

PROFESJONALNA OPIEKA NAD OSOBĄ ZE STOMIĄ W POLSCE

Professional care of the person with a stoma in Poland



Katarzyna Cierzniańska^{1,2}, Maria T. Szewczyk^{1,2}, Zbigniew Banaszek^{1,2}, Arkadiusz Jawień²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, Szpital Uniwersytecki Nr 2 w Bydgoszczy

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 2: 35–39

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Katarzyna Cierzniańska**, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, e-mail: cier@mediclub.pl

Streszczenie

W Polsce w praktyce pielęgniarstwa istotne znaczenie ma model opieki nad chorym ze stomią, regulujący zastosowanie różnorodnych procedur i instrukcji postępowania np. w obszarze edukacji, wyznaczenia miejsca przyszłej stomii, wyposażenia chorego w sprzęt stomijny i innych. Zaangażowanie w proces leczniczo-pielęgnacyjny całego zespołu terapeutycznego, osoby ze stomią i najbliższych osób, z którymi pozostaje ona w relacjach rodzinnych i społecznych, zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia wysokiego poziomu jakości życia ze stomią.

Głównym celem pracy jest przedstawienie problemów związanych z opieką pielęgniarstwą nad osobą ze stomią jelitową w Polsce, która polega m.in. na wyrównaniu deficytów samoopieki, zmniejszeniu powikłań pooperacyjnych, edukacji chorego ze stomią i jego rodziny, a także innych działaniach wpływających na poprawę jakości życia.

Słowa kluczowe: stomia, pielęgniarka, model opieki.

Summary

In Poland, in practice a very important role falls to the nursing model of care for patients with a stoma, which governs the application of various procedures and instructions, eg in the field of education, the designation of the future stoma, fitting the patient's ostomy and other appliances. Involvement in the medical-therapeutic care of the whole team, people with a stoma, and also their relatives with whom they remain in the family and social relationships increase the likelihood of achieving a high level of quality of life with a stoma.

The main aim of this article is to present the facts of nursing care for a person with stoma in Poland, which consists, inter alia, alignment of self-care deficits, reducing postoperative complications, educating both patients with a stoma and his family and other activities affecting the quality of life.

Key words: stoma, nurse, nursing model.

Wstęp

Stomia jelitowa definiowana jest jako połączenie światła jelita grubego (lub jelita cienkiego) z powierzchnią skóry [1]. Historia stomii jelitowych jest bardzo długa, a jej korzeni doszukuje się w czasach biblijnych. Jednak dopiero od ok. XVIII wieku odnajdujemy ślady zamierzonego chirurgicznego wyłaniania stomii, szczególnie w leczeniu urazów brzucha czy niedrożności jelit [2].

Współcześnie w procesie leczenia wielu schorzeń zachodzi konieczność wyłonienia stomii jelitowej czasowej lub definitywnej. Do istotnych wskazań zalicza się: raka jelita grubego, niedokrwienie jelit, wrzodzące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna, urazy brzucha, wady wrodzone dolnego odcinka przewodu pokarmowego, powikłania choroby uchyłkowej

jelita grubego, rodzinną mnogą polipowatość jelita grubego, nietrzymanie stolca i inne rzadziej występujące przyczyny [3–5]. Wobec takiej różnorodności przyczyn można stwierdzić, że stomia stanowi bardzo aktualne zagadnienie dla całego zespołu terapeutycznego, wymagające doskonalenia technik chirurgicznych, zasad opieki oraz badań i dyskusji w zakresie jakości życia osób ze stomią.

Procedury medyczne wykonywane w okresie diagnozowania choroby podstawowej i jej leczenia, w konsekwencji prowadzące do wyłonienia stomii, wpływają negatywnie na stan psychiczny i fizyczny chorego.

Posiadanie stomii jelitowej upośledza normalne funkcjonowanie człowieka i zmusza go do podjęcia działań w celu przystosowania się do życia w zmienionej sytuacji [6]. Ułatwienie choremu adaptacji do nowej sytuacji związane jest z rozpatrywaniem w procesie leczniczo-pielę-

gnacyjnym wszelkich sfer życia człowieka, łącznie z jego otoczeniem. Holistyczne podejście i profesjonalnie prowadzona opieka ułatwiają adaptację do życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego oraz przygotowują chorego do zmiany i warunków codziennej egzystencji [5, 7].

Wybrane badania polskie nad jakością życia osób ze stomią

Wyłonienie stomii jelitowej dotyczy nie tylko sfery fizycznej, ale również funkcjonowania psychicznego, rodzinnego i społecznego. W piśmiennictwie przedmiotu terminem „jakość życia” określa się stan dobrego samopoczucia składający się z dwóch elementów: zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym, oraz satysfakcji pacjenta z jego funkcjonowania na wszystkich poziomach i kontroli nad chorobą lub objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia [7]. Ujęcie subiektywne i obiektywne jakości życia określa jej wielowymiarowość. Niektórzy autorzy w ocenie jakości życia chorych ze stomią podają, że na jakość życia ma wpływ wiele czynników, wśród nich m.in. technika i przebieg zabiegu chirurgicznego, prawidłowe wykonanie i lokalizacja stomii oraz pielęgnacja okołoperacyjna i prawidłowo dobrany sprzęt stomijny [3]. Z badań prowadzonych wśród osób ze stomią w Polsce wysnuwane są m.in. przedstawione poniżej wnioski.

- Subiektywne poczucie jakości życia osób ze stomią można określić jako dość dobre, natomiast szczegółowa analiza wskazuje, że istnieje wiele problemów zarówno natury psychologicznej, jak i fizycznej, które wpływają na obniżenie jakości życia [8].
- Najczęstszą reakcją pacjentów na wytworzenie stomii jest postawa pogodzenia się z tym faktem. Niektórzy badani przeżywali różnego rodzaju lęki, niepokoje, a czasami depresję. Dla większości chorych stomia była powodem zmiany planów życiowych [9].
- Kolostomia, wytworzona w wyniku operacyjnego leczenia raka jelita grubego, powoduje istotne ograniczenia w biologicznym, a zwłaszcza emocjonalnym i społecznym funkcjonowaniu badanych chorych i ich jakości życia. Pozytywnie na jakość życia osób ze stomią wpływa poziom nadziei oraz wsparcie i akceptacja rodziny [10].
- Zdecydowana większość osób ze stomią określa stopień satysfakcji z własnego życia na poziomie przeciętnym i wysokim. Osoby ze stomią prezentują nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach – w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych – powyżej wartości przeciętnych [11].
- Dostrzega się ścisłą korelację pomiędzy akceptacją stomii a oceną jakości życia [12].

Znaczący dla opieki nad osobą ze stomią jest wniosek wynikający z badań prowadzonych przez Platę i Majewskiego: jakość życia, istotnie niższa po operacji z założeniem stomii poprawia się po 6 miesiącach, lecz stale jeszcze jest niska dla życia prywatnego, funkcji społecznych i sytuacji finansowej. Właściwa edukacja pacjentów przed operacją i po niej oraz aktywne wsparcie informacyjne są konieczne, aby uzyskać pewną poprawę jakości życia tych pacjentów [13].

Uzasadnienie celu opieki

Chory samotnie i/lub z rodziną, bez specjalistycznej opieki pielęgniarskiej, nie potrafi uporać się w życiu codziennym ze zmianami, jakie następują po zabiegu wyłonienia stomii. Jednym z wielu problemów jest zmiana sposobu wydalania stolca czy też utrata kontroli nad wydalaniem gazów. Wymagane tu będzie poznanie i wypracowanie nowych nawyków higienicznych i poznanie asortymentu zabezpieczającego stomię. Dlatego, najogólniej ujmując, celem opieki pielęgniarskiej jest określenie obszarów deficytu w samoopiece u chorych ze stomią i wprowadzenie wielokierunkowych działań specjalistycznych. Działania te będą ponadto zmierzać w kierunku wyeliminowania wszelkich czynników zaburzających proces zdrowienia, aby świadczona opieka mogła być sprawowana na możliwie najwyższym poziomie [3, 14].

Głównym celem opieki nad osobą ze stomią jelitową w polskim pielęgniarstwie jest poprawa jakości życia pacjentów, skrócenie czasu ich pobytu w szpitalu, zmniejszenie liczby powikłań pooperacyjnych, eliminacja dodatkowych operacji i przyjęć do szpitala, ograniczenie zużycia i lepsze wykorzystanie przez pacjentów sprzętu stomijnego.

Model opieki nad chorym ze stomią

W 2002 r. opublikowano i wdrożono do powszechnego stosowania model opieki nad chorymi ze stomią, rekomendowany przez Polski Klub Koloproktologii. Model ten zakłada podział zadań leczniczo-pielęgnacyjnych na trzy okresy:

- przedoperacyjny (okres diagnozowania i przygotowywania chorego do zabiegu operacyjnego),
- śródoperacyjny (prawidłowe wykonanie odbytu brzuszno i zaopatrzenie na stole operacyjnym w sprzęt stomijny),
- pooperacyjny (przygotowanie chorego do samoopieki) [15].

Potwierdzenie diagnozy i przygotowanie chorego do zabiegu wyłonienia stomii jelitowej oraz przywrócenie jego równowagi psychofizycznej stanowią pierwszy wyodrębniony okres sprawowania opieki pielęgniarskiej.

Od niego często zależy prawidłowy przebieg rehabilitacji i powrót do pełnienia funkcji społecznych.

Charakterystycznym elementem opieki przedoperacyjnej jest wyznaczenie wspólnie z chorym miejsca przyszłej ileostomii lub kolostomii. Zgodnie z procedurami, pielęgniarka wyznacza takie miejsce na gładkiej powierzchni brzucha, stosując zasadę indywidualizacji (słaby wzrok, blizny po poprzednich operacjach, wypukły brzuch, upodobania chorego co do sposobu ubierania się, wykonywana praca oraz inne ważne cechy i problemy chorego rozpoznane wcześniej). Woreczek stomijny przytwierdzony do skóry brzucha chorego nie powinien powodować dyskomfortu ani przeszkadzać w poruszaniu się. W związku z powyższym pielęgniarka określa lokalizację przyszłej stomii, badając chorego w trzech pozycjach: leżącej, siedzącej i stojącej, zaznacza wybrane miejsce niezmywalnym pisakiem, następnie nakleja „na próbę” woreczek stomijny. Dodatkowo zmiany pozycji chorego – przykucnięcie, pochylenie się – znacznie ułatwiają ocenę i weryfikację trafności wyboru miejsca. Stomia powinna być widoczna dla chorego, gdyż warunkuje to podejmowanie przez niego czynności samopielęgnacyjnych [3, 5, 16–18].

Pozostałe zadania pielęgniarki w zakresie opieki przedoperacyjnej obejmują ogólne zasady przygotowania chorego do operacji (m.in.: pomiar parametrów życiowych, kontrolę badań laboratoryjnych, ocenę odżywienia, wyrównanie niedoborów elektrolitowych, oczyszczenie jelita grubego z mas kałowych, zabezpieczenie do wykorzystania w czasie zabiegu chirurgicznego koncentratu krwinek czerwonych, założenie cewnika do pęcherza moczowego, przygotowanie pola operacyjnego, profilaktykę przeciwwzakrzepową, podanie premedykacji) [5, 18].

W okresie śródoperacyjnym następuje potwierdzenie wyboru miejsca stomii, przeprowadzenie zabiegu zgodnie z obowiązującymi zasadami, wykonanie stomii „dojrzałej” i zaopatrzenie chorego w sprzęt stomijny na stole operacyjnym (zastosowanie przezroczystego worka umożliwi ocenę stomii w okresie pooperacyjnym) [15, 17].

Główne cele, jakie stawia przed sobą pielęgniarka opiekująca się chorym ze stomią w okresie pooperacyjnym, dotyczą zapewnienia choremu bezpieczeństwa w przebiegu pooperacyjnym oraz umiejętnego pokierowania go w kierunku readaptacji do normalnego życia. W związku z takimi założeniami pielęgniarka w tym czasie powinna:

- prowadzić wnikliwy nadzór pooperacyjny poprzez m.in. obserwację chorego, kontrolę podstawowych parametrów życiowych, ocenę stanu świadomości, obserwację rany pooperacyjnej, drenów i pojawiającej się w nich wydzieliny, interpretację wyników badań laboratoryjnych,
- identyfikować czynniki ryzyka występowania powikłań pooperacyjnych oraz zgodnie ze swoją wiedzą i kompetencjami prowadzić działania profilaktyczne,

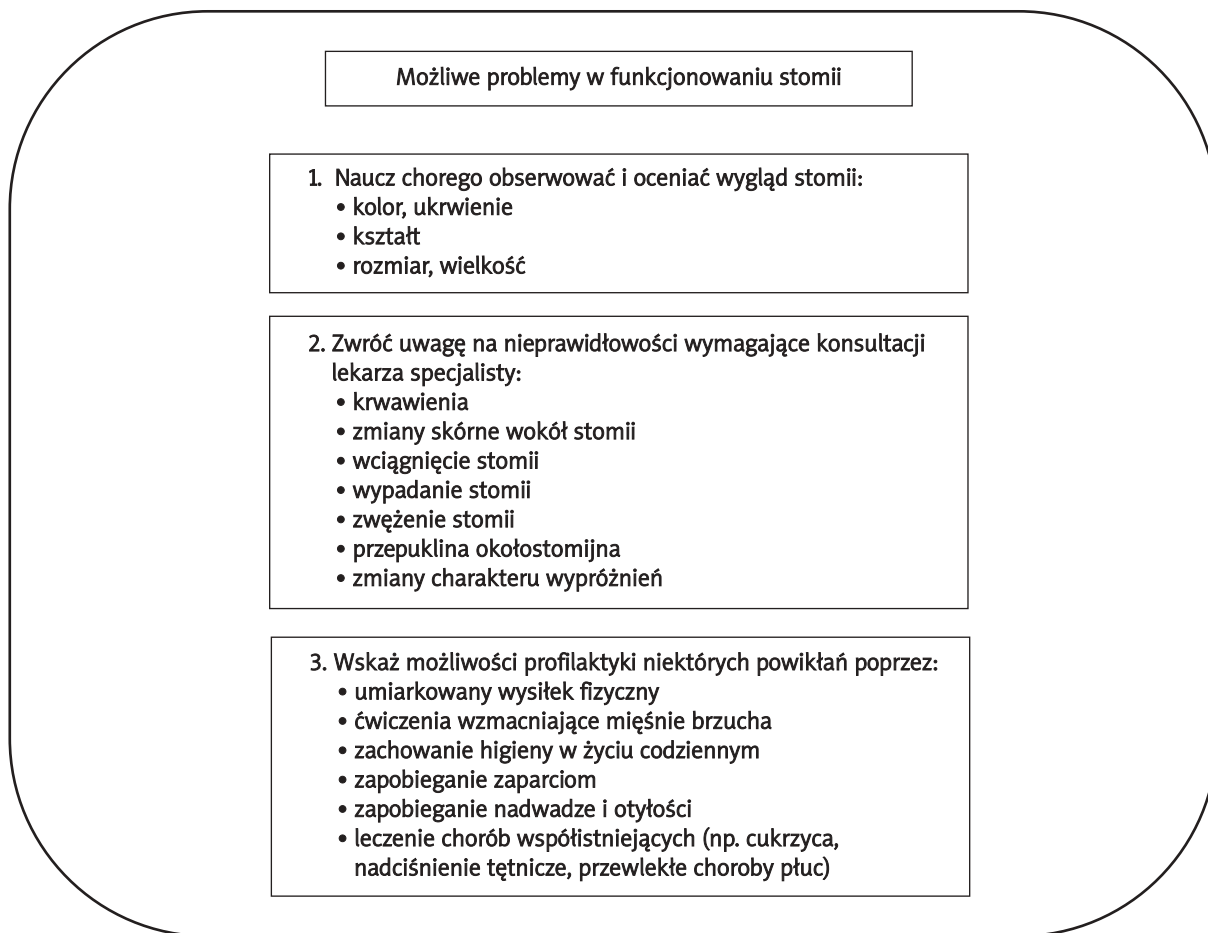
- zadbać o stan odżywienia chorego, prowadzić podaż płynów dożylnych i zleconych leków, a następnie obserwować funkcjonowanie przewodu pokarmowego podczas wprowadzania żywienia drogą doustną,
- uczestniczyć w niwelowaniu bólu poprzez podawanie zleconych środków farmakologicznych oraz ułożenie chorego w pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha,
- prowadzić rehabilitację ruchową i oddechową,
- umieć ocenić żywotność stomii, kontrolować wydalanie gazów i treści jelitowej oraz prawidłowo zareagować w przypadku zauważonych odchyłań od normy,
- dokonać oceny reakcji na stomię, ukazywać i wzmacniać pozytywne strony chorego i życia ze stomią, udzielić niezbędnego wsparcia psychicznego,
- przygotować chorego do samokontroli i samoopieki [3, 5, 15, 17].

W początkowym okresie wszystkie zabiegi higieniczno-pielęgnacyjne są wykonywane przy łóżku chorego. Z czasem, w miarę poprawy jego stanu ogólnego, pielęgniarka eliminuje część czynności wykonywanych przez siebie, szczególnie dotyczących wymiany woreczka stomijnego, na rzecz tych, które wykonuje pacjent. Pielęgniarka systematycznie ogranicza zakres swoich działań do czasu, aż pozostanie obserwatorem i jej rola ograniczy się do korekty błędów popełnianych przez pacjenta w czasie czynności samopielęgnacyjnych. Dzięki temu pobudza aktywność chorego i nie dopuszcza do sytuacji, w której pacjent staje się nadmiernie zależny od opiekunów [5, 17].

Niezbędnym elementem przygotowania do samoopieki jest uzupełnienie wiadomości chorego na temat stomii, możliwych powikłań i potencjalnych kłopotów (ryc. 1). Przeprowadzona zgodnie z planem i założeniami edukacja pozwala pacjentowi przystosować się do nowych warunków życia, a rodzinie zrozumieć jego problemy i udzielić mu wsparcia. Powoduje, że pacjent wdrożony do samopielęgnacji staje się niezależny od innych osób. Na podstawie takiego założenia pacjent w czasie pobytu w szpitalu powinien nabyć umiejętności:

- pielęgnowania skóry wokół stomii,
- samodzielnej zmiany sprzętu stomijnego,
- odpowiedniego odżywiania i aktywności fizycznej,
- samoobserwacji w kierunku wystąpienia potencjalnych powikłań i zapobieganie niektórym z nich,
- wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha,
- wykonywania irygacji,
- radzenia sobie w życiu codziennym [3–5, 17–19].

Przygotowanie chorego do życia ze stomią jest procesem niezwykle trudnym, szczególnie ze względu na krótki pobyt w szpitalu, często niewspółmierny do czasu, jakiego chory potrzebuje na pogodzenie się z chorobą i konsekwencją jej leczenia, czyli stomią. Edukacja chorego jest bardziej efektywna, jeżeli została rozpoczęta już w okresie przedoperacyjnym [20], a udzielone



Ryc. 1. Zagadnienia wzbogacające wiedzę chorego na temat funkcjonowania stomii

w tym momencie wsparcie emocjonalne oraz pomoc w nawiązaniu kontaktu z wolontariuszami mogą wpłynąć na szybsze dostosowanie się osoby ze stomią do nowej sytuacji. Dalszą ciągłą specjalistyczną opiekę medyczną po opuszczeniu szpitala chorzy otrzymują w poradni stomijnej [5, 17].

Grupę wsparcia stanowi dla nich ponadto powstałe w 1987 r. Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO). Obecnie na terenie całego kraju działa 20 oddziałów regionalnych Towarzystwa. Do POL-ILKO może należeć każda osoba po zabiegu wyłonienia stomii. O działalności Towarzystwa chorzy są informowani już w czasie pobytu w szpitalu, po zabiegu wyłonienia stomii, jak również w poradni stomijnej podczas pierwszych wizyt.

Podsumowanie

Prawdopodobieństwo osiągnięcia wysokiego poziomu jakości życia osób ze stomią jest duże. Wymagane jest jednak usystematyzowane podejście koncepcyjne – poprzez właściwe przygotowanie do operacji, zaplanowane indywidualnie procedury dotyczące opieki pooperacyjnej, edukacji i szeroko rozumianej rehabilitacji fizycznej i psychicznej, do wsparcia rodziny i najbliższych, możliwości wymiany doświadczeń z osobą z tym samym problemem i przede wszystkim własnej akceptacji dalszego życia ze stomią. Wielokierunkowa opieka na każdym etapie choroby wzmacnia i korzystnie wpływa na późniejszy okres mobilizacji do podejmowania aktywności oraz powrotu do pełnienia funkcji rodzinnych, zawodowych, jak również społecznych.

racyjnej, edukacji i szeroko rozumianej rehabilitacji fizycznej i psychicznej, do wsparcia rodziny i najbliższych, możliwości wymiany doświadczeń z osobą z tym samym problemem i przede wszystkim własnej akceptacji dalszego życia ze stomią. Wielokierunkowa opieka na każdym etapie choroby wzmacnia i korzystnie wpływa na późniejszy okres mobilizacji do podejmowania aktywności oraz powrotu do pełnienia funkcji rodzinnych, zawodowych, jak również społecznych.

Piśmiennictwo

1. Banaszkiwicz Z, Jawień A. Stomie jelitowe. *Przew Lek* 2003; 6: 89-92.
2. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The State of the Standard Diversion. *J WOCN* 2001; 28: 6-17.
3. Black PK. *Holistic Stoma Care*. Bailliere Tindall 2000.
4. Carabajal B. Practical points in the care of patients recovering from a colostomy. *J Perianesth Nurs* 1997; 12: 188-90.
5. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Szewczyk MT, Ślusarz R (red.). Borgis, Warszawa 2006.
6. Gapińska B, Tartas M, Walkiewicz M, Majkovicz M. Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. *Współcz Onkol* 2008; 12: 84-9.
7. Banaszkiwicz Z, Szewczyk MT, Cierzniaowska K, Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współcz Onkol* 2007; 11: 17-25.
8. Wojewoda B, Juzwizyn J, Durlej S i wsp. Jakość życia chorych ze stomią. *Onkol Pol* 2006; 9: 184-8.

9. Biercewicz M. Stomia jako trudny problem życiowy. *Pielęg Pol* 2002; 1: 87-94.
10. Wiraszka G. Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 1-6.
11. Michalak S, Cierzniańska K, Banaszkiewicz Z i wsp. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Piel Chir Angiol* 2008; 3: 91-8.
12. Podgórska-Kowalczyk D. Ocena jakości życia chorego ze sztucznym odbytem brzuszny na podstawie wybranych czynników obiektywnych i subiektywnych. *Zdrowie Publiczne* 2005; 115: 151-4.
13. Plata K, Majewski W. Jakość życia pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii i możliwości jej poprawy. *Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2008; 54: 77-85
14. Cierzniańska K, Kozłowska E, Szewczyk MT. Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem. *Piel Chir Angiol* 2007; 1: 16-22.
15. Kózka M, Bielecki K. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Proktologia* 2002; 3: 302-4.
16. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Banaszkiewicz Z. Wyznaczenie miejsca stomii jelitowej – rola i zadania pielęgniarki. W: *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*. Krajewska-Kułak E (red.). Tom 2. Akademia Medyczna w Białymstoku, Białystok 2007; 78-82.
17. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Cwajda J i wsp. Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew Lek* 2005; 2: 87-92.
18. Kołodziejczak M. Opieka nad pacjentem ze stomią. *Medycyna Rodzinna* 2006; 2: 32-5.
19. Toth PE. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. *Semin Oncol Nurs* 2006; 22: 174-7.
20. Chaudhri S, Brown L, Hassan I, Horgan AF. Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 504-9.