

ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ГРИЖИТЕ ЗА ТЕРМИНАЛНО БОЛНИТЕ

Терминът *терминално болни* се отнася за болни, при които:

1. Диагнозата е вече потвърдена, т.е. пациентът е неизлечимо болен.
2. Смъртта е сигурна и не е много далече, т.е. прогнозата е сигурна.
3. Променен е фокусът на грижите – активното лечение е преминало в палиативна помощ.

Терминално болните, както всички други хора, имат *право на зачитане на личното им достойнство и индивидуалност* [174,246]. В *Декларацията на СМА за правата на пациента* е записано: „*Пациентът има право на хуманни терминални грижи, които да бъдат проведени с цялата възможна подкрепа, за да бъде смъртта колкото е възможно по-достойна и лека.*”

СМА в своята *Декларация за терминалните състояния* дефинира основните принципи на грижите за пациентите с терминални заболявания:

- СМА осъжда като неетични както евтаназията, така и асистираното от лекаря самоубийство.
- При грижите за терминално болните основните отговорности на лекаря са да подпомага пациента в поддържането на оптимално качество на живот чрез контролиране на симптомите и отделяне на внимание на психологичните нужди и да създаде възможност на пациента да умре с достойнство и в комфорт.
- Правото на пациента на автономност при вземане на решения относно терминалната фаза на живота трябва да се зачита. Това включва правото да откаже лечение и да поиска палиативни мерки за облекчаване на страданието.

- Лекарите трябва да признават правото на пациентите да подготвят писмено предварителни волеизявления, които описват техните желания относно грижите в случаите, когато те няма да са в състояние да общуват [300].

В българското законодателство правото на грижи при терминални заболявания е залегнало в *Закона за здравето, Глава трета, раздел II, Права и задължения на пациента:*

„**Чл. 95.** (1) При нелечими заболявания с неблагоприятна прогноза пациентът има право на палиативни медицински грижи.

(2) Цел на палиативните медицински грижи е поддържане качеството на живот чрез намаляване или премахване на някои непосредствени прояви на болестта, както и на неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея.

Чл. 96. (1) Палиативните медицински грижи включват:

1. медицинско наблюдение;
2. здравни грижи, насочени към обгрижване на пациента, премахване на болката и психо-емоционалните ефекти на болестта;
3. морална подкрепа на пациента и неговите близки.

(2) Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, от диспансери и хостиси.”

Как се прилагат **четирите основни етични принципа** – уважение на автономността, ненанасяне на вреда, благодеяние и справедливост – в грижите за терминално болните?

Уважението на автономността изисква от лекаря да съобщи на пациента цялата информация за състоянието му, включително и самата диагноза и неблагоприятната прогноза, т.е. на терминално болния трябва да бъде съобщена истината. В някои страни това е общоприето задължение на лекаря. В други страни, обаче, пациентите не научават песимистичните новини, а те са съобщавани на семейството [34]. Уважението на автономността също така предполага да се даде възможност на терминално болните пациенти *предварително да изразят волята си* относно те-

рапевтичните мерки за времето, когато те няма да бъдат компетентни да взимат такива решения (advance directives, living will).

Принципът на благодеяние задължава лекаря не само да облекчава болката като основен симптом при терминалните състояния, но и да съдейства за подобряване на качеството на живот на пациента. Терминът „**качество на живот**” носи до голяма степен субективен смисъл. За външния наблюдател качеството на живот на един човек може да е ниско, докато за самия човек то може да е добро и удовлетворяващо. Обикновено се приема, че качеството на живот е ниско, когато то падне под определен стандарт – това може да се изразява в наличие на болка, влошаване на психическата дееспособност, загуба на зрение, слух или подвижност, влошаване на социалните контакти и т.н. С други думи, *качеството на живот* включва *субективното удовлетворение* (във физически, психически и социален контекст) *на самия човек и обективната оценка на неговите качества*. **Принципите на ненанасяне на вреда и справедливост** изискват да не се нанася вреда на пациентите и те да получават грижата, на която имат право. Вредата, както по-рано беше споменато, може да бъде от физически или психически характер. Нарушение на принципа за ненанасяне на вреда при терминално болния е например поднасянето на истината по неподходящ начин. Нанесената по този начин психическа вреда е не по-малка за пациента от подлагането му на физически риск.

Етичните грижи за терминално болните включват няколко **основни компонента** [246]:

1. Внимателна преценка на физическото състояние и поставяне на диагноза.
2. Установяване на етична комуникация. Съобщаване на истината на терминално болния.
3. Определяне на целите на грижите за пациента.
 - Оpozнаване на пациента, на неговата ценностна система, лични цели и планове, за да сме наясно каква е идеята за „добра смърт” на конкретния пациент.
 - До каква степен е желано продължаването на живота от пациента и от неговите близки?



- Обсъждане на използването на изкуствено хранене и вливания.
 - Обсъждане на прилагането на кардиопулмонарна реанимация.
 - Предоставяне на възможност на пациента да определи кой ще взема решения вместо него, когато той бъде некомпетентен.
 - Съдействие за изготвяне на предварително изразена воля на пациента (living will), ако до този момент няма такава.
4. Облекчаване на страданията на пациента. Облекчаване на болката. Проблемът за „двойния ефект“.
 5. Оказване на продължителни палиативни грижи от мултидисциплинарен екип в конкретен културален контекст.

Установяване на етична комуникация. Съобщаване на истината на терминално болния.

Почти всички терминално болни осъзнават какво се случва с тях и по-голямата част от тях оценяват положително съобщаването на истината [154]. Макар че в духа на уважение на автономността на пациента, наложил се в медицината и етиката във втората половина на XX век, преобладават възгледите в полза на съобщаването на истината на пациента, все още част от лекарите застават на позиции против.

Аргументи „против“ съобщаването на истината

1. Опасение от отнемането на надеждата на пациента.
2. Истината потиска пациента и може да предизвика ненужна болка и дискомфорт.
3. Пациентът често сам не желае да научи перспективите поради страх от отрицателни емоции.
4. Стрес при дискутирането на прогнозата, както и недостатъчна подготовка по отношение на преценката на оставащата продължителност на живота и комуникативните умения [186].



5. Чувствителност към културалните норми на пациентите и семействата.
6. Уважение към изразените желания на пациентите и/или на семейството. Понякога пациентите се безпокоят за ефекта на информацията за заболяването им върху близките им и как те биха се справили със смъртта им [196]. В някои случаи се стига до тежък патологичен кръг на мълчание. От една страна, близките настояват истината да не се съобщава на болния, защото той не би я понесъл и така те са лишени от възможност за ефективно сбогуване с него. От друга страна, болният най-често е наясно със състоянието си, но не го обсъжда със семейството си от страх да не ги разстрои [256].
7. Изтъквани бариери са и недостатъчното време за дискусия [143], организацията на работата в клиниките и недостигът на персонал [233].
8. Затруднява се терапевтичният процес. Пациентът може да изпадне в депресия, да направи опит за самоубийство; да откаже необходими профилактични мерки и др.
Депресията наистина е възможна. Тя е една от дефинираните през 1969 г. от американската психоложка **Елизабет Кълвър-Рос** фази на психологическа реакция при пациентите, които са информирани за характера и прогнозата на заболяването си:
 - *фаза на отричането* – това е буфер след неочаквания шок, позволяващ на пациентите да се съвземат и да мобилизират защитните си сили;
 - *фаза на протест* ("Защо трябваше да се случи точно на мен?");
 - *фаза на сделка* – опит да се спечели време, да свърши всички онези неща, които винаги е искал, да поправи разрушени взаимоотношения с близките си.
 - *фаза на депресия*, в която има опасност от суицидни опити.
 - *фаза на философско възприемане на неизбежното* [175].
9. Съобщаването на истината е трудно за самия лекар.
10. Неблагоприятната диагноза и прогноза може да са резултат от лекарска грешка.
11. Истината е относителна.

Аргументи „за“ съобщаването на истината

1. Пациентът има право да знае истината – принцип на уважение на автономността.
2. Пациентът може да уреди някои семейни и други проблеми и да изпълни последните си желания.
3. Осигурява се по-ефективно палиативно лечение без страх за дългосрочните ефекти.
4. Неразкриването на истината компрометира информираното съгласие. Ако истината е видоизменена поради различни причини, не можем да приемем съгласието за валидно.
5. Терминално болните са особено уязвими, неспособни да защитят автономността си и сами да предприемат действия, за да научат истината.
6. Своевременното съобщаване на истината на пациента, който и без това вече я подозира, съчетано с регулярна подкрепа след това улеснява възприемането и нагаждането към нея.
7. Непредоставянето на информация може да доведе до повишена тревожност у пациентите [143].
8. Палиативните грижи се осъществяват в екип и решението на някои членове на екипа да не се съобщава истината може да срещне неодобрението на останалите членове на екипа.

Съобщаването на истината се е превърнало в изкуство, на което медицинският професионалист трябва да бъде обучен. Всеобща слабост на подготовката на бъдещите лекари е недостатъчно внимание, което се отделя на важноста и придобиването на умения за ефективна комуникация с пациентите.

Най-общите **правила при съобщаването на истината са:**

- Да се съобщи истината по **подходящ начин** съчетано с емоционална подкрепа на болния и семейството му.
- Да се подберат **подходящите думи**.
- Да се осигури **подходяща обстановка** (уединено място).
- Да се подбере **подходящ момент** за съобщаване на истината, за да може да се окаже подкрепа на болния при преминаване през различните етапи на възприемане на действителността. Най-подходящ от тази гледна точка е момент, който е достатъчно отдалечен от изписването на болния.

- Да се осъществи в **подходящо обкръжение**. Съобщаването на истината е пряко задължение на лекаря, но това не означава, че то трябва да става на четири очи. Препоръчва се сформирани на т.нар. клинични конференции или срещи, в които да се включват и другите членове на екипа; близките на болния, освен, ако той изрично не е подчертал, че не желае близките да знаят истината.

За избягване на дилемата дали да се съобщи истината на пациентите, в някои страни (Япония) се обсъжда въвеждане на предварителна воля специфично по този въпрос, независимо че пациентът може да е компетентен в момента, когато трябва да се приложи този документ [35].

Какъвто и курс на поведение да предприеме лекарят по отношение на терминално болния, то следва да се помни, че болният има нужда и очаква лекарят да общува с него.

Определяне на целите на грижите за пациента. Изясняване на идеята на пациента за „добра смърт“.

На човешката личност ѝ се полага не само достоен живот, но и достойна смърт. Какво е разбирането за „добра смърт“?

В ранните години, последвали появата на първия модерен хоспис „Свети Кристофър“, за „добра смърт“ е била приемана смърт без физическа болка и други неприятни симптоми и елиминиран дискомфорт в психологическата, духовната, социалната и емоционалната сфера [285].

Понастоящем проблемът за „добрата смърт“ представлява широко обсъждан обществен въпрос, а не само научен интерес в литературата, посветена на терминално болните и палиативните грижи.

Определението на Института по медицина (Вашингтон) за „добра смърт“ акцентира върху три основни страни – „добра смърт е тази, която е без стрес и страдание за пациентите, семействата и обгрижващите лица; която съответства на желанията на пациентите и семействата; и която е в разумен баланс с клиничните, културални и етични стандарти“ [109].

Различните характеристики на добрата смърт според редица автори могат да се обобщат по следния начин:

I. Абстрактни характеристики:

1. Смърт с достойнство.
2. Възможност за автономност и контрол. Това е доминиращо схващане за добра смърт в индивидуалистичните общества, където автономността често намира израз в предпочитанията на пациентите за запазен интелект и информираност за състоянието и прогнозата [193]. Те биха желали да планират хода на оставащия живот, а понякога дори и времето, мястото и начина на настъпване на смъртта (желание за евтаназия).
3. Приемане на смъртта – Добра е смъртта, при която пациентът е успял да достигне до последния стадий на психологична реакция по Елизабет Къблър-Рос и приема смъртта като нещо неизбежно.
4. Естествена смърт – смърт, при която медицинските интервенции са минимални; нито удължаваме живота, нито ускоряваме смъртта [201,268,282] .
5. Навременна смърт. Добра е смъртта, която настъпва, „когато му е дошло времето“; тогава, когато човек е изживял биографията си и силите му отслабват прогресивно [88,276]. В зависимост от стила на живот, жизнената ситуация, целите и желанията човек може да изпитва чувство на готовност за настъпване на смъртта. Обикновено то възниква, когато в напреднала възраст човек смята, че е изпълнил задачите си, разрешил е съществуващи междуличностни конфликти и е удовлетворил личните си желания.
6. Оптимизъм и съхраняване на надеждата.
7. Позитивен ефект върху семейството – философска концепция, включваща приемане на смъртта от цялото семейство [282]; извикване на спомени за хубави моменти преживени през годините; сбогуване с увереност, че близките ще се справят с живота напред.

II. Конкретни характеристики:

1. Комфорт и облекчение на болката и страданието.
2. Смърт в собствения дом.

3. Смърт в обкръжението на близките [171].
4. Смърт в съня. Възприемането на смъртта в съня за добра се базира на липсата на стреса или страха при съзнателното очакване на смъртта. Не всички хора обаче отчитат това „спокойствие“ за позитивно, тъй като се отнема възможността за сбогуване с близките и последна равностойност на изтеклия живот [100].

Възприемането на смъртта зависи от това дали човек цени повече качеството на живота или неговото количество. Тези, които ценят качеството на живота, търсят физически комфорт, липса на болка, завършеност на делата си, запазен интелект и мобилност, за да могат да продължат любимите си дейности. Такива хора обикновено избират палиативните грижи пред агресивното лечение, когато са изправени пред терминално заболяване. От друга страна, хората, които гледат на живота като на ценна придобивка, се стремят да спечелят всяка минута в повече и искат да поддържат телесните функции по всякакви възможни начини. Те рядко предпочитат палиативни грижи пред агресивна терапия [223].

Поддържане на живота на терминално болните

Понастоящем е възможно индивидите да бъдат поддържани по изкуствен начин живи продължително време. Използването на животоподдържащи технически системи повдига редица морални проблеми не толкова в момента на тяхното включване, колкото в момента, когато по една или друга причина системата трябва да бъде изключена [60,89,251].

Най-честите етични въпроси тук са:

1. Дали това е равносилно на убийство?
2. Кога лекарят може и трябва да прекрати животоподдържащата терапия? По този въпрос съществуват различни становища, които могат да се систематизират в следните „показания за прекратяване на терапията“:
 - Когато тази терапия е безполезна и не носи никаква полза.
 - Когато възрастен, компетентен пациент сам пожелае прекъсване на животоподдържащата терапия.

- При наличие на предварително изявено и добре документирано желание на пациента (living will).

3. *Колко време трябва да се държи изпаднал в кома в условията на изкуствено поддържане на основните жизнени функции?* Този въпрос е особено актуален при пациенти в т. нар. **трайно вегетативно състояние**, което представлява остро коматозно състояние, настъпило в резултат на мозъчен инсулт, инфекции, физически увреди или дегенеративни състояния, когато такова състояние трае повече от няколко седмици и от което пациентът не може да бъде изведен и след прилагане на съвременни реанимационни средства [90]. В някои страни поведението при такова състояние се определя от съда, но в повечето страни решението се предоставя на лекарите и роднините на пациента, които трябва да действат в негов интерес.

4. *Ако пациентът се върне в съзнание, той същият човек ли ще е и какво да очакват от него обществото и близките, след като те са вложили толкова много средства, за да поддържат живота му?*

Разглеждайки въпроса за поддържане живота на пациента, трябва да разграничим и понятията **обичайни и извънредни средства за грижи**.

- **Обичайни средства за грижи** – това са всички медикаменти, лечебни процедури, оперативни намеси, които са свързани с разумна, действителна надежда за постигане на подобрение при пациента.

- **Извънредни средства** – това са средства, които са свързани с твърде големи разходи; болка и дискомфорт за пациента; извънредна употреба на ресурси; не дават действителна надежда за някаква полза за пациента.

Общоприето е схващането, че при терминално болни използването на т. нар. извънредни средства е безсмислено и лечебният курс трябва да бъде насочен към облекчаване на болката и осигуряване на комфорт на пациента чрез обичайните средства, което е приоритет на т. нар. **палиативни грижи**.

Трябва да се изясни също въпросът **може ли пациентът да откаже изкуствено хранене и прием на течности** на същото

основание, както всяко друго лечение или те са толкова жизнено необходими, че трябва да се осигуряват, дори когато са очевидно безполезни и обременяват пациента?

Аргументите „за” и „против” варират значително според различните школи и техните представители (табл. 6).

Табл. 6 Аргументи „за” и „против” хидратирането

Аргументи „за”	Аргументи „против”
<ul style="list-style-type: none"> • Умиращите пациенти се чувстват по-комфортно, когато са хидратирани; • Дехидратацията и електролитният баланс причиняват объркване, безпокойство и нервно-мускулна раздразнителност; • Когато умиращ пациент е жаден, му се дава вода. Тогава защо да не се прилага и парентерално хидратиране; • Парентералното хидратиране е минималният стандарт на грижи и спирането му означава прекъсване на връзката с пациента. 	<ul style="list-style-type: none"> • Пациентите в кома не изпитват болка, жажда и т.н.; • Дехидратацията и електролитният дисбаланс действат като естествен аналгетик за централната нервна система. • Хидратирането може да удължи живота; • Дехидратирането е свързано с намаляване на повръщането, кашлицата, давенето, едема и асцита.

Източник: MacDonald N. From the front lines. *J Palliat Care* 1994; 10 (3): 44-47

През 1992 г. на симпозиум в Базел са приети следните **критерии за спиране на хидратирането** [160]:

- Бързо настъпващо влошаване на пациента;
- Липса на ефективно активно лечение;
- Липса на възможности за палиативно лечение;
- Смъртта е очаквана в близките дни, най-много седмици;
- Предполагаемо съгласие на умиращия пациент.

Предварително изразена воля на пациента

Въпросът с предварително изразената воля на пациента (*advanced directives, living will*), е доста спорен и на него са посветени значителен брой научни проучвания [95,259].

Табл. 7 Предварително изразена воля на пациента (*living will*)

Предимства	Недостатъци
1. Позволява на лекаря да разбере желанията и мотивите на пациента	1. Приложима е само при терминално болни, при които заболяването естествено ще доведе до смърт на пациента, независимо от лечението.
2. Разширява автономността на пациента	2. Лекарят трябва да вземе решение само на основата на интерпретация на един единствен документ.
3. Облекчава безпокойството на пациента относно нежелано лечение.	3. Мнението на пациента може да се е променило от времето на изготвяне на документа за предварителната воля.
4. Намалява конфликта в семейството и чувството за вина.	4. Предварително изразената воля на пациента е само един от факторите, които трябва да се вземат предвид.
5. Подобрява комуникацията между пациента и лекаря.	5. Съдържанието е с твърде общ характер и често не помага особено в клинични ситуации.

Предварителната воля на пациента представлява документ, в който пациента, докато още е компетентен, изразява желанията си по отношение на бъдещи грижи. В предварителната воля пациентът може да уточни грижите, които желае или които категорично отхвърля, както и да посочи лице, което оторизира да взе-

ма решения вместо него. Ролята на това лице е по-скоро да следи за изпълнението на волята на пациента, отколкото да взема решения вместо него. Когато желанията на пациента спрямо конкретната ситуация са неясни, оторизираното лице може да влезе в ролята на разясняващо лице, „официален интерпретатор“ на волята на пациента [213].

От етична гледна точка зачитането на предварително изразената воля е оправдано с принципа на уважение на автономността. Предимствата и недостатъците на предварително изразената воля на пациента по данни на различни автори в най-общ план са представени в **табл. 7**.

У нас с клинична пътека „Палиативни грижи при терминално онкологично болни“ също се предоставя възможност на пациента за предварително волеизявление [28].

Облекчаване на страданията на пациента

Основната задача на медицинския работник при обгрижване на терминално болни е да направи оставащата част от живота им колкото е възможно по-удобна и по-комфортна. Това означава най-вече **облекчаване на болката**. Тук възникват няколко проблема:

1. От една страна, облекчаването на болката би подобрило качеството на живот на тези болни. От друга страна, обаче, използваните за тази цел медикаменти най-често са опиоидни аналгетици, чиито страничен ефект е добре известен – респираторна депресия. Допълнителен утежняващ ситуацията факт е, че при терминално болни обикновено са нужни много по-големи дози, за да се купирира болката, тъй като към тези медикаменти бързо се развива толеранс. Оттук произтича и проблемът за **двойния ефект**, чиято същност е в това, че големите дози медикаменти при терминално състояние могат да съкратят живота на пациента вследствие на страничните действия и продължителността на прилагането им.

Кога е морално и правно приемливо пациентът да почине в резултат на високи дози опиати?



Общоприето становище е, че водеща в случая е първоначалната цел на медицинския работник:

- Ако медицинският работник е дал по-високата доза с цел да облекчи болките на пациента и да подобри качеството му на живот, а не умишлено да съкрати живота му, това се счита за морално и правно приемливо.
- Ако целта на медицинския работник е била да ускори смъртта на пациента, давайки му по-висока доза болкоуспокояващи, тогава това се счита за морално неприемливо и за престъпление от правна гледна точка.

2. Облекчаването на болката с помощта на съвременната фармакотерапия поставя и друг проблем – запазването на пациента в съзнание, контактен, за да може да общува с близките си.

3. На трето място се поставя въпросът за привикването към опиоидните (наркотични) аналгетици. Този проблем не трябва да се пренебрегва, но когато става дума за терминално болни, всички автори са единодушни, че осигуряването на възможно най-спокоен край на живота следва да има приоритет пред опасността от привикване.

Болката има не само физическа компонента. Психиката на човека се променя и той възприема себе си и околния свят различно. Комплексността на болката е описана от Сесили Сондърс още в 1964 г. [82]. Тя предлага термина „*тотална болка*” и идентифицира нейните 4 елемента: физическа, психологическа (емоционална), социална (практическа) и духовна болка.

Палиативни/ хосписни грижи

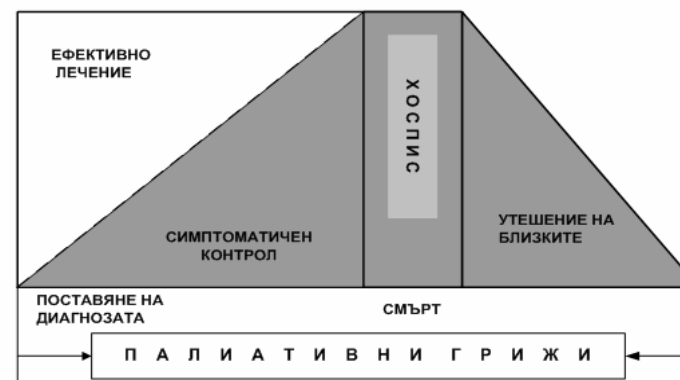
Грижите за терминално болните, които са научнообосновани и компетентно разпределени и чиято цел е подобряване качеството на живота и облекчаване на страданията на тези болни се наричат *палиативни грижи*. „Палиативни” произлиза от латински „*pallium*”, „*palliare*” – покривам с мантия, предпазвам. Глаголът „*palliate*” означава облекчаване без лечение.

Исторически първоначално палиативните грижи са били смятани за подходящи само за карциномно болни и то непосредствено преди настъпване на смъртта. През 1990 г. *СЗО* определя па-



лиативните грижи като „*активни общи грижи за пациентите в момент, когато заболяването вече не се повлиява от лечение и основни стават контрола на болката и другите симптоми, както и психологичните, социалните и духовните проблеми. Всеобхватната цел на палиативните грижи е постигане на възможно най-добро качество на живот за тези пациенти и техните семейства. Палиативните грижи утвърждават живота и разглеждат смъртта като нормален процес. Те поставят ударение върху облекчаването на болката и другите симптоми, интегрират физичните, психологичните и социалните аспекти на грижите за пациента, предлагат колкото е възможно по-активна система за подкрепа на живота на пациента и подпомагане на семейството за справяне със заболяването на пациента и утеха след настъпване на смъртта*” [288].

Най-всеобхватната концепция за палиативни грижи е представена чрез *теоретичния модел на Шефилд* (фиг. 5), според който палиативните грижи започват от момента на поставяне на диагнозата.



Фиг. 5 Теоретичен модел на Шефилд

Ефективното лечение постепенно намалява с развитие на заболяването и отстъпва място на симптоматичния контрол. Палиативните грижи достигат максимума си непосредствено около момента на смъртта, като най-често те се предоставят в рамките на хосписна програма. С настъпване на смъртта започват грижите за подкрепата и утешаването на семейството, които продължават обикновено 1 година след смъртта.

През последните десетилетия в световен мащаб се отделя изключително голямо внимание на този вид грижи. В редица страни вече е призната нова медицинска специалност „палиативна медицина“. В съответствие със спецификата на същността и организацията на палиативните грижи интерес представляват специализираните заведения за палиативни грижи, наречени *хосписи*. За разлика от болницата, в която всичко се прави с цел излекуване, основната идея на хосписите е вече не самото лекуване, а възможно най-пълноценното изживяване на последните месеци от живота на болния, облекчаване на болката и страданието и оказване на морална и психологическа подкрепа на близките на терминално болния, така че смъртта да се възприеме като естествен завършек и като неотменим елемент на самия живот. Вместо да се опитват да лекуват нелечимото, грижите в хосписните програми са фокусирани върху облекчаване на страданието на терминално болните, поддържането им в състояние на контакт и социализирани по време на последния стадий от живота им.

Думата „хоспис“ е от латински произход. Първоначалното значение на латинското „*hospes*“ е било „чужденец“. Латинската дума „*hospes*“ се трансформира в английската „*hospice*“, превеждана като „приют, странноприемница“. *Първите хосписи* обикновено са се разполагали край пътищата, откъдето са минавали християнските поклонници. Те са били своеобразни домове за почивка и грижи за заболелите странници, макар че помощ не била отказвана и на местните жители [17]. В ранно християнските хосписи са полагани грижи най-вече за душевния мир на пребиващите и те не са били създавани специално за обгрижване на умиращите. Думата „хоспис“ става синоним на грижата за умиращите през късните години на XVIII век, когато „Ирландските

сестри на милосърдието“ отварят такъв хоспис в Дъблин. *Модерното хоспис движение* обаче е сравнително ново начинание и води началото си от усилията на *д-р Сесили Сондърс*, която открива хосписът „Свети Кристофър“ в югоизточен Лондон през 1967 г., който е първият съвременен хоспис. Малко по-късно нейният опит е възприет и в САЩ, където през 1974 г. е основан първият хоспис в Кънектикът.

В началото на 80-те години идеите на хосписното движение се разпространяват в цял свят и в днешно време обхващат вече повече от 100 страни от всички континенти с над 8000 хосписни програми.

У нас първи стъпки в хосписните грижи се бележат през 1989 г., когато *Донка Панрикова* поставя началото на първия по рода си хоспис в България за самотни, тежко болни и умиращи хора. В началото на функционирането си този дом е известен като „Майка Тереза“. Впоследствие прераства в сдружение „Хоспис Милосърдие“ [4]. Официално хосписите се признават за лечебни заведения през 1999 г. с приемането на Закона за лечебните заведения, където те са включени в графа „други“. През 2000 г. Министерство на здравеопазването публикува Методично указание за устройството и дейността на хосписите. В Националния рамков договор от 2002 г. палиативните грижи за терминално онкологично болни се включват за пръв път като самостоятелна клинична пътека, която се запазва и в следващите години. Същата година се създава Българска асоциация по палиативни грижи [1].

Какви пациенти стават обект на хосписни грижи? В хосписите се полагат грижи най-вече за пациенти с ракови заболявания (по данни на различни автори – над 80%), макар че напоследък се разширява обхватът на все повече пациенти с други животозастрашаващи заболявания: СПИН, сърдечна недостатъчност, бъбречни заболявания и др. Почти еднакво е съотношението мъже/жени. Преобладават лица над 65-годишна възраст, но не е рядкост и приемането на деца с неизлечими заболявания.

Къде се предоставят хосписните или палиативните грижи? Международният институт и колеж за хосписите дефинира пет основни организационни форми на палиативни/хосписни грижи:



- *хоспис в дома;*
- *хоспис като самостоятелна институция с легла;*
- *дневен хоспис;*
- *болнично базирано отделение за палиативни грижи*
- *болничен екип за палиативни грижи и борба с болката.*

Тези форми могат да имат различни названия в отделните страни и да се осъществяват от доброволни и благотворителни организации, от националните и местните здравни служби и др. Съвременната тенденция е към интегриране на хосписните грижи в здравната система и разкриване предимно на болнични отделения за палиативни грижи или болнични екипи за палиативни грижи и по-рядко хосписи като самостоятелни институции с легла.

Най-широко разгърнати са *хосписните грижи в дома*, което съответства на тенденцията, че много терминално болни биха искали са прекарат колкото е възможно по-дълго в дома, и ако е възможно да умрат в дома си. Хосписните грижи се оказват от мултидисциплинарен екип – лекари, медицински сестри, социални работници, психолози, психиатри, кинезитерапевти, духовни служители, юристи и доброволци.