

Važnost savjetovanja o prehrani palijativnih pacijenata i njihove obitelji - uloga medicinske sestre

Šarić, Benita

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:155756>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet u Puli
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

BENITA ŠARIĆ

**VAŽNOST SAVJETOVANJA O PREHRANI PALIJATIVNIH PACIJENATA I
NJIHOVE OBITELJI – ULOGA MEDICINSKE SESTRE**

Završni rad

Pula, rujan 2021. godine

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet u Puli
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

BENITA ŠARIĆ

**VAŽNOST SAVJETOVANJA O PREHRANI PALIJATIVNIH PACIJENATA I
NJIHOVE OBITELJI – ULOGA MEDICINSKE SESTRE**

Završni rad

JMBAG: 0303079358, izvanredni student
Studijski smjer: Sestrinstvo

Predmet: Dijetetika

Znanstveno područje: Biotehničke znanosti

Znanstveno polje: Nutricionizam

Znanstvena grana: Dijetoterapija

Mentor: Vedrana Fontana Mikulić, mag. nutr., pred.

Pula, 2021. godine



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisana Benita Šarić, kandidat za prvostupnika Sestrinstva ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student
Benita Šarić

U Puli 20. rujna 2021. godine



IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Benita Šarić dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom „Važnost savjetovanja o prehrani palijativnih pacijenata i njihove obitelji – uloga medicinske sestre“ koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli 20. rujna 2021. godine

Potpis

Zahvala

Zahvaljujem svojoj mentorici Vedrani Fontana Mikulić, mag. nutr., pred. na pomoći kao i na svim stručnim savjetima tijekom izrade završnoga rada, strpljenju i uloženoj vremenu.

Veliko hvala i Igoru Dobrači, pred. koji bi sa svojim savjetom uvijek pomogao kad bih naišla na poteškoće.

Hvala i mojoj obitelji koja mi je ovo omogućila i podržavala me, kao i prijateljima.

Sadržaj

1	UVOD.....	1
2	OBRADA TEME	3
2.1.	Palijativna skrb	3
2.1.1.	Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj	5
2.1.2.	Palijativna skrb u Istarskoj županiji	7
2.1.3	Organizacija palijativne skrbi	9
2.1.4	Korisnici palijativne skrbi	10
2.1.5.	Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi.....	11
2.1.5.1.	Interdisciplinarni tim palijativne skrbi.....	11
2.1.5.2.	Mobilni palijativni tim	12
2.1.5.3.	Uloga medicinske sestre u palijativnome timu	12
2.1.6.	Medicinska etika u palijativnoj skrbi	13
2.1.7.	Uloga obitelji u palijativnoj skrbi	15
2.2.	Prehrana kod palijativnih pacijenata.....	16
2.2.1.	Procjena energijskih i nutritivnih potreba.....	17
2.2.2.	Simptomi kod palijativnih pacijenata koji se mogu ublažiti adekvatnom prehranom.....	18
2.2.2.1	Kaheksija i anoreksija	18
2.2.2.2	Opstipacija i konstipacija	20
2.2.2.3	Mučnina i povraćanje.....	21
2.2.2.4	Promjene okusa i mirisa	22
2.2.2.5	Dijareja	23
2.2.2.6	Disfagija	24
2.2.2.7	Dispepsija	24
2.2.2.8	Štucavica	25
2.2.2.9	Intestinalna opstrukcija	25
2.2.2.10	Kašalj.....	27
2.2.2.11	Suhoća usta	27
2.2.2.12	Dekubitus	28
2.2.2.13	Umor.....	29
2.2.3.	Pravilna hidracija kod palijativnih pacijenata.....	30
2.2.4.	Enteralna prehrana	31
2.2.5.	Parenteralna prehrana	31

2.2.6. Etički aspekti prehrane palijativnoga pacijenta	33
3. ZAKLJUČAK	35
4. POPIS LITERATURE.....	36

Popis korištenih kratica

°C – Celzijev stupanj,

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome/Sindrom stečene imunodeficijencije,

ALA – α -linolenska kiselina,

ANH – potpomognuta prehrana i hidracija,

ASPEN – American Society for Parenteral and Enteral Nutrition/Američko društvo za parenteralnu i enteralnu prehranu,

CVK – centralni venski kateter,

CEPAMET – Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine,

DHA – dokozaheksaenska kiselina,

EPA – eikozapentaenska kiselina,

HDHPS – Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb,

HIV – Human Immunodeficiency Virus/Virus humane imunodeficijencije,

ITM – indeks tjelesne mase,

KCAL – kalorije,

L – litra,

LOM – liječnik obiteljske medicine,

MNT – medicinska nutritivna terapija,

NGS – nazogastrična sonda,

ONS – oralna prehrana,

PEG – perkutana endoskopska gastrostoma,

PN – parenteralna prehrana,

PPN – periferna parenteralna prehrana,

RH – Republika Hrvatska,

SCCM – Society of Critical Care Medicine/Društvo za medicinu kritične njege,

SMPT – Specijalistički mobilni palijativni tim,

SZO – WHO – World Health Organization/Svjetska zdravstvena organizacija,

TPN – totalna parenteralna prehrana,

ZZ – zdravstvena zaštita.

1 UVOD

Proces umiranja prirodan je proces i nastupa individualno. U zadnjoj fazi života važno je pružiti odgovarajuće informacije o bolesti i prehrani pacijentu i njegovoj obitelji. Na takav način može se unaprijediti i olakšati život pacijentu u potrebi za palijativnom skrbi. Hranjenje ne spada samo u fiziološku potrebu, već se smatra društvenim i kulturnim doživljajem koji utječe na društveni život i vjerovanja (Šamija i sur., 2012).

Savjetovanje o prehrani jedan je od načina briga i podrške pacijentu, njegovoj obitelji i njegovateljima. Adekvatan unos hrane brzo pokazuje pozitivan učinak – privremeno može zaustaviti gubitak tjelesne mase, poboljšati apetit, pridonosi kvaliteti života, doprinosi pacijentu psihički i fizički te pospješuje i olakšava brigu o pacijentu. Razvojem medicine, palijativne skrbi, multidisciplinarnoga tima i individualnoga pristupa često zaboravimo na primarne potrebe pacijenata u što je uključena prehrana.

Hrana je izvor oko 40 esencijalnih spojeva o kojima, uz kisik i vodu, ovisi život i zdravlje čovjeka. Ona je izvor energije, tvari koje grade i štite. Gradbene tvari služe za gradnju i obnovu stanica i tkiva, a zaštitne tvari za zaštitu organizma od raznih infekcija te djeluju i kao biokatalizatori u mnogim fiziološkim procesima u organizmu. Njihov nedostatak remeti ravnotežu i normalan rad organizma što može biti preduvjet za razne bolesti.

U završnome radu definirat će se palijativna skrb, što ona predstavlja, kakvi su bili počeci u Hrvatskoj i kako ona funkcionira u Istarskoj županiji. Bit će obuhvaćena organizacija rada palijativne skrbi i multidisciplinarnih timova, kao i definiranje koju vrstu korisnika obuhvaća palijativna skrb. U palijativnoj skrbi veliku ulogu i značaj ima sama obitelj pacijenta kao i medicinska etika koja je specifična.

U završnome radu bit će obrađena i važnost prehrane palijativnoga pacijenta, važnost procjene energijskoga i nutritivnoga statusa kao i simptomi i nuspojave liječenja koji su učestali kod palijativnih pacijenata, a mogu se ublažiti adekvatnom prehranom.

Rad završava zaključkom nakon čega slijede popis literature i sažetak.

2 OBRADA TEME

„Onomu koji odlazi iz života treba posvetiti jednaku pažnju zajednice kao i onomu malenomu ljudskom biću koje tek ulazi u život“, rekla je jednom prilikom utemeljiteljica palijativne medicine u Hrvatskoj Anica Jušić (Brkljačić, 2019). „Suvremena medicina dijeli se na preventivnu, kurativnu i palijativnu medicinu“ (Đorđević i sur., 2014). Palijativna medicina obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim njegovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života (Brkljačić Žagrović, 2010).

Prehrana ima vrlo važnu ulogu u očuvanju ljudskoga zdravlja. Zanimljivo je da većina ljudi tek u bolesti počne razmišljati o važnosti uravnotežene i raznovrsne prehrane. Hranjenje ne spada samo u fiziološku potrebu, već se smatra društvenim i kulturnim doživljajem koji utječe na društveni život i vjerovanja (Šamija i sur., 2012). Savjetovanje o prehrani jedan je od načina briga i podrške pacijentu, njegovoj obitelji i njegovateljima. Adekvatan unos hrane brzo pokazuje pozitivan učinak – privremeno može zaustaviti gubitak tjelesne mase, poboljšava apetit, pridonosi kvaliteti života, doprinosi pacijentu psihički i fizički te pospješuje i olakšava brigu o pacijentu. Razvojem medicine, palijativne skrbi, multiprofesionalnoga tima i individualnoga pristupa često zaboravimo na primarne potrebe pacijenata u što je uključena prehrana.

2.1. Palijativna skrb

Palijativna skrb uključuje cjelovitu skrb koja obuhvaća psihičku, fizičku, duhovnu i socijalnu skrb o umirućem, teško bolesnome pacijentu i članovima njegove obitelji. Palijativna skrb najčešće je usmjerena na pomaganje pacijentima u njihovim zdravstvenim „izazovima“ s ciljem poboljšanja kvalitete života njih i njihove obitelji (Đorđević i sur., 2014).

Palijativna skrb trebala bi pružati olakšanje od boli i drugih tegobnih simptoma, potvrđivati život i smatrati smrt uobičajenim procesom, ne ubrzavati i ne odgađati smrt. Palijativna skrb treba integrirati psihološke i duhovne aspekte skrbi pacijenata, nuditi sustav podrške za pomoć pacijentima da žive aktivno i dostojanstveno do smrti. Također treba nuditi sustav podrške obitelji i bližnjima kako bi što bolje

podupirali pacijenta te kako bi što lakše podnijeli teške trenutke u kojima se nalaze (WHO, 2021).

Palijativna skrb kao relativno nova komponenta moderne zdravstvene zaštite, sve je više prepoznata kao bitan dio zdravstvenoga sustava. Unatoč tome, opće je poznato da još uvijek postoji neadekvatan pristup hospiciju i palijativnoj skrbi u cijelome svijetu (WHO, 2014). Važno je usredotočiti se na potrebe pacijenta na kraju života, jednako kao i u ranoj fazi bolesti. Potrebu palijativne skrbi prepoznat će svaka osoba koja je u kontaktu s palijativnim pacijentom.

Sa starenjem populacije, koja će živjeti i umirati u složenijim uvjetima, potražnja za njegom će rasti. Trenutačna palijativna skrb pokušava ukazati na potrebu, važnost i dostupnost palijativne skrbi širom svijeta. Unatoč sve većoj potrebi, palijativna skrb je u većini svijeta nerazvijena, a izvan Sjeverne Amerike, Europe i Australije pristup kvalitetnoj palijativnoj skrbi vrlo je rijedak. Palijativna skrb proširuje se u razvijenom dijelu svijeta usprkos mitovima i nerazumijevanju njezine prirode i svrhe, a najpotrebnija je u zemljama u razvoju gdje se tek počinje razvijati. Povijesno gledano, programi hospicija i palijativne skrbi bili su usredotočeni na potrebe pacijenata s karcinomom. Od početka 1980-ih godina u svijetu se postupno priznaje potreba za palijativnom skrbi kod pacijenata s karcinomom, no palijativna skrb potrebna je i pacijentima koji boluju i od nemalignih bolesti (WHO, 2014).

Posljednjih se godina Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) usmjerila na zarazne bolesti, tuberkulozu, HIV/AIDS, a cilj joj je i rješavanje ostalih nezaraznih bolesti poput kongestivnoga zatajenja srca, cerebrovaskularne bolesti, neurodegenerativnih poremećaja, kronične respiratorne bolesti, tuberkuloze otporne na lijekove i bolesti ljudi starije životne dobi (WHO, 2014).

Izraz „za život opasna ili degenerativna bolest“ obuhvaća bolesti koje zahvaćaju široku populaciju pacijenata različite životne dobi te različitih dijagnoza, koje smanjuju očekivani vijek ili štetno utječu na svakodnevno funkcioniranje pacijenta (Brkljačić, 2013).

Međutim, ostaje velika nezadovoljena potreba za palijativnom skrbi za te kronične zdravstvene probleme koji ograničavaju život u većini dijelova svijeta. Za takva je stanja potrebna palijativna skrb koju bi s globalnom zajednicom trebalo uključiti u

spriječavanje ranoga mortaliteta zaraznih i nezaraznih bolesti kao i prevenciju tih stanja (WHO, 2014).

Ciljevi i težnje palijativne skrbi su: unapređenje kvalitete i smanjenje varijacija u novim i postojećim programima, razvijanje i poticanje kontinuiteta skrbi u raznim okruženjima, omogućavanje partnerske suradnje među programima palijativne skrbi, komunalnih hospicija te širokoga spektra drugih zdravstvenih okruženja, omogućavanje razvoja i kontinuiranoga poboljšanja programa kliničke palijativne skrbi, uspostava jedinstveno prihvaćenih definicija bitnih elemenata u palijativnoj skrbi koji unapređuju kvalitetu, dosljednost i pouzdanost skrbi, uspostava nacionalnih ciljeva za dostup kvalitetnoj palijativnoj skrbi, njegovanje, inicijativa mjerenja i poboljšanje kvalitete (Radbruch, 2009).

Palijativna skrb najčešće se odvija u kući bolesnika, ali, osim kuće bolesnika, palijativna skrb primjenjuje se i u ustanovama poput domova umirovljenika, domova za starije i nemoćne ili hospicija (hospicijska skrb). Pacijenti trebaju imati mogućnost koja je u skladu s njihovim osobnim zahtjevima i potrebama jer se palijativna skrb pruža prije, za vrijeme i nakon hospitalizacije (Brkljačić, 2013).

Velika većina osoba kojima je potrebna palijativna skrb radije ostaje kod kuće, stoga je medicinski i etički neophodno da se palijativna skrb pruža u zajednici, kao dio primarne zdravstvene zaštite. Nije ni moguće ni potrebno da stručnjaci za palijativnu skrb pružaju većinu palijativne skrbi i ublažavaju simptome. Pružatelji primarne zdravstvene zaštite s osnovnom obukom za palijativnu skrb i ublažavanjem simptoma mogu učinkovito odgovoriti na većinu potreba palijativne skrbi i organizirati prelazak na višu razinu skrbi kada je to potrebno. Naglasak treba dati kontinuitetu skrbi, poštovanju vrijednosti pacijenata, jednakom pristupu uslugama i pažnji ne samo prema pacijentima, već i prema njihovim obiteljima (WHO, 2016).

2.1.1. Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj

Tijekom 1994. godine započeo je hospicijski pokret „Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi“, a iste je godine osnovano i Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb (HDHPS). Društvo prijatelja nade osnovano je 1997. godine, a Hrvatsko društvo prijatelja hospicija osnovano je 1999. godine kao potpora

HDHPSU-u. Također, održan je i prvi tečaj za multidisciplinarne dobrovoljce u pet modula čiji je cilj bio započeti s prvim kućnim hospicijskim posjetima od kojih su prvi kontakti s pacijentima ostvareni u Domu za starije i nemoćne „Centar“. Regionalni hospicijski centar otvoren je 2002. godine (Lončar i sur., 2018).

Palijativna skrb regulirana je 2003. godine Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Omogućeno je osnivanje ustanove za palijativnu skrb koju čine: multidisciplinarni tim (medicinska sestra, doktor, fizikalni terapeut i socijalni radnik), ambulanta za bol, ambulanta za palijativnu skrb i dnevni hospicijski boravak (Lončar i sur., 2018).

Palijativna skrb, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine, navedena je kao jedna od mjera zdravstvene zaštite i uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite u djelatnosti Domova zdravlja što bi značilo da Dom zdravlja mora osigurati palijativnu skrb ako nije drukčije uređeno. Definiran je sastav interdisciplinarnoga palijativnog tima kućnih posjeta kojega čine medicinska sestra, liječnik, fizikalni terapeut, ljekarnik, socijalni radnik s posebnom edukacijom za umirućega pacijenta te duhovnik. Također, definirana je Ustanova za palijativnu skrb u čijem su sastavu aktivne i ambulate za bol i palijativnu skrb, dnevni boravak i palijativna skrb. U prosincu 2004. godine stupa na snagu Zakon o zaštiti prava pacijenata u kojemu se nalazi pravo pacijenta na palijativnu skrb. U zakonu se definira pojam pacijenta. Pacijentom se smatra svaka zdrava ili bolesna osoba koja zatraži ili joj se pruža određena usluga ili mjera s ciljem prevencije bolesti, čuvanja ili unapređivanja zdravlja, liječenja, pružanja rehabilitacije ili zdravstvene njege. Prema tome zakonu svakomu pacijentu garantira se jednaka, kvalitetna, kontinuirana i individualna zdravstvena zaštita prema općim prihvaćenim etičkim načelima, stručnim standardima uz poštovanje pacijentovih osobnih stavova. Zakon o zaštiti prava pacijenata opisuje da se načelo humanosti ostvaruje osiguranjem mentalnoga i fizičkoga integriteta pacijenta (Brkljačić, 2013).

Palijativna skrb u Čakovcu bilježi svoje početke 2007. godine. U Međimurskoj županiji 2010. godine osniva se udruga „Pomoć neizlječivima“. Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (CEPAMET) osnovan je 2010. godine. U Domu zdravlja Osijek 2011. godine otvorena je ambulanta za palijativnu medicinu, iste godine sa svojim radom započinje nevladina udruga Palia – Centar (Đorđević i sur., 2014).

Formiranje nacionalne strategije u kojoj trebaju biti uključene socijalna, lokalna, regionalna i crkvena zajednica započinje opsežnije 2012. godine (Lončar i sur., 2018). Proces izrade strateškoga plana te pravni okviri razvoja organizacije palijativne skrbi započinje 2012. godine (Đorđević i sur., 2014). Također 2012. godine u Rijeci se otvara prvi hospicij u Hrvatskoj „Marija Krucifiksa Kozulić“. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u RH usvaja se 2013. godine (Lončar i sur., 2018). Tijekom 2013. godine osniva se Centar za koordinaciju palijativne skrbi Osječko-baranjske županije, volonterski palijativni koordinacijski tim „Lipa“ u Pakracu i Povjerenstvo za palijativnu skrb u Čakovcu te od iste godine djeluje i mobilni palijativni tim (liječnik i medicinska sestra) za pružanje palijativne skrbi pacijentima kod kuće (Đorđević i sur., 2014). Od 2014. do 2016. godine strateški plan razvoja palijativne skrbi omogućio je ujednačen pristup razvoju palijativne skrbi u cijeloj RH te dao smjernice za razvoj pojedinih koncepata palijativne skrbi (Ministarstvo zdravstva, 2017).

RH od 2012. do 2020. godine donosi uspostavu Palijativne skrbi koja je sastavni dio Nacionalne strategije razvoja zdravstva, a koja je u skladu s Bijelom knjigom o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi (Ministarstvo zdravstva, 2017). Za uspješan razvoj palijativne skrbi važna je uspostava novih načina rada i povezivanje svih razina zdravstvene zaštite (Đorđević i sur., 2014).

2.1.2. Palijativna skrb u Istarskoj županiji

Od 2005. godine u Istarskoj županiji djeluje volonterski tim za palijativnu skrb u „Ligi protiv raka“ u kojemu se članovi tima kontinuirano osposobljavaju za palijativnu skrb.

U Istarskoj županiji utvrđena je sve veća potreba za palijativnom skrbi jer godišnje premine 2000 ljudi, oko 50 % pacijenata premine kod kuće, od kojih 580 premine od raka. Palijativna skrb u Istarskim domovima zdravlja započinje 2011. godine s pilot-projektom kojemu je cilj pružati palijativnu skrb ne samo pacijentima, nego i članovima obitelji. U sufinanciranju razvoja palijativne skrbi sudjeluje Istarska županija. Tijekom 2012. godine započinje edukacija zdravstvenih i socijalnih radnika. Palijativna djelatnost Istarskih domova zdravlja uspostavila je suradnju s Općom bolnicom Pula. Postignuta je suradnja s bolničkim odjelima te uspostavljeno je

planirano otpuštanje pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb. Zbog sve veće potražnje palijativne skrbi, pružanje i organizacija palijativne skrbi velik je izazov koji zahtijeva konstantno nadograđivanje i timski rad (Franinović Marković i sur., 2012).

U Istarskim domovima zdravlja Projektni tim palijativne skrbi Istarske županije čine predstavnici svih struktura koji indirektno ili direktno sudjeluju u oblikovanju skrbi palijativnoga pacijenta. Uloga toga tima je donošenje odluka o palijativnoj skrbi ovisno o mogućnostima i resursima te praćenje postignutih ciljeva. Za projektni tim palijativne skrbi nije potrebna supervizija članova tima (Đorđević i sur., 2014).

Djelatnost za palijativnu skrb u Istarskoj županiji utemeljena je 2012. godine. Oblik rada koji je odabran za pružanje skrbi bio je Specijalistički mobilni palijativni tim (SMPT) (Đorđević i sur., 2014). Obiteljski liječnik, ovisno o potrebama palijativnoga pacijenta, aktivira palijativni tim. Medicinska hijerarhija u timu nije izražena, svi bi članovi tima nakon obavljenoga kućnog posjeta trebali imati uvid u medicinsku, socijalnu, duhovnu i psihološku anamnezu, nalaze i potrebe bolesnika i njegovatelja. Različiti pružatelji skrbi čine tim koji djeluje u domu palijativnoga pacijenta.

Važno je napomenuti da je potrebna supervizija članova SMPT tima. Supervizija tima važna je za uspješnost rada tima, ali i za osobni rast pojedinca. Važna je psihijatrijska revizija zbog sprječavanja izgaranja, neadekvatne percepcije pacijenta, prepoznavanja osobnih frustracija i neadekvatnoga reagiranja zbog težine posla i čestoga doticaja s pacijentima koji umiru.

Primarnu razinu zdravstvene zaštite u palijativnoj skrbi uključuju dva mobilna palijativna tima s dva koordinatora. Mobilni palijativni tim čini liječnik i prvostupnica sestrinstva, a ugovorenim palijativnim timovima pridružuju se i vanjski suradnici raznih specijalnosti poput neurologa, stomatologa, psihologa, psihijatra, farmaceuta, duhovnika i socijalnoga radnika, dok u Sekundarnu zdravstvenu zaštitu spada bolnička skrb i stacionarni kreveti koje pružaju ugovoreni stacionari Istarskih domova zdravlja u Umagu, Pazinu i Labinu.

U Puli je u tijeku izgradnja zdravstvene ustanove za palijativnu skrb – Hospicij blaženoga Miroslava Bulešića koji bi se trebao sastojati od stacionarnoga dijela s 14 kreveta smještenih u dvokrevetne i jednokrevetne sobe. Osim holističkoga pristupa,

dostupne će biti duhovna, socijalno-psihološka i volonterska pomoć pacijentima i njihovim obiteljima, a predviđa se do 220 pacijenata godišnje (Humski, 2020).

Bez konstantne edukacije u svim granama medicine nema napretka pa tako ni u palijativnoj skrbi. Godine 2015. bila je organizirana I. Konferencija o palijativnoj skrbi s međunarodnim djelovanjem u organizaciji Istarskih domova zdravlja gdje je predstavljen istarski model palijativne skrbi. U cilju poboljšanja i edukacije zdravstvenih i nezdravstvenih radnika nastavljaju se održavati stručni kongresi i simpoziji u suradnji s Istarskim domovima zdravlja (IDZ, 2015). Tijekom 2020. godine, u sklopu Medicinskoga fakulteta u Puli, pokrenut je program cjeloživotnoga obrazovanja „Palijativna skrb s kliničkom praksom“. Program je namijenjen svim zainteresiranima i sastoji se od dva modula – za zdravstvene i nezdravstvene djelatnike (MFPU, 2021).

2.1.3 Organizacija palijativne skrbi

Organizacija palijativne skrbi razvijala se postepeno, ovisno o potrebama palijativnih pacijenata. Zbog holističkoga pristupa pacijentu palijativna skrb primjenjiva je svugdje – u domu pacijenta, bolnici, hospiciju, u domovima umirovljenika te domovima za starije i nemoćne. Kako bi se usluga palijativne skrbi u pružanju palijativnih usluga poboljšala, potrebno je dopuniti pravne akte ustanova u pružanju palijativne skrbi koji štite zdravstvene djelatnike, uspostaviti nacionalni registar palijativnih pacijenata, informatički povezati sve sudionike u palijativnu skrb, nabaviti opremu i pomagala, osigurati i prilagoditi opremu i prostor za pružanje palijativne skrbi koji bi olakšali potrebe palijativnih pacijenata i njihovih obitelji. Također važno je posvetiti se edukaciji timova, ostalih sudionika i laika, kao i izraditi edukacijsko-promotivne materijale (Ministarstvo zdravstva, 2017).

U organizacijske oblike palijativne skrbi koji djeluju u Europi spadaju ambulate – savjetovališta za palijativnu skrb, ambulate za bol, dnevni hospicijski boravci, kućna palijativna skrb, hospiciji, palijativni odjeli u bolnicama i službe žalovanja (Liebert, 2004).

Oblici palijativne skrbi: (1) Hospicij; (2) Palijativni odjeli/bolnički tim za palijativnu skrb; (3) Dnevni hospicijski boravci/dnevna palijativna skrb; (4) Ambulate/savjetovališta

za palijativnu skrb; (5) Ambulante za bol; (6) Službe žalovanja; (7) Kućna hospicijska skrb; (8) Interdisciplinarni tim palijativne skrbi; (9) Mobilni palijativni tim; (10) Posudionica pomagala; (11) Centar za koordinaciju palijativne skrbi/Koordinator za palijativnu skrb u županiji i (12) Volonteri i organizacije civilnoga društva.

Usluge palijativne skrbi pruža multidisciplinarni tim zdravstvenih i nezdravstvenih stručnjaka kojemu je zadaća u potpunosti i na vrijeme informirati pacijenta i članove njegove obitelji o zdravstvenome stanju umirućega. Njihova uloga je olakšati komunikaciju među članovima obitelji, educirati obitelj kako bi pružala adekvatnu skrb i njegu pacijentu, pružanje psihosocijalne i savjetodavne podrške obitelji, učenje verbalizacije osjećaja, učenje nošenja sa stresom, prevladavanje osjećaja napuštenosti i izolacije te pomoći u procesu žalovanja. Jedan od ciljeva je, također, uspostaviti kvalitetniji odnos s umirućom osobom, pokušati sagledati trenutačnu situaciju iz drugačije perspektive, shvatiti značenje smrti, umiranja i bolesti. Teret i odricanja koje doživljava obitelj palijativnoga pacijenta su veliki: od zahtjevnosti njege koja se primjenjuje, povećanih novčanih izdataka, razvijanja svakojakih osjećaja poput tuge, bijesa, reorganizacije obiteljskoga života i privatnoga vremena do pripremanja na smrt člana obitelji i nastavljanja sa životom nakon smrti. Zbog svega navedenoga važno je rasteretiti obitelj s kvalitetnom zdravstvenom skrbi i pravovremenom organizacijom oko njege pacijenta, ali i planiranja vezanih uz smrt (Cicak, 2008).

2.1.4 Korisnici palijativne skrbi

Pretpostavlja se kako izraz „za život opasna ili degenerativna bolest“ obuhvaća široku populaciju pacijenata različite životne dobi te različitih dijagnoza koje štetno utječu na pacijentove svakodnevne funkcije ili pak smanjuju njegov očekivani životni vijek.

Palijativna skrb namijenjena je sljedećoj populaciji:

- terminalno i ozbiljno oboljelim pacijentima koji se najvjerojatnije neće stabilizirati ili oporaviti (teški invaliditet nakon moždanoga udara, posljednji stadij karcinoma);

- pacijentima koji boluju od kroničnih progresivnih bolesti poput neurodegenerativnih bolesti, karcinoma, uznapredovale plućne ili srčane bolesti, demencije, kroničnoga zatajenja bubrega, funkcionalnih oštećenja nakon moždanoga udara;
- pacijentima koji boluju od ozbiljnih, akutnih i po život opasnih bolesti kod kojih je izlječenje zahtjevno i dugotrajno ako uopće dođe do njega te svakako su prisutne zdravstvene poteškoće (leukemija, moždani udar, teške ozljede);
- punoljetnim osobama i djeci koji ovise o skrbi ili koji ovise o terapijama koje ih održavaju na životu, kao i pacijentima koji pate od prirođenih bolesti zbog kojih ne mogu obavljati svakodnevne aktivnosti;
- pacijentima koji boluju od za život ograničavajućih, kroničnih povreda ili drugih teških ozljeda (Brkljačić, 2013).

2.1.5. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb zbog svoje složenosti zahtijeva skupinu ljudi bliskih pacijentu, ali i stručnih suradnika koji pružaju palijativnu skrb i sudjeluju u njoj. Palijativna skrb sastoji se od različitih dimenzija skrbi jer obuhvaća više različitih vrsta skrbi od analize pacijentova stanja, postavljanja dijagnoze, pružanja njege i psihosocijalne procjene i potpore, opskrbe pomagalicama do nefarmakološke i farmakološke terapije. Palijativni tim trebao bi se sastojati od liječnika, medicinske sestre, njegovatelja, fizioterapeuta, psihologa, socijalnoga radnika, radnoga terapeuta, svećenika i volontera. Ovisno o potrebi tim se proširuje i uključuju se različite specijalnosti poput onkologa, kardiologa, pulmologa, neurologa, gastroenterologa, anesteziologa, kirurga, fizijatra i ostalih. Veliku ulogu imaju i volonteri koji svoje slobodno vrijeme provode s pacijentom i njihovim obiteljima pružajući im emocionalnu i praktičnu pomoć (Đorđević i sur., 2014).

2.1.5.1. Interdisciplinarni tim palijativne skrbi

Interdisciplinarni tim sastoji se od liječnika, medicinske sestre, socijalnoga radnika, bioetičara, psihologa, fizijatra, volontera, nutricionista, pripadnika crkve i ostalih stručnjaka koji su potrebni u zadovoljavanju pacijentovih potreba. Interdisciplinarnim

timom možemo nazvati grupu stručnjaka različitih profesija koji zbog zahtjevnoga stanja u kojemu se nalaze palijativni pacijenti pružaju opću i specijaliziranu skrb pacijentima i njihovim obiteljima. Zbog svoga holističkog pristupa pacijentu interdisciplinarnost i multidisciplinarnost tima dio su palijativne skrbi. Cilj palijativne skrbi je pokazati pacijentu da nije sam, zadovoljavanje njegovih psihičkih i fizičkih potreba te poštovanje njegovih želja i autonomije (Brkljačić, 2019).

2.1.5.2. Mobilni palijativni tim

Mobilni palijativni tim čine liječnici specijalisti obiteljske medicine (LOM) s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi i dvije prvostupnice sestrinstva s edukacijom iz palijativne skrbi. Mobilni tim surađuje s ostalim profesionalcima iz primarne zdravstvene zaštite (LOM, medicinskom sestrom iz patronažne službe i medicinskom sestrom iz zdravstvene njege u kući bolesnika). Uloga mobilnoga tima je preuzimanje pacijenta nakon otpusta iz bolnice na kućnu skrb u suradnji s bolničkom ustanovom, koordinatorom za palijativnu skrb i izabranim liječnikom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pružanje palijativne fizičke skrbi, rješavanje zdravstvene problematike i najčešćih simptoma palijativnih pacijenata, pružanje psihosocijalne skrbi i podrške u samoj skrbi i žalovanju pacijentima i njihovim obiteljima u njihovu domu. Vrlo često uz pružanje interdisciplinarnu i multidisciplinarnu palijativnu skrb treba uključiti i ostale članove poput psihologa, duhovnika i socijalnoga radnika (Ministarstvo zdravstva, 2017).

2.1.5.3. Uloga medicinske sestre u palijativnome timu

„Medicinska sestra je samostalni zdravstveni djelatnik čija je osnovna djelatnost zdravstvena njega, a specifični sadržaji njezina rada uvjetovani su brojnim činiteljima“ (Fučkar, 1995).

Gotovo sve medicinske sestre se za vrijeme svoga radnog odnosa susreću s palijativnim pacijentima. Zbog toga razloga sve medicinske sestre trebale bi biti dodatno educirane iz područja palijativne skrbi. Medicinske sestre koje rade u djelatnostima za patronažu, zdravstvenu negu u kući bolesnika, stacionarima, hospicijima te specijalnim odjelima za pružanje palijativne skrbi trebale bi pohađati

konstantnu dodatnu edukaciju za skrb i pružanje zdravstvene njege kod palijativnih pacijenata. Takvom vrstom edukacije medicinska sestra trebala bi poboljšati svoje komunikacijske vještine, sagraditi osobni stav, naučiti nositi se sa svojim emocijama te uspostaviti empatijski odnos s pacijentom i njegovom obitelji (Đorđević i sur., 2014).

Medicinska sestra u palijativnome timu aktivni je sudionik koji s pacijentom utvrđuje njegove potrebe prema njegovoj hijerarhijskoj ljestvici. Za utvrđivanje pacijentovih potreba važno je prikupiti podatke, analizirati ih te definirati problem. Nakon prikupljanja podataka slijedi planiranje zdravstvene njege. Planiranje zdravstvene njege sastoji se od utvrđivanja prioriteta, definiranja ciljeva, planiranja intervencija te izrade plana zdravstvene njege. Kod provođenja zdravstvene njege važna je validacija plana, analiza uvjeta te realizacija planiranih intervencija. Na kraju svega medicinska sestra mora evaluirati cilj i plan, a ako plan nije zadovoljio, proces planiranja zdravstvene njege ponovno se primjenjuje (Fučkar, 1995).

Uloga medicinske sestre je specifična jer upravo ona provodi najviše vremena s pacijentom i njegovom obitelji. Često prva uočava promjene na bolesniku bile one pozitivne ili negativne te obavještava ostale stručne suradnike (Đorđević i sur., 2014).

Medicinska sestra provodi najviše vremena s pacijentom i zato je kao ravnopravna članica tima odgovorna za planiranje i stalnu procjenu pacijentova psihičkoga i fizičkoga stanja kao i prevenciju stanja i komplikacije posljedica dugotrajnoga ležanja. Medicinska sestra treba biti dobra u komunikaciji i u razumijevanju verbalne i neverbalne komunikacije (Brkljačić Žagrović, 2010).

2.1.6. Medicinska etika u palijativnoj skrbi

Etika je filozofska disciplina koja proučava moral. Etika palijativne skrbi usmjerena je prema palijativnim pacijentima, prema načelima istinitosti, dvostrukoga učinka, prevencije, tretmana boli i nenapuštanja (Brkljačić, 2019). Temeljna etička načela poput autonomnosti, pravednosti, dobročinstva, neškodljivosti i povjerenja čine skrb za palijativnoga pacijenta humanom i individualnom. Zbog napretka tehnologije napredovala je i medicinska znanost te doprinijela je tako produženju ljudskoga života, ali je sa sobom donijela novu problematiku i etička pitanja vezana za smrt i

umiranje (Brkljačić Žagrović, 2010). Slijedeći Hipokratova etička načela „činiti dobro, a ne činiti zlo“, nadopunjavaju se s poštovanjem pravde i autonomije pacijenta. Tako treba prihvatiti pacijentove prioritete i prema tome ravnati ciljeve skrbi, kao i poštovati želju neliječenja ako je pacijent izrazi. Žarište palijativne etike je donošenje odluka koje se uvelike razlikuju od kurativne medicine u kojoj se razmatraju radikalne intervencije zbog donošenja vrijednosne prosudbe pacijentove želje ili uvjerenja. Zbog težine donošenja odluka teško je sagledati okolnosti određenoga slučaja, donošenje medicinskih odluka, kliničke okolnosti i etičke implikacije. Medicinska etika palijativne skrbi je područje obilja etičkih tema koja jednim dijelom ima mnoštvo poveznica s drugim područjima zdravstvene skrbi. Razmišljanje o palijativnome bolesniku kao sposobnoj osobi do kraja života, a ne o biološkome ostatku za kojega se više ništa ne može učiniti. Prije svake odluke treba procijeniti pozitivne i negativne ishode liječenja i neliječenja kako bi se izbjeglo beskorisno liječenje, koje šteti pacijentovoj općoj dobrobiti. U radu postoji dinamika među stručnim suradnicima, ali i između pacijenta i njegove obitelji koji iziskuju određene vještine. Svi stručni suradnici trebali bi biti sposobni i znati se nositi s moralnim konfliktima koji se javljaju prilikom rada te zbog toga etika ima važnu ulogu u planiranju, pružanju njege i donošenju odluka. Autonomnost pacijenta temelji se na njegovu samoodređenju i samosvijesti koju medicinski djelatnici trebaju poštovati, čak i u slučaju odbijanja liječenja kada poštujući pacijentovu autonomnost odlučivanja pokazuju svoju etičku zrelost. Temeljne etičke vrijednosti poput dobročinstva i neškodljivosti zahtijevaju minimalnu neškodljivost i maksimalnu dobrobit od osobe koja skrbi za palijativnoga pacijenta, što zna biti psihički i fizički zahtjevno. Razlike u kulturi među pacijentima poput načina života, odgoja, religije, vjerovanja samo su znak da svakomu pacijentu treba pristupiti individualno i otvoreno ga pitati o njegovim potrebama i željama, stoga je komunikacija od velikoga značaja u pružanju palijativne skrbi. Glavno rješenje svih diskusija je načelo pravednosti čiji je cilj riješiti sve različitosti oko stavova, mišljenja i nevjerovanja u pacijentove odluke. Etičko načelo povjerenja važno je zbog izgradnje odnosa između pacijenata i stručnih suradnika. Svaki pacijent ima pravo na privatnost, čuvanje tajne, govorenje istine i ispunjavanje obećanja. Istinitost je temelj u međuljudskim odnosima jer njeguje autonomiju pacijenta i gradi odnos pun povjerenja između pacijenta i pružatelja usluge. Biti iskren vrlo je teško prema palijativnome pacijentu i njegovoj obitelji jer nitko ne voli priopćavati teške vijesti poput neizlječivih bolesti, progresivnih dijagnoza i neizbježne smrti, ali pokušaj

uljepšavanja istine pacijenta može povrijediti i nametnuti patnju pacijentu i obitelji. Načelo terapijske razmjernosti zahtijeva pravednu provedbu između predvidivoga rezultata i primjenjivih sredstava. Dvostruka odgovornost ublažavanja patnje i čuvanja života ovise o rizicima i pogodnostima terapije, uzaludnosti i korisnosti određenih mjera o kojima se vodi računa, kao i cijeni odlučenoga. Načelo nenapuštanja predstavlja jedan vid empatičke komunikacije između pacijenta i medicinskoga osoblja. Važno je da se pacijent izrazi o svojim konačnim odlukama. Nenapuštanje se najčešće odnosi na neostavljanje pacijenta samoga bez obzira na njegovu odluku koja u terminalnoj fazi često bude odbijanje terapije iako se to možda s medicinske strane tumači kao neprikladno. Palijativna skrb brine se za pacijenta do njegove prirodne smrti, ne dopušta niti eutanaziju niti distanaziju, ona ne ubrzava smrt (Brkljačić, 2019).

2.1.7. Uloga obitelji u palijativnoj skrbi

Umiranje i smrt izazovni su događaji u kojima sudjeluju članovi obitelji i umiruća osoba. Smrt je normalna sastavnica života. Tijekom povijesti, u posljednjem razdoblju života kada medicina više nije ništa mogla učiniti za pacijenta, osoba bi primala podršku i pomoć od svoje obitelji te cijela bi se obitelj zajedno pripremala za smrt u svome domu. Jedan od ciljeva palijativne skrbi je uključiti obitelj što mijenja odnose unutar obitelji, samo funkcioniranje obitelji i cijelu obitelj stavlja na kušnju. Iako je sve više prisutna društvena skrb o palijativnim pacijentima, pojedine osobe su primorane pružati palijativnu skrb u svome domu zbog nedovoljnih financijskih sredstava, manjka smještajnoga palijativnog kapaciteta u određenim sredinama, ali i same želje pacijenta. Palijativna skrb smatra kako nema dobre smrti za palijativnoga pacijenta bez sudjelovanja njegove obitelji što mu omogućava dostojanstvenu i kvalitetnu smrt. Palijativna skrb je također važna kako bi oporavak obitelji nakon smrti pacijenta bio brži. Postoje različiti mehanizmi obrane poput prihvaćanja ili negiranja koji za posljedicu imaju nedovoljno suočavanje s vlastitom smrću (Čukljek, 2005).

Neprihvatanje smrti čest je razlog za smještanje palijativnoga pacijenta u ustanovu. Potrebna je stručna pomoć koja bi naučila obitelj i umirućega nositi se sa svojim osjećajima i verbalizirati emocije kako bi se omogućila cjelovita i pravovremena

priprema za smrt čime bi se moglo omogućiti poštovanje umirućega, kao i zbližavanje članova obitelji (Cicak, 2008).

Čovjek je društveno biće koje zahtijeva obiteljsku podršku ili prisutnost bliske osobe kako bi osjetio ljubav i privrženost te time smanjio nemir, strah i napetost što umirućem daje posebnu unutarnju snagu. Pomisao da je član obitelji napustio umirućega povezana je s osjećajem stida, krivnje ili tuge te ostavlja umiruću osobu u agoniji i nemogućnosti posljednjega oproštaja od te osobe (Cicak, 2008).

Ljudi pridodaju veliku važnost posljednjem trenutku života i zbog toga je prisutnost obitelji u zadnjim danima života od velikoga značaja jer stvara osjećaj pripadnosti, autonomnosti, pripremu i planiranje nedovršenih poslova. Stoga je prisutnost u zadnjim danima života i u trenutku smrti važna za članove obitelji jer omogućava ispunjavanje dužnosti prema umirućem i tako ga dostojanstveno prati u smrt (Cicak, 2008).

2.2. Prehrana kod palijativnih pacijenata

Prehrana je važna za održavanje imunološkoga sustava i smanjenje rizika od infekcija, brže zacjeljivanje rana i tkiva, bolje podnošenje bolesti i liječenja te povećanje kvalitete života. Glavni cilj prehrane u palijativnoj skrbi je poboljšanje kvalitete života. Smjernice koje se preporučuju zdravoj osobi, uvelike se razlikuju od preporuka za oboljelu osobu. Svaka prehrana je individualna ovisno o bolesti i tegobama pojedinca (Adelaide Hills Community Health Service, 2012).

Hrana u palijativnoj skrbi pacijenta služi kao važna potporna terapija. Vrlo često obitelj i pacijent smatraju da će određena hrana možda moći i izliječiti bolest. U tim razgovorima treba biti realan i osvijestiti obitelj i pacijenta da hrana služi isključivo kao potporna terapija, da olakša određene tegobe, a samim time i život samoga pacijenta. Izuzetno je važno pratiti prehrabene navike pacijenta jer uz svu ostalu terapiju koju može primati, apetit se može značajno smanjiti. Pretpostavka je da medikamentna terapija ima maksimalan učinak samo ako je uključena adekvatna potpora kroz hranu. Kod palijativnih pacijenata prate se prehrabene navike, odnosno unose li pacijenti dovoljne količine hrane oralnim putem. Pratiti se može i redovitom provjerom tjelesne mase kod pokretnih pacijenata, a kod slabije pokretnih

ili nepokretnih pacijenata koriste se posebne tehnike mjerenja antropometrijskih osobina koje su posebno objasnili Chumlea i suradnici, a koju podržava i Svjetska zdravstvena organizacija (Chumlea i sur., 1987; WHO, 1995). Takve tehnike mjerenja omogućavaju procjenu visine i težine osobama kojima to nije moguće izravno izmjeriti. Za specifičnu populaciju koriste se posebne regresijske jednadžbe, ali potreban je poseban oprez pri njihovu odabiru.

Ako je moguće, bilo bi dobro da pacijent pokuša održati svoju tjelesnu masu. Preporučuje se što duže hranjenje oralnim putem. Osnovni postulat kliničke prehrane danas glasi „ako je crijevo u funkciji, koristi se njime“ (Krznačić i sur., 2011). Ako hranom pacijent ne može zadovoljiti svoje energijske i nutritivne potrebe, mogu se preporučiti enteralni pripravci. Kada pacijent ne može zadovoljiti svoje energijske i nutritivne potrebe iz brojnih razloga kao što je i nemogućnost samostalnoga hranjenja, a probavni sustav funkcionira, liječnik može procijeniti je li potrebno postaviti sondu. Kao zadnja opcija ostaje parenteralna prehrana koja sa sobom nosi brojne rizike.

2.2.1. Procjena energijskih i nutritivnih potreba

Kod palijativnih pacijenta važno je pratiti tjelesnu masu kako bi se vidjelo postoji li rizik od pothranjenosti. Ako postoji, potrebno je djelovati na vrijeme i osigurati adekvatan unos energije i nutrijenata ako je moguće oralnim putem.

Postoje razne formule za izračunavanje energijskih potreba pojedinca, a među jednostavnijima je preporuka da se potreban energijski unos računa kao umnožak 20 – 35 kcal s tjelesnom masom pacijenta uz korekciju odnosno dodatno povećanje 20 – 40 % ovisno o samoj težini bolesti (Krznačić, 2011).

Iako se na jednostavan način mogu izračunati energijske potrebe pacijenta, vrlo često pacijent te iste potrebe ne može zadovoljiti te važno je zato pratiti i dalje procijeniti postoji li potreba za primjerice enteralnim pripravcima.

Kako palijativni pacijent može imati različite bolesti, samim time treba prilagođavati i njegove nutritivne potrebe. Za takvu procjenu u timu palijativne skrbi trebalo bi imati ili nutricionista ili prvostupnicu/magistru sestrinstva dodatno educiranu na području prehrane kako bi mogla prenijeti korisne informacije pacijentu i obitelji.

Kada bi se gledale neke specifičnosti, vrlo vjerojatno bi većini palijativnih pacijenata trebao blago povišen unos bjelančevina. S obzirom na to da visok unos bjelančevina potencijalno može uzrokovati i dehidraciju, važno je osvijestiti pacijente i njihove obitelji o adekvatnome unosu tekućine.

Sve ostale specifičnosti vezane uz nutritivni status kao i uz eventualnu potrebu unosa dodataka prehrani potrebno je procijeniti individualno.

2.2.2. Simptomi kod palijativnih pacijenata koji se mogu ublažiti adekvatnom prehranom

Palijativni pacijenti susreću se s brojnim simptomima bolesti ili terapije koji se mogu potencijalno ublažiti adekvatnom prehranom. U savjetovanju pacijenta i obitelji veliku ulogu ima i medicinska sestra/tehničar koji su u čestom doticaju s pacijentom i obitelji te može pružiti jednostavne i korisne savjete vezane uz prehranu. U tu svrhu izdvojeni su najčešći simptomi, odnosno najčešća pitanja s kojima se susreću medicinske sestre/tehničari u svome radu. Neki od tih simptoma su: kaheksija i anoreksija, opstipacija i konstipacija, mučnina i povraćanje, promjene okusa i mirisa, dijareja, disfagija, dispepsija, štućavica, intestinalna opstrukcija, suhoća i bol u ustima/grlu, kašalj, dekubitusi i umor.

2.2.2.1 Kaheksija i anoreksija

Kaheksija se kod bolesnika očituje izraženim nenamjernim gubitkom tjelesne mase neovisno o adekvatnome energijskom unosu, anoreksijom, gubitkom masnoga i potkožnoga tkiva, astenijom, anemijom, hiperlipidemijom i ostalim metaboličkim poremećajima (Lončar i sur., 2018).

Početni simptomi kaheksije su punoća i nadutost u trbuhu, promjene okusa i suhoće u ustima te osjećaj napetosti. Svrha liječenja malnutricije i kaheksije je nadoknada gubitka te sprječavanje daljnjega gubitka mase. Najčešće se primjenjuju dva načina prehrane: enteralni i parenteralni kojima je cilj osigurati sve nutritivne elemente i povećan unos kalorija. Kaheksija prati terminalne bolesti, ali je izraženija od

posljedica manjkavoga unosa hrane, a stanje se ne popravlja s povećanim unosom hrane. Kod nekih pacijenata kaheksija pridonosi dispneji (Čukljek, 2005).

Anoreksija je poremećaj mehanizma kontrole prehrane koji ponajprije nastaje zbog gubitka apetita zbog čega bolesnik uzima manje količine hrane. Anoreksija pojačava kaheksiju, ali joj anoreksija kao takva nije glavni uzrok. Najčešće nastaju kao posljedica primarne bolesti zbog disfagije, promjene okusa, boli, opstrukcije probavnoga sustava ili poremećaja osjećaja sitosti. Također može nastati zbog emocionalnoga stresa povezanoga s postupcima liječenja (Lončar i sur., 2018).

Medicinska sestra trebala bi u savjetovanju usmjeriti pacijenta i obitelj da osiguraju hranu koju pacijent voli te, po potrebi, uključiti nutricionista u planiranje jelovnika. Potrebno je, u dogovoru s pacijentom, napraviti raspored obroka, a preporučuje se više manjih obroka (Čukljek, 2005). Pacijenta treba smjestiti u adekvatan položaj, ovisno o njegovu zdravstvenome stanju i obliku hranjenja, ali najčešće se pacijenta postavlja u Fowlerov ili semi-Fowlerov položaj (Mrzljak i sur., 2018) koji omogućava bolju drenažu dišnih putova i najbolju plućnu ventilaciju (Karanović i sur., 2011). Prema uputi liječnika primjenjuje se enteralna i parenteralna prehrana, pacijenta se potiče na unos tekućine te održavanje njege usne šupljine prije i poslije obroka. Po preporuci liječnika primjenjuju se lijekovi poput kortikosteroida, progestogena, antiemetika i analgetika (Čukljek, 2005).

Jedna od preporuka za pacijente su učestaliji obroci, visokoenergijski i visokoproteinski, obavezni međuobroci i obrok prije spavanja. Poželjno je stvoriti ugodnu atmosferu uz obroke kao i poticati pacijenta na uzimanje obroka. Da bi se pacijenta potaknulo na jelo, preporučuje se priprema pacijentove omiljene hrane kao i konzumacija 1/3 energijskoga unosa tijekom doručka zbog pretpostavke da je apetit najbolji ujutro. Preporučuje se konzumacija deserta koji su bogati energijom i nutrijentima kao i konzumiranje oralnih dodataka prehrani. Uz sve navedeno, ako je moguće, preporučuje se lagana prilagođena tjelesna aktivnost 5 – 10 minuta, do 30 minuta prije obroka kao i vođenje dnevnika o unosu hrane i tjelesnoj aktivnosti (Šamija, 2012).

2.2.2.2 Opstipacija i konstipacija

Opstipacija predstavlja odsutnost spontanoga pražnjenja stolice, dok konstipaciju obilježava tvrda, suha i oskudna stolica, često uz osjećaj otežanoga i nepotpunoga pražnjenja. Glavni razlozi spomenutih stanja su nedovoljna tjelesna aktivnost, smanjen unos tekućine i hrane siromašne vlaknima, nuspojave citostatika, opijata, antidepresiva, antacida i antiemetika. Takvi simptomi javljaju se u 45 – 60 % palijativnih bolesnika, dok se u 90 – 95 % slučajeva javlja kod palijativnih bolesnika koji se koriste opijatima u svojoj terapiji (Lončar i sur., 2018).

Za sprječavanje i ublažavanje konstipacije važan je dovoljan unos tekućine. Pacijentu bi se trebalo preporučiti da se konzultira s liječnikom jer određena stanja mogu uzrokovati lijekovi. Pacijentima se savjetuje redovita hidracija unošenjem dovoljne količine tekućine (1,2 do 2 litre dnevno). Jedna od preporuka je i uzimanje toploga napitka 30 do 60 minuta prije uobičajenoga vremena za defekaciju (Šamija i sur., 2012).

Pojam tekućina uključuje vodu, juhe, variva, sokove, mlijeko, pića, kompote i čajeve. Ukupan preporučeni unos tekućine podrazumijeva i tekućine iz hrane i tekućine iz pića. Namirnice poput kave i alkohola trebalo bi ograničiti jer uzrokuju gubitak vode dok uključivanje hrane bogate vlaknima i prirodnih laksativa poput suhih šljiva i smokava, psyllium praha, mekinja, integralnih žitarica i njihovih proizvoda, voća, povrća, maslinovog ulja i vode obogaćene magnezijem može poboljšati pražnjenje crijeva (Šamija i sur., 2012).

Ako je moguće, ovisno o stanju u kojemu se nalazi pacijent, preporučuje se bilo kakvo kretanje, okretanje na bok, razgibavanje i vježbanje koje potiče peristaltiku crijeva (Adelaide Hills Community Health Service, 2012).

Ako promjenama u prehrambenim navikama nije moguće postići adekvatno pražnjenje crijeva, preporučuje se uvođenje medikamenata. Terapija laksativima je individualna i trebala bi biti prilagođena svakomu bolesniku (Lončar i sur., 2018).

2.2.2.3 Mučnina i povraćanje

Mučnina je subjektivan i neugodan osjećaj potrebe za povraćanjem, a povraćanje je izbacivanje želučanoga sadržaja uzrokovano nevoljnom kontrakcijom ošita i abdominalne muskulature dok je glatka muskulatura donjeg sfinktera jednjaka i želučanoga fundusa relaksirana (Lončar i sur., 2018). Mučnina najčešće prethodi povraćanju, a većina pacijenata ih doživljava kao jednu od najtežih komplikacija liječenja jer mogu trajati danima: do 24 sata nakon kemoterapije i odgođeni koji se javljaju nakon 24 sata od kemoterapije (Šamija, 2012).

Organi zaslužni za mučninu i povraćanje su mozak i gastrointestinalni trakt. Različiti su razlozi zbog kojih pacijent može osjetiti mučninu ili povraća. Mučnina može spriječiti osjećaj gladi, a može biti uzrokovana tjeskobom, lijekovima ili liječenjem što opet utječe na osjećaj gladi, dok prazan želudac može pojačati mučninu i osjećaj slabosti. Pacijentu se preporučuje, ako koristi lijekove protiv mučnine, da ih uzima prema uputi liječnika. Pacijentu se može preporučiti sporija konzumacija hrane i tekućine, konzumacija hladne hrane ili hrane sobne temperature, manjih i učestalijih obroka, konzumacija grickalica tijekom dana poput badema i đumbira koji ublažavaju mučninu i povraćanje. Također, može mu se preporučiti i ispijanje hranjivih tekućina poput mliječnih napitaka, voćnih sokova, čaj od đumbira, izbjegavanje masne i jako začinjene, pržene hrane, pogotovo dok je prisutna mučnina, i izbjegavanje jakih mirisa hrane. Preporučuje mu se i izbjegavanje kuhanja, s obzirom na to da može potaknuti nastanak mučnine (Adelaide Hills Community Health Service, 2012).

Neke od mjera kojima se pacijenti mogu koristiti su uzimanje antiemetika 30 – 60 minuta prije konzumacije hrane, jesti jedan sat nakon uzimanja tekućine, izbjegavati mirisanje hrane, gledanje hrane i razmišljanje o hrani dok se ne jede. Dok se kod pacijenta ne osjeća mučnina, preporučuje se konzumiranje visokoproteinskih i visokoenergijskih napitaka i namirnica. Idealno bi bilo da pacijent drži glavu uspravno i da može biti u uspravnom položaju makar 1 – 2 sata nakon jela te da se nakon jela odmori. Ako pacijent može, preporučuje se izlaženje na svjež zrak, nošenje komotnije i laganije odjeće kao i primjenjivanje različitih tehnika relaksacije. Pacijentima koji su u ciklusima kemoterapije preporučuje se konzumiranje laganoga obroka prije kemoterapije, tako da pacijent nije natašte, a ako se predviđa duže

trajanje kemoterapije, pacijentu se preporučuje ponijeti lagani obrok sa sobom ili da bolnica osigura adekvatan obrok (Šamija, 2012).

2.2.2.4 Promjene okusa i mirisa

Neki lijekovi utječu na ogranke njušnoga živca i okusne pupoljke što utječe na smanjen osjećaj mirisa i okusa zbog čega hrana može izgubiti svoj okus i postati bezukusna.

Hrana bogata bjelančevinama poput mesa često može imati metalan i gorak okus. Ako meso ima neugodan miris ili okus, pacijenti trebaju izabrati drugi izvor bjelančevina. Kod metalnoga okusa u ustima preporučuje se uzimanje osvježavajućih bombona među obrocima kako bi se poboljšao okus u ustima. Prilikom pripreme hrane preporučuje se korištenje ananasa ili konzumiranje soka od ananasa uz obrok jer neutralizira okus i olakšava probavu bjelančevina. Korištenje različitih marinada i začinskoga bilja također će poboljšati okus hrane te time će se smanjiti konzumacija soli i aditiva. Također kod metalnoga okusa u ustima preporučuje se korištenje plastičnoga ili drvenoga pribora za jelo umjesto metalnoga. Hrana, nakon što je pripremljena, može se prije posluživanja prebaciti u keramičko posuđe. Važno je i održavanje pravilne higijene usne šupljine i održavanje usne šupljine čistom, pogotovo tijekom i nakon kemoterapije.

Kod nekih pacijenata moguća je pojava naslaga na jeziku i na sluznici usne šupljine koja može uzrokovati neugodan okus hrane. Postoje različiti preparati u ljekarnama, ali naslage se mogu skinuti i otopinom koju pacijenti mogu napraviti kod kuće. Primjerice u 450 mililitara mlake vode doda se 1 žličica sode bikarbone te nježno se komadićem gaze ili četkicom očiste jezik i usna šupljina (Šamija, 2012).

Ako su prisutne ranice u ustima, ne preporučuje se korištenje štapića za njegu usne šupljine koji sadrže aromu limuna jer pacijenti znaju osjetiti peckanje u ustima kao ni konzumacija jakih i paprenih začina.

2.2.2.5 Dijareja

Dijareja se pojavljuje u 7 – 10 % palijativnih bolesnika, karakterizirana je s tri ili više stolica na dan koje prate osjećaj napetosti, nelagode i hitnosti. Također dijareja kod palijativnih bolesnika može biti posljedica radioterapije, kemoterapije, loše regulirane terapije laksativima, antibioticima, antacidima, nesteroidnim antireumaticima te kao i malapsorpcijom, impakcijom fekalnih masa, insuficijencijom gušterače, gastrektomijom i resekcijom želuca pa čak i infekcijom bakterija poput *Clostridium difficile* (Lončar i sur., 2018).

Kod oštećenja sluznice crijeva javlja se i osjećaj nadutosti, grčevi, vjetrovi i dijareja. Za vrijeme dijareje smanjena je apsorpcija vode, mineralnih tvari i vitamina zbog brzoga prolaska hrane kroz crijevo zbog čega pacijent može dehidrirati. Kod gubitka veće količine vode i elektrolita pacijent se treba hitno obratiti liječniku (Šamija i sur., 2012).

Kod liječenja dijareje najvažnija je oralna ili parenteralna rehidracija. Kod oralne rehidracije primjenjuju se blage izotonične otopine koje sadrže natrij, kloride, kalij, bikarbonate, citrate, glukozu, a ponekad i aminokiselinu glicin. Kod parenteralne nadoknade primjenjuju se 0,9 % otopine natrijeva klorida, 5 – 10 % otopina glukoze ili Ringerova otopina. Daju se antimotilitetni lijekovi koji usporavaju pasažu crijevnoga sadržaja i adsorbensi poput medicinskoga ugljena i kolestiramin koji imaju i antimikrobni učinak. Infekcijske dijareje liječe se antibioticima (Lončar i sur., 2018).

Preporuke za pacijente s dijarejom su da privremeno smanje unos hrane bogate vlaknima odnosno da smanje unos integralnih žitarica i njihovih proizvoda te voća i povrća. Pacijenti trebaju obratiti pozornost na to kako reagiraju na namirnice koje sadrže laktozu (mlijeko i mliječni proizvodi) jer intolerancija laktoze također može biti uzrok proljeva.

Pacijentima se preporučuje nadoknada tekućine i elektrolita. Za nadoknadu natrija preporučuje se konzumiranje nemasnih i bistrih juha od mesa i povrća dok se za nadoknadu kalija preporučuje konzumiranje kuhanoga krumpira, banana, breskvi i marelica. Za nadoknadu tekućina preporučuju se čajevi poput čaja od šipka ili konzumiranje pića za sportaše zbog većih količina elektrolita. S druge strane trebalo bi izbjegavati ili smanjiti unos napitaka koji sadrže kofein (energijski napitci, kava,

zeleni i crni čaj). Savjetuje se korištenje hrane koja smanjuje broj stolica poput bijele riže, tjestenine, bijeloga kruha, krumpira, lešo kuhana mesa piletine, puretine bez kože, govedine, teletine, bijele ribe, sirove naribane jabuke. Trebalo bi smanjiti unos vlakana u prehrani i hrane koja nadima, posebice masnu, jako začinjenu, prženu hranu, slatku hranu, zašećerene napitke, sirovo voće i povrće, sjemenke, integralne žitarice, sušeno voće, orašasto voće kao i mliječne proizvode i mlijeko jer mogu dovesti do pogoršanja dijareje (Šamija i sur., 2012).

U što kraćem roku, po smirivanju simptoma, potrebno je vratiti se uobičajenoj uravnoteženoj prehrani.

2.2.2.6 Disfagija

Disfagija je otežano gutanje koje se očituje kao otežani prolazak hrane ili tekućine kroz usta, ždrijelo i jednjak. Javlja se u 10 – 20 % palijativnih pacijenata kao posljedica tumora, dehidracije, hiperkalcijemije, kemoterapije i radioterapije. Nakon uspostavljanja dijagnoze i ovisno o napredovanju bolesti zbog nutritivnih potreba, bez obzira na to što peroralni način prehrane ima prednost, zna se uvesti nazogastrična sonda (NGS), perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) ili središnji venski kateter (CVK).

Pacijentima se preporučuje razgovor s liječnikom, posebno ako se jave simptomi poput boli. Preporučuje se tekuća, kašasta hrana odgovarajuće konzistencije i prehrambene vrijednosti. Idealna temperatura hrane je 35 – 37 °C te najbolje je izbjegavati jako vruću ili hladnu hranu i piće, a obroke treba rasporediti u pet ili više obroka dnevno. Trebalo bi izbjegavati grubu, kiselu, začinjenu, vrlo slanu hranu te alkoholna i gazirana pića (Adelaide Hills Community Health Service, 2012).

2.2.2.7 Dispepsija

„Dispepsija je osjećaj boli ili neugode u gornjem dijelu trbušne šupljine koji često recidivira. Može se opisati izrazima loša probava, napuhnutost, brzo zasićenje hranom, postprandijalna punoća, osjećaj nagrizanja ili pečenja“ (MSD, 2014).

Pojavljuje se kod uznapredovale zloćudne bolesti. Preporučuje se uzimanje manjih laganih obroka te izbjegavanje alkohola i pušenja (Lončar i sur., 2018).

Kod dispepsije mogu se primijeniti prehrambeni savjeti slični onima kao kod mučnine, povraćanja i disfagije. Obroci trebaju biti lagani i neutralni za probavu. Osim izbora namirnica treba obratiti pažnju i na način pripreme namirnica, ali i na teksturu hrane. Pacijentima se može preporučiti češće konzumiranje kašaste hrane, međuobroka u obliku frappea ili *smoothija*, kosanoga ili miksana mesa, pirea i slično. Pacijentima se po potrebi mogu preporučiti i dodaci prehrani kao što su probiotici.

2.2.2.8 Štucavica

Štucavica je ponavljano, nevoljno grčenje ošita nakon kojega dolazi do iznenadnoga zatvaranja glotisa, koji nadzire ulazak zraka i uzrokuje karakterističan zvuk. Do štucanja dolazi nakon podražaja aferentnih ili eferentnih živaca ošita ili medularnih centara koji nadziru dišne mišiće, osobito ošit. Prolazna štucavica je često posljedica, rastezanja želuca, uzimanja alkohola, gutanja vrućih ili nadražujućih tvari (MSD, 2014), uremija, iritacija dijafragme, hepatomegalija i aerofagija. Liječi se ispijanjem hladne vode, zaustavljanjem daha, masažom nepca, lijekovima za smanjenje nadutosti i anksioliticima (Lončar i sur., 2018). Hlapljivost dovodi do grča mišića dijafragme, zbog toga se preporučuje polakše hranjenje i manji obroci. Pacijentima treba obratiti pažnju na to da si uzmu dovoljno vremena za obrok i jedu smireno i svjesno. Jedna od preporuka koja se koristi u praksi je fizičko stiskanje tijela kao kod boli abdomena (postavljanje tijela u položaj fetusa) i disanje u kartonsku vrećicu.

2.2.2.9 Intestinalna opstrukcija

Intestinalna opstrukcija može biti uzrokovana infiltracijom tumora, prodorom tumora iz okoline crijeva te tvrdim fecesom zbog konstipacije. Najčešće se liječi kirurškim zahvatom, a kod nemogućnosti obavljanja operativnoga zahvata primjenjuju se opiodi za bol, a antiemetici za mučninu. Važna je odgovarajuća hidracija, a znaju se postavljati nazogastrične sonde i gastrostome (Lončar i sur., 2018).

Pacijentu se nakon operacije preporučuje umjerena tjelesna aktivnost, hodanje, vježbe ravnoteže i mobilnosti te izbjegavanje naprezanja trbušnih mišića. U prvim tjednima nakon operacije preporučuje se izbjegavanje podizanja, nošenja, guranja ili povlačenja teških predmeta (ConvaTec, 2017).

Dijetoterapija je slična kod ileostome i kolostome. Zato se pacijentima preporučuje promijeniti prehrambene navike kako bi se crijeva postepeno prilagodila na hranu. Tijelo se treba postepeno oporaviti i naviknuti na nov način funkcioniranja. Unutar nekoliko sati od operacije može se započeti s oralnim unosom tekućine, a enteralna prehrana preporučuje se uvesti unutar šest sati od operacije. Preporučuju se manje količine hrane raspodijeljene u 6 – 8 dnevnih obroka, postepeno uvođenje tekuće hrane poput čajeva, bistrih juha, manje količine procijeđenih i nezaslađenih povrtnih i voćnih sokova. Nakon dobroga prihvatanja tekućine kreće se na kašastu prehranu poput povrtnih i voćnih pirea, žitnih kašica i kusanoga mesa. Nakon uvođenja kašaste prehrane uvodi se postepeno kruta hrana i lako probavljive namirnice (puretina, piletina, nemasna riba, palenta, krumpir, riža, proso, blitva, špinat, mrkva, cikla, banana, jabuka). Kako bi se uočile neodgovarajuće namirnice, pacijentima se može savjetovati vođenje dnevnika u kojemu će pratiti obroke i eventualne simptome. Osim povezanosti hrane i eventualnih simptoma, bilo bi dobro obratiti pažnju i na emocionalno stanje. Ako se uoči neka namirnica koja izaziva smetnje, treba je izbjegavati neko vrijeme i kasnije je probati ponovno uvesti kako bi prehrana bila što raznovrsnija. Vrijeme prelaska na potpunu prehranu individualno je, ali najčešće traje 4 mjeseca, dok je vrijeme prilagodbe probavnoga sustava kod pacijenata sa stomom unutar godine dana. Dobra prehrana utječe na nadutost, konzistenciju stolice i opće poboljšanje zdravstvenoga stanja. Nakon 4 – 8 tjedana od operacije preporučuje se korištenje namirnica s malom količinom prehrambenih vlakana (voće, povrće, mahunarke, sjemenke i orašasto voće te integralne žitarice i proizvodi), a zatim se postepeno uvode namirnice bogate vlaknima do postizanja uravnotežene prehrane (Fontana i Katačić, 2016).

Pacijente bi bilo potrebno educirati i naglasiti koje namirnice potencijalno povećavaju neugodne mirise stolice, nadutost i vjetrove, a koje namirnice smanjuju nadutost, vjetrove i neugodne mirise stolice.

Opće preporuke za pacijente sa stomom su redoviti obroci, visokoproteinska i visokoenergijska hrana bogata solima i mastima, a siromašna vlaknima te dovoljan unos tekućine (1,5 - 2,0 l/dnevno) i polagano konzumiranje hrane (ConvaTec, 2017).

2.2.2.10 Kašalj

Kašalj je prirodni, automatski refleks (bez čovjekove volje) koji pomaže da se sekret izbaci iz dišnih putova (Bohnec, 2018).

Kod onkoloških bolesnika može biti posljedica upale sinusa, prehlade, upale pluća, plućne embolije, popuštanja srca, karcinoma pluća (Lončar i sur., 2018).

Medicinska sestra evidentira pojavu kašlja, njegovu jačinu i trajanje, konzistenciju, količinu, boju i miris kao i utjecaj vanjskih činitelja (Čukljek, 2005).

Preporuke za ublažavanje kašlja su adekvatna vlažnost prostorije, topli napitci poput čajeva uz dodatak meda i propolisa te smanjenje konzumiranja namirnica koje mogu biti uzrok kašlja poput ljute i masne hrane, začina, citrusnoga voća i čokolade. Preporučuje se primjena manjih i češćih obroka te konzumiranje posljednjega obroka najkasnije dva sata prije spavanja. Protiv suhoga kašlja mogu se pripremati domaći čajevi i sirupi od kadulje, sljeza i đumbira koji djeluju na bol u grlu i kašljanje. Također, pacijentima i obitelji mogu se preporučiti sokovi od kupusa, luka prelivenoga medom, sok od kuhanoga poriluka zaslađen medom i sok od bijele repe koji potencijalno mogu imati učinak na imunitet, smanjenje iritacije i imaju antiseptičko djelovanje. Sok od mrkve i čaj od sljezova korijena pomažu u iskašljavanju sluzi (Bartol, 2021).

2.2.2.11 Suhoća usta

Suhoća u ustima pretežno se javlja kod pacijenata kod kojih je provedena radioterapija u predjelu glave i vrata, a koja dovodi do smanjene proizvodnje sline zbog koje se javlja suhoća usta što zna rezultirati drugačijim okusom hrane te otežanim žvakanjem, a samim time i probavom hrane. Pacijentima sa smanjenim lučenjem sline preporučuje se pravilna higijena i održavanje usne šupljine, izbjegavanje komercijalnih pripravaka za pranje usta poput peroksida ili alkohola koji

dodatno isušuju i stanjuju sluznicu usne šupljine. Umjesto takvih preparata pacijenti si mogu sami pripremiti otopinu s kojom mogu ispirati usta kuhanjem domaće kadulje i ispiranjem usta i grla. Također može se preporučiti dodavanje 1 žličice sode bikarbone u 1 čašu vode s kojom se mogu ispirati usta. Mogu se preporučiti i tvrdi bomboni ili lizalice koji će poticati stvaranje sline te žvakanje guma za žvakanje. S druge strane, ako pacijenti imaju problema s nadutošću, bolje je preporučiti bombone ili lizalice nego žvakaće gume jer žvakanje žvakaćih guma može dovesti do nenamjernoga gutanja zraka. Pacijentima treba skrenuti pozornost na adekvatnu hidraciju tijekom dana, a može se preporučiti i unos tekućine tijekom jela, izbjegavati krutu i suhu hranu te izbjegavati hranu koja se lijepi za nepce (Šamija i sur., 2012).

2.2.2.12 Dekubitus

Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i/ili potkožnoga tkiva uslijed dugotrajnoga mehaničkog pritiska na kožu koje dovodi do ishemije i nekroze kože i potkožnoga tkiva. Dekubitus nastaje na mjestima koja su za vrijeme ležanja izložena većem pritisku i na mjestima koja su slabije pokrivena potkožnim tkivom (MSD, 2014).

Jedan od kritičnih čimbenika za pojavu dekubitusa je i neadekvatna prehrana koja je povezana s ostalim kritičnim čimbenicima poput kroničnih bolesti, različitih metaboličkih i endokrinih bolesti (HKMS, 2011).

Prehrana i hidracija igraju važnu ulogu u očuvanju održivosti kože i tkiva i podržavanju procesa obnavljanja tkiva za zacjeljivanje dekubitusa. Većina istraživanja odnosi se na uzročno-posljedičnu vezu između prehrane i zacjeljivanja rana koje uzrokuju dekubitus. Neadekvatan prehrambeni unos i loš prehrambeni status jedan su od ključnih čimbenika rizika za razvoj dekubitusa i dugotrajnoga zacjeljivanja rana. Nekoliko studija, uključujući Nacionalne studije pojavljivanja dekubitusa dokazuju povezanost problema s prehranom i gubitkom kilograma s višim rizikom pojave dekubitusa. Nacionalni konsenzus o nastanku dekubitusa iz 2014. godine podržao je izjavu da pacijenti koji su pothranjeni u kombinaciji s višestrukim popratnim bolestima imaju povećani rizik od razvoja dekubitusa (Posthauer, 2015).

Pothranjenost odraslih obično se javlja kao posljedica neadekvatnoga unosa i/ili povećanih zahtjeva organizma, oslabljene apsorpcije i promjene u metabolizmu

hranjivih tvari. Definicije koje su odobrili ASPEN i Europsko društvo za kliničku prehranu opisuju pothranjenost odraslih u okvirima akutne bolesti ili ozljede, kronične bolesti ili stanja (koja traje više od 3 mjeseca). Pothranjenost prati dvije ili više od sljedećih šest karakteristika potrebnih za nutricionističku dijagnozu: nedovoljan unos energije, gubitak kilograma, gubitak mišićne mase, gubitak potkožnoga masnog tkiva, nakupljanje tekućine (što može prikriti gubitak kilograma) i/ili smanjeni funkcionalni status (mjerjenje snage stiskom u rukama). Pothranjenost je povezana s povećanim rizikom od nastanka dekubitusa i odgođeno zacjeljivanje rana. Probir i procjena prehrane ključni su za utvrđivanje rizika od pothranjenosti, uključujući i neadekvatan unos hrane/tekućine kao i neželjeni gubitak kilograma. Ne postoji jasna metoda za određivanje početka pada nutritivnoga statusa, ali različiti fizički, funkcionalni i psihosocijalni čimbenici poput depresije, kognitivnih deficita, disfagije i drugih pridonose neadekvatnomu unosu, neželjenu gubitku kilograma i pothranjenosti (Posthauer, 2015).

Preporučuje se osigurati optimalnu hidraciju pacijenta ovisno o njegovu stanju, uvođenje ordiniranih suplemenata (vitamini B i C, ostali nutrijenti), uvođenje pojačane količine bjelancevina, ugljikohidrata i adekvatan unos kalorija (HKMS, 2011).

Kod pojave dekubitusa pacijentima se savjetuje pojačani unos namirnica bogatih proteinima (meso, riba, jaja, grahorice, mlijeko i mliječni proizvodi, orašasto voće i sjemenke). Pokazalo se da, uz proteine, adekvatan unos aminokiseline arginina, vitamina C i cinka može doprinijeti smanjenju pojave dekubitusa. Pacijentima koji ne mogu osigurati adekvatan nutritivni unos hranom treba preporučiti konzumiranje prilagođenih enteralnih pripravaka. Vitamini i mineralne tvari koje mogu imati utjecaj na bolje zacjeljivanje rana su vitamin C, A i D te cink i željezo (Pavić i sur., 2018).

2.2.2.13 Umor

Umor je osjećaj fizičke, psihičke i/ili emocionalne iscrpljenosti koji predstavlja manjak energije za svakodnevno funkcioniranje, a koji onemogućava normalno funkcioniranje u svakodnevnim obavezama. Javlja se kao simptom kod određenih bolesti i stanja, neželjenoga učinka kemoterapije koji može biti psihoorganske ili organske prirode.

Pacijentima se preporučuje vođenje dnevnika aktivnosti u kojemu se bilježi kompletan unos tekućine, hrane i aktivnosti. U dogovoru s pacijentom mogu se planirati aktivnosti prema pacijentovim potrebama, obavljajući najprije one najvažnije aktivnosti dok je prisutna najveća količina energije. Medicinska sestra trebala bi poticati pacijenta u samostalnome obavljanju aktivnosti, ali isto tako pacijent bi trebao, bez ustručavanja, tražiti pomoć ako mu je potrebna pri nekoj aktivnosti (Šamija i sur., 2012).

Preporučuju se redoviti obroci, hrana koju pacijent preferira, koja se lako konzumira i koja je jednostavna za probavu. Pacijentu se trebaju preporučiti visokoproteinske i visokoenergijske namirnice. Redoviti obroci utječu pozitivno na bolju razinu energije tijekom dana. Ako pacijenta umara i sama konzumacija obroka, mogu se preporučiti međuobroci u obliku miksanih i tekućih obroka ili enteralni pripravci. Obilni obroci mogu doprinijeti umoru, stoga preporučuje se više manjih lako probavljivih obroka.

2.2.3. Pravilna hidracija kod palijativnih pacijenata

Potpomognuta prehrana i hidracija (ANH) uobičajena je terapija u suvremenoj medicini, a ANH spada u oblik palijativne skrbi koja se primjenjuje kao uobičajena terapija suvremene medicine. Smanjeni unos tekućine i hranjivih sastojaka jedno su od obilježja anoreksije i kaheksije koji se učestalo javlja u posljednjim fazama terminalne bolesti, a koji predstavljaju jedan je od glavnih izvora tjeskobe za pacijente, obitelj i zdravstveno osoblje. Sam izgled pacijenta s kaheksijom izaziva zabrinutost kod njegove obitelji, potpomognuta hidracija fizički pomaže pacijentu, a psihički obitelji te obitelj smatra ANH vrlo pozitivnim. Zbog svojih etičkih, pravnih i kliničkih pitanja promatrao se emocionalni utjecaj ANH-a te kakav utjecaj ima na pacijente u terminalnoj fazi, obitelj i zdravstvene djelatnike. Obitelji koje nisu bile spremne prihvatiti nadolazeću smrt svojih članova najčešće su inzistirale na prisilnom hranjenju pacijenta te „tjerali“ su ih na povećano gutanje smatrajući da će poboljšati kvalitetu života i produžiti život što je rezultiralo samo osjećajem krivnje, bespomoćnosti i usamljenosti kod pacijenata. Prisutne su razlike u percepcijama obitelji, pacijenata i stručnjaka u pogledu različitih načina pružanja umjetne prehrane ili hidracije (intravenska ili supkutana hidracija, totalna parenteralna prehrana ili hranjenje gastrostomskom cijevi). Svaka od navedenih intervencija ima svoje

troškove i rizike kojima se pripisuje različito značenje i koje utječu na odabir konačne metode. Učinkovita komunikacija od iznimne je važnosti kako bi se osiguralo pravo pacijenta i rodbine da aktivno sudjeluju u donošenju odluka o skrbi, kao i timski rad oko individualiziranoga pristupa pacijentu te edukacija samih djelatnika kao i edukacija pacijenata i njihovih obitelji (Del Rio, 2011).

2.2.4. Enteralna prehrana

Enteralnom prehranom naziva se metoda koja omogućava unos farmakoloških i nutritivnih enteralnih pripravaka peroralnim putem ili putem pomagala (sonde) najčešće nazogastričnim ili nazojejunalnim putem.

Kako bi primjena enteralne prehrane bila moguća, probavni sustav bolesnika mora biti u funkciji te treba imati barem 100 centimetara tankoga crijeva (Krznarić i sur., 2011).

Indikacija za primjenu enteralne prehrane su različita stanja od terapijskoga postupka zbog bržega oporavka pacijenta, pothranjenost, pogoršanje nutritivnoga statusa zbog planiranih dijagnostičkih postupaka ili osnovne bolesti.

Enteralne formule primjenjuju se u obliku praha koji se nadopunjava tekućinom ili u obliku otopina koje su spremne odmah za uporabu te najčešće se primjenjuju putem nazogastrične ili nazojejunalne sonde ili oralnim putem, a ulaze u „Hranu za posebne medicinske potrebe“ zbog posebno formuliranoga sastava koji se primjenjuje u nutritivnoj terapiji pacijenta pod medicinskim nadzorom. Uvjetovano je da 1500 kalorija svake nutritivne formule mora sadržavati 100 % preporučene doze nutrijenata i mikronutrijenata (Pavić i sur., 2018).

2.2.5. Parenteralna prehrana

Parenteralna prehrana (PN) je način prehrane koji zaobilazi probavni trakt i koja se primjenjuje intravenozno. Razlikujemo dvije vrste parenteralne prehrane: djelomičnu i potpunu. U djelomičnoj parenteralnoj prehrani zadovoljava se samo jedan dio dnevnih prehrambenih potreba koje bolesnik nije unio u dovoljnoj mjeri oralno. Najčešće se primjenjuju otopine aminokiselina ili dekstroze. U potpunoj parenteralnoj

prehrani zadovoljava se kompletna dnevna prehrambena potreba te takav se način primjene može primjenjivati kod kuće ili u bolnici.

Ovisno o primjeni vene koja se koristi razlikujemo totalnu parenteralnu prehranu (TPN) ili perifernu parenteralnu prehranu (PPN). Parenteralna prehrana razmatra se kada postoji indikacija za njezinu primjenu (pacijenti kod kojih je probavni sustav nefunkcionalan, ileus, pankreatitis, neki oblici Chronove bolesti, sindrom kratkoga crijeva) (MSD, 2014).

Parenteralna prehrana može se provoditi na dva načina: perifernim venskim pristupom ili centralnim venskim pristupom. Perifernim venskim pristupom se parenteralna prehrana uvodi putem perifernoga venskog pristupa koji najčešće podrazumijeva unos hranjivih tvari unutar dva tjedna i to kad nije moguće uvođenje centralnoga venskog katetera, kod stanja poput kratkotrajne parcijalne parenteralne prehrane i sepse. Najčešće komplikacije perifernoga venskog pristupa su bol, lokalna iritacija vena, flebitis i tromboflebitis. Centralnim venskim pristupom se kroz jednu od centralnih vena uvodi centralni venski kateter s ciljem povećanja energijskoga unosa tijekom dužeg razdoblja u svrhu postizanja metaboličke i nutritivne ravnoteže. Najčešće komplikacije su mehaničke (tromboza, ozljede brahijalnoga plexusa, torakalnoga voda i pneumotoraks), metaboličke (nastale kao posljedica neadekvatnoga doziranja nutritivnih sastojaka), gastrointestinalne (oštećenje jetara) i infekcijske (sepsa i infekcije vezane za mjesto postavljanja katetera). Za smanjivanje komplikacija preporučuje se pravilno postavljanje katetera i nadzor procesa parenteralne prehrane (Kuzelj, 2018).

Za uspješno planiranje prehrane važno je procijeniti stupanj metabolizma, patologiju i patofiziologiju bolesnikova stanja, procijeniti fazu oporavka bolesnika. Parenteralna prehrana se uvodi kada postoje zapreke za prehranu preko probavnoga sustava i ako pacijent ne prima potrebnu dnevnu količinu hrane, kod gladovanja, odbijanja hrane ili nemogućnosti samostalnoga hranjenja.

„Parenteralna prehrana 'veže' bolesnika uz postelju i otežava fizikalnu terapiju ležećega bolesnika“ (Houra, 2000).

Kod teških kliničkih stanja bolesti, u suradnji sa stručnjacima, dogovaraju se sve pojedinosti parenteralne prehrane zbog energijske potrebe pacijenta, volumena

infuzije, terapije vitaminima, rijetkim elementima, odabirom najprikladnijega parenteralnog pripravka.

Indicirana stanja za početak parenteralne terapije su: paralitički ileus, teške opekline, peritonitis, enteralne fistule, sepse, teške traume glave, veliki kirurški zahvati, stanja nakon šoka, svako stanje u kojemu se probavni sustav mora zaobići, a enteralna prehrana je nedostatna.

Kontraindicirana stanja za parenteralnu prehranu su: bolesti jetara i bubrega (kod takvih stanja izbjegavaju se pripravci aminokiselina) te alergije na pojedine sastojke prehrane.

Za prestanak korištenja parenteralne prehrane trebalo bi zadovoljiti kriterije za izlazak iz MNT-a (ITM 18,5 – 20 kg/m², klinički problemi/simptomi zbog kojih se uveo MNT su zadovoljeni ili riješeni) te ostvariti propisane ciljeve povećanja tjelesne mase u tri uzastopna mjeseca (Houra, 2000).

2.2.6. Etički aspekti prehrane palijativnoga pacijenta

Konzumiranje hrane nije samo fiziološka potreba već čin koji utječe na emocionalni i društveni život te povezan je i s religijskom filozofijom. Nutritivna potpora i savjetovanje ima pozitivan psihološki učinak na palijativnoga pacijenta, njegovatelje i obitelj (Šamija i sur., 2012).

Hrana pruža emocionalni, socijalni i egzistencijalni značaj za pojedinca. Male količine hrane pridonose osjećaju autonomije, blagostanja i dostojanstva (Arends i sur., 2016).

Važno je objasniti pacijentu i njegovoj obitelji prednosti i nedostatke prehrane potpore te glavni cilj i smisao prehrane u trenucima neposredno prije smrti. Osjećaj gladi je rijedak u neposrednoj smrti pacijenta i minimalne količine željene hrane mogu pružiti odgovarajuću udobnost pacijentu (Arends i sur., 2016).

Neka istraživanja dokazala su produljenje života pacijenata koji su bili adekvatno zbrinuti potpornom terapijom hranom. S druge strane smatra se da nutritivna savjetovanja, farmakološka potpora i prihranjivanje samo privremeno poboljšavaju

apetit, zaustavljaju gubitak tjelesne mase, utječu na kvalitetu života i društveni život, ali dugoročno nemaju utjecaj na sam tijek bolesti (Šamija i sur., 2012).

Slična razmišljanja vežu se i za uvođenje nazogastrične sonde kod palijativnih pacijenata za koju neki smatraju da doprinosi distanzaciji te da bi pacijentovo tijelo trebalo pustiti da se na „prirodan način ugasi“, dok se s ljudske i emotivne strane poduzimaju stvari koje bi umirućima omogućile da dostojanstveno dočekaju smrt. Ulaskom pacijenta u terminalnu fazu bolesti smatra se da je dovoljna klasična enteralna prehrana te da ne treba inzistirati na pojačanome hranjenju kao ni parenteralnoj prehrani za koju se smatra da nema dovoljan značaj i da predstavlja samo izvor stresa za pacijenta i njegove negovatelje (Šamija i sur., 2012).

Palijativnim pacijentima preporučuje se liječenje temeljeno na udobnosti i individualiziranome pristupu. Smatra se da je u posljednjim tjednima života utjecaj i potreba za hranom minimalan jer neće rezultirati nikakvim komforom ili funkcionalnošću za pacijente. Tijekom terminalnoga hipometabolizma uobičajene količine hrane i energije mogu biti previše za već oslabljeno tijelo pacijenta i mogu rezultirati metaboličkim disbalansom. Ovisno o individualnome odabiru obitelji i negovatelji mogu tražiti kliničku prehranu ili hidraciju kod terminalnih pacijenata.

Važno je poštovanje vjerskih i etničkih kultura pacijenta i njegove obitelji koje se mogu odnositi na povlačenje ili uskraćivanje njihovih odluka vezanih za prehranu, posebice ako nema značajnijih indikacija ili se ne može postići nikakva korist ovisno o komunikaciji i konačnome dogovoru između pacijenta, obitelji i medicinskih stručnjaka (Arends i sur., 2016).

Da bi se smanjila psihosocijalna uznemirenost članova obitelji i ostalih članova, važne su komunikacija i edukacija koju pružaju multidisciplinarni timovi, edukacija i usmjeravanje zdravstvenih radnika i pacijenata s ciljem unaprjeđenja zdravlja i kroz adekvatne prehrambene smjernice, rješavanje metaboličkih problema pacijenata, smanjivanje učestalosti pothranjenosti i poremećaja metabolizma kod pacijenata (Arends i sur., 2016).

3. ZAKLJUČAK

Palijativna skrb je skrb o pacijentima s aktivnom, progresivnom i uznapredovanom bolešću čiji je cilj olakšanje, smanjenje patnje i održavanje kvalitete života. Individualan pristup pacijentu trebao bi obuhvatiti i ispuniti sve psihičke, fizičke, psihosocijalne i duhovne potrebe. Opće je poznato da se kod palijativnih pacijenata javlja gubitak nade i odustajanje od života zbog straha i neizvjesnosti koje im tijekom njihove bolesti nosi. Takvo stanje tijela i uma utječe i na apetit i samo uzimanje hrane, a samim time i na uhranjenost. S pacijentom, ako je u razumnome stanju, prije svega trebalo bi izgraditi prijateljski odnos. U interakciji s pacijentom ne smije se zaboraviti uključiti obitelj pacijenta kao i pacijentu bliske osobe, koje će skrbiti o njemu i poticati ga u izazovnim trenucima. Naglasak bi svakako trebao biti na edukaciji pacijenata, njegovih obitelji kao i na edukaciji medicinskih djelatnika. Individualnim pristupom i planiranjem prehrane kao i edukacijom medicinskih i nemedicinskih djelatnika trebala bi se baviti stručna osoba. Kod planiranja prehrane treba u obzir uzeti pacijentovu osnovu bolesti, terapiju, pacijentove navike, financijski status i uvažiti njegove vjerske potrebe.

Kod palijativnih pacijenta nutritivni status trebalo bi redovito procjenjivati, a hranu kao potpurnu terapiju konstantno prilagođavati simptomima same bolesti kao i nuspojavama liječenja. Iako postoje određene smjernice o prehrani vezane uz pojedina stanja, bolesti ili nuspojave liječenja, važno je da pacijent sam procijeni odgovara li mu određena preporuka. U savjetovanju o prehrani, kao i u samoj palijativnoj skrbi, treba pristupati timski i pronaći najbolje rješenje koje će biti u skladu sa željama pacijenta i obitelji.

Iz osobnoga iskustva, većina palijativnih pacijenata, uključujući i njihove obitelji, ima puno pitanja oko svega – od njege do prehrane pacijenta. Kako vrijeme odmiče, javlja se sve više simptoma kod palijativnih pacijenata bilo da su uzrokovani osnovnom prirodom bolesti ili su posljedica načina liječenja. Većinom su to već spomenuti simptomi na koje se može utjecati adekvatnom prehranom. Za većinu tih „učestalih“ simptoma medicinska sestra može dati savjet i tako pomoći pacijentu i njegovoj obitelji. Kod kombinacije različitih simptoma koji znaju biti povezani sa specifičnim bolestima i/ili medicinskim stanjima smatram da bi u multidisciplinarnome timu trebali biti uključeni i nutricionisti.

4. POPIS LITERATURE

- Adam Perl, M. i Perl, A. (2003) Rana i prehrana. *Medix*. [Online] 9(51). str. 71-74. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20079> [Pristupljeno: 01. lipnja 2021.]
- Adelaide Hills Community Health Service. (2012) Diet and nutrition in palliative care. [Online] Adelaide: Government of South Australia. Dostupno na: https://www.caresearch.com.au/caresearch/Portals/0/Documents/FORPTSFAMILIES/Diet-And-Nutrition-Palliative-Care_AdHillsCommHlthServ.pdf [Pristupljeno: 01. lipnja 2021.]
- Arends, J. i sur. (2016) ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. [Online] 36(1). str. 11-48. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015> [Pristupljeno: 01. lipnja 2021.]
- Bartol, I. (2021) Kašalj kod djece – uzroci, vrste kašlja i liječenje. [Online] Dostupno na: <https://www.krenizdravo.hr/mame-i-bebe/zdravlje-djece/kasalj-kod-djece-uzroci-i-lijecenje> [Pristupljeno: 01. lipnja 2021.]
- BDA, (2021) Pressure ulcers (pressure sores) and diet: Food Fact Sheet. [Online] . Dostupno na: <https://www.bda.uk.com/resource/pressure-ulcers-pressure-sores-diet.html> [Pristupljeno: 01. srpnja 2020.]
- Bohnec, V. (2018) *Kašalj - što je i kako se liječi?*. [Online] Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/31091/Kasalj-sto-je-i-kako-se-lijeci.html> [Pristupljeno: 13. rujna 2021.]
- Brkljačić Žagrović, M. (2010) Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina Fluminensis*. [Online] 46(1). str. 37-42. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/48835> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]
- Brkljačić, M. (2013) *Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj*. [Online] Služba Božja 53(3/4). str. 367 – 376. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/112245> [Pristupljeno: 02. svibnja 2020.]
- Brkljačić, M. (2019) *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*. [Online] Obnovljeni Život, 74(4). str. 513–527 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/227168> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]
- Chumlea, W. C., Roche, A. F., Mukherjee, D. (1987) *Nutritional assessment of the elderly through anthropometry*. Columbus: Ross Laboratories.
- Cicak, M. (2008) Obitelj u palijativnoj skrbi. [Online] 15(1). str. 113 – 130. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/23102> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

ConvaTec (2017) Vodič o prehrani osoba sa stomom. Zagreb: Stoma medical d. o. o.

Čukljek, S. (2005.) Osnove zdravstvene njege. Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Del Río, M. I., Shand, B., Bonati, P., Palma, Maldonado, A., Taboada P., Nervi, F. (2011) Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decisionmaking among patients, family, and health care staff. [Online] Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.2099> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Đorđević, V., Braš, M., Brajković, L. (2014) *Palijativna skrb – brinimo zajedno*. Zagreb, medicinska naklada.

Fontana, V. i Katačić R. (2016) Dijetoterapija nakon resekcije crijeva. Informativni letak, OB Pula.

Franinović Marković, J., Ivančić, A., Brumini, D. (2012) PALIJATIVNA SKRB - Model vanbolničke palijativne skrbi u Istarskoj županiji, Acta Clin Croat., 52nd International Neuropsychiatric Pula Congress. [Online] 51. str. 62. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=156586 [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Fučkar, G. (1995) Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta.

Šepec, S., i sur. (2011) *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara.

Houra, Z. (2000) *Parenteralna prehrana*. [Online] 32(1 - 4). str. 129 – 131. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/190494> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Humski, V. (2020) Pula: Hospicij za palijativnu skrb otvara se početkom sljedeće godine, korisnicima besplatan smještaj, njega, psihološka i duhovna pomoć [Online] Dostupno na: <https://gradonacelnik.hr/vijesti/pula-hospicij-za-palijativnu-skrb-otvara-se-pocetkom-sljedece-godine-korisnicima-besplatan-smjestaj-i-skrb-psiholoska-i-duhovna-pomoc/> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

IDZ, (2015) Konferencija o palijativnoj skrbi s međunarodnim sudjelovanjem „ Deset godina palijativne skrbi u Istri“. [Online] Dostupno na: <https://idz.hr/wp/konferencija-o-palijativnoj-skrbi2/> [Pristupljeno: 14. rujna 2021.]

Karanović, N., i sur. (2011) *KLINIČKE VJEŠTINE II, Modul E: Načela skrbi za bolesnike*. [Online] str. 7. Dostupno na: <http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/anesteziologija/Klini%C4%8Dke%20vje%C5%A1tine%201%20Modul%20E%20-%206.04.2011.pdf> [Pristupljeno: 13. rujna 2021.]

Krznarić, Ž., Vranešić Bender, D. i Ljubas Kelečić, D. (2011) *Klinička prehrana*. Zagreb: Medicinska naklada.

Kuzelj, M., (2018) Parenteralna prehrana – kome je potrebna i kako izgleda? . [Online] Dostupno na: <https://www.krenizdravo.hr/prehrana/parenteralna-prehrana-kome-je-potrebna-i-kako-izgleda> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Liebert, M. A. (2004) *National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Executive Summary* [Online] 7(5). str. 61. Dostupno na: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2004.7.611?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&# [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Lončar, Z., i sur. (2018) *Palijativna skrb u zajednici*. Zagreb: Medicinska naklada.

MFPU, (2021) *Palijativna skrb s kliničkom praksom*. [Online] Dostupno na: https://mfpu.unipu.hr/mfpu/studijski_programi/cjelozivotno_obrazovanje/palijativna_skrb_s_klinickom_praksom [Pristupljeno: 13. rujna 2021.]

Mrzljak, V., i sur.(2018) *Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući*. [Online] Dostupno na: <https://znjuk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Smjernice-za-postupke.pdf> [Pristupljeno: 13. rujna 2021.]

MSD, (2014) *Dekubitus*. [Online] Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/kozne-bolesti/dekubitus> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

MSD, (2014) *Dispepsija*. [Online] Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-simptomi/dispepsija> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

MSD, (2014) *Potpuna parenteralna prehrana*. [Online] Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/poremecaji-prehrane/prehrambena-potpora/potpuna-parenteralna-prehrana> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Pavić, T., Tomek - Roksandić, S., Vranešić Bender, D., Krznarić, Ž. (2018) *Enteralna prehrana – gdje smo danas u farmakonutriciji? Enteral nutrition – where are we today in pharmaconutrition?* [Online] 140(1-2). str. 50-56. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/201048> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Radbruch, L., Payne, S. (2009) *Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi*: 1. Dio. [Online] 16(6) 279. str. 1-56. Dostupno na: http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva (2017) *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017 – 2020*. [Online]. str. 16.

Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/nacionalni-program-razvoja-palijativne-skrbi-u-republici-hrvatskoj-2017-2020/3094> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

Sandoz (2019) Ublažavanje noćnog kašlja kod vašeg djeteta. [Online] Dostupno na: <https://www.fluimukan.hr/for-moms/soothing-your-childs-night-time-cough/> [Pristupljeno: 01. lipnja 2021.]

Šamija, M., Dobrila – Dintinjana, R. i Miščančuk, M (2012) *Onkološka edukacija liječnika i medicinskih sestara obiteljske medicine*. Rijeka: Offset Markulin.

World Health Organization, (1995) *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. [Online] Technical Report Series no. 854. str. 375 – 407. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf;jsessionid=FA4D20334D6D99F0C2E0EC68D356E5EE?sequence=1 [Pristupljeno: 02. svibnja 2020.]

World Health Organization, (2014) *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* [Online] Dostupno na: <https://www.researchgate.net/publication/288344767> *The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* [Pristupljeno: 02. svibnja 2020.]

World Health Organization, (2016) *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. [Online] str. 5. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

World Health Organization, (2021) *Palliative care*. [Online] Dostupno na: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> [Pristupljeno: 02. studenoga 2020.]

SAŽETAK

Palijativna skrb uključuje multidisciplinarni pristup i adekvatnu potpornu terapiju za pacijente. Važan način potporne terapije je prehrana koja treba biti prilagođena individualnim potrebama pacijenata ovisno o samim simptomima bolesti kao i nuspojavama liječenja. Uloga medicinske sestre/tehničara u palijativnom timu i savjetovanju vezanom uz prehranu važna je zbog čestoga kontakta s pacijentom i obitelji. Hranjenje, osim što je primarna potreba ljudskoga tijela, ima važnu društvenu i emocionalnu ulogu. Pacijente bi trebalo poticati da uzimaju hranu na usta dok god je moguće. Ako nutritivni status pokazuje određeni manjak nutrijenata ili pothranjenost, potrebno je na vrijeme nadopuniti prehranu kliničkom prehranom i dodatcima prehrane.

Ključne riječi: dijetoterapija, klinička prehrana, medicinska sestra, palijativna skrb, prehrana

SUMMARY

Palliative care includes a multidisciplinary approach and adequate supportive therapy for patients. An important way of supportive therapy is a diet that should be adapted to the individual needs of patients depending on the symptoms of the disease as well as the side effects of treatment. The role of the nurse/technician in the palliative care team and nutrition counseling is important because of the frequent contact with the patient and family. Nutrition, in addition to being the primary need of the human body, plays an important social and emotional role. Patients should be encouraged to take food by mouth for as long as possible. If the nutritional status shows a certain nutrient deficiency or malnutrition, it is necessary to supplement the diet in time through clinical nutrition and additional nutrition.

Key words: clinical nutrition, diet therapy, nutrition, nurse, palliative care