

## ОСИГУРЯВАНЕ НА ГРИЖИ ЗА ПОДДЪРЖАНЕ НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА УЯЗВИМИ ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

Красимира Лалева, Лора Георгиева

Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“,

Медицински университет – Варна

## PROVIDING CARE TO MAINTAIN THE HEALTH STATUS OF POPULATIONS' VULNERABLE GROUPS

Krasimira Laleva, Lora Georgieva

Department of Social Medicine and Healthcare Organization, Medical University of Varna

### Резюме

Необходимостта от грижи за поддържане на здравето както на болни, така и на здрави лица в уязвимо положение съществува перманентно. В уязвимо положение са новородените, децата, лицата в напреднала възраст, хората след изписване от болница, лица с увреждания, самотно живеещите с намалена дееспособност и т.н, които имат нужда друг да полага грижи за тях. Грижите могат да се полагат както от близки на нуждаещите се така и от медицински и немедицински персонал в специализирани за това заведения или в домашни условия.

**Цел:** Да се представят основните видове поддържащи здравето грижи и техните източници за лица в уязвимо положение.

**Материал и методи:** Направен е преглед на литературни източници относно видовете грижи и доставчици, за здрави и болни лица и такива в терминално състояние.

**Резултати:** Подкрепящите грижи са предназначени за подпомагане на индивидите, които по различни причини са в уязвимо положение и не могат самостоятелно да извършват ежедневни дейности. Главни изпълнители на подкрепящи грижи са болногледачите и здравните асистенти. Болногледачите са неформални (неплатени) и формални (наети, платени). Палиативните и хосписните грижи са насочени към лица, при които не може да се очаква радикално лечение и целят облекчаване на страданието на пациентите и достойно съществуване. Те могат да се полагат в домашна среда и в специализирани заведения, с участието на мултидисциплинарни екипи.

**Ключови думи:** подкрепящи грижи, палиативни грижи, хоспис, уязвими лица, болногледачи

### Summary

The need to care for both sick and healthy individuals in a vulnerable situation exists permanently. All the following: newborns, children, elderly people, people after being discharged from hospital, people with disabilities, people with reduced capacity living alone, etc., who need someone to take care of them are in a vulnerable situation. Care can be provided by relatives of those in need and by medical and nonmedical personnel in specialized institutions or at home.

**Aim:** The aim of the article is to present the main types of health supportive care and their providers for individuals in a vulnerable situation.

**Material and methods:** A literature review was conducted on the types of care for people and providers for healthy and sick individuals and patients with terminal illnesses.

**Results:** Supportive care is intended to help individuals who, for various reasons, are in a vulnerable situation and cannot perform daily activities independently. The main supportive care providers are caregivers and health assistants. Caregivers are informal (unpaid) and formal (employed, paid). Palliative and hospice care are aimed at individuals who are not expected to receive radical treatment and aim to alleviate the suffering of patients and support them to live a dignified life. They can be provided in a home environment and in specialized institutions with the participation of multidisciplinary teams.

**Keywords:** supportive care, palliative care, hospice, vulnerable individuals, caregivers

### Въведение

Необходимостта от грижи за поддържане на здравето както на болни, така и на здрави лица в уязвимо положение съществува перманентно. В уязвимите групи попадат новородените, децата, лицата в напреднала възраст, за повечето от които е необходимо да се грижи член от семейството. Голяма нужда от поддържащи здравето грижи имат също хората след изписване от болница, лицата с хронични инвалидизиращи заболявания, които поради прогресираща недееспособност и

слабост не могат да се самообслужват, самотно живеещи, които са социално изолирани и имат нужда друг да полага грижи за тях. Необходимите грижи могат да варират от помощ за личната хигиена и изпълнение на обичайни ежедневни дейности (подкрепящи грижи), до професионални палиативни грижи и грижи за пациентите в терминален стадий (хосписни грижи).

### Подкрепящи грижи

Всяко общество в наши дни е изправено пред множество предизвикателства, свързани

с подкрепата на хора в различно здравно състояние. Важна е ролята на подкрепящите грижи („supporting care“) за подпомагане на индивидите, които по различни причини са в уязвимо положение и не могат самостоятелно да извършват ежедневни дейности. Те включват персонални (поддържане на лична хигиена, хранене, бръснене, обличане и др.) и инструментални грижи (домакинска работа, пране и др.) [55].

Главни изпълнители на подкрепящи грижи са болногледачите и здравните асистенти. Терминът „болногледач“ се използва за човек, който се грижи за лице, което поради заболяване, физическа или психическа недееспособност не може да се обслужва самостоятелно. Това понятие може да бъде разширено с полагане на подкрепящи грижи за уязвими групи от населението, които не се характеризират с наличие на хронично заболяване, но въпреки това се нуждаят от подкрепа и грижи, като такива са родилките, бременните, новородените и децата – тук може да се използва и обозначаване като здравни асистенти.

Различават се основно два вида болногледачи – неформални (неплатени) и формални (платени). Болногледачите от първия вид, които се наричат „informal carer“ или „voluntary caregiver“ [27, 33] са най-често родственици или близки приятели на нуждаещите се. Много често емоционалната и практическата отговорност се поемат и от помладите членове в семейството или децата, като това понятие може да се срещне и с допълнението „young“ [52]. Детегледачите също са в категорията на подкрепящите грижи. Трябва да се обръща по-голямо внимание на грижите за новородените и бременните, поради повишения риск от възникване на усложнения [44, 51]. Детегледачите могат да бъдат много полезни по отношение на отглеждането на децата и изграждане на здравословни хранителни навици при подрастващите, което може да ги предпази от здравословни проблеми в бъдеще като наднормено тегло, хипертония и др. Работата им може да бъде облекчена до голяма степен, ако се наемат детегледачи с медицинско образование, които да се грижат за подрастващите [48]. Хората, които едновременно се грижат за дете и за възрастен роднина спадат към т. нар. „sandwich generation“. По този начин в Канада наричат поколението, което е изправено пред предизвикателството да полага грижи за своите родители в напреднала възраст и за подрастващите си деца [53]. Второто понятие, т.нар. формални или платени болногледачи не се ограничават само в полагане на подкрепящи грижи за възрастни, но и за хора с хронични заболявания и недъзи. Формалният болногледач може да осъществява физическа, емоционална и финансова подкрепа и да подпомага нуждаещите

се в извършване на дейности като транспортиране от дома до болницата, домакинска работа и др. [64].

В някои държави е обособена специална позиция в болницата за осигуряване на подкрепящи грижи – „hospital attendant“ или „healthcare attendant“ – болничен здравен асистент. Това е лице, полагащо основни грижи, които не включват медицинско лечение на пациентите и работи под надзора на високо квалифициран медицински персонал. Основните задължения на болничните асистенти са измиване, преобличане, подпомагане при придвижване, оправяне на леглото на пациента, измерване на пулс и телесна температура, наблюдение на общото състояние и поддържане на цялостния комфорт на болния. В допълнение към тези задължения, в зависимост от отделението, в което работи, той може да извършва и подготовка на хирургичен и друг материал за стерилизация при спазване на утвърдените правила за работа, микробиологичен контрол и др. Болничният здравен асистент трябва да поддържа подходяща атмосфера за оптимално протичане на болничния процес, прилагане на индивидуален подход към всеки отделен пациент, да проявява състрадание, уважение, тактичност и вежливост [22, 49].

Често подкрепящите грижи могат да са продължителни, от които болният се нуждае до края на живота си [47].

### Палиативни грижи

Палиативните грижи са асоциирани към много различни термини, които включват терминални грижи, грижи за умиращите, грижи за пациента до края на неговия живот и подкрепящи грижи. Палиативните грижи също понякога се описват като хосписни грижи. Докато хосписните грижи включват в себе си и палиативни грижи, по-специфичното при тях е, че първите се отнасят за грижите предоставяни на пациента непосредствено преди края на неговия живот [40]. Според СЗО палиативните грижи представляват подход, който подобрява качеството на живот на пациенти (възрастни и деца) и техните семейства, които са изправени пред проблеми, свързани с животозастрашаващи заболявания. Те предотвратяват и облекчават страданието чрез правилна оценка и облекчаване на болката и свързаните със заболяването физически, психосоциални и душевни проблеми. Справянето със страданието включва решаване на проблемите извън физическите симптоми. Палиативните грижи са необходими при широк спектър от заболявания. По-голяма част от възрастните,

които имат нужда от такива грижи са с хронични заболявания като сърдечносъдови (38,5%), онкологични заболявания (34%) хронични заболявания на дихателната система (10,3%), СПИН (5,7%) и диабет (4,6%) [63].

Палиативните грижи са предпочитано понятие, което се дължи на факта, че за медицинската аудитория този термин има респектиращо и професионално звучене, за разлика от термините „терминални грижи“ и „хосписни грижи“. Заетите с хосписни грижи се обособяват като отделни от грижите за умиращи пациенти, полагани в болниците, за да се избегне моралният дискомфорт. По този начин се обособяват хосписите като отделни институции [10].

### **Хосписни грижи**

Важно е да се отбележи, че хосписите имат за основна цел осигуряване на грижи за умиращите. Те също се идентифицират и като терминални, което ограничава обхвата им. До края на 60-те години на миналия век те са свързани предимно с грижите за карциномно болни пациенти. В основата на тези грижи стоят християнските ценности и идеали [1].

Хосписните грижи, свързани с предоставяне на медицинска, психологична и духовна помощ непосредствено преди края на живота на пациента са развити до голяма степен в благотворителните организации. Те са фокусирани към осигуряване на комфорт на пациентите в последните месеци от живота им (често дефинирани като последните 6 месеца от живота), както и практическа и емоционална подкрепа на тях и семействата им [8, 42].

Формалните грижи се предоставят от специализирани институции като болничните заведения и хосписите. У нас, съгласно Закона за лечебните заведения [3], хосписът е заведение с предмет на дейност оказване на палиативни грижи на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и терминални състояния. Поради недостиг на легла и болници за продължително лечение и рехабилитация, хосписите са в позиция да запълнят това липсващо звено в оказването на тези здравни услуги. Престоят на пациентите в лечебните заведения за активно лечение е средно пет дни. През този кратък престой много от проблемите на пациентите остават нерешени. Те се нуждаят от общи медицински и санитарни грижи, продължаващо лечение, рехабилитационни процедури, психологична и духовна подкрепа. Поради ограничените си възможности здравното осигуряване в България не може да покрие разходите за изброените дейности. Този комплекс от грижи може да се осъществи в хосписите, тъй като услугите в тях се заплащат от потребителя или негови близки по предварително договаряне.

Хосписите разширяват дейността си, за да могат да оцеляват и излизат от определението, че са лечебни заведения само за палиативни грижи на пациенти с хронични инвалидизиращи заболявания и терминални състояния.

Мисията на хосписа е да осъществява дейност за повишаване качеството на живота при хора с медико-социални проблеми и терминални състояния, да подпомага пациенти и близките им, да намалява техните страдания, да облекчава болката и да осигурява физически и духовен комфорт, а когато това е невъзможно – достоен край на жизнения път. Медико-социалните услуги включват: медицинско наблюдение, професионални здравни грижи, рехабилитация, социални грижи, емоционална и духовна подкрепа, обучение на пациента и близките му, храна, битово обслужване [4]. В стационарни условия грижите се осъществяват в хоспис, диспансер или болница. В болница за активно лечение се разкриват: сектор за палиативни грижи, отделение за палиативни грижи или от екип по палиативни грижи, обслужващ заведението за болнична помощ.

### **Дневен хоспис**

Грижите под форма на дневен хоспис се оказват извън дома на пациента в специална институция (към хоспис, диспансер или болница). Осигуряват се грижи, рехабилитация, помощ и почивка през деня за хора на домашно лечение [2].

Дневните хосписи са още една форма на специализирана извънболнична палиативна помощ и са разпространени в държавите от Западна Европа, например в Германия, чиято цел преди всичко е да се промотира „независимост и качество на живот на хора с животозастрашаващи заболявания, предимно чрез социално взаимодействие (групови сбирки, артистични прояви, кафе и др.), рехабилитация, физиотерапия, терапия в общността, арт терапии (терапия чрез изкуство, музикална терапия и др.) и/или медицински грижи за контрол над симптомите на заболяването“ [39].

Много важен компонент на дневния хоспис са грижите за почивката, като по този начин се осигурява възможност за отдых на болногледачите. Поемането на грижите за болния може да бъде различно и да варира от няколко часа до целия ден [12, 50].

Дневните хосписни грижи във Великобритания се предоставят от мултидисциплинарен екип, осигуряващ голямо разнообразие от услуги и дейности. Ключово значение при оказването на тези грижи имат медицинските сестри. Медицинските грижи се предоставят предимно от лекари от основния персонал или медици от болница. Повечето автори съобщават, че дневните хосписи разчитат предимно на помощта на доброволци,

като задачите на доброволците се различават значително. Те могат да варират от осигуряване на транспорт от дома на болния до хосписа до това доброволците да са единствения нает персонал в дневния хоспис, който е нает да изпълнява и допълнителни грижи за болните [9,18,23,25,29,35,57,61]. Други участници в дневните хосписи са социални работници, свещеници, психолози, диетолози, педикюрсти, фризьори и фармацевти [35,36]. Пациентите предпочитат да прекарват цял ден в хосписа по предварително записване или да посещават дневния хоспис по едно и също време всяка седмица. По този начин те имат възможност да изградят по-добри взаимоотношения с други пациенти и наличния персонал [9,15,32]. Прегледът на източниците за оказване на грижи в дневните хосписи във Великобритания разкрива, че те са на разположение всеки ден от седмицата и са достъпни по всяко време на денонощието за пациентите [26,28,30,59,60]. Авторите описват подробно и профила на типичния пациент, който посещава дневния хоспис - преобладава мъжкият пол, възраст над 65 години като най-често пациентите са с прогресиращи онкологични заболявания [14,18,23,25,26,29,30,31,35,45,46,54,60].

Някои от центровете за оказване на палиативни дневни грижи и дневни хосписи съобщават, че могат да приемат и пациенти с диагноза различна от онкологично заболяване, като например заболяване на моторните неврони, хронично заболяване на дихателните пътища и ХИВ. Някои автори подчертават и нуждата от оказване на по-голяма подкрепа на лица с неонкологични заболявания, които също могат да използват услугите на дневните хосписи, включително хора от малцинствените етнически групи и по-млади пациенти. Ползите от обгрижването на пациенти с неонкологични заболявания са сходни с тези на пациенти с ракови заболявания [11].

Доколко грижите в дневния хоспис са ефективни, има много проучвания с разнородни резултати. Някои от тях отчитат висока удовлетвореност на пациентите от дневните хосписи [13]. Това се дължи главно на социалната подкрепа, която се осигурява от опитния персонал, спокойната среда, предлагана от дневния хоспис и възможност за социално взаимодействие [24]. От особено голямо значение е и това, че пациентите до голяма степен възвръщат своето усещане за автономност. Те се чувстват комфортно, не се чувстват изолирани и имат възможност да „излязат“ от типичната болнична атмосфера [17, 23, 30, 31,35].

Други проучвания не отчитат общо подобрение на качеството на живот, но посочват, че посещението в дневния хоспис води до облекчаване

на симптомите при пациентите и по-доброто им емоционално състояние [23,54]. Съществуват доказателства за потенциалната полза от дневните хосписи за пациенти, нуждаещи се от палиативни грижи [34]. Запознаването на широката общественост с предимствата на дневните хосписни грижи може да повлияе положително и на тяхното развитие в бъдеще [16, 58].

### Хосписни грижи в дома

Една от основните причини за увеличаването на потребността от палиативни и хосписни грижи е застаряването на населението и увеличаване на хроничните неинфекциозни заболявания [62]. Има значителни доказателства за голямата потребност от палиативни грижи според някои проучвания, които посочват положителното въздействие на този вид грижи върху подобряване на симптомите при пациентите, удовлетвореност на пациентите и семействата им и възможности за удължаване на живота [41, 56]. Хосписните грижи могат да се извършват по много различни начини, както е споменато и по-горе, но най-предпочитаният от пациентите е те да ги получават в уютната обстановка на техния дом. За съжаление обаче не всички пациенти имат късмета да посрещнат своя край по този начин.

Проучвания в Канада, САЩ, Австралия и Великобритания, в които са участвали над един милион души, показват, че причините за избор на хосписни грижи в дома са нисък функционален статус, пациенти, живеещи с техните роднини, оказвана подкрепа от семейството и предпочитание за умиране в собствения дом [21].

Осигуряването на палиативни грижи е неразривно свързано със социално-културната среда в обществото. В Сингапур например, се наблюдава голямо етническо разнообразие, поради което е било необходимо да се проведат две проучвания за потребността от полагане на палиативни грижи – едното проучване включва описание на детерминантите за мястото на настъпване на смърт и обхваща цялата популация, а другото обхваща онкологично болни пациенти. Според Бенг (2013), от направения ретроспективен анализ на регистрите за раждания и смърт, с по-голяма вероятност да посрещнат своята смърт у дома са хора предимно от женски пол, от малайски произход, на преклонна възраст [6]. Проучването също потвърждава, че възрастни пациенти с инсулт е по-вероятно да умрат у дома в сравнение с пациенти, които страдат от сърдечно-съдови заболявания, онкологични заболявания и заболявания на дихателната система. Подобни резултати са посочени и проучване на Хонг (2011) [29].

Освен в Сингапур и в други държави като Тайван, Англия и Великобритания проучванията

имат сходни резултати относно основните характеристики на пациентите, които получават хосписни грижи в дома - от женски пол, в напреднала възраст, живеещи с болногледач, с неонкологични заболявания [5, 19, 37-38]. Друга много определяща детерминанта за мястото на смъртта е социално-икономическият статус. Някои от проучванията посочват, че високият икономически статус е свързан с по-голямата вероятност пациентите да умрат в техния дом [5, 20]. В други проучвания се наблюдава точно обратното – хора и от по-нисък социален статус получават хосписни грижи у дома (Тайван и Великобритания) [19].

Най-голяма тежест за полагането на грижи за пациента в домашна среда се поема от болногледачите (често член от семейството или близък), което може да окаже вредно въздействие върху качеството им на живот. Всяка една подкрепа или оказана помощ на болногледачите е от решаващо значение като по този начин се осигурява добра координация между осигуряването на болничните и домашните грижи за болния. Липсата на адекватни познания по отношение на този аспект често е причина за прекъсване на връзката между болничните грижи и хосписните грижи в домашна среда. В подкрепа на болногледачите е изготвяне на контролен списък с нехосписни лекари, които имат достатъчни познания за домашната среда по време на консултиране и планиране на лечение за болния. Това не означава, че пациентът трябва да се чувства некомфортно в познатата домашна среда, правейки стаята му да изглежда като „болнична“ и очаквайки своя край по този начин, което е в противовес с целите на този вид грижи. Трябва да се обърне и особено внимание на физическото състояние на пациента, за да могат да му се осигурят възможно най-добрите условия, като например тип на леглото, обезопасяване на преминаване по стълби с парапет, удобни санитарни помещения, съобразени със състоянието му и др. Друго помощно средство е осигуряване на нощно шкафче непосредствено в близост до леглото на болния, което увеличава неговата автономност при ограничена подвижност и отдалеченост на санитарното помещение. В банята е необходимо да се постави повдигаща седалка на тоалетната чиния за комфорт на болния, както и релси за повишаване на автономността при придвижване. Добавяне на парапети за хващане в банята и по стените на коридорите, водещи към банята може също до допринесе за безопасността на болния. Ако тези помощни средства не могат да бъдат осигурени под наем от медицинските служители, то домашно направените са напълно приемливи. Много важно за пациентите е осигуряване на добра хигиена. Предпочитана форма на къпане е използването на душ, освен ако пациентът не е лежащо болен. За безопасност на

пациентите в банята се поставя допълнителна пейка или седалка с неплъзгащи се гумени протектори в душ-кабината. Ако използваният стол, на който сядат болния при къпане не е специално произведен за тази цел е възможно добавяне на протектори, както и неплъзгаща гумена постелка на пода на банята или във ваната. По този начин могат да се предотвратят падания и наранявания.

Едно от предизвикателствата в полагането на грижи в дома е поддържането на целостта на кожата при пациенти на легло. За тази цел е необходимо специално обучение на семействата да забелязват промените в кожата и да осигурят облекчение и движение, което предотвратява образуването на декубитус. При лежащоболни пациенти са налице всички фактори, които могат да допринесат за развитие на болезнени декубитални рани - те включват изтощение на мускулите и отслабване при наличие на хронично и терминално заболяване, понижаване притока на кръв в кожата, намалена кожна перфузия, образуване на отоци и др. Най-ефективен метод за предотвратяването на декубитални рани се извършва чрез смяна на позицията на тялото на пациентите на всеки 2÷4 часа. При наличие на декубитални рани, те могат да се третират с локална терапия, аморфни хидроколоиди и др. [14,43].

Хроничното изпускане на урина може да се окаже много неприятен проблем в края на живота на болния. Използването само на пелени за възрастни не е достатъчно, дори при честа смяна в позицията на тялото, тъй като има риск от локална инфекция. От голяма полза за поддържане на добрата хигиена на пациента е използване на кърпички с антибактериално действие за почистване на проблемната зона. След почистване на кожата е необходимо прилагане на водонерастворими мехлеми и кремове [4].

Допълнителни усложнения, които могат да настъпят са: напукване на кожата, проблеми със зъбите и венците. Превенцията на горепосочените включва прилагане на изкуствени слъзи, като в по-тежките случаи може да се използват и хидрогелни лепенки за очи. Отокът на лицето може да спадне чрез повдигане в областта на главата. Грижата за венците включва обичайните процедури като четкане на венците, зъбите и езика, освен когато има проблем придружен със значителен оток и кървене. В такива случаи може да се използват дунапренови четки за локална хидратация и почистване. В някои случаи за поддържане на орална хигиена се прилага и комбинирана концентрация на водороден прекис или физиологичен разтвор. Положително въздействие върху пациента може да окажат също и ароматерапията, музикотерапията, както и спокойствието и тишината, които не трябва да се пренебрегват.

Физическото и емоционално натоварване на болногледачите, които полагат грижи в дома на болния е изключително голямо, дори и за най-енергичните сред тях. Осигуряването на достатъчна почивка и спокойствие на хората, които се грижат за болен член в семейството е от особена важност, за да се гарантира, че могат да дадат най-доброто от себе си и да прекарат възможно най-добре оставащите дни от живота на обичния си роднина. Най-засегнати са болните и болногледачите, които живеят в отдалечени селски райони, тъй като достъпът до такъв вид помощ е ограничен [7].

### Заклучение

Осигуряването на грижи за уязвимите групи от населението е от съществено значение за задоволяване на техните потребности и достоен живот. Освен грижи за физическото здраве, от огромна важност е и емоционалната подкрепа. За гарантирането на качествени и навременни грижи, те трябва да бъдат достъпни и да се извършват както в специализирани за това институции, така и в дома с помощта на специализиран медицински и немедицински персонал.

### Библиография:

1. Александрова, С. Хосписни грижи – етика и мениджмънт. Изд. Център на МУ-Плевен; 2005.
2. Димитров Д., А. Атанасов, В. Костадинова. Разработване на холистичен модел в България на услуги в общността за рискови групи. Специализирана болница за рехабилитация „Здраве“ ЕАД Проект BG 2004/16 – 711.01.02-2.5.62 Модел за палиативни грижи, Пловдив 2008; 3–27.
3. Закон за лечебните заведения. ДВ бр. 62, 09.07.1999, изм. и доп.
4. Черкезов Т. Място и роля на хосписите в обгрижването на възрастните в зависимо състояние. Социални услуги за възрастните хора в зависимост. Изд. Славена Варна, 2017.
5. Adam S & Forrest S. ABC of intensive care: other supportive care. *British Medical Journal* 1999; 319:175-178.
6. Barclay J, Kuchibhatla M, Tulsy J, Johnson K. Association of hospice patients' income and care level with place of death. *JAMA Intern Med* 2013; 173:450.
7. Brogaard T, Neergaard M, Sokolowski I, Olesen F, Jensen A. Congruence between preferred and actual place of care and death among Danish cancer patients. *Palliat Med* 2012; 27:155–164.
8. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clin Proc.* 2017; 92(2):280-286.
9. Cain JM. Practical aspects of hospice care at home. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2015; (2):305–311.
10. Clark D, Seymour J. Reflections on palliative care. Buckingham: Open University Press, 1999.
11. Cochrane E, Colville E, Conway R. Addressing the needs of patients with advanced non-malignant disease in a hospice day care setting. *Int J Palliat Nurs* 2008; 14:382–387.]
12. Corr CA, Corr DM. Adult hospice day care. *Death Stud*, 1992; 16:155–171.
13. Davies E, Higginson IJ. Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer*, 2005; 13:607–627.
14. Defloor T. The effect of position and mattress on interface pressure. *Applied Nursing Research* 2000; 13:2-11.
15. Douglas H-R, Higginson IJ, Myers K, et al. Assessing structure, process and outcome in palliative day care: a pilot study for a multicentre trial. *Health Soc Care Community* 2000; 8:336–44.
16. Douglas H-R, Normand CE, Higginson IJ, et al. A new approach to eliciting patients' preferences for palliative day care: the choice experiment method. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29:435–45.
17. Downs F. Dealing with Failure in Palliative Care. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, 2003, Vol. 6 No. 2.
18. Fisher C, O'Connor M, Abel K. The role of palliative day care in supporting patients: a therapeutic community space. *Int J Palliat Nurs* 2008; 14:117–26.
19. Gagnon B et al. Palliative day-care centers and day hospitals. In: von Gunten C, Bruera E, Higginson I, eds. *Textbook of palliative medicine and supportive care*. Boca Raton, FL: CRC Press, 2015: 293–303.
20. Gao W, Ho Y, Verne J, Glickman M, Higginson I. Changing patterns in place of cancer death in England: a population-based study. *PLoS Med* 2013; 10:e1001410.
21. Gatrell A, Harman J, Francis B, et al. Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Public Health* 2003; 25:53-58.
22. Georgieva L, Cvetkov L, Dimitrova D. Needs for education of professional caregivers in healthcare. In: *Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: the Challenge of the Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis*, Athens: Papazissis Publishers, 2011, 583-590.
23. Gomes B. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ* 2006; 332:515-521.
24. Goodwin DM, Higginson IJ, Myers K, et al. What is palliative day care? a patient perspective of five UK services. *Support Care Cancer* 2002; 10:556–562.
25. Götze H, Perner A, Anders D, et al. Möglichkeiten Und Grenzen Der Ambulanten Palliativmedizinischen Versorgung – Situation Der Pflegenden Angehörigen Und Sicht Der Hausärzte. *Z Palliativmed.* 2008; 9:PW289.
26. Greaves N. Adult palliative day-care services: an investigation of the factors influencing access to services using the case of a cancer network in the United Kingdom. United Kingdom: Doctoral thesis: University of Warwick, 2012.
27. HE - Arc. Neuchâtel: Haute École Arc, 2014 (<http://www.he-arc.ch/>)
28. Higginson IJ, Hearn J, Myers K, et al. Palliative day care: what do services do? *Palliat Med* 2000; 14:277–286.
29. Hong C, Chow K, Poulouse J, et al. Place of death and its determinants for patients with cancer in Singapore: an analysis of data from the Singapore Cancer Registry, 2000e2009. *J Palliat Med* 2011; 14:1128-1134.
30. Hopkinson JB, Hallett CE. Patients' perceptions of hospice day care: a phenomenological study. *Int J Nurs Stud* 2001; 38:117–125.
31. Husic S. Treatment at a day-care hospice of patients after mastectomy for breast cancer improves their physical and mental health. *Acta Med Acad* 2009; 38:63–69.
32. Hyde V, Skirton H, Richardson J. Palliative day care: a qualitative study of service users' experiences in the United Kingdom. *Nurs Health Sci* 2011; 13:178–183.
33. Jutras S, Veilleux F. Informal Caregiving: Correlates of Perceived Burden; *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 1991, 40-55.
34. Kabel A. The SNOG and Grog Club: social personhood in hospice care. *Qual Health Res* 2013; 23:147–155.
35. Kaiser U, Vehling-Kaiser U, Hoffmann A, Kaiser F. Inpatient Hospices in Germany: Medical Care Situation and Use of Supportive Oncological Therapies for Symptom Control in Tumor Patients. *Palliat Med Rep*, 2022; 18;3(1):169–180.
36. Kernohan WG, Hasson F, Hutchinson P, et al. Patient satisfaction with hospice day care. *Support Care Cancer* 2006; 14:462–468.
37. Kilonzo I, Lucey M, Twomey F. Implementing outcome measures within an enhanced palliative care day care model. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50:419–23.
38. Lee L, HuC, LohE, HwangS. Factors affecting the place of death among hospice home care cancer patients in Taiwan. *Am J Hosp Palliat Med* 2013; 31:300-306.
39. Lee YS, Akhileswaran R, Ong EHM, Wah W, Hui D, Hui -Xian Ng S, Koh G. Clinical and Socio-Demographic Predictors of Home Hospice Patients Dying at Home: A Retrospective Analysis of Hospice Care Association's Database in Singapore. *Journal of Pain and Symptom*

- Management, 2017; 53(6):1035–1041.
40. LK, McCarthy EP. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. *Mayo Clin Proc.* 2017 Feb; 92(2):280-286.
  41. Lohfeld LH, Tschopp AS, Trevor AW, et al. Assessing the need for and potential role of a day hospice: a qualitative study. *J Palliat Care* 2000; 16:5–12.
  42. Lorenz K. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008;147-148.
  43. Matzen S, Peschardt A & Alsbjorn B. A new amorphous hydrocolloid for the treatment of pressure sores: a randomized controlled study. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery* 1999; 33: 13–15.
  44. Mehl L. The outcome of home delivery research in the United States, 1978.
  45. Miyashita M, Misawa T, Abe M, et al. Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling patients with advanced cancer and their caregivers in Japan. *J Palliat Med* 2008; 11:1203–1207.
  46. Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986. *The New England Journal of Medicine*, 1993.
  47. National Institute on Aging. What is Long-Term Care? (<https://www.nia.nih.gov/health/long-term-care/what-long-term-care#who-needs-long-term-care>)
  48. Padma P, Rajendran C. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants, Benchmarking: An International Journal, 2010; 17(6):807–841.
  49. Pappas, Gregory, Queen S, Hadden W and Fisher G. The Increasing Disparity in Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986. *The New England Journal of Medicine*, 1993.
  50. Payne M, Hartley N, Heal R. Social objectives of palliative day care groups. *Groupwork* 2008; 18:59–75.
  51. Registrar General Statistical Review of England and Wales for the years 1969-1973.
  52. Reinhard S C, Kassner E, Houser A, Ujvari K, Mollica R, Hendrickson L, Raising Expectations, A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People with Physical Disabilities, and Family Caregivers, Second Edition, 2014. ([www.longtermscorecard.org](http://www.longtermscorecard.org))
  53. Sandwich Generation. New Jersey: The Sandwich Generation. (<http://www.thesandwichgeneration.com>)
  54. Stevens E, Martin CR, White CA. The outcomes of palliative care day services: a systematic review. *Palliat Med.* 2011; 25:153–169.
  55. Supporting Care 2012 Website Designed By Clixel Design. (<http://www.supportingcare.co.uk/>)
  56. Svidén GA, Fürst CJ, von Koch L, Borell L. Palliative day care—a study of wellbeing and health-related quality of life. *Palliat Med.* 2009; 23:441–447.
  57. Tageshospize - Orte der Gastfreundschaft. Teilstationäre Angebote in Palliative Care. 1. Aufl. Esslingen: der hospiz verlag, 2016.
  58. Temel J, Greer J, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New Engl J Med* 2010; 363:733-742.
  59. Vandaele B, Chambaere K, Devisch I. The strengths and challenges of palliative day-care centers: qualitative study with the professionals involved. *J Palliat Care* 2017; 32:55–60.
  60. Vries Kde, Wells J, Plaskota M. Evaluation of an admission and discharge programme at a UK specialist palliative day hospice. *Int J Palliat Nurs* 2012; 18:275–81.
  61. Watts JH. “I Come Because I Can”: Stories of Hope from the Cancer Drop in. *Illness, Crisis & Loss* 2009; 17:149–66.
  62. White S, Johnson M. What do doctors actually do in the day hospice? *Eur J Palliat Care* 2004; 11:107–109.
  63. World Health Organisation. Palliative care.
  64. Yaffe M J, Jacobs B J. Education about family caregiving. Advocating family physician involvement. Official Publication of The College of Family Physicians of Canada, 2008; 54(10):1359-1360. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567280/>)

! Адрес за кореспонденция:

Красимира Лалева

МУ – Варна

e-mail: [krasimiralaleva@mu-varna.bg](mailto:krasimiralaleva@mu-varna.bg)