

# CALITATEA VIEȚII ÎN MEDICINA PALIATIVĂ

*Natalia Coșciug, Victor Cernat, Vadim Pogoneț, Liliana Corj*  
IMSP Institutul Oncologic

„Atenția pe care o acordăm celor care  
apar în lume, trebuie să o acordăm  
și celor care o părăsesc”.

*A.V. Gnezdilov*

**Introducere.** Termenul „paliativ” provine de la cuvântul latin „pallium” și înseamnă mască sau mantou. Această etimologie presupune că terapia paliativă maschează manifestările patologiei incurabile (le înlătură), cu alte cuvinte „îi acoperă cu un mantou” pe cei, care au nimerit la „frig”, deoarece ei nu pot fi ajutați de medicina care aduce vindecare, însănătoșire.

**Scopul lucrării.** Evaluarea și elucidarea factorilor de interdependență care influențează calitatea vieții în îngrijirea paliativă.

**Metode de cercetare.** Studiul bibliografiei referitor la calitatea vieții și analiza propriilor observații.

Medicina paliativă vine în ajutor atunci, când boala nu poate fi vindecată. În asemenea situații, pentru bolnav trebuie făcut mult mai mult, decât în cazul unei boli în evoluție satisfăcătoare, favorabilă. E momentul să amintim o expresie bine cunoscută, la care ar subsemna orice medic profesionist: „Dacă nu poți vindeca bolnavul – ușurează-i suferințele, dacă nu le poți ușura – împărtășești-le”.

Prin ce se deosebește ultima zi de cele precedente? Aceleași probleme de viață și moarte, speranță și destin. Din punct de vedere psihopatologic, un complex de tulburări emoționale negative care se exprimă prin neliniște, anxietate, frică, depresie, agresie – toate care au fost prezente la prima vizită la oncolog, se manifestă aproape în același aspect și în ultima zi.

Și totuși, medicina paliativă aduce mult nou referitor la pacient. Crearea calității vieții bolnavilor în stadii terminale rămâne o problemă serioasă, însă reală și rezolvabilă.

O poziție complexă față de oricare persoană presupune satisfacerea multilaterală a necesităților, și, corespunzător, grija față de pacient poate fi exprimată în aspect medical, social și spiritual, existențial. Analizând în mod consecvent fiecare din aceste aspecte, ajungem la concluzia că ele nu pot fi privite altfel decât în relație reciprocă și interdependentă. Fiecare aspect implică și pe toate celelalte. De aceea îngrijirea paliativă cere o activitate de concordanță a unei echipe de specialiști de înaltă calificare din diferite domenii.

Una din problemele de bază ale medicinei paliative constă în controlul simptomelor. Este vorba despre diminuarea sau înlăturarea elementului subiectiv al simptomului, despre minimalizarea suferințelor pacientului și nu despre vindecare.

Aspectul medical în crearea calității vieții se sprijină, în primul rând, pe controlul durerii. Durerea este unul din semnele vitale care caracterizează starea bolnavului: semn, care trebuie măsurat și înregistrat la fel ca și temperatura, pulsul, respirația, tensiunea etc. În societatea civilizată, concluzia despre caracterul durerii se bazează, în primul rând, pe raportul pacientului.

În același timp, durerea în afară de aspectul fizic, are și un aspect psihologic, care poate include un șir de probleme: durere socială, provocată de pierderea statutului social, de întreruperea relațiilor interpersonale din mediul ambiant, durere emoțională provocată de pierderea propriei atracții, speranței la fericire, durere provocată de pierderea posibilităților materiale și, în cele din urmă, durere existențială, provocată de pierderea speranței în echitatea și corectitudinea universului.

Relația reciprocă între durerea fizică și sufletească nu poate lăsa dubii, dacă ținem cont de faptul, că componentul psihic se exprimă în stări de fobie, anxietate, depresie. În același timp, medicii menționează că în timpul convorbirilor psihoterapice bolnavul uita și depășea timpul indicat pentru administrarea analgeticului. O importanță deosebită are crearea așa numitului confort psihologic.

În afară de durere, bolnavul suferă și de multe alte simptome fizice grave, care provoacă, la rândul lor, multe probleme: inapetență, vomă, constipații, cașexie, anorexie, tuse, deshidratare etc.

Aspectul medical prevede și probleme de îngrijire. Curățenia, liniștea, rezolvarea problemelor referitor la regimul alimentar și la funcțiile fiziologice, creează condiții, pe cât e posibil, pentru un confort corporal.

Problemele psihologice sunt mult mai complicate, vizează evaluarea emoțiilor, posibilităților de adaptare, apelează la ceea ce ține de spirit, de suflet, de imaterial. Suportul moral se bazează pe relații de sinceritate și adevăr.

Rămâne imposibil de enumerat toate problemele, care apar în fața bolnavului înainte de moarte. Toate se reflectă în oglinda morții și sunt absolut și strict individuale.

Abordând aspectul social al problemei trebuie să ținem cont de faptul, că cancerul este o maladie deosebită, care, alături de fatalitate, superstiție, moarte, duce și povara ideii despre contaminare. Acest gând obsedant este generat de neclaritatea etiologiei, de imposibilitatea aprecierii cauzei. Chiar și cei mai inteligenți oameni sunt gata să mănânce dintr-un tacâm comun cu un bolnav de cancer, dar să propună acest tacâm copilului său se rețin sau se pun pe gânduri.

Presiunea acestui efect dublu – a morții și a „contaminării” – provoacă izolarea, retragerea socială a pacientului. El singur începe să se izoleze de cei din jur, iar aceștea, la rândul lor, se străduie să evite un contact mai apropiat.

Astfel, putem constata, că evidențierea aspectului medical, social, psihologic, poartă caracter foarte relativ, aflându-se într-o relație reciprocă.

Promblema calității vieții devine mult mai actuală atunci, când potențialul cantitativ devine evident limitat.

Probabil, cel mai dramatic moment în medicina paliativă, este prezența factorului morții. Orice boală, în definitiv, prezintă pericol pentru sănătate și, propriu-zis, pentru viață.

Din orice punct de vedere viața sufletească, spirituală, are o prioritate față de existența biologică. Prin urmare, grija pentru crearea calității vieții în presimțirea decesului apropiat explică și tentativa controlului simptomelor, și îngrijirea pacientului, ca măsuri pentru menținerea maximă a echilibrului psihologic.

Pacientul în nici un caz nu trebuie izolat de cei mai apropiați. Tăcerea este dușmanul muribundului și provoacă o retragere socială și mai severă.

Membrii familiei și prietenii bolnavului explică reținerea lor de la discuții referitor la fobiile prezente prin faptul că asemenea discuții ar putea provoca fobii noi, care, mai înainte lipseau. În realitate, situația e cu totul alta – fapt confirmat prin cercetările efectuate asupra bolnavilor incurabili, în anii '60, în Anglia. Cercetările au demonstrat, că comunicarea, discuțiile cu prietenii apropiați, nu duc la apariția unor noi fobii. Din contra, anxietatea crește, este mult mai pronunțată atunci când bolnavul n-are posibilitatea s-o împărtășească cu cineva. Cei care n-au posibilitatea să comunice, mai des suferă de depresii și anxietate.

Bolnavii gravi observă că deseori cu ei încetează să se comunice, fapt ce provoacă suferințe și mai mari. Ușor putem ajuta unui apropiat, dacă ascultăm cu atenție durerile și neliniștea lui. Pentru bolnav aceasta este o dovadă că el este înțeles, acceptat, sunt înțelese sentimentele lui și se depune toată sânguința pentru a-l ajuta. Cât de stresantă poate fi lipsa de comunicare pentru un pacient care deja suferă din pierderea altor facultăți!

Omul, fiind o ființă socială, se află în numeroase relații cu tot ce-l înconjoară. Ca urmare, medicina paliativă ține în evidență nu numai pacientul, dar și familia, și prietenii apropiați.

Familia este, de fapt, un pacient, ca și persoana care este pe moarte. Rudele pacientului sunt supuse unui considerabil stres emoțional și fizic. Reușita sau nereușita îngrijirii paliative poate depinde de capacitatea membrului de familie de a coopera.

Membrii familiei prezintă aceleași tulburări de stres (ca răspuns la apropierea decesului) ca și însuși bolnavul. Începând cu negarea, care este cel mai simplu mecanism de a face față situației și permite să minimalizeze realitatea prin ignorare și ascunde teama, pâna la – prin agresie și deprimare – acceptarea situației, împăcarea cu soarta. De multe ori se acceptă realitatea în mod rațional, înainte de a o accepta emoțional.

Compătimirea și grija față de cel care ne părăsește, pâna când el este în viață – în viitor un factor extrem de important, care eliberează de sentimentul de culpabilitate, care apare mai devreme sau mai târziu la persoana apropiată. Nimic nu poate liniști sufletul mai mult decât soarta amară, împărtășită împreună cu bolnavul.

În multe țări europene există grupe de asistenți sociali, pregătiți din punct de vedere psihologic, care oferă susținere morală familiei bolnavului. Sprijinul și aportul lor, atât în aspect moral, cât și material, e greu de apreciat.

În definitiv, viața fiecărui om ajunge la sfârșit și acest fapt este o lege, care aparține însăși vieții. Greu de imaginat consecințele existenței fizice infinite. De aceea moartea nu poate fi considerată un fenomen absolut negativ, ea se supune legilor naturii și rămâne un atribut inevitabil al vieții.

Principiul de bază al medicinei paliative constă în considerarea morții ca un fenomen firesc, care se supune legilor naturii. Dacă concepem inevitabilitatea morții iminente, pe prim plan apare problema calității vieții de care mai dispune pacientul, presupunând prin aceasta diferite etape ale emoțiilor psihice până la etapa de acceptare a situației, etapa împăcării cu soarta.

Problema comunicării diagnosticului și a prognosticului se rezolvă întotdeauna absolut și strict individual.

De la bun început, e nevoie de o atenție deosebită față de grijile și dorințele pacientului. Noi trebuie să presupunem sau să cunoaștem ce dorește pacientul. În primul rând, e necesar să-l ascultăm și să-l auzim. Fiecare dintre noi este asigurat cu un sistem de protecție psihologică. Acest sistem este strict individual și atât de perfect, încât reacția de adaptare se produce spontan. Tendința de a influența nedorit asupra lui poate fi periculoasă.

Centrul atenției este pacientul însuși, și nu boala (particularitățile ei, clinica, metodele de tratament). În cazul, când toate metodele de tratament rămân fără efect, pacientul are nevoie de ajutorul unui doctor,

care ar fi în stare să organizeze o terapie personal orientată, accentuând atenția asupra problemelor de confort psihologic și fizic.

Comunicând cu pacientul, trebuie să ocupăm locul unui auditor, unui ascultător, oferindu-i dreptul la inițiativă, la o poziție activă. Uneori pacientul are nevoie să-și „descarce” conștiința, cu alte cuvinte, să-și ușureze sufletul, făcând confidențe cuiva. Întotdeauna trebuie ținut cont de un moment important: pacientul este foarte atent la reacția convorbitorului. Chiar dacă n-ați pronunțat nici un cuvânt, aceasta poate servi ca o confirmare a poziției pacientului. Tăcerea câteodată poate fi foarte semnificativă.

La întrebările bolnavului, de ce boală suferă, care este starea lui și ce îl așteaptă în viitor, nu trebuie să ne grăbim cu răspunsul. În așa situații se poate apela la metoda de întrebări pentru precizare. E nevoie de aflat motivele adevărate care stau la baza dorinței de a cunoaște adevărul.

Informația referitor la boală și prognostic foarte des nu se discută cu pacientul. Noi vorbim despre posibilitatea omului de a percepe informația nonverbal, prin înțelegerea situației, și nu verbal.

Importanță are și faptul de a nu insufla bolnavului propriile noastre idei, păreri referitor la boală și moarte și, în măsura posibilităților, de a-l proteja de pressing-ul din partea rudelor. Cu atât mai mult, că exercitarea unei presiuni asupra bolnavului în starea în care el se află este incorectă, necinstită. Dependența față de personalul medical poate să-l impună pe bolnav să accepte modul străin de gândire, fără consimțământul interior.

Interesele, dorințele bolnavului, în toate situațiile problematice, discutabile, de compromis, trebuie să aibă prioritate.

Constatarea psihologică a faptului că în prezența altor persoane, în special a medicului, a membrilor familiei, durerea și suferința se suportă mai ușor, e incontestabilă. O atitudine umană cere ca bolnavul să nu fie lăsat singur.

**Concluzii.** Nu există rețete universale în conduita pacientului în stadii terminale. Sentimentul umanității este elementul esențial, fără de care nu se poate face nici un pas întru susținerea bolnavului muribund. Medicina paliativă presupune un anturaj deschis, sincer, și o abordare de grup, unde alături de cel care părește lumea celor vii se află și medicul, și persoana apropiată, și preotul, și fiecare își aduce partea lui în conținutul „ultimului pahar”.

#### Referințe bibliografice

1. Mihnea Cornel Susan, Impactul psihologic al suferințelor terminale și serviciile de îngrijiri paliative. Teză de doctorat, București, 2004.
2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. с-II, Речь, 2007.
3. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных. IV Российская онкологическая конференция, ноябрь 2000 г.
4. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи. 12 ноября 2003г., Совет Европы.
5. Mabrouk F. 2001. Les structures administratives en soins palliatifs. Organisations des soins palliatifs en Belgique. ASBL Aremis.
6. Time for education in palliative care. Lancet 349 (9067): 1709 (1997).

#### Rezumat

Abordarea multilaterală a pacienților include abordarea medicală, psihologică, socială și aspectele spirituale. Îngrijirea paliativă necesită specialiști din diferite domenii.

#### Summary

The multilateral approach to patients includes medical, psychological, social and spiritual aspects. Palliative care requires a interactivity of specialists from different domains. An early reveal of factors that contributes to patient state determines the quality of life in Palliative medicine.

## DUREREA CRONICĂ ÎN CANCER – EVALUARE ȘI TRATAMENT

*Victoria Monul*, medic chimioterapeut staționar de zi,  
cerc. șt., medic al echipei mobile în îngrijiri paliative, IMSP Institutul Oncologic

**Introducere.** Îngrijirea paliativă reprezintă o abordare care urmărește creșterea calității vieții pacienților și familiilor acestora, care se confruntă cu problemele asociate unei boli amenințătoare de viață, prin prevenirea și alinarea suferinței, identificarea precoce, evaluarea și tratamentul impecabil al durerii și altor probleme fizice, psihosociale și spirituale.