

ROLA EDUKACYJNA PIEŁĘGNIARKI W NIESWOISTYCH ZAPALENIACH JELIT U DZIECI

Educational role of nurse in inflammatory bowel disease in children

Ewa Lentka¹, Anna Rozensztrauch², Paulina Kowalczyk³, Katarzyna Torz³

¹ Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Profilaktyki Zdrowia, Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu

² Zakład Pediatrii Społecznej, Katedra Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Choroba przewlekła powoduje w życiu dziecka ograniczenia w każdej sferze jego funkcjonowania: fizycznej, psychicznej oraz społecznej. W przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego fizyczne ograniczenia stanowią przede wszystkim objawy chorobowe, takie jak: zaburzenia dojrzewania płciowego, niskorosłość oraz niezadowalający wygląd zewnętrzny. Utrudniony kontakt z rówieśnikami może być powodem zaburzeń zachowania, zmian nastroju, a nawet patologii, takich jak: psychonerwice, depresje, a czasem psychozy. W pracy przedstawiono rolę i zadania pielęgniarki w przygotowaniu dziecka i jego rodziny do zaadaptowania się do nowych warunków. Zwrócono szczególną uwagę na pielęgnację pacjenta oraz podstawowe zasady żywienia w stanie remisji i zaostrzenia objawów choroby.

Słowa kluczowe: edukacja, pielęgniarka, nieswoiste zapalenia jelit.

SUMMARY

Chronic disease restricts a child's life in every of its aspects: physical, mental and social. In case of Lesniowski-Crohn disease or ulcerative colitis, physical restrictions consist mostly of the disease symptoms such as disorders of puberty, short stature and unsatisfactory appearance. Difficulties in contact with peers can cause behavioral disorders, mood swings and even mental disorders such as psychoneuroses, depression, and sometimes even psychosis. The study discusses nurses' role and responsibilities in preparation of the child and its family for adaptation to new conditions. Special consideration has been given to patient's care and to the basic principles of nutrition during remission and during exacerbation of the disease symptoms.

Key words: education, nurse, inflammatory bowel diseases.

WSTĘP

Choroba przewlekła powoduje w życiu dziecka ograniczenia w każdej sferze jego funkcjonowania: fizycznej, psychicznej oraz społecznej. W przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna (L-C) i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG) fizyczne ograniczenia powodują przede wszystkim objawy chorobowe, takie jak: zaburzenia dojrzewania płciowego, niskorosłość oraz niezadowalający wygląd zewnętrzny. W sferze psychicznej natomiast zagrożenie stanowi nieprawidłowe kształtowanie się osobowości. Częste hospitalizacje z powodu zaostrzeń nieswoistych zapaleń jelit mogą powodować uczucie osamotnienia, a spadek aktywności – negatywne samopoczucie [1]. Utrudniony kontakt z rówieśnikami może być powodem zaburzeń zachowania, zmian nastroju, a nawet patologii, takich jak: psychonerwice, depresje, a czasem psychozy [2].

PATOGENEZA

Mimo intensywnych prób określenia zakaźnego, genetycznego lub immunologicznego podłoża choroby L-C i WZJG patogenese obu chorób jest nieznaną. Dodatni wywiad rodzinny jest prawdopodobnie najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na nieswoiste zapalenia jelit [NZJ] [3]. Potwierdza to częstsze występowanie choroby u bliźniąt jedno- niż dwuzygicznych [4] oraz znamienne zwiększenie ryzyka zachorowania u krewnych pierwszego stopnia. Wykazano związek między NZJ a zespołem Turnera i Hermansky'ego-Pudlaka i glikogenozą typu Ib [5].

Współczesne badania pozwalają na rozpoznanie coraz większej grupy czynników zwiększających zagrożenie zachorowania na WZJG. Czynniki uznawane za nasilające powstanie i objawy choroby WZJG podobne są do czynników sprzyjających zachorowalności na chorobę L-C.

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, że wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest także (jak choroba L-C) chorobą ludzi młodych. Największa zachorowalność przypada okres

między 20. a 40. rokiem życia i właśnie przed 20. rokiem życia ujawnia się 15–40% wszystkich przypadków WZJG. Według badań przeprowadzonych przez Iwańczaka [6], na terenie Dolnego Śląska współczynnik zachorowalności u pacjentów między 1. a 19. rokiem życia wynosił w okresie przeprowadzania badania 2,28 na 100 000 mieszkańców. Z najnowszych badań przeprowadzonych w Niemczech na pacjentach, bez stosowania specjalnego podziału wiekowego, wynika, że częstość występowania choroby jest stabilna i nie wzrasta (szczegółowe dane w tym zakresie zostały przedstawione w tabeli 1).

Tabela 1. Częstość występowania wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna w Niemczech (na 100 000 mieszkańców) (wg [7])

	Choroba Leśniowskiego-Crohna	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	Forma niesklasyfikowana
Zajęcie jelita cienkiego	12	–	–
Zajęcie jelita grubego	10	60	10
Forma wspólna	18	–	–
Zajęcie jelita cienkiego i grubego z odbytnicą	1	60	5

Nieznaną etiologią choroby i nie do końca poznana patogenese oraz podobne objawy sprawiają, że WZJG (nawet po przeprowadzeniu specjalistycznych badań) w praktyce ciężko jest odróżnić od choroby L-C. W takich przypadkach pierwszą postawioną diagnozą jest najczęściej nieswoiste zapalenie jelita niesklasyfikowane.

OBJAWY CHOROBY

Objawy chorobowe rozwijają się stopniowo i zależą od miejsca zajęcia jelita grubego. Do typowych manifestacji pozajelitowych u dzieci zalicza się opóźnienie wzrastania i dojrzewania

płciowego (20% przypadków dzieci z WZGJ), różnego rodzaju zapalenia stawów, zapalenia skóry, rumień guzowaty, zapalenie naczyń krwionośnych, zmiany w błonie śluzowej jamy ustnej, zapalenia gałek ocznych (tęczówki, rogówki). Dużo rzadziej niż u dorosłych z WZGJ występuje u dzieci zapalenie wątroby lub dróg żółciowych. Objawy pozajelitowe występują u 10–25% chorych. Szerokie spektrum dolegliwości charakterystycznych dla innych schorzeń utrudnia postawienie właściwej diagnozy.

W chorobie Leśniowskiego-Crohna objawy mogą obejmować każdy odcinek cewy pokarmowej, co stwarza większą różnorodność objawów. Zwykle charakteryzuje się ona objawami upośledzonego wchłaniania. Początkowo objawy są bardzo łagodne, a niektóre z nich mogą dominować w obrazie klinicznym. Upośledzone wchłanianie w jelicie cienkim doprowadza do niedoboru żelaza, cynku, kwasu foliowego i witaminy B₁₂ [5].

Najczęstszą dolegliwością są krwawe biegunki pojawiające się w ciągu dnia i/lub w nocy oraz kolkowe bóle brzucha słabnące po wydaleniu masy kałowej. Mogą występować też zaparcia z domieszką krwi, bolesne uczucie parcia na stolec. Częstość występowania poszczególnych objawów w chorobie WZGJ przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Poszczególne objawy u chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (wg [7])

Objaw	Częstość występowania w %
Krwiste biegunki	80
Biegunki	52
Bóle brzucha	47
Przetoki	0
Utrata masy ciała	5
Gorączka	1
Niedokrwistość, bledność, męczliwość	15
Objawy skórne	25
Zapalenie narządu wzroku	15
Bóle stawów	60
Uszkodzenie wątroby i trzustki	26

DIAGNOSTYKA

Rozpoznanie NZJ opiera się na podstawie obrazu klinicznego, badaniach laboratoryjnym, endoskopowym oraz ocenie histopatologicznej zmian błony śluzowej jelita grubego. Przeprowadzenie wszystkich badań nie daje pewności otrzymania jednoznacznej odpowiedzi, z jaką chorobą mamy do czynienia, okazuje się bowiem, że rozróżnienie między chorobą L-C a WZGJ jest w niektórych przypadkach niemożliwe.

LECZENIE

Leczenie WZGJ ma głównie charakter zachowawczy i skierowane jest na ograniczenie aktywności zapalenia błony śluzowej jelita grubego. W zależności od objawów i przebiegu choroby stosowne są odpowiednie leki, diety bezresztkowe, a w najostrejszych przypadkach operacyjne usunięcie jelita grubego (koлектomia). Leczenie żywieniowe jest szczególnie ważne u dzieci, u których doszło do zahamowania wzrastania [8, 9].

Niektórzy autorzy zalecają podawanie żywienia przez zgłębnik. Pozwala to chorym szybciej wyrównać niedobory w okresie zwiększonego zapotrzebowania na składniki odżywcze (okres dojrzewania), w którym niekorzystne jest leczenie kortykosteroidami ze względu na ryzyko wcześniejszego zarośnięcia nasek kostnych i zahamowania wzrastania [10].

UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W PROCESIE EDUKACJI I WSPARCIA CHOROGE I JEGO RODZINY

Rola pielęgniarki w procesie leczenia dziecka z nieswoistym zapaleniem jelita grubego jest niewątpliwie ważna. Zasadniczą wydaje się edukacja chorego dziecka i jego rodziny. Składa się z szeregu zadań i funkcji o charakterze wychowawczym i dydaktycznym, a jej celem jest oswojenie pacjenta z chorobą, wyjaśnienie możliwych kierunków rozwoju choroby, omówie-

nie przepisaneleczenia i zachęcenie pacjenta oraz członków jego najbliższej rodziny do aktywnego udziału w leczeniu oraz do zwalczania przeciwności i trudności życiowych związanych z chorobą.

Zaangażowanie pacjenta i rodziny w leczenie choroby oraz ukształtowanie u pacjentów pożądanej prozdrowotnej postawy niejednokrotnie nie jest zadaniem łatwym. Należy zauważyć, że dzieci chore na NZJ są hospitalizowane jedynie w przypadku pojawienia się średnich i ciężkich objawów, w pozostałym zakresie przebywają w domu, gdzie często panują zakorzenione już zwyczaje dotyczące higieny, odżywiania czy spędzania czasu wolnego. Dlatego też choroba dziecka wiąże się często z koniecznością zmiany tych nawyków przez wszystkich domowników. Stąd, aby wspomóc rodzinę i pacjenta w wypracowaniu prawidłowych warunków dla chorego dziecka, pielęgniarka przyjmuje często rolę „nauczycielki” przez informowanie o chorobie, o procesie leczenia i możliwościach osiągnięcia pozytywnych efektów leczenia. Pielęgniarka ma możliwości ukształtowania pozytywnego nastawienia pacjenta do choroby, zachęcenia go do stosowania leczenia i nauczania prawidłowych nawyków żywieniowych i higienicznych.

Sposób oddziaływania na pacjentów i ich rodzinę oraz efekty, jakie mają zostać osiągnięte, powinny być przemyślane i celowe. Niezbędne jest, aby obok wiedzy o samej chorobie pielęgniarka posiadała odpowiednie przygotowanie pedagogiczne z zakresu nauczania i wychowania oraz zdolności interpersonalnych, takich jak: umiejętności komunikowania się z dzieckiem, pokazywania empatii i zrozumienia, właściwego odpowiadania na potrzeby cierpiącego chorego, zrozumiałego i prostego przekazywania dobrych i złych wiadomości, umiejętności negocjacji i przekonywania. Kontakt z dzieckiem chorym na nieswoiste zapalenie jelit jest trudny, ponieważ dzieci takie często są bojaźliwe, nieufne, skoncentrowane na dolegliwościach, o dość chwiejnym, niższym poczuciu wartości.

Zadania edukacyjne pielęgniarki to także wpływanie na system wartości pacjenta, jego emocje i uczucia. Pielęgniarka jako pracownik i osoba przebywająca blisko i często z pacjentem jest najczęściej powiernikiem poufnych i osobistych informacji, może odpowiedzieć na trapiące pacjenta pytania, towarzyszy pacjentom w trudnych chwilach, może dawać wsparcie i pomagać przezwyciężyć dolegliwości choroby i wiążące się z nimi trudności życiowe.

Obok informowania pacjenta i jego rodziny o chorobie i kształtowania pozytywnej postawy do leczenia wyszczególnić należy następujące zadania edukacyjne pielęgniarki:

- omówienie i wyjaśnienie poszczególnych etapów opieki,
- przygotowanie do współpracy i współdziałania w procesie pielęgnowania i leczenia,
- kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie,
- nauczanie zasad samopielęgnacji,
- nauczanie samooceny samopoczucia i sygnalizowania o pojawiających się objawach.

Rola edukacyjna pielęgniarki może być realizowana przez przygotowany dla pacjenta i/lub jego rodziców plan edukacyjny bądź cykl zajęć edukacyjnych dostosowanych indywidualnie do każdego pacjenta, jego wieku i potrzeb. Taki plan edukacyjny mógłby zawierać omówienie takich zagadnień, jak:

- podstawowe zasady żywienia w stanie remisji i zaostrzenia objawów choroby,
- możliwość i sposób brania udziału w zajęciach sportowych,
- potrzeba kontaktu z rówieśnikami,
- sposób przekazywania informacji o chorobie nauczycielom, rówieśnikom i ich rodzicom,
- sposób przygotowania na dalekie (długie) podróże,
- uczęszczanie na zajęcia szkolne i pozaszkolne czy rozmawianie o chorobie z przyjaciółmi i rówieśnikami.

ZASADY ODŻYWIANIA W OKRESACH REMISJI I ZAOSTRZENIA CHOROBY

Ani choroba L-C ani choroba WZGJ nie są chorobami nieprawidłowego odżywiania, ale skutki choroby wiążą się często

u dzieci z zahamowaniem rozwoju, dużą utratą masy ciała, brakiem apetytu, a nawet jadłowstrętem, które mogą prowadzić do zaawansowanego niedożywienia. Elementarną częścią leczenia dzieci z nieswoistym zapaleniem jelit jest właściwe postępowanie żywieniowe.

Tabela 3. Produkty zalecane i odradzane w diecie osób z nieswoistymi zapaleniami jelita (wg [11])

Produkt	Dozwolony	Zabroniony
Produkty zbożowe	pieczywa pszenne i kukurydziane, chleb lecytynowy, chałka, makarony pszenne, cienkie nitki, lane ciasto, ciasto biszkoptowe, pierogi leniwe, z serem, mięsem, kasze przecierane lub drobnoziarniste: manna, jęczmienna, ryż	pieczywa żytnie i razowe, graham, chleb wieloziarnisty, świeże pieczywo pszenne, makarony z mąki żytniej i razowej, groszek pty-siowy, ciasta francuskie, knedle, kasza gruboziarnista – jagłana, gryczana, naleśniki
Nabiał	mleko – indywidualnie, w ograniczonej ilości, pełne – jogurt, kefir, sery twarogowe chude lub półtłuste, niekwaśne, sery żółte miękkie, masło	sery twarogowe tłuste, kwaśne, sery żółte twarde, dojrzewające, serki pleśniowe, serki topione, masło solone, kwaśna śmietana
Mięso	mięso drobiowe, wołowina, konina, królik, cielęcina – przygotowane bez tłuszczu zewnętrznego, w postaci jak najbardziej rozdrobnionej, wędliny – szynka, polędwica, kiełbasa drobiowa, galaretki mięsne	mięso smażone, duszone z tłuszczem, kaczką, gęś, baranina, wieprzowina, pasztet, salceson, boczek, smalec, konserwy, paszteciki, krokiety, bigos, gołąbki, leczko
Ryby	ryby gotowane, chude: sandacz, szczupak, flądra, dorsz, lin, leszcz, karp (do 1 kg)	ryby smażone, sardynki, ryby wędzone lub marynowane, konserwy rybne, tłuste ryby: węgorz, śledź
Warzywa	ziemniaki rozdrobnione, marchew, dynia, szpinak, pomidory – po usunięciu pestek, młode buraki	ziemniaki w całości lub smażone, frytki, placki ziemniaczane, kapusta, kalafior, brokuł, fasola, fasolka szparagowa, groszek zielony, groch, kukurydza, ciecierzycza, soja, cebula, kalarepa, rzodkiew, papryka
Owoce	jabłka, śliwki, wiśnie, morele, brzoskwinie, kompoty i soki owocowe – także z owoców drobnopestkowych, ale po ich usunięciu	gruszki, figi, truskawki, maliny, winogrona, owoce konserwowe
Napoje	herbata – słodzona miodem, kawa zbożowa, kakao – słabe, rozcieńczone, kawa naturalna – indywidualnie, soki owocowe i warzywne z dobrze tolerowanych warzyw	mocna kawa naturalna, napoje gazowane smakowe, mleko – indywidualnie, alkohol
Jaja	jajka na miękko	jajecznica smażona na tłuszczu, jaja faszerowane
Inne	łagodne przyprawy: koper, pietruszka, cynamon, sok z cytryny, sól, niewielkie ilości miodu, dżem z owoców bez pestek	mieszanki przypraw gotowych z dodatkami konserwantów, ziele angielskie, liść laurowy, pieprz, papryka, ocet, przetwory owocowe na cukrze, chipsy, popcorn, majonez, cukier

Do najważniejszych zadań leczenia żywieniowego należy:

- uzupełnienie niedoborów energetycznych, składników pokarmowych, minerałów i witamin,
- zminimalizowanie podrażniających jelita treści pokarmowych oraz

wych oraz

- znormalizowanie liczby stolców.

Dieta dziecka chorego powinna być zdrowa, wysokoenergetyczna, wysokobiałkowa, bogata w witaminy i minerały oraz lekkostrawna. Z diety całkowicie powinny zostać usunięte pokarmy niezdrowe typu fast food, produkty powodujące nadmierne wytwarzanie gazów (np. kapusta, cebula, napoje gazowane), produkty nietrawione w pełni przez organizm (np. grzyby, groch, suszone owoce) czy zawierające dużą ilość cukrów prostych podlegających fermentacji (np. dżemy, syropy owocowe). Ogólne zestawienie produktów zalecanych i odradzanych przy NZJ przedstawia tabela 3.

Dieta dla każdego pacjenta powinna być zindywidualizowana. Ustalenie postępowania żywieniowego wymaga czasu oraz długoterminowej, wnikliwej obserwacji pacjenta oraz reakcji jego organizmu na podawane pokarmy (tolerancji poszczególnych pokarmów). Stąd w sam proces tworzenia diety dla pacjenta zaangażowani powinni być conajmniej lekarz prowadzący, pielęgniarka i dietetyk. Raz przygotowana dla pacjenta dieta oczywiście nie będzie identyczna przez cały okres choroby. Potrzeby energetyczne pacjenta, pacjent i sama choroba są bowiem dynamiczne i ulegają zmianom, co będzie wymagało dokonania odpowiedniej modyfikacji i dostosowania diety.

Obok indywidualnych potrzeb i tolerancji/nietolerancji pokarmowych duże znaczenie przy układaniu diety ma stan choroby oraz objawy. W najłagodniejszych przypadkach samo wyeliminowanie z diety produktów ciężko strawnych i niezdrowych pozwala uzyskać docelowy stan remisji, w najcięższych – konieczne jest przejście na dietę półpłynną lub płynną. Ponadto dieta powinna uwzględniać występujące u chorych z NZJ niedobory żywieniowe (tab. 4).

Tabela 4. Niedobory żywieniowe występujące przy chorobie Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego (wg [7])

Skutki	Niedobory występujące w chorobie Leśniowskiego-Crohna	Niedobory występujące w wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego
Utrata masy ciała	65–75%	20–60%
Obniżony poziom albumin	25–80%	25–50%
Utrata białka przez przewód pokarmowy	65–80%	bd
Ujemny bilans azotowy	55–75%	bd
Anemia	60–80%	60%
Niedobór żelaza	35–50%	80%
Niedobór kwasu foliowego	50–65%	30–40%
Niedobór witaminy B ₁₂	35–45%	5%
Niedobór wapnia	10–20%	bd
Niedobór magnezu	14–35%	bd
Niedobór potasu	5–20%	bd
Niedobór cynku	40–55%	bd
Niedobór witaminy C	10–30%	bd
Niedobór witaminy D	60–80%	35%
Niedobór witaminy K	10–25%	bd

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli 4 osoby z chorobą L-C i WZJG powinny w szczególności spożywać pokarmy bogate w żelazo, kwas foliowy, witaminę D i cynk. Jednocześnie osoby chore na L-C powinny pamiętać o uzupełnianiu witaminy B₁₂, wapnia i magnezu. Odpowiednio zbilansowana dieta może

zapobiegać bądź wyrównać poziom witamin i minerałów, niemniej jednak w przypadkach dużych niedoborów konieczne jest wsparcie diety odpowiednimi farmaceutykami.

Nie bez znaczenia jest sposób przygotowywania posiłków. Zaleca się, aby posiłki były gotowane na wodzie, duszone lub pieczone. Wbrew wielu zasadom i obostrzeniom dotyczącym żywienia osób z NZJ przygotowanie posiłków dla chorego dziecka nie musi być ani trudne ani czasochłonne.

Skuteczność leczenia żywieniowego zależy przede wszystkim od konsekwentnego i ścisłego stosowania się pacjenta do jego zasad. Rola pielęgniarki natomiast sprowadza się w tym zakresie do:

- udziału w tworzeniu diety,
- kontroli stanu odżywienia pacjenta,
- ustalania ewentualnych przeciwwskazań żywieniowych,
- kontroli skuteczności stosowanej diety,
- edukacji i informowania pacjenta i jego rodziny o stosowanej diecie,
- sporządzenia jego zgodności z zaleceniami lekarza i tożsamości pacjenta, aby uniknąć w tym zakresie ewentualnych pomyłek,
- sprawdzenia, czy pacjent odpowiednio zażył lek.

PIELĘGNACJA PACJENTA

Problem pielęgnacji dotyczy przede wszystkim pacjentów hospitalizowanych z ciężkimi objawami lub przy nagłym zaostrzeniu choroby. Dziecko z NZJ w porównaniu do zdrowych rówieśników jest często bojaźliwe, wycofane, nerwowe, mniej odporne psychicznie i fizycznie. Może przejawiać również niechęć, a nawet wrogość do personelu medycznego. Dlatego też do czasu uzyskania akceptacji i zaufania kontakt pielęgniarki z takim pacjentem może być utrudniony, a wypracowanie skutecznych metod leczenia (współpracy) może być czasochłonne.

Zakres czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych wobec pacjenta zależy od jego wieku i stanu choroby. Młodszy pacjent po-

trzebują większej lub całkowitej pomocy w takich czynnościach jak: wypróżnianie, branie kąpeli czy jedzenie. To samo dotyczy pacjentów w ciężkim stanie – wychudzonych, z ostrymi rzutami choroby. Opiekując się takimi pacjentami pielęgniarka powinna pamiętać, aby zapewnić im odpowiednią czystość i świeżość okolic krocza, pośladków i okolic odbytu. Dodatkowo, w przypadku pacjentów leżących pielęgniarka powinna zabezpieczyć ich skórę przed odleżynami i otarciami od pościeli, stosując w tym zakresie na przykład odpowiednie kremy i masaże.

Problemy jelitowe mogą powodować nieprzyjemną woń, stąd należy pamiętać, aby pokój pacjenta z NZJ był regularnie wietrzony w celu usunięcia nieprzyjemnych zapachów i dostarczenia świeżego powietrza. Pościel pacjenta powinna być czysta i odpowiednio często zmieniana. Do obowiązków pielęgniarki należy również zapewnienie i kontrolowanie czy pacjent prawidłowo się odżywia, czy stosuje wszystkie przepisane leki i przestrzega zaleceń żywieniowych. W związku z tym, że przyczyny choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego nie są znane i co do zasady nie są uleczalne pielęgniarka musi bacznie obserwować wszystkie okoliczności wpływające na stan i samopoczucie pacjenta, w szczególności negatywne reakcje na leki i nietolerancje pokarmowe, a o wszystkich poczynionych spostrzeżeniach niezwłocznie informować lekarza.

WNIOSKI

- zarówno etiologia choroby L-C, jak i WZJG nie są znane, co powoduje trudności w szybkim postawieniu prawidłowej diagnozy,
- liczba i jakość badań na temat choroby L-C i WZJG nie jest duża w porównaniu z innymi chorobami,
- objawy choroby L-C i WZJG ograniczają aktywność szkolną, fizyczną i kontakt z rówieśnikami chorego dziecka,
- pielęgniarka odgrywa zasadniczą rolę w procesie leczenia.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów

BIBLIOGRAFIA

1. Pecyna MB. *Dziecko i jego choroba*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2000.
2. Perek M, Cepuch G. Poziom wiedzy i jakość życia młodzieży chorej na nieswoiste zapalenia jelit. *Pielęgn XXI Wieku* 2011; 2(35): 45–50.
3. Chong SK, Blackshaw AJ, Morson BC, et al. Prospective study of colitis infancy and early childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1986; 5: 352–358.
4. Yang H, Rotter JI. *Genetics of inflammatory bowel disease*. In: Targan SR, Shanahan F, eds. *Inflammatory bowel disease bench to bedside*. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1994: 32–64.
5. Winesett M. Inflammatory bowel disease in children and adolescents. *Pediatr Ann* 1997; 26: 227–234.
6. Iwańczak F. *Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dzieci*. W: Iwańczak F, red. *Gastrologia dziecięca*. Warszawa: Borgis Wydawnictwo Medyczne; 2003: 174.
7. Małecka-Panas E, Słomka M, red. *Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit. Choroba Leśniowskiego-Crohna. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego*. Wrocław: MedPharm; 2012.
8. Hyams JS. Crohn's disease in children. *Pediatr Clin N Amer* 1996; 43(1): 255–277.
9. Kirschner BS. Ulcerative colitis in children. *Pediatr Clin N Amer* 1996; 43(1): 235–254.
10. Aiges H, Markowitz J, Rosa J, et al. Home nocturnal supplemental nasogastric feeding in growth – retarded adolescent with Crohn's disease. *Gastroenterology* 1989; 97: 905.
11. Zmarzły A, Stancilik J. *Zasady odżywiania w nieswoistych zapaleniach jelit*. W: Steciwko A, red. *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*. T. 11. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2007: 156.

Adres do korespondencji:

Mgr Anna Rozensztrauch
Katedra Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 503 585 939
E-mail: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji:

Po recenzji:

Zaakceptowano do druku: