

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od ulceroznog kolitisa

Vuković, Daria

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:617843>

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

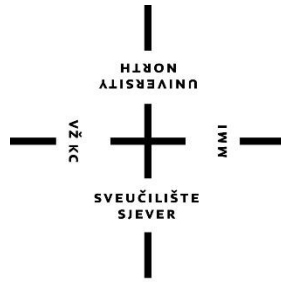
Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-26**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





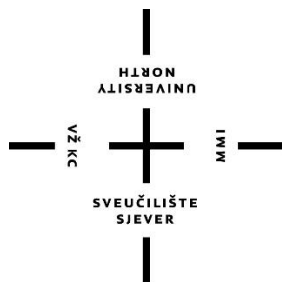
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 763/SS/2016

**Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od
ulceroznog kolitisa**

Daria Vuković, 5255/601

Varaždin, rujan 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 763/SS/2016

Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od ulceroznog kolitisa

Student:

Daria Vuković, 5255/601

Mentor:

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Daria Vuković	MATIČNI BROJ	5255/601
DATUM	22.08.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega odraslih I
NASLOV RADA	Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od ulceroznog kolitisa		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care of patients with ulcerative colitis		
-----------------------------	---	--	--

MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	Predavač
--------	-------------------------------	--------	----------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Jurica Veronek, mag.med.techn., prdsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor		
	3. Marijana Neuberg, mag.med.techn., član		
	4. doc.dr.sc. Natalija Uršulin - Trstenjak, zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	763/SS/2016
------	-------------

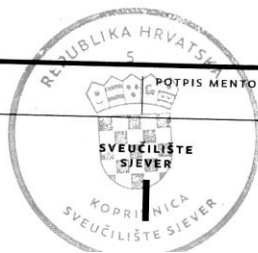
OPIS	
------	--

Ulcerozni kolitis je idiopatska kronična upala ograničena na sluznicu debelog crijeva. Gotovo uvijek uključuje završni dio debelog crijeva, rektum, a može se proširiti i na ostale njegove dijelove. Klasični su simptomi proljev, abdominalna bol, gubitak na tjelesnoj težini, febrilnost, simptomi slabokrvnosti (umor i dispneja), anoreksija i sitofobija, mučnina te anksioznost.

- U radu je potrebno opisati:
- anatomiju i fiziologiju debelog crijeva,
 - patologiju i patofiziologiju ulceroznog kolitisa,
 - epidemiologiju i etiologiju ulceroznog kolitisa,
 - osnovnu kliničku sliku i moguće komplikacije,
 - dijagnostiku, procjenu stupnja aktivnosti bolesti, te tijek i ulogu medicinske sestre u pripremi i izvođenju kolonoskopije,
 - načine liječenja ulceroznog kolitisa,
 - zdravstvenu njegu i sestrinske dijagnoze vezane uz ulcerozni kolitis,
 - dijetoterapiju kod ulceroznog kolitisa, s grupama namirnica koje se preporučuju, odnosno ne preporučuju,
 - važnost unapređenja kvalitete života kod navedene bolesti.

ZADATAK URUČEN

02.09.2016



Melita Sajko

Predgovor

Ovaj završni rad posvećujem svojoj obitelji koja mi je pružala puno podrške i razumijevanja tijekom studiranja.

Posebno se zahvaljujem mentorici Meliti Sajko, dipl.med. techn. na trudu, pomoći i savjetima kojima mi je pomogla da uspješno napišem ovaj rad.

Također, želim se zahvaliti svim predavačima, suradnicima i kolegama na pruženom znanju, podršci i pomoći kroz studij.

Sažetak

Ulcerozni kolitis je idiopatska kronična upala ograničena na sluznicu debelog crijeva. Gotovo uvijek uključuje završni dio debelog crijeva, rektum, a može se proširiti i na ostale njegove dijelove. Izgled sluznice debelog crijeva ovisi o aktivnosti i dužini trajanja bolesti. Ulcerozni kolitis se najčešće pojavljuje u odrasloj dobi, između 20. i 40. godine života. Nešto je češći u muškaraca. Incidencija oboljelih u Hrvatskoj podudara se s prosječnom incidencijom visokorazvijenih zemalja, gdje se broj novooboljelih kreće oko 11/100.000 stanovnika godišnje. Etiologija je nepoznata, međutim, postoje etiološke teorije koje povezuju djelovanje čimbenika okoline, genetike i imunološkog odgovora. Klasični su simptomi proljev, abdominalna bol, gubitak na tjelesnoj težini, febrilnost, simptomi slabokrvnosti (umor i dispneja), anoreksija i sitofobija, mučnina te anksioznost. Proljev obično nije odviše voluminozan, ali zna biti vrlo učestao. Krv je obvezna primjesa, najčešće je izmiješana sa sluzi, a često i s gnojem. Aktivnost bolesti klasificira se kao blaga, umjereno teška i teška, što je od terapijske važnosti. U većine oboljelih od ulceroznog kolitisa dijagnoza se postavlja na osnovi kliničke slike, laboratorijskih parametara i endoskopskog nalaza s histološkom verifikacijom. Kolonoskopija predstavlja osnovnu dijagnostičku metodu, pri ovoj pretrazi naročito je važna medicinska sestra koja edukacijom pacijenta o pripremi za zahvat i asistiranju pri samom zahvatu omogućuje uspješno i učinkovito izvođenje. Ulcerozni kolitis liječi se medikamentno ili kirurški. Cilj liječenja je osigurati cijeljenje i smanjenje aktivnosti crijeva te korigirati nutritivni status. Pri otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege koristi se pristup kroz proces zdravstvene njege. Postavljanje sestrijskih dijagnoza izvodi se uz pomoć sestrijske anamneze, promatranja i fizikalnog pregleda. Naročito važnu ulogu u liječenju ima i dijetoterapija, pa je za medicinsku sestru važno poznavanje osnovnih načela prehrane kod ulceroznog kolitisa. Kvaliteta života bi trebala biti cilj svakog liječenja, a pogotovo liječenja kronične bolesti. Stoga postoje razni upitnici za procjenu kvalitete života oboljelih i udruge oboljelih koja nastoje poboljšati kvalitetu života svojih članova putem informiranja, grupnog rada, druženja i međusobne razmjene iskustava.

Ključne riječi: debelo crijevo, ulcerozni kolitis, zdravstvena njega, dijetoterapija, kvaliteta života

Popis korištenih kratica

Σ (ς) –grčko slovo sigma

SE – sedimentacija eritrocita

CRP - C- reaktivni protein

PHD- patohistološka dijagnoza

Hgb – hemoglobin

CKS- crvena krvna slika

L- leukociti

PV- protrombinsko vrijeme

KG- krvna grupa

5- ASA- 5- aminosalicilati

TPP- totalna parenteralna prehrana

NaCl- natrijev klorid

KCl- kalijev klorid

IBDQ- Inflammatory bowel disease questionnaire

IBD nurse- Inflammatory bowel disease nurse

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Anatomija i fiziologija debelog crijeva.....	3
2.1. Anatomija debelog crijeva.....	3
2.2. Fiziologija debelog crijeva	4
3. Patologija i patofiziologija ulceroznog kolitisa	5
3.1. Patologija	5
3.2. Patofiziologija.....	5
4. Epidemiologija i etiologija ulceroznog kolitisa	6
4.1. Epidemiologija.....	6
4.2. Etiologija	6
5. Klinička slika i komplikacije ulceroznog kolitisa.....	7
5.1. Klinička slika	7
5.2. Komplikacije	7
5.2.1. Intestinalne komplikacije ulceroznog kolitisa.....	7
5.2.2. Ekstraintestinalne komplikacije ulceroznog kolitisa.....	8
6. Dijagnostika ulceroznog kolitisa.....	9
6.1. Kolonoskopija – uloga medicinske sestre	10
6.1.1. Upute u svezi uzimanja hrane i tekućine.....	11
6.1.2. Upute u svezi uzimanja lijekova	11
7. Liječenje ulceroznog kolitisa	12
7.1. Medikamentno liječenje	12
7.2. Kirurško liječenje	13
8. Proces zdravstvene njege bolesnika oboljelih od ulceroznog kolitisa	14
8.1. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom- sestrinska anamneza	14
8.2. Fizikalni pregled i promatranje.....	15

8.3. Sestrinske dijagnoze	15
8.3.1. Proljev (dijareja).....	15
8.3.2. Visok rizik za deficit volumena tekućina	16
8.3.3. Anksioznost.....	17
8.3.4. Akutna bol	18
8.3.5. Smanjeno podnošenje napora.....	20
8.3.6. Neadekvatna prehrana- manje od tjelesnih zahtjeva	21
8.3.7. Neadekvatno sučeljavanje s bolešću	21
8.3.8. Nedostatak znanja	22
9. Dijetoterapija.....	24
9.1. Prehrana kod proljeva.....	24
9.2. Grupe namirnica i primjer jelovnika	25
10. Kvaliteta života oboljelih od ulceroznog kolitisa	28
10.1. Upitnici o kvaliteti života	28
10.2. Udruge oboljelih od upalnih bolesti crijeva	28
11. Zaključak.....	29
12. Literatura.....	30
Popis slika i tablica.....	32
Prilog I – primjer IBDQ upitnika prevedenog na hrvatski jezik	33

1. Uvod

Upalna crijevna bolest je naziv za idiopatsku kroničnu upalu gastrointestinalnog sustava koja se prema tradicionalnoj podjeli odnosi na Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis. Prema novijem poimanju dodana su još dva oblika: nedeterminirani kolitis i pouchitis (upala zdjeličnog ilealnog rezervoara napravljenog nakon poktokolektomije).[1] Ovaj rad detaljnije se bavi ulceroznim kolitisom. Ulcerozni kolitis obilježen je ponavljanim epizodama upale ograničene na sluznicu debelog crijeva. Gotovo uvijek uključuje završni dio debelog crijeva, rektum, a može se proširiti i na ostale njegove dijelove. U većine oboljelih karakteriziran je remisijama i recidivima bolesti.[2] Različiti termini se koriste za opisivanje stupnja zahvaćenosti debelog crijeva. Ulcerozni proktitis je naziv za bolest ograničenu na rektum. Distalni kolitis ili proktosigmoiditis je naziv za proširenost do sredine sigme, obično unutar dosega savitljivog optičkog instrumenta sigmoidoskopa. Lijevostrani ulcerozni kolitis definira se kao bolest proširena na dio debelog crijeva najbliži slezeni. Pankolitis je naziv za proces koji se širi iza slezenskog zavoja, čak i ako pacijenti nemaju upalni proces u slijepom crijevu (cekumu).[3]

Povijest upalih bolesti crijeva često se opisuje u medicinskoj literaturi, međutim njihov uzrok i patologija su još uvijek nejasni, njihovo liječenje empirijsko, a porijeklo njihovih opisa još uvijek kontroverzno. Otkrivanje kada se određena bolest pojavila kod čovjeka vrlo je korisno jer okolnosti njene pojave mogu pomoći u rasvjetljavanju mehanizma njena razvoja. Od 16. stoljeća do sada brojna su izvješća autopsija opisala promjene crijeva koje bi se mogle pripisati upalnim bolestima crijeva. U 19. stoljeću se sve češće susretalo mišljenje kako postoje nezarazni uzroci ulceracija debelog crijeva. No, najveći napredak u prepoznavanju upalne bolesti crijeva omogućen je u 19. stoljeću nakon otkrića električnog sigmoidoskopa kojim se promatrala unutrašnjost crijeva. U 20. stoljeću utvrđeno je postojanje dvije različite upalne bolesti crijeva: Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa. Usprkos velikom napretku medicinske znanosti, još uvijek je u nekim slučajevima teško povući granicu i postaviti točnu dijagnozu.[3]

Dobna skupina unutar koje se ulcerozni kolitis pojavljuje u većine oboljelih je između 20. i 40. godine života, a drugi nastup bolesti, u manjine, jest između 60. i 80. godine.[1] Također, češće se javlja u nekim obiteljima. Petina oboljelih ima bliskog rođaka ili rođake

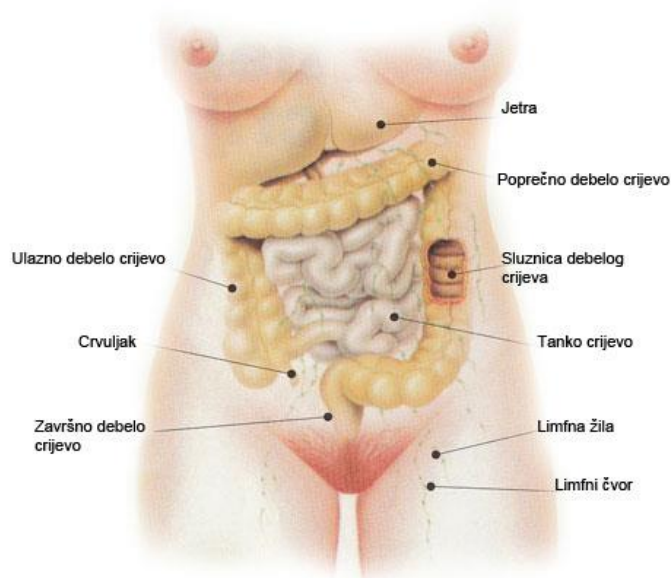
oboljele od ulceroznog kolitisa ili Crohnove bolesti. Dosadašnja istraživanja nisu utvrdila jasan uzorak nasljeđivanja. Još uvijek se traže specifični geni povezani s nastankom ulceroznog kolitisa. Trenutno nema načina za točno predviđanje koji će članovi obitelji razviti ulcerozni kolitis ili Crohnovu bolest.[2]Ulcerozni kolitis nastaje međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika koji rezultiraju poremećenim imunološkim odgovorom. Pušenje se smatra zaštitnim čimbenikom za razvoj ulceroznog kolitisa, čije se povoljno djelovanje objašnjava pojačanim izlučivanjem sluzi koja ima zaštitnu ulogu na sluznicu debelog crijeva.[4]

Upalne bolesti crijeva, često dovode do značajnijeg pogoršanja različitih aspekata kvalitete života, pa čak i do trajnog invaliditeta. Pružanje multidisciplinarnе skrbi bolesnicima, uključujući i zdravstvenu njegu, jedan je od temeljnih uvjeta uspješnosti liječenja. Medicinske sestre su osobe koje su ključne u edukaciji i pružanju podrške oboljelima od ulceroznog kolitisa.[5]Rad medicinske sestre usmjeren je postizanju normalne eliminacije, smanjenju abdominalnih bolova, prevenciji poremećaja tekućine i elektrolita, osiguravanju i edukaciji o optimalnoj prehrani te smanjenju anksioznosti. Medicinska sestra je važna u pružanju potpore kako bi se sačuvala emocionalna ravnoteža i pomoglo što brže prihvaćanje bolesti i pridržavanje uputa.[6]

2. Anatomija i fiziologija debelog crijeva

2.1. Anatomija debelog crijeva

Debelo crijevo, *intestinum crassum*, dugačko je oko metar i pol i nastavlja se na tanko crijevo u desnome donjem kraju trbuha u kojem oblikuje okvir što okružuje vijuge tankoga crijeva. Tanko se crijevo otvara u debelo crijevo postrance i ispod toga ulaza u desnom donjem dijelu trbuha nastaje crijevna vreća kojom debelo crijevo započinje, a nazvana je slijepo crijevo, *caecum*. U dnu slijepog crijeva nastavlja se uski zakrčljali crvuljak, *apendix vermiformis*. [7]



Slika 2.1.1. Anatomija debelog crijeva, izvor:

https://www.google.hr/search?q=anatomija+debelog+crijeva&biw=1366&bih=635&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjzxOD9iP_NAhVIF8AKHQoPAIkQ_AUIBi gB#imgsrc=YN4hc3ZPbclbKM%3A

Kao što slika 2.1.1. prikazuje, slijepo crijevo prema gore prelazi u uzlazno obodno crijevo, *colon ascendens*, koje dopire do jetre. Potom obodno crijevo zaokreće na lijevu stranu i seže do pod ošit ulijevo od želuca kao poprečno obodno crijevo, *colon transversum*, pa se spušta lijevom stranom trbuha silaznim obodnim crijevom, *colon descendens*. Obodno je crijevo

prije ulaska u malu zdjelicu savijeno u obliku grčkog slova sigma (ζ) pa govorimo o zavojitom crijevu, colon sigmoideum, i na posljetku, završava ravnim crijevom. Ravno crijevo, rectum, oblikuje zavoj ispred križne kosti i završava proširenjem, ampulla recti, a otvara se prema van čmarom, anus. U području čmara postoje dva mišića zapirača (sfinktera). Debelo je crijevo izvana nabrano uzdužnim mišićjem u stjenci koje tvori tri trake, taeniae, koje su kraće nego crijevo pa ga mjestimično nabiru i tvore poprečne ispupčine, haustra, između kojih se nalaze brazde. Uzlazno i silazno obodno crijevo učvršćeno je uza stražnju trbušnu stjenku, a poprečno i zavojito imaju dosta dug opornjak pa je njihova gibljivost znatna. [7]

2.2. Fiziologija debelog crijeva

Glavne funkcije debelog crijeva su apsorpcija vode i elektrolita iz himusa, koja se odvija u proksimalnoj polovici debelog crijeva te pohranjivanje fekalnih masa u distalnoj polovini kolona. U debelom crijevu nalazimo i sluzne žlijezde, a probava se dovršava pomoću enzima dospjelih iz viših dijelova crijeva. Kretnje debelog crijeva su trome i možemo ih podijeliti u dvije skupine; kretnje miješanja (haustracije) te kretnje potiskivanja ili masovne kretnje. Kretnje miješanja (haustracije) polako pomiču i potiskuju sadržaj prema anusu gdje se fekalne mase sporo kreću kroz crijevo, čime se izlažu sluznici crijeva, pa se tekućina i otopljene tvari apsorbiraju. Kad masovna kretanja potisne feces u rektum, pobudi se poriv za defekacijom, tada se rektum kontrahira, a analni sfinkteri relaksiraju. Podražaj za defekaciju nastaje kada dođe do rastezanja zida debelog crijeva. Neprekidno odlaženje fecesa kroz anus omogućuje tonička kontrakcija dva sfinktera: unutrašnjeg, koji predstavlja glatki mišić i vanjskog poprečno-prugastog mišića, koji inervira n. pudendalis pod utjecajem naše volje.[7, 8]

3. Patologija i patofiziologija ulceroznog kolitisa

3.1. Patologija

Ulcerozni kolitis je idiopatska kronična bolest ograničena na debelo crijevo. Bolest počinje u rektumu, širi se kontinuirano, retrogradno i može zahvatiti cijelo debelo crijevo. Makroskopski, sluznica je crvena, prhka, a poslije se mogu naći široki plitki vrijedovi. Vrijedovi su ograničeni na sluznicu i podsluznicu, a u najtežim slučajevima oni prodiru u dublje slojeve. Bolest je kronična i recidivirajuća.[9] Izgled sluznice debelog crijeva ovisi o aktivnosti i dužini trajanja bolesti. U aktivnoj fazi promjene očrtavaju upalna zbivanja od blagih upalnih promjena do formiranja brojnih apscesa i ulkusa. Karakteristična je oštra granica između upaljene i normalne sluznice. U fazi remisije sluznica je ravna i atrofična, a nerijetko kao znak hiperplastične regeneracije nastaju pseudopolipi. U dugotrajnoj bolesti crijevo izgubi haustracije, može se skratiti zbog retrakcije longitudinalnog mišićnog sloja, a može se naći i karcinom. Histološka slika s kriptalnim apscesima i poremećajem kriptalne arhitekture s umanjenom količinom mucina pridonosi dijagnozi.[1]

3.2. Patofiziologija

Poremećaj funkcije debelog crijeva kod ulceroznog kolitisa ponajprije se očituje kao poremećaj formiranja stolice i to kao proljev ili dijareja. Proljev je učestalije pražnjenje stolice koja sadržava više tekućine (više od 200 mililitara) nego je to normalno. Pri oštećenju crijevne sluznice nastaje sekrecijski proljev, kojemu pridonosi i istovremeno smanjena apsorpcija elektrolita, a time i vode. Posljedice proljeva su povećani gubitak vode i elektrolita, što može izazvati dehidraciju organizma.[10]

4. Epidemiologija i etiologija ulceroznog kolitisa

4.1. Epidemiologija

Ulcerozni kolitis se najčešće pojavljuje u odrasloj dobi, između 20. i 40. godine života. Nešto je češći u muškaraca. Incidencija ulceroznog kolitisa kreće se od 0,6 u zemljama takozvanog trećeg svijeta do 24,5 na 100.000 stanovnika u visokoindustrijaliziranim zemljama, primjerice na Islandu.[11] Incidencija oboljelih u Hrvatskoj podudara se s prosječnom incidencijom visokorazvijenih zemalja, gdje se broj novooboljelih kreće oko 11/100.000 stanovnika godišnje.[1] Općenito, upalne bolesti crijeva su najčešće u zemljama Sjeverne Europe i Anglosaksonaca te su nekoliko puta češće u Židova. Incidencija je niža u zemljama centralne i južne Europe, Južne Amerike, Azije i Afrike. Međutim, incidencija raste u crnaca i Hispanaca koji žive u Sjevernoj Americi.[12]

4.2. Etiologija

Kako je već spomenuto, bolest je idiopatska, što znači da unatoč brojnim kompleksnim istraživanjima uzrok ovih bolesti još nije do kraja razjašnjen. Etiološke teorije povezuju djelovanje čimbenika okoline, genetike i imunološkog odgovora. Smatra se da u genetski predodređenom domaćinu postoji neregulirani imuni odgovor na endoluminalne antigene koji rezultira nekontroliranom i prolongiranom upalom. Riječ je o heterogenom poligentskom poremećaju. U bolesnika s ulceroznim kolitisom nalaze se autoantitijela na neke sastavnice epitelnih stanica kolona. Zbog toga se ulcerozni kolitis smatra autoimunom bolesti. Mogući okolišni (vanjski) čimbenici uključuju infekciju, uzimanje oralnih kontraceptiva i apendektomiju. Nema potvrde da je bolest psihogene prirode.[1]

5. Klinička slika i komplikacije ulceroznog kolitisa

5.1. Klinička slika

Klinička slika ovisi o aktivnosti bolesti i površini (segmentu) zahvaćenoj upalom. Klasični su simptomi proljev, abdominalna bol, gubitak na tjelesnoj težini, febrilnost, simptomi slabokrvnosti (umor i dispneja), anoreksija i sitofobija, mučnina te anksioznost. Proljev obično nije odviše voluminozan, ali zna biti vrlo učestao, a karakteristična je imperativnost pražnjenja. Krv je obvezna primjesa, najčešće je izmiješana sa sluzi, a često i s gnojem.[1] Kako je u bolesnika s ulceroznim kolitisom uvijek zahvaćen rektum, karakteristično je rektalno krvarenje. Česti su nagoni na defekaciju (tenezmi).[11] Aktivnost bolesti klasificira se kao blaga, umjereno teška i teška, što je od terapijske važnosti. Tijek bolesti je u otprilike 70% oboljelih karakteriziran naizmjeničnim razdobljima aktivnosti i remisije, a kontinuiranu aktivnost ima oko 10-15% oboljelih. Posebnu skupinu čine bolesnici s proktosigmoiditisom, koji imaju blaži intenzitet tegoba. Bolesnici s pankolitisom ili suptotalnim kolitisom češće imaju težu sliku bolesti. Fizikalni nalaz u bolesnika s ulceroznim kolitisom u području abdomena najčešće nije karakterističan: bolesnici obično u području distalnog kolona osjećaju bolnost na palpaciju.[1] Od izvancrijevnih očitovanja bolesti pojavljuje se artritis, kožne promjene- iako rjeđe nego kod Crohnove bolesti.[11]

5.2. Komplikacije

Komplikacije bolesti su intestinalne i ekstraintestinalne.

5.2.1. Intestinalne komplikacije ulceroznog kolitisa

Od intestinalnih komplikacija nalazimo perianalnu bolest (hemoroide, analne fisure, perianalne apscese, prolaps rektuma), strikture kolona, fulminantni kolitis, pseudopolipe i perforaciju kolona. Jedna od najtežih komplikacija, koja se pojavljuje u manje od 5%

bolesnika, obično u pankolitisu, jest masivno krvarenje. U tih bolesnika katkad nije dovoljno konzervativno liječenje (medikamenti uz transfuzije krvi), već je potrebno hitno kirurško liječenje (kolektomija) kako bi se bolesnik spasio od iskrvarenja. Nadalje najteža komplikacija (koja ujedno može biti i prvi znak bolesti) je toksični megakolon. Toksični megakolon pojavljuje se u 2-10% bolesnika. Razvija se zbog prodora upale sve do seroze, zbog čega bude paraliziran mišićni sloj, a to rezultira dilatacijom kolona na više od 6-7 centimetara u promjeru. Klinički se očituje distenzijom i smanjenom peristaltikom crijeva uz paradoksalno smanjenje proljeva i/ili krvarenja. Bolesnik je tahikardan, povišene temperature iznad 38°C, te je prisutna leukocitoza i hipoalbuminemija. Toksični megakolon potencijalno je letalna komplikacija, smrtnost od ove komplikacije je oko 30%. Perforacija crijeva je također česta komplikacija, koja dovodi do septičnog šoka pa i smrti. Čimbenici koji pridonose karcinomu kolona u bolesnika s ulceroznim kolitisom jesu sljedeći: više od 10 godina trajanja bolesti, proširenost (pankolitis), aktivnost bolesti, pridruženi primarni sklerozirajući kolangitis i kao neovisni rizični čimbenik pozitivna obiteljska anamneza kolorektalnog karcinoma. Pojava se karcinoma sprječava redovitim endoskopskim kontroliranjem ugroženih bolesnika i u vrijeme remisije.[1, 11]

5.2.2. Ekstraintestinalne komplikacije ulceroznog kolitisa

Od ekstraintestinalnih komplikacija ulceroznog kolitisa valja napomenuti zaostajanje u rastu djece uzrokovano malnutricijom, kaheksiju odraslih te brojne nutritivne i metaboličke komplikacije u odraslih bolesnika, poput: hipokalemije, hipokalcemije, hipomagnezemije, hipoalbuminemije, anemije, deficita željeza i vitamina.[11] Relativno često se javljaju i hepatobilijarne komplikacije (masna metamorfoza jetre, perikolangitits) te hematološke komplikacije (sideropenična anemija, tromboembolijska bolest). Uz gore navedene moguće su i zglobne promjene te očna bolest (iritis i uveitis).[6]

6. Dijagnostika ulceroznog kolitisa

U većine oboljelih od ulceroznog kolitisa dijagnoza se postavlja na osnovi kliničke slike, laboratorijskih parametara i endoskopskog nalaza s histološkom verifikacijom. Prije postavljanja definitivne dijagnoze treba isključiti brojna druga stanja i bolesti koje čine diferencijalnu dijagnozu. U laboratorijskim nalazima u akutnoj fazi postoji leukocitoza, trombocitoza uz ubranu sedimentaciju eritrocita (SE) te povišen/ visok nalaz C- reaktivnog proteina (CRP-a) i fibrinogena kao odraz upalne aktivnosti. Česta je i sideropenična anemija, hipoalbuminemija i hipokalijemija. U stolici su pozitivni leukociti, ali bez detekcije određenog bakterijskog crijevnog patogena, a obvezno je isključiti crijevnu amebijazu i druge parazite, gljivičnu infekciju i prisutnost *C. difficile* toksina u stolici. Kolonoskopija čini glavnu dijagnostiku ulceroznog kolitisa. Tijekom endoskopskoga pregleda treba s više mjesta uzeti uzorak promijenjene sluznice za patohistološku dijagnostiku (PHD). Radiološke pretrage uključuju nativnu snimku abdomena kojom se može otkriti stupanj distenzije debeloga crijeva ili pneumoperitonej u slučajevima perforacije, te irigografiju u dvostrukom kontrastu. Ultrazvučni pregled abdomena može biti koristan za otkrivanje crijevne dilatacije, a značajnija je uloga u otkrivanju komplikacija na hepatobilijarnom i uropoetskom traktu.[1]

Uvidom u navedene dijagnostičke parametre, težina i stupanj aktivnosti bolesti procjenjuje se takozvanim indeksom aktivnosti bolesti. Glavni parametri u procjeni indeksa aktivnosti ulceroznog kolitisa prikazani su u tablici 6.1. [11]

	Blagi oblik bolesti	Umjereno teška bolest	Teška ili fulminantna bolest
Broj stolica na dan	< 4	> 6	> 10
Krv u stolici	Neznatno	Profuzno	kontinuirano
Temperatura	Normalna	Subfebrilitet	febrilitet
Hemoglobin (Hgb)	> 100g/L	< 100g/L	< 80g/L
SE	< 30	> 30 mm/h	> 50 mm/h
Albumini	Normalni	30-40g/L	< 30g/L
Izvancrijevne manifestacije bolesti	Nisu prisutne	Prisutne, najčešće artritisi	izražene
Endoskopski nalaz	+	++	+++

Tablica 6.1. Pokazatelji aktivnosti ulceroznog kolitisa, izvor: J. Morović- Vergles i suradnici:

Interna medicina odabrana poglavlja, Naklada Slap, Zagreb, 2008.

6.1. Kolonoskopija – uloga medicinske sestre

Kolonoskopija je endoskopska dijagnostička metoda pomoću koje se vrši pregled debelog crijeva i završnog dijela tankog crijeva. Indikacije za kolonoskopiju su dijagnostičke, postavljanje dijagnoze i nadzor bolesti te terapijske (polipektomije, zaustavljanje krvarenja iz krvarećih lezija, dilatacije stenoza). Pretragu izvodi liječnik - endoskopičar i endoskopska medicinska sestra, po potrebi kod terapijskih postupaka, i dvije endoskopske medicinske sestre. Pretraga se izvodi u svjesnom stanju pacijenta, stanju pliće ili dublje sedacije i u općoj anesteziji kod pacijenata koji ne mogu drugačije podnijeti proceduru. Prije pretrage potrebna je priprema pacijenta pomoću uputa o prehrani i uzimanju lijekova za čišćenje. Osobito je važno da se pacijent pridržava uputa, jer se pretraga mora odgoditi ili ponavljati, ukoliko priprema nije adekvatna. Medicinska sestra, pacijentu mora napomenuti da pretraga može biti umjereno bolna, te da tijekom pretrage pacijent može osjetiti napuhavanje, pritisak ili grčeve. Na pregled pacijent treba doći sa laboratorijskim nalazima (ne starijim od 7 dana): crvena krvna slika (CKS), leukociti (L), trombociti, protrombinsko vrijeme (PV). Potrebno je priložiti i nalaz krvne grupe (KG) te Rh faktora. Prije izvođenja kolonoskopije pacijent potpisuje informirani pristanak. Kod izvođenja kolonoskopije u općoj anesteziji, pacijent potpisuje i informirani pristanak za primjenu anestezije.[13]

Prije samog pregleda pacijent će odjenuti gaće za jednokratnu uporabu s otvorom u području završnog dijela debelog crijeva. Pregled se radi u ležećem položaju na lijevom boku s koljenima lagano primaknutima bradi. Liječnik započinje pregled stavljajući oko izlaza debelog crijeva gel koji je lokalni anestetik. Nakon toga napravi pregled anusa i završnog debelog crijeva prstom (digitorektalni pregled) a zatim stavi vrh savitljive cijevi u završni dio debelog crijeva. Zatim, upuhujući zrak pomiče savitljivu cijev kroz crijevo prema početnom dijelu debelog crijeva (cekum). Nakon što se pregleda i ovaj dio crijeva, savitljiva cijev se polako izvlači prema van. Ako se tijekom izvođenja kolonoskopije pronađu promjene na sluznici crijeva liječnik će kroz savitljivu cijev u crijevo uvesti mala kliješta kojima će uzeti uzorak sluznice (biopsija).[14]

6.1.1. Upute u svezi uzimanja hrane i tekućine

Dan prije početka čišćenja jede se lako probavljiva tekuća i kašasta hrana. Ne smije se jesti zeleno povrće. Dnevno treba popiti 1.5-2 litre bilo kakve tekućine. Dan prije početka čišćenja potrebno je imati stolicu. Dva dana prije pretrage ne smije se ništa jesti. U ljekarni kupiti 2 x 50 grama gorke soli. Prvi dan čišćenja: odmah ujutro otopiti pola vrećice gorke soli (25 grama) u 2 dcl vode i popiti kroz pola sata. Isto ponoviti i popodne oko 14 sati. Tokom cijelog dana treba popiti 4-5 litara slatkog čaja. Za ručak popiti čistu, bistru, obranu juhu. Drugi dan čišćenja isti je kao i prvi dan. Treći dan doći na pregled s uputnicom, starim nalazima, povijesti bolesti. Ujutro popiti pola šalice slatkog čaja.[13]

6.1.2. Upute u svezi uzimanja lijekova

Ako nema podataka o alergijama, na dan pregleda prije dolaska pacijent popije jednu tabletu od 2 mg Normabela (Apaurina) i jednu tabletu Spasmexa (ili Buscola). Nakon uzimanja ovih lijekova, na dan pregleda ne smije se upravljati motornim vozilima, starijim osobama poželjna bi bila pratnja. Ako pacijent uzima lijekove za srce i tlak, obavezno ih uzimati i za vrijeme čišćenja, obavezno ih popiti ujutro na dan pretrage s pola šalice slatkog čaja. Dijabetičari, za vrijeme čišćenja, ne smiju uzimati tablete za dijabetes ili inzulin.[13]

7. Liječenje ulceroznog kolitisa

Ulcerozni kolitis liječi se medikamentno ili kirurški.[4] Cilj liječenja je osigurati cijeljenje i smanjenje aktivnosti crijeva te korigirati nutritivni status.[6]

7.1. Medikamentno liječenje

Odluka o liječenju bolesnika s ulceroznim kolitisom ovisi o aktivnosti bolesti i njezinoj proširenosti. Bolesnici s teškom bolešću zahtijevaju hospitalno liječenje, a oni s blagom/umjerenom mogu se liječiti i kod kuće. Što se proširenosti bolesti tiče, bolesnike dijelimo u dvije skupine: distalna bolest (proktitis, proktosigmoiditis) i ekstenzivnija bolest (oralnije od sigmoidnog kolona). Distalnu bolest liječimo topičkom terapijom (čepići, klizme), a ekstenzivniju bolest oralnom i/ili parenteralnom terapijom. Nakon endoskopske procjene nativnom rektoskopijom odnosno sigmoidoskopijom donosi se odluka o liječenju. Aktivni lijevostrani kolitis ili ekstenzivniju bolest treba liječiti oralnim aminosalicilatima ili kortikosteroidima. Primarno mjesto među aminosalicilatima imaju preparati 5- aminosalicilata (5-ASA). Kortikosteroidima treba postupno snižavati dozu i potom ih pokušati ukinuti između 8. i 12. tjedna terapije. Dugotrajna terapija steroidima nije dobra. Topički lijekovi (aminosalicilati ili klizme) mogu se dodati terapiji radi smanjenja vrlo neugodnih rektalnih simptoma. Bolesnicima kojima se stanje ne popravlja kombinacijom oralnih i topičkih aminosalicilata ili steroida treba dodati oralne kortikosteroide u terapiju. Bolesnike s teškim kolitisom liječimo u bolnici steroidima intravenski (hidrokortizon 400 mg/dan ili metilprednizolon 60 mg/dan). Nužno je redovito svakodnevno pratiti stanje bolesnika kliničkim pregledom, laboratorijskim pokazateljima i nativnom rendgenskom snimkom abdomena radi pravodobne odluke o kolektomiji kod bolesnika refrakternih na steroide. Kod svih bolesnika s ulceroznim kolitisom preporučuje se terapija održavanja remisije. To osobito vrijedi za bolesnike s lijevostranom i ekstenzivnom bolesti, te za bolesnike s distalnim kolitisom koji imaju relaps više od jedanput na godinu.[15] Od ostalih lijekova mogu se koristiti i antidijarajici, antikolinergici, opijatni analgetici te probiotici. U terapiji probioticima najčešće se upotrebljavaju laktobacili i bifidobakterije.[1]

7.2. Kirurško liječenje

Indikacije za kiruršku terapiju dijelimo na hitne, urgentne i elektivne. Hitno se operiraju bolesnici koji masivno intraktabilno krvare, imaju perforaciju crijeva, toksični megakolon ili rezistentni fulminantni kolitis koji ne reagira na terapiju. Urgentna operacija je indicirana kod teškog kolitisa koji ne reagira na terapiju, detekcije karcinoma kolona, teške hemolitičke anemije ili teške gangrenozne pioderme. Elektivna operacija dolazi u obzir za bolesnike koji imaju intraktabilnu bolest s lošom kvalitetom života ili s očitom displazijom kolona. Operacija izbora je danas svakako proktokolektomija s ileoanalnom anastomozom i formiranjem zdjeličnog rezervoara kako bi bio održan normalan put evakuacije stolice, spolna funkcija i funkcija analnog sfinktera bolesnika. Postoperativno moguća je pojava upale zdjeličnog rezervoara (pouchitis) koja se primarno liječi antibioticima, a kod težih bolesnika aminosalicilatima i steroidima.[15]

8. Proces zdravstvene njege bolesnika oboljelih od ulceroznog kolitisa

Proces zdravstvene njege označava pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema. Navedeni proces je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje bolesnikovih problema. Proces se odvija kroz četiri stupnja, i to utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, planiranje zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege i evaluacija zdravstvene njege. [16]

8.1. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom- sestrinska anamneza

U sestrinskoj anamnezi prepoznaju se i dijagnosticiraju problemi, činitelji koji utječu na problem, te osobitosti koje omogućuju prilagodbu ciljeva i sestrinskih intervencija pacijentovim navikama, očekivanjima i iskustvu. Uzimaju se opći podaci o pacijentu, situacijski podaci pri prijemu, te obrasci zdravstvenog funkcioniranja (percepcija i održavanje zdravlja, nutritivno – metabolički obrazac, eliminacija, tjelesne aktivnosti, odmor i spavanje, kognitivno percepcijski obrazac, samopercepcija, obrazac uloga i odnosa, seksualno reprodukcijski obrazac, sučeljavanje i tolerancija stresa, te obrazac vrijednosti i vjerovanja). U anamnezi oboljelog od ulceroznog kolitisa uzimamo kompletne podatke o povijesti bolesti, bolesnikovoj zabrinutosti o proljevima, abdominalnim grčevima, tenezmima, mučnini, anoreksiji i gubitku težine. Potrebno je identificirati egzercebacije vezane uz stres, prehrambene navike, te remisije. Također je bitno prepoznati obiteljsku predispoziciju, stres vezan uz posao, različite alergije na hranu, konzumiranje alkohola, kave i nikotina, ocijeniti prehrambeni status i psihosocijalni status bolesnika.[6]

8.2. Fizikalni pregled i promatranje

Prilikom fizikalnog pregleda medicinska sestra može prepoznati da je abdomen bolesnika distendiran i osjetljiv. Dominantan znak kod ulceroznog kolitisa je rektalno krvarenje.[6] Također se uzimaju podaci o tjelesnoj visini i težini, te mjerenje vitalnih znakova.[16]

8.3. Sestrinske dijagnoze

8.3.1. Proljev (dijareja)

Definicija- Često pražnjenje polutekuće ili tekuće stolice, više od tri na dan, karakterizirano jakim i učestalom peristaltikom, uslijed čega sadržaj ubrzano prolazi kroz crijeva.[17]

Definirajuća obilježja- abdominalna bol, hitnost pražnjenja, grčevi, pojačani zvukovi rada crijeva, više od tri neformirane tekuće stolice u 24 sata.[18]

Ciljevi:

- Pacijent će razumjeti problem i uzroke proljeva.
- Pacijent će razumjeti načine na koje mu se pomaže i neće osjećati nelagodu.
- Pacijent će sudjelovati u planiranju i provedbi intervencija sukladno svojim sposobnostima.
- Pacijentove prehrambene i nutritivne potrebe će biti zadovoljene.
- Pacijent će izvijestiti o manjem broju proljevastih stolica.
- Pacijent će znati opisati konzistenciju i patološke promjene u stolici.[17]

Intervencije:

- Prepoznati obrazac pojavljivanja proljeva.
- Promatrati i bilježiti frekvenciju proljevastih stolica, karakteristike, količinu i predisponirajuće čimbenike.
- Promatrati prisutnost povezanih čimbenika poput vrućice, zimice, abdominalnih bolova, grčeva, krvavih stolica, uznemirenosti i fizičkog napora.

- Promicati odmor u krevetu.
- Procijeniti uzročne faktore koji doprinose pojavi proljeva.
- Procijeniti kvalitetu konzumirane hrane.
- Odrediti količinu potrebnog unosa tekućine kroz 24 sata.
- Voditi evidenciju prometa tekućine kroz 24 sata.
- Poticati pacijenta da pije tekućinu prema pisanoj odredbi liječnika.
- Poticati pacijenta da pije negaziranu vodu, čaj, otopine pripravaka za rehidraciju.
- Nadomjestiti tekućinu i elektrolite parenteralno po pisanoj odredbi liječnika.
- Osigurati pacijentu adekvatnu prehranu prema algoritmu.
- Osigurati male, učestale obroke.
- Primijeniti antidijaroik prema pisanoj odredbi liječnika.
- Pitati pacijenta je li primijetio neuobičajene primjese u stolici, kao što su krv ili sluz.
- Osigurati blizinu sanitarnog čvora/ sani kolica/ noćnu posudu.
- Objasniti pacijentu utjecaj proljeva na hidraciju organizma.
- Nadzirati provedbu preventivnih mjera.
- Uočavati simptome i znakove dehidracije, ubilježiti ih i izvijestiti o njima.
- Dokumentirati broj polutekućih ili tekućih stolica.
- Održavati higijenu perianalne regije i uočavati simptome i znakove oštećenja kože.
- Dnevno mjeriti i evidentirati tjelesnu težinu.
- Mjeriti i evidentirati vitalne znakove.[17, 19]

8.3.2. Visok rizik za deficit volumena tekućina

Definicija- Rizik za smanjenje volumena intravaskularne, intersticijske i/ ili unutarstanične tekućine, što može ugroziti zdravlje.[18]

Rizični faktori- pretjerani gubici kroz normalne puteve (proljevi, povraćanje), stanje pojačanog metabolizma (upala, vrućica), ograničen unos tekućine (mučnina, anoreksija), hemokoncentracija.[19]

Ciljevi:

- Pacijent će imati održan adekvatni volumen tekućina, što potvrđuju vlažne sluznice, dobar turgor kože, te stabilni vitalni znakovi.
- Medicinska sestra će osigurati uravnoteženi unos i iznos tekućine s mokraćom normalne koncentracije i količine.
- Pacijent će usvojiti znanja za praćenje i korekciju deficita tekućina.[19]

Intervencije:

- Zabilježiti moguća stanja i procese koji mogu dovesti do deficita kao što povećani gubitak tekućine i ograničeni unos.
- Pratiti i bilježiti broj, konzistenciju i količinu stolice.
- Procijeniti neosjetljivi gubitak tekućine (diaforeza).
- Mjeriti i bilježiti količinu te specifičnu težinu urina.
- Redovito pratiti vitalne znakove (krvni tlak, temperaturu, puls).
- Prepoznati suhoću kože i sluznica i smanjen turgor kože.
- Dnevno vagati pacijenta.
- Omogućiti odmor u krevetu, izbjegavati napor kod pacijenta.
- Pratiti krvarenje i raditi test stolice na okultno krvarenje.
- Zabilježiti generaliziranu slabost mišića ili srčane aritmije koje mogu nastati zbog poremećaja elektrolita kod pretjeranog gubitka crijevnog sadržaja.
- Primjena indiciranih infuzijskih otopina i transfuzije krvi.[19]

8.3.3. Anksioznost

Definicija- Nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetecom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.[17]

Definirajuća obilježja- hipertenzija, tahikardija ili tahipneja, razdražljivost, umor, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, otežana koncentracija, otežano suočavanje s problemom, smanjena komunikativnost, glavobolja, mučnina i/ili proljev, otežan san, plačljivost, vrtoglavica, pojačano znojenje, učestalo mokrenje, sklonost ozljeđivanju.[17]

Ciljevi:

- Pacijent će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti.
- Pacijent će se pozitivno suočiti s anksioznosti.
- Pacijent će opisati smanjenu razinu anksioznosti.
- Pacijent neće ozlijediti sebe ili druge osobe.
- Pacijent učinkovito koristi sustav podrške.[17, 19]

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja.
- Stvoriti osjećaj sigurnosti, biti uz pacijenta kada je to potrebno.
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije).
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost.
- Redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
- Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći.
- Koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta.
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima.
- Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka.
- Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba.
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost.
- Potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost.
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje.
- Pomoći i podučiti pacijenta vođenju postupaka smanjivanja anksioznosti.[17]

8.3.4. Akutna bol

Definicija- Neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva s predvidljivim završetkom u trajanju kraćem od 6 mjeseci.[20]

Definirajuća obilježja- promjena apetita, promjene u vitalnim znakovima (krvni tlak, puls), izbjegavajuće ponašanje, izvještaj o boli korištenjem standardizirane skale za ocjenu boli, ekspresivno ponašanje (nemir, plakanje, nesanica), bolni izraz lica, zauzimanje položaja za ublažavanje bolova, dilatacija zjenica.[18]

Ciljevi:

- Pacijent neće osjećati bol.
- Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne.
- Pacijent će nabrojati uzroke boli.
- Pacijent će prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli.
- Pacijent će znati načine ublažavanja boli.[20]

Intervencije:

- Prepoznati znakove boli.
- Izmjeriti vitalne funkcije.
- Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio.
- Istražiti zajedno s pacijentom različite metode kontrole boli.
- Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol.
- Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova.
- Ohrabriti pacijenta.
- Objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja.
- Postaviti nepokretnog pacijenta u odgovarajući položaj.
- Izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja.
- Podučiti pacijenta tehnikama relaksacije.
- Obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli.
- Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika.
- Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli.
- Uključiti pacijenta u planiranje dnevnih aktivnosti.
- Ponovno procjenjivati bol.
- Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli.[20]

8.3.5. Smanjeno podnošenje napora

Definicija- Stanje u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti.[17]

Definirajuća obilježja- Pacijent izvještava o umoru, nelagodi i boli, smanjenje fizioloških sposobnosti za izvođenje potrebnih ili željenih aktivnosti, kardiovaskularne reakcije na napor, respiratorne reakcije na napor, emocionalne reakcije (strah da će mu aktivnost naškoditi, tjeskoba).[17]

Ciljevi:

- Pacijent će racionalno trošiti energiju tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti.
- Pacijent će bolje podnositi napor, povećati će dnevne aktivnosti.
- Pacijent će očuvati mišićnu snagu i tonus mišićne mase.
- Pacijent će razumjeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć drugih.[17]

Intervencije:

- Prepoznati uzroke umora kod pacijenta.
- Uočiti potencijalnu opasnost za ozljede za vrijeme obavljanja aktivnosti.
- Izbjegavati nepotreban napor.
- Osigurati pomagala za lakšu mobilizaciju bolesnika.
- Prilagoditi okolinske činitelje koji utječu na pacijentovo kretanje i stupanj samostalnosti.
- Poticati pacijenta na aktivnost sukladno njegovim mogućnostima.
- Ukloniti činitelje koji imaju negativan utjecaj na podnošenje napora (nesanica, lijekovi, bol, zabrinutost, neprimjerena okolina).
- Pružiti emocionalnu podršku.
- Osigurati neometani odmor i spavanje.
- Provoditi vježbe disanja 3 puta dnevno ili prema pisanoj odredbi liječnika.
- Poticati/izvoditi promjenu položaja svaka dva sata.[17]

8.3.6. Neadekvatna prehrana- manje od tjelesnih zahtjeva

Definicija- Unos hranjivih tvari nedovoljan da zadovolji metaboličke potrebe.[18]

Definirajuća obilježja- grčevi u trbuhu, bolovi u trbuhu, tjelesna težina 20% ili više ispod idealnog raspona težine, proljev, pretjerani gubitak kose, uzimanje hrane manje nego što je preporučeni dnevni unos, gubitak težine.[18]

Ciljevi:

- Pacijent neće dalje gubiti na težini.
- Pacijent će postupno dobivati na težini.
- Pacijent će prihvatiti predloženu promjenu životnog stila.
- Pacijent će pokazati interes za uzimanjem hrane.
- Pacijent će zadovoljiti nutritivne potrebe.[20]

Intervencije:

- Redovito vagati pacijenta.
- Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti.
- U suradnji sa nutricionistom izraditi plan prehrane.
- Nadzirati unos i iznos tekućina.
- Poticati na konzumiranje manjih a češćih obroka.
- Osigurati dovoljno vremena za obrok.
- Dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka.
- Osigurati pacijentu namirnice koje voli.
- Osigurati venski put.
- Primijeniti ordiniranu parenteralnu prehranu.[20]

8.3.7. Neadekvatno sučeljavanje s bolešću

Definicija- Nemogućnost realne procjene stresora, neodgovarajući izbor i korišteni odgovori, i/ili nesposobnost korištenja raspoloživih resursa u suočavanju s bolešću. [19]

Definirajuća obilježja- promjene u koncentraciji, komunikaciji, destruktivno ponašanje prema drugima i/ili prema sebi, umor, nemogućnost da zadovolji osnovne potrebe, nedjelotvorno suočavanje sa stresom, verbalizacija nemogućnosti suočavanja, obeshrabrenje i anksioznost, kronična zabrinutost, emocionalna napetost, smanjeno samopoštovanje, depresija i ovisnost.[18, 19]

Ciljevi:

- Pacijent će prepoznati ponašanja neučinkovitog suočavanja i njegove posljedice.
- Pacijent će moći svoju situaciju procijeniti realno.
- Pacijent će sebi osvijestiti svoje sposobnosti suočavanja.
- Pacijent će pokazati potrebne promjene u načinu života kako bi se ograničilo ili spriječilo pojavljivanje epizoda neučinkovitog suočavanja.[19]

Intervencije:

- Procijeniti pacijentovo razumijevanje i prijašnje načine suočavanja s bolešću.
- Odrediti i ukloniti vanjske stresore (obitelj, odnosi, društvena ili radna sredina).
- Omogućiti pacijentu da izrazi kako bolest utječe na njegove odnose, uključujući i seksualnost.
- Pomoći pacijentu da identificira uspješne metode suočavanja prilagođene njemu.
- Osigurati emocionalnu podršku.
- Osigurati nesmetan san i periode odmora.
- Poticati korištenje vještina stres menadžmenta (tehnik opuštanja, vizualizacije, vođene imaginacije, vježbe dubokog disanja).[19]

8.3.8. Nedostatak znanja

Definicija- Nedostatak ili manjak znanja vezanih uz specifičnu temu.[18]

Definirajuća obilježja- pogrešno slijeđenje i tumačenje uputa, neprikladno ponašanje (neprijateljstvo, nervoza, apatija), nedovoljno poznavanje specifičnih znanja, pogrešna demonstracija znanja.[18]

Ciljevi:

- Pacijent će razumjeti proces bolesti i moguće komplikacije.
- Pacijent će prepoznati stresne situacije i način suočavanja s njima.
- Pacijent će verbalizirati znanje o terapiji i prehrani.
- Pacijent će sudjelovati u terapijskom režimu.
- Pacijent će biti motiviran za promjenu u načinu života.[19]

Intervencije:

- Odrediti pacijentovu percepciju bolesti.
- Utvrditi načine kojima se mogu ukloniti faktori koji doprinose bolesti.
- Potaknuti postavljanje pitanja.
- Upoznati pacijenta s lijekovima, njihovom svrhom, vremenu i načinu doziranja, te s pojavom mogućih nuspojava.
- Naglasiti važnost pravilne higijene kože (pravilna higijena ruku i higijena perianalnog područja).
- Dugoročno pratiti pacijenta i periodično raditi reevaluacije.
- Uputiti pacijenta u različite udruge i društva oboljelih od ulceroznog kolitisa.
- Uključiti kućnu njegu, posjete patronažne sestre, dijetetičara i razne socijalne usluge.[19]

9. Dijetoterapija

Nutritivna terapija u bolesnika s ulceroznim kolitisom nije se dokazala kao osnovna terapija bolesti, ali ima važnu ulogu u nadoknadi povećane energijske potrošnje, sprječavanju prekomjerne razgradnje tkiva i sprječavanju i nadoknadi gubitka bjelančevina. Usljed narušene cjelovitosti crijeva i gubitka crijevnih funkcija dolazi do nedostatka esencijalnih hranjivih tvari u organizmu (malnutricija) čiji uzrok može biti gubitak apetita zbog mučnina, bolova i smanjenog osjeta okusa, povećan broj stolica, slaba probava hrane (maldigestija), te poremećen proces apsorpcije hrane (malapsorpcija). Smatra se da je kod pacijenata koji se pridržavaju odgovarajuće dijetne cjelokupna učestalost recidiva niža od 10% godišnje.[21]

U vrijeme egzacerbacije bolesti primjenjuje se totalna parenteralna prehrana (TPP) ili enteralna prehrana sondom.[22] Kada je postignuta remisija i dalje treba nastaviti sa dijetoterapijom. U protivnom dolazi do povratka i pogoršanja bolesti.[21] Budući da bolesnici stolicom gube mnogo dušika, i to 2 do 4 puta više nego normalno, treba im povećati unos proteina, pa se većini bolesnika daje oko 100 grama proteina na dan. Također treba dodati i vitamine i minerale. Kod učestalih proljeva može se izgubiti i do 6 grama ili 100 milimola soli (NaCl) s litrom stolice, pa taj gubitak treba nadoknaditi parenteralno ili peroralno. Također se litrom stolice izgubi oko 2,2 grama kalijeva klorida (KCl), taj je gubitak najbolje nadoknaditi peroralnim davanjem kalijeva citrata ili soka naranče ili rajčica. Ne preporučuje se intravenska primjena kalija ni davanje tableta kalija per os, jer mogu uzrokovati ulceracije na crijevima.[22]

9.1. Prehrana kod proljeva

U slučaju pogoršanja i jačeg proljeva kroz par dana, preporuča se ograničiti hranu i uživati čajeve, prežganu juhu i juhu od mrkve, rižinu sluz, jaja, svježi kravlji sir, prepečenac i biskvit. Kad se stanje poboljša dodaje se raskuhana teletina, govedina ili piletina, riža, griz, kuhana tjestenina, pasirano povrće. Kad je stanje potpuno uredno prelazi se na prošireni jelovnik u kojem se koriste sva dopuštena jela i pića, u manjim i čestim obrocima, koji su svježe pripremljeni i topli. Zabranjeno je pripremanje jela sa zaprškom, kao i prženje, pirjanje, prelijevanje jela masnoćom, koja je grijana, kuhana ili pržena.[22]

9.2. Grupe namirnica i primjer jelovnika

Hranu treba uzimati u više manjih obroka, svaka 3-4 sata. Potrebno je smanjiti unos jednostavnih ugljikohidrata (rafinirani šećer). Te izbjegavati voće s visokom udjelom šećera (ananas, grožđe, lubenica, suho voće). Također, preporuča se izbjegavati namirnice s velikim udjelom vlakana (mekinje, raž, kelj, poriluk), jer vlakna mogu biti uzrokom grčeva, plinova i proljeva. Smanjiti unos mlijeka, a povećati unos fermentiranih mliječnih proizvoda. Potrebno je piti dovoljno tekućine (najmanje 8 čaša dnevno). I svakako, treba izbaciti alkohol, gazirane napitke, kavu i cigarete.[21] Kako bi se pacijenti lakše upoznali s namirnicama koje se preporučuje odnosno ne preporučuje uzimati, postoje tablice (vidi Tablica 9.2.1.) s vrstama namirnica te primjeri jelovnika (Tablica 9.2.2.), koji im mogu olakšati pridržavanje uputa o prehrani.

NAMIRNICE	PREPORUČUJE SE	NE PREPORUČUJE SE
JUHE	Nemasne juhe od mesa (goveđeg, pilećeg), juhe od pasiranog povrća, riblje juhe, juhe od riže, krupice, sluzave juhe od zobi i ječma (zob i ječam ukloniti iz juhe).	Masne mesne juhe, industrijske juhe i koncentrati, juhe od povrća koje je zabranjeno.
MESA	Nemasno mlado meso (puretina, piletina, junetina, teletina, janjetina, kunić).	Dimljena i usalamurena mesa, salame, paštete, mesne konzerve, masno crveno meso, divljač.
RIBE	Morska i riječna bijela riba: oslić, škarpina, pastrva-bez kože i u manjim količinama: tuna, skuša, losos.	Rakovi, dagnje.
JAJA	Tvrdo kuhana jaja.	Pečena jaja.
MLIJEKO I MLIJEČNI PROIZVODI	Svježi posni sir, jogurt, acidofil, sojino mlijeko, sojin sir (tofu).	Punomasno mlijeko, masni i suhi sirevi.
KRUH I ŽITARICE	Bijeli, odstajali kruh, dvopek, tjestenina, riža, pšenična i kukuruzna krupica i brašno.	Svježi kruh i peciva, dizana tijesta, zob, mekinje, ječam, raž, sezam.

POVRĆE	Kuhano povrće (krumpir, mrkva, špinat, blitva, tikvice i rajčica, mlada cikla) bez kožice i sjemenki. U manjim količinama ako se dobro podnose i dozvoljeni su protisnuti (mladi grašak, grah i mahune) i mlada zelena salata - sitno narezana.	Paprika, kupus, kelj, crveni luk, poriluk, krastavac, brokula, cvjetača, korabica, radič, matovilac, gljive, rotkvice, kukuruz, bundeva, patlidžan, češnjak. Ukiseljeno i konzervirano povrće.
MASNOĆE	Maslinovo, laneno ulje, suncokretovo ulje, mekani margarin, ulje repice.	Maslac, svinjska mast, majoneza, vrhnje.
VOĆE	Kuhano voće (kompoti), kašice od voća (jabuka), oguljeno voće- breskve, marelice, banane, avokado, borovnice. Procijeđeni sok od naranče, grejpa, mandarine i limuna.	Neoguljeno i suho voće, smokva, šljiva, kruška, višnja, trešnja, grožđe, jagoda, malina, ananas, lubenica, orah, badem, lješnjak.
ZAČINI	Limunov sok, blagi jabučni ocat, sol.	Alkoholni ocat, papar, senf, crvena paprika, origano, cimet, đumbir, curry, čili, natrijev glutamat (Vegeta).
SLASTICE	Krupica, riža, puding na obranom mlijeku, med, marmelada, biskvit, kolači od riže i krupice, petit keksi.	Kolači s kremom, čokolada, kakao, sladoled, savijače i lisnata tijesta, sladilo sorbitol.
PIĆA	Sokovi od dozvoljenog voća i povrća (bez šećera), voćni i biljni čajevi (dunja, borovnica, kamilica), negazirane mineralne vode.	Sva alkoholna pića, gazirani sokovi i mineralne vode, kava, jaki čajevi.

Tablica 9.2.1. Što smijemo a što ne smijemo jesti kod Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa?, Izvor: I. Martinis, S. Tomašević, E. Pavić, I. Oreč, M. Banić: Dijetoterapija upalnih bolesti crijeva, Priručnik za pacijente, Klinička bolnica Dubrava, Odjel prehrane, Zagreb, 2004.

Doručak	Užina	Ručak	Užina	Večera
Čaj-kamilica, svježi sir, odstajali bijeli kruh	Kašica od banane i jabuke	Pileća juha, kuhana teletina, pire krumpir, umak od mrkve	Puding od vanilije	Pileći rižoto, salata od ribane cikle
Probiotički jogurt, kuhano jaje, pureća prsa, odstajali bijeli kruh	Kompot od breskve	Riblja juha, kuhana pastrva, pire blitva	Voćni sok, petit keksi	Okruglice od sira i pšenične krupice
Čaj -metvica, margarin light, marmelada, dvopek	Acidofil	Teleća juha, teleći perkelt, žličnjaci, salata od ribane cikle	Rolada s bananama	Pileći ujušak s krumpirom
Čaj -borovnica, tofu, toast šunka, odstajali bijeli kruh	Pire od jabuka s keksima	Juha od povrća, kuhana janjetina, kuhani krumpir s mrkvom	Voćni jogurt	Pirjano meso kunića, žganci, salata od ribane cikle
Čaj- list dunje, jogurt, posni sir, odstajali bijeli kruh	Krema od banane	Riblja juha, oslić pečen u Alu foliji, pire, špinat	Puding na miksanom kompotu	Tjestenina s mljevenim mesom, salata od mrkve, acidofil
Čaj -matičnjak, margarin light, med, dvopek	Voćna kašica s keksima	Juha od povrća, pirjana puretina, kuhana riža, salata od ribane cikle	Voćni jogurt	Teleći ujušak s noklicama od krupice
Acidofil, kuhano jaje, pureća prsa, odstajali bijeli Kruh	Kompot od breskve	Pileća juha, kuhano pileće bijelo meso, pire krumpir, blagi umak od pasirane rajčice	Koh od riže	Gratinirana tjestenina sa sirom, probiotički jogurt

Tablica 9.2.2. Primjer jelovnika za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis, Izvor: I. Martinis, S. Tomašević, E. Pavić, I. Oreč, M. Banić: Dijetoterapija upalnih bolesti crijeva, Priručnik za pacijente, Klinička bolnica Dubrava, Odjel prehrane, Zagreb, 2004.

10. Kvaliteta života oboljelih od ulceroznog kolitisa

10.1. Upitnici o kvaliteti života

Za procjenu uspjeha u liječenju neke bolesti osim objektivnog kliničkog nalaza važno je uzeti u obzir i subjektivni doživljaj bolesnika. Da bi se to postiglo, treba razviti posebne instrumente za procjenu kvalitete života. To su u prvom redu upitnici koje ispunjavaju sami pacijenti. U slučaju upalnih bolesti crijeva, postoji više vrsta upitnika. Upitnici težište imaju na specifičnim simptomima koji muče ove bolesnike, a to su funkcija probavnog sustava i bol u truhu. Također su važna pitanja i ona koja se tiču psihosocijalnog stanja ovih pacijenata, jer svaka bolest, a posebno kronične zasigurno utječu na psihičko i socijalno funkcioniranje ljudi.[4]

U širokoj je primjeni IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), upitnik za procjenu kvalitete života bolesnika s upalnim bolestima crijeva. Ovaj upitnik sastoji se od 32 pitanja, a svako pitanje nudi sedam mogućih odgovora. Raspon bodova je od 1 (loša kvaliteta života) do 7 (najbolja kvaliteta života). Veći broj bodova ukazuje na bolju kvalitetu života. Pitanja se odnose na simptome od strane probavnog sustava, opće simptome, emocionalni status i socijalno funkcioniranje. Za potrebe ovog završnog rada, u Prilogu I se nalazi primjer IBDQ upitnika prevedenog na hrvatski jezik. Kvaliteta života bi trebala biti cilj svakog liječenja, a pogotovo liječenja kronične bolesti. Indeksi kvalitete života, dokazali su se pouzdanima i povezanima sa pacijentovim doživljajem zdravlja.[4]

10.2. Udruge oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Uloga udruge je poboljšati kvalitetu života oboljelih članova, promovirati preventivne mjere i upoznati javnost s tim bolestima. Udruge omogućuju izdavanje informativnih brošura za oboljele, suradnju s različitim profilima zdravstvenih djelatnika, među kojima je i potreba za suradnju s specijaliziranim medicinskim sestrama. Uz to, udruge svojim članovima daju najnovije informacije o lijekovima i prehrani, te omogućuju druženje pacijenata, međusobnu razmjenu iskustava, te grupni rad odraslih i djece oboljelih od upalnih bolesti crijeva.[2]

11. Zaključak

Ulcerozni kolitis je bolest koja najčešće zahvaća mlade, radno i reproduktivno aktivne ljude. Iako uzrok bolesti još uvijek nije razjašnjen, pa se njena pojava ne može prevenirati, potrebno je staviti naglasak na rano prepoznavanje i adekvatan tretman bolesti. Također je važno naglasiti da je incidencija bolesti veća u visokoindustrijaliziranim zemljama što upućuje da na nastanak utječe suvremeni način života. Ukoliko postoji pozitivna obiteljska anamneza, potrebno je obratiti pažnju na pravilnu prehranu i savjetovati redovito kontroliranje. Zbog svog kroničnog tijeka i mogućnosti da se nakon dugogodišnjeg trajanja bolest razvije u kolorektalni karcinom, ulcerozni kolitis predstavlja velike socijalne, financijske, psihičke i fizičke poteškoće, kako za bolesnika, tako i za njegovu obitelj. Prvostupnik/ca sestrištva je osoba koja ima vrlo važnu ulogu u radu s bolesnikom. Medicinska sestra sudjeluje i asistira u tretmanu bolesnika od same sumnje na dijagnozu, uzimanju uzoraka i dijagnostici, primjeni ordinirane terapije, te specifičnoj zdravstvenoj njezi, kroz zadovoljavanje svih ljudskih potreba i težnji za povećanjem kvalitete života. U svijetu, ali i Hrvatskoj, javlja se potreba za specijaliziranim medicinskim sestrama za rad s bolesnicima oboljelima od upalnih bolesti crijeva (*IBD nurse- Inflammatory bowel disease nurse*) kako bi se unaprijedila edukacija pacijenata i omogućilo pružanje stalne podrške kroz ovu kroničnu bolest. Ulcerozni kolitis utječe na život pacijenata, funkcioniranje u svom domu, radnom okruženju i odnose s obitelji, i u fazi egzacerbacije ali i fazama remisije. Potrebna je promjena životnih navika koju pacijenti ponekad teško prihvaćaju, stoga je važna podrška i dobivanje potrebnih savjeta i informacija od visokoeducirane, specijalizirane i kompetentne medicinske sestre.

12. Literatura

- [1] D. Petrač i suradnici: Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2008., str. 227-233
- [2] Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis, dostupno na:
<http://hucuk.hr/ulcerozni-kolitis/> (18.07.2016.)
- [3] ILCO savez, dostupno na: <http://www.ilco.hr/index.php/2013-11-19-17-20-10/2013-11-19-17-22-09> (18.07.2016.)
- [4] M. Međugorac: Procjena kvalitete života bolesnika s upalnim bolestima crijeva na terapiji biološkim lijekovima, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, 2014.
- [5] Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland, dostupno na:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4178043/> (18.07.2016.)
- [6] Š. Ozimec: Zdravstvena njega internističkih bolesnika, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2000., str. 204-214
- [7] P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić- Košuta: Temelji anatomije čovjeka, Medicinska biblioteka, Zagreb, 1999., str. 68-78
- [8] Fiziologija debelog crijeva, Medicina: zdravstveni portal, dostupno na:
<http://zdravlje.eu/2011/07/05/fiziologija-debelog-crijeva/> (19.07.2016.)
- [9] S. Jukić: Patologija za više medicinske škole, Medicinska naklada, Zagreb, 1999., str. 138
- [10] S. Gamulin: Patofiziologija za visoke zdravstvene škole, Medicinska naklada, Zagreb, 2005., str. 216-218
- [11] J. Morović- Vergles i suradnici: Interna medicina odabrana poglavlja, Naklada Slap, Zagreb, 2008., str. 161-168
- [12] Upalne bolesti crijeva, MDS priručnik, dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-probave/upalne-bolesti-crijeva> (20.07.2016.)
- [13] Postupnik (protokol) kod izvođenja kolonoskopije, Klinička bolnica Sveti duh, dostupno na: <http://www.kbsd.hr/Postupnik-izvodjenja-kolonoskopije> (22.07.2016.)

- [14] Kolonoskopija- objašnjenje i upute za pregled, Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis, dostupno na:
http://hucuk.hr/wpcontent/uploads/2013/05/images_brusura_kolonoskopija.pdf (22.07.2016.)
- [15] B. Vucelić, S. Čuković-Čavka: Upalne bolesti crijeva, novosti u gastroenterologiji, Medicus, br.15, 2006., str. 53-62
- [16] R. Getoš, T. Jukić, M. Kristek, M. Maseljević: Proces zdravstvene njege djeteta oboljelog od ulceroznog kolitisa, Sestrinski glasnik, br. 17, lipanj 2012., str. 105-110
- [17] S. Šepec, B. Kurtović, T. Munko, M. Vico, D. Abu Aldan, D. Babić, A. Turina: Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
- [18] T.H. Herdman, S. Kamitsuru: NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, Oxford: Wiley Blackwell, 2014.
- [19] 7 inflammatory bowel disease nursing care plans, dostupno na: <http://nurseslabs.com/7-inflammatory-bowel-disease-nursing-care-plans/> (26.07.2016.)
- [20] M. Kadović, D. Abou Aldan, D. Babić, B. Kurtović, S. Piškorjanac, M. Vico: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2013.
- [21] I. Martinis, S. Tomašević, E. Pavić, I. Oreč, M. Banić: Dijetoterapija upalnih bolesti crijeva, Priručnik za pacijente, Klinička bolnica Dubrava, Odjel prehrane, Zagreb, 2004.
- [22] R. Živković: Dijetetika, Medicinska naklada, Zagreb, 2002. ,str. 48-64, 321-323

Popis slika i tablica

Slika 2.1.1. Anatomija debelog crijeva, izvor:

https://www.google.hr/search?q=anatomija+debelog+crijeva&biw=1366&bih=635&source=lnms&tbm=isch&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwjzxOD9iP_NAhVIF8AKHQoPAlkQ_AUIBi#imgrc=YN4hc3ZPbclbKM%3A3

Tablica 6.1. Pokazatelji aktivnosti ulceroznog kolitisa, izvor: J. Morović- Vergles i suradnici: Interna medicina odabrana poglavlja, Naklada Slap, Zagreb, 2008.

.....9

Tablica 9.2.1. Što smijemo a što ne smijemo jesti kod Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa?, izvor: I. Martinis, S. Tomašević, E. Pavić, I. Oreč, M. Banić: Dijetoterapija upalnih bolesti crijeva, Priručnik za pacijente, Klinička bolnica Dubrava, Odjel prehrane, Zagreb, 2004.

.....25

Tablica 9.2.2. Primjer jelovnika za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis, izvor: I. Martinis, S.

Tomašević, E. Pavić, I. Oreč, M. Banić: Dijetoterapija upalnih bolesti crijeva, Priručnik za pacijente, Klinička bolnica Dubrava, Odjel prehrane, Zagreb, 200427

Prilog I – primjer IBDQ upitnika prevedenog na hrvatski jezik

1. Koliko često ste imali stolicu u posljednja 2 tjedna?	
Stolice su učestalije nego ikad prije	1
Iznimno učestale	2
Jako učestale	3
Umjereni porast učestalosti stolica	4
Nešto veći porast učestalosti stolica	5
Blagi porast učestalosti stolica	6
Normalno, bez porasta učestalosti stolica	7

2. Koliko vam je često osjećaj umora ili iscrpljenosti bio problem u posljednja 2 tjedna?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

3. Koliko ste se često u posljednja 2 tjedna osjećali frustrirano, nestrpljivo ili nemirno?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

4. Koliko često u posljednja 2 tjedna niste mogli pohađati školu ili ići na posao zbog probavnih smetnji?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

5. Koliko često u posljednja 2 tjedna niste imali stolicu?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Dio vremena	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

6. Koliko energije ste imali u posljednja 2 tjedna?	
Nisam imao energije	1
Vrlo malo	2
Malo	3
Nešto	4
Umjereno	5
Dosta	6
Puno	7

7. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti da ćete morati na operaciju zbog vaših probavnih smetnji?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

8. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna morali odgoditi ili otkazati društveni događaj zbog probavnih problema?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

9. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti zbog grčeva u trbuhu?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

10. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali općenito loše?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

11. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti da nećete moći naći WC?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

12. Koliko ste poteškoća imali zbog probavnih smetnji za vrijeme slobodnog vremena ili športskih aktivnosti u posljednja 2 tjedna?	
Jako puno poteškoća; aktivnosti su nemoguće	1
Puno poteškoća	2
Dosta poteškoća	3
Poneka poteškoća	4
Malo poteškoća	5
Vrlo malo poteškoća	6
Bez poteškoća; probavni problemi ne ograničavaju razonodu i šport	7

13. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna imali bol u trbuhu?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

14. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna loše spavali ili se budili tijekom noći?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

15. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali depresivno ili obeshabreno?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

16. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna morali izbjegavati događaje gdje nije bilo blizu WC-a?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

17. Koliko ste u posljednja 2 tjedna imali problema s plinovima?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

18. Koliki problem vam je u posljednja 2 tjedna bio zadržati ili dobiti na tjelesnoj masi koju biste željeli postići?	
Glavni problem	1
Veliki problem	2
Značajan problem	3
Briga	4
Manja briga	5
Vrlo mala briga	6
Nikako	7

19. Mnogi pacijenti s probavnim smetnjama često su zabrinuti ili tjeskobni zbog vlastite bolesti. Brinu se da će dobiti rak, da im nikad neće biti bolje ili da će se bolest ponovno javiti. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti ili tjeskobni?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

20. Koliko često vas je u posljednja 2 tjedna mučilo osjećaj nadutosti?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

21. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali opušteno i bez napetosti?	
Nikako	1
Manji dio vremena	2
Dio vremena	3
Dobar dio vremena	4
Većinu vremena	5
Gotovo cijelo vrijeme	6
Cijelo vrijeme	7

22. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna imali krvarenje u stolici?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

23. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali posramljeno zbog probavnih smetnji?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

29. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti zbog mučnine ili nelagode u trbuhu?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

24. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna imali osjećaj da morate na WC, iako su vam crijeva bila prazna?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

30. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali razdražljivo?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

25. Koliko često ste se u posljednja 2 tjedna osjećali plačljivo ili uzrujano?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

31. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna osjećali manjak razumijevanja od drugih ljudi?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

26. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili zabrinuti zbog slučajnog prljanja rublja?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

32. Koliko ste zadovoljni i sretni s vašim životom u posljednja 2 tjedna?	
Vrlo sam nezadovoljan i nesretan većinu vremena	1
Općenito sam nezadovoljan i nesretan	2
Malo sam nezadovoljan i nesretan	3
Općenito sam zadovoljan i sretan	4
Zadovoljan sam i sretan većinu vremena	5
Vrlo sam zadovoljan i sretan većinu vremena	6
Iznimno sam zadovoljan i sretan	7

27. Koliko često ste u posljednja 2 tjedna bili ljuti zbog vaših probavnih problema?	
Cijelo vrijeme	1
Većinu vremena	2
Dobar dio vremena	3
Neko vrijeme	4
Manji dio vremena	5
Vrlo mali dio vremena	6
Nikako	7

28. Koliko su vaši probavni problemi ograničavali spolne odnose u posljednja 2 tjedna?	
U potpunosti ograničavaju	1
Znatno ograničavaju	2
Umjereno ograničavaju	3
Ponekad ograničavaju	4
Malo ograničavaju	5
Vrlo malo ograničavaju	6
Ne ograničavaju	7

Izvor: M. Međugorac: Procjena kvalitete života bolesnika s upalnim bolestima crijeva na terapiji biološkim lijekovima, Diplomski rad, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, 2014.



**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DARIA VUKOVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZJAVLJENA NJEGA BOLEŠNIKA OBRUČENIH OD VJEROJASNOG KOLITISA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Vuković Daria
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DARIA VUKOVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZJAVLJENA NJEGA BOLEŠNIKA OBRUČENIH OD VJEROJASNOG KOLITISA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Vuković Daria
(vlastoručni potpis)