

Aspekti života osoba s Crohnovom bolešću

Gašo, Zorana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:144:216575>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ASPEKTI ŽIVOTA OSOBA SA CROHNOVOM
BOLESTI**

Završni rad br. 18/SES/2021

Zorana Gašo

Bjelovar, listopad 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Gašo Zorana**

Datum: 08.03.2021.

Matični broj: 001915

JMBAG: 1003045511

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA S POSEBNIM POTREBAMA**

Naslov rada (tema): **Aspekti života osoba s Crohnovom bolešću**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Živko Stojčić, dipl.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Marina Friščić, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Živko Stojčić, dipl.med.techn., mentor**
3. **Gordana Šantek-Zlatar, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 18/SES/2021

Studentica će na osnovu dostupne literature opisati Crohnovu bolest. Studentica će objasniti aspekte života osoba oboljelih od Crohnove bolesti, s posebnim osvrtom na faktore rizika za nastanak bolesti, prehranu oboljelih te ulogu obitelji u zbrinjavanju takvih osoba. Studentica će u radu također odrediti ulogu medicinske sestre/tehničara u poboljšanju kvalitete života oboljelih.

Zadatak uručen: 08.03.2021.

Mentor: **Živko Stojčić, dipl.med.techn.**



Zahvala

Veliko hvala mom mentoru dipl.med.techn.Živku Stojčiću na uloženom trudu,na strpljenju i pomoći pri izradi ovog rada.

Hvala mojim roditeljima koji su mi pomogli da upišem i završim ovu školu, također zahvala ide mom suprugu Ivanu i kćeri Tari koji su mi bili podrška u svakom trenutku. Hvala mojim cura sa posla Ivi, Maji, Ireni koje su uvijek bile uz mene, tjerale me naprijed i govorele mi da ja to mogu. I na kraju hvala mojoj ekipi hitne internističke ambulatne za svaku zamjenu na poslu.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. CROHNOVA BOLEST.....	3
3.1. Etiologija i epidemiologija upalnih bolesti crijeva	3
3.2. Klinička slika i dijagnoza Crohnove bolesti.....	5
3.3. Liječenje i komplikacije Crohnove bolesti	6
3.4. Aspekti života osoba sa Crohnovm bolesti	7
3.5. Prikaz slučaja - anamnestički podaci.....	9
3.6. Prikaz tijeka liječenja	10
3.7. Prikaz proces zdravstvene njege	14
3.8. Sestrinska anamneza i status	14
3.9. Sestrinske dijagnoze	16
3.10. Plan zdravstvene njege	17
3.11. Sestrinsko otpusno pismo	21
3.12. RASPRAVA	23
4. ZAKLJUČAK	29
5. LITERATURA	30
6. OZNAKE I KRATICE	34
7. SAŽETAK.....	35
8. SUMMARY.....	36
9. POPIS TABLICA.....	37

1. UVOD

Upalne bolesti crijeva, među koje spada i Crohnova bolest, kronična su bolest koje zahvaćaju mlađu dobnu skupinu i još uvijek su nejasne etiologije. Upalne bolesti crijeva postaju sve učestalije u svijetu. Zbog svog kroničnog tijeka, ali i specifičnosti simptoma, utječu na mnoge aspekte života oboljelih.

Upalne bolesti crijeva (UBC) obuhvaćaju primarno dva poremećaja: ulcerozni kolitis (UC) i Crohnovu bolest (CB). Karakterističan znak UBC-a je kronična nekontrolirana upala crijevne sluznice koja može zahvatiti bilo koji dio gastrointestinalnog trakta. Ono što razlikuje UBC od upalnih reakcija na normalnom crijevu je nemogućnost da se odgovori na potencijalni patogen pa samim time imunološki sustav sluznice ostaje kronično aktivan te crijeva ostaju kronično upaljena (1). UBC je kronična bolest, neovisno o tipu poremećaja te kao takva utječe na kvalitetu života oboljelih. Porast oboljelih od upalnih bolesti crijeva u zadnjem desetljeću automatski povećava broj osoba koji imaju oslabljenu kvalitetu života uslijed kronične bolesti. Istraživanja koja su usmjerena na procjenu kvalitete života osoba oboljelih od UBC-a važna su kako bi se kroz dobivene rezultate dobila jasnija slika o pacijentovim potrebama, učinkovitosti liječenja te fizičkom i psihičkom stanju (2,3).

U prvom dijelu rada teorijski je uz pomoć dostupne stručne literature definirana Crohnova bolest. U teorijskom dijelu obuhvaćena je etiologija i epidemiologije upalnih bolesti crijeva te klinička slika, dijagnostika, liječenje i komplikacije Crohnove bolesti. Također je prisutno poglavlje o aspektima i kvaliteti života koji su narušeni uslijed spomenute dijagnoze. Drugi dio rada je prikaz slučaja 27-godišnje pacijentice koja boluje od Crohna unazad tri godine. Na temelju medicinske dokumentacije za koju je pacijentica dozvolila da se koristi u svrhu izrade ovog rada opisani su anamnestički podaci i tijek liječenja te je napravljen individualizirani plan zdravstvene njege. Treći dio obuhvaća raspravu kojom na temelju dosadašnjih istraživanja i rezultata tražimo načine kako unaprijediti zdravstvenu njegu, ali i kvalitetu života osoba sa Crohnovom bolesti.

2. CILJ RADA

Cilj rada ponajprije je usmjeren da se na temelju dostupne literature opiše Crohnova bolest te njezin utjecaj na aspekte života oboljelih te ulogu medicinske sestre u skrbi za bolesnika s Crohnovom bolesti.

U radu je prikazom slučaja pacijentice I.V. koja boluje od Crohnove bolesti unazad tri godine prikazan tijek bolesti, dijagnostika i liječenje, kao i proces zdravstvene njege pacijentice.

3. CROHNOVA BOLEST

Crohnova bolest jedan je od oblika na koji se manifestiraju upalne bolesti crijeva. To je kronična recidivirajuća upalna bolest nepoznate etiologije koja može zahvatiti bilo koji dio probavnog trakta od usnica do anusa, ali se najčešće javlja u terminalnome ileumu i desnom kolonu. Upalom su zahvaćeni svi slojevi crijevne stjenke te mezenterij i regionalni limfni čvorovi, a upalni proces je segmentalan i oštro ograničen od susjednog normalnoga crijeva (4).

3.1. Etiologija i epidemiologija upalnih bolesti crijeva

Dva temeljna pitanja o upalnim bolestima crijeva koja još uvijek nisu dobila odgovor jesu; što uzrokuje da se bolest pojavi i što uzrokuje povratak bolesti nakon što je bolest u remisiji, medicinskom ili kirurškom terapijom (5). Uzrok nastanka upalnih bolesti crijeva još uvijek nije razjašnjen. Otkrivanje uzroka pojave upalnih bolesti crijeva (ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti) dovelo je do otkrića mnogih paralela, a jedna od njih je da su obje bolesti idiopatske. Nije pronađen pravi dokaz uzroka bolesti, iako je praktički svaki poznati mikroorganizam bio u neko vrijeme optužen i potom odbačen, svi oblici autoimunih i imunih poremećaja prepoznati i osporeni, prehrambeni čimbenici suspektni, a psihosomatski poremećaji ispitivani (4,6). Općenito se smatra da UBC proizlazi iz jednog ili više okolišnih čimbenika, genetski predisponiranog domaćina. Okolišni okidači omogućuju genetski predisponiranu disregulaciju imunološkog sustava da izazove gubitak odgovora što u konačnici dovodi do trajne upale crijeva. Smatra se da genetika doprinosi manje od 50% nastanku UBC, s tim da je učinak veći kod CB, nego kod UC (5). Regije koje su zabilježile veći broj oboljelih od UBC-a odnose se na područja veće industrijalizacije, što se prvo primijetilo u zapadnim društvima. Na ovom primjeru vidimo da ulogu imaju faktori rizika iz okoliša, što se očitava povećanjem broja oboljelih u periodu između 1960-ih i 1980-ih (7,8). U kontekstu UBC-a, psihosocijalni stres predstavlja poremećaj homeostatskog stanja kao odgovor na događaje u okolini. Uznemirenosti povezane sa stresom uključuju povećanu propusnost crijeva, kod osoba koje su često izložene stresu, oslobađanje određenih spojeva u sklopu stresa mogu biti povezani s učestalošću i ozbiljnošću pojave UBC-a (5). Među faktore rizika za nastanak upalnih bolesti crijeva, dosta studija je potvrdilo kako faktori ranog djetinjstva kao što su: rani prekid dojenja, pasivno pušenje, higijena i infekcija, utječu na nastanak bolesti (8). Pušenje kao faktor rizika dokazan je kao faktor okoliša u smislu da konzumacija nikotina smanjuje rizik od nastanka UC-a, dok

ga istovremeno povećava kada je u pitanju CB. Iako je popis faktora rizika i mogućih uzročnika upalnih bolesti dug, još uvijek se u literaturama etiologija vodi kao nepoznata (9,10).

Upalne bolesti crijeva učestalije su u razvijenim zemljama. Bolest se češće javlja u razvijenim zemljama Europe i u USA. U Americi se, prema procjenama, na godišnjoj razini otkrije 30 000 novo oboljelih (7). Incidencija UBC kreće se od 0,6 do 24,5 na 100 000 stanovnika. Stabilna je od pedesetih godina 20. stoljeća do danas, održavajući gotovo deseterostruku razliku među područjima sa niskom i visokom incidencijom (1). Brojke pokazuju najmanju pojavu UBC-a u Španjolskoj u kojoj je incidencija 0,9 na 100 000 stanovnika te Italija koja ima incidenciju 3,4 na 100 000 stanovnika (11,12). Hrvatska incidencija za UC 4,3 na 100 000 stanovnika dok je za CB nešto veća te iznosi 7,0 na 100 000 stanovnika. Incidencija u Hrvatskoj može se smatrati niskom ako uzmemo u obzir da je najveća incidencija UC zabilježena na Islandu i iznosi 24,5 na 100 000 stanovnika (3,13). Istraživanje Sinčić i suradnika (2006.) Primorsko-Goranske županije i pojave UBC-a dali su rezultate o incidenciji za to područje 4,3 na 100 000 stanovnika kada se radi o UC dok je za CB incidencija na istom području iznosila 7,0 na 100 000 stanovnika (14). Pezerović i suradnici (2010.) također istražuju pojavu UBC-a na području Vukovarsko-Srijemske županije gdje se za rezultat dobila incidencija za spomenutu županiju 3,5 na 100 000 stanovnika za UC dok je za CB incidencija iznimno niska i iznosi 0,95 na 100 000 stanovnika. Klarin i suradnici (2013.) u svom istraživanju utvrdili su incidenciju za Zadarsku županiju 8,2 na 100 000 stanovnika za ulcerozni kolitis te 8,4 na 100 000 za Crohnovu bolest (15,16). Kod pojave UC i CB u odnosu na geografski položaj zabilježeno je da sjeverna područja Europe imaju veću incidenciju za oboljenja što se pripisuje klimatskim uvjetima i načinu života (5). UC se najčešće pojavljuje u dobnoj skupini od 20 do 40 godina s mogućim ponovnim povišenjem učestalosti u dobnoj skupini od 60 do 80 godina dok se za CB malo spušta granica te su najčešće pojave zabilježene u dobi od 15 do 30 godina (1). Oba spola su podjednako zahvaćena s tim da je UC nešto češći kod muškaraca dok je CB marginalno češća kod žena (4,5). Raščlanjivanje po rasnoj i etničkoj podskupini, UBC ne pokazuje značajnu razliku između UC i CB, a u odnosu na negroide i pripadnike orijentalnih rasa, viša stopa UBC javlja se kod bijelaca i osoba židovskog podrijetla (1,5).

3.2. Klinička slika i dijagnoza Crohnove bolesti

Klinička slika kod Crohnove bolesti je vrlo varijabilna i krajnje nepredvidiva jer simptomi bolesti ovise o smještaju, proširenosti i aktivnosti upalnih promjena te o zahvaćenosti susjednih struktura ili organa, ali i o pojavi ekstraintestinalnih komplikacija (9). Klinička slika CB očituje se kroničnim proljevima, bolovima u trbuhu što je najčešće popraćeno gubitkom tjelesne mase. S obzirom da je najučestalije mjesto pojave CB terminalni ileum koji je zadužen za apsorpciju vitamina B12, često se može pronaći megaloblastična anemija. Osim vitamina B12, terminalni ileum zadužen je i za apsorpciju soli žučnih kiselina uslijed čijeg poremećaja može doći do gubitka, u masti topljivih vitamina koji sa sobom nose određene posljedice (17).

Simptomi se često ne manifestiraju odmah po nastanku bolesti. Prema istraživanju simptomi kod 25,9% ispitanika pojavljuju se pet godina nakon postavljanja dijagnoze. Bolovi najčešće kod CB počinu u donjem desnom kvadrantu, a proljevi su bez primjesa krvi, subfebrilne temperature (30-70 % bolesnika), gubitak tjelesne težine (55-75 % bolesnika), nadutost, umor, mučnina i povraćanje, okultna krv u stolici (50 % bolesnika), palpabilna masa u donjem desnom kvadrantu, tenezmi-lažni pozivi na defekaciju, aftozne rane i bol usta i zubnog mesa (18). Aktivnost bolesti također se procjenjuje kako bi se dobila što točnija prognoza i primjenila adekvatna terapija. Često kliničku sliku CB znaju oponašati infekcije probavnog sustava, ishemije crijeva, maligniteti, celijakije, a često i upala slijepog crijeva te ostale bolesti probavnog trakta. Iz toga razloga, postavljanje dijagnoze CB se temelji na analizi kliničke slike, laboratorijskih vrijednosti, endoskopije, radioloških nalaza i patohistološkog nalaza bioptata crijeva. Kod postavljanja dijagnoze u laboratorijskim nalazima povišeni su parametri akutne upale, prisutna anemija. Često se radi i koprokultura kako bi se isključile dijagnoze povezane sa bakterijskim uzročnicima kao i stolica na parazite. Najvjerođostojnije u dijagnostici CB su endoskopske pretrage. Tim pretragama se dobiva uvid u čitavi probavni trakt. Radiološke pretrage koje se koriste u dijagnostici CB su nativne snimke abdomena kako bi se isključile neke druge dijagnoze, irigografija te pasaža tankog crijeva. Ultrazvučne metode imaju ulogu u utvrđivanju proširenosti bolesti na okolne sustave i organe. Ovisno o potrebama u postavljanju dijagnoze koristi se i CT kao i MR abdomena (17).

3.3. Liječenje i komplikacije Crohnove bolesti

Procjena opsega bolesti i prognostičkih komplikacija od najveće je važnosti za usmjeravanje terapijskih odluka. Trenutne strategije imaju za cilj duboku i dugotrajnu remisiju s ciljem da se spriječe komplikacije, operacije i da se spriječi napredovanje bolesti. Strategija se temelji na uvođenju rane imunosupresije i kombinirane terapije biološkim lijekovima kod visoko rizičnih bolesnika, u kombinaciji s čestom kontrolom upale te prilagođavanje terapije na temelju te procjene (19). Liječenje CB koristi medikamentozne, kirurške i nutritivne vrste terapije. Svako liječenje je individualno te ovisi o aktivnosti bolesti. Kirurške metode najčešće se koriste kao metoda rješavanja komplikacija bolesti (9). Kada je riječ o medikamentoznoj terapiji lijekovi izbora su aminosalicilati, kortikosteroidi, imunomodulatori i antibiotici, a sve češća je primjena kod osoba sa CB biološke terapije koja s vremenom dobiva sve više na važnosti (10). Ostala se simptomatska terapija sastoji od nadoknade tekućine i elektrolita, fizičkom i psihičkom mirovanju, korekciji anemije i hipoproteinemije te uporabi lijekova protiv čestih stolica (antidijaroi) i abdominalnih grčeva (4).

Osnovni ciljevi liječenja su kontrola upalnog procesa i nadomjestak svih hranidbenih gubitaka. Dijetoterapija i klinička prehrana zauzimaju važno mjesto u liječenju bolesnika s upalnim bolestima crijeva. Nutritivna potpora važna je komponenta liječenja pacijenata s CB, a uključuje prevenciju i liječenje svih oblika malnutricije. Potvrđenu malnutriciju u bolesnika s CB treba adekvatno zbrinjavati jer pogoršava prognozu, stupanj komplikacija, mortalitet i kvalitetu života bolesnika. Enteralna je prehrana izuzetno važan dio nutritivnog liječenja CB, a u pojedinim situacijama ima značenje primarne terapije. Parenteralna prehrana ima mjesto u liječenju upalnih bolesti crijeva, i u akutnim situacijama i u kroničnom liječenju bolesnika sa sindromom kratkog crijeva (19). Važnost dijetoterapije su prepoznate te su sa prošlom godinom od strane Hrvatskog društva za kliničku prehranu Hrvatskoga liječničkog zbora, Hrvatskog društva za imunologiju sluznice, Hrvatskoga liječničkog zbora, Hrvatskoga gastroenterološkog društva te Hrvatskog društva nutricionista i dijetetičara, izdate smjernice za klinički prehranu kod upalnih bolesti crijeva (20).

Crohnova bolest osim što je autoimuna kronična bolest koja oslabljuje kvalitetu života, sa sobom nosi komplikacije koje mogu biti vezane za probavni sustav, ali komplikacije koje bolest uzrokuje i van probavnog sustava. Ekstraintestinalne

komplikacije odnosno komplikacije koje CB uzrokuje na sustavima osim probavnog su najčešće kožne odnosno dermatoze uslijed nedostatka cinka, afte i različiti eritemi. Također često se kod oboljelih javljaju i problemi s očima. U čak 20% oboljelih od CB se javljaju problemi sa zglobovima (10). Intestinalne komplikacije nastaju iz razloga što CB zahvaća stijenku crijeva u cijeloj njezinoj širini upalnom promjenom. S obzirom da su zahvaćeni svi slojevi, česte komplikacije su fistule, fibrostenotičke ili upalne strikture i intraabdominalni apscesi. Fistule su najčešća komplikacija kod osoba sa CB koje se mogu širiti između crijeva, prodirati u susjedne organe ili se manifestirati kao perianalna bolest. Stvaranje fistula dovodi do suženja crijeva što uzrokuje bolove u trbuhu kao i intraabdominalnih upala. CB kod osoba mlađih dobnih skupina kao komplikaciju može imati zastoj u rastu, zakašnjeni pubertet i nejasni povremeni febrilitet (3). Thia i suradnici (2010.) su proveli kohortno istraživanje o rizičnim faktorima za nastanak komplikacija CB kod osoba kod kojih je u periodu od 1970. do 2004. bila dijagnosticirana CB. Rezultati istraživanja pokazali su da je kod 18,6% bolesnika sa CB došlo do komplikacija u roku od 90 dana nakon dijagnoze dok je 50% doživjelo crijevne komplikacije u periodu od 20 godina nakon dijagnoze (21).

3.4. Aspekti života osoba sa Crohnovm bolesti

Zadovoljstvo s osobno bitnim aspektima života odnosi se na globalnu kvalitetu života. Osobama koje su kronično bolesne često pate određeni životni aspekti koji su im bitni te im to narušava kvalitetu života. Izraz „kvaliteta života“ obično se koristi za značenje zdravstvenog stanja, fizičkog funkcioniranja, simptoma, psihosocijalnog prilagođavanja, blagostanja, zadovoljstva životom ili sreće. Termin kvalitete života isprepliće sa brojnim područjima, iz toga nastaje potreba da se kvaliteta života veže sa zdravljem iako ona ima direktan utjecaj na aspekte života izvan zdravstvene djelatnosti poput obrazovanja, životnog standarda, kvalitete okoliša i slično (22).

Tijekom proteklih 30 godina, pojam kvalitete života razvio se u cijenjenu metodu za procjenu učinkovitosti liječenja u zdravstvu. Pojam kvalitete života nije samo metoda za procjenu na područja zdravstva, ona postaje sve korištenija i u psihologiji, biometriji, filozofiji i slično (18). Kroz povijest su postojala dva pristupa u načinu procjene kvalitete života kao subjektivnost i objektivnost. Subjektivnost podrazumijeva stavove da je kvaliteta života nešto što se može razumjeti isključivo iz perspektive osobe koja procjenjuje kvalitetu svog života. Objektivnost, odnosno u ovom slučaju

multidimenzionalnost se odnosi na činjenicu da se kvaliteta života može procjenjivati kroz različite segmente života pojedinaca. To se odnosi na zadovoljavanje potreba koje su osobi važne. Kroz načine pristupa procjeni kvalitete života razvile su se i određene tehnike kojima se služi kako bi mjerili kvalitetu života, a to su upitnici i subjektivna procjena (23).

U cilju razvijanja mjere kojom bi se utvrdila učinkovitost i prognozirao ishod zdravstvene skrbi kod osoba koje su kronično bolesne, uz pomoć intervjua, razvijena je inicijalna skala koja bi procjenila kvalitetu života. Skala prema Flaningu imala je 15 životnih aspekata podjeljenih u pet kategorija koja je postavila temelje za procjenu kvalitete života. Kategorije koje su se odnosile na kvalitetu života bile su: tjelesno i materijalno blagostanje, odnos s drugim ljudima, aktivnosti u zajednici, osobni razvoj i uspjeh te rekreacija. Upitnici koji se koriste za mjerenje zdravstvene kvalitete života su upitnici koji na temelju individualne procjene bolesnika o tome što on osjeća prema zdravstvenom stanju i vlastitom funkcioniranju, mjere utjecaj bolesti na kvalitetu života osobe. Upitnici obuhvaćaju tri aspekta života pojedinca: tjelesnu, psihološku i socijalnu. Upitnike ispunjavaju osobe čije se stanje procjenjuje ili skrbnici ukoliko ispitanik nije u stanju sam ispuniti upitnik. Sve tri domene sadrže po nekoliko pitanja povezana sa zdravstvenim statusom. Upitnici mogu biti generički, što znači da su nespecifični te mjere sve aspekte zdravlja, neovisno o ispitaniku koji može, ali i ne mora imati kroničnu bolest, i specifični, poput upitnika koji postoji za upalne bolesti crijeva te su osjetljivi na promjene nastale kao posljedica baš tih bolesti (24).

Razumljivo je da kvaliteta života osoba s Crohnovom bolesti varira ovisno o težini simptoma. To se očekuje za sve kronične poremećaje, ali postoje posebni aspekti koji procjene kvalitetu života osobama oboljelim od Crohnove koje valja istaknuti. Na primjer, neke su bolesti „društveno prihvatljive“ te se povremeno prijateljima i kolegama može spomenuti bez osjećaja nelagode dok razgovor o problemima koje se vežu za Crohnovu bolest, poput učestalih krvavih proljevastih stolica, nije ugodna tema. Crohnova bolest iz tog razloga ima tendenciju „tihog“ poremećaja za mnoge pacijente jer često ostaju bez razumijevanja s obzirom na slabu socijalnu interakciju. Česti nagoni crijeva onemogućuju osobama oboljelih od Crohnove bolesti putovanja na mjesta koja nemaju toalet. Strah od inkontinencije kao i mnoge situacije koje ova bolest ograničava, narušavaju kvalitetu života osoba oboljelih. Težnja za ispitivanjem kvalitete života

osoba oboljelih od upalnih bolesti crijeva, omogućit će procjenu njihova stanja, zadovoljstva liječenjem te na taj način pokušati unaprijediti kvalitetu života i samo zdravlje (25).

3.5. Prikaz slučaja - anamnestički podaci

Pacijentica I.V. u dobi od 27 godina dolazi u hitnu internističku ambulantu Opće bolnice dr. "Ivo Pedišić" zbog bolova u truhu i povraćanja. Pacijentica navodi kako ju je jutros probudila jaka bol u periumbikalnom području te da je povratila 8 puta tokom dana. Zadnja stolica bila dan prije, uredna. Trudnoću negira. Temperaturu nije imala, a nitko od ukućana nema slične tegobe. Do sada nije teže bolovala, mokri uredno. Nepušač. Ne uzima ništa od lijekova. Alergije na lijekove negira. Po dolasku tlak 100/60 mmHg, pri svijesti, pokretna, eupnoična, nad plućima uredan šum disanja, srčana akcija tahikardna. Trbuh mekan, bolan na palpaciju periumbikalno i donjem desnom kvadrantu, čujne peristaltike. Okrajine bez edema, urednih pulzacija. Od laboratorijskih nalaza dolaze povišeni upalni paramteri, a na nativnoj slici abdomena u stojeći meteorizam crijeva sa obostrano paravertebralno nekoliko manjih nepotpuno formiranih aerolikvidnih razina bez distenzije. Ordinirana terapija u ambulanti je: Controloc ampula venski te infuzijske otopine. Po primitku terapije pacijentica se upućuje na pregled infektologu. U infektološkoj ambulanti na dodatnu terapiju koja uključuje još ampulu Reglana, dvije ampule Peptorana i dvije ampule Spasmexa u 250ml fiziološke otopine bolovi popuštaju. Dalje se preporučuje dijeta prema pismenim uputama uz obilnu hidraciju i mirovanje te se pacijentica otpušta kući.

Sljedeći dan bolovi se opet javljaju te se pacijentica javlja u hitnu kiruršku ambulantu Opće bolnice dr. "Ivo Pedišić" u jutranjim satima. Ponavlja se nativna snimka abdomena u stojećem stavu gdje je vidljivo više aerolikvidnih nivoa u smislu ileusa u nastajnju. Preporuča se učiniti kontrolna nativna slika abdomena te se pacijentica otpušta kući s naznakom da se vrati u večernjim satima na ponavljanje pretrage. U večernjim satima na kontrolnoj nativnoj snimci abdomena učinjenoj stojeć vidljivo je više arkadno oblikovanih vijuga tankog crijeva sa formiranim aerolikvidnim razinama, no bez bitnije distenzije. Pacijentica se zaprima na odjel za abdominalnu kirurgiju sa sumnjom na ileus. Na odjelu se učini MSCT abdomena gdje se verificira zadebljana, inhomogena stijenka ileuma na duljini od 15 cm te se radi dodatne obrade zaprima na odjel gastroenterologije.

Nakon pretraga provedenih tokom petodnevne hospitalizacije učinjenom kolonoskopijom sa terminalnom ileoskopijom vidi se upalno promijenjena sluznica v. Bauchini i terminalnog ileuma se postavlja dijagnoza Crohnove bolesti. Uz sistemsku kortikosteroidnu terapiju, antibiotike širokog spektra i dijetetske mjere dolazi do poboljšanja te se otpušta na kućnu njegu. Tijekom boravka u terapiju je uveden i azatriopin i mesalazin. Preporuča se ambulantno učiniti fekalni kalprotektin. U sklopu dodatne obrade planirana je MR enetrografija koja će se učiniti preko Dnevne bolnice, a termin će pacijentici biti javljen naknadno. Pacijentica se otpušta kući nakon petodnevne hospitalizacije, a kontrola u gastroenterološkoj ambulanti zakazana je treći dan po otpustu. Terapija po otpustu: Budosan caps. a 3mg 3x1, Pentasa a 500mg 4x2, Imuran 2x50mg tableta, Modulen 12 mjericaa + 420ml vode razmutiti te popiti kroz dan.

3.6. Prikaz tijeka liječenja

Pacijentica dolazi na kontrolu tri dana nakon otpusta u dnevnu bolnicu matične ustanove gdje se povisuje terapija Imuranom 2x100mg te dobiva termin za MR enterografiju.

U kliničkoj bolnici Dubrava pacijentica dolazi na zakazanu pretragu. Gdje nalaz MR enterografije pokazuje zadebljanje stijenke terminalnog ileuma u kontinuitetu u dužini od oko 17-cm od valvule Bauchini. Stijenka je debljine do 9mm. U T2 mjernoj slici sa saturacijom masnog tkiva vidljivi su visoki intenziteti signala u stijenci što odgovara submukoznom edemu. Vidljiva su uz zadebljanu stijenku dilatirana vasa recta. Pojačana postkontrasna imbibicija stijenke. Uslijed zadebljanja stijenke uži lumen crijeva sa prestenotično umjereno dilatiranom vijugom tankog crijeva u dužini od oko 4 cm. Promjene govore u prilog Crohnove bolesti. Iza uterusa mala količina slobodnog tekućeg sadržaja, koja s obzirom na dob može odgovarati fiziološkoj količini. Jetra je urednog položaja i veličine, urednih intenziteta signala, bez vidljivih žarišnih lezija. Žučni mjehur je normalne debljine stijenke, bez patoloških promjena endoluminalno. Ne nalazi se dilatacije intra ili ekstra hepaticnih žučnih vodova. Slezina je urednog položaja i veličine, urednih intenziteta signala, bez vidljivih žarišnih lezija. Pankreas je homogene strukture, bez vidljivih žarišnih lezija. Peripankreatično masno tkivo je očuvano. Bubrezi su urednog položaja i veličine, održane debljine parenhima, bez žarišnih lezija. Ne nalazi se dilatacije kanalnog sustava. Nadbubrežne žlijezde su

urednog nalaza. Organi male zdjelice morfološki urednog nalaza. Ne nalazi se uvećanih retroperitonealnih ili mezenterijalnih limfnih čvorova. Ne vidi se slobodne tekućine u abdomenu i zdjelici.

Redovnom kontrolom u dnevnoj bolnici mjesec dana nakon hospitalizacije uvidom u lab. nalaze dijagnosticirana sideropenična anemija (hemoglobin 81, eritrociti 3,08, hematokrit 0,261, Fe 2, UIBC 53, TIBC 55, Feritin 7,91) i indicirana je parenteralna nadoknada željeza. Aplikiran Ferinject I lag. u 100 ml f.O. Sljedeća aplikacija je za tjedan dana Ferinject II amp u 250 ml f.o. Tri mjeseca kasnije po primitku zadnje aplikacije terapije željezo sniženo (Fe 5, Feritin 186,6) po tipu kronične bolesti, sada bez indikacije za nadoknadu. CRP blago povišen (9,6). Nastaviti terapiju Pentasa a 500mg 4x2 tbl, Imuran 2x100mg tbl. Spasmex tbl pp. Kontrola za 6 mjeseci sa nalazom koloskopije i MR enterografije. Učinjen je fekalni kalprotektin, koji dolazi u vrijednosti 132, što se interpretira kao lagano povišen.

Kontrolom u dnevnoj bolnici početkom devetog mjeseca pacijentica dobiva termin za kontrolnu MR enterografiju koja se učini kroz mjesec dana. MR enterografija, nalaz pokazuje i dalje vidljivo zadebljanje stijenke terminalnog ileuma u istoj dužini, s izraženom postkontrastnom imbibicijom u sklopu upalnih promjena. Promjene su najizraženije na oko 17cm od valvule Bauhini gdje je stijenka hiperintenzivnija na 12 sekvensi sa saturacijom masti u sklopu submukoznog edema, debljine do 10 mm, uz lamelarnu količinu okolne slobodne tekućine. I dalje posljedično upalnim promjenama uži lumen crijeva s poststenotičnom dilatacijom vijuge tankog crijeva. Ne nalazi se fistula. Promjene su slične morfologije kao i na prethodnom MR pregledu. Jetra je urednih intenziteta signala, bez novonastalih žarišnih lezija. Žučni mjehur je normalne debljine stijenke, bez patoloških promjena endoluminalno. Ne nalazi se dilatacije intra ili ekstra hepatičnih žučnih vodova. Slezena je urednog položaja i veličine, urednih intenziteta signala, bez vidljivih žarišnih lezija. Splenunkul uz slezenu sprijeda promjera 3 mm. Pankreas je homogene strukture bez vidljivih žarišnih lezija. Peripankreatično masno tkivo je očuvano. Bubrezi su urednog položaja veličine, održane debljine parenhima, bez žarišnih lezija. Ne nalazi se dilatacije kanalnog sustava. Nadbubrežne žlijezde su urednog nalaza. Organi male zdjelice morfološki urednog nalaza. Ne nalazi se uvećanih retroperitonealnih ili mezenterijalnih limfnih čvorova. Slobodna tekućina u Douglasovom prostoru.

Mjesec dana kasnije, učini se kontrolna kolonoskopija. Nalaz kolonoskopije: aparatom se intubira cekum, očišćenost BBPS 3+2+3. Haustre kolona su održane, sluznica je urednog sjaja i održanog submukoznog vaskularnog crteža. Valvula Bauchini „razrovana“, otvorena, sužena na promjer manji od endoskopa, na njoj vidljiv ulkus prekriven fibrinom, ulkus se kroz valvulu vidi i u terminalnom ileumu (PHD). S obzirom na nalaz kolonoskopije i upitnog djelovanja peroprane terapije pacijentica se upućuje u KBC Zagreb na pregled u ambulantu za upalne bolesti crijeva.

Na kontrolnom pregledu u ambulanti za upalne bolesti crijeva, četiri mjeseca od posljednje kolonoskopije, specijalist je mišljenja da s obzirom na ilealnu bolest optimalna terapija u ovom trenutku je kirurški zahvat s obzirom na mogućnost dugotrajne remisije bolesti. Preoperativno uzimati Medazol 3x400 mg kroz 3 mjeseca. Planirati kontrolnu kolonoskopiju za 6-12 mjeseci. Svaka 3 mjeseca potrebno je učiniti kalprotektin nakon operativnog zahvata.

S obzirom na nalaz iz ambulante za upalne bolesti crijeva bolesnica se hospitalizira tri tjedna kasnije radi operativnog zahvata. Nakon adekvatne prijeoperacijske pripreme u općoj anesteziji laparoskopskom metodom pristupi se u abdomen. Nađe se izrazito upalno promijenjen terminalni ileum u dužini 20 cm od cekuma s preraštanjem mezenterija preko cijele cirkumferencije zahvaćenog tankog crijeva. Učinjena je ileotomija s postavljanjem ileokolonalne LL anastomoze. Phd- u izradi. Postoperacijski tijek na odjelu prolazi uredno. Rana cijeli per primam. Peristaltika uspostavljena. Bolesnica se otpušta na kućnu njegu dana tri dana kasnije u dobrom općem stanju, s preporukom za umjerenim kretanjem i laganijom ishranom. Nalaz biopsije- Primljen je segment terminalnog ileuma s početnim dijelom debelog crijeva i crvuljkom, ukupne duljine 35 cm (crvuljak veličine 6,5 cm). Na 4,5 cm od proksimalnog resekcijskog ruba počinju stenotičke promjene koje zauzimaju cijelu duljinu terminalnog ileuma. Histološki se u opisanom području nalazi poremećaj arhitekture sluznice uz obilno umnažanje veziva unutar sluznice i podsluznice te gusti mononuklearni upalni infiltrat kroz sve slojeve stijenke. Okolno masno tkivo je umnoženo. Crvuljak je pravilnog izgleda. Resekcijski rubovi su pravilnog izgleda.

Postoperativno nakon mjesec dana pacijentica dolazi na kontrola gastroenterologa gdje navodi proljeve nakon obroka, 4-5 x dnevno, krvi nema. Ima apetit. Nastavak th Medazol 3x400mg tbl. Kontrola za mjesec dana s laboratorijskim nalazima.

Na kontroli gastroenterologa pacijentica donosi uredne laboratorijske nalaze te navodi učestale proljeve kao jedini simptom. Planira se kolonoskopija kroz dva mjeseca, odnosno 6 mjeseci postoperativno do tada mirovanje dalje i poštediti od teškog tjelesnog napora. Učinjenom kontrolnom kolonoskopijom opisuje se stanje nakon desnostrane hemikolektomije s LL ileokolonalnom anastomozom. U neo-terminalnom ileumu vidljivo 7 aftoznih promjena prekrivenih fibrinom. U slijepom završetku hiperemična sluznica s većim ulkusom prekrivenom fibrinom.

Nakon kolonoskopije učinjene postoperativno pacijentica se upućuje u ambulantu za upalne bolesti crijeva. Subjektivno se osjeća bolje. Ima oko 5 stolica dnevno, bez patoloških primjesa. Apetit dobar, tjelesna težina 80 kg. Mišljenje- klinički remisija bolesti endoskopski recidiv. Bolesnica prethodno azatioprin rezistentna te se indicira uvođenje biološke terapije, idealno adalimumabom u monoterapiji. Budući da bolesnica planira trudnoću napominjemo da se lijek normalno primjenjuje u trudnoći uz planirani prekid terapije između 28-32 tjedna trudnoće te ponovni nastavak nakon poroda. Planirati kontrolu za 6 mjeseci s kontrolnim laboratorijskim nalazima. Pacijentica započinje liječenje biološkom terapijom dva mjeseca nakon posljednje kontrolne kolonoskopije. te se preporučuje kontrola za godinu dana, ukoliko dođe do trudnoće onda po dogovoru.

S obzirom na trudnoću pacijentica dolazi na kontrolu gastroenterologu deset mjeseci nakon prve aplikacije biološke terapije u ambulantu za upalne bolesti crijeva. Pacijentica je aktualno trudna sa blizancima 27 tjedana i 5 dana. Dobila 29kg u trudnoći. Navod 4 stolice dnevno, bez patoloških primjesa. Kontrolni krvni nalazi uredni, upalni parametri mirni. Od terapije uzima: Duphastone, Aspirin, Prenatal, Magnezij, Imraldi 40mg svakih 14 dana. Mišljenje specijaliste je nastaviti Imraldi do sljedeće aplikacije u 31. tjednu trudnoće kada je potrebno prekinuti terapiju do iza poroda. Nakon poroda terapija se može praktički odmah uvesti prema shemi kao i do sada. Budući da je koncentracija lijeka u krvi novorođenčadi viša nego u majke, djeca se NE SMIJU cijepiti živom vakcinom (BCG) do dokaza nestanka lijeka iz krvi djece. Traženo je da se sa 6 mjeseci starosti dojenčadi izvaditi im krv na koncentraciju adalimumaba u KBC Zagreb. Tada i majci izvaditi krv na koncentraciju. Ukoliko se u krvi djece ne nađe detektabilne koncentracije adalimumaba u krvi djeca se mogu cijepiti protiv

tuberkuloze. Način dovršetka trudnoće prema ginekološkoj indikaciji. Oboljela može normalno doći za vrijeme liječenja adalimumabom.

Pacijentica se mjesec dana od pregleda u Ambulanti za upalne bolesti crijeva hospitalizira u klinički bolnički centar Sestara milosrdnica na patologiji trudnoće zbog preeklampsije u 30. tjednu trudnoće. Tokom hospitalizacije pacijentica gubi osijet njuha te se učini briz nazofarinksa na COVID19. Pacijentica je pozitivna te se stavlja u izolaciju. Carski rez se dogovara kada pacijentica bude trudna punih 37 tjedana kada se visokorizična trudnoća se može sigurno završiti, no pacijentica dva dana prije dogovorenog termina dobiva trudove te na carski rez porodi dva muška novorođenčeta.

Prema smjernicama gastroenterologa učinjena je analiza koncentracije adalimumaba i protutijela u serumu koje su niske kod dojenčadi što znači da mogu ići na cijepljenje protiv tuberkuloze. No niska koncentracija adalimumabom je prisutna i kod majke te se preporuča ponoviti indukcijsku terapiju (po shemi 160, 80, 80 mg s.c.) te potom nastaviti po dosadašnjoj shemi. Kontrolna kolonoskopija planira se kroz godinu dana.

3.7. Prikaz proces zdravstvene njege

Zdravstvena njega i proces zdravstvene njege danas su okosnica sestrinskog posla kojom se iskazuje kvalitetna zdravstvena skrb za svakog pojedinca. Pomoću tih alata medicinska sestra provodi intervencije koje pridonose poboljšanju trenutnog stanja, ali i njegovom napretku, ako se ne radi o palijativnim pacijentima. Dolaskom pacijenta pacijenta na odjel započinje se s planiranjem zdravstvene skrbi koji je individualiziran i specifičan za sve pacijente.

3.8. Sestrinska anamneza i status

Kako bi se što točnije utvrdio stupanj problema koji su zahvatili osobe s navedenom dijagnozom, sestrinska anamneza je glavni alat kojim se medicinske sestre koriste kako bi osobama osigurale kvalitetnu i individualnu zdravstvenu njegu. Sestrinska anamneza se uzima intervjuom kojim se prikupljaju potrebni podaci, a dužina trajanja intervjuja ovisi o samom stanju bolesnika. Ponekad je nemoguće dobiti točne podatke od oboljelog, pa je potrebno koristiti sekundarne i tercijarne izvore kako bi se dobili što točniji podaci. Osim intervjuja, sestra podatke o stanju bolesnika dobiva i promatranjem. Na temelju prikupljenih podataka planira se zdravstvena njega sa intervencijama koje su individualizirane za svakog pacijenta ovisno o njegovom stanju (26).

Sestrinska anamneza uzeta je na prvoj hospitalizaciji pacijentice koja boluje od Crohnove bolesti, a hospitalizirana je na odjelu gastroenterologije Opće bolnice dr. "Ivo Pedišić". Pacijentica se zaprima na odijel kao premještaj sa odijela abdominalne kirurgije na odijel gastroenterologije s obzirom da nalaz MSCT abdomena ukazuje na internističku bolest te radi daljnje obrade.

Iz razgovora saznajemo da je pacijentica medicinska sestra, zaposlena te živi sa zaručnikom. Do sada nije teže bolovala. Obiteljska anamneza po pitanju upalnih bolesti crijeva negativna. Baka se liječi od Non Hodgkinovog limfoma, a djed je umro od karcinoma želuca. Od lijekova ne uzima ništa te alergije na iste negira. Svakodnevne aktivnosti koje podrazumijevaju održavanje osobne higijene, hranjenje i mijenjanje položaja u krevetu pacijentica provodi samostalno, pokretna je te ne koristi nikakva pomagala stoga je stupanj samostalno procijenjen 0. Pacijentica dobro podnosi napor, bavi se sportom, u slobodno vrijeme trenira rukomet u gradskom klubu. S obzirom na to da je pacijentica u obradi zbog sumnje na upalnu bolest crijeva te se priprema za pretragu gastroskopije i kolonoskopije ordinirana je kašasta prehrana. Prije hospitalizacije navodi da je imala uredan apetit, ali da se loše i neraznovrsno hrani, dva do tri obroka dnevno i minimalan unos tekućine oko litru. Negira probleme sa gutanjem i žvakanjem, ima vlastite zube. Također navodi kako se uslijed incidenta prije hospitalizacije, bolova i povraćanja koji su se sada smirili boji išta pojesti. Po pitanju eliminacije navodi kako je mokrenje uredno, 4 do 5 puta dnevno, bez smetnji. Stolica je učestala, proljevasta, bez patoloških primjesa. Navodi kako ima 7 do 8 stolica dnevno, što je između ostalog i vodeći razlog hospitalizacije. Žali se da ju to umara i stvara nelagodu jer uvijek mora biti u blizini toaleta zbog hitnosti obavljanja nužde. Znoji se normalno. Sluznica normalna. Vid i sluh očuvani te je pacijentica orijentirana u vremenu i prostoru, Glasogw 15. Pacijentica se žali na bol, navodi kako je manja u odnosu na dan ranije prije hospitalizacije, ali i dalje osjeća bol u truhu periumbilikalno. Na skali od 1 do 10 vrednuje trenutnu bol kao 6. Do sad je bol okupirala analgeticima, najčešće Analginom, a navodi da joj odgovaraju položaji na boku kod smanjenja boli. Govor je bez teškoća. Pacijentica navodi kako nema problema sa spavanjem, dobro spava, najčešće 7 sati dnevno, nikad manje, ali često više, često sanja no nema noćne more te navodi kako nikad nije uzimala ništa za spavanje.

Trudnoću negira, ciklusi uredni, prva menstruacija sa 14 godina. Do sada nije rađala. Spolno je aktivna, spolne bolesti negira. U vezi je 9 godina, navodi da se udaje na zimu. Ne puši, a alkohol konzumira prigodno. Pacijentica se opisuje kao društvenu, veselu i optimističnu, no ipak da je zabrinuta zbog hospitalizacije i nalaza u daljnjoj obradi. S obzirom da je i sama zdravstveni djelatnik ima određena znanja za koja navodi da nije sigurna da li joj pomažu ili odmažu kada je u pitanju psihološki momenat. Prije pojave prvih simptoma pacijentica spominje kako je imala za nju stresnu situaciju, ali da se to brzo riješilo zahvaljujući zaručniku. Verbalizira strah uslijed nepoznatog, no smatra je borac te će uz pomoć obitelji i prijatelja sve biti lakše. Pacijentica se izjašnjava kao nevjernica. Hospitalizacija joj pada dosta teško, no s obzirom da i sama radi u ustanovi često joj dolaze kolegice i kolege praviti društvo, stoga navodi da sve to lakše onda podnosi.

Prilikom fizikalnog pregleda pacijentica sjedi u kreveti, orijentirana je u sva četiri smijera te je očuvane svijesti. Tjelesna visina 171cm, tjelesna težina 83kg što daje ITM 28,4 odnosno prekomjerna tjelesna težina. Abdomen mekan, bolan na palpaciju periumbilikalno i u donjem desnom kvadrantu, čujne peristaltike, toraks je simetričan te uredno sveden, izbroji se 16 udisaja u minuti. Glava i vrat bez osobitosti. Abdomen mekan, bolan na palpacijuperiumbilikalno i donjem desnom kvadrantu, čujne peristaltike. Ekstremiteti bez edema, normalnih, ritmčnih, dobro punjenih pulzacija frekvencije 80 u minuti. Na lijevoj ruci braunila u kubitalnoj veni uvedena na odijelu za abdominalnu kirurgiju. Koža i sluznica normalne boje, normalnog turgora za životnu dob, bez oštećenja vidljivih. Temperatura aksilarno mjerena 36,2°C. Usna šupljina uredna, nema naslaga, pacijentica ima vlastite zube.

3.9. Sestrinske dijagnoze

Sestrinske dijagnoze definirane su kao izjave koje daju medicinske sestre o odgovorima odnosno reakcijama pojedinca, obitelji ili zajednice na eventualne moguće zdravstvene probleme i svakodnevne životne procese. Na temelju sestrinskih dijagnoza planiraju se sestrinske intervencije koje za cilj imaju ublažavanje ili rješavanje problema u određenom vremenu. Sestrinske intervencije planiraju se individualno za svakog pacijenta, posebno ovisno o njegovom zdravstvenom stanju i mogućnostima sudjelovanja u samom procesu zdravstvene njege (27).

Uzimajući sestrinsku anamnezu, promatranjem te pregledom pacijentice kao i na temelju podataka iz ostale dostupne medicinske dokumentacije planirane su prioritne sestrinske dijagnoze u ovom slučaju:

- Akutna bol u/s osnovnom bolesti što se očituje procijenom boli na skali od 1 do 10 vrijednošću 6 te zauzimanjem određenog prisilnog položaja kako bi se bol smanjila
- Proljevi u/s osnovnom bolesti što se očituje mnogobrojnim proljevastim stolicama tokom dana
- Visok rizik za dehidraciju u/s velikim deficitom volumena tekućine uslijed proljeva
- Anksioznost u/s straha od postavljanja dijagnoze što se očituje verbalizacijom straha i napetosti

3.10. Plan zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege podrazumijeva logičan, racionalan i na znanju utemeljen pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema iz područja zdravstvene njege, ali i dokumentiranje svega učinjenoga. On se temelji na planu zdravstvene njege koji ima četiri faze. Plan zdravstvene njege osoba sa Crohnovom bolesti započinje utvrđivanjem problema, određivanjem cilja, zatim se planiraju sestrinske intervencije, te se na kraju evaluira učinjeno. Svaki plan zdravstvene njege je individualiziran i vrijedi za svakog pacijenta pojedinačno. Uloga medicinske sestre je upoznati pacijenta, njegove fizičke, psihičke i socijalne potrebe, stvoriti siguran odnos, povjerenje, brinuti o pacijentu, poštovati ga, ali i postaviti granice u odnosu i na temelju svega toga što je dobila uzimajući sestrinsku anamnezu napraviti plan zdravstvene njege koji će omogućiti pacijentu brz i kvalitetan oporavak (27).

Tablica 1. Prikaz plana zdravstvene njege za dijagnozu akutna bol u/s osnovnom bolesti što se očituje procijenom boli na skali od 1 do 10 vrijednošću 6 te zauzimanjem određenog prisilnog položaja kako bi se bol smanjila

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Akutna bol u/s osnovnom bolesti	Pacijentica će na skali boli	-Prepoznati znakove boli - Izmjeriti vitalne funkcije	Pacijentica na skali boli

<p>što se očituje procjenom boli na skali od 1 do 10 vrijednošću 6 te zauzimanjem određenog prisilnog položaja kako bi se bol smanjila</p>	<p>iskazati nižu razinu boli od početne</p>	<p>-Istražiti s pacijentom različite metode kontrole boli -Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova -Pitati pacijenticu da opiše svoje prethodno iskustvo s bolovima i učinkovitosti metoda kojima se je suočavao, uključujući iskustvo s nuspojavama, reakcijama i načinima na koje pacijentica iskazuje bol - Pribaviti recept i dati pacijentici opioidni analgetik ako je potrebno, posebno za jače bolove - Obavještavati liječnika o pacijentičinoj boli -Primijeniti farmakološku terapiju - Ponovno procjenjivati bol - Dokumentirati pacijentičine procjene boli na numeričkoj skali boli ili pomoću skale izraza lica (28)</p>	<p>iskazuje nižu razinu od početne, sada je vrednuje sa 4</p>
--	---	---	---

Tablica 2. Prikaz plana zdravstvene njege za dijagnozu proljevi u/s osnovnom bolesti što se očituje mnogobrojnim proljevastim stolicama tokom dana

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Proljevi u/s osnovnom bolesti	Pacijentica će razumjeti	-Odrediti potrebnu količinu tekućine kroz dan -	Pacijentica razumije načine

što se očituje mnogobrojnim proljevastim stolicama tokom dana	načine na koje joj se pomaže i neće osjećati nelagodu	Voditi evidenciju prometa tekućine kroz dan - Paziti na pretjeranu žeđ, groznicu, nesvjesticu, vrtoglavicu, lupanje srca, pretjerane grčeve, krvavu stolicu, niski tlak i simptome šoka -Poticati pacijentica da pije tekućinu prema pisanoj odredbi - Nadomjestiti tekućinu i elektrolite parenteralnom prepisanoj odredbi liječnika -Osigurati pacijentici adekvatnu prehranu uz suradnju nutricionista i pacijenta -Osigurati blizinu toaleta, sani kolica, noćnu posudu -Dokumentirati broj proljeva (29)	na koje joj se pomaže i osjeća se ugodno
---	---	--	--

Tablica 3. Plan zdravstvene njege za dijagnozu visok rizik za dehidraciju u/s velikim deficitom volumena tekućine uslijed proljeva

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
-----------	------	--------------	------------

<p>Visok rizik za dehidraciju u/s velikim deficitom volumena tekućine uslijed proljeva</p>	<p>Pacijentica neće pokazivati znakove i simptome dehidracije</p>	<p>-Objasniti pacijentici važnost unosa propisane tekućine i dogovoriti količinu i vrijeme pijenja tekućine tokom dana - Provjeravati elastičnost turgora kože, pojavu žeđi, suhoću jezika i sluznice, uzdužne brazde na jeziku, uočiti postoji li problem u govoru, suha koža, upale oči, -Pratiti promet tekućine, unos i izlučivanje tokom 24 sata -Pratiti i zabilježiti gubitak tekućina kod proljeva, povraćanja ili krvarenja -Objasniti pacijentici da se ne oslanja na žeđ kao indikator za uzimanje tekućine -Naučiti pacijenticu da nadzire svoju hidraciju praćenjem boje urina -Ukoliko je potrebno, nadoknaditi tekućinu parenteralno kako je propisano -Postaviti i održavati intravenozni kateter s većim protokom (28)</p>	<p>Pacijentica je hidrirana, pije 1800ml tekućine kroz 24 sata, sluznica i turgor kože uredni kao i svi vitalni znakovi</p>
--	---	---	---

Tablica 4. Plan zdravstvene njege za sestrinsku dijagnozu anksioznost u/s straha od postavljanja dijagnoze što se očituje verbalizacijom straha i napetosti

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE	EVALUACIJA
Anskioznost u/s straha od postavljanja dijagnoze što se očituje verbalizacijom straha i napetosti	Pacijentica će pokazati sposobnost samosmirivanja	<ul style="list-style-type: none"> -Stvoriti profesionalan empatijski odnos i osjećaj sigurnosti -Opažati neverbalne izraze anksioznosti -Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost -Pacijenticu upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima -Redovito informirati pacijenta o postupcima i tretmanu -Poučiti pacijenta o procedurama koje će se provoditi -Osigurati tihu i mirnu okolinu -Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju i provedbi intervencija (29) 	Pacijentica opisuje smanjenu razinu anksioznosti

3.11. Sestrinsko otpusno pismo

Pacijentica I.V hospitalizirana je na odjelu gastroenterologije Opće bolnice dr. "Ivo Pedišić" u Sisku gdje joj je postavljena dijagnoza Crohnove bolesti. Sa odjela je otpuštena peti dan od primitka. Pacijentica živi sa budućim suprugom. Zaposlena je i

ne prima socijalnu pomoć. Pri otpustu iz bolnice pomoć će joj pružiti budući suprug i roditelji. O pacijentici su i prije hospitalizacije brinuli uži članovi obitelji.

Zdravstvena njega za pacijenticu tokom hospitalizacije uključivala je svakodnevno provođenje osobne higijene koju je pacijentica provodila samostalno, provođenje higijene njezinog okoliša što podrazumijeva redovito mijenjanje bolničke posteljine te postupke održavanja venskog puta, vađenje krvi, podijele ordinirane terapije, fizičku i psihičku pripremu za dijagnostičke pretrage i mjerenje vitalnih znakova. Tijekom hospitalizacije pacijentici je nakon pretraga koje su potvrdile istu rečena dijagnoza te je educirana o svom novonastalom zdravstvenom stanju. Osim toga pacijentici su dajni mnogi tiskani materijali o Crohnovoj bolesti i prehrani kako bi bilo lakše prilagoditi način života kroničnoj bolesti.

Pacijentica je po otpustu fizički dobro, pokretna, samostalno hoda bez pomagala te je pri svijesti. Tekućinu po otpustu konzumira zadovoljavajuće, prehrana je slabija s obzirom na dijagnozu. Otpušta se bez dekubitalnih rana i specijalnih potreba.

Po otpustu iz bolnice sestrinske dijagnoze su:

- Proljevi u/s osnovnom bolesti što se očituje mnogobrojnim proljevastim stolicama tokom dana
- Visok rizik za dehidraciju u/s velikim deficitom volumena tekućine uslijed proljeva
- Neupućenost u/s nedovoljnog specifičnog znanja o prehrani osoba sa Crohnovom bolesti

Preporuke za dalje usmjerene su na redukciju tjelesne težine, uvođenje pravilne prehrane kod bolesnika sa Crohnovom bolesti, smanjiti prekomjernu tjelesnu aktivnost, dovoljan unos tekućine. Ne postoji potreba za pelenama s obzirom da je pacijentica u potpunosti samostalna. Terapija po otpustu je: Budosan caps. a 3mg 3x1, Pentasa a 500mg 4x2, Imuran 2x50mg tableta, Modulen 12 mjericaa + 420ml vode razmutiti te popiti kroz dan. Terapiju će pacijentica uzimati samostalno, odnosno ne treba joj pomoć pri uzimanju terapije. Tokom hospitalizacije nisu uključivani drugi zdravstveni radnici. Po izlasku iz bolnice pacijentica je vesela, raduje se odlasku kući te pohvaljuje odjel i sve djelatnike na istom.

3.12. RASPRAVA

Na prijelazu 21. stoljeća upalna bolest crijeva postala je globalna bolest s ubrzavanjem incidencije u zemljama gdje se tek sada razvija industrijalizacija i koje teže zapadnjačkoj kulturi. Na temelju sustavnih pregleda populacijskih studija Siew C Ng (2016.) je identificirala incidenciju i prevalenciju UBC-a u 21. stoljeću na svjetskoj razini. Analizom 147 različitih studija najviše vrijednosti prevalencije bile su u Europi odnosno u Norveškoj gdje se UC pojavljuje kod 505 do 100 000 stanovnika te Njemačkoj gdje se CB dijagnosticira 322 na 100 000 stanovnika. Visoku incidenciju i prevalenciju imaju i zemlje Sjeverne Amerike u kojoj se UC dijagnosticira kod 286 na 100 000 stanovnika u Sjedinjenim Američkim Državama dok se u Kanadi Crohnova bolest dijagnosticira kod 319 na 100 000 stanovnika. Unatoč visokoj incidenciji koja se trenutno stabilizira u zapadnim zemljama, zabilježeni su porasti incidencije i prevalencije u novo industrijaliziranim zemljama Afrike, Azije i Južne Amerike. Ove vrijednosti prevalencije ukazuju na potrebu za istraživanjem prevencije UBC-a i inovacijama u zdravstvenim sustavima za bavljenje ovom složenom i skupom bolešću koja zbog svog kroničnog tijeka između ostalog i narušava kvalitetu života oboljelima (30).

Upalne bolesti crijeva značajno utječu na kvalitetu života pacijenata te kao takvi uživaju veliku pažnju istraživača. Osobama kojima se dijagnosticira Crohnova bolest kao i bilo koja druga maligna ili kronična bolest suočavaju se sa stanjem koje će narušiti kvalitetu njihova dosadašnja života s obzirom da će ih dijagnoza u nekim aspektima života ograničavati. Specifičan tijek bolesti upalnih bolesti crijeva koje karakterizira uporna aktivnost bolesti, česte remisije, operacije i štetni učinci medicinskog liječenja mogu dovesti do invaliditeta koje osobama oduzima radnu sposobnost. Bolest je najzastupljenija u mlađoj dobi stoga radna invalidnost može predstavljati veliki problem u socijalnom funkcioniranju. U španjolskom istraživanju o radnoj sposobnosti povezanom s UBC-om objavljenom 2014. godine provedenom na 293 ispitanika pokazalo je kako je 73% ispitanika aktivno zaposleno, no visoki postotci ne mijenjaju činjenicu da jedna trećina bolesnika s UBC-om pokazuje određeni stupanj invaliditeta i da se stupanj invalidnosti povećava kod bolesnika s dugogodišnjom bolešću (31). Osim radne sposobnosti, prema pojedina istraživanja potvrđuju kako pacijenti s UC i CB postižu sličan rezultat kao i opća populacija, a potencijalan razlog slabijeg broja ispitanika s visokim obrazovanjem pronalazi se u čestim odsustvima zbog tijeka bolesti

i liječenjima. Kvaliteta života tokom školovanja prema percepciji pacijenata i nastavnika pokazuje kako unatoč poteškoćama s kojima se učenici/studenti suočavaju u pogledu gubitka školovanja, fizičkih neugodnosti, profesori/nastavnici imaju povoljan stav prema pomaganju osobama u sustavu obrazovanja s nekom od dijagnoze UBC-a (32).

Crohnova bolest ne predstavlja samo zdravstveni i socijalni problem pojedincu, nego i ekonomski. Zbrinjavanje osobe koja zbog bolesti treba promijeniti životne navike otežava financijsku situaciju osobi i njegovoj obitelji, ali i cjelokupnom zdravstvenom sustavu. Što se tiče točnih troškova liječenja u Hrvatskoj ne postoje točni podatci, odnosno izračuni koliko se godišnje potroši na zbrinjavanje pacijenata sa Crohnovom bolesti. No liječenje bolesti često je biološkom terapijom, čiji su lijekovi na Popisu posebno skupih lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Pacijentica iz prikaza slučaja na biološkoj je terapiji adalimumabom u dozi od 80mg mjesečno. Troškovi samo njezinog liječenja na mjesečnoj bazi iznose 4 601,17kn, dok početna shema i shema nakon poroda kako bi se postigla terapijska koncentracija u krvi iznose zajedno 36 812,04kn. U ove troškove nisu uračunate hospitalizacije, operacija, kao ni kontrolni pregledi i dijagnostika. Imajući u vidu da se radi o klinički prilično dobroj pacijentici, ali unatoč tome i velikoj potrošnji jasno je zasto su upalne bolesti crijeva i ekonomski problem.

Iako postoje brojne nesigurnosti u vezi s uzrokom nastajanja Crohnove bolesti, potrebno je više istraživanja usredotočenih na psihološke potrebe pacijenata s tom dijagnozom. Psihološka pomoć započinje dobro zadovoljenim područjem skrbi i podrške. Psihološkom podrškom podižemo oslabljenu kvalitetu života uslijed dijagnoze koja je pogodila i bolesnika i obitelj te kao takva ne smije biti zanemarena (33). Psihološka podrška veoma je važan aspekt života u zbrinjavanju osoba sa dijagnozom Crohnove bolesti kako bi zadržali dobro mišljenje o sebi te kako u sklopu nedostatne psihološke podrške ne bi narušili obiteljske odnose. Edukacija bolesnika i njegove obitelji o normalnim reakcijama na gubitak poput zbunjenosti, nesigurnosti, straha, srama i slično početak su psihološke podrške oboljelima. S obzirom da se ti osjećaji javljaju u samom početku postavljanja dijagnoze važno je pravovremeno im pružiti psihološku podršku kako se ne bi razvila opasnija stanja poput stanja žalovanja i depresije. Pružanje empatije, suosjećanja kao i pokazivanje interesa za probleme koje

bolesnik verbalizira još je jedna od uloga medicinske sestre u zbrinjavanju osoba s Crohnovom bolesti. Uza skrb za bolesnika važna je i skrb za obitelj. Obitelji je potrebno dati informacije o bolesnikovoj dijagnozi, o uzrocima, značaju i postupcima rješavanja pojedinih poteškoća ukoliko se bolesnik s tim slaže. Potrebno ih je upozoriti na moguće promjene bolesnikova stanja te ih upoznati sa servisima pomoći i potpore koji su im dostupni i načinom korištenja njihovih usluga. Upoznati ih treba i sa postupcima nabave lijekova i pomagala. Medicinska sestre će educirati članove obitelji i prijatelje koji sudjeluju u zbrinjavanju bolesnika o načinima kako najlakše mogu pomoći bolesniku pri obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. Obitelji je potrebna i emocionalna potpora, razgovor o njihovim problemima. Sve članove obitelji važno je poticati i hrabriti u nastojanjima da se obiteljski život odvija uobičajeno. Medicinska sestra osoba je koja provodi najviše vremena sa osobom oboljelom od Crohnove bolesti i njegovom obitelji te je njezina uloga u psihološkoj podršci od esencijalne važnosti. Svojim specifičnim znanjima i komunikacijskim vještinama, pomaže bolesniku i obitelji da se suoči sa dijagnozom i da liječenje kao i zdravstvena njega budu kvalitetni i omogućće osobi kako fizičku tako i psihičku podršku (34).

Edukacija bolesnika sa Crohnovom bolesti uz zdravstvenu njegu vodeća je aktivnost medicinske sestre. Cilj edukacije usmjeren je na osposobljavanje bolesnika za pravilno uzimanje terapije, provođenje pravilne rehrane, redovite kontrole, prepoznavanje komplikacija te usvajanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja. Važno je uključiti obitelji u edukaciju bolesnika čime se ukazuje na važnost usvajanja novih obrazaca ponašanja. Uspješnoj edukaciji pridonosi prilagodba sadržaja bolesniku te nenametljiv pristup promjenama životnih navika. Spriječavanje aktivnosti bolesti također se prolazi tokom edukacije gdje pacijent usvaja znanja o načinu i faktorima koji mogu pridonijeti aktivnosti bolesti, važnosti nastavka terapije, mogućim nuspojavama i komplikacijama iste, o važnosti pravilne prehrane, Najvažniji dio edukacije jest pravilna prehrana i redovito uzimanje terapije te redovite kontrole kod liječnika (35).

Pravilna prehrana kako je već navedeno igra značajnu ulogu kod bolesnika sa Crohnovoj bolesti, štoviše pravilna prehrana se smatra i metodom liječenja pogotovo u akutnoj fazi bolesti. Nutritivno liječenje akutne faze Crohnove bolesti provodi se pomoću totalne parenteralne prehrane. Cilj TPP-e kao primarne terapije za UBC je postići mirovanje crijeva, ispraviti nutritivni deficit i ukloniti antigene koji potencijalno

podražajuju sluznicu. Budući da antigeni u prehrani mogu biti važni stimulansi za imunološki sustav sluznice, odmor crijeva pomoću TPP smatra se terapijskom opcijom u aktunoj fazi Crohnove bolesti. Način funkcioniranja TPP jest dostava svih hranjivih tvari koje su potrebne organizmu (glukoza, lipidi, aminokiseline i minerali) putem krvožilnog sustava. Mnogobrojna istraživanja pokazala su benefiti pogotovo u liječenju osoba sa Crohnovom bolesti. Müller i sur. prospektivno su procijenili učinak TPP-e u 30 pacijenata s CB-ti, pri čemu je 83% postiglo remisiju, ali je recidiv bio uobičajen. Operacija se mogla izbjeći u 25 od 30 kompliciranih pacijenata na 3 tjedna bolničke TPP-e, nakon čega je slijedilo još 9 tjedana kod kuće (36).

Nakon akutne faze TPP-om postepeno se prelazi na enteralnu prehranu. Danas postoji mnogo različitih vrsta enteralnih pripravaka različitih okusa kako bi se bolesnicima koji ih moraju konzumirati lakše prilagodili i prihvatili ju. Medicinska sestra kako bi napravila kvalitetan plan enteralne prehrane mora biti adekvatno educirana. Uz pomoć pacijenta sastavlja plan prehrane koji će zadovoljavati sve njegove nutritivne potrebe. Visokoenergetska dijeta koja je namjenjena pacijentima sa sindromom kratkog crijeva bazira se na visok unos ugljikohidrata, ponajviše škroba te niskom unosu masti što podrazumijeva količinu masti ne veću od 40 gr. Važno je uz enteralnu prehranu uvesti dodatke poput kalcija, kalija i magnezija s obzirom da je kod osoba s Crohnovom bolesti manjena apsorpcija istih. Kada se uspoređuju totalna parenteralna prehrana i enteralna prehrana uvijek se prednost daje enteralnoj prehrani iz razloga što TPP ima rizike poput infekcija povezanih krvožilnom primjenom te većim financijskim troškovima (36,37).

Kada aktivnost bolesti ne zahtjeva enteralnu prehranu, bolesniku treba objasniti da svejedno postoji dijetetski režim kojeg bi se trebalo pridržavati kako bi bolest što duže bila u fazi mirovanja. Ipak, kada je riječ o prehrani bolesnika sa Crohnovom bolesti vrlo je teško dati konkretan plan prehrane s obzirom da svaki bolesnik reagira drugačije na određenu vrstu hrane. No svejedno postoje određeni okviri kojih se valja pridržavati. Konzervirana hrana, voće i povrće u svježem i sušenom obliku najčešće smetaju bolesnicima s Crohnovom bolesti. Prijelaz sa enteralne prehrane na peroralno mora biti postepen te se hrana koja mora biti lako probavljiva pripremati kuhanjem, nikako prženjem. Predlaže se konzumacija voća u obliku kompota, a pileće, juneće i teleće meso moraju biti pripremani kuhanjem. Bolesniku se preporučuje voditi dnevnik

prehrane u koje će zapisivati namirnice te njihov utjecaj na probavni sustav te tako prilagođavati prehranu samome sebi. Kod prilagodbe prehrane važan je mjer namirnica u odnosu 60:20:20, odnosno 60% su zastupljeni ugljikohidrati 20% proteini te 20% masti gdje se teži konzumacija u što manjim količinama te da su iz prirodnih biljnih vlakna. S obzirom na oslabljenu funkciju i apsorpciju crijeva važno je nadomjestiti vitamine i minerale. Vitamini koji se moraju uzimati su B12, B9, D i C te od minerala cink, magnezij, željezo i kalcij (38).

Osobe sa dijagnozom upalne bolesti crijeva specifična su kategorija pacijenata koja veću pomoć treba kroz komunikaciju, razumijevanje i empatiju nego u zadovoljavanju osnovnih fizioloških potreba. Često uslijed mnogobrojnih operacija pretrpe velika tjelesna oštećenja te dolaze do invalidnosti. U Hrvatskoj postoje udruge koje povezuju osobe s upalnim bolestima crijeva kojima je svrha poboljšanje kvalitete života, ali i sama zaštita interesa osoba koje se bore sa spomenutom dijagnozom od kojih je najpoznatija HUCUK. Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i Ulcerozni kolitis osnovano je kako bi ukazali na svakodnevne probleme s kojima se susreću osobe s takvim oblikom invalidnosti, ali i kako bi jasno dale do znanja o svom položaju u društvu. Unatoč napretku društva i smanjenu stigmatizacije prema osobama s invaliditetom, osobe s CB se i dalje se susreću s diskriminacijama na raznim mjestima, često je to na radnom mjestu gdje uslijed čestih odlazaka na wc nailaze na nerazumijevanje kolega stoga je važno osvjestiti poteškoće na koje oboljeli od CB nailaze.

Medicinska sestra u provođenju zdravstvene njege za osobe s Crohnovom bolesti mora biti educirana te raspolagati razvijenim komunikacijskim vještinama. Uloga medicinske sestre u skrbi za oboljele od upalnih bolesti crijeva ozbiljan je i kompleksan zadatak s obzirom na to da je medicinska sestra osoba koja najviše vremena provodi u radu s bolesnikom. Poznavanje bolesnikovih psihičkih, fizičkih i društvenih težnji i potreba esencijalno je u procesu ostvarivanja odnosa međusobnog povjerenja na relaciji medicinska sestra - pacijent. Medicinska sestra mora posjedovati znanje o bolesti, mora biti upoznata s metodama dijagnostike i liječenja, kao i s komplikacijama kako bi mogla planirati kvalitetnu zdravstvenu njegu bolesnika. Kvalitetnom zdravstvenom skrbi dolazi do smanjenja zdravstvenih problema, ali i socijalnih, emotivnih, psihičkih problema koje se javljaju kod bolesnika, kao i ekonomskih. Motiviranje oboljelih i

razvijanje želje za sudjelovanjem u vlastitom procesu liječenja uloga je medicinske sestre koja pridonosi kvaliteti života osoba s Crohnovom bolesti. Osobama kojima se dijagnosticira kronična bolest važno je pružiti podršku, empatiju i pokazati im da netko brine o njima, ta potreba posebno dolazi do izražaja kod Crohnove bolesti jer su novodijagnosticirani najčešće osobemlađe dobne kategorije. Medicinska sestra mora biti kvalitetno i stručno educirana te konstantno težiti daljnjem obrazovanju i usavršavanju. Konstantno stručno usavršavanje preduvjet je i za educiranje obitelji, pacijenta i okoline, s obzirom da je tema upalnih bolesti crijeva i dalje stigmatizirana što je poražavajuća činjenica u 21. stoljeću.

4. ZAKLJUČAK

Crohnova bolest sve je učestalija dijagnoza današnjice, a najčešće žrtve su joj osobe mlađe životne dobi. Iako se ne zna točan uzrok nastanka bolesti smatra se da užurbani način života kojim se danas živi uvelike pridonosi nastanku iste. Zbog nespecifičnih simptoma često bolest dugo "tinja" u organizmu, no kada se aktivira, sa postavljanjem prve sumnje i dijagnostičke obrade u vidu kolonskopije lako se potvrđuje. Dijagnoza sa sobom nosi mnoge komplikacije, a ponajviše se one očituju kroz narušenu kvalitetu života oboljelih.

Zdravstvena njega medicinske sestre kod osoba koje boluju od Crohnove bolesti je edukacija pacijenta o njegovom stanju i posljedicama te motivacija na promjenu načina života u smislu promjene prehrane te odgovorno korištenje terapije. Usvojena znanja i vještine bolesnika o pravilnoj prehrani, pravilnom primjenom terapije te izbjegavanju loših životnih navika bolesnik poboljšava kvalitetu života pojedinca te povećava šanse za dugotrajan ostanak u remisiji. Medicinske sestre moraju biti informirane o najaktualnijim tretmanima i istraživanjima kako bi mogle potaknuti svoje bolesnike da žive punim i zdravim životom.

Socijalni, emotivni, psihološki te ekonomski aspekti često su narušeni kod osoba sa kroničnom bolesti te ni Crohnova bolest nije izuzetak. Iako je negativan utjecaj CB na mnogobrojne aspekte života drugima nevidljiv, oboljeli na dnevnoj bazi osjećaju njegovo prisustvo. Stoga je važno osvještavati populaciju o upalnim bolestima crijeva i posljedicama koje ta bolest ostavlja za sobom.

5. LITERATURA

1. Vrhovac B i sur. Interna medicina. Zagreb: Naprijed. 1997
2. Griffiths AM, Nicholas D, Smith C, et al. Development of a Quality-of- Life Index For Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Dealnin with Differences Related to Age and IBD Type. Journal of Pediatric Gastroeneterology & Nutrition. 1999; 24(4): 646-652
3. Vucelić B, Čuković-Čavka S. Upalne bolesti crijeva. Medicus. 2006; 15(1): 53-56.
4. Kujundžić M i sur. Klinička patofizologija. Zagreb: Farmaceutsko – biokemijski fakultet Zagreb. 2003.
5. Ho SM, Lewis JD, Mayer EA, et al. Challenges in IBD Research: Enviornmenatl Triggers. Inflammatory Bowel Diseases. 2019; 25(2): 113-123
6. Vrčev A. Bolesti debelog crijeva. Osijek: Grafika. 2002.
7. Hanauer SB. Inflammatory Bowel Disease: Epidemiology, Pathogenesis, and Therapeutic Opportunities. Inflammatory Bowel Diseases. 2006;
8. Marušić M i sur. Upalne bolesti crijeva: od etiologije do terapije. Monografija za liječnike. Zagreb: 2017. 2(1/1): 63-69
9. Kozina S. Kvaliteta života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva (Završni rad), Varaždin: Sveučilište Sjever; 2018. (Datum pristupa: 26.08.2021.) Dostupno na:
<https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A2081/datastream/PDF/view>
10. Herold G i sur. Interna medicina. Mostar: Sveučilište medicinski fakultet. 2016.

11. Martinez-Salmeron JF, Rodrigo M, Teresa J, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in the Province of Granada, Spain: a retrospective study from 1979 to 1988. *Gut*. 1993; 34(3): 1207-1209
12. Ranzi T, Bodini P, Zambelli A, et al. Epidemiological aspects of inflammatory bowel disease in a north Italian population: a 4-year prospective study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1996; 8(2): 657- 661.
13. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, et al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut*. 1996; 39(5): 690-697
14. Sinčić BM, Vucelić B, Peršić M, i sur. Incidence of inflammatory bowel disease in Primorsko-goranska County, Croatia, 2000-2004: a prospective population-based study. *Scand J Gastroenterol*. 2006; 41(4): 437-44 41
15. Pezerović D, Žulj M, Klarin I, i sur. Clinical expression of inflammatory bowel disease: a retrospective population-based short study, Vukovarsko-Srijemska County, Croatia, 2010. *Coll Antropol*. 2013; 37(3): 919-927
16. Klarin I, Majnarić LJ, Jovanović Ž, i sur. Epidemiology and Clinical Presentation of Inflammatory Bowel Disease in Zadar County, Croatia. *Collegium antropologicum*. 2013;37(4): 1161- 1170
17. Međugorac M. Procjena kvalitete života osoba s upalnim bolestima crijeva na biološkoj terapiji (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014. (Pristupljeno: 28.08.2019.) Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A114/datastream/PDF/view>
18. Petrač D, i sur. *Interna medicina*. Zagreb: Medicinska naklada. 2009.
19. Torres J, Mehandrum S, Colombel F, et al. Crohn's disease. *The Lancet*. 2017; 389(10066): 226 -231
20. Krznarić Ž, Vranešić–Bedner D, Ljubas–Kelečić D i sur. Smjernice za kliničku prehranu kod upalnih bolesti crijeva. *Liječnički vjesnik*. 2018; 140(3-4): 106-119

21. Vuletić G, Mujkić A. Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. Liječnički Vjesnik. 2002; 124(2): 64-70
22. Clearfield HR. How does IBD affect quality of life? Inflammatory Bowel Diseases. 2008; 14(2): 645-646
23. Torres J, Mehandrum S, Colombel F, et al. Crohn's disease. The Lancet. 2017; 389(10066): 226 -231
24. Lipsomb J, Gotay CC, Snyder C. Outcomes Assessment in Cancer. Cambridge University Press: Cambridge: 2005. (Pristupljeno: 28.08.2019.) Dostupno na: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=6GBicc8os8sC&oi=fnd&pg=PA14&dq=quality+of+life+definitions&ots=21B2V1PYux&sig=5_qkjj9kCy4F4xWT8Kjsh_ZzwQo&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
25. Clearfield HR. How does IBD affect quality of life? Inflammatory Bowel Diseases. 2008; 14(2): 645-646
26. Franković S, i sur. Zdravstvena njega odraslih, Medicinska naklada, Zagreb, 2010.
27. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
28. Kadović M, i sur. Sestrinske dijagnoze 2. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013. Dostupno na: https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf pristupljeno: 01.09.2021.
29. Šepec S, i sur. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf pristupljeno: 01.09.2021.
30. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. The Lancet. 2017; 390(10114), 2769-2778

31. Ramos A, Calvet X, Sicilia B, et al. IBD-related work disability in the community: prevalence, severity and predictive factors. A cross-sectional study. *United European gastroenterology journal*. 2015; 3(4), 335-342.
32. Marri SR, Buchman AL. The education and employment status of patients with inflammatory bowel diseases. *Inflammatory bowel diseases*. 2005; 11(2), 171-177.
33. Mojsović Z i sur. *Sestrinstvo u zajednici*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
34. Haramustek Ž. *Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi*. Varaždin, Sveučilište Sjever, 2018; Dostupno na: <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin:1809>, pristupljeno: 15.09.2021.
35. Broz Lj, Budisavljević M, Franković S. *Zdravstvena njega internističkih bolesnika*. Školska knjiga, Zagreb, 2009.
36. Durchschein F, Petritsch W, Hammer HF. Diet therapy for inflammatory bowel diseases: The established and the new. *World J Gastroenterol*. 2016; 21;22(7): 2179-94 Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26900283/> pristupljeno: 15.09.2021.
37. Ivačić L. *Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od upalnih bolesti crijeva*. Varaždin, Sveučilište Sjever, 2016; Dostupno na: <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A941/datastream/PDF/view> pristupljeno: 15.09.2021.
38. Lukić M, Včev A. *Prehrana i upalne bolesti crijeva*. Osijek, 2006.

6. OZNAKE I KRATICE

UBC – upalne bolesti crijeva

UC – ulcerozni kolitis

CB – Crohnova bolest

CT – kompjuterizirana tomografija

MR – magnetna rezonanca

TPP - totalna parenteralna prehrana

HUCUK - Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i Ulcerozni kolitis

7. SAŽETAK

Crohnova bolest kronična je bolest koja zahvaća mlađu dobnu skupinu i još uvijek su nejasne etiologije koje postaju sve učestalije u svijetu. Zbog svog kroničnog tijeka, ali i specifičnosti simptoma, utječu na kvalitetu života oboljelih. Cilj rada ponajprije je usmjeren da se na temelju dostupne literature opiše Crohnova bolest te njezin utjecaj na aspekte života oboljelih te ulogu medicinske sestre u skrbi za bolesnika s Crohnovom bolesti.

U radu je prikazan slučaj pacijentice I.V. koja boluje od Crohnove bolesti unazad tri godine. Pacijentica je bila hospitalizirana u općoj bolnici "Dr. Ivo Pedšić" u Sisku na odijelu gastroenterologije nakon hitnog prijema zbog sumnje na ileus. Kako bi se postavila dijagnoza učinjene su laboratorijske i radiološke pretrage, a dijagnoza se konačno potvrdila nakon kolonoskopije. Po postavljanju dijagnoze pacijentica započinje peroralnom terapijom Crohnovu bolest, antibioticima, kortikosteroidima te imunosupresivima. Kontrolnom kolonoskopijom ne utvrdi se poboljšanje, štoviše nalaz je lošiji u odnosu na predhodni te se pacijentica šalje na operativni zahvat. Revizijskom kolonoskopijom nakon operativnog zahvata i dalje prisutna aktivnost bolesti te bolesnica prelazi na biološku terapiju adalimumabom. U međuvremenu pacijentica ostaje trudna, rodi blizance te se očekuje kontrolna kolonoskopija godinu dana nakon poroda.

Educirana medicinska sestra svojim znanjima i vještinama omogućuje pacijentu kvalitetnu zdravstvenu njegu temeljenu na prepoznatim problemima koji se pretvaraju u sestrinske dijagnoze iz kojih proizlaze sestrinske intervencije specifične za pacijente s Crohnovom bolesti. Crohnova bolest sa sobom nosi nove životne promjene koje bolesnik mora usvojiti poput pravilnog uzimanja terapije, pravilne prehrane, sriječavanje recidiva bolesti, izbjegavanja loših životnih navika, redovitih kontrola liječniku i slično. U savladavanju tih novih znanja i vještina pomaže mu medicinska sestra i to - usmeno, tumačenjem pisanih uputa, razgovorom, kontrolom usvojenih znanja, ali i uključivanjem obitelji. Sve to pridonosi povećanju kvalitete života oboljelog.

Ključne riječi: Crohnova bolest, kvaliteta života, zdravstvena njega, sestrinska skrb, edukacija

8. SUMMARY

Crohn's disease is a chronic disease that affects a younger age group, and the etiologies that are becoming more common in the world are still unclear. Crohn's disease affects the quality of life of patients due to its chronic course and specific symptoms. This paper aims to describe Crohn's disease based on the available literature and its impact on aspects of patients' lives and the nursing care of patients with Crohn's disease.

The paper presents the case of patient I.V. who has been suffering from Crohn's disease for the past three years. The patient was hospitalized in the general hospital "Dr. Ivo Pedišić" in Sisak at the Department of Gastroenterology after an emergency admission due to suspicion of ileus. The laboratory and radiological examinations were performed to make the diagnosis, which was finally confirmed after colonoscopy. After diagnosis, the patient begins oral therapy with Crohn's disease, antibiotics, corticosteroids, and immunosuppressants. The control colonoscopy did not show any improvement; in fact, the finding was worse than the previous one, and the patient was sent for surgery. With revision colonoscopy after the operation, the disease activity is still present, and the patient switches to biological therapy with adalimumab. In the meantime, the patient remains pregnant, gives birth to twins, and a control colonoscopy is expected one year after delivery.

An educated nurse with her knowledge and skills provides the patient with quality health care based on recognized problems that turn into nursing diagnoses that result in nursing interventions specific to patients with Crohn's disease. Crohn's disease brings with it new life changes that the patient must adopt, such as proper therapy, proper nutrition, prevention of disease recurrence, avoidance of bad life habits, regular check-ups with a doctor, and the like. The nurse helps him to master this new knowledge and skills – orally, by interpreting written instructions, talking, controlling the acquired knowledge, but also by involving the family. All this contributes to increase the quality of life of the patient.

Keywords: Crohn's disease, quality of life, health care, nursing, education

9. POPIS TABLICA

Tablica 1. Prikaz plana zdravstvene njege za dijagnozu akutna bolu u/s osnovnom bolesti što se očituje procijenom boli na skali od 1 do 10 vrijednošću 6 te zauzimanjem određenog prisilnog položaja kako bi se bol smanjila	18
Tablica 2. Prikaz plana zdravstvene njege za dijagnozu proljevi u/s osnovnom bolesti što se očituje mnogobrojnim proljevastim stolicama tokom dana	19
Tablica 3. Plan zdravstvene njege za dijagnozu visok rizik za dehidraciju u/s velikim deficitom volumena tekućine uslijed proljeva	20
Tablica 4. Plan zdravstvene njege za sestrinsku dijagnozu anksioznost u/s straha od postavljanja dijagnoze što se očituje verbalizacijom straha i napetosti	21

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>22. 10. 2021.</u>	ZORANA GAŠO	Zorana Gašo

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

LORANA GAŠO

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, 22.10.2021.

Lorana Gašo

potpis studenta/ice