

Proces zdravstvene njege djeteta oboljelog od ulceroznog kolitisa

Nursing process of health care child suffering from ulcerative colitis

Getoš Rozika¹, Jukić Tanja², Kristek Marija³, Meseljević Marija⁴

^{1,2,3,4} Klinički bolnički centar Osijek, Klinika za pedijatriju J. Huttlera 4, 31000 Osijek

^{1,2,3,4} University Hospital Centre Osijek, Clinic for Pediatrics, J. Huttlera 4, 31000 Osijek, Croatia

Received April 16th 2012

Accepted June 11th 2012

Sažetak:

Cilj je rada prikazati zdravstvenu njegu djeteta oboljelog od ulceroznog kolitisa, utvrditi najčešće probleme iz područja zdravstvene njege, prikazati intervencije medicinske sestre.

Ključne riječi: dijete • krvarenje • bol

Kratki naslov: Zdravstvena njega i ulcerozni kolitis

Abstract:

The goal of this paper is to present nursing care of the child with ulcerous colitis, to recognize daily problems in nursing, and to show nursing interventions.

Keywords: child • bleeding • pain

Running head: Nursing care and ulcerative colitis

Uvod

Ulcerozni kolitis [UL][Colitis ulcerosa, UC], je vrsta upalne bolesti crijeva [inflammatory bowel disease -IBD]. Bolest je pretežito lokalizirana u debelom crijevu, a karakteriziraju ju stvaranje ulkusa na sluznici. Vodeći simptom, kod aktivnog oblika bolesti, je tvrdokorna diarea, koja je popraćena s postojanjem krvnih čimbenika u stolicama. Etiološki čimbenici bolesti podijeljeni su u pet grupa, i to:

1.1 Genetski čimbenici [chromosomi 16, 12, 6, 14, 5, 19, 1, i 3; poremećaji u transportu proteina, npr. OCTN1 i OCTN2; lupus, reumatoidni artritis, ankilozni spondilitis spondylitis, skleroderma, Sjogren's bolest];

1.2 Čimbenici okoliša [dijeta, akutan];

1.3 Autoimuni čimbenici [poremećaju imunološkog sustava];

1.4 Bakterijski čimbenici [povećan broj bakterija koje smanjuju količine sulfata];

1.5 Zajednički čimbenici Chron-ove bolesti I Ulceroznog kolitisa [povišene vrijednosti citokina T_h 2, T_h 17].

Patohistološki promjene stijenke crijeva kod ulceroznog kolitisa ne zahvaćaju punu debljinu stijenke, za razliku od Chronove bolesti kod koje je cijela debljina stijenke crijeva patološki promjenjena.

Upalne promjene najčešće su lokalizirane u sigmoidnom i završnom dijelu debelog crijeva, a njihova učestalost značajno se smanjuje prema oralnih [proksimalnim] dijelovima tankog I debelog crijeva.

Ulcerozni kolitis ima najveću incidenciju u starosnoj dobi od 15 do 25 godine života, u odnosu na Chron-ovu bolest gdje je učestalost najveća u starosnoj dobi od od 15-te do 30-te godine života.

Kod oba spola ulcerozni colitis I Chron-ova bolest imaju podjednaku incidenciju, dok je incidencija značajno povećana kod stanovništva koji žive u velikim gradovima. Obje navedene bolesti imaju veću incidenciju u ekonomski visokorazvijenim zemljama u odnosu na srednje ili slabo razvijene zemlje.

Autor za korespondenciju/Corresponding author:

Getoš Rozika, bacc.med.techn

University Hospital Centre Osijek, Clinic for Pediatrics, J. Huttlera 4, 31000 Osijek, Croatia

Tel: +385-31-512 268

Fax: +385-31-512 234

Mob: +385-91-7943760

E-mail: djo_rozika@kbo.hr

Klinička slika

Stupanj bolesti, klinički se može podijeliti u četiri stadija, i to:

1. Blagi stupanj
2. Srednji stupanj
3. Teški stupanj
4. Fulminantni stupanj

Blagi stupanj bolesti karakterizira postojanje četiri stolice tijekom 24 sata, sa ili bez primjesa krvi, nema simptoma toksičnosti, vrijednosti sedimentacije eritrocita [erythrocyte sedimentation rate-ESR], su u granicama referalnih vrijednosti. Iznalazi se postojanje grčevitih bolova u abdomenu koji su blagog stupnja. Bolesnici opisuju simptomatologiju konstipacije, tj. Stalni nagon na potrebitost defekacije i izbacivanja plinova uz nemogućnost za izvršenjem navedenih fizioloških procesa.

Srednji stupanj bolesti prisutan je kod bolesnika kod kojih postoje više od četiri stolice tijekom 24 sata, uz minimalno izražene simptome intoksikacije. Vrijednosti laboratorijskih pretraga pokazuju blagi stupanj enemije koja ne zahtijeva uporabu transfuzije. Postoje bolovi u abdomenu srednjeg stupnja i blago povišenje tjelesne temperature 38 to 39 °C [100 to 102 °F].

Teški stupanj bolesti postoji kod bolesnika koji imaju šest krvavih stolica tijekom 24 sata, simptome intoksikacije, značajno povišenje tjelesne temperature, tahikardiju, anemiju i značajno povišene vrijednosti sedimentacije eritrocita.

Fulminantni stupanj bolesti postoji kod bolesnika koji imaju desetak proljevastih stolica tijekom 24 sata, kontinuirano krvarenje iz završnog dijela debelog crijeva, distenziju i značajni stupanj osjetljivosti stijenke prednjeg trbušnog zida, proširenje lumena crijeva [distenzija].

Dijagnostički postupci

U svrhu dijagnosticiranja ulceroznog kolitisa, danas su u uporabi slijedeći dijagnostički postupci, i to:

- 1.2.1. Laboratorijski postupci-određivanje kompletne krvne slike (za UL karakteristične su povišene vrijednosti trombocita);
- 1.2.2. Određivanje vrijednosti elektrolita i testovi bubrežne funkcije [kronični proljevi uzrokuju hipokalemiju, hipomagnezemiju i pre-bubrežno zatajenje];
- 1.2.3. Funkcijski testovi jetrene funkcije [verifikacija postojanja sklerozantnog holangitisa];
- 1.2.4. Radiološka dijagnostika [kontrasne pretrage crijeva, sonografija, kompjuterizirana tomografija, magnetska rezonancija, kompjuterizirana angiografija];
- 1.2.5. Analiza urina;
- 1.2.6. Mikrobiološka i parazitološka analiza stolice i analiza stolice benzidinskom probom;
- 1.2.7. Određivanje sedimentacije crvenih krvnih stanica;
- 1.2.8. Određivanje vrijednosti C-reaktivnog proteina;

Iako je UL bolest za koju do danas nije znanstveno verificiran etiološki čimbenik, prema rezultatima recentne znanstvene literature verificirani su čimbenici koji pospješuju nastanak UL, a to su prekomjerno pušenje, uzimanje prevelikih doza željeza, vitamina B6 i vodikovog peroksida.

Metode liječenja

Konzervativno liječenje UL sadržava uporabu aminosalicilata [npr. Sulfasalazin], kortikosteroida [npr. Prednison], uporabu imunosupresivnih lijekova [npr. Azatioprin] i lijekove koji se svrstavaju u biološku terapiju [npr. infliximab].

Aminosalicilati

Sulfasalazin je najuvriježeniji lijek koji je danas u uporabi u svrhe liječenja UL. Supstancija koje je aktivna u svrhe liječenja u sulfasalazinu je 5-aminosalicilna kiselina (5-ASA).

Biološka terapija

Biološka terapija je u uporabi za liječenje UL kod bolesnika kod kojih je uporaba kortikosteroida opsolentna, tj. Nema učinka. Lijekovi koji su danas u uporabi su, i to: Infliximab, Adalimumab i Golimumab. Uporaba biološke terapije može biti poprečena nastankom neželjenih posljedica kao što su pogoršanje srčane funkcije, nastanak malignog oboljenja kože, slabljenje imunološkog sustava te nastanak tuberkuloze. Kod uporabe biološke terapije bolesnicima se moraju određivati laboratorijsko-biokemijske pretrage svaka četiri tjedna.

Nikotin

Incidencija UL je manja kod pušača nego kod nepušača. Provedene kliničke studije verificiraju kako uporaba transdermalnih nikotinskih naljepnica značajno poboljšavaju kliničku i histološku sliku UL-a.

Kirurško liječenje

UL u cjelosti se može izlječiti kirurškim metodama i postupcima. Uvriježena kirurška metoda je odstranjenje cijelog tijeka debelog crijeva (totalna kolektomija). Navedena kirurška metoda je i metoda izbora kod bolesnika sa UL kod kojih se ne može zaustaviti krvarenje iz probavnog sustava. Kirurško liječenje apsolutno je indicirano i kod bolesnika sa UL kod kojih je došlo do neželjene komplikacija tj. nastanka toksičnog megakolona. Bolesnici koji uzimaju konzervativnu terapiju tijekom više godina, mogu biti podvrgnuti kirurškom liječenju u svrhu poboljšanja stupnja kvalitete života. U navedene svrhe kod bolesnika je indicirano učiniti totalnu kolektomiju uz stvaranje tzv. Unutarnjeg pouch-a, tj. Nakon odstranjenja debelog crijeva održava se, kirurškom metodom, kontinuitet probavnog trakta.

Rekolonizacija bakterija

U ovu grupu terapije uvršteni su probiotici [VSL 3]. Metoda fekalne bakterioterapije sastoji se od unošenja probiotika uporabom klizmi.

Alternativni medicinski postupci

Kod 21% bolesnika sa UL postoji potrebitost za uvođenjem alternativnih metoda liječenja. Neka od sredstava za uporabu u svrhe ove vrste liječenja su, i to: Melatonin, Brassica, Oatmeal, Eicosapentaenoična kiselina [EPA-Eicosanoid koji je inhibitor leukotriena] koja se derivira iz ribljeg ulja, uporaba klizmi koje sadržavaju masne kiseline kratkih lanaca [bytirat], Herbal preparati [methionin-methyl sulfonium

klorid- MMSC], vitamin U, boswelija preparat ajurvedske tj. indijske tradicionalne medicine.

Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege označava pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema. Navedeni proces je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje bolesnikovih problema.

Proces se odvija kroz četiri stupnja, i to:

- 2.1 utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom;
- 2.2 planiranje zdravstvene njege;
- 2.3 provođenje zdravstvene njege;
- 2.4 evaluacija zdravstvene njege.

Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom

U prvom stupnju procesa utvrđuju se problemi iz područja zdravstvene njege. Prvi stupanj obuhvaća prikupljanje podataka, analizu prikupljenih podataka te utvrđivanje problema, odnosno postavljanje dijagnoze. Medicinska sestra podatke može prikupiti intervjuom, promatranjem, mjerenjem i analizom dokumentacije bolesnika.

Planiranje zdravstvene njege

Planiranje zdravstvene njege obuhvaća utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje metoda i postupaka iz domene sestrištva. Medicinska sestra zajedno s djetetom i roditeljima planira zdravstvenu njegu. Prvi je korak određivanje prioriteta, koji su pojedinačni u svakog bolesnika. Svaka je osoba jeeinka za sebe se problemi i potrebe ponasob razlikuju.

Provođenje zdravstvene njege

Provođenje je treći stupanj procesa zdravstvene njege, a sadržava validaciju, analizu uvjeta provođenja i/ili realizacije. Validaciju je potrebno provesti kako bi se utvrdila valjanost do tada provedenih stupnjeva procesa zdravstvene njege [stupanj 1+2]. Analizom uvjeta ocjenjuje se mogućnost provedbe procesa s obzirom na organizaciju zdravstvene ustanove i osoblja. Realizacijom se ocjenjuje uspješnost do tada učinjenih stupnjeva procesa zdravstvene njege.

Evaluacija

Evaluacijom se utvrđuje stupanj uspješnosti provedenih stupnjeva zdravstvene njege, te rezultati dobivenih ciljeva. Kod ovog stupnja potrebno je razlikovati kontinuiranu i završnu evaluaciju. Evaluacija koja se sastoji u trajnom praćenju bolesnika naziva se kontinuirana evaluacija, dok se završna evaluacija izvodi u trenutku predviđenog postignuća cilja. Kvaliteta zdravstvene njege ocjenjuje se na osnovi provedenih postupaka, ostvarenih ciljeva i rezultata učinjenih i postignutih rezultata uporabe metoda i postupaka zdravstvene njege.

Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom

Prikaz slučaja

Djevojčica A.M. rođena 1994. godine, primljena je na Kliniku za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek zbog bo-

lova u trbuhu, febriliteta i učestalih stolica sa primjesama sluzi i svježije krvi pod medicinskom dijagnozom ulcerozni kolitis. Unazad tri godine povremeno ima mučnine, bolove u trbuhu sa učestalim podražajima na defekaciju. Ide redovito na kontrolne preglede u gastroenterološku ambulanu. Od lijekova uzima Salofalk 2X1gr, Folacin 5 mgx1, Vasilip 20 mg x1, Paracetamol 500 mg po potrebi. Nema alergije na lijekove. Unazad 14 dana omršavila je 3 kg, pije oko 500 do 800 ml tekućine dnevno. Djevojčica ima zadovoljavajući vid, uredan sluh, zadovoljavajuće je orijentirana je u vremenu i prostoru, navodi postojanje straha prema medicinskim postupcima i metodama.

Promatranje i fizikalni pregled

Tjelesna dužina 148 cm, tjelesna težina 45 kg. Temperatura (axilarno) 38,6°C, frekvencija pulsa 72/min, dobro punjen, pravilnog ritma, frekvencija disanja 19/min. Auskultatorno nema šumova nad plućima.

Eupnoična. Vrijednosti krvnog tlaka 110/65 mm/Hg., koža je blijeda, turgor oslabljen, potkožno tkivo slabije razvijeno, edemi nisu prisutni. Zubi sanirani, usna šupljina uredna. Hod i ravnoteža primjereni, koštanih izbočenja, lezija i invalidnosti nema.

Planiranje, provođenje i evaluacija zdravstvene njege

Sestrinske dijagnoze

Prikupljanjem podataka promatranjem, intervjuom s roditeljima i djetetom, mjerenjem te analizom podataka utvrđene su sljedeće dijagnoze iz područja zdravstvene njege:

1. Visok rizik za dehidraciju u/s učestalih stolica i smanjenog unosa tekućine

Cilj: Djevojčica će tijekom 24h popiti 1500 ml tekućine u češćim razmacima i ne će biti dehidrirana.

Intervencije medicinske sestre:

- objasniti djevojčici važnost hidracije, osigurati kuhani čaj i/ili vodu, poticati na konzumiranje tekućine u manjim količinama, ali češćim razmacima;
- neprekidno pratiti i evidentirati vitalne znakove (temperaturu, puls, disanje), pratiti znakove dehidracije (suha koža i sluznice, oslabljen turgor kože);
- voditi evidenciju o količini unesene tekućine i diurezi;
- pratiti učestalost i konzistenciju stolica tijekom 24 sata;
- vagati djevojčicu;
- primjenjivati propisanu terapiju prema uputama liječnika;
- primjenjivati dijetoterapiju.

Evaluacija: Nakon provedenih intervencija djevojčica nije bila dehidrirana.

2. Visok rizik za oštećenje kože perianalnog područja u/s učestalih stolica

Cilj: Tijekom hospitalizacije djevojčici će koža perianalnog područja ostati neoštećena uz provođenje odgovarajućih higijenskih postupaka.

Intervencije medicinske sestre:

- uspostaviti odnos povjerenja s djevojčicom;
- promatrati, procjenjivati izgled analne regije, uočiti pojavu iritacije ili crvenila;
- pratiti količinu, izgled i učestalost stolica;
- omogućiti svakodnevno osobnu higijenu cijelog tijela, analne regije nakon svake defekacije;
- nakon svakog pranja analnu regiju posušiti mekim ručnikom i zaštititi kožu kremom;
- svakodnevno mijenjati osobno i posteljno rublje;
- primjenjivati ordiniranu terapiju;
- evidentirati svaku uočenu promjenu;
- educirati djevojčicu o važnosti higijene ruku nakon svake defekacije.

Evaluacija: Cilj je postignut. Nakon provedenih intervencija nije bilo znakova crvenila, koža analne regije ostala je očuvanog integriteta.

3. Učestale stolice u/s osnovne bolesti 2°
Ulcerozni kolitis što se očituje pojavom rjeđih stolica tijekom 24 h s primjesom sluzi i krvi.

Cilj: Djevojčica će tijekom hospitalizacije imati dvije stolice tijekom 24 sata, bez tragova krvi i sluzi, uz primjenjivanje ordinirane terapije i odgovarajuće prehrane.

Intervencije medicinske sestre:

- uspostaviti komunikaciju s djevojčicom i objasniti uzrok problema;
- primjenjivati ordiniranu terapiju;
- ratiti i evidentirati učestalost, izgled i konzistenciju stolica;
- osigurati privatnost tijekom defekacije;
- evidentirati povezanost učestalosti stolica s određenom hranom;
- osigurati hranu djevojčici koja ne uzrokuje probleme vezane za učestalu defekaciju;
- poticati bolesnicu na mirovanje u svrhu smanjenja peristaltike crijeva;
- omogućiti toaletu perianalnog područja nakon svake defekacije;
- osigurati privatnost tijekom toaleta;
- poticati na pridržavanje propisane prehrane.

Evaluacija: Cilj je djelomice postignut, djevojčica je tijekom dana imala 4 stolice s primjesom sluzi, bez tragova krvi.

4. Strah u/s medicinskog zahvata 2° Kolonoskopija što se očituje izjavom djevojčice: »Bojim se«.

Cilj: Djevojčica će prije predviđenog medicinskog zahvata osjećati strah u manjoj mjeri uz nazočnost majke.

Intervencije medicinske sestre:

- uspostaviti odnos povjerenja s djevojčicom i roditeljima.
- odvojiti dovoljno vremena i strpljenja za razgovor s djevojčicom i roditeljima

- pažljivo saslušati i saznati što djevojčica želi znati o svojoj bolesti i potrebnim pretragama;
- govoriti smireno i objasniti važnost, potrebu i korist dijagnostičkog zahvata;
- poticati djevojčicu i roditelje na postavljanje pitanja i odgovarati na iskreno na ista;
- tijekom razgovora pružiti djevojčici psihološku potporu, hrabriti ju;
- pohvaliti djevojčicu na prihvaćanju i razumijevanju dijagnostičkih metoda i postupaka;
- osigurati djevojčici gledanje televizije;
- omogućiti majci što duži boravak uz dijete.

Evaluacija: Cilj je postignut. Kod djevojčice je strah prije predviđenoga zahvata kolonoskopije bio izražen u slabom obimu.

5. Febrilitet u/s osnovne bolesti 2° Ulcerozni kolitis što se očituje izmjenom tjelesnom temperaturom od 38,6 °C.

Cilj: Za jedan sat tjelesna temperatura tijela djevojčice bit će niža za 1 °C uz primjenu ordiniranog antipiretika.

Intervencije medicinske sestre:

- obavijestiti liječnika o febrilnom stanju djevojčice;
- primjenjivati propisanu terapiju (Paracetamol 500 mg per os);
- kontrolirati vitalne znakove;
- pratiti stanje svijesti i izgled djeteta;
- osloboditi djevojčicu suvišne odjeće;
- omogućiti tuširanje mlakom vodom;
- prozračiti bolesničku sobu na 24 °C;
- osigurati i poticati djevojčicu na unos tekućine;
- mjeriti tjelesnu temperaturu svakih 30 minuta sve dok djevojčica ne bude afebrilna;
- Sve postupke evidentirati.

Evaluacija: Za 1 h uz primjenu ordinirane terapije Paracetamol 500 mg per os, temperatura djevojčice iznosila je 37,4°C.

6. Smanjen unos hrane u/s mučnine što se očituje ostatkom polovine obroka hrane u tanjuru nakon ručka i večere.

Cilj: Djevojčica će tijekom dana u cijelosti pojesti 3 obroka i 2 međuobroka dnevno, zadovoljit će hranom svoje energetske potrebe.

Djevojčici će se tijekom pet dana hospitalizacije povisiti tjelesna masa za 1 kg.

Intervencije medicinske sestre:

- uspostaviti odnos povjerenja s djevojčicom i roditeljima;
- osigurati djevojčici hranu koju voli, a koja ne uzrokuje probleme učestale defekacije;
- prozračiti prostoriju prije svakog obroka;
- uključiti obitelj u pripremi hrane ako to djevojčica želi;
- poticati djevojčicu na uzimanje hrane;

- dati majci pisane brošure o namirnicama koje se smiju konzumirati pri upalnim bolestima crijeva;
- vagati djevojčicu svaki drugi dan u isto vrijeme;

Evalvacija: Djevojčica je pojela dnevno u cijelosti 3 obroka i dva međuobroka. Tjelesna masa djevojčice nakon 5 dana boravka u bolnici povisila se za 1 kg i iznosila je 46 kg.

Otpusno pismo zdravstvene njege

Djevojčica rođena 1994. godine, primljena je na Kliniku za pedijatriju Kliničke bolnice Osijek zbog bolova u trbuhu, febriliteta, učestalih stolica s primjesom krvi i sluzi, pod medicinskom dijagnozom Ulcerozni kolitis.

Tijekom hospitalizacije prepoznati su i rješavani sljedeći problemi iz područja zdravstvene njege:

1. Visok rizik za dehidraciju u/s učestalih stolica i smanjenog unosa tekućine;
2. Visok rizik za oštećenje kože perianalnog područja u/s učestalih stolica;
3. Učestale stolice u/s osnovne bolesti 2° Ulcerozni kolitis što se očituje 7-10 rjeđih stolica tijekom 24 h s primjesom sluzi i krvi;
4. Strah u/s medicinskog zahvata 2° Kolonoskopija što se očituje izjavom djevojčice: «Bojim se»;
5. Febrilitet u/s osnovne bolesti 2° Ulcerozni kolitis što se očituje tjelesnom temperaturom od 38,6 °C;
6. Smanjen unos hrane u/s mučnine što se očituje ostalom polovine obroka hrane u tanjuru nakon ručka i večere.

Ad.1. Djevojčica je zbog osnovne bolesti imala 7-10 stolica dnevno. Pila je od 500–800 ml tekućine tijekom 24 h. Djevojčici je objašnjena važnost uzimanja tekućine. Poticana je na češće konzumiranje čaja ili vode. Osigurano je djevojčici 1500-2000 ml. tekućine. Promatrana je koža i sluznice kako bi se uočili prvi znakovi dehidracije. Mjeren je unos i izlučivanje tekućine, kontrolirani su vitalni znakovi, provedena ordinirana terapija, promatrana količina, izgled i primjese u stolici. Djevojčica je vagana svaki drugi dan, primjenjivana je propisana terapija. Tijekom hospitalizacije uz provedene postupke nije došlo do dehidracije.

Ad.2. Zbog učestalih stolica u djevojčice je postojao visok rizik za oštećenje kože perianalne regije. S djevojčicom je uspostavljen odnos povjerenja, promatran je izgled analne regije, evidentirana količina, izgled i učestalost stolica. Poticana je na svakodnevno obavljanje osobne higijene, educirana na važnosti pranja analne regije neutralnim sapunom poslije svake defekacije i uporabe zaštitnih krema za kožu. Osigurana je privatnost tijekom obavljanja higijene. Omogućena je svakodnevna promjena osobnog rublja. Educirana je o važnosti higijene ruku nakon svake defekacije. Tijekom hospitalizacije uz provedene intervencije kod djevojčice nije došlo do oštećenja kože. U vidu prevencije preporuča se svakodnevna higijena analne regije neutralnim sapunom, te nakon pranja osušivanje kože i mazanje kože zaštitnom kremom.

Ad.3. Djevojčica je tijekom 24 h imala 7-10 stolica s primjesama sluzi i krvi. Djevojčici je objašnjen uzrok učestalih stolica. Osigurana je privatnost tijekom defekacije, eviden-

tirana je učestalost, izgled i konzistencija stolica, provedena ordinirana terapija, osigurano dovoljno tekućine i hrana koja ne uzrokuje učestale stolice. Objašnjena je važnost od mora zbog smanjenja peristaltike. Omogućena je toaleta perianalnog područja nakon svake defekacije, poticana je na konzumiranje odgovarajuće prehrane. Provedenim intervencijama smanjio se broj stolica tijekom dana, nije bilo primjesa krvi u stolici. Preporuča se konzumiranje hrane koja nema iritirajuće djelovanje kod upalnih bolesti crijeva.

Ad.4. Tijekom hospitalizacije u djevojčice je uočen strah od kolonoskopije. S djevojčicom je uspostavljen odnos povjerenja. Kroz razgovor medicinska je sestra doznala što djevojčica zna i što želi saznati o svojoj bolesti i predviđenom zahvatu. Djevojčica je poticana na postavljanje pitanja, objašnjena je važnost, potreba i korist zahvata. Dopusšten je boravak majci da bude što više vremena uz svoje dijete. Djevojčica je prije predviđene pretrage osjećala strah u manjoj mjeri. Preporuča se da obitelj i kod kuće razgovara s djevojčicom o važnosti dijagnostičkih zahvata, kako bi djevojčica shvatila potrebu za daljnje dijagnostičko-terapeutske metode - postupke.

Ad.5. Tjelesna temperatura mjerena u bolnici iznosila je 38,6 °C. Medicinska sestra obavijestila je liječnika o febrilitetu djevojčice, pratila vitalne znakove i stanje svijesti. Primijenila ordiniranu terapiju, oslobodila djevojčicu suviše odjeće, omogućila tuširanje, prozračila prostoriju. Poticala je djevojčicu na konzumiranje tekućine. Mjerala je tjelesnu temperaturu svakih 30 minuta. Nakon provedenih intervencija djevojčici je nakon sat vremena tjelesna temperatura iznosila 37,4 °C. Preporuča se promatrati izgled djevojčice i u slučaju pojave simptoma i znakova febriliteta izmjeriti tjelesnu temperaturu.

Ad.6. Tijekom hospitalizacije u djevojčice je nakon ručka i večere ostajalo pola obroka hrane na tanjuru. S djevojčicom je uspostavljen odnos povjerenja. Djevojčica je poticana na uzimanje obroka u cijelosti. Osigurana je hrana koju djevojčica voli, a koja ne uzrokuje učestale defekacije. Hrana je poslužena topla. Prozračena je prostorija prije svakog obroka. Uključena je obitelj u pripremi hrane. Majka je educirana o količini obroka i vrsti namirnica koje se smiju konzumirati pri upalnoj bolesti crijeva. Objašnjena je važnost higijene usne šupljine. Nakon provedenih intervencija djevojčica je pojela obroke u cijelosti, tjelesna masa nakon 5 dana hospitalizacije povisila se za 1 kg. Preporuča se pratiti količina obroka koje djevojčica bude jela kod kuće.

Rasprava

Potrebe svakog djeteta, posebice bolesnoga, razlikuju se od djeteta do djeteta. Sustavnim pristupom svakom djetetu pojedinačno, racionalno, logički, potrebno je procijeniti stanje, utvrditi potrebe, otkriti i riješiti problem. Takav pristup rješavanju problema, utemeljen na znanju, zove se Proces sestrinske skrbi i omogućuje medicinskoj sestri da usvojene vještine i znanja samostalno primjenjuje za dobiti bolje osobe.

Glavna je uloga medicinske sestre ciljano i savjesno promatranje stanja bolesna djeteta, pravodobno prepoznavanje komplikacija i pogoršanja stanja, provođenje primjerenih sestrinskih intervencija i postupaka koje propiše liječnik.

Zdravstvena njega djeteta oboljelog od ulceroznog kolitisa sastoji se u kontroli vitalnih znakova, kontroli izlučevina, redovitom održavanju osobne higijene, zaštiti kože i sluznica, provođenju pravilne prehrane, nadoknadi tekućine. Također je potrebno utvrditi i prepoznati promjene u vanjskom izgledu, stanju uhranjenosti, pokretljivosti i položaju, izgledu izlučevina, osobnoj higijeni, psihičkom stanju, stanju svijesti, emocionalnom stanju te zdravstvenu njegu usmjeriti prema ublažavanju teškoća. Medicinska sestra je prva koja će bolesnom djetetu i obitelji pružiti potporu, uvažavati ih u svakom trenutku i pomagati u svim aktivnostima u kojima im je potrebna pomoć. Zdravstveni djelatnici uključeni u pedijatrijsku skrb, prema novim zahtjevima i postavkama rada s djecom, trebali bi biti educirani o tome kako pristupiti djetetu i roditelju, kako poštovati osobnost djeteta i roditelja; o načinu davanja informacija roditelju na način kojeg će razumjeti, o emocionalnim potrebama bolesnog djeteta i njegove obitelji. Medicinske sestre svojim odnosom povjerenja, edukacijom, iskrenom komunikacijom, znanjem, vještinama, sigurnošću i strpljivošću u radu, djeluju smirujuće na bolesno dijete i roditelje, pružaju sigurnost, povjerenje i nadu u ozdravljenje.

Zaključak

Pojedinačnim pristupom bolesnom djetetu postiže se pravodobno prepoznavanje i rješavanje problema. Odgovarajuća sestrinska procjena tijekom prikupljanja podataka omogućava dobivanje informacija neophodnih za planiranje i provođenje zdravstvene njege. Nakon utvrđenih problema medicinska sestra planira i provodi zdravstvenu njegu zajedno s djetetom i roditeljima. Budući da u tijeku bolesti važnu ulogu imaju i psihološki problemi koje oboljelo dijete može imati, potrebno je pokazati strpljivost i razumijevanje prema njegovu psihičkom i fizičkom stanju. Neophodna je edukacija roditelja i djeteta o preporučenom načinu života, koji obuhvaća savjete o pravilnoj prehrani, tjelesnoj aktivnosti, higijeni, o redovitom uzimanju propisane terapije, važnosti odlaska na kontrolne liječničke preglede. Samo cjelovitim, dinamičnim i sveobuhvatnim planom liječenja, prepoznavanjem i prevencijom problema iz područja zdravstvene njege osiguravamo oporavak bolesnog djeteta, smanjujemo broj komplikacija i činimo život maloga bolesnika sretnijim i zadovoljnijim.

Literatura

- [1] Peršić M. Kronična upalna bolest crijeva u djece. *Pediatrics Croatica*. 2000;44:198-214.
- [2] Stephen B. Sandborn W. Management of Crohn's disease in adults. *American Journal of Gastroenterology* 2001;96/3:635-43.
- [3] Hanauer SB, Stephen B. Inflammatory bowel disease. *N. Engl. J. Med.* 1996;334/13: 841-848.[4] Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am. J. Gastroenterol.* 2004;99/7:1371-85.
- [5] Langan RC, Gotsch PB, Krafczyk MA, Skilling DD. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. *American family physician* 2007;76/9:1323-30.
- [6] Orholm M, Binder V, Sørensen TI, Rasmussen LP, Kyvik KO. Concordance of inflammatory bowel disease among Danish twins. Results of a nationwide study. *Scand. J. Gastroenterol.* 2000;35/10:1075-81.
- [7] Tysk C, Lindberg E, Järnerot G, Floderus-Myrhed B (1988). Ulcerative colitis and Crohn's disease in an unselected population of monozygotic and dizygotic twins. A study of heritability and the influence of smoking. *Gut* 1988;29/7: 990-996.[8] Baumgart DC, Carding SR. Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology. *The Lancet* 2007;369/9573:1627-1640.
- [9] Cho JH, Nicolae DL, Ramos R. Linkage and linkage disequilibrium in chromosome band 1p36 in American Chaldeans with inflammatory bowel disease. *Hum. Mol. Genet.*2000;9/9:1425-32.
- [10] Järnerot G, Järnmark I, Nilsson K. "Consumption of refined sugar by patients with Crohn's disease, ulcerative colitis, or irritable bowel syndrome". *Scand. J. Gastroenterol.* 1983;18/8:999-1002.
- [11] Corrao G, Tragnone A, Caprilli R. Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study. Cooperative Investigators of the Italian Group for the Study of the Colon and the Rectum (GISC). *Int J Epidemiol* 1998;27/3:397-404.
- [12] Reddy D, Siegel CA, Sands BE, Kane S. Possible association between isotretinoin and inflammatory bowel disease. *Am. J. Gastroenterol.* 2006;101/7:1569-73.
- [13] Reniers DE, Howard JM. Isotretinoin-induced inflammatory bowel disease in an adolescent. *Ann Pharmacother* 2001;35/10:1214-6.
- [14] Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies". *The Lancet* 2007;369/9573:1641-57.
- [15] Hawes R. Therapeutic relationships with children and families. *Paediatric Nursing*. 2005;17:1.
- [17] Sonnenberg A, McCarty DJ, Jacobsen SJ. Geographic variation of inflammatory bowel disease within the United States. *Gastroenterology* 1991;100/1:143-9.
- [18] Andersson RE, Olaison G, Tysk C, Ekblom. Appendectomy and protection against ulcerative colitis". *N. Engl. J. Med.* 2001;344/11:808-14.
- [19] Boyko EJ, Koepsell TD, Perera DR, Inui TS. Risk of ulcerative colitis among former and current cigarette smokers. *N. Engl. J. Med.* 1987;316/12:707-10.
- [20] Levine J, Ellis CJ, Furne JK, Springfield J, Levitt MD. Fecal hydrogen sulfide production in ulcerative colitis. *Am. J. Gastroenterol.*1998;93/1:83-7.
- [21] Elson CO, Cong Y, Weaver CT, Schoeb TR, McClanahan TK, Fick RB, Kastlein RA. Monoclonal Anti-Interleukin 23 Reverses Active Colitis in a T Cell-Mediated Model in Mice. *Gastroenterology*2007;132/7:2359-2370.
- [22] Terry PD, Villinger F, Bubenik GA, Sitaraman SV. Melatonin and ulcerative colitis: evidence, biological mechanisms, and future research. *Inflamm. Bowel Dis.*2009; 15 /1: 134-40.
- [23] Leighton JA, Shen B, Baron TH.. ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. *Gastrointest. Endosc.* 2006;63 /4: 558-65.
- [24] Bensoussan M, Jovenin N, Garcia B. "Complementary and alternative medicine use by patients with inflammatory bowel disease: results from a postal survey. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2006;30 /1: 14-23.
- [25] Silverman MS, Davis I, Pillai DR. Success of self-administered home fecal transplantation for chronic *Clostridium difficile* infection. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2010;8 /5: 471-3.
- [26] Feller M, Huwiler K., Schoepfer A, Shang A, Furrer H, Egger M.. Long-term antibiotic treatment for Crohn's disease: systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *Clinical Infectious Diseases* 2010;50 /4: 473-480.
- [27] Bibiloni R, Fedorak RN, Tannock GW. VSL#3 probiotic-mixture induces remission in patients with active ulcerative colitis. *Am. J. Gastroenterol.* 2005;100 /7: 1539-46.
- [28] Borody TJ, Warren EF, Leis SM, Surace R, Ashman O, Siarakas S. Bacteriotherapy using fecal flora: toying with human motions. *J. Clin. Gastroenterol.* 2004;38/6: 475-83.