ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA SA CELIJAKIJOM TOKOM BOLNIČKOG LEČENJA

NURSING CARE OF A PATIENT WITH CELIAC DISEASE DURING HOSPITAL TREATMENT

Sanja Stojanović¹, Hajnalka Požar²

¹Opšta bolnica Subotica, Sektor za hirurške grane medicine

²Visoka škola strukovnih studija u Subotici

SAŽETAK

Celijakija je hronična autoimuna bolest tankog creva koja se javlja nakon unošenja namirnica koje u sebi sadrže gluten. Kod preosetljivih osoba gluten iz namirnica pokreće imunološke reakcije i dovodi do iritacije, upale i atrofije sluznice tankog creva sa posledičnom malapsorpcijom hranljivih materija. Jedini, dokazano efikasan tretman celijakije je sprovođenje stroge, doživotne bezglutenske dijeta. Pridržavanjem dijeta moguće je efikasno kontrolisati bolest i sačuvati kvalitet života. Ipak, ukoliko dođe do pogoršanja stanja, zdravstveni profesionalci moraju osigurati adekvatnu ishranu tokom boravka pacijenata u bolnici i tretman u skladu sa utvrđenim potrebama.

U radu su prikazane specifičnosti utvrđivanja potreba za zdravstvenom negom kod obolelih od celijakije (sestrinska anamneza, utvrđivanje stanja uhranjenosti i podataka o eliminaciji). Zatim, sagledani su najčešći problemi u domenu zdravstvene nege poput sledećih: deficit znanja, proliv i povraćanje, visok rizik od dehidracije, pothranjenosti, rizik od poremećaja termoregulacije i neefikasno održavanje zdravlja. Prikazane su i sestrinske intervencije u cilju rešavanja ovih problema tokom bolničkog lečenja pacijenata sa celijakijom.

Glavne reči: celijakija, bezglutenska dijeta, plan zdravstvene nege, dijagnoze nege

UVOD

Celijakija ili glutenska enteropatija je doživotno, autoimuno oboljenje tankog creva čiji je uzrok nepodnošljivost organizma na gluten. Gluten je belančevina koja se nalazi u proteinskoj opni ječma, raži, ovasa i zobi. Gluten oštećuje sluzokožu tankog creva i dovodi do deskvaminacije ćelija i atrofije sluznice crevnih resica, ometajući apsorpciju hranljivih materija i vode [1]. Usled hroničnog

SUMMARY

Celiac disease is a chronic autoimmune disease of the small intestine that occurs after ingesting foods that contain gluten. In hypersensitive people, gluten from food triggers immune reactions and leads to irritation, inflammation and atrophy of the small intestinal mucosa with consequent malabsorption of nutrients. The only proven treatment for celiac disease is a strict, lifelong gluten-free diet. By following a diet, it is possible to effectively control the disease and preserve the quality of life. However, if the condition worsens, health professionals must ensure adequate nutrition during their stay in the hospital, and treatment in accordance with the identified needs.

This paper presents the specifics of determining the need for care in patients with celiac disease (nursing history, determination of nutritional status and elimination data). Then, we considered the most common problems in the field of nursing care such as: knowledge deficit, diarrhea and vomiting, high risk of dehydration, malnutrition, risk of inadequate thermoregulation and inefficient health maintenance. Nursing interventions are also presented in order to solve these problems, during the hospital treatment of patients with celiac disease.

Key words: celiac disease, gluten-free diet, nursing care, nursing diagnoses

zapaljenja sluzokože tankog creva dolazi do tipičnih simptoma i znakova celijakije, koji se ispoljavaju na nivou digestivnog trakta u vidu hroničnih proliva, nadutosti, abdominalnih bolova, mučnina, povraćanja, što dovodi do gubitka u telesnoj težini i stagnacije u rastu i razvoju deteta. Pored tipičnih simptoma, postoji i grupa atipičnih, kao što su: anemije, umor, ekcem, dermatitis herpetiformis ili oštećenje zubne gleđi. Bolest se javlja kod osoba oba pola, često u dečijem ili adolescentnom uzrastu, međutim može da se

Autor za korespondenciju:

Sanja Stojanović

Opšta bolnica Subotica, Sektor za hirurške grane medicine

Izvorska 3, 24000 Subotica

e-mail: sanjastojanovic09@gmail.com

Rad primljen: 29.09.2021; Rad prihvaćen: 20.01.2022.

ispolji u bilo kom periodu života. Najčešće se javlja kod osoba koje su genetski predisponirane, ali može biti pokrenuta i crevnim infekcijama ili psihološkim stresom [2,3]. Dijagnoza bolesti se postavlja na osnovu kriterijuma Udruženja pedijatar, gastro-hepatointerologa i nutricionista (engl. European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition - ESPGHAN). Pored detaljnih anamnestičkih podataka, kliničkog pregleda, serološkog testa ukupnih IgA antitela, definitivna dijagnoza se postavlja biopsijom sluzokože tankog creva. Po utvrđivanju definitivne dijagnoze, osobama obolelim od celijakije se savetuje stroga, doživotna bezglutenska dijeta, koja je jedini do danas poznat način lečenja celijakije [4 5].

Bezglutenska dijeta podrazumeva eliminisanje žitarica pšenice, ječma, raži i njihovih proizvoda. Takođe, iz ishrane je potrebno isključiti i sve hibridne proizvode navedenih žitarica poput spelte, duruma, mekinja, klice, krupica, kuskusa [6,7]. Dozvoljene su namirnice koje prirodno ne sadrže gluten (pirinač, kukuruz, krompir, voće, povrće, meso, riba, jaja, mleko). Ipak, treba voditi računa da ove namirnice mogu biti kontaminirane prilikom uzgajanja, procesa obrade, transporta i skladištenja. Kada je reč o industrijskim proizvodima, dozvoljena količina glutena u proizvodima je 20 ppm (20 miligrama glutena na 1 kg brašna) ili manje od toga i potrebno je da budu označeni međunarodnom oznakom za bezglutenske proizvode, znakom precrtanog klasa pšenice [8-10]. Edukacija o pravilnoj ishrani i uključivanje nutricioniste je neophodan segment u sprovođenju dijetoterapije, budući da takva ishrana može rezultirati deficitom određenih vitamina i minerala (pre svega folne kiseline, gvožđa, kalcijuma, magnezijuma, vitamina A, C, E i D) sa posledičnom anemijom, osteoporozom, neurološkim poremećajima ili slabljenjem odbrambenog sistema, te je neophodno dobiti odgovarajući savet za alternativne namirnice u cilju nadoknade nutrijenata [8,9].

Cilj ovog rada je da se sagledaju zadaci medicinske sestre u hospitalnom zbrinjavanju obolelih od celijakije, da se prikažu najznačajniji problemi na području zdravstvene nege, kao i sestrinske intervencije u cilju rešavanja ovih problema.

ZDRAVSTVENA NEGA OBOLELIH OD CELIJAKIJE TOKOM BOLNIČKOG LEČENJA

Ukoliko oboleli od celijakije dobiju adekvatnu dijagnozu, savet i podršku za sprovođenje dijetoterapije, većina njih može efikasno da se suoči sa oboljenjem i da živi potpun, kvalitetan život. Međutim, klinička slika celijakije može biti veoma raznolika i za posledicu može imati neke akutne komplikacije, koje je potrebno lečiti u hospitalnim uslovima. Ukoliko iz bilo kog razloga dođe do pogoršanja stanja obolelih i potrebe za hospitalizacijom, odgovornost za zdravstvenu negu i lečenje, planiranje i pripremu bezglutenskog obroka pripada zdravstvenim profesionalcima [11]. Iako se u smernicama za lečenje celijakije Nacionalnog institutaza zdravlje (engl. National Institute for Health and Care Excellence - NICE) ističe da odgovarajuće lečenje bolesnika sa celijakijom je, pre svega, prioritet za zdravstvene radnike - edukatore na primarnom nivou zdravstvene zaštite, isto bi trebalo da se odnosi i na tim zdravstvenih radnika koje brine o pacijentima koji su primljeni u bolnicu [12]. Svi zdravstveni radnici, uključujući studente i učenike, ali i nezdravstveni radnici koji su uključeni u proces naručivanja, pripremanja i distribucije obroka (pomoćni radnici, servirke, spremačice), moraju biti informisani i edukovani o specifičnim prehrambenim potrebama obolelih od celijakije [11]. Pacijentima sa celijakijom potrebno je obezbediti ishranu bez glutena tokom celog perioda boravka u bolnici. Nenamerno uvođenje glutena od strane bolničkog osoblja u obroke ili pića obolelih od

celijakije može imati značajan negativan uticaj na njihovo zdravlje tokom hospitalizacije, pa i neko vreme nakon toga. Samim tim, zdravstveni radnici moraju biti potpuno svesni da su oni odgovorni za podmirivanje potreba pacijenata za ishranom i hidratacijom, zatim, kako slučajno izlaganje glutenu može uticati na zdravlje obolelih, koje mere predostrožnosti trebaju preduzeti kako bi izbegli unakrsnu kontaminaciju i kako da pristupaju informacijama o tome koja hrana može sadržati alergene [11].

Prilikom hospitalizacije obolelih u fazi akutnog ispoljavanja oboljenja neophodno je pridržavati se propisanih preporuka za što kvalitetniju brigu i negu, u skladu sa individualnim potrebama pacijenata [13]. Medicinska sestra treba da ostvari dobru saradnju i komunikaciju sa obolelima, kako bi omogućila što lakši pristup svim potrebnim i važnim informacijama, kao i da proceni koliko su oboleli spremni da sarađuju i učestvuju u nezi i lečenju. Saradnja treba da obuhvata i edukaciju, savetodavni rad o bolesti i važnosti primene pravilne dijetoterapije. Stoga, u pristupu treba da bude uverljiva, da pokaže zainteresovanost i na taj način stvori poverenje u komunikaciji [14].

SPECIFIČNOSTI PRIKUPLJANJA PODATAKA OD PACIJENATA SA CELIJAKIJOM

Sestrinska anamneza formira se prikupljanjem podataka o stanju obolelih, pri čemu se identifikuju potrebe za zdravstvenom negom. Potrebno je prikupiti osnovne podatke o pacijentu, razlogu hospitalizacije, opštem stanju pacijenta prilikom prijema, ranijim bolestima i hospitalizacijama, nivou informisanosti o bolesti i lečenju, uslovima za nastavak lečenja u kućnim uslovima. Prilikom prikupljanja podataka treba da se stvori uvid u prehrambene navike, da se sazna šta oboleli vole da konzumiraju, a šta ne, kako bi se kasniji jelovnik i saveti mogli prilagoditi individualnim navikama u ishrani. Prilikom hospitalizacije oboleli vrlo često, zbog izdvojenosti od uobičajenog okruženja, odbijaju hranu, pa je važno omogućiti što sličniju ishranu kao u kućnim uslovima [9,13,15]. Procena opšteg stanja podrazumeva parametre poput: uzrasta, pola, antropometrijskih pokazatelja nutritivnog statusa (telesna visina, telesna težina, indeks telesne mase). Prilikom prikupljanja podataka o nutritivnom statusu obolelog predlaže se upotreba određenih skala poput Mini nutritivne procene (engl. Mini Nutritional Assessment - MNA), Subjektivne globalne procene (engl. Subjective Global Assessment - SGA) ili Univerzalnog skrining testa za procenu malnutricije (engl. Malnutrition Universal Screening Tool - MUST). Poznavanje i redovna primena odgovarajućih skala i instrumenata u svakodnevnom radu, može unaprediti kvalitet pružene zdravstvene nege, kako prilikom prikupljanja podataka, tako i kasnije prilikom evaluacije postignutih rezultata i ciljeva [16].

Prilikom prikupljanja podataka treba proceniti koliko pacijent zna o bolesti i o značaju dijetoterapije, dobiti informacije o eliminaciji, broju, konzistenciji i eventualnim primesama u stolici (gnoj, krv), prisustvu grčeva, mučnine ili povraćanja, o učestalosti i boji povraćenog sadržaja, kao i da li postoji neko drugo oboljenje koje se može povezati sa pojavom proliva ili povraćanjem. Potrebno je posmatrati stanje sluzokože, proceniti turgor i boju kože koja, ukoliko je bleđa i oznojena, može ukazivati na pojavu određenog stepena dehidratacije. Neophodno je proceniti vitalne parametre i stanje svesti, jer mogu dati dragocene informacije o eventualnom prisustvu infekcije ili teže dehidratacije. Što je sestrinska anamneza preciznija, omogućava kvalitetniju izradu plana zdravstvene nege tokom hospitalizacije. Najčešći objektivni i subjektivni simptomi kod obolelih od celijakije su prikazani u Tabeli 1. [15,17].

Tabela 1. Najčešći subjektivni i objektivni simptomi i znaci kod obolelih od celijakije [17]

SUBJEKTIVNI:	OBJEKTIVNI:
1. Proliv	1. Gubitak telesne težine, stagnacija u težini
2. Povraćanje	2. Razdražljivost
3. Gubitak apetita, mučnina	3. Depresija
4. Bol u trbuhu	4. Stolica sa neprijatnim mirisom
5. Grčevi u stomaku	5. Bolovi u kostima, zglobovima

DIJAGNOZE NEGE I SESTRINSKE INTERVENCIJE KOD OBOLELIH OD CELIJAKIJE

Na osnovu sestrinske anamneze definišu se dijagnoze nege. Najčešće dijagnoze nege kod obolelih od celijakije su prikazane u Tabeli 2 [18-20]. Sveobuhvatna dijagnoza nege koja bi možda bila najprikladnija za celijakiju glasi: "Rizik od dehidracije usled loše gastrointestinalne apsorpcije hranljivih materija u vezi sa prolivom" [17].

Tabela 2. Najčešće dijagnoze nege kod obolelih od celijakije

1. Deficit znanja	6. Rizik od infekcije
2. Proliv	7. Rizik za poremećaj termoregulacije
3. Povraćanje	8. Deficit samonege
4. Rizik za dehidraciju	9. Anksioznost
5. Pothranjenost	10. Nemoć i neefikasno održavanje zdravlja

1. Deficit znanja

Deficit znanja ili neupućenost u osnovnu bolest, predstavlja nedostatak znanja i veština potrebnih za kontrolu bolesti. Ovo se najpre odnosi na važnost sprovođenja stroge bezglutenske dijeta. Obolele je potrebno uključiti u program edukacije o pravilnoj ishrani, dozvoljenim i nedozvoljenim namirnicama, njihovom prepoznavanju na ambalaži i tumačenju deklaracije na proizvodima. Budući da se kod velikog broja obolelih u akutnoj fazi javlja i intolerancija na laktozu, neophodno je izbegavati namirnice koje sadrže laktozu [9,10].

Zadatak medicinske sestre u edukativnom pristupu zavisi od uzrasta i sposobnosti pacijenata. Prvo je potrebno proceniti nivo znanja o bolesti, spremnost na saradnju i aktivno učestvovanje obolelih (ili roditelja obolele dece) u edukaciji. Zatim, neophodno je razgovarati sa obolelima o značaju održavanja stroge bezglutenske dijeta, o mogućim posledicama konzumiranja glutena i njegovom uticaju na sluznicu tankog creva u vidu iritacije i proliva. Potrebno je istaći da uporan proliv može dovesti do dehidracije, elektrolitnog disbalansa, anemije, osteoporoze i drugih ozbiljnih komplikacija [7,11]. Da bi zdravstveno vaspitanje i saveti bili uspešno prihvaćeni od strane pacijenata, važna je adekvatna komunikacija, jer stvaranje poverenja omogućava da se oboleli osećaju slobodnije i sigurnije u komunikaciji. Prilikom razgovora o bolesti treba koristiti što manje stručnih izraza, a ako je to neophodno, svaki je potrebno posebno objasniti i sačekati povratne informacije pacijenata [14]. Za sprovođenje edukacije medicinska sestra treba da pripremi informativni materijal koji će koristiti npr. pisani ili video materijal o bolesti, spisak dozvoljenih/nedozvoljenih namirnica, brošure i letke sa primerima jelovnika. Na osnovu dobijenih podataka o životnim navikama i navikama u ishrani, potrebno je informisati pacijente o tome koje navike je potrebno izmeniti kako bi adekvatno brinuli o svom zdravlju i podsticati ih da postavljaju

ju pitanja [8, 9]. Za precizno praćenje dijeta, savetuje se vođenje dnevnika namirnica koje se koriste u cilju što raznovrsnije ishrane i kako bi se izbegli eventualni propusti u konzumaciji nedozvoljenih namirnica [10].

Optimalan ishod edukativne intervencije je da pacijent:

- razume osnove oboljenja i potrebne dijetoterapije;
- pridržava se dijetetskog režima;
- zna da nabira namirnice koje ne sadrže gluten i koji se mogu slobodno koristiti u ishrani;
- verbalizuje efekte konzumiranja namirnica koje sadrže gluten [11,19].

2. Proliv

Hroničan proliv tj. učestalo pražnjenje tečne stolice praćeno jakim peristaltikom creva, je vrlo čest simptom celijakije. U planu zdravstvene nege ovaj problem može da se označava i kao "Deficit samonege i nemoć u vezi sa gubitkom kontrole nad telesnim funkcijama – inkontinencijom creva" [15,17].

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema jesu:

- praćenje eliminacije creva, beleženje stolice (broj, konzistencija, primeše, prisustvo grčeva i bolova) za 24 sata;
- praćenje bilansa tečnosti u toku 24 sata;
- podsticati pacijenta na unos tečnosti i obezbediti stalno prisustvo tečnosti (vode, čaja);
- ako pacijent ima uporan proliv neophodno je pratiti stanje hidratacije (turgor kože i vlažnost sluzokože usne duplje);
- obezbediti sprovođenje adekvatne dijeta i ponuditi pacijentu manje, češće obroke;
- obezbediti redovno sprovođenje higijene i nege anogenitalne regije kože neutralnim kremama zbog učestalih stolica;
- primena parenteralne nadoknade tečnosti po nalogu [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- doći će do smanjenja količine stolice i grčevi će biti manji;
- neće doći do dehidracije i deficita samonege [13,15].

3. Povraćanje

Povraćanje predstavlja snažno refleksno izbacivanje tj. eliminacija želudačnog sadržaja kroz usnu šupljinu. Usled intenzivnog povraćanja može doći do poremećaja acido-bazne ravnoteže koja je posledica gubitka elektrolita [13].

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema zdravstvene nege su sledeće:

- praćenje i beleženje količine, učestalosti povraćanja, prisustva patoloških primeša;
- obezbediti adekvatan položaj bolesnika (sedeći položaj sa glavom nagnutom napred ili bočni koma položaj, ukoliko je osoba bez svesti);
- sprovesti higijenu usne duplje nakon svakog povraćanja, obezbediti provetrenu prostoriju;
- redovno praćenje vitalnih parametara i stanja svesti, posmatranje boje i turgora kože, izgleda sluzokože usne duplje [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- neće doći do povraćanja;
- pacijent će na vreme obavestiti osoblje o prisustvu nadražaja na povraćanje;
- neće doći do razvoja simptoma i znakova dehidracije tokom hospitalizacije [9,15].

4. Rizik za dehidraciju

Do dehidracije tj. poremećaja metabolizma vode i elektrolita kod pacijenata obolelih od celijakije najčešće dolazi usled gubitka telesnih tečnosti zbog proliva, povraćanja i povišene telesne temperature. Samim tim, neophodno je redovno procenjivati stepen dehidracije (Tabela 3) [15].

Tabela 3. Prikaz stepena dehidracije i simptoma dehidracije

STEPEN DEHIDRACIJE	SIMPTOMI DEHIDRACIJE
1. Blaga	Suv jezik, prisutan osećaj žeđi, vidljivi podočnjaci
2. Umerena	Suva usta i jezik, oslabljen turgor kože, ušiljen nos, halonirane oči, oligurija
3. Teška	Prisutni su znaci blage i umerene dehidracije, kao i znaci hladne i blede kože, hladni ekstremiteti, tahikardija, poremećaj svesti, tihi, sitni srčani tonovi

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema su sledeće:

- praćenje bilansa tečnosti, obezbediti stalno prisustvo tečnosti (vode, čaja) u blizini pacijenta;
- objasniti pacijentu važnost uzimanja i nadoknade tečnosti podsticati ga na često uzimanje manjih količina tečnosti;
- pratiti vitalne parametare i laboratorijske nalaze (elektrolite u krvi);
- pratiti turgor kože i stanje sluzokože, posmatrati moguće znakove elektrolitnog disbalansa;
- primeniti ordiniranu parenteralnu nadoknadu tečnosti [17-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- neće doći do razvoja dehidracije i elektrolitnog disbalansa tokom hospitalizacije;
- pacijent će pokazati interesovanje za uzimanje tečnosti;
- pacijent će imati adekvatan turgor kože i sluzokože [13].

5. Pothranjenost

Pothranjenost predstavlja stanje smanjenje telesne težine u odnosu na idealnu, zbog neadekvatnog unosa nutritijenata ili neadekvatne apsorpcije hranljivih materija. U planu zdravstvene nege ovaj problem može da se označava i kao "Visok rizik za neuravnoteženu ishranu - manji od telesnih potreba, povezan sa malapsorpcijom i gubitkom težine" [17].

Karakteristični znaci pothranjenosti su: smanjene telesne težine za 20% (u odnosu na optimalnu za određen uzrast), opadajuća vrednost indeksa telesne mase ($BMI \leq 18.5 \text{ kg/m}^2$), prisustvo bledila kože, slabost i klonulost i prisustvo mentalne razdražljivosti [22].

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema jesu sledeće:

- redovan monitoring telesne težine,
- praćenje količine unete hrane, objašnjavanje značaja optimalnog režima ishrane;
- praćenje količine unete tečnosti i statusa hidratacije;
- izrada odgovarajućeg dijetetskog plana u saradnji sa nutricionistom, na primer, za dnevni kalorijski unos od 2700 kcal, kod obolelih od celijakije potrebno je obezbediti 555 g ugljenih hidrata, 60 g proteina, 30 g masti, 1000 mg natrijuma, 600 mg kalcijuma i 17 mg gvožđa;
- u slučaju teške pothranjenosti, po nalogu lekara plasirati nazogastričnu sondu za potrebe parenteralne ishrane i sprovesti redovnu oralnu higijenu [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- neće doći do daljeg gubitka telesne težine;
- pacijent će postepeno dobijati na telesnoj težini;
- pacijent će prihvatiti novi način ishrane;
- pacijent će pokazati interesovanje za hranom i zadovoljiti nutritivne potrebe [9,13, 15].

6. Rizik od infekcija i rizik za poremećaj termoregulacije

Usled atrofije sluznice tankog creva, deficita pojedinih vitamina i narušavanja celovitosti intestinalne barijere dolazi i do posledičnog slabljenja imunog sistema i postoji rizik za razvoj infekcija kod pacijenata. Poremećaj termoregulacije, pored infektivnih stanja, može da se javlja kod dece usled poremećaja nutritivnog statusa [15,22].

Intervencije medicinske sestre kod ovih problema usmerene su na:

- merenje i beleženje vrednosti telesne temperature, pulsa, respiracija (eventualnog kašlja),
- praćenje stanja svesti (razdražljivosti) i znakova infekcije;
- praćenje i uočavanje znakova hipo/hipertermije;
- obezbeđivanje adekvatnih mikroklimatskih uslova, adekvatne odeće;
- uzorkovanje biološkog materijala za ispitivanje i ordiniranje propisane terapije [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- neće doći do poremećaja termoregulacije tokom bolničkog lečenja;
- telesna temperatura će biti u okviru fizioloških vrednosti;
- pacijent će umeti da prepozna znake poremećaja termoregulacije ili infekcije [9,13,15].

7. Anksioznost i neefikasno održavanje zdravlja

S obzirom na ograničenja u ishrani kod obolelih od celijakije moguć je razvoj psiholoških reakcija poput depresije, anksioznosti, strahova, niske tolerancije na frustraciju, razdražljivosti i problema sa uklapanjem u socijalni život (izbegavanje društva, izbegavanje konzumiranja hrane u restoranima itd.). Kako bi se ovi problemi smanjili ili izbegli važno je da, pored pacijenta, i porodica prihvati novonastalu situaciju i pruži podršku u istrajnosti i prihvatanju bolesti [23]. Za pružanje adekvatne podrške, potrebno je prepoznati i izdvojiti obolele koji imaju problem sa prihvatanjem oboljenja i sagledati kojim praktičnim savetima bi im se moglo pomoći u organizaciji svakodnevnih obaveza ili uputiti ih na grupe podrške u okviru kojih mogu upoznati druge obolele i razmeniti iskustva i savete. U procesu komunikacije ključan je prvi kontakt, jer su pacijenti često uplašeni, nervozni i zbunjeni, a prvi kontakt sa osobljem treba da stiša sve negativne emocije i misli. Pacijenti koji prihvate oboljenje i koji su dobro edukovani, lakše će i brže moći da prihvate nove obrasce ponašanja [10,14].

ZAKLJUČAK

U fokusu ovog rada su bili bolničko zbrinjavanje, kao i potrebe i problemi zdravstvene nege kod pacijenata obolelih od celijakije.

Bolničko zbrinjavanje obolelih od celijakije u akutnoj fazi predstavlja izazov za ustanovu zbog obezbeđivanja bezglutenske dijeta tokom celog boravka u bolnici. Najpre, prilikom prijema pacijenata, neophodno je jasno dokumentovati i preneti svom osoblju na odeljenju potrebu za ishranom bez glutena. Potrebno je obavestiti odeljenje za pripremu hrane i nutricionistu o potrebi

bezglutenske dijeta u skladu sa nutritivnim potrebama pacijenta. Zdravstveni radnici na odeljenju moraju se pobrinuti da pacijenti ne daju hranu, grickalice ili piće koji sadrži gluten, kako ne bi došlo do nenamernog pogoršanja stanja. U cilju povećanja nivoa svesti i znanja zdravstvenih radnika u bolnicama predlažemo dodatnu edukaciju o zbrinjavanju pacijenata obolelih od celijakije.

Strukovna/diplomirana medicinska sestra koja prikuplja podatke i planira zdravstvenu negu, treba da bude svesna najčešćih problema koji se javljaju kod obolelih. Samim tim, prikupljanje podataka treba da usmerava na navike u ishrani, na procenu stanja uhranjenosti, eliminacije, procenu stepena hidratacije i otkrivanje eventualnih infekcija. Najčešći problem u domenu zdravstvene nege jeste deficit znanja pacijenata. Samim tim, prevashodan zadatak medicinske sestre je u edukaciji pacijenata o pravilnoj,

doživotnoj ishrani bez glutena. U tom cilju, podstiče se kontinuirana edukacija osoblja o adekvatnoj dijetoterapiji, priprema pisanih edukativnih materijala, izrada brošura i primera jelovnika koji će se koristiti tokom zdravstveno-vaspitnog rada.

Kod pacijenata obolelih od celijakije u akutnoj fazi, često se javlja deficit samonege usled pothranjenosti i iscrpljenosti zbog hroničnih proliva, povraćanja, dehidratacije i anemije. U skladu sa tim, sestrinske intervencije su usmerene na eliminaciju, adekvatnu ishranu i na postizanje optimalne uhranjenosti i hidratacije obolelih. Pored toga, ne treba zaboraviti na psihološke aspekte ovog doživotnog oboljenja, pružiti adekvatne savete i podršku pacijentima da istraju u promenama životnog stila i što brže postignu optimalno zdravlje, te je neophodno unaprediti i razvijati komunikacione veštine i savetodavni rad medicinskih sestara.

LITERATURA

1. Glissen Brown JR, Singh P. Coeliac disease. *Paediatr Int Child Health*. 2019;39(1):23-31.
2. Barbarić I. Celijakija-pregled i predviđanja. *Medicina Fluminensis*. 2008;44(3-4):229-34.
3. Kolaček S, Hojsak I, Niseteo T. Prehrana u općoj i kliničkoj pedijatriji. Zagreb: Medicinska naklada, 2017.
4. Lebowhl B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *Lancet*. 2018;391(10115):70-81.
5. Marčec M, Antoljak N, Benjak T. Celijakija - nedovoljno prepoznat javnozdravstveni problem. *Liječ vjesn*. 2018;140:261-6.
6. Stojanovic Jovanović B, Đonović N, Vuletić B. Uticaj bezglutenske ishrane na način života dece sa celijakijom. *Sestrinska reč*. 2018;(21)76:7-10.
7. Stojanović Jovanović B, Jovanović S, Vuletić B. Kliničke karakteristike celijačne bolesti kod dece i uspeh terapije dijetom bez glutena na osnovu seroloških testova. *Sestrinska reč*. 2019;(22)78:4-9.
8. Panjkota Krbavčić I. Prehrana kod celijakije. *Medicus*. 2008;17(1):87-92.
9. Premuš F. Važnost prehrane pacijenata s glutenskom enteropatijom. Magistarski rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, 2015.
10. Udruženje celijakije za Srbiju [Homepage]. Bezglutenska dijeta. Beograd: Udruženje celijakije za Srbiju [citirano 12.07.2021.]. Dostupno: <https://celijakija.rs/ishrana>
11. Best C, Powell K, Whitehead C, Kyriazidou E. Managing patients with coeliac disease during a hospital stay. *Nursing Times [online]* 2018;114(7):18-20. [cited sept 2021]. Available from: <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2018/06/180627-Managing-patients-with-coeliac-disease-during-a-hospital-stay.pdf>
12. National Institute for Health and Care Excellence (2015) Coeliac Disease: Recognition, Assessment and Management. NICE guideline [NG20], 2015 [cited sept 2021]. Available from: [Nice.org.uk/ng20](https://www.nice.org.uk/ng20)
13. Horvat D. Celijakija - prikaz slučaja. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, 2016.
14. Knežević J, Rodić N. Praktikum pedagoško psihološke aktivnosti sa decom u bolnici. Subotica: Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera, 2016.
15. Pšeničnjak B. Zdravstvena njega djece oboljele od celijakije. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, 2016.
16. Popadić A, Panišić-Šekeljić M, Bezmarević M. Skrining i procena nutritivnog statusa. *SJAIT*. 2015;1-2:5-13.
17. Felbry College – School of Nursing [Homepage]. Nursing care plan for Celiac Disease. [updated 2016, cited Sept 2021]. Available from: <https://felbry.instructure.com/courses/37/files/888>
18. Šepec S, Munko T, Abcu Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2011.
19. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2013.
20. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C, et al. Sestrinske dijagnoze III. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2015.
21. Springhouse. Sestrinske procedure. Beograd: Data Status, 2010.
22. Nikolić M. Dijetetika. Niš: Medicinski fakultet Niš, WUS Austria; 2008.
23. Čuković-Čavka S, Crnčević Urek M, Brinar M, Turk N. Celijakija u odrasloj dobi. Zagreb: KBC Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2013.