

Kvaliteta života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Kozina, Sara

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:162276>

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

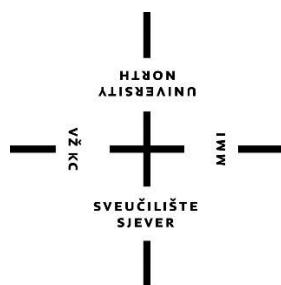
Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





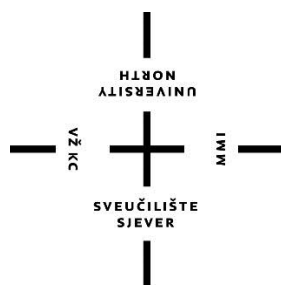
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 981/SS/2018

Kvaliteta života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Sara Kozina, 0651/336

Varaždin, rujan 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 981/SS/2018

Kvaliteta života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Student

Sara Kozina, 0651/336

Mentor

Melita Sajko, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

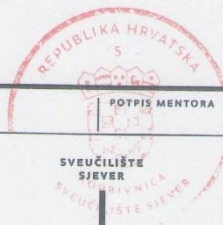
ODJEL	Odjel za sestринство		
PRISTUPNIK	Sara Kozina	MATIČNI BROJ	0651/336
DATUM	11.07.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega odraslih I
NASLOV RADA	Kvaliteta života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases		
MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Zoran Peršec, predsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor		
	3. Vesna Sertić, dipl.med.techn., član		
	4. Irena Canjuga, mag.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	981/SS/2018
OPIS	<p>Upalne bolesti crijeva (engl. inflammatory bowel diseases - IBD) jesu idiopatske, inflamatorne, kronične bolesti gastrointestinalnog sustava nepredvidiva tijeka, koje zahvaćaju pojedine dijelova probavnog sustava s različitim kliničkim znakovima i simptomima. U tu skupinu spadaju ulcerozni kolitis i Crohnova bolest, koje se veoma razlikuju, ali ih treba promatrati zajedno zbog sličnih načina dijagnosticiranja, pojavnosti i liječenja. Bolest snažno utječe na tjelesno, fizičko i psihosocijalno funkcioniranje oboljelih, pa je izuzetno važno oboljelom omogućiti što bolju skrb, profesionalni odnos i odnos povjerenja za podizanje kvalitete života. Veoma važnu ulogu ima medicinska sestra, koja je prva dostupna bolesniku nakon otkrivanja bolesti, u edukaciji samog bolesnika i njegove obitelji o tijeku, novom načinu života, nutritivnoj terapiji, svakodnevnim aktivnostima te socijalizaciji bolesnika.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- opisati anatomiju i fiziologiju probavnog sustava- definirati pojmove Ulcerozni kolitis i Crohnova bolest- opisati epidemiologiju, etiologiju i patologiju upalnih bolesti crijeva- opisati kliničku sliku i komplikacije bolesti- opisati dijagnostiku i liječenje bolesti- opisati specifičnu prehranu i edukaciju oboljelih- prikazati i raspraviti podatke dobivene temeljem provedenog istraživanja- citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN

4. 9. 2018.



POTPIS MENTORA

Melita Sajko

Predgovor

Zahvaljujem se mentorici Meliti Sajko, dipl. med. techn., na vodstvu, pomoći i iznimno korisnim savjetima i uputama prilikom izrade završnog rada. Također veliko hvala profesorima studija sestrinstva na pruženom trudu i znanju tijekom ove tri godine studija.

Nadalje, također se zahvaljujem svojoj obitelji na velikoj podršci tijekom cjelokupnog školovanja na ovom studiju.

Hvala svim kolegicama i kolegama tijekom studiranja, kao i kolegicama na poslu koje su mi pružile podršku i izlazile ususret kada je trebalo.

Sažetak

Upalne bolesti crijeva u koje spadaju Crohnova bolest i ulcerozni kolitis, jesu idiopatske, inflamatorne, kronične bolesti gastrointestinalnog sustava nepredvidiva tijeka, koje se razlikuju prema stupnju zahvaćenosti gastrointestinalnog sustava i značajkama upale. Incidencija upalnih bolesti crijeva u svijetu zadnjih desetljeća raste, a taj podatak ilustrira istraživanje provedeno u Hrvatskoj s podatkom o incidenciji za UC koja iznosi 4,3/100 000, a za CB 7,0/100 000 stanovnika. Povećana učestalost upalnih bolesti crijeva kao i kronični tijek sa čestim egzacerbacijama, ograničavajući simptomi, trajna primjena lijekova te česte komplikacije imaju snažan utjecaj na kvalitetu života bolesnika. S ciljem da se ispita kvaliteta života te najčešći problemi i simptomi bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva provedeno je istraživanje u kojem je sudjelovalo 193 ispitanika sa potvrđenom dijagnozom ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti. Instrument istraživanja bio je anketni upitnik koji se sastojao od 19 pitanja te je bio proveden među udrugama oboljelim od upalnih bolesti crijeva. Na temelju obrađenih podataka proizlazi da većina ispitanika potvrđuje činjenicu da simptomi bolesti utječu na njihove svakodnevne aktivnosti i obaveze i to u 57 % slučajeva. Kao najčešći simptom od kojeg većina ispitanika pati navode proljev, zatim u nešto manjim postocima navode umor, bolove i grčeve u truhu, nadutost, lažne pozive na defekaciju, gubitak tjelesne težine, razdražljivost, krv u stolici te mučninu i povraćanje. Zbog nepredvidivosti bolesti i nemogućnost utjecaja na istu, često nisu bili u mogućnosti pohađati školu ili ići na posao, a isto tako u više od polovice ispitanika narušen je društveni život, kao i ponekad intimni život. Kao najveći problem unutar zdravstvenog sustava navode predugo čekanje na preglede i pretrage, a kod postavljanja dijagnoze najteže im je prihvatiti bolest i činjenicu da je to kronična bolest. Istraživanjem je potvrđeno da su ispitanici najviše informacija dobili samoinicijativno pretražujući internet, njih 55,4 %, stoga je važno je naglasiti potrebu za multidisciplinarnim pristupom i većom edukacijom oboljelih od strane zdravstvenih djelatnika, posebno medicinskih sestara koje najviše vremena provode sa oboljelima nakon postavljanja dijagnoze kad je razina motivacije za učenjem najizraženija. Adekvatnom edukacijom, podrškom i pristupom oboljelima učinkovitije bi se moglo djelovati na simptome, komplikacije, isto tako i na poboljšanje i održavanje kvalitete života oboljelih osoba.

Ključne riječi: upalne bolesti crijeva, istraživanje o kvaliteti života, edukacija, medicinska sestra

Abstract

Inflammatory bowel disease, which includes Crohn's disease and ulcerative colitis, is an idiopathic, inflammatory, chronic disease of the gastrointestinal tract with an unpredictable rate, which differs in the area of the gastrointestinal tract that is affected, as well as in the characteristics of the inflammation. A research conducted in Croatia, showing that the incidence of UC is 4,3/100 000 and of CD 7,0/100 000 population, illustrates that the incidence of inflammatory bowel disease in the world has been on the increase for the last decades. The increase in incidence, a chronic course with frequent exacerbations, limiting symptoms, long-term use of medication and common complications, have great impact on life quality of patients. The aim of this study was to examine life quality of patients suffering from inflammatory bowel disease, along with their most frequent problems and symptoms. A group of 193 subjects with a confirmed diagnosis of ulcerative colitis and Crohn's disease, gathered from different associations, were given a questionnaire containing 19 questions. Results of the survey showed that the majority of subjects (57%) agree with a statement that symptoms of their disease affect their everyday life. The subjects reported diarrhea as their most common symptom, followed by fatigue, stomach pain and spasms, weight loss, irritability, blood in stool, nausea and vomiting. Due to the unpredictability of their disease and their helplessness, the subjects were often unable to attend school or work, and more than half of them had their social, or even intimate, life disrupted. They state that the biggest problem in health care system is waiting for medical examination for too long and that they, when it comes to diagnosis, have a hard time accepting the fact that their disease is chronic. The results also confirm that patients acquire information mostly by searching the Internet (55,4%). This emphasizes the need for a multidisciplinary approach and a greater patient education conducted by health workers, especially nurses, considering that they are the ones who spend the most time with patients after their diagnosis, when the level of their motivation to learn is the highest. Adequate education, support and approach to the patients, might help to deal with symptoms and complications more efficiently, and to improve and sustain the quality of patients' lives.

Key words: inflammatory bowel disease, life quality research, education, nurse

Popis korištenih kratica

IBD	Inflammatory bowel diseases – Upalne bolesti crijeva
UC	Ulcerozni kolitis
CB	Crohnova bolest
MR	Magnetna rezonanca
PHD	Patohistološka dijagnoza
UZV	Ultrazvuk
CT	Kompjutorizirana tomografija

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Anatomija i fiziologija crijeva	4
3.	Upalne bolesti crijeva	5
3.1.	Povijest Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa.....	5
3.2.	Epidemiologija	5
3.3.	Etiopatogeneza	6
3.4.	Crohnova bolest	6
3.4.1.	Patologija i patofiziologija.....	7
3.4.2.	Klinička slika i komplikacije	8
3.4.3.	Dijagnoza.....	9
3.4.4.	Liječenje	10
3.5.	Ulcerozni kolitis.....	10
3.5.1.	Patologija i patofiziologija.....	10
3.5.2.	Klinička slika i komplikacije	11
3.5.3.	Dijagnoza.....	12
3.5.4.	Liječenje	13
3.6.	Mukozno cijeljenje.....	13
4.	Osobitosti prehrane oboljelih od upalnih bolesti crijeva	15
5.	Uloga medicinske sestre	17
6.	Cilj istraživanja.....	18
7.	Metode i ispitanici	19
8.	Rezultati istraživanja	20
9.	Rasprava	33
10.	Zaključak	37
11.	Literatura	39
12.	Popis grafikona	45
13.	Popis tablica.....	46
14.	Popis slika.....	47
15.	Prilog 1	48

1. Uvod

Naziv upalna crijevna bolest (engl. Inflammatory bowel diseases – IBD), uvriježeni je naziv za idiopatsku kroničnu upalu gastrointestinalnoga sustava koja se prema tradicionalnog podjeli odnosi na Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis [1]. Navedeni entiteti imaju niz zajedničkih osobina, ali i velik broj kliničkih i patoloških razlika. Razlike između Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa očituju se u lokalizaciji upalnog procesa, zahvaćenosti slojeva stijenke crijeva upalom, kontinuitetu promjena te pridruženim bolestima i komplikacijama [1]. U 10 % slučajeva na temelju patohistološke dijagnoze i kliničke slike dijagnoza se ne može odrediti pa govorimo o nedeterminiranom kolitisu [2]. Radi se o teškim kroničnim bolestima koje u velikog broja bolesnika značajno utječu na kvalitetu života i radnu produktivnost, a kako bi se podigla svijet o ozbiljnosti bolesti u svijetu se 19. svibnja obilježava kao Svjetski dan upalnih bolesti crijeva.

Crohnova bolest je kronična, upalna bolest probavnog sustava nepoznate etiologije, a upalni proces može zahvatiti bilo koji dio probavnog sustava od usne šupljine do anusa [3]. Ulcerozni kolitis je kronična upalna bolest crijeva čija je osnovna značajka kronični tijek s periodima remisije¹ i relapsa² bolesti, a zahvaća ponajprije rektum i širi se kontinuirano proksimalnije [3]. Pojavljuju se i brojne ekstraintestinalne manifestacije bolesti na mnogim drugim organima kao što su koža, oči, zglobovi [1].

Ove bolesti dovode do znatnog morbiditeta, ali povišenog mortaliteta. Danas se prati porast incidencije i prevalencije upalnih bolesti crijeva koje su zbog svoje kronične prirode i potrebe za cjeloživotnim liječenjem i praćenjem upalne aktivnosti velik dijagnostički i terapijski izazov. Veliki porast prati se u industrijaliziranim urbanim sredinama i pripisuje se zapadnjačkom načinu života i drugim povezanim čimbenicima okoliša [4]. U stalnom je porastu i u zemljama u razvoju, a rezultat je brze modernizacije i prihvaćanja zapadnjačkog načina života [4]. Neke etničke skupine imaju veću učestalost upalnih bolesti crijeva od opće populacije, primjerice, učestalost upalnih bolesti crijeva veća je kod osoba židovskog podrijetla nego u osoba nežidovskog podrijetla [5].

Etiologija upalnih bolesti crijeva nije do kraja razjašnjena, ali prikupljeni dokazi sugeriraju da je bolest rezultat neprikladne upalne reakcije na crijevne bakterije u genetski osjetljivih domaćina [6]. Genetski čimbenici igraju važnu ulogu u razvoju upalnih bolesti

¹ Smirivanje bolesti.

² Ponovna aktivacija bolesti.

crijeva, ali ipak su važniji kod Crohnove bolesti nego kod ulceroznog kolitisa [7]. Osim genetskih čimbenika na razvoj bolesti utjecaj imaju i okolišni čimbenici. Operacija slijepog crijeva, prehrana, oralni kontraceptivi i čimbenici iz ranog djetinjstva samo su neki od čimbenika koji mogu pogodovati razvoju bolesti [6]. Pušenje je jedan od najvažnijih okolišnih čimbenika, a na Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis ima suprotan učinak: dok u Crohnovoj bolesti pušači imaju povećan rizik za razvoj bolesti i tendenciju razvitka težeg oblika bolesti, kod ulceroznog kolitisa pušenje je protektivni faktor [6].

Ulcerozni kolitis i Crohnova bolest pojavljuju se između 15. i 40. godine života, uz moguće sekundarno povišenje incidencije između 60. i 80. godine. Postoji mala razlika u spolnoj incidenciji, načelno postoji blaga predominacija ženskog spola u Crohnovoj bolesti, poglavito kod žena u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, dok naprotiv tome, čini se da postoji blaga predominacija muškaraca u ulceroznom kolitisu [8].

Klinička slika ovisi o aktivnosti bolesti i segmentu zahvaćenoj upali. Klasični simptomi su proljev, abdominalna bol, gubitak tjelesne težine, febrilnost, simptomi slabokrvnosti, anoreksija, mučnina, anksioznost i primjesa krvi u stolici [1]. Važnost pravilno uzete anamneze i provedenih dijagnostičkih postupaka ima ključnu daljnju ulogu u zbrinjavanju bolesnika. Dijagnoza Crohnove bolesti potvrđuje se irigografijom i pasažom crijeva dok se kod ulceroznog kolitisa dijagnoza oboljelih postavlja se na osnovu kliničkog pregleda te kolonoskopijom i irigografijom. Liječenje upalnih bolesti crijeva sastoji se od medikamente, kirurške, nutritivne i simptomatske terapije. Osnovni su ciljevi liječenja kontrola upalnog procesa i nadomjestak hranidbenog gubitaka [9]. Važnost u liječenju ima i prehrana koja se planira prema bolesnikovoj želji i njegovom izboru namirnica, a koriste se razni oblici prehrane: parenteralna prehrana, enteralna prehrana i oralna nisko rezidualna dijeta s dovoljno proteina i kalorija [3].

Povećana učestalost upalnih bolesti crijeva kao i kronični tijek sa čestim egzacerbacijama, ograničavajući simptomi, trajna primjena lijekova te česte komplikacije imaju snažan utjecaj na kvalitetu života bolesnika. Zbog toga se sve više razmatra evaluacija kvalitete života oboljelih od IBD-a kao rutinska komponenta dijela medicinske skrbi. Za tu su svrhu razvijeni i validirani brojni upitnici koji uključuju ne samo simptome povezana s IBD-om, već i fizičku, emotivnu i socijalnu komponentu [10]. Razvijeni su alati kao što su HR-QoL (The Health-related quality of life), IBDQ (The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) i SIBDQ (The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) [11]. Radi se o procjeni stupnja adaptacije bolesnika na bolest i mjerenju subjektivnog zdravstvenog statusa te utjecaja bolesti na svakodnevne aktivnosti.

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika s upalnim bolestima crijeva je mnogobrojna. Izuzetnu važnost ima uzimanje kvalitetne i kompletne anamneze, definiranje sestrinskih dijagnoza te primjena sukladnih intervencija, dogovaranje ciljeva u suradnji sa bolesnikom, edukacija bolesnika te uključivanje njegove obitelji u proces zbrinjavanja, utjecati na socijalizaciju bolesnika, a najvažnija je psihološka podrška oboljelom, jer se kod osoba sa Crohnovom bolešću i ulceroznim kolitisom često javljaju depresija i anksiozna stanja.

2. Anatomija i fiziologija crijeva

Probavni sustav proteže se od usne šupljine do analnog otvora, a njegovu osnovu čini probavna cijev građena poput šupljeg organa, kojoj su pridružene različite žlijezde i organi [12]. Uloga probavnog sustava je da prihvaća hranu, te omogućuje unošenje hranjivih i drugih potrebnih tvari iz okolice u organizam. Probavna cijev se sastoji od usne šupljine, u kojoj su smještene žlijezde slinovnice, jezik, zubi, nadalje se nastavlja ždrijelo i jednjak, želudac, tanko crijevo i debelo crijevo. Crijeva su najveći po dužini organ probavnog trakta. Crijeva se razlikuju kako po svojoj građi, tako i po svojim funkcijama pa se u skladu s tim dijele na dva dijela: tanko i debelo crijevo [13]. Tanko crijevo dugo je oko 5 do 6 metara, a sastoji se od dvanaesnika (duodenuma), tašto crijevo (jejunum) i vito crijevo (ileum) [14]. Dvanaesnik se pruža između želuca i jejunuma, a zbog važnosti valja istaknuti silazni dio dvanaesnika gdje se nalazi papila Vateri preko koje se u crijevo prazne bilijarno i pankreatično stablo. [14] Krvna opskrba tankog crijeva omogućena je kroz ogranke gornje mezenterične arterije. Histološka građa tankog crijeva (sluznica, podsluznica, mišićni sloj i seroza) ne odstupa od građe preostale probavne cijevi, ali je specifično prilagođena funkciji digestije i apsorpcije probavnih sastojaka [13]. U tome pomažu Kerkringovi nabori i crijevne resice (vilusi) koji s mikrovilusima povećavaju resorptivnu površinu tankog crijeva [13]. Primarna funkcija tankog crijeva jest završetak probavljanja hrane, apsorpcija hranjivih sastojaka i vode te prijenos elektrolita. Osim toga, crijevo ima ključnu imunološku ulogu jer služi kao prva crta obrane protiv brojnih mikroba i toksina koji se unose hranom [12].

Debelo se crijevo sastoji od slijepog crijeva s apendiksom, kolona i rektuma, proteže se od ileuma do anusa, dugo je oko 1,5 m [12]. Kolon se sastoji od uzlaznog crijeva (colon ascendens), poprječnog crijeva (colon transversum), silaznog dijela (colon descendens) i sigmoidalnog crijeva (colon sigmoideum) te ravno crijevo (rectum) [14]. Kolon svojim perifernim smještajem u abdominalnoj šupljini omeđuje tanko crijevo. Krvna opskrba se ostvaruje preko gornje i donje mezenterične arterije. Histološki presjek struktura koje čine stjenku debelog crijeva jednak je kao i u tankome crijevu. Sluznica je bez nabora, crijevne su žlijezde duboke, a crijevni epitel koji ih oblaže uz apsorpcijske sadržava i vrčaste stanice [13]. U lamini proprijji nalazi se mnogo limfocita i limfnih čvorića kao odgovor na veliku količinu bakterija u debelome crijevu [14]. Fiziološka uloga debeloga crijeva sastoji se od apsorpcije vode, proizvodnje sluzi i oblikovanju fekalne mase. Sluz je vrlo hidriran gel koji podmazuje sluznicu debelog crijeva, a osim toga, djeluje i zaštitno protiv bakterijskog i kemijsko štetnog djelovanja [12].

3. Upalne bolesti crijeva

Upalna bolest crijeva termin je koji uključuje: Crohnovu bolest (lat. Morbus Crohn, CB), i ulcerozni kolitis (lat. Colitis ulcerosa, UC). Pripadaju skupini kroničnih upalnih bolesti crijeva koje su karakterizirane upalnim promjenama sluznice i/ili stjenke crijeva, crijevnim i izvancrijevnim manifestacijama uz izmjene remisije i relapsa bolesti.

3.1. Povijest Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa

Crohnova bolest postala je poznata kada su je američki liječnici Crohn, Ginsberg i Oppenheimer opisali u časopisu Journal of American Medical Association (JAMA) 1932. godine [15]. Međutim, to nije bio prvi opis bolesti, jer izvješća o simptomima koje uzrokuje Crohnova bolest, postoje još od 850. godine prije Krista te se ponavljaju kroz povijest [61]. Kada su Crohn, Ginsberg i Oppenheimer 1932. godine objavili svoje rezultate, bolest je nazivana terminalnim ileitisom [15]. Kako riječ terminalni, ima negativne konotacije te bolest nije ograničena samo na tanko crijevo, s vremenom se uvriježio naziv Crohnova bolest [61].

Ulcerozni kolitis je definiran kao entitet različit od bacilarne dizenterije 1859. godine (Samuel Wilks, Guy`s Hospital, London), a 1909. godine Hawkins je detaljnije opisao bolest i njezin prirodni tijek [16].

3.2. Epidemiologija

Incidencija upalnih bolesti crijeva u visoko industrijaliziranim zemljama viša je nego ona u manje razvijenim zemljama [17]. Veća incidencija ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti u sjevernoj Europi u odnosu prema jugu kontinenta tumačila se gradijentom sjever-jug („north-south gradient“), odnosno razlikom u broju sunčanih dana i klimatskim razlikama, te različitim dijetetskim navikama, odnosno genetskom predispozicijom [18, 19]. U sjevernoj Americi incidencija je za UK u rasponu od 2,2 do 19,2 slučajeva na 100 000 stanovnika te 3,1 do 20,2 slučajeva na 100 000 za Crohnovu bolest [20]. Zemlje s niskom incidencijom imaju od 0,9 (Španjolska) do 3,4 (Italija) slučajeva na 100 000 stanovnika [21, 22]. Incidencija IBD-a u Hrvatskoj u recentno je vrijeme ispitana za Primorsku-goransku županiju i iznosi 4,3 na 100 000 stanovnika za UC te 7,0 na 100 000 stanovnika za CB [23]. Zatim za Vukovarsku-srijemsku županiju 3,5 na 100 000 stanovnika za UC te 0,95 na 100 000 za CB, kao i za Zadarsku županiju koja ima incidenciju UC 8,2 na 100 000, a CB 8,4 na 100 000 stanovnika [24].

Crohnova se bolest u većine bolesnika prvi put pojavi između 15. i 30. godine, a u manjem broja oboljelih između 60. i 80. godine života, dok se UC prvi put pojavljuje između 20. i 40. godine života, a drugi nastup bolesti, u manjine, jest između 60. i 80. godine [1]. CB je češća kod žena, a UC kod muškaraca. Etničke su studije pokazale da je bolest češća kod bijelaca, nego u crnaca [25].

3.3. Etiopatogeneza

Uzrok nastanka upalnih bolesti crijeva još je uvijek nepoznat, no identificirano je nekoliko čimbenika rizika i to se najčešće povezuju čimbenici okoline, genetike i imunološkog odgovora [29]. Neki bolesnici imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu, no očito je da ne postoji jedinstven način nasljeđivanja. Najvažniji poznati faktor okoliša za upalne bolesti crijeva je pušenje. Pušenje je zaštitni čimbenik kod UC, dok promovira CB, tako da je prekid pušenja kod bolesnika s UC-om povezan s povećanjem aktivnosti bolesti i brojem hospitalizacija [26, 27]. Također čimbenik okoliša koji pogoduje nastanku CB je primjena oralnih kontraceptiva [26]. Opaženo je da rana apendektomija je rijetkost u bolesnika s UC, što upućuje na mogući profilaktički učinak [27]. Dosta je studija utvrđivalo faktore ranog djetinjstva kao što je rani prekid dojenja, pasivno pušenje, higijena i infekcija [17]. Sugerira se povezanost pojave CB i ospica ili cijepljena protiv ospica, ali to nije i sigurno dokazano. Neke studije pokazuju pojavu IBD-a nakon ranije dijagnosticiranog sindroma iritabilnog crijeva, odnosno nakon crijevne infekcije sa Salmonellom ili Campylobacterom [28]. Za antigene iz hrane smatra se da pokreću imunološki odgovor, što također rezultira razvojem IBD-a. Neke od namirnica koje taj rizik povećavaju su rafinirani šećer, margarin, kvasac, čokolada i cola pića [17].

3.4. Crohnova bolest

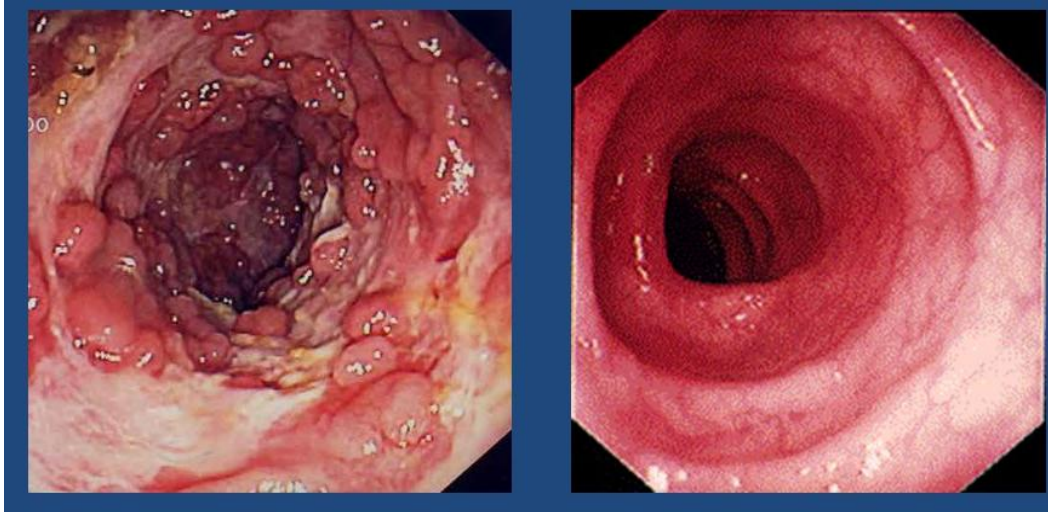
Crohnova bolest je kronična bolest crijeva nepoznate etiologije koja može zahvatiti bilo koji dio probavnog sustava od usne šupljine do anusa [29]. Upalom su zahvaćeni svi slojevi crijevne stijenke, kao i mezenterij i regionalni limfni čvorovi, a upalni proces je obično diskontinuiran [2]. Predilekcijska mjesta su distalni dio tankog crijeva i proksimalni dio kolona, stoga tu bolest nazivamo i ileitis terminalis [1]. Karakterističan je varijabilan tok bolesti s brojnim remisijama i egzacerbacijama, vrlo različitim manifestacijama bolesti, čestim perianalnim, intestinalnim i ekstraintestinalnim komplikacijama te čestim recidivima nakon kirurške resekcije bolesnog segmenta crijeva. Uzrok nastanka upalnih bolesti crijeva nije sasvim jasan. Uzimajući u obzir epidemiološke, genetičke i imunološke podatke možemo zaključiti da je uzrok bolesti

multifaktorske prirode [17]. Prema dosadašnjim istraživanjima o nastanku upalnih bolesti crijeva pojavile su se tri moguće teorije: crijevna infekcija, poremećen imunološki odgovor i genetska predispozicija [30]. Nekoliko gena je do sada povezano s dijagnozom Crohnove bolesti, a dosadašnje spoznaje kao najvažnije izdvajaju gene NOD2, IL23R i ATG16L1 [31]. Oni su povezani s prepoznavanjem receptora, održavanjem homeostaze epitelne barijere, autofagima, diferencijacijom limfocira i mnogim drugim funkcijama. Pogreške u tim genima rezultiraju neadekvatnim odgovorom imunskog sustava, što dovodi do upalnih promjena u probavnoj cijevi [31].

3.4.1. Patologija i patofiziologija

Bitna karakteristika Crohnove bolesti je transmuralna³ upala, zadebljanje crijevne stjenke, ulceracije, natekline upalnog tkiva koje uz fisure i ulceracije daju sluznici „kaldrmast“ izgled, nadalje, progresivna fibroza koja dovodi do stenoza, fistule između crijevnih vijuga, između crijeva i susjednih organa te povećani mezenterijski limfni čvorovi [29]. Karakteristika Crohnove bolesti su preskačuće upalne lezije, pa se tako izmjenjuju dijelovi zdrave sluznice i promijenjene sluznice [37]. Stjenka crijeva je zadebljana, a lumen sužen što prikazuje *Slika 3.4.1.1.* Epiteloidni granulomi prisutni su u 40-60 % bolesnika i mogu se naći u svim slojevima crijevne stjenke [32]. Izolirana pojava bolesti samo u tankom crijevu susreće se u 30-40 % oboljelih, u debelom crijevu u 15-25 %, a istodobna zahvaćenost tankoga i debeloga crijeva nalazi se u 40-55 % bolesnika [1]. Kod Crohnove bolesti onemogućena je apsorpcija žučnih soli. Apsorbirane žučne soli odlaze u jetru te se ponovno izlučuju i koriste, pa poremećaji apsorpcije uzrokuju njihov manjak, dok neapsorbirane žučne soli dolaze u debelo crijevo gdje ih bakterije dekonjugiraju [33].

³ Upalne promjene se protežu kroz cijelu debljinu stjenke crijeva.



Slika 3.4.1.1. Endoskopija tankog crijeva - na lijevoj slici je tanko crijevo zahvaćeno Crohnovom bolesti, a na desnoj normalno tanko crijevo

Izvor: <https://slideplayer.com/slide/5876338/> [59]

3.4.2. Klinička slika i komplikacije

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]. Pacijenti mogu imati simptome mnogo godina prije postavljanja dijagnoze, što se i potvrđuje kasnije u provedenom istraživanju gdje je kod 25,9 % ispitanika prošlo više od 5 godina od pojave simptoma do postavljanja dijagnoze. Klasični znakovi CB jesu grčeviti bolovi u desnom donjem kvadrantu trbuha, proljev (uglavnom 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 [1]. Aktivnost bolesti se procjenjuje na osnovi subjektivnih simptoma, objektivnih kliničkih i laboratorijskih pokazatelja te endoskopskim nalazom.

Najčešća lokalna komplikacija Crohnove bolesti je opstrukcija koja se pojavljuje kod 20-30 % bolesnika, nadalje su česte fistule, perforacija, krvarenje i intrabdominalni apscesi [9]. Osim intestinalnih, Crohnova bolest ima i čitav niz ekstraintestinalnih manifestacija, kao što su periferni artritis, kolelitijaza, urinarne infekcije i malnutricija [9].

3.4.3. Dijagnoza

Dijagnoza bolesti, kao i kod svih ostalih bolesti, započinje prepoznavanjem karakteristične kliničke slike kojom se prezentiraju oboljeli. Nadalje, rade se određene dijagnostičke pretrage, one uključuju laboratorijske nalaze, pregled stolice, endoskopske preglede, radiološke pretrage, UZV pregled abdomena, CT i metoda nuklearne medicine (scintigrafija crijeva) [29]. Posljednjih godina važno mjesto u dijagnostici, posebno kod komplikacija ima magnetska rezonanca (MR abdomena, MR enteroskopija, MR kolonoskopija). Endoskopija je ključna pretraga u dijagnostici Crohnove bolesti, omogućuje vizualizaciju, procjenu intenziteta i opsega upalnih promjena te uzimanje materijala za patohistološku dijagnostiku [29]. Endoskopija je kontraindicirana u akutnoj bolesti, toksičnom megakolonu i u bolesnika s radiološki dokazanim brojim fistulama [30]. Uvidom u navedene dijagnostičke pokazatelje, težina i stupanj bolesti procjenjuje se tzv. indeksom aktivnosti bolesti, pomoću CDAI (Crohn Disease Activity Indeks), prema kojem razlikujemo blagi, umjereni i teški oblik bolesti [3]. Klasifikacija bolesti radi se u svrhu standardiziranja ispitanika, povezivanja genetskih i seroloških značajki s fenotipom bolesti [50]. Prva takva klasifikacija Crohnove bolesti bila je ustanovljena 1998. godine na Svjetskom gastroenterološkom kongresu u Beču, a druga modificirana 2005. godine u Montrealu, te se Montrealska klasifikacija i danas upotrebljava (*Tablica 3.4.3.1.*) [34, 50].

Dob kod dijagnoze	A1 ispod 16 godina
	A2 između 17 i 40 godina
	A3 iznad 40 godina
Lokalizacija	L1 ileum
	L2 kolon
	L3 ileum i kolon
	L4 samo gornji GI trakt
Predominantni fenotip	B1 nestrikturirajući, nepenetrirajući
	B2 strikturirajući
	B3 penetrirajući
	p perianalna bolest

Tablica 3.4.3.1. Montrealska klasifikacija Crohnove bolesti

Izvor: M. Katičić: Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva, Acta medica Croatia, br. 2, Klinička bolnica „Merkur“, Zagreb, 2013., str. 93-109 [50]

3.4.4. Liječenje

Liječenje upalnih bolesti crijeva veliki je problem i izazov suvremene medicine. Terapija za svakog pacijenta mora se prilagoditi individualno, uzimajući u obzir sve dostupne parametre. Osnovni ciljevi terapije su postići i održavati remisiju, nadoknaditi nutritivski deficit, te bolesniku omogućiti kvalitetan život, resocijalizaciju i profesionalno djelovanje. Osim medikamente terapije koja se primjenjuje ovisno o fenotipskoj inačici, lokalizaciji i aktivnosti bolesti, primjenjuje se i nutritivna i kirurška terapija [1]. Važno je naglasiti da se kirurškim liječenjem ne može izliječiti sama bolest, no važna je stavka u liječenju komplikacija, o čemu svjedoči podatak da više od 70 % bolesnika zahtjeva bar jedan kirurški zahvat u životu [29]. Od farmakološke terapije koriste se aminosalicilati (mesalazin, sulfasalazin), kortikosteroidi, imunomodulatori, antibiotici (metronidazol, ciprofloksacin) i u novije vrijeme, sve se više pridaje pažnja i važnost liječenju biološkim lijekovima (infliksimab) [17]. Aminosalicilati i kortikosteroidi koriste se za indukciju remisije, a imunomodulatori za održavanje remisije te antidijarejalni lijekovi ako je potrebno [35].

3.5. Ulcerozni kolitis

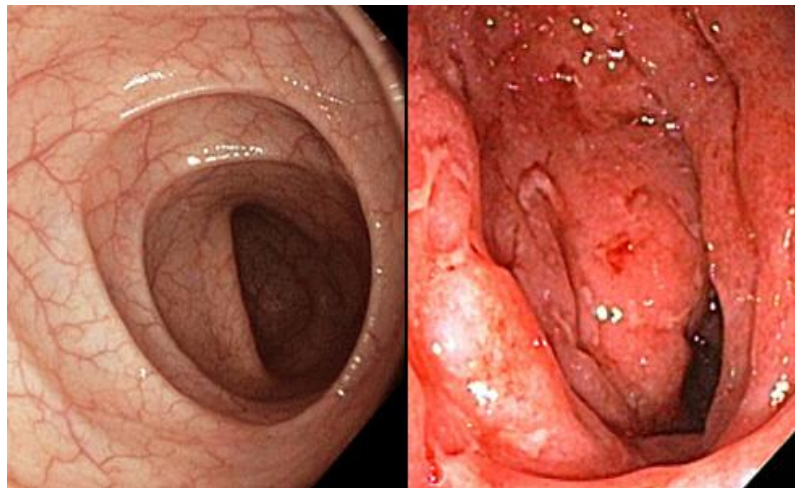
Ulcerozni kolitis je kronična upala nepoznate etiologije ograničena na sluznicu debelog crijeva i širi se kontinuirano proksimalnije [1]. Bolest može zahvatiti cijeli kolorektum ili samo dio, pa se s obzirom na zahvaćenost dio manifestira kao proktitis ili ljevostrani kolitis. Javlja se u dobnoj skupini od 20 do 40 godina, a zabilježena je i veća pojavnost od 60 do 80 godina te je nešto češća u muškaraca [1]. Kao i CB, i UC nastaje međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika koje rezultira poremećenim imunološkim odgovorom. Pušenje je zaštitni čimbenik za razvoj ulceroznog kolitisa, čije se povoljno djelovanje objašnjava pojačanim izlučivanjem sluzi koja ima zaštitnu ulogu [36]. Proširenost ulceroznog kolitisa ocjenjuje se prema Montrealskoj klasifikaciji što je detaljnije objašnjeno dalje u tekstu i popraćeno sa tablicom.

3.5.1. Patologija i patofiziologija

Ulcerozni kolitis je upalna bolest sluznice debelog crijeva koja u 95 % slučajeva zahvaća rektum, a širenje prema proksimalnim dijelovima je kontinuirano i individualno različito [1]. Izgled same sluznice crijeva ovisi o aktivnosti i dužini trajanja bolesti, a za UC je karakteristična oštra granica između upaljene i normalne sluznice [17]. Sluznica je crvena, prhka, a mogu se

naći i široki i plitki vrijedovi, što prikazuje *Slika 3.5.1.1.* [37]. Vrijedovi su ograničeni na sluznicu i podsluznicu, a u nekim teškim slučajevima mogu prodirati u dublje slojeve [33]. U fazi remisije sluznica je ravna i atrofična, a nerijetko kao znak hiperplastične regeneracije nastaju pseudopolipi [30]. U dugotrajnoj bolesti crijevo izgubi haustracije, može se skratiti zbog retrakcije longitudinalnoga mišićnog sloja, a može se naći i karcinom [1]. Bolest je kronična i recidivirajuća, praćena krvavim i sluzavim proljevima, koji mogu trajati danima ili mjesecima [29].

Poremećaji funkcije debelog crijeva ponajprije se očituju kao poremećaji formiranja stolice i to kao proljev ili konstipacija stolice. Pri oštećenju crijevne sluznice nastaje sekrecijski proljev kojemu pridonosi istovremeno smanjena apsorpcija elektrolita, a time i vode [2].



Slika 3.5.1.1. Endoskopski prikaz sluznice zdravog debelog crijeva i sluznice zahvaćene ulceroznim kolitisom

Izvor: <https://fineartamerica.com/featured/1-ulcerative-colitis-in-the-rectum-gastrolab.html> [60]

3.5.2. Klinička slika i komplikacije

Klinička slika ovisi o aktivnosti bolesti i površini zahvaćenoj upalom. Klasični su simptomi bolesti sljedeći: krvavosluzave proljevaste stolice, abdominalna bol, gubitak na tjelesnoj težini, febrilnost, slabokrvnost, anoreksija i mučnina [29]. Karakteristična je imperativnost i žurnost pražnjena stolice praćena osjećajem nepotpuna pražnjenja crijeva, što se objašnjava činjenicom da upaljeni rektum gubi mogućnost da bude rezervoar za stolicu [1]. Aktivnost bolesti klasificira se kao blaga, umjereno teška i teška, što je od terapijske važnosti. Na svjetskom

gastroenterološkom kongresu u Montrealu, naglašena je značajnost uvođenja klasifikacije ulceroznog kolitisa i procjene stupnja bolesti te je predstavljena takva koja UC dijeli u tri podskupine i omogućuje bolju procjenu prirodne povijesti i prognoze za bolesnika, prikazano u *Tablici 3.5.2.1.* [34, 50].

Kod UC može doći do intestinalnih i ekstraintestinalnih komplikacija. U intestinalne komplikacije kao najčešće ubrajamo perianalna bolest (hemeroidi, analne fisure, perianalni apsces, prolaps rektuma), pseudopolipi, masivno krvarenje, opstrukcija kolona, toksični megakolon, perforacija kolona i karcinom [9]. Dok u ekstraintestinalne komplikacije ubrajamo nutritivne i metaboličke komplikacije, hepatobilijarne komplikacije, hematološke komplikacije, zglobne promjene, očna bolest, kožne promjene, aftozni stomatitis i upale mokraćnog sustava [39].

Stupanj	Bolest	Anatomija
E1	Ulcerozni proktitis	Ograničen na rektum
E2	Ljevostrani kolitis	Ograničen na dio kolorektuma distalno od krivine slezene
E3	Ekstenzivni kolitis	Širi se proksimalno od krivine slezene

Tablica 3.5.2.1. Klasifikacija stupnja bolesti kod ulceroznog kolitisa – Montreal

Izvor: M. Katičić: Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva, Acta medica Croatia, br. 2, Klinička bolnica „Merkur“, Zagreb, 2013., str. 93-109 [50]

3.5.3. Dijagnoza

U većine oboljelih od UC dijagnoza se postavlja na osnovi kliničke slike, laboratorijskih parametara i endoskopskog nalaza s histološkom verifikacijom [1]. Prije postavljanja definitivne dijagnoze treba isključiti brojna druga stanja i bolesti koje čine diferencijalnu dijagnozu. Isto kao i kod CB provede se određene metode koju dokazuju bolest, a najvažnija pretraga je kolonoskopija koja čini glavnu dijagnostiku UC-a, te se tijekom samog pregleda biopsijom uzimaju materijali promijenjene sluznice za PHD. Fizikalni pregled je koristan prije svega zbog detekcije ekstraintestinalnih manifestacija bolesti i sistemnih posljedica, a isto tako je važan u prepoznavanju lokalnih komplikacija kao što su toksični megakolon i perforacija

crijeva [41]. Brojna istraživanja iznose podatak o značajnom udjelu bolesnika koji su doživjeli samo jednu epizodu bolesti ili je ponovnom procjenom 12 mjeseci nakon prve dijagnoze ustanovljeno kako uopće nemaju IBD [40].

3.5.4. Liječenje

Liječenje ulceroznog kolitisa složeno je i različito od bolesnika do bolesnika, ovisno o proširenosti bolesti, njezinoj aktivnosti, općem stanju oboljelog, postojanju izvancrijevnih manifestacija te o uspješnosti dotadašnjega medikamentnog liječenja [1]. Cilj liječenja ulceroznog kolitisa je smanjiti upalu, osigurati odmor crijeva i korigirati nutritivni status uz farmakološke i nefarmakološke intervencije, no u slučaju nedjelotvornosti istih, koristi se kirurško liječenje [41]. Lijekovi koji se koriste su aminosalicilati (mesalazin, sulfasalazin), kortikosteroidi, imunomodulatori (ciklosporin, azatioprin) i biološki lijekovi [17]. Distalna bolest (proktitis, proktosigmoiditis) liječi se topički (čepići, klizme) [29]. Simptomatska se terapija sastoji u nadoknadi tekućine i elektrolita, korekciji anemije i hipoproteinemije te fizičkom i psihičkom mirovanju. Vrlo je važno mirovanje koje omogućava cijeljenje i smanjenje aktivnosti crijeva [45]. Dok nema poboljšanja bolesti navedenim mjerama, pristupa se kirurškom liječenju radi poboljšanja kvalitete života koja je narušena.

3.6. Mukozno cijeljenje

Kod upalnih bolesti crijeva glavna karakteristika bolesti jesu oštećenja intestinalnog epitela, te se mukozno cijeljenje shvaća kao cijeljenje vidljivih ulceracija [39]. No odsutnost ulceracija nije naravno jedini kriterij poboljšanja. Verifikacija mukoznog cijeljenja zahtijeva endoskopski pregled koji katkada teško podnose mnogi bolesnici, no svakako je najvažniji alat u procjeni i odluci o terapiji, važniji od kliničke evaluacije [39]. Dokazano je da bolesnici na biološkim lijekovima u kojih je postignuto mukozno cijeljenje su imali znatno manje hospitalizacija i kirurških zahvata [54].

Kod CB planiranje terapije zahtijeva poznavanje djelotvornosti pojedinih lijekova u smislu postizanja mukoznog cijeljenja, pa tako kortikosteroidi imaju malen ili nikakav učinak, dok azatioprin promovira mukozno cijeljenje, štoviše brojne studije dokazale su kako je povezan i s održavanjem remisije bolesti [39]. Grupa istraživača iz Leuvena opazila je da je terapija azatioprinom u odsutnosti kortikosteroida u grupi od 19 bolesnika s teškim rekurentnim ileitisom dovela do endoskopski potpunog ili gotovo potpunoga makroskopskog cijeljenja

(odsutnost ulkusa) u 73 % bolesnika, te do parcijalnog cijeljenja u 20 % bolesnika nakon 6 mjeseci terapije [38].

Isto tako je i kod UC mukozno cijeljenje postavljano kao terapijski cilj, no u ovom slučaju kortikosteroidi mogu inducirati cijeljenje u blažim oblicima bolesti, dok se kod težih oblika ulceracija pokazuju nedjelotvornima, pa se primjenjuje ciklosporin [39]. Retrospektivna studija pokazala je da je rano endoskopsko poboljšanje nakon 14 dana terapije udruženo s smanjenim rizikom od kolektomije unutar godine dana, no duže je promatranje pokazalo da je kolektomija bila potrebna kod 54 % bolesnika unutar 11 godina [51].

4. Osobitosti prehrane oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Prehrana ima višestruko značenje za upalne bolesti crijeva. Kao jedan od čimbenika okoline ima potencijalnu ulogu u etiologiji ovih bolesti, no istovremeno je i jedna od središnjih komponenti liječenja, kao primarna ili kao potporna terapija [42]. Kao čimbenik okoline koji se spominje u etiologiji IBD-a prehrana je bila pod povećalom brojnih istraživača. Tako je istraživanjem dokazano da rafinirani šećer utječe na pojavu bolesti, zatim isto tako se povećana pojavnost oboljenja dokazuje kod djece koja su bila kratko dojena ili nisu bila dojena, a studije iz Japana ukazuju na korelaciju rasta incidencije CB s povećanim unosom proteina životinjskog podrijetla, posebice omega-6 višestruko nezasićenih masnih kiselina [43, 44].

Prehrana ima važnu ulogu u životu i liječenju bolesnika s upalnim bolestima crijeva, a od posebne je važnosti adekvatna opskrba mikronutrijentima čiji se nedostaci učestalo pojavljuju kod oboljelih od IBD-a [44]. Pothranjenost je prisutna kod 65-75 % bolesnika s CB i 18-62 % bolesnika s UC [45]. Stoga je važno individualnim pristupom već u ranoj fazi bolesti krenuti sa nutritivskom potporom i pomoći bolesniku da modificira svoju prehranu prema preporučenim jelovnicima. Osnovne preporuke za prehranu osoba s upalnom bolesti crijeva su da mora biti energetska bogata, s visokim sadržajem kvalitetnih bjelančevina, umjerenim količinama nezasićenih masti, dosta vitamina i minerala te bez puno prehrambenih vlakana [46]. Prehrana oboljelih od IBD-a često ne sadržava dovoljne količine hrane bogate folnom kiselinom. Deficit folne kiseline primijećen je u prosječno 54 % odraslih oboljelih od Crohnove bolesti i 36 % oboljelih od ulceroznog kolitisa [44]. Nedostatak folne kiseline i vitamina B12 može pridonijeti pojavi megaloblastične anemije u oboljelih od IBD-a. Retrospektivne studije pokazale su da suplementacija folnom kiselinom možda ima zaštitni učinak na pretkancerozne promjene i karcinom crijeva u bolesnika s ulceroznim kolitisom [44].

Neka su pravila u dijetoterapiji IBD-a ipak važeća te se tako kod kronične upale u akutnoj fazi prehrana svodi na vrlo lako probavljive namirnice, da bi se kasnije primijenila eliminacijska dijeta zbog njezina povoljnog učinka bez nuspojava [52]. Spomenutim lako probavljivim namirnicama pripadaju nezaslađeni čajevi, kompoti, sokovi, kuhana riža, mrkva i slično. Ubrzo nakon toga, uvodi se kruta hrana poput dvopeka, meda, kuhane piletine, kuhanih jaja i slično. S nastupom remisije kreće se s eliminacijskom dijetom. Za početak se iz prehrane isključuje sve što bi moglo pogoršati simptome bolesti, zatim se uvodi jedna po jedna namirnica, uz vođenje detaljnog dnevnika prehrane sa zapažanjima o općem stanju [52]. Enteralna prehrana u slučaju CB može imati ulogu glavne terapije ili potporne terapije, a prema smjernicama primjenjuje u aktivnoj fazi bolesti, perioperacijski i tijekom remisije. Dok je u

bolesnika s UC enteralna prehrana opravdana samo u slučaju pothranjenosti ili unosa nedostatne količine hrane za zadovoljavanje nutritivnih potreba. Nema adekvatnih kliničkih studija koje bi upućivale na prednost pojedinih pripravaka [52].

5. Uloga medicinske sestre

S obzirom na čestu hospitalizaciju bolesnika veliku ulogu u zdravstvenom timu ima medicinska sestra, koja svojim stručnim znanjem i vještinama kroz zdravstvenu njegu i edukaciju pomaže bolesniku u rješavanju njegovih problema. Medicinska sestra najviše vremena provodi s bolesnika od trenutka prijema, dijagnosticiranja bolesti pa sve do otpusta iz bolnice do susreta s patronažnom službom u samoj kući bolesnika [41]. Zdravstvena njega bolesnika s upalnim bolestima crijeva ovisi o fenotipu bolesti i stupnju zahvaćenosti crijeva, a prvenstveno o općem stanju bolesnika [41]. Važno je pacijentu objasniti način liječenja i prognozu same bolesti. Bolesnici se susreću sa novim izazovima, pa je tu potrebna stručnost i savjeti koji će ih usmjeriti u daljnji proces liječenja. Medicinska sestra je ta koja će svojom profesionalnošću, a istovremeno toplim i srdačnim odnosom pružiti neposrednu fizičku i psihičku podršku.

Kako bismo zadovoljili potrebe bolesnika za što kvalitetnijom njegom, nužno je vođenje sestrinske dokumentacije koja će osigurati kvalitetu i kontinuitet u praćenju bolesnika [53]. Utvrđivanje potreba za sestrinskom skrbi kod oboljelih od upalnih bolesti crijeva obuhvaća prikupljanje podataka, utvrđivanje potreba, analizu i definiranje problema na osnovi kojih će se postaviti sestrinska dijagnoza i izraditi plan zdravstvene njege [41]. Bolesniku se pristupa individualno, što omogućuje i razvija dobru komunikaciju, odnos povjerenja i pruža u svakom trenutku povratku informaciju. Pri uzimanju sestrinske anamneze, medicinska sestra mora uzeti kompletne podatke o povijesti bolesti, bolesnikovoj zabrinutosti o proljevima, abdominalnim grčevima, tenezmima, mučnini, anoreksiji, gubitku težine. Bitno je identificirati egzacerbacije vezane uz stres, prehrambene navike i remisije, obiteljsku predispoziciju, alergije na hranu, konzumiranje alkohola, kave, nikotina, prehrambeni status te psihosocijalni status. Na temelju prikupljeni podataka sestra će izraditi plan zdravstvene njege i na kraju evaluirati postignute rezultate [53].

Nakon izlaska iz bolnice potrebno je u skrb pacijenta uključiti i ostale članove obitelji, jer bolesnici sa upalnom bolešću crijeva često su tjeskobni i depresivni. Zbog bolesti mogu se zatvoriti u sebe i socijalno se izolirati, kako bi se to preveniralo važna je podrška obitelji i prijatelja. Zdravstveni djelatnici, posebice medicinske sestre, moraju vrednovati i podupirati udruge pacijenata oboljelih od upalnih bolesti crijeva, koje djeluje na cijelom području Hrvatske i pomažu oboljelima u svim aspektima skrbi, pomoći, savjetima i razumijevanju za daljnji lakši i normalni nastavak života bez narušavanja njegove kvalitete.

6. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati stavove oboljelih od upalnih bolesti crijeva o utjecaju bolesti na njihov život, saznati najčešće simptome i probleme s kojima se susreću u svakodnevnom životu, te time utvrditi u kolikoj mjeri tegobe bolesti utječu na njihovu kvalitetu života.

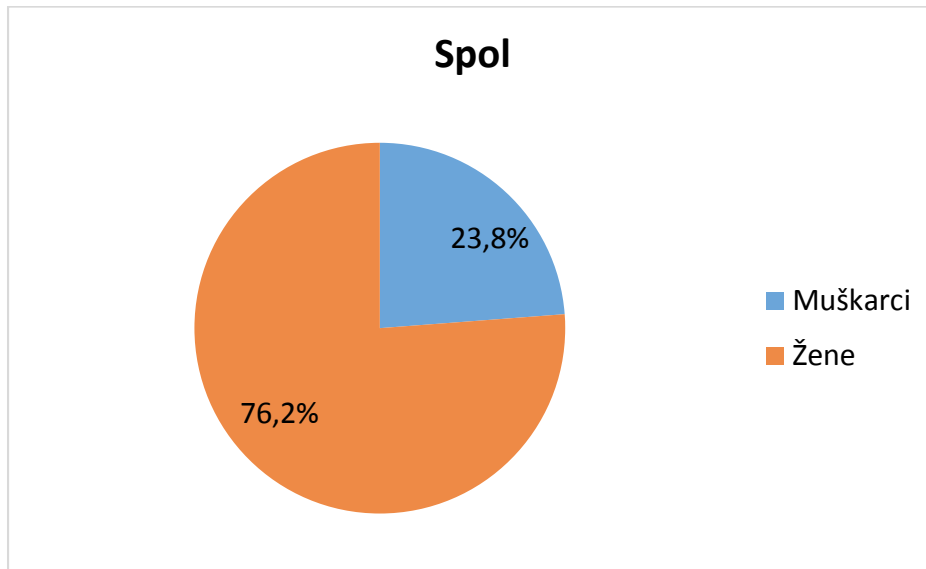
7. Metode i ispitanici

Istraživanje o kvaliteti života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva provedeno je u razdoblju od 10. srpnja do 4. kolovoza 2018. godine. Podaci su prikupljeni nestandardiziranim anketnim upitnikom preko Google obrasca na društvenoj mreži „Facebook“, ali samo unutar službenih Facebook stranica dviju nevladinih udruga, a to su Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis (HUCUK) i Udruga oboljelih od Crohnove bolesti i ulceroznog kolitisa - Osijek (ColonOs). Stupanjem u kontakt sa administratorima udruga podijeljena je poveznica koja je vodila do ankete te im je ukratko objašnjena svrha i cilj anketnog istraživanja. Po završetku istraživanja, prikupljeni podaci statistički su analizirani pomoću programa Microsoft Office Excel 2007. Pri obradi podataka korišteni su osnovni elementi deskriptivne statistike, a svi rezultati prikazani su grafički i u obliku tablica apsolutno i relativno.

U istraživanju je sudjelovalo 193 ispitanika u dobi od 18 do 40 godina i više od 40 godina. Konstruiran je anketni upitnik koji se sastojao od 19 pitanja. Upitnik je bio u potpunosti anonimn, a sudjelovanje dobrovoljnog karaktera. Na samom početku upitnika, prva tri pitanja odnosila su se na opće podatke o ispitanicima (spol, dob i stupanj obrazovanja), a četvrtim pitanjem potvrđena je dijagnoza od koje boluju, da li se radi o ulceroznom kolitisu ili Crohnoj bolesti. Peto pitanje nadovezalo se na dijagnozu bolesti, odnosno period koji je prošao od pojave prvih simptoma do postavljanja konačne dijagnoze. Kroz sljedećih 14 pitanja ispitivali su se problemi koji utječu na kvalitetu života ispitanika, pa su tako ispitanici kratkim odgovorima navodili najčešće simptome koji najviše utječu na njihove svakodnevne aktivnosti, isto tako su naveli najveći problem koji ih je mučio kod dijagnosticiranja bolesti. Cijeli anketni upitnik može se pronaći u prilogu 1.

8. Rezultati istraživanja

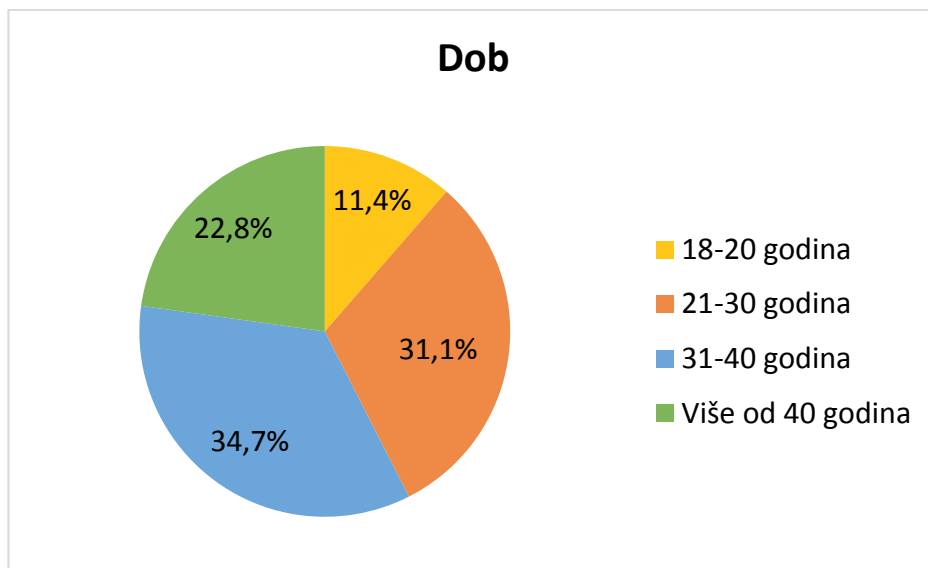
U istraživanju je, dakle sudjelovalo ukupno 193 ispitanika, onih ženskog spola bilo je 76,2 % (147), dok je muškog spola bilo 23,8 % (46), a distribucija ispitanika prema spolu prikazana je u *Grafu 8.1.*



Graf 8.1. Distribucija ispitanika prema spolu

Izvor: [Autor]

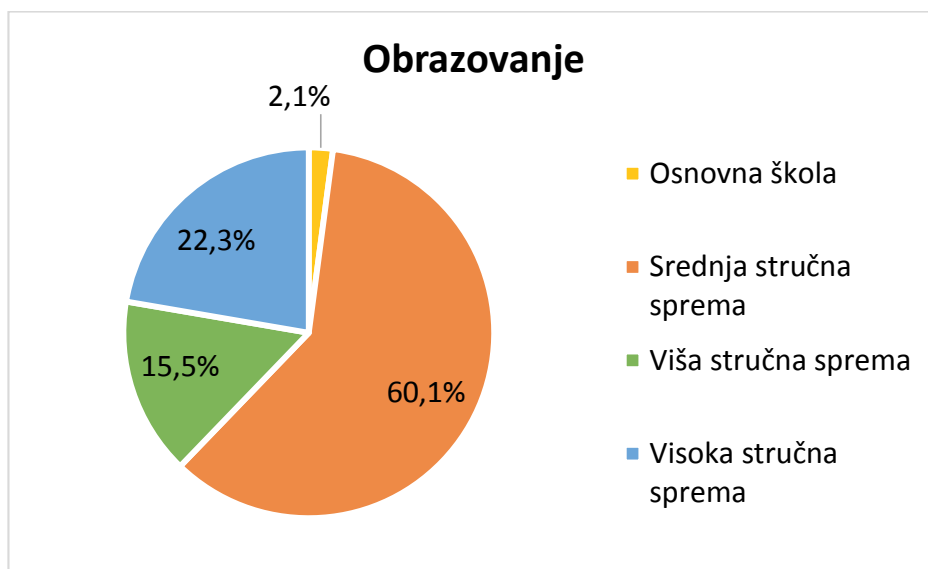
Dob ispitanika bila je podijeljena u četiri skupine od kojih je u prvoj, koja predstavlja osobe od 18 do 20 godina, bilo najmanje ispitanika njih 11,4 % (22). U drugoj skupini nalazile su se osobe u dobi do 21 do 30 godina, te je njih bilo 31,1 % (60), dok je u trećoj skupini u dobi od 31 do 40 godina bilo njih najviše 34,7 % (67). U posljednjoj skupini bilo je 22,8 % (44) ispitanika u dobi iznad 40 godina. *Grafikon 8.2.* prikazuje navedene podatke.



Graf 8.2. Distribucija ispitanika prema dobi

Izvor: [autor]

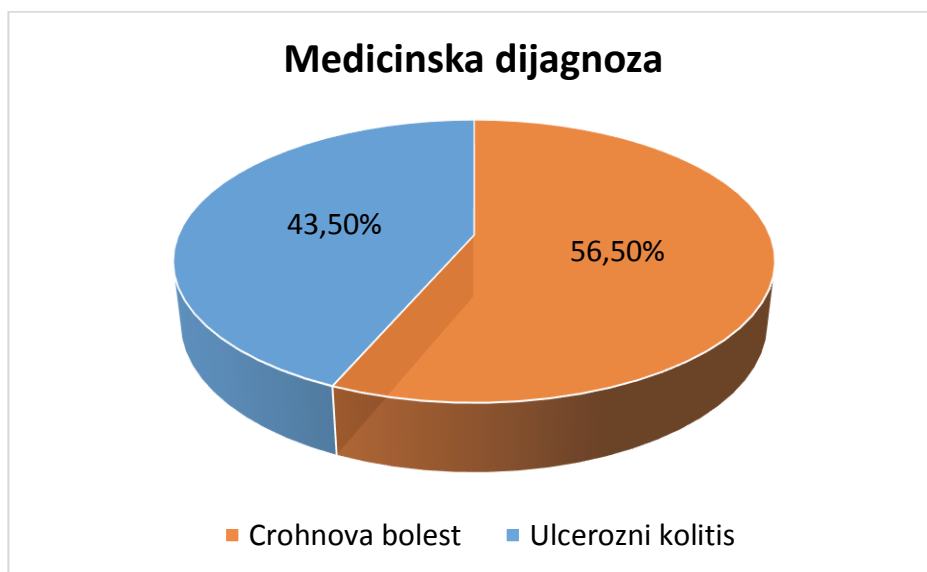
Treće pitanje odnosilo se na obrazovanje ispitanika, iz čega je proizašlo da najviše ispitanika njih 60,1 % (116) ima srednju stručnu spremu, njih 22,3 % (43) ima visoku stručnu spremu, dok njih 15,5 % (30) ima višu stručnu spremu, a najmanje njih 2,1 % (4) imaju završenu samo osnovnu školu, što je vidljivo u *Grafu 8.3.*



Graf 8.3. Podjela po stupnju obrazovanja ispitanika

Izvor: [autor]

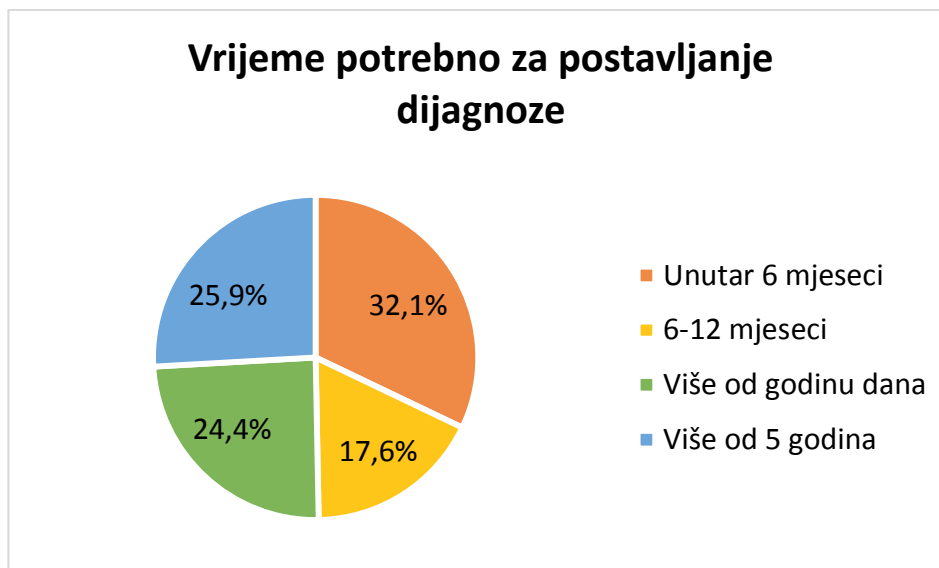
Četvrtim pitanjem utvrđena je dijagnoza od koje boluju anketirane osobe. Tako njih 56,5 % (109) ima dijagnozu Crohnove bolesti, a njih 43,5 % (84) boluje od Ulceroznog kolitisa. *Grafikon 8.4.* prikazuje navedene podatke.



Graf 8.4. Prikaz ispitanika oboljelih od Crohnove bolesti i Ulceroznog kolitisa

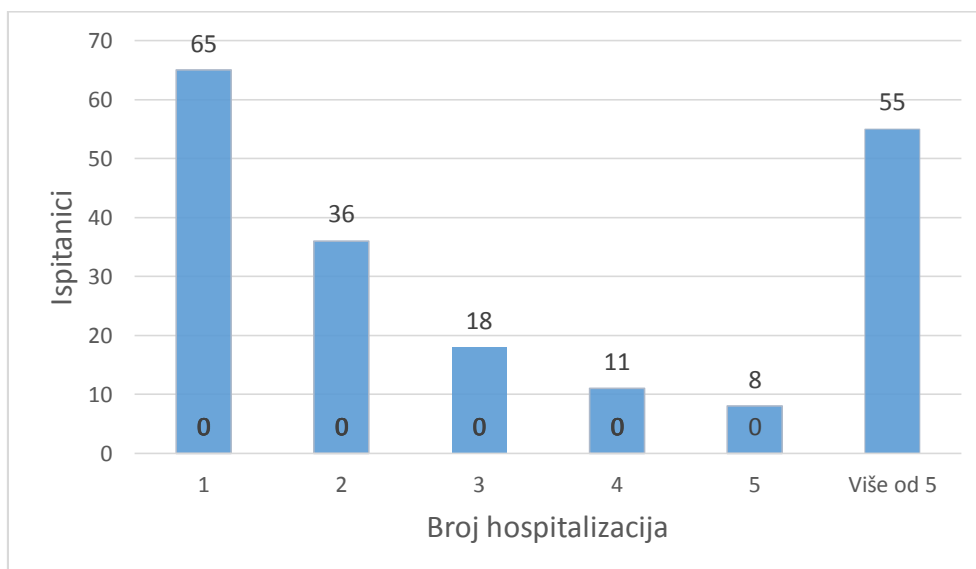
Izvor: [autor]

Nadovezujući se na prethodno pitanje o dijagnozi, petim pitanjem utvrđeni je period koji je bio potreban za postavljanje konačne dijagnoze od pojave prvih simptoma. Najviše postavljenih konačnih dijagnoza bilo je unutar 6 mjeseci, i to kod 32,1% ispitanika (62), nadalje unutar 6-12 mjeseci bilo je 17,6 % (34) postavljenih dijagnoza. Više od godinu dana je bilo potrebno kod 24,4 % (47) ispitanika, a više od 5 godina kod 25,9 % (50) ispitanika. Navedeno prikazuje *Graf 8.5.*



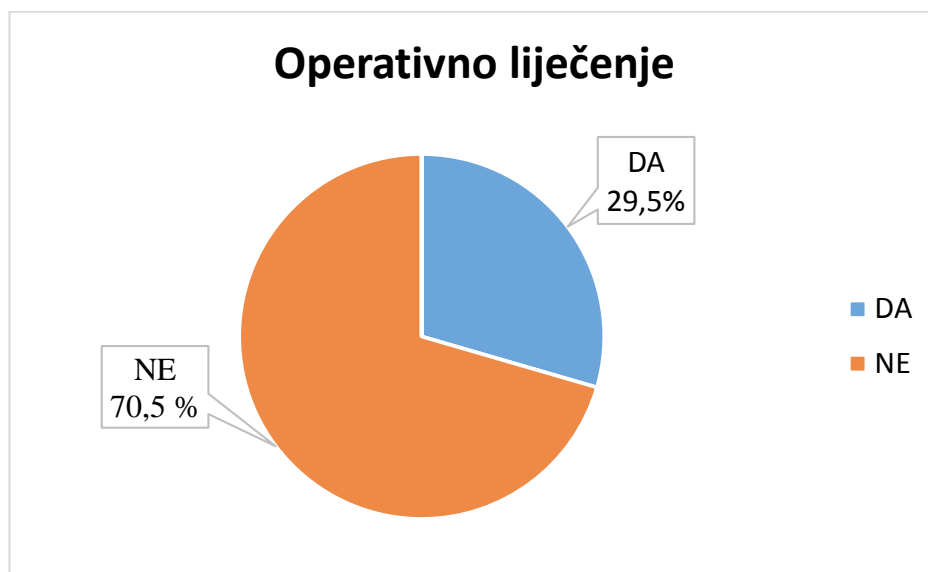
Graf 8.5. Prikaz vremena potrebnog za postavljanje konačne dijagnoze
 Izvor: [autor]

S obzirom na broj hospitalizacija zbog komplikacija i simptoma bolesti, čak 28,5 % (55) bilo je hospitalizirano više od 5 puta. Pet puta ih je bilo 4,1 % (8), četiri puta 5,7 % (11), tri puta 9,3 % (18), a dva puta 18,7 % (36). Samo jednu hospitalizaciju u toku bolesti imalo je najviše ispitanika, njih čak 33,7 % (65), što prikazuje *Graf 8.6*.



Graf 8.6. Prikaz odgovora o broju dosadašnjih hospitalizacija
 Izvor: [autor]

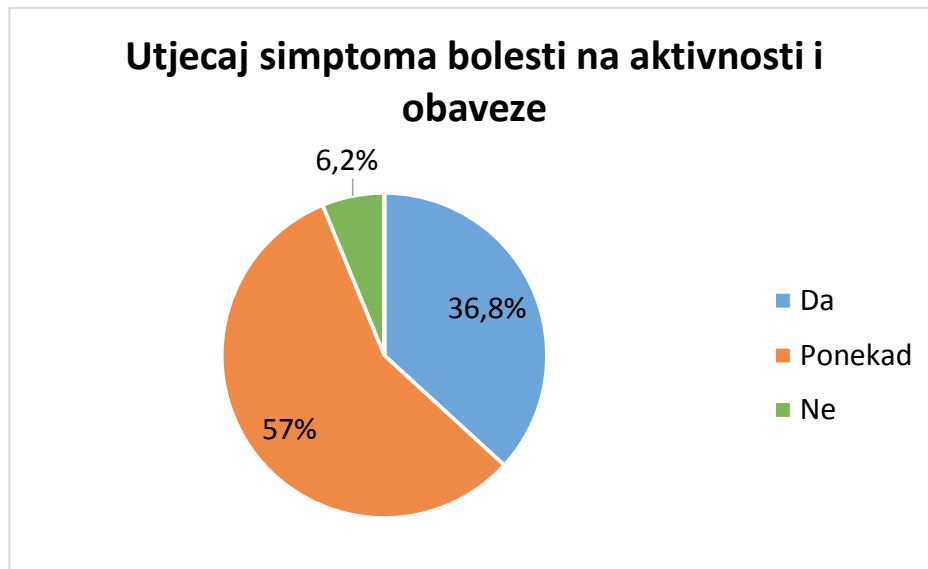
Zbog komplikacija bolesti neki ispitanici su bili podvrgnuti operativnom zahvatu i to čak njih 29,5 % (57), dok preostala većina njih 70,5 % (136) nije morala operativno biti liječena, prikazani podaci su u *Grafu 8.7*.



Graf 8.7. Prikaz odgovora o potrebi operativnog liječenja

Izvor: [autor]

Nadalje, da simptomi bolesti remete i utječu na ispitanikove svakodnevne aktivnosti i obaveze potvrđuje 36,8 % (71) anketiranih osoba. Najviše njih 57 % (110) tvrdi da ponekad utječu, dok samo njih 6,2 % (12) smatra da ne utječu na njihove aktivnosti i obaveze. Podaci su prikazani u *Grafu 8.8*.



Graf 8.8. Prikaz odgovora o utjecaju simptoma na svakodnevne aktivnosti i obaveze

Izvor: [autor]

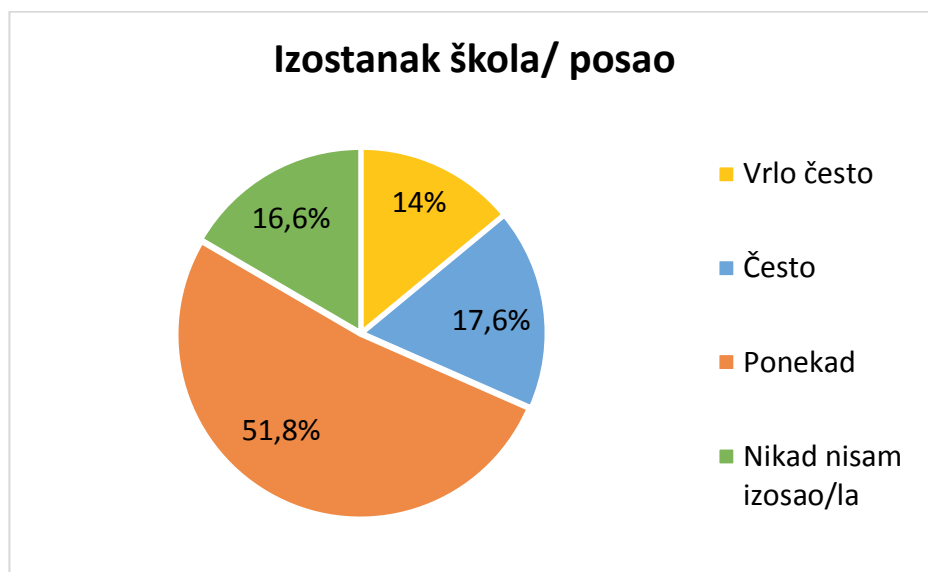
Od anketiranih osoba traženo je da navedu najčešći simptom koji utječe na njihove svakodnevne aktivnosti i obaveze, a prikupljeni odgovori prikazani su u *Tablica 8.1.* apsolutno i relativno.

	N	%
Proljev	73	37,82 %
Umor	62	32,64 %
Bolovi i grčevi u truhu	61	31,60 %
Nadutost	36	18,65 %
Lažni pozivi na defekaciju	23	11,92 %
Gubitak tjelesne težine	19	9,84 %
Razdražljivost	6	3,11 %
Zatvor	4	2,07 %
Krv u stolici	3	1,55 %
Mučnina i povraćanje	3	1,55 %

Tablica 8.1. Prikaz simptoma navedenih od strane ispitanika

Izvor: [autor]

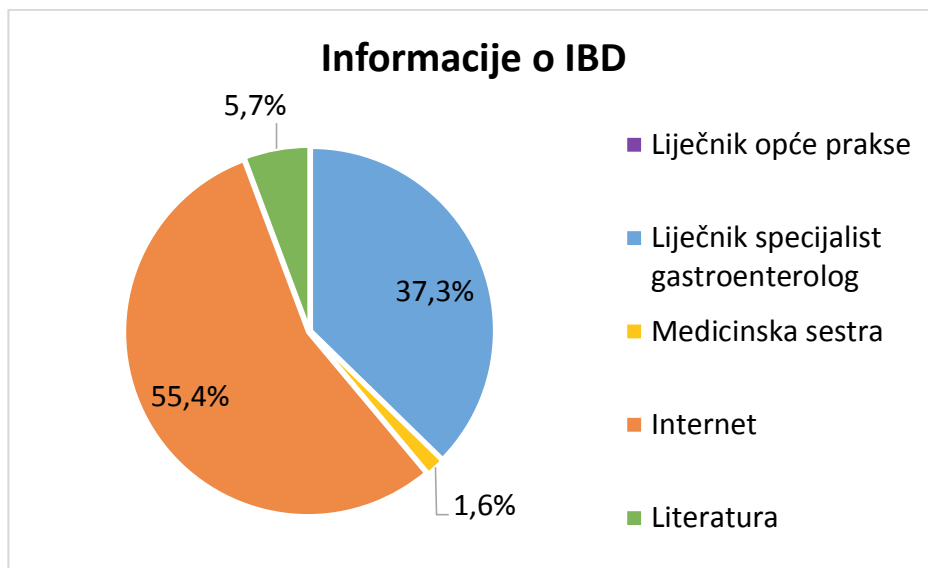
S obzirom na recidive bolesti, čak 51,8 % (100) ponekad izostaje sa posla ili škole, njih 17,6 % (34) često izostaje, a vrlo često ih izostaje 14 % (27). Dok 16,6 % (32) ispitanika nikada nije izostalo. Navedeni rezultati prikazani su u *Grafu 8.9*.



Graf 8.9. Prikaz odgovora o učestalosti izostanka sa posla/ škole zbog simptoma bolesti

Izvor: [autor]

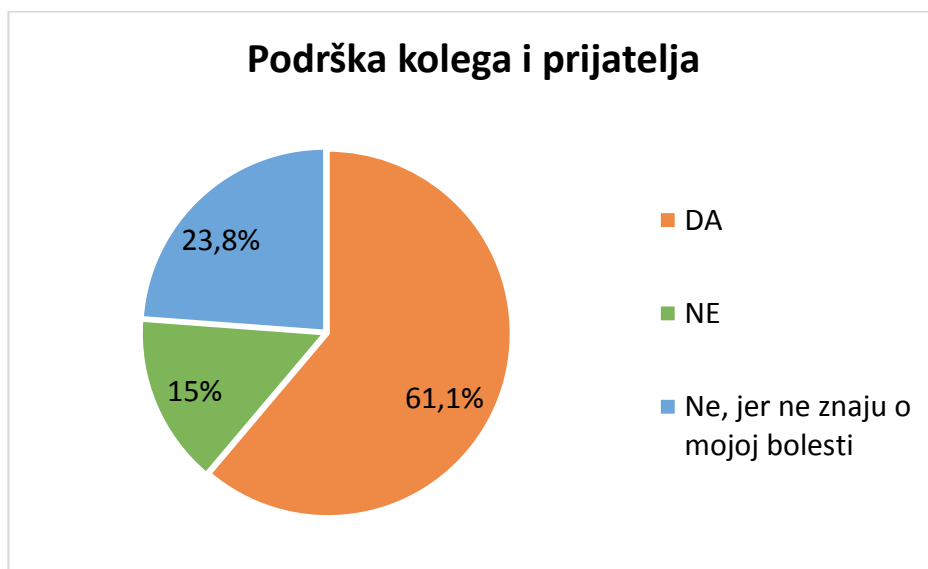
Istraživanjem je također ispitan način dobivanja informacija o upalnim bolestima crijeva. Tako je informacije o upalnim bolestima crijeva najviše ispitanika, njih 55,4 % (107), dobilo samoinicijativnim istraživanjem interneta, njih 5,7 % (11) pretraživanjem literature. Kod liječnika specijalista gastroenterologa informacije je dobilo 37,3 % (72), od strane medicinske sestre je dobilo 1,6 % (3), dok kod liječnika opće prakse ispitanici nisu dobili nikakve informacije. Podaci prikazani u *Grafu 8.10*.



Graf 8.10. Prikaz odgovora o načinu dobivanja informacija

Izvor: [autor]

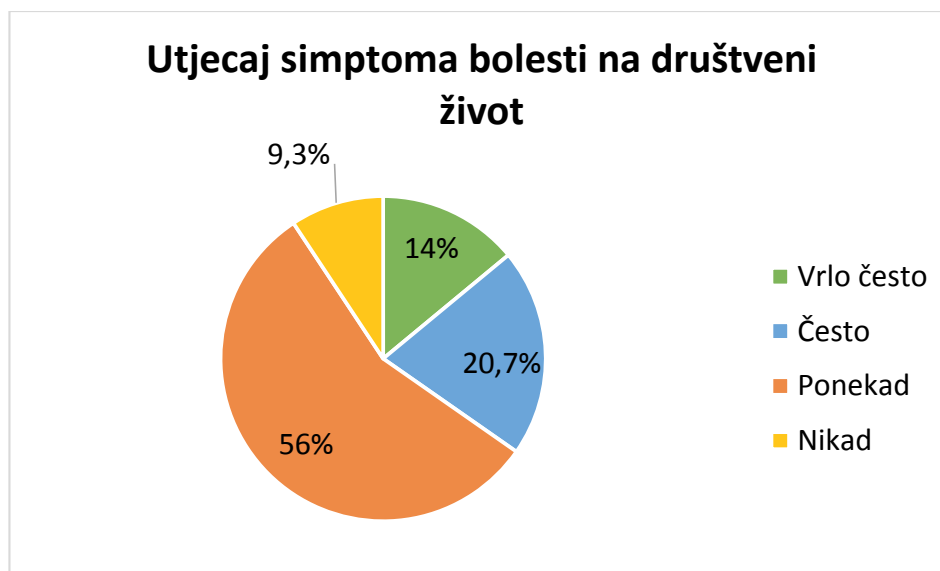
Većina ispitanika, njih 61,1 % (118) smatraju da imaju dovoljnu podršku od strane kolega i prijatelja u svezi svoje bolesti, njih 15 % (29) smatra da nema, a 23,8 % (46) odgovorom potvrđuje da nemaju podršku jer njihovi prijatelji i kolege ne znaju za njihovu bolest, što je vidljivo u Grafu 8.11.



Graf 8.11. Prikaz analize odgovora o podršci kolega i prijatelja

Izvor: [autor]

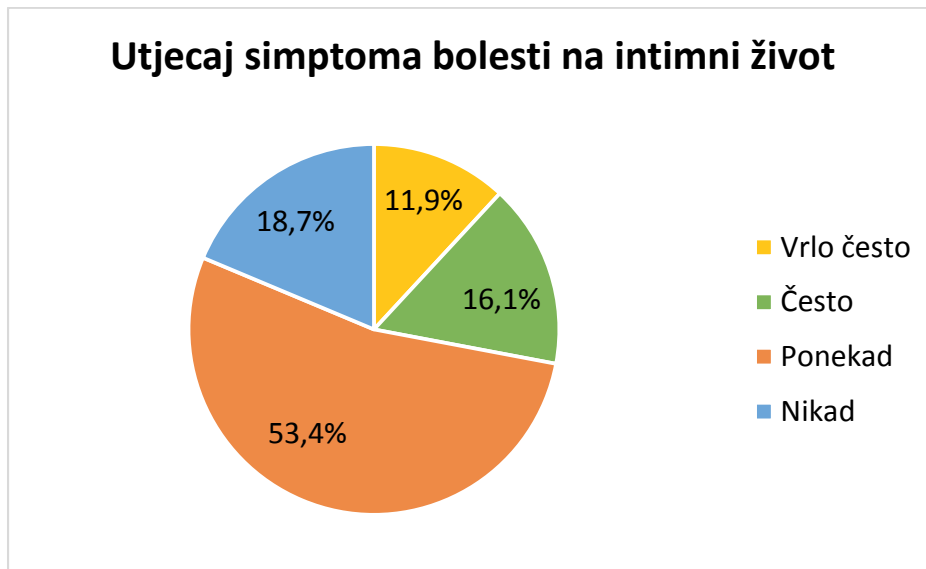
Nadalje, analizom podataka o utjecaju simptoma bolesti na društveni život, npr. sport, putovanja, izleti, zabava, njih 14 % (27) smatra da vrlo često utječi na njihov društveni život, njih 20,7 % (40) smatra da utječu često. Najviše njih 56% (108) smatra da samo ponekad utječu na, a najmanji broj ispitanika 9,3 % (18) smatra da nemaju nikakvih prepreka u društvenom životu s obzirom na simptome. Prikaz rezultata u *Grafu 8.12*.



Graf 8.12. Prikaz odgovora o utjecaju simptoma bolesti na društveni život

Izvor: [autor]

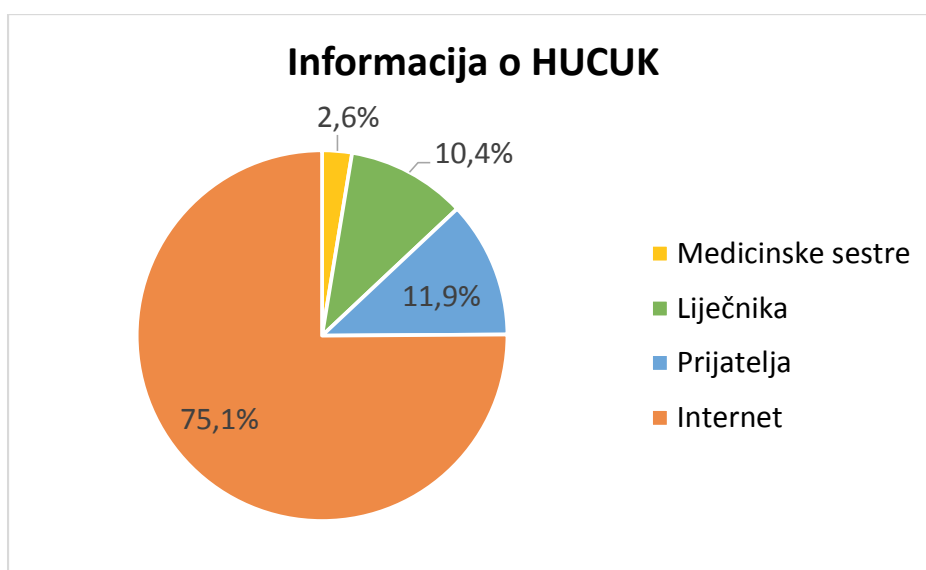
Isto tako, najviše njih 53,4 % (103) smatra da samo ponekad simptomi utječu na intimni život, njih 16,1 % (31) smatra da utječu često, a vrlo često njih 11,9 % (23). Onih koji to opovrgavaju je 18,7 % (36). Prikaz u *Grafu 8.13*.



Graf 8.13. Prikaz odgovora o utjecaju simptoma bolesti na intimni život

Izvor: [autor]

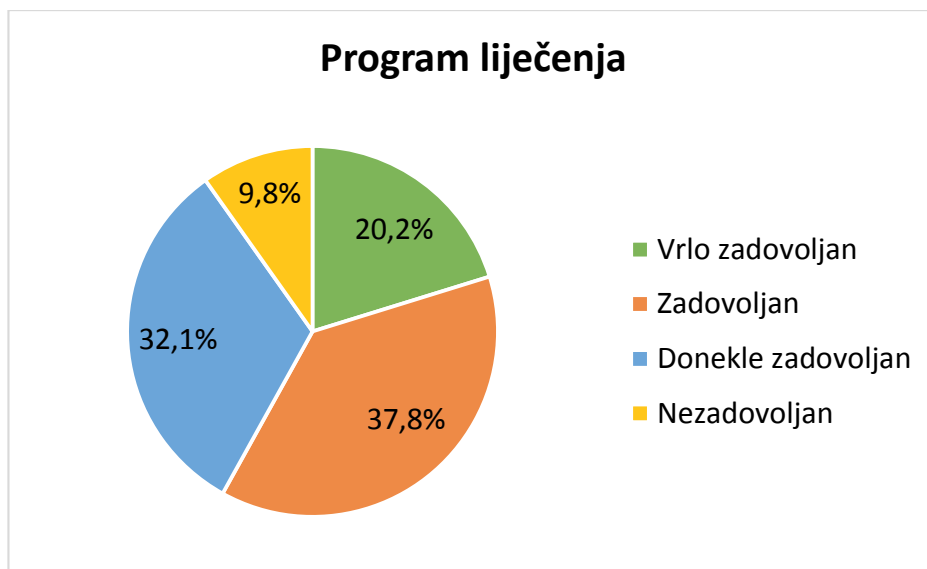
Podatak o postojanju udruge HUCUK (Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis) i mogućnosti uključivanja oboljelih u istu najviše ispitanika dobilo je samoinicijativnim pretraživanjem interneta, njih 75,1 % (145). Od strane prijatelja informirano je njih 11,9 % (23), od strane liječnika njih 10,4 % (20), a najmanje informacija dobili su od strane medicinskih sestara, tek njih 2,6 % (5). Podaci prikazani u Grafu 8.14.



Graf 8.14. Prikaz odgovora o dobrotku informacija o postojanju udruge HUCUK

Izvor: [autor]

Na pitanje da li zadovoljni sadašnjim programom liječenja, većina ih odgovara da su zadovoljni i to njih 37,8 % (73), onih vrlo zadovoljnih je 20,2 % (39). Donekle zadovoljnih ispitanika je 32,1 % (62), dok je svega 9,8 % (19) ispitanika nezadovoljni sadašnjim programom liječenja. Sljedeći podaci prikazani su u *Grafu 8.15*.



Graf 8.15. Prikaz odgovora o zadovoljstvu ispitanika sadašnjim programom liječenja

Izvor: [autor]

Od anketiranih osoba traženo je da navedu što im je najveći problem unutar zdravstvenog sustava, da li je to predugo čekanje na pretrage, neupućenost, nedostupnost toaleta, nedostatak vremena liječnika, nepovjerenje u medicinsko osoblje ili nešto drugo. Prikupljeni odgovori prikazani su u *Tablici 8.2*. relativno i apsolutno.

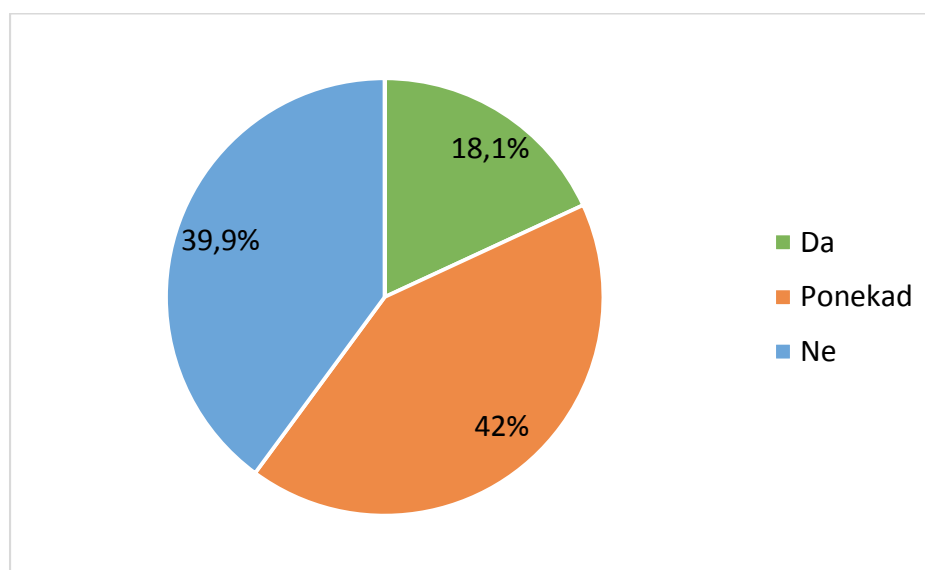
	N	%
Predugo čekanje na pretrage i preglede	94	48,70 %
Neupućenost	36	18,65 %
Nedostupnost toaleta	26	13,47 %
Nedostatak vremena liječnika	28	14,51 %

Nepovjerenje u medicinsko osoblje	16	8,29 %
Nedostupnost pojedinih pretraga	10	5,18 %
Neljubaznost	6	3,11 %
Premalo medicinskog osoblja	8	4,15 %
Skupi lijekovi	11	5,70 %
Nestručnost	5	2,59 %

Tablica 8.2. Prikaz odgovora od strane ispitanika o problemu unutar zdravstvenog sustava

Izvor: [autor]

Analizom podataka utvrđeno je da većina anketiranih ispitanika smatra da je ponekad moguće samo sa prehranom držati simptome pod kontrolom, čak njih 42 % (81), dok njih 18,1 % (35) smatra da je moguće. Ostali ispitanici, njih 39,9 % (77) smatra da se samo sa prehranom ne mogu održavati simptomi pod kontrolom. Rezultati prikazani u *Grafu 8.16*.



Graf 8.16. Prikaz odgovora o mogućnosti držanja simptoma pod kontrolom samo sa prehranom

Izvor: [autor]

Na zadnjem pitanju, ispitanici su slobodnim izborom odgovarali što im je bio najveći problem kod dijagnosticiranja bolesti. Svi odgovori su analizirani i prikazani u *Tablica 8.3.* apsolutno i relativno.

	N	%
Kolonoskopija	50	25,91 %
Prihvatiti bolest	82	42,49 %
Novi način prehrane	22	11,40 %
Neinformiranost o bolesti i načinu liječenja	15	7,77 %
Predugo čekanje na preglede i pretrage	13	6,74 %
Promjena životnih navika	35	18,13 %
Gubitak na tjelesnoj težini	7	3,63 %
Primjena terapije	10	5,18 %
Strah i neizvjesnost	16	8,29 %
Stoma	6	3,11 %
Nije bilo problema	15	7,77 %
Skupi lijekovi	31	16,06 %

Tablica 8.3. Prikaz problema koji ispitanici navode kod dijagnosticiranja bolesti

Izvor: [autor]

9. Rasprava

Radom se pokušala realno prikazati problematika vezana uz kvalitetu života bolesnika koji boluju od upalnih bolesti crijeva, te utvrditi najčešće simptome i komplikacije vezane uz svakodnevni život iz perspektive oboljele osobe. Analizom rezultata dobivenih iz ankete vidljivo je da su bez obzira na spol, dob i stupanj obrazovanja te isto tako bez obzira o kojoj se dijagnozi upalne bolesti crijeva radi, prisutni različiti stavovi o kvaliteti života povezanoj s bolešću. Istraživanjem je obuhvaćeni veći udio ženskog spola, čak 76,2 %, a najviše ispitanika, njih 34,7 % bilo je starosti između 31-40 godina, što odgovara činjenici da bolest zahvaća mlađe, radno sposobne dobne skupine. Najveći broj ispitanika ima srednju ili visoku stručnu spremu.

U epidemiološkim studijama prati se porast incidencije i prevalencije upalnih bolesti crijeva u svijetu. Tako je među anketiranim osobama, nešto veći broj onih oboljelih od Crohnove bolesti, njih 56,5 %, dok je 43,5 % osoba oboljelih od ulceroznog kolitisa. Što se može povezati sa istraživanjem provedenim u Hrvatskoj u Primorsko-goranskoj županiji 2000.-2004. godine s podatkom o incidenciji za ulcerozni kolitis koji iznosi 4,3/100 000 stanovnika, a za Crohnovu bolest 7,0/100 000 stanovnika [23].

Za konačno postavljanje dijagnoze bolesti od pojave prvih simptoma prošlo je različito vrijeme kod ispitanika, no ipak najviše bolesti dijagnosticirano je unutar 6 mjeseci, kod 32,1 % ispitanika, što se može povezati s napretkom tehnologije i brojnim laboratorijskim i endoskopskim pretragama. No nasuprot tome, kod skoro približno isto toliko ispitanika, njih 25,9 %, za dijagnozu bolesti prošlo je više od 5 godina, što se može povezati s činjenicom da su u početku simptomi nespecifični, blagi i prikriveni, te to može pridonijeti zakašnjelom postavljanju konačne dijagnoze. Prema jednom istraživanju u Manitobi u Kanadi je u 41 % bolesnika dijagnoza IBD-a postavljena tri godine i više nakon pojave prvih simptoma [47]. U drugom je istraživanju prosječno vrijeme potrebno za postavljanje dijagnoze CB bilo sedam godina, a manje od jedne godine u bolesnika s UC [48]. Primjetno duže vrijeme bilo je potrebno za dijagnozu u starijih bolesnika u usporedbi s onima u koji su se simptomi bolesti pojavili već u djetinjstvu. Ipak, smatra se kako će porast svijesti o IBD-u i napredak tehnologije s vremenom skratiti vrijeme potrebno za postavljanje dijagnoze [49].

I u jedno i drugoj bolesti postoje razdoblja remisije i relapsa, te kad dođe do komplikacija bolesnici se najčešće hospitaliziraju. U ovom istraživanju većina ispitanika bila je svega jedanput hospitalizirana zbog pogoršanja simptoma i pojave komplikacija, njih 33,7 %. dok je nasuprot tome njih 28,5 % hospitalizirao više od 5 puta. U kliničkim istraživanjima se pokazalo

kako epizode bolesti završe bez ikakvog djelovanja od strane liječnika češće nego što bi se moglo pretpostaviti [49]. Kirurško liječenje česta je opcija liječenja, u prvom redu brojnih akutnih ili kroničnih komplikacija, no srećom većina ispitanika u ovom istraživanju, njih 70,5 % nije bila podvrgnuta operativnom zahvatu zbog komplikacija bolesti. Dok se u drugim studijama navodi da više od 70 % bolesnika s IBD-om barem jednom tijekom života je operativno liječeno zbog opstrukcija, fistula, krvarenja, toksičnog megakolona, perforacije ili apscesa [29].

Čak 57 % ispitanika smatra da simptomi bolesti ponekad utječu na njihove svakodnevne aktivnosti i obaveze, što se može povezati sa činjenicom da je većina oboljelih radno aktivna te kada se pojave simptomi koji upućuju na aktivaciju bolesti, remeti se bolesnikovo uobičajeno funkcioniranje i nemogućnost odrađivanja svakodnevnih obaveza.

Sukladno tome da većina ispitanika smatra da simptomi bolesti utječu ili ponekad utječu na njihove obaveze, iznosili su najčešće simptome koji po njihovom mišljenju utječu i remete njihove obaveze i poslove. Najčešće prisutni simptom kod ukupnog broja anketiranih osoba bio je proljev i to kod 37,82 % ispitanika, nadalje prevladavali su umor, bolovi i grčevi u truhu, nadutost, lažni pozivi na defekaciju, gubitak tjelesne težine, razdražljivost, krv u stolici i mučnina i povraćanje. Vrlo rijetko su ti simptomi bili izdvojeni, češće su bili združeni. I u drugim istraživanjima navode se slični simptomi kao u ovom istraživanju koji su prisutni u aktivnoj bolesti, a to su bol u trbušnoj šupljini, dijareja, vrućica, krvarenje i perianalna bolest u trećine bolesnika, dok se gubitak tjelesne mase javlja u 65-75 % bolesnika [45].

Zbog tih simptoma ispitanici nisu mogli uredno obavljati svoje obaveze, pa tako i redovno pohađati školu i ići na posao. Istraživanjem je dokazano da većina ispitanika ponekad nije mogla pohađati školu i posao, i to njih 51,8 %. Ovi rezultati upućuju na činjenicu da se često kod oboljelog javlja anksioznost i stres zbog nemogućnosti urednog izvršavanja svojih obaveza i čestih izostanaka sa posla ili škole što dodatno pogoršava samu bolest. Tako, Singh i suradnici u svom istraživanju ukazuju da psihološki stres i depresivno raspoloženje mogu imati ulogu u cjelokupnom tijeku bolesti, a svi dodatni emotivni stresovi imaju ulogu u nastanku recidiva [56].

Informacije o svojoj bolesti i mogućnostima liječenja najviše ispitanika dobilo je samoinicijativno pretražujući internet, i to njih 55,4 %, dok informacije od zdravstvenog osoblja dobivaju puno rjeđe. Iako je internet danas puno dostupniji, ne pruža uvijek kvalitetan i točan izvor informacija, stoga bi se više trebala naglasiti važnost educiranja oboljelih od strane zdravstvenog osoblja. Istraživanjem je potvrđeno da je informacije od strane liječnika specijalista gastroenterologa dobilo 37,3 % ispitanika, dok s druge strane niti jedan ispitanik

nije naveo izabranog liječnika opće prakse kao osobu koja im je pružila informacije o svojoj bolesti. Istraživanjima je dokazano da oboljeli koji su bolje educirano o svojoj bolesti, više su zadovoljni svojim životom, dobro podnose lijekove, često koriste usluge zdravstvene zaštite i imaju manje komplikacija [57]. Također, važno je naglasiti da i medicinske sestre ne provode dovoljno vremena educirajući i informirajući oboljele od upalnih bolesti crijeva, a činjenica je da one provode najviše vremena s oboljelim tijekom hospitalizacije.

S obzirom na kroničnost i neizlječivost bolesti te izrazito teške simptome i komplikacije bolesti izrazito je bitna podrška i empatija u ophođenju s osobama oboljelim od IBD-a. U ovom istraživanju dokazano je da većina ispitanika ima podršku kolega i prijatelja i to njih 61,1 %. No, nekolicina njih, 23,8 % navelo je da nemaju podršku jer drugi ne znaju za njihovu bolest. Iako je to njihov izbor, trebalo bi više educirati javnost o ovoj bolesti jer često se događa da ljudi premalo znaju o upalnim bolestima crijeva te je to i mogući razlog prekrivanja bolesti.

Čak 56 % bolesnika ponekad zanemaruje svoj društveni život zbog utjecaja simptoma, pa često odgađaju putovanja, izlete, izostaju sa zabava ili raznih sportskih događanja. Ne samo da bolest utječe na društveni život, velik utjecaj ima i na intimni život. Rezultatom istraživanja ispitanici smatraju da ponekad utječe, i to njih 53,4 %, a možemo pretpostaviti da se to najčešće odvija u pogoršanju bolest. U jednom istraživanju ispitalo se zadovoljstvo intimnim životom oboljelih od IBD-a, te je potvrđeno da starija dob, aktivnost bolesti, depresija, anksioznost i bol su često povezani s nižim interesom i zadovoljstvom za intimni život, što ujedno snižava kvalitetu života [59].

Informaciju za postojanje Hrvatskog udruženja za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis (HUCUK) i mogućnost uključivanja u istu, najviše ispitanika dobila je samostalno pretražujući internet, i to njih 75,1%. Dok preostali ispitanici su tu informaciju dobili od strane prijatelja, liječnika i medicinskih sestara, te taj podatak rezultira činjenicom o većoj potrebi informiranja oboljelih o postojanju udruge unutar zdravstvenih ustanova. Dokazano je da se više znanja i dobrih navika usvaja unutar grupe ljudi, nego pojedinačno, a upravo to je i cilj udruge da oboljele osobe nauči živjeti s kroničnom bolesti i da se time podigne kvaliteta života na najveću moguću razinu. Uz pravovremenu dijagnozu i terapiju, stalnu razmjenu iskustava, te aktivnim uključivanjem obitelji rezultati ne bi smjeli izostati.

Današnjim mogućnostima liječenja i brojnim biološkim lijekovima koji dobro djeluju na bolest, ispitanici su potvrdili da su zadovoljni sadašnjim programom liječenja, njih 37,8 %. U jednom istraživanju također je potvrđeno da ispitanici navode svoje zadovoljstvo kvalitetom života od kada su na biološkoj terapiji, a ocijenili su je na skali ocjenom 8 u rasponu od 4 do 10, te možemo biti zadovoljni dosadašnjim otkrićem i samim učinkom biološke terapije [54].

Štoviše, možemo očekivati da će se taj broj i povećati u budućnosti paralelno s razvojem medicine i brojnih novih lijekova.

Zbog svoje kroničnosti i neizlječivosti upalna bolest crijeva zahtjeva od oboljelog da odlazi na česte kontrole, pretrage, te isto tako zahtjeva ustrajnost u uzimanju terapije, pridržavanju određenih uputa. Ispitanici su u ovom istraživanju naveli probleme s kojima se susreću unutar zdravstvenog sustava. Najveći problem koji je navelo najviše ispitanika, njih 48,70 %, je predugo čekanje na pretrage i preglede, zatim 18,65 % ispitanika navelo je neupućenost kao problem, odnosno nedostatnost informacija o svojoj bolesti. Nadalje, nedostatak toaleta unutar zdravstvenih ustanova isto je veliki problem za oboljele, a često ako i ima dovoljno toaleta oni ne zadovoljavaju osnovne higijenske uvjete. Probleme koje su dalje navodili su nedostatak vremena liječnika, nepovjerenje u medicinsko osoblje, nedostupnost pojedinih pretraga, premalo medicinskog osoblja, skupi lijekovi i nestručnost.

Vrlo je teško interpretirati epidemiološka istraživanja prehrane kod oboljelih zbog slabog uvida u prehranu prije postavljanja dijagnoze bolesti i različitosti kontrolne skupine, posebice što se tiče socioekonomskih i etničkih čimbenika [58]. U ovom istraživanju ispitanici su skoro podjednako podijeljeni između stavova da se samo sa prehranom mogu držati simptomi pod kontrolom i isto tako da se ne mogu držati. Njih 42% smatra da se simptomi bolesti mogu ponekad držati pod kontrolom samo sa prehranom, čime idu u prilog izvješća o prednostima pojedinih iskustvenih dijeta, na temelju isključivanja pojedinih hranjivih tvari iz prehrane koje po preporukama literature štetno djeluju na bolest. Nasuprot tome, njih 39,9 % smatra da se prehranom ne mogu držati simptomi pod kontrolom, što se može obrazložiti činjenicom da je bolest od početka veoma aktivna i cijeli period obolijevanja nema perioda smirivanja bolesti, pa sukladno tome ispitanici imaju negativne stavove prema alternativnim metodama liječenja.

Značajni broj osoba, 42,49 %, navodi kako im je bio najveći problem prilikom dijagnosticiranja dijagnoze IBD-a prihvatiti samu bolest. Razlog tomu najvjerojatnije proizlazi iz toga da je IBD kronična bolest o čijoj se etiologiji još istražuje te ne postoji mogućnost izlječenja. Istraživanjem je također potvrđeno da 25,91 % ispitanika smatra najvećim problemom kolonoskopiju, koja je nažalost zlatni standard kod dijagnosticiranja bolesti. Sljedeće probleme koje ispitanici navode su novi način prehrane, neinformiranost o bolesti i načinu liječenja, predugo čekanje na preglede i pretrage, promjenu životnih navika, gubitak na tjelesnoj težini, primjenu terapije, strah i neizvjesnost koju nosi bolest, postavljanje stome te skupi lijekovi.

10. Zaključak

Upalne bolesti crijeva su kronične bolesti gastrointestinalnog sustava, koje uključuju dva entitet Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis, koje se razlikuju prema stupnju zahvaćenosti u probavnom sustavu i značajkama upale, a sama etiologija nije do kraja razjašnjena. Danas su uz maligne bolesti najvažniji problem u gastroenterologiji, a razlozi za to su porast incidencije bolesti, osobito CB, u gotovo svim krajevima svijeta, zatim sve češća pojava bolesti u mlađoj dobi, teški klinički tijek u mnogih bolesnika sa smanjenom radnom sposobnošću i mogućim razvojem invaliditeta, rizik razvoja maligniteta kako zbog same bolesti tako i zbog terapije te porast troškova liječenja posebno nakon uvođenja biološke terapije. I UC i CB veoma su kompleksne bolesti koje zahtijevaju pravilno dijagnosticiranje fenotipa bolesti i njezine proširenosti, te timski pristup gastroenterologa, kirurga, psihologa, nutricionista, liječnika opće prakse i medicinske sestre u liječenju bolesti i rješavanju komplikacija.

Zbog svoje kroničnosti, dugotrajnosti i neizvjesnosti bolest dodatno opterećuje bolesnika te ima veliki utjecaj na kvalitetu života, tako pored teških simptoma bolesti, na pad kvalitete života utječu i psihološki problemi (anksioznost, depresija, agresivnost i razdražljivost) i problemi društvenog funkcioniranja, posebno teškoće na radnom mjestu. Istraživanjem je također potvrđeno da u većina ispitanika smatra da simptomi bolesti ponekad utječu na njihove aktivnosti i obaveze, a kao najčešće simptome koji im remete svakodnevne aktivnosti navode proljev, umor, bol i grčeve u truhu, nadutost, lažne pozive na defekaciju i gubitak tjelesne težine. Isto tako, zbog recidiva bolesti ponekad izostaju sa posla ili škole, a sve to utječe i na društveni život, jer ponekad zbog simptoma moraju odustajati od putovanja, zabave ili izleta. Sve to rezultira lošijom kvalitetom života, a pacijenti tražeći pomoć često posjećuju liječnika, rade veći broj testova i raznih dijagnostičkih postupaka, veći je broj hospitalizacija, a na kraju i velik trošak liječenja. Uloga zdravstvenih djelatnika uvelike je neiskorištena u prevenciji što se očituje u činjenici da više od polovice oboljelih osoba informacije o upalnim bolestima crijeva dobiva samoinicijativnim istraživanjem interneta. Od ispitanika saznajemo da su im predugo čekanje na preglede i pretrage, neupućenost i nedostupnost toaleta najveći problemi unutar zdravstvenog sustava, na što se može utjecati kako bi se to poboljšalo i ispravilo u budućnosti. S ciljem da se oboljelima osigura lakši dolazak do toaleta, Hrvatsko udruženje za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis promoviralo je karticu za oboljele „Ne mogu čekati“, koja bi trebala oboljeloj osobi omogućiti brži pristup do toaleta. Nakon dijagnosticiranja bolesti, oboljelima se nameću teška pitanja, između ostalo kako živjeti s bolešću te da li je uopće moguće nastaviti dalje normalno živjeti. Analizom ankete vidljivo je da većina ispitanika kao

najveći problem prilikom dijagnosticiranja bolesti navodi kako prihvatiti samu bolest te naučiti se na nove životne navike. Da bi razjasnili te nedoumice i oboljelom omogućili visoku kvalitetu života moramo se svakodnevno educirati, nadalje važno je da medicinska sestra na odjelu s pacijentom stvoriti odnos povjerenja, svakom pristupiti individualno i svojom stručnošću pomogne pacijentu prihvatiti bolest kao dio sebe.

U Varaždinu 21.09.2018.

Potpis

Sara Kozina

11. Literatura

- [1] D. Petrač i suradnici: Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
- [2] B. Vrhovac, B. Jakšić, Ž. Reiner, B. Vucelić: Interna medicina, 4. promijenjeno i dopunjeno izdanje, Naklada Ljevak, Zagreb, 2008.
- [3] J. Morović-Vergles i sur: Interna medicina, odabrana poglavlja, Zdravstveno veleučilište, Naklada Slap, 2008.
- [4] A.E. M'Koma, Inflammatory Bowel Disease: an expanding global healthy problem, Clin Med Insight Gastroenterol., 2013., str. 33-47
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24833941> (20.08.2018)
- [5] M.P. Roth, G.M. Petersen, C. McElree, E. Feldman, J.I. Rotter: Geographic origins of Jewish patients with inflammatory bowel disease, Gastroenterology, 1989., 97(4):900-4
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2777043> (20.08.2018.)
- [6] C. Abraham, J.H. Cho: Inflammatory bowel disease, N Engl J Med, 2009., 361(21):2066-78
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491806/> (20.08.2018.)
- [7] J.H. Cho, C.T. Weaver: The genetics of inflammatory bowel disease, Gastroenterology, 2007., 133(4):1327-39
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17919503> (20.08.2018)
- [8] P. Munkholm, E. Langholz, O.H. Nielsen, S. Kreiner, V. Binder: Incidence and prevalence of Crohn's disease in the county of Copenhagen, 1962-87: a six increase in incidence, Scand J Gastroenterol., 1992., 27:609-14
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1641589> (20.08.2018.)
- [9] A. Včev: Bolesti debelog crijeva, Grafika, Osijek, 2002.
- [10] X.L. Chen, L.H. Zhong, Y. Wen, T.W Liu, X.Y. Li, Z.K. Hou, Y. Hu, C.W. Mo, F.B. Liu: Inflammatory bowel disease specific health-related quality of life instruments: a systematic review of measurement properties, Health Qual Life Outcom, 2017., 15(1):177
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28915891> (20.08.2018.)
- [11] H. Stjernman, C. Grännö, G. Järnerot, L. Ockander, C. Tysk, B. Blomberg, M. Ström, H. Hyortswang: Short health scale: a valid, reliable, and responsive instrument for subjective health assessment in Crohn's disease, Inflamm Bowel Dis, 2008., 14(1):47-52
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17828783> (20.08.2018.)
- [12] P. Keros, M. Pećina, M. Ivančić-Košuta: Temelji anatomije čovjeka, Medicinska biblioteka, Zagreb, 1999.

- [13] I. Andreis, D. Jalšovec: Anatomija i fiziologija, Školska knjiga, Zagreb, 2009.
- [14] P. Keros, D. Chudy: Anatomski atlas, Mosta, Zagreb, 2002.
- [15] B.B. Crohn, L. Ginzberg, G.D. Oppenheimer: Regional enteritis: a pathological and clinical entity, JAMA, 1932., 99(16):1323-1329
Preuzeto s <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/286298> (22.08.2018.)
- [16] H.P. Hawkins: An address on the natural history of ulcerative colitis and its bearing on treatment, Br Med J, 1909., 27;1(2517):765-770
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2318558/> (22.08.2018.)
- [17] M. Marušić i sur.: Upalne bolesti crijeva: od etiologije do terapije, Monografija za liječnike, Zagreb, 2017.
- [18] A. Tragnone, G. Corrao, F. Miglio, R. Caprilli, G.A. Lanfranchi: Incidence of inflammatory bowel disease in Italy: a nationwide population-based study, Int J Epidemiol., 1996., 25(5):1044-52
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8921493> (22.08.2018.)
- [19] M. Cottone, M.C. Renda, A. Mattaliano, L. Oliva, W. Fries, V. Crisuoli, et al.: Incidence of Crohn's disease and CARD15 mutation in a small township in Sicily, Eur J Epidemiol, 2006., 21(12):887-92
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17160430/> (22.08.2018.)
- [20] N.A. Molodecky, I.S. Soon, D.M. Rabi, et al.: Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel disease with time, based on systemic review, Gastroenterology, 2012., 142:46
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22001864> (23.08.2018.)
- [21] J.F. Martinez-Salmeron, M. Rodrigo, J. Teresa, F. Nogueras, M. Garcia-Montero, C. Sola, et al.: Epidemiology of inflammatory bowel disease in the Province of Granada, Spain: a retrospective study from 1979 to 1988., Gut, 1993., 34:1207-1209
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8406155> (23.08.2018.)
- [22] T. Ranzi, P. Bodini, A. Zambelli, P. Politi, G. Lupinacci, M.C. Campanini, A.L. Dal Lago, D. Lisciandrano, P.A. Bianchi: Epidemiological aspects of inflammatory bowel disease in a north Italian population: a 4-year prospective study, Eur J Gastroenterol Hepatol, 1996., 8:657-661.
Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8853254> (23.08.2018.)
- [23] B.M. Sinčić, B. Vucelić, M. Peršić, N. Brnčić, D.J. Eržen, B. Radiković 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

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16635912> (23.08.2018.)

[24] D. Pezerovic, M. Žulj, I. Klarin, Lj. Majnarić, I. Včev, A. Včev: Clinical expression of inflammatory bowel disease: a retrospective population-based short study, Vukovarsko-Srijemska County, Croatia, 2010., Coll Antropol, 2013., 37(3):919-927

https://www.researchgate.net/publication/259204150_Clinical_expression_of_inflammatory_bowel_diseases_-_A_retrospective_population-based_cohort_study_Vukovarsko-Srijemska_County_Croatia_2010 (Dostupno 25.08.2018.)

[25] C.N. Bernsetin, S.R. Targan, F. Shanahan: Epidemiology of IBD, Blackwell, 2010., 9-15

[26] S.S. Mahid, K.S. Minor, R.E. Soto, et al.: Smoking and inflammatory bowel disease: a meta-analysis, Mayo Clin Proc., 2006., 81:1462

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17120402> (25.08.2018.)

[27] L.M. Higuchi, H. Khalili, A.T. Chan, et al.: A prospective study of cigarette smoking and the risk of inflammatory bowel disease in women, Am J Gastroenterol., 2012., 107:1399

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22777340> (25.08.2018.)

[28] K.O. Gradle, H.L. Nielsen, H.C. Schonheyder: Increased short- and long-term risk of inflammatory bowel disease after salmonella or campylobacter gastroenteritis, Gastroenterology, 2009., 137:495

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19361507> (25.08.2018.)

[29] B. Vrhovac, I. Bakran, M. Granić, B. Jakšić, B. Labor, B. Vucelić: Interna medicina 2, Naprijed, Zagreb, 1991.

[30] B. Vucelić i sur.: Gastroenterologija i hepatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2002.

[31] E.V. Tsianos, K.H. Katsanos, V.E. Tsianos: Role of genetics in the diagnosis and prognosis of Crohn's disease, World J Gastroenterol., 2011., 17(48):5246–59

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22219593> (25.08.2018.)

[32] T. Molnár, L. Tiszlavicz, C. Gyulai, F. Nagy, J. Lonovics: Clinical significance of granuloma in Crohn's disease, World J Gastroenterol., 2005., 11(20):3118–21

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305850/> (25.08.2018.)

[33] S. Gamulin: Patofiziologija, udžbenik za visoke zdravstvene škole, Medicinska naklada, Zagreb, 2005.

[34] S.M. Silverberg SM, et al.: Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of IBD, World Congress of Gastroenterology, Can J Gastroenterol., 2005., 5-36.

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16151544> (25.08.2018.)

[35] R.W. Summers, D.M. Switz, J.T. Sessions, et al.: National cooperative Crohn's disease study: results of drug treatment, Gastroenterology, 1979., 77:847.

- Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38176> (25.08.2018.)
- [36] L. Beaugerie, N. Massot, F. Carbonnel, et al.: Impact of cessation of smoking on the course of ulcerative colitis, *Am J Gastroenterol*, 2001., 96:2113.
- Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11467641> (25.08.2018.)
- [37] S. Jukić: Patologija, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
- [38] G. D'Haens, K. Geboes, E. Ponette, et al.: Healing of severe recurrent ileitis with azathioprine therapy in patients with Crohn's disease, *Gastroenterology*, 1997., 112:1475-81
- Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9136824> (26.05.2018.)
- [39] B. Vucelić: Današnja strategija liječenja upalnih bolesti crijeva: važnost mukoznog liječenja, *Medicus*, br. 2, 2013., str. 171-178
- [40] E. Langholz, P. Munkholm, M. Davidsen, V. Binder: Course of ulcerative colitis: analysis of changes in disease activity over years, *Gastroenterology*, 1994., 3–11.
- Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8020674> (26.08.2018.)
- [41] Š. Ozimec: Zdravstvena njega internističkih bolesnika (nastavni tekstovi), Zagreb, Visoka zdravstvena škola, 2000.
- [42] F.G. Campos, D.L. Waitzberg, M.G. Teixeira, D.R. Mucerino, D.R. Kiss, A. Habr-Gama: Pharmacological nutrition in inflammatory bowel disease, *Nutr Hosp*, 2003., 18: 57-64
- Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12723376> (26.08.2018.)
- [43] A. Tragnone, D. Valpiani, F. Miglio, G. Elmi, G. Bazzocchi, E. Pipitone, G.A. Lanfranchi,: Dietary habits as risk factors for inflammatory bowel disease, *Eur. J. Gastroenterol., Hepatol.*, 1995., 47–51
- Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7866810> (26.08.2018.)
- [44] Ž. Krznarić, D. Vranešić Bender, S. Čuković-Čavka, B. Vucelić: Dijetoterapija upalnih bolesti crijeva, *Medicus*, 2008., str. 133-139
- [45] B. Mijandrušić-Sinčić: Bolesti crijeva, Dijetoterapija i klinička prehrana, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [46] M.L. Mandić: Dijetoterapija, Sveučilište u Osijeku, prehrambeno-tehnološki fakultet Osijek, Osijek, 2014.
- [47] T. Burgmann, I. Clara, L. Graff, J. Walker, L. Lix, P. Rawsthorne, C. McPhail, L. Rogala, N. Miller, C.N. Bernstein: The Manitoba Inflammatory Bowel Disease Cohort Study: prolonged symptoms before diagnosis – how much is irritable bowel syndrome?, *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 2006., 614–620.
- Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16630762> (26.08.2018.)

[48] M. Pimentel, M. Chang, E.J. Chow, S. Tabibzadeh, V. Kirit – Kiriak, S.R. Targan, H.C. Lin: Identification of a prodromal period in Crohn's disease but not ulcerative colitis, *Am. J. Gastroenterol.*, 2000., 3458–3462

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11151877> (26.08.2018.)

[49] B.E. Sands: *Crohn's Disease: Clinical Course and Complications, Translating basic science into clinical practice*, Blackwell Publishing Ltd., Oxford, 2010., str. 228-244.

[50] M. Katičić: Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva, *Acta medica Croatia*, br. 2, Klinička bolnica „Merkur“, Zagreb, 2013., str. 93-109

Preuzeto s <http://hrcak.srce.hr/file/164320> (26.08.2018.)

[51] T. Kobayashi, M. Naganuma, S. Okamoto S et al.: Rapid endoscopic improvement is important for 1-year avoidance of colectomy but not for the long-term prognosis in cyclosporine a treatment for ulcerative colitis, *J Gastroenterol.*, 2010., 45:1129-37

https://www.researchgate.net/publication/45102640_Rapid_endoscopic_improvement_is_important_for_1-year_avoidance_of_colectomy_but_not_for_the_long-term_prognosis_in_cyclosporine_A_treatment_for_ulcerative_colitis (26.08.2018.)

[52] M. Lukić, A. Včev: *Prehrana i upalne bolesti crijeva*, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Osijek, 2006.

[53] J. Brljak i sur.: *Zdravstvena njega u gastroenterologiji s endoskopskim metodama*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

[54] Ž. Pušeljić: Utjecaj biološke terapije na kvalitetu života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva, *Diplomski rad*, Osijek, 2017.

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16630762> (28.08.2018.)

[55] S. Eluri, R.K. Cross, C. Martin, K.P. Weinfurt, K.E. Flynn, M.D. Long, W. Chen, K. Anton, S.R. Sandler, M.D. Kappelman: Inflammatory bowel diseases can adversely impact domains of sexual function such as satisfaction with sex life, *Dig Dis Sci.*, 2018., 63(6):1572-1582.

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11151877> (28.08.2018.)

[56] S. Singh, L.A. Graff, C.N. Bernstein: Do NSAIDs, antibiotics, infections, or stress trigger flares in IBD?, *Am J Gastroenterol.*, 2009., 104:1298-1313.

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19337242> (28.08.2018.)

[57] B.M. Waters, L. Jensen, R.N. Fedorak: Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease: a randomized controlled trial, *Can J Gastroenterol.*, 2005., 19(4):235-244.

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15861266> (28.08.2018.)

[58] K. Leiper, S. Rushworth, J. Rhodes: The role of nutrition in the evaluation and treatment of inflammatory bowel disease, Blackwell Publishing Ltd., Oxford, 2010., str. 402-414.

Preuzeto s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29564672> (28.08.2018.)

[59] B. Nguyen: Crohn`s disease- a review of symptoms and treatment, University of California, Orange, CA, 2001.

<https://slideplayer.com/slide/5876338/> (dostupno 28.08.2018.)

[60] Gastrolab: Ulcerative colitis in the rectum, 2013.

<https://fineartamerica.com/featured/1-ulcerative-colitis-in-the-rectum-gastrolab.html>

(dostupno 28.08.2018.)

[61] <http://weneedideas.ca/crohns-disease-history.php/> (dostupno 29.08.2018.)

12. Popis grafikona

Graf 8.1. Distribucija ispitanika prema spolu [Izvor: Autor]	20
Graf 8.2. Distribucija ispitanika prema dobi [Izvor: Autor].....	21
Graf 8.3. Podjela po stupnju obrazovanja ispitanika [Izvor: Autor]	21
Graf 8.4. Prikaz ispitanika oboljelih od Crohnove bolesti i Ulceroznog kolitisa [Izvor: Autor]	22
Graf 8.5. Prikaz vremena potrebnog za postavljanje konačne dijagnoze [Izvor: Autor]	23
Graf 8.6. Prikaz odgovora o broju dosadašnjih hospitalizacija [Izvor: Autor]	23
Graf 8.7. Prikaz odgovora o potrebi operativnog liječenja [Izvor: Autor].....	24
Graf 8.8. Prikaz odgovora o utjecaju simptoma na svakodnevne aktivnosti i obaveze [Izvor: Autor]	25
Graf 8.9. Prikaz odgovora o učestalosti izostanka sa posla/ škole zbog simptoma bolesti [Izvor: Autor]	26
Graf 8.10. Prikaz odgovora o načinu dobivanja informacija [Izvor: Autor].....	27
Graf 8.11. Prikaz analize odgovora o podršci kolega i prijatelja [Izvor: Autor].....	27
Graf 8.12. Prikaz odgovora o utjecaju simptoma bolesti na društveni život [Izvor: Autor]	28
Graf 8.13. Prikaz odgovora o utjecaju simptoma bolesti na intimni život [Izvor: Autor]	29
Graf 8.14. Prikaz odgovora o dobivanju informacija o postojanju udruge HUCUK [Izvor: Autor]	29
Graf 8.15. Prikaz odgovora o zadovoljstvu ispitanika sadašnjim programom liječenja [Izvor: Autor]	30
Graf 8.16. Prikaz odgovora o mogućnosti držanja simptoma pod kontrolom samo sa prehranom [Izvor: Autor]	31

13. Popis tablica

Tablica 3.4.3.1. Montrealska klasifikacija Crohnove bolesti [Izvor: Katičić M.: Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva, Acta medica Croatia, br. 2, Klinička bolnica „Merkur“, Zagreb, 2013., str. 93-109].....	9
Tablica 3.5.2.1. Klasifikacija stupnja bolesti kod ulceroznog kolitisa – Montreal [Izvor: Katičić M.: Indeksi aktivnosti upalnih bolesti crijeva, Acta medica Croatia, br. 2, Klinička bolnica „Merkur“, Zagreb, 2013., str. 93-109].....	12
Tablica 8.1. Prikaz simptoma navedenih od strane ispitanika [Izvor: Autor].....	25
Tablica 8.2. Prikaz odgovora od strane ispitanika o problemu unutar zdravstvenog sustava [Izvor: Autor]	31
Tablica 8.3. Prikaz problema koji ispitanici navode kod dijagnosticiranja bolesti [Izvor: Autor]	32

14. Popis slika

Slika 3.4.1.1. Endoskopija tankog crijeva - na lijevoj slici je tanko crijevo zahvaćeno Crohnovom bolesti, a na desnoj normalno tanko crijevo.....	8
Slika 3.5.1.1. Endoskopski prikaz sluznice zdravog debelog crijeva i sluznice zahvaćene ulceroznim kolitisom.....	11

15. Prilog 1

Kvaliteta života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva

Poštovani, ovaj anketni upitnik izrađen je u svrhu izrade završnog rada na temu „Kvaliteta života bolesnika oboljelih od upalnih bolesti crijeva“. Cilj ankete je utvrditi kako upalne bolesti crijeva utječu na život oboljelog i procijeniti kvalitetu života u različitim aspektima. Anketa je potpuno anonimna i Vaše sudjelovanje je odobrovoljeno, a Vaši rezultati neće biti prikazani pojedinačno. Unaprijed zahvaljujem na odvojenom vremenu. Sara Kozina, studentica 3. godine Sestrinstva

1. Spol?

- Ž
- M

2. Dob?

- 18-20
- 21-30
- 31-40
- Više od 40 godina

3. Obrazovanje?

- Osnovna škola
- Srednja stručna sprema
- Viša stručna sprema
- Visoka stručna sprema

4. Vaša medicinska dijagnoza je?

- Ulcerozni kolitis
- Crohnova bolest

5. Koliko je vremena prošlo od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze?

- Unutar 6 mjeseci

- 6-12 mjeseci
- Više od godinu dana
- Više od 5 godina

6. Koliko ste puta zbog simptoma i/ili komplikacija bolesti bili hospitalizirani?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Više od 5 puta

7. Jeste li zbog komplikacija bolesti bili podvrgnuti operativnom zahvatu?

- Da
- Ne

8. Smatrate li da simptomi bolesti utječu na Vaše svakodnevne aktivnosti i obaveze?

- Da
- Ponekad
- Ne

9. Koji su to najčešći simptomi koji utječu na Vaše svakodnevne aktivnosti i obaveze?

(npr. proljev, bolovi i grčevi u trbuhu, lažni pozivi na defekaciju, nadutost, umor, gubitak tjelesne težine)

10. Koliko često niste bili u mogućnosti pohađati školu ili ići na posao radi simptoma bolesti?

- Vrlo često
- Često
- Ponekad
- Nikad nisam izostao/la

11. Tko Vam je pružio najviše informacija o upalnim bolestima crijeva?

- Liječnik opće prakse

- Liječnik specijalist gastroenterolog
- Medicinske sestre
- Internet
- Literatura

12. Smatrate li da imate podršku kolega i prijatelja?

- Da
- Ne
- Ne, jer ne znaju o mojoj bolesti

13. Utječu li simptomi bolesti na Vaš društveni život? (npr. putovanja, izleti, zabava, sport)

- Vrlo često
- Često
- Ponekad
- Nikad

14. Utječu li simptomi bolesti na Vaš intimni život?

- Vrlo često
- Često
- Ponekad
- Nikad

15. Gdje ste dobili informaciju o postojanju i mogućnosti uključivanja u udrugu-HUCUK?

- Medicinske sestre
- Liječnika
- Prijatelja
- Internet

16. Jeste li zadovoljni sadašnjim programom liječenja?

- Vrlo zadovoljan
- Zadovoljan
- Donekle zadovoljan

- Nezadovoljan

17. Što Vam je najveći problem unutar zdravstvenog sustava? (npr. neupućenost, predugo čekanje na pretrage, nedostupnost toaleta, nedostatak vremena liječnika, nepovjerenje u medicinsko osoblje ili nešto drugo)

18. Smatrate li da je moguće samo sa prehranom držati simptome pod kontrolom?

- Da
- Ponekad
- Ne

19. Što Vam je bio najveći problem kod dijagnosticiranja bolesti?



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, SARA KOZINA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA OBOLELIH OD VAPALNIH BOLESTI ČIJEVA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sara Kozina
(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, SARA KOZINA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA OBOLELIH OD VAPALNIH BOLESTI ČIJEVA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Sara Kozina
(vlastoručni potpis)