

DUREREA TOTALĂ

PROBLEMĂ A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE, DAR
AMELIORATĂ DE „ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ”

Dr. Carmen MARCU

Medic primar medicină de urgență

**Competențe: ecografie generală, bronhoscopie,
îngrijri paliative**

Spitalul Județean de Urgență Târgoviște

- Durerea este o senzație și o experiență senzitivă și emoțională neplăcută, asociată cu o leziune țisulară existentă sau potențială sau descrisă ca o astfel de leziune.
- „Durerea este ceea ce pacientul spune că este”.
- Întodeauna subiectivă, durerea este de natură multidimensională și are o componentă senzitiv-senzorială, cognitivă, emoțională și comportamentală.
- E simptomul cel mai frecvent pentru care ne adresăm medicului.
- Durerea asociată cancerului este un tip particular de durere, incluzând mecanisme nociocceptive, neuropate și psihogene care împreună, formează așa-numita „DURERE TOTALĂ”.



Răspunsul pacientului la durere depinde de:

- **Tipul și gradul leziunii**
- **Tipul durerii (somatic, visceral, neuropatic)**
- **Atitudinea pacientului față de durere depinde de personalitate, nivel de inteligență, grad de cultură, anturaj.**



Semnalul nervos de leziune tisulară este integrat emoțional, perceput după experiența personală și modificat după factori sociali.

➤ Componenta senzorială este direct legată de mecanismul fiziopatologic și îi conferă durerii caracterele cantitative (intensitate) și calitative.

➤ Componenta afectivă este determinată nu numai de cauza propriu-zisă a durerii, ci și de context. Este răspunzătoare de reacțiile de anxietate, depresie angoasă.

➤ Componenta cognitivă rezultă din totalitatea proceselor mentale care influențează percepția durerii (interpretarea și atribuirea de valoare durerii, anticipări, referințe de experiențe durereaose anterioare, decizii asupra comportamentului adoptat).

➤ Componenta comportamentală reprezintă ansamblul de manifestări verbale și nonverbale ce pot fi observate la o persoană care suferă (mimica, postura, acuze subiective); este un indiciu care indică importanța durerii pentru pacient: familia, cultura, standardele sociale îi pot modifica, întreține sau diminua durerea.

**DUREREA
TOTALĂ:**



➔ DUREREA TOTALĂ:

➔ ➤ FIZICĂ: *alte simptome*

- efecte adverse ale tratamentului
- insomnia și fatigabilitatea cronică

➔ ➤ PSIHOLOGICĂ: *mânie legată de întârzierea diagnosticului*

- mânie legată de eșecul terapeutic
- desfigurări
- teama de durere și/sau moarte
- senzația de neajutorare

➔ ➤ SOCIALĂ: *griji legate de familie și griji financiare*

- pierderea prestigiului și a veniturilor
- pierderea poziției sociale
- pierderea rolului în familie
- sentimente de abandonare și izolare
- ** - rolul asistentului social și a grupurilor de susținere (ONG-uri)

➔ ➤ SPIRITUALĂ: *de ce mi se întâmplă mie acest lucru?*

- de ce permite Dumnezeu să sufăr atât?
- care este scopul tuturor acestora?
- pot fi oare iertat pentru greșelile din trecut?
- ** - rolul duhovnicului și al mentorului spiritual

➔ **EVALUAREA HOLISTICĂ** a pacientului este cheia unui diagnostic corect și complet al durerii cronice și a deciziilor corecte de tratament.

Evaluarea și „tratamentul” sunt apanajul echipei de îngrijiri paliative formate din medic, asistent medical, infirmier, psiholog, asistent social, cleric sau mentor spiritual.

➔ **DUREREA FIZICĂ** trebuie corect evaluată ca etiologie, intensitate, durată, iradiere, tratamentul la care se ameliorează (asociere, titrare a dozelor).

Deoarece durerea are o componentă subiectivă doar pacientul poate relata cât de tare doare. Severitatea durerii se determină folosind scala analog-vizuală, o scală verbală, numerică. E important ca pacientul să descrie durerea cu propriile cuvinte (arsura, junghi, usturime..)

➔ **DUREREA PSIHOLAGICĂ** a bolnavilor incurabili începe uneori cu mult înainte de prezentarea la medic, uneori generând comportamente cu risc (consum excesiv de alcool, droguri, fumat, etc). Fazele prin care poate trece, fără suport psihologic adecvat, un bolnav incurabil sunt negarea, revolta, resemnarea, panica, cu posibile oscilații între ele. Medicul trebuie să găsească cea mai bună soluție pentru comunicarea diagnosticului; aflarea adevărului poate fi temporizată până sunt create condițiile necesare. Un program psihoterapeutic este imperios necesar în perioada următoare, în echipă cu psihiatrul/psihologul.

➔ **DUREREA SPIRITUALĂ** - trebuie acordată o atenție deosebită convingerilor personale ale pacientului legate de moarte sau incurabilitate, temerilor majore conexe. Un model de asistență psihologică a pacientului incurabil aduce în prim-plan două idei :

- * suportul familial extins pe tot parcursul bolii. Familia trebuie să fie un aliat pe tot parcursul bolii
- * controlul simptomelor importante cu rezonanță psihologică negativă

- **Sistemul actual de sănătate din țara noastră nu este construit să se plieze pe necesitățile complexe ale pacientului, acesta simțindu-se singur în încercarea de a face față luptei pentru supraviețuire în fața unui diagnostic crunt.**
- **Sistemul medical nu are infrastructura, legislația și personalul calificat în așa fel încât să existe prevenție, diagnostic rapid și tratament complex prompt.**
- **Însoțirea pacientului pe acest „drum,” și în această „bătălie” pentru viață nu trebuie să fie doar efortul familiei.**
- **Echipa multidisciplinară trebuie să însoțească pacientul iar sistemul medical trebuie să-și reorganizeze rețeaua sanitară, iar decidenții politici să legifereze și să-și asume costurile pentru viață.**

„CÂND VIATA NU MAI ARE ZILE, DĂ VIATĂ ZILEI !”

“Adăugați viață zilelor atunci când nu mai putem adăuga zile vieții”, Hospice Nairobi 1988.

