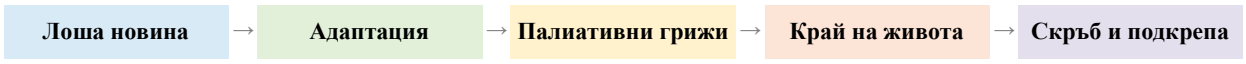
СПЕЦИФИЧНИ КОНТИНГЕНТИ

Съобщаване на лоши новини. Работа с терминално болни. Фази на скръбта и грижа за скърбящите

Учебен текст за практическо упражнение по Обща медицина за студенти V курс



д-р Пламен Латев, д.м.
общопрактикуващ лекар

2026

Включени теми

- Лоши новини – същност и трудности при съобщаването
- Етапи и техника за съобщаване на лоши новини – начини за справяне със ситуацията
- Принципи на съобщаването на лоши новини и работа на ОПЛ с притесненията на пациента
- Фази на възприемане на лошите новини
- Работа с терминално болни пациенти в общата практика – принципи
- Фази на скръбта, атипични реакции и грижа за скърбящите

Учебни цели

- Да се дефинира понятието „лоша новина“ и да се разпознаят различните медицински ситуации, в които тя се съобщава.
- Да се обяснят трудностите при съобщаване на лоша новина от гледна точка на пациента, близките, лекаря и здравната система.
- Да се прилагат структурирани подходи за съобщаване – SPIKES, NURSE и ABCDE – без те да се превръщат в механична схема.
- Да се разпознават фазите и психичните реакции при възприемане на лоша новина и приближаваща смърт.
- Да се разграничават нелечимо заболяване, терминално заболяване, умиращ пациент и палиативна грижа.
- Да се формулират принципите и задачите на ОПЛ при грижа за терминално болния и неговото семейство.
- Да се оценяват физическите, психичните, социалните и духовните измерения на страданието.
- Да се разбират основните етични проблеми: информираност, автономия, отказ от лечение, пропорционалност на интервенциите, палиативна седация и евтаназия.
- Да се разграничават нормалната скръб, атипичните реакции и състоянията, изискващи специализирана помощ.
- Да се използват ясни, състрадателни и практически приложими фрази в реална консултация.
- Да се планират документация, безопасност, последваща грижа и подкрепа за семейството след смъртта.

Карта на темата

Съобщаване на лошата новина → **Реакции и адаптация** → **Промяна на целите на грижата** → **Палиативна и терминална грижа** → **Смърт, загуба и скръб**

Лошата новина, терминалната грижа и скръбта са части от един продължителен процес, а не отделни еднократни събития.

Основна идея

В общата практика съобщаването на лоша новина не завършва с изговарянето на диагнозата. То поставя начало на продължителна лекарска отговорност: разбиране, планиране, облекчаване на страданието, координация на грижите и подкрепа на близките.

Как да се използва разработката

В текста са включени карета „Exam Points“, които съдържат очакваните на изпита определения, класификации и кратки отговори. Каретата „Важно“ изясняват трудни разграничения и възможни капани. „Практически подход“ предлага конкретни фрази и действия. В края има клинични казуси, въпроси за проверка на знанията и ориентировъчни отговори.

Съдържание

Карта на темата 2
ЧАСТ I. СЪОБЩАВАНЕ НА ЛОШИ НОВИНИ 8
1. Лоши новини – същност 8
1.1. Кой получава лошата новина 8
1.2. Контекстът променя консултацията 8
2. Защо съобщаването на лоша новина е трудно 9
2.1. Трудности за пациента 9
2.2. Трудности за близките 9
2.3. Трудности за лекаря 9
2.4. Системни трудности 9
3. Основни принципи при съобщаване на лоша новина 10
4. Моделът SPIKES 11
5. NURSE – практически инструмент за емпатичен отговор 12
6. ABCDE – алтернативна рамка 13
7. Практически алгоритъм за съобщаване на лоша новина 13
7.1. Преди разговора 13
7.2. По време на разговора 14
7.3. След разговора 14
8. Фази на възприемане на лошата новина и на приближаващата смърт 15
9. Трудни ситуации при съобщаване на лоша новина 16
9.1. Семейството настоява пациентът да не знае 16
9.2. Пациентът пита: „Колко ми остава?“ 16
9.3. Новината трябва да се съобщи по телефон или онлайн 16
9.4. Когнитивно нарушение, делириум или колеблива способност 17
9.5. Дете или юноша 17
9.6. Езикова, слухова или говорна бариера 17
10. Фрази, които помагат, и фрази, които вредят 17
ЧАСТ II. РАБОТА С ТЕРМИНАЛНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ 19
11. Терминално болният пациент като специфичен контингент 19
12. Основни понятия и разграничения 19
12.1. Основни критерии за терминално състояние 20

13. Палиативни грижи – същност, цели и принципи 21
13.1. Основни цели 21
13.2. Характеристики на палиативната грижа 21
13.3. Три фази на палиативните грижи 22
14. Навременно разпознаване, че пациентът умира 22
14.1. Данни, които насочват към промяна на целите 23
14.2. Как се взема решение 23
15. Болест, страдание и изцеление 24
16. Цялостна оценка: „тотална болка“ и пациент-центриран подход 25
16.1. FIFE при терминално болния 26
17. Основни задачи на ОПЛ 26
18. Симптомен контрол – общи принципи 27
18.1. Болка 27
18.2. Други чести симптоми 28
19. Надежда без заблуда 29
20. Семейството като част от грижата 29
20.1. Какво трябва да оцени ОПЛ 29
20.2. Семейна среща 29
21. Място на грижите и място на смъртта 30
21.1. Минимален план за грижи у дома 30
22. Интердисциплинарен екип и координация 31
23. Права на пациента в края на живота 32
24. Етични решения в края на живота 33
24.1. Основни принципи 33
24.2. Способност за вземане на решение 34
24.3. Отказ, въздържане и прекратяване на лечение 34
24.4. Разграничаване на ключови понятия 34
24.5. Принцип на двойния ефект 34
24.6. Предварително планиране на грижите 35
25. Последни дни и часове 35
25.1. Поведение 35
26. Лекарят пред страданието и смъртта 36

ЧАСТ III. СКРЪБ, АТИПИЧНИ РЕАКЦИИ И ГРИЖА ЗА СКЪРБЯЩИТЕ 37
27. Загуба, скръб и траур 37
28. Два различни, но свързани модела 37
29. Нормален процес на скръб 38
29.1. Шокова фаза 38
29.2. Остра фаза 38
29.3. Постепенно затихване и адаптация 38
30. Нормални прояви на острата скръб 39
31. Атипични реакции на скръб 39
32. Рискови фактори за усложнена скръб 40
32.1. Рискове за физическото здраве 40
33. Грижа за скърбящите – роля на ОПЛ 40
33.1. Преди смъртта 40
33.2. След смъртта 41
33.3. Полезни въпроси 41
33.4. Кога е необходима спешна или специализирана помощ 41
ЧАСТ IV. ПРАКТИЧЕСКИ КАЗУСИ И МОДЕЛ НА РАЗСЪЖДЕНИЕ 42
34. Казус 1 – колебливо съгласие за интубация 42
34.1. Основни проблеми 42
34.2. Модел на решение 42
35. Казус 2 – високи дози морфин и молба страданието да приключи 43
35.1. Първа задача – разберете молбата 43
35.2. Клинично поведение 43
36. Казус 3 – гръдна болка след загуба 44
36.1. Какво не трябва да се прави 44
36.2. Цялостна оценка 44
36.3. План 44
37. Кратки ситуации за дискусия 45
ЧАСТ V. ИЗПИТНО ОБОБЩЕНИЕ 46
38. Exam Points – какво задължително трябва да се знае 46
39. Модел за устен отговор: „Лоши новини“ 47
40. Модел за устен отговор: „Работа с терминално болни“ 47

41. Модел за устен отговор: „Скръб“ 48
ВЪПРОСИ ЗА ПРОВЕРКА НА ЗНАНИЯТА....49
1. Какво е „лоша новина“ в медицината? 49
2. Кои фактори правят съобщаването на лоша новина трудно за лекаря? 49
3. Какво означават буквите в модела SPIKES? 49
4. Каква е ролята на стъпката Perception? 49
5. Защо трябва да се проучи желанието на пациента за количеството информация? 49
6. Какво означават елементите на NURSE? 49
7. Посочете три неподходящи фрази при съобщаване на лоша новина и предложете по-добри алтернативи. 50
8. Как трябва да реагира лекарят при първоначално отрицание? 50
9. Как се комуникира несигурна прогноза? 50
10. Как се постъпва, когато семейството настоява истината да бъде скрита? 50
11. Кои са шестте обичайни фази при приемане на приближаващата смърт според английския тест? 50
12. Защо фазите не трябва да се възприемат като задължителна линейна последователност? 50
13. Каква е разликата между нелечимо и терминално заболяване? 50
14. Посочете три основни критерия за терминално състояние. 51
15. Какво представляват палиативните грижи? 51
16. Кои са трите фази на палиативните грижи в университетския материал? 51
17. Какво означава „тотална болка“? 51
18. Как се използва FIFE при терминално болен пациент? 51
19. Посочете пет основни задачи на ОПЛ при терминално болния и неговите близки. 51
20. Как ОПЛ разпознава подходящия момент за промяна към приоритетно палиативни цели? 52
21. Защо палиативният подход не означава диагностична небрежност? 52
22. Кои общи принципи се следват при оценката на болката? 52
23. Как може да се запази надеждата, без пациентът да бъде заблуждаван? 52
24. Какво представлява „конспирацията на мълчанието“? 52
25. Кои фактори трябва да се оценят преди организиране на домашни грижи? 52
26. Каква е ролята на интердисциплинарния екип? 53
27. Кои основни права има пациентът в края на живота? 53

28. Как се оценява способността за конкретно медицинско решение? 53
29. Каква е разликата между отказ от лечение и отказ от грижа? 53
30. Как се различават адекватната аналгезия и евтаназията? 53
31. Какво е палиативна седация и кога се обсъжда? 53
32. Какви промени могат да насочат към последните дни или часове? 54
33. Каква е разликата между скръб и траур? 54
34. Какви са фазите на скръбта според преподаваната времева рамка? 54
35. Колко продължава шоковата фаза според университетския материал? 54
36. Колко продължава острата фаза и как се съгласуват различните диапазони? 54
37. Кои прояви могат да бъдат нормални в острата скръб? 54
38. Кога псевдохалюцинациите при скръб не са непременно патологични? 54
39. Кои са основните видове атипична скръб? 55
40. Посочете шест рискови фактора за усложнена скръб. 55
41. Какво трябва да оцени ОПЛ при скърбящ пациент? 55
42. Кои признаци изискват спешна психиатрична оценка? 55
43. Как бихте подходили към колебливо съгласие за интубация при нарушено съзнание? 55
44. Какво трябва да направи лекарят при неовладяна болка и молба „да се сложи край“? 56
45. Как се подхожда към соматични оплаквания при пациент с продължителна скръб? 56
Библиография 57

ЧАСТ I. СЪОБЩАВАНЕ НА ЛОШИ НОВИНИ

1. Лоши новини – същност

Лоша новина е всяка информация, която значимо и неблагоприятно променя очакванията на пациента за неговото бъдеще, здраве, функционална независимост или качество на живот. Тежестта на новината не се определя само от медицинската диагноза. Една и съща информация може да има различно значение за различни хора в зависимост от възрастта, житейските роли, предишния опит, семейната ситуация, професията, културните и религиозните убеждения и представите за заболяването.

Лошата новина може да бъде нова диагноза, рецидив или прогресия на заболяване, липса на ефект от лечение, необратима загуба на функция, необходимост от инвалидизираща интервенция, неблагоприятен резултат от изследване, тежко усложнение, безплодие, вродено заболяване, загуба на бременност, настъпила смърт или преминаване от лечебна към предимно палиативна цел.

1.1. Кой получава лошата новина

- Самият пациент – когато има способност да разбира и да взема решения.
- Семейството или законният представител – при желание и съгласие на пациента или когато той не може да изрази волята си.
- Родители и настойници – при деца, като детето също получава честна и възрастово подходяща информация.
- Медицинският екип – когато е необходимо единно разбиране и координиран план.

1.2. Контекстът променя консултацията

Съобщаването може да бъде планирано или внезапно, в амбулаторна или болнична среда, присъствено или по изключение по телефон. В общата практика лекарят често познава пациента и семейството от години. Това увеличава емоционалната тежест, но същевременно дава възможност новината да бъде поставена в познат житейски контекст и да бъде последвана от реална продължителна грижа.

Exam Points – определение

Лоша новина е информация, която значимо и неблагоприятно променя представата на пациента за неговото бъдеще, здраве или качество на живот. Значението ѝ се определя както от медицинския факт, така и от личния и семейния контекст.

2. Защо съобщаването на лоша новина е трудно

2.1. Трудности за пациента

Силният стрес намалява способността за концентрация, запаметяване и логическа обработка на информацията. Пациентът може да чуе само първите думи, да се фиксира върху една подробност или изобщо да не запомни предложените следващи стъпки. Ето защо информацията трябва да се дава на малки части, с паузи и многократна проверка на разбирането.

- Страх от смърт, болка, инвалидизация, зависимост или изоставяне.
- Загуба на контрол и разпад на досегашните планове.
- Вина, срам или усещане, че е в тежест на близките.
- Съмнение в диагнозата или недоверие към лекаря и системата.
- Ниска здравна грамотност, езикова бариера, слухов или говорен проблем.
- Предишна травматична среща със заболяване или смърт в семейството.

2.2. Трудности за близките

Близките могат да реагират със същите емоции като пациента, но често по различно време и с различна сила. Те могат да настояват истината да бъде скрита, да търсят „още едно лечение“, да настояват за интервенции без реална полза или да изпитват вина, че не правят достатъчно. Понякога семейният конфликт става по-видим именно когато трябва да се вземе решение за края на живота.

2.3. Трудности за лекаря

- Страх да не отнеме надеждата.
- Усещане за професионален неуспех, когато излекуването не е възможно.
- Страх от силни емоции, гняв, плач или обвинение.
- Несигурност в прогнозата и тревога да не каже повече, отколкото може да обоснове.
- Лична привързаност към дългогодишен пациент.
- Недостатъчно време, неподходящо помещение и прекъсвания.
- Професионално изтощение и натрупана собствена скръб.

2.4. Системни трудности

Неподходящата среда – коридор, шумен кабинет, разговор по време на манипулация, липса на време или непоследователни послания от различни специалисти – може да причини допълнителна травма. Добрата комуникация не изисква идеални условия, но изисква съзнателно усилие да се осигурят спокойствие, поверителност и непрекъснатост.

Важно

Трудността на разговора не е основание той да бъде избягван. Мълчанието, неясните намеци и противоречивата информация могат да увеличат тревожността повече от честния, състрадателен разговор.

3. Основни принципи при съобщаване на лоша новина

1. Подгответе се – проверете фактите, прогнозата, възможните решения и кой вече е разговарял с пациента.
2. Осигурете подходяща среда – поверителност, време, сядане на едно ниво и минимални прекъсвания.
3. Установете какво пациентът вече знае и как си обяснява ситуацията.
4. Проверете колко информация желае да получи и дали иска близък човек да присъства.
5. Предупредете, че следва сериозна информация.
6. Говорете ясно, без жаргон и без натрупване на много данни.
7. Давайте информацията на малки части и проверявайте разбирането.
8. Разпознавайте и валидирайте емоциите; не бързайте да ги „поправяте“.
9. Поддържайте надежда, но променяйте нейната цел – от излекуване към контрол, комфорт, време с близките и конкретни постижими цели.
10. Завършете с план: какво следва днес, кого пациентът може да потърси и кога ще бъде следващата среща.
11. Документирайте информацията, предпочитанията, участниците, решенията и последващия план.
12. Не изоставяйте пациента след разговора.

Практически принцип

Истината и надеждата не са противоположности. Не е необходимо да обещаваме излекуване, за да дадем надежда. Можем да обещаем присъствие, контрол на симптомите, яснота, подкрепа и план.

4. Моделът SPIKES



SPIKES е шестстъпков модел, който помага разговорът да бъде подреден. Той не е сценарий, който трябва да се изпълнява механично. Всяка стъпка се адаптира към пациента, ситуацията и времето, с което разполагаме.

Стъпка	Цел	Възможна фраза	Честа грешка
S – Setting	Подготовка на средата и лекаря.	„Искам да поговорим спокойно. Желаете ли някой близък да бъде с Вас?“	Разговор в коридор, стоейки над пациента, телефонни прекъсвания.
P – Perception	Оценка на разбирането и представите.	„Как разбирате ситуацията до този момент?“	Започване с дълъг монолог без да се знае какво пациентът вече знае.
I – Invitation	Проверка колко информация желае пациентът.	„Желаете ли да обсъдим резултатите подробно сега?“	Предположение, че всеки иска еднакво количество информация.
K – Knowledge	Ясно съобщаване на информацията.	„За съжаление резултатът показва…“	Жаргон, евфемизми, статистика без контекст, информационно „изливане“.

Стъпка	Цел	Възможна фраза	Честа грешка
E – Emotions/Empathy	Разпознаване и подкрепа на емоцията.	„Виждам колко тежко е това за Вас.“	Незабавно даване на съвети или смяна на темата.
S – Strategy/Summary	Обобщение и съвместен план.	„Нека решим какво е най-важно да направим днес.“	Приключване на разговора без следваща стъпка и контакт.

Exam Points – SPIKES

- Setting – подходяща среда и подготовка.
- Perception – как пациентът разбира ситуацията.
- Invitation – колко желае да знае.
- Knowledge – ясна и постепенна информация.
- Emotions/Empathy – реакция към емоциите.
- Strategy/Summary – план, обобщение и продължение.

5. NURSE – практически инструмент за емпатичен отговор

NURSE не е отделен протокол за съобщаване на новината, а кратък инструмент, който помага на лекаря да отговори на емоцията, вместо веднага да я „поправя“, да я отрича или да се връща към медицинските факти.

Елемент	Смисъл	Примерна реплика
N – Name	Назовете разпознатата емоция, без да я налагате.	„Изглеждате много притеснен.“ / „Чувам колко сте ядосан.“
U – Understand	Покажете, че разбирате защо реакцията е логична в тази ситуация.	„Разбирам защо тази новина Ви разтърсва.“
R – Respect	Изразете уважение към усилията, смелостта или грижата на пациента и близките.	„Виждам колко много сте направили, за да се справите.“
S – Support	Предложете конкретна, реалистична подкрепа.	„Няма да Ви оставим сами с това. Ще направим план за следващите дни.“

Елемент	Смисъл	Примерна реплика
E – Explore	Поканете пациента да обясни какво стои зад емоцията.	„Кое Ви плаши най-много в момента?“

Важно

Емпатията не означава съгласие с всяка интерпретация на пациента. Тя означава признаване на преживяването му и готовност да останем в разговора.

6. ABCDE – алтернативна рамка

Стъпка	Съдържание
A – Advance preparation	Предварителна подготовка: познаване на фактите, предвиждане на въпроси, осигуряване на време и подходящо място.
B – Build a therapeutic environment/relationship	Създаване на защитена среда и терапевтична връзка: представяне, сядане, поверителност, присъствие на избран близък.
C – Communicate well	Кратко, ясно и честно съобщаване; без жаргон; информация на малки части; проверка на разбирането.
D – Deal with patient and family reactions	Разпознаване и приемане на емоционалните реакции; тишина; емпатичен отговор; оценка на безопасността.
E – Encourage and validate emotions; establish a plan	Насърчаване и валидиране на чувствата, обобщение и конкретен последващ план.

SPIKES, NURSE и ABCDE не трябва да се преподават като конкуриращи се „правилни отговори“. Те описват сходна клинична логика. Достатъчно е да се приложи последователно един структуриран модел и да демонстрира емпатичен отговор.

7. Практически алгоритъм за съобщаване на лоша новина

7.1. Преди разговора

1. Проверете фактите: диагноза, стадий, проведени изследвания, налични лечебни и палиативни възможности, степен на прогностична сигурност.

2. Уточнете кой трябва да участва. Пациентът решава дали желае присъствието на близък, освен когато няма способност да взема решения и е необходим законен представител.

3. Осигурете подходящо място: поверителност, без прекъсвания, достатъчно време, възможност всички да седнат.

4. Предвидете непосредствените практически потребности: вода, кърпички, безопасно прибиране, човек за подкрепа, телефон за контакт.

5. Подгответе началната фраза, основното послание и следващата стъпка. Не влизайте в разговора с дълга лекция.

7.2. По време на разговора

1. Установете какво пациентът вече знае и как разбира ситуацията.

2. Попитайте колко информация желае и дали иска близък да присъства.

3. Дайте предупредителен сигнал: „За съжаление имам сериозна новина.“

4. Съобщете същината в едно-две кратки изречения с ясни думи.

5. Спрете. Оставете тишина. Наблюдавайте вербалната и невербалната реакция.

6. Назовете и валидирайте емоцията. Не спорете с първоначалното отрицание и не запълвайте всяка пауза.

7. Давайте допълнителна информация на малки части, според готовността на пациента.

8. Проверете разбирането: „Какво разбрахте дотук?“

9. Проучете най-голямото притеснение и непосредствените приоритети.

10. Формулирайте конкретен план и осигурете продължение на грижата.

7.3. След разговора

- Документирайте какво е съобщено, на кого, при чие присъствие, какви предпочитания е изразил пациентът и какъв план е договорен.
- Организирайте следваща среща. Първият разговор рядко е достатъчен.
- Осигурете писмена информация само като допълнение, не като заместител на разговора.
- Оценете непосредствен риск: суицидни намерения, паника, делириум, липса на безопасно място или човек за подкрепа.
- Уведомете и координирайте екипа, за да няма противоречиви послания.
- Проверете собственото си емоционално състояние; при тежък разговор използвайте кратък екипен разбор.

Exam Points

- Лошата новина се съобщава в подходяща среда, ясно, постепенно и с проверка на разбирането.
- След съобщаването лекарят трябва да разпознае емоцията, да остане в контакт и да предложи план.
- Съобщаването не приключва с диагнозата; задължителни са продължение, документация и подкрепа.

8. Фази на възприемане на лошата новина и на приближаващата смърт

В преподавания модел реакциите се описват като фази. Те са полезна ориентировъчна рамка, но не са задължителна, линейна и универсална последователност. Пациентът може да прескача фази, да се връща към предходна реакция или да преживява няколко едновременно.

Фаза	Възможни прояви	Подход на лекаря
Шок и отрицание	Вцепеняване, обърканост, „Не може да бъде“, съмнение в резултатите.	Кратки изречения, тишина, повторение на ключовото, осигуряване на присъствие; без спор и натиск.
Гняв	Търсене на виновник, обвинения към лекар, близки, система или съдба.	Не приемайте лично; поставете граници при заплаха; назовете болката зад гнева.
Пазарене	Опити за „сделка“, обещания, търсене на чудодейно решение или отлагане.	Уважавайте надеждата, но поддържайте реалистична перспектива и насочете към постижими цели.
Депресивност/тъга	Мълчание, плач, безнадеждност, отдръпване, предварително оплакване на бъдещите загуби.	Присъствие и емпатия; оценка за депресия и суициден риск; малки реалистични цели и подкрепа.
Приемане	По-спокойно признаване на реалността, желание за подреждане на оставащото време.	Споделено планиране, автономност, предварително обсъждане на грижите и подкрепа на близките.
Надежда	Надеждата се променя: от излекуване към комфорт, време с близките, конкретно събитие, смисъл или спокоен край.	Не отнемайте надеждата; помогнете тя да стане реалистична и съвместима с истината.



Ориентировъчен модел на реакциите при приемане на приближаващата смърт – възможни са връщания и припокриване.

Важно

Този модел описва реакциите на самия тежко болен към приближаващата смърт. По-късно в темата отделно се разглежда процесът на скръб при близките след загубата.

9. Трудни ситуации при съобщаване на лоша новина

9.1. Семейството настоява пациентът да не знае

Първата задача е да се проучи защо близките искат информацията да бъде скрита: страх от срив, културна норма, чувство за вина, собствено отрицание или желание да защитят пациента. След това лекарят проверява предпочитанията на самия пациент: каква информация иска, кого желае да включи и дали предпочита определен близък да получава подробностите.

Практическа фраза

„Разбирам, че искате да го предпазите. За мен е важно да знам как самият той предпочита да получава информация. Нека първо го попитаме какво и колко иска да знае.“

Не е приемлива „конспирация“ с близките в ущърб на автономния пациент. Също толкова проблемно е лекарят да споделя с близките поверителна информация без съгласие на пациента.

9.2. Пациентът пита: „Колко ми остава?“

Не бива да се дава привидно точна дата. Лекарят първо уточнява какво стои зад въпроса: планиране, страх от болка, грижа за децата, финансови или духовни въпроси. Прогнозата се комуникира честно като диапазон и с признание на несигурността.

- „Не мога да кажа точен ден. По данните, които имаме, говорим по-скоро за седмици, отколкото за месеци.“
- „Надявам се да е повече, но е разумно да се подготвим и за по-кратко време.“
- „Ще следим промените и ще Ви казвам честно какво означават.“

9.3. Новината трябва да се съобщи по телефон или онлайн

Присъственият разговор е предпочитан, особено при нова тежка диагноза или смърт. Когато дистанционното съобщаване е неизбежно, лекарят удостоверява самоличността, проверява дали пациентът е на безопасно място и не е сам, предупреждава за сериозността, говори бавно, оценява реакцията и организира бърз последващ контакт.

9.4. Когнитивно нарушение, делириум или колеблива способност

Диагнозата деменция сама по себе си не отнема автоматично способността за решение. Способността се оценява конкретно за конкретното решение: разбиране на информацията, оценяване на последствията, сравняване на възможностите и ясно изразяване на избор. Делириумът и колебливото съзнание изискват лечение на обратимите причини и преоценка в момент на максимална яснота.

9.5. Дете или юноша

Информацията се адаптира към възрастта и развитието, без лъжа и без ненужно натоварване. Родителите са важни партньори, но детето също има право да бъде чуто. Следва да се проучи какво вече е разбрало, какво иска да знае и от какво се страхува.

9.6. Езикова, слухова или говорна бариера

- Използвайте професионален преводач, когато е наличен; не поставяйте дете в ролята на преводач на тежка новина.
- Осигурете слухов апарат, писмен текст, картини, жестове или друг предпочитан начин за комуникация.
- Не говорете автоматично по-високо; говорете ясно, с лице към пациента и добра осветеност.
- Оставете достатъчно време; не довършвайте думите на пациента и не правете прибързани предположения.

10. Фрази, които помагат, и фрази, които вредят

Избягвайте	Защо е проблемно	По-подходящо
„Всичко ще бъде наред.“	Фалшиво уверение; подкопава доверието.	„Ще бъдем до Вас и ще направим всичко възможно да контролираме симптомите.“
„Няма какво повече да направим.“	Изоставяне; смесва липсата на излекуване с липса на грижа.	„Не можем да спрем заболяването, но има много, което можем да направим за комфорта и подкрепата Ви.“
„Трябва да бъдете силен.“	Налага роля и може да потисне емоциите.	„Може да реагирате по различни начини. Аз съм тук, за да Ви изслушам.“
„Поне…“	Омаловажава загубата и преживяването.	„Това е много тежка загуба.“
„Знам точно как се чувствате.“	Предполага еднакво преживяване.	„Не мога напълно да знам как е за Вас. Кажете ми кое е най-трудно.“

Избягвайте	Защо е проблемно	По-подходящо
„Няма шанс.“	Абсолютно твърдение, което отнема всяка форма на надежда.	„Лечението вече не може да излекува заболяването. Можем да насочим усилията към комфорт и важните за Вас цели.“

Exam Points – лоши новини

- Определение: информация, която значимо и неблагоприятно променя представата на пациента за бъдещето.
- Основни принципи: подготовка, поверителност, оценка на разбирането и желанието за информация, ясно съобщаване, емпатия, план.
- SPIKES е рамка за целия разговор; NURSE подпомага отговора на емоцията.
- Фазите не са строго линейни. Лекарят адаптира поведението си към реакцията на пациента.
- Семейството не може автоматично да отмени правото на автономния пациент да знае или да не знае.

ЧАСТ II. РАБОТА С ТЕРМИНАЛНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ

11. Терминално болният пациент като специфичен контингент

В общата медицинска практика „специфичен контингент“ означава група пациенти, при която обичайният клиничен подход трябва да бъде адаптиран към особена уязвимост, комуникационни потребности, функционални ограничения, семейна ситуация или етап от живота. Терминално болният пациент е специфичен не само поради тежестта на заболяването, а защото едновременно се променят целите на лечението, преживяването на времето, ролята на семейството, етичните решения и потребността от непрекъснатост на грижата.

ОПЛ има уникална позиция: често познава пациента преди терминалното заболяване, неговите ценности, семейство, обичайно функциониране и предходни предпочитания. Това позволява да бъде дългосрочен партньор, преводач между специализираната медицина и ежедневния живот, координатор на домашните грижи и опора за близките.

Основна идея

Когато излекуването вече не е възможно, медицинската помощ не приключва. Целта се променя: от контрол на заболяването към контрол на страданието, качество на живот, достойнство и подкрепа.

12. Основни понятия и разграничения

Понятие	Работно определение	Практическо значение
Нелечимо заболяване	Заболяване, което не може да бъде излекувано с наличните методи, но пациентът може да остане стабилен и да живее продължително.	Не означава автоматично непосредствено умиране; могат да продължат болест-модифициращи и поддържащи грижи.
Напреднало заболяване	Тежко, прогресиращо заболяване със значим функционален и симптомен товар.	Палиативният подход може да започне паралелно с активно лечение.
Терминално болен пациент	Пациент в необратим краен стадий, при който смъртта е неизбежна в обозримо време и лечебните възможности не могат да променят фаталния ход.	Основната цел става облекчаване, качество на оставащия живот и подготовка на пациента и семейството.

Понятие	Работно определение	Практическо значение
Умиращ пациент	Пациент в последните дни или часове, при когото има клинични белези на активно умиране.	Необходимо е преразглеждане на всички интервенции и фокус върху комфорт, присъствие и подкрепа.
Палиативни грижи	Активни, цялостни грижи за облекчаване на страданието и подобряване качеството на живот на пациента и семейството.	Не са равнозначни само на „последни дни“ и могат да се прилагат рано, паралелно с болест-модифициращо лечение.
Хосписни грижи	Организирана форма на палиативна грижа при напреднало/терминално заболяване, насочена предимно към комфорт.	Могат да бъдат институционални или свързани с подкрепа в дома според системата.

12.1. Основни критерии за терминално състояние



Пациентът се определя като терминално болен, когато са налице няколко свързани признака:

1. Диагнозата е потвърдена и прогнозата е категорично неблагоприятна.

2. Заболяването е достигнало необратим стадий и общото състояние се влошава необратимо.

3. Смъртта е неизбежна в близко или обозримо време и може приблизително да се прогнозира.

4. Проведеното лечение не постига ефект или няма реалистична възможност да промени фаталния ход.

5. Ползата от нови агресивни интервенции е малка или липсва, а тежестта и рискът им надвишават очакваната полза.

Exam Points

Три основни критерия: 1. необратим краен стадий; 2. липса на ефект или реалистична лечебна възможност; 3. неизбежна и до известна степен прогнозируема смърт.

Важно

„Нелечим“ не означава непременно „терминален“. Пациент с нелечимо хронично заболяване може да бъде функционално стабилен години наред. Терминалността предполага необратим фатален ход и близост до края на живота.

13. Палиативни грижи – същност, цели и принципи

Палиативните грижи са активни, а не пасивни. Те не се свеждат до прекратяване на лечение, нито до назначаване на аналгетик. Те включват системна оценка и повлияване на физическите симптоми, психичното страдание, социалните затруднения, духовните и екзистенциалните въпроси, както и подкрепа на семейството.

13.1. Основни цели

- Облекчаване на болката и другите мъчителни симптоми.
- Постигане на възможно най-добро качество на живот според целите на пациента.
- Утвърждаване на живота и приемане на смъртта като естествен процес.
- Нито преднамерено ускоряване, нито безсмислено отлагане на смъртта.
- Интегриране на психологичните, социалните и духовните аспекти.
- Подкрепа пациентът да живее възможно най-активно до края.
- Подкрепа на семейството по време на заболяването, умирането и след загубата.

13.2. Характеристики на палиативната грижа

Характеристика	Какво означава
Активна	Проблемите се търсят, оценяват, лекуват и преоценяват; не се чака пасивно влошаването.

Характеристика	Какво означава
Интензивна	Нуждите могат да се променят бързо и да изискват чести контакти и корекции.
Всестранна/холистична	Обхваща физическо, психично, социално и духовно страдание.
Проблемно ориентирана	Работи с конкретните проблеми и приоритети на пациента, а не само с диагнозата.
Интердисциплинарна	Изисква координирана работа на лекар, медицинска сестра, психолог, социален работник и други.
Пациент- и семейно-центрирана	Целите се формулират заедно с пациента и включват потребностите на близките, без да се нарушава автономността му.
Непрекъсната	Продължава през различни места и етапи – дом, болница, хоспис – и след смъртта чрез грижа за скърбящите.

13.3. Три фази на палиативните грижи

Симптомен контрол и подкрепа по време на заболяването → **Грижи около момента на смъртта** → **Подкрепа на семейството след загубата**

Палиативната грижа продължава отвъд смъртта чрез наблюдение и подкрепа на скърбящите.

Exam Points

- Палиативните грижи не целят излекуване, а облекчаване на страданието и най-добро възможно качество на живот.
- Те включват пациента и семейството и продължават и в периода на скръб.
- Основни компоненти за кратък отговор: контрол на болката и симптомите, психична подкрепа, социална и духовна грижа.

14. Навременно разпознаване, че пациентът умира

Една от най-трудните задачи е да се разпознае моментът, в който фокусът трябва да се измести от опити за удължаване на живота към приоритетно палиативно поведение. Твърде ранното определяне на пациента като умиращ може да лиши от полезно лечение. Твърде късното признаване води до ненужни интервенции, повторни хоспитализации, страдание и липса на време за подготовка.

Exam Points

ОПЛ трябва да разпознае, че пациентът умира в подходящия момент: нито преди да са обсъдени потенциално ефективните терапии, нито толкова късно, че безполезни интервенции да продължат, когато палиативната грижа трябва да е приоритет.

14.1. Данни, които насочват към промяна на целите

- Прогресиращо функционално влошаване, все повече време в леглото, зависимост при основни дейности.
- Намален прием на храна и течности, загуба на тегло, изразена слабост.
- Повтарящи се декомпенсации и хоспитализации с все по-кратък ефект.
- Прогресия въпреки оптимално лечение или непоносимост към болест-модифициращата терапия.
- Увеличаващ се симптомен товар: болка, диспнея, делириум, тревожност, гадене.
- Клинична преценка, че лекарят не би се изненадал, ако пациентът почине в обозримо време.
- Ясно изразено предпочитание на пациента за комфорт и избягване на агресивни интервенции.

14.2. Как се взема решение

Решението не трябва да бъде едноличен етикет. То се основава на клинични данни, прогноза, обратими причини, възможни ползи и тежести на лечението, способността на пациента за решение и неговите ценности. При несигурност може да се договори ограничен във времето лечебен опит с предварително определени цели и критерии за прекратяване.

> **Важно**
>
> Преходът към палиативни цели не означава „спиране на всички лекарства“. Продължават интервенциите, които носят комфорт или реална полза; прекратяват се онези, които са безполезни, непропорционални или натоварващи.

15. Болест, страдание и изцеление



Пациент-центриран клиничен метод. Адаптирано по Stewart et al., 1995.

Биомедицинското заболяване (disease) и личното преживяване на болестта (illness) не са едно и също. Двама пациенти с еднаква диагноза могат да страдат по напълно различен начин. Страданието възниква, когато заболяването заплашва целостта на човека: неговата идентичност, автономност, роли, отношения, смисъл и бъдеще.

McWhinney подчертава разграничението между излекуване на заболяването и изцеление на човека. Изцелението не винаги означава биологично оздравяване. То може да означава възстановяване на смисъл, помирение, контрол върху важни решения, свързване с близките или приемане. В терминалния стадий лекарят остава лечител чрез компетентност, честност, присъствие и грижа.

Ключова клинична идея

Не питайте само „Какъв симптом има пациентът?“, а и „Какво означава този симптом за него, какво му отнема и от какво се страхува?“

16. Цялостна оценка: „тотална болка“ и пациент-центриран подход

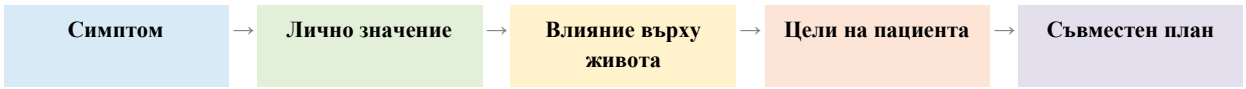


Понятието „тотална болка“ напомня, че страданието има взаимосвързани измерения. Нелекуваната тревожност усилва физическата болка; финансовият страх нарушава съня; семейният конфликт може да направи симптомите непоносими.

Измерение	Какво да се оцени	Примерни въпроси
Физическо	Болка, диспнея, гадене, слабост, запек, безсъние, делириум, функционални ограничения.	„Кой симптом Ви измъчва най-много? Какво вече не можете да правите?“
Психологично	Страх, тревожност, депресивност, гняв, вина, загуба на контрол, суицидни мисли.	„Кое Ви плаши най-много? Имало ли е моменти, в които не желаете да живеете?“
Социално	Семейни роли, грижещ се, самота, жилище, транспорт, финанси, работа, достъп до лекарства и услуги.	„Кой е с Вас у дома? Кое е най-трудно за семейството?“
Духовно/екзистенциално	Смисъл, надежда, вяра, вина, помирение, страх от смъртта, незавършени дела.	„Какво Ви дава сила? Има ли нещо важно, което искате да уредите или кажете?“

16.1. FIFE при терминално болния

FIFE	Фокус	Пример
Feelings – чувства	Страхове, гняв, тъга, вина.	„Как се чувствате, когато мислите за това, което предстои?“
Ideas – представи	Как пациентът обяснява състоянието и прогнозата.	„Как Вие разбирате какво се случва?“
Function – функциониране	Ежедневие, роли, зависимост, това, което вече не може да прави.	„Коя загуба в ежедневието Ви тежи най-много?“
Expectations – очаквания	Какво очаква от лекаря, лечението и оставащото време.	„Какво се надявате да постигнем оттук нататък?“



От симптома към пациент-центриран план.

17. Основни задачи на ОПЛ



Задачите на общопрактикуващия лекар са клинични, комуникационни, организационни и семейно ориентирани. Те се изпълняват паралелно, а не последователно.

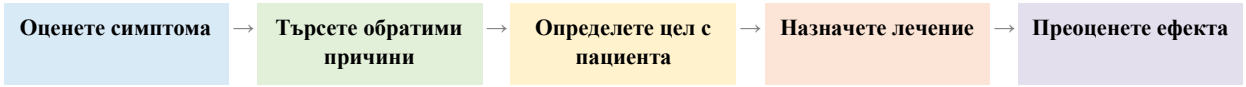
Област	Задачи на ОПЛ
Разпознаване и планиране	Да разпознае терминалния стадий; да обсъди прогнозата и целите; да изготви план за очаквани кризи и контакти.
Симптомен контрол	Да оценява и облекчава болката и другите симптоми; да търси обратими причини; да преоценява ефекта.
Комуникация	Да съобщава честно и деликатно; да изслушва страховете; да поддържа реалистична надежда.
Автономност и решения	Да подпомага информирания избор, отказа от непропорционални интервенции и предварителното планиране.
Домашни грижи	Да координира лекарства, пособия, сестрински и социални грижи; да инструктира близките.
Семейство	Да подготви близките за вероятните промени, да оцени тежестта върху грижещия се и да предотврати изтощението.
Екип и приемственост	Да координира специалисти, болница, хоспис, спешна помощ и домашни услуги; да осигури единен план.
Грижа след смъртта	Да подкрепи скърбящите, да разпознае рисковите реакции и да организира насочване при необходимост.

Exam Points – пет задачи на ОПЛ

- Подготовка на пациента и семейството за наближаващата смърт.
- Облекчаване на болката и другите физически симптоми.
- Психологична подкрепа на пациента и близките.
- Поддържане на достойнството, самочувствието и възможния контрол на пациента.
- Подпомагане на адаптацията към променените условия и координация на грижите.

18. Симптомен контрол – общи принципи

Подробното лекарствено лечение зависи от диагнозата, бъбречната и чернодробната функция, предходната терапия и конкретния клиничен контекст. В тази тема целта е студентът да усвои принципите, а не да запаметява универсални дози.



Всеки симптом изисква динамична преоценка.

18.1. Болка

- Вярвайте на описанието на пациента и използвайте последователен метод за оценка.

- Уточнете локализация, интензитет, качество, времеви ход, провокиращи фактори и отражение върху функцията.
- Различавайте ноцицептивна, невропатна и смесена болка; често има повече от един механизъм.
- Оценете емоционалните, социалните и духовните усилващи фактори.
- Поставете реалистични цели: сън без болка, комфорт в покой, възможност за движение и общуване.
- Предпочитайте редовен план с възможност за пробивна болка; предвиждайте и лекувайте нежеланите реакции.
- При рефрактерна болка търсете специализирана палиативна или анестезиологична помощ.

18.2. Други чести симптоми

Симптом	Първи въпроси и принципи
Диспнея	Оценете обратими причини, позиция, тревожност и кислородна сатурация в контекст; осигурете въздух, спокойствие и подходящо симптомно лечение.
Гадене и повръщане	Търсете причина: лекарства, запек, метаболитни нарушения, обструкция, повишено вътречерепно налягане; избирайте лечение според механизма.
Запек	Активно питайте; оценете прием, движение, лекарства и обструкция; профилактиката е особено важна при опиоиди.
Анорексия и кахексия	Обяснете, че намаленият прием е част от заболяването; не превръщайте храненето в конфликт; приоритет са комфортът и желанията.
Делириум	Търсете обратими причини, осигурете спокойна среда, ориентация и безопасност; разграничете от депресия и деменция.
Тревожност и паника	Изслушване, ясно обяснение, контрол на физическите симптоми, дихателни техники и медикаменти при показание.
Безсъние	Оценете болка, диспнея, тревожност, лекарства, среда и дневен ритъм; лекувайте причината.
Секрети и шумно дишане в края	Обяснете на близките, че звукът често е по-тревожен за тях, отколкото болезнен за пациента; позициониране и симптомни мерки.

Важно

Дори когато целта е симптомен контрол, добрата анамнеза, физикалният преглед и целенасочените изследвания остават важни. „Палиативно“ не означава диагностична небрежност.

19. Надежда без заблуда

Надеждата не трябва да бъде противопоставяна на истината. Тя може да промени своя предмет. Когато надеждата за излекуване вече не е реалистична, остават надежда за контрол на болката, време у дома, среща с близък, завършване на важно дело, помирение или спокоен край.

Фалшива надежда	Реалистична надежда
Обещава резултат, който лекарят не може да гарантира.	Признава несигурността и се насочва към постижими цели.
Избягва разговора за смъртта.	Позволява едновременно надежда и подготовка.
„Ще се оправите.“	„Надявам се да имаме повече време, но ще се подготвим и за възможно влошаване.“
Оставя пациента неподготвен.	Дава контрол чрез план, контакти и решения.

Практическа формула

„Надявам се на най-доброто и едновременно искам да се подготвим за възможното влошаване.“

20. Семейството като част от грижата

Тежкото заболяване засяга цялата семейна система. Ролите се променят, един човек става основен грижещ се, възникват финансови и организационни проблеми, стари конфликти могат да се изострят. Семейството е ресурс, но може и да бъде претоварено.

20.1. Какво трябва да оцени ОПЛ

- Кой е основният грижещ се и какво реално може да поеме.
- Кой участва в решенията и какви са отношенията между членовете.
- Има ли малки деца, зависими лица или друг болен член.
- Какви са жилищните, финансовите и транспортните условия.
- Какви умения имат близките за лекарства, хигиена, позициониране и разпознаване на спешност.
- Има ли признаци на изтощение, депресия, злоупотреба или риск от насилие.
- Как семейството разбира прогнозата и какви са очакванията му.

20.2. Семейна среща

1. Уточнете съгласието на пациента и целта на срещата.

2. Представете участниците и позволете на всеки да каже как разбира ситуацията.
3. Обобщете медицинските факти с ясен език.
4. Проучете целите и ценностите на пациента.
5. Назовете различията без обвинение.
6. Договорете конкретни роли, план при влошаване и начин за контакт.
7. Документирайте решенията и нерешените въпроси.

Важно – „конспирация на мълчанието“

Лекарят не трябва да създава съюз с близките срещу пациента или с пациента срещу близките. Информацията и поверителността принадлежат на пациента. Близките се включват според неговото желание и в рамките на безопасната грижа.

21. Място на грижите и място на смъртта

Много пациенти желаят да останат у дома, но това не трябва да се превръща в морално изискване към семейството. Желаното място се обсъжда заедно с реалните ресурси, безопасността, симптомния товар и възможността за денонощна помощ.

Възможност	Потенциални ползи	Възможни ограничения
Дом	Позната среда, близост до семейството, повече контрол и личен ритъм.	Нужда от грижещ се, лекарства и оборудване; риск от кризи и изтощение.
Хоспис/палиативно звено	Специализиран симптомен контрол и подкрепа.	Ограничен достъп, промяна на средата, различни организационни възможности.
Болница	Достъп до диагностика и лечение на обратими усложнения.	Риск от агресивни интервенции, прекъсване на приемствеността и по-малко лично пространство.
Интензивно отделение	Подходящо при потенциално обратимо животозастрашаващо състояние с реална полза от интензивно лечение.	Често несъвместимо с целите за комфорт при необратимо терминално състояние.

21.1. Минимален план за грижи у дома

- Кой е основният лекар и на кого се звъни през деня и извън работно време.
- Кои симптоми са очаквани и какво се прави при тях.
- Налични лекарства, резервни назначения и ясни писмени инструкции.
- Необходимо оборудване и консумативи.
- Предпочитания при влошаване: оставане у дома, хоспитализация, реанимационни мерки.
- План за помощ и почивка на основния грижещ се.

- Какво да направят близките при настъпване на смъртта.

22. Интердисциплинарен екип и координация



Участник	Възможен принос
ОПЛ	Непрекъснатост, домашни посещения, общ клиничен план, рецепти, координация и подкрепа на семейството.
Медицинска сестра	Наблюдение, грижи, обучение на близките, лекарства и превръзки, ранно разпознаване на промяна.
Онколог/органен специалист	Преценка за болест-модифициращо лечение и специфични усложнения.
Палиативен специалист/анестезиолог	Контрол на сложна болка и рефрактерни симптоми, палиативна седация при показание.
Психолог/психиатър	Тревожност, депресия, суициден риск, травма, сложна комуникация.
Социален работник	Социални права, услуги, помощни средства, грижещи се и финансови трудности.
Духовен съветник	Подкрепа според убежденията на пациента; смисъл, вина, помирение, ритуали.
Фармацевт/други	Лекарствена безопасност, взаимодействия, снабдяване, рехабилитация и хранене според нуждите.

Роля на ОПЛ

ОПЛ не е длъжен лично да извършва всяка интервенция, но носи ключова отговорност да осигури приемственост, ясно разпределение на ролите и съгласуван план.

23. Права на пациента в края на живота



Права на пациента в края на живота. Адаптирано по Barbus, 1975

Правата в края на живота са практическо изражение на човешкото достойнство. Те не се губят с прогресията на заболяването.

Пациентът има право…	Какво означава за практиката
…да бъде третиран като жив човек до смъртта.	Да се разговаря с него, а не над него; да се уважават личността и предпочитанията му.
…да запази надежда при променящи се цели.	Да не бъде лъган, но и да не бъде лишаван от смислени, постижими цели.
…да изразява чувства по свой начин.	Да има пространство за страх, гняв, тъга, мълчание и духовни въпроси.
…да участва в решенията.	Информирано съгласие, отказ и споделено планиране според способността му.

Пациентът има право…	Какво означава за практиката
…да не умира сам.	Организиране на присъствие, когато пациентът го желае и е възможно.
…да бъде освободен от болка и страдание.	Активна оценка и лечение на симптомите.
…да получава честни отговори и да не бъде подвеждан.	Ясна, деликатна и съобразена с предпочитанията информация.
…да получи помощ за себе си и семейството.	Подкрепа на близките по време на заболяването и скръбта.
…да умира в мир и с достойнство.	Избягване на безполезни интервенции; уважение към мястото, ритъма и духовните потребности.
…тялото му да бъде третирано с уважение след смъртта.	Достойни грижи и уважение към културните и религиозните предпочитания.

Важно

„Правата на умиращия“ са етична и образователна рамка. При конкретно правно решение лекарят трябва да се съобрази с действащото законодателство, професионалните правила и институционалните процедури.

24. Етични решения в края на живота

24.1. Основни принципи

Принцип	Приложение
Автономност	Уважение към информирания избор и отказ на способен пациент.
Благодеяние	Действие в реалния най-добър интерес на пациента.
Невреждане	Избягване на интервенции, чиито вреди надвишават вероятната полза.
Справедливост	Равен достъп и разумно използване на ресурси без дискриминация.
Достойнство	Пациентът остава личност, а не „безнадежден случай“.
Пропорционалност	Интензивността на интервенцията трябва да е съизмерима с очакваната полза и целите.

24.2. Способност за вземане на решение

Способността е клинична и конкретна за решението. Пациентът трябва да може да разбере съществената информация, да оцени как тя се отнася до него, да сравни възможностите и последствията и да изрази устойчив избор. Колебанието само по себе си не доказва неспособност. При колебливо съзнание решението се отлага, ако е възможно, до момент на максимална яснота и се лекуват обратимите причини.

24.3. Отказ, въздържане и прекратяване на лечение

Способният пациент може да откаже предложено лечение след достатъчно информиране. Въздържането от започване и прекратяването на вече започната интервенция са етично сходни, когато интервенцията не постига целите или е отказана. Това не означава прекратяване на грижата: симптомният контрол, присъствието и подкрепата продължават.

24.4. Разграничаване на ключови понятия

Подход	Намерение	Средство и резултат	Ключово разграничение
Адекватна аналгезия	Облекчаване на болката.	Титриране според симптома; възможни предвидими нежелани ефекти.	Целта не е смърт, а контрол на болката.
Палиативна седация	Облекчаване на рефрактерно, непоносимо страдание чрез пропорционално намаляване на съзнанието.	Използва се след оценка, информирано обсъждане и специализиран план.	Не се прилага за удобство на екипа и не цели преднамерено смъртта.
Въздържане/прекратяване на непропорционално лечение	Позволяване на естествения ход, когато интервенцията не носи достатъчна полза или е отказана.	Не се започва или се спира конкретна интервенция; продължават палиативните грижи.	Причината за смъртта е основното заболяване.
Евтаназия	Преднамерено прекратяване на живота за премахване на страданието.	Действие, насочено към причиняване на смърт.	Различава се по намерението и действието; не е част от палиативната грижа.
Асистирано самоубийство	Осигуряване на средство, с което самият пациент прекратява живота си.	Последното действие е на пациента.	Не е равнозначно на отказ от лечение или аналгезия.

24.5. Принцип на двойния ефект

Когато лекарство се прилага с правилно намерение за облекчаване на тежък симптом, в пропорционална доза и с наблюдение, възможният непреднамерен риск не превръща автоматично лечението в евтаназия. Решаващи са намерението, медицинската показаност, пропорционалността и титрирането към ефекта.

Важно

Стари учебни текстове понякога използват израза „пасивна евтаназия“ за въздържане от безполезно лечение. В съвременната клинична комуникация е по-точно да се говори за отказ, въздържане или прекратяване на непропорционална интервенция, като палиативната грижа продължава.

24.6. Предварително планиране на грижите

- Какво пациентът разбира за заболяването и прогнозата.
- Кое прави живота приемлив и кои състояния би счел за неприемливи.
- Кои интервенции желае или не желае при влошаване.
- Кой човек да участва в решенията, ако пациентът не може.
- Предпочитано място на грижа и смърт.
- Какви духовни, семейни или практически въпроси са важни.
- Документиране и споделяне на плана с участващия екип.

25. Последни дни и часове

Разпознаването на активното умиране позволява да се прекратят ненужни измервания и интервенции, да се осигури комфорт и да се подготвят близките. Възможни признаци са нарастваща сънливост и слабост, минимален прием, затруднено преглъщане, намалена диуреза, промени в дишането, периферно охлаждане и променено съзнание.

25.1. Поведение

- Потвърдете целта за комфорт и прегледайте всички назначения.
- Спрете ненужните лекарства и изследвания; осигурете достъпен път за необходимите медикаменти.
- Лекувайте болка, диспнея, тревожност, делириум и секрети.
- Не настоявайте за храна и течности; предлагайте според желанието и безопасността, полагайте грижи за устата.
- Обяснете очакваните промени на близките с прост език.
- Осигурете тишина, присъствие, духовни или семейни ритуали според желанието.
- Уточнете кого да повикат и какво да направят при смъртта.

Практическа фраза към близките

„Тези промени показват, че организмът постепенно се изключва. Това не е причинено от липса на храна или от ваша грешка. Ще следим за признаци на дискомфорт и ще ги лекуваме.“

26. Лекарят пред страданието и смъртта

Работата с умиращи пациенти докосва личните страхове, загуби и представи на медицинския специалист. Безсилието може да се прояви като избягване на разговора, прекомерно лечение, студенина или обещания. Професионалната устойчивост не означава липса на чувства, а способност чувствата да бъдат разпознати и управлявани.

- Подготовка преди трудния разговор и кратък екипен разбор след него.
- Ясни професионални граници и реалистична отговорност.
- Споделяне в екипа, супервизия или Балинтова група.
- Почивка, сън и разпознаване на собствено прегаряне.
- Позволяване на човешка реакция, без пациентът да бъде принуден да утешава лекаря.
- Осъзнаване, че присъствието и добрият симптомен контрол са значима медицинска работа.

Exam Points – терминално болни

- Разграничете нелечимо от терминално заболяване.
- Палиативната грижа е активна, холистична, проблемно ориентирана и интердисциплинарна.
- ОПЛ трябва навреме да разпознае промяната на целите и да продължи активната грижа.
- Основните задачи са симптомен контрол, честна комуникация, запазване на достойнството, координация и подкрепа на семейството.
- Отказът от непропорционално лечение не е отказ от грижа.
- Надеждата може да се преформулира, без пациентът да бъде заблуждаван.

ЧАСТ III. СКРЪБ, АТИПИЧНИ РЕАКЦИИ И ГРИЖА ЗА СКЪРБЯЩИТЕ

27. Загуба, скръб и траур

Понятие	Смисъл
Загуба	Събитието, при което човек губи близък, здраве, функция, роля, сигурност или очаквано бъдеще.
Скръб	Вътрешният емоционален, когнитивен, телесен и социален отговор на загубата.
Траур	Външните, културно и социално оформени начини, чрез които загубата се изразява и преживява.
Предварителна скръб	Скръб, започваща преди смъртта при осъзнаване на предстоящата загуба; може да се преживява от пациента и близките.
Усложнена/продължителна скръб	Персистираща, силно нарушаваща функционирането реакция, която изисква допълнителна оценка и често специализирана помощ.

Скръбта не е заболяване сама по себе си. Тя е нормален адаптационен процес. Задачата на ОПЛ не е да премахне естествената болка от загубата, а да осигури присъствие, да нормализира обичайните реакции, да открие риск и да помогне, когато процесът стане разрушителен.

28. Два различни, но свързани модела

В темата се срещат две близки рамки, които често се смесват:

Модел	Кого описва	Фази/етапи
Приемане на лошата новина и приближаващата смърт	Преди всичко тежко болния пациент, но реакции могат да се наблюдават и при близките.	Шок и отрицание → гняв → пазарене → депресивност → приемане → надежда.
Скръб след смъртта	Скърбящите близки след загубата.	Шокова фаза → остра фаза → постепенно затихване и адаптация.

29. Нормален процес на скръб



29.1. Шокова фаза

Непосредствено след смъртта скърбящият може интелектуално да знае, че близкият е починал, но емоционално още да не е възприел загубата. Наблюдават се изтръпване, неверие, объркаността, автоматично поведение, пристъпи на плач или паника.

> **Exam Points**
>
> В учебния материал шоковата фаза обичайно продължава до 5–7 дни.

29.2. Остра фаза

Тя следва осъзнаването на загубата и усилване на афективните прояви. Острата фаза е с продължителният 4–12 седмици, след което симптомите постепенно затихват през следващите месеци.

29.3. Постепенно затихване и адаптация

Интензитетът на преживяването намалява, човек възстановява част от ежедневните роли, споменът за починалия се интегрира в живота и става възможно насочване към бъдещето. Това не означава забравяне или липса на тъга. Годишнини, празници и семейни събития могат временно да усилят скръбта.

30. Нормални прояви на острата скръб

Област	Възможни нормални прояви
Емоции	Тъга, плач, копнеж, тревожност, гняв, вина, раздразнителност, временна емоционална вцепененост.
Мисли и възприятия	Натрапчиви спомени, мисли за починалия, усещане за присъствието му, кратки зрителни или слухови псевдохалюцинации със запазена критичност.
Тяло	Безапетитие, умора, стягане, сърцебиене, нарушен сън, телесни симптоми, напомнящи заболяването на починалия.
Поведение	Търсене на предмети и места, социално отдръпване, двигателно неспокойствие, временно намалена концентрация и работоспособност.
Отношения и смисъл	Неприязън към близки, лекар или Бог; въпроси за справедливостта и смисъла; нужда от ритуали.

Exam Points – важен тестов капан

- Депресивни симптоми могат да се наблюдават в нормалната остра скръб и не са автоматично атипична реакция.
- Кратки зрителни или слухови псевдохалюцинации с осъзнаване, че близкият е починал, могат да са част от нормалната скръб.
- Абнормни са загубата на критичност и устойчивото поведение, сякаш починалият е жив – например системно приготвяне на храна и продължителен разговор с него като реално присъстващ.

31. Атипични реакции на скръб

Атипична е реакцията, когато времето, интензитетът, формата или функционалните последствия значително се отклоняват от очаквания процес и създават риск.

Вид	Характеристика	Практически сигнал
Продължителна/удължена	Първоначалното изтръпване и интензивната скръб се задържат необичайно дълго; липсва възстановяване на функциите.	Продължаваща силна ангажираност, неработоспособност, изолация, тежка вина или суицидност.
Отсрочена	Очакваната реакция не се проявява непосредствено, а възниква по-късно – често след нов стрес или загуба.	Внезапна интензивна скръб месеци след събитието.

Вид	Характеристика	Практически сигнал
Отрицание на скръбта	Човек изглежда безразличен и не признава загубата; по-късно може да се появят необясними соматични или психични симптоми.	Соматизация, тревожност или поведенчески проблеми без осъзната връзка със загубата.
Маскирана	Скръбта се изразява чрез телесни оплаквания, тревожност, депресивност, злоупотреба или рисково поведение.	Чести медицински посещения, симптоми подобни на тези на починалия, без достатъчна органична причина.
Интензивна/разрушителна	Изразена автоагресия, агресия, тежко функционално отпадане, зависимости или психотични прояви.	Суициден риск, невъзможност за основна самогрижа, опасност за себе си или други.

32. Рискови фактори за усложнена скръб

- Внезапна, травматична или неочаквана смърт.
- Липса на тялото или невъзможност за сбогуване и обичайни ритуали.
- Двойствени, конфликтни или враждебни отношения с починалия.
- Загуба на дете, включително вече пораснало дете.
- Предходна значима загуба, особено загуба на родител в детството.
- Малко близки, социална изолация и липса на подкрепа.
- Силна зависимост от починалия – емоционална, функционална или финансова.
- Предходно психично разстройство, злоупотреба с вещества или суицидно поведение.
- Множество близки загуби и текущи стресори.
- Изтощение след продължително обгрижване и чувство за вина за взетите решения.

32.1. Рискове за физическото здраве

След загуба могат да се влошат хронични заболявания, сънят, храненето и придържането към терапия. ОПЛ не трябва механично да обяснява всеки нов симптом със скръбта. Необходима е едновременна оценка на соматичните, психичните и социалните фактори.

33. Грижа за скърбящите – роля на ОПЛ

33.1. Преди смъртта

- Подгответе близките за вероятните промени и за това как могат да помагат.
- Осигурете възможност за сбогуване и участие според желанията на пациента.
- Проучете конфликти, чувство за вина и нереалистични очаквания.
- Оценете основния грижещ се за изтощение и необходимост от помощ.
- Уточнете какво ще се случи при смъртта и кого трябва да повикат.

33.2. След смъртта

1. Проявете съчувствие и дайте пространство за разказа на близките.
2. Обяснете, че скръбта има различни прояви и няма един „правилен“ начин.
3. Попитайте за сън, хранене, ежедневна функция, лекарства, алкохол и подкрепа.
4. Проверете за вина, безнадеждност, суицидни мисли и психотични симптоми.
5. Продължете наблюдението на хроничните заболявания.
6. Предложете последващ контакт, особено при рискови лица, а не чакайте само те да потърсят помощ.
7. Насочете към психолог, психиатър или група за подкрепа при усложнена реакция.

33.3. Полезни въпроси

- „Как минават дните Ви след загубата?“
- „Кое е най-трудно в момента?“
- „Кой е до Вас и на кого можете да се обадите?“
- „Как спите и храните ли се?“
- „Имате ли чувството, че животът вече няма смисъл?“
- „Мислили ли сте да се нараните или да не живеете?“
- „Има ли нещо около последните дни, за което се обвинявате?“

33.4. Кога е необходима спешна или специализирана помощ

- Суицидно намерение, план или непосредствен риск.
- Психотични симптоми със загубена критичност.
- Тежка депресия, кататония, отказ от основна самогрижа.
- Злоупотреба с алкохол или лекарства с риск.
- Продължителна тежка функционална невъзможност.
- Опасност за други, домашно насилие или липса на безопасна среда.
- Неясни или тревожни соматични симптоми, които изискват медицинска оценка.

Exam Points – скръб

- Шоковата фаза е приблизително 5–7 дни.
- Острата фаза е приблизително 4–12 седмици и постепенно затихва през следващите месеци.
- Депресивни прояви и псевдохалюцинации със запазена критичност могат да бъдат нормални.
- Атипични реакции: продължителна, отсрочена, отречена/маскирана и разрушителна скръб.
- ОПЛ активно проследява рисковите скърбящи и оценява суициден риск, функция и физическо здраве.

ЧАСТ IV. ПРАКТИЧЕСКИ КАЗУСИ И МОДЕЛ НА РАЗСЪЖДЕНИЕ

Казусите не изискват само посочване на едно действие. Анализът трябва да покаже как оценява медицинските факти, способността и волята на пациента, ползите и вредите, семейния контекст и възможностите за палиативна грижа.

Какъв е клиничният проблем? → **Какво знае и желае пациентът?** → **Има ли способност за решение?** → **Какви са ползите и тежестите?** → **Кой участва и какво следва?**

Универсален модел за разсъждение при етично труден казус.

34. Казус 1 – колебливо съгласие за интубация

Казус

55-годишен мъж с рак на гърлото и множествени метастази е в последен стадий. Съзнанието му периодично е нарушено. Сутринта се съгласява с интубация, а следобед, когато е в съзнание, я отказва. На следващия ден ситуацията се повтаря. Да бъде ли интубиран?

34.1. Основни проблеми

- Има ли интубацията реалистична терапевтична цел – обратимо усложнение или само кратко поддържане на жизнени функции при необратим процес?
- Способен ли е пациентът да вземе решение в момента на съгласието и в момента на отказа?
- Кой избор е изразен в период на максимална яснота и разбиране?
- Била ли е информацията достатъчна и разбираема – ползи, тежести, вероятност за екстубация, алтернативи?
- Има ли предварително изразени ценности или предпочитания?
- Как могат да бъдат контролирани диспнеята и страхът, ако интубация не се предприеме?

34.2. Модел на решение

1. Оценете и лекувайте обратими причини за нарушеното съзнание – хипоксия, инфекция, метаболитно нарушение, лекарства, делириум.

2. Оценете способността за конкретното решение в момент на максимална яснота.

3. Обяснете честно вероятните резултати от интубацията и алтернативния палиативен план.

4. Ако пациентът е способен и информирано отказва, отказът следва да бъде уважен, дори решението да изглежда непоследователно за екипа.

5. Ако няма способност и ситуацията е спешна, използвайте наличните предходни желания, ценности, мнение на представител и най-добър интерес.

6. Документирайте оценката, разговорите и екипното решение; осигурете активен симптомен контрол.

Ключов извод

Не се избира механично между сутрешното „да“ и следобедното „не“. Първо се определят способността, информираността, устойчивите ценности и пропорционалността на интубацията.

35. Казус 2 – високи дози морфин и молба страданието да приключи

Казус

34-годишен мъж с терминален тумор на тестисите и множествени метастази има тежка болка, недостатъчно повлияна от морфин. Пациентът и семейството молят дозата да бъде увеличена, за да се сложи край на страданието. Какво трябва да направи лекарят?

35.1. Първа задача – разберете молбата

Изразът „сложете край“ може да означава различни неща: неовладяна болка, паника, страх от бъдещо страдание, желание за сън, депресия, чувство, че е бреме, или действително желание за преднамерено прекратяване на живота. Необходимо е внимателно проучване, а не незабавно морално заключение.

35.2. Клинично поведение

1. Направете нова подробна оценка на болката: механизъм, пробивни епизоди, начин на приложение, придържане, странични ефекти и други измерения на тоталната болка.
2. Потърсете обратими усилващи фактори и възможност за адювантно, интервенционално или специализирано лечение.
3. Титрирайте аналгезията пропорционално към симптома с намерение за облекчаване, наблюдение и лечение на нежеланите реакции.
4. Оценете тревожност, депресия, делириум и суициден риск; подкрепете семейството.
5. При рефрактерно непоносимо страдание обсъдете специализирана палиативна седация по утвърден екипен процес.
6. Не прилагайте лекарство с намерение да причините смърт. Ясно разграничете ефективното обезболяване от евтаназията.
7. Документирайте целта, оценката, обсъждането и плана.

Ключов извод

Високата доза сама по себе си не определя етичния характер на лечението. Решаващи са показанието, намерението, пропорционалното титриране и наблюдението.

36. Казус 3 – гръдна болка след загуба

Казус

74-годишна жена живее сама след смъртта на съпруга си. Многократно търси помощ за остра гръдна болка, без обезпокояващи изследвания. Не се е възстановила от загубата, чувства се самотна и отчаяна. Допълнително е била натоварена с грижи за снаха си с рак, загубила е интереси, тревожна е и не спи.

36.1. Какво не трябва да се прави

- Да се приеме автоматично, че гръдната болка е „само психогенна“.
- Да се назначават безкрайни изследвания без цялостна формулировка.
- Да се постави стигматизиращ етикет и пациентката да бъде отпратена.
- Да се пропусне оценка на депресия, продължителна скръб и суициден риск.

36.2. Цялостна оценка

Област	Какво да се оцени
Соматична	Сърдечносъдов риск, характер на болката, промени във времето, червени флагове, лекарства, други органични причини.
Скръб	Продължителност, копнеж, вина, приемане на смъртта, функциониране, годишнини и нови загуби.
Депресия и тревожност	Анхедония, настроение, сън, апетит, енергия, концентрация, панически симптоми.
Безопасност	Безнадеждност, мисли за смърт, суицидно намерение или план.
Социален контекст	Самота, връзка със сина, ролята на грижещ се, финансова и практическа подкрепа.
Ресурси	Приятели, роднини, групи, общност, психологична и психиатрична помощ.

36.3. План

- Продължете обоснованото медицинско наблюдение и ясно обяснете резултатите.
- Назовете възможната връзка между загубата, тревожността и телесните симптоми, без да обезценявате болката.
- Оценете критериите за депресивно и тревожно разстройство и за продължителна скръб.

- Изгответе съвместен план: редовни срещи, сън и активност, социална подкрепа, психотерапия и медикаментозно лечение при показание.
- Включете сина или друг близък само със съгласие на пациентката.
- При суициден риск осигурете незабавна безопасност и психиатрична оценка.

Ключов извод

Казусът показва маскирана или усложнена скръб със соматични прояви, но диагнозата се поставя след комплексна оценка, а не чрез изключване на пациентката от медицинската грижа.

37. Кратки ситуации за дискусия

Ситуация	Въпрос към студентите
Близките казват: „Не му казвайте, ще се предаде.“	Как ще проучите страховете им и предпочитанията на пациента?
Пациентът пита: „Ще умра ли?“	Как ще отговорите честно, без да давате фалшива точност?
Пациентът отказва храна, а семейството настоява да бъде хранен насила.	Как ще обясните промените в края на живота и целта за комфорт?
Близък чува шумно дишане и мисли, че пациентът се задушава.	Какво ще обясните и как ще оцените дискомфорта?
Вдовец вижда за миг починалата си съпруга, но знае, че тя е мъртва.	Нормална или атипична реакция е това? Какво още ще попитате?
Шест месеца след смъртта жена не излиза от дома, злоупотребява с алкохол и казва, че няма смисъл да живее.	Какви рискове трябва да оцените и как ще действате?

ЧАСТ V. ИЗПИТНО ОБОБЩЕНИЕ

38. Exam Points – какво задължително трябва да се знае

1. Лоша новина е информация, която значимо и неблагоприятно променя очакванията на пациента за бъдещето.

2. Съобщаването е процес, а не еднократен акт; включва подготовка, оценка, ясно послание, емпатия и последващ план.

3. SPIKES: Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions/Empathy, Strategy/Summary.

4. NURSE: Name, Understand, Respect, Support, Explore.

5. Реакциите при приемане на приближаващата смърт могат да бъдат: шок и отрицание, гняв, пазарене, депресивност, приемане и надежда.

6. Фазите не са задължително линейни.

7. Терминално болният е в необратим краен стадий, без ефективна възможност за промяна на фаталния ход, със смърт в обозримо време.

8. Нелечимо заболяване не е синоним на терминално състояние.

9. Палиативните грижи са активни, цялостни и ориентирани към качество на живот.

10. Палиативната грижа обхваща физическо, психично, социално и духовно страдание.

11. Тя подкрепя и семейството по време на болестта, около смъртта и след загубата.

12. ОПЛ разпознава навреме промяната на лечебните цели – нито преждевременно, нито твърде късно.

13. Основни задачи на ОПЛ: симптомен контрол, подготовка, психологична подкрепа, достойнство, адаптация и координация.

14. Информацията принадлежи на пациента; близките се включват с негово съгласие.

15. Надеждата може да се преформулира без фалшиви обещания.

16. Отказът от непропорционално лечение не означава отказ от грижа.

17. Ефективната аналгезия се различава от евтаназията по намерение, показание и пропорционално титриране.

18. Шоковата фаза на скръбта е приблизително 5–7 дни в университетския материал.

19. Острата фаза е приблизително 4–12 седмици и постепенно затихва през следващите месеци.

20. Депресивни симптоми могат да са част от нормалната остра скръб.

21. Псевдохалюцинации със запазена критичност не са автоматично патологични.

22. Атипични реакции са продължителна, отсрочена, отречена/маскирана и разрушителна скръб.

23. Важни рискови фактори са внезапна смърт, липса на сбогуване, амбивалентни отношения, загуба на дете и липса на подкрепа.

24. ОПЛ активно проследява рисковите скърбящи и оценява суицидния риск.

25. Във всеки етап пациентът остава човек с права, автономност и достойнство.

39. Модел за устен отговор: „Лоши новини“

1. Дайте определение и примери.
2. Посочете защо разговорът е труден – за пациента, лекаря и системата.
3. Избройте принципите: подготовка, поверителност, предпочитания, яснота, емпатия, план.
4. Представете SPIKES и обяснете накратко всяка стъпка.
5. Добавете NURSE като модел за отговор на емоцията.
6. Опишете фазите на възприемане и поведението на лекаря.
7. Завършете с типични грешки, работа със семейството и последваща грижа.

Примерно заключение

Добре съобщената лоша новина не премахва болката от информацията, но намалява допълнителното страдание, запазва доверието и дава на пациента възможност да участва в решенията.

40. Модел за устен отговор: „Работа с терминално болни“

1. Определете терминално болен пациент и го разграничете от нелечимо болен.
2. Посочете критериите за терминалност.
3. Определете палиативните грижи и основните им цели.
4. Представете холистичния модел и тоталната болка.
5. Избройте основните задачи на ОПЛ.
6. Разгледайте симптомния контрол и ролята на екипа.
7. Обяснете комуникацията, надеждата, автономността и семейството.
8. Посочете етичните различия между отказ от непропорционално лечение, аналгезия, палиативна седация и евтаназия.
9. Завършете с грижа за скърбящите.

Примерно заключение

Основната цел не е удължаване на живота на всяка цена, а пациентът да живее възможно най-добре в оставащото време, без да бъде изоставен и с подкрепа за неговото семейство.

41. Модел за устен отговор: „Скръб“

1. Определете скръбта като нормален адаптационен процес.
2. Разграничете реакциите на умиращия от фазите на скръбта след загубата.
3. Опишете шоковата, острата и фазата на затихване.
4. Посочете нормалните емоционални, телесни и възприятийни прояви.
5. Избройте атипичните реакции.
6. Избройте рисковите фактори.
7. Опишете активната грижа на ОПЛ и оценката на суицидния риск.

ВЪПРОСИ ЗА ПРОВЕРКА НА ЗНАНИЯТА

1. Какво е „лоша новина“ в медицината?

Отговор:
Информация, която значимо и неблагоприятно променя представата на пациента за бъдещето, качеството или продължителността на живота.

2. Кои фактори правят съобщаването на лоша новина трудно за лекаря?

Отговор:
Страхът от емоциите и реакцията на пациента, несигурната прогноза, липсата на достатъчно време и подходяща среда, собственото чувство за безсилие на лекаря, както и културните и семейните конфликти.

3. Какво означават буквите в модела SPIKES?

Отговор:

- **S – Setting** – подготовка на обстановката;
- **P – Perception** – установяване на разбирането на пациента;
- **I – Invitation** – проучване колко информация желае пациентът;
- **K – Knowledge** – съобщаване на информацията;
- **E – Emotions/Empathy** – разпознаване на емоциите и емпатичен отговор;
- **S – Strategy/Summary** – стратегия, обобщение и план.

4. Каква е ролята на стъпката Perception?

Отговор:
Да се установи какво пациентът вече знае и как разбира ситуацията, преди да му бъде предоставена нова информация.

5. Защо трябва да се проучи желанието на пациента за количеството информация?

Отговор:
Защото пациентът има право да бъде информиран, но има право и да ограничи подробностите или да посочи друг човек, който да получава информацията.

6. Какво означават елементите на NURSE?

Отговор:

- **Name** – назоваване на емоцията;
- **Understand** – показване на разбиране;
- **Respect** – изразяване на уважение;
- **Support** – предлагане на подкрепа;

- **Explore** – проучване на емоцията и притесненията.

7. Посочете три неподходящи фрази при съобщаване на лоша новина и предложете по-добри алтернативи.

Отговор:

- Вместо **„Всичко ще бъде наред“** – „Ще бъдем до Вас и ще Ви подкрепяме.“
- Вместо **„Няма какво повече да направим“** – „Можем да контролираме симптомите и да се погрижим за Вашия комфорт.“
- Вместо **„Трябва да бъдете силен“** – „Може да реагирате по различни начини и всички тези чувства са разбираеми.“

8. Как трябва да реагира лекарят при първоначално отрицание?

Отговор:
Без да спори с пациента. Трябва да даде кратка и ясна информация, да остави време за тишина, да прояви емпатия и да предложи повторен разговор.

9. Как се комуникира несигурна прогноза?

Отговор:
Чрез честно признаване на несигурността, представяне на вероятности или диапазони и определяне на план за проследяване и преоценка, без посочване на привидно точна дата.

10. Как се постъпва, когато семейството настоява истината да бъде скрита?

Отговор:
Първо се проучват страховете и мотивите на близките, а след това се установяват предпочитанията на самия пациент. Правата и желанията на способния да взема решения пациент са водещи.

11. Кои са шестте обичайни фази при приемане на приближаващата смърт според английския тест?

Отговор:
Шок и отрицание, гняв, пазарене, депресия, приемане и надежда.

12. Защо фазите не трябва да се възприемат като задължителна линейна последователност?

Отговор:
Защото хората могат да прескачат отделни фази, да преживяват няколко реакции едновременно или да се връщат към предходни реакции. Моделът е ориентир, а не задължителна норма.

13. Каква е разликата между нелечимо и терминално заболяване?

Отговор:
Нелечимото заболяване може да остане стабилно за продължителен период. Терминалното заболяване представлява необратим краен стадий, при който смъртта е неизбежна и се очаква в обозримо време.

14. Посочете три основни критерия за терминално състояние.

Отговор:

- необратим краен стадий на заболяването;
- липса на ефективна лечебна възможност;
- неизбежна и приблизително прогнозируема смърт.

15. Какво представляват палиативните грижи?

Отговор:
Активни и цялостни грижи, насочени към облекчаване на страданието и подобряване на качеството на живот на пациента и неговото семейство.

16. Кои са трите фази на палиативните грижи в университетския материал?

Отговор:

- симптомен контрол и подкрепа на пациента и семейството по време на заболяването;
- грижи около момента на смъртта;
- подкрепа на семейството след загубата.

17. Какво означава „тотална болка“?

Отговор:
Съвкупността от физическото, психологичното, социалното и духовното страдание на пациента.

18. Как се използва FIFE при терминално болен пациент?

Отговор:
Изследват се:

- **Feelings** – чувствата и страховете на пациента;
- **Ideas** – неговите представи за заболяването;
- **Function** – отражението върху ежедневното функциониране;
- **Expectations** – очакванията към лекаря и грижите.

Въз основа на това се изгражда съвместен план.

19. Посочете пет основни задачи на ОПЛ при терминално болния и неговите близки.

Отговор:

- подготовка на пациента и семейството за смъртта;
- контрол на болката и останалите симптоми;
- психологична подкрепа;
- поддържане на достойнството и самочувствието на пациента;
- подпомагане на адаптацията и координиране на грижите.

20. Как ОПЛ разпознава подходящия момент за промяна към приоритетно палиативни цели?

Отговор:
Чрез оценка на клиничния ход, функционалното влошаване, липсата на ефект от лечението, честите декомпенсации и целите на пациента. Промяната не трябва да настъпва нито твърде рано, нито твърде късно.

21. Защо палиативният подход не означава диагностична небрежност?

Отговор:
Защото симптомите имат конкретни причини и могат да бъдат повлияни. Анамнезата, физикалният преглед и целенасочената диагностика остават необходими и при палиативните грижи.

22. Кои общи принципи се следват при оценката на болката?

Отговор:
Оценяват се локализацията, интензитетът, механизмът и влиянието върху функцията. Анализира се тоталната болка, определят се реалистични цели, започва се лечение и се извършва редовна преоценка.

23. Как може да се запази надеждата, без пациентът да бъде заблуждаван?

Отговор:
Като надеждата се насочи към реалистични и постижими цели – комфорт, време с близките, прибиране у дома, участие във важно събитие, намиране на смисъл или спокоен и достоен край.

24. Какво представлява „конспирацията на мълчанието“?

Отговор:
Съюз за скриване, ограничаване или разделяне на информацията в ущърб на пациента или неговите близки. Автономността, предпочитанията и поверителността на пациента са водещи.

25. Кои фактори трябва да се оценят преди организиране на домашни грижи?

Отговор:
Желанието на пациента, наличието и възможностите на основния грижещ се, симптомите,

медикаментите, необходимото оборудване, възможността за денонощна връзка, жилищните условия, финансите, безопасността и планът за действие при криза.

26. Каква е ролята на интердисциплинарния екип?

Отговор:
Да съчетае компетентностите на различни специалисти и да осигури непрекъсната, координирана и съгласувана грижа за пациента и семейството.

27. Кои основни права има пациентът в края на живота?

Отговор:
Право на:

- човешко достойнство;
- участие в решенията;
- честна информация;
- облекчаване на болката и страданието;
- присъствие на близки и да не умира сам;
- духовна подкрепа;
- професионални палиативни грижи;
- помощ и подкрепа за семейството.

28. Как се оценява способността за конкретно медицинско решение?

Отговор:
Оценява се дали пациентът може:

- да разбере информацията;
- да оцени личните последици от решението;
- да сравни възможностите;
- ясно и последователно да изрази своя избор.

29. Каква е разликата между отказ от лечение и отказ от грижа?

Отговор:
При отказа от лечение пациентът отказва конкретна интервенция. Палиативната помощ, симптомният контрол, подкрепата и човешката грижа трябва да продължат.

30. Как се различават адекватната аналгезия и евтаназията?

Отговор:
При адекватната аналгезия намерението е облекчаване на болката, а дозата е пропорционална и внимателно титрирана. При евтаназията намерението е непосредствено причиняване на смъртта.

31. Какво е палиативна седация и кога се обсъжда?

Отговор:
Палиативната седация е пропорционално намаляване на съзнанието с цел облекчаване на рефрактерно и непоносимо страдание. Обсъжда се след цялостна оценка, изчерпване на разумните възможности за контрол, информирано обсъждане и изготвяне на специализиран план.

32. Какви промени могат да насочат към последните дни или часове?

Отговор:
Нарастваща сънливост и слабост, минимален прием на храна и течности, затруднено преглъщане, намалена диуреза, промени в дишането, нарушено съзнание и ограничена реакция към околните.

33. Каква е разликата между скръб и траур?

Отговор:
Скръбта е вътрешният емоционален и психичен отговор на загубата. Трауърът е културният, социалният и поведенческият начин, по който скръбта се изразява.

34. Какви са фазите на скръбта според преподаваната времева рамка?

Отговор:
Шокова фаза, остра фаза и период на постепенно затихване и адаптация.

35. Колко продължава шоковата фаза според университетския материал?

Отговор:
Обичайно около 5–7 дни.

36. Колко продължава острата фаза и как се съгласуват различните диапазони?

Отговор:
В университетския материал острата фаза продължава 4–12 седмици, след което проявите постепенно затихват. По-широката учебникова рамка описва процес, който може да продължи няколко месеца, често 3–6 месеца.

37. Кои прояви могат да бъдат нормални в острата скръб?

Отговор:
Копнеж по починалия, плач, тревожност, гняв, вина, нарушения на съня и апетита, социално отдръпване, телесни симптоми и краткотрайно усещане за присъствието на починалия.

38. Кога псевдохалюцинациите при скръб не са непременно патологични?

Отговор:
Когато са краткотрайни, свързани непосредствено със загубата и човекът запазва критичност и разбира, че близкият е починал.

39. Кои са основните видове атипична скръб?

Отговор:

- продължителна или удължена скръб;
- отсрочена скръб;
- отречена или маскирана скръб;
- интензивна и разрушителна скръб.

40. Посочете шест рискови фактора за усложнена скръб.

Отговор:

- внезапна и неочаквана смърт;
- липса на тялото или възможност за сбогуване;
- амбивалентни или враждебни отношения с починалия;
- загуба на дете;
- преживяна загуба на родител в детството;
- липса на близки и социална подкрепа.

41. Какво трябва да оцени ОПЛ при скърбящ пациент?

Отговор:
Ежедневното функциониране, съня, храненето, соматичното здраве, признаците на депресия и тревожност, чувството за вина, употребата на алкохол или други вещества, наличната социална подкрепа и суицидния риск.

42. Кои признаци изискват спешна психиатрична оценка?

Отговор:
Суицидно намерение или конкретен план, психотични прояви, тежка депресия, отказ от основни грижи за себе си и непосредствена опасност за пациента или за други хора.

43. Как бихте подходили към колебливо съгласие за интубация при нарушено съзнание?

Отговор:
Трябва да се лекуват потенциално обратимите причини за нарушеното съзнание.
Способността за вземане на решение се оценява в период на максимална яснота. На пациента се обясняват ползите, рисковете и тежестите на интубацията, след което се уважава неговият информиран и способен отказ.

44. Какво трябва да направи лекарят при неовладяна болка и молба „да се сложи край“?

Отговор:
Да проучи какво стои зад молбата, да преоцени всички компоненти на тоталната болка, да оптимизира пропорционалната аналгезия и симптомния контрол и при рефрактерно страдание да потърси помощ от специалист по палиативни грижи.

45. Как се подхожда към соматични оплаквания при пациент с продължителна скръб?

Отговор:
Едновременно се изключва органична причина и се оценяват скръбта, депресията, тревожността, ежедневното функциониране, социалната изолация и безопасността на пациента.

Библиография

Валентинова, Ц., Балашкова, М., Недкова-Миланова, В. Обща медицина. Теоретични основи. Учебник за обучението на студентите по медицина и специализантите по Обща медицина. Плевен: Издателски център на Медицински университет – Плевен; издания 2015, 2018 и 2024. ISBN 978-954-756-166-3. Раздел: „Работа на общопрактикуващия лекар с терминално болни пациенти. Фази на скръб, атипични реакции, грижи за скърбящите“, с. 184–191.

Асенова, Р., Форева, Г. Учебник по обща медицина. София: Лакс Бук; 2024. ISBN 978-619-189-236-5. Раздел: „Трудни ситуации и специфични групи пациенти“, с. 251–368.

Славейков, К. Въведение в общата медицина. Стара Загора; 2025. Глави: „Психологически подход в условията на обща практика“; „Палиативна медицина. Неизлечимо болни пациенти“; „Гериатрия, общопрактикуващите лекари и възрастното население“.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.

McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997. Chapters: “Illness, Suffering and Healing”; “The Family in Health and Disease”; “Illness in the Community”.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist. 2000;5(4):302–311.

Buckman R. How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1992.

Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. Western Journal of Medicine. 1999;171(4):260–263.

Kübler-Ross E. On Death and Dying. New York: Macmillan; 1969.

World Medical Association. Declaration of Venice on Terminal Illness. Adopted by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.

World Medical Association. Declaration on Euthanasia. Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987.

Barbus AJ. The Dying Person’s Bill of Rights. American Journal of Nursing. 1975;75(1):99.

World Health Organization. Palliative Care: Principles and Definitions.