

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A hospice-palliatív ellátás dietetikai vonatkozásai

TÓDOR Annamária

ÖSSZEFOGLALÁS

A hospice-palliatív ellátás keretében gondozott betegek ellátása multidiszciplináris team segítségével valósul meg, amelynek tagjai közt dietetikussal is találkozhatunk. A dietetikusok feladata ezen a területen is szerteágazó, részt vesznek az alultáplált vagy alultápláltságra veszélyeztetett betegek szűrésében, diétás tanácsadással segítenek a megfelelő tápláltsági állapot elérésében és fenntartásában, különböző táplálkozási problémák feltárásában, megoldásában, az egyéni szükségleteknek megfelelő étrend kialakításában, szükség esetén speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerek, azaz klinikai tápszerek ajánlásában.

Kulcsszavak: malnutritio, hospice-palliatív ellátás, életminőség

Dietetic Aspects of Hospice-palliative Care

Annamária TÓDOR

SUMMARY

Patients in hospice-palliative care are treated with the help of a multidisciplinary team, which includes dietitian too, as a member. The tasks of the dietitian are complex, they participate in the malnutrition screening, maintaining and reaching the patients' appropriate nutritional status, exploring and solving different nutritional problems, shaping the diet according to individual needs, recommending clinical formula, if needed.

Keywords: malnutrition, hospice-palliative care, quality of life

TÓDOR Annamária dietetikus,
Heves Vármegyei Markhot
Ferenc Oktatókórház és
Rendelőintézet, Eger;
Agria 2000 Kft. Otthonápolási
és hospice szolgálat, Eger

Levelező szerző

(corresponding author):

TÓDOR Annamária

E-mail:

todorannamaridiet@gmail.com

Beérkezett: 2024. július 24.**Elfogadva:** 2024. július 25.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0017> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Mindenkinek joga van a megfelelő táplálkozáshoz, ahogy azt 2022-ben az Európai Dietetikus Szövetség (EFAD) közgyűlésén a Budapest Nyilatkozatban megállapították. E jog érvényesítéséhez a dietetikusok mint a táplálkozástudományban leginkább jártas egészségügyi szakemberek nyújthatják a legnagyobb támogatást. Segítik a lakosságot az egészségmegőrzésben, illetve egyes táplálkozással összefüggő betegségek dietoterápiájának kivitelezésében (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2022). Azonban kevésbé ismert, hogy a hospice-osztályon vagy a hospice otthonápolási szolgálat munkatársaként is találkozhatnak dietetikusokkal, akik ezen a területen is részt vehetnek a betegek életminőségének javításában. Legfontosabb feladataik közé tartozik a malnutritio megelőzése, az alultáplált betegek kiszűrése, a különböző táplálkozási problémák feltárása és amennyiben lehetséges, javaslatétel ezek

Rövidítések

MUST – (malnutrition universal screening tool)
univerzális alultápláltsági szűrőeszköz

FFMI – Fat-Free Mass Index, zsírintes testtömeg index

TEE – Total Energy Expenditure, teljes energiaráfordítás

REE – Resting Energy Expenditure, nyugalmi energiafelhasználás

enyhítését célzó megoldásokra, étrendi vagy életmódbeli változtatásokra (Cushen&Ryan, 2021).

A hospice-palliatív ellátás fogalma

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2002-es definíciója szerint: „A palliatív ellátás olyan megközelítés, amely az életet megrövidítő betegség kísérelő problé-

maítól szenvedő páciens és családja életminőségét javítja azáltal, hogy megelőzi és csillapítja a szenvedést a fájdalom, a fizikai, pszichoszociális és spirituális problémák meghatározásával, kifogástalan értékelésével és kezelésével.” Tehát a palliatív ellátás fogalma tágabb, nemcsak a hospice-szellemiséget foglalja magába, hanem a szervezeti formákat is, mivel az egészségügyi rendszer integrált részét képezi, egy interdiszciplináris gondozási modell. Hazánkban a gyakorlatban főként előrehaladott állapotú, daganatos betegek gondozását jelenti (Békési et al., 2002a).

A korai integrált palliatív ellátás jelentősége

Egyre elterjedtebbé válik a korai palliatív ellátás bevezetése, akár már a daganatos megbetegedések lokalizált, gyógyítható stádiumában. Az Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság ajánlása szerint a daganatos betegeknek palliatív ellátásban kell részesülniük már a betegség korai szakaszában is, mind járó-, mind fekvőbeteg-intézményekben, illetve lehetőséget kell biztosítani a multidiszciplináris teammel történő konzultációra (Benyó et al., 2017). Ezt jól szemlélteti a „*bow tie*”, azaz csokornyakkendő-modell, ami szerint a palliatív ellátás a diagnózis közlésétől jelen van és végkimenetelként nemcsak a halált, hanem a gyógyulás lehetőségét is magában foglalja (Horváth & Kovács, 2024). Ezen a területen is egyre több olyan kutatás jelenik meg, amely a dietetikusok szerepét vizsgálja. Például egy kínai tanulmány szerint a korai palliatív ellátási team közreműködése nyomán egy nem reszekálható, áttétes nyelőcső-, gyomortumoros betegcsoportnál a túlélést 11,9 hónapról 14,8 hónapra növelte a standard ellátással összehasonlítva. A palliatív team tagjai közt dietetikus is szerepelt az onkológus, onkológiai szakápoló és pszichológus mellett (Lu et al., 2021). Egy másik, 2024-ben megjelent szlovén kutatás szerint MUST szűrése magas és közepes malnutritio rizikójú betegeknél klinikai dietetikusok által végzett táplálkozási intervenció nyomán szignifikánsan nőtt az energia- és fehérjebevitel, a testtömeg, a BMI, az FFMI hat hónap alatt (Mlakar-Mastnak et al., 2024).

A dietetikus feladatai a hospice-palliatív ellátásban

A dietetikus munkája ezen a területen is rendkívül szerteágazó, hiszen a tápláltsági állapot korrigálásával javítható az életvégi életminőség is. Hazánkban a dietetikus feladatait és szerepét *A daganatos betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról* szóló 2023-ban megjelent Egészségügyi szakmai irányelv

és a 2002-ben megjelent *Terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása* szakmai irányelv tárgyalja. Az egyik legalapvetőbb feladat a táplálkozási anamnézis felvétele és kiértékelése, az alultáplált és magas malnutritio kockázatú betegek kiszűrése, a malnutritio kialakulásának megelőzése, táplálkozási problémák feltárása, táplálási terv készítése, az étrend konyhatechnológiai vagy tápértékbeli igazítása a beteg állapotának és társbetegségeinek megfelelően, személyre szabottan, alkalmazkodva a beteg szubjektív és objektív igényeihez (Békési et al., 2002b; BM egészségügyi szakmai irányelv [EüK 2023/4.] a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról).

Tápláltsági állapot felmérése

A cél, hogy a betegek malnutritió rizikószűrése az otthon ápolás megkezdésekor megtörténjen. Ezt pedig a tápláltsági állapot/testösszetétel felmérés követheti. A tápláltsági állapot meghatározása elengedhetetlen a megfelelő táplálásterápia kialakításához. Az alultáplált vagy alultápláltság veszélynek kitett betegek szűrése több validált szűrőmódszer alkalmazásával is történhet, mint például a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Mini Nutritional Assessment (MNA) és Nutritional Risk Screening (NRS). A szűrési módszerek kiválasztásánál szükséges átgondolni a szűrőmódszer érzékenységét, illetve, hogy mennyire kor-, nem- és betegség-specifikus. Ezek alapadata a testsúly és testmagasság négyzetének hányadosa, a testtömegindex, azaz BMI. Sok esetben azonban ez megtévesztő, félrevezető lehet, például sarcopeniás obesitas vagy ascites fennállása esetén. Ilyenkor célszerű, amennyiben adott a lehetőség, testösszetételt is mérni, például bioimpedancia-analízis (BIA) vagy MR-felvételek analízise segítségével. Amikor nem lehetséges a testtömeg és testmagasság mérése, felkarkörfogat- és bőrredővastagság-mérés alapján is következtethetünk a testtömegindexre (Galvács, 2023).

Alultápláltság (malnutritio)

A tumoros betegek jelentős részénél jelentkezik valamilyen táplálkozási rendellenesség, főként malnutritio a betegség lefolyásának valamely szakaszában. Kialakulásáért felelős lehet maga a daganat (itt az elhelyezkedés és a stádium meghatározó), illetve az onkológiai kezelés is (mindhárom fő irányt ideértve: sebészet, sugárkezelés, gyógyszeres kezelés). Az ESPEN (Európai Klinikai Táplálás és Metabolizmus Társaság) a malnutritio diagnosztizálásához szükséges kritériumokat a következőképp foglalja össze (ha két alternatív diagnosztikai krité-

rium közül az egyik teljesül, malnutritio áll fenn): testtömegindex (BMI) alacsony értéke ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) vagy testtömegvesztés és alacsony, életkorfüggő BMI kombinációja, illetve testtömegvesztés és alacsony FFMI (zsírmentes testtömeg) együttes előfordulása. A malnutritio fogalomkörébe tartoznak a cachexia, sarcopenia, sarcopen obesitas is. A cachexia fő jellemzői a fehérje- és energiahány, egy alacsony szintű gyulladásozó állapot (mint inzulinrezisztencia) fennállásával. A sarcopenia olyan fehérjehiányos állapot, amely gyakran társul cachexiával. Sarcopen obesitas jellegzetessége pedig, hogy egyszerre van jelen az obesitas ($\text{BMI} >30 \text{ kg/m}^2$) és a kórosan alacsony izomtömeg (sarcopenia) (URL1). A malnutritio kialakulása csökkent fizikai és mentális funkciókat eredményez, ami pedig jelentősen rontja a betegség kimenetelét, negatívan befolyásolja az onkológiai kezelés hatékonyságát, így a beteg életkilátásait, életminőségét. Az alutáplált, malnutritió daganatos beteg számára a diagnózis felállításától a palliatív ellátás végéig támogatást jelenthet a személyre szabott táplálásterápia, a terminális állapotú betegeknél minden esetben figyelembe véve a beteg és család kívánságát, a beteg klinikai állapotát megfontolva (Lövey, 2017).

Diétás tanácsadás

A táplálásterápiás team és táplálást segítő szakemberek közt kiemelhető a szakképzett dietetikus – mint a diétás tanácsadás kivitelezője – szerepe. Ennek során felveszi a beteg részletes táplálkozási anamnéziséjét és személyre szabott tanácsokkal látja el a lehető legkedvezőbb energia- és fehérjebevitel érdekében. Szükség esetén az étel konzisztenciájának megfelelő kiválasztásával, beállításával, a panaszt okozó élelmiszerek és ételféleségek beazonosításával, illetve az onkológiai kezelések kellemetlen, táplálkozásra kiható mellékhatásainak mérséklésével, a beteg alapbetegségének és aktuális állapotának megfelelő speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer, azaz tápszer kiválasztásával segíti a betegeket a jobb életminőség elérésében. Igazoltan javította több daganatos betegcsoportban az életminőséget a dietetikus által végzett tanácsadás, amely hatására nőtt a fehérje- és energiabevitel, így javult a testtömeg- és testösszetétel is (Lövey, 2017; Kiss, 2016).

Energia- és tápanyagigény

A daganatos betegek táplálásáról szóló ESPEN (Európai Klinikai Táplálás és Metabolizmus Társág) irányelv (2021) napi 25–30 kcal energiabevitelt javasolt testkilogrammonként. A teljes energiárfordítás (TEE) a nyugalmi energiafelhasználásból

(REE), fizikai aktivitásból, illetve étrend által indukált termogenezisből áll össze. Bár a daganatos betegek nyugalmi energiafelhasználása lehet emelkedett, változatlan vagy csökkent is (ami a daganat típusától és metabolikus aktivitásától függ), a csökkent fizikai aktivitásra tekintettel kevesebb az ebből adódó felhasználás is. A REE meghatározása indirekt kalorimetriával, a TEE-meghatározás pedig hordozható eszközökkel történhet. A fehérjebevitel céltartománya ennél a betegcsoportnál 1–1,5 g/ttkg/nap között van. A jelen állás szerint a fokozott fehérjefogyasztás elősegíti az izomfehérjék szintézisét. A fokozott bevitel különösen indokolt inaktivitás és szisztémás gyulladás jelenléte esetén. Normális vesefunkciók mellett a 2 g/nap/ttkg fehérjebeviteli mennyiség az ajánlás szerint még biztonságos. Előrehaladott daganatos betegeknél mindig mérlegelni kell a táplálkozási támogatás előnyeit, minden lényeges szemponttal együtt (például daganatprognózis). Ezek közül kiemelhető a várható túlélési idő, hiszen több hónap, illetve év esetén érdemes a táplálási terápia kivitelezése, a megfelelő energia- és fehérjebevitel biztosítása orális, enterális vagy parenteralis táplálással, esetleg ezek kombinációjával. Sajnos, azok a betegek, akiknél az onkológiai terápia ellenére gyors progresszió, aktivált szisztémás gyulladás és/vagy ECOG- (Eastern Cooperative of Oncology Group) skálán 3 vagy nagyobb pontszámú a fizikai teljesítőképességük, a táplálásterápia megkezdése hátrányos is lehet. Haldokló betegeknél a kezelés fő eleme a kényelem. A legtöbb beteg számára nem feltétlenül előnyös a parenteralis hidratálás és táplálás. Kivételt képeznek az akut zavart állapotokban szenvedő betegek, akiknél rövid és korlátozott ideig javasolt a parenteralis hidratálás, a kiszáradás, mint kiváltó ok kizárására. Az élet utolsó heteiben a terminális hipometabolizmus miatt a táplálékbevitel erőltetése metabolikus distresszt okozhat. Amennyiben a gondozók és hozzátartozók orvosi táplálásterápiát és folyadékpótlást kezdeményeznek, kötelező elmagyarázni ennek előnyeit és hátrányait, kiemelni, hogy a kényelem, komfort az elsődleges cél, amikor egy minimális mennyiségű táplálék is elegendő lehet (ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in Cancer, 2021; Galló, 2017).

Az étrend kiegészítése speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerekkel

Minden igyekezetünk ellenére előfordulhat, hogy a roboráló étrenddel és az ételek természetes alapanyagokkal történő dúsításával sem biztosítható a megfelelő, szájon keresztüli táplálékbevitel. Ebben az esetben a speciális gyógyászati célra szánt élel-

I. táblázat. Betegséggel kapcsolatos táplálkozási problémák – Richardson & Davidson (2015) nyomán

Tünet	Csökkent étrendi bevitel oka	Étrendi javaslat
Depresszió	étvágytalanság	étvágy javítása például étkezési körülmények javításával, gyakori kis étkezések
Megváltozott íz- és szagérzékelés	ételek kerülése	diétás tanácsadás és az elkerült ételek, illetve előnyben részesítettek beazonosítása
Szájszárazság és a nyál állagának megváltozása	öklendezés és hányinger kiváltása	nyálfolyás ösztönzése például rágózással
Hányinger, hányás	fizikai akadály; gyógyszerek, például opioidok; sugár-, illetve kemoterápia	folyadékok fogyasztása étkezések után gyakori kis étkezések
Dysphagia	például fizikai akadály	ételek konzisztenciájának megváltoztatása (püré), javaslattétel a szondatáplálásra
Légzési nehézségek	légzésre való koncentráció evés helyett	kis adagnagyságok, illetve rágást alig igénylő ételek bevezetése
Korai jóllakottság	citokinmediált	gyakori kis étkezések, akkor egyen, amikor tud/jobban érzi magát
Megváltozott bélfunkciók, például hasmenés, székrekedés	puffadás, hasi diszkomfort, tünetektől való félelem	folyadékbevitel és rostfogyasztás növelésének ösztönzése, vízben oldódó élelmi rostok növelése (például zab), szükség esetén tejtermékek ideiglenes kihagyása vagy cseréje laktózmentes termékekre
Fáradtság	neurológiai okok, izomtömegvesztés	étkezés időpontjának időzítése az étvágyhoz igazítva; nehezen rágható ételek elhagyása

miszerek, más néven klinikai tápszerek használata válhat szükségessé. Leggyakrabban rágási, nyelési nehezítettség (például fej-, nyaktumoros betegek, fej-nyak-gége tájékon történő sugárkezelés után), depresszió vagy időskori étvágytalanság, fokozott energiafelhasználással járó betegségek (például daganatos betegségek) fennállása esetén alkalmazhatók a tápanyaghiány megelőzésére vagy mérséklésére. A gyakorlatban ez főként magas energia- és fehérjetartalmú klinikai ivótápszereket jelent, de javasolhatjuk krémes állagú tápszereket, illetve tápanyagmodulok használatát is. Ezenkívül, ha az alapbetegség vagy a tumor következtében indokolttá válik, választhatunk betegségspecifikus tápszereket is (például veseelégtelenség vagy dialízis esetére) (Tarpay & Lövey, 2024).

Leggyakoribb táplálkozási problémák

Az **I. táblázatban** kerültek összegyűjtésre a leggyakoribb táplálkozási problémák.

Székrekedés

A gyógyszeres terápia mellékhatásaként (opioidok) és a csökkent étrendi bevitel, fizikai inaktivitás gyakori következménye a székrekedés. Javasolható, hogy nagyobb hangsúlyt kapjon a megfelelő folyadékbevitel, megfelelő rostbevitellel kombinálva. Ez gyü-

mölcsök, zöldségfélék, gabona- (ideális esetben teljes kiőrlésű) és magőrlemények, illetve rostpótlásra szánt speciális rostkivonatok alkalmazásával történhet (Richardson & Davidson, 2015).

Dysphagia

A dysphagia, azaz nyelési nehezítettség hátterében állhatnak például anatómiai (szűkület, tumor), motorikus, motilitási, valamint funkcionális okok. Alapvetően oropharyngealis és nyelőcsőeredetű dysphagiát különböztetünk meg. Fej-nyak tumoros betegeknél különösen gyakori kórkép a dysphagia. Fennállhat a daganat felfedezéskor vagy létrejöhet az onkológiai kezelések (műtét, sugárterápia, kemoradioterápia) mellékhatásaként is, ami akár élethosszig is tarthat. Fennállása jelentősen befolyásolja a túlélést, mivel nagymértékben akadályozza vagy teljes mértékben gátolja a per os táplálkozást. Utóbbi esetben tartós vagy végleges PEG (percutan endoszkópos gastrostoma) vagy gastrostomahasználat válhat szükségessé (Belák et al., 2024). A beteget segítő dietetikai intervenció ez esetben az étel textúrájának módosítása (módosított textúrájú diéta – TMD), kis gyakori (volumen és gyakoriság változtatása), magas energia- és fehérjealapú étrend preferálása, illetve speciális segédeszközök használata (például műanyag tolókanál, orrkivágású műanyag pohár). A TMD a biztonságos nyelést

támogató terápiás tényező. A diéta célja ilyenkor az akaratlan testtömegcsökkenés, fehérje-energia malnutritio és különböző tápanyaghiányok, továbbá a dehidráció mérséklése és elkerülése, alkalmazkodjon a beteg állapotához, legyen egyénre szabott. A diéta gyakorlati megvalósítását segíti a 2015-ben kidolgozott IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) 0–7 szintes keretrendszer. Az optimális sűrűség módosított étkezési keményítő vagy xantángumi-alapú készítményekkel lehetséges (Veresné Bálint et al., 2024).

Mindezen változtatásokon túl szükséges lehet az optimális energia- és tápanyagbevitel érdekében speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer (tápszer) fogyasztásának ajánlása is. A nyelésstimulációt segíthetik például a savanykás ízek és a hideg hőmérsékletű ételek. Többnyire előnyösebbek az egynemű texturájú ételek. Az alkoholtartalmú italok és szájvizek szájnyálkahártya-száritó hatásuk miatt kerülendő (Veresné Bálint et al., 2024).

Kihívások a hospice-palliatív ellátásban

Számos tévhit kering a köztudatban a hospice-palliatív ellátással kapcsolatban. Néhány ezek közül:

- erre az ellátási formára csak az élet utolsó néhány napján van szükség,
- a hospice-palliatív ellátás egyet jelent az idősebb ellátással,
- egyesek szerint elegendő fogni a haldoklók kezét.

Alapvető probléma sok esetben, hogy a betegek

„túl későn” kerülnek be az ellátásba. A dietetikai ellátás jelentőségét és költséghatékonyágát az utóbbi években kutatások igazolták. Több kórkép esetén beivódott a köztudatba a diétás tanácsadás szükségessége, ezen a területen azonban még sokszor idegenkednek az amúgy is (érthető okokból) csökkent motivációval rendelkező betegek és hozzátartozóik dietetikus segítségét aktívan igénybe venni (Hegedűs, 2011; Moharos, 2011).

Összegzés

A betegek korai bekerülését a hospice-palliatív ellátásba számos tévhit nehezíti a társadalom részéről. Ráadásul sokan idegenkednek a diétás tanácsadástól, a dietetikussal történő konzultációtól. Pedig a malnutritio kialakulásának megelőzése, az alultáplált és arra veszélyeztetett betegek kiszűrése és segítése a megfelelő tápláltsági állapot elérésében és fenntartásában javíthatja az életminőséget az életvégi ellátásban is. Ehhez a dietetikus több módon is hozzájárulhat, a táplálkozási problémák beazonosításával, javaslattevéssel az ételek tápanyagtartalmával és konzisztenciájával kapcsolatban, és segíthet a beteg állapotának és ízlésének megfelelő klinikai tápszerek kiválasztásában is.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

- Békési, A., Cseri, P., Gece, A., Gerencsér, Zs., Hegedűs, K., Hoványiné, N. E., Muszbek, K., Nagy, B., Pálfi, E., Pilling, J., Ruzsa, Á., Simkó, Cs., Singer, M., Szombati, Zs., Szy, I., Tóth, I. (2002a). A palliatív ellátás alapelvei. In: Hegedűs, K., Szy, I. (szerk.). *Terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása*. Budapest: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület; p. 8–10.
- Békési, A., Cseri, P., Gece, A., Gerencsér, Zs., Hegedűs, K., Hoványiné, N. E., Muszbek, K., Nagy, B., Pálfi, E., Pilling, J., Ruzsa, Á., Simkó, Cs., Singer, M., Szombati, Zs., Szy, I., Tóth, I. (2002b). A palliatív ellátásban dolgozó szakemberek és önkéntesek kompetencia- és feladatköre. In: Hegedűs, K., Szy, I. (szerk.). *Terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása*. Budapest: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület; p. 74–75.
- Belák, B., Mokánszki, B., Ács, F., Horváth, Zs., Pálfi, E. (2024). Dysphagia előfordulása és táplálásterápiája a fej-nyak daganatos betegeknél. *Magyar Belorvosi Archivum*, 77, 83–86. <https://doi.org/10.59063/mba.2024.77.2.3>
- Benyó, G., Lukács, M., Busa, Cs., Mangel, L., Csikós, Á. (2017). A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitérési pontjai. *Magyar Onkológia*, 61, 292–299.
- BM egészségügyi szakmai irányelv (EüK 2023/4.) a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról.
- Cushen, S., Ryan, A. (2021). The role of the dietitian in palliative care. In: Cherny, N. I., et al. (eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford Academic; p. 219–224. <https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.003.0023>
- Galló, N. (2017). A daganatos betegek táplálásáról szóló 2016-os ESPEN Guideline magyar összefoglalója – 2. rész. *Új Diéta*, 5, 19–21.

- Galvács, H. (2023). A malnutrició rizikószűrése és kezelése táplálásterápiával – mit teygenek a praxisközösségekben dolgozók. *Ásszisztensképző*, 1, 1–3.
- Hegedűs, K. (2011). Tévhiték és valóság – a hospice-ról. *Lege Artis Medicinae*, 21(11), 744–748.
- Horváth, O., Kovács, O. (2024). A korszerű szupportív ellátás és az integrált korai palliatív gondozás jelentősége és fontosabb területei agydaganatos betegek kezelése során. *Magyar Onkológia*, 68, 77–85.
- Kiss, N. (2016). Nutrition support and dietary interventions for patients with lung cancer: current insights. *Lung Cancer* (Auckland, N.Z.), 7, 1–9. <https://doi.org/10.2147/LCTT.S85347>
- Lövey, J. (2017). A daganatos betegek táplálásterápiája. *Magyar Onkológia*, 61, 229–237.
- Lu, Z., Fang, Y., Liu, C., Zhang, X., Xin, X., He, Y., Cao, Y., Shen, L. (2021). Early Interdisciplinary Supportive Care in Patients With Previously Untreated Metastatic Esophagogastric Cancer: A Phase III Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 39(7). <https://doi.org/10.1200/JCO.20.01254>
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége. (2022). Sajtóközlemény EFAD-Budapest Nyilatkozat.
- Mlakar-Mastnak, D., Blaz Kovac, M., Tercelj, M., Uhan, S., Majdic, N., Rotovnik Kozjek, N. (2024). Effectiveness of nutritional intervention led by clinical dietitian in patients at risk of malnutrition at the primary healthcare level in Slovenia – Evaluation study. *Zdr Varst*, 63(2), 81–88.
- Moharos, M. (2011). Az otthoni hospice ellátásról. *Új diéta*, 2, 19–20.
- Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T. S., Strasser, F., de van der Schueren, M., ... Bischoff, S. C. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland), 40(5), 2898–2913. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
- Richardson, R., Davidson, I. (2015). The contribution of the dietitian and nutritionist in palliative care. In: Cherny, N., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R., Currow, D. C. (eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press; p. 191–196.
- Tarpay, Á., Lövey, J. (2024). Enterális táplálás dysphagia esetén. *Magyar Belorvosi Archívum*, 2, 87–93.
- Veresné Bálint, M., Lichthammer, A., Csajbókné Csobod, É. (2024). A dysphagia diétája. *Magyar Belorvosi Archívum*, 77, 107–109. <https://doi.org/10.59063/mba.2024.77.2.8>
- URL1: A Malnutrició Diagnosztikai Kritériumai – ESPEN Konszenzus Nyilatkozat. (2015). <https://www.mmtt.hu/cikkek/a-malnutricio-diagnosztikai-kriteriumai-espen-konszenzus-nyilatkozat/>

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA ORSZÁGOS FELNŐTTÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA

2024. november 22-én,
Budapesten a Lurdy Házban
rendezi meg

a **VI. Ápolásinnováció és Ápolásmenedzsment
Országos Tudományos Konferencia**
címmű pontszerző rendezvényt.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ
a **www.meszk.hu** honlapon keresztül érhető el.