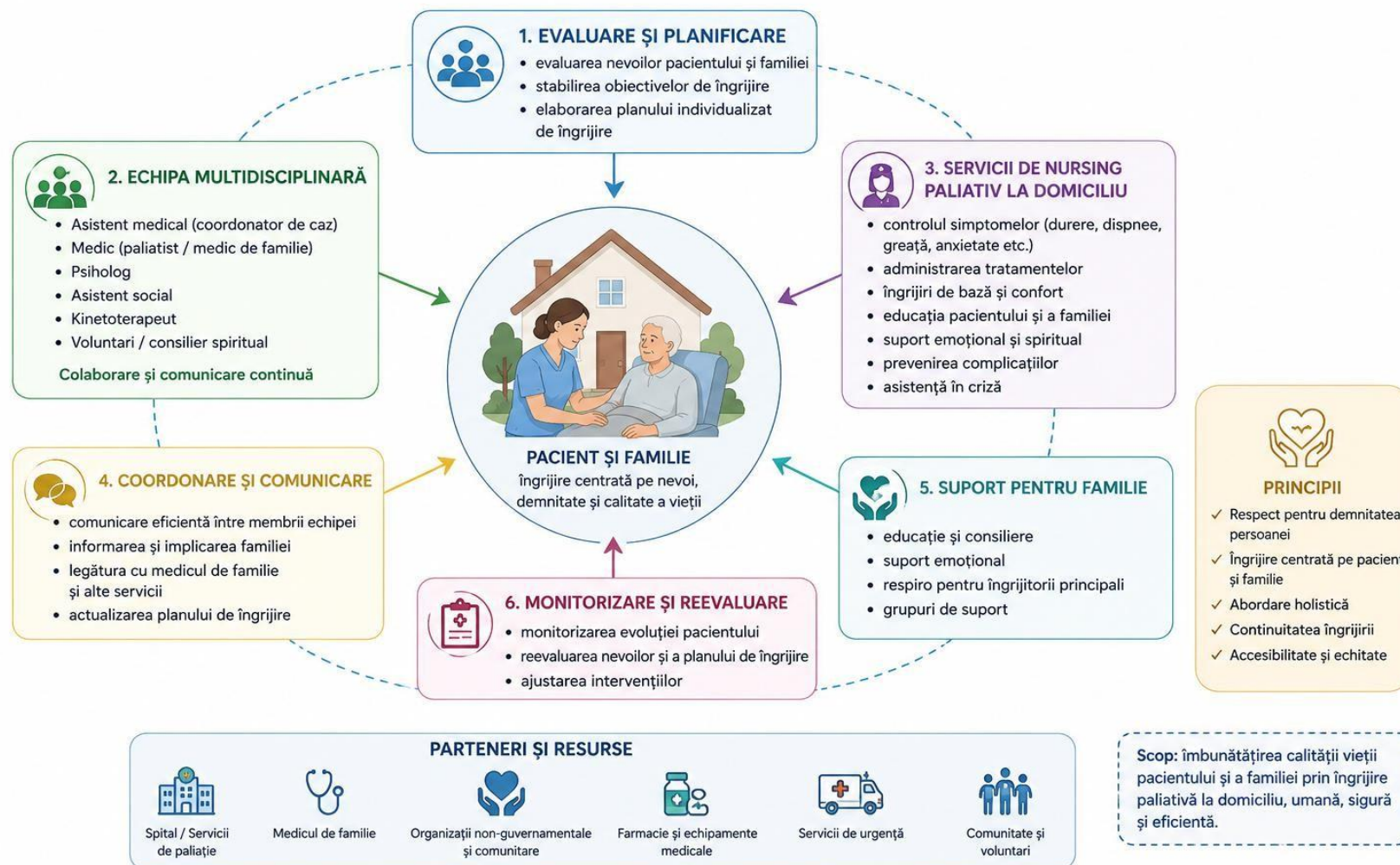


Figura 4. Organizarea serviciilor de nursing la domiciliu

2.3. Abordarea holistică și colaborarea interdisciplinară

Îngrijirea pacientului la final de viață trebuie efectuată printr-un model de îngrijire holistică, centrat pe pacient ca persoană complexă, cu nevoile sale fizice, medicale, psihologice și sociale.

În lipsa unei abordări holistice, relația personal medical – pacient devine una tehnică, care nu poate corespunde complexității umane. Pe când, perspectiva holistică pune în centrul îngrijirii ființa umană în complexitatea sa – nu doar corpul afectat, dar și mintea, emoțiile, spiritul, promovând o relație profund umană dintre lucrătorul medical și pacient, bazată pe comunicare autentică și respect reciproc.

Modelul îngrijirii holistice are la bază ideea tratării persoanei, nu doar a simptomelor bolii. Acesta implică îngrijire umanizată și personalizată, în care se evită intervențiile excesiv de invazive sau nepotrivite, cu respectarea demnității umane. Astfel, îngrijirea se realizează prin prisma umanistă, din ideea că vindecarea începe, înainte de toate prin ascultare, înțelegere și respect pentru cei aflați în suferință. Totodată, ghidurile OMS subliniază necesitatea abordării multidimensionale a nevoilor pacientului, incluzând suportul emoțional, social și spiritual ca componente fundamentale ale îngrijirii [16, 19, 33].

Această abordare a fost promovată pentru prima dată de Cecilia Saunders prin noțiunea de „*durere totală*”, care descrie suferința ca rezultat al interacțiunii dintre *dimensiunile fizică, psihologică, socială și spirituală* ale experienței pacientului. Această perspectivă a determinat o schimbare de paradigmă în medicină, deplasând accentul de la boală la persoana pacientului și la experiența sa subiectivă [11, 22]. Astfel, apare noțiunea de *abordare multidisciplinară*, îngrijirea fiind realizată de echipe formate din medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, consilieri spirituali și voluntari, care colaborează pentru a răspunde nevoilor complexe ale pacientului și familiei. Această abordare permite integrarea tuturor dimensiunilor suferinței, în concordanță cu conceptul de „durere totală” și contribuie la furnizarea unei îngrijiri personalizate și centrate pe pacient. Acest principiu reflectă complexitatea experienței bolii și recunoaște faptul că suferința pacientului nu este exclusiv de natură biologică, ci rezultă din interacțiunea mai multor factori interdependenți [33]. Astfel, asistentul medical are responsabilitatea de a realiza o evaluare comprehensivă a pacientului, de a identifica nevoile multidimensionale și de a implementa intervenții individualizate, contribuind astfel la menținerea demnității și la îmbunătățirea experienței pacientului pe parcursul bolii.

Evaluarea holistică presupune colectarea sistematică și continuă a datelor privind starea globală a pacientului, incluzând *dimensiunea fizică* (durere, dispnee, fatigabilitate, tulburări de somn, limitări funcționale), *dimensiunea psihologică* (anxietate, depresie, distres emoțional, teamă), *dimensiunea socială* (relații familiale, nivel de suport social, capacitatea de adaptare a familiei și rolurile sociale afectate) și *dimensiunea spirituală* (sensul vieții, speranță, valori personale și credințe). În cadrul îngrijirilor paliative, această evaluare nu are un caracter punctual, ci unul dinamic, fiind repetată periodic pentru a reflecta evoluția clinică și schimbările în nevoile pacientului și familiei.

Abordarea integrată a acestor dimensiuni permite identificarea precoce a problemelor complexe și interdependente, care nu pot fi evidențiate printr-o evaluare strict biomedicală. În acest sens, evaluarea holistică facilitează formularea unor diagnostice de nursing mai precise și fundamentate, contribuind la elaborarea unor planuri de îngrijire individualizate, adaptate evoluției bolii și priorităților pacientului. De asemenea, această abordare este asociată cu îmbunătățirea

calității vieții, creșterea satisfacției pacientului și a familiei și optimizarea intervențiilor de îngrijire în cadrul echipei multidisciplinare [15, 29].

Un element esențial al evaluării holistice îl reprezintă caracterul său dinamic, continuu și adaptiv, determinat de *particularitățile evolutive ale stării pacientului în cadrul îngrijirilor paliative*, unde modificările clinice pot fi frecvente și rapide, iar nevoile de îngrijire se schimbă constant. Din această perspectivă, evaluarea nu este un act unic, ci un proces repetitiv de monitorizare și actualizare, care permite identificarea timpurie a noilor probleme și ajustarea intervențiilor în funcție de prioritățile pacientului și ale familiei.

În acest context, este important să evidențiem rolul echipei interdisciplinare în evaluarea și intervenția asupra tuturor dimensiunilor suferinței, subliniind importanța colaborării între profesioniști din diverse domenii [15,29].

Colaborarea interdisciplinară reprezintă un element esențial în organizarea și furnizarea îngrijirilor paliative, având ca obiectiv integrarea competențelor profesionale diverse pentru a răspunde complexității nevoilor pacientului. Aceasta presupune cooperarea structurată și continuă între diferiți specialiști, în vederea elaborării și implementării unui plan de îngrijire unitar, centrat pe pacient și familie. Acest model de colaborare contribuie la îmbunătățirea controlului simptomelor, la creșterea satisfacției pacientului și familiei și la optimizarea utilizării resurselor sistemului de sănătate [28, 29].

Literatura de specialitate evidențiază faptul că eficiența îngrijirilor paliative este semnificativ crescută atunci când acestea sunt realizate de echipe interdisciplinare, formate din diferiți specialiști, fiecare contribuind cu expertiza specifică la planul de îngrijire [25, 29]. Studiile arată că acest tip de colaborare permite o evaluare mai completă a nevoilor pacientului și o mai bună coordonare a intervențiilor terapeutice, ceea ce duce la îmbunătățirea rezultatelor clinice și a satisfacției pacientului și familiei [25, 31]. Dezvoltarea echipelor interdisciplinare în cadrul serviciilor de îngrijiri paliative este clar stipulată și în recomandările elaborate de OMS, această abordare fiind promovată ca mecanism fundamental pentru asigurarea calității și continuității îngrijirii paliative [16, 18, 19]. De asemenea, standardele europene în îngrijiri paliative evidențiază necesitatea colaborării structurate între profesioniști și a comunicării eficiente în cadrul echipei, ca element central al practicii paliative moderne [15].

Lucrul în echipă interdisciplinară presupune colaborarea coordonată a profesioniștilor din domenii complementare pentru evaluarea complexă a pacientului și furnizarea unor intervenții integrate, adaptate nevoilor fizice, psihologice, sociale și spirituale. Acest model de îngrijire are ca obiectiv principal asigurarea unei abordări unitare, centrate pe pacient, care să optimizeze calitatea vieții și să reducă suferința în toate dimensiunile sale. În practică, echipa interdisciplinară poate include medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali, terapeuți și alți specialiști, fiecare contribuind cu expertiza specifică la îngrijirea pacientului. Asistentul medical are un rol central în această echipă, asigurând legătura între pacient, familie și ceilalți profesioniști, monitorizând evoluția clinică și facilitând implementarea planului de îngrijire.

Colaborarea interdisciplinară poate fi eficientă doar prin o relaționare internă corectă, care implică mecanisme funcționale de comunicare și coordonare între membrii echipei, stabilirea clară a rolurilor și responsabilităților fiecărui membru al echipei și participarea activă la procesul decizional. Informațiile privind starea pacientului, tratamentul prescris, simptomele observate, preferințele de îngrijire, riscurile identificate și intervențiile realizate trebuie transmise în timp util tuturor profesioniștilor implicați. Lipsa comunicării poate conduce la fragmentarea îngrijirii,

intervenții contradictorii, suprasolicitarea familiei și creșterea riscului de spitalizări evitabile. În acest sens, modelele moderne de organizare a serviciilor de îngrijiri paliative promovează colaborarea structurată și leadership-ul clinic, ca elemente-cheie pentru asigurarea calității îngrijirii [31, 34].

Un aspect esențial al colaborării interdisciplinare îl constituie *organizarea procesului decizional* în cadrul echipei. Luarea deciziilor trebuie să fie bazată pe evaluări clinice obiective, dar și pe valorile și preferințele pacientului, ceea ce implică participarea activă a tuturor membrilor echipei și, după caz, a familiei. Pentru aceasta, sunt esențiale întâlnirile periodice de echipă, în cadrul cărora se discută evoluția cazurilor, se ajustează planurile de îngrijire și se previn discontinuitățile în managementul cazului respectiv [35].

În cadrul îngrijirilor paliative, colaborarea echipei interdisciplinare se extinde dincolo de structura internă a serviciului și implică interacțiunea funcțională cu actorii relevanți ai sistemului de sănătate, inclusiv nursingul spitalicesc, medicina de familie, medicina comunitară și serviciile de tip hospice. Această colaborare are ca scop asigurarea continuității îngrijirii, facilitarea accesului pacientului la servicii adecvate și adaptarea intervențiilor la contextul socio-familial. Medicul de familie are un rol central în coordonarea îngrijirilor la nivel comunitar, monitorizarea evoluției pacientului și menținerea legăturii cu echipele specializate, în timp ce nursingul comunitar contribuie la implementarea intervențiilor la domiciliu și la supravegherea zilnică a pacientului.

Colaborarea interdisciplinară presupune, de asemenea existența unor trasee clare de referire către servicii specializate. De asemenea, integrarea serviciilor de tip hospice și a altor structuri specializate în îngrijiri paliative permite transferul adecvat al pacienților cu nevoi complexe și accesul la îngrijiri avansate. Atunci când pacientul prezintă durere necontrolată, dispnee severă, delir, suferință psihologică intensă, probleme sociale complexe, conflicte familiale sau dileme etice, cazul trebuie discutat în echipă și, după necesitate, referit către specialiști cu competențe avansate în îngrijiri paliative.

Colaborarea interdisciplinară constituie o condiție indispensabilă pentru furnizarea unor îngrijiri paliative eficiente, coerente și centrate pe nevoile complexe ale pacientului, contribuind la îmbunătățirea calității vieții și la reducerea suferinței, ceea ce este reflectat în figura 5.

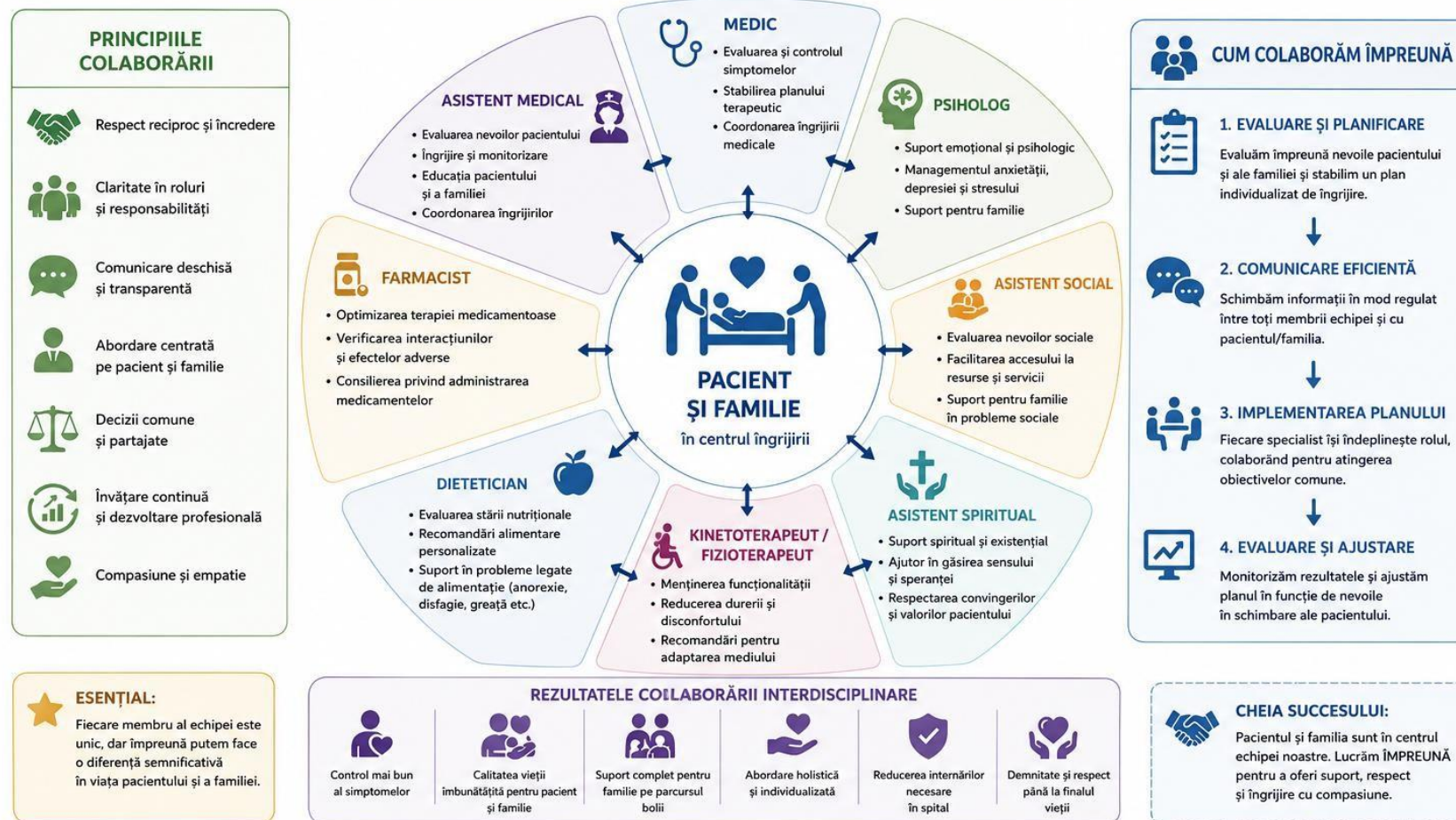
Atenționăm că, asistentul medical are un rol-cheie în cadrul echipei interdisciplinare, participând la evaluarea pacientului, implementarea planului de îngrijire și comunicarea continuă cu ceilalți membri ai echipei, contribuind astfel la asigurarea unei îngrijiri coerente, personalizate și de înaltă calitate.

IMPORTANT!

Îngrijirea paliativă este o muncă doar în echipă, pentru a putea răspunde complexității nevoilor pacientului. Asistentul medical implicat în îngrijirea paliativă trebuie să fie în permanentă colaborare cu diferiți specialiști, în vederea elaborării și implementării unui plan de îngrijire unitar, interdisciplinar, centrat pe nevoile concrete ale pacientului și familiei lui.

COLABORAREA INTERDISCIPLINARĂ ÎN CADRUL ECHIPELOR DE ÎNGRIJIRE PALIATIVĂ

Împreună oferim îngrijire completă, centrată pe pacient și familie, pentru o calitate mai bună a vieții.



Îngrijirea paliativă este o muncă în echipă. Împreună aducem alinare, speranță și sprijin acolo unde este cea mai mare nevoie.

Figura 5. Abordarea holistică și colaborarea interdisciplinară în echipele de îngrijiri paliative

2.4 Documentarea și planificarea îngrijirilor paliative la domiciliu

Documentarea îngrijirilor constituie o condiție obligatorie pentru calitatea și siguranța serviciilor de nursing paliativ la domiciliu. Fiecare vizită trebuie consemnată în fișa pacientului, cu menționarea datei, stării clinice, simptomelor evaluate, intervențiilor efectuate, tratamentelor administrate, recomandărilor oferite, reacțiilor pacientului, instruirii familiei și eventualele modificări ale planului de îngrijire. Documentația trebuie să permită urmărirea evoluției pacientului, continuitatea intervențiilor, comunicarea între membrii echipei și evaluarea calității serviciilor prestate. Ghidurile de calitate în îngrijiri paliative subliniază importanța proceselor standardizate, a continuității îngrijirii și a practicilor sigure în toate mediile de prestare a serviciilor.

Pentru ca echipa interdisciplinară să funcționeze eficient, trebuie să fie stabilite și respectate proceduri interne privind comunicarea, documentarea, transmiterea informațiilor, convocarea discuțiilor de caz, gestionarea situațiilor urgente și monitorizarea calității îngrijirii. Documentarea comună sau accesibilă membrilor echipei contribuie la continuitatea îngrijirii și permite urmărirea evoluției pacientului, a intervențiilor realizate și a rezultatelor obținute. În același timp, întâlnirile periodice de echipă sau discuțiile de caz permit ajustarea planului de îngrijire, prevenirea suprapunerii intervențiilor și clarificarea responsabilităților profesionale.

Evaluarea inițială constituie baza organizării îngrijirilor de nursing paliativ la domiciliu. Aceasta trebuie să includă aprecierea stării generale a pacientului, nivelului de funcționalitate, simptomelor dominante, durerii, statusului nutrițional și de hidratare, riscului de escare, mobilității, capacității de comunicare, nevoilor psihologice, sociale și spirituale, precum și a condițiilor locative și a resurselor familiale disponibile. De asemenea, este necesară evaluarea îngrijitorului principal, inclusiv a capacității acestuia de a participa la îngrijire, a nivelului de înțelegere a bolii, a gradului de suprasolicitare și a necesității de instruire suplimentară. Această abordare corespunde cadrului multidimensional promovat de ghidurile de calitate în îngrijiri paliative, care includ domenii fizice, psihologice, sociale, spirituale, culturale, etice și structurale ale îngrijirii.

Accesul pacientului la serviciile de nursing paliativ la domiciliu se realizează pe baza unor *criterii clinice, funcționale și psihosociale* clar definite. Acestea pot include existența unei boli progresive, incurabile sau amenințătoare de viață, prezența simptomelor care necesită monitorizare și intervenție, limitarea capacității de deplasare, nevoia de suport pentru activitățile de autoîngrijire, necesitatea instruirii familiei și preferința pacientului de a primi îngrijiri în mediul propriu de viață. În conformitate cu recomandările internaționale, îngrijirea paliativă nu trebuie limitată la ultimele zile de viață, ci trebuie inițiată în funcție de nevoile pacientului.

Colaborarea interdisciplinară trebuie să fie organizată în jurul unui *plan individualizat de îngrijire*, care reprezintă instrumentul principal de coordonare a serviciilor de nursing paliativ la domiciliu. Acesta trebuie elaborat pe baza evaluării inițiale și revizuit periodic sau ori de câte ori apar modificări semnificative ale stării pacientului. Aceste planuri permit corelarea evaluării simptomelor cu obiectivele de îngrijire și cu intervențiile specifice, asigurând continuitatea și personalizarea actului de îngrijire. Astfel, *planul de îngrijire* va include problemele identificate, obiectivele și intervențiile de nursing, frecvența vizitelor la domiciliu, responsabilitățile membrilor echipei, intervențiile educaționale pentru familie, măsurile de prevenire a complicațiilor și procedurile de reacție în situații de urgență sau agravare clinică. Recomandările OMS privind planificarea serviciilor paliative evidențiază necesitatea unor servicii organizate, integrate și adaptate contextului local, cu mecanisme clare de coordonare și continuitate a îngrijirii.

Incluziunea pacientului și a familiei în planificarea îngrijirilor reprezintă unul dintre principiile fundamentale ale practicii contemporane în îngrijirile paliative, fiind strâns legată de modelul de îngrijire centrat pe persoană și pe familie. În această perspectivă, pacientul nu mai este perceput ca un receptor pasiv al serviciilor medicale, ci ca un partener activ, ale cărui valori, preferințe și obiective de viață trebuie integrate sistematic în planul de îngrijire

Este important să menționăm că, familia pacientului ocupă un loc central în îngrijirile paliative, fiind considerată nu doar o resursă de sprijin, ci o unitate de îngrijire în sine. Boala avansată afectează întregul sistem familial, modificând rolurile, responsabilitățile și echilibrul emoțional al membrilor săi. Din această perspectivă, familia trebuie integrată activ în procesul de planificare a îngrijirilor, atât ca participant la decizie, cât și ca beneficiar indirect al intervențiilor de suport [9,10]. Implicarea familiei este esențială mai ales în situațiile în care pacientul are capacitate decizională limitată sau fluctuantă.

Rolul familiei include atât suportul emoțional oferit pacientului, cât și contribuția practică la îngrijirea zilnică, în special în contextul îngrijirilor la domiciliu. Familia participă la *monitorizarea simptomelor, la administrarea tratamentului prescris și la asigurarea continuității îngrijirii* între diferitele niveluri ale sistemului de sănătate. În același timp, membrii familiei devin frecvent *îngrijitori informali*, ceea ce poate genera suprasolicitare fizică și emoțională, cunoscută în literatură ca „povara îngrijitorului” [36].

Din acest motiv, *evaluarea nevoilor familiei reprezintă o componentă esențială a procesului de nursing*. Aceste nevoi includ necesități **informaționale** (înțelegerea bolii și a evoluției acesteia), **emoționale** (gestionarea anxietății, fricii, anticipării pierderii), **sociale** (sprijin din partea rețelei familiale și comunitare) și **practice** (abilități de îngrijire, acces la resurse). Identificarea acestor nevoi permite dezvoltarea unor intervenții personalizate care să sprijine atât pacientul, cât și familia acestuia [28, 37].

Consiliul Internațional al Nurselor susține abordarea familiei ca unitate de îngrijire, ceea ce presupune *integrarea sistematică a acesteia în evaluarea, planificarea și implementarea intervențiilor de nursing* [38]. În acest model, planul de îngrijire nu este orientat exclusiv către pacient, ci *include obiective specifice pentru familie*, cum ar fi reducerea stresului, creșterea nivelului de competență în îngrijire și îmbunătățirea capacității de adaptare.

Un aspect esențial al organizării serviciilor îl constituie stabilirea *frecvenței și tipului vizitelor* la domiciliu. Vizitele pot fi programate, în funcție de planul de îngrijire, sau neprogramate, în cazul apariției unor probleme acute. Frecvența vizitelor trebuie adaptată nivelului de complexitate a nevoilor pacientului, severității simptomelor, gradului de dependență, riscului de complicații și capacității familiei de a asigura îngrijirea zilnică. În cazurile stabile, vizitele pot avea caracter de monitorizare, educație și suport, în timp ce pacienții cu simptome necontrolate sau aflați în ultimele zile de viață pot necesita supraveghere mai frecventă și intervenții coordonate cu medicul și echipa specializată.

Un element important al organizării nursingului paliativ la domiciliu este educarea pacientului și a familiei. Aceasta trebuie realizată gradual, adaptat nivelului de înțelegere, valorilor și capacității practice a îngrijitorilor. Temele prioritare includ administrarea corectă a medicamentelor prescrise, monitorizarea durerii și a altor simptome, poziționarea pacientului, prevenirea escarelor, igiena, alimentația și hidratarea, îngrijirea cavității bucale, prevenirea constipației, recunoașterea semnelor de agravare și solicitarea ajutorului în situații de risc. Implicarea și susținerea familiei sunt considerate elemente centrale ale îngrijirii paliative, deoarece

familia face parte din unitatea de îngrijire și poate avea, la rândul ei, nevoi de informare, consiliere și suport.

Serviciile de nursing paliativ la domiciliu trebuie să includă mecanisme de asigurare și îmbunătățire continuă a calității. Acestea pot viza respectarea protocoalelor clinice, utilizarea instrumentelor standardizate de evaluare, instruirea continuă a personalului, supervizarea profesională, analiza cazurilor complexe, evaluarea satisfacției pacientului și familiei, monitorizarea evenimentelor adverse și revizuirea periodică a proceselor de îngrijire. Standardele internaționale privind calitatea îngrijirilor paliative promovează un model structurat, interdisciplinar și centrat pe pacient, aplicabil în toate mediile de îngrijire, inclusiv la domiciliu.

În practică, implementarea incluziunii pacientului și familiei poate fi influențată de multiple bariere. Printre acestea se numără *dificultățile de comunicare, diferențele culturale și valorice, nivelul redus de alfabetizare în sănătate și impactul emoțional al diagnosticului de boală avansată*. De asemenea, limitările sistemului de sănătate și lipsa timpului pot reduce calitatea interacțiunilor dintre profesioniști și beneficiari [15, 27, 28]. Recunoașterea acestor bariere este esențială pentru dezvoltarea unor strategii eficiente de intervenție.

Pentru optimizarea incluziunii pacientului și familiei sunt necesare intervenții multidimensionale. *Educația terapeutică a pacientului și familiei* contribuie la creșterea nivelului de înțelegere și implicare în procesul decizional. În paralel, *dezvoltarea competențelor de comunicare ale personalului medical* și promovarea lucrului în echipă interdisciplinară sunt esențiale pentru asigurarea unei îngrijiri coerente și integrate [39]. Planurile individualizate de îngrijire, bazate pe evaluare holistică, permit integrarea sistematică a preferințelor pacientului și a nevoilor familiei în procesul decizional [37].

Asistentul medical joacă un rol central în facilitarea incluziunii pacientului și familiei în planificarea îngrijirilor. Acesta *realizează evaluarea nevoilor, coordonează comunicarea între pacient, familie și echipa medicală și susține exprimarea preferințelor* pacientului. Rolul de advocacy este deosebit de important, mai ales în situațiile de vulnerabilitate, când există riscul ca dorințele pacientului să nu fie respectate [39]. De asemenea, asistentul medical contribuie la implementarea și monitorizarea planului de îngrijire, adaptându-l în funcție de evoluția clinică și de schimbările apărute în contextul familial.

Evaluarea gradului de incluziune a pacientului și familiei poate fi realizată prin indicatori specifici, precum nivelul de participare la luarea deciziilor, gradul de satisfacție față de îngrijiri și concordanța dintre planul de îngrijire și preferințele exprimate. Monitorizarea acestor indicatori permite identificarea punctelor forte și a ariilor de îmbunătățire, contribuind la creșterea calității îngrijirilor paliative [39]. În concluzie, incluziunea pacientului și a familiei în planificarea îngrijirilor reprezintă o condiție esențială pentru furnizarea unor servicii de calitate, centrate pe nevoile reale ale beneficiarilor și orientate către demnitate, autonomie și calitatea vieții.

IMPORTANT!

În procesul de prestare a îngrijirii paliative la domiciliu, asistentul medical trebuie să aibă ca bază *planul individualizat de îngrijire*, care reprezintă instrumentul principal de coordonare a serviciilor de nursing paliativ la domiciliu. Totodată, îngrijirea paliativă la domiciliu este imposibilă fără implicarea familiei. Asistentul medical va avea ca obligație educarea și includerea familiei în procesul de îngrijire a pacientului la final de viață.

2.5 Diagnostice de nursing în îngrijirea paliativă

Diagnosticile de nursing în îngrijirea paliativă reprezintă judecăți clinice formulate de asistentul medical asupra răspunsurilor pacientului la problemele de sănătate actuale sau potențiale, având rolul de a ghida intervențiile de îngrijire și de a asigura o abordare sistematică și individualizată. În contextul îngrijirilor paliative, aceste diagnostice capătă o complexitate deosebită, deoarece reflectă nu doar aspectele fizice ale bolii, ci și dimensiunile psihologice, sociale și spirituale ale suferinței [40].

Literatura de specialitate evidențiază că utilizarea clasificărilor standardizate, precum cele elaborate de Consiliul Internațional al Nurselor, contribuie la uniformizarea limbajului profesional și la creșterea calității îngrijirii [38]. Aceste sisteme permit identificarea și structurarea diagnosticului de nursing pe baza unor criterii validate, facilitând planificarea intervențiilor și evaluarea rezultatelor.

Formularea diagnosticilor de nursing în cadrul îngrijirilor paliative se bazează pe principii metodologice riguroase, elaborate în cadrul sistemului *NANDA International*, care asigură standardizarea limbajului profesional și coerența procesului decizional.

Un prim principiu fundamental este cel al **clarității și preciziei diagnosticului**, ceea ce presupune utilizarea unor termeni standardizați, recunoscuți internațional, care descriu exact răspunsul uman la o problemă de sănătate, fără ambiguități sau formulări subiective [40, 41].

Un al doilea principiu esențial este **fundamentarea diagnosticului pe date obiective și subiective validate**, obținute prin evaluarea holistică a pacientului. Diagnosticul de nursing nu se bazează pe presupuneri, ci pe date clinice observabile, declarații ale pacientului și analiza sistematică a semnelor și simptomelor, ceea ce asigură acuratețea și relevanța acestuia în procesul de îngrijire [32, 37, 40].

Un alt principiu important îl constituie **structurarea logică a diagnosticului**, conform modelului PES (Problemă – Etiologie – Semne/Simptome), care permite formularea unei relații cauzale între problema identificată, factorii determinanți și manifestările clinice. Această structurare facilitează alegerea intervențiilor de nursing adecvate și crește coerența planului de îngrijire [40, 42].

De asemenea, formularea diagnosticilor NANDA (*International Nursing Knowledge Association – Asociația Internațională a Cunoștințelor despre Nursing*) respectă principiul **individualizării îngrijirii**, ceea ce înseamnă că fiecare diagnostic trebuie adaptat contextului specific al pacientului, ținând cont de vârstă, stadiul bolii, context familial și psihosocial. În acest mod, diagnosticul devine un instrument practic de ghidare a intervențiilor personalizate, nu doar o etichetă clinică generală [41].

Un principiu esențial este **dinamica și actualizarea continuă a diagnosticului de nursing**, deoarece starea pacientului în îngrijirea paliativă este fluctuantă. Diagnosticile trebuie revizuite periodic, în funcție de evoluția clinică și de răspunsul la intervenții, ceea ce asigură adaptarea permanentă a planului de îngrijire și creșterea calității actului de nursing [40, 43].

Procesul complex de stabilire a diagnosticilor în nursing este elucidat în figura 6.

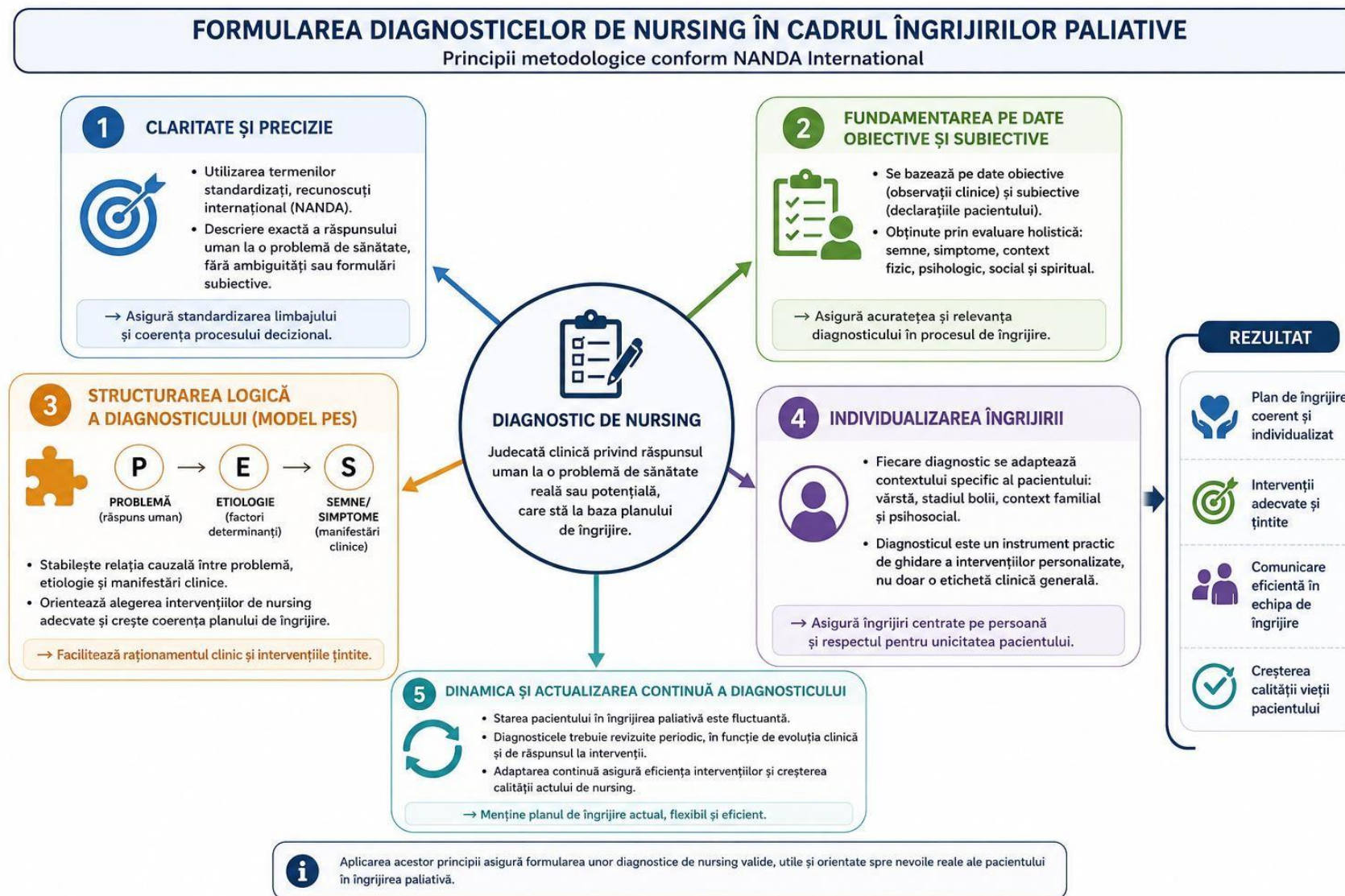


Figura 6. Procesul de formulare a diagnosticilor de nursing

În îngrijirea paliativă, diagnosticele de nursing sunt frecvent orientate spre controlul simptomelor și menținerea confortului, incluzând probleme precum *durerea cronică, alterarea confortului, fatigabilitatea, dezechilibrele nutriționale, anxietatea, depresia, tulburările de somn sau riscul de izolare socială*. De asemenea, sunt frecvent întâlnite diagnostice legate de *suferința spirituală, pierderea sensului existențial sau dificultățile de adaptare la boală*, ceea ce reflectă caracterul multidimensional al îngrijirii paliative [42, 43].

Evaluarea literaturii arată că formularea corectă a diagnosticului de nursing în paliatie necesită o evaluare comprehensivă și continuă a pacientului, utilizând *instrumente validate și observația clinică sistematică*. Identificarea precoce a problemelor și actualizarea permanentă a diagnosticelor contribuie la îmbunătățirea calității vieții pacientului și la eficientizarea intervențiilor de îngrijire [43, 44].

Diagnostiche de nursing în îngrijirea paliativă (conform *NANDA*) se clasifică în [41]:

1. Diagnostiche centrate pe simptomatologie fizică

Diagnostichele de nursing centrate pe simptomatologia fizică în îngrijirea paliativă reprezintă identificarea problemelor clinice actuale ale pacientului, manifestate prin semne și simptome somatice precum durerea, dispneea, fatigabilitatea, tulburările de somn sau dezechilibrele nutriționale, care reflectă impactul direct al bolii asupra funcționării organismului și necesită intervenții de îngrijire orientate spre ameliorarea confortului și menținerea calității vieții.

- *Durere cronică* – asociată cu progresia bolii de bază, manifestată prin expresii verbale și nonverbale de suferință și limitarea funcționalității.
- *Alterarea confortului* – determinată de cumulul simptomelor fizice și psihologice, manifestată prin disconfort generalizat.
- *Fatigabilitate* – legată de procesul patologic avansat, manifestată prin oboseală persistentă și scăderea capacității de efort.
- *Nutriție dezechilibrată*: mai puțin decât necesarul organismului – asociată cu anorexie, greață sau cașexie.
- *Tulburarea tiparului de somn* – determinată de durere, anxietate sau disconfort fizic.
- *Dispnee* – asociată cu afectarea funcției respiratorii în boli avansate.

2. Diagnostiche psihologice și emoționale

Diagnostichele de nursing psihologice și emoționale în îngrijirea paliativă reprezintă identificarea răspunsurilor afective și cognitive ale pacientului la boala avansată, manifestate prin anxietate, teamă, depresie, suferință spirituală sau dificultăți de adaptare, care reflectă impactul psihologic profund al diagnosticului și prognosticului asupra stării emoționale și necesită intervenții de susținere, consiliere și îngrijire centrată pe reducerea distresului emoțional și menținerea echilibrului psihic.

- *Anxietate* – legată de incertitudinea prognosticului și evoluției bolii.
- *Teamă* – asociată cu percepția morții iminente sau a pierderii autonomiei.
- *Depresie / dispoziție depresivă* – determinată de pierderi funcționale și existențiale.
- *Suferință spirituală (distres spiritual)* – legată de pierderea sensului vieții, valori sau credințe.
- *Proces de doliu anticipativ* – la pacient și familie, în contextul prognosticului nefavorabil.

3. Diagnosticke sociale și familiale

Diagnostickele de nursing sociale și familiale în îngrijirea paliativă reprezintă identificarea problemelor și reacțiilor care afectează funcționarea pacientului în contextul relațiilor interpersonale și al mediului social, inclusiv dificultăți de adaptare ale familiei, risc de coping familial ineficient, proces familial perturbat sau izolare socială, care reflectă impactul bolii asupra dinamicii familiale și sociale și necesită intervenții de suport, educație și consiliere pentru menținerea echilibrului relațional și a capacității de îngrijire a pacientului.

- *Izolare socială* – asociată cu limitarea mobilității și retragerea din activități sociale.
- *Risc de coping familial ineficient* – legat de povara îngrijirii pacientului.
- *Proces familial perturbat* – determinat de modificările rolurilor familiale în contextul bolii.

4. Diagnosticke legate de autonomie și funcționalitate

Diagnostickele de nursing legate de autonomie și funcționalitate în îngrijirea paliativă reprezintă identificarea limitărilor pacientului în realizarea activităților zilnice și a gradului de dependență funcțională, manifestate prin deficit de autoîngrijire, mobilitate fizică afectată sau risc de căderi, care reflectă impactul progresiv al bolii asupra capacității de autogestionare și necesită intervenții de îngrijire orientate spre menținerea independenței restante, prevenirea complicațiilor și asigurarea siguranței pacientului.

- *Deficit de autoîngrijire (igienă, alimentație, mobilitate)* – asociat cu deteriorarea progresivă a stării generale.
- *Mobilitate fizică afectată* – determinată de slăbiciune, durere sau fatigabilitate.
- *Risc de căderi* – legat de instabilitate, slăbiciune musculară sau medicație.

5. Diagnosticke de risc specifice îngrijirii paliative

Diagnostickele de risc specifice îngrijirii paliative reprezintă identificarea situațiilor clinice în care pacientul prezintă o vulnerabilitate crescută de a dezvolta complicații secundare evoluției bolii sau intervențiilor terapeutice, cum ar fi riscul de infecție, riscul de afectare a integrității cutanate, riscul de constipație sau riscul de retenție urinară, care necesită intervenții preventive, monitorizare continuă și măsuri de îngrijire orientate spre evitarea apariției complicațiilor și menținerea stabilității clinice.

- *Risc de integritate cutanată afectată* – asociat cu imobilizare prelungită.
- *Risc de infecție* – legat de imunitate scăzută și proceduri invazive.
- *Risc de constipație* – frecvent asociat cu utilizarea opioidă.
- *Risc de retenție urinară* – în context neurologic sau medicamentos.

Un aspect particular al diagnosticelor de nursing în acest domeniu îl constituie caracterul lor dinamic, acestea fiind frecvent revizuite în funcție de evoluția bolii și de schimbările în starea pacientului. În acest sens, procesul de nursing devine un instrument esențial pentru monitorizarea continuă și adaptarea îngrijirii, asigurând coerența și continuitatea intervențiilor.

IMPORTANT!

Diagnostickele de nursing în îngrijirea paliativă constituie un element central al procesului de îngrijire, facilitând identificarea nevoilor complexe ale pacientului și fundamentarea unor intervenții personalizate. Asistentul medical va trebui să fie atent la identificarea precoce a problemelor și actualizarea permanentă a diagnosticelor pentru a menține calitatea vieții pacientului și la eficientizarea intervențiilor de îngrijire.

2.6. Intervențiile asistentului medical

Intervențiile de nursing reprezintă ansamblul acțiunilor clinice, educaționale și de suport realizate de asistentul medical în scopul prevenirii complicațiilor, ameliorării simptomelor și îmbunătățirii stării generale a pacientului. În procesul de nursing, intervențiile constituie etapa operațională prin care diagnosticele de nursing sunt transformate în acțiuni concrete, planificate și individualizate, orientate spre atingerea obiectivelor de îngrijire stabilite [37, 40, 45].

În contextul îngrijirilor paliative, intervențiile de nursing au o dimensiune complexă, deoarece vizează nu doar controlul simptomelor fizice, ci și susținerea psihologică, socială și spirituală a pacientului și familiei. Literatura de specialitate subliniază că îngrijirea paliativă presupune o abordare integrată, centrată pe pacient, în care intervențiile sunt adaptate continuu la evoluția bolii și la nevoile individuale [32, 39, 45].

Asistentul medical este adesea *primul profesionist* care identifică modificările stării pacientului, având un rol important în adaptarea intervențiilor și în comunicarea cu echipa de îngrijire [32, 39]. În același timp, ghidurile internaționale subliniază importanța competențelor de nursing în managementul simptomelor și în susținerea pacientului pe tot parcursul evoluției bolii [38, 39].

Există o relație directă și funcțională *între diagnosticele de nursing și intervențiile de nursing*, acestea din urmă fiind stabilite în funcție de problemele identificate la pacient. Diagnosticul de nursing reprezintă baza decizională pentru planificarea intervențiilor, asigurând coerența și direcționarea procesului de îngrijire.

În practica paliativă, această legătură este esențială, deoarece diagnosticele frecvent întâlnite – precum durerea cronică, anxietatea, dispneea sau deficitul de autoîngrijire – necesită intervenții complexe, continue și adaptate evoluției clinice. Utilizarea clasificărilor standardizate, precum NANDA International, permite corelarea eficientă între diagnostic, obiective și intervenții, contribuind la creșterea calității îngrijirii și a siguranței pacientului [38, 41].

În concluzie, intervențiile de nursing reprezintă *expresia practică a procesului de îngrijire*, fiind direct determinate de diagnosticele formulate și orientate spre ameliorarea suferinței și menținerea calității vieții pacientului.

Intervenții independente ale asistentului medical. Intervențiile independente ale asistentului medical reprezintă acțiuni de îngrijire pe care acesta le inițiază și le realizează pe baza propriei judecăți profesionale, fără necesitatea unei prescripții medicale directe, având ca scop evaluarea, menținerea și îmbunătățirea stării pacientului. În contextul îngrijirilor paliative, aceste intervenții sunt esențiale pentru asigurarea confortului, prevenirea complicațiilor și monitorizarea continuă a pacientului.

Evaluarea continuă a pacientului reprezintă o intervenție fundamentală, care include aprecierea sistematică a simptomelor fizice, psihologice și sociale, în vederea identificării precoce a modificărilor clinice și a nevoilor de îngrijire. Această activitate permite adaptarea rapidă a planului de îngrijire și contribuie la menținerea stabilității pacientului.

Monitorizarea durerii și a altor simptome, precum dispneea, anxietatea sau fatigabilitatea, este o intervenție esențială în îngrijirea paliativă, având rolul de a urmări evoluția simptomelor și de a identifica eficiența măsurilor aplicate. Evaluarea sistematică a intensității simptomelor permite intervenții precoce și personalizate.

Poziționarea pacientului și aplicarea măsurilor de confort au ca obiectiv reducerea disconfortului fizic, prevenirea escarelor și facilitarea respirației, contribuind semnificativ la creșterea calității vieții. Aceste intervenții sunt adaptate permanent stării clinice și nivelului de mobilitate al pacientului.

Îngrijirea igienei și prevenirea complicațiilor reprezintă o componentă esențială a nursingului paliativ, incluzând menținerea integrității tegumentare, prevenirea infecțiilor și asigurarea confortului general. Aceste intervenții au un rol important în menținerea demnității pacientului și în prevenirea deteriorării stării generale.

Sprijinul emoțional de bază este oferit pacientului prin comunicare empatică, ascultare activă și prezență terapeutică, contribuind la reducerea anxietății și la creșterea sentimentului de siguranță. Această intervenție este deosebit de importantă în contextul bolilor avansate, unde suferința psihologică este frecvent prezentă.

Observarea și raportarea modificărilor clinice constituie o responsabilitate esențială a asistentului medical, permițând transmiterea rapidă a informațiilor către echipa interdisciplinară și adaptarea intervențiilor terapeutice. Această activitate asigură continuitatea îngrijirii și crește siguranța pacientului.

În ansamblu, intervențiile independente ale asistentului medical în îngrijirea paliativă contribuie semnificativ la menținerea confortului pacientului, prevenirea complicațiilor și asigurarea unei îngrijiri continue și personalizate.

Intervenții dependente (la indicația medicului). Intervențiile dependente ale asistentului medical reprezintă acțiuni de îngrijire realizate în baza prescripției medicale, având rolul de a implementa tratamentele indicate și de a asigura monitorizarea răspunsului pacientului la acestea. În cadrul îngrijirilor paliative, aceste intervenții sunt orientate în principal spre *controlul simptomelor, stabilizarea stării clinice și menținerea confortului pacientului* în condiții de boală avansată.

Administrarea tratamentului medicamentos constituie o intervenție esențială și include utilizarea analgezicelor, inclusiv opioide și adjuvante, antiemetice, anxiolitice sau alte medicamente simptomatice, conform prescripției medicale. Asistentul medical are responsabilitatea de a respecta dozele, căile de administrare și de a monitoriza eficiența și reacțiile adverse ale tratamentului.

Terapia perfuzabilă și monitorizarea efectelor acesteia reprezintă o altă intervenție dependentă importantă, implicând administrarea de soluții intravenoase, medicamente sau terapii de suport, precum și evaluarea continuă a răspunsului clinic al pacientului, inclusiv semnele vitale și echilibrul hidroelectrolitic.

Oxygenoterapia și suportul respirator sunt frecvent utilizate în îngrijirea paliativă pentru ameliorarea dispneei și îmbunătățirea confortului respirator. Asistentul medical are rolul de a asigura administrarea corectă a oxigenului, de a monitoriza saturația și de a observa răspunsul pacientului la terapie.

Aplicarea protocoalelor clinice de management al simptomelor presupune respectarea ghidurilor și standardelor de practică pentru controlul durerii, dispneei, delirului sau altor simptome frecvente în îngrijirea paliativă. Aceste protocoale asigură uniformitatea intervențiilor și siguranța pacientului.

Pregătirea pacientului pentru proceduri medicale include informarea acestuia, asigurarea condițiilor necesare și sprijinirea fizică și emoțională înainte, în timpul și după intervențiile medicale, contribuind la reducerea anxietății și la creșterea cooperării pacientului.

În ansamblu, intervențiile dependente ale asistentului medical sunt esențiale pentru implementarea tratamentului medical în îngrijirea paliativă, contribuind la controlul simptomelor, prevenirea complicațiilor și menținerea calității vieții pacientului.

Intervenții interdependente (în echipa multidisciplinară) [34, 35]. Intervențiile interdependente ale asistentului medical reprezintă acțiuni de îngrijire realizate în colaborare cu alți membri ai echipei multidisciplinare, fiind esențiale pentru asigurarea unei abordări integrate și coordonate a pacientului în cadrul îngrijirii paliative. Aceste intervenții presupun combinarea competențelor profesionale ale diferitelor specialități pentru a răspunde complexității nevoilor fizice, psihologice, sociale și spirituale ale pacientului.

Colaborarea cu medicul, psihologul și asistentul social constituie baza intervențiilor interdependente, fiecare profesionist contribuind cu expertiza specifică la evaluarea și managementul pacientului. Asistentul medical are rolul de *a observa, documenta și comunica schimbările clinice*, facilitând luarea deciziilor terapeutice adecvate.

Participarea la elaborarea planului de îngrijire reprezintă o activitate centrală în cadrul echipei interdisciplinare, prin care se stabilesc obiectivele de îngrijire, intervențiile necesare și modalitățile de evaluare a rezultatelor. Acest proces asigură coerența și individualizarea îngrijirii, în funcție de evoluția pacientului și de prioritățile acestuia.

Comunicarea în echipa interdisciplinară este esențială pentru asigurarea continuității și eficienței intervențiilor. Aceasta implică schimbul constant de informații relevante, discuții de caz și coordonarea acțiunilor terapeutice, contribuind la prevenirea erorilor și la optimizarea îngrijirii.

Referirea pacientului către servicii specializate, precum hospice sau servicii comunitare, reprezintă o intervenție importantă care asigură accesul la niveluri adecvate de îngrijire în funcție de complexitatea cazului. Această acțiune facilitează tranziția pacientului între diferite forme de îngrijire și contribuie la menținerea continuității suportului.

Planificarea externării și a continuității îngrijirii este un proces complex care implică pregătirea pacientului și a familiei pentru îngrijirea la domiciliu, coordonarea cu serviciile comunitare și asigurarea unui plan clar de monitorizare. Acest aspect este esențial pentru evitarea discontinuităților în îngrijire și pentru menținerea stabilității clinice după externare.

Intervenții psihosociale și de suport [37, 39]. Intervențiile psihosociale și de suport ale asistentului medical reprezintă ansamblul acțiunilor orientate spre susținerea echilibrului emoțional, social și adaptiv al pacientului și familiei în contextul bolilor avansate. În cadrul îngrijirilor paliative, aceste intervenții sunt fundamentale, deoarece vizează reducerea suferinței globale și îmbunătățirea calității vieții, dincolo de dimensiunea strict biologică a bolii.

Suportul emoțional acordat pacientului și familiei constă în prezență terapeutică, ascultare activă, empatie și validarea emoțiilor, contribuind la diminuarea sentimentului de singurătate, frică și neputință. Acest tip de intervenție are un impact direct asupra reducerii stresului psihologic și creșterii sentimentului de siguranță.

Facilitarea comunicării pacient–familie reprezintă o intervenție esențială care vizează susținerea dialogului deschis, clar și adaptat între pacient și aparținători, în scopul îmbunătățirii

înțelegerii reciproce și a luării deciziilor comune. Asistentul medical are *rol de mediator*, sprijinind exprimarea nevoilor și emoțiilor într-un cadru sigur și controlat.

Educația familiei privind îngrijirea pacientului include instruirea aparținătorilor în realizarea îngrijirilor de bază, administrarea tratamentului conform indicațiilor și recunoașterea semnelor de agravare a stării clinice. Această intervenție contribuie la creșterea competenței familiei și la reducerea anxietății legate de îngrijire.

Sprijinul în procesul de doliu anticipativ presupune oferirea de suport emoțional familiei în perioada de prefigurare a pierderii, facilitând adaptarea progresivă la situația terminală și reducerea impactului psihologic al pierderii iminente. Această intervenție este esențială în îngrijirea paliativă, unde familia parcurge frecvent un proces complex de adaptare emoțională.

Reducerea anxietății și a distresului emoțional se realizează prin intervenții de comunicare terapeutică, tehnici de liniștire, explicarea situației clinice și asigurarea unui mediu de îngrijire stabil și predictibil. Aceste acțiuni contribuie la menținerea echilibrului psihologic al pacientului și la creșterea capacității de adaptare.

În ansamblu, intervențiile psihosociale și de suport reprezintă o componentă esențială a nursingului paliativ, având rolul de a *integra dimensiunea emoțională și socială în îngrijirea pacientului* și de a sprijini familia pe tot parcursul evoluției bolii.

Intervenții în îngrijirea la domiciliu [37, 39]. Intervențiile de nursing în îngrijirea la domiciliu reprezintă un ansamblu de acțiuni planificate și coordonate, realizate de asistentul medical în scopul asigurării continuității îngrijirilor pentru pacienții aflați în stadii avansate ale bolii, în mediul lor familial. În cadrul îngrijiri paliative, aceste intervenții au un rol esențial în menținerea confortului, prevenirea complicațiilor și susținerea familiei ca parte activă a procesului de îngrijire.

Monitorizarea stării pacientului la domiciliu presupune evaluarea periodică a parametrilor clinici, a simptomelor fizice și psihologice, precum și observarea evoluției generale a pacientului. Această intervenție permite identificarea precoce a modificărilor de stare și adaptarea promptă a planului de îngrijire.

Instruirea familiei pentru îngrijiri de bază reprezintă o componentă esențială a nursingului la domiciliu, prin care aparținătorii sunt educați privind tehnicile de igienă, alimentație, mobilizare și administrare a tratamentului conform indicațiilor. Această intervenție contribuie la creșterea autonomiei familiei și la reducerea anxietății legate de îngrijirea pacientului.

Prevenirea complicațiilor, precum escarele, infecțiile sau trombozele, se realizează prin măsuri profilactice adaptate stării pacientului, inclusiv schimbarea poziției, îngrijirea tegumentelor și menținerea unei igiene riguroase. Aceste intervenții sunt esențiale pentru menținerea confortului și siguranței pacientului la domiciliu.

Asigurarea continuității tratamentului presupune respectarea schemei terapeutice prescrise, monitorizarea administrării corecte a medicamentelor și evaluarea răspunsului la tratament. Asistentul medical are un rol important în verificarea aderenței și în identificarea eventualelor reacții adverse. Coordonarea cu medicul de familie și serviciile comunitare este indispensabilă pentru asigurarea unei îngrijiri integrate și continue. Această colaborare facilitează comunicarea informațiilor clinice relevante, ajustarea intervențiilor și accesul pacientului la resursele sistemului de sănătate. În ansamblu, intervențiile în îngrijirea la domiciliu contribuie semnificativ la

menținerea calității vieții pacientului, la reducerea spitalizărilor inutile și la susținerea familiei în procesul complex al îngrijirii paliative.

IMPORTANT!

Asistentul medical are un rol esențial în implementarea intervențiilor de nursing paliativ, fiind profesionistul care asigură continuitatea îngrijirii, monitorizarea constantă a pacientului și aplicarea planului terapeutic. Acesta contribuie la evaluarea simptomelor, administrarea tratamentului prescris, oferirea de suport emoțional și educarea familiei pentru îngrijirea pacientului. Intervențiile interdependente reflectă caracterul colaborativ al nursingului paliativ, contribuind la asigurarea unei îngrijiri integrate, eficiente și centrate pe nevoile complexe ale pacientului. În prestarea îngrijirii

2.7. Stabilirea priorităților de îngrijire

Stabilirea priorităților de îngrijire reprezintă o etapă esențială în procesul de nursing, având un rol determinant în asigurarea calității și eficienței intervențiilor, în special în contextul îngrijirilor paliative. În această etapă, accentul se deplasează de la obiective curative către obiective orientate spre controlul simptomelor, menținerea confortului și susținerea demnității pacientului. Conform abordărilor actuale promovate de literatura de specialitate, prioritizarea îngrijirilor nu reprezintă o acțiune rigidă, ci un proces dinamic, adaptat permanent stării clinice și nevoilor pacientului [32, 39]. În acest context, scopul principal este maximizarea calității vieții, conform principiilor definite de OMS [18, 19].

Conceptul de *prioritate în îngrijirile paliative* se diferențiază semnificativ de cel din îngrijirile curative. Dacă în medicina curativă prioritatea este adesea salvarea vieții sau tratarea cauzei bolii, în îngrijirile paliative accentul se pune pe intensitatea simptomelor, impactul acestora asupra funcționalității și suferința percepută de pacient. Astfel, durerea, dispneea, anxietatea sau delirul pot deveni priorități clinice imediate, chiar dacă nu reprezintă întotdeauna cele mai grave din punct de vedere patologic, dar sunt cele mai relevante din perspectiva pacientului [32].

Stabilirea priorităților se bazează pe câteva principii fundamentale [39]:

1. **Controlul simptomelor dominante**, în special al celor care afectează direct confortul pacientului.
2. **Individualizarea îngrijirilor**, ceea ce presupune adaptarea intervențiilor la contextul clinic și personal al fiecărui pacient.
3. **Proportionalitatea intervențiilor**, adică raportarea constantă între beneficiile așteptate și povara terapeutică. În acest sens, deciziile de nursing trebuie să evite atât supra-intervenția, cât și subestimarea simptomelor relevante.

În procesul de prioritizare este important să menținem evaluarea holistică, care va include evaluarea dimensiunii fizice (durere, dispnee, fatigabilitate), psihologice (anxietate, depresie, teamă), sociale (suport familial, resurse disponibile) și spirituale (sens, speranță, suferință existențială). Integrarea acestor dimensiuni va permite o înțelegere completă a stării pacientului și facilitează identificarea corectă a problemelor prioritare [32].

În procesul de identificare a priorităților de nursing, utilizarea sistemelor standardizate, precum cele dezvoltate de *NANDA International*, permite structurarea clară a diagnosticului și clasificarea

problemelor în funcție de urgență și impact [38, 41]. Astfel, diagnosticele pot fi diferențiate în: *probleme actuale*, *probleme de risc* și *probleme potențiale*, fiecare având un nivel diferit de prioritate în planul de îngrijire. De exemplu, durerea acută sau dispneea severă au prioritate imediată, în timp ce riscul de izolare socială sau de anxietate anticipativă pot avea prioritate secundară, dar rămân relevante clinic.

Criteriile de stabilire a priorităților includ severitatea simptomelor, impactul asupra calității vieții, reversibilitatea sau controlabilitatea problemei, precum și preferințele pacientului. Un element esențial în îngrijirile paliative este integrarea valorilor pacientului în procesul decizional, chiar și atunci când acestea pot modifica ordinea priorităților clinice standard. În acest sens, prioritizarea devine un proces negociat între echipa medicală, pacient și familie [39].

Participarea pacientului și a familiei în stabilirea priorităților este o continuare firească a procesului de planificare a îngrijirilor. Pacientul are dreptul de a exprima ceea ce consideră cel mai important pentru el în acel moment: controlul durerii, menținerea autonomiei sau evitarea spitalizării. Familia, la rândul său, contribuie prin observații privind evoluția pacientului și prin susținerea deciziilor acestuia, mai ales în situațiile de capacitate decizională redusă [32]. În acest context, îngrijirile devin rezultatul unei colaborări între toate părțile implicate.

Un rol esențial în stabilirea priorităților de îngrijire îl are echipa multidisciplinară. Medicul, asistentul medical, psihologul și alți specialiști vor contribui la evaluarea complexă a pacientului și la formularea unui consens terapeutic. Lipsa unei coordonări interdisciplinare poate conduce la priorități contradictorii, ceea ce afectează calitatea îngrijirilor și crește riscul de fragmentare a intervențiilor [37].

Un aspect important îl reprezintă dinamica priorităților în timp. În îngrijirile paliative, starea pacientului este adesea fluctuantă, ceea ce impune reevaluarea continuă a planului de îngrijire. De exemplu, în fazele avansate ale bolii, accentul se poate muta de la controlul simptomelor secundare la confortul general și reducerea intervențiilor invazive. Această flexibilitate este esențială pentru menținerea relevanței planului de îngrijire [39].

Pentru susținerea procesului decizional în îngrijirile paliative, se utilizează în mod frecvent *instrumente de evaluare standardizate*, *scale de simptomatologie* și *ghiduri clinice bazate pe dovezi*. Aceste instrumente au rolul de a transforma observațiile clinice subiective în date obiective și comparabile, ceea ce permite o apreciere mai precisă a severității simptomelor și a impactului acestora asupra stării generale a pacientului.

Scalele de evaluare a simptomelor (precum durerea, dispneea, anxietatea sau fatigabilitatea) oferă un cadru structurat pentru monitorizarea evoluției clinice în timp. Prin utilizarea lor repetată, echipa de îngrijire poate identifica atât agravarea, cât și ameliorarea simptomelor, ceea ce sprijină ajustarea rapidă a intervențiilor terapeutice. În același timp, ghidurile clinice contribuie la uniformizarea practicii, oferind recomandări standardizate privind managementul simptomelor și prioritizarea intervențiilor în funcție de severitate și urgență.

Integrarea acestor instrumente în practica zilnică facilitează stabilirea priorităților de îngrijire într-un mod structurat și argumentat clinic, reducând variabilitatea decizională între membrii echipei. Astfel, deciziile nu mai sunt bazate exclusiv pe experiență individuală, ci pe criterii obiective și validate științific.

Rolul asistentului medical în stabilirea priorităților este central. Acesta realizează evaluarea continuă a pacientului, identifică modificările stării clinice și semnalează apariția simptomelor prioritare. De asemenea, asistentul medical contribuie la educarea pacientului și familiei, facilitând

înțelegerea deciziilor de îngrijire și implicarea activă în procesul terapeutic. Funcția de *advocacy* este deosebit de importantă în situațiile în care pacientul nu își poate exprima clar preferințele [40].

În practică, pot apărea erori în stabilirea priorităților, cum ar fi supraestimarea intervențiilor curative în detrimentul confortului, ignorarea simptomelor psihologice sau insuficienta implicare a pacientului în decizie. Aceste erori pot duce la scăderea calității îngrijirilor și la creșterea suferinței evitabile [8]. Din acest motiv, formarea profesională continuă și utilizarea protocoalelor standardizate sunt esențiale.

În concluzie, stabilirea priorităților de îngrijire în context paliativ reprezintă un proces complex, dinamic și profund individualizat, care integrează evaluarea clinică, preferințele pacientului, contribuția familiei și expertiza echipei multidisciplinare. Scopul final este asigurarea unui nivel optim de confort, menținerea demnității și respectarea valorilor pacientului pe parcursul evoluției bolii.

IMPORTANT!

În îngrijirile paliative, starea pacientului poate fi în schimbare, ceea ce impune necesitatea reevaluării continue a planului de îngrijire. Asistentul medical trebuie să fie atent la schimbările parvenite, să identifice modificările stării clinice și să semnaleze prompt apariția simptomelor prioritare. Rolul asistentului medical în stabilirea priorităților de îngrijire este central.

CAPITOLUL III.

MANAGEMENTUL CALITĂȚII ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

3.1. Caracteristici ale calității nursingului paliativ

Managementul calității serviciilor de sănătate este definit ca *activități coordonate pentru a orienta și controla o instituție medicală privind calitatea serviciilor prestate, cu caracteristicile de bază*. (ISO 9001/2015; 15224/2017; 7101/2023)

Managementul calității practicii de nursing reprezintă un element esențial în îngrijirea paliativă, având ca obiectiv principal ameliorarea calității vieții pacienților cu boli amenințătoare. Aceasta presupune în special o abordare centrată pe pacient, orientată spre satisfacerea nevoilor individuale, respectarea demnității umane, precum și asigurarea confortului fizic și psihologic.

Managementul calității în îngrijirea paliativă se referă la capacitatea serviciilor de sănătate de a satisface caracteristicile / dimensiunile de bază ale calității serviciilor, de a răspunde în mod adecvat și uman nevoilor specifice și complexe ale pacienților care au nevoie de îngrijiri paliative. Spre deosebire de alte domenii medicale, unde accentul cade predominant pe vindecare, în paliativă calitatea îngrijirii este corelată cu maximizarea calității vieții, în condițiile unei boli incurabile [32, 46].

OMS evidențiază că, un sistem de sănătate de calitate trebuie să fie: eficace clinic, sigur, centrat pe pacient, prompt, echitabil, eficient din punct de vedere al resurselor gestionate [47]. În același timp, este necesar de menționat că, calitatea în îngrijirea paliativă are un caracter multidimensional, incluzând un șir de caracteristici ale calității serviciilor medicale precum: eficacitatea, siguranța, eficiența, echitatea, centrarea pe pacient, actualitatea/promptitudinea, continuitatea îngrijirii etc. În continuare vom explica fiecare dintre aceste caracteristici.

➤ Eficacitatea în îngrijirea paliativă

Această caracteristică a calității serviciilor medicale se referă la capacitatea intervențiilor de îngrijire de a produce rezultatele dorite, orientate pe obiectivele specifice acestui domeniu și anume: ameliorarea simptomelor, creșterea confortului și menținerea calității vieții pacientului. Spre deosebire de alte domenii, unde eficacitatea este adesea măsurată prin vindecare sau prelungirea supraviețuirii, în îngrijirea paliativă asigurarea eficacității pune accent pe controlul suferinței pacientului.

În acest context, un aspect esențial al eficacității îl constituie managementul simptomelor. Intervențiile de nursing sunt considerate eficace atunci când duc la reducerea în special a durerii, dispneei, anxietății, grețurilor sau altor simptome frecvente. Acest lucru implică:

- evaluarea corectă și repetată a simptomelor (folosind scale validate);
- administrarea adecvată a tratamentului;
- monitorizarea răspunsului și ajustarea intervențiilor.

Nu în ultimul rând, eficacitatea trebuie abordată în corelație cu etica. În unele situații, „*a face mai puțin*” (de exemplu, evitarea unor proceduri invazive) poate reprezenta cea mai potrivită formă de îngrijire paliativă pentru pacient.

Astfel, eficacitatea în nursingul paliativ reflectă capacitatea de a oferi îngrijiri relevante, adaptate și bine coordonate, care reduc suferința și susțin demnitatea pacientului, având ca reper principal calitatea vieții, nu durata acesteia.

➤ **Siguranța în îngrijirea paliativă**

Această caracteristică a calității se referă la evitarea daunelor cauzate de îngrijire, a erorilor medicale sau a practicilor necorespunzătoare, a complicațiilor, în timp ce se menține un echilibru între intervențiile necesare și confortul pacientului.

Particularitatea siguranței îngrijirilor paliative, de asemenea, se corelează cu obiectivul general, care nu vizează prelungirea vieții cu orice preț, dar evitarea suferinței inutile, ceea ce influențează modul în care sunt acordate serviciile.

La nivel internațional, sunt recunoscute următoarele obiective de siguranță a pacientului:

● *Obiectivul I - Identificarea corectă a pacientului.*

Realizarea acestui obiectiv implică utilizarea a cel puțin doi identificatori unici:

- numele și prenumele oficial al pacientului și
- data, luna, anul nașterii pacientului.

Metode de identificare a pacientului:

- interviuarea pacientului;
- verificarea conform documentației medicale;
- verificarea conform datelor manșetei de identificare

IMPORTANT! Criteriile de identificare a pacientului se aplică în toate înregistrările medicale ale pacientului și se scriu corect de către personalul care prestează serviciile corespunzătoare. Categorie nu se permite utilizarea numărului salonului pacientului sau locației pentru a confirma datele de identificare

● *Obiectivul II – Îmbunătățirea comunicării efective*

Realizarea acestui obiectiv, vizează procesul de transmitere a mesajelor într-un mod clar și precis, astfel încât să fie înțelese corect de către toți participanții, minimizând confuzia, și implică:

- exprimarea clară a ideilor,
- capacitatea de a asculta activ,
- de a înțelege mesajele celorlalți,
- de a folosi atât comunicarea verbală, cât și pe cea non-verbală.

Asistentul medical trebuie să utilizeze un limbaj clar, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului și familiei acestuia, să ofere timp pentru întrebări și să asigure un mediu de încredere. Abordând comunicarea ca obiectiv al siguranței pacientului, este necesar de menționat că cele mai frecvente situații care predispun la erori sunt: indicațiile medicale verbale sau telefonice; neraportarea rezultatelor testelor critice și transferul eronat sau întârziat de informație.

Astfel, prevenirea erorilor implică atât aplicarea conformă a protocoalelor și a procedurilor operaționale standardizate, cât și a bunei comunicări în cadrul echipei. Totodată, transmiterea incompletă a informațiilor între ture sau între diferite niveluri de îngrijire poate duce la

discontinuități ale serviciilor și riscuri pentru pacient. De aceea, raportul de tură și documentarea corectă sunt esențiale în asigurarea continuității și siguranței îngrijirilor acordate pacientului.

- *Obiectivul III – Îmbunătățirea utilizării sigure a medicamentelor cu risc înalt.*

Medicamentele cu risc înalt (high-alert medications) - sunt acele substanțe care, atunci când sunt administrate incorect, au o probabilitate mai mare de a cauza leziuni grave sau deces (de ex.: anticoagulantele (Heparina, Warfarina), insulina, electroliții concentrați (KCl, NaCl, MgSO₄), sedativele și opioidele, citostaticele, soluțiile hiperosmolare).

Administrarea corectă a medicației reprezintă un element central în siguranța îngrijirilor paliative, având în vedere în special utilizarea frecventă a analgezicelor puternice și a altor medicamente simptomatice. Asistentul medical trebuie să respecte următoarele principii de bază:

- pacientul corect,
- medicamentul corect,
- doza corectă,
- calea corectă,
- momentul/ora corectă,
- consemnarea imediată corectă.

Întru asigurarea siguranței medicației în îngrijirea paliativă, este important de monitorizat efectele și de identificat rapid reacțiile adverse, cum ar fi de exemplu: sedarea excesivă sau confuzia pacientului. Ajustarea tratamentului se face în colaborare cu medicul, pe baza evaluării continue.

Totodată, siguranța în îngrijirea paliativă vizează și *utilizarea sigură a dispozitivelor medicale* (catetere, perfuzii, pompe de administrare etc.). Asistentul medical trebuie să verifice funcționarea corectă a acestora și să prevină infecțiile sau alte incidente.

În anumite situații, siguranța înseamnă și evitarea intervențiilor invazive inutile, care pot aduce mai mult disconfort decât beneficii pacientului.

- *Obiectivul IV – Siguranța chirurgicală*

Siguranța chirurgicală este definită ca ansamblul de măsuri, proceduri și standarde menite să asigure că intervențiile chirurgicale sunt efectuate asupra:

- pacientului corect,
- în condiții optime,
- cu riscuri minime,
- cu prevenirea erorilor, complicațiilor și evenimentelor adverse pe parcursul întregului act operator.

În acest context OMS recomandă implementarea *Listei de verificare pentru Siguranța Chirurgicală*– instrument ce include trei etape cheie:

- înainte de anestezie („*intrare*”) - verificarea pacientului, procedurii, locului corect al inciziei, documentele necesare, investigațiile, radiografiile, componentele sanguine, implantele;
- înainte de incizie („*time-out*”) - marcarea corectă a câmpului operator;
- înainte de încheierea intervenției/de părăsirea sălii de operație („*ieșire*”) - numărarea instrumentelor, tampoanelor, acelor și etichetarea probelor preluate.

Astfel, este necesar de a fi maximal precauți, deoarece procedurile chirurgicale implică riscuri semnificative precum:

- riscul pierderii sanguine majore direct legat cu rezultate chirurgicale nefavorabile;
- pacientul greșit, operația greșită sau partea greșită a corpului;
- incendiul în sala de operație;
- corpurile străine reținute neintenționat;
- identificarea eronată a probelor histologice;
- infecția plăgii postoperatorii (de situs chirurgical).

● *Obiectivul V - Reducerea riscului de infecții asociate asistenței medicale*

Infecțiile asociate asistenței medicale (IAAM) sunt definite ca:

- boli sau patologii legate de prezența unui agent infecțios sau a produselor acestuia ca urmare a expunerii la instalațiile asistenței medicale sau la procedurile, sau tratamentele acestea;
- infecții dobândite de pacienți în timpul prestării serviciilor de sănătate, care nu erau prezente și nici în perioada de incubație la momentul internării.

IAAM pot apărea în instituții spitalicești, ambulatorii, centre de îngrijire pe termen lung sau la domiciliu și pot afecta atât pacienții, cât și personalul medical.

Prevenirea și controlul infecțiilor asociate serviciilor de îngrijiri paliative prevede elaborarea și implementarea procedurilor operaționale standardizate în conformitate cu cerințele cadrului normativ, cum ar fi în special pentru: igiena mâinilor, utilizarea echipamentului individual de protecție, dezinfectarea instrumentarului și gestionarea materialelor contaminate etc., pentru a reduce riscul de infectare a personalului, pacientului și familiei acestuia.

În același timp, este important ca prestatorul de îngrijiri paliative să asigure monitorizarea respectării măsurilor de prevenire și control al infecțiilor asociate serviciilor de îngrijiri paliative și respectarea măsurilor de precauție standard pentru prevenirea și controlul infecțiilor. Acestea constituie nivelul minim de siguranță și trebuie aplicate indiferent dacă pacientul prezintă simptome de boală sau nu. Principiul de bază, în acest context, fiind că fiecare pacient trebuie considerat potențial infecțios. Pe lângă măsurile standard, atunci când un pacient este suspect sau confirmat cu o boală infecțioasă transmisibilă, se impun precauții suplimentare bazate pe tipul de transmitere. Aceste măsuri se adaptează în funcție de agentul patogen și calea sa de răspândire: contact, aerogenă sau prin picături.

De asemenea, în scopul reducerii riscului de infecții asociate îngrijirilor paliative este esențială gestionarea corectă a deșeurilor rezultate din activitățile medicale, cu separarea și eliminarea corespunzătoare a materialelor contaminate, conform reglementărilor sanitare.

Totodată, în îngrijirea paliativă un aspect important este prevenirea infecțiilor asociate imobilizării, de rând cu prevenirea escarelor de decubit și a contracturilor musculare. Acestea pot fi reduse prin poziționare corectă, mobilizare adecvată și îngrijire a pielii.

● *Obiectivul VI – Reducerea riscului de cădere*

Riscul de cădere este definit ca asociere de factori intrinseci și extrinseci, care favorizează producerea căderii pacienților internați într-o instituție medicală. Acești factori sunt:

- extrinseci: căderi accidentale;
- intrinseci: căderi neaccidentale (pierdere subită a cunoștinței, alterare a cunoștinței, dificultăți de deplasare).

Pentru reducerea și gestionarea corectă a riscului de cădere este binevenit de cunoscut profilul pacientului cu risc de cădere, care include:

- pacienții cu vârstă mai mare de 65 de ani sau mai mică de 5 ani;
- pacienții pe care putem să-i includem corespunzător patologiei care se poate asocia cu următoarele antecedente:
 - ✓ dezorientare;
 - ✓ tulburări mintale;
 - ✓ deficit sensorial;
 - ✓ se pot ridica numai ajutați;
 - ✓ au restricții de mișcare în pat;
 - ✓ au medicație de risc;
 - ✓ au necesități speciale: incontinență, vomă.

În îngrijirea paliativă, toate intervenții trebuie adaptate la toleranța pacientului, evitând disconfortul inutil. De rând cu obiectivele menționate, de asemenea, trebuie acordată atenție siguranței emoționale și psihologice prin:

- evitarea comunicării bruște sau insensibile;
- sprijinul în momente de anxietate sau teamă;
- menținerea unui mediu calm și respectuos.

Astfel, siguranța în îngrijirea paliativă nu se limitează doar la prevenirea erorilor tehnice, dar include o abordare integrată, care combină competența clinică, comunicarea eficientă și respectul profund pentru nevoile și demnitatea pacientului.

➤ **Eficiența în îngrijirea paliativă**

Ca dimensiune a calității în îngrijirea paliativă, *eficiența* se referă la utilizarea optimă a resurselor disponibile (umane, materiale, de timp) pentru a obține cele mai bune rezultate posibile pentru pacient. În acest domeniu, eficiența nu înseamnă reducerea costurilor cu orice preț, dar echilibrarea judicioasă între intervenții, beneficii și confortul pacientului.

În practica de nursing paliativ, eficiența se reflectă în alegerea intervențiilor cu impact real asupra calității vieții. De exemplu, prioritizarea controlului durerii și al simptomelor este mai eficientă decât utilizarea excesivă a investigațiilor sau procedurilor care nu aduc beneficii semnificative pacientului. Astfel, resursele sunt direcționate către ceea ce contează cu adevărat pentru confortul și demnitatea persoanei.

De asemenea, un aspect important îl reprezintă organizarea îngrijirii pacientului. Planificarea corectă a activităților de nursing (administrarea tratamentului, îngrijirile de bază, monitorizarea stării) contribuie la evitarea suprapunerilor, a întârzierilor și a consumului inutil de timp. Totodată, utilizarea protocoalelor clinice și ghidurilor bazate pe dovezi, urmare a evaluării tehnologiilor medicale, ajută la standardizarea intervențiilor și la creșterea eficienței.

Reducerea intervențiilor inutile sau disproporționate este o componentă esențială a eficienței. În îngrijirea paliativă, anumite proceduri invazive sau investigații pot aduce disconfort fără beneficii reale stării de sănătate a pacientului. Asistentul medical, în colaborare cu echipa, contribuie la identificarea acestor situații și la orientarea îngrijirii către măsuri corelate cu starea pacientului și obiectivele stabilite în planul de îngrijire.

Totodată, eficiența trebuie analizată împreună cu *eficacitatea* și *siguranța* serviciilor. O intervenție nu este cu adevărat eficientă dacă doar reduce costurile, dar scade confortul pacientului. De aceea, deciziile de nursing trebuie să fie echilibrate, centrate pe nevoile pacientului și bazate pe principii etice.

Eficiența este strâns legată și cu *continuitatea* și *coordonarea* îngrijirii. O bună comunicare între membrii echipei și între diferite niveluri de îngrijire (spital – domiciliu) previne erorile medicale, internările repetate și utilizarea inutilă a resurselor. De exemplu, pregătirea adecvată a externării și instruirea familiei pot reduce semnificativ necesitatea reinternării pacientului.

Un alt element important în asigurarea dimensiunii de eficiență a îngrijirilor paliative este *implicarea familiei* în procesul de îngrijire. Educația aparținătorilor privind îngrijirile de bază și administrarea tratamentului contribuie la menținerea pacientului în mediul dorit și la utilizarea eficientă a serviciilor medicale. Astfel, dimensiunea de eficiență în nursingul paliativ presupune utilizarea responsabilă a resurselor, pentru a oferi îngrijiri relevante, bine organizate și orientate spre nevoile reale ale pacientului, contribuind drept urmare la creșterea calității vieții și la evitarea intervențiilor inutile.

➤ **Echitatea în îngrijirea paliativă**

Această caracteristică vizează asigurarea accesului egal și nediscriminatoriu la servicii de calitate pentru toți pacienții care au nevoie de îngrijire paliativă, indiferent de vârstă, diagnostic, statut socio-economic, domiciliu, etnie, nivel de educație sau alte caracteristici personale. În viziunea OMS, echitatea este o componentă esențială a calității, deoarece un sistem de sănătate performant nu este doar eficient, dar și corect în distribuirea resurselor disponibile.

În contextul nursingului paliativ, echitatea se reflectă în dreptul fiecărui pacient de a primi îngrijire adecvată pentru controlul durerii și al suferinței, fără diferențe între pacienții oncologici și cei cu alte boli cronice avansate (insuficiență cardiacă, BPOC, boli neurologice, HIV etc.). Asistentul medical contribuie la realizarea acestui principiu prin identificarea nevoilor reale ale pacientului, nu prin judecarea diagnosticului sau a prognosticului.

Un aspect important al echității este accesul la servicii paliative indiferent de locație. Pacienții din mediul rural sau din zone izolate pot avea dificultăți în accesarea serviciilor specializate. În acest caz, nursingul paliativ implică adaptarea îngrijirii prin:

- îngrijiri la domiciliu,
- colaborare cu medicul de familie,
- utilizarea echipelor mobile de paliatie,
- telemedicină sau monitorizare la distanță.

Echitatea în îngrijirea paliativă include și accesul egal la controlul durerii și la medicație esențială. OMS subliniază că managementul durerii este un drept fundamental al omului, iar asistentul medical are rolul de a se asigura că pacienții primesc tratamentul prescris la timp și în dozele adecvate, fără diferențe legate de resurse sau contexte sociale.

În plus, această dimensiune presupune respectarea diversității culturale, religioase și sociale. Îngrijirea trebuie adaptată la valorile pacientului, fără discriminare sau impunerea unor perspective personale ale personalului medical. De exemplu, deciziile privind sfârșitul vieții, alimentația sau ritualurile religioase trebuie respectate și integrate în planul de îngrijire a pacientului.

Un alt element esențial este evitarea inegalităților în comunicare și informare. Toți pacienții și familiile lor trebuie să primească informații clare, accesibile și adaptate nivelului de înțelegere, astfel încât să poată participa activ la deciziile de îngrijire.

În practică, lipsa echității poate duce la:

- control insuficient al simptomelor în anumite grupuri de pacienți,
- acces întârziat la îngrijiri paliative,
- diferențe în calitatea comunicării și suportului oferit.

Rolul asistentului medical este de a deveni un „susținător” al pacientului, semnalând nevoile neacoperite și contribuind la reducerea acestor inegalități printr-o abordare activă și empatică.

Astfel, echitatea în nursingul paliativ înseamnă garantarea faptului că, fiecare pacient, nu doar anumite categorii, primește îngrijiri demne, corecte și adaptate nevoilor sale, fără discriminare. Echitatea este o dimensiune esențială a calității, care susține principiile de justiție, umanitate și respect pentru persoană în toate etapele îngrijirii.

➤ **Centrarea pe pacient**

Această caracteristică a calității se referă la organizarea și furnizarea îngrijirilor în funcție de nevoile, valorile, preferințele și obiectivele concrete ale pacientului, acesta din urmă fiind considerat în mod activ partener în procesul decizional. Conform viziunii OMS, această abordare este esențială pentru asigurarea unei îngrijiri demne, umane și eficiente.

Un element central al acestei dimensiuni/caracteristici fundamentale a calității este respectarea autonomiei pacientului. Pacientul este implicat activ în luarea deciziilor privind stabilirea planului de îngrijire, inclusiv în ceea ce privește tratamentul, nivelul de intervenție medicală și obiectivele îngrijirii lui. În situațiile în care pacientul nu își mai poate exprima dorințele, deciziile sunt ghidate de preferințele anterior exprimate sau de reprezentanții legali, păstrându-se principiul respectului pentru demnitate.

O altă componentă importantă este personalizarea îngrijirii. Stabilirea planului de îngrijire/nursing implică adoptarea acțiunilor în funcție de preferințele pacientului privind confortul, alimentația, igiena, poziționarea sau prezența familiei. În îngrijirea paliativă, chiar și detaliile aparent simple, cum ar fi mediul de îngrijire sau rutina zilnică, pot influența semnificativ calitatea vieții pacientului.

Asigurarea îngrijirii paliative centrate pe pacient include, de asemenea, implicarea familiei ca parte a unității de îngrijire. Familia nu este doar un observator, dar un partener activ, care primește sprijin, educație și consiliere din partea echipei medicale. Asistentul medical are un rol important în susținerea familiei atât în timpul îngrijirii paliative, cât și în perioada de sfârșit de viață.

În practică, centrarea pe pacient se reflectă prin:

- respectarea dorințelor pacientului privind îngrijirea și tratamentul,
- adaptarea intervențiilor la nivelul de confort al pacientului,
- susținerea deciziilor informate și partajate,
- abordarea holistică a nevoilor pacientului,
- menținerea demnității la toate etapele îngrijirii.

Astfel, centrarea pe pacient în nursingul paliativ reprezintă o abordare esențială care transformă îngrijirea într-un proces personalizat, empatic și colaborativ. Aceasta contribuie direct la creșterea calității vieții și la reducerea suferinței, punând persoana și valorile sale în centrul tuturor deciziilor clinice și de îngrijire.

➤ **Actualitatea/promptitudinea în îngrijirea paliativă**

Este o caracteristică care se referă la capacitatea serviciilor de a răspunde rapid și adecvat nevoilor pacientului, astfel încât suferința să fie redusă cât mai repede, iar intervențiile necesare să fie aplicate fără întârzieri evitabile. Conform OMS, promptitudinea este cea mai evidentă în managementul simptomelor acute, în special, durerii. Durerea intensă, dispneea sau anxietatea trebuie evaluate rapid și tratate fără întârziere, deoarece chiar și perioade scurte de disconfort pot afecta semnificativ calitatea vieții pacientului [48].

În acest context, asistentul medical are rolul de a recunoaște precoce agravarea simptomelor și de a anunța imediat medicul sau de a iniția intervenții conform protocolului.

Un alt aspect important este răspunsul rapid la schimbările stării pacientului. În îngrijirea paliativă, starea clinică poate evolua rapid, iar întârzierile în intervenție pot duce la agravarea suferinței. De aceea, monitorizarea continuă și comunicarea eficientă în echipă sunt esențiale pentru a asigura intervenții prompte.

Promptitudinea se reflectă și în accesul la servicii și resurse. De exemplu, inițierea la timp a îngrijirilor paliative, accesul rapid la medicație analgezică adecvată sau intervenția echipei de suport la domiciliu contribuie direct la creșterea confortului pacientului. Întârzierile administrative sau organizatorice pot avea un impact negativ semnificativ asupra calității îngrijirii și, drept urmare, asupra vieții pacientului. În plus, această dimensiune include și rapiditatea comunicării între pacient, familie și echipa medicală. Informarea promptă a familiei despre modificările stării pacientului și clarificarea planului de îngrijire ajută la reducerea anxietății și la luarea deciziilor în timp util [49]. În îngrijirea paliativă, promptitudinea nu înseamnă doar viteză, dar și intervenție corectă la momentul potrivit, adaptată nevoilor pacientului. O acțiune rapidă, dar nepotrivită, nu contribuie la calitate. De aceea, asistentul medical trebuie să îmbine observația clinică atentă cu judecata profesională [50].

Astfel, dimensiunea de actualitate/promptitudine în nursingul paliativ este importantă pentru reducerea suferinței și menținerea confortului pacientului. Ea se bazează pe reacția rapidă, monitorizarea continuă, comunicarea eficientă și coordonarea bună în echipa multidisciplinară, având ca scop principal intervenția la momentul optim pentru fiecare nevoie a pacientului aflat în îngrijire paliativă.

➤ **Continuitatea îngrijirii paliative**

Aceasta este o altă dimensiune a calității în nursingul paliativ și se referă la asigurarea unui parcurs coerent, neîntrerupt și coordonat al îngrijirii pentru pacient și familia acestuia, pe toată durata bolii, implicând mai multe aspecte importante precum [45, 46, 47]:

● *Coordonarea între servicii și profesioniști*

În îngrijirea paliativă, pacientul are adesea nevoi complexe (fizice, psihologice, sociale și spirituale). De aceea, este esențial ca echipa interdisciplinară să lucreze integrat. Astfel, asistentul medical este implicat în coordonare, monitorizând evoluția stării pacientului și facilitând comunicarea între membrii echipei. Lipsa coordonării poate duce la intervenții inutile sau contradictorii, ceea ce afectează calitatea vieții pacientului.

● *Tranzițiile între mediile de îngrijire*

Pacienții pot trece frecvent dintr-un mediu de îngrijire în altul (de exemplu: de la spital, la domiciliu, la hospice). În acest context, continuitatea îngrijirii paliative presupune transferul

complet și corect al informațiilor medicale, precum planul de îngrijire, medicația și preferințele pacientului. Astfel, asistentul medical are un rol esențial în pregătirea pacientului și familiei pentru aceste tranziții, reducând anxietatea și riscul de erori prin comunicare clară și empatică. Comunicarea include explicarea evoluției bolii, a opțiunilor de tratament și ascultarea activă a nevoilor și dorințelor pacientului.

- *Planificarea anticipată a îngrijirii*

Aceasta implică discuții timpurii despre preferințele pacientului legate de tratamentele viitoare, inclusiv decizii privind intervențiile medicale în stadii avansate ale bolii. Prin documentarea acestor preferințe, se asigură respectarea autonomiei pacientului și se evită intervențiile nedorite.

- *Suportul continuu pentru familie*

Luând în considerare că familia este o parte integrantă a procesului de îngrijire, continuitatea îngrijirii paliative implică oferirea familiei a suportului emoțional, educațional și practic atât pe toată durata bolii pacientului, cât și după decesul acestuia (perioada de doliu). În acest context, asistentul medical are un rol important în consilierea familiei și în identificarea nevoilor acesteia.

În ansamblu, continuitatea îngrijirii paliative contribuie la creșterea calității vieții pacientului, la reducerea suferinței și la oferirea unui sprijin real familiei, reflectând implementarea standardelor de bună practică în nursingul paliativ.

IMPORTANT!

Asistentul medical trebuie să aplice criteriile și standardele de calitate în organizarea și prestarea îngrijirilor paliative, în conformitate cu recomandările internaționale și a protocoalelor și standardelor naționale. Caracterul multidimensional al calității în îngrijirea paliativă este reprezentat prin dimensiunea: eficacității, siguranței, eficienței, echității, centrării pe pacient, actualității și promptitudinii, precum și a continuității îngrijirii acordate.

3.2. Monitorizarea, evaluarea serviciilor și auditul medical

De rând cu asigurarea capacității serviciilor de sănătate de a satisface caracteristicile și dimensiunile de bază ale calității, managementul calității în îngrijirea paliativă include și activități de *monitorizare și evaluare a serviciilor și audit medical* [51]. Acestea din urmă constituie instrumente esențiale pentru îmbunătățirea continuă a calității în nursingul paliativ, deoarece permit identificarea gradului de conformitate a îngrijirilor oferite de către prestatori, identificarea neconformităților și, cel mai important, implementarea măsurilor corective, necesare pentru a răspunde adecvat nevoilor complexe și specifice ale pacienților.

Monitorizarea serviciilor presupune colectarea și analiza continuă a datelor privind activitatea de îngrijire paliativă. Aceasta include indicatori precum controlul simptomelor (durere, dispnee, anxietate), respectarea planului de îngrijire și frecvența intervențiilor. În această ordine de idei, asistentul medical are un rol central în documentarea corectă și completă a acestor date, contribuind la o imagine reală a calității serviciilor furnizate. Astfel, este necesar de menționat că, un sistem eficient de monitorizare permite identificarea rapidă a problemelor, cum ar fi gestionarea

insuficientă a simptomelor sau discontinuități în îngrijire, facilitând identificarea și organizarea intervențiilor prompte și adaptate nevoilor specifice.

Evaluarea serviciilor este parte a sistemului de management al calității în îngrijirea paliativă axată pe determinarea complianței practicei curente cu prevederile ghidurilor/protocoalelor/standardelor aprobate și implică analiza și validarea informațiilor colectate pentru a stabili atât gradul de realizare a cerințelor acestor acte normative de standardizare a serviciilor, precum și a obiectivelor/țintelor stabilite.

Evaluarea eficienței serviciilor de îngrijire paliativă se poate realiza prin indicatori privind [52]:

- *Controlul simptomelor:*
 - procentul pacienților cu durere controlată (evaluată prin scale standardizate, ex. VAS);
 - reducerea intensității altor simptome (dispnee, greață, anxietate);
 - timpul până la ameliorarea simptomelor după intervenție.
- *Calitatea vieții:*
 - scoruri obținute prin chestionare validate (ex. EORTC QLQ-C15-PAL, EQ-5D);
 - nivelul de funcționalitate (ex. scor Karnofsky sau ECOG).
- *Accesul și continuitatea îngrijirii:*
 - timpul de la trimitere până la prima consultație paliativă;
 - procentul pacienților care primesc îngrijiri paliative precoc;
 - continuitatea îngrijirii (număr de internări evitate, monitorizare (follow-up) regulată).
- *Utilizarea serviciilor medicale:*
 - numărul de internări în spital în ultimele 30 de zile de viață;
 - durata medie de spitalizare;
 - procentul de decese în locul preferat (acasă vs. spital).
- *Aspectele etice și de planificare:*
 - procentul pacienților cu plan de îngrijire documente;
 - respectarea preferințelor pacientului privind tratamentele.
- *Suportul psihosocial și spiritual:*
 - servicii de consiliere psihologică;
 - evaluare a nivelului de anxietate/depresie;
 - servicii de sprijin acordat familiei (inclusiv după deces).
- *Eficiența economică:*
 - costuri per pacient comparativ cu îngrijirea standard;
 - reducerea utilizării intervențiilor inutile sau agresive.

Un instrument de evaluare periodică, structurată a practicilor clinice în raport cu actele normative de standardizare a serviciilor de sănătate existente este **auditul medical**. În nursingul paliativ, auditul poate viza aspecte precum respectarea indicațiilor de administrare a tratamentului, calitatea documentației, comunicarea cu pacientul și familia sau managementul situațiilor de final de viață etc.

Auditul se desfășoară în mai multe etape:

1. *Stabilirea criteriilor pentru evaluare*, corelate cu documentele de referință (standardele medicale, protocoalele clinice, ghidurile practice, procedurile operaționale standardizate).
2. *Colectarea datelor*.
3. *Compararea practicii curente cu documentele de referință*.
4. *Identificarea abaterilor*.
5. *Elaborarea și implementarea măsurilor corective* în vederea reducerii diferențelor nefondate.

Scopul auditului constă în îmbunătățirea practicii medicale, asigurarea că activitățile sunt îndeplinite în modul, volumul, așa cum au fost planificate și aprobate prin consens.

Un element important al auditului este caracterul său educativ, nu punitiv, prin sprijinirea personalului medical în dezvoltarea profesională și în creșterea calității actului de îngrijire.

În contextul îngrijirii paliative, unde accentul este pus pe calitatea vieții, confort și suport holistic, percepția pacientului și a familiei devine la fel de importantă ca rezultatele clinice. În acest context, un alt instrument de evaluare periodică a serviciilor de îngrijire paliativă îl constituie ***evaluarea gradului de satisfacție*** a pacienților și a familiilor, care este și un indicator esențial al calității în nursingul paliativ [53].

Satisfacția pacienților și a familiilor este definită ca o consecință a prestării serviciilor și se raportează în special la experiența trăită și frecvent se axează pe relațiile interpersonale pe care le percepe și le poate evalua mai ușor pacientul/membrii familiei, spre deosebire de aspectele tehnice/de specialitate, pe care le poate evalua mai greu sau nu le poate evalua. Totodată, satisfacția pacienților și a familiilor reflectă în mod direct măsura în care îngrijirile oferite răspund nevoilor, așteptărilor și valorilor beneficiarilor acestor servicii [51].

Evaluarea gradului de satisfacție oferă informații valoroase despre experiența îngrijirii, inclusiv despre aspecte precum comunicarea cu personalul, empatia, respectarea demnității, promptitudinea intervențiilor și controlul simptomelor. Aceasta contribuie la identificarea punctelor forte și a domeniilor care necesită îmbunătățire, susținând o abordare centrată pe pacient.

Evaluarea gradului de satisfacție se poate realiza prin diverse instrumente, ca de exemplu:

- chestionare standardizate aplicate pacienților/membrilor familiei acestora sau aparținătorilor;
- interviuri individuale sau discuții de tip focus-grup;
- feedback informal colectat pe parcursul îngrijirii;
- evaluări post-deces oferite de familie (în perioada de doliu).

Instrumentele utilizate trebuie să fie adaptate nivelului de înțelegere al respondenților și să respecte principiile etice, inclusiv confidențialitatea și consimțământul informat. În acest context, asistentul medical are un rol esențial în facilitarea procesului de evaluare, prin stabilirea unei relații de încredere cu pacientul și familia, încurajarea exprimării deschise a opiniilor și colectarea feedback-ului într-o manieră empatică și non-intruzivă. De asemenea, acesta contribuie la interpretarea rezultatelor și la implementarea măsurilor de îmbunătățire. Datele obținute din evaluarea gradului de satisfacție trebuie analizate sistematic și integrate în procesele de management al calității serviciilor. Acestea pot conduce la:

- adaptarea planurilor de îngrijire la nevoile reale ale pacienților;
- îmbunătățirea comunicării în echipa medicală;

- dezvoltarea competențelor profesionale;
- revizuirea procedurilor/ghidurilor, protocoalelor, standardelor existente.

În același timp, este foarte important de luat în considerare că, evaluarea gradului de satisfacție în îngrijirea paliativă poate fi influențată de starea emoțională a pacientului sau a familiei, de momentul aplicării instrumentelor și de relația cu personalul medical. Este esențial ca procesul să fie realizat cu sensibilitate, respect și fără a crea disconfort suplimentar.

Astfel, monitorizarea și toate tipurile de evaluare (audit medical, evaluare a gradului de satisfacție etc.) sunt componente indispensabile ale unui sistem funcțional de management al calității în îngrijirea paliativă, susținând o abordare centrată pe pacient, bazată pe dovezi și orientată spre îmbunătățire continuă. Totodată, pentru îmbunătățirea continuă a calității îngrijirii paliative, asistentul medical trebuie să asigure respectarea mai multor cerințe standard, care reflectă transpunerea operațională a dimensiunilor fundamentale ale calității în îngrijirea paliativă descrise în acest capitol.

Fiecare categorie de cerințe reflectă aplicarea practică a dimensiunilor: de exemplu: siguranța pacientului corespunde principiului siguranței îngrijirilor, evaluarea și monitorizarea pacientului derivă din eficacitate, utilizarea rațională a resurselor și organizarea îngrijirii reflectă eficiența, comunicarea și implicarea familiei sunt expresii ale centrării pe pacient, iar documentarea și auditul susțin continuitatea și îmbunătățirea continuă a calității. Astfel, cerințele standard nu reprezintă elemente izolate, dar împreună formează baza unui sistem integrat care permite aplicarea coerentă și consecventă a principiilor calității în practica de nursing paliativ.

Cerințele standard în prestarea serviciilor de îngrijire paliativă, divizate pe capitole după cum urmează:

- ***Siguranță a pacientului:***

- identificarea corectă a pacientului;
- prevenirea infecțiilor (igiena mâinilor, echipament de protecție);
- administrarea corectă a medicamentelor (doză, cale, orar);
- evitarea accidentelor (căderi, leziuni etc.).

- ***Îngrijirea pacientului:***

- evaluarea periodică a stării pacientului;
- monitorizarea simptomelor (durere, respirație, alimentație);
- aplicarea corectă a tehnicilor de îngrijire;
- prevenirea escarelor și a complicațiilor;
- menținerea igienei și confortului.

- ***Comunicare și relații cu pacientul:***

- utilizarea unui limbaj clar și respectuos;
- ascultarea activă;
- oferirea de sprijin emoțional;
- informarea pacientului.

- ***Implicare a familiei:***

- informarea și educarea familiei;
- oferirea sprijinului emoțional;
- implicare în îngrijirea zilnică (unde este posibil).

- ***Etică:***

- confidențialitatea informațiilor;
- drepturile pacientului;
- comportamentul profesional cu empatie.

- ***Documentarea îngrijirilor:***

- completarea corectă a fișelor de îngrijire;
- notarea simptomelor și intervențiilor;
- consemnarea modificărilor stării pacientului.

- ***Îmbunătățire continuă a calității:***

- respectarea standardelor medicale, protocoalelor clinice, ghidurilor practice, procedurilor operaționale standardizate;
- dezvoltarea competențelor prin autoinstruire și participare la cursuri de formare;
- evaluarea activității proprii (autoevaluare, participare la auditul medical intern);
- colaborarea cu membrii echipei.

IMPORTANT!

Asistentul medical trebuie mereu să fie interesat de nivelul de satisfacție a beneficiarilor de servicii paliative, pentru a reacționa prompt la nevoile identificate și a îmbunătăți continuu calitatea serviciilor acordate. Respectarea cerințelor standard/obligatorii privind calitatea în îngrijirea paliativă asigură confortul pacientului, reduce suferința și contribuie la o îngrijire demnă și umană până la sfârșitul vieții.

CAPITOLUL IV. ASPECTE ETICE ȘI JURIDICE ÎN NURSING PALIATIV

4.2. Principii etice și valori aplicate în îngrijirea paliativă

Îngrijirea paliativă reprezintă o componentă esențială a sistemului modern de sănătate, având ca scop principal ameliorarea suferinței și îmbunătățirea calității vieții pacienților care se confruntă cu boli cronice progresive sau afecțiuni amenințătoare de viață. Spre deosebire de abordarea exclusiv curativă, îngrijirea paliativă pune accent pe persoană, pe nevoile sale fizice, emoționale, sociale și spirituale. În acest context, principiile etice și valorile umane ocupă un loc central, deoarece îngrijirea paliativă presupune respectarea demnității pacientului și oferirea unui suport holistic atât pacientului, cât și familiei sale. Astfel, îngrijirea paliativă se bazează pe un șir de valori umane fundamentale, precum: compasiunea, empatia, respect, solidaritate, toleranță, responsabilitate și profesionalism.

Etica aplicată îngrijirilor paliative examinează și prescrie standarde morale destinate să medieze relația personalului medical cu pacienții /familiile lor, a căror boală nu mai răspunde la tratamente curative, sau cu pacienții cu patologii cronice, care necesită intervenții paliative. Scopul acestor standarde este crearea unei alianțe terapeutice favorabile reducerii suferinței, sporirii confortului și calității vieții acestei categorii de pacienți.

Printre standardele invocate se includ un șir de principii, concepute ca idei fundamentale/imperative ce întemeiază norme de conduită sau obligații [21].

➤ Principiul respectului pentru persoană și demnității umane

Fiecare persoană are dreptul de a fi tratată cu respect, compasiune și empatie, indiferent de vârstă, diagnostic, statut social sau prognostic. Chiar și în stadiile terminale ale bolii, pacientul trebuie considerat o persoană cu valori, preferințe și drepturi proprii. Respectarea demnității presupune menținerea intimității, comunicarea sinceră și evitarea oricărei forme de discriminare sau abandon terapeutic. Aplicarea acestui principiu presupune două cerințe de bază formulate în jurul conceptului de autonomie:

- a) respectarea autonomiei oricărei persoane /tratarea oricărei persoane ca pe un agent autonom;
- b) protejarea persoanelor cu autonomie diminuată [70].

Autonomia este capacitatea de autoguvernare exercitată în condiții de libertate individuală, adică capacitatea individului de a trăi viața în conformitate cu *propriile* valori, dorințe și nevoi. Pacientul trebuie să primească informații clare și complete despre boală, tratament și opțiunile disponibile, pentru a putea decide în cunoștință de cauză

Conceptul de *autonomie diminuată* se referă la lipsa acestei capacități. Persoanele cu autonomie diminuată, convențional calificate ca vulnerabile, sunt acelea care au insuficientă putere, inteligență, educație, resurse sau alte atribute necesare pentru protecția propriilor interese” [71].

Principiul respectului pentru persoană aplicat îngrijirilor paliative presupune implicarea pacientului în luarea deciziilor cu privire la tratamentul sau îngrijirile lui, în condițiile în care acesta este adecvat informat, e capabil și disponibil. În caz de incompetență sau indisponibilitate a pacientului, are loc delegarea responsabilității decizionale a persoanelor (de obicei, membri ai familiei) investite cu dreptul de protejare a interesului acestuia.

Principiul respectului pentru persoană inițiază în fața personalului medical un șir de obligații [5]:

- Să testeze competența și disponibilitatea pacientului de a lua decizii în contextul îngrijirilor paliative.
- Să ofere pacientului în măsura competenței lui, în mod curent, informație corectă cu privire la condiția lui medicală, opțiunile medicale, tratamentele aplicate și disponibile.
- Să formuleze informația oferită într-un limbaj simplu, adaptat la posibilitățile de înțelegere a pacientului.
- Să comunice cu pacienții în mod onest și empatic pentru ca pacienții să-și formuleze și enunțe nevoile și dorințele fizice, sociale, emoționale și culturale.
- Să acționeze în interesul pacientului, ținând cont de dorințele și nevoile enunțate, chiar dacă ele nu corespund cu cele ale familiei sau personalului medical.
- Să țină cont de dorința pacientului de a refuza sau de a nu iniția un tratament, considerat de către acesta ca fiind unul cu impact negativ asupra calității vieții și stării lui de confort.
- Să inițieze și realizeze ședințe cu familia pacienților.
- Să se asigure că echipa medicală cunoaște starea și nevoile curente ale pacientului.

➤ Principiul binefacerii

Acest principiu reprezintă obligația profesioniștilor din sănătate de a acționa în interesul pacientului și de a promova binele acestuia [21]. În contextul îngrijirilor paliative acest principiu necesită promovarea interesului pacientului, a confortului lui, astfel încât acesta să poată avea la final o calitate a vieții cât mai bună în funcție de posibilități. Beneficiul unei persoane aflate în îngrijire paliativă poate să depindă de o mare varietate de factori, după cum ar fi: controlul durerii și al altor simptome, respectarea preferințelor pacientului; comunicarea empatică, reducerea stresului și suferinței, mediul adecvat de îngrijire pentru creșterea confortului etc.

Realizarea acestui principiu în practica îngrijirilor paliative necesită îndeplinirea unui șir de obligații din partea personalului medical și anume [70]:

1. Să înțeleagă în ce constă beneficiul pentru fiecare pacient luat în parte, în fiecare etapă a evoluției bolii, ceea ce presupune: evaluarea, identificarea și realizarea sistematică a nevoilor fizice, psihice, sociale, spirituale și preferințelor pacientului (căci ceea ce este benefic pentru pacient, într-o perioadă de debut al bolii, nu va mai fi la fel într-o fază terminală).

Acțiunile cu caracter benefic pentru pacient sunt determinate de către pacientul însăși sau de către reprezentantul lui legal, din perspectiva/numele acestuia.

2. Să determine dacă anumite intervenții sau tratamente sunt benefice, inutile sau împovărătoare pentru pacient.

Tratamentul este considerat benefic dacă: încetinește progresul bolii, menține/sușține viața, reduce dizabilitatea, îmbunătățește sănătatea, reduce disconfortul. Dacă tratamentul nu aduce niciunul dintre aceste beneficii, acesta va fi calificat ca *inutil*. De exemplu, hidratarea și alimentarea artificială vor fi calificate ca fiind *inutile* pentru un pacient în fază terminală. Sau, resuscitarea cardiopulmonară, chiar dacă prelungește viața, fiind aplicată unui pacient terminal, nu face decât să prelungească chinurile/ procesul muririi, astfel, aceasta va fi considerată inutilă.

Decizia despre neinițierea sau sistarea unui tratament, calificat ca fiind inutil sau împovăraător, va fi luată în funcție de particularitățile pacientului și familiei, experiențele, credințele și preferințele lor.

➤ **Principiul non-daunei sau non-maleficienței**

Principiul non-daunei este cunoscut încă de la Hippocrates prin expresia „*primum non nocere*” – „mai întâi să nu faci rău” [21]. Acest principiu obligă personalul medical să evite intervențiile care pot produce suferință inutilă sau efecte adverse disproporționate față de beneficiile obținute. Personalul medical este obligat de a se abține de a cauza daune/ sau risc de a dăuna pacientului prin anume acțiuni. În contextul îngrijirilor paliative acest principiu cere de la personalul medical următoarele [71]:

- Să se abțină de la acțiuni sau inacțiuni care lezează interesul, confortul sau deteriorează calitatea vieții pacientului paliativ. De exemplu, atunci când este ignorată dorința pacientului de a nu cunoaște diagnosticul, dar îi sunt oferite aceste informații, ceea ce îi produce depresie și disconfort.
- Să aplice standarde adecvate de îngrijire paliativă. Orice intervenție medicală impune anumite riscuri pentru viața sau starea de confort a pacientului. Acestea pot fi acceptate doar atunci când beneficiul este demonstrat ca fiind superior riscurilor (daunei) implicate. Acest aspect este foarte important în luarea deciziilor privind tratamentele invazive sau resuscitare. Totodată, dacă morfina produce dispnee, aceasta nu este un argument rezonabil pentru întreruperea folosirii ei în managementul durerii, ținând cont de controlul durerii și asigurarea unei bune calități a vieții.

Este important de reținut că, echilibrul dintre beneficiu și risc trebuie analizat individual pentru fiecare pacient.

➤ **Principiul dreptății sau justiției**

Acest principiu presupune acces echitabil la servicii de îngrijire paliativă pentru toți pacienții care au nevoie de acestea [21]. Fiecare persoană are dreptul la controlul durerii, la suport medical și la îngrijire demnă, indiferent de situația economică sau socială. Respectarea justiției implică distribuirea corectă a resurselor și eliminarea inegalităților în accesul la tratament și servicii paliative. În condițiile unui sistem de sănătate cu resurse limitate, principiul dreptății presupune realizarea necesităților pacientului, ținând cont, în același timp, de nevoile legitime și rezonabile ale familiei, lucrătorilor medicali și altor pacienți. Obligațiile morale ale asistentului medical derivate din principiul dreptății sunt următoarele:

- Să asigure un acces echitabil la resursele medicale (echipament, medicamente etc.).
- Să evite orice formă de discriminare după vârstă, gen, statut social, rasă, condiție medicală etc.
- Să ia în considerare necesitățile familiei și îngrijitorilor atunci când se ia decizia cu privire la modificarea planului de management al pacientului.
- Să ia în calcul preferința pacientului și familiei cu privire la locul de continuare/primire a îngrijirilor paliative (dacă sistemul de sănătate face posibilă această oportunitate).
- Să asigure un acces rezonabil la serviciile de paliatie în localitățile rurale.
- Să folosească resursele limitate din sistem în mod rezonabil și înțelept.

- Să identifice și să recomande grupuri comunitare, inclusiv voluntari, disponibile să asigure ajutor în paliatie, alături de îngrijirea paliativă profesională.

Conflicte / dileme morale

În același timp, este necesar de a menționa că principiile și obligațiile derivate nu sunt niște entități rigide sau standarde absolute. Ele presupun flexibilitate și adaptare situațională. Există circumstanțe când principiile/obligațiile morale vin în contradicție unele cu altele, producând așa-numitele *conflicte morale* (dileme morale) [71].

Conflictul moral apare atunci când două obligații morale nu sunt împreună realizabile, ceea ce creează o situație uneori dificilă de alegere între ele. Astfel, lucrătorul medical este obligat să acționeze întru binele pacientului (principiul binefacerii), în conformitate cu cele mai bune standarde terapeutice sau paliative, și să respecte, în același timp, dreptul la decizie al pacientului (principiul respectului pentru persoană). Atunci când nu se poate satisface aceste două principii simultan, dat fiind nedorința pacientului de a fi supus la cele mai bune intervenții terapeutice, avem un conflict moral, în care lucrătorul medical trebuie să ia o decizie, oferind prioritate uneia dintre cele două obligații în urma unei examinări complexe a situației. Pentru aceasta, este necesar de răspuns la întrebări ca: Este competent pacientul respectiv? Este decizia pacientului informată și luată în cunoștință de cauză? Decizia pacientului este luată în conformitate cu nevoile și interesul său?

Astfel, soluționarea conflictului moral este posibilă prin examinarea atentă a circumstanțelor. Câteva exemple de conflict moral [71]:

- Pacientul este în pragul morții și are o respirație de 8 inspirații pe min. Asistenta medicală trebuie să-i administreze morfina recomandată, ceea ce îi poate grăbi moartea. În această situație asistenta medicală poate fi în conflict moral, dat fiind dorința de a controla durerea, pe de o parte, și teama de a nu provoca moartea, pe de altă parte.

- Pacienta de 15 ani, în moarte cerebrală, este menținută în viață datorită conectării la aparate. Părinții nu doresc deconectarea de la aparat, chiar dacă standardele medicale etichetează acest tratament ca fiind inutil. Personalul medical poate resimți un conflict moral datorită respectului pentru decizia/dorința părinților, pe de o parte, obligația de a folosi în mod rezonabil resursele (aparatajele) disponibile în conformitate cu principiul dreptății distributive, pe de altă parte.

Atunci când conflictele sunt determinate de confruntarea principiilor morale și de opiniile diferite ale celor implicați în îngrijirile paliative (personal medical, familie, pacient), este nevoie să se lucreze în vederea atingerii consensului cu privire la beneficiul pacientului printr-un efort de comunicare eficientă. Astfel, îngrijirea paliativă nu înseamnă doar controlul simptomelor, ci și respectarea valorilor fundamentale ale ființei umane. Principiile etice precum respectul autonomiei, binefacerii, non-dăunării și dreptății oferă baza morală a îngrijirii paliative și ghidează activitatea profesioniștilor din sănătate. Aplicarea acestor principii, împreună cu valorile de compasiune, empatie și respect, contribuie la asigurarea unei îngrijiri demne și umane pentru pacienții aflați în suferință.

IMPORTANT!

Activitatea asistentului medical în îngrijirea paliativă se bazează, în mod obligatoriu, pe principiile generale ale eticii medicale, reieșind din particularitățile și nevoile pacientului aflat la final de viață, unde valoarea demnității, empatiei și respectului față de ființa umană are o importanță majoră.

4.3. Drepturile pacientului în îngrijiri paliative și obligațiile prestatorilor de servicii

Drepturile fundamentale ale omului sunt drepturile pe care le posedă fiecare ființă umană, obținute la naștere, și care îi aparțin indiferent de naționalitate, locul de reședință, sex, origine națională sau etnică, culoare, religie, limba, dizabilitate sau orice alt statut. Drepturile fundamentale reprezintă valori universale, deoarece se aplică oriunde și în egală măsură pentru toți. Ele sunt inerente tuturor ființelor umane, ceea ce înseamnă că niciun om, oriunde nu s-ar afla, nu poate fi vreodată lipsit de drepturile sale, în orice circumstanțe și indiferent de motiv.

Drepturile omului impun reguli obligatorii de conduită pentru societate. La baza acestor drepturi stau valorile fundamentale precum: viața și demnitatea umană, integritatea, egalitatea, libertatea, respectul pentru celălalt, nediscriminarea, toleranța etc. Respectiv, printre drepturile fundamentale sunt: dreptul la viață, la respectarea demnității, la lipsă de discriminare, la lipsă de tortură și tratamente inumane, la informare, la educație, la propria opinie și libertatea exprimării etc. Drepturile fundamentale sunt promovate și protejate la nivel internațional de un șir de organizații ale Organizației Națiunilor Unite (ONU) și printr-un șir de tratate și convenții internaționale.

La nivel european, drepturile omului sunt protejate de structurile Consiliului Europei, fiind promovate, în special, prin Convenția Europeană pentru Drepturile Omului și protejate de către Curtea Europeană pentru Drepturile Omului (CtCEDO).

La nivel național, drepturile omului sunt declarate și protejate prin Constituția fiecărei țări. Acestea sunt asigurate de către stat fiecărui cetățean, indiferent de etnie, statut social, limba vorbită, opinie politică, religioasă, sau oricare altă condiție posibilă. Toți oamenii sunt egali în drepturi, începând de la naștere, până la ultima suflare.

Dreptul la viață este cel mai important drept al omului și este protejat prin lege. Nimeni nu are dreptul să atenteze la viața altei persoane. Totodată, statul, prin instituțiile sale - poliția, serviciile medicale și de asistență socială, cele de ocrotire a copiilor - previn acțiunile ce pun în pericol viața omului. Indiferent de gradul de vulnerabilitate a persoanei aflate în îngrijire la domiciliu (senilitate, dizabilitate severă sau maladii avansate incurabile) viața acesteia rămâne a fi apreciată ca valoare sacră și asistentul medical trebuie să facă tot ce îi stă în puteri ca să îi îmbunătățească calitatea vieții, respectând dorințele persoanei îngrijite și contribuind la organizarea condițiilor care ar scădea suferința (fizică și psihică). Dreptul la viață va fi respectat și prin asigurarea unui nivel de trai adecvat pentru sănătatea și bunăstarea beneficiarului și a familiei sale, inclusiv hrană adecvată, îmbrăcăminte conform necesităților, locuință sigură și curată, îngrijire medicală și servicii sociale necesare.

Unul dintre drepturile fundamentale ale omului este și **dreptul la sănătate**, care este interpretat ca dreptul persoanei de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mentală, pe care o poate atinge și de a avea acces la utilizarea serviciilor unui șir de instituții, a mărfurilor și a condițiilor necesare pentru atingerea celui mai înalt nivel al sănătății sale. Asigurarea acestui drept impune ca:

- Serviciile în domeniul sănătății sunt **accesibile** fiecărei persoane din aspect: geografic, economic, echitabil și prin o informare amplă.
- Serviciile de sănătate trebuie să fie **acceptate de către populație**, adică să corespundă particularitățile tuturor categoriilor de persoane (specificul cultural, femei, copii, bătrâni, rural etc.).
- Serviciile de sănătate trebuie să fie **calitative**, din punct de vedere științific și medical.

Dreptul la sănătate prevede respectarea drepturilor pacientului, care au ca obiectiv promovarea, în cadrul sistemului de sănătate, a demnității și autonomiei pacientului, susținută de dreptul natural la viață, integritate corporală și sănătate.

În anul 2002 „Rețeaua spiritului cetățenesc activ” (*Active Citizenship Network*) a propus **Carta Europeană a Drepturilor Pacienților**. Ulterior, în anul 2005, Comitetul Economic și Social European elaborează un aviz cu privire la Drepturile Pacienților în care recunoaște toate drepturile incluse în Cartă. Carta stipulează 14 drepturi, după cum urmează:

1. Dreptul la măsuri preventive
2. Accesibilitate
3. Informare corectă
4. Consimțământul informat
5. Alegere liberă
6. Respectul intimității și confidențialitate
7. Respect pentru timpul pacientului
8. Respectarea standardelor de calitate
9. Siguranță
10. Inovație
11. Evitarea suferinței și durerii care nu sunt justificate
12. Tratamentul individualizat
13. Dreptul de a manifesta nemulțumirea
14. Dreptul de a fi compensate prejudiciile

Rețineți! Orice drept al pacientului presupune o obligație a cuiva (a lucrătorului medical, a instituției medicale, a autorității publice sau a statului) de a asigura protejarea acestui drept.

În continuare vom explica aplicarea drepturilor pacientului în contextul îngrijirilor paliative, cu evidențierea obligațiilor personalului medical implicat în îngrijire.

1. Dreptul la măsuri preventive

Fiecare persoană are dreptul la servicii adecvate pentru a preîntâmpina apariția îmbolnăvirilor.

Îngrijirea pacientului în faze terminale, în mod obligatoriu, trebuie să conțină componenta măsurilor de prevenire a unor complicații sau situații de înrăutățire a stării pacientului, atunci când aceasta este posibil. Întreținerea în condiții igienice corecte, pentru prevenirea apariției infecțiilor, măsurile de prevenire a escarelor etc. – sunt obligațiile asistentului medical de respecta acest drept.

2. Dreptul de a avea acces la servicii de sănătate

Fiecare persoană are dreptul la acces la servicii de sănătate conform necesităților. Serviciile de sănătate trebuie să garanteze accesul egal al fiecărei persoane, fără discriminare din motive financiare, domiciliu, tip de boală sau timpul adresării.

Conform interpretării „dreptului la cel mai înalt standard de sănătate”, acest drept are mai multe dimensiuni. Astfel, bunurile și serviciile în domeniul sănătății, de care dispune statul, trebuie să fie accesibile fiecărei persoane prin:

- **acces nediscriminatoriu**, ce presupune că orice persoană are dreptul de a utiliza bunurile și serviciile de sănătate, fără vreo discriminare, în special grupurile vulnerabile de populație;
- **acces fizic**, bunurile și serviciile de sănătate trebuie să fie accesibile din punct de vedere fizic (distanță, condiții de acces pentru persoanele cu dizabilități sau nevoi speciale etc.);
- **acces economic**, ce presupune că modalitățile de plată pentru bunurile și serviciile de sănătate urmează a fi bazate pe principiul echității sociale, astfel încât acestea să fie accesibile întregii populații, conform necesităților de sănătate;

Constituția țării stipulează că fiecărei persoane îi este asigurat dreptul la ocrotirea sănătății și la un minim de asigurări medicale oferit gratuit de către stat [72, art. 16, art. 36].

Orice persoană dispune de acces egal la servicii medicale indiferent de *statusul HIV*. Nu se admite refuzul internării, primirii, accesului la servicii medicale a persoanelor cu status HIV-pozitiv sau solicitarea unor taxe sporite pentru prestarea serviciilor respective [73, art. 25].

Legislația în vigoare garantează dreptul *persoanelor cu dizabilități* la o atitudine respectuoasă în prestarea serviciilor din domeniul sănătății, fără nicio discriminare pe criterii de dizabilitate [74].

Astfel, în contextul îngrijirilor paliative, fiecare pacient are dreptul de a avea acces, fără discriminare, la serviciile necesare stării lui de sănătate, iar personalul medical care îl îngrijește, este obligat să faciliteze și să asigure acest acces.

3. Dreptul la informarea corectă

Fiecare persoană are dreptul să primească toate informațiile referitoare la starea de sănătate, la serviciile de sănătate și la modalitatea cum poate să se folosească de ele, precum și la tot ce-i poate oferi cercetarea științifică și inovația tehnologică.

Pentru realizarea efectivă a acestui drept este necesar de a asigura accesul pacientului la informațiile despre starea sănătății sale. Însă, inițial, este important de a determina posibilitatea reală a pacientului de a lua o decizie în ceea ce privește tratamentul și intervențiile propuse. Totodată, trebuie să ținem cont de modul de informare a pacientului, în ce măsură a fost ajustat la capacitatea de înțelegere a pacientului. Țineți minte, informațiile trebuie oferite într-un mod cât mai simplu și pe înțelesul beneficiarului.

Legislația internațională și națională confirmă că oricărei persoane trebuie să i se asigure accesul la informațiile cu caracter personal despre sine. Pacientul are dreptul să consulte datele obiective, înscrise în fișa de observație medicală sau în alte documente, care îl privesc. Astfel, pacientul are dreptul să solicite informații despre starea sănătății, despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul lor potențial, despre eficacitatea terapeutică, metodele de alternativă, precum și despre diagnosticul, prognosticul și derularea tratamentului. Lucrătorii medicali sunt obligați să informeze părinții, tutorele despre boala copilului, tratament și toate procedurile care i se aplică [75, art.27, art.50; 76, , art.5 lit. (i)].

Legislația în vigoare prevede informarea *persoanelor cu necesități speciale*, în conformitate cu gradul și nivelul lor de înțelegere, în format accesibil, despre procedurile medicale ce li se aplică, despre riscul potențial pe care îl comportă și eficacitatea lor terapeutică, despre metodele de alternativă, despre diagnosticul, prognosticul și evoluția tratamentului și despre recomandările profilactice [74, art.42].

4. Dreptul la consimțământ informat

Fiecare persoană are dreptul de acces la toate informațiile care i-ar putea permite să participe în mod activ la deciziile cu referire la propria sănătate; această informație este o condiție prealabilă pentru orice procedură sau tratament, inclusiv participarea în cercetarea științifică.

Un consimțământ poate fi considerat conștient doar în condițiile când pacientul primește volumul adecvat de informație, este preîntâmpinat de consecințe și își asumă riscurile unei intervenții medicale. Lucrătorii medicali trebuie să poată demonstra că pacientul a fost informat pe deplin și că consimțământul nu a fost colectat în condițiile unei informări insuficiente și superficiale.

Consimțământul pacientului este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, recuperatorie). Exprimarea consimțământului a pacientului căruia îi este afectat discernământul, fie temporar sau permanent, are loc prin intermediul reprezentantului legal sau rudei apropiate a pacientului [75, art. 23].

În legislația în vigoare este descris în detalii modul de perfectare a acordului informat sau a refuzului benevol la intervenția medicală din partea pacientului [76, art.13].

Rețineți! Nici o procedură nu poate fi aplicată pacientului fără consimțământul acestuia!

Tratamentul, examenul psihiatric, spitalizarea pentru persoanele care suferă de tulburări psihice este aplicat doar cu acordul acestora.

Testarea la HIV se face doar în baza consimțământului scris, benevol și informat [73].

Este important de a asigura implicarea persoanelor cu dizabilități în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății personale în toate cazurile, cu excepția celor în care există o amenințare gravă pentru sănătatea sau viața lor. Persoanele cu dizabilități își oferă consimțământul privind intervenția medicală în mod personal, perfectând acordul informat sau refuzul benevol [74, art.42].

5. Dreptul la alegere liberă

Fiecare persoană are dreptul de a alege liber din spectrul unui șir de proceduri de tratament și de furnizori de servicii, în urma unei informări adecvate.

Raportul dintre lucrătorul medical și pacient trebuie să se întemeieze pe dreptul la opțiune al pacientului. Pacientul sau reprezentantul său legal este participantul principal la luarea deciziei referitoare la intervenția medicală.

Respectarea acestui drept ține de recunoașterea valorii autonomiei și demnității unei persoane.

În contextul îngrijirii paliative, asistenta medicală trebuie să coordoneze mereu doleanțele pacientului cu indicațiile care le consideră oportune, principalul obiectiv fiind confortul persoanei.

6. Dreptul la respectul intimității și confidențialității

Fiecare persoană are dreptul la confidențialitatea informațiilor personale, referitoare la starea de sănătate, procedurile terapeutice sau de diagnostic, precum și la protecția datelor private din cadrul examinărilor de diagnostic, despre vizitarea specialiștilor și, în general, despre tratamentele medicale/chirurgicale primite.

Statul respectă și ocrotește viața intimă, familială și privată [71, art. 28]. Informația cu caracter personal o constituie datele ce se referă la o persoană identificată sau identificabilă, a cărei dezvăluire ar constitui o violare a intimității persoanei. Informațiile despre solicitarea asistenței medicale, starea sănătății, diagnostic și alte date obținute în examinarea și tratamentul pacientului constituie *informații personale* și nu pot fi divulgate.

Lucrătorii medicali sunt obligați de a păstra secretul informațiilor referitoare la boală, la viața intimă și familială a pacientului [75, art. 14]. Toate datele privind identitatea și starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, precum și datele cu caracter personal sunt confidențiale și urmează a fi protejate și după moartea acestuia [76, art.12].

Este garantat dreptul la confidențialitate al persoanelor care sunt diagnosticate cu HIV [73, art.14].

În realizarea activităților de nursing paliativ, asistentul medical are acces la diferite documente ale pacientului, în timpul discuțiilor poate afla diferite informații cu caracter privat despre viața sau sănătatea acestuia. În acest context, este important să atenționăm că este interzisă colectarea, utilizarea și răspândirea informațiilor despre viața și sănătatea unei persoane fără consimțământul acesteia.

Asistentul medical nu are dreptul să comunice sau să comenteze în mas media sau unor terțe persoane careva informații cu privire la viața privată a beneficiarilor săi, boală, relațiile intrafamiliale și extra-familiale, comportamentul acestora, evoluția bolii etc. Relațiile persoanei cu ceilalți membri ai familiei, cu prieteni sau cunoscuți nu vor fi obiectul unor imixtiuni, manipulări sau bârfe.

În cazul asistenței la domiciliu, este important de cerut permisiunea pacientului atunci când se dorește de a folosi careva lucruri sau obiecte personale ale acestuia sau chiar și atunci se dorește a le schimba cu locul.

Asistentul medical nu va intra în camera pacientului fără a bate la ușă sau fără a cere voie, în special, în perioada când persoana doarme sau dorește să fie singură.

Correspondența pacientului nu va fi deschisă și citită decât de acesta sau la cererea acesteia.

Persoanei aflate în îngrijire i se va respecta dreptul de a menține relații de comunicare cu oricine dorește, de a se deplasa (a fi deplasat) în afara casei, de a cunoaște alte persoane din afara familiei și de a ține legătura cu acestea.

7. Dreptul la respect pentru timpul pacientului

Fiecare persoană are dreptul să primească tratamentul de care are nevoie, într-o anumită perioadă de timp, în funcție de gradul de urgență al bolii.

Sensul acestui drept este că fiecare om are nevoie să aibă acces la serviciile de sănătate în dependență de urgența acestora, pentru a nu permite apariția complicațiilor. În contextul asistenței medicale acordate populației, acest drept prevede respectarea ”orei de aur” în urgențele medicale – infarct miocardic, accidente vasculare cerebrale, hemoragii, care în lipsa unor intervenții rapide vor duce la deces sau sechele ireversibile.

În îngrijirea paliativă, acest drept are o exprimare identică, implicând intervențiile medicale urgente care sunt necesare unui pacient pentru a-i reduce suferința sau a preveni complicațiile. De exemplu, atunci când lucrătorul medical a ignorat diareea acută la pacientul paliativ, ceea ce a dus la o deshidratare gravă și suferință gravă sau atunci când a fost ignorat riscul de crearea a escarelor

și pacientul a fost lăsat fără asistență, cu crearea unor escare imense care îi provoacă suferință. Astfel, se consideră încălcarea acestui drept atunci când se pierde timpul prețios de prevenire a unor complicații sau consecințe grave.

8. Dreptul pentru respectarea standardelor de calitate

Fiecare persoană are dreptul de acces la servicii medicale de înaltă calitate în baza unor criterii clar stabilite și cu respectarea unor standarde precise.

Dreptul la servicii medicale de calitate necesită ca profesioniștii din sănătate să ofere niveluri satisfăcătoare de performanță tehnică, confort și relații interumane. Aceasta implică specificarea și respectarea unor standarde precise de calitate, stabilite prin intermediul unei proceduri aprobate. În scopul asigurării calității actului medical sunt elaborate Protocoalele clinice naționale, dezvoltate în baza Ghidurilor internaționale bazate pe dovezi. Ele sunt instrumente pentru luarea deciziilor clinice, fiind elaborate pe domenii aparte, inclusiv și pentru asistența pacienților în stări terminale. Legislația descrie obligația lucrătorului medical de a asigura calitatea serviciilor medicale, manifestând competență, responsabilitate profesională și calități înalte etico-morale.

9. Dreptul la siguranță

Fiecare pacient are dreptul să fie protejat de prejudiciile cauzate de funcționarea insuficientă a serviciilor de sănătate, malpraxis medical și erori, și trebuie să i se asigure dreptul la acces la servicii și tratamente care îndeplinesc standardele de siguranță.

Asigurarea siguranței ar putea fi considerat un standard minim absolut necesar pentru serviciile medicale. Prin urmare, acest drept poate fi conectat de unul dintre cele patru principii ale eticii medicale moderne – non-dăunării („de a nu face rău”). În multe cazuri, legislația națională relevantă se referă în mod specific la problema de siguranță a pacienților, în special, prin următoarele: siguranța serviciilor medicale, siguranța echipamentelor medicale, siguranța produselor din sânge, siguranța medicamentelor, siguranța mediului (radiații, siguranța biologică), infecțiile nosocomiale etc.

Lucrătorul medical este obligat să evite îmbolnăvirile iatrogene. Prin boli iatrogene se interpretează maladiile, procesele și stările patologice datorate activității profesionale sau îmbolnăvirile produse de către lucrătorii medicali [77, art.3, lit. (b), 18, pt.1., 17, (d)].

Asistentul medical, în executarea obligațiilor sale profesionale, nu este în drept să supună pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia. Pacientul sau reprezentanții lui legali trebuie să fie obligatoriu informați despre riscurile intervenției medicale, cu respectarea dreptului de a decide și, eventual, de a refuza intervenția [77, art.17, 18 pt.2].

Lucrătorul medical și farmaceutic trebuie să dea dovadă de maximă vigilență în acordarea serviciului profesional și în evitarea complicațiilor previzibile la pacientul aflat în îngrijirea sa. Posibilitatea greșelilor medicale și a riscului profesional trebuie să fie luată în considerare.

10. Dreptul la inovație

Pacientul are dreptul la proceduri noi de diagnostic și tratament, în concordanță cu standardele internaționale. Serviciile de sănătate au datoria de a promova și susține cercetarea biomedicală și rezultatele cercetării să fie făcute cunoscute publicului larg.

Deciziile în domeniul sănătății publice trebuie să fie bazate pe dovezi științifice și/sau pe recomandările organismelor internaționale competente [78, art.3].

Pacienții, inclusiv și cei aflați în îngrijire paliativă, au dreptul să participe la testări clinice, cu încheierea cu solicitantul testărilor, în modul stabilit de legislație, a unui contract de asigurare a vieții și sănătății sale. Pacienții au dreptul la exprimare benevolă a consimțământului sau a refuzului de participare în cercetări [76, art.5].

11. Dreptul la evitarea suferinței și durerii nejustificate

Fiecare persoană are dreptul de a fi scutită de durere și suferință în măsură maximă pe cât e posibil, în fiecare fază a maladiei de care suferă.

Evitarea și alinarea suferinței și durerii este obiectivul principal al îngrijirii paliative. Acest drept este legat de dreptul la acces, dreptul la respectarea standardelor de calitate, dreptul la siguranță, precum și de dreptul la libera alegere. Acest principiu se regăsește în articolul 24 al Constituției [72] prin care se garantează dreptul fiecărei persoane de a nu fi supus torturii, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante.

Persoanele ajunse în faze terminale ale unei maladii suferă, de obicei, de mai multe maladii cronice, complicații ale bolii sau au grad avansat de dizabilitate. Aceste stări le creează suferință fizică și psihică. Stare de dependență de alte persoane pentru satisfacerea nevoilor fiziologice elementare, lipsa posibilității de mobilitate, durerile cronice chinuitoare fac persoana foarte vulnerabilă, cu un risc de degradare a percepției demnității și respectului de sine. Astfel de persoane au nevoie de multă compasiune, toleranță, respect, empatie și grijă.

Pentru un asistent medical este important de a contribui la reducerea suferinței și stărilor chinuitoare. Indiferent de greutatea pe care le întâmpină în îngrijirea și ocrotirea persoanei cu dizabilități, nursa va relaționa cu calm și blândețe cu beneficiarul său, nu se va plânge de problemele date, îi va cere colaborarea. Sunt inadmisibile gesturile sau comportamentele agresive, umilitoare, cuvintele jignitoare, tonul dur, acțiunile violente etc.

OMS a calificat durerea și suferința care nu sunt cupate sau reduse în procesul de îngrijire medicală, drept supunerea la tratamente degradante și inumane, ceea ce este o încălcare gravă a drepturilor omului. Legislația prevede cert că, pacientul are dreptul la reducerea suferinței și atenuarea durerii, provocate de o îmbolnăvire sau intervenție medicală, prin toate mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei și de posibilitățile reale ale sistemului de sănătate [76, art.5].

Pacientul are dreptul să moară cu demnitate. Aparatura medicală care menține viața pacientului terminal poate fi deconectată numai după constatarea morții creierului. Rugămintea pacientului de a i se scurta viața prin mijloace medicale (eutanasiu) nu poate fi satisfăcută.

Medicul nu este în drept să supună pacientul unui risc nejustificat, nici cu acordul acestuia [77, art.17].

Orice persoană cu dizabilități are dreptul la reducerea suferinței și atenuarea durerii prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul actual al științei și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii medicale. Persoanele cu maladii incurabile în stadii avansate sau terminale au dreptul la servicii de îngrijire paliativă, care prevăd satisfacerea nevoilor fizice, psihice, emoționale și spirituale ale bolnavilor și familiilor acestora [74].

12. Dreptul la tratament individualizat

Fiecare pacient are dreptul la programe de diagnostic și tratament adaptate cerințelor individuale, în care criteriile economice nu trebuie să prevaleze asupra dreptului la îngrijire.

Abordarea individualizată a pacientului de către personalul medical în acordarea serviciilor medicale este recunoscută prin dreptul de a i se respecta valorile morale și culturale, convingerile lui religioase și filosofice în procesul actului medical. Legea recunoaște pacientul și reprezentantul lui legal, în calitate de participant principal la luarea deciziei privind intervenția medicală, reîșeind din propriile considerente [76, art.2]. La acordarea asistenței medicale femeilor cu dizabilități trebuie luate în considerare necesitățile speciale ale acestora, inclusiv tratamentul ginecologic [74, art.42].

13. Dreptul de a se plânga (de a manifesta nemulțumirea)

Pacientul are dreptul să se plângă oricând a suferit un prejudiciu sau o leziune în mod nejustificat, precum are și dreptul de a cere explicații.

Fiecare persoană are dreptul de a-și manifesta nemulțumirea și la satisfacție efectivă din partea instanțelor judecătorești împotriva actelor care violează drepturile, libertățile și interesele sale legitime. Nicio lege nu poate îngreuna accesul la justiție [72, art.20]. Pacientul are dreptul la asistența avocatului în scopul protecției intereselor sale. Pacientul se poate adresa cu o plângere împotriva prestatorilor serviciilor de sănătate, în cazurile în care acțiunile acestora au dus la lezarea drepturilor individuale. Realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară (prin aplicare de petiții) și judiciară (prin instanță judecătorească) [76, art.5, art.15].

Asistentul medical trebuie să accepte și, după posibilitate, să susțină dreptul pacientului de a manifesta nemulțumirea, fiind receptiv la problemele expuse de acesta.

14. Dreptul de a fi compensat

Pacientul are dreptul de a primi o compensație suficientă, în perioadă rezonabilă de timp, atunci când a avut de suferit fizic, moral sau psihologic din partea unui serviciu de sănătate.

Pacienții au dreptul la repararea prejudiciilor aduse de instituțiile medico-sanitare prin nerespectarea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare care agravează starea de sănătate, provoacă dizabilitate permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu moartea lui [75, art.19]. Pacientul are dreptul la despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației [76, art.5].

IMPORTANT!

În prestarea serviciilor de îngrijire paliativă este extrem de important de reținut prevederile cadrului legal național și internațional cu privire la drepturile omului. Pacientul aflat la final de viață, indiferent de starea sa fizică sau psihică, are aceleași drepturi, care trebuie respectate de către personalul medical cu strictețe.

RESPECTAREA DREPTURILOR PACIENTULUI ÎN NURSINGUL PALIATIV

Îngrijire centrată pe persoană, demnitate, compasiune și calitate a vieții

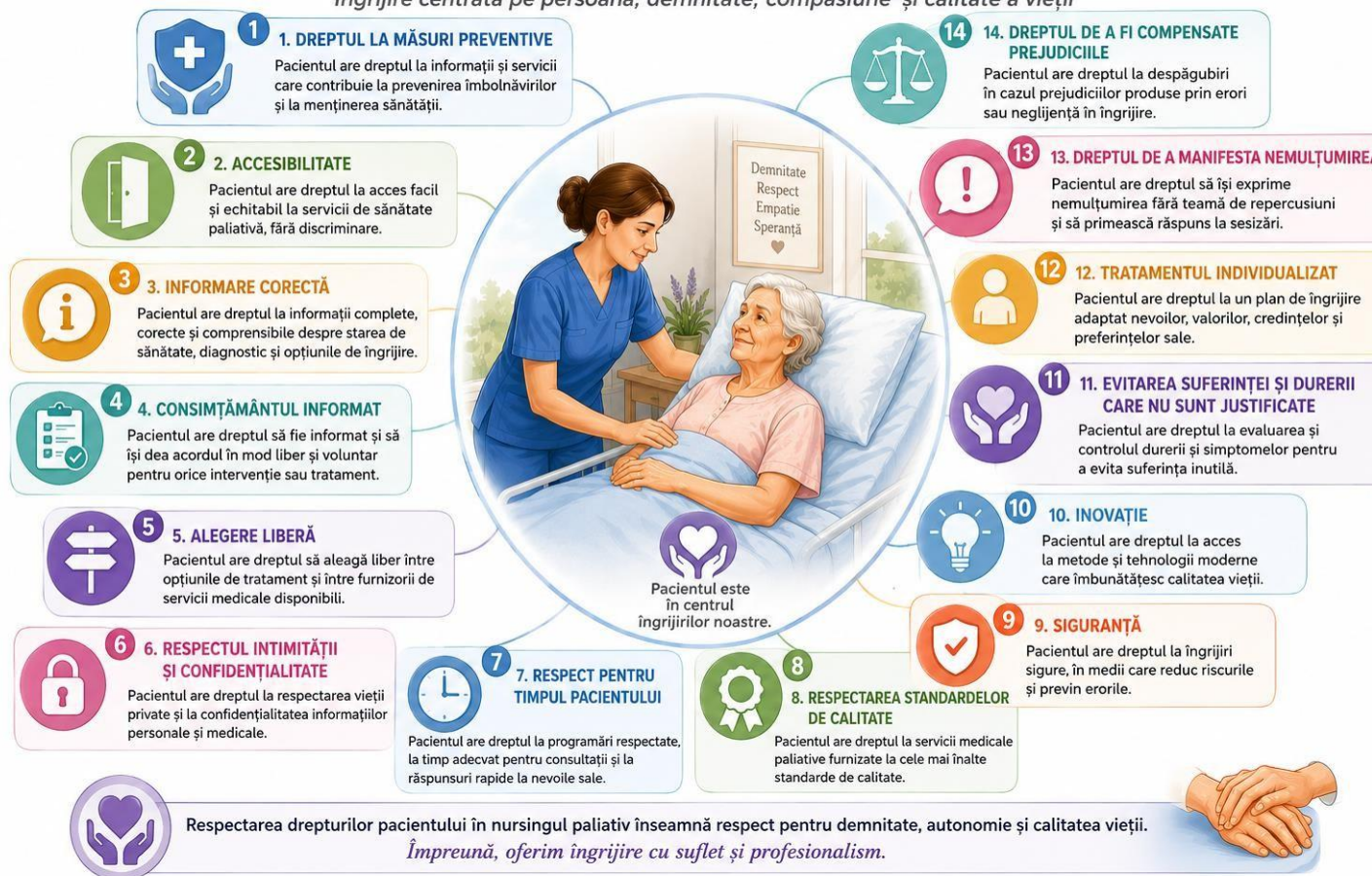


Figura 7. Drepturile pacientului în îngrijirea paliativă

4.3 Luarea deciziilor în situații dificile și complexe

Realizarea obiectivului asistenței paliative este posibilă prin implicarea activă a pacientului în actul decizional, deoarece doar pacientul poate să aprecieze în mod autentic ce este benefic pentru el însăși. Această afirmație este valabilă atunci când este vorba de un pacient competent sau în capacitate decizională, adică capabil să înțeleagă, să rețină și să cântărească o informație în baza căreia urmează să facă o alegere.

Capacitatea decizională a pacientului se poate deteriora odată cu avansarea bolii. În asemenea condiții se recomandă o decizie colaborativă a echipei paliative și familiei (aparținătorului) cu privire la tratamentul pacientului. Această decizie de consens ar trebui să fie maximal consistentă dorințelor și valorilor pacientului [79].

În îngrijirea paliativă un șir de decizii trebuie să fie luate de pacient, familie și personalul medical pe marginea unor subiecte discutabile, din punct de vedere etic. Se are în vedere deciziile cu privire la neinițierea sau încetarea unor anumite tratamente, după cum ar fi: resuscitarea cardiopulmonară, ventilarea artificială, alimentarea și hidratarea artificială, sedarea terminală etc. Aceste decizii se iau ținând cont de nevoile pacientului, dar și de datele obiective referitoare la ceea ce poate fi un avantaj/beneficiu sau nu [71].

Tratamentul inutil

Deciziile cu privire la neinițierea sau întreruperea unui tratament sunt asociate, deseori, cu aprecierile unui tratament ca fiind inutil. *Futilitatea medicală* este desemnată de:

- ✓ aplicarea inoportună/inadecvată/improprie a unui tratament fără de șanse de a aduce beneficiu pentru pacient;
- ✓ un tratament, aplicarea căruia nu aduce vreun beneficiu semnificativ pacientului;
- ✓ un tratament care nu poate aduce o îmbunătățire rezonabilă a calității vieții pacientului.

Chiar dacă judecata cu privire la futilitatea medicală este realizată de către medic, reieșind din practica clinică, studiile de caz și situația pacientului concret, decizii cu privire la același subiect pot fi făcute de către pacient sau familie din propria lor perspectivă. Astfel, tratamentul poate fi calificat ca fiind *inutil* din perspectiva echipei medicale sau din perspectiva pacientului/familiei. Acest fapt poate fi sursă a unor dezacorduri și dificultăți în luarea deciziilor.

Refuzul unui tratament considerat inutil de către pacient

Pacientul poate să ia decizia de a respinge un tratament, considerat ca fiind lipsit de orice beneficiu somatic sau psihic pentru el. Un pacient adult în capacitate decizională poate să refuze un tratament, chiar dacă această decizie poate deteriora starea lui de sănătate sau poate provoca moartea. Sarcina echipei paliative în asemenea condiții este să informeze pacientul cu privire la consecințele alegerii. În manieră generală, personalul medical trebuie să-l ajute pe pacient să înțeleagă opțiunile rezonabile de tratament, oferindu-i informația completă și oportună [71].

Aplicarea unui tratament standard considerat inutil de către echipa medicală

Există situații când un anumit tratament este considerat inutil pentru un anumit pacient de către echipa medicală, însă aceasta îl aplică, dat fiind că el este considerat drept standard terapeutic. Unele tratamente sunt inoportune/improprie din punct de vedere medical, căci nu sunt în interesul pacientului și duc doar la alocări defectuoase de resurse medicale și așa limitate. Echipele medicale sunt somate să realizeze solicitările pacienților și familiilor acestora, dacă societatea ar mandata

asemenea intervenții [80]. De exemplu, resuscitarea cardiopulmonară (RCP) este o procedură medicală care dublează rata de supraviețuire a pacienților care fac atac de cord. Aplicarea RCP în cazul pacienților muribunzi poate fi, însă, inoportună, cauzând anumite complicații. Cu toate acestea, fiind o procedură standard pentru asemenea condiție medicală, această procedură va fi aplicată și pacienților muribunzi de către medici. Pentru a evita inducerea disconfortului sau alterarea calității vieții pacientului muribund, se recomandă discuția prealabilă cu pacientul și familia acestuia despre beneficiile și riscurile resuscitării în cazul fazei terminale. Aceasta îi va face capabili să decidă cu privire la acceptarea sau refuzul procedurii respective, dacă va fi cazul. Deci, decizia de neresuscitare se va face la solicitarea pacientului/familiei, nu în baza unor politici prestabilite, de exemplu, reieșind din vârsta avansată a pacientului. Pentru evitarea suspiciunilor de malpraxis, această decizie trebuie să fie documentată (înregistrată și semnată).

Solicitarea din partea pacientului/familiei pentru un tratament considerat inutil de către medic

Există situații când pacientul/familia solicită aplicarea unui tratament ce este calificat de către echipa medicală ca fiind inutil. În asemenea condiții, este necesar de evaluat situația proprie a pacientului (interesele acestuia) în raport cu interesul altor pacienți (comunității). Să ia decizii prin balansarea judicioasă a drepturilor pacientului/familiei în raport cu drepturile societății. În același timp, nu este acceptată decizia de sistare/neinițiere a unui tratament în lipsa consensului cu familia. Aceasta poate iniția sentimentul de abandon și de insatisfacțiile de serviciile de sănătate acordate de echipa de paliativ. Este necesar de discutat empatic cu familia, asigurând-o că va fi făcut totul pentru confortul și demnitatea pacientului, evitând expresii de tipul „*nimic nu se mai poate de făcut*” [71].

Un exemplu relevant este solicitarea de nutriție și hidratare artificială (NHA). Aceasta poate menține viața și greutatea corpului în limitele normei o perioadă îndelungată de timp. Asociația Medicală Americană nu face distincție dintre NHA și alte tratamente de susținere a vieții. Fiind nealimentat și nehidratat, pacientul va muri în câteva zile. În contextul îngrijirilor paliative, deciziile cu privire la inițierea, neinițierea sau sistarea NHA vor fi luate de pacient sau familie în comun acord cu echipa medicală, după o analiză și discutare a avantajelor și dezavantajelor pentru pacient. În cazul unor pacienți muribunzi, NHA poate aduce beneficii minime prin extinderea limitelor vieții, dar de multe ori aceste beneficii sunt neproporționale în raport cu suferința produsă pentru pacient. Cei mai mulți pacienți își reduc ingestia sau o opresc cu mult timp înainte de moarte, dat fiind stoparea funcțiilor organismului ca rezultat al procesului firesc de murire. Alimentația și lichidele pot fi cauza greții și a disconfortului intestinal. În asemenea cazuri, sistarea sau neinițierea NHA este rezonabilă și acceptabilă din punct de vedere etic. Pentru a reduce suferința familiei, lucrătorul medical trebuie să le comunice aceste lucruri (despre disconfortul resimțit de pacient prin aplicarea NHA), menționând, în același timp, că moarea vine din cauza cursului bolii, nu din cauza nealimentării sau nehidratării.

Particularitățile actului decizional în cazul pacienților minori

Luarea deciziilor cu privire la sistarea sau neinițierea unui tratament inutil în cazul minorilor ridică un șir de dificultăți legate de incompetența factuală și legală a acestora, pe de o parte, iar pe de altă parte, de barierele de ordin emoțional înfruntate de părinți în procesul decizional. Implicarea copiilor maturi (14-18 ani) în procesul decizional – oferirea posibilității să pună întrebări, să-și

exprime temerile și opiniile în măsura competenței – duce la scăderea tensiunilor dintre copii, părinți și echipa paliativă.

Totodată, există situații când opiniile părinților diferă de cele ale copilului cu privire la ceea ce este în beneficiul lui. Contradicții pot apărea și între opiniile părinților și ale echipei medicale cu privire la același subiect. În situațiile de conflict decizional, un șir de proceduri ar fi utile în vederea atingerii consensului și anume:

- acordarea suportului multidisciplinar familiei în vederea conștientizării propriei anxietăți, sentimentelor de vină și responsabilitate pentru decesul prematur al copilului; activitatea suportivă pentru refocusarea speranței și obiectivelor;
- evaluarea dinamicii familiei și a posibilelor cauze ale contraargumentului.
- cooptarea unui profesionist independent pentru consultarea echipei medicale cu privire la ceea ce poate constitui „cel mai bun interes al copilului”;

În cazul în care nu se reușește stabilirea unui consens, se va proceda în conformitate cu *interesul superior* al copilului (Convenția ONU pentru drepturile copilului, 1990), ceea ce înseamnă a face orice ca acestui copil să-i fie bine. A face bine unui copil bolnav în fază terminală nu este echivalent întotdeauna cu a trăi mai mult, dar, în același timp, nu este acceptabil ca un copil bolnav să moară înainte de a se încerca tot ce este posibil pentru salvarea lui [81].

Eutanasia

În multe țări, la nivel legal este acceptată eutanasia, care este definită ca *act deliberat de terminare a vieții a unui pacient competent, în fază terminală a bolii, realizată de către un medic la solicitarea explicită a pacientului și realizată întru binele pacientului* [71].

Totodată, în unele țări se practică și *suicidul asistat*, care constă în *eliberarea unei prescripții, la solicitarea pacientului competent, a unei substanțe care va fi administrată de către pacientul însăși în vederea terminării vieții*.

Aceste decizii, fiind luate în concordanță cu dorințele pacientului pot include sedarea terminală, adică inducerea somnului înainte de moarte a pacienților rezistenți la tratamentul simptomatic (cu durere necontrolată, delir, dispnee). Actualmente eutanasia este legalizată doar în câteva țări europene: Olanda, Belgia și Luxembourg (Elveția și Germania au legalizat doar suicidul asistat medical). Însă, chiar și în aceste state, acceptarea întreruperii vieții unei persoane muribunde este sub un control riguros și a unor criterii și condiții stricte.

În Republica Moldova eutanasia și suicidul asistat sunt **interzise prin lege**. Personalul medical nu are dreptul să întreprindă careva acțiuni care ar duce la moartea pacientului. Legislația stipulează clar *”Rugămintea pacientului de a i se scurta viața prin mijloace medicale (eutanasiu) nu poate fi satisfăcută. Aparatura medicală care menține viața pacientului în caz extremal poate fi deconectată numai după constatarea morții creierului”* [75, art.34].

IMPORTANT!

Acordarea îngrijirilor paliative este un domeniu cu o încărcătură emoțională înaltă. Asistentul medical trebuie să fie pregătit psihologic pentru situații dificile, în care i se poate solicita implicarea în luare unor decizii complicate. Este important a reține că orice decizie luată trebuie să aibă la bază referința la cadrul normativ în vigoare, pentru a evita încălcări grave, bazate pe emoții sau aprecieri subiective.

CAPITOLUL V.

COMUNICAREA ÎN NURSING PALIATIV

5.1. Comunicarea cu pacienții aflați în stadiu terminal și cu familia, asistența spirituală

Comunicarea în cazul pacienților terminali este un subiect specific încărcat din punct de vedere emoțional. Este necesar de a menționa, însă, că pacientul terminal, ca și oricare altul, va avea nevoie de informații suficiente despre alternativele de tratament și despre modul cum acestea influențează confortul și calitatea vieții lui. În același timp, câteva momente sunt de o deosebită importanță în comunicarea cu pacientul muribund și familia lui.

Comunicarea trebuie să fie *continuuă, clară, empatică și adaptată contextului clinic și nivelului de înțelegere* al interlocutorilor. În îngrijirile paliative, comunicarea nu se limitează la transmiterea informațiilor medicale, ci include explorarea valorilor, preferințelor și așteptărilor pacientului și familiei. În situațiile clinice complexe, precum progresia bolii sau limitarea opțiunilor terapeutice, comunicarea eficientă devine esențială pentru prevenirea conflictelor și pentru susținerea deciziilor informate [82].

În primul rând, pacientul și familia trebuie să fie informați care este cursul firesc al procesului de murire (descreșterea apetitului, reducerea diurezei etc.). Înțelegerea acestui lucru va avea drept rezultat reducerea considerabilă a anxietății și stresului. Pacienții și familiile care știu la ce să se aștepte în ultimele ore de viață trec mai ușor prin această experiență.

În al doilea rând, printr-o comunicare onestă trebuie și pot fi identificate îngrijorările lor. Unele familii sunt speriate de faptul că bolnavul nu mănâncă și nu bea, ceea ce-i face să creadă că acesta ar putea muri de foame sau sete. În asemenea situație e nevoie de explicat familiei că cei mai mulți pacienți își reduc ingestia cu mult timp înainte de a muri, anorexia fiind un factor de protecție.

Familia trebuie să fie informată și învățată cum să îngrijească persoana muribundă sau cum poate fi de cel mai mare folos pentru cel drag. Aceasta dă senzația de utilitate și scade dependența de serviciile de urgență.

În procesul de comunicare pacientul și familia pot fi îndemnați să-și spună cuvinte de recunoștință, de iertare, de iubire, de adio, ceea ce duce la o stare de reconciliere și împăcare. Iar pacientul este încurajat să-și exprime ultimele dorințe.

Asistența spirituală este esențială în îngrijirea pacienților și pentru familiile lor pentru a face față suferinței, apropierii morții, decesului și doliului (în cazul familiilor). Acest tip de asistență presupune mai multe lucruri [83]:

1. Discuții despre moarte și semnificația morții pentru pacient și familie, care pot conduce la conștientizarea prezenței morții și la acceptarea ei.
2. Încurajarea reconcilierii familiale prin comunicarea onestă și empatică (încurajarea pacientului să spună ceea ce demult vroia să spună familiei și invers).
3. Menținerea speranței prin: punerea accentului pe ce se poate face, nu pe ceea ce este imposibil de realizat (nu vă putem trata, dar putem asigura controlul durerii); focusarea atenției pacientului spre viitorul apropiat (prezent), nu spre cel îndepărtat; încurajarea încadrării pacientului în activități pozitive, ce transcend situația lor curentă; ajutorul în stabilirea unor scopuri realiste, în găsirea sensurilor.
4. Acceptarea (necontrazicerea) trăirilor inexplicabile ale pacientului muribund și educarea familiei în acest sens.

5. Identificarea apartenenței religioase, a preferințelor, credințelor, practicilor și ritualurilor pacientului și ale familiei.

6. Asigurarea vizitei unui părinte sau pastor, coordonator spiritual, dacă este cazul.

Asistența spirituală va fi acordată fiecărui pacient în funcție de nevoile identificate în procesul evaluării (PEN-5). Cu toate acestea există un șir de acțiuni și procese comune destinate să dea încredere în propria valoare/demnitate, să încurajeze reconcilierea cu familia sau/și divinitatea. Printre acestea menționăm:

1. Comunicarea clară și empatică pe tot parcursul bolii.

Oferirea informației clare la fiecare etapă a bolii, reduce din anxietate și dă pacientului posibilitatea de a participa la luarea deciziilor medicale, ceea ce dă sens controlului asupra propriei vieți (prin posibilitatea de a alege), cât și senzația propriei valori (demnități). Deosebit de importantă și apreciată de către pacient poate fi discutarea subiectelor spirituale (credință, Dumnezeu, moarte etc.).

Însăși procesul de comunicare (în atmosferă privată) onestă dintre lucrător medical, pacient și familie generează senzația de confort și suport reciproc. Familia trebuie să fie încurajată să vorbească deschis/onest cu pacientul și în afara contextului spitalicesc. Timpul acordat pentru discuție cu pacientul, de asemenea, este apreciat de acesta ca un semn al recunoașterii demnității și valorii proprii.

2. Menținerea speranței

Speranța poate fi înțeleasă ca trăire a unui sentiment de încredere în rezolvarea favorabilă a unei probleme, în realizarea unei dorințe sau nevoi. Speranța se poate menține prin punerea accentului pe ceea ce se poate face, nu pe ceea ce e imposibil de realizat (ex.: *nu vă putem trata, dar putem asigura controlul durerii*). Păstrarea camerei, patului sau locului pacientului în curățenie poate influența pozitiv perceperea pacientului a propriei valori/demnități. Îngrijirea corpului pacientului (păr, unghii, gură) conduce la reabilitarea sensului dimensiunii personale a acestuia.

Speranța poate fi menținută, de asemenea, prin focusarea atenției pacientului spre viitorul apropiat (prezent) și încurajarea încadrării pacientului în activități pozitive, ce transcend situația lor curentă. Aceste activități pot contribui la recuperarea sensului (sensurilor) existenței pe final de viață.

3. Identificarea particularităților spirituale.

Stabilirea preferințelor spirituale, a credințelor, practicilor și ritualurilor religioase ale pacientului și familiei va permite luarea unor decizii sau aplicarea unor acțiuni care ar fi dovada acceptării și respectării acestora de către echipa paliativă, pe de o parte, iar pe de altă parte căutarea posibilităților de satisfacere a nevoilor spirituale de un părinte, pastor, coordonator spiritual etc. în funcție de apartenență.

Lucrătorul medical/membru al echipei paliative trebuie să dea dovadă de competență și maturitate culturală. Competența culturală se referă la:

- a) abilitatea de a înțelege cum cultura modelează viziunea/credința/nevoile pacientului;
- b) acceptarea diferențelor culturale ale pacienților;
- c) manifestarea respectului în raport cu acestea.

Maturitatea culturală a asistentului medical se referă la abilitatea de reflecție asupra propriului sistem de valori, conturat prin apartenența la o etnie, dar și prin apartenența la profesie –practicarea

normelor și principiilor specifice profesiei. Competența culturală a lucrătorului medical va permite stabilirea cu pacientul/familia a unei relații adecvate ținând cont de nevoile culturale ale lor.



Figura 8. Particularitățile comunicării în îngrijirea paliativă

IMPORTANT!

Asistentul medical implicat în îngrijirea paliativă trebuie să conștientizeze că comunicarea corectă și continuă este esențială în relația cu pacientul și familia. Maniera de comunicare trebuie să fie clară, empatică și adaptată contextului clinic și nivelului de înțelegere al interlocutorilor. Aceasta va depăși limita de transmitere a informațiilor medicale, pentru identificarea valorilor, preferințelor și așteptărilor pacientului și familiei (PEN-5).

5.2 Alături de familie în perioada de doliu

Imediat după deces, este important ca persoana îndoliată să fie contactată, să îi fie recunoscută pierderea și să fie încurajată să își exprime suferința. După decesul unui pacient, familiile apreciază exprimarea condoleanței și a compasiunii. Conversațiile telefonice, întâlniri și scrisori sunt răspunsuri potrivite din partea echipei multidisciplinare [84].

Recunoașterea decesului și exprimarea compasiunii sunt momente foarte importante. Multe familii consideră utilă întâlnirea cu membrii echipei interdisciplinare după decesul persoanei iubite pentru a reanaliza tratamentul și a pune întrebări legate de planul de îngrijire. Persoana îndoliată are nevoie de încurajări și confirmări că au făcut tot posibilul pentru a ajuta persoana iubită și că nu au grăbit moartea persoanei dragi (prin administrarea „ultimei doze” de medicamente sau oferirea de îngrijiri neadecvate). Informațiile și comunicarea echipei de îngrijire paliativă cu persoana îndoliată pot ajuta la depășirea perioadei de doliu [84, 85].

Se poate întâmpla ca, unele persoane, din contra, nu vor dori să mai aibă contact cu echipa de îngrijire paliativă. Aceasta le poate genera amintiri despre boală și moarte, mai ales dacă încă nu au acceptat realitatea pierderii. Este necesar de a se asigura în prealabil dacă cel îndoliat dorește sau nu să mențină legătura cu echipa.

Trebuie de ținut cont că persoanele îndoliate nu caută răspunsuri în exterior; ele au nevoie să-și găsească propriile răspunsuri sau să învețe cum să trăiască cu întrebările care le frământă. Astfel, ar trebui încurajate să-și dezvolte abilitățile creative, să-și țină jurnale sau să asculte muzica și alte tipuri de artă în procesul de depășire a suferinței. În procesul de acceptare a pierderii este foarte important suportul social, implicarea comunitară și direcționarea către un scop concret [86].

În anumite momente ale procesului de suferință, este util să încurajezi persoana să folosească un ritual. Ritualurile de doliu terapeutic sunt adesea ritualuri *de tranziție* sau *continuitate* [87].

Ritualurile de tranziție pot avea legătură cu detașarea de pierdere sau tranziția spre adaptarea la viața fără persoana iubită. Aceste acțiuni simbolice pot include scrisori către decedat, urmate de arderea acestora, renunțarea la verighetă sau confecționarea unei alte bijuterii din ea, îndepărtarea fotografiilor celui decedat.

Ritualurile de continuitate pot fi legate de schimbarea relației cu persoana decedată pe măsura ce se trece la un alt tip de legătură. Aceste ritualuri pot include vizite la cimitir, citirea numelui decedatului într-o rugăciune. Ritualul, la fel ca procesul de suferință, este o experiență personală și trebuie adaptată fiecărui individ. Aceasta depinde de contextul, personalitatea și credințele persoanei îndoliate.

Prin contactarea persoanei îndoliate, echipa de îngrijire paliativă poate resimți, la rândul ei, sentimentul de suferință și pierdere. Cadrele medicale pot experimenta propria suferință pentru a-i putea susține pe cei care suferă. Nu lăsați sentimentul de neputință să împiedice contactarea persoanei îndoliate.

De asemenea, este important ca echipa de îngrijire paliativă să aibă în vedere perspectiva terapeutică asupra îndoliatului. Amintiți-vă că nimeni nu poate îndepărta durerea suferinței, dar trebuie de monitorizat starea de sănătate a persoanelor îndoliate.

SUPT ÎN PROCESUL DE DOLIU

♥ *din partea echipei de paliativ* ♥

Suntem alături de pacient și familie, și după despărțire.



1 PREZENȚĂ ȘI EMPATIE

Oferim sprijin emoțional și suntem alături de familie într-un moment dificil.



2 COMUNICARE DESCHISĂ

Ascultăm, răspundem întrebărilor și oferim informații clare și sincere.



3 SPRIJIN PERSONALIZAT

Respectăm nevoile fiecărei persoane și adaptăm sprijinul în funcție de situația fiecăruia.



4 VALIDAREA EMOȚIILOR

Recunoaștem și acceptăm emoțiile naturale ale doliului: tristețe, furie, vinovăție, confuzie.



ECHIPĂ MULTIDISCIPLINARĂ

Medici, asistenți, psihologi, asistenți sociali și consilieri spirituali lucrează împreună pentru a oferi sprijin complet familiei îndoliate.



RESPECT ȘI DEMNITATE

Respectăm demnitatea persoanei decedate și a familiei sale, oferind sprijin cu sensibilitate, compasiune și discreție.



5 ORIENTARE ȘI RESURSE

Oferim informații despre grupuri de suport, consiliere psihologică și alte resurse utile.



6 MENȚINEREA LEGĂTURII

Păstrăm legătura după deces, prin apeluri telefonice sau vizite, pentru a oferi continuitate.



7 SPRIJIN PENTRU COPII

Acordăm atenție specială copiilor și adolescenților care trec prin pierdere.



8 RITUALURI ȘI COMEMORARE

Încurajăm ritualuri de adio și comemorare, care ajută la vindecarea emoțională.



♥ ÎNGRIJIREA NU SE OPREȘTE ODATĂ CU FINALUL VIEȚII, ci continuă în inima celor care rămân. ♥

Figura 9. Suportul familiei în perioada de doliu

5.3 Comunicarea în cadrul echipei paliative

Un proverb african spune: „*Dacă veri să mergi repede - mergi singur. Dacă vrei să mergi departe – mergi împreună*”.

Echipa paliativă este o echipă multidisciplinară în care, pe lângă nucleul de bază care constă din medic, asistent medical și asistent social, poate include medici specializați în diferite domenii, psiholog, preot etc. Unii dintre membrii echipei pot fi implicați în abordarea pacientului paliativ mai mult timp decât alții, unii vor cunoaște mai bine problemele și nevoile de ordin somatic ale pacientului, alții vor cunoaște mai bine cum pacientul reușește să se adapteze la condiția sa medicală din punct de vedere emoțional și spiritual. Unii vor ști mai bine aspectele clinice, iar alții – cele de familie și sociale ale pacientului. Fiecare membru al echipei va veni cu o perspectivă proprie asupra pacientului și cu o informație valoroasă pentru procesul paliativ.

Comunicarea în echipa multidisciplinară reprezintă un element esențial pentru asigurarea unui management de calitate în îngrijirea pacienților, în special în contextul îngrijirii paliative. O comunicare clară și deschisă între membrii echipei multidisciplinare contribuie la coordonarea adecvată a intervențiilor, la evitarea erorilor și la creșterea satisfacției pacientului și a familiei [34, 35].

Discutarea și analiza în comun a problemelor curente, dar importante și atingerea pe această cale a consensului reduce probabilitatea greșelii, subiectivității mai ales în cazurile de mare incertitudine. Lipsa de consens, de asemenea, poate fi depășită prin comunicare. Dacă un membru al echipei nu este de acord cu ceilalți membri, se va recomanda ca echipa să caute temeiul/motivul acestui dezacord prin obținerea opiniei independente a unui profesionist din același domeniu cu membrul în dezacord. Când temeiul pentru dezacord nu este găsit, este recomandabil ca membrul în dezacord să nu participe în procesul de tratament al pacientului în cauză. În același timp, orice membru al echipei poate refuza participarea la anumite intervenții care vin în contradicție cu credințele sau valorile lui. Suportul psihologic poate fi oportun pentru persoana aflată în dezacord mai ales atunci când este vorba despre dezacordul cu privire la limitarea tratamentului (sistarea sau neinițierea acestuia) unui pacient față de care a reușit să dezvolte un anumit atașament.

Coeziunea echipei paliative este determinată de idealul comun și de înțelegerea rolului echipei. Pentru atingerea acestui ideal și îndeplinirea funcțiilor de rol e nevoie ca fiecare membru al echipei să-și cunoască responsabilitățile și funcția/locul său în cadrul echipei. Un veritabil suport pentru echipa paliativă pot fi sesiunile de *debriefing*, planificarea serviciilor, dezvoltarea academică (participarea în comun la activități de instruire continuă), socializarea în comun, deoarece toate aceste activități conduc la consolidarea echipei [35].

Comunicarea în context paliativ, în general, și în echipa paliativă, în parte, nu este un eveniment, ci un proces continuu construit în zile, săptămâni și luni, constituind o veritabilă provocare în condițiile unei activități clinice intensive și solicitante. În acest context, comunicarea are caracter structurat și orientat spre obiectiv, fiind esențială pentru continuitatea îngrijirilor, luarea deciziilor clinice și siguranța pacientului. În îngrijirile paliative, comunicarea capătă o importanță majoră deoarece **susține luarea deciziilor partajate, coordonarea echipei și suportul pacientului și familiei**, contribuind direct la calitatea vieții și continuitatea îngrijirilor [45, 46].

Tehnici și metode de comunicare eficientă

1. Discuții de echipă

Discuțiile de echipă reprezintă o metodă esențială pentru schimbul de informații, coordonarea intervențiilor și clarificarea responsabilităților. Acestea permit exprimarea opiniilor, identificarea problemelor și găsirea soluțiilor într-un mediu deschis și colaborativ. În contextul îngrijirii paliative, discuțiile regulate contribuie la creșterea coeziunii echipei și la luarea deciziilor în interesul pacientului [41].

Notițe și rapoarte scrise

Utilizarea notițelor și a rapoartelor scrise reprezintă o metodă fundamentală pentru înregistrarea și transmiterea informațiilor despre pacient, tratamente și observații. Acestea asigură o referință clară și precisă pentru toți membrii echipei, facilitând continuitatea îngrijirii și prevenind omisiunile. Documentația corectă și actualizată este vitală pentru comunicarea eficientă și pentru evaluarea evoluției pacientului [40].

Utilizarea tehnologiei (sisteme informatice, registre)

Tehnologia joacă un rol din ce în ce mai important în facilitarea comunicării eficiente în echipă. Sisteme informatice, registre electronice și platforme digitale permit transmiterea rapidă și securizată a datelor despre pacient, accesul în timp real la informații și colaborarea între membrii echipei, indiferent de locație. Aceste instrumente contribuie la creșterea preciziei și la reducerea erorilor, fiind esențiale în gestionarea complexă a îngrijirii paliative [32].

Transferul de informații între schimburi (*handover-ul clinic*)

Acest transfer de informații reprezintă un moment critic în asigurarea continuității îngrijirilor. În acest proces, informațiile despre starea pacientului, intervențiile efectuate, răspunsul la tratament și planul de îngrijire sunt transmise echipei care preia responsabilitatea. Un transfer incomplet sau inexact poate duce la erori clinice, întârzieri în intervenție sau chiar evenimente adverse. Din acest motiv, standardizarea procesului de raportare este esențială în practica de nursing [37].

Un instrument frecvent utilizat pentru structurarea comunicării clinice este modelul **SBAR** (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), recunoscut ca standard de raportare în practica medicală și de nursing. Acest model oferă o structură logică și clară pentru transmiterea informațiilor esențiale, reducând riscul omisiunilor și al interpretărilor eronate în cadrul echipei de îngrijire [37].

S (*Situation* – Situația) reprezintă identificarea rapidă a problemei actuale și motivul principal al comunicării. În această etapă se precizează starea prezentă a pacientului și elementul critic care necesită atenție imediată.

B (*Background* – Contextul) include informațiile relevante din antecedentele pacientului, evoluția bolii și intervențiile recente. Această componentă oferă cadrul necesar pentru înțelegerea situației actuale în context clinic.

A (*Assessment* – Evaluarea) presupune analiza profesională a stării pacientului realizată de către asistentul medical sau alt membru al echipei. Aceasta include interpretarea simptomelor, semnelor clinice și a răspunsului la tratament.

R (*Recommendation* – Recomandarea) constă în formularea propunerilor de intervenție sau a acțiunilor necesare, precum și solicitarea de decizii sau intervenții din partea echipei medicale.

Aplicarea modelului SBAR contribuie la standardizarea comunicării între profesioniștii din sănătate, facilitând transmiterea rapidă și eficientă a informațiilor esențiale. În îngrijirile paliative, acest instrument este deosebit de valoros în situațiile de schimbare bruscă a stării pacientului, în raportarea simptomelor acute sau în transmiterea deciziilor legate de ajustarea planului de îngrijire.

Prin structurarea clară a mesajului, SBAR sprijină continuitatea îngrijirilor și reduce semnificativ riscul de erori de comunicare [37, 39].

Barierile în comunicarea interprofesională pot include diferențele de limbaj profesional, ierarhiile organizaționale, lipsa timpului sau comunicarea incompletă. De asemenea, stresul clinic și volumul mare de muncă pot afecta calitatea transmiterii informațiilor. Aceste bariere pot conduce la neînțelegeri, întârzieri în intervenție și erori în îngrijire [32].

Asistentul medical are un rol central în coordonarea comunicării în echipă, fiind adesea principalul actor implicat în transmiterea informațiilor între schimburi. Acesta are responsabilitatea de a asigura *acuratețea datelor, claritatea raportărilor și continuitatea planului de îngrijire*. În plus, asistentul medical contribuie la identificarea modificărilor clinice și la alertarea echipei în situații de deteriorare a stării pacientului [37, 40].

Impactul comunicării deficitare asupra pacientului și familiei este semnificativ, conducând la lipsa continuității îngrijirilor, creșterea anxietății, scăderea încrederii în echipa medicală și posibile decizii clinice neadecvate. În îngrijirile paliative, unde obiectivul principal este confortul și calitatea vieții, aceste efecte pot avea un impact major asupra experienței pacientului [39].

O comunicare eficientă are un *impact semnificativ asupra calității îngrijirii* oferite pacienților, în special în contexte sensibile precum îngrijirea paliativă. Aceasta contribuie la creșterea satisfacției pacientului, la reducerea erorilor medicale și la îmbunătățirea rezultatelor clinice. Comunicarea clară și empatică *facilitează înțelegerea nevoilor și dorințelor pacientului*, ceea ce permite personalizarea tratamentului și crește încrederea în echipa medicală [32].

De asemenea, o comunicare eficientă între membrii echipei de îngrijire asigură coordonarea și continuitatea serviciilor, reducând riscul de duplicare sau omisiuni în tratament. În plus, aceasta stimulează un mediu de lucru colaborativ, în care personalul se simte sprijinit și motivat, ceea ce are un efect pozitiv asupra performanței generale și asupra satisfacției profesionale [41].

În concluzie, comunicarea eficientă nu doar optimizează procesul de îngrijire, ci și contribuie la creșterea calității vieții pacientului, prin oferirea de îngrijiri mai sigure, empatică, prin eforturi comune și centrate pe pacient.

IMPORTANT!

Eficienței activității echipei de îngrijire paliativă depinde foarte mult de procesul de comunicare stabilit în cadrul acesteia. Comunicarea și transferul de informații între schimburi reprezintă elemente fundamentale pentru asigurarea continuității, siguranței și eficienței îngrijirilor. O comunicare structurată, standardizată și centrată pe pacient contribuie la reducerea erorilor, îmbunătățirea coordonării echipei și creșterea calității vieții pacientului.

CAPITOLUL VI. CONTROLUL DURERII

6.1. Definiții și clasificarea durerii

Durerea reprezintă unul dintre cele mai frecvente și complexe simptome în practica medicală, având un impact major asupra calității vieții, funcționalității și prognosticului pacienților și necesită un control adecvat din partea personalului medical (PCN-135, PEN-5).

Asociația Internațională pentru Studiul Durerii (*IASP*) definește durerea ca o experiență senzorială și emoțională neplăcută asociată cu o leziune tisulară reală sau potențială, sau descrisă în termeni de o astfel de leziune [54]. Această definiție subliniază două dimensiuni fundamentale: componenta fiziologică (nociceptivă – căile nervoase implicate în durere), componenta psihologică și emoțională. Astfel, durerea nu este un simplu semnal nervos, ci o experiență complexă, influențată de factori biologici, cognitivi și sociali.

Durerea este întotdeauna subiectivă, deoarece este ceea ce pacientul descrie și spune că doare, nu ceea ce consideră ceilalți că ar fi. Cele mai frecvente simptome și cei mai utilizați termeni în relație cu durerea sunt [55]:

Senzația redusă:

Analgezie – absența durerii ca răspuns la un stimul care, în mod normal, este dureros;

Hipoestezie - diminuarea sensibilității (termice, algice, etc.)

Hipoalgezie – sensibilitate diminuată la un stimul care, în mod normal, este dureros.

Senzație crescută:

Alodinie – este o afecțiune neurologică în care durerea este resimțită la stimuli care, în mod normal, nu ar trebui să provoace durere. De exemplu, o simplă atingere ușoară sau contactul cu hainele pot cauza o senzație dureroasă sau de arsură

Cauzalgie – senzație dureroasă de arsură, localizată, de obicei, la mâini sau la picioare, însoțită de tulburări circulatorii și datorată lezării nervilor simpatici din regiunile respective.

Hiperestezie – afecțiune neurologică caracterizată printr-o sensibilitate exagerată la stimuli externi (atingere, presiune, temperatură, lumină sau sunet). Aceasta apare din cauza unei reacții exagerate a sistemului nervos, care percepe stimulii obișnuiți ca fiind dureroși sau extrem de inconfortabili.

Hiperalgezie – este o afecțiune caracterizată printr-o sensibilitate extremă și exagerată la durere. Aceasta apare atunci când sistemul nervos devine hipersensibil, amplificând semnalele dureroase, astfel încât stimulii care, în mod normal, provoacă un disconfort ușor devin extrem de greu de tolerat.

Dereglarea sensibilității / senzații anormale:

Anestezie dureroasă – durere care apare spontan într-o zonă cu anestezie (zona, în care modalitățile senzitive lipsesc).

Disestezie – senzație neplăcută, spontană sau provocată. Spre deosebire de parestezie, care nu trebuie considerată neapărat neplăcută, disestezia este, ca atare, neplăcută. În unele cazuri, disestezia poate include senzațiile de hiperalgezie și alodinie.

Durere centrală – durerea produsă de o leziune în sistemul nervos central.

Parestezie – senzație anormală (amortire, înghețare, frigere, etc.).

Hiperpatie - sensibilitate diminuată la un stimul (mai ales la unul repetitiv) asociată cu o creștere a pragului pentru durere.

Palanestezie – pierderea simțului de vibrație.

Durere simpatică – sindrom algic, manifestat prin durere arzătoare continuă, alodinie sau hiperpatie, apărut în urma unei leziuni nervoase traumatiche, deseori combinată cu disfuncție vasomotorie, sudomotorie și modificări trofice.

Durere miofascială – afectare musculară caracterizată prin prezența unui punct sensibil localizat (*punct trigger*), a cărui stimulare cauzează durere locală ce iradiază într-un mod non-dermatomal.

Alți termeni:

Prag de durere – cel mai mic stimul care produce durere sau intensitatea minimă la care un stimul începe să fie perceput ca dureros.

Toleranța la durere - reprezintă nivelul maxim de durere pe care o persoană îl poate suporta.

Toleranță la medicamente - constă în dispariția treptată a efectelor unei substanțe care este administrată repetat, o anumită perioadă de timp, astfel încât, pentru a obține același efect, se impune creșterea progresivă a dozei.

Dependență – stare fizică sau psihică ce rezultă din interacțiunea organismului cu o substanță, caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții, însoțite întotdeauna de nevoia de a administra substanța în mod continuu sau periodic, cu scopul de a-i resimți efectele psihice.

Din punct de vedere clinic, durerea are rol protector, semnalizând existența unei agresiuni tisulare și declanșând răspunsuri adaptive de evitare a leziunii suplimentare.

Clasificarea durerii ajută la înțelegerea profundă a originii și caracteristicilor durerii, facilitând astfel o abordare terapeutică personalizată și eficientă [56, 57, 58].

Durerea este împărțită în trei categorii principale:

1. Durerea nociceptivă - rezultă din stimularea receptorilor nociceptivi situați în țesuturile sănătoase sau lezate, ca răspuns la factori precum inflamația, traumatismele sau alte leziuni tisulare. Caracteristicile acestei dureri includ o *localizare clară*, o *intensitate proporțională* cu stimulul și *răspuns rapid la tratamentele* antiinflamatoare sau analgezice [56, 59]. Mecanismele fiziopatologice implică activarea receptorilor nociceptivi, transmiterea impulsurilor către sistemul nervos central și răspunsul inflamator local. Această categorie de durere se împarte în două tipuri:

a) Durere somatică - provine din structuri precum pielea, mușchii, oasele și articulațiile. Se caracterizează prin: localizare precisă, intensitate variabilă și caracter descris frecvent ca „ascuțit”, „pulsatil” sau „întepător”. Aceasta apare frecvent în traumatisme, intervenții chirurgicale sau afecțiuni inflamatorii ale aparatului locomotor. Răspunsul terapeutic este, de obicei, predictibil și eficient atunci când tratamentul este adecvat intensității durerii [56, 58].

b) Durere viscerală. Durerea viscerală este asociată cu afectarea organelor interne și prezintă particularități distincte: localizare difuză, dificil de delimitat, caracter profund, compresiv sau sub formă de colici și frecvent însoțită de simptome vegetative (greață, transpirații).

Un aspect important este fenomenul de *durere referită*, explicat prin convergența căilor nervoase viscerale și somatice la nivel spinal. Aceasta poate determina perceperea durerii *la distanță de organul afectat* [59].

2. Durerea neuropată. Aceasta apare ca urmare a leziunii sau disfuncției sistemului nervos periferic sau central. Caracteristicile principale includ senzații de *arsură, junghi sau amorțeală*, adesea descrise ca fiind „pulsatorii” sau „furnicături”. Mecanismele fiziopatologice implică hiperexcitabilitatea neuronilor, modificări ale canalelor ionice, plasticitatea sinaptică și, uneori, procesul de sensibilizare centrală, ceea ce face ca această formă de durere să fie adesea rezistentă la tratamentele convenționale. Acest tip de durere este adesea mai dificil de tratat și prezintă un răspuns limitat la analgezicele clasice, necesitând utilizarea terapiei adjuvante [57].

Leziunile nervoase care determină durere neuropată pot apărea în multiple contexte clinice, inclusiv: neuropatii metabolice (ex. diabet), compresii nervoase, leziuni traumatice sau iatrogene, afectări centrale (accident vascular cerebral, leziuni medulare). La nivel fiziopatologic, aceste leziuni determină modificări funcționale și structurale [60].

Un mecanism central în durerea neuropată este *hipersensibilizarea*, care poate fi: periferică sau centrală (amplificarea transmiterii semnalului la nivelul sistemului nervos central). Sensibilizarea centrală determină apariția unor fenomene caracteristice, precum: *alodinia* și *hiperalgezia*.

Aceste mecanisme contribuie la persistența durerii chiar și în absența stimulului inițial [60].

3. Durerea mixtă. Aceasta reprezintă o combinație între durerea nociceptivă și cea neuropată, fiind frecvent întâlnită în cadrul unor patologii complexe, precum *cancerul* sau *neuropatiile multiple*. În această categorie, mecanismele fiziopatologice sunt variate și necesită o abordare terapeutică multimodală, adaptată fiecărei situații [58, 61].

Este important să menționăm că, durerea nu reprezintă doar o simplă senzație fizică, ci o experiență complexă, influențată de mai mulți factori ai organismului și ai psihicului uman. Aceasta este o entitate multidimensională și include mai multe componente [55]:

1. Componenta *senzorială (fizică)* al durerii reprezintă senzația propriu-zisă de durere și corespunde mecanismelor neurofiziologice care determină calitatea (arsură, înțepătură etc.), durata (scurtă, intermitentă), intensitatea și localizarea durerii.
2. Componenta *afectiv-emoțională* este determinat nu numai de cauza propriu-zisă a durerii, ci și de context. Durerea produce reacții emoționale precum: frică, anxietate, tristețe, iritabilitate. Semnificarea maladiei, incertitudinea evoluției ei - sunt factori ce pot influența experiența dureroasă până la stări depresive.
3. Componenta *cognitivă* se referă la modul în care persoana interpretează și înțelege durerea, fiind influențat de convingerile culturale, experiențele anterioare, nivelul de educație, așteptările pacientului influențează percepția durerii, atribuirea unei valori durerii, anticipări etc.
4. Componenta *comportamentală* reies din faptul că durerea influențează comportamentul, fiind posibile manifestări verbale și non-verbale din partea persoanei care suferă (acuze,

mimică, postură plâns, limitarea sau evitarea mișcărilor, modificări ale somnului și alimentației etc.) și constituie un indiciu care reflectă importanța problemei durerii.

5. Componenta *socială și spiritual* se atribuie impactului pe care îl poate avea durerea asupra relațiilor familiale, activității profesionale, rolului social, sensului vieții și stării spirituale a persoanei care suferă..

De aceea, în medicina modernă și mai ales în îngrijirea paliativă, durerea este abordată, în mod obligatoriu, holistic, nu doar prin administrarea medicamentelor, ci și prin suport psihologic, social și spiritual.

Trebuie să nu ignorăm faptul că, organismul dispune de un *sistem propriu de control al durerii*, denumit **antinociceptiv** sau **sistem endogen de inhibare a durerii**. Acest sistem are rolul de a reduce sau bloca transmiterea semnalelor dureroase către creier. El funcționează prin intermediul unor substanțe produse natural de organism - *neuropeptide specializate*, care acționează asupra receptorilor specifici pentru a reduce senzația de durere și a limita răspunsul inflamator. Aceste substanțe sunt denumite și *opioide endogene*, deoarece acționează asemănător opioidelor medicamentoase, diminuând percepția durerii și inducând o stare de confort. Din grupul opioidelor endogene fac parte:

- endorfinele
- encefalinele
- dinorfinele

Sistemul antinociceptiv se poate fi activat de sine stătător în situații de stres, efort intens, traumă sau stimulat prin anumite metode terapeutice, precum:

- exercițiul fizic,
- relaxarea,
- acupunctura,
- stimularea electrică nervoasă.

Aceste neuropeptide (opioide endogene) acționează asupra receptorilor opioizi, care sunt clasificați în trei tipuri principale:

1. *Receptorul μ (mu)*: implicat în reducerea percepției durerii, euforia și efectele sedative.
2. *Receptorul κ (kappa)*: asociat cu efecte analgezice și sedative, precum și cu disforie.
3. *Receptorul δ (delta)*: implicat în modularea durerii, precum și în procesele de dependență.

Acest sistem reprezintă fundamentul fiziologic pentru utilizarea clinică a opioidelor exogene (medicamentoase), precum morfina și alte analgezice opioide, care imită efectele endorfinelor și encefalinei pentru a controla durerea severă sau persistentă [62].

Înțelegerea mecanismelor fiziologice ale durerii este esențială pentru multiple aspecte ale managementului dureros, fiind fundamentul unei abordări terapeutice moderne, personalizate și eficiente în controlul durerii.

IMPORTANT!

Durerea este un simptom foarte frecvent întâlnit la pacienții aflați în faze terminale a unor maladii incurabile. Asistentul medical implicat în îngrijirea paliativă trebuie să fie atent la particularitățile de manifestare a acestui simptom la fiecare pacient individual, să înțeleagă etiologia și sursa acestuia, oferind prompt asistența necesară, în conformitate cu cadrul normativ în vigoare, în special prevederile protocoalelor naționale relevant (PCN-135).

6.2.Evaluarea durerii

Durerea este considerată „*al cincilea semn vital*”, ceea ce subliniază necesitatea evaluării sale sistematice la fiecare pacient [3]. Spre deosebire de alți parametri clinici, durerea nu poate fi măsurată direct prin metode obiective, motiv pentru care autoevaluarea pacientului reprezintă standardul de referință. Evaluarea durerii reprezintă o etapă fundamentală în managementul clinic, fiind premisa esențială pentru stabilirea unui plan terapeutic adecvat și eficient. Datorită caracterului subiectiv al durerii, care poate varia semnificativ de la un pacient la altul și poate fi influențat de factori emoționali, psihologici și culturali, această evaluare trebuie să fie cât mai precisă și cuprinzătoare. În acest scop, se impune adoptarea unei abordări sistematice, multidimensionale și personalizate (PCN-135).

În dependentă de durată, durerea poate fi [55]:

- **Acută** – are un debut bine definit, o durată limitată și previzibilă și se datorează, în general, unei leziuni acute sau unei cauze ușor de identificat. Durerea acută este de scurtă durată sau o durere din cauze ușor de identificat. Este însoțită de anxietate și semne clinice ale hiperactivității simpatică: tahicardie, tahipnee, hipertensiune, transpirație, dilatarea pupilelor și paloare. Dacă durerea acută reflectă progresia cancerului (sau, dacă pacientul crede acest fapt), atunci ea poate fi însoțită de depresie și retragere, simptome specifice durerii cronice, în general. Tratatamentul este centrat pe boala acută sau leziunea care cauzează durerea, cu sau fără utilizarea analgezicelor pe o perioadă scurtă de timp.

- **Puseu dureros** – este o creștere spontană, tranzitorie, a intensității durerii spre *puternică* sau *moderată*, ce apare pe fundalul unei dureri cronice de fond, care este tratată, de regulă, cu analgezice opioide. De obicei, nu se poate identifica factorul declanșator. Puseul dureros este imprevizibil și pot dura de la câteva secunde până la câteva ore.

- **Durere incidentală** – puseu dureros la care se poate identifica factorul declanșator (mișcare, micțiune, schimbarea pansamentului etc.).

- **Durere cronică** – durerea care persistă cel puțin 3 luni de zile și are consecințe de ordin psihologic, socioprofesional și economic. Durata de 3 luni de zile este una stabilită consensual. Pacientul suferind de durere cronică deseori prezintă depresie cu letargie, apatie, anorexie și insomnie. Din cauza alterării progresive a stilului de viață și a abilităților funcționale pot apărea modificări de personalitate. Pacienții pot prezenta un „*comportament al durerii*”, indus de dependența de situația lor dureroasă, și nu mai răspund la măsurile de îngrijire și analgezie. În cancer, durerea ce ține mai mult de 2 săptămâni trebuie considerată a fi cronică și tratată ca atare.

Evaluarea oricărui pacient care prezintă durere va include, pe lângă o anamneză detaliată, și documentarea cu referire la:

- *Diagnosticul inițial și al extensiei reale a bolii*: definirea etiologiei și a stimulilor nociceptivi ai durerii (ex.: cancer de prostată cu durere osoasă).
- *Modalitatea de debut a durerii*: este o problemă acută sau cronică?
- *Localizarea durerii*: identificarea zonei specifice, profunzimea sau sediul de origine, precum și eventualele iradiieri sau răspândiri.
- *Intensitatea și severitatea percepută a durerii*: se pot utiliza scalele analoge vizuale (VAS) și scalele numerice, dar trebuie avută în vedere interpretarea, în primul rând, subiectivă a acesteia de către pacient.

- *Calitatea durerii*: caracterizarea poate ajuta la clarificarea etiologiei durerii (arsură, crampă, localizare profundă etc.).
- *Caracterul durerii*: Este în creștere sau scădere? Este constantă sau intermitentă? Care sunt factorii agravanți și favorizanți (intensifică sau, dimpotrivă, reduc severitatea durerii) ?
- *Impactul funcțional*: evaluarea efectului durerii asupra mobilității, somnului, capacității de a desfășura activitățile zilnice și asupra calității vieții în general.
- *Componenta emoțională* – recunoașterea și abordarea anxietății, depresiei sau a altor reacții emoționale asociate durerii, care pot influența percepția și răspunsul la tratament.
- *Evaluarea psihosocială*: există alte cauze majore de stres? Este o dependență de medicații prescrise sau ilicite ori de consumul de alcool?
- *Administrarea unui tratament analgezic actual*: tipul analgezicului, doza, schema de administrare, eficacitate.

Această abordare multidimensională permite o înțelegere completă a experienței dureroase și contribuie la ghidarea unui tratament individualizat și eficient [56]. Prin integrarea acestor dimensiuni, se poate obține o imagine de ansamblu asupra contextului dureros, facilitând astfel luarea unor decizii terapeutice mai precise și mai adaptate nevoilor fiecărui pacient.

Cuantificarea intensității durerii se realizează conform scale (instrumente standardizate). În cazul durerii acute, evaluarea se limitează la scorurile unidimensionale (adică, se „măsoară” doar intensitatea). Sunt utilizate următoarele scoruri unidimensionale:

1. Scala verbală simplă (scor 1-5)

Aceasta include descrieri precum: **fără durere - durere ușoară - durere moderată - durere severă**. Este utilizată frecvent la *pacienții vârstnici* sau *cu dificultăți de comunicare*, deoarece se bazează pe o *descriere verbală clară și ușor de înțeles*. Această scală permite pacienților să exprime nivelul durerii într-un mod accesibil, facilitând astfel evaluarea și monitorizarea diverselor tipuri și intensități ale disconfortului, mai ales în contextul unor populații cu limitări în exprimare verbală sau înțelegere.

2. Scala ratei numerice (scor 0-10)

Pacientul evaluează durerea pe o scală de la 0 la 10, unde 0 indică **absența durerii**, iar 10 reprezintă **cea mai intensă durere imaginabilă**. Atenție: „durere maximal imaginabilă” este intensitatea maximală a durerii, care poate exista în natură în închipuirea pacientului, și nu cea resimțită sau creată de intervenție sau „șoptită” de personal. Această scală este una dintre cele mai utilizate datorită simplității, rapidității în administrare și ușurinței de interpretare atât în mediul clinic, cât și în cercetare [56]. Pe măsură ce pacienții își exprimă nivelul durerii, personalul medical poate urmări variațiile în timp și poate ajusta tratamentul în mod corespunzător.

Scala ratei numerice:

Instrucțiuni: pe o scală de la 0 la 10 se marchează cât de puternică este durerea

Fără durere = 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 = durere maximal

imaginabilă

3. Scala vizual-numerică (scor 0-10)

Pacientului i se dă o „*riglă a durerii*”, numerotată de la 0 la 10 și este rugat să poziționeze cursorul peste acea cifră, care corespunde cel mai bine cu intensitatea durerii, resimțite de dânsul, în limitele „durere absentă = 0, durere maximal imaginabilă = 10 puncte). Diferența față de *scala ratei numerice* este modalitatea de a formula întrebarea față de persoană: „acordarea notei” vs „indicarea notei”.

4. Scorul vizual-analogic (scor 0-100)

Se aplică principiul identic scalei vizual-numerice. Deosebirea este că rigla are două fețe: una numerotată milimetric (0-100), destinată persoanei care măsoară, și cealaltă față – liberă. Pacientul este rugat să poziționeze cursorul între „fără durere” și „durere maximal imaginabilă” pe fața liberă. Persoana care măsoară „citește” rezultatul în milimetri pe partea opusă a riglei.

Pacientul este rugat să marcheze pe linia de mai jos cât de puternică este durerea:

Fără durere  durere maximal imaginabilă

5. Scala numerică verbală (scor 0-10):

Pacientul se întreabă care este cuvântul ce descrie cel mai bine durerea care o simte la moment

Absentă	Slabă	Moderată	Severă	Insuportabilă
0	(1-3)	(4-6)	(7-9)	(10)

6. **Scorul „fețele durerii”** (scala Wong–Baker de evaluare facială), utilizat, în special, în pediatrie. Principiul de utilizare – identic scalei numerice verbale.



(0 = fără durere; 2 = doare numai puțin; 4 = doare puțin mai mult; 6 = doare mai mult; 8 = doare în totalitate; 10 = doare cel mai rău)

Evaluarea intensității durerii este dificilă în următoarele cazuri:

- copil sub 3 ani (deoarece nu are capacitate de abstractizare);
- persoane incapabile să comunice (de ex., bătrânii, maladia Alzheimer etc.);
- persoane care nu pot înțelege utilizarea scorurilor (incapacitate de abstractizare, prezentă la cca 10% din populație).

Din acest motiv, evaluarea durerii trebuie adaptată în funcție de capacitatea pacientului de a comunica și de particularitățile fiecărei categorii, pentru a asigura o gestionare adecvată și eficientă a disconfortului.

Copiii – se utilizează scale adaptate vârstei, precum *scale de expresie facială*, *scale de desen*, care permit identificarea nivelului durerii în mod vizual și intuitiv.

Pacienți cu tulburări cognitive – evaluarea se bazează în principal pe observația comportamentală, inclusiv expresii faciale, agitație, modificări de comportament, precum și alte

semne non-verbale de disconfort. Implicarea îngrijitorilor sau a personalului medical în interpretarea semnelor comportamentale este esențială pentru o evaluare precisă.

Pacienți critici sau non-comunicativi – se utilizează *scale observaționale special concepute*. Acestea permit identificarea și monitorizarea durerii chiar și în absența comunicării verbale, prin observarea semnelor fiziologice și comportamentale. Lipsa comunicării verbale nu exclude prezența durerii și nu justifică, în mod automat, absența tratamentului. O evaluare atentă și adaptată fiecărui pacient este esențială pentru a asigura o îngrijire adecvată și pentru a preveni suferința inutilă [63].

Erori frecvente în evaluarea durerii

În practica clinică, sunt întâlnite frecvent următoarele erori, care pot afecta controlul durerii:

- **Subestimarea durerii de către personalul medical.** Este frecvent ca personalul medical să subestimeze intensitatea durerii raportate de pacient, ceea ce poate duce la administrarea insuficientă a tratamentului analgezic sau la neglijarea nevoilor reale ale pacientului. Este esențial ca evaluarea să fie obiectivă și să țină cont de percepția pacientului.
- **Neutilizarea scalelor standardizate de evaluare.** Lipsa utilizării instrumentelor validate poate duce la evaluări subiective și variabile. Aceste scale asigură o măsurare precisă și comparabilă a durerii, facilitând ajustarea terapiei.
- **Evaluarea exclusivă pe baza semnelor obiective.** În unele situații, evaluarea se face doar pe baza semnelor fizice, precum tensiunea arterială crescută sau expresiile faciale, ignorând simptomele subiective și experiența pacientului. Aceasta poate duce la subestimarea durerii, mai ales în cazul pacienților care nu manifestă semne evidente.
- **Lipsa unei comunicări eficiente cu pacientul.** O comunicare inefficientă, lipsa de empatie sau neînțelegerea limbajului pacientului pot duce la neînțelegeri și la o evaluare incorectă a durerii. Personalul trebuie să asculte atent și să pună întrebări clare pentru a obține informații complete.
- **Absența reevaluării sistematice a durerii.** Lipsa reevaluării periodice după inițierea terapiei analgezice poate duce la menținerea unui tratament inefficient sau la acumularea de reacții adverse. Reevaluarea regulată asigură ajustarea promptă a tratamentului în funcție de evoluția durerii.

Aceste erori contribuie la subtratamentul durerii și la scăderea calității îngrijirilor, fiind esențial ca personalul medical să fie conștient de ele și să adopte practici corecte de evaluare [63].

IMPORTANT!

Fiecare persoană percepe durerea în formă diferită. De aceea este importantă evaluarea corectă a nivelului de suferință a pacientului și considerarea plângerilor care le exprimă. Durerea afectează extrem de mult starea pacientului, și este un simptom cu care este important de evaluat corect, pentru a determina strategia pentru controlul adecvat și permanent (PCN - 135).

6.3 Managementul durerii

În pofida progreselor terapeutice și existenței ghidurilor internaționale, *subtratamentul durerii* rămâne o problemă persistentă în sistemele de sănătate moderne [59, 63]. În special, vorbim despre eșecul în controlul durerii moderate și severe, utilizarea inadecvată a opioidelor fiind influențată nu doar de factori clinici, ci și de *bariere culturale, educaționale și legislative* [56].

Eșecul în managementul durerii este multifactorial. Una dintre cauzele principale este evaluarea insuficientă sau neuniformă a durerii, ceea ce duce la subestimarea intensității simptomului și la inițierea tardivă a tratamentului adecvat [56]. În practica clinică, durerea este frecvent *subraportată de pacienți și insuficient investigată de personalul medical*, mai ales în condiții de suprasolicitare profesională.

Un alt factor important este *teama de prescriere a opioidelor*, determinată de *percepția riscului de dependență, supradozaj sau efecte adverse severe* [64]. Această prudență excesivă este descrisă în literatură ca „*opiophobia*” și afectează atât decizia medicilor, cât și acceptarea tratamentului de către pacienți [65]. Accesul limitat la opioide, reglementările restrictive și lipsa instruirii continue a personalului medical contribuie suplimentar la controlul inadecvat al durerii [66].

Opioidele reprezintă un instrument esențial în managementul durerii severe, în special în *îngrijirea paliativă și oncologică*. Totuși, există numeroase *concepții greșite* și *mituri* care pot influența negativ utilizarea lor corectă și eficientă. În figura 7 prezentăm cele mai frecvente mituri și evidențiem realitatea bazată pe studii și ghiduri internaționale.

Informarea corectă și educație sunt esențiale pentru a depăși aceste mituri și pentru a asigura utilizarea sigură și eficientă a opioidelor în gestionarea durerii. Înțelegerea diferențelor între dependență, toleranță și pseudo-dependență, precum și aplicarea ghidurilor moderne, contribuie la optimizarea tratamentului și la reducerea temerilor nejustificate legate de aceste medicamente vital în anumite contexte clinice.

Este important să înțelegem consecințele clinice și etice ale subtratamentului durerii. Durerea necontrolată are consecințe biologice și psihosociale semnificative. La nivel biologic, aceasta este asociată cu stres fiziologic crescut, care poate duce la modificări imunologice, agravarea comorbidităților și scăderea calității vieții pacientului. Psihosocial, durerea necontrolată poate provoca anxietate, depresie, tulburări de somn și, în cele din urmă, reducerea aderenței la tratament, ceea ce poate duce la evoluție nefavorabilă a bolii și la creșterea riscului de complicații [63].

Din perspectivă etică, eșecul în controlul durerii contravine principiului de non-dăunare, adică evitarea răului, și dreptului fundamental al pacientului la îngrijire adecvată și la o calitate a vieții cât mai bună. Neglijarea gestionării eficiente a durerii poate fi percepută ca o formă de neglijență profesională și poate afecta în mod negativ relația terapeutică. În plus, managementul inadecvat al durerii afectează încrederea pacientului în sistemul medical și în echipa de îngrijire, ceea ce poate diminua cooperarea și participarea pacientului în procesul de tratament.

IMPORTANT!

Managementul durerii trebuie să fie multidisciplinar, implicând medici, asistenți, psihologi și alți specialiști pentru a asigura o abordare holistică și personalizată a pacientului (PCN-135).

5 MITURI DESPRE OPIOIDE – ADEVĂRUL DINCOLO DE PRECONCEPȚII

MITUL 1
Utilizarea opioidelor duce inevitabil la dependență

Studiile arată că, atunci când opioidele sunt administrate corespunzător în cazurile de durere severă, riscul de dependență psihologică este mult mai mic decât se crede.

- Dependența fiziologică:** răspunsul organismului la medicament, care poate apărea în cazul tratamentului de durată, dar nu implică neapărat comportament de dependență.
- Toleranța:** necesitatea creșterii dozei pentru a obține același efect analgezic, care poate fi gestionată prin rotație sau ajustări.
- Pseudo-dependență:** comportamente de căutare a medicamentului din cauza unei dureri necontrolate sau a altor factori psihosociali.

Diferențierea și înțelegerea acestor concepte ajută la evitarea stigmatizării și subutilizării opioidelor.

MITUL 2
Opioidele trebuie utilizate doar în faze terminale

Ghidurile moderne recomandă administrarea opioidelor în funcție de intensitatea durerii, indiferent de prognostic.

- ✓ Opioidele pot fi utilizate în faze incipiente ale bolii, pentru ameliorarea durerii.
- ✓ Scopul este îmbunătățirea calității vieții și menținerea activității funcționale cât mai mult timp.

Momentul utilizării opioidelor este dictat de nevoia de control al durerii, nu de stadiul bolii.

MITUL 3
Opioidele accelerează decesul prin deprimare respiratorie

Dovezile actuale indică contrariul: atunci când sunt corect titrate și monitorizate, opioidele nu accelerează mortalitatea, ci contribuie la confortul pacientului și la o gestionare mai bună a simptomelor în îngrijirea paliativă.

- ✓ Administrare atentă, în doze corespunzătoare.
- ✓ Monitorizare adecvată.
- ✓ Risc minim de depresie respiratorie.

Siguranța pacientului crește prin titrare corectă și monitorizare atentă.

MITUL 4
Toleranța completă se dezvoltă rapid

Toleranța completă și rapidă nu este regula. Toleranța poate apărea pentru anumite efecte, dar controlul durerii poate fi menținut fără creșteri constante și rapide ale dozelor.

- ✓ Rotația opioidelor și ajustarea dozei sunt strategii eficiente pentru menținerea analgeziei.
- ✓ Aceste strategii reduc riscul de efecte adverse.

Rotația opioidelor și ajustarea dozei = analgezie eficientă și siguranță sporită.

MITUL 5
Opioidele sunt indicate exclusiv în durerea oncologică

Opioidele sunt utilizate și în tratamentul durerii non-oncologice severe, atunci când alte terapii sunt inefficiente sau contraindicate.

Exemple:

- durerea neuropatică
- durerea postchirurgicală
- durerea cauzată de alte boli cronice grave
- insuficiență renală severă
- insuficiență hepatică severă

Opioidele se indică pe baza nevoii de control al durerii, nu pe baza tipului de boală.

IDEA CHEIE: Deciziile privind utilizarea opioidelor trebuie să se bazeze pe dovezi științifice, pe evaluarea atentă a durerii și pe nevoile individuale ale pacientului.

Figura 10. Concepții greșite și mituri despre administrarea opioidelor

6.4 Strategii farmacologice

Alegerea terapiei analgezice trebuie să fie individualizată, ținând cont de mai mulți factori, printre care: tipul durerii (acută, cronică, neuropată, nociceptivă), intensitatea simptomelor, afecțiunile asociate sau comorbiditățile pacientului, răspunsul anterior la tratamentele administrate. Tratatamentul farmacologic modern al durerii se bazează pe o strategie *etapizată și multimodală*, care presupune utilizarea diferitelor clase de medicamente cu mecanisme complementare de acțiune. Aceasta înseamnă că, în funcție de severitatea durerii și de răspunsul pacientului, se pot combina mai multe tipuri de medicamente pentru a obține un control optim al simptomelor, reducând dozele și efectele adverse ale fiecărui medicament în parte.

Pentru ca strategiile farmacologice de control al durerii să fie eficiente, este esențial să se respecte câteva *principii fundamentale*:

1. *Evaluarea corectă a durerii înainte de inițierea tratamentului.* Este important să se determine cu precizie severitatea, tipul și caracteristicile durerii pentru a alege cea mai potrivită metodă terapeutică și pentru a stabili un plan de tratament adecvat.

2. *Alegerea analgezicului în funcție de intensitatea durerii.* Tratatamentul trebuie adaptat la gradul de severitate al durerii: analgezice ușoare pentru dureri moderate, opioide pentru dureri severe, și alte medicamente specifice pentru tipurile particulare de durere, precum durerile neuropatice.

3. *Administrarea regulată a medicației, nu doar „la nevoie”, în durerea persistentă.* În cazul durerii cronice sau persistente, terapia trebuie aplicată conform unui program stabilit, pentru a menține controlul durerii și a evita fluctuațiile în severitate. Administrarea „la nevoie” poate fi eficientă doar în anumite situații, precum durerea acută.

4. *Monitorizarea eficienței și a reacțiilor adverse.* Este crucial să se urmărească răspunsul pacientului la tratament, precum și eventualele efecte secundare, pentru a ajusta terapia în mod corespunzător și pentru a asigura siguranța pacientului.

5. *Ajustarea individualizată a dozelor.* Dozele trebuie să fie adaptate nevoilor fiecărui pacient, ținând cont de răspunsul personal, de tolerabilitate și de eventualele comorbidități, pentru a maximiza beneficiile și a minimiza riscurile. În cazul durerii cronice, tratamentul trebuie reevaluat periodic pentru a preveni ineficiența terapeutică și apariția efectelor adverse cumulative, asigurând astfel un control optim și sigur pe termen lung [56, 57].

Una dintre cele mai utilizate modele terapeutice în controlul durerii, în special în oncologie și îngrijirile paliative, este **scara analgezică OMS** [59].

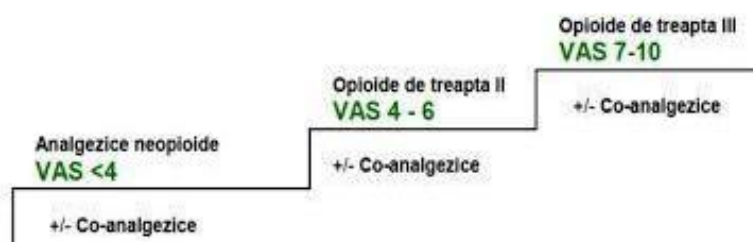


Figura 11. Scara analgezică a OMS (adaptat după Laurus Medical – Terapia durerii)

Principiul de bază al acestei abordări constă în selectarea tratamentului în funcție de intensitatea durerii, cu o progresie etapizată de la analgezice non-opioide către opioide puternice, atunci când

durerea devine moderată sau severă. Tratamentul trebuie administrat: „preferabil oral”; „la intervale regulate”; „conform intensității durerii”; „individualizat pacientului” [59, 61].

Caracterizarea nivelelor scării analgezice OMS

Nivelul I: Analgezice non-opioide indicate pentru *dureri ușoare*

Durerea ușoară este, de regulă, evaluată între 1–3 puncte pe scala numerică a durerii. Medicamentele indicate acționează predominant prin reducerea inflamației și inhibarea sensibilizării nociceptorilor periferici [56].

Medicamente utilizate: Paracetamol; Ibuprofen; Diclofenac; Ketoprofen (DCI); Naproxen (DCI).

1. Antiinflamatoarele nesteroidiene [60].

Acționează prin inhibarea sintezei prostaglandinelor, contribuind la reducerea durerii și inflamației

Indicații principale pentru utilizarea AINS: durerea musculo-scheletală (de exemplu, osteoartrită, artrită reumatoidă); durerea inflamatorie (ex. bursite, tendinite); durerea postoperatorie, durerea asociată metastazelor osoase.

Riscuri și precauții: Utilizarea prelungită a AINS poate fi asociată cu efecte adverse, precum: complicații gastrointestinale (ulcerații ale tractului digestiv, hemoragii digestive, gastrite erozive); afectare renală (scăderea filtrării glomerulare, insuficiență renală); risc cardiovascular crescut (hipertensiune arterială, infarct miocardic, accident vascular cerebral). Din acest motiv, administrarea AINS trebuie monitorizată atent în cazul tratamentelor prelungite [56]. În cazul *insuficienței renale*, doza de AINS trebuie redusă cu 30-50%. Este important să se rețină că AINS se administrează împreună cu medicamente pentru protecția gastrică.

2. Paracetamol

Paracetamol face parte din *grupa farmacologică a analgezicelor și antipireticelor* și este utilizat frecvent pentru tratamentul *durerii ușoare și moderate*, datorită profilului său relativ favorabil de siguranță și eficacitate. Este recomandat în special la pacienții la care antiinflamatoarele nesteroidiene sunt contraindicate, cum ar fi cei cu afecțiuni gastrice, renale sau cu risc cardiovascular crescut [56].

Doze și durată de administrare. Doza uzuală pentru adulți este de 500 mg până la 1 g, administrată la intervale de 4-6 ore, fără a depăși o doză totală de **4 g pe zi**. La copii, doza se ajustează în funcție de greutatea corporală și recomandările specifice, în general 15 mg/kg pe doză, administrată la intervale de 4-6 ore, fără a depăși **60 mg/kg pe zi**.

Durata administrării trebuie limitată la cel mai scurt interval posibil pentru a controla durerea, evitând utilizarea prelungită fără monitorizare strictă, pentru a preveni eventualele efecte adverse hepatice. Dozele excesive pot duce la hepatotoxicitate acută.

Paracetamol trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente sau în cazul consumului excesiv de alcool, din cauza riscului crescut de hepatotoxicitate.

Analgezicele non-opioide pot fi asociate cu medicație adjuvantă în funcție de tipul durerii și de patologia asociată [58]. În cazul în care durerea persistă sau crește în intensitate se trece la nivelul următor.

Nivelul II: Analgezice opioide ușoare indicate pentru *durere moderată*

Medicamente utilizate: Codeinum* (DCI), Tramadol (DCI).

Durerea moderată corespunde, de obicei, unui scor de 4–6 pe scala numerică. În această etapă se recomandă opioide slabe, ce acționează asupra receptorilor opioizi centrali și reduc transmiterea semnalului nociceptiv [17]. Inițial, se administrează doze mici, ajustând doza treptat până la limita maximă zilnică recomandată pentru a obține controlul durerii. În cazul când durerea persistă și după atingerea dozei maxime, se pot combina cu *medicamente adjuvante* (ex. antidepresive, anticonvulsivante) sau *antiinflamatoarele nesteroidiene* pentru a spori efectul analgezic [59].

1. Tramadolium

Tramadolium este un analgezic opioid slab, care acționează prin *legarea la receptorii opioizi din sistemul nervos central*, precum și prin inhibarea *reuptake-ului de noradrenalină și serotonină*, ceea ce contribuie la efectul analgezic. Este eficient pentru dureri moderate până la severe, inclusiv dureri postoperatorii, dureri oncologice, și alte tipuri de durere cronică. Este eficient și în durerile cu componentă neuropatică.

Forme farmaceutice: Capsule 50 mg, 100 mg; soluție pentru injecții 50 mg/ml (2 ml per flacon); supozitoare* 100 mg (pentru utilizatorii ghidului din țările alte, decât Republica Moldova); comprimate cu eliberare prelungită* 100 mg, 150 mg (pentru utilizatorii ghidului din țările alte, decât Republica Moldova).

Doza maximă zilnică: 600 mg. Inițial, se recomandă administrarea formelor orale, de exemplu: 50 mg la fiecare 6 ore, în funcție de răspuns și toleranță. Tratamentul poate fi extins cu alte forme, conform indicațiilor medicului.

2. Codeinum*

*Codeinum** este un opioid slab, prezent în Lista Medicamentelor Esențiale ale OMS, care se convertește în principal în morfină în organism, acționând asupra receptorilor opioizi pentru a reduce senzația de durere. Este utilizată pentru dureri moderate, de obicei, în combinație cu paracetamol sau alte analgezice non-opioide.

Forme farmaceutice: sirop 15-30 mg la fiecare 4-6 ore; tablete 30-60 mg la fiecare 4-6 ore; capsule 30-60 mg la fiecare 4-6 ore; soluție injectabilă 30-60 mg la intervale regulate.

Doza maximă zilnică: 240-320 mg.

Dacă durerea nu poate fi controlată eficient, se trece la utilizarea opioidelor puternice [59].

Nivelul III: Opioide puternice pentru durere severă

Medicamente utilizate: *Morphinum (DCI)*, *Oxycodone (DCI)*, *Methadone (DCI)*, *Fentanylum (DCI)*, *Hydromorphinum (DCI)*.

Durerea severă este evaluată, în general, la 7–10 puncte pe scala numerică și necesită utilizarea opioidelor puternice [61]. Aceste medicamente reprezintă standardul terapeutic în durerea oncologică severă și în multe situații de durere cronică avansată [59, 61]. În faza inițială, se administrează doze mici, cu titrare progresivă, până la doza maximă tolerată sau recomandată. În cazul în care durerea nu este controlată, dozele se pot crește gradual, până la atingerea dozei maxime sau până la apariția efectelor secundare intolerabile.

În situații de durere refractară sau de durere severă persistentă, opioidele puternice se pot combina cu medicamente adjuvante sau alte analgezice pentru a obține un control mai eficient.

Dacă durerea este controlată și pacientul are nevoie de doze mai mici, se pot ajusta dozele pentru a reduce efectele secundare și pentru a menține confortul.

Principiile de administrare a opioidelor puternice:

1. *Titrare individualizată.* Ajustarea dozei fiecărui pacient se face în funcție de răspunsul la tratament, nivelul durerii și toleranța la medicament. Aceasta implică începutul cu doze mici și creșterea treptată pentru a găsi doza optimă care controlează durerea fără a provoca reacții adverse.

2. *Administrare regulată.* Pentru a menține un nivel constant al medicamentului în organism și a evita fluctuațiile durerii, opioidele se administrează la intervale fixe, chiar dacă pacientul nu simte durere. Aceasta contribuie la un control mai eficient și la prevenirea crizelor de durere.

3. *Monitorizarea reacțiilor adverse.* Este esențial să se observe orice efecte secundare, precum somnolența excesivă, constipația, greața, depresia respiratorie sau alte reacții adverse. În cazul apariției acestora, se ajustează doza sau se schimbă tratamentul pentru a asigura siguranța pacientului.

4. *Reevaluarea continuă a durerii.* Durerea trebuie monitorizată constant pentru a evalua eficiența tratamentului. În funcție de răspuns, doza sau schema de administrare pot fi modificate pentru a menține un control optim și pentru a evita supradozajul sau subtratamentul.

1. Morphinum

Morphinum acționează asupra *receptorilor opioizi din sistemul nervos central*, reducând percepția durerii și senzația de disconfort. Este utilizată în tratamentul *durerii acute și cronice*, în special în cazurile de durere oncologică sau după intervenții chirurgicale.

Forme farmaceutice: soluție injectabilă: 10 mg/ml; tablete: 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg; soluție pentru administrare orală: 2 mg/ml; sirop pentru administrare orală: 20 mg/ml

Administrarea trebuie făcută sub supraveghere strictă medicală. Principiile de administrare:

1. *Titrare individualizată* - începem cu doza minimă eficientă, de exemplu, 10-15 mg la nevoie, și ajustăm în funcție de răspunsul pacientului. Pentru administrarea orală, se poate începe cu o doză de 10-20 mg, divizată în doze multiple pe parcursul zilei pentru a menține controlul durerii. Se ajustează doza în funcție de intensitatea durerii și de reacțiile adverse.

2. *Administrare regulată* - *Morphinum* se administrează la intervale regulate, la fiecare 4-6 ore, în funcție de schema stabilită. În cazul soluției orale (2 mg/ml sau 20 mg/ml), dozele se pot calcula precis pentru a se asigura o dozare corectă și constantă. Dacă controlul durerii este realizat prin utilizarea *Morphinum* cu eliberare imediată, trebuie luată în considerare posibilitatea trecerii pacientului la preparate cu eliberare continuă în aceeași doză sumară zilnică. La transferarea pacientului de la doza de *Morphinum* cu eliberare imediată la 4 ore, la preparate cu eliberare continuă, se începe cu administrarea preparatului cu eliberare continuă la ora când următoarea doză de medicament cu eliberare imediată ar fi trebuit administrată și se discontinue medicamentul cu eliberare imediată.

3. *Monitorizarea reacțiilor adverse* - se urmărește apariția *somnolenței excesive, constipației, greței, depresiei respiratorii*. La apariția reacțiilor adverse, doza poate fi redusă sau tratamentul poate fi ajustat, iar pacientul trebuie monitorizat atent.

4. *Reevaluarea continuă a durerii* - dacă nu se obține controlul dorit, schema de administrare se ajustează. Se reconsideră tratamentul după 24-48 ore sau mai devreme dacă apar reacții adverse grave.

2. Methadonum

Methadonum este un analgezic *opioid puternic, sintetic*, utilizat atât pentru tratarea durerii moderate până la severe. Acționează asupra receptorilor opioizi din sistemul nervos central, având un efect analgezic de lungă durată, fiind folosită frecvent în tratamentul durerii cronice.

Methadonum poate preveni sindromul de sevraj, în terapia de substituție în cazul dependenței de opiacee, fiind administrată sub supraveghere medicală strictă pentru a evita riscul de supradozaj sau dependență.

Forme farmaceutice disponibile: comprimate 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg; soluție orală 2 mg/ml sau 10 mg/ml, în funcție de diluție, se pot administra 1 ml (2 mg) sau 5 ml (10 mg); plasturi transdermice* (formă farmaceutică descrisă în literatura de specialitate) 20 mg/72 ore, 40 mg/72 ore, 80 mg/72 ore, 160 mg/72 ore aplicare pe piele, schimbare la fiecare 3 zile; forme injectabile 10 mg/ml, 20 mg/ml, 50 mg/ml (în funcție de necesitate)

Tabelul 3. Efectele secundare ale opioidelor

Efecte secundare	Manifestări clinice
Centrale	Sedare, somnolență, confuzie, comă, disforie, efecte psihomimetice; Teamă, agitație, panică; Sentimente de irealitate, depersonalizare; Vise în cursul zilei, coșmaruri, halucinații; Dezorientare, deziluzie, psihoză, mioclonii, mioză.
Gastrointestinale	Greață, vomă, întârziere în evacuarea gastrică; Constipație, gură uscată, colică biliară. Alterări ale funcției hepatice (în utilizare prelungită)
Respiratorii	Depresie respiratorie, suprimarea tusei.
Cardiovasculare	Hipotensiune postulară, alterări ale ritmului cardiac
Urinare	Retenție urinară. Alterări ale funcției renale (în utilizare prelungită)
Cutaneate	Flush, transpirație, prurit, erupție cutanată
Tolerantă	Pe termen lung: nevoie de doze mai mari pentru același efect
Dependență fizică	Riscul de abuz și dependență psihică și fizică dacă nu este utilizată corect

În practica îngrijirilor paliative, opioidele prescrise în mod adecvat provoacă rareori depresie respiratorie semnificativă clinic. Pragul pentru o astfel de depresie este întotdeauna deasupra pragului sedativ, care este deasupra pragului analgezic.

Tabelul 4. Specificul tratamentului cu analgezice la vârstnici

Treapta analgezică	Specificul
<i>Nivelul I</i>	- Sunt preferate medicamentele cu hemivalență scurtă (Paracetamol, Acidum acetylsalicylicum). - Ținând cont de funcția renală, intervalul de administrare se alungește la 6-8 ore. - Este preferată monoterapia. - Se evită medicamentele compuse din mai multe molecule (cinetică diferită).
<i>Nivelul II</i>	- Cea mai utilizată asociere este Paracetamol 500 mg cu Codeinum 30 mg (maxim 4 g Paracetamol sau 240 mg Codeinum). - Tramadolum posibil limitat ca utilizare din cauza efectelor secundare.
<i>Nivelul III</i>	- Morphinum în doza inițială de 2,5-5 mg la 4 ore, <i>per os</i>. - Supradozarea e posibilă prin insuficiență renală sau disfuncție renală prin deshidratare. - Vârstnicii necesită Morphinum în doză mai mică decât tinerii. - Greața și constipația sunt frecvente, chiar dacă dozele sunt mai mici.

În pofida reacțiilor adverse menționate, beneficiul utilizării analgezicelor opioide pentru asigurarea analgeziei este, indiscutabil, mai mare decât inconveniențele.

Cerințe pentru prescrierea analgezicelor opioide în Republica Moldova:

- Deținerea diplomei de medic (alegerea medicamentului adecvat și a dozei, cât și prescrierea corectă a rețetei țin de responsabilitatea medicului de familie sau a medicului specialist de profil, care prescrie opioidul).
- Angajare de către instituția medicală unde este prescris opioidul.
- Stupefiantele și psihotropele aflate sub control internațional se prescriu obligatoriu pe rețeta specială (Formularul Nr. 2), în 3 exemplare.
- Rețeta este validă **14 zile** de la data emiterii pentru a fi prezentată în farmacie, semnată de **2 medici**, trei stampile.
- Pe un singur formular se permite prescrierea a numai unui singur medicament din această grupă.
- Cantitate limită de opioide admisă per rețetă pentru un termen de **până la 30 de zile** de tratament.
- În Republica Moldova, **orice medic specialist** poate prescrie opioide.

Medicația adjuvantă

Tratamentul adjuvant al durerii este definit ca fiind acea medicație asociată terapiei cu opioide sau altor medicamente antalgice, care nu are acțiune primară analgezică, dar are rol de potențare a efectului acestor medicamente.

Alegerea tipului de medicație adjuvantă depinde de tipul de durere prezentă la pacient, de eventualele simptome asociate durerii și de efectele secundare care trebuie combătute. Utilizarea medicației adjuvante (antidepresive, benzodiazepine, corticosteroizi, anticonvulsivante, analgezice locale) trebuie făcută ori de câte ori este necesar. De exemplu, antidepresivele triciclice, în doze reduse ameliorează depresia asociată frecvent durerii cronice. Inhibitorii selectivi de serotonină ameliorează tulburările de somn și pofta de mâncare. Antiinflamatoarele nesteroidiene sunt adecvate în tratamentul durerii osoase, iar Gabapentina și Pregabalina sunt eficiente în controlul durerii neuropatice.

IMPORTANT!

Prin utilizarea corectă a principiilor de analgezie în îngrijirile paliative se poate obține un control adecvat al durerii în peste 90% din cazuri. Tratamentul analgezic trebuie administrat în mod constant, reevaluările repetate permit reajustarea sa în funcție de evoluția pacientului (PCN -135).

Tabelul 5. Căile de administrare a medicamentelor în durere [55]

Calea	Comentarii
Orală	Este preferată în tratarea durerii, este cea mai favorabilă după cost-eficiență.
Rectală	Cale alternativă pentru pacienții care prezintă greață, vomă sau nu pot ingera alimente. Absorbția prin mucoasa porțiunii superioare a rectului se face prin venele hemoroidale superioare, care se revarsă în sistemul portal, însemnând că medicamentul va fi metabolizat în primă trecere prin ficat, apoi va intra în circulația sistemică. Absorbția din partea distală a rectului are loc prin venele hemoroidale inferioare, care nu se revarsă în circulația portală.
Transdermală	Evită absorbția gastrointestinală. Fentanylum este singurul analgezic disponibil pe această cale. Concentrațiile plasmatice cresc încet, timp 12–18 ore după administrarea platurului și scad treptat, pe parcursul a 20–24 de ore după înlăturarea lui. Calea nu este utilă pentru o titrare rapidă a dozei și poate fi propusă pacienților non-opioid naivi și care au o durere relativ stabilă.
Transmucoasă (sublingual)	Permite absorbție și acțiune rapidă. Absorbția sublinguală a Morphinum este redusă, dar Buprenorfina și Fentanylum sunt relativ bine absorbite pe această cale.
Subcutanată (s/c) sau intravenoasă (i/v)	Sunt utilizate pentru perfuzare continuă pacienților cu grețuri și vomă, disfagie sau dificultăți de înghițire, obstrucție intestinală, malabsorbție, precum și pacienților care necesită titrarea rapidă a dozei. Medicamentele pot fi utilizate în doze intermitente, repetat, sau în perfuzare continuă. Calea i/v produce analgezie rapidă. Cea s/c poate necesita până la 15 min. pentru a acționa. Bolusurile i/v provoacă acțiune mai scurtă. Perfuziile continue permit obținerea unui nivel constant al medicamentului în plasmă. Utilizarea pompei de perfuzie este considerată cea mai corectă modalitate de perfuzare continuă. PCA – analgezia controlată de pacient prin intermediul unui dispozitiv special, permite un control flexibil al durerii. Se recomandă ca volumul s/c pe oră să nu depășească 5 ml. Medicamentele pot fi concentrate pentru a se menține volumele s/c în limitele date. Perfuziile i/v și s/c pot fi administrate la domiciliu, cu condiția că pacientul să fie corect informat. Calea s/c trebuie inspectată și, posibil, rotată la fiecare 48–72 de ore la pacienții neutropenici, pentru a minimaliza riscul infectării locale.
Intramusculară (i/m)	Injectiile i/m trebuie evitate, deoarece sunt dureroase și neconfortabile. Pacienții trombocitopenici prezintă risc de dezvoltare a hematoamelor, iar pacienții neutropenici și cei cu tratament cronic hormonal au risc crescut de infecții în locurile injectiilor. Dacă, totuși, este utilizată această cale, opioidul trebuie administrat concentrat, pentru a menține volumul pe cât se poate de mic.
Intrarahidiană: intratecală, epidurală sau intraventriculară	Sunt opțiuni, dacă dozele maxime de opioizi și adjuvante administrate pe alte căi sunt ineficiente sau produc efecte secundare intolerabile (ex.: greață, vomă, sedare excesivă, confuzii). Opioizii pot fi administrați prin catetere implantabile percutan în spațiile epidurale sau intratecale. Alt avantaj este că durata acțiunii este mai mare decât pentru oricare altă cale de administrare existentă. Importante sunt selecția pacientului și considerațiile de îngrijire de lungă durată.

6.5 Strategii non-farmacologice

Reieșind din complexitatea durerii, controlul acesteia trebuie să fie organizat multidimensional (la nivel fizic, emoțional, social, spiritual), combinând tratamentul farmacologic cu *intervenții non-farmacologice*.

Intervențiile non-farmacologice pentru reducerea durerii reprezintă metode terapeutice care nu implică administrarea medicamentelor și au rolul de a diminua intensitatea durerii, de a crește confortul pacientului și de a îmbunătăți calitatea vieții. Acestea sunt foarte importante mai ales în durerea cronică și în îngrijirea paliativă, unde abordarea trebuie să fie holistică.

Intervențiile non-farmacologice trebuie individualizate în funcție de: tipul durerii, severitatea simptomelor, vârsta pacientului, starea funcțională, preferințele și contextul psihosocial.

Principalele tipuri de intervenții non-farmacologice:

1. Intervenții fizice

Aceste metode acționează asupra corpului și musculaturii:

- **Masajul terapeutic** - reduce tensiunea musculară, anxietatea și stimulează relaxarea.
- **Aplicarea căldurii sau frigului** [56]
 - căldura → relaxează musculatura și îmbunătățește circulația;
 - frigul → reduce inflamația și sensibilitatea nervoasă.
- **Kinetoterapia și exercițiile fizice** - mențin mobilitatea, reduc rigiditatea și cresc toleranța la durere. Kinetoterapia este recomandată frecvent în: lombalgia cronică; durerea musculo-scheletală; recuperarea postoperatorie; afecțiunile neurologice cronice. Exercițiile trebuie adaptate capacității funcționale a pacientului și progresate gradual [58].
- **Poziționarea corectă a pacientului** - foarte importantă în îngrijirea paliativă și la pacienții slăbiți, imobilizați.
- **TENS (stimularea electrică nervoasă transcutanată)** - utilizează impulsuri electrice ușoare pentru blocarea transmiterii durerii.
- **Acupunctura** - stimulează anumite puncte ale corpului și poate activa sistemul endogen antidolor.

2. Intervenții psihologice

Durerea este influențată puternic de starea emoțională. Din acest motiv, este important a susține pacientul în realizarea tehnicilor care i-ar menține și îmbunătăți starea psiho-emoțională.

- **Tehnici de relaxare**
 - respirație controlată,
 - relaxare musculară progresivă,
 - meditație.
- **Terapia cognitiv-comportamentală** - ajută pacientul să gestioneze frica, anxietatea și percepția durerii.
- **Distragerea atenției** - muzică, conversație, lectură, filme, activități recreative.
- **Suport psihologic** - reduce depresia și sentimentul de izolare.

3. Intervenții sociale

Frecvent durerea cronică induce o stare de suferință emoțională și singurătate. Pentru astfel de situații este foarte important de a:

- Simți sprijinul familiei;
- Menține relațiile sociale;
- A avea susținerea unor grupuri de suport;
- De a beneficia de implicarea asistentului social.

Fiind în contact direct și permanent cu pacientul aflat în îngrijirea paliativă, asistentul medical va trebui să înțeleagă și să reacționeze adecvat la doleanțele pacientului și să se implice pentru a-l ajuta să depășească starea emoțională afectată, prin atragerea specialiștilor sau atenționarea familiei, rudelor, prietenilor etc.

4. Intervenții spirituale

În special, în îngrijirea paliativă, intervențiile spirituale au un rol important pentru liniștea și confortul emoțional al pacientului. Aceste intervenții includ:

- consiliere spirituală;
- rugăciune sau practici religioase;
- discuții despre sensul vieții și al suferinței.

Aceste metode pot reduce anxietatea existențială și pot crește confortul psihologic.

Asistentul medical va putea contribui la realizarea acestor intervenții prin identificarea și invitarea reprezentantului confesiei sau cultului religios al pacientului.

Abordarea integrată a procesului complex de management al durerii contribuie la individualizarea tratamentului, îmbunătățirea complianței, reducerea impactului funcțional și emoțional al durerii. Metodele non-farmacologice nu înlocuiesc tratamentul farmacologic în durerea severă, însă îl completează și pot crește eficiența globală a managementului durerii. Eficiența acestor intervenții depinde de participarea activă a pacientului, continuitatea aplicării, integrarea într-un plan terapeutic complex.

IMPORTANT!

Asistentul medical implicat în îngrijirea paliativă are ca obligație aplicarea atât a intervențiilor farmacologice (conform indicațiilor medicului), cât și a celor non-farmacologice pentru a ușura suferința pacientului. Intervențiile non-farmacologice aplicate corect și ajustate la particularitățile fiecărui pacient în parte, pot avea un șir de beneficii precum: pot reduce intensitatea durerii; pot micșora necesarul de opioide; pot diminua anxietatea și stresul; pot îmbunătăți somnul; cresc autonomia pacientului și contribuie, în general, la îmbunătăți calitatea vieții persoanei aflată în îngrijirea paliativ (PCN -135).

CAPITOLUL VII.

NURSING PALIATIV PENTRU MANAGEMENTUL SIMPTOMELOR

7.1. Respirație dificilă și dispnee

Dispneea sau dificultatea de a respira, reprezintă unul dintre cele mai frecvente și mai severe simptome întâlnite în îngrijirile paliative, având un impact semnificativ asupra confortului fizic și psihologic al pacientului. Aceasta este *definită ca o experiență subiectivă de disconfort respirator, cu intensitate variabilă, influențată de factori fiziologici, emoționali și sociali* [67].

Cauzele dispneei în îngrijirile paliative:

1. *Obstrucția căilor respiratorii.* Poate fi cauzată de tumori, edem, secreții excesive sau inflamație care blochează fluxul aerului. Exemplu: compresia tumorii în trahee sau bronhii, edemul laringian.

2. *Acumularea secrețiilor bronșice.* Secrețiile excesive sau vâscoase pot bloca pasajele respiratorii, determinând dificultăți în respirație. Pot fi cauzate de infecții, inflamații sau tumori.

3. *Revărsat pleural.* Excesul de lichid în spațiul pleural (pleurezie) poate comprima plămânul și reduce capacitatea de ventilație. Poate fi secundar metastazelor, insuficienței cardiace sau infecțiilor.

4. *Anemie.* Reducerea hemoglobinei scade capacitatea de oxigenare a sângelui, ceea ce duce la senzația de sufocare și dificultate în respirație, mai ales la efort.

5. *Metastaze pulmonare.* Tumorile secundare la nivelul plămânilor pot afecta structurile pulmonare și pot cauza obstrucție, inflamație sau hemoragii, contribuind la dispnee.

6. *Slăbiciune musculară.* Datorită malnutriției, fibroză sau neuropatie, mușchii respiratori devin mai slabi, reducând eficiența respirației.

7. *Anxietate și atacuri de panică.* Starea psihologică influențează semnificativ percepția dificultății de respirație. anxietatea poate accentua senzația de sufocare, creând un cerc vicios.

8. *Alte cauze posibile includ:* insuficiența cardiacă congestivă, tromboembolismul pulmonar, insuficiența respiratorie acută sau cronică, infecții respiratorii, cum ar fi pneumonia, disfuncții ale sistemului nervos central, afectând controlul respirator.

Identificarea cauzei principale a dispneei este crucială pentru alegerea intervențiilor terapeutice adecvate, fie că este vorba de tratament medicamentos, măsuri de suport sau intervenții paliative. De exemplu, dacă obstrucția este cauzată de secreții, se poate administra mucolitic; dacă revărsat pleural, poate fi necesară puncția pleurală; dacă anxietatea contribuie, se pot utiliza sedative ușoare.

Manifestările clinice ale dispneei:

1. *Senzație de lipsă de aer.* Pacientul percepe o dificultate în respirație, o senzație de sufocare sau de a nu putea „lua suficient aer”.

2. *Respirație rapidă și superficială.* Frecvent, pacientul respiră rapid (tahipnee) și superficial pentru a compensa deficitul de oxigen sau pentru a elimina dioxidul de carbon acumulat. Acest mecanism de adaptare poate duce la oboseală musculară.

3. *Utilizarea musculaturii respiratorii accesorii.* Se observă ridicarea și contractarea mușchilor gâtului, mușchii intercostali și mușchii abdominali, indicând un efort respirator crescut.

4. *Anxietate.* Sentimentul de frică, panică sau neliniște, frecvent în cazurile severe, poate agrava senzația de dispnee și accentuarea simptomelor.

5. *Agitație*. Pacientul poate fi neliniștit, agitat, încercând să găsească o poziție care să amelioreze dificultatea de respirație.

6. *Fatigabilitate*. Efortul crescut de respirație consumă multă energie, ceea ce duce la oboseală rapidă și slăbiciune generală.

7. *Dificultăți de vorbire sau alimentație*. În cazurile severe, respirația devine atât de dificilă încât afectează capacitatea de a vorbi fluent sau de a se alimenta.

Evaluarea corectă a dispneei este esențială pentru managementul eficient al simptomului și trebuie să includă: intensitatea dispneei; frecvența episoadelor; factorii agravanți și amelioratori; impactul asupra activităților zilnice; asocierea cu anxietatea sau durerea. Asistentul medical are un rol important în observarea semnelor clinice; monitorizarea modificărilor respiratorii; identificarea semnelor de agravare; reevaluarea răspunsului la tratament.

Intervenții de nursing (PCN-133, PEN-5):

Managementul dispneei în îngrijirile paliative include măsuri farmacologice și non-farmacologice, aplicate individualizat [28, 39, 40, 68, 69]. Intervenții de nursing în dispnee:

1. *Poziționarea pacientului*. Poziția semișezândă sau șezândă, cu sprijinirea brațelor, facilitează expansiunea toracică și reduce efortul respirator.

2. *Asigurarea confortului respirator*: aerisirea încăperii; utilizarea ventilatorului sau a fluxului de aer rece; menținerea unui mediu liniștit; evitarea efortului excesiv. Fluxul de aer orientat spre față poate diminua percepția dispneei prin stimularea receptorilor trigemenului.

3. *Managementul anxietății*. Anxietatea agravează frecvent dispneea, formând un cerc vicios între dificultatea respiratorie și panică. Intervențiile de nursing includ: comunicare calmă și suportivă; tehnici de respirație controlată; prezență terapeutică; reducerea stresului.

4. *Oxygenoterapia*. Administrarea oxigenului poate fi utilă la pacienții cu hipoxemie documentată. Totuși, în îngrijirile paliative, beneficiul trebuie evaluat individual, deoarece senzația subiectivă de dispnee nu este întotdeauna corelată cu saturația oxigenului. Asistentul medical trebuie să monitorizeze toleranța terapiei; confortul pacientului; eficiența simptomatică.

5. *Managementul secrețiilor respiratorii*. În stadiile terminale pot apărea secreții bronșice abundente și respirație zgomotoasă. Intervențiile includ: schimbarea poziției pacientului; igiena cavității bucale; hidratare adecvată. Aspirația secrețiilor trebuie efectuată prudent, deoarece poate accentua disconfortul și anxietatea.

6. *Tratamentul farmacologic al dispneei*. În îngrijirile paliative, opioidele reprezintă tratamentul farmacologic de bază pentru *dispneea refractară*. Acestea reduc percepția centrală a senzației de lipsă de aer și scad consumul respirator. *Benzodiazepinele* pot fi utilizate atunci când dispneea este asociată cu anxietate severă.

Managementul eficient necesită evaluare sistematică și intervenții individualizate, care sunt detaliat descrise în PCN-133. Rolul asistentului medical este esențial în controlul simptomului, asigurarea confortului și susținerea emoțională a pacientului și familiei.

NURSING PALIATIV ÎN DISPNEE ȘI DIFICULTATE DE RESPIRAȚIE

Obiectiv: reducerea senzației de lipsă de aer, creșterea confortului și îmbunătățirea calității vieții pacientului.



1 POZIȚIONAREA PACIENTULUI

- Poziția semișezândă sau șezândă facilitează expansiunea toracică și reduce efortul respirator.
- Sprijinirea membrilor superioare contribuie la utilizarea eficientă a musculaturii accesorii.

2 ASIGURAREA CONFORTULUI RESPIRATOR

- Aerisirea încăperii
- Utilizarea ventilatorului sau a fluxului de aer rece
- Menținerea unui mediu liniștit
- Evitarea efortului excesiv
- Fluxul de aer orientat spre față poate diminua percepția dispneei prin stimularea receptorilor trigemenului [4].

3 MANAGEMENTUL ANXIETĂȚII

Anxietatea agravează dispneea, formând un cerc vicios între dificultatea respiratorie și panică.

- Intervenții de nursing:
 - ✓ comunicare calmă și suportivă
 - ✓ tehnici de respirație controlată
 - ✓ prezență terapeutică
 - ✓ reducerea stimulilor stresanți
- Sprijinul emoțional acordat pacientului și familiei este esențial în reducerea suferinței psihologice asociate dispneei.

4 OXIGENOTERAPIA

- Administrarea oxigenului poate fi utilă la pacienții cu hipoxemie documentată.
- În îngrijirile paliative, beneficiul trebuie evaluat individual, deoarece senzația subiectivă de dispnee nu este întotdeauna corelată cu saturația oxigenului [5].

Asistentul medical trebuie să monitorizeze:

- ✓ toleranța terapiei
- ✓ confortul pacientului
- ✓ eficiența simptomatică

5 MANAGEMENTUL SECREȚIILOR RESPIRATORII

- În stadiile terminale pot apărea secreții bronșice abundente și respirație zgomotoasă.
- Intervențiile includ:
 - schimbarea poziției pacientului
 - igiena cavității bucale
 - hidratare adecvată
- Aspirația secrețiilor trebuie efectuată prudent, deoarece poate accentua disconfortul și anxietatea.

6 TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DISPNEEI

- În îngrijirile paliative, opioidele reprezintă tratamentul farmacologic de bază pentru dispneea refractară [1]. Acestea reduc percepția centrală a senzației de lipsă de aer și scad consumul respirator.
- Benzodiazepinele pot fi utilizate atunci când dispneea este asociată cu anxietate severă [2].

Administrarea medicamentelor se face conform prescripției medicale și monitorizării continue.

OPIOIDE

BENZODIAZEPINE

PRINCIPII CHEIE

- Abordare individualizată
- Evaluare continuă
- Comunicarea eficientă
- Implicarea familiei
- Respect și demnitate

EVALUAREA DISPNEEI

Folosiți scale validate, de ex.:

- Scala numerică 0–10
- Scala Borg modificată

Fără dispnee

Cea mai severă dispnee posibilă

AMINTIȚI-VĂ!

Nu tratați doar boala, ci și persoana.
Scopul este confortul, nu prelungirea suferinței.

i Intervențiile de nursing sunt esențiale în controlul dispneei și trebuie integrate în planul global de îngrijire paliativă.

Figura 12. Îngrijirea pacientului cu dificultăți de respirație

7.2. Nutriție și tulburări digestive

Tulburările nutriționale și digestive sunt frecvent întâlnite la pacienții aflați în îngrijiri paliative și au un impact major asupra stării funcționale, toleranței la tratament și calității vieții. În evoluția bolilor cronice progresive, alimentația este influențată atât de modificările fiziologice produse de boală, cât și de factorii psihologici și sociali asociați. Pacienții pot prezenta: *inapetență; greață și vărsături; disfagie; constipație; diaree; cașexie; deshidratare; dificultăți de glutiție* (PCN-134).

În îngrijirile paliative, obiectivul principal nu este corectarea completă a deficitului nutrițional, ci asigurarea confortului și respectarea preferințelor pacientului. Prezentăm cele mai frecvente tulburări ale aparatului gastro-intestinal la pacienții în paliatie și intervențiile de nursing recomandate [28, 67, 68, 69].

A. Inapetența și cașexia

Inapetența reprezintă reducerea dorinței de alimentare și este unul dintre cele mai frecvente simptome în îngrijirile paliative. Aceasta poate fi cauzată de: *durere; greață; constipație; tratamente medicamentoase; anxietate; progresia bolii*.

Cașexia este un sindrom metabolic complex caracterizat prin *scădere ponderală progresivă; pierdere musculară; slăbiciune; fatigabilitate accentuată*.

În multe cazuri, cașexia nu poate fi corectată exclusiv prin alimentație bogată, deoarece implică modificări metabolice profunde.

Intervenții de nursing (PCN-134, PEN-5):

Asistentul medical are un rol important în monitorizarea statusului nutrițional și în identificarea precoce a dificultăților alimentare. Intervențiile includ: evaluarea aportului alimentar și hidric; monitorizarea greutății corporale; identificarea alimentelor tolerate; adaptarea consistenței alimentelor; încurajarea meselor mici și frecvente. Respectarea dorințelor și obiceiurilor alimentare ale pacientului are o importanță majoră în îngrijirile paliative.

B. Greața și voma în îngrijirile paliative

Greața și voma (vărsături) sunt simptome frecvent întâlnite în îngrijirile paliative, afectând semnificativ calitatea vieții pacientului. Acestea pot fi răspuns la stimuli nocivi sau la anumite medicamente, precum opioidele. Inflamația, metastazele sau alte leziuni ale sistemului nervos pot perturba funcționarea normală a centrului de vomitare. Stresul, anxietatea și durerea pot intensifica senzația de greață și pot contribui la vomă. Malnutriția, hipercalcemia sau alte dezechilibre metabolice pot, de asemenea, determina greață și vomă.

Intervenții de nursing (PCN-134, PEN-5):

În primul rând, se identifică și se tratează cauza principală (ex. schimbarea sau ajustarea medicației, în special a opioidelor, controlul durerii, tratamentul metastazelor). Pot fi administrate preparate antiemetice, conform prescripțiilor medicului, în funcție de cauza și severitatea simptomelor.

Este important de asigurat o dieta blândă, hidratare adecvată, evitarea mirosurilor puternice. Intervențiile non-farmacologice pot avea un efect benefic: relaxare, consiliere psihologică, plimbare la aer liber etc. Atenție deosebită la voma persistentă, pentru a evita deshidratarea și dezechilibrele electrolitice.

C. Constipația

Constipația este asociată cu scaune dure, uscate și dificil de eliminat, precum și cu senzația de retenție fecală. Este una dintre cele mai frecvente complicații în îngrijirile paliative, fiind favorizată de opioide, imobilizare, aport hidric redus, alimentație insuficientă, slăbiciune musculară. Deoarece opioidele acționează asupra receptorilor din sistemul nervos central și gastrointestinal, se încetinește motilitatea intestinală și se reduce secreția de lichide în intestin, cauzând *constipația* ca efect secundar.

Constipația severă poate duce la formarea de hemoroizi, fisuri anale sau chiar obstrucție intestinală, care necesită intervenții medicale complexe.

Intervenții de nursing (PCN-134, PEN-5):

Pacientul va avea nevoie de o alimentație bogată în fibre fructe, legume, cereale integrale. Se propun mese mici și frecvente. Însă, nu uitați că, în stadiile avansate ale bolii, aportul alimentar trebuie adaptat toleranței și confortului pacientului.

Se încurajează consumul adecvat de lichide pentru hidratare adecvată prin consumul de lichide în cantități mici și frecvente.

Mișcarea stimulează peristaltismul intestinal, de aceea este important de susținut pe parcursul zilei mișcarea / activitate fizică a pacientului: exerciții pasive sau active, mers, dacă este posibil, schimbarea poziției în pat. Chiar și mobilizarea minimă poate îmbunătăți tranzitul intestinal.

Este important de a dezvolta un regim regulat de eliminare, prin încurajarea folosirii toaletei la aceleași ore, respectarea intimității pacientului, poziționare confortabilă, răspuns prompt la nevoia de defecație

Asistentul medical poate administra, conform recomandărilor medicale, laxative osmotice, stimulante sau supozitoare, microclisme sau clisme. Monitorizarea eficienței și a efectelor adverse este obligatorie.

O complicație severă a constipației cronice este formarea *fecalomului* (cunoscut și sub denumirea de *scotom* sau *impactare fecală*), care este o masă mare, solidificată și deshidratată de materii fecale care rămâne blocată în rect sau în ultima parte a colonului. Blocajul împiedică eliminarea scaunelor normale, ducând la manifestări precum: dureri abdominale, crampe și senzație puternică de balonare, durere în zona rectală și senzație de plenitudine, emisia unor cantități mici de materii fecale lichide (pseudo-diaree), care se scurg pe lângă blocaj. Pot apărea senzația de greață și vărsături, în cazurile mai severe.

Tratamentul are ca scop înmuierea și eliminarea masei fecale. Intervenția trebuie făcută sub supraveghere medicală și include de obicei:

1. Clisme sau supozitoare: Pentru a lubrifia și a hidrata zona blocată.
2. Extragerea manuală: În cazurile severe, medicul poate efectua extragerea manuală a masei fecale sub anestezie locală sau sedare.
3. Hidratare și medicație: Consumul a cel puțin 2 litri de apă pe zi și administrarea de laxative osmotice, la recomandarea specialistului, pentru a preveni reapariția

Este foarte important de a asigura suportul emoțional al pacientului în timpul procedurilor, promovând o abordare empatică și demnă. În paliativ, constipația nu este doar o problemă digestivă, ci o sursă importantă de suferință fizică și emoțională care poate afecta semnificativ calitatea vieții persoanei bolnave.

D. Diareea

Diareea reprezintă o problemă frecventă în îngrijirile paliative și poate afecta semnificativ confortul, demnitatea și calitatea vieții pacientului. Este un simptom comun care indică o disfuncție a tractului digestiv, de obicei, cauzată de o inflamație, infecție, intoleranță alimentară sau efecte secundare ale unor medicamente, inclusiv antibiotice, radioterapie sau chimioterapie. Anumite probleme de ordin psihologic și anxietatea, de asemenea, pot fi însoțite de diaree, ca efect secundar.

Intervenții de nursing (PCN-134, PEN-5):

Scopul intervențiilor de nursing este prevenirea deshidratării, reducerea disconfortului și menținerea confortului și igienei pacientului. Asistentul medical trebuie să aprecieze, mai întâi de toate, severitatea diareei, pentru prevenirea complicațiilor. Va trebui de monitorizat, cu strictețe, frecvența scaunelor, consistența și volumul materiilor fecale, prezența sângelui sau mucusului, durerile abdominale, greața și voma; temperatura corpului, tratamentele administrate, alimentele folosite, prezența semnelor de deshidratare, precum: sete, uscăciunea tegumentelor, hipotensiune, tahicardie. Este importantă identificarea rapidă a cauzei diareei și diferențierea acesteia de *incontinență* sau *diaree paradoxală* (o afecțiune în care pacientul suferă de o constipație severă, dar prezintă simptome de diaree).

Diareea prezintă un risc major pentru deshidratare, dezechilibru electrolitic și fatigabilitate accentuată. Asistentul medical va trebuie să monitorizeze administrarea frecventă de lichide, în special, soluții de rehidratate orală, dacă pacientul le tolerează. Conform prescripției medicului, poate să administreze perfuzii pentru restabilirea echilibrului electrolitic.

Scaunele frecvente pot provoca iritații și leziuni cutanate. Asistentul medical va educa familia sau se va implica personal în asigurarea igienei intime după fiecare scaun, uscarea atentă a pielii, utilizarea cremelor de protecție, schimbarea promptă a lenjeriei și absorbantelor, prevenirea escarelor.

Respectarea intimității și demnității pacientului este esențială. Diareea poate produce anxietate, rușine, izolare socială. Asistentul medical va manifesta sprijin emoțional, prin o comunicare empatică și răspuns rapid la nevoile pacientului;

Atenție la regimul alimentar al pacientului. Alimentele trebuie să fie ușor digerabile, primite în mese mici și frecvente. Se evită condimentarea, produsele picante, iritante, alimentele grase. Se limitează lactatele.

Asistentul medical poate administra, la recomandarea medicului, preparate antidiareice, probiotice, tratamente pentru infecții, medicamente pentru controlul simptomelor asociate. Este foarte importantă monitorizarea eficienței tratamentului, efectelor adverse și apariția semnelor de agravare, atât din partea asistentului medical, cât și prin atenționarea și educarea familiei sau îngrijitorilor.

În îngrijirea paliativă, diareea poate deveni o sursă majoră de suferință și pierdere a demnității, motiv pentru care intervențiile de nursing au un rol esențial în menținerea confortului și calității vieții pacientului.

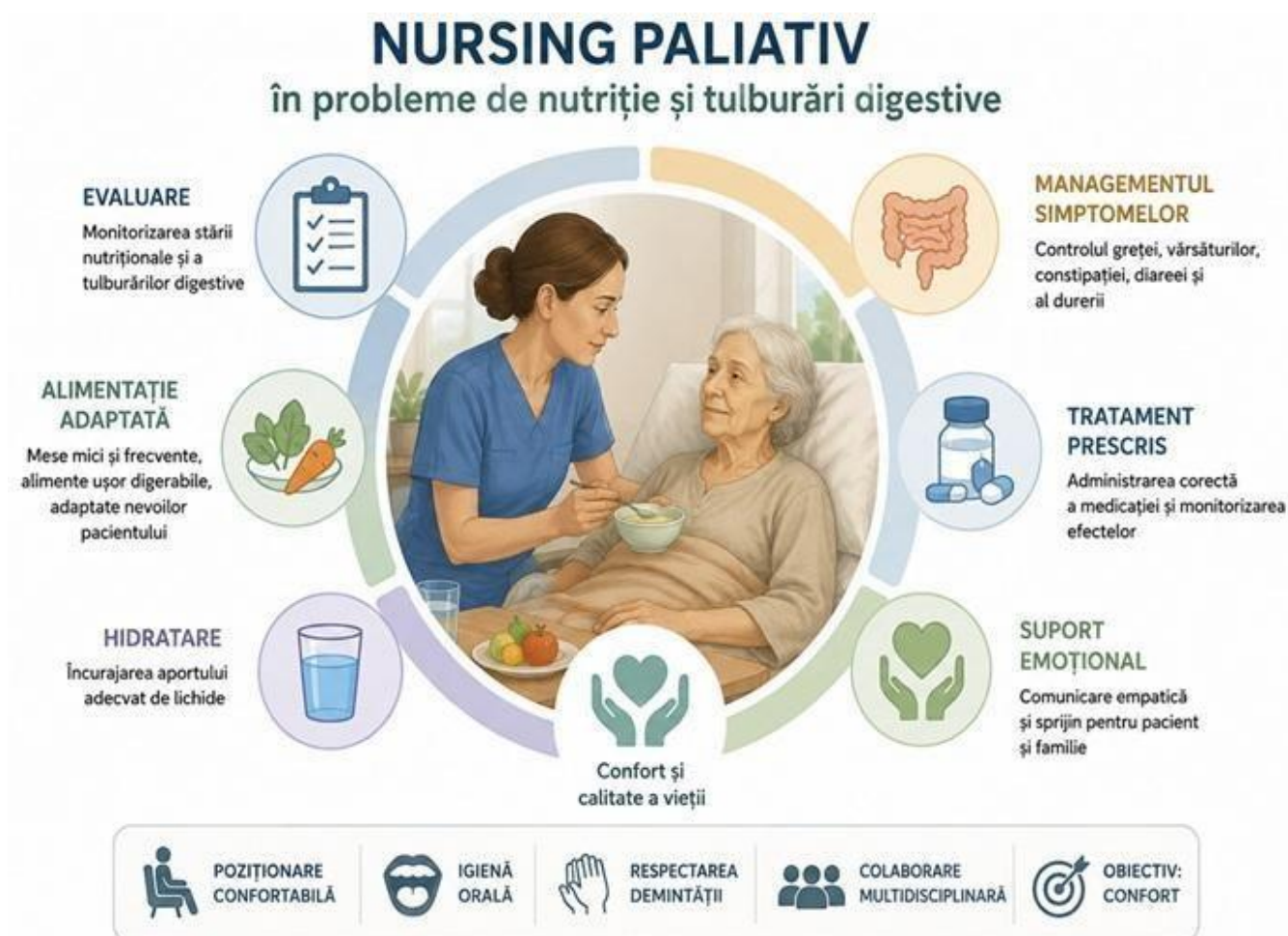


Figura 13. Asistența de nursing a pacientului cu probleme de nutriție și tulburări digestive

7.3. Edeme și limfostaza

Edemele și limfostaza sunt manifestări frecvent întâlnite la pacienții aflați în îngrijiri paliative și pot determina disconfort fizic semnificativ, limitarea mobilității și autonomiei pacientului, cu afectarea calității vieții. Aceste modificări apar ca urmare a dezechilibrelor dintre filtrarea și drenajul lichidelor la nivel de țesuturi, ceea ce duce la acumulare excesivă de lichid în spațiul interstițial și sunt frecvent asociate cu progresia bolii de bază [28, 68].

În îngrijirile paliative, edemele sunt frecvent întâlnite la pacienții cu insuficiență cardiacă, insuficiență renală, insuficiență hepatică, afecțiuni oncologice avansate, hipoproteinemie, imobilizare prelungită, compresie tumorală vasculară sau limfatică.

Edemele se manifestă prin tumefierea țesuturilor senzație de tensiune sau greutate, reducerea mobilității, disconfort sau durere, modificări ale tegumentelor. Edemele severe pot favoriza apariția unor leziuni cutanate, infecțiilor dificultăților de mobilizare și autoîngrijire.

În funcție de localizare și mecanismul de producere, edemele pot fi: periferice, generalizate, venoase, limfatice, inflamatorii.

Limfostaza reprezintă acumularea de lichid limfatic în țesuturi ca urmare a afectării drenajului limfatic. În îngrijirile paliative, aceasta apare frecvent la pacienții oncologici, în special după intervenții chirurgicale, limfadenectomie, radioterapie, compresie tumorală a vaselor limfatice.

Cele mai afectate regiuni sunt brațele după tratamentul cancerului mamar; picioarele în cancerele pelviene; regiunea cervicală și facială în tumorile capului și gâtului.

Limfostaza se caracterizează prin edem persistent, senzație de tensiune și greutate, reducerea mobilității, modificări tegumentare, disconfort fizic și psihologic. În stadiile avansate pot apărea: fibroză tisulară, îngroșarea tegumentelor, infecții recurente, limforagie. Aceste complicații afectează semnificativ autonomia și calitatea vieții pacientului.

Intervenții de nursing (PEN-5):

Asistentul medical trebuie să monitorizeze modificările de volum, integritatea pielii, semnele de infecție, gradul de mobilitate și autonomie a pacientului aflat în îngrijire. Managementul simptomelor are ca obiectiv reducerea disconfortului și prevenirea complicațiilor.

Ridicarea membrelor afectate poate facilita drenajul lichidelor și reduce edemul. Mobilizarea ușoară și exercițiile adaptate contribuie la stimularea circulației venoase și limfatice. Imobilizarea prelungită trebuie evitată, atunci când starea pacientului permite mobilizarea, chiar și redusă.

Tegumentele afectate de edem și limfostază sunt fragile și vulnerabile la traumatisme și infecții. Din acest motiv, este necesară o igienă atentă, hidratarea pielii și prevenirea leziunilor, cu monitorizarea permanentă a semnelor de inflamație sau infecție.

În anumite situații, terapia compresivă poate contribui la reducerea edemului și ameliorarea confortului. Aceasta poate include: bandajare compresivă; ciorapi compresivi; îmbrăcăminte elastică specială. Aplicarea compresiei trebuie individualizată și utilizată cu precauție la pacienții cu afectare vasculară severă sau fragilitate tegumentară.

Drenajul limfatic manual și exercițiile specifice pot contribui la ameliorarea limfostazei și îmbunătățirea mobilității. Aceste intervenții trebuie efectuate de personal instruit și adaptate toleranței pacientului.

Modificările aspectului corporal și limitarea autonomiei pot avea efecte emoționale importante, precum: anxietate, scăderea stimei de sine, izolare socială, depresie. Suportul emoțional și comunicarea terapeutică sunt esențiale în îngrijirea pacientului cu edeme sau limfostază.

NURSING PALIATIV LA PACIENȚII CU EDEME ȘI LIMFOSTAZĂ

 **Scop:** reducerea disconfortului, prevenirea complicațiilor și menținerea calității vieții.



Figura 14. Asistența pacientului paliativ cu edeme și limfostază

7.4. Oboseala și slăbiciunea

Oboseala și slăbiciunea reprezintă unele dintre cele mai frecvente simptome întâlnite în îngrijirile paliative și au un impact major asupra funcționalității, autonomiei și calității vieții pacientului. Aceste simptome sunt adesea persistente și pot afecta atât capacitatea fizică, cât și starea emoțională și socială a pacientului. *Oboseala* este definită ca senzație subiectivă de epuizare fizică, emoțională și mentală, disproporționată față de nivelul de activitate și insuficient ameliorată prin odihnă [28, 67, 68, 69].

Mecanismele apariției oboselii în paliative sunt complexe și implică factori precum progresia bolii de bază, durerea persistentă, anemia, malnutriția și deshidratarea, tulburările de somn, infecțiile, efectele adverse ale tratamentelor, reducerea activității fizice sau imobilitatea. De asemenea, factorii psihosociali și stările de anxietate sau depresia pot amplifica senzația de oboseală și slăbiciune. La pacienții oncologici, oboseala poate fi agravată de chimioterapie, radioterapie, sindromul de cașexie, inflamația sistemică. Oboseala severă poate determina imobilizare, dependență crescută de îngrijitori, izolare socială, afectarea stării emoționale.

Această abordare multidimensională subliniază necesitatea unei gestionări integrate și personalizate a simptomelor pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacientului în fazele avansate ale bolii.

Pacienții pot descrie slăbiciunile generale și oboseala ca senzație de lipsa energiei, epuizare permanentă, reducerea toleranței la efort, dificultăți în realizarea activităților zilnice, slăbiciune musculară, dificultăți de concentrare, scăderea motivației.

Intervenții de nursing (PEN-5):

Asistentul medical trebuie să realizeze o evaluare detaliată a pacientului cu oboseală și slăbiciune generalizată pentru identificarea cauzelor și stabilirea unui plan de tratament adecvat. Se va solicita descrierea simptomelor (debutul, durata, intensitatea, fluctuațiile și factorii care le agravează sau ameliorează); istoricul medical (boli cronice, oncologice, patologii asociate), *tratatamentul curent* (medicație, radioterapie, chimioterapie), stilul de viață (activitate fizică, alimentație, somn, factori psihosociali etc.).

Totodată este important de evaluat starea generală a pacientului pentru depistarea semnelor de anemie, infecții, deshidratare, disfuncții organice, verificarea semnelor vitale și a funcției musculare, inclusiv a factori fiziologici și psihosociali care determină starea respectivă.

Asistența în oboseală în îngrijirile paliative urmărește reducerea disconfortului și conservarea energiei pacientului. Pacientul trebuie încurajat să alterneze perioadele de activitate cu cele de repaus, să prioritizeze activitățile importante, să evite efortul excesiv, să utilizeze dispozitive de sprijin atunci când este necesar.

Imobilizarea prelungită poate accentua slăbiciunea musculară și fatigabilitatea. Exercițiile ușoare și mobilizarea adaptată capacității funcționale pot contribui la menținerea tonusului muscular; prevenirea complicațiilor imobilizării; îmbunătățirea stării generale. Activitatea trebuie individualizată și realizată fără suprasolicitare.

Aportul nutrițional insuficient contribuie frecvent la agravarea oboselii. Este importantă monitorizarea alimentației, încurajarea meselor mici și frecvente, hidratare adecvată și identificarea preferințelor alimentare ale pacientului.

Durerea, dispneea, insomnia și anxietatea pot accentua oboseala și trebuie evaluate și tratate corespunzător. Controlul eficient al simptomelor asociate contribuie la îmbunătățirea confortului și funcționalității pacientului

Oboseala persistentă poate genera: frustrare; anxietate; sentiment de inutilitate; depresie. Comunicarea terapeutică și susținerea emoțională sunt esențiale în reducerea impactului psihologic al simptomului. Familia trebuie informată că oboseala este, frecvent, parte a evoluției bolii și nu reprezintă lipsă de voință sau cooperare din partea pacientului.

Particularități le îngrijirii în stadiile avansate ale bolii

În fazele terminale, slăbiciunea progresivă și reducerea activității fizice fac parte frecvent din procesul natural de evoluție a bolii. În aceste situații, obiectivul îngrijirilor paliative este *reducerea disconfortului, facilitarea odihnei, prevenirea complicațiilor, susținerea demnității pacientului*.



Figura 15. Nursing paliativ pentru pacienții cu slăbiciune și oboseală pronunțată

7.5. Simptome neurologice, anxietatea și depresia

Simptomele neurologice și tulburările psihoemoționale sunt frecvent întâlnite la pacienții aflați în îngrijiri paliative și influențează semnificativ calitatea vieții, funcționalitatea și capacitatea de adaptare la boală. Aceste manifestări pot apărea ca rezultat direct al progresiei bolii, al complicațiilor neurologice sau al impactului psihologic asociat diagnosticului și simptomelor persistente [28, 67, 68, 69].

Simptomele neurologice sunt manifestate prin:

- *Dureri neuropatice* - senzații de arsură, furnicături sau amorțeală, frecvent asociate cu leziuni ale sistemului nervos central sau periferic.
- *Confuzie și tulburări cognitive* - dificultăți de concentrare, dezorientare, chiar delir, care pot apărea din cauza metastazelor cerebrale, hipoxiei, dezechilibrelor metabolice sau efectelor tratamentelor.
- *Convulsii* - pot apărea în caz de leziuni cerebrale sau tumori.
- *Tulburări de mișcare* - tremor, rigiditate, ataxie sau paralizii, care limitează mobilitatea și autonomia pacientului.
- *Tulburări senzoriale* - scăderea percepției senzoriale, afectarea simțului de poziție și de durere.

Aceste simptome pot limita semnificativ autonomia și cresc riscul de căderi, traumatisme, imobilizare, dependență de îngrijire.

A. Delirul și tulburările cognitive

Delirul reprezintă o tulburare acută a funcției cognitive, caracterizată prin apariția bruscă a confuziei, dezorientării și modificărilor în percepție și conștientizare, halucinații (vizuale, auditive), iluzii și dificultăți de concentrare, alterarea nivelului de conștiență (de la somnolență la coma), comportament agitat sau, uneori, letargic. În îngrijirile paliative, delirul poate fi determinat de infecții, hipoxie, tulburări metabolice, efecte medicamentoase, progresia bolii terminale. Identificarea precoce este importantă deoarece unele cauze pot fi reversibile.

Intervenții de nursing (PCN-432, PEN-5):

Asistentul medical trebuie să monitorizeze modificările cognitive și comportamentale, să asigure un mediu sigur și liniștit, să reducă stimulii excesivi. La necesitate, trebuie să ajute pacientul să se orienteze în timp și spațiu, comunicând calm și clar. Este necesar de apelat la prezența familiei, care poate contribui la reducerea anxietății și dezorientării pacientului.

B. Anxietatea în îngrijirile paliative

Anxietatea reprezintă o reacție frecventă la boală, fiind o stare de neliniște, teamă sau tensiune resimțită în fața unor situații percepute ca amenințătoare sau incertitudini legate de sănătate și viitor, perspectiva bolii grave, suferință, durere sau incertitudini legate de evoluție. Ea poate varia de la neliniște ușoară până la anxietate severă, care poate afecta semnificativ calitatea vieții pacientului. Pacienții cu anxietate pot manifesta următoarele semne clinice: neliniște, iritabilitate, dificultăți de concentrare, insomnie, tahicardie, tensiune musculară, senzație de sufocare.

Intervenții de nursing (PCN-432, PEN-5):

Pacientul trebuie încurajat să-și exprime temerile, preocupările, nevoile emoționale și spirituale. Asistentul medical va face tot posibilul pentru crearea unei relații bazate pe încredere și

siguranță. Va fi aplicată comunicarea empatică, ascultarea activă, susținerea emoțională. Sunt recomandate metodelor non-farmacologice prin aplicarea tehnicilor de relaxare și respirație controlată, menținerea unui mediu liniștit și sigur, cu gestionarea maximă a simptomelor pentru a exclude suferința, care, de cele mai multe ori, este cauza fricii pacienților.

C. Depresia în îngrijirile paliative

Depresia este o tulburare mentală caracterizată printr-o stare persistentă de tristețe, pierdere a interesului sau plăcerii în activitățile zilnice, și scăderea energiei. Aceasta poate afecta semnificativ modul în care o persoană gândește, simte și se comportă, influențând negativ viața de zi cu zi. Depresia este frecvent diagnosticată insuficient la pacienții aflați în îngrijiri paliative, deoarece unele simptome se suprapun cu manifestările bolii avansate. Depresia este manifestată prin tristețe persistentă, pierderea interesului pentru activități, lipsa speranței, retragere socială, tulburări de somn, scăderea apetitului, fatigabilitate accentuată. Această tulburare mentală afectează complianța la tratament și poate amplifica percepția durerii și a altor simptome.

Intervenții de nursing (PCN-432, PEN-5):

Suportul emoțional reprezintă o componentă fundamentală a îngrijirilor paliative. Asistentul medical are un rol esențial în: identificarea precoce a simptomelor neurologice și emoționale; monitorizarea modificărilor cognitive și comportamentale; aplicarea măsurilor de siguranță; susținerea emoțională a pacientului și familiei; facilitarea comunicării în cadrul echipei multidisciplinare. Observarea atentă și comunicarea eficientă permit adaptarea rapidă a planului de îngrijire. Atunci când se observă semnele unei stări de depresie, trebuie solicitată intervenția psihologului.

7.6 Îngrijirea persoanelor ținute la pat

Urmare unui șir de boli, unii pacienți pot ajunge a fi imobilizați la pat. Această stare poate fi cauzată de:

- ✓ Accidentul vascular cerebral, care se soldează cu disfuncții motorii,
- ✓ Paralizii parțiale sau totale, rezultate în urma unor afecțiuni și care se manifestă cu pierderea sau afectarea funcției și forței musculare, dar și a mișcării,
- ✓ Intervenții chirurgicale mari, care impun imobilizare la pat până la vindecare,
- ✓ Vârsta – odată cu trecerea anilor organismul nu mai are aceeași forță și vitalitate, oasele sunt mai fragile, echilibrul se pierde, pot surveni diferite fracturi și, astfel, se ajunge la imobilizare la pat.
- ✓ Unele tulburări mintale pot, de asemenea să țină pacientul la pat, cum ar fi Boala Alzheimer, demența senilă, mixtă sau Parkinson

Indiferent de cauză, îngrijirea unui pacient imobilizat la pat necesită respectarea unor reguli, care țin atât de aranjarea camerei și a ambientului cât și de îngrijirea propriu-zisă a pacientului. Bolnavul imobilizat la pat necesită o îngrijire deosebită, adaptată diagnosticului, având ca principal rol menținerea și îmbunătățirea stării generale [28, 67, 68, 69].

Intervenții de nursing:

- Camera în care se află persoana imobilizată trebuie să fie curată, aerisită, bine luminată și cu o temperatură de 20-22 grade. Amplasarea bolnavului, recomandată în camera liniștită, ferită de curent, căldura excesivă, frig etc. Se evită poziționarea în cameră în zone expuse curentului, lângă ușa, sub fereastră.

- La ferestre trebuie să fie perdele și draperii pentru ca persoana imobilizată să nu fie deranjată de lumina zilei, iar pentru timpul nopții este necesară o veioză.

- Patul este extrem de important. Varianta optimă este un pat cu părți reglabile ca poziție pentru susținerea trunchiului și picioarelor, poziția acestora poate fi adaptată în funcție de cerințele tratamentului și pacientului. În cazul utilizării unui pat obișnuit sunt necesare o masă reglabilă, care poate fi adusă peste pat pentru alimentație, citit etc. și un înălțător de pernă care sprijină trunchiul pacientului de la orizontală până la un unghi de aproximativ 75°.

- Salteaua patului are un rol primordial în confortul și starea de sănătate a pacientului. Este obligatoriu ca acesta să fie de tip anti-escare. Există câteva tipuri de saltele anti-escare:

- *salteaua anti escare de tip pasiv*, realizată din spumă poliuretanică cu caracteristici speciale și husă, se mulează pe zonele de contact, distribuie presiunea, permite circulația sanguină normală;

- *salteaua anti escare de tip activ*, este o saltea pneumatică acționată de o pompă de presiune alternată în camerele pneumatice ale saltelei, punctele de contact cu corpul bolnavului se schimbă ciclic, se permite o circulația normală a sângelui.

- Atunci când pacientul trebuie ridicat sunt utile pernele mari și mici.

- Cearșafurile trebuie să fie suficient de mari pentru a acoperi întreaga saltea și pentru a putea fi întinse perfect, fără cute. Ideal ar fi ca cearșafurile să fie schimbate zilnic.

- Pentru cei cu incontinență, urinarul și plosca trebuie să fie la îndemână.

- Dacă bolnavul are un minim de mobilitate se pot monta suporturi pentru ridicarea din pat, suporturi care permit și un exercițiu muscular minimal.

- Accesul la emisiuni radio –TV, lectură, sunt recomandate.

Este important de a manifesta o atitudine calmă, plină de blândețe, deoarece persoanele îngrijite pot fi irascibile, nervoase, capricioase.

Dacă persoana îngrijită nu se ridică din pat, nu poate efectua exercițiile de sine stătător, este necesar să fie executate cu ajutorul îngrijitorului informal sau al unui specialist. Frecvența și tipul exercițiilor necesită a fi adaptate permanent la necesitățile persoanei îngrijite.

Se efectuează cu blândețe mișcări de gimnastică în pat: mișcarea capului, ridicarea și schimbarea poziției membrelor superioare și inferioare (exercitarea „mersul cu bicicleta” culcat în pat, exercitarea „foarfeca”, rotirea tălpilor);

După efectuarea mișcărilor de gimnastică se controlează pulsul persoanei asistate.

În procesul mobilizării, apucarea persoanei asistate se face precis, sigur, cu degetele alăturate, cu toată mâna așezată pe suprafața corpului, protejând tot timpul zonele dureroase.

7.6.1 Igiena și alimentația persoanei imobilizate la pat

Igiena

Igiena și îngrijirea tegumentelor persoanei la pat trebuie făcută zilnic, sub formă de băi parțiale, direct în pat. Toaleta se face cu un săpun special care are pH neutru și apa caldă, clătire și uscare. Pielea uscată se hidratează ulterior cu ajutorul unei creme.

Igiena gurii se face după fiecare masă (o grijă deosebită pentru bolnavii care au proteze). De asemenea se va urmări igiena mâinilor la fiecare masă.

Igiena părului se va face, cel puțin, săptămânal sau mai des în caz de necesitate.

Nu se vor folosi aplicații locale de alcool!

Se va acorda importanță toaletei zonelor intime, de câte ori este nevoie, dar cel puțin o dată pe zi. Lenjeria bolnavului și lenjeria de pat vor fi din bumbac. Lenjeria pacientului va fi largă, fără cute, cusături groase și buzunare, deoarece acestea ar produce o presiune suplimentară asupra pielii.

Pentru acești pacienți sunt recomandabile cămăși desfăcute la spate, care sunt ușor de utilizat la îmbrăcare și dezbrăcare.

Alimentația și hidratare

Alimentația pacientului imobilizat la pat trebuie să fie echilibrată spre hiperproteică, iar hidratarea este foarte importantă pentru a nu ajunge la fragilitatea pielii. E recomandat să fie alimente proaspete, bogate în fibre și proteine, cu un conținut scăzut de grăsimi.

Alimentarea se face la pat, activ sau pasiv în funcție de starea bolnavului, asigurându-i-se o poziție cât mai comodă.

Se utilizează o măsuța mobilă, reglabila, care se poate trece peste pat, înălțător de pernă pentru a ridica bolnavul într-o poziție corectă alimentării.

Alimentația pasivă este aplicată când starea generală a persoanei îngrijite nu permite să se alimenteze singur și necesită ajutor. Se aplică pacienților imobilizați, paralizați, epuizați, adinamici, în stare gravă, cu ușoare tulburări de deglutiție (dificultate la înghițire).

Persoana îngrijită se așază în poziție semișezândă cu ajutorul rezemătoarelor de pat sau în decubit dorsal cu capul ușor ridicat și aplecat înainte pentru a ușura deglutiția.

Nursa se așază în dreapta persoanei îngrijite și ridică ușor capul schimbând poziția pernei. Deglutiția poate fi stimulată prin atingerea buzelor beneficiarului cu lingura.

Persoana îngrijită în stare gravă nu simte temperatura alimentelor, de aceea asistenta va trebui să verifice temperatura, gustând din bucatele pregătite cu o altă lingură.

Supă și lichidele se servesc cu lingura sau din cana cu cioc, alimentele solide vor fi servite după tăiere în bucăți mici.

Este important de a evita încărcarea cavității bucale peste puterile de deglutiție ale persoanei îngrijite. Persoanei asistate i se dau cantități nu prea mari de alimente deoarece, neputând să le înghită, ar putea să le aspire sau să se înecă.

După finalizarea alimentației, persoana îngrijită este ștersă la gură, i se aranjează patul.



Figura 16. Poziția pacientului pentru alimentarea în pat

Îngrijitorul îndepărtează eventualele resturi alimentare care pot deranja persoana îngrijită, iar la necesitate schimbă lenjeria, dacă s-a murdărit. Trebuie asigurate condiții pentru spălarea mâinilor. După luarea mesei este important de aerisit camera.

Consumul de 1.5 litri de apă e valabil și pentru pacienții imobilizați, pentru a menține organismul hidratat și liber de toxine. Persoanele vârstnice se deshidratează foarte ușor, iar senzația de sete se reduce, de aceea trebuie monitorizată hidratarea pacientului cu cantitatea de lichide indicată.

Totodată, trebuie permanent de verificat prezența edemelor și volumul lor. Cantitatea de lichide în 24 de ore poate fi de 1-1,5 litri, dar se va ține cont de particularitățile individuale de eliminare. Se recomandă ceaiul de plante, sucurile naturale, apa plată.

7.6.2 Prevenirea și tratamentul escarelor (PCN-136, PEN-5)

Una din complicațiile de temut ale bolnavilor imobilizați timp îndelungat la pat o constituie escarele de decubit (mai ales la persoane corpolente sau în vârstă) [28, 67, 68, 69].

Escara este o rană la nivelul pielii care apare în urma menținerii corpului într-o poziție fixă, fără schimbarea centrului de greutate (fără mobilizare), o perioadă îndelungată de timp. Escara se dezvoltă ca urmare a presiunii constante exercitată asupra pielii, ce diminuează alimentarea cu sânge a zonei afectate, conducând la moartea țesutului respectiv. Escara apare în cazul imobilizării într-un scaun cu roțile sau la pat, chiar și pe o perioadă scurtă de timp (de exemplu, în urma unei operații sau a unui traumatism).

În funcție de gradul de afectare al țesuturilor, escarele pot parcurge patru stadii de evoluție. Pentru fiecare dintre aceste stadii exista pansamente moderne dedicate, selectate în funcție de aspectul escarei. Caracteristica stadiilor escarelor:

- Stadiul I - pe locul apariției escarei apar hiperemia pielii, senzația de amorțeală, o durere ușoară.
- Stadiul II - apar durere, usturime, bule sau vezicule, apoi apare plaga (rană) superficială sub formă de ulcerăție de diverse dimensiuni..
- Stadiul III - ulcerăția se extinde la straturile adânci subcutanate (sub piele) și a mușchilor.
- Stadiul IV - ulcerăția ajunge până la os și apare necroza.



Figura 17. Zona tegumentară afectată de escare

Factori favorizanți ai escarelor:

- umezeala (transpirații abundente, incontinența de urină și fecale);
- menținerea bolnavului în aceeași poziție;
- neregularități ale lenjeriei de pat și de corp.

Escarele de decubit apar în primul rând în regiunile unde proeminențele osoase sunt acoperite direct de piele și anume:

- *decubit dorsal* (culcat pe spate) - regiunea occipitală, omoplați, coate, regiunea sacrococcigiană, călcâie;
- *decubit ventral* (culcat pe burtă) - tâmpile, umeri, creasta iliacă, genunchi, degetele picioarelor;
- *decubit lateral* (pe o parte, stângă ori dreaptă) - umăr, regiunea trohanteriană, fețele laterale ale genunchilor, maleole.

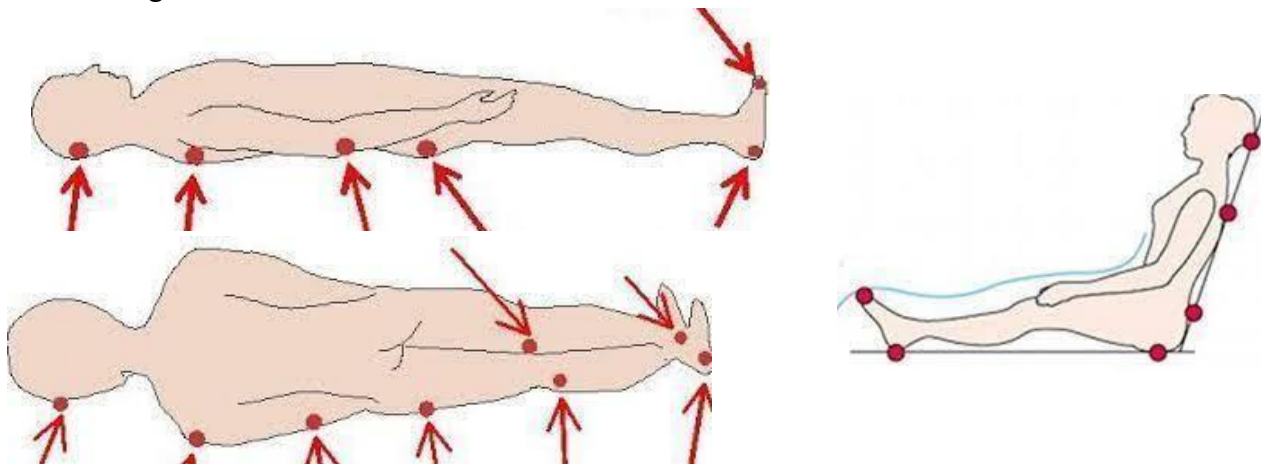


Figura 18. Regiunile cu risc de apariție a escarelor

Escarele pot să apară în câteva ore sau în câteva zile, formarea lor fiind variabilă, depinzând de factorul de risc și de toleranța (rezistența) pielii la presiune îndelungată

Poziția care implică cel mai mic risc pentru beneficiar este poziția oblică la 30 grade (stânga sau dreapta).

Poziția perpendiculară la 90 de grade creează puncte de presiune la nivelul șoldului și nu este recomandată.

Pentru poziționarea oblică la 30 de grade (dreapta sau stânga), persoana îngrijită este plasată pe o saltea moale cu capul susținut de o pernă mai mică. Înclinația de 30 de grade (față de pat) se creează prin plasarea unei perne moi, lungi, lateral sub spate. La nivelul genunchiului se poate poziționa (între picioare) o altă pernă pentru a evita apariția de escare în acest punct de contact.

Escarele pot fi prevenite printr-o supraveghere conștiincioasă a beneficiarului imobilizat la pat. Pentru evitarea apariției escarelor de decubit, dar și a trombozelor și promovarea stării de confort se recomandă mobilizarea/repoziționarea pacientului facilitând circulația sângelui. Schimbarea poziției poate fi:

- Activă – când o execută pacientul singur,
- Pasivă – sunt schimbarea poziției se face cu ajutorul altei persoane. Se efectuează la pacienții: adinamici, imobilizați, inconștienți, paralizați, cu aparate gipsate etc.

Masurile de profilaxie a escarelor de decubit includ următoarele intervenții:

1. Reducerea presiunii prin folosirea paturilor speciale cu saltele anti decubit sau cu saltele cu apă; saltele pneumatice, saltele cu puf sau siliconice.

2. Pernele umplute cu lână naturală sau sintetică, cu puf, aer, apă sau cu gel se aplică sub regiunea sacrală.
3. Pielea și mucoasele să fie curate și uscate.
4. Lenjeria de corp și de pat să fie curată, uscată, fără cute și fărâmituri.
5. Poziționarea corectă a persoanei îngrijite în pat folosind anexe respective.
6. În locurile cu risc de formare a escarelor, zilnic se fricționează pielea cu alcool etilic 70% diluat, alcool mentolat, oțet diluat, menovazină etc.
7. Se folosesc rulourile, pernele pentru suport și inelele speciale pentru umere, coate, genunchi, călcâie.
8. Schimbarea posturii pentru a reduce presiunea. Se respectă orarul de poziționare, din 2 în 2 ore sau mai frecvent (schimbarea activă sau pasivă).
9. Se evită spălarea pielii cu săpun dur – se va folosi săpun cu pH 5,5.
10. Promovarea și menținerea continenței, combaterea incontinenței de urină și de fecale.
11. Examinarea zilnică a pielii în locurile cu risc de formare a escarelor.
12. Se evită masajul pielii hiperemiate (înroșite).



Figura 19. Poziționarea pacientului pentru prevenirea escarelor

Zilnic, este necesar de asigurat masaj cu o durată de cel puțin 10 minute și se va folosi orice ocazie (tratament, așezarea ploștilor, bazinetelor, schimbarea lenjeriei, pentru a realiza activitatea circulației, utilizând crema de protecție a pielii în zonele expuse urinei și fecalelor. Nu aplicați crema pe porțiunile de piele lezate, acestea trebuie tratate cu pansamente hidrofile în funcție de gradul leziunii.

Permanent trebuie acordată o atenție deosebită așternuturilor și îmbrăcămintei pacientului, astfel încât acestea să nu formeze cute, în special în zonele predispuse escarelor. Se recomandă materiale moi, din fibre naturale, cu capacitate de absorbție mare. Pentru reducerea sau îndepărtarea presiunii din zonele predispuse, se recomandă folosirea diverselor dispozitive anti-escare.

La pacienții cu incontinență urinară se recomandă folosirea scutecelor absorbante, de mărime potrivită, schimbate la interval de 6-8 ore.

Tratament:

În cazul **escarelor neinfectate**, toaleta plăgii se face cu soluție sterilă, izotonică (ser fiziologic).

În cazul plăgilor infectate, se folosesc sol. antiseptice de Rivanol 0,1%, Povidoni iodidum.

Soluția de Hydrogenii peroxydum se folosește pe termen scurt, deoarece pe termen lung favorizează apariția și progresia escarelor.

Pansamentul:

Pentru escare fără exsudat:

Gr. I-II – se folosesc pansamente hidrocoloidale (Granulex, Comfeel, Aquacel) care facilitează procesul de granulație.

Pentru **escare cu exsudat abundent** este necesar de a curăța necroza (țesuturile moarte) și să fie indicat tratament cu antibiotic.

În stadiile avansate ale bolii, prevenirea completă a escarelor poate deveni dificilă din cauza deteriorării generale progresive. În aceste situații, îngrijirea trebuie orientată spre reducerea durerii, minimizarea disconfortului, protejarea demnității pacientului și susținerea familiei.

Îngrijirea pielii și prevenirea escarelor reprezintă componente fundamentale ale îngrijirilor paliative. Evaluarea sistematică, aplicarea măsurilor preventive și managementul adecvat al leziunilor contribuie la reducerea suferinței și la menținerea confortului pacientului. Rolul asistentului medical este esențial în protejarea integrității tegumentare și în asigurarea unei îngrijiri centrate pe demnitate și calitatea vieții.

7.6.3. Prevenirea altor complicații ale imobilității

Pe lângă apariția escarelor, starea de imobilizare la pat, indiferent de cauză, poate provoca o serie de alte complicații, precum slăbiciune/hipotrofie musculară, probleme respiratorii (infecții pulmonare), probleme de circulație a sângelui și demineralizare osoasă [28, 67, 68, 69].

❖ **Pentru prevenirea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare**, este important ca persoana imobilizată să stea cu picioarele ridicate pe o pernă, în mai multe sesiuni pe zi cu o durată de 20-30 minute, poziție care facilitează circulația de întoarcere. Se recomandă folosirea ciorapilor compresivi și manevre ușoare de masaj.

❖ **Pentru prevenirea complicațiilor pulmonare**, se menține poziția șezând la marginea patului, mai multe ore pe zi, asociindu-se și un ușor tapotament (tehnica de masaj) al spatelui și fricționări repetate cu soluții care conțin alcool. Pacientul trebuie încurajat să tușească și să execute exerciții de respirație profundă.

Pentru a reduce sarcina, pacientul trebuie să stea întins alternativ pe o parte și pe cealaltă. Astfel, nu numai că straturile superioare ale pielii vor primi din nou o cantitate bună de sânge, dar partea și superioară a plămânilor va funcționa mult mai bine, ceea ce va reduce probabilitatea de flegmă și sufocare. O pernă sub partea inferioară a spatelui împiedică pacientul să se rostogolească înapoi pe spate.

❖ **Pentru prevenirea slăbiciunii/hipotrofiei musculare** sunt recomandate exerciții care pot fi făcute de către kinetoterapeut sau de către pacient de sine stătător. Însă, înainte de a începe un program nou de exerciții trebuie de consultat un medic, deoarece unele exerciții pot să nu fie potrivite pentru persoanele cu anumite afecțiuni.

Exerciții pentru mușchii fesieri

Acest tip de exercițiu este simplu de făcut, și antrenează mușchii fesieri (gluteali): în timp ce pacientul stă întins pe spate, strânge fesele (ca și cum ar reține gazele), astfel contractând mușchii fesieri. Ține strâns timp de 5 secunde, apoi relaxează și repetă exercițiul de 10 ori.

Pe lângă antrenarea mușchilor, acest exercițiu menține sângele în mișcare și previne formarea cheagurilor.

Exerciții pentru mușchii aductori ai șoldului

Acești mușchi se găsesc în interiorul coapsei, și au rol în mișcarea numită aducție (aducerea coapsei spre interior). Pentru a îi întări, vă prezentăm următorul exercițiu: în timp ce stă întins pe

spate, cu genunchii îndoiți, plasează o minge de mărime medie între genunchi. Contractă mușchii abdominali și apoi strânge ușor mingea. Ține genunchii strânși timp de 5 secunde, apoi se relaxează încet. Repetă acest exercițiu de 10 ori.

Exerciții pentru mușchii coapsei și șoldului

Stă întins pe spate cu un genunchi îndoit. Contractă mușchii coapsei de la piciorul întins și ridică piciorul aproximativ 30 de centimetri. Menține poziția 3 secunde, apoi coboară încet piciorul. Repetă de 10 ori pentru fiecare picior. Poate să efectueze acest exercițiu și în alte poziții (pe burta sau așezat pe o parte) pentru a întări și alte grupe de mușchi.

Exerciții pentru mușchii coloanei vertebrale

Exercițiul de rotație a trunchiului îmbunătățește forța, stabilitatea și flexibilitatea coloanei vertebrale, întrucât mușchii de la acest nivel joacă un rol vital în menținerea echilibrului, a stabilității corpului și în mers. Acest exercițiu implică mușchii adiacenți coloanei vertebrale toracale și lombare, și se efectuează astfel: întins pe spate cu genunchii îndoiți, rotește încet genunchii într-o parte, asigurându-va în același timp că nu va ridica umerii. Apoi aduce genunchii în poziția inițială și rotește în partea cealaltă. Repetă de 10 ori.

După cum am menționat, nu toate exercițiile sunt potrivite pentru toate persoanele imobilizate la pat, așa ca, în cazul în care pacientul simte vreo durere de spate când efectuează acest exercițiu, trebuie de oprit și de consultat medicul.

Exerciții pentru mâini, brațe și umeri

Întinderea palmelor este un exercițiu simplu: deschide palma și întinde degetele, apoi atinge degetul mare cu fiecare deget în parte. Se repetă cu ambele mâini.

Ridicarea brațelor: se ridică brațul și se menține timp de 10 secunde în sus. Se repetă cu celălalt braț. Dacă îi este greu, trebuie de început cu un timp mai scurt și crescută treptat intensitatea. În cazul în care nu poate ridica brațul de pe pat, se poate de încercat doar cu antebrațul, îndoind brațul de la cot.

Rotația încheieturii mâinii: întinde mâinile în față și rotește încheieturile, apoi schimbă sensul de rotație.



Figura 20. Îngrijirea persoanelor imobilizate la pat

7.7 Îngrijirea persoanelor cu stoma

Stoma – este un orificiu al intestinului, format pe cale chirurgicală după înlăturarea unei părți a intestinului sau a întregii vezici urinare, exteriorizată pe peretele anterior al abdomenului și destinată eliminării conținutului intestinal (maselor fecale) sau al urinei.

Persoanele îngrijite cu stomă nu simt nevoia și nu pot controla procesul de eliminare. Stoma nu are terminații nervoase și de durere, de aceea durerea nu se simte. Apariția durerii, senzației de usturime sau prurit pot fi legate de iritația pielii în jurul stomei sau de intensificarea peristaltismului (activitatea) intestinală.

Stomele pot fi uniluminale (adică prin orificiul al peretelui anterior al abdomenului se exteriorizează un lumen al intestinului) și biluminale.



Figura 21. Tipuri de stome: uniluminale și biluminale

Cele din urmă se împart în biluminale pe ansă (adică două lumene sunt în apropiere nemijlocită una de alta și sunt exteriorizate într-un orificiu) și stome biluminale separate, atunci când pe peretele anterior al abdomenului există două orificii / lumene, care se află la o distanță oarecare una față de alta.

În așa fel la utilizarea produselor de îngrijire pentru stomă, recipientele pentru masele fecale nu trebuie suprapuse unul peste altul (chiar dacă distanța dintre stome este foarte mică). În astfel de stome un lumen (orificiu) este activ, prin el se golește intestinul. Pe lumenul activ se lipește recipientul pentru mase fecale. Alt lumen poate fi necesar pentru înlăturarea mucusului sau procedurilor medicale. El poate fi acoperit cu un mini capac (o pungă închisă cu capacitate mică) sau un șervețel.

Tipurile stomelor intestinale:

Stoma intestinală. În funcție de porțiunile intestinului, exteriorizat pe peretele anterior al abdomenului, se deosebesc următoarele tipuri de stome intestinale: **colostomă** (exteriorizarea intestinului gros) și **ileostomă** (exteriorizarea intestinului subțire).

Colostoma. Conform locului de aplicare se deosebesc câteva tipuri de colostome: cecostoma, ascendostoma, transversostoma, descendostoma și sigmstoma.

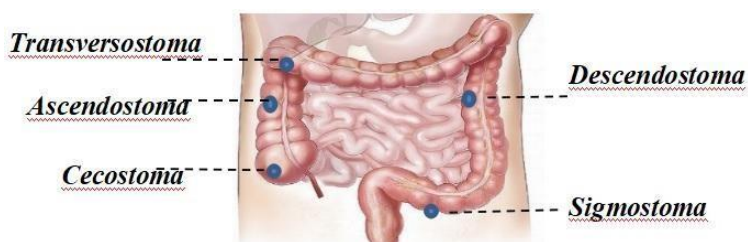


Figura 22. Tipuri de colostome

În caz de colostomă (sigmstomă) intestinul se golește de 2-3 ori pe zi, masele fecale sunt bine structurate. În alte tipuri de colostome intestinul se golește mai frecvent, masele fecale nu sunt bine structurate.

Ileostoma – În caz de ileostomă intestinul se golește foarte frecvent, aproape permanent, masele fecale sunt lichid și acide. O problemă frecventă în caz de ileostomă este diareea, care

poate cauza deshidratarea și pierderea electroliților, a substanțelor minerale și a vitaminelor, de aceea este foarte important de a consuma mult lichid.

Urostoma (conductă ileală) - Urostoma se formează la necesitatea înlăturării vezicii urinare. Eliminarea urinei se efectuează prin porțiunea exteriorizată a intestinului subțire, la capătul superior al căruia sunt aplicate ureterele, iar capătul inferior se exteriorizează pe peretele anterior al abdomenului. În caz de urostomă există un flux constant necontrolat de urină prin stomă.

Mijloace de îngrijire pentru beneficiarii cu colostomă

În cazul unui scaun bine format și golirea intestinului în medie de 2 ori pe zi pot fi utilizate recipiente pentru mase fecale unicomponente și cu două componente fără drenaj.

Recipientele pentru masele fecale unicomponente fără drenaj (închise).

Trebuie de schimbat de 2 ori pe zi. Dacă există necesitatea de a le schimba mai frecvent sau există riscul unei leziuni mecanice a pielii în jurul stomei, se va trece la recipientele pentru masele fecale unicomponente sau cu două componente cu drenaj.

Recipientele pentru masele fecale cu două componente fără drenaj (închise).

Placa de regulă se schimbă peste 3-5 zile, iar pungile fără drenare – de 2 ori pe zi. Pungile fără drenare au un filtru incorporat care funcționează automat. El neutralizează eficient mirosul și asigură înlăturarea aerului din pungă.

Îngrijirea pacienților cu ileostomă sau colostomă (cu eliminări apoase).

Recipientele se vor schimba o dată pe zi. Pungile cu drenaj deschise se vor goli sistematic. La necesitate, se vor schimba mai frecvent sau, dacă există riscul unei leziuni mecanice a pielii în jurul stomei, se va trece la recipientele pentru masele fecale cu două componente.

Îngrijirea pacienților cu urostomă

Se recomandă recipiente pentru urină unicomponente care se vor schimba o dată pe zi. Pungile urostomei se vor goli sistematic. Dacă există necesitatea de a schimba mai frecvent sau dacă există riscul unei leziuni mecanice a pielii în jurul stomei, se va trece la recipiente de urină cu două componente

Recipiente pentru urină cu două componente

Placa de regulă se schimbă la fiecare 3 zile, iar pungile urostomei – o dată pe zi. Pungile urostomei pot fi conectate la pungile cu picior pentru colectarea urinei cu ajutorul adaptorului.



Figura 23. Recipiente colectoare pentru materii fecale



Figura 24. Recipient colector pentru urină

Regulile de bază de îngrijire a stomei

Persoanei îngrijite îi este foarte important să învețe cum să îngrijească stoma în mod independent. Înainte de a efectua schimbarea recipientului pentru masele fecale, se pregătește tot necesarul:

- ✓ oglindă;
- ✓ foarfecă, de dorit cu capete îndoite;
- ✓ folie transparentă sau hârtie de talc pentru măsurarea corectă a stomei;
- ✓ pix;
- ✓ pachet de polietilenă pentru eliminarea recipientului pentru masele fecale (urină)

utilizat;

- ✓ săpun pentru mâni;
- ✓ recipiente pentru masele fecale (urină) unicomponente și cu două componente;
- ✓ șervețele moi/prosop moale.

Dacă persoana îngrijită stă culcată, se pregătește pelicula impermeabilă, pentru a acoperi lenjeria de pat. Nu se recomandă schimbarea recipientelor pentru masele fecale (urină) imediat după masă, mai bine această procedură să fie făcută dimineața până la dejun și/sau seara înainte de somn.

Pregătirea psihică a persoanei îngrijite:

- se explică necesitatea îngrijirii stomei;
- se obține consimțământul persoanei îngrijite;
- se explică modul de desfășurare al procedurii pentru a-i reduce starea de frică.

Pregătirea fizică:

- se asigură intimitatea persoanei îngrijite, dacă este cazul;
- se poziționează persoana îngrijită în funcție de segmentul care trebuie stomizat, pentru a-i fi cât mai comod.

Tehnica îngrijirii stomelor:

- se îmbracă mănușile și se așază o fașă în jurul stomei pentru a proteja zona de scurgeri;
- poziționăm persoana îngrijită în decubit dorsal, pentru a oferi o luminozitate optimă regiunii;
- îndepărtăm punga veche și inspectăm tegumentul peristomal;
- dacă e o pungă cu evacuare se recomandă golirea ei înainte de îndepărtare;
- dezlipirea se face lent (fără a smulge) de sus în jos;
- în timp ce se trage punga se împinge pielea în sens contrar.



Igiena stomei și a tegumentelor peristomale după îndepărtarea pungii:

- se șterge cu o compresă umedă sau cu un șervețel și o loțiune specială pentru tegumentul peristomal;
- se observă eventuale leziuni cutanate;
- se aplică, dacă e cazul, un unguent protector pe tegumentul peristomal.

Decuparea flanșei la dimensiunea potrivită. se măsoară diametrul stomei;

- se decupează cu foarfeca flanșa, ajustând orificiul ei la diametrul corespunzător;
- se folosesc pentru orientare cercurile desenate la nivelul flanșei;
- se poate aplica o hârtie sau o folie transparentă peste colostomie și apoi se desenează cu un marker conturul stomei;
- conturul obținut se aplică pe flanșă și se face decuparea pe marginea lui;



- este important ca diametrul decupat să nu fie mai mare decât diametrul colostomiei cu mai mult de 1 mm;

- se desprinde folia protectoare a flanșei;
- se aplică și se lipește punga și se îndoaie flanșa la jumătate;
- se potrivește partea inferioară a flanșei în jurul colostomiei;
- se rulează și se lipește partea superioară a flanșei și se apasă ușor flanșa pe tegument.



În cazul sistemelor stomice cu 2 componente se scoate doar punga desfăcând clema inelului de plastic, flanșa rămâne atașată la piele. Aplicarea pungii noi se face prin aplicarea inelului de plastic al pungii pe inelul corespunzător al flanșei.

Atenționări și precauții:

- se spală stoma și tegumentele peristomale cu apă și săpun neutru, prin mișcări blânde, apoi se uscă cu un prosop din bumbac special destinat;
- se poate face baie sau duș cu punga aplicată sau fără pungă, este bine să cunoașteți ritmul eliminărilor dvs., zilnice și atunci se poate alege momentul potrivit din zi în care se poate face duș fără punga aplicată;
- se evită folosirea uleiurilor și a cremelor pentru baie – acestea pot diminua aplicarea sigură a pungii de colostomă;
- se protejează stoma cu un șervețel de hârtie și se rad periodic firele de păr de la nivelul pielii peristomale (preveniți apariția inflamației foliculilor de păr);
- se folosesc șervețele de unică folosință destinate curățării pielii de adeziv cât și cele pentru protejarea pielii;
- NU se folosesc produse pe bază de alcool, acetonă sau alte produse pentru curățirea stomei;
- pe perioada când zona este iritată se acoperă stoma cu un tampon și nu se folosesc pungile de colostomă.

7.8 Îngrijirea persoanelor cu incontinență urinară

Incontinența urinară este atunci când rezervorul vezical (vezica urinară) își pierde capacitatea de înmagazinare a urinei și aceasta curge necontrolat, imposibil de stăpânit, în repaus sau la efort, complet sau incomplet. Incontinența afectează stima de sine și viața socială a beneficiarilor [28, 67, 68, 69]. Cauzele incontinenței urinare pot fi:

- efect secundar al unor medicamente;
- afectarea nervilor din regiunea pelviană, determinată de diabetul zaharat, scleroză etc.;
- afecțiuni ale sistemului nervos;
- modificări hormonale în timpul sarcinii, după naștere și în menopauză;
- afectarea prostatei la bărbați;
- leziuni ale măduvei spinării și traumatisme;
- consumul mult prea mare de lichide.

Incontinența urinară se manifestă frecvent în contextul unui efort fizic, motiv pentru care este cunoscută ca „incontinență de efort”. Această problemă întâlnită aproape întotdeauna la femei presupune pierderea de urină în momentul în care persoana îngrijită strănută, tușește, râde sau ridică greutate și are trei grade în funcție de efortul fizic la care apare:

- la efort important (tuse, alergat, ridicare de greutate, săritură);
- la efort minor (mers pe jos);
- la schimbarea poziției (culcat sau în picioare).

Atât bărbații, cât și femeile sunt profund afectați de această problemă. Incontinența urinară poate fi însoțită de următoarele complicații:

- medicale (leziuni locale, ulceratii, micoze, infecții urinare);
- psihosociale (jena, izolare socială, depresie);
- economice (persoana îngrijită cu incontinență are nevoie de îngrijire specială, condiții deosebite de igienă, dispozitive de adaptare, tampoane absorbante de incontinență, scutece și cearceafuri absorbante speciale care să protejeze noaptea patul persoanei îngrijite).

Dacă incontinența urinară nu este tratată corect, ultima poate duce la riscuri de sănătate pe termen lung, precum:

➤ *infecții* ale tractului urinar. Golirea incompletă a vezicii urinare favorizează înmulțirea bacteriilor și altor germeni care migrează către uretră și rinichi, cauzând probleme renale grave.

➤ *probleme dermatologice*. Pielea este iritată datorită contactului constant cu urina sau fecalele și nu se mai poate apăra suficient împotriva germenilor. Sistemul de protecție naturală a pielii este slăbit, ceea ce duce la iritații, formarea ulcerelor de presiune (sau escare).

➤ *stresul emoțional*. Cei afectați se simt adesea excluși, jenați și nu le este ușor să vorbească despre situația în care se află. Acest lucru le poate înrăutăți viața de zi cu zi, aceștia trebuind să își planifice meticolos pauze frecvente de mers la toaleta.

Pentru persoanele îngrijite care suferă de incontinență netratabilă, există astăzi numeroase posibilități de a le îmbunătăți substanțial calitatea vieții. Astfel, trebuie să privim incontinența la nivel holistic (de ansamblu) - crescând eficiența modalității de îngrijire a beneficiarilor și găsind cele mai potrivite produse și metode de îngrijire.

Pielea persoanelor îngrijite cu incontinență necesită îngrijire specială, deoarece substanțele agresive din urină cu care intră în contact, distrug funcția naturală de barieră a pielii, lăsând-o vulnerabilă în fața iritațiilor, infecțiilor, leziunilor cutanate.

Cum putem proteja pielea împotriva problemelor cauzate de incontinență:

- schimbarea la timp a scutecelor (unele scutece sunt prevăzute cu indicator de umiditate, care indică momentul optim pentru schimbare);
 - spălarea cu delicatețe a zonelor intime zilnic, înainte de schimbarea;
 - folosirea unei creme speciale pentru pielea îmbătrânită, expusă la incontinență;
 - înlocuirea săpunului cu produse de spălare dedicate incontinenței;
 - tamponarea pielii după spălare cu ajutorul unui prosop moale, de bumbac, nu se recomandă ștergerea energică a pielii prin frecare cu prosopul;
 - în cazul persoanelor imobilizate, folosirea de produse speciale pentru curățarea zonelor intime;
 - evitarea pudrelor parfumate sau a altor produse cosmetice clasice, care pot irita pielea.
- Igiena personală este foarte importantă, deoarece:
- menține pielea curată și previne infecțiile;
 - îndepărtează substanțele care pot favoriza dezvoltarea de infecții cutanate;

Utilizarea pampers-ului

Dacă folosim scutece pentru adulți, acestea trebuie alese considerând mai mulți factori, precum:

- Mărimea – este în funcție de circumferința bazinului.
- Gradul de absorbție al scutecului – se ilustrează de obicei prin picături pe ambalaj.
- Materialul exterior – plastic, textil, hârtie.
- Modul în care se îmbracă – laterale care se prind sau chiloți.
- Îl folosim ziua sau noaptea.

Trebuie să avem în utilizare două tipuri de pampers:

- cu absorbție mai mică, pentru perioadele zilei când micțiunile sunt în cantitate mai mică (cei de zi) confecționați din materiale textile;
- cu absorbție mare, pentru perioadele zilei când micțiunile sunt abundente sau noaptea (cei de noapte) confecționați la exterior cu folie de plastic.

Multe persoane au tendința să aleagă o mărime mai mare decât cea necesară din dorința de a avea un produs cu o capacitate de absorbție superioară. În realitate, un scutec prea mare nu se fixează perfect pe corp, alunecând sub greutatea urinei și ducând la scurgeri prin părțile laterale, ceea ce conduce la percepția greșită că produsul este nesatisfăcător.

7.9 Îngrijirea pacientului în stadiu terminal

Rolul principal al asistenței paliative este acela de a oferi confort, alinare și sprijin emoțional, în condițiile în care tratamentele curative nu mai sunt eficiente. În acest context, recunoașterea fazei terminale a bolii devine crucială pentru a asigura o îngrijire adecvată și pentru a pregăti pacientul și familia pentru ultimele momente [40, 69].

Recunoașterea fazei terminale

Faza terminală a unei boli este perioada în care progresia bolii nu mai răspunde tratamentelor curative, iar speranța de viață a pacientului este limitată, de obicei, la câteva zile sau săptămâni. În această etapă, semnele clinice și comportamentale devin esențiale pentru recunoaștere. Asistentul medical paliativ trebuie să fie sensibil și atent la modificările fizice, cognitive și psiho-emoționale ale pacientului pentru a putea interveni corespunzător și a oferi sprijin adecvat.

Semnele ultimei săptămâni și ale ultimelor zile de viață

Recunoașterea semnelor specifice ultimei săptămâni sau ultimelor zile de viață este fundamentală pentru a adapta îngrijirea și pentru a sprijini pacientul în ultimele sale momente. Printre semnele fizice și comportamentale cele mai frecvent observate se numără:

- *Schimbări în starea de conștiință*: pacientul poate deveni mai somnolent, confuz sau chiar comatos. Reacțiile la stimuli pot fi diminuate.
- *Modificări ale respirației*: apar respirații neregulate, superficialitate, respirație agonală sau „respirație Cheyne-Stokes” – alternanța între respirații rapide și lente.
- *Schimbări în circulație*: pielii pot deveni palide, albastre sau reci, în special la extremități, din cauza circulației slabe.
- *Scăderea apetitului și a consumului de lichide*: pacientul poate refuza alimentația și hidratarea.
- *Scăderea funcției cardiace*: bătăile inimii devin neregulate și mai slabe.
- *Alterarea funcțiilor motorii și a controlului vezicii urinare și a intestinelor*: apar pierderi de control, urinare și defecație involuntare.
- *Modificări în comportament și comunicare*: pacientul poate avea perioade de agitație, confuzie sau poate fi complet liniștit și în stare de somn profund.

În ultimele zile, aceste semne devin și mai evidente și indică faptul că timpul rămas este limitat.

Este important ca echipa de nursing paliativ să fie pregătită pentru a oferi confort, alinare și sprijin emoțional atât pacientului, cât și familiei sale.

Recunoașterea fazei terminale în nursing paliativ necesită o atenție deosebită la semnele clinice și comportamentale ale pacientului. Înțelepciunea și empatia asistentului medical sunt esențiale pentru a oferi îngrijire adecvată și pentru a ajuta familia să treacă mai ușor peste momentele dificile. În final, scopul principal rămâne asigurarea unei ultime etape de viață cât mai confortabile, cu respect și demnitate.

Intervenții de nursing

Pentru a asigura confortul pacientului și pentru a-i sprijini demnitatea în ultimele sale zile, asistenta de nursing trebuie să aplice intervenții specifice, adaptate fiecărei faze și semne observate. Aceste intervenții includ, dar nu se limitează la:

Managementul simptomelor

Controlul durerii: utilizarea medicamentelor opioide conform planului de tratament, monitorizarea efectelor și ajustarea dozelor pentru a preveni suferința.

Administrarea medicamentelor conform planului de tratament, ajustate pentru controlul simptomelor și pentru a preveni suferința.

Ameliorarea respirației: poziționarea pacientului în poziție semi-întinsă, utilizarea de ventilație non-invazivă dacă este necesar, asigurarea unui mediu bine ventilat.

Gestionarea secrețiilor: utilizarea de șervețele umede pentru a aspira secrețiile excesive, dacă pacientul poate tolera.

Îngrijirea pielii: prevenirea escarelor prin schimbarea frecventă a poziției, hidratarea pielii, utilizarea de produse emoliente.

Prezență și contact fizic: mângâiere, ținerea mâinii, apropierea fizică pot aduce alinare.

Sprijin pentru familie: informarea, consilierea și sprijinul emoțional pentru membrii familiei în procesul de acceptare.

Igiena personală: schimbarea lenjeriei, spălarea feței, igiena orală pentru a preveni disconfortul.

Hidratare și alimentație: dacă pacientul acceptă, se administrează lichide și alimente ușor de ingerat; dacă nu, nu se insistă.

Poziționare: schimbarea frecventă a poziției pentru prevenirea escarelor și pentru a menține confortul.

Menținerea temperaturii corporale: evitarea frigului sau a supraîncălzirii, folosind păaturi calde sau ventilare adecvată.

Comunicare empatică: chiar dacă pacientul nu răspunde, este important să-i vorbim cu blândețe și să-i oferim confort emoțional.

Sprijin spiritual: dacă pacientul are credințe religioase, se poate apela la consilieri spirituali sau preoți pentru a oferi alinare sufletească.

Semnele apropiate de moarte: respirație superficială sau agonală, alterarea conștiinței, pierderea pulsului, lipsa reacției la stimuli, pierderea controlului asupra funcțiilor fiziologice.

Asistentul medical prezent trebuie să fie atent pentru a respecta intimitatea familiei și să asigure respect pentru ultima clipă.

Momentul morții se anunță și se gestionează cu respect, iar după deces, se realizează protocolul de îngrijire post-mortem, inclusiv îngrijirea corpului și comunicarea cu familia.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE:

1. Кант И. О способности духа Силою только воли побеждать болезненные ощущения // *Трактаты и письма*. М.: Мысль. 1980.
2. Skinner B.F Beyond Freedom and Dignity. Cambridge: Hackett Publishing Co, 2002.
3. Long Orpett S, McNamara B. Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. In: *Social Science & Medicine* 58 (2004) 929–938
4. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Burden to others and the terminally ill. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Nov;34(5):463-71.
5. Shimizu Y, Miyashita M, Morita T, Sato K, Tsuneto S, Shima Y. Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Jul;48(1):2-12.
6. H. Chochinov et al. „Dignity in the Terminally Ill: A Developing Empirical Model”, *Social Science and Medicine*, 54 (2002).
7. Steinhauser K.E. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians and other Care Providers, *Journal of American Medical Association*, 284 (2000).
8. McNamara Beverley Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. In: *Social Science & Medicine* 58 (2004) 929–938
9. Long Orpett S. Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. In: *Social Science & Medicine* 58 (2004) 913–928.
10. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Connor S.R., Sepulveda Bermedo (eds.). World Health Organisation, 2014.
11. Saunders C. The management of terminal disease. London: Edward Arnold, 1978.
12. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
13. Mount BM. The development of palliative care in Canada. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N, (eds).. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 3–15.
14. Connor SR. Development of hospice and palliative care in the United States. *Omega (Westport)*. 2007;56(1):89–99.
15. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278–289.
16. World Health Organization Regional Office for Europe. Palliative care in the European Region: challenges and opportunities. Copenhagen: WHO Europe; 2018.
17. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9930):1721–1730.
18. World Health Organization. Palliative care. Geneva: World Health Organization; 2023.
19. World Health Organization. Framework to implement a life course approach in practice. Geneva: World Health Organization; 2025. 163 p. ISBN 978-92-4-011257-5.
20. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022;71(3):1–95. doi:10.15585/mmwr.rr7103a1.
21. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
22. Radbruch L, De Lima L, Knäul F, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Oct;60(4):754-764.
23. Palliative Care for Infants, Children and Young People. The Facts. A document for healthcare professionals and Policy Makers. Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus 2009.
24. World Health Organisation. Palliative Care for Children. 2022.
25. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care recommendations for treatment of cancer pain. *Lancet Oncol*. 2009;10(1):70–83.
26. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752–762
27. Moșoiu D., Hinshaw J., Hinshaw D. et al. Manualul formatorului în îngrijirea paliativă. Ghid pentru educația asistentului medical generalist. Fundația Hospice ”Casa Speranței”, 2010.

28. Bradu A., Isac V., Ciobanu O. et al. Ghid în îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, pediatrie). Chișinău, 2016.
29. European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 2010
30. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Educ Today*. 2018 Feb;61:216-219.
31. Hui D, Bruera E. Models of palliative care delivery for patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):852–865.
32. Ferrell, B. R., & Coyle, N. (eds.) Oxford textbook of palliative nursing (5th ed.). Oxford University Press, 2023.
33. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91–96.
34. Liu YJ, Wu LP, Wang H, Han Q, Wang SN, Zhang J. The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study. *BMC Palliat Care*. 2023 Jun 13;22(1):71.
35. Borgstrom E, Cohn S, Driessen A, et al. Multidisciplinary team meetings in palliative care: an ethnographic study. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2024;14:e448-e451.
36. Crape, B., Akhmetniyaz, P., Akhmetova, M. et al. Behind the care: emotional struggles, burnout, and denial in kazakhstan's professional palliative care workforce. *BMC Palliat Care* 24, 161 (2025).
37. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nursing care plans: guidelines for individualizing client care across the life span. 10th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2019.
38. International Council of Nurses. Nursing Diagnosis and Outcome Statements. International Classification for Nursing Practice (ICNP). Geneva: ICN; 2019.
39. Matzo M, Sherman DW. Palliative care nursing: quality care to the end of life. 5th ed. New York: Springer Publishing; 2019.
40. Carpenito-Moyet LJ. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
41. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2021–2023. New York: Thieme; 2021.
42. Silva RS, Pereira A, Nóbrega MML, Mussi FC. Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2914.
43. Morais SM, Pereira SA, Oliveira LC, et al. Nursing diagnoses in patients under palliative care: an integrative review. *Rev Fun Care Online*. 2020;12:1233–1240.
44. Marques K, Alves C. Nursing diagnoses clusters: survival and comfort in oncology end-of-life care. *Int J Palliat Nurs*. 2020;26(8):444–450.
45. World Health Organization. Palliative care: key facts and integrated approach. Geneva: WHO; 2020.
46. Cherny, N. I., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K., & Currow, D. C. Oxford textbook of palliative medicine (6th ed.). Oxford University Press, 2021.
47. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO, 2020.
48. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in adults. Geneva: WHO, 2022.
49. Connor, S. R., & Sepulveda Bermedo, M. C. Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020.
50. Hughes, R. G.. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2022.
51. Managementul calității în instituțiile spitalicești. Chișinău: Școala de Management în Sănătate Publică, 2017.
52. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). End of life care for adults: Service delivery (NG142 update), 2023.
53. Kelley, A. S., & Morrison, R. S. Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*, 2022, 386, 1507–1516.
54. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982.

55. Belii A., Pogoneț V. Managementul durerii în medicina paliativă. In: *Medicina Paliativă. Ghid pentru medicii de familie*. Chișinău: OmegaPremium, 2017, pp.33-98.
56. American Pain Society. Guidelines for the management of pain. *J Pain*. 2021;22(3):245–260.
57. Chou R, et al. Management of chronic pain with opioids. *Ann Intern Med*. 2015;162(4):276–286.
58. European Society for Medical Oncology. *Pain management guidelines*. ESMO; 2023.
59. World Health Organization. *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. Geneva: WHO; 2023.
60. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011;152(3):S2–S15.
61. National Comprehensive Cancer Network. *Adult cancer pain guidelines*. NCCN; 2024.
62. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief (CG140)*. London: NICE; actualizat 2024.
63. Kaye AD, et al. The impact of untreated pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2019;33(1):1–10.
64. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022;71(3):1–95. doi:10.15585/mmwr.rr7103a1.
65. Schug SA, Ting S. Fears and misconceptions about opioids. *Pain Clin Updates*. 2020;28(4):1–6.
66. International Association for Hospice and Palliative Care. *Global opioid availability report*. Houston; 2022.
67. Bradu A. Managementul simptomelor în îngrijirea paliativă. In: *Medicina Paliativă. Ghid pentru medicii de familie*. Chișinău: Omega Premium, 2017, pp.99-135.
68. Îngrijiri paliative. Ghid. Fundația Soros-Moldova. Chișinău: Epigraf, 2002
69. Doré M, Armstrong P, Campbell R, Vialls K, Vallath N, Watson M, eds. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2026. doi:10.1093/med/9780198944577.001.0001.
70. An ethical framework for integrating palliative care principles into the management of advanced chronic or terminal conditions. National Health and Medical Research Council; 2011.
71. Paladi A., Gramma R. Etica aplicată și drepturi fundamentale în practica asistenței paliative. In: *Medicina Paliativă. Ghid pentru medicii de familie*. Chișinău: Omega Premium, 2017, pp. 136 - 178.
72. Constituția Republicii Moldova
73. Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr.23 din 16.02.2007
74. Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități nr. 60 din 30.03.2012
75. Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995.
76. Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263 din 27.10.2005
77. Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005
78. Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr. 10 din 03.02.2009
79. End-of-Life Care and Decision-Making – Guidelines, NSW Department of Health, 2005.
80. Drane J.F., Coulehan J.L. The concept of futility. Patients do not have a right to demand useless treatment. Counterpoint. *Health Prog*. 1993;73:28-32.
81. Kopelman L. M. Children and Bioethics: Uses and Abuses of the Best-Interests Standard. *J Med Philos* (1997) 22 (3): 213-217.
82. Paladi A., Gramma R. Particularități în abordarea pacientului aflat în îngrijire paliativă. In: *Medicina Paliativă. Ghid pentru medicii de familie*. Chișinău: Omega Premium, 2017, pp. 179-229.
83. Puchalski CM. Review : Spiritual and religious variables in palliative medicine. *American Journal of hospice and palliative care*, 2003;1(1):7-13.
84. Otani H, Morita T, Aoyama M, et al. Saying good-bye or final conversations between terminally ill inpatients and family members in the last weeks of life: a nationwide survey of bereaved families. *Support Care Cancer*. 2026 Feb 11;34(3):184.
85. Ellershaw J, Wilkinson S. *Care of the Dying: A pathway to excellence*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
86. Parkes CM. Bereavement as a psychosocial transition, process of adaptation to change. In: Dickenson D et al. (eds), *Death, Dying and Bereavement*. London: Sage Publications, 2005, pp.325–331.
87. Worden W. *Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 5th Edition. New York, NY: Springer, 2018.