

---

## ÜLSERATİF KOLİT VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

### ULCERATIVE COLITIS AND NURSING MANAGEMENT

Ar.Gör.Dr. Yasemin YILDIRIM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı

---

### ÖZET

Ülseratif kolit tipik olarak rektal alanda ve sigmoid kolonda görülen ve kolon boyunca ilerleyen mukozal lezyonlar ile karakterizedir. Ülseratif kolit kalın barsakta inflamasyon ve ülserlere neden olan bir hastalıktır. Herhangi bir yaşta görülebilir, fakat daha çok 15-30 yaşları arasında başlar ve 50-70 yaşları arasında daha az olarak görülür. Erkek ve kadınlarda eşit oranda görülmektedir ve ailesel yatkınlık göstermektedir.

Bu makalenin amacı, ülseratif kolit hakkında bilgi vermek ve ülseratif kolitli bireylerde en yaygın görülen hemşirelik tanılarını ayrıntılarıyla tartışmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Ülseratif kolit, Hemşirelik, Hemşirelik Yönetimi

### ABSTRACT

*Ulcerative colitis is characterized by mucosal lesions occurring typically in the rectal area and sigmoid colon and progressing throughout the colon. Ulcerative colitis is a disease that causes inflammation and ulcers in the lining of the large intestine. It may occur in people of any age, but most often it starts between ages 15-30, or less frequently between ages 50 and 70. It affects men and women equally and appears to run in some families.*

*The purpose of this articles, provides information about the ulcerative colitis and discuss in detail common nursing diagnosis, seen in the majority of ulcerative colitis clients.*

**Key Words:** *Ulcerative colitis, Nursing, Nursing Management*

### GİRİŞ

Ülseratif kolit kolonla sınırlı yaygın mukozal inflamasyon ile karakterize nedeni bilinmeyen, kronik, akut alevlenmeler ve bunu izleyen remisyonlarla seyreden bir hastalıktır (Kornbluth & Sachar 2004). Crohn hastalığı ile birlikte Kronik İltihabi Barsak Hastalıkları grubunu oluşturur; fakat ülseratif kolit yalnızca kolon ve rektumda yerleşirken, crohn hastalığı tüm sindirim sisteminde yerleşebilir (Alican 1995, Rogers 2005). Ülseratif kolitte kolonun iç yüzünü döşeyen mukoza yüzeyinde

yaygın ülserler ve iltihabi polipler oluşur ve genellikle rektal kanama, diyare, kramp biçiminde karın ağrıları, mukozada ülserasyonlar ve anoreksi ve zayıflama ile karakterizedir (Alican 1995, Sinn 2002). Bazı hastalarda kolon dışı bulgular görülebilir (Boztaş 2003).

Ülseratif kolitin yılda 20.000 hastaneye yatış ve bir milyondan fazla iş günü kaybına neden olduğu belirtilmektedir (Kornbluth 8s Sachar 2004). Diyare, karın ağrısı, ve yetersiz beslenme gibi kronik fiziksel semptomlar kadar bu semptomların psikososyal etkileri hastaların yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Smith ve ark 2002).

## İNSİDANS

Avrupa'da ülseratif kolitin insidansı yılda 100.000 kişi için 3-15, prevalansı 100.000'de 75-120'dir (Boztaş 2003). Ülseratif kolit herhangi bir yaşta görülebilirse de, sıklıkla 15-30 yaşları arasında başlamaktadır. Genelde genç erişkin ve orta yaşlarda sıklıkla görülür ve 50-70 yaşları arasında daha az olarak görülür. Beyazlarda beyaz ırktan olmayanlara göre daha sık, erkek ve kadınlarda eşit oranda görülmektedir ve ailesel yatkınlık gösterebilir (Alican 1995, Boztaş 2003, <http://digestive.niddk.nih.gov/ddisease/pubs/colitis>, Black&Matassarın-Jacobs 1993, Tuzcu 2000, Rogers 2005). Ülseratif kolitli hastaların birinci derece akrabalarında hastalık %5.2 oranında görülmektedir (Boztaş 2003).

## ETİYOLOJİ

Ülseratif kolitin nedeni belli değildir, nedenini açıklamak için çeşitli teoriler geliştirilmiştir: Enfeksiyonların, besin alerjilerinin, çevre faktörlerinin immünitenin ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı ileri sürülmektedir (Alican 1995, Boztaş 2003, Black&Matassarın-Jacobs 1993). Duygusal stresin hastalığın alevlenmesine neden olabileceği veya atak süresini uzatabileceği, fakat hastalığın primer nedeni olmadığı bildirilmektedir (Black&Matassarın-Jacobs 1993).

## RİSK FAKTÖRLERİ

Ülseratif kolit ile ilgili bir risk faktörü yoktur. Hastalığın oluşumundan sonra, stresin kontrol altına alınması remisyonun sürdürülmesine yardımcı olabilir (Black&Matassarın-Jacobs 1993).

## BELİRTİ VE BULGULAR

Ülseratif kolit, yaşam kalitesini ciddi olarak etkileyen kronik gidişli bir hastalıktır. Rektal kanama, kanlı, mukuslu ishal ve karın ağrısı bu hastalığın en önemli klinik bulgularıdır (Boztaş 2003, Rogers 2005, Tuzcu 2000, Sinn 2002). Hastalığın kolondaki tutulum yerine göre bu

bulgular değişebilir. Hastalığın kronik gidişinde bazı hastalarda zaman zaman alevlenmeler ve remisyon dönemleri olabilir (kronik intermittan tip), bazı olgularda ise semptomlar hafif olmakla birlikte devamlıdır (kronik sürekli tip) (Boztaş 2003). İnflamasyonun derecesine ve tutulum yerine bağlı olarak günde 20-25 kezi aşan kanlı, mukuslu ishaller görülür (Boztaş 2003). Şiddetli diyareler 24 saatte 500-17.000 ml su kaybına neden olabilir. Sulu dışkı tenesmus ile birlikte görülür, kan ve mukus içerebilir. Acil defekasyon hissi ve kramplı karın ağrısı diyare ile birlikte. Hasta tipik olarak sol alt kadranda kolik ağrı deneyimler (Rogers 2005).

Olguların %10-15'inde hastalık ani olarak başlar ve hastanın hipokalemi, toksik megakolon, şok ya da kolon delinmesi gibi komplikasyonların önlenmesi amacıyla acil hastaneye yatırılması gerekebilir (Tuzcu 2000, Boztaş 2003). Şiddetli hastalıklarda diyarenin şiddetine ve inflamasyonun yaygınlığına göre; hastada bulantı, kusma, anoreksiya, lökositoz, ateş, kilo kaybı ve serum potasyum konsantrasyonunda azalma görülebilir (Tuzcu 2000, Boztaş 2003, Rogers 2005). Ciddi kan kayıplarında anemi görülebilir. Sol alt kadranda hassasiyet ve şiddetli vakalarda karında gerginlik gibi fiziksel bulgular da görülmektedir (Rogers 2005). Ayrıca, deri bulgular, artrit, karaciğer safra yolu hastalıkları, böbrek anomalileri, göz hastalıkları belirtileri, tromboflebit eğiliminde artış, osteoporoz ve osteomalazi gibi barsak dışı bulgular da görülebilir (Boztaş 2003, <http://digestive.niddk.nih.gov/ddisease/pubs/colitis>, Tuzcu 2000). Ülseratif kolitli hastaların çoğunda aylar, hatta yıllar süren remisyonları bazen ağır alevlenmeler izler (Tuzcu 2000). Remisyonları takiben, emosyonel stres nöbeti, uygun olmayan diyet, laksatif ve antibiyotik kullanımı gibi sindirim sisteminde irritasyona neden olan durumlardan sonra ülseratif kolit tekrarlayabilir. Fiziksel efor, solunum yolu enfeksiyonları ve yorgunluk da ataklara neden olabilir (Rogers 2005).

Klinik olarak ülseratif kolitin şiddetini sınıflandırmak için kriterler geliştirilmiştir (Tablo 1) (Boztaş 2003).

**Tablo 1:** Ülseratif Kolit'nin Şiddetini Sınıflandırmak İçin Kullanılan Kriterler

Semptom	Hafif	Orta	Ciddi
ishal sayısı/gün	<4	>4	>6
Dışkıda kan	az	orta	çok
Ateş	normal	normal	>37.5 °C
Taşikardi	yok	yok	nab
Anemi	yok	hafif	ız >90/dakika
Sedimentasyon	normal	<30 mm/saat	<10 gr/dl

## TANI

Ülseratif kolit tanısını belirlemek genellikle kolaydır, semptomlar oldukça tipiktir ve bu hastalığı düşündürür. Fiziksel tanılama kesin karakteristik bulguları gösterir (Black 86 Matassarın-Jacobs 1993, Olmstead 1998). İlerleyici kanlı diyare, rektal aciliyet veya tenesmus şikayeti olan bir hastada, ülseratif kolit varlığını doğrulamak ve enfeksiyöz etiyoloji varlığını dışlamak için dışkı muayenesi, sigmoidoskopi ve biyopsi yapılmalıdır (Kornbluth 86 Sachar 2004). Özellikle rektal kanama varlığında biyopsi ile birlikte sigmoidoskopi gerçekleştirilmelidir. Tam kan sayımı, kan biyokimyası, karaciğer fonksiyon testleri ve serum albümin düzeyleri değerlendirilmelidir. Hematokrit ve hemoglobin düzeylerindeki azalma da gözlenmelidir. Ülseratif kolitten şüphelenilen hastalarda kolonoskopi yapılmalıdır. Biyopsi ve sitolojik çalışmalar diğer hastalıkları dışlamada kullanılmaktadır (Black&Matassarın-Jacobs 1993, Olmstead 1998).

Günümüzde, genetik belirleyiciler ülseratif kolit gelişme riski altında olan bireyleri belirlemede kullanılmaktadır. Bu testler, inflamatuvar barsak hastalıklarının tanısının başlangıç fazında oldukça önemlidir (Olmstead 1998).

## TEDAVİ

Ülseratif kolitli hastanın tedavisi hastalığın klinik derecesi ve tutulum yerine göre farklılıklar gösterir (Boztaş 2003). Tıbbi tedavinin amacı; inflamasyonu kontrol etmek, semptomlar' azaltmak, sıvı-elektrolit dengesini sürdürmek, yeterli beslenmeyi sağlamak ve komplikasyonları önlemektir (Black&Matassarın-Jacobs 1993, Sinn 2002). Hastaların büyük çoğunluğunda yaşamları boyunca tıbbi tedavi yeterli olur. Hafif orta derecede hastalığı olan bireyler oral aminosalisilatlar, topikal mesalamin veya topikal steroidler ile tedavi edilebilir (Olmstead 1998, Kornbluth 86 Sachar 2004). Hafif şiddetli hastalığı olanlar steroid tedavisi ve refrakter hastalığı olan bireyler ise immunomodülatör ilaçlar ile tedavi edilmektedir (Olmstead 1998). Hastanın homeostazisini sürdürmek için gerekli sıvı, elektrolit ve kan replasmanı yapılabilir. Hastalığın akut atakları sırasında barsak motilitesini azaltmak için fiziksel aktivite minimum düzeyde tutulmalıdır. Hasta hafif ataklarda çalışabilir, fakat ekstra dinlenme periyodları düzenlenmelidir. Ateşi, toksemisi, sık barsak hareketleri, kanaması ve ağrısı olan hastalar yatak istirahatine alınmalıdır.

Hastaların belki de ancak dörtte birinde, hastalıklarının bir döneminde, tıbbi tedavi yetersiz kalır ve cerrahi tedavi gerekebilir. Tıbbi tedavi yetersiz olduğunda, ağır kanamalar, perforasyon, obstrüksiyon, toksik megakolon ve ağır iltihabi durumlar gibi acil komplikasyonlarda cerrahi tedavi endikedir (Black&Matassarın-Jacobs 1993).

## HEM Ş İRELİK YÖNETİMİ TANILAMA

Ülseratif koliti olan bir hastanın subjektif ve objektif verileri Tablo 2'de gösterilmektedir (Heitkemper&Sawchuck 1996). Tanılama aşamasında hemşire hastanın boşaltım şeklini, dışkılama sayısını, dışkının rengini ve yoğunluğunu ve aynı zamanda dışkıda kan ve steatore varlığını değerlendirmelidir. Ayrıca barsak sesleri ve ağrı bölgesini değerlendirmeli ve tam bir beslenme tanılması yapmalıdır (Black&Matassarini-Jacobs 1993, Rogers 2005).

**Tablo 2:** Ülseratif Kolit'li Hastanın Hemşirelik Tanılması (Heitkemper&Sawchuck 1996)

<p><b>SUBJEKTİF VERİLER:</b> <b>Önemli Sağlık Bilgisi:</b> Geçmiş sağlık öyküsü: İrk, enfeksiyon İlaçlar: Antidiyaretik ilaç kullanımı <b>Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlığın algılanması-sağlığın yönetim biçimi: Yorgunluk, malazi</li><li>• Beslenme ve metabolik durum: Bulantı, kusma, anoreksiya, kilo kaybı</li><li>• Boşaltım şekli: Sık olarak kanlı mukuslu dışkılama</li><li>• Bilişsel algılama şekli: Alt kadran ağrısı, kramp, tenesmus</li></ul> <p><b>OBJEKTİF VERİLER:</b> <b>Genel:</b> Soluk, kuru mukoz membranlar ve deri turgorunun azalması, intermitant ateş <b>Deri:</b> Anorektal soyulma <b>Gastrointestinal:</b> Abdominal gerginlik, aşırı barsak sesleri <b>Olası bulgular:</b></p> <p style="text-align: center;">Anemi, lökositoz, elektrolit dengesizli ğ, anormal proktosigmoidoskopik, kolonoskopik,</p>
--

## PLANLAMA, GİRİŞİMLER

**Hemşirelik Tanısı 1:** Ülseratif kolitin en yaygın belirtisi diyaredir ve bu nedenle ilk hemşirelik tanısı Barsak mukozasının inflamasyonuna bağlı "**Diyare**"dir (Black&Matassarini-Jacobs 1993, Hawk 1997, Heitkemper&Sawchuck 1996, Mayers&Pankratz 1995, Rogers 2005, Tucker et al 1996)

### **Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Dışkılama sayısının azalması ve dışkı yoğunluğunun artması bulguları ile hasta diyaresinin azaldığını ifade edecektir.

### **Girişimler:**

- Hastanın diyaresini kontrol altına almak için verilen antidiyaretik

ilaçlar doktor istemine göre uygulanır.

- Dışkılama sayısı ve içeriği gözlenir.

- Diyarede sıklıkla perianal soyulma görülür. Her barsak boşaltımından sonra, perianal bölge ılık su ile temizlenir ve koruyucu olarak nemlendirici krem ve pomadlar sürülür.

**Hemşirelik Tanısı 2:** Diyare ve sıvı alımın değişmesi ile ilişkili "**Sıvı Volüm Eksikliği Riski**" (Gulanick&Myers 2007, Mayers&Pankratz 1995, Rogers 2005, Sinn 2002, Tucker et al 1996)

**Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hastanın vital bulgular' stabil olacaktır.

Aldığı çıkardığı sıvı miktarı dengede olacaktır.

Deri turgoru normal ve mukoz membranlar nemli olacaktır.

Girişimlerin başlamasından sonra 48 saat içinde diyare sıklığı ve miktarı azalacaktır.

**Girişimler:**

- Hidrasyon durumu tanılanır: deri turgoru, mukoz membranlar, aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı, kilo, kan basıncı ve kalp hızı.
- Eğer hastada kanama varsa hemoglobin ve hematokrit düzeyleri gözlenir.
- İsteme göre elektrolit ve vitamin ilavesi yapılan parenteral sıvılar verilir.
- Dolaşım yüklenmesi belirtileri değerlendirilir.
- 4 saatte bir vital bulgular gözlenir.
- Sıvı kaybını azaltmak için antiemetik ve antipiretik ilaçlar verilir.

**Hemşirelik Tanısı 3:** Diyare, malabsorbsiyon ve anoreksiya ile ilişkili "**Beslenmede Değişiklik: Beden Gereksiniminden Az Beslenme**" (Black86Matassarini-Jacobs 1993, Gulanick&Myers 2007, Hawk 1997, Heitkemper86Sawchuck 1996, Mayers8zPankratz 1995, Tucker et al 1996)

**Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hasta metabolik gereksinimlerini karşılamak için besin alımını artıracaktır ve hastada kilo kaybı görülmeyecektir.

**Girişimler:**

- Gerçek kilosunu belirlemek amacıyla hasta tartılır.
- Beslenme öyküsü alınır ve diyet alımı gözlenir.
- Deri bütünlüğü ve ekstremitelerde ödem varlığı değerlendirilir.
- Serum elektrolitleri, kalsiyum, K vitamini, B12, folik asit ve çinko düzeyleri değerlendirilir.
- Boşaltım alışkanlıkları değerlendirilir: dışkıının rengi, miktarı, içeriği, sıklığı ve steatore varlığı değerlendirilir.

- Hastanın besin alımı ve kalori hesabını nasıl yaptığı gözlenir; yiyecekleri seçmeye yardımcı olmak amacıyla hasta diyetisyene yönlendirilir.
- Diyetisyen ile işbirliği yapılarak, hastanın durumuna göre uygun diyet tipi önerilir.
- Hasta yiyeceği tolere edebiliyorsa, sıvı ve besin alımı için cesaretlendirilir.
- Gerekli olduğunda vitamin ve minerallerin kullanımı konusunda cesaretlendirilir.
- Yemek yeme gastrokolik refleksi ve acil defekasyon hissini uyaracağı için, hastaların büyük çoğunluğu yemek yemekten korkarlar. Az miktarlarda yemek bu problemten kaçınmada faydalıdır. Yiyeceklerin barsakta kalma süresi kısa olduğu için yiyecekler yumuşak ve kolay sindirilebilir olmalıdır.

**Hemşirelik Tanısı 4:** Barsak mukozasının inflamasyonu, barsak veya kolonun kontraksiyonlarına bağlı "**Karın Ağrısı**" (Black& Matassarın-Jacobs 1993, Gulanick&Myers 2007, Hawk 1997, Rogers 2005, Tucker et al 1996)

**Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hasta karın ağrısının giderildiğini ifade edecektir.

**Girişimler:**

- Hastanın ağrısı değerlendirilir: aralıklı, kolik tarzda ağrı; yeme ile ilişkili karın ağrısı ve kramp; eklem ağrısı.
- Barsak sesleri dinlenir.
- Hastanın, diyetin karın ağrısı üzerine olan etkisini algılaması değerlendirilir ve gerekli ise diyet değişiklikleri önerilir.
- Hastanın ağrıyı kontrol etmek için geçmişte başarılı olarak kullandığı yöntemler belirlenir.
- Ağrı kesici ilaçlar önerildiği şekilde uygulanır.
- Terapotik girişimlerin etkinliği değerlendirilir ve kaydedilir; ilaçların istenmeyen yan etkileri gözlenir.
- Hastanın ağrı şikayetlerinde olan herhangi bir değişiklik, komplikasyon gelişme göstergesi olduğu için değerlendirilir ve bildirilir.

**Hemşirelik Tanısı 5:** Sık dışkılama ile ilişkili "**Uyku Biçiminde Bozukluk**" (Heitkemper&Sawchuck 1996)

**Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hasta uyku düzeninin iyileştiğini ve dinlenmiş bir şekilde uyandığını ifade edecektir.



#### **Girişimler:**

- Uyku sırasında barsak hareketlerini azaltmak için reçete edilen ilaçlar uygulanır.
- Barsak hareketlerini arttırdığı için hastaya kafein ve nikotinden kaçınması gerektiği açıklanır.
- Hasta uyku hijyenini kullanmaya teşvik edilir.

**Hemşirelik Tanısı 6:** Diyareden kaynaklanan sıvı/besin eksikliği ve irritasyon ile ilişkili "**Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski**" (Heitkemper&Sawchuck 1996, Mayers&Pankratz 1995, Tucker et al 1996)

#### **Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hastanın anal bölgesi temiz olacaktır ve bölgenin deri bütünlüğü korunacaktır.

Deri turgoru ve rengi normal olacaktır.

#### **Girişimler:**

- Anal bölge inflamasyon, abse veya fistül açısından değerlendirilir.
- Her barsak boşaltımından sonra anal bölgenin bakımı yapılır.
- Anal bölgenin temizliği için sabun ve su kullanılır ve bölgenin kuru tutulması sağlanır.
- Perianal bölgedeki ağrı ve inflamasyonu azaltmak için oturma banyoları yaptırılır.
- Sık olarak pozisyon değişikliği sağlanır.

**Hemşirelik Tanısı 7:** Tanı testleri, tedavi, utanma ve bilinmeyen çevre ile ilişkili "**Anksiyete**" (Heitkemper&Sawchuck 1996)

#### **Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hasta anksiyetesinin azaldığını ifade edecektir.

#### **Girişimler:**

- Uygun girişimleri planlamak için anksiyete belirtileri gözlenir.
- Hastalık tanısı hakkındaki hislerini ve endişelerini açık bir şekilde açıklamaya teşvik edilir.
- Anksiyeteyi azaltabilmek için uygulanan tüm tedaviler, tanı yöntemleri ve ilaçlar hakkında hastaya açıklama yapılır.
- Sık barsak hareketleri ile ilişkili anksiyete ve utanma hissini azaltmak için hastanın mahremiyetine özen gösterilir.

**Hemşirelik Tanısı 8:** Stres inflamatuvar barsak hastalıkları ile ilgilidir ve hastalar sıklıkla yaşam kalitelerinin iyi olmadığını ifade ederler. Hastalık stresi, yaşam şekli değişiklikleri, kronik ağrı ve hastalığın kötüleşmesi ile ilişkili "**Etkisiz Bireysel Baş Etme Riski**"

(Black&Matassarini-Jacobs 1993, Hawk 1997, Heitkemper & Sawchuck 1996, Mayers & Pankratz 1995, Rogers 2005, Tucker et al 1996)

#### **Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hasta hastalığı ile etkili bir şekilde baş edebilecektir; endişelerini ve hislerini rahatça ifade edecektir. Gerekli olan yaşam şekli değişikliklerini uygulayacaktır ve yaşam kalitesinin geliştiğini bildirecektir.

#### **Girişimler:**

- Emosyonel faktörler hastalığın nedeni olmamasına karşın, hastalığın gidişatını etkileyebilir. Uzamış stres hastalığın başlangıcını ve kötüleşmesini etkilemektedir. Bu nedenle, var olan problemlerle baş etme yeteneğini arttırmak için şu anki ve eski baş etme yöntemleri değerlendirilir.
- Uygulanan tedavi ve işlemler hakkında hastaya bilgi verilir.
- Hastanın stres yönetimi tekniklerini kullanması sağlanır.
- Dinlenme ve aktivite periyodları oluşturulur.
- Hasta sınırlılıkları doğrultusunda bağımsız olmaya teşvik edilir.
- Hastaya barsak hastalığının semptomlarının süresine ve daha önceki bulgulara bağılı olarak, fizik muayenelerini düzenli bir şekilde yaptırması ve 1-2 yıl arayla kolonoskopi yaptırması gerektiği açıklanır.

**Hemşirelik Tanısı 9:** Hastalığın gidişatı hakkında bilgi eksikliği, yaşam şekli değişikliklerine uyum, beslenme ve farmakolojik girişimler ile ilişkili "**Tedavi Rejiminin Etkisiz Yönetimi**" (Heitkemper& Sawchuck 1996)

#### **Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hasta hastalığı ve tedavisi hakkında aldığı bilgiyi tekrar edecektir.

#### **Girişimler:**

- Hastanın hastalık ve tedavisi hakkında yeterli bilgi sahibi olması sağlanır.
- Kompleks diyet değişiklikleri gerekli ise diyetisyene yönlendirilir.
- Stres kolon aktivitesini uyarabileceği için stres ve hastalık arasındaki ilişki öğretilir.
- Stresi azaltma yöntemleri öğretilir.

**Hemşirelik Tanısı 10:** Vücut fonksiyonlarında değişiklik ve bilgi eksikliği ile ilişkili "**Cinsel Fonksiyon Bozukluğu**" (Tucker et al 1996)

#### **Planlama/Beklenen Sonuçlar:**

Hasta cinsel yaşamında gerekli değişiklikleri anladığını ifade edecektir.

Endişelerini ve hislerini açıkça ifade edecektir.

### **Girişimler:**

- Hastanın cinsellik hakkındaki bilgi düzeyi belirlenir.
- Hastaya alternatif pozisyonlar ve teknikler hakkında bilgi verilir.
- Destekleyici ve özel bir çevre sağlanır.

## **DEĞERLENDİRME**

Hemşire, bakım planı doğrultusunda hasta sonuçlarını değerlendirmelidir. Eğer beklenen sonuçlara ulaşılmadıysa, hastanın gereksinimini karşılamak için bakım planı ve girişimler tekrar gözden geçirilmelidir (**Black8sMatassarini-Jacobs 1993**).

## **HASTA/AİLE EĞİTİMİ ve EVDE BAKIM**

Hemşireler hastanın eğitiminde önemli bir role sahiptir. Hastalık tanısı ne zaman konursa konsun, hastanın eğitimden alacağı yararlar vardır. İlk olarak hastanın bilgi düzeyi değerlendirilir, hastalığına, ilaçlarına, beslenme, aktivite ve uygun kaynaklar hakkında hastaya özel plan geliştirilir (Olmstead 1998).

Ülseratif kolitli hastaların hastalıklarının nedeni, hastalık süreci, hastalığı tetikleyen faktörler, beklenen sonuçlar ve komplikasyonların erken belirtileri konusunda bilgi verilir. Hasta ve sağlık bakım profesyonelleri arasında güven verici bir ilişki geliştirilmesi gereklidir ve doktor kontrollerine devam etmesinin önemi açıklanır. Hasta birey vücudundaki değişiklikleri fark etmeli ve değişiklik olduğunda hekimine haber vermelidir.

Diyet, dinlenmenin önemi, optimal beslenmenin sürdürülmesi ve stres yönetimi hakkında bilgi verilir. Ülseratif koliti olan hastalar yeterli kalori alımını sürdürme konusunda bilgilendirilmelidir. Diyetlerinde yeterli protein, kalsiyum, D vitamini ve folat almaları gereklidir.

Kullandığı ilaçların ismi, dozu, amacı, alması gereken zaman ve yan etkileri hakkında açıklama yapılır. Hastalığı daha kötüleştirebileceği için, nonsteroidal antiinflatuar ilaçları kullanmaktan kaçınması; ilaçları bölmeden bütün olarak yutması, bazı ilaçların idrar ve deride renk değişikliğine neden olabileceği hastalara açıklanır. Steroid ilaçların ödem, ülser ve immün sistemi baskılama gibi yan etkileri açıklanır.

Rektal alanı temiz ve kuru tutmasının önemi vurgulanır; rektal alandaki rahatsızlık için analjezikler, rektal yağlar veya oturma banyoları kullanması önerilir. Perianal bölgenin bakımı gösterilir ve uygulaması sağlanır.

Ülseratif koliti olan hastalar yetersiz kalsiyum ve D vitamini alımı nedeniyle osteoporoz riski altındadırlar. Bu nedenle hastaların yaralanmalardan korunması önemlidir. Hastanın ev ve iş ortamının düşme veya yaralanma riski açısından değerlendirilmesi önemlidir. Bazı ilaçlar enfeksiyonun normal belirti ve bulgularını gizleyebilir. Hastalar bu konularda bilgilendirilir.

Hastaların bakımvericileri tarafından aktif ve sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmesi ve evde ve işte stresi azaltmaları konusunda desteklenmeleri gereklidir (Tucker et al 1996, Olmstead 1998).

### KAYNAKLAR

1. .... Ulcerative Colitis, <http://digestive.niddk.nih.gov/ddisease/pubs/colitis>. (Erişim Tarihi: 13.03.2005).
2. Alican F (1995) Ülseratif Kolit. (içinde) Cerrahi Dersleri: Kalın Barsak, İkinci Kitap, Alfa Matbaacılık, 420-434.
3. Black JM, Matassarini-Jacobs E (Ed) (1993) Nursing Care of Clients with Intestinal Disorders. (içinde) Luckmann and Sorenson's Medical-Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach, Fourth Edition, W.B. Saunders, 1639-1650.
4. Boztaş G (2003) İnflamatuar Barsak Hastalıkları: Klinik, Tanı, Tıbbi ve Cerrahi Tedavi indikasyonları. (içinde) Alemdaroğlu K, Akçal T, Buğra D (ed). Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. İstanbul, Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 577-583.
5. Gulanick M, Myers JL (Ed) (2007) Gastrointestinal and digestive care plans: Inflammatory bowel disease. (içinde) Nursing Care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention, 6th Edition, Mosby Elsevier, 2007, 709-714.
6. Hawk JH (1997) Nursing Care of Clients with Intestinal Disorders. (içinde) Black JM, Matassarini-Jacobs E (Ed). Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Continuity of Care, 5th Edition, W.B. Saunders, 1794-1808.
7. Heitkemper M, Sawchuck L (1996) Nursing Role in Management Problems of Absorption and Elimination. (içinde) Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM (Ed). Medical-Surgical Nursing: Assessment and Mangement of Clinical Problems, Fourth Edition, Mosby, 1223-1233.
8. Kornbluth A, Sachar DB (2004) Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. Am J Gastroenterol, 99:7,1371-85.
9. Mayers M, Pankratz C (Ed) (1995) Colitis Ulcerative (içinde) McGraw-Hill Clinical Care Plans, Medical-Surgical Nursing, McGraw-Hill, 106-110.
10. Olmstead J (1998) Evaluation and management of the patient with ulcerative colitis. Gastroenterology Nursing. 21:4, 176-180.
11. Rogers HM (2005) Management of clients with intestinal disorder: inflammatory disorders. (içinde) Black JM, Hawks JH (Ed). Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes, 7th Edition, Elsevier Saunders, 815-822.
12. Smith GD, Watson R, Roger D ve ark. (2002) Impact of a nurse-led counselling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. J Adv Nurs, 38:2, 152- 160.

13. Sinn LR (2002). Nursing care of the client: Gastrointestinal system. (içinde) White L, Duncan G (Ed). Medical-Surgical Nursing An Integrated Approach, 2nd Edition, Delmar Thomson Learning, 754-757.
14. Tucker SM, Canobbio MM, Paquette EV, Wells MF (Ed) (1996) Digestive system, Patients Care Standards: Collaborative Practice Planning Guides, Mosby, Sixth Edition, 371-374.
15. Tuzcu S (2000) Gastrointestinal Hastalıklar: İnflamatuvar Barsak Hastalıkları, (Çev. ed: Tuzcu M), Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 4. Edisyon. Çevik Matbaası, 299-304.