

Gergana Hristeva Foreva, Maria Anastasova Semerdjieva, Radost Spiridonova Asenova, Lyubima Dimitrova Despotova-Toleva

Department of Health Management, Health Economics and General Practice, Faculty of Public Health, Medical University — Plovdiv, Bulgaria

# Opieka paliatywna w podstawowej opiece zdrowotnej w Bułgarii

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2011; 10: 17–22

## Streszczenie

**Wstęp.** W Bułgarii podstawową opiekę zdrowotną osobom poważnie chorym zapewniają lekarze pierwszego kontaktu (POZ). W chwili obecnej brakuje regulacji prawnych dotyczących opieki paliatywnej. Celem niniejszej pracy była analiza tych działań lekarzy POZ, które dotyczą pacjentów wymagających opieki paliatywnej.

**Materiał i metody.** Grupę 211 pacjentów spełniających kryteria diagnostyczne wymagane do włączenia do badania obserwowało 42 lekarzy POZ. Na potrzeby badania opracowano specjalny formularz, odzwierciedlający czynności wykonane podczas 625 konsultacji lekarskich. W formularzu ujęto również subiektywną ocenę pacjentów. Statystyczną analizę danych wykonano za pomocą oprogramowania SPSS 17.

**Wyniki.** W grupie badanych przeważali pacjenci w wieku powyżej 60 lat. Rozkład według płci był zrównoważony. Podział według kryteriów diagnostycznych przedstawiał się następująco: choroba nowotworowa (87 — 41,28 ± 3,38%); przewlekła niewydolność serca (CHF) (65 — 30,80 ± 3,17%); przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) (20 — 9,47 ± 2,01%) oraz choroby stanowiące połączenia wyżej wymienionych (39 — 18,48 ± 2,67%). Nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy liczbą wystawionych skierowań a diagnozą i statusem socjalnym pacjenta. Wykazano nieznaczna współzależność między niższym poziomem wykształcenia, niższym statusem socjalnym, obecnością POChP a większą częstością wizyt domowych. Ból i zmęczenie były podstawowymi objawami zaobserwowanymi w niniejszym badaniu. Rozbieżność w ocenach pacjentów i lekarzy POZ dotyczyła objawów subiektywnych. W przypadku chorób nowotworowych diagnoza i rokowania były omawiane częściej z członkami rodziny pacjenta.

**Wnioski.** W ramach swoich podstawowych obowiązków lekarze POZ wykonywali czynności związane z opieką paliatywną. Zbadanie tych czynności oraz analiza wyników mogą posłużyć jako pierwszy krok w uzyskaniu informacji na temat strukturalnej opieki paliatywnej w Bułgarii.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2011; 5, 2: 54–58

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, lekarz POZ, konsultacje lekarskie

## Wstęp

Mieszkańcy Bułgarii są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, które pozwala im korzystać z usług lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, leczenia

szpitalnego oraz określonej ilości leków. Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej jest możliwy po wcześniejszym zarejestrowaniu się pacjenta do lekarza POZ. W ramach rutynowej praktyki lekarze POZ zapewniają głównie podstawową opiekę zdrowotną pacjentom z zaawansowaną, postępującą

**Adres do korespondencji:** Gergana Hristeva Foreva  
Department of Health Management, Health Economics and General Practice  
Faculty of Public Health, Medical University w Plovdiv  
15 A V. Aprilov blvd., Bułgaria  
tel.: + 359 32 602 500  
e-mail: gforeva@dir.bg  
Tłumaczenie: Katarzyna Kałużna



*Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2011; 5, 2: 54–58  
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

chorobą i ich rodzinom. Obecnie brakuje regulacji prawnych dotyczących opieki paliatywnej. Celem niniejszej pracy była analiza tych działań lekarzy POZ, które dotyczą pacjentów wymagających opieki paliatywnej.

## Materiał i metody

Sześćdziesięciu losowo wybranych lekarzy POZ poinformowano o celu badania, które zyskało już wówczas aprobatę Komisji Etycznej Uniwersytetu Medycznego w Plovdiv. Czterdziestu dziewięciu lekarzy zgodziło się na współpracę i przeszło szkolenie niezbędne do przeprowadzenia badania, z czego wycofało się 7 — 3 ze względu na zmianę miejsca pracy, 2 z powodu stanu zdrowia, a pozostali 2 ze względu na inne subiektywne przyczyny.

Czterdziestu dwóch lekarzy POZ zaangażowanych w badanie obserwowało w sumie 211 pacjentów (średnio 5,02), spełniających następujące kryteria włączenia do badania: wiek powyżej 18 lat; diagnoza zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 na odpowiednim etapie:

- przewlekła niewydolność serca (CHF, *chronic heart failure*) (I50), III i IV klasa czynnościowa według Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA, *New York Heart Association*), z uporczywymi objawami mimo optymalnego leczenia i częstych hospitalizacji;
- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) (J44), więcej niż 3 hospitalizacje w ciągu roku z powodu zaostrzeń, duszność po przejściu odległości 100 metrów;
- choroba nowotworowa z przerzutami.

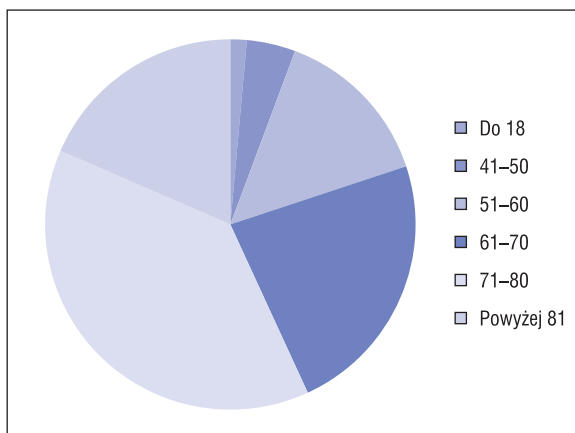
Jednym z wymogów badania było przeprowadzenie minimum 3 badań ambulatoryjnych każdego z chorych. W okresie od stycznia 2009 roku do kwietnia 2010 roku lekarze POZ przeprowadzili 625 badań ambulatoryjnych, średnio 2,29 na pacjenta. Podczas trwania badania zmarło  $25,11 \pm 2,98\%$  chorych.

Na potrzeby badania opracowano specjalny formularz, odzwierciedlający stan czynnościowy chorego, występujące objawy, przyjmowane grupy leków oraz skierowania do lekarzy specjalistów i/lub placówek zdrowia. W formularzu ujęto również subiektywną opinię pacjentów dotyczącą objawów i ich stopnia nasilenia.

Statystyczną analizę danych wykonano przy użyciu oprogramowania SPSS 17.

## Wyniki

Zgodnie z oczekiwaniami, przeważali pacjenci w wieku powyżej 60 lat, zaledwie 3 chorych (1,43%)



**Rycina 1.** Rozkład według wieku badanej grupy pacjentów (lata)

**Tabela 1.** Podział według kryteriów diagnostycznych

Diagnoza	n	p ± Sp%
Choroba nowotworowa	87	41,28 ± 3,38
CHF	65	30,80 ± 3,17
POChP	20	9,47 ± 2,01
Choroba nowotworowa i CHF	21	9,95 ± 2,06
POChP i CHF	14	6,63 ± 1,71
Choroba nowotworowa i POChP	2	0,94 ± –
Choroba nowotworowa, CHF i POChP	2	0,94 ± –
<b>Razem</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

było w wieku 18–40 lat; rozkład według wieku przedstawiono na rycinie 1. Rozkład według płci był zrównoważony: 103 ( $48,81 \pm 3,44\%$ ) mężczyzn i 108 ( $51,18 \pm 3,44\%$ ) kobiet. Większa część pacjentów miała wykształcenie średnie — 109 ( $51,56 \pm 3,44\%$ ), 63 ( $29,85 \pm 3,15\%$ ) miało wykształcenie podstawowe, natomiast 39 ( $18,48 \pm 2,67\%$ ) miało wyższe wykształcenie. Dwudziestu trzech pacjentów ( $10,90 \pm 2,14\%$ ) określiło swoją sytuację socjalną jako niekorzystną, zaledwie 7 ( $3,31 \pm 1,23\%$ ) jako znakomitą, podczas gdy większa część chorych uznała swoją sytuację socjalną za satysfakcjonującą (98 —  $46,44 \pm 3,43\%$ ) lub dobrą (83 —  $39,33 \pm 3,36\%$ ). W ostatnim przypadku wsparcie socjalne było zapewnione głównie przez rodzinę (190 —  $90,04 \pm 2,06\%$ ) i przyjaciół (70 —  $33,17 \pm 3,24\%$ ). Trzydziestu pacjentów ( $14,21 \pm 2,98\%$ ) uzyskało wsparcie z opieki społecznej, natomiast zaledwie 6 ( $2,84 \pm 1,14\%$ ) z organizacji pozarządowych; samotnie mieszało 30 ( $14,21 \pm 2,98\%$ ) pacjentów. Podział badanych osób według kryteriów diagnostycznych przedstawiono w tabeli 1.

U 112 pacjentów ( $56,87 \pm 3,40\%$ ) chorobę zdiagnozowano ponad rok temu.

Liczba konsultacji lekarskich, których skutkiem było wystawienie skierowania, przedstawiała się następująco:

- skierowanie do lekarza wąskiej specjalizacji — 404 (64,64 ± 1,91%);
- skierowanie do szpitala w celu przyjęcia na odpowiedni oddział (w zależności od rodzaju schorzenia) — 271 (43,36 ± 1,98%);
- skierowanie na wyspecjalizowany oddział opieki paliatywnej — 91 (14,56 ± 1,41%);
- skierowanie do hospicjum — 55 (8,80 ± 1,13%).

Nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy liczbą wystawionych skierowań a diagnozą i statusem socjalnym grupy pacjentów objętych badaniem; w przypadku osób starszych, korelacja dotycząca wzrostu liczby hospitalizacji była bardzo niska —  $p < 0,01$  ( $\chi^2 = 11,19$ ).

Wizyty domowe odbyły się w przypadku 171 (81,04 ± 2,69%) pacjentów. Średnia liczba wizyt domowych w trakcie badania wynosiła 4,90. Czynności wykonywane przez lekarzy POZ w warunkach domowych były zróżnicowane: badanie kliniczne, zabiegi — zastrzyki, kroplówki, zakładanie/usuwanie cewnika, leczenie ran odleżynowych, jak również oferowanie psychologicznego wsparcia pacjentowi i jego rodzinie. Wykazano nieznaczną współzależność między niższym poziomem wykształcenia [ $p < 0,05$  ( $\chi^2 = 6,15$ )], niższym statusem społecznym [ $p < 0,05$  ( $\chi^2 = 7,17$ )], obecnością POChP [ $p < 0,01$  ( $\chi^2 = 10,84$ )] a większą częstością wizyt domowych.

W niemal połowie przypadków badań ambulatoryjnych (279 — 44,64 ± 1,98%) stan ogólny pacjentów w skali Karnofsky'ego oceniono na 50 i mniej (średnio 55,92), co wskazuje na potrzebę stałej opieki oraz częstej pomocy medycznej.

W tabeli 2 przedstawiono objawy, które występowały u wszystkich pacjentów, niezależnie od ich choroby podstawowej. Objawy ujęto według częstości występowania.

W badaniu kontrolnym opartym na formularzach, na których zapisywano wyniki badań ambulatoryjnych, wykazano, że według lekarzy POZ 401 (64,16 ± 1,98%) pacjentów skarżyło się na dolegliwości bólowe, natomiast według chorych wartość ta wynosiła 438 (70,08 ± 1,81%),  $p < 0,05$  ( $u = 2,21$ ); w porównaniu z subiektywną oceną pacjentów różnice można było stwierdzić również w ocenie przez lekarzy POZ takich objawów, jak: wymioty  $p < 0,05$  ( $u = 2,99$ ), depresja  $p < 0,01$  ( $u = 3,92$ ), zaburzenia łaknienia  $p < 0,001$  ( $u = 14,74$ ) oraz zaburzenia snu  $p < 0,001$  ( $u = 12,83$ ). Oprócz powyższych objawów lekarze POZ wskazali, że pacjenci podczas 47,04 ± 1,99% konsultacji przejawiali lęk.

Tabela 2. Objawy

Objawy	n	%	Sp%
Ból	141	96,69	1,23
Zmęczenie	189	89,57	2,10
Zaburzenia snu	171	81,04	2,69
Utrata apetytu	162	76,77	2,90
Duszność	133	63,03	3,32
Depresja	127	60,18	3,37
Zawroty głowy	118	55,92	3,41
Nudności	88	41,71	3,39
Wymioty	64	30,33	3,16

Odsetek chorych, których informowano o rozpoznaniu, wynosił 173 (81,99 ± 2,64%), rokowania natomiast omówiono ze 126 (59,71 ± 3,40%) spośród nich. Informację dotyczącą rozpoznania przekazywano częściej (95%) pacjentom z CHF i POChP, podczas gdy w przypadku pacjentów onkologicznych oraz osób z więcej niż 1 chorobą odsetek ten był niższy (71%),  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 17,12$ ). W sytuacji, gdy rokowania były omawiane bezpośrednio z pacjentem, nie wykazano związku z rodzajem zdiagnozowanej choroby,  $p > 0,05$  ( $\chi^2 = 0,88$ ). W przypadku chorób nowotworowych zarówno diagnoza, jak i rokowania omawiano częściej z rodziną pacjenta niż z samym chorym,  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 5,35$ ). W ponad 2/3 konsultacji (484 — 77,44 ± 1,67%) pacjenci oczekiwali dodatkowych informacji dotyczących stanu ich zdrowia.

## Dyskusja

Zgodnie z dokumentami normatywnymi, „opieka paliatywna jest sprawowana przez lekarza POZ, placówki opieki szpitalnej i pozaszpitalnej, ambulatoria i hospicja” [1]. Ich funkcjonowanie i wzajemna współzależność nie są formalnie zdefiniowane, brakuje decyzji w zakresie polityki zdrowotnej opieki paliatywnej.

Opieka paliatywna z udziałem lekarza POZ to model spełniający oczekiwania pacjentów. Zaangażowanie lekarza POZ w ten szczególny rodzaj opieki opiera się na znajomości historii choroby oraz wzajemnych relacjach z pacjentem i jego rodziną. Oczekuje się, że lekarz POZ będzie koordynował opiekę paliatywną, jak również udzielał niezbędnych informacji na jej temat [2–8].

W grupie pacjentów badanych przez lekarzy POZ rozkład według wieku i zachorowalności, włączając lokalizację procesu nowotworowego, był zgodny z danymi statystycznymi w skali kraju [9].

Z powodu braku ogólnie przyjętych zaleceń dotyczących opieki paliatywnej, kryteria wymagane do

włączenia do badania opierały się na omówionych w literaturze przedmiotu. „Złoty standard” postępowania w Wielkiej Brytanii obejmuje kryteria obiektywne, czyli związek pomiędzy jednostkami chorobowymi, stanem sprawności, a także wskaźnikami klinicznymi, jak też subiektywną opinię lekarza POZ, który zna pacjenta nie tylko pod względem jego stanu chorobowego, ale również stanu emocjonalnego i sytuacji socjalnej [10]. W Stanach Zjednoczonych, zanim pacjent zostanie skierowany do hospicjum, jest wymagane spełnienie tymczasowego kryterium prognostycznego w postaci przewidywanej długości życia do 6 miesięcy [8]. Kryterium to wykorzystuje się również w Bułgarii podczas przyjęcia do szpitala na podstawie ścieżki klinicznej dla opieki paliatywnej numer 297, zgodnie z ustaleniami *National Frame Contract* z 2010 roku [11]. W niniejszym badaniu 91 (14,56 ± 1,41%) ze wszystkich pacjentów oraz 88,34 ± 3,16% pacjentów z chorobą nowotworową skierowano na szpitalny oddział opieki paliatywnej. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, taka możliwość opieki paliatywnej, finansowana ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest dostępna dla terminalnie chorych pacjentów onkologicznych. Do hospicjum skierowano zaledwie 55 (8,80 ± 1,13%) pacjentów, ponieważ za zapewnioną tam opiekę należało zapłacić. Zawsze, gdy była wymagana hospitalizacja, większość pacjentów (271 — 43,36 ± 1,98%) kierowano do odpowiednich klinik (w zależności od rodzaju schorzenia), ponieważ pacjenci z CHF i POChP w zaawansowanym stadium nie mają zagwarantowanej opieki paliatywnej. Według takich towarzystw, jak Amerykańskie Towarzystwo Chorób Klatki Piersiowej (*American Thoracic Society*), Europejskie Towarzystwo Oddechowe (*European Respiratory Society*), Kanadyjskie Towarzystwo Chorób Klatki Piersiowej (*Canadian Thoracic Society*), późne stadia POChP wymagają opieki paliatywnej i jeśli nie będzie ona w tych przypadkach zastosowana, uważa się, że pacjentom nie zapewniono odpowiednich warunków [12, 13]. Podstawową przeszkodą w zapewnieniu opieki paliatywnej pacjentom z CHF jest trudność w ocenie postępu choroby w III i IV klasie według NYHA [14]. W książce pod tytułem *The Handbook of Prevention, Diagnosis and Treatment of CHF Patients*, wydanej w 2006 roku w Australii, uwzględniono znaczenie opieki paliatywnej. Jasno zdefiniowano kryteria, które mogą pomóc lekarzowi POZ podjąć decyzję dotyczącą skierowania pacjenta do opieki paliatywnej [15]. Znaczna liczba pozaszpitalnych konsultacji u lekarzy wąskiej specjalizacji — 404 (64,64 ± 1,91%) — jest cechą charakterystyczną systemu opieki zdrowotnej oraz wy-

mogów *National Frame Contract*, nakazujących obowiązkowe konsultacje w przypadku określonych problemów zdrowotnych. Wizyty domowe przeprowadzone przez lekarzy POZ — świadczenia opieki paliatywnej w warunkach domowych — były częste (171 — 81,04 ± 2,69%), znaczna była również liczba podjętych przez nich działań.

Niezależnie od podstawowej diagnozy, głównymi kryteriami dla sprawowania opieki paliatywnej oraz dla jej jakości były stan czynnościowy pacjenta oraz objawy choroby i ich kontrola. W trakcie badania średnia wartość stanu ogólnego badanych pacjentów w skali Karnofsky’ego wynosiła 55,92, co jednoznacznie wskazuje na potrzebę zapewnienia opieki paliatywnej.

Podstawowymi objawami występującymi w trakcie niniejszego badania były ból i zmęczenie, co wykazano w wielu wcześniejszych badaniach [12, 16, 17]. Ból jest częstym i wskazującym objawem, jednak mimo możliwości, jakie oferuje nowoczesna medycyna, często nieleczonym w dostatecznym stopniu [18]. Ryzyko ewentualnego uzależnienia od narkotycznych leków przeciwbólowych podczas leczenia jest zawyżone. Środki te są zarezerwowane tylko dla pacjentów z chorobami nowotworowymi. Nowoczesne leki mogą skutecznie wyeliminować ból w przypadku 95% pacjentów [19]. Rozbieżność pomiędzy oceną pacjentów i lekarzy POZ dotyczyła głównie objawów, które w znacznym stopniu są subiektywne, takich jak ból, łaknienie czy sen. Ich subiektywny charakter tłumaczy rozbieżność ocen, szczególnie w przypadku bólu [20].

Lekarze w Bułgarii, a zwłaszcza lekarze POZ, są bardziej skłonni, aby omawiać diagnozę i rokowania z rodziną pacjenta niż z samym chorym, co potwierdzają uzyskane wyniki [21]. Dzieje się tak mimo faktu, że w 2/3 przeprowadzonych konsultacji (484 — 77,44 ± 1,67%) pacjenci oczekiwali dodatkowych informacji dotyczących stanu ich zdrowia. Problemy powstające w związku z przekazywaniem złych wiadomości nie tylko oddziałują na psychologiczny aspekt opieki, ale także prowadzą do opóźnienia w kierowaniu pacjentów do opieki paliatywnej [22]. Lekarze POZ obawiają się rozmów dotyczących śmierci. Muszą oni się skonfrontować z trudnymi pytaniami i oczekiwaniami pacjentów i ich rodzin [23–28].

## Wnioski

Bułgaria nie dysponuje krajowymi wytycznymi, zaleceniami, standardami oraz polityką dotyczącą opieki paliatywnej.

Na tle sytuacji demograficznej (wzrost odsetka osób w starszym wieku), jak również zwiększonej

zachorowalności na poważne choroby przewlekłe istnieje pilna potrzeba zapewnienia opieki paliatywnej.

W ramach podstawowych obowiązków względem swoich pacjentów lekarze POZ wypełniali czynności związane z opieką paliatywną — wytypowanie chorych wymagających opieki paliatywnej, koordynacja, kontrola objawów oraz opieka domowa. Zbadanie tych czynności oraz analiza wyników mogą posłużyć jako pierwszy krok w uzyskaniu informacji na temat strukturalnej opieki paliatywnej w Bułgarii.

## Piśmiennictwo

1. Law on Health. State Gazette. 02 Aug 2004; 57 (w jęz. bułg.).
2. Borgsteede S., Graafland C., Deliens L., Willems D. Good end-of-life care according to patients and their GPs. *Br. J. Gen. Pract.* 2006; 50: 20–26.
3. Goldshmidt D., Groenvold M., Johngen A.T., Stromgren A.S., Krasnik A., Shmidt L. Cooperating with palliative home-care team: expectation and evaluations of GPs and district nurses. *Pall. Med.* 2005; 19: 241–250.
4. Groot M.M., Vernoj-Dassen M.J., Grol M.R. General practitioners and palliative care: perceived task and barriers in daily practice. *Pall. Med.* 2005; 19: 111–118.
5. Neergaard M.A., Olesen F., Jensen A.B., Sondergaard J. Palliative care for cancer patients in primary care setting: bereaved relatives' experience, a qualitative group interview study *BMC Palliat. Care* 2008; 7: 1–7.
6. Rosemann T., Hermann K., Miksch A., Engeser P., Szeceenyi J. The PAMINO-project: evaluating a primary-care based educational program to improve the quality of life palliative patients. *BMC Palliat. Care* 2007; 6: 5, doi: 10.1186/1472-684X-6-5.
7. Vejlgard T., Addington-Hall J.M. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat. Med.* 2005; 2: 119–127.
8. Weckmann M.T. The role of family physicians in the referral and management of hospice patients. *Am. Family Phys.* 2008; 6: 807–812.
9. Dostępne na: [www.nsi.bg](http://www.nsi.bg) (2010).
10. Dostępne na: [www.goldstandardsframework.nhs.uk](http://www.goldstandardsframework.nhs.uk) (2010).
11. 2010 National Frame Contract. State Gazette. 22 Dec. 2009; 102 (w jęz. bułg.).
12. Elkington H., White P., Addington-Hall J., Higgs R., Edmonds P. The healthcare needs of chronic obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Pall. Med.* 2005; 19: 485–491.
13. Simpson A.C., Rocker G.M. Advanced chronic obstructive pulmonary disease: impact on informal caregivers. *J. Palliat. Care* 2008; 1: 49–54.
14. Seamark D.A., Ryan M., Smallwood N., Gilbert J. Deaths from heart failure in general practice: implications for palliative care. *Palliat. Med.* 2002; 16: 495–498.
15. Krum H., Jelinek M.V., Stewart S., Atherton J.J., Hawkes A.L. Guidelines for prevention, detection and management of people with chronic heart failure in Australia 2006. *Med. J. Aust.* 2006; 10: 549–556.
16. Dumitrescu L., van den Heuvel-Olaroiu M., van den Heuvel W.J.A. Changes in symptoms and pain intensity of cancer patients after enrolment in palliative care at home. *J. Pain Sympt. Manage.* 2007; 5: 488–496.
17. Teunissen S.M., Verhagen E.H., Brink M., van der Linden B.A., Voest E.E., de Graeff A. Telephone consultation in palliative care for cancer patients: 5 years of experience in The Netherlands. *Support. Care in Cancer* 2007; 15: 577–582.
18. Whitecar P.S., Jonas A.P., Clasen M.E. Managing pain in dying patient. *Am. Family Phys.* 2000; 61: 755–764.
19. Welshman A. Palliative care. Some organizational consideration. *Minerva Anesthesiol.* 2005; 71: 439–443.
20. Tasmuth T., Saarto T., Kalso E. How primary care of cancer patients is organized between a University Hospital and primary care in Finland. *Acta Oncol.* 2006; 45: 325–331.
21. Zabunov A., Madzhova V., Mancheva P. Breaking bad news through the eyes of the physician. *Health Management* 2008; 2: 26–29 (w jęz. bułg.).
22. Cherlin Y., Fried T., Prigerson H.G., Shulman-Green D., Jonson-Hurzeler R., Bradley E.H. Communication between physicians and family caregivers about care at end of life: when do discussions occur and what is said? *J. Pall. Med.* 2005; 6: 1176–1185.
23. Barnett M.M. Effect of breaking bad news on patients' — perceptions of doctors. *J. Royal Soc. Med.* 2002; 95: 343–353.
24. Burgess T.A., Brooksbank M., Beilby J.J. Talking to patients about death and dying. *Aust. Fam. Physician* 2004; 33: 85–86.
25. Emanuel E.J., Fairdough D.L., Wolfe P., Emanuel L.L. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying and bereavement: Is it stressful? Is it helpful? *Arch. Int. Med.* 2004; 16: 1999–2004.
26. Murray S.A., Kendall M., Boyd K., Worth A., Benton T.F. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Pall. Med.* 2004; 18: 39–45.
27. Ngo-Metzger Q., August K., Srinivasan M., Liao S., Meyskens F.L. Jr. End-of-life care: guidelines for patient-centered communication. *Am. Fam. Phys.* 2008; 2: 167–174.
28. Schag C.C., Heinrich R.L., Cranz P.A. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity and guidelines. *J. Clin. Oncol.* 1984; 2: 184–193.