

Prehrana bolesnika u palijativnoj skrbi

Mesarić, Dora

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:825494>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

PREHRANA BOLESNIKA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Završni rad br. 96/SES/2019

Dora Mesarić

Bjelovar, listopad 2020.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Mesarić Dora**

Datum: 16.12.2019.

Matični broj: 001217

JMBAG: 0314011880

Kolegij: **PALIJATIVNA ZDRAVSTVENA NJEGA**

Naslov rada (tema): **Prehrana bolesnika u palijativnoj skrbi**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik
2. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., mentor
3. Ksenija Eljuga, mag.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 96/SES/2019

Palijativna zdravstvena njega uključuje skrb za osobe u terminalnoj fazi života. Važan čimbenik u zdravstvenoj njezi bolesnika je odgovarajuća prehrana koja uključuje zadovoljavanje nutritivnih potreba kod bolesnika. Nutritivne potrebe kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti potrebno je svakodnevno pratiti i prilagoditi trenutnim potrebama i stanju bolesnika. Medicinska sestra holističkim pristupom svakodnevnim prikupljanjem podataka omogućiti će individualni pristup svakom bolesniku.

Zadatak uručen: 16.12.2019.

Mentor: **Đurđica Grabovac, dipl.med.techn.**



Zahvala

Zahvaljujem svojim roditeljima koji su mi omogućili školovanje i bili podrška, suprugu Darku i sinu Emanuelu koji su mi najveća podrška i motivacija i zbog kojih sam bila ustrajna u polaganju ispita i završetku školovanja. Zahvaljujem cijeloj svojoj obitelji, sestri, baki i djedu, koji su cijelo vrijeme budno motrili i pomagali uvijek kada je trebalo. Zahvaljujem i svojoj mentorici, Đurđici Grabovac, koja je strpljivo sa mnom komunicirala i pomagala da ovaj rad bude dostojan obrane.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA.....	3
3. METODE	4
4. PREHRANA PALIJATIVNOG BOLESNIKA	5
4.1. Simptomi i poteškoće vezane uz gastrointestinalni trakt kod palijativnih bolesnika	5
4.1.1. Mučnina i povraćanje.....	6
4.1.2. Opstipacija	6
4.1.3. Proljev	7
4.1.4. Štucavica	8
4.1.5. Bol.....	8
4.1.6. Dehidracija.....	9
4.1.7. Kaheksija.....	10
4.1.8. Malnutricija.....	10
4.2. Procjena nutritivnog statusa.....	11
4.3. Nutritivne potrebe.....	13
4.3.1. Bjelančevine.....	13
4.3.2. Ugljikohidrati	14
4.3.3. Masti	14
4.3.4. Mikronutrijenti.....	15
4.4. Oblici prehrane i hidracije bolesnika s potrebama za palijativnom skrbi.....	16
4.4.1. Enteralna prehrana	16
4.4.2. Parenteralna prehrana.....	18
4.4.3. Supkutana hidracija.....	19
4.5. Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika vezano uz obrazac prehrane	20
5. ZAKLJUČAK	24
6. LITERATURA.....	25

7. SAŽETAK.....	28
8. SUMMARY	29

1. UVOD

Palijativna zdravstvena njega podrazumijeva umijeće i znanost u pružanju pomoći osobama koje boluju od neizlječivih bolesti. Pruža pomoć osobama kojima je potrebna pomoć u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, postizanju najviše moguće razine samostalnosti i dosezanju optimalne kvalitete života (1). Palijativna zdravstvena njega pokriva brojna područja na svim razinama zdravstvene zaštite uključujući domove zdravlja, bolnice, domove za starije i nemoćne, ustanove u kojima borave osobe s invaliditetom, ustanove za zdravstvenu njegu u kući i slično. Definiranjem palijativne skrbi „Svjetska zdravstvena organizacija“ istovremeno naglašava palijativnu zdravstvenu njegu kao aktivnu kompletnu njegu u pacijenta u kojeg bolest više ne reagira na liječenje (2). Cilj palijativne zdravstvene njege je zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, kontrola boli i drugih neugodnih simptoma, isto kao i psiholoških, socijalnih i duhovnih teškoća s kojima se palijativni bolesnici i njihove obitelji susreću. Palijativna zdravstvena njega ne usporava niti ubrzava smrt, već sustavom podrške u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba pomaže bolesniku da aktivno živi do trenutka smrti (3). Za razliku od pojma "palijativna skrb", pojam "hospicij" datira iz davnih vremena i kroz povijest nije imao uvijek isto značenje. Pojam hospicija prvi put se javlja u srednjem vijeku (4). Hospicij dolazi od latinske riječi *hospitum*, što znači svratište, i riječi *hospes*, što znači stranac, gost. Međutim, sami početci hospicija i njegova ideološkog poimanja zamijećeni su i puno ranije. U Grčkoj u 6. stoljeću prije nove ere, medicinu prakticiraju lokalni iscjeljitelji, najčešće u mjestima blizu hramova. Grci su gradili Asklepijeve hramove u kojima bi se zbrinuli bolesni i obrazovao liječnički kadar. Hipokrat, koji je potekao iz redova asklepijada, pokazivao je veliku brigu za svoje pacijente ali nije podržavao pomoć pacijentu na kraju života smatrajući to uplitanjem u poslove bogova. Uz liječenje u hramovima i kućnom okruženju, u Grčkoj su postojale ustanove za stare i nemoćne, tzv. *kseodokia*. Takav stav prema osobama na kraju života zadržao se dugo, do 1. stoljeća nove ere. Kršćanske zajednice prve su pristupale bolesnim osobama uz suosjećanje i pomoć pri olakšavanju patnje i umiranju. Crkva je kroz razne redove pružila značajan doprinos u stvaranju pozitivnog stava prema skrbi za oboljele od neizlječivih bolesti i onih na samom kraju života. Značajno mjesto i zaslugu u osnivanju svratišta koja su u početku bila otvorena za njegu teško bolesnih hodočasnika u Svetu zemlju ima redovničko-vitezki red, takozvani vitezovi sv. Ivana Jeruzalemskog. U 15. stoljeću djelovao je francuski katolički svećenik Ivan Paulski koji 1633.godine u Parizu osniva svjetovno udruženje žena formirano u redovničku zajednicu nazvanu „Družba sestara milosrdnica“ koje su osim njege u kućama i bolnicama podučavale u školama i

njegovale ratnike u ratovima. U 18. stoljeću Elizabet Fry i John Howard proučavali su higijenske prilike u bolnicama i zatvorima. Svoje su kritike javno iznosili te isticali potrebu uređenja bolnica i osnivanje lazreta za oboljele od gube. U 19. stoljeću Theodor Fliedner osnovao je civilno udruženje žena koje su se školovale da bi se posvetile dobrotvornosti i njegovanju oboljelih i onih na kraju života. S tom nakanom u Kaiserwerthu 1833. godine osniva školu za sestre Đakonise, u kojoj se 1851. školovala i utemeljiteljica sestrištva Florence Nightingale. Otvaranjem prve škole za medicinske sestre 1860. godine u Londonu, Nightingale otvara put potrebi stjecanja kompetencija medicinskih sestara (5). Značajan doprinos osnivanju modernog hospicija dala je Cicley Mary Saunders (6). Cicley Saunders uočava nekoliko značajnih odrednica važnih za doprinos modernom hospicijskom pokretu: hrabrost pacijenta u poslijenjim trenucima života, duboko suosjećanje s obiteljima pacijenata te suzbijanje konstante boli peroralnom primjenom lijekova za suzbijanje boli u redovitim razmacima. Na području Republike Hrvatske začeci hospicija i palijativne skrbi sežu u daleku prošlost. Prvi ksenodohij, tj. Hospital, odnosno ustanova u kojoj se skrbilo za siromašne i nemoćne, osnovan je 559. godine u Zadru koji je tada bio pod bizantskom vlašću. Hospicijski pokret i počeci razvoja palijativne skrbi jasnije dolaze do izražaja tijekom druge polovine 20. stoljeća. Za to zasluge pripadaju Anici Jusić, neuropsihijatrici i profesorici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. U svrhu razmjene iskustva i razvijanja uvjeta za poboljšanjem skrbi za pacijente s potrebama za palijativnom skrbi Anica Jusić uspostavila je kontakt s Cicley Saunderson i ostalim kolegama u Hospiciju u Londonu te nastavila kontakt te razmjenu iskustva i znanja (7). Tijekom Domovinskog rata, 1994. godine, organizirala je prvi simpozij o palijativnoj skrbi pod nazivom "Hospicij i palijativna skrb" i osnovala Hrvatsko društvo za hospicij / palijativnu skrb (7).

2012. godine osnovano je Povjerenstvo za palijativnu skrb Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske. U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva od 2012. do 2020. jasno se ističe strateški plan razvoja palijativne skrbi kao jedan od ključnih dokumenata koji daje smjernice razvoja, unaprijeđenja i konkretnih aktivnosti.

Osobe koje sudjeluju u skrbi za oboljele od neizlječivih bolesti mogu se ugrubo podijeliti na stručnjake i profesionalce, koji pružaju stručnu pomoć u okviru opisa svog posla te članove obitelji, skrbnike, rodbinu i njegovatelje koji su emocionalno ili suportivno povezani s oboljelom osobom. U skrbi za bolesnika s potrebama za palijativnom skrbi i na kraju života, uz obitelj sudjeluje cijeli tim profesionalaca: liječnici, medicinske sestre, psiholozi, psihijatri, onkolozi, farmaceuti, fizioterapeuti, socijalni radnici, svećenici, logopedi, dijetetičari i volonteri (2). Njihov rad i međusobna suradnja treba se odvijati po načelu multidisciplinarnog i interdisciplinarnog pristupa kako bi se ostvarila dobrobit za bolesnika i njegovu obitelj (3).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati i opisati što je palijativna skrb, koje su potrebe palijativnog bolesnika i uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi. U radu će biti opisana važnost prehrane palijativnih bolesnika, najčešći problemi vezani uz prehranu u terminalnoj fazi bolesti i kako pravilno primijeniti tehnike zadovoljavanja nutritivnih potreba palijativnih bolesnika.

3. METODE

Prilikom pisanja rada proučavana je znanstvena i stručna literatura dostupna na hrvatskom i engleskom jeziku. Literatura koja se koristila u svrhu izrade rada dostupna je u knjižnicama na studijskim odjelima te na mrežnim stranicama poput Hrčka, Pub Med i sličnih. U pretrazi literature na mrežnim stranicama najčešće su pretraživani pojmovi palijativna skrb, prehrana palijativnih bolesnika, palijativni bolesnik.

4. PREHRANA PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Fiziološke potrebe bolesnika s potrebama za palijativnoj skrbi identične su potrebama svih ljudi. Fiziološke potrebe za preživljavanjem uključuju potrebu za disanjem, hranjenjem, hranom, regulacijom tjelesne temperature, eliminacijom, odmorom i izbjegavanjem boli. Nemogućnost njihova zadovoljavanja može ugroziti život svakog pojedinca. Unos hrane i tekućine od prioritetne je važnosti. Hranjenje nije samo fiziološka potreba, već i značajan socijalni moment u životu svakog čovjeka, njegove obitelji i društva. Kod palijativnih bolesnika odsutan je osjećaj gladi i žeđi (4). Kod bolesnika kojima se stanje neminovno pogoršava apetit je sve manji. Dolazi do nemogućnosti probave hrane i nemogućnosti uzimanja tekućine na usta. Hranjenje je osnovna ljudska potreba koja predstavlja simbol života i bazična je vještina zdravstvene njege (5). Tijekom posljednjih sati života prirodno je da palijativni bolesnik uzima sve manje količine hrane i tekućine što posebno teško pada bolesnikovoj obitelji (7). Kod malignih ili neizlječivih bolesnika normalan fiziološki proces je odbijanje tekućine i hrane jer se na taj način organizam priprema na smrt (8).

4.1. Simptomi i poteškoće vezane uz gastrointestinalni trakt kod palijativnih bolesnika

Simptomi i poteškoće vezane uz gastrointestinalni trakt s kojima se palijativni bolesnici često susreću su mučnina i povraćanje koji pripadaju izrazito neugodnim simptomima (1). Gubitkom apetita i smanjenim unosom hrane javlja se opstipacija ili proljev. Iscrpljujući simptom gastrointestinalnog trakta također je i iscrpljujuća štućavica. Jedan od najčešćih poteškoća palijativnog bolesnika je bol. Uz otežano samostalno uzimanje hrane, javljaju se i poteškoće kod uzimanja tekućine koja rezultira čestom dehidracijom palijativnih bolesnika. Kao pokazatelj smanjenog unosa hrane, javlja se kaheksija.

4.1.1. Mučnina i povraćanje

Mučnina je subjektivan i neugodan osjećaj gađenja u stražnjem dijelu ždrijela i želudca koja može, ali i ne mora rezultirati povraćanjem. Nastaje kao rezultat podražaja centra za povraćanje smještenog u produženoj moždini. Manifestira se odbojnošću prema hrani, povećanom salivacijom, gorkim okusom u ustima, osjećajem gađenja, izvješćem o prisutnosti mučnine. Oko 70 % bolesnika sa uznapredovalom malignom bolešću susreće se sa simptomima mučnine i povraćanja. Liječenje opioidima u 30 % bolesnika uzrokuje mučninu (9). Povraćanje je nasilno izbacivanje želučanog sadržaja zbog nevoljne kontrakcije abdominalnih mišića, dok su želučani fundus i donji ezofagealni sfinkter opuštteni. Opstrukcija u gornjem dijelu abdomena u bolesnika uzrokuje bilijarno povraćanje koje je gotovo bez mirisa. Opstrukcija ileuma ili kolona pri povraćanju ima prisutnost jakog smrada i fekulento povraćanje (mizerere). Obilno povraćanje može uzrokovati dehidraciju i disbalans elektrolita. Kronično povraćanje može imati za posljedicu malnutriciju, mršavljenje i metaboličke poremećaje. Kako bi se uspješno uklonili ovi neugodni simptomi potrebno je pronaći uzrok. Farmakološkom primjenom olakšavaju se simptomi mučnine i povraćanja (9). Kako bi se ublažila bolesnikova mučnina, provode se razne intervencije u svrhu olakšavanja simptoma (10). Odgovarajućom prehranom koju bolesnik voli te stvaranjem ugodnih mikroklimatskih uvjeta uvelike možemo pomoći bolesniku pri smanjivanju mučnine. Bolesniku je potrebno osigurati male obroke hrane koju voli, tekuću i kašastu hranu radi lakše probave, a svakako je potrebno izbjegavati hranu jakih i specifičnih mirisa i okusa.

4.1.2. Opstipacija

Opstipacija je smanjena učestalost pražnjenja stolice. Opstipacijom se smatra izostanak pražnjenja stolice duže od tri dana i svakodnevno pražnjenje vrlo male količine suhe i tvrde stolice te pristunost bolne i otežane defekacije. Vodeća obilježja opstipacije su tvrda formirana stolica, defekacija manje od tri puta tjedno, prisutnost znakova smanjene peristaltike crijeva, osjećaj punoće u rektumu, bol i naprezanje pri defekaciji. U bolesnika s potrebama za palijativnoj skrbi uočava se prisutnost opstipacije u 45 do 60 % slučajeva, a u pacijenata na terapiji opijatima čak i 90 do 95 %. Uklanjanje ove teškoće moguće je prehranom, promjenom ponašanja i načina života te primjenom laksativa. Prehrana treba sadržavati dovoljno prehranebenih vlakana (25 grama / dan) kako bi se osigurao dovoljan volumen stolice. Prehrambena vlakna su neprobavljivi ugljikohidrati, uglavnom biljnoga podrijetla, koji se u organizmu pod utjecajem probavnih enzima

ne mogu hidrolizirati i iskoristiti kao izvor energije. Prehrana bogata vlaknima (voće, povrće, cjelovite žitarice) ubrzava prolaz hrane probavnim sustavom, povećava fekalnu masu, potiče peristaltiku, pražnjenje crijeva i eliminaciju štetnih tvari iz organizma. Moguća je i konzumacija enteralnih pripravaka bogatih vlaknima i energijom koje uz regulaciju probave imaju i energetski učinak. Primjenjuju se u prehrani bolesnika u stanju opće pothranjenosti ili u riziku od pothranjenosti. Uz unos vlaknaste hrane potreban je dovoljan unos tekućine, a moguća je i primjena laksativ (1).

4.1.3. Proljev

Proljev je učestalo pražnjenje tekuće ili polutekuće stolice nekoliko puta tijekom 24 sata. Kod pacijenta s malignom bolesti uzrok proljeva može biti polivalentna medikamentna terapija (11). Tumorska masa ili stolica česti su uzroci opstrukcije gastrointestinalnog sustava. Proljev izaziva i sindrom malapsorpcije kod karcinoma gušterače, resekcije ileuma, gastrektomija i zračenja. Pri anamnezi i pregledu bolesnika treba skrenuti pažnju na bolesnikovu prehranu, lijekove, laksative ako ih je uzimao, stupanj bolesti, prethodne kirurške zahvate, provedeno zračenje, učestalost stolica i njihova količina. Tijekom obaveznog pregleda abdomena i digitorektalnog pregleda potrebno je posumnjati na moguću opstrukciju crijeva. Vrlo česta pojava kod palijativnog pacijenta je infektivan proljev (11). Tijekom duljeg proljeva važno je pratiti hidraciju pacijenta i nadoknađivati „per os“ ukoliko je moguće, a kod pacijanata kod kojih to nije moguće nadoknadu treba provesti parenteralno. Od prehrane je dozvoljen čaj, krekeri uz izbjegavanje mlijeka i drugih proizvoda s laktozom. Kod dokazanih infektivnih proljeva propisuju se antibiotici. Antibiotici su izuzetno važni u liječenju enteritisa uzrokovanog *Clostridium difficile*, a bizmut odlično smiruje simptome kod dijareja izazvanih enterotoksinom *Escherichia coli* (12). Kod proljeva koji su posljedica zračenja preporuča se acetil-salicilna kiselina ili prednizolonske klizme, kao i kolestiramin uz dodatak psiliuma. Kod HIV pozitivnih bolesnika značajnu ulogu ima oktreotid koji djeluje na sekrecijski proljev (13).

4.1.4. Štucavica

Štucanje nastaje zbog kontrakcije dijafragme i pojavljuje se nekoliko puta u minuti. Uzrok štucavice može biti distenzija želuca, podražaj freničkog živca metastazama u jetri, uremijom ili infekcijom, tumori središnjeg živčanog sustava, nuspojave lijekova. U slučaju kratkotrajne štucavice podražiti sluznicu ždrijela ili nosnice. Za njezino zaustavljanje potrebno je zadržavanje daha u trajanju od desetak sekundi, brzo ispijanje čaše hladne vode i disanje u vrećicu. Dugotrajna štucavica vrlo je iscrpljujuća i često otporna na liječenje.

4.1.5. Bol

Bol je zaštitni mehanizam koji se pojavljuje pri bilo kakvom oštećenju tkiva te potiče reakcije kojima se uklanja bolni podražaj (1). Izostanak tog zaštitnog mehanizma može ugroziti život čovjeka. Unatoč zaštitnoj komponenti, bol je patološko stanje čija pojavnost ima učinak na sve organske sustave. Bol izaziva nemir, napetost, strah, nesanicu i ima snažan utjecaj na cjelokupno funkcioniranje čovjeka (1). Jačina boli ovisi o subjektivnom stanju, pragu boli, podnošljivosti boli, porijeklu boli te emocionalnim, društvenim ili duhovnim razlozima. Procjena jačine boli vrši se pomoću ljestvica (verbalna, numerička, vizualna analogna ljestvica). Njihovim korištenjem bol se kategorizira od blage, umjerene, umjereno jake do jake boli. Ostali popratni simptomi boli mogu biti mučnina, znojenje i proljev. Tjeskoba je čest pratilac boli, poglavito kronične boli. Prag boli, kao razinu na kojoj osoba počinje osjećati bol, treba razlikovati od tolerancije boli. Tolerancija boli je maksimalna razina boli koju osoba može podnijeti. Prema brzini pojavnosti bol može biti brza i spora. Brza bol osjeti se za oko 0,1 sekundu nakon bolnog podražaja, a spora bol nakon jedne ili više sekunda, da bi se postupno pojačavala. Prema etiologiji, bol je moguće podijeliti na bol s jasno definiranim uzrokom i onu koja nema jasan uzrok. Bol koja nema poznati specifični patofiziološki uzrok ili traje duže od predviđenog vremena smatra se nespecifičnom boli. Specifična bol uzrokovana je poznatim patofiziološkim mehanizmom, odnosno jasnim patološkim procesom koji je zahvatio tkiva (upale, tumori, ozljede, infekcije i dr.). Tjelesna bol posljedica je oštećenja tkiva, jasno je locirana, povećava se pri pokretu ili pritisku, često je prisutna noću i jednako je prisutna u svim dijelovima tijela. Psihogeni bol uvjetovana je emocionalnim stanjima. Njezina lokacija nije jasno određena, slabo reagira na podražaje i rijetko je prisutna noću. Emocionalna bol ili patnja popraćena je snažnim emocijama, a može se manifestirati i tjelesnim simptomima. Duhovna bol nastaje kao rezultat sukoba osobnih uvjerenja i stvarnih životnih događaja. Socijalna bol pojavljuje se kada dolazi do prekida socijalnih veza.

Totalna bol uključuje ne samo tjelesnu, nego i psihičku, socijalnu i duhovnu komponentu (1). S obzirom na intenzitet i trajanje boli razlikujemo akutnu i kroničnu bol. Akutna bol ima zaštitnu ulogu i organizmu omogućuje zaštitu od štetnih podražaja. Akutna bol oštra je i ima jasan vremenski početak. Dobro reagira na analgetike. Kronična bol razvija se polako, postupno povećava i duže perzistira (1). Može trajati danima, mjesecima, pa čak i godinama. Najčešće je to tupa bol, čiju lokalizaciju i smjer širenja nije lako odrediti pa se može povezati s nespecifičnom boli. Prisutna je kod bolesnika s malignom bolešću. Kod malignih, zloćudnih bolesti bol je uglavnom kronična, a izazvana je kompresijom i oštećenjem tkiva. Još se naziva i maligna bol. Maligna bol prisutna je u 20 do 50 % bolesnika. Svaka bol ublažava se neovisno o patološkim mehanizmima i/ili etiologiji. U palijativnih bolesnika najčešće se primjenjuje medikamentozno liječenje i invazivnije anesteziološke metode (14). Medikamentozno liječenje boli provodi se primjenom analgetika enteralno, parenteralno i lokalno. Peroralna medikamentozna terapija je najugodnija i vrlo učinkovita, ali se nerijetko kod bolesnika s malignim oboljenjima primjenjuju i invazivniji načini (epiduralna i intratekalna analgetska terapija).

4.1.6. Dehidracija

Dobra hidracija nužna je za održavanje svih funkcija u organizmu. Smanjenjem volumena tekućine u organizmu dolazi do dehidracije (14). Klinički znakovi manjka volumena, odnosno dehidracije su suha sluznica usne šupljine, oslabljen turgor kože iznad prsne kosti ili na trbuhu, hipotenzija, smanjeno mokrenje, slabost, malaksalost, smetenost, a ponekad i poremećaj svijesti. Ako se ne intervenira, može doći do hipovolemijskog šoka. Ako bolesnik nije u mogućnosti uzimati tekućinu na usta, moguće je tekućinu unijeti parenteralno. Ukoliko pacijent ima sondu, hidracija se može vršiti enteralnim načinom. Parenteralni načini su subkutana infuzija, intrevenska infuzija perifernim intravenskim putem ili putem centralnih venskih katetera.

4.1.7. Kaheksija

Sindrom kaheksija-anoreksija metabolički je poremećaj koji je najčešće prisutan kod oboljelih od malignih bolesti, ali i drugih bolesti koje zahtijevaju palijativnu skrb (13). Kaheksija je gubitak tjelesne težine, gdje dolazi do gubitka masnog i mišićnog tkiva. Ukoliko je nenamjeran gubitak tjelesne težine veći od $\pm 5\%$ treba posumnjati na kaheksiju (15). Osnovni minimalni cilj terapijskih intervencija jest zaustavljanje progresivnog gubitka težine, odnosno mišićnog tkiva. Sekundarno se kaheksija pojavljuje kao rezultat funkcionalne nemogućnosti probavljanja i korištenja nutrijenata. Ova pojava može biti povezana sa mehaničkom interferencijom u gastrointestinalnom traktu kao što su: opstrukcija ili malapsorpcija, kirurške intervencije ili toksičnost povezana s liječenjem. Psihološko stanje palijativnog bolesnika uvelike utječe na njegovu prehranu (16).

Tijekom posljednjih godina, opća osviještenost kliničke važnosti sindroma kaheksija-anoreksija se povećala. Ponajprije zato jer je sada jasno da je u terapiji maligno oboljelih pacijenata jednako važno omogućiti kvalitetan a ne samo dulji život. Kako bismo mogli u bližoj budućnosti palijativnim bolesnicima pružili još bolju skrb i smanjiti im neugodu i bol, uz njihovu primarnu terapiju svakako bismo trebali uključiti terapiju antianoreksija-kaheksija sindroma (17).

4.1.8. Malnutricija

Malnutricija je stanje uhranjenosti kada neuravnotežen unos energije, proteina i drugih nutrijenata dovodi do mnogobrojnih negativnih učinaka na tjelesne funkcije te na klinički ishod. Ona je dio ili posljedica sindroma malapsorpcije, a rijetko je i jedan od uzročnika. Tijek maligne bolesti i njezine terapije očekivano utječu na loš nutritivni status. Malnutricija je uz sindrom anoreksije i kaheksije, čest problem sa kojim se susreću onkološki bolesnici (12). Povezuje se sa smanjenom otpornošću i povećanoj podložnosti infekcijama, slabim cijeljenjem rana, višoj učestalosti dekubitalnih ulkusa, prerastanju patogenih bakterija u gastrointestinalnom sustavu, povećanim gubitkom nutrijenata putem stolice, povećanjem smrtnih ishoda, skraćenim životnim vijekom, smanjenom kvalitetom života i funkcionalnim statusom. Kod oboljelih od maligne bolesti, etiologija malnutricije je multifaktorska. Sustavni ili lokalni učinci tumora kao i nuspojava terapije česti su uzroci malnutricije. Anoreksija te promjene metabolizma uočeni su kao sustavni učinci kod kaheksije. Razlikuju se po vrsti i intenzitetu te obliku karcinoma. Malapsorpcija, opstrukcija crijeva, dijareja i povraćanje obično se povezuju s lokalnim učincima. Umor, depresija, anksioznost ili bol mogu pridonijeti poremećenom prehranbenom unosu kod bolesnika. Primarna

anamneza kod procjene nutritivnog statusa vrlo je važna. Također, važan čimbenik primarne anamneze je fizikalni pregled s antropometrijskim mjerenjima i laboratorijskim nalazima, ukoliko je to moguće(13). Kliničkim pregledom želimo utvrditi nazočnost simptoma koji su posljedica deficitarnog unosa prehrambenih tvari, ponajprije vitamina i minerala. Kod praćenja bolesnikovog stanja važno je često i ponovno ponavljati procjene nutritivnog statusa bolesnika. Tada se može odrediti provođenje nutritivne terapije. Kod provođenja nutritivne terapije potrebno je uzeti u obzir čimbenike koji utječu na pacijenta, a to su: smanjena potreba za hranom, brži osjećaj sitosti, umor, otežano gutanje, osjećaj suhoće u ustima, promjene okusa te osjetljivost na mirise, dijareju, mučninu i povraćanje. U simptome malapsorpcije ubrajamo pothranjenost, gubitak tjelesne težine, anoreksija, kaheksija, meteorizam i atrofija mišića. Stolica su česte a često je prisutna i dijareja. Često se zapažaju hipotenzija, bljedoća kože i vidljivih sluznica, hiperpigmentacija kože. Prisutni su i edemi, apscesi, tetanije, konvulzije (15).

4.2. Procjena nutritivnog statusa

Pravilna i uravnotežena prehrana i dostatna apsorpcija nutritivnih sastojaka iz probavnog sustava preduvjet su održavanja tjelesnog integriteta i ravnoteže organizma, odnosno homeostaze svih energijskih i metaboličkih procesa (18). Tako se na primjer, energetske potrebe u hrani muškarca u dobi od 25 do 65 godina smanjuju za oko 25 % vrijednosti. Za neke važne sastojke u hrani, primjerice za bjelančevine, retinol, askorbinsku kiselinu i kalcij, potrebe su gotovo istovjetne bez obzira na dob (10). Kada bolesnik boluje od neizlječive bolesti, tada dolazi do poteškoća u prehrani, nedostatak apetita, nemogućnost unosa hrane što izaziva anoreksiju te progresiju bolesti. Prije definiranja preporuka o prehrani osobe, treba provesti procjenu njenog nutritivnog stanja. Nedostatak mnogih esencijalnih nutrijenata prati proces starenja uglavnom zbog oslabljenje resorpcije ili nedovoljne i nutritivno siromašne prehrane. Kod osoba starije životne dobi gubitak sluha, okusa, mirisa, oslabljen vid uzrokuju smanjen unos hrane kao rezultat slabog teka, neprepoznavanja hrane i nesposobnosti samostalnog hranjenja. Kod malignih oboljenja dolazi do poremećaja mehanizma prehrane te palijativni bolesnici gube osjećaj o gladi i žeđi (10). Na osnovi podataka o količini i sastavu prehrane bolesnika nije moguće utvrditi primjerenost prehrane bolesnika, već je za tu svrhu potrebno procijeniti nutritivni status. Da bismo dobili točan uvid u bolesnikov nutritivni status potrebno je u najranijoj fazi bolesti provesti klinički pregled, anamnezom utvrditi potrošnju namirnica prije bolesti, hrana koju bolesnik voli. Također su važna antropometrijska mjerenja: tjelesna masa u kilogramima, visina tijela u centimetrima,

kožni nabori, izračunati postotak masti, opseg nadlaktice, provjeriti biokemijske nalaze koji uključuju procjenu ravnoteže dušika i procjenu ravnoteže tekućine (vode i elektrolita) u tijelu, fiziološke testove (6). Postoji nekoliko vrsta upitnika koji se koriste u kliničkoj nutritivnoj procjeni. Quetelov indeks ili indeks mase tijela koji se izračunava na temelju odnosa: masa (kg) / visina (m)². Četiri osnovna pitanja nalaze se u svakom obrascu o procjeni nutritivnog stanja. Pitanja se odnose na gubitak tjelesne mase u posljednja tri mjeseca, unos hrane, indeks tjelesne mase i stupanj bolesti. Nottingham Screening Tool prvi je obrazac za procjenu malnutricije. Tijekom godina Nottingham Screening Tool nadograđivao se, pa se tako danas na temelju njega koristi suvremeniji obrazac poput subjektivne općenite procjene odnosno Subjective Global Assessment ili SGA. SGA omogućuje liječniku brzu procjenu nutritivnog statusa. Četiri obilježja iz kliničkog pregleda i pet obilježja iz povijesti bolesti kombiniraju se kako bi se dobila nutritivna procjena pacijenta. Ona je kolerantna sa duljinom boravka u bolnici, učestalošću infekcija, vrijednostima albumina i drugo. Pacijenti se svrstavaju u tri kategorije: A-dobro uhranjeni, B-umjereno pothranjeni i C-izrazito pothranjeni. Najvažnijim čimbenicima pothranjenosti smatraju se slab prehranbeni unos, gubitak tjelesne mase, gubitak potkožnog tkiva i atrofija mišića. Svi bolesnici bi kod prijema u bolnicu trebali biti podvrgnuti brzom i osnovnoj procjeni nutritivnog statusa (Mini Nutritional Assessment ili MNA). Procjena statusa bolesnika može se izvršiti pomoću brzih probirnih (tzv. screening) metoda. Pri povećanom riziku od nedostanog nutritivnog statusa, poduzimaju se različite mjere liječenja. Važno je prilagoditi prehranu bolesniku kako bi se zadovoljio nutritivni status bolesnika. Ukoliko se prehranom ne postiže zadovoljavajući rezultat bolesniku se na druge načine, kao što su lijekovi za povećanje apetita, uvođenje enteralnih pripravaka, te rjeđe parenteralna prehrana, nadoknađuje nutritivni gubitak. Ranim prepoznavanjem nepravilnog unosa prehrane i smanjenog unosa tekućine medicinska sestra može kontaktirati liječnika, razraditi plan zdravstvene njege i na pravilan način nadoknaditi smanjen unos hrane i tekućine u organizam.

Postoji čitav niz čimbenika koji kod takvih bolesnika mogu uzrokovati anoreksiju, ali glavni uzrok su mučnine, depresije, nepokretnost i bol. Posljedice anoreksije su vrlo teške, ne uzrokuju samo gubitak tjelesne mase već i smanjenje mišića, razne psihičke promjene i dehidraciju. Time se povećava mogućnost infekcije, opstipacije i proljeva što dovodi do pogoršanja anoreksije (11). Sindrom kaheksije česta je pojava u terminalnim fazama bolesti kao što su: kronična jetrena bolest, kronične opstruktivne bolesti pluća, kronični pankreatitis te karcinom. Bolesnikova obitelj, kao i medicinske sestre, teško se nose s činjenicom da je tijekom neizlječive bolesti normalno smanjeno uzimanje hrane i tekućine. Smanjeno uzimanje hrane i tekućine normalan je fiziološki proces tijekom kojeg se tijelo priprema na smrt (10).

4.3. Nutritivne potrebe

Nutritivne potrebe kod palijativnog bolesnika težine 70 kg su sljedeće; voda (30 ml / kg) 2100 ml, kalorije (20-40 kcal / kg) 175 kcal, proteini (0,75-2 g / kg) 70 g, masti (1-2 g / kg) 70 g, glukoza (2-3 g/kg) 150 g, elektroliti, vitamini i elementi u tragovima.

4.3.1. Bjelančevine

Voda čini 60-70 % mase čovjeka i najvažnija je tvar u organizmu, a odmah uz nju nalaze se bjelančevine ili proteini. Bjelančevine imaju važnu ulogu u regeneraciji, rastu i razvoju svih tjelesnih tkiva za uspostavljanje odgovarajuće funkcije. Glavni su izvor tvari za izgradnju mišića, krvi, kože, kose, noktiju i unutarnjih organa. Bjelančevine su dio svake stanice. Potreba za bjelančevinama mijenja se tijekom života odnosno ovisi o dobi i spolu. Bjelančevine su od velike važnosti kod nadomještanja oštećenih i odumrlih stanica. U svrhu pozitivnog održavanja ravnoteže dušika kod starije populacije, unos proteina trebao bi biti 1 g / kg tjelesne mase. Unos proteina od 0,75-2 g po kilogramu tjelesne mase smatra se sigurnim za osobe u palijativnoj skrbi. Ukoliko je unos proteina prevelik, zbog sniženja bubrežnih funkcija u starijoj dobi svako povećanje razgradnih produkata bjelančevina u tijelu još više opterećuje funkcijsku sposobnost bubrega.

4.3.2. Ugljikohidrati

Ugljikohidrati osnovni su izbor energije u ljudskom organizmu, a građeni su od ugljika, kisika i vodika. Ugljikohidrati dijele se na jednostavne i složene. Jednostavni ugljikohidrati uključuju monosaharide i disaharide kao što su glukoza (krvni šećer, groždani šećer), fruktoza (voćni šećer), saharoza (konzumni šećer) i laktoza (mliječni šećer). Glavni predstavnik jednostavnih ugljikohidrata je glukoza koja je ujedno i izvor energije za sve organe, mišiće te naročito za mozak. Složeni ugljikohidrati ili polisaharidi sastoje se od dugačkih lanaca jednostavnih ugljikohidrata. Ugljikohidrati su neizostavan dio prehrane i služe kao osnovni izvor energije u organizmu. Preporučena opskrba ugljikohidratima u starijoj dobi iznosi 50-60 % od ukupne energije. S obzirom na često nepodnošenje glukoze, preporučeno je da se barem polovica od te količine dobije iz kompleksnih ugljikohidrata i da se time smanji potrošnja šećera i rafiniranih ugljikohidrata.

4.3.3. Masti

Masti su odmah nakon ugljikohidrata glavni izvor energije za ljudski organizam. Omogućuju apsorpciju tvari topljivih u mastima, posebno vitamina A, D, E i K. Masti sudjeluju u procesu izgradnje stanica, štite naše organe i sudjeluju u zaštiti organizma od ekstremnih temperatura. Bitan su izvor masnih kiselina. Smanjena fizička aktivnost, s povećanim unosom masti dovodi do razvoja ateroskleroze i kroničnih bolesti. Unos masti kod starije populacije treba ograničiti na donju granicu predviđenih potreba organizma, što bi iznosilo oko 30 % od ukupne energije. Palijativni bolesnik težine 70 kg može unositi 1-2 g / kg. S obzirom da postoji nekoliko vrsta masnoća, svakako treba preporučiti unos zasićenih masnih kiselina koje se nalaze u proizvodima životinjskog podrijetla (masno tkivo, meso i mliječni proizvodi) te u orašastim plodovima, sjemenkama i žitaricama.

4.3.4. Mikronutrijenti

Vitamini i minerali neophodni su za održavanje osnovnih biokemijskih procesa u organizmu. U procesu starenja ti procesi podliježu promjenama, zbog same fiziologije starenja te dijelom zbog čestih popratnih bolesti. U starijih osoba resorpcija vitamina obično je lošija, prilog u tome ide i potrošnja nekih lijekova što utječe na povećano izlučivanje vitamina u bubrezima. Najčešći je deficit vitamina B skupine, folne kiseline, vitamina D, vitamina A, te antioksidansa (vitamina C, E i karotenoida). Razlog deficita je neprikladna prehrana, gubitak teka te u nekim slučajevima nemogućnost probave. Kako bi se spriječio deficit vitamina, preporučuje se njihov dodatan unos putem kapsula ili oralnog spreja. Unos minerala također ima važnu ulogu u održavanju osnovnih metaboličkih procesa u organizmu. Cijeli niz minerala i elemenata u tragovima kao što su kalcij, fosfor, željezo, jod, magnezij, cink, bakar, krom i drugi, imaju svoju ulogu u održavanju zdravog metabolizma. Većinu njih unosimo putem hrane, ali zbog sve većeg korištenja rafiniranih namirnica dolazi do njihova nedostatka u organizmu. Posebna i vrlo česta aktualna poteškoća prehrane može biti opskrba kalcijem i željezom. Kod žena nakon menopauze koje su sklone razgradnji kosti više nego što je , dolazi do veće sklonosti za razvoj osteoporoze. Deficit željeza također nosi svoje nuspojave. Sideropenična anemija najčešća je nuspojava deficita željeza u krvi. Iako su potrebe za željezom kod starijih osoba niže od potreba odraslih osoba mlađe dobi, jer one koriste dio željeza koji se oslobađa zbog smanjenja mišićne mase i sniženja broja eritrocita, svakako treba voditi brigu o dovoljnom unosu željeza kod starijih osoba. U slučajevima deficita željeza te pojave sideropenične anemije često dolazi do infekcija i krvarenja te nepovoljnih uvjeta resorpcije kao i nedovoljnog unosa mesa i vitamina C u prehrani.

4.4. Oblici prehrane i hidracije bolesnika s potrebama za palijativnom skrbi

Prehrana je iznimno važan čimbenik u liječenju mnogih bolesti. Narušeni nutritivni status često je očekivan u mnogim stanjima, primjerice nakon medicinski indiciranih tretmana, ali i kao posljedica maligne bolesti. Bolesnik vrlo često nije u mogućnosti konzumirati određenu hranu i tekućinu, a brojni neugodni simptomi uzrokuju njihov smanjen unos, što rezultira pothranjenošću i dehidracijom. Stoga su potrebne primjene različitih načina prehrane i hidracije kako bi se nadoknadio izgubljen energetska i kalorijski unos.

Kad god je moguće, potrebno je poticati prirodno hranjenje. Ako osoba nije u mogućnosti unijeti hranu prirodnim načinom, primjenjuje se enteralni ili parenteralni način prehrane.

4.4.1. Enteralna prehrana

Enteralna prehrana indicirana je u svih pacijenata koji nisu u mogućnosti peroralno unositi dostatne vrijednosti nutritivnih tvari zbog poteškoća sa gutanjem, žvakanjem, uznapredovalom bolešću, neurološkim poremećajima ili je potrebno zaobići opstruirano područje, posebice kod onkoloških bolesnika kojima su metastaze ili sam tumor u jednjaku i/ili vratu i u kojih ne postoje kontraindikacije (16).

Enteralna prehrana je unos hrane i/ili nutritivnih pripravaka korištenjem sonde za hranjenje koje se postavljaju u želudac, dvanaesnik ili jejunum. Specijalni pripravci su prilagođeni potrebama bolesnika u posebnim patološkim stanjima. Pripravci koji su prilagođeni potrebama bolesnika uglavnom u svom sastavu ne sadrže gluten i laktozu (5).

Apsolutne kontraindikacije enteralne prehrane su: potpuna intestinalna opstrukcija, odsutnosti intestinalne funkcije zbog zatajenja, jake upale ili postoperativnog stanja, nemogućnost pristupa crijevu (opekline ili trauma), intestinalne fistule, aktivno krvarenje u gornjem dijelu gastrointestinalnog sustava te kod gastrointestinalnih perforacija. Relativne kontraindikacije za enteralnu prehranu su: proljev ili povraćanje, parcijalna opstrukcija tankog crijeva, sindrom kratkog crijeva, proksimalna intestinalna fistula, opasnost pojave oportunističkih infekcija te kod etičkih razloga (5).

S obzirom na uvođenje enteralne prehrane, važno je održavanje integriteta sluznice tankog i debelog crijeva. To postaje prioritet, osobito u najtežim kliničkim situacijama, što potencira pristup hranjenja bolesnika normalnom hranom i enteralnim pripravcima kad god je to moguće. Kako bi se očuvala sluznica tankog i debelog crijeva važno je znati da vrlo mala količina hrane

koja prolazi crijevnim lumenom može prevenirati atrofiju crijevnih resica. Samom prevencijom atrofije crijevnih resica smanjuje se rizik bakterijske translokacije i ostale moguće komplikacije (5). Za navedeno koristimo nazogastričnu sondu i nazojejunalnu sondu. Primjena enteralnih pripravaka primjenjuje se na bolus više puta na dan do maksimalno 400 mL putem štrcaljke ili polaganim kapanjem iz plastičnog kontejnera koristeći silu teže. Bolesnik sjedi ili je naslonjen pod 45 stupnjeva kako bi se prevenirao refluks sadržaja i njegova aspiracija. Ako je vršak sonde u tankom crijevu, bolje je davati hranu iz plastičnog spremnika putem pumpe, jer se time prevenira dumping sindrom i distenzija crijeva (13). Krvarenja, perforacija, loš položaj sonde, ulazak u traheju, ozljeda stome i njena infekcija, iritacija, krvarenje, savijanje sonde i njeno zapetljavanje ili začepljenje komplikacije su enteralne prehrane. Najčešća, najopasnija i najneugodnija komplikacija je aspiracija sadržaja u pluća, a pojavljuje se u čak 17-32 %. Aspiracija se rijetko događa kod pacijanata koji imaju stomu. Česta aspiracija uglavnom se događa u bolesnika koji imaju postavljene sonde. Proljev se javlja u 5-30 %, no tada je važno preispitati indikaciju za enteralnu prehranu, provjeriti brzinu infundiranja, osmolarnost otopine te provjeriti terapiju koju bolesnik uzima, npr. antibiotici i antacidi. Opstipacija i kontaminiranost sonde bakterijama javlja se u 15 % bolesnika koji se hrane putem enteralne prehrane (5). Kada unošenje enteralnim načinom nije moguće ili je neadekvatno, kada postoje kontraindikacije ili bolesnik ne prihvaća takav način prehrane te kada je stanje bolesnika takvo da iziskuje točno definiranje nutritivnih potreba, primjenjuje se parenteralni način prehrane.

4.4.2. Parenteralna prehrana

Parenteralna prehrana je način supstitucije organizma vodom, glukozom, lipidima, aminokiselinama, elektrolitima, vitaminima, mineralima, oligoelementima i svim drugim hranjivim tvarima krvožilnim putem (1). Moguće ju je provoditi venskim kateterom ili putem centralnih venskih katetera.

Parenteralna prehrana nudi mogućnost povećanog i održivog unosa nutrijenata, ali treba je koristiti samo kada je nemoguće koristiti enteralnu prehranu zbog nemogućnosti probave u gastrointestinalnom sustavu ili kada enteralna prehrana nije prihvaćena od strane bolesnika. Ukoliko tijekom 7-10 dana bolesnik ima značajno smanjen unos hrane, a nije u mogućnosti hraniti se enteralno, uvodi se parenteralna prehrana. Ovisno o potrebama bolesnika, parenteralna prehrana može biti parcijalna ili totalna (18). Parcijalna ili djelomična prehrana oblik je u kojem pacijent nadoknađuje određeni dio energetskeg unosa krvožilnim putem, a preostali dio prirodnim ili enteralnim načinom. Totalna ili potpuna parenteralna prehrana oblik je u kojem sve potrebe organizma za hranjivim tvarima nadoknađuju isključivo krvožilnim putem. Parenteralna prehrana daje se bolesniku putem infuzije kroz 12 - 24 sata iako to vrijeme može biti prilagođeno bolesnikovim potrebama i načinu života. U palijativnih je pacijenata često vrlo teško pronaći venski put kojim bi se primijenila parenteralna prehrana. Kontraindikacija parenteralne prehrane često je terminalna faza maligne bolesti, nemogućnost osiguranja intravenskog puta te regulacija šećera u krvi. U pacijenata oboljelih od tumora, liječenje kemoterapijom znatno oslabljuje imunološki sustav te samim time stvara predispoziciju za razvoj infekcije. Komplikacije parenteralne prehrane najčešće su infekcije, stvaranje krvnih ugrušaka, otkazivanje jetre, glad pacijenata, crijevna atrofija (16). S obzirom na rizik i komplikacije parenteralne prehrane, svakako treba prednost dati enteralnoj prehrani. Postoji niz čimbenika zbog kojih preferiramo enteralnu prehranu, a to su: bolja podnošljivost, nedostatak potrebe za sterilizacijom seta, niski troškovi, nedostatak potrebe za laboratorijskim pretragama ili dodavanje pomoćnog inzulina, mala učestalost komplikacija i potreban je minimalan nadzor (16).

4.4.3. Supkutana hidracija

Supkutana hidracija ili hipodermoklizacija je tehnika kojom se tekućina unosi u potkožno tkivo pomoću vrlo tanke kanile, koja je najčešće umetnuta u područje bedara, trbuha, leđa ili ruku (1). Supkutana hidracija posebice je indicirana za održavanje kratkoročne hidracije u onih bolesnika koji nisu u mogućnosti konzumirati potrebnu količinu tekućine na usta. Primjenjuje se u blago do umjereno dehidriranih bolesnika u kojih je postavljanje intravenskog puta teško ili nepraktično. Osim za rehidraciju supkutana infuzija može biti učinkovita i u davanju parenteralne prehrane. Ima nekoliko prednosti u odnosu na intravensku infuziju, uključujući i jednostavnost primjene, nisku cijenu te nedostatak potencijalnih ozbiljnih komplikacija, osobito infekcije. Supkutanu infuziju treba primijeniti prvenstveno onda kada bolesnik ima simptome dehidracije poput slabosti, ortostatke hipotenzije ili žeđi i to onda kada unos tekućine na usta nije moguć ili je otežan kao u palijativnih bolesnika. Supkutanom infuzijom tekućina se može primijeniti kontinuirano tijekom 24 sata, samo preko noći ili jednosatnim bolusom. Istovremeno se mogu postaviti dvije različite kanile na dva različita mjesta, ali se u 24 sata ne smiju dati više od tri litre tekućine. Bol i nelagoda na mjestu primjene najčešće su povezani s postavljanjem kanile. Osim položaja kanile, nelagoda na mjestu primjene može biti znak da infuzija teče prebrzo. Lokalni edem je najčešća komplikacija. Ako edem i nelagoda perzistiraju, infuziju treba postaviti na drugo mjesto. Jedna od komplikacija je i probijanje krvne žile tijekom postavljanja kanile. Ako se kod postavljanja igle pojavljuje krv ili ista počne ulaziti u liniju infuzije, infuziju treba prekinuti i postaviti na drugo mjesto. Ako se u bilo kojoj fazi primjene supkutane infuzije pojave simptomi srčanog preopterećenja poput otežanog disanja i tahikardije, odmah treba zaustaviti infuziju i zatražiti liječnički savjet.

4.5. Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika vezano uz obrazac prehrane

Sve intervencije u palijativnoj skrbi usmjerene su na ublažavanje bolesnikove patnje i boli što poboljšava kvalitetu bolesnikovog života te na dostojanstvenu i mirnu smrt. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi od iznimne je važnosti. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi mora imati razvijenu osjetljivost za sve probleme s kojima se bolesnik suočava. Ona brine za održavanje života, poštuje ljudsko dostojanstvo i pruža empatiju. Zadatak medicinske sestre kod palijativne skrbi je da profesionalno provodi zdravstvenu njegu te koordinira i rukovodi cjelokupnom skrbi o palijativnom bolesniku (5). Isto tako, zadatak medicinske sestre prvostupnice je da provodi proces zdravstvene njege. Planiranje, provođenje i evaluacija zdravstvene njege ovisno o bolesnikovim potrebama je neizostavan dio sestrinske skrbi. Između medicinske sestre i ostalih članova multidisciplinarnog tima koji brine o potrebama palijativnog bolesnika iznimno je važna dobra komunikacija i suradnja kako bi se bolesniku pružila najbolja moguća njega. V. Henderson u svojoj definiciji zdravstvene njege posebno naglašava važnost razumijevanja teorije zdravstvene njege, modela skrbi koji ukazuje na važnost osiguravanja mirne smrti te očuvanje dostojanstva bolesnika u procesu umiranja. Kako bi se postigao humani kontekst skrbi, jedan od principa je poštovanje osobnosti svakog pojedinca, razumijevanje za njegove želje i očekivanja, usmjerenost pojedincu kako bi znao da se može osloniti na nas i našu pomoć, te individualno izraditi plan skrbi za svakog bolesnika ovisno o njegovim potrebama (5). Komunikacija s palijativnim bolesnikom iziskuje posebnu emocionalnu težinu, ona mora biti ponajprije iskrena, suosjećajna, ali i realna. Zbog emocionalnog opterećenja često se izbjegava razgovor kako ne bi bili suočeni s opasnošću odgovaranja na pitanja na koja možda i sami nemamo odgovore (6). Medicinska sestra mora imati odlično razvijene komunikacijske vještine u razgovoru sa bolesnikom ili obitelji bolesnika te svim članovima interdisciplinarnog tima. Mora se znati prilagoditi sposobnostima bolesnika da razumije što mu se govori te govoriti normalnim tonom i brzinom govora (6).

Kada nastupi dijagnoza neizlječive bolesti, medicinska sestra je posrednik između doktora i bolesnika, bolesnika i obitelji. „Čuti i slušati“ jedna je od najvažnijih potrebnih vještina tijekom palijativne skrbi. Verbalnom i neverbalnom komunikacijom uspostavljamo odnos s bolesnikom. Riječima, mirnim govorom sudjelujemo u verbalnoj komunikaciji s bolesnikom. Vrlo je važna i neverbalna komunikacija kojom pružamo veliku sigurnost za bolesnika. Kako bi se neverbalna komunikacija odvijala uspješno i nesmetano, potrebno je osigurati mirnu okolinu te pažljivo slušati bolesnika, pratiti pokrete tijela bolesnika, reakcije bolesnika te se koncentrirati na bolesnika mirnim pogledom i dodirima (6). Kada bolesnik osjeća povjerenje i sigurnost tada lakše nastavlja

komunikaciju. Potrebne kompetencije medicinske sestre su: dobro razvijene komunikacijske vještine, holistički pristup, empatija kako bi bolje razumjela bolesnika te uspostavila odnos povjerenja te ispitala bolesnikove osjećaje sumnje, straha i razumijevanje bolesti. Pružanje točnih i realnih informacija o tijeku bolesti i njezinu liječenju najznačajniji je oblik komunikacije, no pružanje emocionalne podrške bolesnicima od velike je važnosti. U komunikaciji s bolesnikom treba biti potpuno iskren, jer se na taj način bolesnik također osjeća vrijedno, dostojanstveno, osjeća da netko brine o njemu te stječe povjerenje, smanjuje se izoliranost i bespomoćnost (7).

Dijagnoza neizlječive bolesti člana obitelji ili bliske osobe mijenja način komunikacije kao i način života. Ona promatra i dijeli brigu o bolesniku, osigurava adekvatnu skrb i prima podršku zdravstvenih djelatnika u obliku informacija, savjetovanja ili praktične pomoći. Normalna reakcija svake obitelji je strah, što kod neizlječivih bolesti pojačava međuovisnost članova (7).

Reakcija obitelji može biti šok, zbunjenost, nedostatak znanja i informacija o bolesti, ponekad i stigmatizacija obitelji od osoba iz okruženja (8). Članovi obitelji pod velikim strestom i brigom za bolesnika izbjegavaju preuzeti odgovornost za bolesnika, često se "brane" svađom ili bijegom, a u trenutku povećanja tjeskobe i anksioznosti, reakcije nadjačavaju racionalne odgovore (9).

Komunikacija medicinske sestre ovdje također ima važnu ulogu, ponajprije u davanju točnih informacija, razumijevanja osjećaja i reakcija bolesnikove obitelji, te provođenju intervencija usmjerenih na smanjenje boli i patnje palijativnog bolesnika. Empatija i suosjećanje su važan aspekt u komunikaciji sa obitelji. Važno je čuti na koji način bismo mogli olakšati i pridonijeti osjećaju sigurnosti i brige obitelji neizlječivog bolesnika. Palijativnom bolesniku od iznimne je važnosti osjećaj pripadnosti svojoj obitelji. Stoga treba poštovati i omogućiti želje bolesnika i obitelji da provedu vrijeme zajedno.

Bolesnici s malignim oboljenjima i njihove obitelji često se suočavaju s komplikacijama i problemima stoga je interdisciplinarni tim neophodan za pružanje opće i specijalizirane skrbi (3). Fizička, psihička, socijalna i duhovna potpora bolesniku su od velike važnosti, a pomoću metoda koje proizlaze iz interdisciplinarnog timskog pristupa puno je lakše pomoći bolesniku (3). Holistički pristup bolesniku uz interdisciplinarnost i multidisciplinarnost tima palijativne skrbi već u svom nazivu ide u prilog. Interdisciplinarni tim nužan je zbog suradnje više liječnika različitih specijalističkih i subspecijalističkih usmjerenja, kako u liječničkoj, tako i u sestrinskoj struci, a uz to i suradnja s ostalim profesijama kao što su biokemičari, psiholozi, socijalni radnici, sve u svrhu sveobuhvatne njege palijativnog bolesnika. Interdisciplinarni pristup potreban je zbog zahtjevnosti i kompleksnosti liječenja i njege bolesnika. Primarni cilj palijativne zdravstvene njege dostojanstvena je i mirna smrt, osjećaj sigurnosti i pripadnosti te poštivanje jedinstvenosti i želje bolesnika (3). Zajednički cilj te poštivanje individualnosti pojedinca i njegove odgovornosti u

timskom radu kao i otvorena i adekvatna komunikacija između članova tima neophodni su čimbenici timskog rada. Različiti stručnjaci u svojim domenama procjenjuju stanje bolesnika, ali skupa su usmjereni prema jednom cilju. Cijeli tim usmjeren je prema zajedničkom planiranju ciljeva skrbi o bolesniku, intervencijama i provedbi istog. Potrebno je razumijeti i prihvatiti niz promjena kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti i emocije članova obitelji. Važno je razumjeti bolesnikove osjećaje kako bi članovi tima u pristupu i provođenju palijativne skrbi pružili zdravstvenu njegu (7).

Kod palijativnih bolesnika postoji niz sestrinskih dijagnoza. Smanjena mogućnost brige za sebe jedna je od najčešćih dijagnoza u palijativnoj skrbi. Nepravilnim održavanjem oralne higijene dolazi do rizika od razvoja mnogih bolesti koje narušavaju bolesnikovu kvalitetu života (16). Komplikacije usne šupljine kod palijativnih bolesnika mogu biti: stomatitis (upala sluznice usne šupljine i vrijedova), mukozitis (atrofija, oticanje usne šupljine), kserostomija (suhoća usne šupljine), kandidijaza (gljivična infekcija usne šupljine) (12). Postoji niz čimbenika koji uzrokuju komplikacije usne šupljine, između ostalog i diabetes mellitus, infekcije, parodontne bolesti, radioterapija glave ili vrata, operativni zahvati u usnoj šupljini, smanjena salivacija, zubna proteza, začinjena hrana, te učestala konzumacija alkohola, cigareta, droge, starija životna dob (12). Ukoliko je moguće, potrebno je educirati bolesnika o pravilnoj oralnoj higijeni, savjetovati ga o preporučenoj prehrani, procijeniti bolesnikovu sposobnost žvakanja i gutanja, preporučiti potreban dnevni unos tekućine. Bolesniku treba pomoći i omogućiti provođenje oralne higijene prema standardu (svakodnevno izvaditi i očistiti protezu i mostove, čistiti zube zubnim koncem svaka 24 sata, prati zube nakon jela i prije spavanja, provjeravati usnu šupljinu kako ni se spriječile lezije i zaustavila moguća krvarenja) a bolesniku koji je bez svijesti medicinska sestra treba provoditi oralnu higijenu sa glavom okrenutom na stranu ili staviti bolesnika u bočni položaj ako je to moguće. Potrebno je pregledavati i ispirati usnu šupljinu bolesnika tri puta dnevno, a kod teškog oštećenja svaka četiri sata. Pregled se obavlja pomoću svjetla i špatule. Osiguranje provođenja oralne higijene svaka dva sata u vrijeme kada je bolesnik budan jako je važno za bolesnika. Svakom bolesniku je potrebno naglasiti da izbjegava tekućine za ispiranje usta, sokove od agruma, vruću ili hladnu hranu, začinjenu hranu, alkohol (kao i tekućine za ispiranje usta sa alkoholom), hranu sa koricama ili grubu hranu koja može oštetiti usnu šupljinu. Potrebno je jesti blagu i svježiju hranu. Ako se bolesnik žali na bol u usnoj šupljini, medicinska sestra se mora posavjetovati sa liječnikom kako ublažiti bol te lijekove za ublažavanje boli primijeniti prema pisanoj naredbi liječnika. Suspenzije i gotove pripravke potrebno je primijeniti prema uputama a kod hiposalivacije primjenjuje se umjetna slina. Ukoliko je prisutna hipersalivacija, potrebno je pripremiti veću količinu papirnatih maramica. Osim bolesnika, medicinska sestra mora podučiti

obitelj bolesnika o čimbenicima koji doprinose oštećenjima sluznice usne šupljine te naglasiti važnost redovnih stomatoloških pregleda i na kraju provjeriti je li pacijent usvojio potrebno znanje o održavanju higijene usne šupljine i zubi na način da, ukoliko je o u mogućnosti, bolesnik demonstrira naučeno (12). Oštećenja usta, ždrijela ili jednjaka često se javljaju u palijativnih bolesnika. Smanjena mogućnost brige za sebe- hranjenje, također je česta sestrinska dijagnoza u palijativnih bolesnika. Poteškoće u hranjenju i otežano gutanje ozbiljno narušavaju kvalitetu bolesnikova života. Uloga medicinske sestre je rano prepoznavanje problema hranjenja i otežanog gutanja te brza intervencija. Ukoliko bolesnik sam ne ukaže na problem hranjenja ili gutanja, može doći do ozbiljnih komplikacija kao što su aspiracija, plućni sindrom ili gušenje. Demencija, tumori, neurološki poremećaji kao što su amiotrofična lateralna skleroza, Parkinsonova bolest i multipla skleroza često uzrokuju simptom otežanog hranjenja i gutanja. Medicinska sestra provodi edukaciju bolesnika o načinu prehrane, savjetuje o uzimanju kašaste i tekuće hrane, preporuča uzimanje više manjih obroka tijekom dana. Svakako, treba pomoći bolesniku pri hranjenju kako bismo smanjili rizik od komplikacija (12). Ukoliko medicinska sestra procijeni da se bolesnik nije u stanju sam hraniti, provodi niz intervencija vezanih uz dijagnozu smanjene mogućnosti brige o sebi- hranjenje. Neke od intervencija vezanih uz hranjenje jesu biti uz pacijenta tijekom jela, osigurati hranu koju bolesnik voli, odgovarajuće temperature i strukture, smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj, omogućiti pacijentu mir tijekom obroka.

5. ZAKLJUČAK

Potreba bolesnika za palijativnom skrbi zahtjeva multidisciplinarni pristup bolesniku. Individualan pristup, empatija, komunikacija s bolesnikom i njegovom obitelji od iznimne je važnosti kako bi se bolesnik osjećao sigurno i spokojno. Kako bismo omogućili bolesniku što kvalitetnije vrijeme njegova života u terminalnoj fazi bolesti, prehrana je jedan od važnih čimbenika u palijativnoj skrbi. Važan dio palijativne skrbi su uloga i intervencije medicinske sestre. Tijekom palijativne skrbi medicinska sestra provodi najviše vremena s bolesnikom te prepoznaje poteškoće s kojima se bolesnik suočava. Česte poteškoće u palijativnih bolesnika su mučnina i povraćanje, opstipacija, proljev, štucavica, bol, dehidracija, kaheksija i malnutricija. Prema sestrinskim dijagnozama vezanih uz poteškoće palijativnih bolesnika, medicinska sestra provodi intervencije usmjerene prema olakšavanju i uklanjanju poteškoća. Da bi se dobio pravilan i točan uvid u pacijentove nutritivne potrebe, provodi se nutritivna procjena stanja bolesnika. Prema procjeni nutritivnog stanja bolesnika kao i njegovo praćenje, daje na uvid tijekom i status bolesnikovih energijskih potreba i mogućnosti primjene peroralne, enteralne, parenteralne prehrane ili subkutane hidracije. Iako su palijativni bolesnici često bez osjećaja gladi i žeđi, njihovoj obitelji i medicinskim sestrama nikada nije opcija odustati, već poduzeti sve mjere kako bi se nadoknadio unos raznih nutrijenata.

6. LITERATURA

1. Ljubičić M, Palijativna zdravstvena njega. Naklada Sklap 2020.

2. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski B, Vučevac V. Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. Medix 2016; 22(119/120): 69-75.

Dostupno na: <http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/69-76.pdf> datum pristupa: 28.04.2020.

3. Smešny V. i sur. Palijativna skrb, s umirućim do posljednjeg daha. Narodni zdravstveni list. 2018; 696-697, str. 3-31.

Dostupno na: http://www.zzjzpgz.hr/nzl/109/nzl_1_2_2018.pdf datum pristupa: 28.04.2020

Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/330805> datum pristupa: 2.5.2020.

4. Cummings I. The interdisciplinary team. In: Doyle D, Hanks GWS, MacDonald N., editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed. Oxford University Press; 1998. p. 19.-30.

5. Hrvatska udruga prijatelja hospicija; 2017.

Dostupno na: <https://www.hospicij-hrvatska.hr/> datum pristupa: 02.05.2020

6. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.; 104-109

7. Saunders C, Sykes N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. Zagreb: Školska knjiga; 1996.

8. Šamija M, Nemet D. i sur. Potporno i palijativno liječenje onkološkog bolesnika. Zagreb; 2010.

9. Acta Medica Croatia, Nijaz Hadžić, Odnos prema čovjeku- važan faktor u liječenju bolesti i bolesnika. Dostupno na: <https://healthdocbox.com/112723624-Nutrition/Vol-broj-3-zagreb.html> datum pristupa: 18.8.2020.

10. Jerković V, Klarić N. Narodni zdravstveni list. Kad ne može na usta. Dostupno na: http://www.zzjzpgz.hr/nzl/94/unjetno_hranjenje.htm datum pristupa: 04.05.2020
11. Željko Rakošec, Brankica Juranić, Štefica Mikšić, Jelena Jakab, Barbara Mikšić: OTVORENA KOMUNIKACIJA–TEMELJ PALIJATIVNOG PRISTUPA
Media, culture and public relations, 5, 2014, 1, 98-103
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/180989>
9. Klein E. i sur. Psihološka medicina. Zagreb, 1999.; Gregurek R i sur. Suradnja i konzultativna psihijatrija. Zagreb, 2005.
10. Fruge E, Crouch M, Bray J. Obiteljska dinamika i zdravlje u: Rakel RE, (ur.), Osnove obiteljske medicine. Zagreb; 2005.
11. Duraković Z. i sur. Gerijatrija. Medicina starije dobi. C.T. - Poslovne informacije, d.o.o., Zagreb
12. Ozimec Vulinec Š. Palijativna skrb. Zagreb; 2017
13. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb; 2005.
14. Mercadante S. Parenteral versus enteral nutrition in cancer patients: indications and practice
15. Jusić A. i sur. Hospicij i palijativna skrb. Hrvatska liga protiv raka. Zagreb: Školska knjiga; 1995.
16. Laviano A, Meguid M. i sur. Pub Med.gov. Therapy insight: Canceranorexia-cachexia syndrome - when all you can eat is yourself. 2005: 158-65
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16264909/> datum pristupa: 28.06.2020
17. Delić D.: Cybermed klinikom do zdravlja. Što je malnutricija? 2007
Dostupno na: https://www.cybermed.hr/centri_a_z/enteralna_prehrana/sto_je_malnutricija datum pristupa: 04.05.2020

18. Merdante S. Springer Link. Parenteral versus enteral nutrition in cancer patients: indications and practice. 2014;423-51 Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s005200050140>
datum pristupa: 26.06.2020

7. SAŽETAK

Prehrana palijativnih bolesnika dio je skrbi medicinske sestre pri pružanju zdravstvene njege palijativnom bolesniku. Kada liječenje bolesnika više nije moguće u daljnjoj skrbi za bolesnika primjenjuju se postupci palijativne skrbi. Značajan čimbenik u kvaliteti života jest prehrana. Kod palijativnih pacijenata primjenjuju se metode i postupci hranjenja koji olakšavaju poteškoćam koje su prisutne kod bolesnika s naglaskom na kvaliteti i olakašavanju prisutnih tegoba-Važna procjena nutritivnog stanja bolesnika kako bi se mogao pratiti unos nutrijenata i po potrebi provoditi intervencije. Uz sve navedeno, važno je pružiti bolesniku i njegovoj obitelji dati emocionalnu podršku, iskazati poštovanje i empatiju, gledati bolesnika kao jedinku kroz holistički pristup, pružiti mu osjećaj mira i sigurnosti.

Ključne riječi: palijativna skrb, interdisciplinarni pristup, komunikacija, prehrana u palijativnoj skrbi

8. SUMMARY

The nutrition of palliative patients is part of the nurse's care in providing health care to the palliative patient. When treatment of patients is no longer possible in further care of the patient, palliative care procedures are applied. A significant factor in the quality of life is nutrition. In palliative patients, feeding methods and procedures are applied to alleviate the difficulties present in patients with an emphasis on quality and alleviation of present problems. Important assessment of the patient's nutritional status in order to monitor nutrient intake and perform interventions as needed. In addition to all the above, it is important to provide the patient and his family with emotional support, to show respect and empathy, to look at the patient as an individual through a holistic approach, to give him a sense of peace and security.

Keywords: palliative care, interdisciplinary approach, communication, nutrition in palliative care

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>11.10.2020.</u>	DORA MESARIĆ	Mesarić Dora

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

DORA MESARIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 12. 10. 2020.

Mesarić Dora

potpis studenta/ice