



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PROGRAMUL SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

Prioritatea 2: Servicii de reabilitare, paliativă și spitalizări pentru boli cronice adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației, impactului dizabilității și profilului de morbiditate

Obiectiv specific: ESO4.11.

Titlul proiectului: "Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată"

Cod MySMIS: 346635

GHID DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE A SERVICIILOR DE SPRIJIN DE DOLIU ÎN ROMÂNIA

2025



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PROGRAMUL SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

Prioritatea 2: Servicii de reabilitare, paliative și spitalizări pentru boli cronice adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației, impactului dizabilității și profilului de morbiditate

Obiectiv specific: ESO4.11.

Titlul proiectului: "Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată"

Cod MySMIS: 346635

GHID DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE A SERVICIILOR DE SPRIJIN DE DOLIU ÎN ROMÂNIA

realizat în cadrul proiectului „Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri
paliative prin formare profesională de bază și specializată”

Cod MySMIS: 346635

Coordonator științific

Psih. Doina Găman, Universitatea Transilvania, Brașov

**Experții Grupului de Lucru pentru Elaborarea Ghidului de organizare și funcționare a serviciilor
de sprijin de doliu în România**

As. soc. Anania Petruța
Asist. univ. dr. Armeanu Eliza
Psih. clin. Borhan Claudia
Psih. Găman Doina
Predoiu Oana
As. soc. Simion Alexandra
Psih. Verzea Mariana

HOSPICE Casa Speranței
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași
Universitatea Transilvania, Brașov
Universitatea Transilvania, Brașov
Universitatea Transilvania, Brașov
HOSPICE Casa Speranței



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



**Universitatea
Transilvania
din Brașov**



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PROGRAMUL SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

Prioritatea 2: Servicii de reabilitare, paliative și spitalizări pentru boli cronice adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației, impactului dizabilității și profilului de morbiditate

Obiectiv specific: ESO4.11.

Titlul proiectului: "Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată"

Cod MySMIS: 346635

Coordonator Proiect

Prof. univ. dr. med. Poroș Vladimir Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Revizori:

Prof. univ. dr. med. Liliana Rogozea
Prof. univ. dr. med. Daniela Moșoiu
Prof. univ. dr. med. Vladimir Poroș

Tehnoredactare:

Doina Găman
Oana Predoiu



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

CUPRINS

Cuvânt înainte	7
Prezentarea Proiectului	8
PARTEA ÎNTÂI - INTRODUCȚIVĂ	11
1. FILOZOFIA ÎNGRIJIRII PALIATIVE	11
2. SCOP	13
3. METODOLOGIE	15
4. PIRAMIDA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE ÎN DOLIU	19
4.1. Nevoile îngrijitorului și nivelurile de îngrijire ale persoanei îndoliate	19
4.2. Nevoi de sprijin pre- și post-deces	20
4.3. Nivelul 1 de îngrijire	22
4.4. Nivelul 2 de îngrijire	23
4.5. Nivelul 3 de îngrijire	25
5. PRINCIPII ETICE FUNDAMENTALE PENTRU SERVICIILE DE ÎNGRIJIRE A DOLIULUI	27
PARTEA A DOUA - BAZELE TEORETICE LEGATE DE DOLIU	30
6. VIZIUNEA ASUPRA MORȚII ÎN PERSPECTIVA MARILOR RELIGII ALE LUMII	30
6.1. Viziunea morții privită din perspectiva celor cinci mari religii ale lumii	31
6.2. Moartea și nemurirea din perspectivă creștină	33
7. PIERDEREA	35
7.1. Clarificări legate de terminologie	36
8. DOLIUL NORMAL	38
8.1. Teoriile și modelele de doliu	40
8.2. Factori care au impact asupra reacțiilor de doliu	50



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

8.3.	Factorii de risc și reziliența	51
8.4.	Reacții frecvente în cazul doliului normal	53
8.5.	Însoțirea persoanei îndoliate.....	55
8.6.	Intervenții în viziunea seculară – Nivelul 1 de îngrijire în doliu	57
8.7.	Intervenții în viziunea creștină la adulți – Nivelul 1 de îngrijire în doliu	59
9.	DOLIUL ANTICIPATIV	60
9.1.	Manifestări clinice ale doliului anticipativ.....	62
9.2.	Factori care influențează intensitatea manifestărilor doliului anticipativ	64
9.3.	Evaluarea și instrumentele de măsurare ale doliului anticipativ	65
9.4.	Evaluări calitative și exploratorii.....	68
10.	TULBURAREA DE DOLIU PRELUNGIT (doliul complicat)	71
10.1.	Factori de risc pentru tulburarea de doliu prelungit	74
10.2.	Reacții, manifestări, simptome în tulburarea de doliu prelungit	78
10.3.	Evaluarea tulburării de doliu prelungit.....	79
10.4.	Instrumente de evaluare în tulburarea de doliu prelungit	81
10.5.	Tulburarea depresivă majoră și tulburarea de doliu prelungit	98
10.6.	Doliul traumatic (PTSD)	100
10.7.	Alte tipuri de doliu	102
10.8.	Intervenții terapeutice	108
11.	DOLIUL LA COPII.....	111
11.1.	Gestionarea doliului – particularități la copii.....	117
11.2.	Intervenții recomandate la copii	119



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

11.3.	Intervenții de bază nespecializate, în viziunea creștină, la copii	123
12.	ROLUL TRADIȚIEI ȘI AL OBICEIURILOR LEGATE DE DOLIU	128
	PARTEA A TREIA – SERVICII	133
13.	ORGANIZARE SERVICII ȘI STANDARDE	133
13.1.	Servicii sprijin în doliu	133
13.2.	Standarde	140
13.3.	Recomandări pentru implementarea standardelor de-a lungul traiectoriei de doliu	149
	ANEXE.....	156
	Întrebări de reflecție pentru profesioniști	196
	REFERINȚE.....	199



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Cuvânt înainte

Prof. univ. dr. med. Daniela Moșoiu
Universitatea Transilvania, Brașov

Doliul este una dintre cele mai profunde și universale experiențe umane, marcând pierderea unei persoane semnificative din viața noastră și declanșând un proces complex de adaptare emoțională, psihologică, socială și spirituală. Deși este o experiență firească, doliul poate deveni, pentru unele persoane, o sursă majoră de suferință și vulnerabilitate, mai ales în absența unui sprijin adecvat, empatic și competent. În acest context, îngrijirea paliativă își afirmă rolul esențial nu doar în perioada de boală avansată, ci și înainte și după deces, prin servicii structurate de suport pentru persoanele îndoliate.

Prezentul **Ghid de îngrijire în doliu** a fost elaborat în cadrul proiectului „Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată” (COD MYSMIS 346635) și își propune să ofere un cadru coerent, fundamentat științific și etic, pentru înțelegerea și susținerea persoanelor indoliate. Ghidul se adresează profesioniștilor din domeniul sănătății, asistenței sociale, psihologiei, precum și altor specialiști implicați în îngrijirea paliativă, care interacționează cu persoane aflate în doliu și cu familiile acestora.

Structura ghidului reflectă o abordare integrată a îngrijirii în doliu, pornind de la fundamentele filozofiei îngrijirii paliative, definirea scopului și a metodologiei de elaborare a prezentului ghid, și continuând cu prezentarea piramidei serviciilor de îngrijire în doliu. Sunt detaliate nevoile îngrijitorilor și ale persoanelor îndoliate, precum și nivelurile de intervenție, de la suportul de bază oferit tuturor, până la intervențiile specializate destinate situațiilor de doliu complicat. Un accent deosebit este pus pe principiile etice fundamentale care trebuie să guverneze aceste servicii: respectul pentru unicitatea fiecărei experiențe de doliu, confidențialitatea, autonomia persoanei îndoliate și comunicarea plină de compasiune.

Prin acest ghid, ne dorim să contribuim la creșterea calității serviciilor de îngrijire în doliu și la consolidarea competențelor profesioniștilor, astfel încât fiecare persoană îndoliată să poată primi sprijinul potrivit, la momentul potrivit și în forma potrivită. În esență, acest demers este un angajament față de demnitatea umană, față de sprijinirea persoanelor aflate în suferință și față de recunoașterea nevoii profunde de acompaniament, astfel încât nimeni să nu fie singur în fața pierderii.

Page 7



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Prezentarea Proiectului

„Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată”, COD MYSMIS 346635

Prioritatea de investiții: P2. Servicii de reabilitare, paliative și spitalizări pentru boli cronice adaptate fenomenului demografic de îmbătrânire a populației, impactului dizabilității și profilului de morbiditate

Sursa de finanțare: Fondul Social European FSE+ Programul Sănătate 2021-2027

Perioada de implementare: 01.09.2025 – 31.08.2028

Bugetul proiectului: 42.617.215,47 RON, din care 41.998.773,34 RON nerambursabili

Lider proiect: UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "GRIGORE T. POPA" DIN IAȘI

Partenerul 1: UNIVERSITATEA TRANSILVANIA DIN BRAȘOV

Partenerul 2: FUNDAȚIA HOSPICE CASA SPERANȚEI

Obiectivul general al proiectului este consolidarea și dezvoltarea capacității sistemului național de sănătate din România de a furniza servicii integrate, accesibile și de înaltă calitate în domeniul îngrijirilor paliative, prin elaborarea și implementarea unui cadru metodologic, educațional și instituțional unitar, sustenabil și adaptat contextului național, care să răspundă în mod eficient nevoilor pacienților aflați în stadii avansate ale bolilor cronice, oncologice, neuro degenerative sau terminale, precum și ale familiilor acestora.

Unul din obiectivele specifice ale proiectului constă în elaborarea unui set complet de instrumente metodologice standardizate pentru îngrijirile paliative în România, incluzând ghidul național de practică clinică, ghidul pentru serviciile de sprijin în doliu și procedurile operaționale, pentru a asigura un cadru unitar și coerent în furnizarea serviciilor paliative la nivel național.

Publicarea „Ghidului de organizare și funcționare a serviciilor de sprijin de doliu în România” marchează un moment de referință pentru domeniul îngrijirilor paliative la nivel național. Pentru prima dată, profesioniștii din sănătate, din asistența psihosocială și din domeniul spiritual, alături de comunitatea academică și de familiile pacienților, au la dispoziție un instrument unitar, coerent și riguros fundamentat științific, dedicat unuia dintre cele mai sensibile și mai complexe procese umane: confruntarea cu pierderea și adaptarea la aceasta.

În calitate de director al proiectului în cadrul căruia a fost elaborat acest ghid, doresc să exprim aprecierea mea deosebită față de munca echipei interdisciplinare care a făcut posibil acest demers. Volumul de față

Page 8



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

este rezultatul unei activități susținute, desfășurate cu rigoare academică, responsabilitate profesională și, mai ales, cu respect profund și înțelegere față de experiența persoanelor aflate în suferință. Fiecare capitol reflectă un efort de documentare extensiv, o analiză critică a literaturii de specialitate și o adaptare atentă a bunelor practici internaționale la contextul și nevoile de îngrijire paliativă, asistență socială, psihologică și spirituală din România.

Caracterul de pionierat al acestui ghid nu este doar unul declarativ. Pentru prima dată în România, domeniul sprijinului pentru doliu este abordat într-o manieră sistematică, integrată și standardizată, cu referințe clare la instrumente validate internațional pentru evaluarea reacțiilor de doliu, a riscurilor psihologice, a proceselor de adaptare și a nevoilor de intervenție. Această sistematizare oferă profesioniștilor un limbaj comun, criterii de evaluare coerente și repere clare pentru intervenții adecvate, contribuind la creșterea calității serviciilor și la reducerea variabilității practicii în domeniu.

Totodată, ghidul are o valoare practică imediată. Într-un domeniu în care suferința este adesea tăcută, fragmentată și insuficient recunoscută instituțional, existența unui cadru de referință clar devine esențială. Doliul nu este doar o reacție emoțională individuală, ci un proces complex, cu dimensiuni psihologice, sociale, culturale și spirituale, care poate influența profund sănătatea, funcționarea și calitatea vieții persoanelor afectate. Acest ghid răspunde unei nevoi reale: aceea de a oferi sprijin structurat, empatic și eficient atât familiilor care se confruntă cu pierderea unei persoane dragi, cât și profesioniștilor care îi însoțesc.

Ghidul este, în același timp, expresia unei colaborări interdisciplinare autentice. Elaborarea sa a reunit expertiza Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași, a Universității Transilvania din Brașov și a Hospice Casa Speranței – instituții care reprezintă repere de excelență în educație, cercetare și practică în domeniul îngrijirilor paliative și al sprijinului psihosocial. Întâlnirea dintre mediul academic, practica clinică și experiența directă din serviciile specializate a permis construirea unui document care nu este doar teoretic solid, ci și profund aplicabil.

Inovația acestui ghid nu constă doar în faptul că este primul de acest tip în România, ci și în modul în care reușește să integreze cunoașterea științifică cu realitatea trăită. Instrumentele de evaluare, modelele de intervenție și recomandările practice sunt prezentate într-o manieră accesibilă, care poate fi utilizată atât de specialiștii cu formare avansată, cât și de profesioniști aflați la început de drum sau de membrii familiilor care doresc să înțeleagă mai bine prin ceea ce trec.

Impactul potențial al acestui ghid este unul semnificativ. Prin promovarea unei practici fundamentate științific, coerente și centrate pe nevoile reale ale oamenilor, el contribuie la îmbunătățirea calității serviciilor, la susținerea profesioniștilor expuși emoțional și la oferirea unui sprijin mai eficient familiilor și persoanelor îndoliate. Într-o societate în care pierderea este adesea marginalizată sau gestionată informal



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

și într-un domeniu în care lipsa de repere unitare poate amplifica suferința și confuzia, acest ghid oferă claritate, structură și un cadru de încredere.

În încheiere, doresc să subliniez că acest ghid nu este doar un rezultat al unui proiect, ci un angajament etic și profesional față de cei aflați în suferință și față de profesioniștii care îi însoțesc. El deschide un drum nou în România și stabilește un standard de calitate, rigoare și umanitate în sprijinul pentru doliu. Sunt convins că paginile sale vor deveni un reper esențial în practica îngrijirilor paliative și o resursă de nădejde pentru toți cei care caută să ofere sprijin competent și empatic în fața pierderii.

Prin activitățile propuse și prin impactul său direct asupra resurselor umane din sistemul medical, avem convingerea că acest proiect va fi un sprijin semnificativ în dezvoltarea serviciilor de paliatie din România.

Manager de proiect,
Prof. Univ. Dr. Vladimir Poroch



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PARTEA ÎNTÂI - INTRODUCȚIVĂ

1. FILOZOFIA ÎNGRIJIRII PALIATIVE

Definiția OMS, din anul 2002, legată de Îngrijirea Paliativă enunță că:

„Îngrijirea paliativă este o abordare menită să amelioreze calitatea vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor cauzate de boli incurabile cu prognostic limitat; îngrijirea se concentrează pe prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea și tratarea impecabilă a durerii și a altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale.”

Se aplică în stadiile incipiente ale bolii, împreună cu alte terapii menite să prelungească viața, cum ar fi chimioterapia sau radioterapia, și include investigațiile necesare pentru a înțelege și gestiona mai bine complicațiile clinice dureroase. (WHO-and-New-Consensus-Definition-of-PC, n.d.)

Din punct de vedere istoric, îngrijirea paliativă s-a concentrat inițial pe ameliorarea suferinței la sfârșitul vieții. În prezent, este implementată din ce în ce mai devreme în evoluția afecțiunilor medicale care pun viața în pericol. Mai mult, dezvoltarea istorică a îngrijirii paliative s-a concentrat în mare măsură pe pacienții cu cancer, în timp ce în prezent este integrată în tratamentul tuturor afecțiunilor medicale cronice progresive. Cercetările existente sugerează că îngrijirea paliativă este eficientă atât în ameliorarea simptomelor, cât și în îmbunătățirea calității vieții. (Smith et al., 2014)

Astfel în anul 2021, se ajunge la o nouă definiție consensuală a îngrijirii paliative. (Radbruch et al., 2020)

Îngrijirea paliativă este îngrijirea holistică activă a persoanelor de toate vârstele care suferă grav din cauza unei boli severe, în special a celor aflați în stadiu terminal. Scopul acesteia este de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților, a familiilor lor și a îngrijitorilor lor.

Îngrijirea paliativă

- Include prevenirea, identificarea timpurie, evaluarea cuprinzătoare și gestionarea problemelor fizice, inclusiv durerea și alte simptome apăsătoare, suferința psihologică, suferința spirituală și nevoile sociale. Ori de câte ori este posibil, aceste intervenții trebuie să se bazeze pe dovezi rezultate în urma cercetării.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Oferă sprijin pentru a ajuta pacienții să trăiască cât mai plenar posibil până la moarte, facilitând comunicarea eficientă, ajutându-i pe ei și pe familiile lor să stabilească obiectivele îngrijirii.
- Se aplică pe tot parcursul bolii, în funcție de nevoile pacientului.
- Este furnizată împreună cu terapii de ameliorare a bolii, ori de câte ori este necesar.
- Poate influența pozitiv evoluția bolii.
- Nu are scopul de a grăbi sau amâna moartea, afirmă viața și recunoaște moartea ca fiind un proces natural.
- Oferă sprijin familiei și îngrijitorilor pe durata bolii pacientului și în perioada de doliu.
- Este furnizată recunoscând și respectând valorile și credințele culturale ale pacientului și ale familiei.
- Se aplică în toate contextele de îngrijire medicală (locul de reședință și instituții) și la toate nivelurile (de la primar la terțiar).
- Poate fi furnizată de profesioniști cu pregătire de bază în îngrijiri paliative.
- Necesită o echipă interdisciplinară specializată în abordarea cazurilor complexe.

Valorile îngrijirii paliative sunt:

- Prețuiește și respectă viața până la sfârșitul ei natural;
- Se detașează de orice formă de suprimare voluntară a vieții: eutanasiu, suicid asistat și orice altă intervenție asimilată acestora;
- Pacientul și familia sunt în centrul îngrijirii;
- Vizează ameliorarea promptă a suferinței;
- Tratează cu compasiune și empatie pacientul și familia;
- Acordă atenție deosebită asistenței spirituale pe parcursul bolii și în mod special la finalul vieții.

Îngrijirea paliativă respectă valorile tuturor participanților la actul de îngrijire la finalul vieții - ale pacientului și familiei acestuia, precum și ale profesioniștilor care asigură serviciile în acest domeniu de asistență.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

2. SCOP

Ghidul de organizare și funcționare a serviciilor de sprijin de doliu în România este realizat în cadrul proiectului „Creșterea accesibilității și a rezilienței la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază și specializată”, finanțat prin Programul pentru Sănătate (POS) cu colaborarea mai multor profesioniști specializați în îngrijirile paliative de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași, Universitatea Transilvania din Brașov și Fundația HOSPICE Casa Speranței.

Ghidul își propune să vină în întâmpinarea profesioniștilor din echipele interdisciplinare din paliatie, medici, asistenți medicali, asistenți sociali, psihologi, kinetoterapeuți, consilieri spirituali, pentru a-i susține în organizarea serviciilor de doliu și în oferirea sprijinului în perioada de doliu, pentru familia pacienților aflați în preajma decesului și după acesta.

Studii recente arată că moartea unei rude apropiate din cauza unei boli grave este un eveniment care schimbă viața pentru majoritatea oamenilor. Doliul poate afecta sănătatea rudelor, determinând o utilizare crescută a serviciilor de sănătate și o mortalitate crescută la scurt timp după decesul pacientului. Doliul poate afecta sănătatea mentală și fizică, inclusiv dezvoltarea depresiei și a insuficienței cardiace. De asemenea, profesioniștii din domeniul sănătății care asistă persoanele în situații de durere sau boală se confruntă cu experiențe emoționale foarte intense, care pot implica un grad ridicat de stres și incertitudine (Rothschild, 2009). În încercarea de a elibera pentru scurt timp persoana îndoliată de această durere copleșitoare, profesionistul din domeniul sănătății poate cădea cu ușurință în greșeala de a stimula atitudini care evită durerea (de exemplu, supramedicație etc.). Frecvent, ei tind să caute o soluție care ameliorează și rezolvă în mod magic durerea pacientului, devenind frustrați dacă percep că nu se îmbunătățește de la o întâlnire la alta sau după o perioadă „rezonabilă” de timp. Lipsa de cunoștințe a unui profesionist, pe calea sprijinirii în doliu, îl poate determina să își propună și să ceară, obiective practice de neatin, de către el însuși și de la cei îndoliați.

Doliul nu este doar un proces individual, ci o problemă de sănătate publică. În contextul evoluțiilor recente din domeniul îngrijirilor paliative și al creșterii interesului pentru abordarea holistică a experienței



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

de pierdere, elaborarea unui ghid național dedicat serviciilor de suport în doliu reprezintă o necesitate pentru sistemul de sănătate din România.

Un ghid al serviciilor de suport în doliu operațional, actualizat cu ghidurile de practică clinică internațională, oferă un cadru coerent pentru armonizarea practicilor profesionale, facilitând integrarea abordărilor bazate pe dovezi și consolidând rolul îngrijirilor paliative în susținerea familiilor îndoliate. Prin standardizarea criteriilor de evaluare, intervenție și monitorizare, ghidul contribuie la creșterea calității actului terapeutic, la reducerea inechităților în accesul la servicii și la dezvoltarea unei rețele interdisciplinare funcționale.

Implementarea unui ghid al serviciilor de suport în doliu nu constituie doar o inițiativă metodologică, ci un demers esențial pentru consolidarea calității îngrijirii, pentru protejarea sănătății emoționale a populației și pentru profesionalizarea durabilă a intervențiilor în situații de pierdere.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

3. METODOLOGIE

Pentru a putea crea un „Ghid de organizare și funcționare a serviciilor de sprijin de doliu în România”, este necesară o perspectivă largă asupra cercetărilor recente în domeniul însoțirii în doliu, asupra modelelor de bune practici, a modului în care funcționează serviciile de doliu în țările în care sunt deja implementate servicii la nivel național, regional sau local.

A fost realizată o revizie narativă de literatură pentru a descoperi articolele relevante care evidențiază cum sunt structurate, cum funcționează, cui se adresează serviciile de doliu din diverse țări, cum au rezolvat nevoile descoperite legate de prelucrarea pierderilor, doliul aparținătorilor pacienților cu boli cronice progresive. Căutarea a fost efectuată în trei baze de date PubMed, Google Scholar și ScienceDirect.

Selectarea ScienceDirect, Google Scholar și PubMed ca platforme principale pentru această revizuire narativă s-a bazat pe acoperirea extinsă a literaturii științifice și pe reputația lor consacrată pentru rigoare și consecvență în indexarea cercetărilor. Aceste baze de date sunt recunoscute pe scară largă ca resurse cuprinzătoare care acoperă domenii multidisciplinare și sunt deosebit de solide în științele sănătății, ceea ce le face ideale pentru colectarea studiilor relevante legate de însoțirea membrilor familiilor pacienților decedați din cauza bolilor cronice progresive.

Căutarea s-a limitat la intervalul 2015 – 2025 și în urma acesteia au rezultat 63 de studii dintre care au fost excluse studiile care nu se refereau la servicii de sprijin în perioada de doliu din domeniul paliativ oferite îngrijitorilor și membrii familiilor pacienților cu boli cu prognostic limitat. Criterii de includere au fost articole care făceau referire la:

- ghiduri servicii de doliu,
- organizarea și funcționarea acestor servicii,
- ghiduri clinice.

S-a restrâns astfel câmpul de cercetare la 49 studii. Acestea făceau referire la 25 de ghiduri de suport în perioada de doliu. Astfel au fost identificate mai multe categorii de ghiduri: orientate către profesioniștii din domeniul paliativ, orientate către persoanele îndoliate și ghiduri rezultate în urma unei strategii naționale care se adresau serviciilor, profesioniștilor din îngrijirea paliativă, din perspectivă clinică, dar și



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

beneficiarilor acestor servicii. Au fost incluse 20 de documente, în mare parte norme guvernamentale sau instituționale și ghiduri clinice din literatura gri.

Analizând aceste ghiduri au fost extrase datele în Microsoft Excel cum ar fi: autorii, anul publicării, țara, conținutul pe scurt, obiectivul acestuia, caracteristicile ghidului, proceduri de identificare a nevoii îngrijitorului, moment de intervenție, organizare a intervenției, măsuri de sprijin și informare în funcție de nevoile individuale ale persoanei îndoliate.

Au fost identificate 8 principii de sprijin în perioada de doliu, principii care servesc ca structură fundamentală pentru elaborarea unor linii directoare cu recomandări practice specifice:

1. Recunoașterea și răspunsul la doliu în funcție de nevoile individuale;
2. Sprijin accesibil, echitabil și sensibil cultural;
3. Siguranță, intimitate, confidențialitate și comunicare respectuoasă;
4. Evaluare multidisciplinară și sprijin emoțional continuu;
5. Dezvoltare profesională și de voluntariat și îngrijire personală;
6. Conștientizarea și implicarea comunității;
7. Planificare, evaluare și cercetare;
8. Domeniul de practică și politica de recomandare.

Aceste principii oferă o bază teoretică și etică, asigurând *alinieră strategiilor de îngrijire la nevoile persoanelor care se confruntă cu doliul, organizate în funcție de momentele de evaluare și intervenție pe parcursul procesului de doliu, inclusiv perioada pre și post-deces:*

- (1) organizarea sprijinului pentru îngrijitorul familial;
- (2) evaluarea nevoilor și stabilirea unui plan de îngrijire;
- (3) asigurarea informațiilor și sprijinului pentru îngrijitorul din familie;
- (4) pregătirea pentru deces;
- (5) sprijinul în momentul decesului;
- (6) sprijinul în doliu după deces.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Coroborând aceste principii din articolele selectate cu prevederile legislației naționale privind serviciile paliative specializate de doliu, a rezultat structura ghidului.

Legislație

OMS 253/2018 definește nivelurile, structura serviciilor de îngrijiri paliative, beneficiarii, resursele umane necesare serviciilor specializate de paliatie, dotările necesare, traseul pacientului și modalitățile de raportare anuală a serviciilor de îngrijiri paliative.

Îngrijirea terminală este parte a îngrijirii paliative și se referă la îngrijirea pacienților a căror moarte este iminentă și poate interveni în decurs de câteva ore sau zile. Utilizarea acestui termen pentru a descrie îngrijirea paliativă este inadecvată. Abordarea paliativă vizează includerea în practica clinică de către întreg personalul medical a principiilor esențiale ale îngrijirii paliative. Această abordare se dobândește prin instruirea de bază sau prin cursuri introductive de îngrijire paliativă.

Astfel îngrijirea paliativă este structurată pe 3 niveluri:

- Nivelul 1- Educarea și sprijinul pacientului pentru autoîngrijire;
- Nivelul 2 - Îngrijirea paliativă de bază;
- Nivelul 3: Îngrijirea paliativă specializată.

La nivelul 3 îngrijirea este asigurată de furnizori autorizați pentru acordarea îngrijirilor paliative specializate, prin echipe interdisciplinare formate din personal cu studii aprofundate în domeniul paliatiei, pentru care îngrijirile paliative reprezintă activitatea de bază. Echipele interdisciplinare asigură îngrijirea holistică, directă a pacienților și familiilor sau aparținătorilor acestora oferind și servicii de suport în perioada de doliu.

Scopul acestor servicii îl reprezintă facilitarea procesului de adaptare și reintegrare socială a familiei/persoanei care a suferit pierderea unui membru apropiat, evitarea suferinței prelungite sau patologice și prevenirea stărilor de doliu patologic, prin oferirea suportului emoțional, psihologic și spiritual în perioada de doliu, cunoscând că 10-15% din persoanele afectate de decesul unei rude apropiate sunt în situație de risc de doliu patologic și au nevoie de suport de specialitate în perioada de doliu.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Între momentul preluării pacientului în serviciul de îngrijire paliativă și până la momentul decesului, întreaga echipă interdisciplinară (medic, asistent medical, asistent social, psiholog, cleric/ consilier spiritual) contribuie la evaluarea/reevaluarea riscului îngrijitorului (sau a altor membri ai familiei pacientului) de a dezvolta un doliu complicat. Îngrijitorul/membrul familiei identificat ca fiind vulnerabil va primi sprijinul conform nevoilor evaluate.

De la momentul decesului pacientului, în serviciul de suport în perioada de doliu rămân asistentul medical (pentru scurt timp după deces), asistentul social, psihologul și consilierul spiritual și uneori, voluntarii. Toți acești profesioniști este important să aibă instruire suplimentară în domeniul suferinței și a doliului.

Suportul în perioada de doliu cuprinde trei componente:

1. **componenta 1:** se adresează tuturor familiilor afectate de pierdere și constă în oferirea de informații sau suport minim prin 1-2 întâlniri cu echipa serviciului de îngrijiri paliative specializate, în vederea facilitării procesului de adaptare la pierdere; procesul se desfășoară în general cu intervenție minimă a personalului de specialitate, în primele 6 săptămâni după decesul pacientului;
2. **componenta 2:** se adresează membrilor familiilor cu nevoi complexe de adaptare la pierdere, identificate în timpul asistării pacientului cu boală cronică progresivă ca fiind persoane cu risc de dezvoltare a doliului patologic; suportul este asigurat de profesioniști cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative și în consiliere de doliu, membri ai echipei de îngrijiri paliative specializate care a fost implicată în asistența pacientului decedat; suportul se desfășoară pe o perioadă de până la 12 luni după decesul pacientului;
3. **componenta 3:** se adresează persoanelor afectate de o suferință prelungită/patologică datorată decesului unui membru de familie sau unei persoane apropiate; suferința patologică se poate manifesta prin probleme mentale și fizice severe - insomnie, depresie, imunodepresie, boli cardiace, suicid, afectare a integrării sociale; suportul este asigurat prin servicii specializate psihiatrice în situațiile în care serviciul de doliu face trimiteri spre serviciile de psihiatrie.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

4. PIRAMIDA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE ÎN DOLIU

Pornind de la componentele stipulate în legislație identificăm 3 niveluri de NEVOI experimentate de cei îndoliați. Acestor 3 niveluri de nevoi le corespund tipuri de SPRIJIN, respectiv SERVICII adecvate, identificând CUNOȘTINȚELE/ABILITĂȚILE recomandate profesioniștilor.

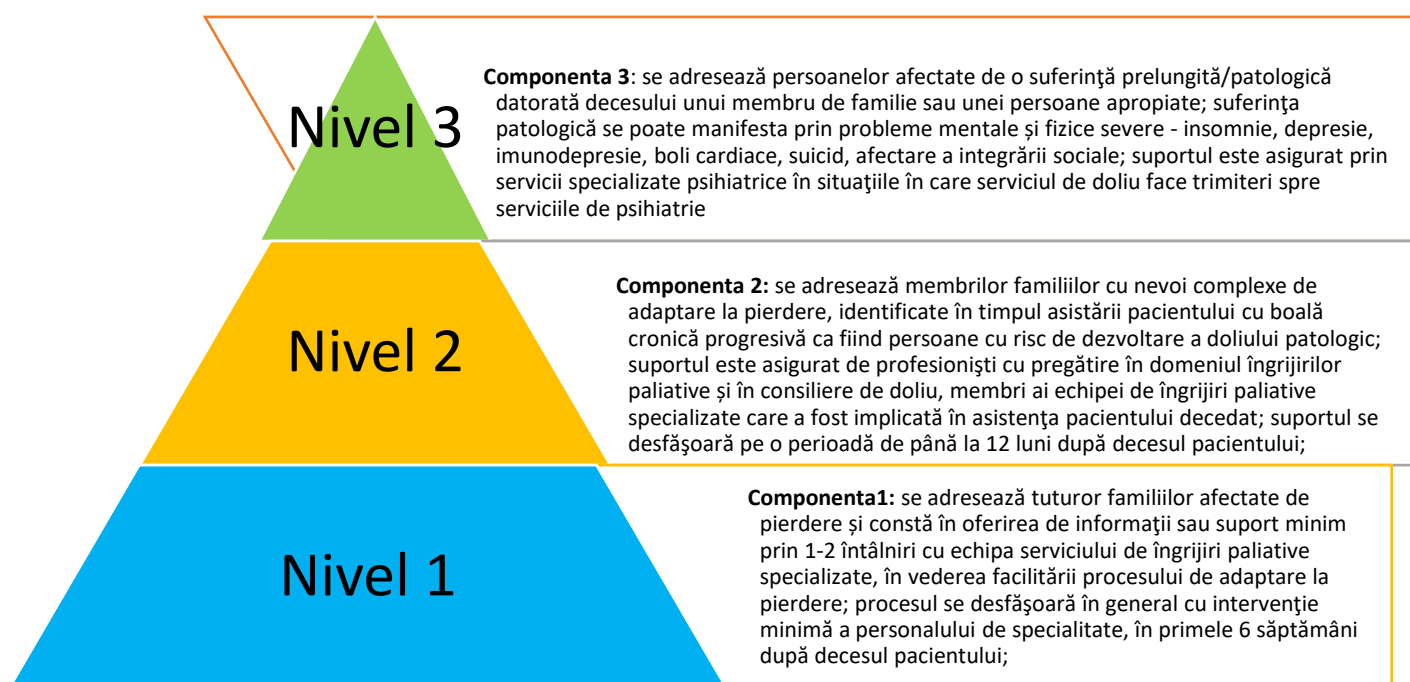


Figura 1. Piramida serviciilor de îngrijire în doliu

4.1. Nevoile îngrijitorului și nivelurile de îngrijire ale persoanei îndoliate

Elisabeth Kubler-Ross spunea: „Când treci prin moara vieții poți ieși zdrobit sau lustruit”.

Acest sentiment se regăsește în fiecare membru al familiei implicat în îngrijirea celui suferind și suferința acestuia este resimțită profund și de persoana care îngrijește.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

În îngrijirea paliativă, familia este considerată beneficiar al tuturor serviciilor pe care le oferă echipa. Astfel vorbim, atât despre pacient și nevoile lui, cât și despre familie/îngrijitorul principal și nevoile lor.

Echipa de îngrijiri paliative urmărește prin evaluare, identificarea nevoilor, planificarea obiectivelor și intervențiilor, monitorizare și reevaluarea continuă, oferirea unei îngrijiri de calitate, atât pentru pacient, cât și pentru îngrijitor.

4.2. Nevoi de sprijin pre- și post-deces

Configurarea sprijinului pentru îngrijitorul principal

- Odată ce un pacient a fost de acord să primească îngrijire paliativă, informați-l că rolul îngrijiri paliative este de a sprijini și îngrijitorii familiei. Pacientul este cel care numește cea mai importantă persoană de sprijin. Acesta poate fi un membru al familiei, un prieten și nu neapărat o rudă.
- Discutați preferințele pacientului pentru implicarea îngrijitorului în discuțiile medicale și de planificare a îngrijirii și notați acest lucru în dosarul pacientului. Întrebați pacientul dacă dorește să numească încă un îngrijitor suplimentar.
- Asigurați-vă că îngrijitorii principali cunosc faptul că au fost nominalizați de pacient pentru acest rol și confirmați că sunt dispuși să accepte această responsabilitate. Explicați-le responsabilitățile pe care le au și consemnați în dosar acceptul acestora. Discutați orice îngrijorare a îngrijitorului principal în acceptarea acestui rol (posibile conflicte cu alți membri ai familiei, inconsecvența pacientului, etc.). Ori de câte ori este nevoie convocați o întâlnire cu membrii familiei pentru a clarifica posibile neînțelegeri, pentru a media posibile conflicte sau facilita o mai bună îngrijire.
- Discutați cu pacientul și familia despre planificarea îngrijirii în avans.
- Recunoașteți îngrijitorul principal ca o sursă importantă de informații despre pacient.
- Asigurați-vă că vă documentați cu privire la experiențele anterioare legate de îngrijirea unei persoane bolnave.

Page 20



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Efectuați o evaluare a nevoilor îngrijitorului (sociale, fizice, emoționale, spirituale, culturale, practice).

Evaluarea nevoilor și stabilirea unui plan de îngrijire

- Dezvoltați un plan de acțiune cu implicarea activă a îngrijitorului și inițiați intervenții adecvate.
- Inițiați discuții cu îngrijitorul prin care să determinați starea actuală și riscurile care ar putea să apară, planificați intervenții potrivite.

Elaborarea planului de intervenție – identificarea resurselor individuale/ comunitare care pot fi utilizate, corelarea nevoilor cu: (a) resursele, (b) oferta serviciului și (c) oferta de asistență a celorlalte servicii din rețeaua națională/ONG-uri; (d) stabilirea strategiei de intervenție.

Pregătirea pentru moarte

- Ajutați îngrijitorii principali să recunoască semnele unei morți iminente și asigurați-vă că îngrijitorii sunt conștienți de ceea ce urmează.
- Confirmați, stabiliți cu îngrijitorii ce fel de sprijin le-ar fi de folos în perioada premergătoare decesului sau imediat după.
- Identificați un mijloc de comunicare cu îngrijitorii principali/membrii de familie pentru a afla cum gestionează pierderea atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Sprijin pentru doliu

- Cât mai curând după decesul pacientului, un membru al echipei interdisciplinare ar trebui să contacteze îngrijitorul pacientului pentru a oferi condoleanțe și a răspunde la întrebări. Dacă decesul a avut loc acasă evaluați necesitatea unei vizite la domiciliu.
- Elaborați un plan preliminar de îngrijire a doliului bazat pe nevoile îngrijitorului, ținând cont de evaluarea riscului înainte de moartea pacientului.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Contactați îngrijitorii principali pentru a evalua nevoile la trei până la șase săptămâni după deces pentru a adapta în consecință planul de îngrijire în caz de doliu.
- Efectuați o evaluare a îngrijitorului la 6 luni după deces, dacă este cazul.
- Planificați o întâlnire cu echipa de îngrijire pentru o discuție despre calitatea îngrijirii acordate pacientului și familiei.

Evaluarea nevoilor îngrijitorului este un proces continuu care *nu se finalizează după decesul pacientului*. Sprijinul oferit acestuia continuă sub diferite forme în funcție de nevoile identificate.

4.3. Nivelul 1 de îngrijire

Nevoi: recunoaștere, sprijin, informații și durere împărtășită

Recunoașterea pierderii și un cuvânt de mângâiere venit din partea familiei, prietenilor profesioniștilor și comunității mai largi poate fi o resursă în procesul doliului. Unii au nevoie de a explora durerea în afara rețelei sociale, fiindu-le de ajutor să parcurgă detaliile morții sau ale relației, cu cineva din afara cercului de cunoscuți. Acest lucru ar putea implica întâlnirea cu o persoană cu pregătire specifică, care l-ar putea ajuta să facă față procesului de doliu. Doliul nu se trăiește în izolare și unii oameni caută să-și împărtășească durerea cu alții.

Este important ca persoana să considere sprijinul pe care îl primește util. Aici putem vorbi de cineva care să ajute la efectuarea cumpărăturilor, la gătitul hranei, cineva care să asculte și să valideze sentimentele persoanei. Oferirea unor informații practice referitoare la: înregistrarea decesului, rânduiala care ține de înmormântare, informații referitoare la diferite reacții la pierdere, informații despre serviciile care i-ar putea fi sprijin.

Suport:

- *Sprijin informal și informații accesibile furnizate de rețeaua socială* care ar putea să vină de la rețeaua de sprijin (familie, prieteni, colegi) a persoanei îndoliate și de la profesioniști (personalul medical, serviciile sociale, personalul de la firmele de pompe funebre, etc.).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- *Sprijin (informații) ușor accesibil* – de exemplu: informații despre doliu regăsite ușor în format scris, online, prin inițierea unui telefon.
- *Sprijin disponibil pe scară largă*- sprijinul și informațiile ar trebui să fie disponibile la nivelul comunității (cabinete de medici de familie, primării, direcții de asistență socială, etc) și sunt încurajate campaniile de conștientizare publică referitoare la procesul de doliu. Aceste servicii din comunitate pot include: sprijin de la egal la egal, servicii de ascultare și informare, programe de doliu putând oferi sprijin într-un mod mai formal sau personalizat.

Cunoștințe și abilități:

- Compasiune și înțelegerea durerii - toate gesturile mari sau mici pot avea un impact asupra experienței unei persoane îndoliate.
- Înțelegerea reacțiilor comune la pierdere, dar și a nevoilor diferite ale persoanei îndoliate.
- Conștientizarea modului de accesare a informațiilor și a serviciilor - înțelegerea clară a modului în care doliul poate avea un impact emoțional, fizic și practic.
- Înțelegerea impactului pierderii.
- Abilități de ascultare, empatie și evaluare.
- Cunoștințe despre serviciile de doliu.
- Oferirea unui sprijin real și de calitate pentru persoanele indoliate.

4.4. Nivelul 2 de îngrijire

Nevoi.

La acest nivel nevoile pot fi mai complexe și mai intense. Persoana îndoliată poate avea nevoie de ajutor extern. Nevoile pot fi complexe:

- Impactul pierderii combinat cu alți factori de stres din viață (de exemplu, complexitatea socială/familială/practică sau financiară) poate fi resimțit ca fiind copleșitor.
- Problemele continue de sănătate fizică sau mentală combinate cu pierderea pot duce la o vulnerabilitate crescută
- Contextul și circumstanțele pierderii- o persoană poate avea nevoie de ajutor pentru adaptare.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Pot exista pierderi „secundare”, pierderea prietenilor, pierderea veniturilor, pierderea rolului (de exemplu, îngrijitor), pierderea carierei, etc.

Suport.

La acest nivel sunt recomandate servicii profesionale/terapeutice:

- *Model adecvat de consiliere/psihoterapie de îngrijire.* Aceste intervenții trebuie să fie adecvate pentru a satisface nevoia identificată.
- *Evaluarea terapeutică.* Furnizorii de servicii ar trebui să fie conștienți de faptul că evaluarea în sine poate fi o intervenție utilă. Evaluarea ar trebui să fie una holistică, concentrându-se pe impactul practic, emoțional, social și psihologic.
- *Căi clare de trimitere către un serviciu.* Pentru ca serviciile să fie accesibile și adecvate, ar trebui să existe o înțelegere comună a scopului. Unele servicii de sprijin sunt accesibile persoanelor îndoliate prin auto-trimitere, iar altele necesită o trimitere formală printr-o terță parte.
- *Servicii accesibile.* Serviciile adecvate la acest nivel ar trebui să fie accesibile indiferent de locație sau capacitatea de plată. Aceste servicii ar trebui să fie furnizate și prin diferite mijloace de comunicare – față în față, online, telefonic etc.

Cunoștințe și abilități

- Furnizorii de servicii de la acest nivel trebuie să dețină cunoștințe și abilități avansate și ar trebui să aibă o acreditare de la un organism profesional care promovează dezvoltarea profesională continuă, inclusiv formare specifică pentru doliu și asigurarea de răspundere civilă profesională pentru cei care lucrează cu oamenii în mod terapeutic.
- Cunoașterea rolurilor interdisciplinare. Persoanele care oferă sprijin de nivel 2 ar trebui să cunoască gama de sprijin disponibil și rolurile altor profesii sau furnizori în sprijinirea persoanelor îndoliate. Profesioniștii care lucrează la acest nivel ar trebui să fie conștienți și să recunoască semnele tulburării de doliu prelungit (PG-13) și să trimită persoana îndoliată către serviciul potrivit.
- Ca și în cazul sprijinului de nivel 1, serviciile de nivel 2 ar trebui să dispună de sisteme de guvernare, de protecție și de asigurare a calității adecvate domeniului lor de practică.

Page 24



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

4.5. Nivelul 3 de îngrijire

Nevoi

Nevoile la acest nivel sunt mai complexe și sunt identificabile prin faptul că au impact asupra funcționării de zi cu zi a persoanei. Acestea se pot prezenta ca:

- Acute - necesită intervenție profesională imediată (suferință copleșitoare, anxietate, autovătămare, idei suicidare),
- Cronice - reacția intensă la doliu poate persista (tulburare de doliu prelungit),

Doliul poate exacerba o problemă de sănătate mintală preexistentă (dependențe, depresie).

Atunci când evaluăm durerea prelungită sau doliul complex, luăm în calcul: durata simptomelor, suferința de separare, impactul asupra unor domenii de funcționare, sentimentul de singurătate, evitarea excesivă a oamenilor, locurilor sau obiectelor care amintesc de pierdere, dorința de a muri.

Suport

Intervenții/servicii terapeutice specializate

Ca și în cazul serviciilor de nivel 2, serviciile de nivel 3 trebuie să aibă căi clare de trimitere către alte servicii de suport și să fie accesibile în orice moment. Este important ca serviciile de la nivelul 2 să fie conștiente și să recunoască când cineva are nevoie de serviciile nivelului 3. Serviciile de la nivelul 3, includ, dar nu se limitează, la identificarea și tratamentul tulburării de doliu prelungit.

Cunoștințe și abilități

- Personalul din cadrul serviciilor de la acest nivel trebuie să dețină abilități, cunoștințe de expert.
- Instruire suplimentară specializată în caz de doliu.
- Cunoștințe despre gama de servicii de suport.
- Cunoașterea rolurilor altor profesioniști și furnizori.
- Serviciile ar trebui să dispună de sisteme de administrare.
- Personalul din cadrul serviciilor de la acest nivel trebuie să fie calificat și acreditat de un organism profesional.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Experiența clinică substanțială - furnizorii de servicii trebuie să aibă experiență clinică în sprijinirea persoanelor cu reacție semnificativă la doliu. Serviciul ar trebui furnizat și în contextul unei echipe multidisciplinare.

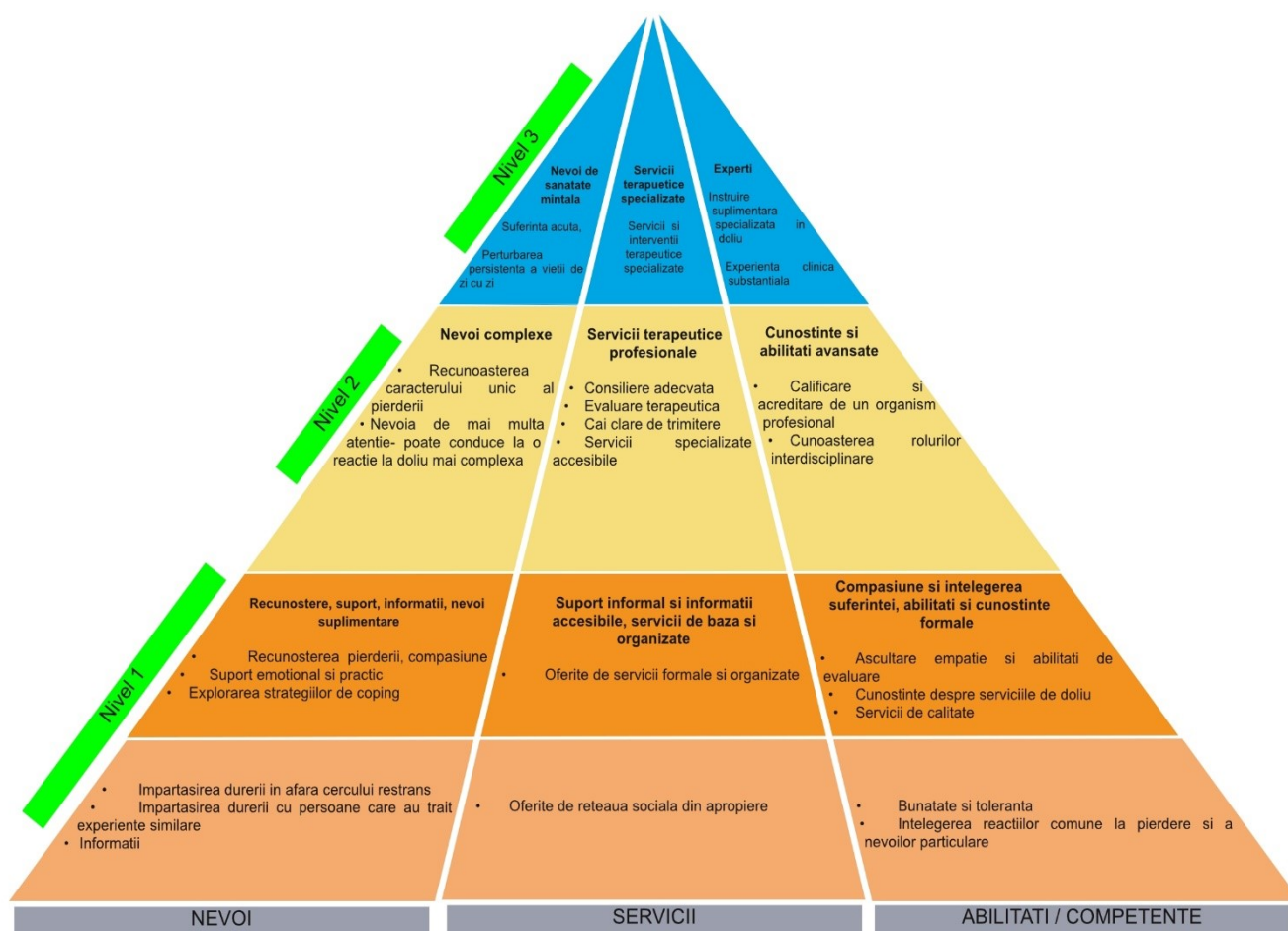


Figura 2. Piramida serviciilor de îngrijire în doliu integrată cu nevoile și abilitățile/competențele profesioniștilor



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

5. PRINCIPII ETICE FUNDAMENTALE PENTRU SERVICIILE DE ÎNGRIJIRE A DOLIULUI

Serviciile de îngrijire a doliului se bazează pe o serie de *principii fundamentale* care ghidează modul în care profesioniștii oferă suport persoanelor îndoliate. (Coelho et al., 2025a) Aceste principii asigură un cadru etic, empatic și eficient în procesul de însoțire a celor care trec prin doliu.

Respectul față de unicitatea experienței de doliu

Sprijinul pentru doliu ar trebui să fie individualizat, sensibil și flexibil, recunoscând și respectând caracteristicile, nevoile și preferințele unice ale fiecărui individ. Sprijinul de doliu va trebui să fie adaptat abilităților fiecărei persoane îndoliate de a face față pierderii, oferind un suport de bază tuturor persoanelor îndoliate și îngrijire suplimentară celor expuse riscului (Keegan et al., 2021). Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să fie capabili să recunoască momentele în care nevoile de sprijin depășesc capacitățile lor și să îndrume persoanele către specialiști în sănătate mintală.

Confidențialitate și siguranță

Confidențialitate: serviciile ar trebui să respecte confidențialitatea și viața privată a fiecărei persoane îndoliate și orice informație împărtășită de aceasta.

Serviciile de doliu trebuie să respecte principiile etice și să asigure siguranța datelor persoanelor îndoliate în conformitate cu legile privind protecția datelor personale.

Respectarea deciziilor persoanei îndoliate -autonomie

Deși profesioniștii din domeniul sănătății pot sugera evaluări și intervenții, autoritatea finală de luare a deciziilor revine persoanei îndoliate. Trebuie acordat suficient timp și furnizate suficiente informații pentru a permite luarea unor decizii în cunoștință de cauză. Înainte de colectarea informațiilor, trebuie obținut consimțământul informat.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Comunicarea plină de compasiune

Comunicarea cu persoanele îndoliate trebuie să fie eficientă, cu compasiune, transparentă și sinceră, cu luarea în comun a deciziilor, atât înainte, cât și după deces. Informațiile și resursele referitoare la pierdere și doliu ar trebui furnizate în mod regulat familiilor și îngrijitorilor înainte și după deces. Informațiile trebuie prezentate într-o manieră accesibilă, adaptată nevoilor individuale.

Accesibilitate și echitate.

Sprijinul pentru doliu ar trebui să fie accesibil, echitabil față de diferențele individuale, inclusiv sexul, vârsta, statutul socio-economic, abilitățile cognitive, orientarea sexuală, religia, cultura și spiritualitatea. Nu trebuie să existe bariere financiare sau administrative în accesarea acestora.

Conștientizarea și implicarea comunității

Serviciile de îngrijire paliativă ar trebui să promoveze dezvoltarea abilităților de bază pentru sprijinirea în doliu în rândul altor profesioniști din domeniul sănătății și al comunității.

Calitate.

Serviciile ar trebui să asigure că toți cei care oferă sprijin persoanelor îndoliate, în calitate de personal dar și voluntariat, au competențele, cunoștințele, formarea, supravegherea și sprijinul relevante pentru rolul lor și că serviciile lucrează pentru a îmbunătăți ceea ce oferă.

Domeniul de aplicare al expertizei și politica de trimitere către alți specialiști.

Tot personalul care oferă consiliere și sprijin în caz de doliu trebuie să recunoască limitele domeniului său de activitate. Persoanele care nu sunt specializate trebuie să fie conștiente de limitele lor și să îndrume persoanele către serviciile adecvate, atunci când este necesar. De asemenea, aceștia ar trebui să utilizeze căile de îndrumare către specialiști din serviciul intern și/sau extern atunci când o persoană îndoliată necesită intervenții care depășesc sfera lor profesională sau cea a organizației. (ACI-Clinical-Principles-for-Specialist-Bereavement-Care-in-NSW, n.d.) Toți profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie informați cu privire la

Page 28



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

resursele disponibile la nivel local și național pentru persoanele îndoliate, precum și la mecanismele de îndrumare.

Sprijinul personalului profesionist

Suținerea profesioniștilor care lucrează cu persoane aflate în doliu *nu este un „lux”, ci o necesitate organizațională și etică*. Fără un sistem de sprijin, profesioniștii riscă să devină ei înșiși victime ale suferinței secundare.

Profesioniștii care oferă suport în doliu (cadre medicale, psihologi, asistenți sociali, preoți/consilieri spirituali) sunt expuși constant la pierdere, la suferință emoțională a altora, ceea ce poate duce la epuizare emoțională, traume vicariante. Echipa multidisciplinară este sprijinită prin formare profesională, educație și resurse în activitatea din serviciul de doliu (P. Hudson et al., 2018).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PARTEA A DOUA - BAZELE TEORETICE LEGATE DE DOLIU

„Viața și moartea sunt interdependente; ele există simultan, nu consecutiv; moartea murmură permanent sub membrana subțire a vieții și exercită o influență vastă asupra experienței și actelor noastre”. Irvin Yalom

6. VIZIUNEA ASUPRA MORȚII ÎN PERSPECTIVA MARILOR RELIGII ALE LUMII

Este o percepție din ce în ce mai răspândită că moartea nu este bine privită în societatea modernă: este ascunsă, medicalizată și transformată într-un proces tehnic, căutând prin această abordare o apărare, un tampon între durere și realitate. În societățile industrializate avansate, este din ce în ce mai dificil să accepți sau să trăiești cu simpla idee de moarte (Gala León et al., 2002). Cu toate acestea, moartea este cea mai absolută dintre toate certitudinile și, chiar dacă este evitată, ruda pacientului, pacientul paliativ, cel îndoliat etc., continuă să aibă nevoie de ajutor, însoțire, înțelegere și spațiu pentru a plânge.

Rețelele familiale și comunitare, care în trecut erau mai extinse, acopereau adesea această nevoie de bază și ofereau sprijinul necesar celor îndoliați. Dar în prezent mediul tinde să distragă atenția, să evite sau să neghe acest spațiu, adică tinde să se „protejeze” de durere, astfel încât din ce în ce mai mult cei îndoliați aleg să apeleze la profesionistul din domeniul sănătății (Gil-Juliá, n.d.).

Fiecare trăiește doliul într-un mod unic și acesta este real, acolo unde a existat iubire reală. Acesta nu are dimensiuni prescrise și nu se sfârșește la o anumită dată. Este un proces, o călătorie.

Page 30



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Factorii care influențează felul în care mergem mai departe în procesul doliului sunt strâns legați de felul în care privim moartea:

- moartea privită ca ceva sacru:
 - creștinul, de exemplu, regăsește în ritualuri un sens prin rugăciuni, slujbe, etc., oferind astfel posibilitatea integrării morții în viața Bisericii și menținând viu sensul morții ca trecere, și confirmă speranța în Înviere.
- moartea privită ca fiind lipsită de sens:
 - moartea este văzută ca un fenomen pur biologic, sfârșitul total al existenței, nu există nicio finalitate sau scop

6.1. Viziunea morții privită din perspectiva celor cinci mari religii ale lumii

1. Creștinismul: viziune strict sacramentală

Moartea este văzută ca un eveniment final al Tainelor (sacramentelor). Viața creștinului este o pregătire pentru viața viitoare, prin harul primit la Botez, Mirungere și mai ales Euharistie/Sfânta Împărtășanie. Sensul morții este dat de *transferul harului divin* prin intermediul Tainelor, făcând din moarte o *trecere sfințită*.

Elemente esențiale ale ritualurilor morții în creștinism:

- *Maslul /Ungerea bolnavului*- Taina care sfințește trupul și sufletul înainte de moarte, iertând păcatele uitate și pregătind sufletul pentru plecare.
- *Împărtășania înainte de moarte*: Taina prin care se consideră că se primesc provizii pentru călătoria sufletului. Primirea harului prin împărtășanie îl ajută pe creștin la Judecată a de Apoi, pentru care cei credincioși se pregătesc în decursul vieții pământești astfel încât să ajungă, după moarte în partea cea bună a Vieții cerești.
- *Slujba înmormântării*: Nu este o Taina, dar este un sacrament (un rit sfințitor). Ea cere lui Dumnezeu odihna sufletului și reafirmă credința în Învierea trupului.

Page 31



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

2. **Islamul:** Viziune puternic ritualizată, dar nu este sacramentală în sensul creștin - nu există taine care să confere har.

Moartea este supunere față de voia lui Allah și începutul vieții în Barzakh (stare intermediară în mormânt). Sensul vine din totalitatea faptelor din timpul vieții. Ritualul este esențial pentru a onora mortul și pentru a îndeplini datoria religioasă a comunității, dar soarta post-mortem este determinată de faptele și credința individuală.

Elemente esențiale ale ritualurilor morții în cultura islam:

- **Ghusl (Spălarea):** Purificarea rituală a trupului.
- **Kafan (Înfășurarea):** Învelirea în giulgiu alb, simplu.
- **Salat al-Janazah (Rugăciunea Funerară):** O rugăciune specială, esențială, dar care nu include îngenuncheri sau prosternări.
- **Înmormântarea rapidă:** Trupul trebuie îngropat cât mai repede.

3. **Hinduismul:** Viziunea este extrem de ritualizată/ sacralizată, cu ritualuri care au rol de a elibera sufletul

Moartea este privită ca o tranziție necesară în ciclul reîncarnărilor (Samsara), iar scopul ritualului înmormântării este de a asigura o plecare lină a sufletului (Atman) din corp și o reîncarnare favorabilă (Moksha). Ritualurile nu conferă har în sens creștin, dar sunt acte sacre absolut necesare care facilitează eliberarea și progresul spiritual al sufletului.

Elemente esențiale ale ritualurilor morții în cultura hindusă

- **Incinerarea: Focul (Agni)** este considerat un purificator și un mesager, iar ritualul de incinerare este vital pentru a debloca sufletul de atașamentele fizice și a-l trimite în continuare.
- **Ritul Shraddha:** Ritualuri și ofrande efectuate periodic de rudele supraviețuitoare (în special de fiul cel mare) pentru a susține sufletul decedatului în călătoria sa spre lumea strămoșilor (Pitr Lok).

4. **Budismul:** Viziunea este ritualizată ca ghid, având un rol de sprijin pentru conștiința care se dizolvă.

Moartea este dizolvarea celor cinci agregate (corp, senzații, percepții, formațiuni mentale și conștiință) și începutul stării intermediare (Bardo). Sensul vine din Karma acumulată, care determină



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

viitoarea renaștere. Ritualurile sunt acte sacre de ghidaj spiritual și de generare de merit, care susțin procesul Karmic, dar nu modifică rezultatul.

Elemente esențiale ale ritualurilor morții în cultura budistă

- *Lama/Călugării:* Călugării oficiază ritualuri (precum citirea din *Bardo Thodol* – Cartea Tibetană a Morților) pentru a instrui conștiința decedatului în starea *Bardo*, ajutând-o să recunoască Lumina Clara și să aleagă o renaștere favorabilă (sau să atingă Nirvana).
- *Meditația:* Familiile pot efectua practici de meditație și merit (fapte bune) în numele celui decedat.

5. Iudaismul: Viziunea este non-sacramentală (nu există Taine) și pune accentul pe dreptate și onoare.

Moartea este văzută ca un act al lui Dumnezeu. Sensul este dat de dreptatea cu care decedatul a respectat Torah și Legământul. Accentul este pus pe viața pământească și acțiunile morale. Ritualul este împlinire a legii și o marcă a doliului, esențială pentru comunitate și onoare, dar *nu este un mijloc de transfer al harului pentru suflet*.

Elemente esențiale ale ritualurilor morții în cultura iudaică sunt:

- *Taharah (Purificarea):* Spălarea rituală a corpului de către *Hevra Kadisha* (Societatea Sfântă).
- *Kevod Ha-Met:* Onorarea mortului prin înmormântarea rapidă și simplă.
- *Shiva și Kaddish:* Perioade de doliu și rugăciunea *Kaddish* (rostită de rudele apropiate) care nu modifică soarta defunctului, ci sfințesc pe Dumnezeu în mijlocul durerii.

6.2. Moartea și nemurirea din perspectivă creștină

Creștinismul vede în moarte o simplă încetare a vieții temporale și trupești pe pământ și mutarea la viața cea adevărată și veșnică pentru care oamenii au fost creați. Sf. Ap. Pavel evidențiază acest adevăr: „.....am dorința să mă despart de viața aceasta și să fiu cu Hristos, și aceasta ar fi cu mult mai bine” (Fil 1,23)

Din perspectiva învățăturii creștine, moartea nu este un sfârșit, ci doar o trecere spre un nou început, autentic și veșnic. Este bine să reținem trei lucruri în legătură cu locul morții în viața noastră:



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Moartea este mai aproape decât ne imaginăm noi – „Vremea morții este în fiecare clipă”. Cum explicăm acest lucru? În fiecare etapă trebuie să moară ceva în noi ca să putem trece la etapa următoare.
- Moartea este un dar pentru un nou început. Sunt despărțiri necesare neîntreruptei noastre creșteri spre maturitate – „Forma individualității începe cu o plecare și, dându-i drumul celui care pleacă, dai dovadă de iubire”.
- Moartea nu este sfârșitul vieții, ci viața este sfârșitul morții. Moartea nu este ceea ce cred „*cei care nu au nădejde*” (1 Tes. 4, 13) – dispariție definitivă, neant, ci moartea este calea spre fericirea veșnică „*Eu sunt Calea, Adevărul și Viața*” (In 14, 6)



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

7. PIERDEREA

*„Cei pe care i-am iubit și i-am pierdut
nu mai sunt unde erau, dar sunt
pretutindeni unde suntem noi.”
Alexandre Dumas*

Pierderea este un termen generic care semnifică absența unui obiect, poziție, abilitate sau atribut. Mai recent, a fost aplicată și la moartea unei ființe dragi (animal de companie) sau a unei persoane dragi. Absența sau pierderea are implicații diferite, în funcție de puterea relației avute. Cu cât relația a fost mai puternică, apropiată, cu atât implică perturbări emoționale mai mari.

Termenul de pierdere este adesea aplicat decesului unei persoane și se consideră că persoana îndoliată a suferit o pierdere. Robinson și McKenna (1998) au remarcat trei atribute critice ale pierderii:

- Pierderea înseamnă că ceva, ceva cu care doreai un viitor, a fost luat. Pierderea înseamnă absența unei posesii sau a unei posesii viitoare.
- Cel pierdut, trebuie să fi fost valorizat de persoana care suferă pierderea.
- Semnificația pierderii este determinată individual, subiectiv și contextual de persoana care o experimentează.

Acest lucru sugerează că este mai înțelept să nu facem presupuneri despre pierdere, ci să întrebăm despre semnificația ei pentru persoană.

Pierderile care însoțesc pacienții cu boli amenințătoare de viață pot devasta atât persoana, cât și familia acesteia. Până să se confrunte cu confuzia și angoasa apropierei morții, apar pierderi cauzate de boală. Ele apar în toate cele 4 dimensiuni ale existenței persoanei. De aceea, Dame Cicely Saunders vorbește despre suferința totală a pacientului oncologic.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Apar pierderi tangibile la nivel corporal: pierderea fizică a unei părți a corpului, pierderea imaginii de sine, pierderea funcționării fizice și scăderea activității sexuale, etc.

La nivel social, astfel de pierderi sunt ilustrate de o schimbare a statutului familial, social și profesional, un control mai redus asupra evenimentelor zilnice, intimitate diminuată, datorită spitalizărilor repetate

La nivel emoțional și spiritual apar pierderile intangibile (nepercepute, psihologice): pierderea independenței, a încrederii în sine sau în ceilalți, a identității, a viitorului, a așteptărilor, a sensului vieții, a atașamentului față de ceilalți, pierderea speranței etc.

Pentru îngrijitori și ceilalți membrii ai familiei apar, de asemenea, pierderi, trăite împreună cu pacientul poate chiar de la diagnostic și urmărind traiectoria bolii, declinul și dispariția persoanei dragi.

Tranziția către dispariție este caracterizată de șapte dimensiuni: redefinirea, povara, lupta cu paradoxul, confruntarea cu schimbarea, căutarea sensului, trăirea de zi cu zi și pregătirea pentru moarte. Dimensiunile nu apar în mod liniar; mai degrabă, ele sunt interconectate și indisolubil legate între ele. Redefinirea joacă însă un rol central. Toți membrii familiei experimentează aceste dimensiuni, deși pacienții, soții și copiii experimentează fiecare dimensiune într-un mod oarecum diferit (Ferrell, 2010).

7.1. Clarificări legate de terminologie

În limbajul profesional internațional, centrat pe limba engleză, limbă în care se publică majoritatea jurnalelor științifice, conceptul central este cel de „*grief*” care desemnează procesul psihologic normal prin care trece o persoană care a pierdut pe cineva, ceva important de care era atașat, proces prin care persoana înțelege, acceptă și merge mai departe, *jelire*.

Pierderea propriu-zisă se desemnează prin termenul de „*bereavement*” care înseamnă o deposedere de ceea ce îți era drag, în timp ce termenul de „*grief*” se referă la necazul și durerea ce rezultă din pierderea propriu-zisă. (Genevra et al., 2004)

Page 36



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Mai simplu este cu termenul de doliu care corespunde cuvântului „*mourning*” din limba engleză și care desemnează felul cum persoana integrează pierderea în viața curentă (*DeSpelder & Strickland, 2020*), în limba română corespondent ar fi: *bocet*.

În literatura română, de specialitate, dar și laică, se folosește, în principal, termenul de doliu atât ca proces, cât și ca perioadă sau ritual. Mai este, deseori, folosit termenul de jelire pentru durerea pierderii, procesul de doliu.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

8. DOLIUL NORMAL

*„Când estimezi drumul care îți stă
înainte, trebuie să știi că doliul este dureros
și îți va schimba viața,
dar nu te va învinge. Acum durerea este vie
și atât de puternică
încât îți taie răsuflarea, dar nu va fi mereu
așa. Acum nici nu vrei să te gândești că va
trece....”*

Anda Mogoș - Drum prin doliu

Doliul este un proces normal prin care oamenii se adaptează la o viață fără o persoană dragă.

Doliul reprezintă un proces natural de răspuns la pierdere, caracterizat prin tristețe, dor, adaptare graduală (Prigerson et al., 2009) și restructurarea legăturii cu persoana decedată (Worden, 2018). În mod tipic, majoritatea persoanelor traversează procesul de doliu cu reacomodare progresivă și reinvestire în viață, chiar dacă durerea persistă sub diverse forme. (Prigerson et al., 2009a)

Procesul implică două lucruri, timp și decizie. Doliul necesită răbdare, această experiență nu poate fi accelerată. Știm că nu există un timp „exact” pentru a rezolva durerea pierderii, dar știm și că trebuie să acordăm timp acestui proces, fiecărui îndoliat al său. Mulți oameni se grăbesc să termine suferința și să nu mai simtă durerea. Acest lucru îi determină să încapsuleze emoțiile principale, făcându-le să devină blocate, ceea ce precipită adesea doliuri complicate. Pe de altă parte, procesul implică decizie, voință, mișcare. Ne confruntăm cu o definiție care nu lasă nimic la voia întâmplării și, în acest caz, durerea este afectată de micro-decizii care ghidează rezolvarea acestei experiențe într-o direcție sau alta. Știm că nu este suficient să treacă

Page 38



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

timpul, dar că există lucruri pe care cel îndoliat le poate face pentru a merge mai departe. Rolul celui îndoliat este un rol activ, înzestrat cu putere, capacitate, resurse și posibilități. Poate de aceea doar zece la sută dintre persoanele care suferă pierderea unei persoane dragi experimentează o durere complicată. Ca proces, doliul poate fi puternic influențat de mediu, cultură și societate. Procesul și semnificația doliului variază în funcție de o serie de factori, inclusiv vârsta, sexul, etnia, mediul cultural, educația și statutul socio-economic.

Este normal, firesc: Aceasta înseamnă că, atunci când a fost experimentată o pierdere, lucrul normal este să simți durere și lucrul anormal este să nu o simți într-un fel, indiferent de situație. Este un comportament instalat aproape la nivel biologic, este firesc să simți durere în fața unei pierderi.

Procesul de pierdere este reprezentat de strădania de coping a individului confruntat cu o pierdere, proces care ne permite să ne recuperăm și să continuăm să trăim normal în ciuda pierderii a ceva sau cineva drag. El este important pentru că permite persoanei să-și exprime sentimentele și astfel să primească suport de la alții, și pe această cale să recunoască și să accepte ceea ce s-a pierdut pentru totdeauna.

Doliul este „procesul de încorporare a experienței pierderii în viața noastră continuă” și, de asemenea, „recunoașterea exterioară a pierderii” (DeSpelder & Strickland, 2020)

- *Durerea pierderii sau jelirea (grief)* a fost definită ca „răspunsul emoțional al unei persoane la evenimentul pierderii” ca „starea de durere mentală și fizică care este experimentată atunci când se realizează pierderea unui obiect, a unei persoane sau a unei părți semnificative a sinelui” și ca „setul extrem de personal și subiectiv de răspunsuri pe care un individ le dă pierderii percepute sau anticipate”.
- *Recunoașterea exterioară (mourning)* constă în participarea la diferite ritualuri legate de moarte și doliu. Acestea variază în funcție de tradițiile religioase și culturale, precum și de preferințele personale. Aceste practici (ritualuri de înmormântare, ceremonii de aducere aminte, îmbrăcăminte specifică) au multe funcții, inclusiv semnifică respectul față de cel decedat și asigură un mecanism de exprimare a sentimentelor de către cei îndoliați. Doliul este exprimat și în simbolismul implicat în înmormântări. Locurile de înmormântare conțin expresiile a ceea ce a fost considerat adecvat în fiecare perioadă de timp pentru comemorarea decedatului.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

8.1. Teoriile și modelele de doliu

Teoriile și modelele privind doliul oferă o bază conceptuală pentru înțelegerea doliului și a pierderii ca proces. Ele se concentrează în principal pe tiparele de doliu și mecanismele de coping. Anumite teorii descriu doliul pe baza reacțiilor caracteristice ale indivizilor, în timp ce alte teorii explică experiența pierderii și a doliului ca un proces continuu și în evoluție. Ele au izvorât din dorința de a oferi un suport teoretic metodelor de intervenție și terapie. Ele sunt descriptive, dar nu prescriptive.

Scopul doliului nu este acela de a renunța la persoana decedată și de a merge mai departe, ci de a găsi modalități de a-ți aminti de persoana decedată care să fie sigure, sănătoase și mai puțin dureroase pe măsură ce trece timpul (Thomas, Jay, 1997).

Există mai multe modele de analiză a doliului:

1. Modelul psihanalitic
2. Modelul atașamentului
3. Modelul lui Worden
4. Modelul procesului dual
5. Modelul lui Elisabeth Kubler-Ross
6. Modelul narativ și constructivist al lui Neimeyer

Modelul psihanalitic

Freud considera că scopul doliului psihologic este de a ajuta individul să-și recupereze energia emoțională investită în persoana dispărută și astfel să devină detașată de aceasta. El credea că prin travaliul de doliu persoana supraviețuitoare trece în revistă gândurile și amintirile legate de persoana dispărută, iar prin acest proces dureros dobândește detașarea necesară și legăturile cu persoana dispărută devin mai lax. Freud schițează unele idei din care ulterior se vor naște alte modele. Astfel el înțelege procesul de pierdere ca un proces transformațional, generațional. Freud considera procesul de doliu ca un proces adaptativ de răspuns la pierderea unui „obiect drag” prin care se reconstruiește relația cu acesta și se restaurează o pace a minții, pace care trădează faptul că individul a acceptat realitatea pierderii. (Corr et al., 1999) Freud credea că doliul semnifică faptul că noi vrem să perpetuăm dragostea față de persoana pierdută. El nu credea în posibilitatea ca persoana supraviețuitoare să se reîntoarcă total la situația anterioară pierderii, pentru că



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

relațiile cu ce s-a pierdut nu se vor șterge niciodată. Freud spunea: „Deși noi înțelegem că starea acută de doliu se va stinge treptat, știm totuși că vom rămâne de-a pururi neconsolați și că nimic nu va înlocui persoana dispărută. Indiferent ce va umple golul lăsat de ea, niciodată acest gol nu se va umple complet, datorita faptului că, dragostea față de persoana dispărută nu va dispărea” (Mallon, 2008).

Modelul atașamentului

John Bowlby (1973) a formulat teoria atașamentului și a studiat impactul pe care îl are asupra copiilor mici separarea de mamă, considerând aceasta ca o reacție la pierdere. Bowlby considera că principalul rol al legăturii de atașament este furnizarea siguranței. Reacția de pierdere o considera ca un răspuns adaptativ care ar include atât pierderea actuală, cât și experiența pierderilor anterioare. El descria patru faze ale doliului care uneori se pot suprapune: șoc, dor intens și protest, disperare și revenire.

Ulterior acest model a fost dezvoltat de Mary Ainsworth. Ea a mers mai departe făcând o corelație între modul de constituire timpurie a legăturilor de atașament între părinți și copil și expresia doliului de mai târziu. Astfel, Ainsworth considera că există două feluri de legături de atașament, sigure și nesigure. Cele sigure conduc la încrederea în alții și la modalități adaptative de a depăși separarea și doliul. Legăturile de atașament nesigure pot fi de mai multe feluri:

- *atașamentul anxios -ambivalent* care generează o reacție prelungită de doliu,
- *atașamentul evitant* care conduce la un doliu cu sentimente puternice de vinovăție și autoreproș,
- *atașamentul dezorientat și dezorganizat* care generează doliu cu anxietate, panică și consum de alcool (Ainsworth et al., 2015)

Conform teoriei atașamentului a lui Bowlby *cele patru faze ale doliului* sunt: amortizarea, dorul, dezorganizarea și reorganizarea.

1. *Prima fază, amortizarea*, durează de obicei de la câteva ore la o săptămână și variază semnificativ de la o persoană la alta. În timpul acestui proces, persoanele se simt tensionate și neliniștite; experimentează izbucniri de emoții intense, atacuri de panică și furie; și pot simți o dorință bruscă de a se uni cu persoana iubită decedată. Unele persoane se simt șocate și simt că nu pot accepta vestea. Persoanele simt o



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

dorință copleșitoare de a căuta persoana dragă decedată, păstrând în același timp speranța că lucrurile se vor îmbunătăți și că, în cele din urmă, își vor reveni (Bowlby, n.d.).

2. *A doua fază, cea a dorului* începe atunci când oamenii încep să înțeleagă realitatea dură a pierderii. În timpul acestui proces, ei trec printr-o serie de reacții emoționale, inclusiv căutări neliniștite, momente intermitente de speranță, sentimente repetate de dezamăgire, episoade de plâns și expresii de furie, acuzații și chiar ingraturitudine. Aceste reacții emoționale sunt adesea înțelese ca manifestări ale unei dorințe puternice de a găsi persoana dispărută. Potrivit lui Bowlby, căutarea fără rezultat a persoanei iubite pierdute poate fi o sursă de mare suferință emoțională. Ca urmare, persoanele îndoliate se pot afla într-o stare constantă de fluctuație. Uneori, pot încerca să se distanțeze de lucrurile care le amintesc de persoana decedată, iar alteori pot prețui și păstra aceleași lucruri. În mod similar, pot simți dorința de a revizita locurile în care au împărtășit amintiri cu persoana decedată.
3. *A treia fază, cea de dezorganizare*. Bowlby afirmă că, în faza de dezorganizare, devine necesar să renunțăm la vechile modele de gândire, simțire și comportament. Este firesc ca o persoană în doliu să simtă ocazional disperare și să se întrebe dacă va fi capabilă să se salveze, ceea ce poate duce la perioade de depresie și apatie. Cu toate acestea, dacă procesul se desfășoară în mod pozitiv, persoana începe să examineze noile circumstanțe și să exploreze modalități de adaptare la acestea și să înceapă faza de reorganizare. Acest proces implică redefinirea sinelui și a mediului înconjurător. Persoanele îndoliate realizează că nu mai sunt soț sau soție, ci văduv sau văduvă.
4. *A patra fază, reorganizarea*. Bowlby observă că persoanele îndoliate își recâștigă treptat simțul inițiativei și independenței. Cu toate acestea, indiferent cât de bine se adaptează la noile lor roluri, circumstanțele schimbate adesea aduc stres și un sentiment de singurătate, ducând astfel la fluctuații între dezorganizare (de exemplu, disperare și apatie) și reorganizare (de exemplu, noi modele). Bowlby raportează că această fluctuație devine deosebit de intensă noaptea.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

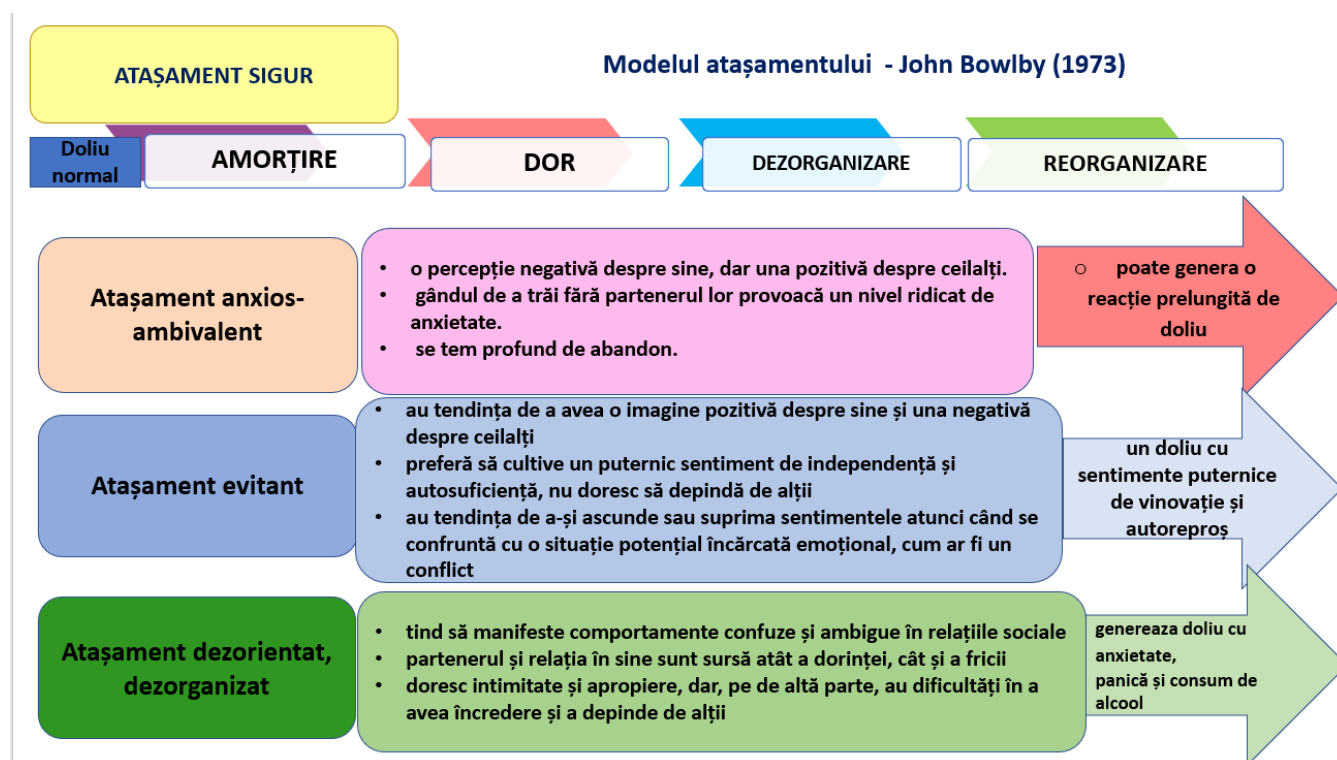


Figura 3. Modelul atașamentului (Bowlby, 1997)

Ce diferențiază doliul sănătos de doliul patologic?

Potrivit lui Bowlby, principalii factori de diferențiere sunt durata persistenței și amploarea influenței asupra funcționării mentale. În doliul normal, sănătos, indivizii sunt capabili să-și redirecționeze atenția departe de gândurile și amintirile dureroase, concentrându-se în schimb pe aspectele neutre sau pozitive. Ei recunosc realitatea pierderii, în timp ce încă simt o legătură continuă cu persoana decedată. Această legătură se manifestă adesea printr-un sentiment reconfortant al prezenței continue a persoanei pierdute. Cu toate acestea, în doliul complicat, patologic, amintirile nu pot fi redirecționate sau procesate și devin rigide și inflexibile.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Modelul lui Worden

William Worden introduce conceptul de „travaliu de doliu” care are patru sarcini de rezolvat. El a ales cuvântul sarcini pentru a sublinia mai bine travaliul pe care cineva îl străbate până la revenire. (Worden, 2018a)

- *Prima sarcină este să accepte realitatea pierderii.* El face distincția dintre acceptarea intelectuală și cea emoțională, care este mai dificilă și uneori insurmontabilă.
- *A doua sarcină este să facă față durerii, anxietății, mâniei, vinovăției și altor sentimente asociate cu pierderea.*
- *A treia sarcină este să se adapteze la decesul persoanei dragi, ceea ce implică trei feluri de adaptare:*
 - *adaptare externă:* realizarea rolurilor pe care decedatul le juca în viața lui și dezvoltarea strategiilor de a umple aceste roluri în absența lui;
 - *adaptarea internă,* care se referă la modurile în care subiectul trebuie să redefinească propria identitate după pierdere (ex. de a fi văduvă, etc.).
 - *adaptarea spirituală,* pierderea provoacă credințele spirituale conducând la analize existențiale mai profunde.
- *A patra sarcină este relocarea emoțională a decedatului și continuarea existenței ce presupune continuarea legăturii cu decedatul; aceasta presupune că supraviețuitorul a găsit mijloacele să meargă mai departe și în același timp să mențină legăturile emoționale cu decedatul (internalizare a relației).* (Hogan et al., 2004)



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

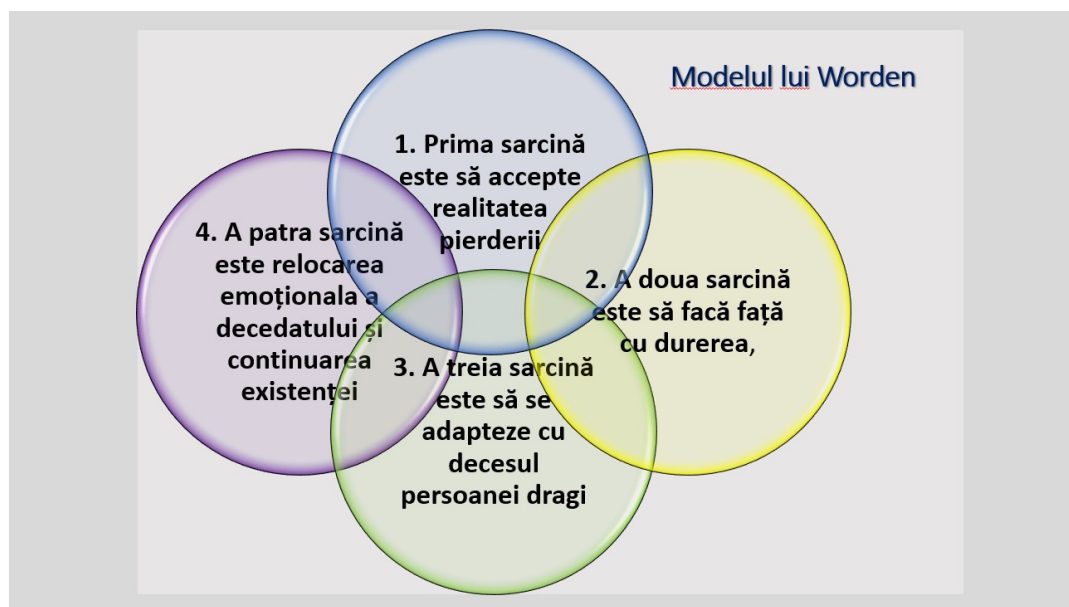


Figura 4. Modelul lui Worden (2018)

Modelul procesului dual

Modelul dual înfățișează doliul ca un proces oscilant în care individul alternează între experiențele de doliu și evitarea suferinței, spre deosebire de modelele anterioare care priveau doliul ca un proces liniar.

Stroebe și Schut (1999) concep acest model ca răspuns la limitările modelelor anterioare care propuneau stadii, faze sau sarcini. Acest model încorporează concepția lui Worden și unele aspecte ale teoriei cognitive a stresului.

Conform acestui model, persoana în doliu încearcă să depășească suferința oscilând între două modalități de coping:

- pierderea orientării și
- restaurarea orientării.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Pierderea orientării se referă la acceptarea suferinței, ceea ce implică suferința mentală a pierderii precum durerea sufletească, plânsul, disperarea, fixația pe pierderea persoanei și evitarea schimbărilor restaurative.

Restaurarea orientării include evitarea durerii pierderii, încercarea de a rezolva aspectele secundare ale pierderii și focusarea pe viitor și pe schimbările de rol, identitate și relații. Această modalitate oscilatorie oferă subiectului momente de respiro din suferință, ceea ce moderează povara pierderii. Acest model furnizează explicația faptului că persoana în doliu fie evită realitatea pierderii, fie persistă în suferință.

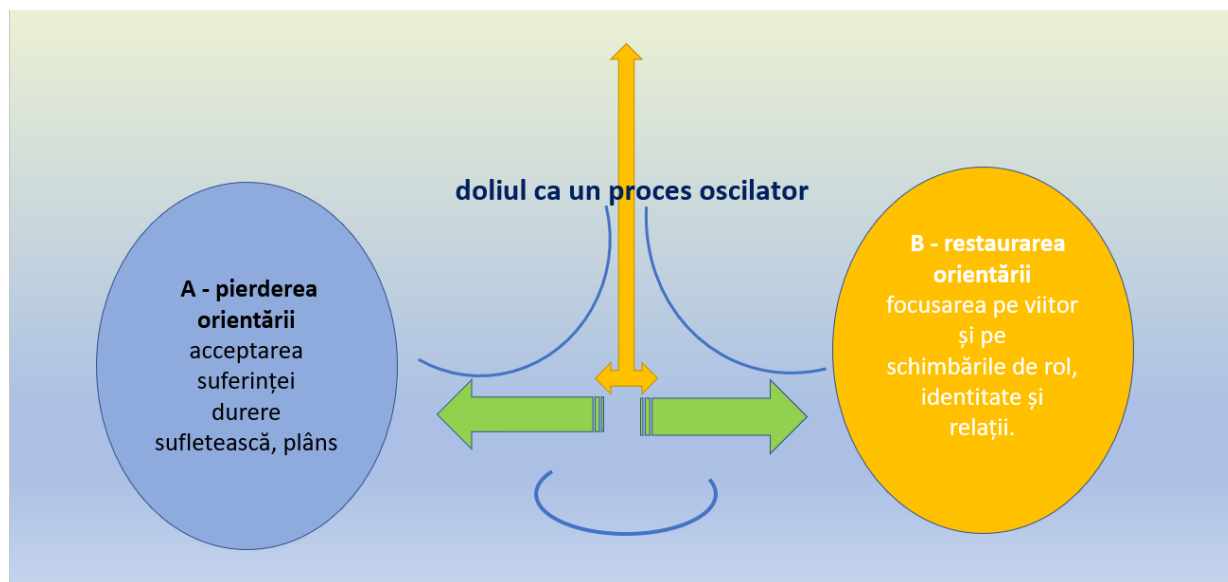


Figura 5. Modelul procesului dual Stroebe și Schut (1999)

Modelul lui Elisabeth Kubler-Ross

Elisabeth Kubler-Ross este recunoscută ca fiind una dintre cele mai importante autorități în domeniul morții și al procesului de moarte. În prima sa carte, „On Death and Dying” (*Despre moarte și procesul de moarte*) publicată în 1969, a publicat un model pentru a explica etapele doliului.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Acest model nu se referă în mod specific la pierderea unei persoane dragi sau la moartea cuiva; acest model este utilizat pentru doliul asociat cu traume și schimbări. În ceea ce privește durerea asociată cu moartea, acest model poate fi aplicat durerii anticipative resimțite de o persoană care se confruntă cu propria moarte sau de cei dragi care se pregătesc pentru moartea unei persoane importante, pe lângă doliul resimțit în urma morții cuiva. Ea indică faptul că există cinci etape (negare, furie, negociere, depresie și acceptare) și că persoana îndoliată poate să nu treacă prin toate cele cinci etape, nici să urmeze etapele în ordine sau că o persoană poate experimenta o etapă de mai multe ori. Ea afirmă că majoritatea indivizilor vor experimenta cel puțin două dintre etape. Etapele nu sunt liniare și nici nu sunt egale în ceea ce privește timpul petrecut în fiecare etapă. O persoană nu trebuie să finalizeze o etapă pentru a trece la o altă etapă (Slate & Scott, n.d.-a).

1. **Negarea:** Etapa șocului sau negării este, de obicei, prima etapă din modelul Kubler-Ross și este, în general, de scurtă durată. Aceasta este o fază în care persoana adoptă un mecanism temporar de apărare și are nevoie de timp pentru a procesa anumite vești sau realități tulburătoare. Este posibil ca persoana să nu vrea să creadă ceea ce se întâmplă și că i se întâmplă ei. Acest lucru poate duce la o scădere a productivității și a capacității de a gândi și acționa. După ce șocul inițial se estompează, persoana poate experimenta negarea și poate rămâne concentrată pe trecut. Unele persoane tind să rămână în starea de negare pentru o lungă perioadă de timp și pot pierde contactul cu realitatea.
2. **Furia:** Când înțelegerea situației se instalează în cele din urmă și persoana înțelege gravitatea situației, ea poate deveni furioasă și poate căuta pe cineva pe care să dea vina. Furia poate fi manifestată sau exprimată în multe feluri. În timp ce unii își descarcă furia asupra lor înșiși, alții o pot îndrepta către cei din jur. În timp ce unii pot fi furioși pe viață în general, alții pot da vina pe ce consideră ei ca fiind responsabil pentru situație. În această etapă, persoana tinde să rămână iritabilă, frustrată și irascibilă.
3. **Negocierea:** Când etapa furiei trece, persoana poate începe să se gândească la modalități de a amâna inevitabilul și să încerce să găsească cea mai bună soluție în situația dată. Cei care nu se confruntă cu moartea, ci cu o altă traumă, pot încerca să negocieze situația și să ajungă la un compromis. Negocierea poate ajuta la găsirea unei soluții durabile și poate aduce o oarecare ușurare celor care se apropie de ceea ce doresc să evite cu totul. Căutarea unui rezultat diferit sau mai puțin traumatic poate continua în această etapă.

Page 47



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

4. **Depresia:** Depresia este o etapă în care persoana tinde să simtă tristețe, frică, regret, vinovăție și alte emoții negative. Este posibil ca persoana să fi renunțat complet până acum și să fi ajuns într-un punct mort de unde drumul pare doar întunecat. Persoana poate manifesta semne de indiferență, izolare, respingere a celorlalți și lipsă totală de entuziasm față de orice aspect al vieții. Acest lucru poate părea cel mai jos punct din viață, fără nicio perspectivă. Unele semne comune ale depresiei includ tristețe, energie scăzută, sentiment de demotivare, pierderea încrederii în Dumnezeu etc.
5. **Acceptare:** Când oamenii realizează că lupta împotriva schimbării care apare în viața lor nu va face durerea să dispară, se resemnează cu situația și o acceptă complet. Atitudinea resemnată poate să nu fie una fericită, dar este una în care persoana poate înceta să se opună schimbării și să meargă mai departe cu ea.



Figura 6. Modelul lui Elisabeth Kubler-Ross (1969)



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Modelul narativ și constructivist al lui Neimeyer

Robert Neimeyer (Neimeyer et al., 2006) consideră doliul ca un proces de creare a sensului. El a publicat numeroase lucrări între anii 1990 și 2024. Teoria sa recunoaște că oamenii își construiesc în comun înțelegerea realității prin narațiunea propriilor povești de viață, influențată de credințele și viziunile lor asupra lumii.

El descrie „6 realități cheie influențate de moarte”. În aceste 6 realități, el recunoaște că:

- o pierdere semnificativă poate valida sau invalida cadrul și convingerile unei persoane în viață;
- acest lucru poate necesita dezvoltarea unui nou cadru pentru a vindeca și a încorpora pierderea în viziunea lor asupra lumii;
- doliul este simultan universal și unic, astfel încât terapia pentru persoanele îndoliate trebuie adaptată nevoilor individuale ale fiecărei persoane;
- procesul de doliu este în mod inerent un proces activ, mai degrabă decât pasiv;
- emoțiile din perioada de doliu sunt utile și pot servi drept ghid în reconstrucția unui sentiment de echilibru și sens în viață după perturbarea cauzată de o pierdere semnificativă;
- reconstruirea identității după o pierdere semnificativă este un proces inerent social, deoarece noua identitate este parțial definită în raport cu comunitatea și normele sociale;
- în cele din urmă, adaptarea la pierdere implică găsirea unei modalități de a încorpora pierderea într-o nouă identitate și narațiune de sine, conferind pierderii un sens și dând sens schimbărilor. Acest lucru poate permite nu numai supraviețuirea după o pierdere, ci și, în cele din urmă, a-ți regăsi echilibrul și a trăi viața cu sens (Neimeyer et al., 2006).

Terapeuții care utilizează modelul narativ și constructivist pot cere pacienților să povestească din nou povestea pierderii lor cu ajutorul unor mijloace vizuale, explorând gândurile și sentimentele care o însoțesc.

Page 49



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

8.2. Factori care au impact asupra reacțiilor de doliu

Există mulți factori care influențează experiența de doliu a unei persoane: rețeaua socială, circumstanțele, timpul.

Rețeaua socială se referă la sprijinul oferit de persoanele din rețeaua socială a persoanei îndoliate, cum ar fi familia, prietenii, colegii de muncă, comunitatea culturală, comunitatea religioasă etc. Este important ca persoana să considere sprijinul pe care îl primește din rețeaua sa ca fiind util.

Circumstanțele din jurul pierderii includ circumstanțele decesului în sine și ale persoanei îndoliate. Circumstanțele pot include îngrijirea primită de persoana decedată și de persoana îndoliată înainte/în momentul decesului, o moarte subită sau așteptată, dacă moartea a fost trăită ca traumatizantă etc. Aspectele legate de persoana îndoliată, cum ar fi cultura, credințele, personalitatea, experiența anterioară a pierderii etc. vor avea, de asemenea, un impact asupra experienței de doliu.

Timpul joacă un rol în experiența doliului și poate include perioada de timp de la moarte sau timpul din viața unei persoane în care are loc moartea. În plus, modul în care cineva experimentează doliul se poate schimba pe parcursul vieții. De exemplu, după moartea unui soț, o persoană poate experimenta durere la evenimente semnificative, cum ar fi o absolvire, o nuntă, nașterea unui nepot etc. Cu toate acestea, durerea poate fi revizuită în orice moment.

Este important să fie menținută o perspectivă holistică atunci când se iau în considerare contextul și factorii care au impact asupra reacțiilor de doliu. Având în vedere natura distinctivă a doliului complicat, anxietății și depresiei, este important ca orice evaluare să fie atât cuprinzătoare, cât și amplă. Evoluțiile moderne în teoria doliului recunosc diversitatea umană și „sugerează necesitatea unei abordări integrative a evaluării care examinează atât factorii de risc, cât și stilurile de adaptare” (Agnew et al., 2010).

În cadrul îngrijirii paliative, persoanele îndoliate și-au asumat frecvent roluri de îngrijire care pot avea atât trăsături pozitive, cât și negative, îngrijitorii fiind adesea predispuși la morbiditate fizică și psihologică, dezavantaje financiare și izolare socială (P. L. Hudson et al., 2011), rate de depresie între 12 și 59% (P. L. Hudson et al., 2011) și rate de anxietate între 30 și 50% (Grunfeld, 2004).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

8.3. Factorii de risc și reziliența

Neimeyer și Burke (2012), într-un rezumat al literaturii clinice privind factorii de risc pre-pierdere pentru dezvoltarea doliului complicat, au identificat o serie de factori de risc cheie:

Factori de fond	Factori legați de tratament	Factori legați de deces
• Rudenie strânsă cu persoana muribundă (în special pierderea soțului sau a copilului) • Sexul feminin (în special mamele) • Statutul etnic minoritar (se referă la faptul că persoana este izolată) • Stil de atașament nesigur • Dependența maritală ridicată înainte de pierdere • Religia, credințele și practicile spirituale (pentru unii, credința religioasă/ spirituală) duc fie la niveluri mai scăzute de durere, fie la experiențe mai grave de durere	• Intervenție medicală agresivă (de exemplu, terapie intensivă, ventilație, resuscitare) • Ambivalență în ceea ce privește tratamentul • Conflictul familial în ceea ce privește tratamentul • Dificultăți economice create de tratament • Povara îngrijitorului	• Supraîncărcarea cu doliu (pierderi multiple în succesiune rapidă) • Acceptarea scăzută a morții iminente • Moarte violentă (sinucidere, omucidere, accident) • Găsirea sau vizualizarea corpului persoanei dragi după o moarte violentă • Moartea în spital (mai degrabă decât acasă) • Reacție față de modul în care a fost comunicat decesul

Tabel 1. Factori de risc pentru doliul complicat (Neimeyer, 2012a)



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Factori care cresc reziliența

Adoptarea unei perspective de forță sau reziliență în furnizarea de servicii de doliu este importantă. Componentele rezilienței includ aspecte psihologice, sociale, spirituale și „crearea de sens” (Davydov et al., 2010). Reziliența poate fi văzută ca un mecanism care permite oamenilor să prospere în fața adversității și poate fi considerată sinonimă cu o „vulnerabilitate” redusă, cu capacitatea de a se adapta la adversitate sau de a „face față”.

Abordarea rezilienței este compatibilă cu conceptualizarea de către Organizația Mondială a Sănătății a sănătății mintale ca o stare pozitivă de bunăstare psihologică care depășește absența bolii (Organizația Mondială a Sănătății, 2005). Reziliența include factori și mecanisme care au impact asupra nivelului de protecție a unei persoane împotriva adversităților. Reziliența nu este doar un rezultat al atributelor personale ale unui individ, ci poate fi afectată de o varietate de factori comunitari și culturali.

Persoanele reziliente tind să:

- să se bazeze pe experiențele anterioare de supraviețuire a pierderii;
- să se conecteze cu familia și comunitatea de îngrijire;
- să se bazeze pe credințele și practicile religioase și spirituale;
- să identifice punctele forte și resursele interne și externe;
- să reconstruiască o lume a sensului și a identității personale după pierdere;
- să se bazeze pe experiența și sprijinul altor persoane îndoliate;
- să aibă niveluri mai ridicate de sprijin practic;
- să creadă într-o lume dreaptă și să accepte moartea;
- să obțină confort vorbind sau gândindu-se la decedat (Boerner et al., 2013).

Cele mai bune practici de sprijin pentru aceste persoane:

- identificarea, consolidarea adaptării și a realizărilor pozitive,
- evitarea interferenței cu capacitatea lor înăscută de recuperare,
- evitarea subminării sau înlocuirii familiei și a comunității ca surse de sprijin social.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

8.4. Reacții frecvente în cazul doliului normal

Psihosomatica ne poate explica apariția reacțiilor, simptomelor și manifestărilor care apar în doliu. Ea se ocupă de studiul tuturor reacțiilor psihice reflectate în organism provocând modificări, simptome fizice care nu au o explicație organică. Vorbim despre reacții emoționale care provoacă modificări la nivel fiziologic: dureri musculare, dureri de cap, creștere sau scădere a tensiunii arteriale, tot ceea ce lasă un semn pe corp.

În acest context, putem găsi simptome care variază de la cele care pot fi ușor explicate prin reacția emoțională, până la alte simptome cauzate de o emoție încapsulată care - în aparență - nu au o relație evidentă cu durerea. Acest lucru poate face o persoană să „rătăcească” de la medic la medic, după moartea persoanei dragi, căutând o cauză a disconfortului său.

Este destul de obișnuit ca sănătatea să fie afectată în timpul doliului. Acest lucru se poate datora mai multor factori:

- *Neglijarea îngrijirii corpului în timpul bolii.* Acest lucru este frecvent din cauza numărului de ore petrecute în spital, a mesei în oraș, a timpului redus de odihnă sau a abandonării tratamentelor care erau în curs de desfășurare, printre alți factori.
- *Mimetism cu pacientul.* Este posibil ca îngrijitorul să ajungă să reproducă unele dintre simptomele experimentate de persoana decedată. Dacă au murit de cancer la stomac, cel îndoliat poate exprima disconfort digestiv sau intestinal. Dacă au murit în urma unui atac de cord, persoanele îndoliate pot prezenta simptome legate de creșterea tensiunii arteriale etc.
- *Stres susținut în timp.* De asemenea, se poate întâmpla ca disconfortul fizic să fie legat de o semnificație mai profundă la nivel psihologic, fiecare persoană poate să-și asocieze emoțiile cu semnificații diferite.

Durerea pierderii poate provoca reacții fizice, emoționale, sociale și spirituale. Acestea sunt experimentate într-un amestec complex și se schimbă în timp. Iată câteva exemple.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

NIVEL SOMATIC: REACȚII ȘI SIMPTOME	NIVEL SOCIAL: REACȚII ȘI COMPORTAMENTE
- Greață și/sau vărsături - Dureri de cap - Confuzie, slăbiciune și amorțeală - Schimbări în nevoile sexuale (pierderea/ creșterea libidoului) - Vulnerabilitate la infecții, răceli, boli (imunitate scăzută) - Modificări ale obiceiurilor alimentare și de somn, insomnii - Respirație scurtă - Gură uscată - Transpirație - Urinare frecventă - Simptome digestive - Tahicardie, bradicardie - Tensiune arterială oscilantă - Senzație de strângere în piept sau gât (nod în gât) - Mușchi slăbiți sau dureri articulare	- Nevoia de a-și lua rămas bun (de a rămâne lângă persoana decedată) - Interacțiunea cu oamenii la adunări publice, înmormântare modificată față de obișnuit - Selectarea și îndeplinirea ritualurilor - Orientare în sine și posibile comportamente antisociale - Nevoia de a vorbi despre persoana decedată - Sentimentul de izolare de lume („într-un balon”) - Încercarea de a continua ca de obicei (față socială) - Nevoia de a fi singur sau de a fi cu alții. Durerea poate face dificilă concentrarea sau îndeplinirea sarcinilor. - Confuzie. - Probleme cu gândirea sau luarea deciziilor. - Sentimentul că ai pierdut speranța sau direcția. - Dificultăți în a te concentra pe altceva decât pierderea suferită. - Dificultăți în a-ți aminti sau a ține evidența responsabilităților tale.
NIVEL PSIHO-EMOȚIONAL:	NIVEL SPIRITUAL:
- Neîncredere - Amorțeală - Tristețe - Plâns, chiar suspine - Gânduri și sentimente neașteptate, adesea dureroase - Vinovăție - Panică și frică - Sentimente de neputință - Furie (față de sine și față de ceilalți) - Vină, regret. - Dor dar și sentimente contradictorii	- Apare întrebarea: De ce s-a întâmplat acest lucru? De ce mie? - Contestarea sistemului de credințe (întărirea, diminuarea sau schimbarea credințelor) - Negocierea cu o putere superioară - Discuții cu persoana decedată - Visuri care pot avea semnificație în legătură cu persoana decedată - Revizuirea sensului vieții - Luarea în considerare a sfârșitului vieții proprii

Tabel 2. Reacții în doliul normal



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Doliul este un proces social și, ca atare, faptul de a simți sprijinul și de a putea verbaliza și împărtăși experiența va fi esențial pentru rezolvarea acestuia. Cu toate acestea, societatea actuală poate exercita o influență în sens invers, adică forțând persoanele îndoliate să se simtă bine imediat, să se distragă, să evite contactul cu durerea sau lacrimile, ceea ce duce la inhibarea procesului și la complicarea acestuia.

8.5. Însoțirea persoanei îndoliate

Cele mai puternice instrumente împotriva durerii sunt iubirea și compasiunea care vin de la alte ființe umane. Față de durere există în esență două reacții principale: retragerea sau apropierea.

Aceste poziții sunt menținute în funcție de atitudinea pe care fiecare persoană o are față de această realitate. Când durerea altora sperie, are loc o retragere: persoanele care adoptă această poziție schimbă subiectul pentru a nu vorbi despre moarte în fața celor îndoliați, evită să aprofundeze semnificația emoțiilor și senzațiilor celuilalt, nu știu cum să consoleze sau cum să însoțească durerea și se simt copleșiți de reacții care sunt de obicei normale și chiar sănătoase în acest proces.

La polul opus se află cei care nu se tem atât de mult de durerea altora și doresc să ajute. Atât unii, cât și ceilalți au intenții bune, dar durerea poate fi abordată doar de cei care nu se tem de reacțiile lor și cred cu tărie că ea poate fi depășită. Cei care nu au această convingere vor aborda durerea din atitudini paternaliste și supra-protectoare, transmițând ideea că acest proces este greu de depășit.

Nu există o singură modalitate de a ajuta pe cineva care a suferit recent o pierdere. Însoțirea în doliu trebuie să fie întotdeauna adaptată nevoilor persoanelor îndoliate. Pierderea este individuală, specifică și nu este întotdeauna trăită în același mod de către toată lumea (Neimeyer, 2019)

Însoțirea în doliu

- *Apropiere și prezență:* fără a invada, fără a supra-proteja, pur și simplu a fi disponibil, a face oferte concrete, a valida și normaliza sentimentul pe care pierderea îl produce în fiecare. Doar o altă ființă umană poate calma durerea unei persoane care suferă, pentru că suntem ființe sociale.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Este important să *gestionăm dualitatea apropiere/distanță*, deoarece atunci când apropierea este excesivă, poate deveni dăunătoare. Cu toții avem nevoie de un spațiu pentru a asimila ceea ce s-a întâmplat, pentru a simți fără presiune. Când apropierea devine sufocantă, nu mai este utilă. Acesta este motivul pentru care este esențial să acordați atenție ritmului fiecărei persoane care suferă fără a o presa: să le permiteți și să le încurajați să aibă grijă de ceea ce pot.
- Un aspect care nu este adesea luat în considerare în cadrul însoțirii în doliu este percepția pe care fiecare persoană o are asupra ajutorului pe care îl primește. Acest lucru este fundamental, deoarece ceea ce contează este *ceea ce percepe cel îndoliat și nu atât de mult situația reală*. Pot fi persoane care, deși beneficiază de sprijin, pot să se simtă totuși singure și altele care, în ciuda faptului că sunt puțin sau deloc sprijinite, simt că au primit mai mult decât suficient. Aceasta este diferența dintre sprijinul real primit și cel perceput; în activitatea practică trebuie să fim atenți la al doilea, nu la primul.
- Este extrem de dificil să facem față durerii dacă avem în minte ideea că ea va dura pentru totdeauna. Din acest motiv, este absolut esențial să *insuflăm speranță și încredere persoanei îndoliate*: o speranță reală că durerea va fi depășită, că suferința va dispărea. Trebuie să susținem acest mesaj cu date obiective. Motivul este că nu se poate trăi fără speranță, deoarece durerea epuizează foarte mult, iar persoana îndoliată este important să trăiască cu durerea ei, să îi lase spațiu sau să nu o respingă.

Mesaje care pot oferi speranță:

- „Durerea nu durează veșnic”. „Indiferent cât de lungă sau întunecată ar fi noaptea, se va ivi un nou răsărit”. „Nu ești singur cu durerea ta, poți cere ajutor pentru orice ai avea nevoie.”
- *Ascultare activă*, fără judecăți de valoare, proiecții personale despre cum ar trebui să...
- *Oferirea de ajutor practic*. Adesea, există preocupări și nevoi practice care pot părea greu de gestionat și copleșitoare, în special după un deces. Persoanei îndoliate îi prinde bine, poate, un ajutor.
- *Ce să nu facem*:
 - Nu minimalizăm durerea altora și nu spunem cu ușurință că „va trece”. Nici nu ar trebui să minimalizăm moartea persoanei iubite pentru a reduce drama tragediei, cu fraze precum: „*Cel puțin nu mai suferă*”, „*Este cel mai bun lucru care i s-ar fi putut întâmpla*”, „*Nu se mai putea face nimic*”



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

pentru el”. „Ești tânăr, te poți îndrăgosti din nou”, „Mai poți avea un copil”. Aceste fraze atât de răspândite și auzite la înmormântări produc adesea disconfort, un sentiment de neînțelegere și furie la majoritatea celor îndoliați.

8.6. Intervenții în viziunea seculară – Nivelul 1 de îngrijire în doliu

Pentru doliul normal

Profesionistul în relație cu persoana îndoliată: *Welshons (2002): „rolul tău este de a fi prezent și împreună cu persoana, mai curând decât a fi un salvator; un companion mai degrabă decât un ghid, un prieten mai degrabă decât un profesor”.*

Principalele intervenții sunt:

- În mod ideal, planificarea însoțirii/consilierii în doliu începe înainte de decesul pacientului.
- Luați legătura cât mai curând posibil pentru a confirma decesul și a oferi condoleanțe în conformitate cu normele și obiceiurile personale și culturale. Poate fi necesar să oferiți ajutor cu documentele, cum ar fi testamentul sau certificatul de deces.
- Oferiți informații despre boală și procesul de deces dacă există confuzie cu privire la ceea ce s-a întâmplat. Folosiți explicații simple și evitați jargonul medical.
- Fiți acolo pentru a asculta, chiar și atunci când se repetă – acest lucru este necesar pentru ca persoanele îndoliate să accepte realitatea decesului.
- Informați toți membrii familiei despre procesul de doliu și la ce să se aștepte din punct de vedere fizic, emoțional, social și spiritual în acest proces.
- Nu descurajați persoanele îndoliate să-și exprime tristețea, depresia sau furia încercând să le mângâiați. Aceste și alte emoții extreme sunt normale, deși pot fi dureroase pentru cei din jur.
- Permiteți perioade de tăcere.

Page 57



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Încurajați discuțiile despre persoana decedată atât cât este necesar. Puneți întrebări despre persoana decedată și folosiți-i numele pentru a personaliza discuția. Împărtășiți amintiri punând întrebări precum: „Unde v-ați cunoscut?”, „Ce fel de copil era?”, „Îmi poți povesti despre el?”
- Explorați nevoile spirituale ale fiecărui membru al familiei și facilitați discuțiile, colaborarea cu un terapeut sau un lider religios, după cum este necesar. Nu presupuneți că credința va rămâne aceeași ca înainte de deces.
- Unele persoane își exprimă durerea prin lacrimi, ceea ce poate fi foarte util. Altele se simt incapabile să plângă ușor (bărbații sunt adesea descurajați să plângă) și este important să le ajutați să găsească forme alternative de eliberare emoțională.
- Activitatea fizică este deosebit de utilă și poate include mersul pe jos, practicarea sportului, lovirea unui sac de box sau grădăritul.
- Încurajați activitatea fizică regulată pentru toate persoanele îndoliate, deoarece aceasta ajută mintea și corpul să proceseze durerea emoțională.
- Sugerați familiei să folosească jurnale și arta sau să creeze un album de amintiri pentru a împărtăși și exprima amintirile.
- Nu oferiți fraze banale. Acestea includ „A fost mai bine așa” sau „Acum este într-un loc mai bun”. De asemenea, nu spuneți „Știi exact prin ce treci”, deoarece nu știți dacă acest lucru este adevărat și cu siguranță nu este felul în care se simte persoana îndoliată.
- Doliul poate dura foarte mult timp, mult mai mult decât își imaginează oamenii. Spuneți persoanelor îndoliate să se aștepte la faptul că s-ar putea să se lupte cu durerea și după câteva luni sau ani.
- Pregătiți familiile pentru momentele care pot fi deosebit de dificile, cum ar fi zilele de naștere, aniversările morții, sărbătorile de familie și evenimentele școlare/universitare.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

8.7. Intervenții în viziunea creștină la adulți – Nivelul 1 de îngrijire în doliu

Principalele intervenții sunt:

Intervenții	Descriere	Temei biblic / spiritual
Prezență și ascultare	A fi lângă cel aflat în suferință, fără judecată sau grabă de a da soluții; ascultare empatică și disponibilitate afectivă.	„Plângeți cu cei ce plâng” (Romani 12:15)
Acceptare necondiționată	Persoana este primită cu demnitate, indiferent de greșeli, credință sau reacții emoționale.	Hristos primește pe toți cei împovărați (Matei 11:28)
Compasiune și milostenie	A manifesta iubire concretă prin gesturi, ajutor practic, sprijin moral.	Pilda Samariteanului milostiv (Luca 10:25–37)
Speranță și sens	Ajutarea persoanei să regăsească sensul vieții și speranța în Dumnezeu, chiar și în durere.	„Feriți cei ce plâng, că aceia se vor mângâia” (Matei 5:4)
Rugăciune și comuniune spirituală	Rugăciunea comună sau personală aduce consolare și sentimentul prezenței divine.	Filipeni 4:6–7
Respectarea libertății persoanei	Sprijinul nu trebuie impus; se respectă ritmul, credința și libertatea fiecăruia.	„Iată, stau la ușă și bat...” (Apocalipsa 3:20)

Tabel 3. Principiile de bază ale intervenției creștine în doliu



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

9. DOLIUL ANTICIPATIV

„Vei jeli atât ceea ce ai pierdut în trecut, cât și
ceea ce vei
pierde în viitor.
Vei jeli nu numai persoana în sine, ci și toate
visele,
speranțele, așteptările neîmplinite față de cel
drag, cât și
nevoile pe care nu ți le va mai putea împlini.”
Anda Mogoș - Drum prin doliu

Doliul anticipativ este un proces prin care pacientul și familia trec începând cu momentul în care pacientul primește un diagnostic amenințător de viață sau de boală incurabilă, până la decesul pacientului, chiar dacă decesul este momentan în perspectivă (Singer et al., 2022)

Din perspectivă clinică, doliu anticipativ se distinge conceptual de doliul clasic prin temporalitate și structură psihologică. În timp ce doliul post-deces implică adaptarea la o absență definitivă, doliul anticipativ presupune trăirea simultană a prezenței și pierderii, ceea ce generează o ambivalență afectivă și relațională particulară (Rando, 2000). Acest proces poate îndeplini *funcții pregătitoare*, contribuind la mobilizarea resurselor emoționale și cognitive, dar poate deveni și un *factor de vulnerabilitate* dacă intensitatea distresului este ridicată sau dacă mecanismele de coping sunt insuficiente.

Doliu anticipativ a fost descris inițial în contexte de pierdere traumatică și terminală, însă literatura recentă subliniază rolul său central în oncologie (D. W. Kissane et al., 2006)

Spre deosebire de alte contexte medicale, cancerul avansat oferă adesea un interval de timp prelungit în care pacienții și familiile se confruntă cu perspectiva pierderii, trăind simultan speranța menținerii vieții și anticiparea despărțirii prin moarte. Această dublă conștientizare creează o ambivalență emoțională distinctă, care amplifică vulnerabilitatea psihologică și solicită mecanisme de adaptare complexe.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Doliul anticipat este fenomenul care cuprinde procesele de doliu, adaptare, interacțiune, planificare și reorganizare psihosocială, care sunt stimulate și inițiate parțial ca răspuns la conștientizarea pierderii iminente a unei persoane dragi și la recunoașterea pierderilor asociate din trecut, prezent și viitor.”(Rando, 1987)

Durerea anticipativă a pierderii este „descrisă ca o serie de reacții emoționale intensificate care pot include anxietate de separare, singurătate existențială, negare, tristețe, dezamăgire, furie, resentimente, vinovăție, epuizare și disperare”.

Durerea anticipativă poate fi o reacție la pierderea funcționalității, pierderea identității și schimbările de rol, pe lângă moartea iminentă. Mai mult, durerea anticipativă este resimțită nu numai de persoana în fază terminală, ci și de familie, de îngrijitor.

Membrii familiei sunt susceptibili să experimenteze un anumit nivel de durere legată de pierdere înainte ca persoana cu o boală care limitează viața să moară (Nielsen et al., 2019).

Chiar înainte de moartea propriu-zisă, rudele pacienților în fază terminală încep să experimenteze pierderi, cum ar fi pierderea unui soț sănătos și a planurilor de viitor, care provoacă simptome de doliu. Există studii care au pus în evidență un nivel ridicat de simptome de doliu la aproximativ 15% dintre persoane înainte de deces. (Thomas et al., 2014a). S-a constatat, de asemenea, că o proporție mai mare de persoane au prezentat un nivel mai ridicat de simptome de doliu în perioada anterioară pierderii decât la șase luni după pierderea pacientului (Nielsen et al., 2017), ceea ce necesită o atenție sporită asupra simptomelor de doliu într-un stadiu incipient.

Se disting două conceptualizări generale ale doliului anticipativ la membri familiei, la îngrijitori, apărând înainte ca persoana cu o boală limitatoare de viața să moară: durerea în jurul morții anticipate a persoanei și durerea asociată cu pierderile care apar de-a lungul traiectoriei bolii.

Doliul/jelirea anticipativă este orientată spre viitor și definită ca o experiență de durere a membrilor familiei în timp ce persoana cu boala care limitează viața este în viață, dar care se concentrează pe pierderile temute sau anticipate care vor apărea după moartea persoanei.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Doliul/jelirea legată de boală este, pe de altă parte, orientată spre prezent. Mai exact, durerea legată de boală include durerea legată de pierderile actuale sau continue experimentate în timpul traiectoriei bolii, cum ar fi pierderea rolurilor sau pierderea funcționării fizice.

Doliul anticipativ poate permite persoanei să se pregătească și să dezvolte abilități de adaptare la schimbările de viață care vor avea loc după moartea persoanei importante.

În ciuda experienței doliului anticipativ, durerea după moarte nu va fi neapărat mai mică.

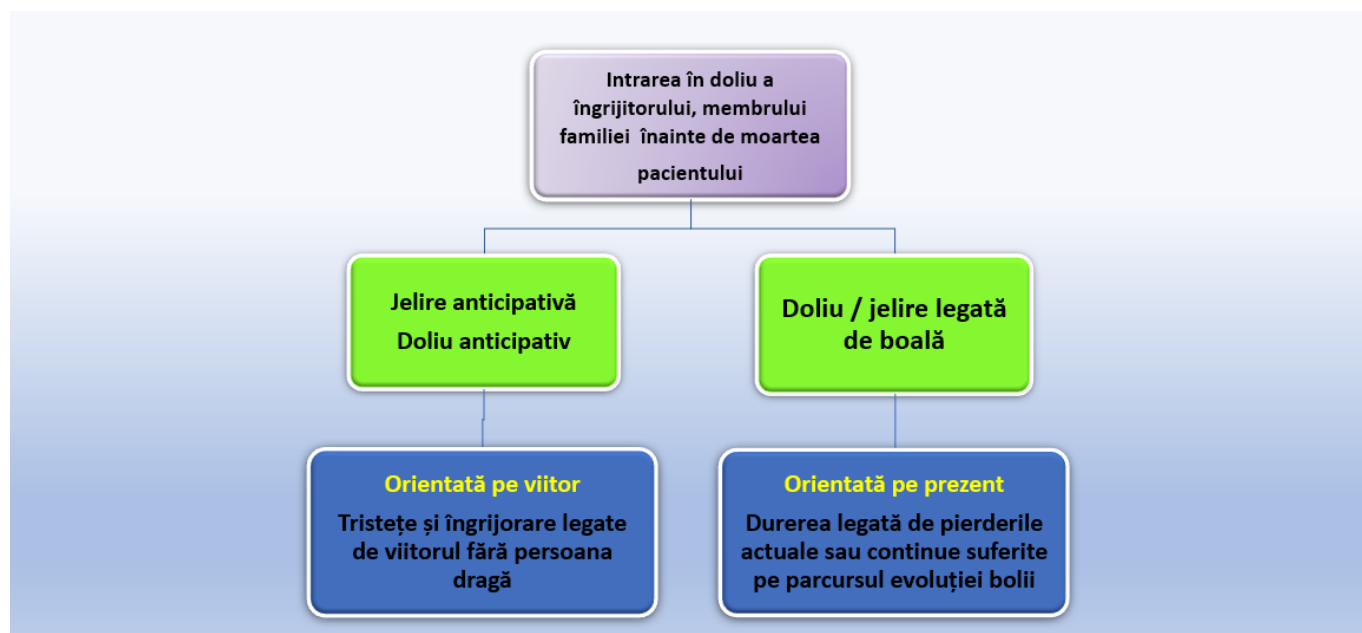


Figura 7. Cauze ale doliului la aparținători înainte de decesul pacientului (Singer et al., 2022)

9.1. Manifestări clinice ale doliului anticipativ

Din perspectivă sistemică, Family Systems Theory (Bowen, 1978) explică impactul doliului anticipativ asupra întregului sistem familial. Anticiparea pierderii modifică rolurile, coeziunea, tiparele de comunicare și modul în care membrii familiei își gestionează resursele emoționale. Aceste procese pot duce atât la



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

creșterea solidarității familiale, cât și la apariția conflictelor sau a dezorganizării structurale, în funcție de nivelul de flexibilitate și coeziune preexistent (D. W. Kissane et al., 2006)

Doliul anticipativ se manifestă într-un spectru larg de simptome emoționale, cognitive, comportamentale și somatice care variază în intensitate și durată în funcție de stadiul bolii, de resursele psihosociale ale pacientului și familiei, precum și de contextul cultural și relațional în care are loc procesul de anticipare a pierderii (Coelho & Barbosa, 2017)

Simptomele doliului anticipativ pot fi fizice, emoționale, cognitive și/sau spirituale și sunt similare cu reacțiile de durere care urmează unei morți sau unei pierderi semnificative. Astfel, avem:

- *Simptome somatice:* tulburări de somn (insomnie sau hipersomnie), tulburări ale apetitului, oboseală accentuată, dureri musculare sau tensiune corporală, dureri de cap, greață.
- *Simptome la nivel emoțional:*
 - *Pacienții* pot trăi intens sentimente de tristețe, anxietate, teamă de moarte, furie, vinovăție sau neputință. Aceste stări pot fi fluctuante, amplificându-se în momentele de agravare a bolii sau în preajma deciziilor medicale majore. Apar frecvent conflicte interne între dorința de a spera și nevoia de a accepta inevitabilul, generând o ambivalență afectivă caracteristică (Rando, 1987)
 - *Membrii familiei pot avea:* temeri legate de propria capacitate de a face față îngrijirii și separării, ceea ce poate conduce la anxietate ridicată, negare, neîncredere, frică, tristețe, furie, neputință, vinovăție sau depresie reactivă și epuizare emoțională, copleșire.
- *Simptome la nivel comportamental:* Printre acestea se numără retrageri sociale, iritabilitate, hiperactivitate compensatorie sau agresivitate. Toate cu potențial de a afecta relațiile pacient–familie și relația cu echipa medicală (Coelho & Barbosa, 2017). În bolile progresive amenințătoare de viață aceste manifestări apar adesea pe fondul unei traiectorii clinice prelungite, care permite acumularea treptată a stresului emoțional și confruntarea progresivă cu realitatea morții iminente.
- *Simptome la nivel cognitiv:* persoana ar putea fi dezorganizată, uitucă, confuză și/sau să aibă dificultăți de concentrare sau de luare a deciziilor.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- *Simptome la nivel spiritual* pacienții pot manifesta preocupări persistente legate de moarte, sensul vieții, consecințele pierderii asupra celor dragi și viitorul acestora. Convingerile spirituale, religioase se pot schimba. S-ar putea ca persoana să se simtă mângâiată de credință sau să simtă furie față de Dumnezeu.

Deși doliul anticipativ este un fenomen comun ambelor grupuri, modul în care acesta este trăit și exprimat diferă semnificativ între pacienți și aparținători:

- Pacienții tind să exprime mai mult dimensiuni intrapersonale ale doliului anticipativ: confruntarea cu propriul sfârșit/propria finitudine, redefinirea sensului vieții, gestionarea suferinței fizice și spirituale. De multe ori, aceștia manifestă o nevoie profundă de autonomie, demnitate și control asupra propriului parcurs (Rando, 2000);
- Aparținătorii îngrijitori experimentează mai intens dimensiuni relaționale și practice: pierderea progresivă a persoanei iubite, povara îngrijirii, teama de momentul morții și de viața de după deces. La aceștia, riscul de distres prelungit și îndoliere complicată post-deces este mai ridicat dacă nu primesc sprijin adecvat în această perioadă. (Waldrop, 2007a).

Dacă nevoile pacientului nu pot fi satisfăcute acasă, îngrijitorul ar putea să simtă vinovăție pentru că este nevoit să transfere pacientul în spital sau instituții de îngrijire paliativă.

S-a constatat că măsura în care un membru al familiei experimentează durerea înainte de decesul persoanei dragi poate prezice funcționarea pe termen lung în cazul doliului, inclusiv dezvoltarea depresiei sau a tulburării de doliu complicat persistent (TDCP).

9.2. Factori care influențează intensitatea manifestărilor doliului anticipativ

- Stadiul bolii și proximitatea morții,
- Calitatea relației pacient–familie,
- Experiențe anterioare de pierdere,
- Resurse psihologice individuale și mecanisme de coping,
- Sprijinul social și spiritual,
- Factorii culturali și religioși (Nielsen et al., 2017).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

9.3. Evaluarea și instrumentele de măsurare ale doliului anticipativ

Evaluarea doliului anticipativ reprezintă o componentă fundamentală a îngrijirii paliative, având rolul de a identifica nivelul de stres psihologic și de a ghida intervențiile clinice timpurii. Screening-ul și evaluarea doliului anticipativ este pusă în legătură cu detectarea precoce a posibilității dezvoltării tulburării de doliu complicat persistent la membrii familiei și la aparținători (Aoun et al., 2020). În concordanță cu standardele internaționale, screeningul și evaluarea continuă a distresului emoțional asociat pierderii anticipate sunt considerate intervenții de bază în îngrijirea paliativă integrată (EAPC2023 Abstract Book, 2023; IPOS 2022 Abstracts Booklet, 2022).

Instrumente de evaluare pentru doliul anticipativ

Ghidurile internaționale, recomandă integrarea evaluării și intervențiilor legate de doliu anticipativ în îngrijirea oncologică și îngrijirea paliativă. Aceste documente de referință subliniază importanța abordării proactive și multidimensionale a suferinței pacientului și familiei, cu accent pe identificarea timpurie a distresului emoțional și intervențiile psihosociale integrate în planul de tratament. În viziunea acestor ghiduri, gestionarea eficientă a doliului anticipativ este inseparabilă de o îngrijire de calitate, orientată spre nevoile holistice ale pacientului și familiei acestuia.

De asemenea, îngrijirea paliativă abordează doliul anticipativ nu doar ca fenomen individual, ci și ca proces relațional și contextual, plasat în interacțiunea dintre pacient, familie și echipa de îngrijire (D. W. Kissane et al., 2006). În acest sens, comunicarea empatică, planificarea anticipată a îngrijirii (advance care planning) și intervențiile integrate devin instrumente esențiale în gestionarea acestui tip de doliu.

Instrumente standardizate de evaluare:

- **Genograma.** Psihiatrul american, Murray Bowen, a dezvoltat conceptul de genogramă în cadrul activității sale de pionierat în terapia familială și terapia sistemică în anii 1970. Genogramele sunt utilizate într-o varietate de domenii, precum medicina, psihiatria, psihologia, asistența socială, cercetarea genetică și educația. Genograma este o reprezentare grafică a unui arbore genealogic ce afișează date detaliate



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

despre relațiile dintre indivizi. Ea depășește cadrul unui arbore genealogic tradițional, permițând utilizatorului să analizeze tiparele ereditare și factorii psihologici care influențează relațiile.

- *The Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS)*. Scala de stres pentru îngrijitori Kingston este o scală concepută pentru a permite unui îngrijitor familial să exprime nivelul de stres pe care îl simte în prezent în legătură cu îndatoririle de îngrijire a persoanelor cu demență și cancer (Poudel et al., 2024). Este validat în România unde s-a realizat un studiu care evidențiază KCSS ca fiind un instrument fiabil pentru evaluarea stresului îngrijitorilor copiilor și adulților cu dizabilități (Iacob et al., 2021). KCSS constă dintr-un set de zece întrebări grupate în trei categorii: îngrijire, familie și probleme financiare (Anexa 1).
- *Instrument de evaluare a riscului de doliu (C-BRAT) - Bereavement Risk Assessment Tool* Instrumentul este utilizat cu permisiunea Victoria Hospice Society, BCGuidelines.ca: Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease (Anexa 2)
- *Anticipatory Grief Scale (AGS)*, dezvoltat de Theut și colaboratorii (1991) Acesta evaluează intensitatea și tipologia simptomelor emoționale, cognitive și comportamentale asociate doliului anticipativ în perioada premergătoare decesului. Scala a fost validată în multiple contexte, inclusiv în oncologie, și oferă un cadru cuantificabil pentru identificarea pacienților și aparținătorilor cu niveluri crescute de stres anticipativ (Coelho & Barbosa, 2017) (Anexa3)
- *Prolonged Grief Disorder instruments (PG-13 R, ICG, etc.)* pot fi utilizate pentru a identifica pattern-uri disfuncționale de doliu care pot apărea chiar în fazele anticipative, mai ales la aparținători cu vulnerabilități emoționale preexistente sau în situații de prognostic rezervat. Instrumentul PG-13R este în curs de validare în România (Anexa 4 și Anexa 5).
- *Instrumentele: Termometrele emoțional și Distress Thermometer (Termometrul stresului)* Termometrele emoționale sunt utilizate pentru screening-ul stresului. Acest instrument permite pacienților să raporteze pe o scală de la 0 la 10 starea emoțională resimțită pe parcursul ultimelor 7 zile. Scala prezintă diferite stări emoționale posibile sub forma unor termometre, ajutând astfel vizual persoana care raportează. O notă mai mare denotă o intensitate mai puternică a emoției, în timp ce o notă mai mică denotă o intensitate mai scăzută a emoției. În cadrul instrumentului, persoanele pot raporta cât de mult au resimțit în ultima săptămână stres, anxietate, depresie, furie, respectiv măsura în care au avut nevoie de ajutor de la ceilalți pentru a face față emoțiilor resimțite (Anexa 6 și Anexa 7).

Page 66



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* (Kroenke et al., 2001) poate fi folosit complementar pentru a surprinde nivelurile generale de distres psihologic, anxietate și depresie care se suprapun adesea fenomenului de doliu anticipativ. Acest chestionar nu mai apare în anexe deoarece este folosit în mod curent de către echipele interdisciplinare din paliative, în evaluarea holistică a pacienților.
- *Chestionarul COPE* (Carver et al., 1989) cu 53 de itemi, este un instrument cu auto-raportare utilizat pentru evaluarea strategiilor de coping elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989). Chestionarul COPE vizează 15 forme de coping, care pot avea preponderent un caracter activ sau pasiv. Fiecare formă de coping este evaluată prin 4 itemi. De asemenea, acest chestionar este deja foarte bine cunoscut de echipele interdisciplinare și nu mai este regăsit în anexă. El poate evidenția strategiile de coping ale îngrijitorului.
- *Strategii de coping și mecanisme de suport în doliu anticipativ*
 - Gestionarea doliului anticipativ în context oncologic implică recunoașterea faptului că pacienții și aparținătorii utilizează o gamă variată de strategii de coping, care pot avea funcții adaptative sau, dimpotrivă, disfuncționale. Cercetările din domeniile psihologice și paliative contemporane evidențiază faptul că modul de a face față anticipării pierderii influențează în mod direct nivelul de distres, calitatea relațiilor, capacitatea de decizie și evoluția doliului ulterior.
- *Scala tipurilor de atașament pentru adulți (AAS) Adult Attachment Scale* (Collins & Feeney, 2000) Scala constă din 18 itemi notați pe o scală Likert cu 5 puncte (Anexa 8). Ea măsoară stilurile de atașament ale adulților denumite „Sigur”, „Anxios” și „Evitant”, definite astfel:
 - Sigur = scoruri mari la subscalele Apropiere și Dependență, scoruri mici la subscala Anxietate
 - Anxios = scoruri mari la subscala Anxietate, scoruri moderate la subscalele Apropiere și Dependență
 - Evitant = scoruri scăzute pe subscalele Apropiere, Dependență și Anxietate



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

9.4. Evaluări calitative și exploratorii

Abordările calitative oferă o înțelegere mai profundă a trăirilor subiective asociate pierderii anticipate. Interviuurile semi-structurate, grupurile de sprijin focalizate sau jurnalele narative, poezii și desene ale pacienților și aparținătorilor permit captarea nuanțelor experienței de doliu anticipativ inclusiv dimensiunile spirituale, existențiale și relaționale care pot scăpa măsurărilor standardizate (Waldrop, 2007a)

Aceste metode calitative sunt încurajate de ghidurile IPOS și EAPC pentru a completa evaluările standardizate, mai ales în contextul unor nevoi individuale complexe sau în situații culturale diverse (EAPC2023 Abstract Book, 2023)

Provocări în procesul de evaluare.

Evaluarea doliului anticipativ ridică o serie de provocări clinice și etice:

- Suprapunerea simptomelor cu alte tulburări emoționale (anxietate, depresie, stres post-traumatic), ceea ce poate îngreuna diferențierea clară a fenomenului anticipativ (Thomas et al., 2014a)(Nielsen et al., 2017)
- Variabilitatea în disponibilitatea pacientului sau familiei de a discuta despre pierdere, ceea ce poate limita utilitatea evaluărilor standardizate la anumite momente ale traiectoriei bolii (Waldrop, 2007b)
- Contexte culturale și religioase diverse, care pot influența modul în care este trăit și exprimat doliul anticipativ, necesitând adaptarea culturală a instrumentelor de evaluare (Coelho & Barbosa, 2017)

Principii recomandate pentru evaluarea clinică

Pentru a crește acuratețea și relevanța evaluării clinice, este recomandabil:

- Screening sistematic și repetat al doliului anticipativ, integrat în evaluările psihosociale de rutină.
- Combinarea instrumentelor standardizate (ex. AGS, PG-13, Distress Thermometer) cu evaluări calitative pentru o imagine completă a experienței pacientului și familiei.
- Abordarea interdisciplinară în procesul de evaluare, implicând psihologi, medici, asistente medicale, asistenți sociali și consilieri spirituali, specializați în îngrijiri paliative.
- Respectarea autonomiei pacientului și a contextului cultural și spiritual în timpul procesului evaluativ.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Importanța evaluării timpurii

Evaluarea timpurie a doliului anticipativ are beneficii clinice directe. Identificarea precoce a persoanelor cu niveluri ridicate de stres permite intervenții psihosociale adaptate, reducerea riscului de doliu complicat post-deces și îmbunătățirea calității vieții pacientului și aparținătorilor în ultimele faze ale bolii. (Prigerson et al., 2009b)

Prin urmare, evaluarea doliului anticipativ nu trebuie privită ca un act punctual, ci ca un proces dinamic și integrat în traseul oncologic, cu rol preventiv, terapeutic și de susținere psihosocială a întregii familii.

Impactul asupra relațiilor familiale și al dinamicii sistemului de suport

Anticiparea pierderii determină transformări profunde în sistemul familial: redistribuirea rolurilor, intensificarea legăturilor emoționale sau, dimpotrivă, apariția conflictelor și rupturilor relaționale.

În unele cazuri, familiile răspund (*"The Melbourne Family Grief Study, I," 1996*) prin creșterea coeziunii și solidarității, facilitând procesele de sprijin reciproc și luarea deciziilor comune.

În alte situații, anticiparea pierderii generează tensiuni legate de comunicare, diferențe în modul de a face față situației și chiar izolare emoțională a membrilor (Coelho & Barbosa, 2017).

Aceste dinamici pot amplifica suferința emoțională și pot influența negativ capacitatea familiei de a funcționa ca sistem de suport eficient pentru pacient. Prin urmare, evaluarea și abordarea doliului anticipativ trebuie să aibă în vedere nu doar individul, ci întregul context familial.

Impactul asupra traiectoriei doliului post-deces

Studiile longitudinale arată că nivelurile ridicate de doliu anticipativ pot fi predictorii importanți ai doliului complicat după deces, în special în rândul aparținătorilor (Prigerson et al., 2009b); (Nielsen et al., 2017)

Deși pentru unii indivizi doliu anticipativ poate funcționa ca mecanism pregătitor și protector, pentru alții, în absența unui sprijin adecvat, poate conduce la reacții patologice post-deces, cum ar fi depresia majoră, tulburarea de adaptare sau tulburarea de doliu complicat.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Prin urmare, recunoașterea timpurie a impactului doliului anticipativ nu are doar valoare clinică imediată, ci și valoare preventivă asupra sănătății mintale pe termen lung.

Impact asupra procesului decizional medical

Doliul anticipativ influențează în mod semnificativ modul în care pacienții și familiile se raportează la luarea deciziilor medicale, în special în etapele avansate ale bolii.

Pacienții pot manifesta tendința de a evita sau amâna discuțiile despre prognostic, tratamente paliative sau decizii de final de viață, din cauza conflictului dintre speranță și acceptarea realității (*Rando, 2000; Thomas et al., 2020*).

Aparținătorii pot avea dificultăți în procesarea informațiilor medicale, pot manifesta negare sau pot deveni hipervigilenți, ceea ce poate complica dialogul decizional cu echipa medicală.

Ghidurile internaționale recomandă ca evaluarea doliului anticipativ să fie integrată în procesul de planificare a îngrijirilor la finalul vieții (Notă: România nu are Directive Avansate de Îngrijire) și în discuțiile despre deciziile medicale majore. Astfel, emoțiile și distresul psihologic nu sunt tratate ca simple consecințe ale bolii, ci ca factori activi care modelează calitatea procesului decizional.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

10. TULBURAREA DE DOLIU PRELUNGIT (doliul complicat)

*„Avem nevoie de un sentiment
al comunității când suntem în doliu, pentru că
nu suntem mențiți să trăim doliul în izolare,
ca niște insule de durere.”- David Kessler*

Majoritatea oamenilor își pot procesa adecvat durerea în decurs de un an în cazul adulților sau în decurs de 6 luni în cazul copiilor sau adolescenților. Acest lucru nu înseamnă că și-au uitat persoana iubită sau că nu mai sunt afectați de pierderea suferită, însă sunt funcționali și nu mai sunt afectați grav de suferința provocată de durerea intensă, într-o măsură care să le limiteze activitățile zilnice în mod regulat. Au reușit să meargă mai departe în viață și să integreze pierderea suferită în noua lor realitate. Cu toate acestea, există unele persoane care dezvoltă ceea ce se numește tulburare de doliu prelungit și continuă să aibă simptome severe de doliu pentru o perioadă îndelungată de timp.

Putem observa astfel că

- După câțiva ani, persoanele îndoliate nu pot vorbi despre persoana decedată fără a simți de fiecare dată o durere intensă și proaspătă.
- Bunurile materiale ale persoanei decedate rămân complet neatinse, ca un altar.

Sau constatăm că persoana îndoliată are:

- Un istoric de depresie care poate face dificilă rezolvarea doliului.
- Gândurile suicidare ce continuă după câțiva ani.
- Fobii legate de boală sau moarte ce afectează viața de zi cu zi a persoanei îndoliate.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Definiție și prevalență

Prolonged Grief Disorder (PGD): Tulburarea de doliu prelungit se manifestă ca durere emoțională intensă, dor persistent după persoana decedată, preocupare obsesivă, dificultăți de acceptare și pierderea sensului (Prigerson et al., 2009).

ICD-11 International Classification of Disease este promovat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Versiunea ICD-11 2024 include detalii despre diagnostice îmbunătățite și instrumente digitale perfecționate pentru a sprijini sistemele de sănătate la nivel global. Noul sistem de clasificare internațională a bolilor și a terminologiilor medicale conexe are inclus și un nou diagnostic pentru tulburarea de doliu prelungit (ICD-11_{PGD}).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) este clasificarea standard a tulburărilor mentale utilizată de profesioniștii din domeniul sănătății mintale din Statele Unite. Versiunea revizuită include un nou diagnostic PGD (tulburarea de doliu prelungit).

Prevalența globală a acestei tulburări este de aproximativ 10–13% dintre persoanele îndoliate (Comtesse et al., 2024).

Criterii pentru tulburarea de doliu prelungit	
ICD - 11	DSM-5-TR
<i>Istoric de doliu</i> după moartea unui partener, părinte, copil sau altă persoană dragă.	<i>Moartea, cu cel puțin 12 luni în urmă</i> , a unei persoane apropiate persoanei îndoliate (pentru copii și adolescenți, cu cel puțin 6 luni în urmă).
<i>Cel puțin unul dintre următoarele simptome:</i> • dorință persistentă și omniprezentă pentru persoana decedată; • preocupare persistentă și omniprezentă pentru persoana decedată.	De la momentul decesului, apariția unei reacții de doliu persistentă caracterizată <i>prin unul sau ambele dintre următoarele simptome</i> , care au fost prezente în majoritatea zilelor într-un grad semnificativ din punct de vedere clinic: ▪ dor intens/nostalgie pentru persoana decedată și



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- preocupare pentru gânduri sau amintiri legate de persoana decedată (la copii și adolescenți, preocuparea se poate concentra asupra circumstanțelor decesului).

În plus, simptomul (simptomele) a (au) apărut aproape în fiecare zi, cel puțin în ultima lună.

Cel puțin un simptom de durere emoțională intensă: tristețe, vinovăție, furie, negare, învinovățire; dificultate în acceptarea morții; sentimentul că s-a pierdut o parte din sine; incapacitatea de a experimenta stări de spirit pozitive; amorțeală emoțională; dificultate în implicarea în activități sociale sau de altă natură.

De la momentul decesului, *cel puțin 3 dintre următoarele simptome* au fost prezente în majoritatea zilelor într-un grad semnificativ din punct de vedere clinic: perturbarea identității (de exemplu, sentimentul că o parte din sine a murit) de la momentul decesului; sentiment pronunțat de neîncredere în ceea ce privește decesul; evitarea amintirilor care duc la conștientizarea faptului că persoana a murit (la copii și adolescenți, acest simptom poate fi caracterizat prin eforturi de a evita amintirile); durere emoțională intensă (de exemplu, furie, amărăciune, tristețe) legată de deces; dificultăți de reintegrare în relațiile și activitățile personale după deces (de exemplu, probleme în relațiile cu prietenii, în urmărirea intereselor sau în planificarea viitorului); amorțeală emoțională (absența sau reducerea semnificativă a experienței emoționale) ca urmare a decesului; sentimentul că viața nu are sens ca urmare a decesului; singurătate intensă ca urmare a decesului. În plus, simptomele au apărut aproape în fiecare zi, cel puțin în ultima lună.

Tulburarea provoacă o *afectare semnificativă a funcționării* personale, familiale, sociale, educaționale, profesionale sau în alte domenii importante.(ICD-11).

Tulburarea provoacă *suferință sau afectări semnificative din punct de vedere clinic* în domenii importante ale funcționării sociale, profesionale sau de altă natură.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Reacțiile de doliu care au persistat pentru perioade mai lungi, dar care se încadrează în perioada normativă de doliu, având în vedere contextul cultural și religios al persoanei, sunt considerate reacții normale de doliu și nu sunt diagnosticate.

Durata și afectarea: persistă pe o perioadă anormal de lungă (cel puțin 6 luni); după pierdere, depășește în mod clar normele sociale, culturale sau religioase așteptate pentru cultura și contextul individului.

Durata și severitatea reacției de doliu depășesc în mod clar normele sociale, culturale sau religioase așteptate pentru cultura și contextul individului. Simptomele nu pot fi explicate mai bine prin tulburarea depresivă majoră, tulburarea de stres posttraumatic sau o altă tulburare mentală, și nici nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe (de exemplu, medicamente, alcool) sau unei alte afecțiuni medicale.

Tabelul 4. Criteriile pentru tulburarea de doliu prelungit din ICD-11 și DSMV-TR

Tulburarea de doliu prelungit ICD – 11 - Caracteristici clinice suplimentare:

- Preocuparea persistentă a persoanei se poate concentra asupra circumstanțelor decesului sau se poate manifesta prin comportamente precum păstrarea tuturor bunurilor persoanei decedate, exact așa cum erau înainte de moartea acesteia. Persoana poate alterna între preocuparea excesivă și evitarea amintirilor legate de persoana decedată.
- Alte caracteristici ale tulburării de doliu prelungit pot include probleme de adaptare fără persoana iubită, dificultăți în a-și aminti amintiri pozitive despre persoana decedată, dificultăți în a avea încredere în ceilalți, retragere socială și sentimentul că viața nu are sens.
- Pot apărea consumul crescut de tutun, alcool și alte substanțe, precum și ideile și comportamentul suicidar.

10.1. Factori de risc pentru tulburarea de doliu prelungit

Există factori de risc identificabili care pot crește probabilitatea unei persoane de a dezvolta tulburarea de doliu prelungit. Circumstanțele traumatiche, cum ar fi moartea soțului/soției sau a unui copil, moartea unui părinte în copilărie sau adolescență, morți subite, neașteptate și premature (în special dacă



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

sunt asociate cu circumstanțe îngrozitoare), morți multiple (în special în urma unor dezastre) și morți prin omor sau ucidere din culpă pot prelunge doliul.

Persoanele vulnerabile, cum ar fi cele cu o stimă de sine scăzută, cu încredere scăzută în ceilalți, cu tulburări psihiatrice anterioare, cu amenințări sau tentative de suicid anterioare, cu vârsta tânără a persoanei decedate, cu un sprijin social perceput ca fiind mai scăzut, cu un atașament ambivalent față de persoana decedată, cu un atașament dependent față de persoana decedată și cu un atașament nesigur față de părinți în copilărie (în principal frică învățată sau neputință învățată) pot, de asemenea, crește riscul de doliu prelungit. Alți factori care pot contribui la reacții de doliu prelungit sunt gândurile maladaptive (de exemplu, vina), comportamentele de evitare, incapacitatea de a gestiona emoțiile dureroase, diferențele de sănătate și statut social și lipsa sprijinului social care interferează cu adaptarea la pierdere (Szuhany et al., 2021).

Îngrijitorii care trec prin pierderi progresive și doliu anticipativ pot trăi un proces adaptativ care să conducă la un doliu normal, dar dacă apar factori de risc, pot ajunge să trăiască un doliu complicat (Nielsen et al., 2016)

10.1.1. Factori de risc pentru Tulburare de doliu prelungit (PGD) la îngrijitori:

- stres, nervozitate, suprasolicitare (Liljeroos et al., 2024)
- pregătire insuficientă, impact mare asupra vieții, sănătății și relațiilor
- funcționare familială deficitară (Thomas et al., 2014b)
- tulburări psihice preexistente (Ribera-Asensi et al., 2024)
- stil de atașament anxios/evitant & dependență emoțională ridicată (Mason et al., 2020)



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate



Figura 8. Factori de risc pentru doliul complicat (Burke&Neimeyer, 2012; Lichtenthal et al., 2020)

Rezultatele studiilor care evaluează diferențele în funcție de sex în cazul durerii prelungite sunt mixte, unele arătând diferențe minore (Maccallum et al., 2023). Alte rezultate ale studiilor au arătat că bărbații tind să manifeste niveluri mai ridicate de suferință acută, care scad în timp, iar femeile tind să aibă simptome care se intensifică în timp. (Lundorff et al., 2020). Sunt studii care au raportat sexul feminin și sprijinul social redus ca factori de risc pentru durerea prelungită (Pop-Jordanova, 2021). Există probabil variații personale și culturale semnificative care afectează aceste rezultate.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Factori de risc pentru doliul complicat (TDCP)	Exemple de posibile întrebări pentru persoana îndoliată legate de acești factori:
Vinovăție	Vă simțiți vinovat în legătură cu ceva care ține de relația ta cu ____? Sau vă simțiți vinovat de ceva legat de îngrijirea medicală sau moartea lui ____?
Regret	Aveți vreun regret legat de relația dvs. cu ____ sau legat de îngrijirea medicală/decesul ____?
Izolare	Simțiți că aveți sprijinul persoanelor din viața dumneavoastră? V-ați simțit vreodată singur?
A experimentat multiple pierderi sau a avut stresori majori	Ați suferit și alte pierderi în această perioadă dificilă, cum ar fi pierderea altor persoane importante din viața dumneavoastră, a locului de muncă sau a unor roluri importante în viața dumneavoastră?
Probleme/ greutăți financiare	Ați întâmpinat probleme financiare? Ați întâmpinat probleme financiare de la moartea sau ca urmare a situației sociale actuale?
Dependența în relație sau provocări relaționale	Depindeți/ați depins mult de ____ pentru a vă ocupa de aspecte precum finanțele, gătitul, utilizarea computerului sau luarea unei decizii importante? Depindeți / ați depins mult de ____ pentru sprijin emoțional? Uneori, într-o relație există multă tensiune și certuri sau conflicte. Așadar, ar descrie asta relația dumneavoastră cu?
Istoric individual cu probleme de sănătate emoțională/mintală sau traumă	Ați avut vreodată perioade de depresie, anxietate sau alte probleme emoționale în viața dumneavoastră? În ce măsură ați întâmpinat în viața dumneavoastră provocări traumatizante (de exemplu, pierderea unei persoane dragi, separare, abuz)? În trecut, v-ați gândit vreodată să vă puneți capăt zilelor?
Circumstanțe neașteptate sau dureroase ale decesului	Cât de pregătit vă simțiți pentru moartea/decesul ____? Pierderea ____? Ați trăit momente traumatizante în timpul bolii sau decesului ____? Sunteți supărat din cauza circumstanțelor care au dus la moartea lui ____ (de exemplu, durerea, dificultățile de respirație, delirul sau singurătatea)?



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Gradul de rudenie	(Dacă nu este în cunoscută legătura de rudenie) Care este gradul de rudenie sau relația cu _____ ? Părinții, soții tineri și soții în vârstă, mai izolați prezintă un risc mai mare de doliu complicat.
--------------------------	--

Tabelul 5. Întrebări posibile pentru a evalua factori de risc în doliu complicat

10.2. Reacții, manifestări, simptome în tulburarea de doliu prelungit

Reacțiile de doliu duc la simptome somatice și psihologice complexe. Acestea variază de la o persoană la alta și în cadrul aceleiași persoane de-a lungul timpului.

Reacții de șoc, confuzie, amorțeală, trăirea desprinderii, negare, furie, neputință, incapacitate de a depăși starea acută de doliu.

Gânduri: Doliul poate provoca apariția de gânduri recurente, intruzive, dureroase, confuzie, dificultăți de concentrare, afectarea memoriei și halucinații.

Manifestări fizice: Durerea poate provoca senzații fizice precum senzația de strângere și greutate în piept sau gât, greață sau tulburări stomacale, amețeli, dureri de cap, amorțeală, slăbiciune musculară, tulburări gastrointestinale, tensiune sau oboseală, cardiomiopatie Takotsubo, etc.

Comportamente: Acestea includ dificultăți de somn, pierderea interesului pentru activitățile zilnice, incapacitate de a se angaja în activități potențial satisfăcătoare și o tendință spre agresivitate sau iritabilitate, incapacitate de a forma alte relații interpersonale.

Simptome psihologice: Vinovăție, furie, frustrare, ostilitate, iritabilitate, neliniștea, incapacitatea de concentrare, dor intens, nostalgie, anxietate.

Fiziopatologie

Stresul fiziologic rezultat din durerea intensă poate avea o serie de consecințe. Creșterea numărului de evenimente cardiovasculare și cerebrovasculare a fost asociată cu durerea intensă, ducând în unele cazuri la infarct miocardic sau cardiomiopatie. Cardiomiopatia Takotsubo, numită și sindromul inimii frânte sau



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

cardiomiopatia de stres, este un alt sindrom cardiovascular declanșat de durerea intensă. Această afecțiune constă în slăbirea ventriculului stâng, ceea ce duce la umflarea apicală cauzată de stres emoțional sau fizic sever, cum ar fi pierderea unei persoane dragi, o boală bruscă, un accident grav sau un dezastru natural (de exemplu, un cutremur). Cardiomiopatia Takotsubo apare la femei în 90% din cazuri, cel mai frecvent la femeile aflate în postmenopauză, și se rezolvă adesea în decurs de o lună.

Au fost teoretizate diverse mecanisme pentru a explica asocierea dintre durerea intensă și patologia fiziologică. Factorii declanșatori emoționali sunt legați de creșterea hormonilor de stres, eliberarea de catecolamine și stimularea crescută a sistemului nervos simpatic. Acest stres poate duce la modificări hemodinamice, inclusiv următoarele:

- Vasoconstricție
- Creșterea tensiunii arteriale
- Creșterea frecvenței cardiace
- Aritmii
- Creșterea activității și agregării trombocitelor
- Eliberarea de citokine proinflamatorii
- Creșterea eliberării de endotelină
- Producția de fibrinogen (care favorizează destabilizarea plăcii și o stare protrombotică)

Doliul complicat (Tulburarea de doliu prelungit) poate da naștere și la consecințe fiziologice mai subtile, care pot proveni din anhedonie sau izolare socială. Persoanele afectate pot fi mai puțin înclinate să-și satisfacă nevoile de îngrijire medicală, pot reduce aportul nutrițional, exercițiile fizice și somnul și pot deveni izolate social — toate acestea având consecințe negative asupra sănătății mentale și fizice.

10.3. Evaluarea tulburării de doliu prelungit

Este esențială crearea unui spațiu sigur în care persoana îndoliată să poată discuta despre durerea ei în timpul evaluării, deoarece aceasta poate fi reticentă în a aborda acest subiect și poate avea nevoie de o invitație sau de o întrebare directă pentru a începe să vorbească despre durerea ei. De asemenea, persoanele



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

pot să nu fie pe deplin conștiente de modul în care se manifestă durerea lor și pot să nu fie conștiente de faptul că aceasta poate duce la multe afecțiuni fizice comune.

Având în vedere diversitatea modurilor în care oamenii reacționează și se adaptează la doliu, poate fi dificil să se prevadă funcționarea lor pe termen lung în perioada de șase luni de după deces. De aceea, particularitățile doliului anticipativ ale îngrijitorilor sunt importante. Nu se recomandă screeningul sistematic și predictiv al tuturor persoanelor care au suferit recent o pierdere. Instrumentele standardizate și validate pot fi utilizate pentru a identifica tulburarea de doliu prelungit, începând cu șase luni după deces. Acest lucru poate facilita trimiterea la profesioniști specializați și intervenția adecvată.

Prevalența tulburării de doliu prelungit (PGD) în îngrijiri paliative

- 11,3% dintre îngrijitorii pacienților paliativi prezintă PGD la aproximativ 11 luni post-deces (Thomas et al., 2014b)
- 14% rămân simptomatici la 3 ani post-pierdere (Zordan et al., 2019)

Caracteristică	Doliu normal	Doliu anticipativ	Doliu prelungit (PGD)
Moment	Post-deces	Pre-deces	>6 luni (ICD-11) / >12 luni (DSM-5-TR) post-deces
Reacții emoționale	Tristețe, dor, suferință	Tristețe + anxietate + ambivalență	Dor intens, durere persistentă, blocaj
Funcție	Adaptativ	Adaptativ/uneori vulnerabilizant	Disfuncțional, patologic
Traectorie	Ameliorare graduală Evoluție flexibilă	Fluctuații Poate facilita adaptarea sau poate crește riscul de doliu complicat	Persistentă, stagnare Necesită intervenție clinică
Impact funcțional	Minim/moderat	Variabil	Semnificativ
Risc	Optim	Risc PGD dacă e sever	Suicid, depresie, mortalitate ↑

Tabelul 6. Diferențiere între tipurile de doliu



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nu toți îngrijitorii care intră în doliu anticipativ vor avea un doliu complicat (PGD), dar nivelurile crescute de distress anticipativ sunt predictorii importanți ai PGD post-deces (Nielsen et al., 2017).

Mecanisme comune și distincte:

- toate tipurile de doliu au legătură cu tipul de atașament, cu pierderea, pierderea sensului și reorganizarea identitară (Bowlby, n.d.; Worden, 2018a)
- doliu anticipativ amplifică tensiunea între speranță vs. acceptare (Rando, 2000)
- tulburarea de doliu prelungit se caracterizează prin blocare în procesul de prelucrare a pierderii, evitări persistente și rigiditate emoțională (Prigerson et al., 2009b) și risc suicidar și necesită intervenție clinică (psihiatrică și psihoterapeutică)

ATENȚIE

- Tulburarea de doliu prelungit este asociată cu un risc mai mare de idei și comportamente suicidare, chiar și atunci când se controlează depresia și tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) și este și mai pronunțată în cazul supraviețuitorilor unei tentative de sinucidere. Datele din mediile de cercetare clinică sugerează că între 20% și >50% dintre persoanele care solicită tratament au prezentat idei suicidare (Shear et al., 2014).
- Mai mult, reacțiile de doliu prelungit sunt asociate în mod unic cu afectarea generală a sănătății, inclusiv cancer și probleme de sănătate, (Chen et al., 1999), precum și cu creșterea consumului de substanțe (Parisi et al., 2019).

10.4. Instrumente de evaluare în tulburarea de doliu prelungit

În acest capitol este oferită o selecție de instrumente pe care autorii acestui ghid le-au considerat utile în oferirea suportului pentru persoanele aflate în perioada de doliu. Unele dintre aceste instrumente sunt deja folosite de echipa interdisciplinară din îngrijirea paliativă (Genograma, PHQ-9, Scala HAD, Chestionarul COPE, Termometrul distressului). Unele dintre ele au fost validate pe populația românească,



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

fiind disponibile oricui dorește să le utilizeze (IES-R, GAD-7). O a treia categorie este cea a instrumentelor dezvoltate la nivel internațional care nu sunt validate pe populația românească și pentru care este oferită doar traducere, demersul de validare fiind în curs (PG-13 R). În afară de acestea sunt adăugate listele de verificare pentru criteriile de diagnostic de Tulburare de doliu prelungit: din ICD-11 (checklist) și pentru pentru DSMV-TR (SCIP)

1. Inventory of Complicated Grief (ICG) (Prigerson et al., 1995)

- unul dintre cele mai importante instrumente pentru evaluarea doliului complicat (complicated grief), tradus frecvent ca Inventarul Doliului Complicat sau Scala Doliului Complicat. Realizat de Holly G. Prigerson și echipa sa în 1995, la Yale University / Weill Cornell Medical College. Prin acest instrument se realizează Evaluarea intensității și naturii simptomelor asociate doliului complicat, adică o reacție de doliu persistentă, intensă și disfuncțională. ICG a fost dezvoltat pentru a distinge doliul normal de doliul complicat, un tip de reacție de pierdere caracterizată prin: incapacitatea de a accepta pierderea, durere emoțională intensă și persistentă, dificultăți de adaptare și reluare a vieții cotidiene. Este structurat cu 19 itemi cu răspunsuri pe scala Likert de 5 puncte. (Anexa 5)

2. PG-13-R (Prigerson et al., 2021)

- este un instrument de evaluare conceput pentru a ajuta clinicienii să diagnosticheze cu precizie tulburarea de doliu prelungit. Respondenții răspund la un total de 13 întrebări. Primele două întrebări solicită informații despre pierderea cu care se confruntă respondentul. Întrebările 3-12 solicită respondentului să evalueze cât de des experimentează simptome legate de doliu (de exemplu, aveți dificultăți în a crede că persoana care a murit a dispărut cu adevărat?) pe o scară de la „Deloc” la „Copleșitor”. Ultima întrebare evaluează afectarea funcțională cauzată de durere. PG-13-R este utilizat pe scară largă în mediul clinic pentru a distinge tulburarea de doliu prelungit de doliul normal, contribuind la dezvoltarea unor intervenții terapeutice adecvate (Anexa 4).

3. Termometrul de suferință (Distress Thermometer – DT revizuit în 2012, NCCN 2013)

- este un instrument de screening rapid dezvoltat de NCCN (National Comprehensive Cancer Network) pentru a evalua nivelul de suferință globală (distress) la pacienții oncologici.
- Scopul principal:



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Identificarea precoce a pacienților care se confruntă cu suferință psihologică, emoțională, socială sau spirituală;
- Facilitarea intervențiilor de suport psihologic, social sau medical adecvate (Anexa 6).

4. ICD – 11 Checklist (ICD-11, 2025)

- utilizează doar o abordare tipologică, ceea ce înseamnă că descrierile diagnosticului sunt simple și nu există cerințe stricte privind numărul de simptome pe care trebuie să le experimenteze o persoană pentru a îndeplini pragul diagnostic (Anexa 9).

5. Interviu clinic structurat pentru tulburarea de doliu prelungit (SCIP) (Prigerson et al, 2023)

- este un checklist realizat după DSM 5- TR care evaluează frecvența și intensitatea simptomelor, precum și amploarea afectării funcționale datorate acestora. (Anexa 12)

6. PHQ-9 - Patient Health Questionnaire-9

- este un instrument de screening și monitorizare utilizat pentru a evalua severitatea depresiei la pacienți. Este derivat din instrumentul mai larg, Patient Health Questionnaire (PHQ), și este compus din 9 întrebări care se bazează pe criteriile de diagnostic pentru depresie din Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale, ediția a IV-a (DSM-IV).

7. GAD-7

- este un instrument practic și scurt de autoevaluare, utilizat pe scară largă pentru depistarea tulburării de anxietate generalizată (GAD), o formă severă de tulburare de anxietate dificil de identificat. (Anexa 10)

8. (IES-R) Scala de impact al evenimentului revizuită (Anexa 11)

- este o măsură de autoevaluare cu 22 de itemi utilizată pentru a evalua simptomele tulburării de stres posttraumatic (PTSD) la adulții expuși unui eveniment traumatic (Weiss, 2007). IES-R a fost dezvoltată ca o revizuire a Scalei de impact a evenimentului originală (Horowitz et al., 1979) pentru a se alinia mai bine cu criteriile DSM pentru PTSD. Scala solicită respondenților să evalueze cât de stresante au fost anumite dificultăți în ultimele șapte zile în legătură cu un anumit eveniment traumatic. IES-R cuprinde trei subscale care evaluează trei grupuri de simptome principale ale PTSD, astfel cum sunt conceptualizate în DSM:



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- *Intruziune*: măsoară gândurile și sentimentele intruzive, coșmarurile și imaginile asociate cu evenimentul traumatic.
- *Evitarea*: evaluează eforturile de a evita gândurile, sentimentele sau amintirile legate de traumă, precum și amortizarea reactivității.
- *Hiperactivitate*: măsoară creșterea excitației fiziologice și a reactivității după traumă.

9. Scala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

- Scala HAD realizată de Zigmond și Snaith, în 1983 este o măsură succintă de autoevaluare, concepută special pentru a depista anxietatea și depresia la pacienții din spital. Severitatea anxietății și depresiei este evaluată folosind două subscale (HADS-A și HADS-D), fiecare constând din șapte itemi care sunt evaluați pe o scală de tip Likert cu cinci puncte.

Pentru facilitarea utilizării instrumentelor recomandate, consultați tabelul sumativ următor, în care se regăsesc denumirile instrumentelor, o scurtă descriere, ce măsoară și ce profesionist ar putea folosi acel instrument.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
1.	Genograma	Evaluare inițială + anamneză De la preluarea pacientului și a familiei în servicii de ÎP -se completează și pe parcurs în funcție de evoluția relațiilor din familie.	Nu este cazul.	Evidențiază grafic o perspectiva multigenerațională a structurii familiei pacientului, evidențiază relațiile, tipare de comportament, factori psihologici.	Toți membrii echipei interdisciplinare	Nu este cazul.
2	The Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS)	De la preluarea pacientului și a familiei în servicii de ÎP Doliu anticipativ Poate fi folosit și pentru a monitoriza schimbările nivelului de stres în timp, pe măsură ce situația îngrijitorului se schimbă.	10 itemi - Scala Likert în 5 puncte (de la fără stres, probleme- până la stres extrem). Poate fi completat de către îngrijitor sau poate fi completat și de către un membru al echipei interdisciplinare prin telefon.	Instrument conceput pentru a permite unui membru al familiei- îngrijitorul să-și exprime nivelul perceput de stres, în ceea ce privește îngrijirea. Nivelul subiectiv de stres al îngrijitorului: -ușor 10-14, -moderat 15-23, -sever 24 – 50.	Poate fi folosit de toți membrii echipei interdisciplinare.	Tradus și validat în România.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
3	Instrument de evaluare a riscului de doliu (C-BRAT) -Bereavement Risk Assessment Tool	Instrument folosit pentru evaluarea îngrijitorului legat de riscul de doliu complicat. Poate fi folosit și înainte de decesul pacientului, în doliul anticipativ, dar și după decesul acestuia.	40 indicatori de risc, grupați în 11 categorii.	Este un instrument fiabil și valid care măsoară potențialele probleme în doliu, și include factori de risc și de protecție, reziliență, oferă oportunitatea de a identifica acești factori înainte de decesul pacientului.	Medic (în perioada pre-deces), Asistent medical, Asistent social, psiholog, Consilier spiritual.	Permisune de folosire
4	Anticipatory Grief ale (AGS)	Folosit înainte de decesul pacientului, pentru identificarea doliului anticipativ.	Scala autoadministrată cu 27 de itemi care măsoară experiența de doliu a îngrijitorului. Scala Likert cu 5 puncte, variind de la 1 (total dezacord) la 5 (total acord).	Evaluează intensitatea și tipologia simptomelor emoționale, cognitive și comportamentale asociate doliului anticipativ în perioada premergătoare decesului.	Medicii, asistenții sociali, asistenții medicali, psihologi și consilieri spirituali pot identifica problemele cu care se confruntă pacienții și membrii familiei înainte de decesul pacientului.	Tradus în România Este urmat în anexă de un mesaj al cercetătorului care l-a creat, legat de scorare, interpretare, nu este validat în România.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
5	Termometrul emoțional	Screening-ul distresului Folosit pentru îngrijitori înainte de decesul pacientului, în doliul anticipativ, dar și după decesul acestuia.	Indicatori emoționali cheie pentru: -stres, -anxietate, - depresie, -furie, -nevoie de ajutor.	Măsoară nivelul perceput de îngrijitor (persoana îndoliată) în ultimele 7 zile legat de: stres, anxietate, depresie, furie, nevoie de ajutor.	În perioada pre-deces poate fi folosit de toți membrii echipei interdisciplinare apoi de profesioniștii din serviciul de doliu, nivel 1, 2.	Validat, folosit de mult timp în România, adaptat la diferite categorii de pacienți.
6	Termometrul distresului/ suferinței Distress Thermometer (National Comprehensive Cancer Network)	Este un instrument de screening rapid dezvoltat de NCCN. Folosit pentru îngrijitori înainte de decesul pacientului, în doliul anticipativ, dar și după decesul acestuia.	Indicatori emoționali cheie + o listă de probleme care monitorizează persoana: la nivel fizic, emoțional, social,	Folosit pentru membrii familiei pacienților din IP - Identifică și abordează experiențele neplăcute ale îngrijitorului care pot îngreuna gestionarea procesului de doliu. Folosit inițial pentru pacienți: să identifice și să abordeze experiențele neplăcute ale pacienților care pot	Poate fi folosit de toți membrii echipei interdisciplinare.	DT revizuit în 2012, NCCN 2013. Termometrul de distress și lista de probleme NCCN este disponibil în 71 de limbi,



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
7	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	În perioada de la preluarea dosarului pacientului și familiei și până la ieșirea din serviciile de doliu a îngrijitorului -screening, diagnosticare și monitorizarea gravității depresiei la adulți.	spiritual și la altor nevoi. Itemi despre nouă simptome depresive comune din ultimele două săptămâni, acordând fiecăruia un punctaj de la 0 la 3. Punctajele indicând depresie minimă, ușoară, moderată, moderat-severă sau severă și necesită evaluarea suplimentară a riscului	Îngreuna gestionarea cancerului, a simptomelor sale sau a tratamentului. Este un chestionar scurt, utilizat pe scară largă, pentru screening, diagnosticare și monitorizarea gravității depresiei la adulți și copii cu vârsta de peste 13 ani. Este utilizat în asistența medicală primară și în alte contexte pentru a urmări eficacitatea tratamentului și pentru a ghida managementul simptomelor. Poate fi folosit complementar pentru a surprinde nivelurile generale de stres psihologic, depresie care se suprapune adesea fenomenului de	Medici, asistenți medicali, asistenți sociali, psihologi din echipa interdisciplinară, în perioada pre-deces, iar după decesul pacientului membrii serviciilor de doliu nivel 1, 2 .Dacă se semnalează la îngrijitor depresie ușoară -până la moderată medicii tratează în funcție de	inclusiv în limba română. Tradus și validat în România.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
			de suicid dacă al nouălea item (gânduri suicidare) este confirmat.	doliu anticipativ sau în perioada de doliu după decesul pacientului. Se bazează pe criteriile de diagnostic pentru depresie din Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale, ediția a IV-a (DSM-IV).	durata simptomelor și afectarea activității zilnice; pentru depresie moderat- severă și severă medicii psihiatri tratează depresia cu antidepresive, psiholog specializat -psihoterapie și/sau o combinație de tratamente.	
8	Chestionarul COPE (Carver et al., 1989)	Folosit în perioada de pre-deces pentru identificarea strategiilor de coping și mecanismelor de suport în doliu anticipativ.	53 de itemi, vizează 15 forme de coping, care pot avea preponderent un caracter activ sau	Instrument cu auto-raportare utilizat pentru evaluarea strategiilor de coping. Gestionarea doliului anticipativ în oncologie presupune recunoașterea diversității strategiilor de coping	Psiholog din echipa interdisciplinară din ÎP, membru al serviciilor de sprijin în doliu.	Tradus și validat în România



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
			pasiv. Fiecare formă de coping este evaluată prin 4 itemi.	utilizate de pacienți și aparținători, care pot avea efecte atât adaptative, cât și disfuncționale. Aceste modalități de adaptare influențează semnificativ nivelul de stres, calitatea relațiilor, procesele decizionale și traiectoria doliului ulterior.		
9	Scala tipurilor de atașament pentru adulți (AAS) Adult Attachment Scale (Collins & Feeney, 2000)	Folosit în perioada de pre-deces pentru identificarea tipului de atașament pe care îl manifestă îngrijitorul	Scala constă din 18 itemi notați pe o scală Likert cu 5 puncte.	Ea măsoară stilurile de atașament ale adulților denumite „Sigur”, „Anxios” și „Evitat”, definite astfel: Sigur = scoruri mari la subscalele Apropiere și Dependență, scoruri mici la subscala Anxietate.	Psiholog din echipa interdisciplinară din ÎP, membru al serviciilor de sprijin în doliu.	Tradus și validat în România.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
10	Inventory of Complicated Grief (ICG) (Prigerson et al., 1995)	Inventory of Complicated Grief (ICG) facilitează identificarea persoanelor care pot necesita consiliere specializată în doliu sau intervenții specifice pentru tulburarea de doliu prelungit. Dovezile empirice indică faptul că scorurile ridicate la ICG se asociază cu dificultăți persistente	19 itemi Scala de răspuns de la 0 la 4 (de la niciodată la mereu)	Anxios = scoruri mari la subscala Anxietate, scoruri moderate la subscalele Apropiere și Dependență. Evitant = scoruri scăzute pe subscalele Apropiere, Dependență și Anxietate. ICG este conceput pentru a identifica și cuantifica simptomele doliului complicat, diferențiindu-le de cele asociate în mod obișnuit cu depresia și anxietatea legate de pierderea unei persoane dragi. Cercetările au demonstrat că anumite simptome specifice doliului complicat, cum ar fi dorul persistent, tristețea intensă și	Nivel 2 și 3 Psiholog clinician, psihoterapeut Este un instrument utilizat de psihologi clinicieni pentru a evalua severitatea doliului complicat la persoanele îndoliate,	Tradus în limba română, nu este validat.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
11	PG-13-R (Prigerson et al., 2021)	de funcționare personală, socială și profesională, conferind instrumentului atât valoare diagnostică, cât și prognostică în evaluarea riscului de stres și disfuncționalitate pe termen lung. PG-13-R ajută la recunoașterea persoanelor care ar putea avea nevoie de consiliere specializată în doliu sau de intervenții menite să abordeze tulburarea de doliu prelungit (TDP).	Respondenții răspund la un total de 13 întrebări. Primele două întrebări solicită informații despre pierderea cu care se confruntă respondentul.	evitarea amintirilor legate de pierdere, sunt distincte de tiparele emoționale observate în alte afecțiuni psihologice legate de doliu. Scorul PG-13-R implică evaluarea a 13 elemente care măsoară durata, severitatea și impactul simptomelor de doliu prelungit. Evaluarea este împărțită în trei secțiuni care se aliniază cu diagnosticarea tulburării de doliu prelungit folosind criteriile DSM 5-TR:	facilitând atât acuratețea diagnosticului, cât și adaptarea intervențiilor terapeutice. Nivel 2 Psiholog clinician, psihoterapeut. Este necesar pentru a afla când este necesar ca persoană îndoliată să fie trimisă către servicii de doliu specializate de	Tradus în limba română, în curs de validare în România.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
				-prezența pierderii și intervalul de timp, -prezența și intensitatea simptomelor principale, -deficiență funcțională. Dacă toate cele 3 secțiuni sunt indicate ca îndeplinind criteriile pentru tulburarea de doliu prelungit, diagnosticul este foarte probabil.	nivel 3 (medic psihiatru, psihoterapeut). Este un instrument utilizat de psihologi clinicieni pentru a evalua severitatea doliului complicat la persoanele îndoliate, facilitând atât acuratețea diagnosticului, cât și adaptarea intervențiilor terapeutice.	
12	ICD – 11 Checklist	În perioada post-deces, peste 6 luni de la decesul pacientului	Lista de simptome	Contribuie împreună cu chestionarele ICG și Pg-13-R	Psiholog clinician, psihoterapeut	Este conform criteriilor de



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
		Ajută la recunoașterea îngrijitorilor care ar putea avea nevoie de consiliere specializată în doliu sau de intervenții menite să abordeze tulburarea de doliu prelungit (TDP).		la realizarea unui diagnostic.	membru în echipa interdisciplinară, parte a serviciilor de doliu nivel 2.	diagnostic TDP din ICD-11.
13	Interviu clinic structurat pentru tulburarea de doliu prelungit (SCIP) după DSM5-TR	În perioada post-deces, peste 12 luni de la decesul pacientului. Ajută la recunoașterea persoanelor care ar putea avea nevoie de consiliere specializată în doliu sau de intervenții menite să abordeze tulburarea de doliu prelungit (TDP).	Listă de simptome cu răspunsuri	Contribuie împreună cu chestionarele ICG și PG-13-R la realizarea unui diagnostic.	Psiholog clinician, psihoterapeut membru în echipa interdisciplinară, parte a serviciilor de doliu nivel 2.	Este conform criteriilor de diagnostic TDP din DSM5 – TR.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
14	GAD-7	În perioada de la preluarea dosarului pacientului și familiei până la ieșirea din serviciile de doliu a îngrijitorului -screening, diagnosticare și monitorizarea gravității anxietății.	7 itemi cu răspunsuri de la 0- la 3 (de la niciodată -la aproape zilnic).	Este un instrument practic și scurt de autoevaluare, utilizat pe scară largă pentru depistarea tulburării de anxietate generalizată (GAD), o formă severă de tulburare de anxietate dificil de identificat. Anxietate minimă, ușoară, moderată, severă clinice TDP se asociază cu anxietatea și depresia complicând diagnosticul.	Medici, asistenți medicali, asistenți sociali, psihologi din echipa interdisciplinară, în perioada pre-deces, membrii serviciilor de doliu nivel 1, 2 după decesul pacientului.	Tradus și validat în România.
15	(IES-R) Scala de impact al evenimentului revizuită	În perioada post-deces, peste 12 luni de la decesul pacientului Ajută la recunoașterea persoanelor care ar putea avea nevoie de consiliere specializată	22 de itemi	Scala utilizată pentru a evalua simptomele tulburării de stres posttraumatic (PTSD) la adulții expuși unui eveniment traumatic. Se aliniază bine cu criteriile DSM pentru PTSD	Psiholog clinician, psihoterapeut membru în echipa interdisciplinară, parte a serviciilor de doliu nivel 2	Tradus și validat în România.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
		(nivel 3) în doliu sau de intervenții menite să abordeze tulburarea de doliu prelungit.		Comorbidități și consecințe clinice. TDP se poate asocia cu PTSD complicând diagnosticul.	Servicii de doliu specializate de nivel 3 (medic psihiatru, psiholog clinician, psihoterapeut) Este un instrument utilizat de psihologi clinicieni pentru a evalua severitatea doliului traumatic la persoanele îndoliate, facilitând atât acuratețea diagnosticului, cât și	



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nr. crt.	Titlul instrumentului de evaluare	Utilizare	Nr itemi	Ce măsoară	Care dintre profesioniști îl poate folosi	Informații legate de traducere/ validare
16	Scala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)	În perioada de la preluarea dosarului pacientului și familiei și până la ieșirea din serviciile de doliu a îngrijitorului – screening, diagnosticare și monitorizarea gravității anxietății și depresiei	2 subscale HADS-A HADS-D fiecare constând din șapte itemi care sunt evaluați pe o scală de tip Likert cu cinci puncte.	Este un chestionar cu 2 subscale de autoevaluare, conceput special pentru a depista anxietatea și depresia la pacienții din spital, dar și la membrii familiilor acestora. Măsoară severitatea anxietății și depresiei. Comorbidități și consecințe clinice TDP se poate asocia cu anxietatea și depresia complicând diagnosticul.	adaptarea intervențiilor terapeutice. Medici, asistenți medicali, asistenți sociali, psihologi din echipa interdisciplinară, în perioada pre-deces, membrii serviciilor de doliu nivel 1, 2 după decesul pacientului.	Tradus și validat în România.

Tabel 7. Tabel sumativ instrumente de evaluare în doliu



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Comorbidități și consecințe clinice

PGD se asociază frecvent cu *depresie, anxietate și PTSD*, complicând diagnosticul și tratament (Komischke-Konnerup et al., 2021).

Consecințe severe:

- Ideeație suicidară (Sekowski & Prigerson, 2022)
- afectare funcțională (Nielsen et al., 2020)
- scăderea calității vieții (Maccallum & Bryant, 2020)
- tulburări de somn
- probleme cardiovasculare
- risc crescut de mortalitate

În mod tradițional, doliul se distinge de tulburarea depresivă majoră, dar se stabilește și o diferențiere între doliul normal și doliul complicat. Compararea doliului normal cu cel complicat, cu tulburarea depresivă majoră și sindromul post-traumatic implică compararea trăsăturilor definitorii și a distincțiilor dintre ele. Diagnosticul diferențial permite apoi și găsirea celor mai bune mijloace de intervenție.

10.5. Tulburarea depresivă majoră și tulburarea de doliu prelungit

Relația dintre depresie și doliu este complexă și adesea derutantă chiar și pentru cei mai experimentați profesioniști. DSM-III a introdus criteriile de excludere legate de doliu pentru diagnosticul depresie majoră. Acest lucru a avut scopul de a proteja împotriva confundării doliului cu depresia, etichetării eronate ca boală, patologizării și/sau tratării inadecvate. Nu se putea pune diagnosticul de Tulburare depresivă majoră (TDM) în primele 2 luni de doliu, cu excepția cazului în care simptomele depresive și disfuncțiile erau deosebit de severe, definite prin simptome de inutilitate morbidă, retard psihomotor, idei suicidare, trăsături psihotice sau dizabilități marcate.

Page 98



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Criteriile de excludere legate de doliu au fost eliminate din DSM-5. Tulburarea depresivă majoră are mai multe caracteristici comune cu tulburarea de doliu prelungit, printre care tristețea, plânsul, izolarea socială și retragerea, tulburările de somn, sentimentul de inutilitate și vinovăție, precum și ideile suicidare. Cu toate acestea, s-a demonstrat că acestea sunt sindroame distincte, în ciuda unor similitudini în ceea ce privește sentimentul de inutilitate și vinovăție, precum și ideile suicidare. De obicei, tristețea, lacrimile și izolarea socială sunt mai generalizate în tulburarea depresivă majoră, cu dovezi de anhedonie generalizată cu reactivitate scăzută. În tulburarea de doliu prelungit, aceste simptome sunt mai specific legate de pierderea unei persoane dragi și pot include dorința de a se reuni cu persoana decedată, precum și căutarea apropierei; în plus, evitarea amintirilor dureroase legate de permanența morții poate contribui la izolare și la afectarea funcțională, cum ar fi evitarea prietenilor sau a activităților împărtășite anterior atunci când un soț moare. Acest comportament contrastează cu retragerea generală și motivația scăzută asociate cu tulburarea depresivă majoră. Ambele afecțiuni pot fi asociate și cu idei și comportamente suicidare. Persoanele îndoliate păstrează adesea capacitatea de a râde, de a aprecia confortul și sprijinul rudelor și vecinilor, de a fi consolete și de a recunoaște că momentele pe care le trăiesc se vor atenua în timp.

	Tulburare de doliu prelungit	Tulburarea depresivă majoră
Caracteristici principale	Pierdere, dorință, dor și gânduri și amintiri despre decedat	Disforie și/sau anhedonie
Disforie	Durere în valuri declanșată de amintiri	Tinde să persiste
Vinovăție	De obicei centrată pe fapte făcute sau nefăcute în relație cu decedatul	Mai mult legată de trăirea de lipsă de valoare și „nu merit”
Modificări psihomotorii	Rareori intense, persistente și pervazive	Agitație și/sau lentă persistentă
Manifestare în timp	Cel puțin 6 luni (ICD-11) sau 12 luni (DSM-5-TR) după decesul persoanei dintr-o relație semnificativă	Tot timpul (incluzând și înainte și după decesul persoanei semnificative)

Page 99



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Ideație suicidală	Dacă apare este de cele mai multe ori legată de dorința de a-l urma pe cel decedat, de a fi împreună cu acesta	Dacă apare, este motivată de prezența unei dureri de nesuportat, lipsă de valoare
-------------------	--	---

Tabelul 8: Diferențierea TDP de TDM

10.6. Doliul traumatic (PTSD)

În categoria de doliu traumatic, le includem pe toate cele care sunt cauzate de moartea subită și violentă a unei persoane dragi: accidente rutiere, accidente de muncă, omucideri, atacuri etc. În cele mai multe dintre aceste cazuri, durerea este însoțită de tulburarea de stres post-traumatic (PTSD) sau cel puțin de unele dintre simptomele sale.

Trauma este asamblată în jurul a trei axe:

1. Evenimentul traumatic, fie că este vorba de un accident, o omucidere sau un eveniment care, deși obiectiv poate părea inofensiv, este traumatizant pentru cel care l-a trăit, deoarece nu are suficiente resurse pentru a-i face față. Important este modul în care este experimentat acest eveniment și depinde de resursele pe care le are la dispoziție aparținătorul. Percepția subiectivă asupra evenimentului este mai importantă și se întâmplă întotdeauna să fie asociată cu groază, distrugerea sau sentimentul de devastare.
2. Agitație sau perturbare constantă, cunoscută și sub numele de excitare activată.
3. Evitarea a tot ceea ce are legătură cu evenimentul traumatic și imaginile aferente cu privire la această situație care ar fi putut fi stocate.

Potrivit mai multor studii, pierderea bruscă este mai dificil de procesat decât alt deces în care pierderea poate fi anticipată. Această dificultate se datorează faptului că persoanele îndoliate nu au posibilitatea de a se pregăti mental sau emoțional pentru pierdere. Procesele mentale și emoționale au nevoie de o anumită perioadă de timp pentru a putea asimila impactul. Frecvent, este declanșat un proces de șoc, în care persoana îndoliată nu poate crede ce s-a întâmplat. Acest blocaj, normal la început, este



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

legat de procesul de asimilare, în care mecanismele de apărare sunt activate pentru a ne proteja de realitatea morții.

- Caracteristica definitorie a acestui tip de durere este sentimentul de irealitate pe care cel care îl exprimă cu privire la moartea persoanei iubite. Prin urmare, sprijinul principal se va concentra pe a-i ajuta să treacă peste realitatea pierderii.
- Alte senzații frecvente cu privire la durerea traumatică sunt sentimentele de vinovăție. Este deosebit de important să ne amintim împreună cu cei îndoliați cum au trăit moartea în sine: cum au primit vestea, cum au reacționat ei și cercul lor social, cum s-au desfășurat ritualurile de rămas bun etc.

	Doliu normal	Tulburare de doliu prelungit (TDP) Prolonged Grief Disorder (PGD)	Tulburare Depresivă Majoră (TDM) legată de Doliu	Tulburare de Stres Posttraumatic Legată de Doliu (TSPT)
Trăsături Definitorii	Dorul pentru cel decedat Tristețe Neîncredere Tulburări de somn, apetit și concentrare Furie Vinovăție Relație continuată în plan emoțional cu defunctul	Simptomele intense ale doliului acut persistă, iar individul pare "blocat" Simptomul central este dorul intens, persistent și debilitant Neîncredere persistentă și dificultate în acceptarea realității pierderii Pierderea sensului și a scopului Tulburare de identitate Amorțală emoțională	Tristețe pervazivă Anhedonie Pierderea interesului Modificări ale apetitului sau ale somnului Sentimente de inutilitate	Retrăirea simptomelor, precum gânduri intruzive și flashback-uri Evitarea interacțiunii sociale și a scenariilor declanșatoare Amorțală emoțională Hipervigilență Iritabilitate
Distincții	Simptomele sunt de obicei mai intense în	Punctul central al durerii este relația pierdută	Cogniții și sentimente depressive se	Reacție ca urmare că este martor la sau



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Doliu normal	Tulburare de doliu prelungit (TDP) Prolonged Grief Disorder (PGD)	Tulburare Depresivă Majoră (TDM) legată de Doliu	Tulburare de Stres Posttraumatic Legată de Doliu (TSPT)
săptămânile și lunile imediate după o pierdere semnificativă Emoțiile vin în „valuri” Intensitatea simptomelor diminuează în timp, cu creșteri ale durerii în jurul amintirilor defunctului, aniversărilor, sărbătorilor și evenimentelor importante	Se distinge de tulburarea depresivă majoră (TDM) și tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) prin „distresul de separare” Mai cronic și stabil în timp decât TDM Evitarea amintirilor absenței decedatului Reamintiri deliberate despre viața decedatului	concentrează adesea pe sine, pe alții din afara decedatului, pe lume și pe viitor Tristețea pervazivă este mai proeminentă	experimentează un eveniment traumatic Cognițiile se concentrează adesea pe circumstanțe stresante legate de boală sau deces Evitarea se concentrează pe aspectul stresant al circumstanțelor de sfârșit de viață sau deces și nu pe evitarea relației Frica predomină, tristețea este mai puțin proeminentă Gânduri intruzive, nedorite despre eveniment

Tabel 9. Diagnostic diferențial în cazul doliului (Marziliano et al., 2018)

10.7. Alte tipuri de doliu

Doliul nepermis sau neacceptat (Disenfranchised Grief)

Doliul nepermis reprezintă experiența pierderii unei persoane sau a unui lucru care nu este recunoscut în mod deschis sau validat social. Acest tip de durere poate proveni din diverse situații, cum ar fi pierderea unui animal de companie, sfârșitul unei relații netradiționale sau moartea unei persoane pe



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

care societatea o consideră mai puțin importantă sau nu o acceptă. Aspectul unic al durerii neacceptate este că persoanele îndoliate se pot simți neînțelese sau neajutorate în procesul de doliu din cauza lipsei de recunoaștere din partea celorlalți. De exemplu, poate exista o puternică stigmatizare asociată morții care rezultă dintr-o supradoză sau sinucidere, iar durerea celui îndoliat să fie ignorată. Această durere privată de drepturi, neacceptată poate apărea și în cazurile în care pierderea nu se datorează unei morți reale, ci mai degrabă unui traumatism cranian, abuzului de substanțe sau unei afecțiuni de sănătate mintală care alterează semnificativ o relație.

În îngrijirea paliativă, acest tip de doliu este deosebit de relevant (EAPC, 2023). Numeroase pierderi sunt nerecunoscute formal, cum ar fi:

- doliu al partenerilor neoficiali sau în relații nelegitimate juridic;
- doliu al copiilor și adolescenților, adesea minimalizat de adulți;
- doliu al profesioniștilor din sănătate, pentru care expresia emoției este uneori percepută ca nepotrivită;
- doliu non-deces: pierderea autonomiei, schimbarea imaginii corporale, infertilitatea sau pierderea rolurilor sociale (W. Breitbart et al., 2015)
- Cercetările recente arată că lipsa recunoașterii sociale este un predictor al vulnerabilității la tulburării de doliu prelungit. Într-o analiză teoretică amplă, Burke și colegii (2022) evidențiază că „invalidarea socială a durerii este asociată cu evitarea emoțională, rușine și ruminație persistentă”, toate mecanisme centrale în etiologia tulburării de doliu prelungit.

Este recomandabil ca profesioniștii din îngrijirea paliativă să identifice pierderile nerecunoscute și să ofere validare, intervenții educaționale și suport narativ pentru persoanele cu risc de izolare emoțională.

Pierdere ambiguă (Ambiguous Loss)

Conceptul de pierdere ambiguă a fost introdus de Pauline Boss (1999, 2006) și este descris ca și „cea mai stresantă formă de pierdere, deoarece nu are claritate, finalitate sau rezolvare” (Boss, 2006, p. 5). Boss identifică două forme:

- Tipul I – persoana este fizic absentă, dar psihologic prezentă,



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Tipul II – persoana este fizic prezentă, dar psihologic sau cognitiv absentă.

În cazul pacienților oncologici predomină Tipul II, observat frecvent la pacienții cu: encefalopatie tumorală, delir din faza terminală, demență asociată cancerului, schimbări severe de personalitate din cauza leziunilor cerebrale sau a tratamentelor agresive.

Literatura recentă confirmă că pierderea ambiguă este un factor de stres cronic care blochează procesarea doliului anticipativ. Autorii arată că ambiguitatea moderează relația dintre declinul pacientului și anxietatea îngrijitorului, creând „o stare prelungită de incertitudine existențială” (Killikelly et al., 2025)

Boss (2006) argumentează că, deoarece nu există o „linie de demarcație” între prezență și absență, familiile rămân captive între speranță și disperare, ceea ce duce la conflict familial, epuizare emoțională și dificultăți în luarea deciziilor medicale.

Intervențiile recomandate includ: normalizarea ambiguității (Boss, 2006), reconstruirea sensului (Neimeyer, 2012b), intervenții familiale sistemice, suport anticipativ structurat pentru tranziții (EAPC, 2023).

Pierderea secundară (Secondary Loss)

Durerea provocată de pierderea secundară poate apărea atunci când o pierdere afectează mai multe aspecte ale vieții persoanei. Rezultatul final poate fi acela că ea va mai suferi de fapt o serie de pierderi, toate provenind din pierderea inițială.

Doliul cumulativ (Cumulated Grief)

Doliul cumulativ apare atunci când persoana suferă o a doua pierdere la scurt timp după (sau în timp ce încă procesează durerea provocată de) prima pierdere. Cunoscută și sub denumirea de *supraîncărcare emoțională* sau *supraîncărcare de doliu*, aceasta poate fi una dintre cele mai dificile forme de durere. Pierderea cumulativă poate duce la sentimentul „Nu mai pot face asta”. Dar, cu terapia și îndrumarea potrivite, persoana poate trece peste toate tipurile de durere, inclusiv cea cumulativă.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Durere cronică recurentă (Chronic Sorrow)

Conceptualizat pentru prima dată de Eakes et al. (1998), durerea cronică recurentă reprezintă un răspuns emoțional recurent, oscilant, declanșat de pierderi continue și neîncheiate. Autorii definesc durerea cronică recurentă ca o „durere permanentă, dar fluctuantă, rezultată din pierderi continue, nu dintr-un eveniment singular”.

În îngrijirea paliativă, durerea cronică recurentă este observată în special la: îngrijitorii pacienților cu evoluție lungă și fluctuantă (ex. cancer metastatic controlat perioade lungi, insuficiență cardiacă avansată), familiile pacienților cu boli neurodegenerative, pacienții înșiși, când pierderile funcționale progresează treptat. (Eakes et al., 1998)

Literatura recentă confirmă că durerea recurentă este asociată cu: niveluri crescute de stres cronic, risc crescut de anxietate anticipativă, epuizare a îngrijitorilor și reducerea calității vieții (Liljeroos et al., 2022). Un aspect important este diferențierea doliului anticipativ de durerea cronică recurentă:

- Doliul anticipativ este un răspuns la pierderea iminentă (Rando, 2000; Nielsen et al., 2016).
- Durerea cronică recurentă este un răspuns recurent la pierderi continue, cumulative, fără un sfârșit clar (Eakes et al., 1998).

Recomandările clinice cuprind: intervenții axate pe coping flexibil și emoțional (Dysvik et al., 2005), suport terapeutic individual sau de grup, Terapie de doliu centrată pe familie pentru gestionarea conflictelor și a coeziunii familiale (D. Kissane, 2003), intervenții centrate pe sens (W. S. Breitbart & Poppito, 2014).

Doliul întârziat (Delayed Grief)

- Doliul întârziat apare atunci când persoana nu poate procesa emoțiile și sentimentele de doliu în urma unei pierderi în timp util. La nivel mental, integrează pierderea, în schimb la nivel emoțional nu. „În doliu, persoana poate să-l amâne pentru o perioadă, dar niciodată să-l evite” spunea Erich Lindeman (1944 - „Symptomatology and Management of Acute Grief”)
- La un moment dat, persoana e cuprinsă de sentimente incredibil de puternice de tristețe și dor, chiar dacă moartea persoanei dragi a avut loc cu mult timp în urmă. Aceasta poate fi resimțită ani de zile



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

după o pierdere și înseamnă, în esență, că reacția emoțională nu a avut loc atunci când ar fi trebuit. Acest lucru se poate datora disocierii, care este frecventă atunci când lucrurile sunt prea dureroase pentru a le putea simți. Pentru a face față, mintea ta blochează multe dintre gândurile, emoțiile și sentimentele asociate cu pierderea până când ești pregătit să le procesezi și să le gestionezi.

Factori care contribuie la dezvoltarea unui doliu întârziat

- Emoții nerezolvate în legătură cu persoana decedată
- Evenimente (importante pentru persoană) care distrag persoana de la procesul de prelucrare a pierderii (nu pot acum să mă ocup de asta)
- Trăsături de personalitate - detașare emoțională
- Lipsă de suport resimțită în familie sau comunitate

Doliul complicat este diferit de doliul întârziat. Cu toate acestea, uneori unul poate duce la celălalt. În ambele cazuri, poate fi necesară asistența unui consilier specializat în doliu pentru a ajuta persoana să depășească emoțiile nerezolvate.

Doliul mascat

Persoana îndoliată a devenit atât de obișnuită să-și suprime sentimentele de durere emoțională, încât acestea se manifestă prin alte simptome. Durerea mascată se poate manifesta prin simptome fizice sau comportamente care tind să afecteze sau să împiedice funcționarea normală în viață. Cu toate acestea, de cele mai multe ori, persoana nu va putea vedea legătura dintre simptome, comportamente și pierderea suferită.

Deși cercetările arată acum clar că fiecare individ va trece prin procesul de doliu în ritmul propriu și că nu există o „soluție rapidă” pentru a evita durerea asociată cu doliul, este esențial să recunoaștem situațiile în care doliul poate fi mascat. Pe termen scurt, mascarea durerii este o abilitate de supraviețuire, deși una nesănătoasă, care permite concentrarea asupra supraviețuirii și îndeplinirii sarcinilor cotidiene, care sunt în continuare necesare chiar și după pierderea unei persoane importante din viață.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Pe termen lung, durerea mascată este extrem de dăunătoare. Ea poate menține persoana într-un fel de impas, tendință de a rămâne în trecut și greutate de a merge mai departe, toată durerea pierderii rămânând să se manifeste la nivel somatic.

Doliul colectiv

El apare atunci când o comunitate, o societate, un sat sau o națiune se confruntă cu schimbări sau pierderi extreme. Durerea colectivă se poate manifesta în urma unor evenimente majore, cum ar fi: război, dezastre naturale sau alte evenimente care duc la victime în masă sau tragedii de amploare.

La fel ca durerea individuală, durerea colectivă este însoțită de un sentiment de lipsă de control. Nu am putut preveni pierderea sau schimbarea și ne simțim neputincioși în urma acesteia.

Nu numai că experimentăm această durere colectivă după orice perioadă de criză națională, dar putem simți și ceea ce se numește durere anticipativă pe măsură ce criza continuă. Durerea anticipativă este sentimentul pe care îl avem când, într-un fel, jelim și suferim preventiv. Vedem pierderea din jurul nostru și vedem că problemele nu au fost rezolvate, așa că știm că vor urma și altele.

Iar când comunități întregi încep să experimenteze durerea colectivă și anticipativă, sentimentul de a fi în afara controlului poate deveni mai puternic ca niciodată. În timp ce de obicei suntem în armonie doar cu propriile noastre procese de jale și doliu, acum suntem legați, conectați și în armonie cu procesele de jale și doliu ale altora.

Poate fi copleșitor, iar procesul de vindecare a durerii colective nu este întotdeauna la fel ca în cazul durerii individuale, ceea ce ne poate face să ne simțim și mai nepregătiți.

Concluzie

Procesul de doliu, în contextul bolilor avansate este multidimensional și rareori se încadrează strict într-o singură categorie. În practica paliativă, pacienții și familiile trăiesc simultan doliul normal, reacții de doliu anticipativ, experiențe de doliu nerecunoscut, pierdere ambiguă și episoade recurente de durere cronică, fiecare având funcții specifice, riscuri și implicații clinice.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Doliul normal reprezintă cadrul de referință, un răspuns emoțional natural la pierdere, orientat spre adaptare și reorganizare. În jurul acestui nucleu se dezvoltă însă forme particulare, care modifică traiectoria adaptativă și pot amplifica vulnerabilitatea emoțională. În doliul anticipativ, pierderea este trăită înaintea decesului propriu-zis, iar experiențele emoționale oscilează între speranță și pregătire. Acest proces poate fi fie un factor protector, facilitând adaptarea ulterioară, fie o sursă majoră de stres atunci când este intens, persistent sau neînsoțit de suport adecvat (Nielsen et al., 2016) (Coelho & Barbosa, 2017)

Doliul nerecunoscut social intervine atunci când expresia durerii nu este legitimată de contextul cultural sau instituțional. Această lipsă de recunoaștere afectează rețeaua de suport, amplifică izolarea și poate deturna chiar și un proces normal de doliu spre forme disfuncționale (Doka, 2002).

În îngrijirea paliativă apar multe pierderi: ale rolurilor, identității, autonomiei sau statutului care pot fi ignorate, iar îngrijitorii sau profesioniștii pot rămâne fără context de procesare a pierderii. Pierderea ambiguă este caracterizată prin absență psihologică cu prezența fizică a persoanei (Boss, 2006), perturbând fundamentul procesului de doliu. Lipsa de claritate, finalitate și predictibilitate blochează adaptarea emoțională, complicând atât doliul anticipativ, cât și doliul ulterior. Ambiguitatea nu permite persoanei să „închidă” relația, crescând riscul de anxietate, conflict familial și simptome de doliu prelungit.

Durerea cronică recurentă (chronic sorrow), în schimb, reflectă reacții repetate la pierderi continue, fluctuante și fără sfârșit clar, nu la un eveniment singular (Eakes et al., 1998). În îngrijirea paliativă, îngrijitorii și pacienții pot experimenta ani întregi de pierderi succesive ale funcționalității, autonomiei și identității, ceea ce generează o vulnerabilitate emoțională persistentă. Durerea cronică recurentă nu este patologică, dar poate epuiza resursele adaptative și predispune la forme complicate ale doliului.

10.8. Intervenții terapeutice

Deși consilierea și terapia pentru doliu pot părea similare, Worden (2010) oferă o distincție utilă.

- „Consilierea implică ajutarea persoanelor să treacă de la un doliu simplu sau normal la o adaptare sănătoasă la sarcinile doliului într-un interval de timp rezonabil” (Worden, 2018b).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Pe de altă parte, terapia pentru doliu implică tehnici mai specializate asociate cu tratarea „persoanelor cu reacții anormale sau complicate la doliu”. Sprijinul pentru doliu prin terapie este adesea cel mai potrivit atunci când reacția la doliu este: complicată și prelungită, complicată și întârziată, exagerată.

Terapia pentru doliu s-a dovedit a fi de ajutor pentru adulții îndoliați aflați în suferință, deși îmbunătățirile statistice au fost mici în unele studii. Tratamentul trebuie să fie specific pentru fiecare individ în parte, pentru a oferi beneficii maxime, și nu să fie administrat ca o intervenție de rutină (Currier et al., 2008)

În mod crucial, concluziile unui studiu din 2008 sugerează că intervențiile în caz de doliu accelerează procesul de adaptare, persoanele regăsind în cele din urmă nivelurile de funcționalitate dinaintea pierderii (Currier et al., 2008).

Cele mai multe studii au fost făcute cu:

- *Terapia cognitiv comportamentală (TCC)* (Bryant et al., 2014) s-a impus ca abordarea predominantă și cea mai eficientă, demonstrând versatilitate în formatele individuale, de grup și bazate pe internet. Inovații precum combinarea TCC cu mindfulness, terapia de expunere sau EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, adică desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări oculare). EMDR este o tehnică care s-a dovedit promițătoare, în special în tratarea durerii legate de traume (Srivastava et al., 2025).
- *Meaning-Centered Grief Therapy (MCGT)* – Terapia centrată pe sens (Lichtenthal et al., 2019) Psihoterapia centrată pe sens (MCP) a fost dezvoltată de Breitbart și colaboratorii săi pentru pacienții cu cancer în stadiu avansat și care suferă de o suferință existențială în fața morții. Inițial, a fost stabilită într-un format de grup (MCGP) și, ulterior, a fost adaptată la un format individualizat (IMCP). Până în prezent, MCP este adaptată îngrijitorilor de pacienți cu cancer (MCP-C), supraviețuitorilor de cancer (MCGP-CS), părinților îndoliați (MC-GT) și îngrijirii paliative (MCP-PC).

Ea are la origine Logoterapia lui Viktor Frankl.

- *Terapia de familie* este o formă de terapie prin conversație care se concentrează pe îmbunătățirea relațiilor dintre membrii familiei. De asemenea, poate ajuta la tratarea anumitor afecțiuni mentale sau comportamentale, cum ar fi tulburarea de consum de substanțe sau tulburarea de opoziție-sfidare. Terapia de familie a completat în mod util abordările individuale și de grup în ceea ce privește îngrijirea



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

persoanelor îndoliate. Lieberman a raportat pentru prima dată cazuri în care era necesară implicarea familiei pentru a depăși doliul cronic și complicat, pentru care tratamentul fusese inițial încercat individual și eșuase (Lieberman, 1979)

Mai puține studii realizate:

- **Analiza existențială și logoterapia** (Batthyány, 2016)
 - Analiza existențială este o psihoterapie fenomenologic-personală având drept scop sprijinirea persoanei de-a ajunge la o trăire (spirituală, emoțională) liberă, la o luare de atitudine autentică și la un comportament responsabil față de sine și față de lumea sa. Logoterapia este un domeniu particular al analizei existențiale dedicat analizei, profilaxiei și terapiei problemelor legate de sens și în special tratamentul lipsei de sens.
- **Reconstrucția narativă (NR),**
 - Concepută inițial pentru tratamentul tulburării de stres posttraumatic (PTSD), este o terapie integrativă limitată în timp, care constă în expunerea la memoria pierderii, reconstrucția detaliată în scris a narațiunii memoriei pierderii și elaborarea semnificației personale a acelei memorii pentru persoana îndoliată (Elinger et al., 2021).
- **Terapii de grup scurte pentru doliu complicat**
- **Alte intervenții: tabere de doliu, grupuri de suport pentru copii, mame, soți, grupuri de suport pentru personalul de îngrijire**



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

11. DOLIUL LA COPII



„Un copil supraviețuiește oricărei situații dacă i se spune adevărul. Inconștientul nu poate fi mințit, el cunoaște întotdeauna adevărul. Cea mai sigură cale prin care transmitem secrete nocive unui copil este aceea de a nu-i spune nimic: copilul va căuta, va descoperi sau își va imagina ceva mai rău decât realitatea”. Copilul nu-și va putea trăi suferința decât dacă părinții și familia i-o îngăduie și îl încurajează în acest sens. Lor trebuie să li se spună că nu sunt vinovați (și nici responsabili) de moartea altcuiva și că amintirea persoanei dispărute va rămâne veșnic în sufletul nostru.”- Psihoterapeut Mihaela Zaharia

Adulții și copiii reacționează diferit în cazul pierderii unei persoane dragi, datorită nivelurilor diferite de înțelegere a morții și capacității de a exprima lucrurile în mod diferit în diferite etape ale vieții. Până la sfârșitul copilăriei, majoritatea acestora înțeleg că moartea este:

- Permanentă și ireversibilă (corpul nu poate fi readus la viață),
- Inevitabilă (moartea este inevitabilă și nu poate fi evitată),
- Universală (moartea se întâmplă tuturor).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Aceste diferențe mari în modul în care copiii și adulții trăiesc durerea, sunt datorate faptului că primii nu au dezvoltat încă abilități complexe și abstracte de raționament pentru a-și exprima și înțelege sentimentele și emoțiile.

Reacțiile la copii diferă mult în funcție de *vârstă, nivelul de dezvoltare cognitivă și emoțională, precum și de experiențele anterioare și modul în care adulții din jur abordează subiectul.*

Doliul este unic pentru fiecare persoană, însă există unele aspecte comune care pot fi împărtășite în cadrul grupelor de vârstă. Explorarea modului în care se manifestă doliul la copii poate fi explicată cel mai bine prin împărțirea etapelor de dezvoltare, pe măsură ce copiii dobândesc abilități și le perfecționează pe parcursul creșterii:

1. *Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 2 ani (sugari și copii mici):*

- Nu înțeleg conceptul de moarte.
- Simt lipsa contactului fizic, a siguranței și a confortului dacă persoana care îi îngrijește moare.
- Doliul se manifestă prin schimbări în obiceiurile de somn sau alimentație, plâns sau iritabilitate și retragere. Când sunt copii mici, pot fi furioși și pot avea accese de furie sau pot reveni la comportamentul de bebeluși.
- *Reacții:* agitație, plâns excesiv, tulburări de somn, refuzul alimentației, regres în dezvoltare (ex: se întoarce la comportamente mai infantile).
- *Abordări/Tehnici.* Deși copiii de această vârstă nu înțeleg moartea, este totuși important, în calitate de profesioniști sau aparținători să le explicăm ce s-a întâmplat, în speranța că astfel le vom alina gândurile pe care le-ar putea avea despre abandonul persoanei dragi. Este important să folosim o terminologie simplă, dar corectă. A spune „Bunica a murit” sau „L-am pierdut” nu ajută copilul să înțeleagă pe termen lung. Moartea care survine la această vârstă pentru copil va fi revizuită pe măsură ce acesta ajunge la stadii ulterioare de dezvoltare, astfel încât stabilirea ritmului acum va reduce confuzia pentru ei atunci când vor deveni curioși mai târziu cu privire la moarte.

2. *Copiii cu vârsta cuprinsă între 3 și 6 ani:*



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Nu sunt capabili să înțeleagă că moartea este definitivă și pot întreba când se va întoarce persoana decedată.
- Confundă realitatea cu fantezia și pot crede că moartea a fost cauzată de magie.
- Durerea unui copil mic este de scurtă durată, sporadică și specifică situației. Este probabil să reapară sub diferite forme, odată cu fiecare etapă de dezvoltare ulterioară (Christ, 2000)
- De obicei, un copil de această vârstă poate fi fericit și bine într-un moment și apoi supărat în următorul (Stuber, 2001)
- *Reacții:* teamă de abandon, anxietate de separare, jocuri care includ moartea, întrebări repetitive despre persoana decedată. Pot apărea tulburări de somn, enurezis, regres, comportamente de imitare a celui pierdut.
- *Abordări/Tehnici.* La această vârstă este deosebit de important ca profesionistul să fie sincer și să ofere cât mai multe detalii pe care copilul le poate înțelege (Wolfelt, 2013). Acest lucru trebuie făcut pentru a reduce confuzia și a oferi cât mai multă claritate cu privire la eveniment. Astfel, copilul va înțelege că gândurile și acțiunile sale nu au influențat moartea persoanei dragi. Trebuie luate măsuri pentru a asigura copilul că va fi îngrijit și că plecarea persoanei dragi exclude posibilitatea ca aceasta să se întoarcă vreodată. Profesioniștii trebuie să încurajeze tutorii copilului să încerce să mențină rutina obișnuită a copilului și să îi permită să se comporte conform vârstei sale. Copiilor trebuie să li se spună ce se va întâmpla la slujba de înmormântare și la înmormântarea persoanei dragi și trebuie să li se ofere posibilitatea de a participa.

3. Copiii cu vârsta între 6 și 9 ani:

- Sunt capabili să înțeleagă că moartea este definitivă (permanentă) și că se întâmplă tuturor (universală), dar încă își imaginează că moartea poate fi evitată.
- Sunt interesați de aspecte practice, de exemplu ce se întâmplă cu corpul persoanei decedate.
- Pot simți că sunt responsabili pentru moartea persoanei respective din cauza comportamentului sau gândurilor lor (Quinn-Lee, 2014)



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Reacții: tristețe, vinovăție, anxietate, frică de moartea proprie sau a altor apropiați, dificultăți de concentrare la școală. Poate adopta o atitudine de aparentă indiferență, dar exprimă durerea prin joc sau desen.
- *Abordări/tehnici:* Terapiile care sunt deosebit de utile în lucrul cu copiii îndoliați includ jocul, arta, păpușile, marionetele, teatrul de masă și povestirea creată sau predefinită scopului, terapii expresive (desene animate și arte proiective). Aceste terapii sunt benefice deoarece permit exprimarea fără cuvinte a sentimentelor. Pentru un copil de această vârstă este mai ușor să deseneze sau să folosească o figurină pentru a-și exprima sentimentele decât să identifice aceleași emoții într-un format verbal. Utilizarea expresiei creative într-un mediu terapeutic poate ajuta un copil să-și exprime emoțiile și să-și proceseze propria durere (Glazer, 1998).

4. Copiii cu vârsta între 9 și 12 ani:

- Au aproximativ aceeași înțelegere a morții ca și adulții: moartea va veni pentru toată lumea mai devreme sau mai târziu (universală); nimeni nu poate scăpa de ea, inclusiv ei (inevitabilă); și moartea este pentru totdeauna (permanentă).
- Înțeleg că moartea poate fi bruscă și poate surveni în orice moment (nu doar pentru persoanele în vârstă și bolnave); pot să se teamă de propria moarte.
- Încep să se gândească la sensul vieții și la ce se întâmplă după moarte. Pot avea întrebări filozofice despre sensul vieții și al morții.
- *Reacții:* retragere socială, scăderea performanțelor școlare, comportamente de sfidare, frică de pierderi viitoare. Pot resimți furie, vinovăție, tristețe intensă, dar uneori ascunsă.
- *Abordări/tehnici.* Din nou, cea mai importantă abordare este să fii sincer și deschis când vorbești cu copilul despre moartea persoanei dragi. A lăsa copilul să participe la planificarea serviciului funerar pare să fie, de asemenea, util în procesul de acceptare a pierderii pentru această grupă de vârstă (Slate & Scott, n.d.-a 2009). Tehnicile care ar fi benefice pentru copiii din această grupă de vârstă includ utilizarea tăvilor cu nisip, a muzicii și a terapiilor recreative, pe lângă utilizarea terapiei prin joc și a terapiei prin artă.

5. Adolescenții (12-18 ani)



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Au o înțelegere adultă a morții, dar trăiesc intens emoțiile.
- Se confruntă cu confuzie identitară și crize existențiale. Pot să își asume riscuri pentru a „testa” viața.
- *Reacții*: izolare, comportamente de risc (alcool, fugă, agresivitate), depresie, preocupări pentru sensul vieții. Pot manifesta negare, furie, revoltă împotriva destinului sau lui Dumnezeu.
- *Abordări/Tehnici* De obicei, ei nu vor cere și nu vor accepta sprijinul adulților, deoarece acest lucru i-ar face să pară copilăroși. Cu toate acestea, majoritatea nu vor căuta alinare la un coleg, de teamă să nu pară slabi. De multe ori, acest lucru le creează ideea că trebuie să facă față singuri și să se controleze în exterior. Rezultatele doliului și pierderii nerezolvate pot duce la probleme de sănătate mintală continue, de la depresie, retragere socială, abuz de substanțe, comportamente rebele și probleme școlare (Slate & Scott, n.d.-b). Aparținătorii și profesioniștii pentru această grupă de vârstă pot ajuta, informând adolescentul că, turbulențele emoționale și confuzia pe care le simte sunt normale, că este în regulă să plângă sau să-și exprime aceste emoții nedorite, și că sunteți la dispoziția lui și îl veți ajuta în moduri adecvate. Fiți conștienți de faptul că durerea la această vârstă provoacă și contrazice percepția adolescenților despre ei înșiși ca fiind invincibili și poate crea întrebări și îndoieli în ceea ce privește viziunea lor religioasă și înțelegerea lumii (Ashar et al., 2025).

Tehnicile de sprijin care pot fi utilizate pentru această grupă de vârstă pot include relaxarea, cinema, muzică, terapia expresivă (desene animate, teatru și arte proiective) și terapia narativă (jurnal, scriere creativă, scriere de scrisori, poezie), carduri metaforice, colaje, atomul social.

Factori care influențează reacțiile copilului:

- Relația cu persoana decedată (părinte, bunic etc.),
- Modul în care familia discută despre moarte,
- Sprijinul emoțional oferit
- Experiențele anterioare cu pierderea



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Contextul cultural și religios.

Doliul se poate manifesta diferit la pacienții de vârste diferite. Copiii și adolescenții vor jeli în mod diferit, în funcție de stadiul lor de dezvoltare. Identificarea doliului prelungit la copii poate fi dificilă, în funcție de capacitatea copilului de a-și comunica emoțiile și nevoile. Se poate anticipa o intensificare a doliului și a suferinței dacă pierderea a fost a unei persoane de atașament primar sau a unui îngrijitor. Copiii îndoliați pot prezenta întârzieri în atingerea etapelor de dezvoltare sau furie și frustrare pentru că nevoile lor nu sunt satisfăcute. Copiii se bazează în mare măsură pe adulți și pe sprijinul social pentru a-i ajuta să facă față și să treacă prin procesul de doliu. Unele tipuri specifice de suferință observate la copii după o pierdere includ suferința de separare și suferința existențială sau de identitate.

Dacă moartea a survenit într-un mod traumatic, aceasta poate provoca imagini recurente ale traumei sau emoții complicate, de la auto-învinovățire la frică sau dorințe de răzbunare. Adulții bine intenționați pot limita informațiile oferite copiilor despre moarte pentru a-i proteja. Cu toate acestea, ei ar putea, de asemenea, să le limiteze capacitatea de a procesa moartea din cauza lipsei de claritate a informațiilor. Capacitatea unui copil de a conceptualiza pierderea și moartea este influențată de stadiul său de dezvoltare, de exemplu, capacitatea de a înțelege concepte abstracte. Se recomandă consultarea unui profesionist instruit în stadiile de dezvoltare și influența acestora asupra procesului de doliu pentru a sprijini procesul de doliu al unui copil.

Conform lui Alan Wolfelt, cele șase nevoi ale copilului îndoliat sunt:

1. Nevoia de a primi informații corecte și sincere

Copilul are nevoie de explicații oneste despre moarte, adaptate nivelului său de înțelegere, pentru a se simți în siguranță și pentru a evita confuziile sau temerile inutile.

2. Nevoia de a-și recunoaște și accepta emoțiile

Este important ca toate emoțiile copilului – tristețea, furia, frica, vinovăția sau confuzia – să fie validate ca reacții normale în procesul de doliu.

3. Nevoia de a-și exprima durerea în moduri proprii

Copiii își exprimă suferința diferit de adulți, prin joacă, desen, comportamente sau perioade de retragere; toate aceste forme de exprimare trebuie respectate.

4. Nevoia de a fi inclus și implicat



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Copilul are nevoie să fie inclus, în măsura în care își dorește, în ritualurile și momentele de comemorare, pentru a putea înțelege și integra pierderea.

5. Nevoia de a păstra o legătură continuă cu persoana decedată
Amintirile, poveștile și obiectele cu valoare emoțională ajută copilul să mențină o legătură sănătoasă cu persoana pierdută și să integreze pierderea în viața sa.

6. Nevoia de sprijin constant și de modele de adaptare
Copilul are nevoie de adulți disponibili emoțional, care să îi ofere stabilitate, să revină asupra subiectului pierderii și să modeleze modalități sănătoase de a face față doliului.

Având în vedere cele șase nevoi ale copilului îndoliat, gestionarea doliului înseamnă să oferim informații clare, să validăm emoțiile, să încurajăm exprimarea și să rămânem prezenți și disponibili pe termen lung.

11.1. Gestionarea doliului – particularități la copii

Pierderea unei persoane semnificative reprezintă una dintre cele mai dificile experiențe umane, iar pentru copii, confruntarea cu moartea poate fi profund confuză și destabilizantă. Doliul la vârste fragede nu este doar o reacție emoțională, ci un proces complex de înțelegere și integrare a pierderii, influențat de stadiul de dezvoltare cognitivă, de relațiile de atașament și de suportul oferit de mediul familial și educațional.

Spre deosebire de adulți, copiii pot manifesta durerea prin comportamente regresive, anxietate de separare, tulburări de somn sau jocuri simbolice care reflectă pierderea trăită.

Gestionarea eficientă a doliului la copii presupune intervenții specifice care să le ofere un cadru sigur pentru exprimarea emoțiilor, înțelegerea conceptului de moarte și reconstruirea echilibrului interior. Intervențiile pot fi individuale sau de grup și includ atât metode terapeutice moderne – consilierea prin joc, artă sau poveste – cât și abordări tradiționale, precum sprijinul intergenerațional, poveștile de viață ale bătrânilor sau ritualurile comunitare de doliu.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Scopul principal al acestor intervenții este acela de a sprijini copilul în procesul de adaptare la realitatea pierderii, facilitând trecerea de la dezorganizare emoțională la reorganizare și sens. Înțelegerea particularităților doliului la copii și aplicarea unor strategii adecvate pot preveni complicațiile emoționale și pot contribui la dezvoltarea rezilienței pe termen lung.

Acest ghid analizează *modalitățile prin care copiii, adolescenții și familiile* pot fi sprijiniți eficient în procesul de doliu.

Diferențe fundamentale la copil față de adult sunt redată în tabelul nr.10

La adult	La copil
Înțelege ireversibilitatea și universalitatea morții.	Poate considera moartea temporară sau reversibilă (în funcție de vârstă).
Poate verbaliza durerea și o poate conștientiza.	Deseori exprimă durerea prin comportament (joc, desen, agitație, tăcere).
Doliul are o secvență relativ clară (șoc → negare → furie → acceptare).	Doliul este intermitent – copilul „intră/iese” din durere în funcție de starea emoțională și nevoia de protecție.

Tabelul nr.10

Etapele doliului la copii, sunt asemănătoare cu cele ale adultului, dar trăite diferit, astfel:

- *Șoc / negare*: copilul pare că nu înțelege, se joacă normal, întreabă repetitiv despre persoana decedată.
- *Furie / protest*: iritabilitate, opoziție, izbucniri, vinovăție.
- *Tristețe / retragere / rușine / inadecvare*: copilul devine tăcut, poate plânge ușor, are dificultăți la școală (el nu are o familie ca și ceilalți).
- *Acceptare / adaptare*: începe să vorbească despre pierdere, integrează amintirea în viața lui.

John Bowlby (1961, 1980) a descris procesul doliului în patru faze principale (pentru adulți și copii):

1. Amorțire / șoc
2. Dor / căutare a persoanei pierdute
3. Dezorganizare și disperare
4. Reorganizare



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Uneori, literatura de specialitate (mai ales în psihologia copilului și consilierea de doliu) simplifică aceste etape la trei:

- *Dezorganizare* – manifestările inițiale ale doliului la copii variază de la confuzie, tristețe, regresie, accese de furie, lipsă de concentrare și schimbări de dispoziție la copiii mai mari.
- *Tranziție* – perioada de adaptare și integrare a pierderii; sentimentele de disperare, neputință și deznădejde urmează stresului și comportamentului haotic. Mai frecvente sunt simptomele de retragere, agresivitate și renunțare la școală.
- *Reorganizare* – copilul își reconstruiește echilibrul emoțional și relațiile. Când sentimentele dureroase sunt exprimate, energia lor emoțională se estompează și copiii se simt mai bine. În această etapă, copiii au mai multă energie și motivație pentru a merge mai departe și a-și depăși doliul.

11.2. Intervenții recomandate la copii

Adulții trebuie să ofere copiilor explicații, liniște și libertatea de a-și exprima emoțiile legate de moarte și pierdere. Sprijinul familiei este considerat cel mai important factor protector în traversarea doliului (Dyregrov & Dyregrov, 2008). În sprijinirea copiilor aflați în doliu, **metoda CHILD** (considerare, onestitate, implicare, ascultare, repetare) este utilizată ca o abordare centrată pe copil, care urmărește facilitarea exprimării emoțiilor, înțelegerea experienței pierderii și integrarea acesteia într-un mod adaptativ, printr-o comunicare deschisă, validare emoțională și adaptarea intervenției la nivelul de dezvoltare cognitivă și emoțională al copilului. (Davies, B., & Orloff, S. (2004). Principalele intervenții sunt:

1. Comunicarea

- Se pot îndruma aparținătorii adulți să nu folosească eufemisme precum „a adormit” sau „a plecat”, deoarece copiii le vor înțelege literalmente. Se spune adevărul, adaptat vârstei („a murit” – nu „a plecat” sau „doarme”).
- Se explică ce înseamnă moartea într-un limbaj concret și empatic.
- Se răspunde la întrebările repetate cu răbdare și consecvență.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

2. Sprijinul emoțional

- Ascultare activă, fără a minimaliza suferința („nu plânge”, „fii tare” sunt de evitat).
- Încurajarea exprimării emoțiilor prin joc, desen, povești, scrisori. Încurajați membrii familiei să folosească desenul și jocul cu copiii pentru a-i ajuta să-și exprime confuzia și durerea provocată de pierdere.
- Permisivitatea de a vorbi despre persoana decedată oricând dorește.
- Folosirea unor abordări tradiționale pentru a oferi sprijin emoțional copiilor, de exemplu povestiri ale persoanelor în vârstă.
- Validarea emoțiilor: „E normal să fii trist/ supărat/ confuz.”

3. Stabilitatea și rutina

- Păstrarea rutinei zilnice – oferă siguranță și predictibilitate.
- Evitarea schimbărilor majore (mutare, școală nouă) imediat după pierdere.

4. Implicarea în ritualuri

- Copilul poate fi implicat în ritualurile de rămas-bun (funeralii, aprins lumânări, desen pentru cel pierdut) în funcție de așteptările culturale, dacă dorește.
- Acestea îl ajută să înțeleagă realitatea pierderii și să-și exprime afectul.

5. Sprijinul profesional

- Dacă reacțiile sunt intense sau persistă (anxietate, depresie, regres prelungit, comportamente de risc), se recomandă consiliere psihologică.

6. Alte intervenții

- Lenhardt & McCourt (2000) sugerează că recunoașterea durerii și a suferinței copilului și adolescentului poate fi de ajutor, la fel ca și încurajarea acestora să țină un *jurnal* sau să creeze *albume de amintiri*. Prin ținerea unui jurnal, persoana îndoliată are spațiul necesar pentru a reflecta și a explora teme legate de moarte și pierdere, ceea ce îi permite să-și proceseze mai bine durerea. Albumul de amintiri oferă persoanei îndoliate obiecte fizice care o leagă de persoana decedată și o încurajează să împărtășească povești despre persoana iubită.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Învățarea tehnicilor de relaxare poate promova sentimentele de pace și bunăstare și poate permite ameliorarea stresului (Arman, 2014). D'Antonio (2011) sugerează ca părinții să se concentreze pe lucruri diferite, în funcție de stadiul de dezvoltare al copilului. Părinții trebuie pur și simplu să le permită copiilor să jelească și să încurajeze menținerea legăturii cu persoana decedată. Oferindu-le copiilor sau adolescenților acest spațiu, se asigură că durerea lor este recunoscută și validată, în loc să fie ignorată sau amânată.

Rolul familiei și al școlii

Părinții și adulții joacă unul dintre cele mai importante roluri în a ajuta copilul să-și exprime durerea și să facă față suferinței. Familia oferă siguranță emoțională, disponibilitate și modele sănătoase de exprimare a durerii.

Încurajați familia să stabilească și să consolideze activitățile între copii, cum ar fi grupurile de sprijin sau de discuții, un program de „prietenii” sau de prietenie, activități sportive și de joacă, muzică, dans și teatru.

Școala și comunitatea pot avea rol de *suport secundar*, contribuind la reintegrarea copilului în viața socială. Școala trebuie informată pentru a adapta așteptările (teme, comportament, concentrare). Ajutați adolescenții să vorbească atunci când le este convenabil. Adesea, un prieten de la școală sau un alt adult va fi ales ca persoană de încredere. Profesorii și colegii pot contribui la reinserția emoțională și socială a copilului.

Ce să NU facă familia:

- Evitarea subiectului („e prea mic ca să înțeleagă”).
- Folosirea eufemismelor („a plecat la cer”, „doarme” – pot genera anxietăți).
- Forțarea copilului să pară „puternic”.
- Înlocuirea rapidă a persoanei pierdute („îți luăm alt câine”, „ai încă un părinte”)
- Lipsa comunicării, negarea pierderii sau izolarea copilului pot conduce la complicații ale doliului, cum ar fi depresia infantilă, anxietatea sau dificultățile de atașament ulterior.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Prezența unei persoane imputernicitoare, încurajatoare în preajma copilului – figuri semnificative de sprijin
- Literatura de specialitate converge asupra ideii că doliul la copii trebuie înțeles ca un proces de învățare emoțională și cognitivă, nu ca o reacție patologică. Gestionarea corectă a doliului contribuie la dezvoltarea rezilienței emoționale și la formarea unei relații sănătoase cu pierderea și schimbarea.

Iată un *tabel sinoptic* clar și ușor de reținut despre *reacțiile la moarte și particularitățile pe vârste la copii*, cu câteva sugestii de *intervenție* pentru fiecare etapă:

Vârsta	Înțelegerea morții	Reacții posibile	Intervenții recomandate
0–2 ani sugar, copil mic	Nu înțelege moartea; percepe doar absența și schimbările emoționale din jur.	Agitație, plâns, refuz alimentar, tulburări de somn, regres (ex: se întoarce la comportamente mai infantile).	Menținerea rutinei, contact fizic și afectiv constant, voce calmă, prezență securizantă.
2–6 ani preșcolar	Consideră moartea temporară sau reversibilă („se va întoarce”, „doarme”); gândire magică, egocentrică.	Frică de abandon, vinovăție („a murit din cauza mea”), jocuri cu teme de moarte, enurezis, regres, anxietate.	Spunerea adevărului simplu („a murit”), reasigurare că nu e vina lui, ascultare, posibilitatea de a participa la ritualuri.
6–9 ani școlar mic	Începe să înțeleagă ireversibilitatea morții, dar crede că afectează doar unii oameni.	Tristețe, anxietate, curiozitate despre moarte, tulburări de somn sau concentrare, aparentă indiferență.	Explicații realiste și empaticе, încurajarea exprimării emoțiilor prin desen sau joc, sprijin la școală.
9–12 ani copil mare/ preadolescent	Înțelege moartea ca universală și ireversibilă; apar întrebări filozofice.	Fără sens, furie, vinovăție, retragere, scăderea performanței școlare, comportamente de opoziție.	Dialog sincer, validarea emoțiilor, implicarea în activități de comemorare, menținerea rutinei.
12–18 ani adolescent	Înțelegere adultă a morții; confruntare cu sensul vieții și identității.	Negare, furie, revoltă, depresie, comportamente de risc (alcool, izolare, agresivitate).	Spațiu de dialog deschis, sprijin emoțional constant, eventual consiliere



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

			psihologică, activități care dau sens pierderii.
--	--	--	---

Tabel 11. Reacții la moarte – particularități la copii

În calitate de profesioniști, cheia este să înțelegem că durerea și pierderea afectează copiii în mod diferit și să observăm variațiile de înțelegere și manifestare a durerii în diferite stadii de dezvoltare. Cunoașterea credințelor și practicilor culturale continuă să fie un element important. O pregătire adecvată în tehnicile de sprijin în caz de doliu este esențială pentru a aduce calitate în acest domeniu.

11.3. Intervenții de bază nespecializate, în viziunea creștină, la copii

Intervențiile în perioadele de dificultate (doliu, suferință, frică, anxietate) sunt realizate de persoane *fără formare psihologică profesională*, dar cu *disponibilitate umană și credință creștină*: părinți, profesori, preoți, educatori, membri ai comunității (*Patriarhia Română & World Vision România, 2021*).

Scopul lor este:

- să ofere *mângâiere, siguranță și speranță*;
- să sprijine copilul în *înțelegerea și trăirea creștină a durerii*;
- să prevină izolarea și suferința tăcută;
- să transmită copilului imaginea unui *Dumnezeu iubitor și prezent în durere*.

Importanța recunoașterii durerii copilului.

Copilul are *același drept ca adultul de a trăi și exprima durerea pierderii*, în mod autentic și sprijinit, conform vârstei și nevoilor sale. Negarea acestui drept duce la suferință tăcută, iar recunoașterea lui duce la vindecare, încredere și dezvoltare emoțională sănătoasă.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

„Copiii trebuie să aibă dreptul să jelească la fel ca adulții” exprimă un principiu fundamental în psihologia dezvoltării, asistența socială și etica îngrijirii copilului. Moartea unei persoane apropiate este una dintre cele mai profunde experiențe umane, iar *copiii nu sunt imuni la durere*. Totuși, în multe culturi sau familii, se tinde să se *protejeze copilul* de suferință, ascunzând adevărul sau minimalizând pierderea („e prea mic să înțeleagă”, „nu trebuie să vadă”).

Această atitudine, deși bine intenționată, *le răpește copiilor dreptul de a trăi, în mod autentic, procesul firesc al durerii*. Așa cum adulții au nevoie să plângă, să vorbească și să-și exprime emoțiile, și copiii au nevoie să *jelească, să întrebe, să fie ascultați*.

Cercetările psihologice (Worden, Dyregrov, Christ) arată că *negarea durerii copilului* poate duce la:

- blocarea emoțională și reprimarea tristeții;
- anxietate, frici de separare;
- sentimente de vinovăție („nu am voie să fiu trist”);
- dificultăți de atașament și empatie la maturitate.

Copiii jelesc *altfel, nu mai puțin*. Ei pot exprima durerea prin *joc, desen, întrebări repetate, tăcere sau furie*. Doliul lor este *intermitent*: suferă, apoi se joacă, apoi revin la tristețe — un mecanism natural de protecție. A le recunoaște dreptul de a jeli înseamnă *a accepta modul lor propriu de a procesa pierderea*, fără a-l judeca.

A recunoaște dreptul copilului de a jeli înseamnă:

- să-i validăm emoțiile („e firesc să fii trist”);
- să-i oferim spațiu și timp pentru a exprima durerea;
- să-i arătăm că *durerea nu trebuie ascunsă, ci împărtășită*.

Viziunea creștină.

Din perspectivă creștină, și copilul este *o ființă deplină, iubită de Dumnezeu*, având aceeași demnitate spirituală ca adultul. Dreptul de a jeli este, în acest sens, *dreptul de a trăi umanitatea proprie*.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Scriptura spune: „Lăsați copiii să vină la Mine și nu-i opriți.” (Marcu 10:14)— un îndemn care se aplică și în durere: copiii au dreptul de a veni cu lacrimile și întrebările lor înaintea lui Dumnezeu.

Bob Kellemen (2021) încheie cu ideea că: „Dumnezeu nu ne cere să ne ascundem lacrimile, ci să le aducem la El.” Copilul trebuie învățat că *plânsul, credința și speranța* pot coexista. Prin ascultare, rugăciune și prezență, adultul devine *instrument al mângâierii lui Hristos* pentru copil. Copiii trebuie să fie ajutați să înțeleagă că Dumnezeu *nu i-a părăsit, ci suferă împreună cu ei.* (Tabelul nr. 12)

Principiu creștin	Text biblic	Semnificație pentru intervenție
Iubirea aproapelui	„Să iubești pe aproapele tău ca pe tine însuși.” (Marcu 12:31)	Orice act de sprijin al copilului în suferință este un act de iubire creștină.
Compasiunea	Pilda Samariteanului milostiv (Luca 10:25–37)	Modelul intervenției creștine: apropiere, grijă, implicare activă.
Mângâierea celor care plâng	„Fericiți cei ce plâng, că aceia se vor mângâia.” (Matei 5:4)	Mângâierea este o chemare și o misiune creștină.
Valoarea copilului	„Lăsați copiii să vină la Mine...” (Marcu 10:14)	Copilul are demnitate spirituală egală cu adultul; are dreptul la grijă și ascultare.

Tabelul 12. Fundament biblic și teologic

Forme concrete de intervenții nespecializate creștine la copii sunt sistematizate în tabelul următor:

Tip de intervenție	Descriere / exemplu practic
Ascultarea activă și prezența tăcută	A fi prezent lângă cel suferind, a-l lăsa să vorbească sau să tacă; a nu-l forța să „fie bine”.
Citirea de povești și texte biblice	Se aleg fragmente despre iubire, speranță, viață veșnică (Psalmii, Învierea).
Rugăciunea comună sau personală	Rugăciunea pentru cel îndurerat sau împreună cu el, ca formă de împărtășire a durerii. Simplă, scurtă, adaptată vârstei: „Doamne, ai grijă de cei pe care îi iubim.”
Activități simbolice	Desen, aprinderea unei lumânări, plantarea unei flori – ajută copilul să exprime durerea.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Ritualuri de amintire și simboluri religioase	A-l include pe copil în ritualuri (pomenire, rugăciune, aprinderea unei lumânări) îi oferă sens și recunoaștere a pierderii. Copilul poate face o scrisoare, un desen, o rugăciune pentru persoana pierdută.
Implicarea comunității	Preotul, profesorul de religie, vecinii pot sprijini copilul prin gesturi de grijă și normalitate.

Tabelul 13. Forme concrete de intervenții nespecializate creștine la copii

Intervenții nespecializate creștine la copii sunt:

1. *Ascultarea empatică și prezența iubitoare*

- A fi aproape de copil fără a-l forța să vorbească. Prezența blândă și liniștită transmite siguranță.

2. *Comunicarea sinceră și adecvată vârstei*

- În loc de eufemisme („a plecat la cer”), se explică simplu și adevărat („a murit și este acum la Dumnezeu”). Ajută copilul să-și construiască o imagine coerentă și liniștitoare despre moarte.

3. *Rugăciunea și dimensiunea spirituală*

- Rugăciunea comună (simplă, potrivită vârstei) oferă alinare și sentimentul prezenței divine. Învăță copilul că Dumnezeu este cu el chiar și în durere.

4. *Implicarea comunității creștine*

- Comunitatea devine „familie extinsă” pentru copil. Vizitele, atenția, activitățile bisericii îi transmit că nu este singur.

5. *Speranță și sens*

- Copilul este ajutat să vadă moartea ca trecere către viața veșnică, nu ca dispariție totală. Se cultivă o viziune a vieții ca dar și continuitate în Dumnezeu.

6. *Respectul pentru libertatea și ritmul copilului*

- Copilul nu trebuie forțat să se roage sau să vorbească. Intervenția creștină respectă libertatea interioară și maturitatea emoțională a copilului.

Instrumente pentru evaluarea doliului la copii



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Lucrul cu copiii pe tema doliului este delicat și necesită metode adaptate vârstei, nivelului de dezvoltare emoțională și nevoilor fiecărui copil. Scopul lor este înțelegerea emoțiilor, a traumelor și a modului în care copilul face față pierderii. Ele sunt alese în funcție de vârstă (3 ani ≠ 12 ani), și evaluează modul în care copilul vorbește despre pierdere, simptome (anxietate, depresie, coșmaruri, comportament agresiv etc.), tipul pierderii (moarte naturală, bruscă, traumatică).

O revizuire sistematică publicată recent (Zhang et al., 2025) arată că există ~24 instrumente diferențiate care pot fi folosite pentru copii și adolescenți — împărțite în scale de „general grief / doliu normal”, scale pentru „maladaptive grief / tulburare de doliu prelungit” și scale specializate pe simptome/ reacții difuze.

Instrumente pentru copii există și în România, dar majoritatea se achiziționează cu licență. Mai jos sunt câteva abordări folosite frecvent de psihologi, consilieri școlari, educatori și alți specialiști:

1. *Teste proiective* (bazate pe desen și povestire) Acestea sunt foarte folosite la copii, pentru că ei exprimă mai ușor emoțiile prin joc, desen și poveste. Pot fi folosite până la 10-12 ani.
2. *Inventarul doliului complicat IDC-R* și *Inventarul experiențelor de doliu*.
3. *Interviul narativ* despre pierdere este o metodă de evaluare (dar și terapeutică) blândă și profund respectuoasă, folosită pentru a ajuta copilul să își spună povestea legată de persoana pierdută și experiența doliului. În loc să pună accent pe simptome, metoda pune accent pe poveste, semnificații, relații și resursele persoanei.
4. *Metoda poveștilor și metaforelor terapeutice* - Poveștile ajută copiii să înțeleagă concepte dificile, inclusiv moartea și schimbarea, de exemplu folosirea cărților pentru copii despre doliu. Inventarea unei povești împreună cu copilul. Discuții despre personaje care trec prin experiențe similare.
5. *CDI* – evaluarea depresiei la copii

Page 127



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

12. ROLUL TRADIȚIEI ȘI AL OBICEIURILOR LEGATE DE DOLIU

„Înmormântarea ...creează un sens din experiența de viața a persoanei iubite și din propria noastră experiență a pierderii.”- David Kessler

Deși moartea este universală, reacțiile la pierderea unei persoane dragi variază de la o societate la alta, fiind influențate atât de tradițiile culturale, cât și de credințele religioase. În toate cazurile, s-au dezvoltat moduri culturale de a atenua șocul morții și de a permite persoanei îndoliate și comunității să meargă mai departe, iar credințele religioase încearcă să ofere îndrumare și alinare. Variațiile în credințe și așteptări implică beneficii și presiuni diferite pentru persoanele îndoliate. În sprijinirea celor îndoliați, trebuie să ne concentrăm asupra naturii unice a reacției fiecărei persoane, luând în considerare acest aspect în contextul social și religios al vieții lor, pentru a înțelege mai bine beneficiile și presiunile unice care pot influența adaptarea și nevoile de sprijin. Profesioniștii din îngrijirea paliativă pot ajuta persoanele îndoliate explorând reacțiile lor la așteptările pe care cultura și religia lor le-au insuflat. Este util să ținem cont de nevoile pe care ritualurile respective au fost menite să le satisfacă și să luăm în considerare „potrivirea” lor pentru fiecare individ în parte, pentru a permite persoanei să-și exprime durerea. (Oyebode & Owens, 2013)

Tradițiile ordonează acțiunile celui îndoliat, îl ancorează în realitate, dar creează și premisele legăturii cu ceea ce este dincolo de viață. Favorizează participarea, sprijinul social și exprimarea emoțiilor în forme acceptate social.

În cele ce urmează vor fi surprinse tradiții și obiceiuri legate de ritualul înmormântării în tradiția creștin ortodoxă, subliniind faptul că fiecare confesiune și religie are elementele sale, la fel de importante și valoroase, pentru decedat și îngrijitorii principali.

Page 128



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

1. Obiceiuri și ritualuri creștin ortodoxe dinainte de înmormântare

De cele mai multe ori, dacă decesul este iminent, membrii familiei sau cei apropiați solicită preotul în vederea oferirii celui muribund ultima Împărtășanie după Spovedanie.

- Cei apropiați persoanei care este la sfârșitul vieții aprind o lumânare la căpătâiul acesteia pentru ca Dumnezeu să călăuzească sufletul celui mort.
- Contactarea preotului în vederea stabilirii orelor potrivite pentru slujba de la biserică. Tot de la preot se obțin obiectele necesare: sfeșnicul, steagul, doliul, icoana, lumânări, tămâie, cărbune.
- Contactarea clopotarului care va anunța prin tragerea clopotului decesul persoanei și îndemnul comunității de a se ruga pentru păcatele celui decedat.
- Îmbălsămarea, spălarea, toaletarea și cosmetizarea decedatului sunt obiceiuri creștine necesare să fie realizate înainte de așezarea decedatului în sicriu. Acestea sunt realizate de firma de pompe funebre. Ulterior decedatul este îmbrăcat în haine noi și curate care simbolizează veșmântul cel nou al nestrăcâinii cu care va învia la Ziua Judecării. După ce este îmbrăcat, corpul neînsuflețit se așază în sicriu poziționat cu privirea spre răsărit, acolo unde va veni Hristos la învierea tuturor.
- Așezarea unei icoane sfințite pe pieptul persoanei decedate, este un alt obicei creștin. Icoana îl poate reprezenta pe Hristos, Maica Domnului sau patronul spiritual al decedatului. Mâinile se vor așeza încrucișat pe piept, dreapta peste stânga, iar lângă mâini se va așeza toiagul (o lumânare mare de ceară curată, în formă de colac). Această lumânare va fi aprinsă când preotul slujește. Peste decedat de așază o pânză albă care reprezintă acoperământul lui Hristos.
- Priveghiul (ultimele 3 zile de rămas bun) - la capelă are loc priveghiul unde sunt invitați toți cei care l-au cunoscut pe răposat și doresc să își ia rămas bun. Se aprind lumânări și se fac rugăciuni pentru iertarea păcatelor.
- Doliul/panglică neagră- este purtată o panglică neagră subțire de membrii familiei. O panglică neagră va sta și deasupra ușii de la intrare până la pomenirea de 40 de zile.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Sfeșnicul de la capul celui decedat simbolizează lumina faptelor bune cu care creștinul îl va întâmpina pe Hristos la Judecata de Apoi. În acest sfeșnic familia, prietenii pot aprinde lumânări rostind rugăciunea scurtă „Dumnezeu să-l ierte!”
- Slujba stâlpilor - preotul săvârșește o rugăciune scurtă în fiecare după-amiază până la înmormântare, care alături de Sfintele Evanghelii, este efectuată pentru sufletul celui decedat. Tot acum, preotul binecuvântează coliva și o parte din alimentele ce vor fi servite de către participanții la priveghi.

2. Obiceiuri și ritualuri creștin ortodoxe la înmormântare

Rudele și familia se adună împreună la ora prestabilită pentru înmormântare. Preotul și dascălul vor primi o lumânare aprinsă. După slujba efectuată la capelă se organizează procesiunea de înmormântare.

Convoiul mortuar se așază astfel:

- în frunte merge un credincios cu crucea (care va fi pusă la căpătâiul mortului),
- altă persoană ce poartă o fotografie a decedatului ori icoana cu patronul spiritual,
- urmează cei ce poartă coliva și vinul, pomul cu darurile ce se împart săracilor (simbol al vieții și al morții, închipuind raiul în care se dorește a ajunge sufletul mortului),
- cei cu coroanele,
- purtătorii de sfeșnice,
- dascălul și preotul,
- carul mortuar (dricul) cu sicriul,
- rudele mortului și ceilalți participanți.

Pe drum până la biserică, la biserică și apoi până la cimitir:

- Pe drumul până la biserică și apoi până la cimitir se cântă „Sfinte Dumnezeule”.
- Când convoiul ajunge la răscruce de drumuri sau alte locuri care au fost importante pentru decedat sau în dreptul unei biserici, se oprește. În acest moment preotul rostește o rugăciune specifică. Tot cu ocazia



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

acestor opriri, se așază bucăți de pânză alba sub carul mortuar sau înaintea lui. Aceste bucăți de pânză se numesc poduri sau punți și reprezintă vămile văzduhului peste care trebuie să treacă sufletul răposatului.

- În timpul slujbei la biserică se va păstra aceeași atmosferă de liniște și de reculegere. Celor prezenți li se împart lumânări aprinse (uneori însoțite de o batistă sau un prosop, precum și un covrig, un măr sau un colăcel etc.). Cei ce primesc aceste daruri sunt datori să spună „Dumnezeu să-l ierte” sau „Bogdaproste!”
- La sfârșitul slujbei, membrii familiei și ceilalți credincioși sărută icoana aflată pe pieptul mortului, iar cei mai apropiați ca rudenie, mâna ori fața mortului, aceasta reprezentând sărutarea cea mai de pe urmă, semnul iertării și al împăcării.
- Coliva, vinul, colacul și capetele se vor aduce în biserică unde rămân pe parcursul slujbei înmormântării. În colivă, colac și capete se aprind lumânări care vor arde pe parcursul slujbei.
- Dacă vreunul din membrii familiei sau un alt credincios dorește să țină un cuvânt la catafalcul celui decedat, trebuie să ia legătura cu preotul slujitor care-i va indica momentul cel mai potrivit pentru aceasta.
- După terminarea slujbei din biserică (prohosul) se pornește spre cimitir în aceeași ordine în care s-a venit la biserică.
- La cimitir se cântă „Veșnica pomenire”, icoana de pe pieptul celui decedat se ia acasă și se folosește la slujbele de pomenire a acestuia.
- La mormânt, înainte de închiderea sicriului, se toarnă vinul amestecat cu untdelemn peste trupul decedatului - simbol al balsamului cu care femeile mironosițe au uns trupul lui Iisus după moarte și al curățirii de păcate.
- Crucea se va așeza la căpătâiul decedatului, ea fiind semn puternic împotriva tuturor dușmanilor văzuți și nevăzuți.
- Coroanele, florile se vor așeza peste mormânt.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

3. Obiceiuri și ritualuri după înmormântare - pomenirea

- La 3 zile după moarte (care coincide, de regulă, cu ziua înmormântării), în cinstea Sfintei Treimi și a Învierii din morți a treia zi a lui Hristos, se tămâiază mormântul.
- La 9 zile după moarte, „ca răposatul să se învrednicească de părtășia cu cele 9 cete îngerești” și în amintirea ceasului al nouălea, când Domnul Iisus, înainte de a muri pe cruce, a făgăduit tâlharului raiul pe care ne rugăm să-l moștenească și morții noștri.
- La 40 de zile (sau șase săptămâni), în amintirea Înălțării la cer a Domnului, care a avut loc la 40 de zile după Înviere,
- La trei, șase și nouă luni, în cinstea Sfintei Treimi
- La un an, după exemplul creștinilor din vechime care în fiecare an prăznuiau ziua morții martirilor și a sfinților, ca zi de naștere a lor pentru viața de dincolo.
- În fiecare an, până la 7 ani de la moarte, ultima pomenire anuală amintind de cele 7 zile ale creației.

Înmormântarea creează un climat de doliu terapeutic. Ea este necesară pentru crearea ocaziei care va îngădui prelucrarea durerii.

Simbolistica colivei

Coliva, este un element esențial la slujba de înmormântare. Aceasta se prepară din grâu fiert, nucă, mirodenii și se îndulcește cu zahăr sau miere.

- Ea simbolizează trupul persoanei decedate, grâul fiind considerat hrana de bază a omului.
- Totodată, ea ilustrează credința creștinilor în Înviere și nemurire. Așa cum bobul de grâu trebuie mai întâi pus în pământ ca să moară și să învie ca plantă, la fel și trupul omenesc este îngropat pentru a învia (Ioan 12.24, 1 Corinteni 15.36).
- Dulciurile din colivă simbolizează virtuțile sfinților sau ale decedaților pomeniți și bucuria vieții din Rai.
- Comuniunea sau legătura cu cel mort este simbolizată prin legănarea vasului în care se află coliva, de către familie și prietenii aflați la slujba de pomenire, în timpul cântării „Veșnica pomenire”.

Page 132



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PARTEA A TREIA – SERVICII

13. ORGANIZARE SERVICII ȘI STANDARDE

13.1. Servicii sprijin în doliu

Doliul este un proces unic. Nu există o cale „corectă” sau un interval standard de procesare a pierderii. Procesul de doliu poate implica o gamă largă de emoții: durere, confuzie, furie, ușurare de povara îngrijirii, vinovăție, etc.

Serviciile de sprijin joacă un rol esențial în suportul gestionării aspectelor emoționale, psihologice și practice ale durerii/pierderii. Aceste servicii pot include consiliere individuală, grupuri de sprijin, planificarea de ceremonii memoriale, ceremonii religioase, asistență în obținerea și clarificarea anumitor aspecte de ordin financiar, legislativ etc.

Aceste servicii acționează ca o plasă de siguranță pentru persoanele îndoliate. Ele pot fi împărțite în mai multe tipuri, fiecare adresând un aspect specific al procesului de doliu. (Jurgens et al., 2025)



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

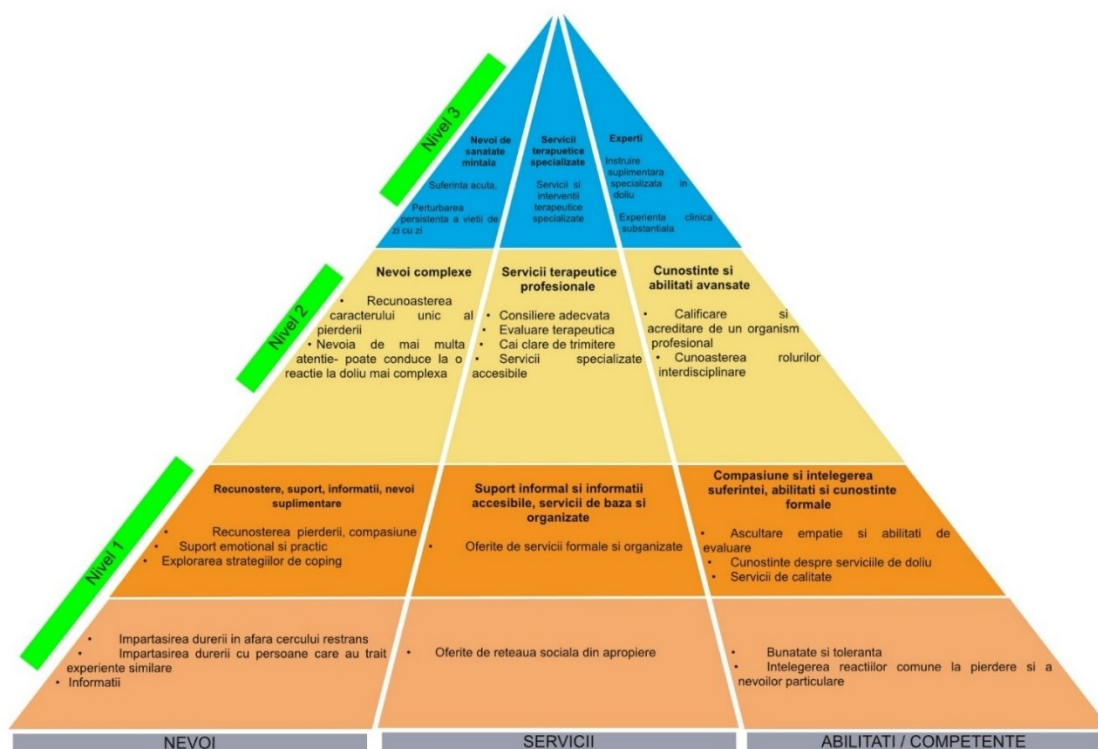


Figura 2/9. Piramida serviciilor de îngrijire în doliu integrată cu nevoile și abilitățile/competențele profesioniștilor

Tipuri de servicii pentru doliu

Serviciile de doliu sunt structurate pentru a oferi sprijinul necesar persoanelor care traversează experiența pierderii, adaptându-se la intensitatea și complexitatea durerii fiecăruia. Aceste servicii sunt organizate pe trei niveluri progresive.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nivelul I: Servicii de bază

Aceste servicii sunt adresate majorității persoanelor îndoliate și se referă la oferirea de suport la modul general. Ele sunt oferite de rețeaua de sprijin a persoanei îndoliate (prieteni, colegi, voluntari din comunitate, profesioniști din comunitate, Biserica, etc). Însă există persoane îndoliate care simt nevoia să exploreze durerea cu cineva din afara cercului de cunoscuți, o persoană cu pregătire specifică, care le-ar putea ajuta să gestioneze acest proces.

Scop: Oferirea de informații, sprijin minim și facilitarea procesului normal de adaptare la pierdere.

Asistența practică: aceste servicii oferă un mod suplimentar de ușurare a vieții persoanei îndoliate prin reducerea poverii gestionării unor sarcini zilnice sau esențial de făcut după decesul persoanei dragi. Această asistență poate fi importantă într-o perioadă emoțională dificilă.

Asistența practică include:

- *Sprijinul practic și informativ:* ajutor în efectuarea cumpărăturilor, menaj, gătit, plata facturilor, însoțirea la medic, informații despre ritualuri, obiceiuri, tradiții, sprijin și ajutor în efectuarea rânduieilor pentru înmormântare și ceremoniilor religioase, însoțirea în anumite activități sportive și de recreere, etc.;
- *Sprijin emoțional:* oferirea ocaziei persoanei îndoliate de a-și exprima durerea, de fi ascultată, discuții cu prieteni, colegi, membrii ai comunității, vecini, despre experiența trăirii doliului, vizitarea împreună cu persoana îndoliată a mormântului;
- *Rețelele de suport social:* încurajarea menținerii contactului cu familia sau prietenii;
- *Suport de bază* acordat de personal calificat sau voluntari supervizați.

Familia, prietenii, comunitatea, rețelele sociale (profesioniști din domeniul sănătății și asistenței sociale) răspund în mare parte nevoilor identificate la acest nivel.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Nivelul II: Servicii specializate - Consiliere de doliu

Acest nivel se adresează persoanelor care au un proces de doliu mai complex, posibil accentuat de factori de stres suplimentari sau mecanisme de adaptare neadecvate, dar care nu au încă un doliu patologic.

Aceste servicii sunt integrate în practica clinică și sunt oferite atât de membrii echipei specializate, cât și de profesioniști din comunitate (medici de familie, asistenți sociali, psihologi, preoți/pastori, voluntari) după o instruire de bază în îngrijirea paliativă.

Scop: Ajutor specializat pentru a traversa dificultățile procesului de doliu și pentru a preveni evoluția spre doliu patologic.

Există 2 categorii de servicii: A) Servicii de sprijin practic și informativ și B) Servicii de consiliere

A. Servicii de sprijin practic și informativ. Aceste servicii oferă informații și opțiuni de sprijin pentru a minimiza riscul de „a fi uitat”, încurajând autodeterminarea și autonomia, promovând astfel reziliența personală. Este importantă oferirea și scrierea unor materiale clar documentate referi-toate la procesul administrativ post-deces, broșuri scrise sau online cu informații care pot ghida persoana îndoliată, ajutor în obținerea drepturilor și prestațiilor sociale cuvenite familiei (soț, soție, copii) post-deces, medierea cu instituțiile statului, pod-casturi, videoclipuri despre gestionarea durerii etc.

Exemple de sprijin: scrisori de doliu pentru a recunoaște decesul, distribuirea de materiale informative despre etapele doliului, acțiuni de conștientizare și educaționale, întâlniri comemorative, mediere cu instituții ale statului.

Personal implicat: asistenți sociali din cadrul echipei specializate, asistenți sociali din cadrul serviciilor de stat, medici de familie, personalul din serviciile de sănătate, preot/pastor, coordonator spiritual, voluntari, etc

B. Servicii de consiliere: aceste servicii oferă posibilitatea validării experienței de doliu, promovarea exprimării emoționale și normalizarea reacțiilor la pierdere. Totodată în cadrul acestor servicii de consiliere sunt identificate și direcționate persoanele cu risc crescut de tulburare de doliu prelungit către serviciile de suport specializate.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Exemple de sprijin:

- *Ședințele de consiliere individuală* oferă sprijin profesional pentru a ajuta persoanele îndoliate să-și proceseze durerea cauzată de pierdere. Terapeuții calificați ajută la ghidarea acestora prin strategii, tehnici menite să determine persoana îndoliată să facă față pierderii. Acest tip de serviciu oferă persoanelor un spațiu sigur în care să își exploreze sentimentele, să discute despre pierderea suferită și să dobândească noi surse pentru gestionarea pierderii.
- *Grupuri de suport*: reunesc persoane care au experimentat pierderi similare, oferindu-le un spațiu sigur în care să-și împărtășească poveștile și să găsească alinare în comunitate. Participarea la astfel de grupuri ajută la reducerea sentimentului de izolare și promovează un sentiment de apartenență.

Linii telefonice de asistență: oferă posibilitatea să vorbească deschis cu o persoană specializată și să își exprime sentimentele fără să își facă griji că îi superă pe cei apropiați.

Este o cale de sprijin atunci când se ia o pauză de la alte servicii, cum ar fi consilierea față-în-față. Sau reprezintă o modalitate de sprijin în perioadele de întrerupere temporară a altor servicii, precum consilierea față-în-față.

- *Alte servicii conexe de suport*: tabere de consiliere, întâlniri formale/non-formale coordonate, etc.

Personal implicat: membrii ai echipei specializate de îngrijiri paliative, profesioniști din comunitate și voluntari care au o instruire de bază în îngrijirea paliativă.

Nivelul III: Servicii specializate- Psihoterapie intensivă (TDP)

Acest nivel este destinat persoanelor la care doliul declanșează comportamente disfuncționale, crize emoționale intense sau care dezvoltă un doliu complicat/Tulburare de doliu prelungit (TDP), care durează mult mai mult decât se așteaptă, de obicei peste 6-12 luni și interferează semnificativ cu funcționarea normală a persoanei îndoliate.

Scop: Tratament specializat pentru tulburările emoționale și de comportament declanșate de pierdere.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Servicii:

- **Psihoterapie intensivă:** Asigurată de psihoterapeuți și psihologi clinicieni specialiști, medici psihiatrii, inclusiv terapie individuală și de grup, axată pe rezolvarea doliului complicat (TDP).
- **Intervenție în criză:** Asistență concentrată și de scurtă durată pentru situațiile de criză emoțională intensă.
- **Managementul comportamentelor disfuncționale:** Intervenții specifice pentru prevenirea catastrofei psihologice și recuperarea funcționării.

De aceste intervenții sunt strâns legate observații care detectează suferința acută cu perturbare persistentă a vieții zilnice, risc crescut de suicid, comportamente de auto-vătămare sau de vătămare orientată către alții, simptome severe de depresie sau alte afecțiuni psihice. La observarea unor astfel de manifestări trebuie realizată imediat o trimitere către departamentul de sănătate mintală sau psihiatrie.

Personal implicat: Experți/profesiioniști cu instruire suplimentară în doliu, profesioniști cu experiență clinică substanțială, medic psihiatru, personal din serviciile de sănătate mintală și recuperare.

Criteriu	Nivelul I: Servicii de Bază	Nivelul II: Consiliere de Doliu (Servicii Specializate)	Nivelul III: Psihoterapie Intensivă (Doliu Patologic/ Complicat)
Grup Țintă	Majoritatea persoanelor îndoliate.	Persoane cu un proces de doliu mai <i>complex</i> , dar <i>fără</i> doliu patologic.	Persoane la care doliul declanșează <i>comportamente disfuncționale, crize emoționale</i> sau doliu complicat/patologic (> 6-12 luni).
Scop Principal	Oferirea de informații, sprijin minim și facilitarea procesului normal de adaptare la pierdere.	Ajutor specializat pentru a traversa dificultățile procesului de doliu și pentru a preveni evoluția spre doliu patologic.	Tratament specializat pentru tulburările emoționale și de comportament declanșate de pierdere.
Personal Implicat	Rețeaua de sprijin social (prietenii, familie, colegi,	Membrii echipei specializate de îngrijire paliativă,	Experți cu instruire suplimentară, psihoterapeuți,



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Criteriu	Nivelul I: Servicii de Bază	Nivelul II: Consiliere de Doliu (Servicii Specializate)	Nivelul III: Psihoterapie Intensivă (Doliu Patologic/ Complicat)
	voluntari, Biserica), Profesioniști din comunitate (sănătate/asistență socială).	Psihologi, Asistenți sociali, Preoți/Pastori, Voluntari cu instruire fundamentală.	psihologi clinicieni, <i>medic psihiatru</i> , personal din serviciile de sănătate mintală.
Servicii/Suport Practic și Informativ	Ajutor în efectuarea cumpărăturilor, curățenie, gătit, plata facturilor, însoțire la medic, informații despre ritualuri și obiceiuri.	<i>Materiale documentate (broșuri, online, pod- casturi), scrisori de doliu, acțiuni de conștientizare, mediere cu instituțiile statului pentru drepturi și prestații sociale.</i>	<i>Nu este punctul central. Accentul este pe intervenția clinică și psihiatrică.</i>
Servicii/Suport Emoțional și Clinic	Oferirea ocaziei de a-și expri- ma durerea, ascultare, discuții despre experiența doliului, vizitarea mormântului, încurajarea menținerii contactului cu rețelele sociale.	<i>Consiliere individuală (validarea experienței, promovarea exprimării emoționale), grupuri de suport, linii telefonice de asistență.</i>	<i>Psihoterapie Intensivă (individuală și de grup) axată pe rezolvarea doliului complicat, Intervenție în Criză, Managementul Comportamentelor Disfuncționale.</i>
Atenționări Importante	Suport de bază acordat de personal calificat sau voluntari supervizați.	Identificarea și direcționarea persoanelor cu risc crescut de doliu patologic către serviciile de suport specializate.	Detectarea suferinței acute, risc crescut de <i>suicid</i> , auto-vătămare sau simptome severe (depresie), cu <i>trimitere imediată</i> către departamentul de sănătate mintală/psihiatrie.

Tabelul 14 . Cele trei niveluri de servicii de sprijin în doliu



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

13.2. Standarde

Standardele urmăresc să stabilească ce domenii trebuie abordate pentru ca serviciile să fie atât sigure, cât și eficiente în satisfacerea nevoilor persoanelor îndoliate. Acestea se aplică tuturor serviciilor care oferă sprijin în caz de doliu, oferind un instrument practic cu care să se evalueze ceea ce oferă, precum și planificarea și îmbunătățirea dezvoltării serviciilor. Ele sunt implicit recunoașterea varietății de moduri în care poate fi oferit sprijin persoanelor îndoliate în diferite puncte ale căii de doliu.

Ele servesc drept hărți de navigație (Coelho et al., 2025b), oferind un cadru structurat pentru a recunoaște și a valida reacțiile emoționale, cognitive și fizice. Ele nu dictează ce ar trebui să simți, ci descriu ce este cel mai frecvent întâlnit în această călătorie. Înțelegerea acestor standarde ne ajută să normalizăm experiența durerii și să acceptăm faptul că vindecarea cere timp, răbdare și compasiune față de sine.

Principii fundamentale pentru serviciile de îngrijire a doliului

Următoarele principii fundamentale ar trebui să fie parte integrantă a oricărui serviciu de doliu care îndeplinește standardul minim:

- **Confidențialitate:** serviciile ar trebui să respecte confidențialitatea și viața privată a fiecărei persoane îndoliate și a oricăror informații împărtășite de aceasta, ținând seama în mod corespunzător, de fiecare dată, de protecție, liberul consimțământ și protecția datelor.
- **Respect:** serviciile ar trebui să respecte individualitatea durerii și nevoilor fiecărei persoane îndoliate, fiecare persoană fiind tratată cu compasiune și sensibilitate.
- **Egalitate și diversitate:** serviciile ar trebui să fie nediscriminatorii și furnizate fără prejudecăți, recunoscând și răspunzând la convingerile personale și situațiile individuale, inclusiv (dar nu exclusiv) vârsta, cultura, dizabilitatea, sexul, sexualitatea, rasa, religia și spiritualitatea.
- **Calitate:** serviciile ar trebui să asigure că toți cei care oferă sprijin persoanelor îndoliate, fie în calitate de angajat, fie în mod voluntar, au competențele, cunoștințele, formarea, supravegherea și sprijinul relevante pentru rolul lor și că serviciile lucrează pentru a îmbunătăți ceea ce oferă.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- **Siguranță:** serviciile ar trebui să aibă recrutări adecvate de personal conform legislației legate de îngrijirea paliativă și dezvoltarea continuă a personalului și a voluntarilor. Trebuie să se țină seama în mod corespunzător de practicile sigure și etice pentru a proteja persoanele îndoliate și pe cei care lucrează cu ele.

Nivelul minim de sprijin, care poate fi oferit de echipa specializată în îngrijiri paliative îngrijitorului principal și persoanelor din familie îndoliate, se regăsește în standardele enumerate și descrise mai jos.

Standardul 1: Accesabilitate

Îngrijitorii principali ai pacienților aflați în evidența unui serviciu de îngrijire paliativă sunt eligibili pentru a accesa serviciul de doliu indiferent de vârstă, gen, statut socio-economic, cultură, orientare sexuală, convingeri religioase, dizabilitate de orice tip sau capacitate de a plăti.

Criterii

1.1. Serviciile sunt furnizate într-o manieră sensibilă la credințele, valorile, practicile sociale, culturale, spirituale/religioase ale persoanei îndoliate.

1.2. Serviciul de doliu este adresat cel puțin îngrijitorului principal, cu posibilitatea de a fi accesat și de alți membri ai familiei îndoliate, dacă resursele permit.

1.3. Furnizorul de îngrijire paliativă angajează personal pregătit în domeniul furnizării serviciilor de doliu sau dezvoltă legături cu alte organizații care au experiență în furnizarea acestor servicii.

Standardul 2: Coordonarea serviciilor de doliu

În serviciile de îngrijire paliativă, programul de doliu oferă servicii coordonate.

Criterii:

2.1. Serviciile de sprijin din cadrul procesului de doliu sunt parte integrantă din continuitatea îngrijirii.

2.2. Programul de doliu presupune o abordare interdisciplinară care urmează o structură bine definită în ceea ce privește planificarea, implementarea și evaluarea/reevaluarea.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

2.3. Programul de doliu este coordonat de o persoană cu competențe și experiență în acest domeniu.

2.4. Rolul, responsabilitățile și domeniul de practică al personalului implicat în serviciul de doliu sunt clar descrise și documentate în fișa postului.

Standardul 3: Instruire și asistență

Personalul dintr-un serviciu de îngrijire paliativă va intra în contact cu persoanele îndoliate și de aceea va avea nevoie de formare, sprijin și supervizare pentru dezvoltarea unor abilități în oferirea de suport și sprijin persoanelor îndoliate.

Criterii

3.1. Personalul clinic și non-clinic trebuie să aibă o pregătire de bază în aplicarea strategiilor de sprijin pentru doliu.

3.2 Personalul implicat în acest proces trebuie:

- Să dobândească competențe minime pentru furnizarea serviciilor de sprijin și suport în procesul pierderii.
- Să aibă acces la educație și dezvoltare profesională continuă care include subiecte despre pierdere, suferință, doliu, procesul doliului, stres profesional, gestionarea propriilor pierderi, prevenirea epuizării, etc.
- Să aibă acces la supervizare, sprijin profesional, posibilitatea de consultare pentru dezvoltarea abilităților și pentru sprijin clinic, oportunități de reflecție,
- Să aibă pregătirea adecvată și experiență în facilitarea intervențiilor de grup (dacă sunt oferite).

3.3 Personalul din echipa de îngrijiri paliative specializată, care este implicat în oferirea de suport și sprijin în procesul doliului (asistenți medicali, medici, psihologi, asistenți sociali, consilier spiritual/pastoral) este specializat în furnizarea acestor servicii.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

3.4 Voluntarii implicați în oferirea acestor servicii au urmat o formare specială, care face referire la pierdere și durere, beneficiază de sprijin din partea unui coordonator de doliu, au acces la supervizare și oportunitatea periodică de a ventila trăirile și emoțiile din cadrul însoțirii celui îndoliat.

3.5 Tot personalul trebuie să fie conștient de limitele domeniului său de practică, să cunoască căile de referințe interne și externe, în cazul în care persoana îndoliată are nevoie de intervenții care sunt în afara competențelor personalului implicat în proces sau în afara serviciilor pe care organizația este capabilă să le furnizeze.

Standardul 4: Evaluarea nevoilor

Evaluarea stresului psihosocial, spiritual, economic și a riscului de durere complicat (tulburare de doliu prelungit) constituie un proces continuu care începe încă din momentul în care pacientul și familia acestuia intră în serviciul de îngrijire paliativă și poate dura multe luni după moartea pacientului. Evaluarea presupune o conlucrare interdisciplinară deoarece pacienții și îngrijitorii principali pot dezvălui informații diferite personalului, în momente diferite. O abordare complexă interdisciplinară oferă posibilitatea identificării nevoilor și planificării în avans a suportului și sprijinului ce urmează a fi oferit.

Evaluarea precoce - se realizează un screening continuu al îngrijitorilor principali explorând factorii de risc și factorii de reziliență/resurse, abordând stresul fizic, emoțional, social, spiritual, comportamental.

Evaluare post-deces este esențială deoarece fiecare se adaptează pierderii diferit și este greu să se facă predicții sigure, în ceea ce privește funcționarea pe termen lung a persoanelor îndoliate.

Criterii

4.1. După preluarea pacientului în serviciul de îngrijire paliativă se recomandă să se efectueze cât mai curând posibil o evaluare detaliată, cu îngrijitorul principal (și cu alți membrii ai familiei dacă resursele permit), care face referire la riscurile de natură socială, emoțională, spirituală, financiară, comportamentală. Această evaluare necesită documentație structurată și revizuire în întâlnirile de echipă.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

4.2. Procesul de evaluare a riscurilor începe la intrarea în serviciul de îngrijire paliativă și continuă pe tot parcursul implicării serviciului de îngrijire paliativă. Este un proces care necesită contribuția pacientului, îngrijitorului (îngrijitorilor) și profesioniștilor relevanți.

4.3. Cât mai curând posibil după deces se efectuează o evaluare a nivelului de traumă pe care familia l-a experimentat ca urmare a decesului.

4.4. La 12 săptămâni după deces se efectuează un apel telefonic către toți îngrijitorii principali pentru a identifica dacă este necesară o evaluare sau sprijin suplimentar.

4.5. La aproximativ șase luni de la moartea pacientului, persoanelor identificate ca având un risc crescut de a dezvolta o tulburare de doliu prelungit li se oferă o evaluare cuprinzătoare a doliului folosind un instrument validat, cum ar fi PG-13R (Prigerson & Maciejewski 2012).

4.6. În orice etapă a doliului evidențierea unui risc crescut de comportament suicidar, autovătămare sau în cazul în care persoana îndoliată poate fi o amenințare la adresa bunăstării altora ar trebui să fie direcționată imediat către un serviciu de urgență de sănătate mintală.

Standardul 5: Strategii de sprijin pentru doliu

- *Strategii de bază/ universale* care vizează toți îngrijitorii și persoanele îndoliate - corespunzătoare nivelului 1 de doliu
- *Strategii specializate* de sprijin pentru doliu, destinate celor cu risc crescut de dezvoltare a tulburării de doliu prelungit sau cu suferința psihosocială și /sau spirituală - corespunzătoare nivelului 2, 3 de doliu

Strategiile de bază/universale de sprijin pentru doliu includ:

- managementul corespunzător al simptomelor pacientului, reducând astfel impactul unui deces traumatic asupra îngrijitorului;
- Screening și evaluarea continuă a factorilor de risc printr-o abordare holistică a îngrijitorului;
- Furnizarea de informații structurate și sprijin pe parcursul traiectoriei procesului de doliu începând cu admiterea în serviciu de îngrijiri paliative, continuând cu iminența morții, sprijinul oferit imediat după deces și sprijin oferit la intervale regulate după deces (3, 6, 12 luni);

Page 144



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Dintre aceste strategii de bază amintim, posibilitatea îngrijitorului de a participa la sesiuni de informare despre doliu, sesiuni care îi oferă posibilitatea de a reflecta asupra pierderii suferite, participarea la programe bazate pe activități cum ar fi grupurile de arta, muzica, meditație, tabere, alte activități recreative.

Strategiile specializate de sprijin pentru doliu includ:

- consiliere și psihoterapie în caz de doliu, folosind intervenții specializate

Exemple:

- terapia cognitiv-comportamentală (TCC) pentru tulburarea de doliu prelungit (*Boelen et al. 2006*), cel mai mult menționată cu rezultate în literatura de specialitate
- terapia de doliu în familie (*Kissane et al. 2002*)
- tratamentul complicat al doliului (*Shear et al. 2005*)
- abordări de reconstrucție a sensului pentru terapia durerii (*Neimeyer 2000*)
- asistență online (*Wagner et al. 2006*)
- grupuri de sprijin pentru doliu.

Criterii

5.1. Strategiile de sprijin în perioada de doliu sunt foarte utile întrucât ajută profesioniștii să recunoască nivelul doliului și să intervină corespunzător;

5.2. Persoanele îndoliate sunt informate despre serviciile disponibile și au acces la servicii specializate în funcție de nevoie și nivelul de risc identificat;

5.3. Persoana îndoliată are acces la materiale și informații care fac referire la procesul doliului și care sunt adresate într-o manieră sensibilă și adecvată;

5.4. Există un sistem confidențial pentru documentarea și actualizarea regulată a informațiilor persoanelor îndoliate;

Page 145



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

5.5. Sprijinul și intervențiile abordează atât provocările emoționale (gestionarea sentimentelor legate de durere), cât și pe cele axate pe probleme (gestionarea cerințelor vieții de zi cu zi) de a face față pierderii (Stroebe & Schut 1999);

5.6. Strategiile de bază/universale pentru doliu sunt implementate în diferite puncte de-a lungul traiectoriei de doliu respectiv:

- Între momentul preluării pacientului (și implicit a familiei acestuia) în serviciul de îngrijire paliativă și decesul pacientului, atunci când sunt furnizate informații și materiale/sesiuni psiho-educative și îngrijitorilor aflați în situații de risc le este oferit sprijin specializat;
- Când decesul este iminent – sunt furnizate informații adecvate și persoanele expuse riscului sunt însoțite în pierdere de către asistența specializată din îngrijirea paliativă;
- La deces sau cât mai curând posibil după deces – se determină impactul traumatic posibil asupra familiei, în urma decesului, sunt furnizate informații și persoanele cu risc sunt direcționate pentru sprijin de specialitate;
- La 12 săptămâni după deces, serviciul de doliu urmărește toți îngrijitorii principali pentru a furniza informații și a evalua modul în care aceștia reușesc să facă față pierderii;
- La șase luni de la deces, atunci când se efectuează o evaluare mai amănunțită a doliului pentru persoanele cu risc, iar persoanele care este posibil să dezvolte o tulburare de doliu prelungit sunt îndrumate către sprijin de specialitate, dacă este cazul;
- La aproximativ 12 luni/6 luni după deces, când serviciile de îngrijire paliativă trimit o felicitare aniversară sau o invitație la slujba memorială.

5.7. Echipa interdisciplinară la scurt timp de la decesul pacientului, reflectează asupra modului în care a decurs îngrijirea pacientului în fază terminală și identifică dacă pentru îngrijitor există posibile efecte traumatiche, analizând punctele forte ale îngrijirii, precum și punctele slabe, care necesită îmbunătățiri.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Standardul 6: Predarea clinică și trimiterea la servicii de specialitate

În cazul în care furnizarea de sprijin în caz de doliu nu se încadrează în abilitățile și competențele personalului de îngrijire paliativă sau se identifică probleme psihopatologice complexe la persoana îndoliată, se efectuează trimiterea către un centru de sănătate mintală. Acestea sunt unități medicale publice, ce dispun de servicii specializate pentru copii și adulți și au în componența lor echipe multidisciplinare.

Criterii

6.1. Persoanele îndoliate au nevoie de acces rapid la informații despre o serie de servicii specializate.

6.2. Există un protocol clar pentru trimiterea către servicii specializate în funcție de evaluarea riscului de doliu.

Standardul 7. Educația comunitară și promovarea sănătății

În cadrul comunității este necesar să se realizeze acțiuni de conștientizare cu privire la posibilele probleme întâmpinate în doliu, facilitând acceptarea și sprijinul celor îndoliați. Materiale privind durerea și doliul, informații privind sprijinul pe care membrii comunității pot să îl ofere celor îndoliați, e necesar să fie accesibile în cabinetele medicilor de familie din comunitate, în serviciile de asistență socială, la angajatori, în școli și licee, biserică, precum și în diverse grupuri frecventate de membrii comunității.

Criterii

7.1. Serviciile de îngrijire paliativă participă la activități de educație comunitară și de promovare a înțelegerii privind pierderea și doliul. Aceste activități pot fi inițiate de programul de sprijin pentru doliu sau desfășurate în colaborare cu alte servicii relevante.

7.2. Informații și consultații despre pierdere și doliul sunt oferite membrilor comunității și personalului din alte servicii de sprijin.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Standardul 8: Confidențialitatea

Personalul din cadrul serviciului de îngrijire și sprijin în perioada de doliu asigură confidențialitatea îngrijitorilor îndoliați

Criterii

8.1. Personalul implicat în acest serviciu respectă legislația care face referire la confidențialitate.

8.2 Se solicită consimțământul, permisiunea verbală/ scrisă a îngrijitorului sau a persoanei îndoliate înainte de oferirea de serviciu: de screening, evaluare, trimitere și intervenții de doliu. Acest consimțământ verbal/ scris este documentat /înregistrat în notele întocmite pentru persoana îndoliată.

8.3. Consimțământul informat este obținut de la persoanele îndoliate înainte ca informațiile despre acestea să fie colectate și/sau comunicate altora.

8.4. Informațiile confidențiale sunt stocate într-un mod care asigură protecția confidențialității persoanelor îndoliate. Numai personalul autorizat are acces la aceste informații.

8.5. Mediul fizic (cabinete, saloane, etc.) pentru furnizarea serviciilor de asistență asigură confidențialitatea vizuală și sonoră.

8.6. Informațiile obținute din completarea chestionarelor privind feedback-ul persoanelor îndoliate cu privire la programul de doliu sunt confidențiale.

Standardul 9: Alocarea resurselor

Alocarea resurselor permite programului de doliu să răspundă nevoilor în schimbare ale persoanelor îndoliate și personalului implicat.

Criterii

9.1. Alocarea unui buget pentru dezvoltarea și susținerea serviciului de doliu în cadrul serviciilor de îngrijiri paliative

9.2. Alocarea și utilizarea adecvată a resurselor pentru a oferi educație și sprijin adecvat personalului care își desfășoară activitatea în cadrul serviciului de doliu.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Standardul 10: Integrarea cu sistemul de sănătate și asistență

Sprijinul oferit persoanelor îndoliate face parte dintr-un sistem general de sănătate care urmărește susținerea persoanelor îndoliate și a comunității din care aceștia fac parte (Ordinul 253/2018).

Criterii:

10.1. Personalul din serviciul de doliu are cunoștințe despre resursele externe disponibile și oferă informații despre accesabilitatea lor, creează și menține legături cu rețele eficiente de furnizorii externi ce pot fi sprijin persoanelor îndoliate.

Standardul 11: Îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor de doliu

Se urmărește îmbunătățirea permanentă a calității serviciului de doliu prin cercetare și evaluarea activității. Este esențial ca acest domeniu să fie consolidat prin proiecte de cercetare și studii.

Criterii:

11.1. Serviciile utilizează seturi de date existente sau stabilesc noi seturi de date pentru a permite colectarea de informații de la persoanele îndoliate, personal și alte servicii relevante.

11.2. Performanța este măsurată prin standardele minime, iar rezultatele sunt utilizate pentru a îmbunătăți performanța.

13.3. Recomandări pentru implementarea standardelor de-a lungul traiectoriei de doliu

Deoarece serviciile de sprijin în doliu ale echipelor specializate în îngrijire paliativă sunt la început de drum în România, am structurat aceste recomandări pentru implementarea standardelor 4 și 5 pe toată traiectoria procesului de doliu.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Punctul pe traectoria doliului	Acțiuni	Standarde relevante	Factori de luat în considerare
Între momentul preluării pacientului în IP și decesul pacientului	Ca parte a unei evaluări holistice: fizice, sociale, psiho- emoționale, spirituale, echipa evaluează riscul îngrijitorului de a avea un doliu complicat (tulburare de doliu prelungit)	Standardul 4	Proces interdisciplinar Examinarea conversațională continuă a riscurilor și a factorilor de reziliență
	Dacă există un risc crescut de autovătămare sau niveluri ridicate actuale de suferință psihosocială, îndrumați îngriji- torul spre specialiști externi	Standard 5	Trimiterea urgentă poate fi necesară dacă riscul evaluat apare ca fiind ridicat Poate fi necesar să se adreseze unor servicii externe dacă expertiza nu se află în cadrul serviciului de îngrijire paliativă
	Dacă îngrijitorul îndeplinește criteriile (pe baza evaluării echipei interdisciplinare) pentru riscul de doliu, echipa identifică persoana ca fiind potențial vulnerabilă și monitorizează în consecință	Standard 5	Cu consimțământul persoanei, dacă sunt identificate riscuri, un membru adecvat al echipei este notificat pentru a oferi sprijin sau mai mult, îngrijitorul/membrul familiei identificat primește sprijin conform nevoilor evaluate



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Punctul pe traectoria doliului	Acțiuni	Standarde relevante	Factori de luat în considerare
	Furnizarea de informații și materiale psiho-educative	Standard 5	Psihoeducația ar trebui să fie oferită printr-o varietate de mijloace, cum ar fi sesiuni de informare, cărți și DVD-uri și să se concentreze pe: • pregătirea îngrijitorului principal pentru rolul său • prezentarea serviciilor de îngrijire paliativă și • asistarea îngrijitorului principal pentru a-și sprijini ruda bolnavă (cum ar fi gestionarea simptomelor și sprijinul psihosocial, spiritual) • Strategii de autoîngrijire pentru îngrijitorul principal (inclusiv servicii de respite, dacă este cazul) Informații despre deces și doliu
Moarte iminentă	Furnizați informații	Standard 5	Asigurați-vă că familia este conștientă de faptul că moartea este iminentă (acolo unde este posibil) Pregătiți familia pentru această situație Evaluați pregătirea familiei pentru deces Oferiți informații practice, cum ar fi semnele morții iminente, cum să organizeze o înmormântare și informații despre pompe funebre Furnizați informații la nivel social de care familia are nevoie legat de înmormântare (ajutor de înmormântare etc).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Punctul pe traectoria doliului	Acțiuni	Standarde relevante	Factori de luat în considerare
	Discuții privind deciziile legate de îngrijire	Standard 5	Unde ar dori pacientul și familia să aibă loc moartea? Cine trebuie notificat? Aranjamente funerare
	Pentru cei cu risc de doliu complicat (TDP), oferiți sprijin mai cuprinzător	Standard 5	Evaluarea suferinței de separare și a suferinței traumatice
La decesul pacientului (cât mai curând posibil în urma decesului)	Evaluați cât de traumatic a fost experimentat momentul decesului pentru familie	Standardul 4	Evaluați dacă sunt pierderi multiple pentru îngrijitor Conținut traumatic al decesului pentru persoana îndoliată - experiența bruscă (neașteptat), - locul decesului, cum ar fi spitalul sau acasă, - cine a fost prezent în momentul decesului. Orice aspecte dificile ale decesului pentru familie și îngrijitori. Nemulțumirea față de modul cum a fost comunicat decesul. Incongruență între dorințele exprimate înainte de moarte ale pacientului/familiei și experiența reală a morții. Este important să se facă diferența între percepția familiei și cea a profesioniștilor din domeniul sănătății cu privire la deces, deoarece acestea pot diferi semnificativ. Percepția membrilor familiei este



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Punctul pe traectoria doliului	Acțiuni	Standarde relevante	Factori de luat în considerare
			importantă legat de evaluarea factorilor de risc apăruti la deces
	Furnizați informații	Standard 5	Informațiile includ sprijin disponibil, cum ar fi grupurile sociale/de sprijin
	Intervenții specializate în doliu	Standard 5	Pentru persoanele cu niveluri ridicate de suferință psihosocială, spirituală sau care manifestă simptome semnificative de stres de separare și traumă
	Efectuați o revizuire a deceselor (membri ai echipei interdisciplinare)	Standard 5	Fiecare membru al echipei de îngrijire paliativă are ocazia de a reflecta asupra experienței morții pacientului și a impactului acesteia asupra acestuia membrilor familiei Încurajați utilizarea supravegherii și sprijinului profesional
	Dacă există un risc crescut de autovătămare sau niveluri ridicate actuale de suferință psihosocială, consultați servicii de specialitate	Standard 5	Trimiterea urgentă la serviciile de sănătate mintală de criză poate fi necesară dacă riscul este evaluat ca fiind ridicat
La 12 săptămâni după deces	Furnizați informații	Standard 5	Informațiile includ sprijin disponibil, cum ar fi grupurile sociale/de sprijin
	Apel telefonic de urmărire (pentru toți îngrijitorii principali)	Standard 5	Explorați probleme precum insomnia, sprijinul social, revenirea la locul de muncă, contactul cu medicul de familie și exacerbarea existenței anterioare afecțiuni psihologice sau fizice. Cum s-au schimbat lucrurile pentru persoană în



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Punctul pe traectoria doliului	Acțiuni	Standarde relevante	Factori de luat în considerare
			ultimele trei luni? Dacă simptomele legate de doliu sunt neîncetate, acesta poate fi un semn că este necesară o evaluare sau sprijin suplimentar
La 12 săptămâni după deces	Intervenții specializate în doliu	Standard 5	Poate necesita trimitere, îndrumare pentru intervenții specializate de doliu pe baza constatărilor apelului telefonic de urmărire/vizitei la domiciliu
La aproximativ șase luni de la deces	Efectuați o evaluare formală a celor care au fost identificați anterior ca având un risc ridicat de tulburare de doliu prelungit sau doliu complicat	Standard 4	Simptomele au fost prezente timp de cel puțin șase luni după decesul clientului Luați în considerare o serie de intervenții, inclusiv opțiuni clinice, consiliere sau trimitere la medicul de familie
	Pentru cei care îndeplinesc criteriile pentru tulburare de doliu prelungit, consultați serviciile specializate de doliu	Standard 5	Trimiterea, recomandarea către un specialist cu experiență în caz de doliu din cadrul organizației sau către o organizație externă
	Pentru persoanele îndoliate evaluate ca având suferință psihosocială moderată sau un risc moderat de doliu complicat	Standard 5	Poate implica trimiterea către grupuri de sprijin sau sociale Sprijinul poate fi oferit de voluntari instruiți în sprijinul procesului de doliu Sprijinul familiei și al prietenilor rămâne important pe întreaga traiectorie a doliului
La aproximativ 12 luni de la deces	Trimiteți o felicitare aniversară sau o invitație la slujba de comemorare la	Standard 5	Nu există o „oră limită” pentru furnizarea de sprijin în caz de doliu – un îngrijitor poate solicita suport în orice moment



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Punctul pe traectoria doliului	Acțiuni	Standarde relevante	Factori de luat în considerare
	aproximativ 12 luni de la deces, care include informații privind autoevaluarea și recomandări de sprijin dacă este necesar		pentru sprijin în caz de doliu. Informațiile furnizate pot include contacte utile și modalități de a face față durerii pierderii, doliului Asigurați-vă că, la nevoie, un serviciu specializat își asumă responsabilitatea pentru urmărirea persoanei îndoliate în proces.

Tabelul 15. Sinteza standardelor (4 și 5) de evaluare și sprijin a persoanei îndoliate



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

ANEXE

Anexa 1 -Kingston Caregiver Stress Scale (KCSS)

Nume pacient: _____Caz #: _____

Îngrijitor: _____Relația cu pacientul _____Data: _____

Domiciliu: _____Facilități de îngrijire pe termen lung_Altele _____

Unele persoane spun că se stresează cu privire la anumite aspecte ale procesului de îngrijire. În ce măsură, dacă este cazul, acest lucru se aplică și la dvs., în rolul de îngrijitor al rudei dvs.? Folosind o scală de la 1 (fără stres) la 5 (stres extrem), indicați care este nivelul de stres sau de frustrare pe care îl resimțiți cu privire la următoarele chestiuni.

1	2	3	4	5
Fără stres (fac față bine, fără probleme)	Stres puțin	Stres moderat	Mult stres	Stres extrem („sunt la capătul puterilor”)

CHESTIUNI LEGATE DE ÎNGRIJIRE

ÎN CE MĂSURĂ ...

1. Aveți sentimentul că sunteți copleșit/ă și/sau împovărat/ă?	1	2	3	4	5
2. A avut loc o schimbare în relația dvs. cu pacientul?	1	2	3	4	5
3. Ați observat vreo schimbare în viața dumneavoastră socială?	1	2	3	4	5
4. Există conflicte cu privire la angajamentele anterioare procesului de îngrijire (serviciu/voluntariat)?	1	2	3	4	5
5. Aveți sentimentul că sunteți blocat de responsabilitățile sau cerințele procesului de îngrijire?	1	2	3	4	5
6. Aveți sentimentul că nu sunteți în stare să oferiți îngrijirile necesare?	1	2	3	4	5
7. Aveți îngrijorări cu privire la nevoile viitoare de îngrijire ale pacientului ?	1	2	3	4	5

Page 156



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PROBLEME DE FAMILIE

ÎN CE MĂSURĂ ...

8. Există conflicte în familie cu privire la deciziile de îngrijire? 1 2 3 4 5

9. Există conflicte în familie cu privire la sprijinul pe care îl primiți de la ceilalți în procesul de îngrijire a pacientului? 1 2 3 4 5

PROBLEME FINANCIARE

ÎN CE MĂSURĂ

10. Aveți dificultăți financiare asociate cu îngrijirea pacientului? 1 2 3 4 5

Acest formular trebuie utilizat împreună cu Manualul de administrare și interpretare KCSS care poate fi descărcat gratuit de la: www.kingstonscales.org sau email: kscales@queensu.ca © Copyright 2005 ... 2016 R.W. Hopkins, L.A. Kilik (Jan 2015)

Acest chestionar poate fi dat îngrijitorului pentru completare sau se poate fi citit de către oricare membru al echipei interdisciplinare, solicitându-se îngrijitorului un răspuns pentru fiecare item. Prin urmare, poate fi administrat prin telefon sau internet. Deoarece mai multe persoane pot fi implicate în îngrijirea unei persoane, fiecare persoană poate fi interviuată separat și urmărită în timp de KCSS.

Scorul KCSS total este pur și simplu suma celor zece răspunsuri ale fiecăruia.

Scor total minim 10 - scor total maxim 50

Factori legați de îngrijire (itemii 1-7) min 7 med 13.96 max. 35

Factori legați de familie (itemii 8-9) min 2 med 3,15 max. 10

Factor financiar (itemul 10) min 1 med 1,69 max. 5

Nivelul subiectiv de stres

Ușor	Moderat	Sever
10 - 14	15-23	24 - 50



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 2 INSTRUMENT DE EVALUARE A RISCULUI DE DOLIU (C-BRAT) -Bereavement Risk Assessment Tool

Data _____ Evaluator _____

Nume pacient decedat _____ Nume aparținător _____

Indicatori de risc și factori de protecție

I. Grad de rudenie

- a) soț (soție) / partener al persoanei decedate
- b) părinte al persoanei decedate

II Aparținător

membru al familiei sau prieten care și-a asumat responsabilitatea principală pentru îngrijire

III. Sănătate mintală

- a) boli mintale grave (de exemplu, depresie majoră, schizofrenie, tulburări de anxietate)
- b) dizabilitate mintală semnificativă (de exemplu, tulburări de dezvoltare, demență, accident vascular cerebral, traumatism cranian)

IV. Mecanisme de coping

- a) abuz de substanțe / adicție (specificați)
- b) gânduri suicidale (fără plan, fără tentative anterioară)
- c) are un plan de sinucidere și mijloacele necesare pentru a-l pune în aplicare SAU a mai încercat să se sinucidă în trecut
- d) preocupări exprimate în mod direct cu privire la propria capacitate de a face față situației, în prezent sau în viitor
- e) stări emoționale intensificate (furie, vinovăție, anxietate) ca răspuns tipic la factorii de stres
- f) jelire/tânjire după persoana decedată SAU gânduri/imagini tulburătoare persistente > 3 luni*
- g) refuză resursele sau sprijinul disponibile
- h) incapacitatea de a simți sentimente de doliu sau de a accepta realitatea morții > 3 luni *



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

V. Spiritualitate / Religie

provocare semnificativă pentru convingerile fundamentale / pierderea sensului sau a credinței / suferință spirituală

VI. Factori de stres concurenți

- a) două sau mai multe responsabilități concurente (de exemplu, creșterea copiilor de către un singur părinte, munca, alte sarcini de îngrijire)
- b) resurse financiare, practice sau fizice insuficiente (de exemplu, venituri mici, lipsa îngrijirii copiilor, boală)
- c) pierderi recente fără legătură cu decesul (de exemplu, divorț, șomaj, mutare, pensionare)
- d) persoană apropiată cu boală amenințătoare de viață (alta decât pacientul/decedatul)

VII. Perioade de doliu anterior / dolii anterioare

- a) doliu anterior/dolii anterioare nerezolvate
- b) decesul unei alte persoane importante în decursul unui an (de la data decesului pacientului)
- c) doliu cumulat din cauza a > 2 ALTE decese în ultimii 3 ani
- d) decesul sau pierderea unui părinte/figură părintească în timpul copilăriei (înainte de vârsta de 19 ani)

VIII. Sprijin / relații

- a) lipsa sprijinului social/izolare socială (percepută sau reală - de exemplu, izolare la domiciliu)
- b) bariere culturale sau lingvistice care afectează primirea unui sprijin
- c) relații discordante de lungă durată sau actuale în cadrul familiei
- d) relația cu pacientul/persoana decedată (de exemplu, abuz, dependență)

IX. Copii / tineri

- a) moartea unui părinte / a figurii parentale sau a unui frate*
- b) manifestarea unor comportamente/simptome extreme și continue (de exemplu, anxietate de separare+, coșmaruri)
- c) părintele își exprimă îngrijorarea cu privire la capacitatea să de a-l sprijini pe copil în procesul de doliu
- d) părinte/figură parentală copleșit(ă) de propria suferință



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

X. Circumstanțe care implică pacientul, îngrijirea sau decesul

- a) pacient / persoană decedată cu vârsta mai mică de 35 de ani
- lipsa de pregătire pentru moarte (așa cum este percepută sau manifestată de către cei îndoliați)*
- c) suferință provocată de asistarea la moarte SAU moartea percepută ca fiind evitabilă *
- d) moarte violentă, traumatică SAU inexplicabilă (de exemplu, accident, sinucidere, cauză necunoscută)*
- e) furie semnificativă față de ALȚI furnizori de servicii medicale (de exemplu, „medicul meu de familie a ratat diagnosticul”)
- f) furie semnificativă față de programul nostru de îngrijire paliativă (de exemplu, „mi-ați ucis soția”)

XI. Factori de protecție care susțin un rezultat pozitiv în cazul procesului de doliu

- a) convingerea interioară în propria capacitate de a face față în mod eficient
- b) percepe și este dispus(ă) să acceseze o rețea puternică de sprijin social
- c) predispus(ă) la un nivel ridicat de optimism/stare de spirit pozitivă
- d) convingeri spirituale/religioase care ajută la acceptarea morții

*** acest indicator poate fi identificat doar după decesul persoanei**

Mai multe informații despre acest instrument: www.victoriahospice.org/health-professionals/clinical-tools

Utilizat cu permisiunea Victoria Hospice Society, www.victoriahospice.org

BCGuidelines.ca: Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease

Tabelul de mai jos prezintă cei 40 de indicatori ai BRAT și ponderea de risc a fiecărui indicator. Odată ce indicatorii de risc au fost identificați pentru o persoană îndoliată, ponderile de risc pentru toți indicatorii sunt adăugate pentru a obține un scor de risc. În cazul în care sunt prezenți unul sau mai mulți factori de protecție, valorile acestora sunt apoi scăzute din scorul de risc. Scorul cumulativ final corespunde unui nivel



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

de risc, așa cum se arată în Tabelul II. Trebuie remarcat faptul că doi dintre indicatori nu pot fi modificați de factorii de protecție (scor 640).

Scorurile pot fi determinate manual.

Tabelul I: Ponderile de risc ale indicatorului BRAT

Indicatori de risc și factori de protecție	
I. Grad de rudenie	
a) soț (soție) / partener al persoanei decedate	1
b) părinte al persoanei decedate	16
II. Aparținător	
membru al familiei sau prieten care și-a asumat responsabilitatea principală pentru îngrijire	1
III. Sănătate mintală	
a) boli mintale grave (de exemplu, depresie majoră, schizofrenie, tulburări de anxietate)	16
b) dizabilitate mintală semnificativă (de exemplu, tulburări de dezvoltare, demență, accident vascular cerebral, traumatism cranian)	16
IV. Mecanisme de coping	
a) abuz de substanțe / adicție (specificați)	16
b) gânduri suicidale (fără plan, fără tentative anterioară)	4
c) are un plan de sinucidere și mijloacele necesare pentru a-l pune în aplicare SAU a mai încercat să se sinucidă în trecut	640**
d) preocupări exprimate în mod direct cu privire la propria capacitate de a face față situației, în prezent sau în viitor	1
e) stări emoționale intensificate (furie, vinovăție, anxietate) ca răspuns tipic la factorii de stres	16
f) jelire/tânjire după persoana decedată SAU gânduri/imagini tulburătoare persistente > 3 luni *	4
g) refuză resursele sau sprijinul disponibile	1
h) incapacitatea de a simți sentimente de doliu sau de a accepta realitatea morții > 3 luni *	4



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

V. Spiritualitate / Religie

provocare semnificativă pentru convingerile fundamentale / pierderea sensului sau a credinței / suferință spirituală 4

VI. Factori de stres concurenți

a) două sau mai multe responsabilități concurente (de exemplu, creșterea copiilor de către un singur părinte, munca, alte sarcini de îngrijire) 4

b) resurse financiare, practice sau fizice insuficiente (de exemplu, venituri mici, lipsa îngrijirii copiilor, boală) 4

c) pierderi recente fără legătură cu decesul (de exemplu, divorț, șomaj, mutare, pensionare) 4

d) persoană apropiată cu boală amenințătoare de viață (alta decât pacientul/decedatul)) 4

VII. Perioade de doliu anterior / dolii anterioare

a) doliu anterior/dolii anterioare nerezolvate 16

b) decesul unei alte persoane importante în decursul unui an (de la data decesului pacientului) 4

c) doliu cumulat din cauza a > 2 ALTE decese în ultimii 3 ani 4

d) decesul sau pierderea unui părinte/figură părintească în timpul copilăriei (înainte de vârsta de 19 ani) 4

VIII. Sprijin / relații

a) lipsa sprijinului social/izolare socială (percepută sau reală - de exemplu, izolare la domiciliu) 4

b) bariere culturale sau lingvistice care afectează primirea unui sprijin 4

c) relații discordante de lungă durată sau actuale în cadrul familiei 4

d) relația cu pacientul/persoana decedată (de exemplu, abuz, dependență) 16

IX. Copii / tineri sub 19 ani

a) moartea unui părinte / a figurii parentale sau a unui frate* 16

b) manifestarea unor comportamente/simptome extreme și continue (de exemplu, anxietate de separare+, coșmaruri) 16



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

c) părintele își exprimă îngrijorarea cu privire la capacitatea să de a-l sprijini pe copil în procesul de doliu 16

d) părinte/figură parentală copleșit(ă) de propria suferință 16

X. Circumstanțe care implică pacientul, îngrijirea sau decesul

a) pacient / persoană decedată cu vârsta mai mică de 35 de ani 4-

b) lipsa de pregătire pentru moarte (așa cum este percepută sau manifestată de către cei îndoliați)* 4

c) suferință provocată de asistarea la moarte SAU moartea percepută ca fiind evitabilă * 16

d) moarte violentă, traumatică SAU inexplicabilă (de exemplu, accident, sinucidere, cauză necunoscută)* 16

e) furie semnificativă față de ALȚI furnizori de servicii medicale (de exemplu, „medicul meu de familie a ratat diagnosticul”) 16

f) furie semnificativă față de programul nostru de îngrijire paliativă (de exemplu, „mi-ați ucis soția”) 640**

XI. Factori de protecție care susțin un rezultat pozitiv în cazul procesului de doliu

a) convingerea interioară în propria capacitate de a face față în mod eficient - 16

b) percepe și este dispus(ă) să acceseze o rețea puternică de sprijin social - 16

c) predispus(ă) la un nivel ridicat de optimism/stare de spirit pozitivă - 4

d) convingeri spirituale/religioase care ajută la acceptarea morții - 8

** Acest indicator poate fi identificat numai după deces.

**Ponderile factorilor de protecție NU pot modifica nivelul de risc ridicat.

Tabelul II – ce reprezintă

Nivelului de risc	Intervalul scorului (puncte)
Niciun risc	0
Risc scăzut	1-15
Risc ridicat	6 – 64+



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 3 Anticipatory Grief Scale (AGS)

Chestionar de evaluare al doliului anticipativ

Următoarele afirmații reprezintă sentimentele și atitudinile unor rude ale pacienților cu demență. Răspundeți la afirmații în funcție de ceea ce simțiți în acest moment. Citiți cu atenție fiecare afirmație și încercuiți numărul din dreapta care reflectă cel mai bine gradul dvs. de acord sau dezacord.

1- Nu sunt deloc de acord, 2 Nu sunt de acord, 3- Sunt oarecum de acord, 4 Sunt de acord, 5 Sunt total de acord

Itemi	1	2	3	4	5
1 Visez cu ochii deschiși la cum era viața cu ruda mea înainte de diagnosticarea bolii incurabile.					
2 Mă simt apropiat de ruda mea care suferă de o boală incurabilă					
3 Par să fiu mai iritabil de când ruda mea a fost diagnosticată cu o boală incurabilă					
4 Sunt preocupat de gânduri legate de ruda mea și de boala ei.					
5 Am descoperit noi resurse personale de când a fost diagnosticată boala rudei mele					
6 Îmi este foarte dor de ruda mea așa cum era înainte					
7 Mă simt foarte singur de când a fost diagnosticată boala incurabilă a rudei mele					
8 Sunt capabil să merg mai departe cu viața mea.					
9 Mă învinovățesc pentru boala rudei mele					
10 Mi-e greu să mă concentrez la muncă de când ruda mea a fost diagnosticată cu o boală incurabilă.					
11 Am resursele personale necesare pentru a face față situației rudei mele și a bolii sale.					
12 Am perioade în care plâng când mă gândesc la boala rudei mele.					
13 Mă simt detașat de ruda mea.					
14 Simt nevoia să vorbesc cu alții despre boala rudei mele.					
15 Consider că este nedrept ca ruda mea să aibă o boală incurabilă.					
16 Mi-e greu să dorm de când ruda mea a fost diagnosticată cu o boală incurabilă.					
17 Nimeni nu va putea vreodată să ia locul rudei mele în viața mea					
18 Evit anumite persoane de când rudă mea a fost diagnosticată cu o boală incurabilă.					



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- 19 Simt că m-am adaptat la boala rudelor mele
- 20 De când rudele mele au fost diagnosticate cu o boală incurabilă, mi se pare mai dificil să mă înțeleg cu anumite persoane.
- 21 Mă întreb cum ar fi fost viața mea dacă rudele mele nu ar fi fost diagnosticate cu o boală incurabilă.
- 22 Mă simt mai competent de când rudele mele au fost diagnosticate cu o boală incurabilă.
- 23 Mă enervez când mă gândesc că rudele mele au o boală incurabilă.
- 24 De când ruda mea a fost diagnosticată cu o boală incurabilă, nu mai simt interesul de a mă ține la curent cu activitățile zilnice (televiziune, ziare, prieteni).
- 25 Nu pot accepta faptul că ruda mea a fost diagnosticată cu o boală incurabilă.
- 26 În prezent, funcționez la fel de bine ca înainte ca ruda mea să fie diagnosticată cu o boală incurabilă.
- 27 Îmi fac planuri pentru viitor.

Către: Persoanele care doresc să completeze Chestionarul de evaluare a doliului anticipativ

De la: Susan K. Theut, M.D. Universitatea Brown

Acest chestionar este evaluat astfel încât, cu cât scorul este mai mare, cu atât soțul/soția (sau oricine altcineva) experimentează mai multă durere anticipativă.

Am evaluat chestionarul astfel încât rezultatul să fie un scor global; nu l-am împărțit în factori.

Consultați chestionarul atașat, care conține întrebări marcate ca pozitive sau negative.

Pentru itemii formulați pozitiv, luați numărul pe care persoana îl înconjoară ca scor pentru acel element. Dacă itemul este formulat negativ, trebuie să inversați scorul – adică, dacă la întrebarea nr. 5 persoana înconjoară 4 (total de acord), trebuie să inversați scorul, astfel încât, în loc de 4 ca răspuns pe care l-ați adăuga, să fie notat cu 2. La final, adunați pur și simplu toate scorurile individuale.

Page 165



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 4 Tulburare de doliu prelungit (PG-13-Revizuit)

Holly G. Prigerson, Jiehui Xu, Paul K. Maciejewski.

Q1. Ați pierdut pe cineva important pentru dvs? ☐ Da / ☐ Nu

Q2. Câte luni au trecut de când a murit persoana apropiată? _____ luni

Pentru fiecare dintre întrebările de mai jos, vă rugăm să indicați cum vă simțiți în prezent?

De la moarte sau ca urmare a morții...	Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
Q3. Simțiți că tânjiți sau vă este dor de persoana care a murit?	☐	☐	☐	☐	☐
Q4. Aveți dificultăți în a face lucrurile pe care le faceți în mod normal pentru că vă gândiți prea mult la persoana care a murit?	☐	☐	☐	☐	☐
Q5. Vă simțiți confuz în legătură cu rolul dvs. în viață sau simțiți că nu mai știți cine sunteți (adică simțiți că o parte din dvs. a murit)?	☐	☐	☐	☐	☐
Q6. Vă vine greu să credeți că persoana care a murit a dispărut cu adevărat?	☐	☐	☐	☐	☐
Q7. Evitați lucrurile care vă reamintesc că persoana care a murit chiar nu mai este?	☐	☐	☐	☐	☐
Q8. Simțiți durere emoțională (de exemplu, furie, amărăciune, tristețe) legată de moartea persoanei apropiate?	☐	☐	☐	☐	☐
Q9. Simțiți că aveți dificultăți în a vă reintegra în viață (de exemplu, probleme în relațiile cu prietenii, în urmărirea intereselor, în planificarea viitorului)?	☐	☐	☐	☐	☐
Q10. Vă simțiți emoțional amorțit sau detașat de ceilalți?	☐	☐	☐	☐	☐

Page 166



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Q11. Credeți că viața nu are sens fără persoana care a murit?	☐	☐	☐	☐	☐
Q12. Vă simțiți singur(ă) sau singuratic(ă) fără persoana decedată?	☐	☐	☐	☐	☐

Q13. Simptomele de mai sus au cauzat o afectare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante ale funcționării?

- Da / ☐ Nu



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 5 Inventory of Complicated Grief (ICG)

Inventarul doliului complicat

Nume: _____ Data: _____

Bifați căsuțele care descriu cel mai bine starea dumneavoastră, unde „niciodată” înseamnă mai puțin de o dată pe lună, „rar” înseamnă mai mult de o dată pe lună, dar mai puțin de o dată pe săptămână, „uneori” înseamnă mai mult de o dată pe săptămână, dar mai puțin de o dată pe zi, „adesea” înseamnă aproximativ o dată pe zi, iar „mereu/tot timpul” înseamnă mai mult de o dată pe zi:

Scală de răspuns:

0 = Niciodată 1 = Rareori 2 = Uneori 3 = Deseori 4 = Mereu / Tot timpul

	Nicio- dată	Rare- ori	Une- ori	Deseor i	Mereu
	0	1	2	3	4

1. Mă simt tulburat(ă) de gânduri legate de persoana care a murit.
2. Îmi este greu să accept moartea persoanei respective
3. Simt că nu pot să cred că persoana a murit
4. Mă simt amorțit(ă) emoțional de la pierdere.
5. Mă simt gol / goală pe dinăuntru.
6. Simt că viața mea este fără sens fără persoana respectivă.
7. Am dificultăți să mă gândesc la altceva decât la pierdere.
8. Evit locuri, activități sau persoane care îmi amintesc de pierdere.
9. Simt că am pierdut o parte din mine odată cu moartea persoanei.
10. Simt amărăciune sau furie legată de moarte.
11. Simt că este greu să am încredere în alte persoane.
12. Mă simt singur(ă) sau izolat(ă) de ceilalți de la pierdere.
13. Simt că nu pot merge mai departe cu viața mea



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

14. Simt că aș fi putut face ceva pentru a preveni moartea
15. Simt durere intensă sau suferință când îmi amintesc de pierdere.
16. Mă deranjează când alții nu își amintesc de persoana decedată.
17. Simt că este prea dificil să reiau activitățile zilnice. Simt o dorință intensă de a fi din nou cu persoana pierdută.
18. Simt o dorință intensă de a fi din nou cu persoana pierdută.
19. Am dificultăți în a face planuri pentru viitor.

SCOR total

Adunați punctajele tuturor celor 19 itemi.

Interval posibil: 0–76 puncte

Interpretare orientativă (versiune educațională):

- **0–24:** reacții normale de doliu
- **25–30:** posibile dificultăți de adaptare
- **≥ 30:** indică probabil doliu complicat (necesită evaluare psihologică detaliată)

Referință bibliografică:

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). *Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)

Page 169



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Domeniile evaluate

ICG măsoară **cinci dimensiuni majore** ale doliului complicat:

Domeniu	Descriere	Exemple de itemi
1 Dorință intensă / tânjire (Yearning)	Dor puternic, persistent pentru persoana decedată	„Îmi este foarte dor de persoana care a murit.”
2 Neacceptare / negare	Dificultate de a accepta moartea, sentiment că pierderea nu este reală	„Încă nu pot să cred că persoana a murit.”
3 Amărăciune / furie / neputință	Emoții de revoltă, vinovăție, amărăciune legate de pierdere	„Simt că viața este nedreaptă din cauza morții persoanei dragi.”
4 Evitare și detașare	Evitarea locurilor, activităților sau amintirilor legate de persoana decedată	„Evit locurile care îmi amintesc de persoana decedată.”
5 Disfuncție / perturbarea vieții	Dificultatea de a funcționa normal, pierderea interesului pentru viață	„Simt că nu mai am energie sau scop în viață.”



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 6

Termometrul distresului



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Versiunea 1.2025 Managementul distresului

[Index NCCN Guidelines](#)

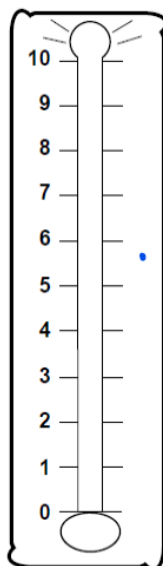
[Cuprins](#)

[Discutie](#)

TERMOMETRUL NCCN PENTRU EVALUAREA DISTRESULUI
Distresul este o experiență neplăcută de natură mentală, fizică, socială sau spirituală. Acesta poate afecta modul în care gândiți, simțiți sau acționați. Distresul poate fi mai greu de gestionat atunci când suferiți de cancer, vă confrunțați cu simptomele bolii sau tratamentul acesteia.

Instrucțiuni: Încercuiți numărul (0–10) care descrie cel mai bine nivelul de distres cu care v-ați confruntat în ultima săptămână, incluzând ziua de azi.

Distres extrem



Fără distres

LISTA PROBLEMELOR

Ați avut probleme legate de subiectele menționate mai jos în ultima săptămână, inclusiv azi? (Marcați toate variantele care se aplică)

Probleme Fizice

- ☐ Durere
- ☐ Somn
- ☐ Oboseală
- ☐ Consum de tutun
- ☐ Abuz de substanțe
- ☐ Memorie sau concentrare
- ☐ Sănătate sexuală
- ☐ Schimbări în alimentație
- ☐ Pierderea sau modificarea abilităților fizice

Probleme emoționale

- ☐ Îngrijorare sau anxietate
- ☐ Tristețe sau depresie
- ☐ Pierderea interesului sau a plăcerii
- ☐ Suferință sau pierdere
- ☐ Frică
- ☐ Singurătate
- ☐ Furie
- ☐ Schimbări de aspect
- ☐ Sentimente de inutilitate sau de a fi o povară

Probleme sociale

- ☐ Relația cu soțul sau partenerul
- ☐ Relația cu copiii
- ☐ Relația cu membrii familiei
- ☐ Relația cu prietenii sau colegii
- ☐ Comunicarea cu echipa medicală
- ☐ Capacitatea de a avea copii
- ☐ Prejudecăți sau discriminare

Probleme practice

- ☐ Să am grijă de mine
- ☐ Să am grijă de ceilalți
- ☐ Siguranță
- ☐ Muncă
- ☐ Școală
- ☐ Locuință/Utilități
- ☐ Finanțe
- ☐ Asigurări
- ☐ Transport
- ☐ Îngrijirea copiilor
- ☐ Să am mâncare suficientă
- ☐ Acces la medicamente
- ☐ Decizii privind tratamentul

Probleme spirituale sau religioase

- ☐ Sentiment de sens sau scop
- ☐ Modificări ale credinței sau convingerilor
- ☐ Moarte, moartea sau viața de după
- ☐ Conflict între convingeri și tratamente pentru cancer
- ☐ Relația cu sacral
- ☐ Nevoi rituale sau alimentare

Alte probleme:

Notă: Toate recomandările fac parte din categoria 2A, cu excepția cazului în care se indică altceva.

Versiunea 1.2025, 11/18/2024 © 2024 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). Toate drepturile rezervate. NCCN Guidelines® și această ilustrație nu pot fi reproduse sub nicio formă fără permisiunea NCCN exprimată în mod explicit în scris.

DIS-A



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Scala de autoevaluare (0–10)

- Pacientul marchează un număr între **0 (fără suferință)** și **10 (suferință extremă)**, corespunzător nivelului resimțit **în ultima săptămână**, inclusiv în ziua curentă.
- **Scor < 4:** suferință ușoară — de obicei, pacientul poate fi susținut prin informare și sprijin general.
- **Scor ≥ 4:** suferință moderată sau severă — necesită **evaluare suplimentară** și, de regulă, **intervenție psihologică sau psiho-socială**.

👉 Pragul de 4 este stabilit de NCCN ca **nivel de alertă** pentru trimiterea către servicii specializate (psiholog, psihiatru, asistent social, consilier spiritual etc.).

Surse și referințe utile

- **National Comprehensive Cancer Network (NCCN).** *Distress Management. NCCN Clinical Practice Guidelines în Oncology (NCCN Guidelines®), Version 2.2012.*
- Jacobsen PB, et al. *Screening for Psychologic Distress în Ambulatory Cancer Patients: A Multicenter Evaluation of the Distress Thermometer.* Cancer, 2005.
- NCCN Guidelines – Distress Management, versiuni actualizate (acces disponibile prin www.nccn.org).



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 7

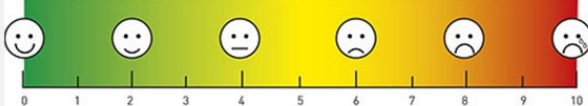
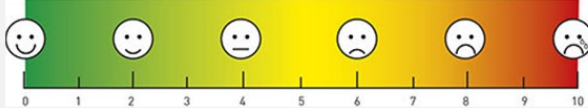
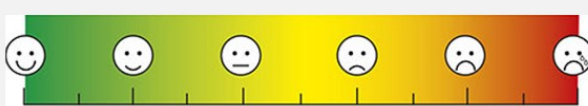
Termometrele emoționale

Instrucțiuni

Vă rugăm să marcați în primele patru coloane cifra (de la 0 la 10) care descrie cel mai elocvent starea dumneavoastră emoțională din ultimele 7 zile (incluzând și ziua de azi). În ultima coloană indicați măsura în care ați avut nevoie de ajutor pentru a rezolva aceste probleme.

Nevoia de ajutor: 0 (m-am descurcat singur)

10 (am avut nevoie disperată de ajutor)

	Stress	Deloc		Foarte mare
	Anxietate			
	Depresie			
	Furie			
	Nevoie de ajutor			



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 8

Adult Attachment Scale (AAS)

Scala Tipurilor de Atașament pentru Adulți

Instructaj:

„Vă rugăm să citiți cu atenție afirmațiile de mai jos și indicați măsura în care acestea descriu ceea ce simțiți cu privire la relațiile romantice. Vă rugăm să vă gândiți la toate relațiile (trecute și prezente) și să răspundeți în funcție de ceea ce simțiți sau ați simțit în general pe parcursul acestora. Dacă nu ați fost niciodată implicat/ă într-o relație romantică, răspundeți în funcție de cum credeți că v-ați simți.

Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Utilizați scala de la 1 la 5 și marcați răspunsul care vi se potrivește cel mai bine.”

Scorare: Scală Likert în 5 trepte, unde 1= Nu mă caracterizează deloc, 2= și 5 = Mă caracterizează întocmai.

Nr crt.	Item	1	2	3	4	5
1	Mi se pare destul de ușor să mă apropiu de ceilalți.					
2	Mi se pare dificil să mă las să depind de alții.					
3	Mă îngrijorez adesea că partenerii mei nu mă iubesc cu adevărat.					
4	Mi se pare că ceilalți ezită să se apropie de mine pe cât de mult mi-aș dori eu.					
5	Mă simt confortabil să depind de ceilalți.					
6	Nu mă îngrijorez dacă oamenii se apropie prea mult de mine.					
7	Mi se pare că oamenii nu sunt niciodată aproape când ai nevoie de ei.					
8	Mă simt oarecum incomod să mă apropiu de ceilalți					
9	Mă îngrijorez adesea că partenerii mei romantici nu vor dori să rămână cu mine.					
10	Când le arăt celorlalți sentimentele mele, îmi este teamă că ei nu simt același lucru pentru mine.					
11	Mă întreb adesea dacă partenerii mei romantici țin cu adevărat la mine.					
12	Mă simt comod să am relații apropiate cu ceilalți.					
13	Mă simt incomod când cineva se apropie emoțional prea mult de mine.					
14	Știu că oamenii vor fi lângă mine dacă voi avea nevoie de ei.					



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- 15 Îmi doresc să mă apropii de oameni, dar mă tem că voi fi rănit/ă.
16 Mi se pare dificil să am încredere totală în ceilalți.
17 Partenerii mei romantici îmi doresc adesea să mă apropii emoțional de ei mai mult decât îmi este mie comod.
18 Nu sunt convins/ă că mă pot baza întotdeauna pe faptul că ceilalți vor fi aproape de mine la nevoie.

Se calculează media aritmetică a fiecărei sub scale. **Itemii 2, 7, 8, 13, 16, 18 se scorează invers.**

DEPENDENȚĂ

Disconfort față de dependența de ceilalți – itemii 2, 5, 7, 14, 16, 18.

Scorurile ridicate reflectă un disconfort ridicat față de dependența de alții.

APROPIERE

Disconfort față de apropierea de ceilalți – itemii 1, 6, 8, 12, 13, 17.

Scorurile ridicate reflectă un disconfort ridicat față de apropierea și intimitatea cu alții.

ANXIETATE – itemii 3, 4, 9, 10, 11, 15.

Scorurile ridicate reflectă o teamă pronunțată de a fi respins/ă sau neiubit/ă.

- Atașament Sigur = scoruri mari la subscalele Aproximare și Dependență, scoruri mici la subscala Anxietate
- Atașament Anxios = scoruri mari la subscala Anxietate, scoruri moderate la subscalele Aproximare și Dependență
- Atașament Evitant = scoruri scăzute pe subscalele Aproximare, Dependență și Anxietate

Referință bibliografică originală

Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053–1073. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Sursa Test Central :ID 496/ traducere Alina Chiracu

Autorii acestei scale acordă cercetătorilor, studenților și clinicienilor permisiunea de a utiliza această scală în scopuri de cercetare, educaționale și clinice, precum și de a adapta sau traduce scala în noi limbi, după cum este necesar.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 9

ICD – 11 PGD CHECKLIST

	Criteriu	Detalii	
1	A. Eveniment criteriu	Istoric de doliu în urma decesului unui partener, părinte, copil sau altă persoană apropiată persoanei îndoliate.	
2	B. Suferință de separare	Un răspuns persistent și omniprezent la doliu caracterizat de unul dintre următoarele simptome:	
		1. Dor după cel decedat	
		2. Preocuparea persistentă pentru defunct	
3	C. Intensă durere emoțională	Însoțită de durere emoțională intensă, de exemplu, tristețe, vinovăție, furie, negare și vină	
		Dificultate în a accepta moartea	
		Sentimentul că cineva și-a pierdut o parte din sine	
		Incapacitatea de a experimenta o dispoziție pozitivă	
		Amorțeală emoțională	
		Dificultate în a se angaja în activități sociale sau de altă natură	
4	D. Criteriul deficienței funcționale	Tulburarea are ca rezultat afectări semnificative în domeniile personale, familiale, sociale, educaționale, profesionale sau alte domenii importante ale funcționării. Dacă funcționarea este menținută, este doar printr-un efort suplimentar semnificativ.	
5	E. Criterii culturale și temporale	Răspunsul la durere a persistat pentru o perioadă atipic lungă de timp după pierdere, depășind semnificativ normele sociale, culturale sau religioase așteptate pentru cultura și contextul individului.	
		Răspunsuri la doliu care durează cel puțin de 6 luni și pentru perioade mai lungi în unele contexte culturale, nu ar trebui să fie considerate ca îndeplinind această cerință.	



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

6	Caracteristici clinice suplimentare:	Preocuparea persistentă se poate concentra asupra circumstanțelor decesului sau se poate manifesta prin comportamente precum păstrarea tuturor bunurilor persoanei decedate exact așa cum erau înainte de moartea acesteia. Persoana poate alterna între preocuparea excesivă și evitarea amintirilor legate de persoana decedată	
		Alte caracteristici ale tulburării de doliu prelungit pot include probleme de adaptare fără persoana iubită, dificultăți în a-și aminti amintiri pozitive despre persoana decedată, dificultăți în a avea încredere în ceilalți, retragere socială și sentimentul că viața nu are sens.	
		Pot apărea consumul crescut de tutun, alcool și alte substanțe, precum și ideile și comportamentul suicidar.	



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 10 Generalized Anxiety Disorder 7-item

Tulburarea de anxietate generalizată (GAD7)

Cât de des ați fost afectat de următoarele aspecte în ultimele 2 săptămâni?

1. Stare de agitație, anxietate sau nervozitate

- | | |
|--|---|
| ☐ Niciodată | 0 |
| ☐ Câteodată | 1 |
| ☐ Mai mult de jumătate din timp | 2 |
| ☐ Aproape zilnic | 3 |

2. Probleme în a tempera sau controla îngrijorarea

- | | |
|--|---|
| ☐ Niciodată | 0 |
| ☐ Câteodată | 1 |
| ☐ Mai mult de jumătate din timp | 2 |
| ☐ Aproape zilnic | 3 |

3. Îngrijorare excesivă pentru diverse lucruri

- | | |
|--|---|
| ☐ Niciodată | 0 |
| ☐ Câteodată | 1 |
| ☐ Mai mult de jumătate din timp | 2 |
| ☐ Aproape zilnic | 3 |



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

4. Probleme în a vă relaxa

- | | |
|--|---|
| ☐ Niciodată | 0 |
| ☐ Câteodată | 1 |
| ☐ Mai mult de jumătate din timp | 2 |
| ☐ Aproape zilnic | 3 |

5. O stare de neliniște extremă, care vă face să vă mișcați în continuu

- | | |
|--|---|
| ☐ Niciodată | 0 |
| ☐ Câteodată | 1 |
| ☐ Mai mult de jumătate din timp | 2 |
| ☐ Aproape zilnic | 3 |

6. Deveniți foarte iritabil și ușor de enervat

- | | |
|--|---|
| ☐ Niciodată | 0 |
| ☐ Câteodată | 1 |
| ☐ Mai mult de jumătate din timp | 2 |
| ☐ Aproape zilnic | 3 |

7. Senzație de teamă ca și cum s-ar putea întâmpla ceva îngrozitor

- | | |
|--|---|
| ☐ Niciodată | 0 |
| ☐ Câteodată | 1 |
| ☐ Mai mult de jumătate din timp | 2 |
| ☐ Aproape zilnic | 3 |



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

SCOR TOTAL =

Interpretare:

Atunci când se efectuează screening pentru tulburările de anxietate, un scor de 8 sau mai mare reprezintă un punct de referință rezonabil pentru identificarea cazurilor probabile de tulburare de anxietate generalizată; este necesară o evaluare diagnostică suplimentară pentru a determina prezența și tipul tulburării de anxietate. Utilizând un punct de referință de 8, GAD-7 are o sensibilitate de 92% și o specificitate de 76% pentru diagnosticarea tulburării de anxietate generalizată.^{2,3}

Următoarele praguri corelează cu nivelul de severitate al anxietății:

- Scor 0-4: Anxietate minimă
- Scor 5-9: Anxietate ușoară
- Scor 10-14: Anxietate moderată
- Scor mai mare de 15: Anxietate severă



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 11 SCALA IMPACTULUI EVENIMENTELOR-Revizuită (IES-R)

INSTRUCȚIUNI: Găsiți mai jos o listă a dificultăților pe care oamenii le întâmpină uneori în urma confruntării cu evenimentele stresante ale vieții. Vă rugăm să citiți atent fiecare item și să indicați cât de supărător vi s-a părut fiecare dintre acestea PE PARCURSUL ULTIMELOR ȘAPTE ZILE, în legătură cu (evenimentul), petrecut în data de _____. Cât de mult v-au supărat aceste dificultăți?

ITEMI	Deloc	Puțin	Modera t	Mult	Extrem de mult
	0	1	2	3	4
1. Orice lucru care îmi aducea aminte de eveniment, mă făcea să re trăiesc emoțiile legate de el.					
2. Mi-a fost greu să nu mă trezesc din somn.					
3. Alte lucruri mă făceau să continui să mă gândesc la el.					
4. Mă simțeam iritabil(ă) și supărat(ă)					
5. Evitam să mă las supărat(ă) când mă gândeam, sau mi se aducea aminte de el.					
6. Mă tot gândeam la el, când nu doream acest lucru.					
7. Mă simțeam de parcă nu s-ar fi întâmplat sau nu ar fi fost real.					
8. M-am ținut departe de lucrurile care îmi puteau aduce aminte de el.					
9. Mă tot invadau imagini legate de el.					
10. Eram cu capsă pusă.					
11. Am încercat să nu mă gândesc la el.					
12. Eram conștient(ă) de faptul, că mai aveam o mulțime de sentimente în legătură cu el, dar nu mă ocupam de ele.					
13. Sentimentele mele legate de el erau oarecum amorțite.					
14. M-am surprins acționând sau simțind, de parcă m-aș fi întors la vremurile acelea.					
15. Adormeam greu.					



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

16. Mă năpădeau valuri de sentimente puternice legate de el.					
17. Am încercat să mi-o scot din amintiri.					
18. Îmi venea greu să mă concentrez.					
19. Lucrurile care îmi aduceau aminte de el, mă făceau să am reacții fizice, ca de ex transpirații, respirație greoaie, greață, sau palpitații.					
20. Am avut coșmaruri legate de el.					
21. M-am simțit pus(ă) în gardă.					
22. Am încercat să nu vorbesc despre el..					

Scor IES-R Total: _____

După: Weiss, D.S. (2007). The Impact of Event Scale-Revised. în J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 168-189). New York: <https://lurialab.com/ro/tests/Guilford Press>.

Scala revizuită a impactului evenimentului (22 de întrebări):

IES-R generează un scor total cuprins între 0 și 88, scorurile mai mari indicând o frecvență și o severitate mai mare a simptomelor de stres posttraumatic. De asemenea, se generează trei scoruri subscale cu intervale diferite:

Intruziune (8 itemi: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20): gânduri intruzive, coșmaruri, sentimente intruzive și imagini asociate cu evenimentul traumatic (interval 0-32)

Evitarea (8 itemi: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22): eforturi de a evita gândurile, sentimentele sau amintirile legate de traumă, precum și amortirea reactivității (interval 0-32)

Hiperactivare (6 elemente: 4, 10, 15, 18, 19, 21): excitare fiziologică și reactivitate crescute după traumă (interval 0-24)

- **Scăzut** (scor brut 0-23:): Suferință minimă până la ușoară legată de evenimentul traumatic.
- **Clinic semnificativ** (scor brut 24-32:): Simptome notabile legate de traumă.
- **Probabil** (scor brut 33-36:): Simptome compatibile cu PTSD.
- **Extrem** (scor brut 37+:): Simptome severe de PTSD.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IASI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Anexa 12 INTERVIU CLINIC STRUCTURAT PENTRU TULBURAREA DE DOLIU PRELUNGIT (SCIP)

Holly G. Prigerson, Martin Viola, Wendy Lichtenthal, Madeline Rogers,
Heather M. Derry, Wan Jou She, Janna Gordon-Elliott, Paul K.
Maciejewski.

INSTRUCȚIUNI

Administrarea standard a interviului clinic structurat pentru tulburarea de doliu prelungit (SCIP) este necesară pentru a asigura un scor și un diagnostic fiabil și valid. SCIP ar trebui să fie administrat de interviatori care au primit instruire în interviuri clinice structurate și instrucțiuni despre cum să facă un diagnostic diferențial al bolilor mintale în contextul dolului. Aceasta ar include o înțelegere aprofundată a bazei conceptuale a tulburării de durere prelungită (PGD) și a diferitelor sale simptome și cunoașterea detaliată a caracteristicilor și convențiilor SCIP în sine.

Administrare

1. Identificați o pierdere de referință care să servească drept bază pentru investigarea simptomelor
Pierderea de referință trebuie să implice moartea unei persoane semnificative.
2. Citiți instrucțiunile textual, pe rând, în ordinea prezentată, cu excepția:
 - a. Folosiți propriile cuvinte ale respondentului pentru a eticheta pierderea.
3. În general, nu sugerați răspunsuri. Dacă un respondent are dificultăți în a înțelege o solicitare, poate fi necesar să i se ofere un scurt exemplu pentru a clarifica și ilustra. Cu toate acestea, acest lucru ar trebui făcut rar și numai după ce respondentului i s-a oferit oportunități ample de a răspunde spontan.
4. Parcurgeți interviul cât mai operativ posibil, pentru a reduce la minimum efortul respondentului. Câteva strategii utile:
 - a. Familiarizați-vă cu SCIP, astfel încât întrebările să curgă fără probleme.
 - b. Puneți cât mai puține întrebări pentru obținerea informațiilor, astfel încât să realizați o evaluare validă.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- c. Minimizați luarea de notițe și scrieți în timp ce respondentul vorbește pentru a evita pauzele lungi.
- d. Preluați controlul interviului. Fiți respectuos, dar ferm în a menține respondentul la treabă, faceți tranziția între întrebări, solicitați exemple sau evidențiați contradicțiile

Scorul intervievatorului

Pentru a se alinia la criteriile DSM-5-TR pentru tulburarea de doliu prelungit, SCIP evaluează frecvența și intensitatea simptomelor, precum și amploarea afectării funcționale datorate acestor simptome. Pentru a primi un diagnostic pozitiv de tulburare de durere prelungită, sunt necesare următoarele:

Criteriul A: Pierderea indexată trebuie să fi avut loc cu 12 luni înainte de interviu pentru adulți sau cu 6 luni înainte pentru copii și adolescenți (raportat la punctul A3)

Criteriul B: Respondentul trebuie să raporteze simptome de dor și preocupare față de decedat la un grad și o frecvență semnificative din punct de vedere clinic. Acest criteriu este îndeplinit de răspunsuri de „destul de mult” sau „copleșitor” la elementele B1 și B2, indexarea semnificației clinice, și răspunsuri de „aproape în fiecare zi” sau „de mai multe ori pe zi” pentru elementele B1a și B2a, indexarea frecvenței simptomelor.

Criteriul C: Cel puțin trei dintre cele opt simptome enumerate în acest criteriu trebuie raportate la același nivel sau mai mare de intensitate și frecvență clinică ca în criteriul B. Acest lucru este satisfăcut de răspunsuri de „destul de mult” sau „copleșitor” pentru elementele de severitate și „aproape în fiecare zi” sau „de mai multe ori pe zi” pentru elementele de frecvență pentru cel puțin trei dintre aceleași simptome (adică C1 și C1a, C2 și C2a, C3 și C3a).

Criteriul D: Tulburarea rezultată din reacția de durere trebuie să provoace suferință substanțială sau afectare a funcționării. Acest criteriu este îndeplinit de cel puțin unul din cele patru



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

elemente (D1 până la D4) care este evaluat de intervievator ca „impact moderat” sau „impact sever”.

Criteriul E: Reacția la doliu trebuie să depășească normele culturale pentru interviuat, atât în ceea ce privește durata (punctul E4), cât și severitatea (punctul E5). Aceste articole sunt evaluate de intervievator cu o contribuție substanțială din partea interviuatului, care este expertul în propriul context cultural. Reacțiile la durere pot varia foarte mult de la o cultură la alta; în discutarea acestor subiecte, atât competența culturală, cât și umilința culturală sunt necesare pentru a asigura o administrare și o evaluare adecvată.

Criteriul F: Pe baza evaluării evaluatorului, simptomele raportate de interviuat nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare mintală, cum ar fi tulburarea depresivă majoră sau tulburarea de stres posttraumatic, starea medicală sau efectele fiziologice ale unei substanțe. SCIP nu evaluează prezența acestor factori. Mai degrabă, ele trebuie excluse în mod independent de către intervievator. O evaluare cu „nu” la punctul F1 este necesară pentru un diagnostic de tulburare de durere prelungită.

Evaluări globale: Valabilitatea generală a răspunsurilor trebuie evaluată de intervievator și trebuie evaluată ca „excelentă”, „bună” sau „corectă”.

Pentru fiecare secțiune a SCIP, răspunsurile necesare pentru a stabili un diagnostic de tulburare de doliu prelungit sunt colorate în gri.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Criteriul A: Expunerea la pierderea unei persoane semnificative

Vă voi întreba despre experiența dvs. cu (inserați pierderea lor semnificativă recentă, denumită pierdere pe indice). Vă voi ruga să descrieți pierderea (de exemplu, cine a murit și rudenia și relația emoțională a decedatului cu dvs.). În plus, vă voi întreba cum a avut loc pierderea, când a avut loc și răspunsul emoțional la această pierdere. Dacă au existat mai multe pierderi pe care le-ați experimentat recent, vă rog să-mi spuneți pierderea care v-a afectat cel mai mult emoțional. În general, nu am nevoie de multe informații – doar suficient pentru a înțelege orice probleme pe care le-ați putut avea. Vă rog să-mi spuneți dacă vă simțiți supărați pe măsură ce trecem prin întrebări, astfel încât să putem încetini și să vorbim despre asta. De asemenea, spuneți-mi dacă aveți întrebări sau dacă nu înțelegeți ceva. Aveți întrebări înainte de a începe? În legătură cu (pierderea indicelui) aș dori să încep prin a vă cere să descrieți pe scurt ce s-a întâmplat.

A1. Cine a fost persoana pe care ați pierdut-o și care a fost relația acelei persoane cu dvs. (de exemplu, atât în ceea ce privește rudenia, cât și apropierea emoțională)?

A2. Puteți descrie cum a avut loc pierderea (evenimentele din jurul pierderii)?

A3. Când a avut loc pierderea? (Data sau, dacă participantul nu-și amintește, luna sau perioada anului)

Dacă respondentul raportează că decesul a avut loc din alte cauze decât cele naturale (de exemplu, accident, dezastru natural sau provocat de om, omucidere, sinucidere), atunci următorii itemi nepunctați pot fi solicitați pentru a obține mai mult context despre pierderea indexată.

- Ai fost prezent când s-a întâmplat?
- A mai fost cineva grav rănit sau ucis?
- Viața dvs. a fost în pericol sau amenințată?
- Simți că dvs. sau altcineva ar fi putut preveni moartea?



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Elementele nepunctate de mai jos pot fi utilizate pentru a evalua potențialele antecedente anterioare de tulburare de doliu prelungit. Aceste întrebări pot fi repetate în cazurile în care persoana intervievată raportează mai multe alte decese.

- Ați experimentat alte decese ale persoanelor apropiate în trecut, altele decât ?
 - Dacă da, când a avut loc?
 - Dacă da, reacția dvs. la moartea acelei persoane v-a cauzat probleme?
 - Dacă da, reacția dvs. la moarte v-a împiedicat să faceți lucrurile pe care v-ați dorit să le faceți?
 - Dacă da, reacția dvs. la moarte a durat mai mult decât v-ați așteptat?

Criteriul B: Suferința de separare: Persoana îndoliată experimentează dor sau preocupare pentru pierdere cel puțin zilnic și la un grad semnificativ clinic

Pentru restul interviului, vă rugăm să țineți cont de pierderea indexului, deoarece vă întreb despre diferitele reacții pe care le-ar fi putut provoca pentru dvs. Este posibil să fi experimentat unele dintre aceste gânduri, sentimente și comportamente înainte de moartea _____, dar pentru acest interviu ne vom concentra doar pe luna trecută. Pentru fiecare reacție, vă voi întreba dacă ați avut-o în ultima lună și, dacă da, cât de des și cât de mult v-a deranjat.

B1. Simțiți că tânjiți sau după _____?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă Item B1 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” B1a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

B2. V-ați simțit preocupat de gânduri sau amintiri despre _____?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă Item B2 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” B2a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

Criteriul C: Simptome cognitive, emoționale și comportamentale: Persoana îndoliată trebuie să aibă trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome experimentate cel puțin zilnic sau într-un grad invalidant:

C1. De la moarte sau ca urmare a morții, vă simți confuz cu privire la rolul dvs. în viață sau simți că nu mai știți cine sunteți (adică simțiți că o parte din dvs. a murit)?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă Item C1 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” C1a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C2. Vă este greu să credeți că, chiar a dispărut?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă Item C2 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” C2a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C3. Evitați să vă amintiți că, chiar a dispărut?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Dacă Item C3 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” C3a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C4. Simțiți durere emoțională (de exemplu, furie, amărăciune, tristețe) legată de pierdere ?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă articolul C4 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” C4a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C5. De când ați pierdut sau, ca urmare a acestui lucru, simți că aveți probleme în a vă reangaja în viață (de exemplu, probleme cu prietenii, urmărirea intereselor, planificarea viitorului)?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă Item C5 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” C5a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C6. De când ați pierdut sau, ca urmare a acestui lucru, va simțiți amorțit emoțional sau detașat de ceilalți?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă Item C6 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” C6a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C7. Simțiți că viața este lipsită de sens fără _____?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Dacă Item C7 = „Destul de mult” sau „Copleșitor” C7a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C8. Vă simți singur/ singură fără _____?

Deloc	Puțin	Oarecum	Destul de mult	Copleșitor
-------	-------	---------	----------------	------------

Dacă Item C8 = „Destul de mult” sau „Copleșitor”

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

C8a. Cât de des ați experimentat asta?

Cel puțin o dată în ultima lună	Cel puțin o dată pe săptămână	Aproape în fiecare zi	De mai multe ori pe zi
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------

Criteriul D: Suferință semnificativă clinic sau afectare funcțională

Următoarele elemente sunt puse ca întrebări deschise și notate de intervievator pentru a reflecta cea mai potrivită categorie.

Suferință semnificativă

D1. În general, în ultima lună, cât de stresat v-ați simțit ca urmare a pierderii dvs.?

Fără impact negativ	Impact ușor, suferință minimă	Impact moderat, suferință clar prezentă și semnificativă, dar nu incapacitantă	Impact sever, suferință considerabilă, incapacitantă
---------------------	-------------------------------	--	--



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Funcționarea socială – luați în considerare afectarea funcționării sociale raportată în elementele anterioare

D2. În general, în ultima lună, pierderea ta ți-a afectat relațiile cu alți oameni?

Ați spune că v-ați simțit izolat(ă) social înainte de moarte?

Dacă da: A existat o schimbare semnificativă în sentimentele dvs de izolare socială după moarte?

Fără impact negativ	Impact ușor, afectare minimă a funcționării sociale	Impact moderat, suferință clar prezentă și semnificativă, dar nu incapacitantă	Impact sever, suferință considerabilă, incapacitate socială
---------------------	---	--	---

Funcționarea ocupațională - Luați în considerare istoricul de muncă raportat, inclusiv numărul și durata locurilor de muncă, precum și calitatea relațiilor de muncă. Dacă funcționarea premorbidă este neclară, întrebați despre experiențele de muncă înainte de pierdere.

D3. Dacă nu este clar: Lucrați acum?

Dacă da: În general, în ultima lună, pierderea dvs. V-a afectat munca sau capacitatea de a lucra?

Fără impact negativ	Impact ușor, afectare minimă a funcționării profesionale	Impact moderat, afectare definită, dar nu disfuncție profesională severă	Impact sever, afectare semnificativă, incapacitate de lucru
---------------------	--	--	---

Alte funcționări

D4. În general, în ultima lună, ați avut probleme în a face alte lucruri pe care le faceți în mod normal, din cauza pierderii dvs.?



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Fără impact negativ	Impact ușor, afectare minimă a funcționării alte domenii importante de funcționare	Impact moderat, afectare definită, dar nu disfuncție severă în alte domenii importante de funcționare	Impact sever, afectare semnificativă, puține sau deloc aspecte ale funcționării încă intacte în anumite zone
---------------------	--	---	--

Criteriul E: Severitatea și durata durerii depășesc normele sociale/culturale/religioase

În continuare, aș dori să vă pun câteva întrebări despre cultura dumneavoastră. Aș dori să vă pun aceste întrebări pentru a înțelege mai bine cum se raportează starea dvs. de spirit la modul în care prietenii și familia dvs. se așteaptă să vă simțiți sau să vă comportați.

E1. Vă simțiți conectat la vreun grup social, grup etnic sau tradiție? Cum v-ați descrie cultura? aveți mai multe culturi din care simțiți că faceți parte?

E2. Cum experimentează doliul oamenii din cultura (culturile) sau religiile dumneavoastră? Există reguli sau tradiții despre *modul în care* cineva ca dumneavoastră ar trebui să plângă? Există tradiții sau reguli despre *cât timp* ar trebui să plângă?

E3. În opinia dvs., modul în care vă simțiți și acționați este diferit de ceea ce așteaptă oamenii din cultura dvs. de la cineva care trece prin durere?

E4. Pe baza răspunsurilor de la E1 – E3, evaluați dacă durata simptomelor de doliu a persoanei intervievate depășește în mod clar normele sociale, culturale sau religioase pentru cultura și contextul său.



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

*Nu depășește normele sociale,
culturale sau religioase*

*Depășește normele sociale,
culturale sau religioase*

E5. Pe baza răspunsurilor de la E1 – E3, evaluați dacă severitatea simptomelor de durere ale persoanei intervievate depășește în mod clar normele sociale, culturale sau religioase pentru cultura și contextul său.

*Nu depășește normele sociale,
culturale sau religioase*

*Depășește normele sociale,
culturale sau religioase*

Criteriul F: Diagnostic diferențial

F1. Simptomele raportate de participant sunt mai bine explicate de tulburarea depresivă majoră, tulburarea de stres posttraumatic sau o altă tulburare mintală sau pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe (de exemplu, medicamente, alcool) sau ale unei alte afecțiuni medicale?

Da

Nu

Evaluări globale

Estimați validitatea generală a răspunsurilor. Luați în considerare factori precum respectarea interviului, starea mentală (de exemplu, probleme de concentrare, înțelegere a elementelor, disociere) și dovezi ale eforturilor de a exagera sau minimiza simptomele.

<i>Răspunsuri nevalide, stare mentală grav afectată sau posibile</i>	<i>Slab, prezenți factori care reduc clar validitatea</i>	<i>Corect, prezenți factori care pot reduce valabilitatea</i>	<i>Bună evaluare, nu apar factori care să afecteze validitatea</i>	<i>Excelentă evaluare</i>
--	---	---	--	-------------------------------



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

„prefăcătorii rău” sau „bine”				
----------------------------------	--	--	--	--

Estimați severitatea generală a simptomelor PGD. Luați în considerare gradul de suferință subiectivă, gradul de afectare funcțională, observațiile comportamentelor în interviu și judecata cu privire la stilul de raportare.

- ☐ Fără simptome semnificative clinic, fără suferință și fără afectare funcțională
- ☐ Suferință ușoară, minimă sau afectare funcțională
- ☐ Suferință moderată, clară sau afectare funcțională care nu este incapacitantă
- ☐ Suferință severă, considerabilă sau afectare funcțională, funcționare limitată chiar și cu efort



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Întrebări de reflecție pentru profesioniști

CAPITOL VIZIUNEA SACRAMENTALĂ ȘI NON SACRAMENTALĂ ASUPRA MORȚII.

- Care sunt părerile care influențează această cultură și ce spun ele?

CAPITOL DOLIUL NORMAL

- Ce te ajută să menții vie amintirea unei persoane dragi fără ca durerea să te copleșească?
- Cum îți imaginezi echilibrul între suferință și recunoștință?

1.1. Perspectiva procesului dual

- Cum pot privi reacțiile emoționale ale pacientului și ale familiei fără să le consider patologice, ci ca parte firească a luptei dintre pierdere și recuperare?
- Ce îmi arată reacțiile mele la durerea celui alt și cum pot rămâne cu ele, fără să las graba sau frica să-mi conducă intervenția?

1.2. Sarcinile doliului (Worden)

- Ce parte a procesului de adaptare la pierdere pare să fie cea mai dificilă pentru cei pe care îi însoțesc și ce trezește asta în mine?
- În ce fel contextul (instituțional, cultural sau personal) complică sau blochează posibilitatea pacientului de a avansa în proces?

1.3. Atașament și intervenție

- Cum mă influențează stilul de atașament al celeilalte persoane atunci când mă întâlnesc cu modul ei particular de a trăi și de a își exprima durerea?
- Ce am nevoie să ajustez în mine pentru a răspunde cu blândețe și răbdare acestor reacții?

1.4. Legături continue



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Cum pot sprijini formarea unei legături interioare cu persoana pierdută care să aducă sens, alinare și libertate în procesul de doliu?
- Cum pot distinge între o legătură care aduce sens și una care menține durerea?

1.5. Construirea sensului pierderii (Neimeyer)

- Cum îi invit pe pacienți să dea sens pierderii fără a le impune interpretările mele?
- Ce narațiuni personale despre pierdere aduc eu în relația terapeutică?
- Ce parte a suferinței este ancorată în pierdere și ce parte ține de imaginea de sine rănită?

CAPITOL DOLIU ANTICIPATIV

- Ce înseamnă pentru tine să fii prezent lângă cineva pe care știi că-l vei pierde?
- Ce ți-ar plăcea să spui sau să faci atâta timp cât mai e timp?
- Ce emoții ale aparținătorilor par „interzise” — și cum normalizez existența lor?
- Ce spațiu pot crea pentru ca persoana să își simtă conflictul fără rușine?
- Cum se manifestă în relația cu pacientul semnele unei separări simbolice deja începute?
- Ce pot învăța despre mine din felul în care răspund la aceste semne?
- Ce resurse pot activa înainte de deces pentru a reduce riscul unui doliu ulterior complicat?
- Ce am nevoie să cultiv în mine pentru a le vedea și a le susține?
- Ce emoții ale celor apropiați par greu de exprimat — și cum pot crea spațiu pentru ca ele să fie recunoscute ca firești?

CAPITOL TULBURAREA DE DOLIU PRELUNGIT

- Care dintre reacțiile la doliu ți se par cele mai firești și care te surprind?
- Cum recunosc diferența dintre nevoia firească de protecție și evitarea rigidă a adaptării?
- Ce face ca o pierdere să devină greu de integrat, chiar și după mult timp?
- Ce rol joacă vinovăția, responsabilitatea sau sentimentul de a fi rămas „cu ceva neterminat”?



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Cum pot ajuta pacientul să privească aceste dări simbolice nu ca poveri, ci ca povești care pot fi așezate?
- Ce înseamnă să fii „blocată/blocat” în doliu — și cum ai recunoaște asta la tine sau la altcineva?
- Ce aspecte observ că sunt „înghețate”: emoția, gândul sau comportamentul?
- Ce așteptări ale familiei sau ale sistemului pot amplifica dificultatea de doliu?
- Cum rămân empatic fără a evita confruntarea necesară integrării pierderii? Ce emoție mă face uneori să evit această confruntare?
- Cum pot simți suferința din spatele „sunt bine”?
- Cum pot crea un spațiu în care doliul să fie permis, chiar dacă nu poate fi verbalizat?
- De ce are nevoie persoana pentru a își permite să simtă?
- Cum pot preveni ca tăcerea să devină un mod de a trăi pierderea?
- Ce te-ar ajuta să transformi o durere persistentă într-o formă de sens?
- Care e primul pas mic, dar posibil, spre reconectare cu viața?

CAPITOL DOLIU TRAUMATIC

- Ce este mai prezent în persoană: durerea pierderii sau ecoul traumei?
- Cum pot asculta fără să grăbesc încadrarea?
- Cum recunosc simptomele traumatice fără a reduce doliul la o tulburare?
- Cum pot onora relația pierdută fără a o eclipsa cu detaliile morții?
- Ce parte a morții este cel mai des rețrăită și de ce?
- Cum pot ghida persoana să-și amintească legătura, nu doar momentul pierderii?
- Ce nivel de siguranță emoțională este necesar pentru a explora trauma fără a re-traumatiza?
- Cum îmi ajustez prezența pentru a oferi această siguranță?
- Cum îmi recunosc limitele în intervenția paliativă când trauma este dominantă?
- Cum pot comunica nevoia de suport specializat cu respect și delicatețe?



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței



REFERINȚE

- *ACI-Clinical-principles-for-specialist-bereavement-care-in-NSW*. (n.d.).
- Agnew, A., Manktelow, R., Taylor, B., & Jones, L. (2010). Bereavement needs assessment in specialist palliative care: A review of the literature. *Palliative Medicine*, 24(1), 46–59. <https://doi.org/10.1177/0269216309107013>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* (Classic edition). Routledge, Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Aoun, S. M., Keegan, O., Roberts, A., & Breen, L. J. (2020). The impact of bereavement support on wellbeing: A comparative study between Australia and Ireland. *Palliative Care and Social Practice*, 14, 2632352420935132. <https://doi.org/10.1177/2632352420935132>
- Arman, J. F. (2014). *A Grief Counseling Group Design for Hispanic Children*.
- Ashar, P., Jain, U., Tudisco, A., Willmann, J., Feliciano, E. J. G., Wolden, S. L., Gomez, D. R., Iyengar, P., & Dee, E. C. (2025). Trends in location of death among adolescents and young adults with solid and liquid tumors in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, 43(16_suppl). https://doi.org/10.1200/JCO.2025.43.16_suppl.e13755
- Batthyány, A. (Ed.). (2016). *Logotherapy and Existential Analysis: Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Volume 1* (Vol. 1). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-29424-7>
- Boerner, K., Carr, D., & Moorman, S. (2013). Family Relationships and Advance Care Planning: Do Supportive and Critical Relations Encourage or Hinder Planning? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(2), 246–256. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs161>
- Bowlby, J. (n.d.). *LOSS SADNESS AND DEPRESSION*.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-Centered Group Psychotherapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 749–754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Breitbart, W. S., & Poppito, S. (2014). *Individual Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Treatment Manual*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199837243.001.0001>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., & Nickerson, A. (2014). Treating Prolonged Grief Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>





- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29(2), 367–380. <https://doi.org/10.1017/S0033291798008137>
- Christ, G. H. (2000). *Healing Children's Grief: Surviving a Parent's Death from Cancer*. Oxford University Press, Incorporated.
- Coelho, A., Albuquerque, S., & Neto, D. D. (2025a). Bereavement support guidelines for caregivers in palliative care: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1541783. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1541783>
- Coelho, A., & Barbosa, A. (2017). Family Anticipatory Grief: An Integrative Literature Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 34(8), 774–785. <https://doi.org/10.1177/1049909116647960>
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053–1073. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>
- Comtesse, H., Smid, G. E., Rummel, A.-M., Spreeuwenberg, P., Lundorff, M., & Dückers, M. L. A. (2024). Cross-national analysis of the prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*, 350, 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.094>
- Corr, C. A., Doka, K. J., & Kastenbaum, R. (1999). Dying and its Interpreters: A Review of Selected Literature and Some Comments on the State of the Field. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 39(4), 239–259. <https://doi.org/10.2190/3KGF-52BV-QTNT-UBMX>
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134(5), 648–661. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.648>
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>
- DeSpelder, L. A., & Strickland, A. L. (2020). *The last dance: Encountering death and dying* (Eleventh edition). McGraw-Hill Education.
- Doka, K. J. (Ed.). (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research Press.
- Dysvik, E., Natvig, G. K., Eikeland, O.-J., & Lindstrøm, T. C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal of Nursing Studies*, 42(3), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009>
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle-Range Theory Of Chronic Sorrow. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(2), 179–184. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01276.x>





- EAPC2023 Abstract Book. (2023). *Palliative Medicine*, 37(1_suppl), 1–302. <https://doi.org/10.1177/02692163231172891>
- Elinger, G., Hasson-Ohayon, I., Barkalifa, E., Boelen, P. A., & Peri, T. (2021). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder – a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1896126. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1896126>
- Ferrell, B. R. (Ed.). (2010). *Oxford textbook of palliative nursing* (3. ed). Oxford Univ. Press.
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M. C., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30. <https://doi.org/10.4321/S1135-76062002000400004>
- Genevro, J. L., Marshall, T., Miller, T., & Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. *Death Studies*, 28(6), 491–575. <https://doi.org/10.1080/07481180490461188>
- Gil-Juliá, B. (n.d.). *DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*.
- Grunfeld, E. (2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795–1801. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031205>
- Hogan, N. S., Worden, J. W., & Schmidt, L. A. (2004). An Empirical Study of the Proposed Complicated Grief Disorder Criteria. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 48(3), 263–277. <https://doi.org/10.2190/GX7H-H05N-A4DN-RLU9>
- Hudson, P., Hall, C., Boughey, A., & Roulston, A. (2018). Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 16(4), 375–387. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000451>
- Hudson, P. L., Thomas, K., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2011). Psychological and Social Profile of Family Caregivers on Commencement of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 522–534. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006>
- Iacob, C. I., Avram, E., & Burtaverde, V. (2021). Psychometric properties of the Kingston Caregiver Stress Scale in Romanian caregivers of children and adults with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 112, 103921. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103921>
- IPOS 2022 Abstracts Booklet. (2022). *Journal of Psychosocial Oncology Research & Practice*, 4(S1), e084. <https://doi.org/10.1097/OR9.0000000000000084>
- Jurgens, K. E., Currow, D. C., & Tieman, J. (2025). What functions do palliative care bereavement services deliver? A scoping review. *Palliative Care and Social Practice*, 19, 26323524251326947. <https://doi.org/10.1177/26323524251326947>





- Keegan, O., Murphy, I., Benkel, I., Limonero, J. T., Relf, M., & Guldin, M.-B. (2021). Using the Delphi technique to achieve consensus on bereavement care in palliative care in Europe: An EAPC White Paper. *Palliative Medicine*, 35(10), 1908–1922. <https://doi.org/10.1177/02692163211043000>
- Killikelly, C., Smith, K. V., Zhou, N., Prigerson, H. G., O'Connor, M.-F., Kokou-Kpolou, C. K., Boelen, P. A., & Maercker, A. (2025). Prolonged grief disorder. *The Lancet*, 405(10489), 1621–1632. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00354-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00354-X)
- Kissane, D. (2003). Family focused grief therapy: The role of the family in preventive and therapeutic bereavement care. *Bereavement Care*, 22(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/02682620308657563>
- Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P., & O'Neill, I. (2006). Family Focused Grief Therapy: A Randomized, Controlled Trial in Palliative Care and Bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1208–1218. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1208>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lichtenthal, W. G., Catarozoli, C., Masterson, M., Slivjak, E., Schofield, E., Roberts, K. E., Neimeyer, R. A., Wiener, L., Prigerson, H. G., Kissane, D. W., Li, Y., & Breitbart, W. (2019). An open trial of meaning-centered grief therapy: Rationale and preliminary evaluation. *Palliative and Supportive Care*, 17(1), 2–12. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000925>
- Lieberman, S. (1979). A transgenerational theory. *Journal of Family Therapy*, 1(3), 347–360. <https://doi.org/10.1046/j.1979.00506.x>
- Liljeroos, M., Krevers, B., & Milberg, A. (2024). Family members' long-term grief management: A prospective study of factors during ongoing palliative care and bereavement. *Palliative and Supportive Care*, 22(5), 884–895. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001687>
- Lundorff, M., Bonanno, G. A., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2020). Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2020). A Network Approach to Understanding Quality of Life Impairments in Prolonged Grief Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33(1), 106–115. <https://doi.org/10.1002/jts.22383>





- Maccallum, F., Lundorff, M., Johannsen, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2023). An exploration of gender and prolonged grief symptoms using network analysis. *Psychological Medicine*, 53(5), 1770–1777. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003391>
- Marziliano, A. M., Lichtenthal, W. G., & Prigerson, H. G. (2018). *Diagnosis of prolonged grief disorder (PGD)* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198806677.003.0012>
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2012a). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. Routledge.
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79–91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing Bonds and Reconstructing Meaning: Mitigating Complications in Bereavement. *Death Studies*, 30(8), 715–738. <https://doi.org/10.1080/07481180600848322>
- Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, 232, 460–469. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007>
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M.-B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M.-B. (2017). Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 540–550. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013>
- Oyebode, J. R., & Owens, R. G. (2013). Bereavement and the role of religious and cultural factors. *Bereavement Care*, 32(2), 60–64. <https://doi.org/10.1080/02682621.2013.812828>
- Parisi, A., Sharma, A., Howard, M. O., & Blank Wilson, A. (2019). The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 103, 43–57. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.012>
- Pop-Jordanova, N. (2021). Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *PRILOZI*, 42(2), 9–18. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0014>





- Poudel, A., Regmi, R., Dahal, L., Parajuli, S., Bhatta, K., Pandey, A., & Chalise, M. (2024). Stress and Coping Strategies Among Caregivers of Cancer Patients in a Tertiary Care Setting in Nepal. *Health Prospect*, 23(2), 1–6. <https://doi.org/10.3126/hprospect.v23i2.59962>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-REVISED (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009a). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Quinn-Lee, L. (2014). School Social Work with Grieving Children. *Children & Schools*, 36(2), 93–103. <https://doi.org/10.1093/cs/cdu005>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rando, T. A. (Ed.). (1987). *Loss and anticipatory grief*.
- Rando, T. A. (Ed.). (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.
- Ribera-Asensi, O., Valero-Moreno, S., & Pérez-Marín, M. (2024). A twenty-year bibliometric analysis on the relationship between complicated grief and attachment. *Current Psychology*, 43(17), 15522–15531. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05518-9>
- Sekowski, M., & Prigerson, H. G. (2022). Conflicted or close: Which relationships to the deceased are associated with loss-related psychopathology? *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 510–526. <https://doi.org/10.1111/bjc.12344>
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1287. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Singer, J., Roberts, K. E., McLean, E., Fadalla, C., Coats, T., Rogers, M., Wilson, M. K., Godwin, K., & Lichtenthal, W. G. (2022). An examination and proposed definitions of family members' grief prior to the





death of individuals with a life-limiting illness: A systematic review. *Palliative Medicine*, 36(4), 581–608. <https://doi.org/10.1177/02692163221074540>

- Slate, C. N., & Scott, D. A. (n.d.-a). *A discussion of coping methods and counseling techniques for children and adults dealing with grief and bereavement*.
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130–150. <https://doi.org/10.1177/0269216313493466>
- Srivastava, T., Lee, K., Ehrenkranz, R., Cozzolino, P. J., Wise, F. A., Burns, M., McCormick, T., Yaden, D., Agrawal, M., & Penberthy, J. K. (2025). The efficacy of psychotherapeutic interventions for prolonged grief disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 380, 561–575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.173>
- Stuber, M. L. (2001). "What do we tell the children?": Understanding childhood grief. *Western Journal of Medicine*, 174(3), 187–191. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.3.187>
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus*, 19(2), 161–172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- The Melbourne Family Grief Study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. (1996). *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 650–658. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.5.650>
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014a). Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531–541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014b). Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531–541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>
- Waldrop, D. P. (2007a). Caregiver Grief in Terminal Illness and Bereavement: A Mixed-Methods Study. *Health & Social Work*, 32(3), 197–206. <https://doi.org/10.1093/hsw/32.3.197>
- WHO-and-new-consensus-definition-of-PC. (n.d.).
- Wolfelt, A. (2013). *Helping Children Cope With Grief*. Taylor and Francis.
- Worden, J. W. (2018a). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (Fifth edition). Springer Publishing Company, LLC.





- Zhang, T., Kryszinska, K., Alisic, E., & Andriessen, K. (2025). Grief Instruments in Children and Adolescents: A Systematic Review. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 91(4), 2183–2225. <https://doi.org/10.1177/00302228231171188>
- Zordan, R. D., Bell, M. L., Price, M., Remedios, C., Lobb, E., Hall, C., & Hudson, P. (2019). Long-term prevalence and predictors of prolonged grief disorder amongst bereaved cancer caregivers: A cohort study. *Palliative and Supportive Care*, 17(5), 507–514. <https://doi.org/10.1017/S1478951518001013>
- European Association for Palliative Care. (2023). Guidelines for psychosocial and spiritual care în palliative settings. <https://www.eapcnet.eu>
- Marile-religii-ale-lumii (06.11.2025) accesat pe <https://www.scribd.com/doc/313170135/Marile-religii-ale-lumii>
- Părintele Stăniloae D. (1996). *Teologia Dogmatica Ortodoxă*, VOL 1 ,Ed.2, Editura Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, București
- Pr. Ungureanu A. M. (2011). *Ritualul ortodox al înmormantării pe intelesul tuturor*. Editura Doxologia
- Ritualul înmormântării (12.11.2025) accesat pe <https://www.crestinortodox.ro/carti-ortodoxe/inmormantarea-pomenirea-mortilor/ritualul-inmormantarii-80507.html>
- „Secolul XXI va fi religios sau nu va fi deloc.” Cum rămâne? (13.11.2025) accesat pe <https://www.revistaverso.ro/secularismul-in-societatea-contemporana-provocari-si-oportunitati/>
- Secularismul în societatea contemporană: provocări și oportunități (13.11.2025) accesat pe <https://www.scribd.com/document/78886911/secularizare-si-laizicare->
- Despre moarte și pomenirea morților (08.11.2025) accesat pe <https://www.crestinortodox.ro/inmormantarea/despre-moarte-pomenirea-mortilor-biserica-ortodoxa-134967.html>
- Dedu Bogdan Pomenirea morților, manifestarea dragostei față de cei plecați dintre noi (03.04.2008) accesat pe <https://ziarulumina.ro/actualitate-religioasa/documentar/pomenirea-mortilor-manifestarea-dragostei-fata-de-cei-plecati-dintre-noi-59665.html>
- Jurcan Emil. Repere misionare creștine pentru o lume seculară sau fundamentalistă (10.11.2025) accesat pe <https://fto.ro/altarul-reintegrării/wp-content/uploads/2019/10/5.-Emil-Jurcan-supliment-2015.pdf>
- Pr. Cătălin Pălimaru Experiența creștină a morții și perspectiva secularismului (februarie 2024) accesat pe <https://radiorenasterea.ro/experienta-crestina-a-mortii-si-perspectiva-secularismului/>





Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

- Înțormântare vezi detalii despre ceremonia de înțormântare, tradiții, obiceiuri și superstiții (08.11.2025) accesat pe <https://www.condoleante.ro/articole/inmormantare-ceremonie-traditii-obiceiuri-superstitii>
- Tradiții și obiceiuri la înțormântare (08.11.2025) accesat pe <https://calendarulortodox.ro/blog/obiceiuri-traditii-si-superstitii-la-inmormantare/>
- Distress Thermometer Tool Translations (28.11.2025) accesat pe <https://www.nccn.org/global/what-we-do/distress-thermometer-tool-translations>
- World Health Organization 2022 International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) accesat pe <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>
- Weill Cornell Medicine The Center for Research on End of Life Care Assessment and Tools (28.11.2025) accesat pe https://endoflife.weill.cornell.edu/research/assessments_and_tools
- Introduction to the Genogram (16.12.2025) accesat pe <https://genopro.com/genogram/>



UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA
IAȘI

str. Universității, nr.16
www.umfiasi.ro
tel.: 0232.301.692
e-mail: programe.europene@umfiasi.ro



Universitatea
Transilvania
din Brașov



HOSPICE
Casa
Speranței