

# PRZYSTOSOWANIE SIĘ DO ŻYCIA PACJENTÓW PO WYŁONIENIU STOMII

## Patient's adaptation to life after stoma



Joanna Rogowska<sup>1</sup>, Elżbieta Krajewska-Kulak<sup>2</sup>, Dorota Kondzior<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

<sup>2</sup>Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 2: 44-54

Praca wpłynęła: 15.10.2012, przyjęto do druku: 20.04.2013

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. **Elżbieta Krajewska-Kulak**, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 7 A, 15-096 Białystok, tel. +48 85 748 55 28, e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Szacuje się, że w Polsce corocznie wytania się ok. 4500 stomii jelitowych.

**Cel pracy:** Ocena przystosowania się do życia pacjentów po wyłonieniu stomii.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 50 pacjentów Poradni Stomijnej. W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy, standaryzowaną Skalę satysfakcji z życia (*Satisfaction With Life Scale* – SWLS), Standaryzowany kwestionariusz wsparcia społecznego Kmieciak-Baran, standaryzowaną Skalę akceptacji choroby (*Acceptance Illness Scale* – AIS).

**Wyniki:** Większość badanych podczas pobytu w szpitalu została zapoznana ze sprzętem stomijnym, przeszkolona w zakresie pielęgnacji i higieny stomii oraz zasad refundacji sprzętu stomijnego. Chorym najczęściej trudnościami sprawiał lęk przed zabrudzeniem (30 osób). Stomia miała największy negatywny wpływ na sposób ubierania się (28 osób), życie intymne (28 osób) oraz zmianę przyzwyczajęń żywieniowych (25 osób). W momencie konieczności wyłonienia stomii ankietowani w większości (28 osób) przyjęli ten fakt ze spokojem. Żadnego sportu i żadnej formy rekreacji nie uprawiało 31 chorych. W większości (22 osoby) obecną jakość życia badani ocenili tak samo jak przed założeniem stomii. Średnia wyników uzyskanych w skali SWLS dla wszystkich pacjentów wykazała, że byli oni ani zadowoleni, ani niezadowolony ze swojego życia. Ogólnie badani oceniali otrzymywane wsparcie społeczne, informacyjne, instrumentalne i emocjonalne na wysokim poziomie. Analiza za pomocą skali AIS wykazała, że spora część respondentów (32%) nie akceptowała swojej choroby. Kobiety i mieszkańcy miast byli mniej zadowoleni z życia. Im wyższy poziom wykształcenia miał pacjent, tym gorzej ocenił wsparcie ze strony personelu pielęgniarstwa.

**Wnioski:** Głównymi problemami pacjentów ze stomią były lęk przed zabrudzeniem, utratą kontroli nad oddawaniem gazów i stolca oraz wstyd z powodu przykrych zapachów. Fakt posiadania stomii nie miał znaczącego wpływu na aktywność zawodową badanych i stosunek otoczenia do chorych. Płeć, miejsce zamieszkania i warunki bytowe pacjenta istotnie wpływały na jakość życia.

**Słowa kluczowe:** stomia, jakość życia.

### Summary

**Introduction:** It is estimated that in Poland about 4500 intestinal stomas are formed annually. The aim of this study was to assess patients' quality of life after stoma formation.

**Material and methods:** The study included 50 patients under care of the Ostomy Outpatient Clinic. We used the original questionnaire, standardized Satisfaction with Life Scale, standardized Social Support Questionnaire and Kmieciak-Baran Standardized Acceptance of Illness Scale (AIS).

**Results:** Most respondents during the hospital stay were acquainted with the stoma equipment, trained on the stoma care and hygiene and the principles of reimbursement for the stoma equipment. Patients' most problems were caused by fear of contamination (30 people). Stoma had the greatest negative impact on the wearing style (28 people), love life (28 people) and changing eating habits (25 patients). Almost all respondents (28 people) accepted stoma with equanimity. The majority of respondents (31) did not practice sport or any form of recreation. Most respondents (22 patients) assessed their quality of life in a similar manner as before the stoma. Average results obtained in the SWLS scale for all patients showed that they were neither satisfied nor dissatisfied with their lives. Overall, subjects highly evaluated social, informational, instrumental and emotional support. AIS analysis revealed that 32 percent of patients did not accept their disease. Women and urban residents were less satisfied with life. The patients' level of education had an impact on the assessment of nursing support.

**Conclusions:** The main problem of stoma patients was fear of contamination, loss of control over gas or stool, and shame because of unpleasant odors. Stoma did not have a significant impact on professional behavior and attitude of people close to the patients towards patients themselves. Sex, place of residence and living conditions significantly affected the patient's quality of life.

**Key words:** stoma, quality of life.

## Wstęp

Jakość życia to poczucie zadowolenia doświadczanego bądź wyrażanego przez człowieka, dotyczące wszystkich sfer życia, to subiektywne dobre samopoczucie, posiadanie celu życia i wiary w jego sens [1]. W opinii Kózki i wsp. [2] adaptacja chorego do nowej sytuacji jest bardzo trudna, rozłożona w czasie i zależna od wielu czynników.

Wyłonienie stomii, za Glišką i wsp. [3], niejednokrotnie zmusza ich właścicieli do zmiany trybu życia, jaki do tej pory prowadzili. Muszą na nowo poznać siebie, nauczyć się panowania nie tylko nad własnym ciałem, lecz także nad psychiką. Wytworzenie przetoki jelitowej wpływa na zmiany w obrazie własnego ciała, jak również na utracenie kontroli nad jedną z zasadniczych funkcji organizmu, jaką jest wydalanie, co ma istotny wpływ zarówno na stan psychiczny chorego, jak i na funkcjonowanie w życiu społecznym, zawodowym, towarzyskim i rodzinnym, w tym również w sferze intymnej [3].

W literaturze przedmiotu [3–6] podkreśla się, że mimo dużego postępu w zakresie diagnostyki, bardzo dynamicznego rozwoju chirurgii i wprowadzenia nowoczesnych technik leczenia operacyjnego liczba wytwarzanych przetok jelitowych w ostatnich latach się nie zmniejszyła, a konsekwencją leczenia chirurgicznego nowotworów jelita, urazów czy chorób zapalnych jelit jest wyłonienie stomii. W sytuacji, gdy zmiany chorobowe w jelicie cienkim lub grubym uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego, stomia, jak zauważa Sobczak [6], jest zabiegiem ratującym życie.

Szacuje się, że w Polsce corocznie wyłania się ok. 4500 stomii jelitowych.

Osoby po zabiegu wyłonienia stomii, za Cierznikowską i wsp. [8], mają obawy przed powrotem do swojego środowiska zamieszkania, trudności w zaakceptowaniu swej fizycznej odmienności oraz czują lęk przed reakcją najbliższej rodziny oraz przyjaciół. Dlatego też tak ważna jest w tej sytuacji realizacja misji edukacyjnej przez pielęgniarki [8].

Celem zasadniczym pracy była ocena przystosowania się do życia pacjentów po wyłonieniu stomii. Za cele szczegółowe uznano: rozpoznanie głównych problemów pielęgnacyjnych oraz psychospołecznych pacjentów ze stomią, ocenę czasu poświęconego na wykonywanie czynności higienicznych i pielęgnacyjnych stomii, stopnia akceptacji choroby, samoocenę zdolności do samodzielnego obsługiwania sprzętu i wymiany worków stomijnych, aktywności zawodowej oraz ocenę satysfakcji z życia, otoczenia do chorego, częstotliwości korzystania z poradni stomijnych i porad psychologa, ocenę oczekiwanego wsparcia ze strony lekarza, pielęgniarki i rodziny, przynależności do grup wsparcia typu POL-ILKO, znaczenia istnienia Polskiego Stowarzyszenia Stomijnego POL-ILKO dla pacjenta, a także ustalenie źródeł wiedzy i zakresu otrzymywanych przez chorego informacji na temat wyłonienia stomii.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 50 pacjentów Poradni Stomijnej w Białymstoku, w okresie od sierpnia 2011 r. do lutego 2012 r. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/246/2011. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy, złożony z 38 pytań oraz 3 testów standaryzowanych: standaryzowaną Skalę satysfakcji z życia (*Satisfaction With Life Scale* – SWLS) Dienera, Emmons, Larsena i Griffina w polskiej adaptacji Juczyńskiego, w wersji dla profesjonalistów niebędących psychologami [9], standaryzowany Kwestionariusz wsparcia społecznego Kmieciak-Baran [10] i standaryzowaną Skalę akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS) autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen, w polskiej adaptacji Juczyńskiego [33].

## Wyniki

Pośród badanych osób znajdowało się nieznacznie więcej kobiet (27 osób) niż mężczyzn (23 osoby). Wiek badanych był nieco rozbieżny. Najmniej liczną grupą wiekową badanych (3 osoby) byli pacjenci w wieku 20–30 lat. Nieco większą (5 osób) stanowiły osoby między 31. a 40. rokiem życia. Najliczniejszą grupą były osoby w wieku między 51. a 60. rokiem życia (18 osób), nieznacznie mniej było badanych w wieku powyżej 61 lat (16 osób). Stwierdzono znaczną liczbą przewagę respondentów zamieszkałych w mieście (37 osób) nad osobami zamieszkałymi na wsi (13 osób). Największą część badanych (20 osób) posiadała wykształcenie średnie, 12 – wykształcenie wyższe, 11 – zawodowe, a 7 osób – podstawowe. Zdecydowana większość badanych (30 osób) żyła w związku małżeńskim. Panien lub kawalerów było 9 i tyle samo wdów lub wdowców. Inne osoby były w separacji. Nikt z badanych nie zadeklarował, że ma złe warunki bytowe. Największa liczba respondentów (36 osób) określała je jako dobre, 9 – jako średnie, a 5 – jako bardzo dobre.

Czas posiadania stomii wśród respondentów był różny. Najwięcej osób (22) miało utworzoną stomię w przedziale czasowym od roku do 5 lat. Liczba osób żyjących ze stomią od roku była taka sama jak osób, która posiadały stomię dłużej niż 10 lat (po 9 osób). Nieco więcej osób (10) miało sztuczny odbył 5–10 lat. Ponad połowa respondentów (30 osób) posiadała kolostomię. Z ileostomią żyło 17 badanych, a z urostomią tylko 3 osoby.

Aktywnych zawodowo pacjentów z wyłonioną stomią było 14, 17 przebywało na emeryturze, 16 na rencie, a 3 osoby były bezrobotne.

Nieco ponad połowie badanych (30 osobom) pracownicy ochrony zdrowia wyjaśnili dokładnie wszelkie wątpliwości związane z wyłonieniem stomii oraz odpowiedzieli na nurtujące ich pytania. Czternastu respondentów nie było zadowolonych w wystarczającym stopniu z uzyskanych informacji. Sześciu badanych twierdziło,

**Tabela 1.** Problemy osób z wyłonioną stomią

Problem	Liczba osób	Odszetek osób (%)
obawa, czy potrafię dobrze zmieniać woreczki stomijne	10	20,0
ból związany ze zmianą woreczka	5	10,0
obawa, czy woreczki stomijne są dobrej jakości	16	32,0
trudności w przestrzeganiu określonej diety	<b>24</b>	<b>48,0</b>
trudności z powrotem do pracy lub znalezieniem nowej pracy	4	8,0
trudności z prowadzeniem samochodu	4	8,0
komplikacje pooperacyjne	8	16,0
trudność rodziny z zaakceptowaniem choroby badanego	4	8,0
wstyd z powodu przykrych zapachów	<b>24</b>	<b>48,0</b>
lęk przed zabrudzeniem	<b>30</b>	<b>60,0</b>
lęk z powodu utraty kontroli nad oddawaniem gazów i stolca	<b>24</b>	<b>48,0</b>
trudności w pielęgnacji stomii	8	16,0
nie mogą się przyzwyczaić do noszenia sprzętu stomijnego	8	16,0
inne	6	1,0

że nie wyjaśniono im wszystkich wątpliwości związanych z wyłonieniem stomii.

Zadowolonych ze stopnia zapoznania się ze sprzętem stomijnym jeszcze podczas pobytu w szpitalu było 30 badanych. Osoby te zostały także dokładnie zapoznane i przeszkolone w zakresie pielęgnacji stomii. Siedemnaście osób twierdziło, że sprzęt stomijny i zasady pielęgnacji zostały im przedstawione, lecz niewystarczająco, natomiast trzech

respondentów nie zostało zapoznanych ze sprzętem dostępnym na rynku przed wypisem do domu ani pouczonych o zasadach higieny stomii.

Dużą część badanych (34 osoby) podczas pobytu w szpitalu w wystarczającym stopniu poinformowano o zasadach refundacji sprzętu stomijnego. Czternastu chorych w szpitalu uzyskało niewystarczające informacje o refundacji sprzętu stomijnego, a dwóch respondentów, niestety, nie otrzymało żadnych informacji.

Znaczna większość badanych (43 osoby) twierdziła, że potrafi obsługiwać sprzęt oraz wymieniać worki stomijne bez żadnych problemów, natomiast 7 respondentów – iż ma niewielkie problemy w zakresie samoobsługi.

Badanym pacjentom w codziennym życiu najwięcej trudności sprawiał lęk przed zabrudzeniem (30 osób), lęk z powodu utraty kontroli nad oddawaniem gazów i stolca, przystosowanie się do określonej diety lub wstyd z powodu przykrych zapachów (po 24 osoby). Pozostałe wyniki zawarto w tabeli 1.

Najczęstszym powikłaniem dermatologicznym, obecnym u 27 badanych, było podrażnienie skóry wokół stomii. U 14 respondentów występowało zapalenie skóry spowodowane kontaktem z drażniącą treścią jelitową, natomiast u 8 jego przyczyną było uczulenie na przylepiec worka stomijnego. Nieznaczna część badanych (3 osoby) miała zmacerowaną skórę wokół stomii, a jedna osoba – zakażenie powyższych zmian zapalnych.

Respondenci zapytani o trudności w życiu codziennym spowodowane powikłaniami dermatologicznymi udzielali różnych odpowiedzi. Dwudziestu dwóch badanych twierdziło, że powikłania natury dermatologicznej raczej nie sprawiają im trudności w życiu codziennym, a dwunastu – iż nie jest to żadna trudność. Jeden respondent wskazał, że powikłania dermatologiczne zdecydowanie utrudniają mu codzienne funkcjonowanie, a dwunastu badanych odpowiedziało na to pytanie „raczej tak”.

W tabeli 2. przedstawiono częstotliwość występowania niektórych powikłań związanych z wyłonieniem stomii.

**Tabela 2.** Częstość występowania niektórych powikłań po wyłonieniu stomii

Powikłanie		Nigdy	Rzadko	Sporadycznie	Często
biegunki	<i>n</i>	6	<b>18</b>	15	11
	%	12,0	<b>36,0</b>	30,0	22,0
zaparcia	<i>n</i>	<b>26</b>	11	9	4
	%	<b>52,0</b>	22,0	18,0	8,0
zmiany dermatologiczne	<i>n</i>	14	10	<b>17</b>	9
	%	28,0	20,0	<b>34,0</b>	18,0
wypadanie stomii	<i>n</i>	<b>45</b>	2	0	3
	%	<b>90,0</b>	4,0	0,0	6,0
wciągnięcie stomii	<i>n</i>	<b>47</b>	1	1	1
	%	<b>94,0</b>	2,0	2,0	2,0
przepuklina okostomijna	<i>n</i>	<b>43</b>	2	1	4
	%	<b>86,0</b>	4,0	2,0	8,0

U 11 badanych biegunki występowały często, u ponad połowy ankietowanych (26 osób) nigdy nie występowały zaparcia, zmiany dermatologiczne sporadycznie u 17 z nich, a wypadanie stomii dotyczyło jedynie rzadko 2 osób.

Na pytanie związane z czasem poświęcanym na czynności higieniczne i pielęgnacyjne stomii respondenci udzielali różnych odpowiedzi. Najwięcej badanych (14 osób) poświęcało na to 20–30 minut. Prawie taka sama liczba osób (po 13 osób) potrzebowała na to ok. 10–15 minut lub 15–20 minut, a 10 badanych – powyżej 30 minut.

Ponad połowa badanych (33 osoby) wymieniała worki stomijne w zależności od potrzeby, raz dziennie czyniło to 11 respondentów, a 6% z nich wymieniało worki raz na dwa dni.

Obecnie z pomocy psychologa nie korzystało aż 46 respondentów, a czynili to tylko nieliczni wśród badanych (4 osoby). Najczęstszym powodem, dla którego badani nie korzystali z pomocy psychologa, był w ich odczuciu brak takiej potrzeby (44 osoby). Jedna osoba nie miała dostępu do psychologa, a 5 badanych nie uczęszczało do niego z innych, bliżej niesprecyzowanych powodów.

Stomia miała największy negatywny wpływ u respondentów na sposób ubierania się (28 osób), życie intymne (28 osób) i zmianę przyzwyczajęń żywieniowych (25 osób). Pozostałe wyniki zawarto w tabeli 3.

Zdecydowana większość badanych (36 osób) twierdziła, że po wyłonieniu stomii nic się nie zmieniło, jeśli chodzi o stosunek bliskiego otoczenia do ich osoby. Siedmiu ankietowanych uważało, że od czasu, kiedy mają stomię, ich znajomi i przyjaciele stali się bardziej serdeczni, życzliwi. Kolejne 3 osoby twierdziły, że znajomi i przyjaciele ograniczyli z nimi kontakty, po 2 osoby – że wyraźnie ich unikali lub że częściej nawiązywali z nimi kontakty, odwiedzali ich.

Stomię w pełni zaakceptowało 22 badanych, częściowo – 24, natomiast 4 respondentów nie akceptowało faktu jej posiadania. W momencie konieczności wyłonienia stomii ankietowani w większości (28 osób) przyjęli to ze spokojem, a pozostali twierdzili, że związane to było z poczuciem: przygnębienia, niepokoju o dalszy los (15 osób), krzywdy (13 osób), lęku i strachu (8 osób), depresji i smutku (7 osób), bezsensu życia (5 osób) i innymi nieprzyjemnymi uczuciami (7 osób, w tym myślami samobójczymi – 5 osób).

Ankietowani korzystali z różnych form sportu i rekreacji – 7 badanych podróżowało, 11 jeździło na wycieczki krajoznawcze, 2 respondentów korzystało z kurortów uzdrowiskowych, a 9 wypoczywało w sanatoriach. Żadnego sportu i żadnej formy rekreacji nie uprawiało 31 chorych.

Obecną jakość życia respondenci ocenili różnie: 19 ankietowanych – na dobrym poziomie, 8 badanych uważało, że ich jakość życia jest zła, jeden twierdził, iż jest bardzo zła, a wg 22 badanych jest taka sama jak przed założeniem stomii.

Większość badanych (36 osób) stale współpracowała z poradnią stomijną, natomiast 14 nie uczęszczało do niej

systematycznie. Większość badanych (36 osób) nie należała do grupy wsparcia POL-ILKO.

Najpopularniejszym źródłem wiedzy wśród badanych był Internet oraz czasopisma (po 28 osób). Spora część ankietowanych (22 osoby) korzystała z poradników oraz broszur (15 osób). Nieco mniej respondentów (12 osób) czytało ulotki, a nieznaczna liczba badanych (4 osoby) korzystała z książek.

Największa część badanych (28 osób) miała chęć pogłębienia swojej wiedzy na temat pielęgnacji skóry wokół stomii, koniecznej diety (26 osób) i możliwościach powikłań po wyłonieniu stomii (25 osób). Pozostali byli zainteresowani wiedzą dotyczącą zasad refundacji sprzętu stomijnego (18 osób), wsparcia psychicznego (17 osób), technik zmiany worków stomijnych (15 osób), doboru sprzętu stomijnego (13 osób), informacjami o poradniach stomijnych (12 osób) i zasadach wykonywania irygacji (9 osób).

Większości ankietowanych (28 osób) nie zależało na konkretnej osobie, która przekaże im wiadomości i rozwieje wszystkie wątpliwości związane z wyłonieniem stomii, ważne było dla nich, aby ktoś to zrobił, bez względu na to, czy będzie to lekarz, pielęgniarka, psycholog, rodzina chorego czy też inni chorzy. Dziewięciu badanych twierdziło, że powinien to robić lekarz, natomiast 12% podanych analizie uważało, iż najlepiej zrobi to pielęgniarka.

Tylko 4% badanych zgadzało się całkowicie z tym, że ich życie pod bardzo wieloma względami jest bliskie ideału.

**Tabela 3.** Wpływ stomii na życie codzienne

Sfera życia	Liczba osób	Odsetek osób (%)
aktywność zawodowa	14	28
zmiana planów życiowych	22	44,0
marzenia	12	24,0
zmiana hierarchii wartości	15	30,0
pozytywny stosunek do życia	7	14,0
sposób ubierania się	<b>28</b>	<b>56,0</b>
styl życia	20	40,0
zmiana przyzwyczajęń żywieniowych	<b>25</b>	<b>50,0</b>
wizerunek własnej osoby	11	22,0
zawieranie nowych przyjaźni	9	18,0
pojawienie się zaburzeń depresyjnych	7	14,0
wycofanie się z życia społecznego – ograniczenie kontaktów z przyjaciółmi lub zupełne ich zerwanie	17	34
życie intymne	<b>28</b>	<b>56</b>
stomia nie wpłynęła na żadne z powyższych	5	10,0

Tabela 4. Analiza satysfakcji z życia w badanej grupie chorych

	Zgadzam się całkowicie	Zgadzam się	Raczej się zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Całkowicie się nie zgadzam
Pod bardzo wieloma względami moje życie jest bliskie ideału	4%	4%	26%	26%	18%	10%	12%
Mam doskonałe warunki życia	14%	18%	16%	30%	12%	6%	4%
Jestem zadowolony/zadowolona ze swojego życia	14%	16%	22%	24%	18%	2%	4%
Jak na razie, zrealizowałem/zrealizowałam ważne rzeczy, które chciałem/chciałam wykonać w trakcie mojego życia	14%	18%	24%	22%	8%	12%	2%
Jeśli miałbym/miałabym przeżyć życie jeszcze raz, nie zmieniłbym/zmieniłabym prawie niczego	12%	2%	16%	8%	22%	24%	16%

Całkowicie zgadzało się ze stwierdzeniem, że ma doskonałe warunki życia, 14% respondentów. Z kolei 22% badanych było raczej zadowolonych ze swojego życia. Tylko 2% badanych całkowicie się nie zgadzało z tym, że na razie zrealizowali ważne rzeczy, które chcieli wykonać w trakcie swojego życia. Dwanaście procent ankietowanych całkowicie się zgadzało z teorią, że jeśli mieliby przeżyć życie jeszcze raz, prawie nic by w nim nie zmienili. Pozostałe wyniki zawarto w tabeli 4. Średnia wyników uzyskanych w skali SWLS dla wszystkich pacjentów wynosiła 20,49 (minimum 7, maksimum 35, odchylenie standardowe 6,488325), co oznacza, że chorzy byli ani zadowoleni, ani niezadowoleni. Jedna czwarta pacjentów oceniła swoje SWLS średnio do 17 (pierwszy kwartył – dolny), połowa pacjentów – do 20 (mediana – drugi kwartył: 20), 1/4 pacjentów – powyżej 23 (trzeci kwartył – górny).

W pracy podjęto się również oceny przez chorych poziomu wsparcia uzyskiwanego ze strony personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i rodziny. W tym celu zastosowano Skalę wsparcia społecznego, opierającą się na założeniach teoretycznych przedstawionych przez Tar-

dy'ego [35, 74]. Oceniano cztery rodzaje wsparcia: informacyjne – dostarczanie jednostce ważnych dla jej funkcjonowania wiadomości, rad, porad itp.; instrumentalne – udzielanie jednostce konkretnej pomocy, np. pożyczanie pieniędzy, zrobienie zakupów; wartościujące – dawanie jednostce do zrozumienia, że posiada takie możliwości (zdolności, umiejętności itp.), które są ważne dla prawidłowego funkcjonowania grupy lub osoby, oraz wsparcie emocjonalne – dawanie jednostce do zrozumienia, że zawsze na tę właśnie grupę lub osobę może liczyć i w każdej chwili udzielona jej zostanie pomoc. Wynik ogólny, pozwalający określić poziom wsparcia społecznego bez różnicowania go na różne rodzaje wsparcia, sugeruje, że badani chorzy oceniali otrzymywane wsparcie społeczne na wysokim poziomie, podobnie jak wsparcie informacyjne, instrumentalne i emocjonalne. Otrzymywane wsparcie wartościujące oceniali jako średnie. Najwyższe wsparcie informacyjne pacjenci uzyskiwali od personelu pielęgniarskiego, instrumentalne od rodziny, wartościujące od rodziny i emocjonalne od personelu lekarskiego (tab. 5.).

Tabela 5. Analiza rodzaju uzyskiwanego wsparcia w badanej grupie chorych

Rodzaj wsparcia	Grupa								
	ze strony rodziny			ze strony personelu pielęgniarskiego			ze strony personelu lekarskiego		
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s
informacyjne	13,96	14	1,979074	14,14	14,5	1,829576	13,02	13	2,307839
instrumentalne	13,92	15	2,038807	1,470804	12	1,470804	9,8	10	1,829464
wartościujące	12,9	13	1,764156	10,66	10	2,479384	9,56	9	2,383275
emocjonalne	14,5	15,4	2,12132	14,08	15	1,816478	12,48	12	2,168795
<b>ogólne</b>	<b>55,28</b>	<b>58</b>	<b>6,565339</b>	<b>50,28</b>	<b>51,5</b>	<b>5,728696</b>	<b>44,86</b>	<b>45</b>	<b>6,505916</b>

W przypadku wsparcia informacyjnego wykazano dodatnią zależność liniową pomiędzy skalą wsparcia informacyjnego ze strony lekarzy a skalą wsparcia informacyjnego ze strony pielęgniarek ( $r = 0,506825$ ), co sugeruje, że im pacjent lepiej oceniał wsparcie uzyskane od lekarzy, tym lepiej oceniał wsparcie uzyskane od pielęgniarek. Wartość  $p = 0,000173$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , więc można przyjąć hipotezę alternatywną  $H_1$  – zależność pomiędzy skalą wsparcia informacyjnego ze strony lekarzy a skalą wsparcia informacyjnego ze strony pielęgniarek jest istotna statystycznie. Wartość  $r = 0,322845$  wskazuje na dodatnią zależność liniową pomiędzy skalą wsparcia informacyjnego ze strony rodziny a skalą wsparcia informacyjnego ze strony pielęgniarek, co sugeruje, że im pacjent lepiej oceniał wsparcie uzyskane od rodziny, tym lepiej oceniał wsparcie uzyskane od pielęgniarek. Wartość  $p = 0,022211$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , więc można przyjąć hipotezę alternatywną – zależność pomiędzy skalą wsparcia informacyjnego ze strony rodziny a skalą wsparcia informacyjnego ze strony pielęgniarek jest istotna statystycznie. Wartość  $p = 0,111182$  jest większa od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co sugeruje, że można przyjąć hipotezę zerową  $H_0$  – zależność pomiędzy skalą wsparcia informacyjnego ze strony lekarzy a skalą wsparcia informacyjnego ze strony rodziny nie jest istotna statystycznie.

W przypadku wsparcia instrumentalnego wartości  $p = 0,564603$ ,  $p = 0,54046$  oraz  $p = 0,492376$  były większe od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwoliło na przyjęcie hipotezy zerowej  $H_0$  – zależność pomiędzy skalą wsparcia instrumentalnego ze strony pielęgniarek a skalą wsparcia instrumentalnego ze strony lekarzy nie jest istotna statystycznie.

W przypadku wsparcia wartościującego wartość  $r = 0,702899$  wskazuje na dodatnią zależność liniową pomiędzy skalą wsparcia wartościującego ze strony lekarzy a skalą wsparcia wartościującego ze strony pielęgniarek, co oznacza, że im pacjent lepiej oceniał wsparcie uzyskane od lekarzy, tym lepiej oceniał wsparcie uzyskane od pielęgniarek. Wartość  $p < 0,00001$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala na przyjęcie hipotezy alternatywnej  $H_1$  – zależność pomiędzy skalą wsparcia wartościującego ze strony lekarzy a skalą wsparcia wartościującego ze strony pielęgniarek jest istotna statystycznie. Wartość  $r = 0,280557$  wskazuje na dodatnią zależność liniową pomiędzy skalą wsparcia wartościującego ze strony rodziny a skalą wsparcia wartościującego ze strony lekarzy, co oznacza, że im pacjent lepiej ocenił wsparcie uzyskane od rodziny, tym lepiej ocenił wsparcie uzyskane od lekarzy. Wartość  $p = 0,048439$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala na przyjęcie hipotezy alternatywnej – zależność pomiędzy skalą wsparcia wartościującego ze strony rodziny a skalą wsparcia wartościującego ze strony lekarzy jest istotna statystycznie. Wartość  $p = 0,065332$  jest większa od

**Tabela 6.** Analiza akceptacji choroby w badanej grupie chorych

Akceptacja choroby	Liczba punktów	Odsetek badanych (%)
brak	8–18	32
średnia	19–29	56
dobra	30–40	12
<b>Średnia</b>		21,44
<b>Mediana</b>		21
<b>Odchylenie standardowe</b>		7,329449
<b>Minimum</b>		8
<b>Maksimum</b>		38
<b>Dolny kwartyl</b>		17
<b>Górny kwartyl</b>		24,75

przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala na przyjęcie hipotezy zerowej  $H_0$  – zależność pomiędzy skalą wsparcia wartościującego ze strony pielęgniarek a skalą wsparcia wartościującego ze strony rodziny nie jest istotna statystycznie.

W przypadku wsparcia emocjonalnego wartość  $r = 0,321593$  wskazuje na dodatnią zależność liniową pomiędzy skalą wsparcia emocjonalnego ze strony lekarzy a skalą wsparcia emocjonalnego ze strony pielęgniarek, co sugeruje, że im pacjent lepiej oceniał wsparcie uzyskane od lekarzy, tym lepiej oceniał wsparcie uzyskane od pielęgniarek. Wartość  $p = 0,022765$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala na przyjęcie hipotezy alternatywnej  $H_1$  – zależność pomiędzy skalą wsparcia emocjonalnego ze strony lekarzy a skalą wsparcia emocjonalnego ze strony pielęgniarek jest istotna statystycznie. Wartość  $r = 0,399229$  wskazuje na dodatnią zależność liniową pomiędzy skalą wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny a skalą wsparcia emocjonalnego ze strony lekarzy, co oznacza, że im pacjent lepiej oceniał wsparcie uzyskane od rodziny, tym lepiej oceniał wsparcie uzyskane od lekarzy. Wartość  $p = 0,004078$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala na przyjęcie hipotezy alternatywnej – zależność pomiędzy skalą wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny a skalą wsparcia emocjonalnego ze strony lekarzy jest istotna statystycznie.

Z tabeli 6. wynika, że spora część respondentów (32%) nie akceptowała swojej choroby. Ponad połowa badanych (56%) częściowo ją akceptowała, a 12% w pełni zaakceptowało stan swojego zdrowia.

W następnej kolejności zbadano zależność pomiędzy płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania a daną cechą (tab. 7.) oraz wykształceniem i warunkami bytowymi (tab. 8.).

**Płeć a cecha:** wartość  $p = 0,856171$  jest większa od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , można więc przyjąć hipo-

**Tabela 7.** Analiza zależności pomiędzy płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania a daną cechą w badanej grupie chorych

Cecha	Płeć		Wiek		Miejsce zamieszkania	
	<i>p</i>	Przyjęta hipoteza	<i>p</i>	Przyjęta hipoteza	<i>p</i>	Przyjęta hipoteza
SWLS	<b>0,046023</b>	H <sub>1</sub>	0,86303	H <sub>0</sub>	<b>0,046931</b>	H <sub>1</sub>
SWS	0,856171	H <sub>0</sub>	0,669256	H <sub>0</sub>	0,382662	H <sub>0</sub>
SWSP	0,119017	H <sub>0</sub>	0,544825	H <sub>0</sub>	0,895943	H <sub>0</sub>
SWSR	0,783963	H <sub>0</sub>	<b>0,019134</b>	H <sub>1</sub>	0,675839	H <sub>0</sub>
AIS	0,739666	H <sub>0</sub>	0,192401	H <sub>0</sub>	0,248082	H <sub>0</sub>
	liczba stopni swobody: 1		liczba stopni swobody: 4		liczba stopni swobody: 1	

**Tabela 8.** Analiza zależności pomiędzy wykształceniem, warunkami bytowymi a daną cechą w badanej grupie chorych

Cecha	Wykształcenie		Warunki bytowe	
	<i>p</i>	przyjęta hipoteza	<i>p</i>	przyjęta hipoteza
SWLS	0,650867	H <sub>0</sub>	<b>0,027057</b>	H <sub>1</sub>
SWS	<b>0,003272</b>	H <sub>1</sub>	0,421934	H <sub>0</sub>
SWSP	0,050868	H <sub>0</sub>	0,810033	H <sub>0</sub>
SWSR	0,408999	H <sub>0</sub>	0,318409	H <sub>0</sub>
AIS	0,528609	H <sub>0</sub>	0,903932	H <sub>0</sub>
	liczba stopni swobody: 3		liczba stopni swobody: 2	

tezę zerową H<sub>0</sub> – nie ma istotnej różnicy między średnią wartością odczuwanego wsparcia społecznego ze strony personelu lekarskiego w zależności od płci badanych. Wartość *p* = 0,046023 jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , można więc przyjąć hipotezę alternatywną H<sub>1</sub> – istnieje istotna różnica między średnią wartością odczuwanego wsparcia społecznego a płcią badanych. U kobiet jest to 19,26, natomiast u mężczyzn 22,91. Można zatem stwierdzić, że płeć miała istotny wpływ na skalę satysfakcji z życia – kobiety były mniej zadowolone z życia niż mężczyźni.

**Wiek a cecha:** wartość *p* = 0,019134 jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , można więc przyjąć hipotezę alternatywną H<sub>1</sub> – istnieje istotna różnica między średnimi wartościami odczuwanego wsparcia społecznego ze strony rodziny w poszczególnych grupach wiekowych. Najwyższe wartości średnich Skali wsparcia społecznego wśród rodziny 58,6 oraz 57,61 wystąpiły odpowiednio w przedziałach wiekowych 20–30 lat i powyżej 60 lat. Najniższa wartość średniej Skali wsparcia społecznego wśród rodziny była dla osób z przedziału wiekowego 50–60 lat i wynosiła 51,22.

**Miejsce zamieszkania a cecha:** wartość *p* = 0,046931 jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , można więc przyjąć hipotezę alternatywną H<sub>1</sub> – istnieje istotna różnica między średnią wartością Skali satysfakcji z życia a miejscem zamieszkania chorych. U osób zamieszkałych

na wsi było to 24, a u osób zamieszkałych w mieście – 19,86. Można zatem stwierdzić, że miejsce zamieszkania miało istotny wpływ na satysfakcję z życia – osoby mieszkające na wsi były bardziej zadowolone z życia niż osoby zamieszkałe w mieście.

**Wykształcenie a cecha:** wartość *p* = 0,003272 jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , można więc przyjąć hipotezę alternatywną H<sub>1</sub> – istnieje istotna różnica między średnimi wartościami uzyskiwanego wsparcia społecznego ze strony personelu lekarskiego a poziomem wykształcenia badanych. Najwyższa wartość średniej Skali wsparcia społecznego ze strony personelu lekarskiego – 49,81 – była w odczuciu osób z wykształceniem zawodowym. Następnie osób z wykształceniem podstawowym i wyższym – odpowiednio 46,81 i 45,08. U osób z wykształceniem średnim uzyskano najniższą wartość średniej Skali wsparcia społecznego – 41,4.

**Wykształcenie a warunki bytowe:** wartość *p* = 0,027057 jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala na przyjęcie hipotezy alternatywnej H<sub>1</sub> – istnieje istotna różnica między średnimi wartościami Skali satysfakcji z życia a deklarowanymi warunkami bytowymi. Najwyższa wartość średniej Skali satysfakcji z życia – 23,5, występowała u osób z bardzo dobrymi warunkami bytowymi, a następnie tych z dobrymi warunkami bytowymi – 21,83. U osób, które swoje warunki bytowe oceniali jako średnie, wartość średniej Skali satysfakcji z życia była naj-

niższa – 15,88. Można zatem stwierdzić, że warunki bytowe pacjenta miały istotny wpływ na satysfakcję z życia – osoby z lepszymi warunkami bytowymi były bardziej zadowolone z życia niż osoby mające gorsze warunki bytowe.

W teście Pearsona wartość  $r = -0,344602$  wskazuje na ujemną zależność liniową między wykształceniem pacjenta a jego oceną wsparcia uzyskiwanego ze strony personelu pielęgniarskiego. Powyższe świadczy, że im lepsze wykształcenie miał pacjent, tym gorzej oceniał wsparcie uzyskane ze strony personelu pielęgniarskiego. Wartość  $p = 0,01426$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala przyjąć hipotezę alternatywną  $H_1$  – istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy wykształceniem pacjenta a tym, jak ocenia on wsparcie personelu medycznego. Wartość  $r = 0,349791$  wskazuje na dodatnią zależność liniową między warunkami bytowymi pacjenta a jego oceną satysfakcji z życia, co sugeruje, że im lepsze warunki bytowe miał pacjent, tym lepiej oceniał swoją satysfakcję z życia. Wartość  $p = 0,012773$  jest mniejsza od przyjętego poziomu ufności  $\alpha = 0,05$ , co pozwala przyjąć hipotezę alternatywną  $H_1$  – zależność pomiędzy warunkami bytowymi pacjenta a tym, jak ocenia on swoją satysfakcję z życia, jest istotna statystycznie.

Nie wykazano istotnych różnic statystycznych pomiędzy satysfakcją z życia, akceptacją choroby lub oceną otrzymanego wsparcia a stanem cywilnym, czasem posiadania stomii, rodzajem posiadanej stomii oraz aktywnością zawodową.

## Dyskusja

Pacjenci z wyłonioną stomią są szczególną grupą chorych. Niezależnie od wieku, płci, wykształcenia, zajmowanego stanowiska czy przyczyny wykonanego zabiegu wszyscy wymagają wyjątkowej troski oraz specjalistycznej opieki nie tylko ze strony chirurga, lecz także ze strony pielęgniarki stomijnej [11]. Wytworzenie przetoki jelitowej wpływa na funkcjonowanie psychospołeczne chorych, jak również na jakość ich życia [2].

Cierzniaowska i wsp. [12] twierdzą, że wyłonienie stomii nie dotyka jedynie sfery fizycznej, ale również funkcjonowania psychicznego, rodzinnego i społecznego. Jakość życia to wg Cierzniaowskiej i wsp. stan dobrego samopoczucia, na który składają się dwa elementy: zdolność radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co jest odzwierciedleniem dobrego samopoczucia człowieka na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym, oraz satysfakcja pacjenta z jego funkcjonowania na tych wszystkich poziomach i kontroli nad chorobą czy też objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia. Jakość życia jest wielowymiarowa, może być zarówno subiektywna, jak i obiektywna. Niektórzy autorzy twierdzą, że na ocenę jakości życia chorych ze stomią wpływa wiele czynników, m.in. przebieg i technika zabiegu chirurgicznego, prawidłowa lokalizacja oraz wykonanie stomii, jak

również pielęgnacja okołoperacyjna i prawidłowo dobrany sprzęt stomijny [12].

Oleksiak [13] przeprowadziła badania wśród pacjentów I Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Legnicy oraz Poradni Stomijnej działającej przy Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Legnicy. Badaniami objęła 30 osób leczonych chirurgicznie, głównie osoby z kolostomią i ileostomią, po płynie co najmniej 2 lat od leczenia zasadniczego, potrzebnego do uzyskania stabilizacji jakości życia. Pacjenci z powyższego badania [13] wśród rodzajów odczuwanych emocji w związku ze stomią wymieniają najczęściej niepokój o przyszłość – 47% objętych ankietą (co stanowi 14 pacjentów), pogodzenie z losem – 30% badanych (tj. 9 pacjentów ze stomią), radość, że mogą żyć dzięki stomii – 27% badanych (8 pacjentów), chęć polepszenia jakości życia – 23% ankietowanych (7 pacjentów ze stomią). Wśród emocji, jakie wywołuje wyłonienie stomii, wymieniają również lęk z powodu utraty kontroli nad oddawaniem stolca i gazów – 17% respondentów (5 pacjentów), lęk przed zabrudzeniem – 10% respondentów (3 pacjentów). Wśród emocji związanych ze stomią pacjenci wymieniają wstyd, żal, samotność i bezradność [13].

Banaszkiewicz i Jawień [7] oraz Cwajda i wsp. [14] uważają, że wszystkie badania dotyczące komfortu i jakości życia osób mających stomię potwierdzają, że jednym z najbardziej istotnych problemów, które dotyczą tych chorych, jest utrata kontroli nad oddawaniem stolca i gazów, lęk przed zabrudzeniem i towarzyszącym brzydkim zapachem [7, 14].

Z badań własnych wynika, że ponad połowa badanych (60%) odczuwała lęk przed zabrudzeniem, a 48% badanych wstyd z powodu przykrych zapachów i tyle samo osób lęk z powodu utraty kontroli nad oddawaniem stolca i gazów.

Odporność emocjonalna, w opinii Glińskiej i wsp. [3], u chorych po wyłonieniu stomii zostaje poddana ciężkiej próbie – znaczna grupa pacjentów nie radzi sobie z nowym wyzwaniem i wymaga pomocy ze strony innych. Wsparcie społeczne jest jednym z najlepszych rozwiązań w tak trudnych sytuacjach. Jedną ze składowych takiego wsparcia stanowi wsparcie emocjonalne, którego zadaniem jest modyfikowanie reakcji człowieka w stresie, zmniejszenie ryzyka depresji, co też sprzyja leczeniu i pielęgnacji. Nawiązanie kontaktu emocjonalnego z chorym sprawia, że czuje się on bezpieczniej, co umożliwia mu szybką adaptację do nowych, zmienionych przez chorobę warunków życia [3].

Z badań Glińskiej i wsp. [3] wynika, że spośród 101 osób badanych tylko 38 twierdziło, iż wyłonienie stomii w żaden sposób nie wpływa na ich stan emocjonalny. Związek pomiędzy samopoczuciem a stomią dostrzega 63,11% badanych, natomiast 37,86% uważa, że wyłonienie stomii pogarsza ich samopoczucie psychiczne w nieznacznym stopniu, a u pozostałych w stopniu znaczącym [3].

Ankietowani przez Oleksiak [13] nie w pełni akceptowali stomię, stwierdzało tak 67% badanych, tj. 20 pacjentów. Pełną akceptację stomii deklarowało 30% ankietowanych,



tj. 9 pacjentów. Stomia wg badanej grupy miała wpływ przede wszystkim na plany życiowe (40% badanych), ich stosunek do życia (40% ankietowanych), styl życia (47% pacjentów) i zmianę hierarchii wartości. Według 43% badanych pacjentów ze stomią znacznie wpłynęła na ograniczenia w pracy zawodowej [13].

Michalak i wsp. [15] przeprowadzili badania w grupie 30 osób z wytonioną stomią jelitową, za pomocą sondażu diagnostycznego. Jedna czwarta badanych zdecydowanie podkreślała, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Stanowi to większy problem dla kobiet. Na podstawie uzyskanych danych można określić, że wysoki stopień satysfakcji z życia osiągnęło 30% ankietowanych, przeciętny 40%, natomiast niski 30% [15].

Z badań własnych wynika, że dość duża część respondentów (32%) nie akceptowała swojej choroby, a średnia wyników uzyskanych w skali SWLS dla wszystkich pacjentów oznaczała, że chorzy nie byli ani zadowoleni, ani niezadowoleni.

Fakt wytonienia stomii, za Trzczańskim i wsp. [16], jak również konieczność życia ze stomią są bardzo traumatyzujące dla psychiki chorych. Pobyt pacjenta w szpitalu oraz wytworzenie brzuszno odbytu w znacznym stopniu zaburzają jego poczucie bezpieczeństwa zarówno fizycznego, jak i psychicznego. W przypadku większości osób stomia stanowi niezwykle silny negatywny stres emocjonalny, który wyraża się stanami depresyjnymi, poczuciem krzywdy, utratą motywacji, złością, bezsenssem życia, trudnościami w znalezieniu pracy, a także całościową oceną wizerunku własnej osoby [16].

Wiraszka i Wrońska [17] wykazały, że znaczne, chorobliwe nasilenie lęku wystąpiło u 40% badanej grupy, a graniczne u 16%, natomiast pozostała część osób charakteryzowała się normalnym poziomem objawów lęku. Bardzo podobnie wyglądały wyniki obrazujące poziom smutku. Bez objawów depresyjnych pozostało 48% respondentów, 32% prezentowało chorobliwy poziom depresji, a 20% – graniczny [17].

Wojewoda i wsp. [1], oceniając wpływ stomii na stan emocjonalny pacjenta, zapytali respondentów, czy występują u nich stany depresji, przygnębienia czy też zaburzenia snu. Z 50 osób objętych badaniem u 22% w znaczący sposób obecność stomii wpływała na wyżej wymienione stany, u 42% te stany występowały tylko czasami, natomiast u 12% badanych często [1].

Wiraszka i Wrońska [17] podają, że w grupie osób objętych przez nie badaniem poważnym zaburzeniom uległo życie społeczne oraz relacje interpersonalne. Badani nisko oceniali relacje z przyjaciółmi i znajomymi oraz ich wsparcie emocjonalne, co może wynikać z negatywnego wpływu choroby nowotworowej na odczucia osób z otoczenia, stwarzając u nich stan izolacji psychicznej, która ma na celu ukrycie lęku i zakłopotania [17].

Wytonienie stomii w grupie ankietowanych przez Oleksiak [13] nie wpłynęło na życie społeczne i kontakty towarzyskie pacjentów, stwierdza tak 50% ankietowanych, tj. 15 pacjentów. Znajomi i bliscy częściej nawiązywali kontakty z pacjentami, deklarowało tak 27% badanych, tj. 8 pacjentów. Należy jednak zaznaczyć, że 10% ankietowanych ograniczało kontakty z rodziną i przyjaciółmi, a 6% objętych badaniem pacjentów stwierdzało, że znajomi i bliscy ograniczają z nimi kontakt, tyle samo udziela się społecznie. Według znacznej grupy pacjentów ze stomią (63% ankietowanych) nie miała ona wpływu na ich życie intymne. Mimo że swój wygląd zewnętrzny po operacji określają jako znacznie gorszy – 27% ankietowanych, i nieco gorszy – 40% badanych [13].

Z badań własnych wynika, że stosunek otoczenia do znacznej większości chorych nie zmienił się, a w przypadku niektórych osób znajomi i przyjaciele stali się wobec chorych bardziej serdeczni i życzliwi.

Wielkim problemem pewnej liczby chorych ze sztucznym odbytem jest wycofywanie się z aktywności życia zawodowego, społecznego, jak również małżeńskiego. Wiraszka i Wrońska [18] podkreślają, że tak wielkie wyrzeczenia nie zawsze są konieczne. Spora część spośród badanych nie potrafi radzić sobie z emocjami towarzyszącymi chorobie. Badania wskazują na istnienie dużego deficytu wiedzy o możliwości prowadzenia aktywnego życia zawodowego, uprawiania sportu i życia seksualnego [18].

Wyniki badań Kózki i wsp. [2] wykazały, iż wytworzenie przetoki jelitowej miało wpływ na funkcjonowanie badanych w różnych sferach ich życia. Największe ograniczenia nastąpiły w sferze osobistej (58%), w życiu towarzyskim (46,5%), najmniejsze natomiast w funkcjonowaniu rodziny (27%) [2].

W opinii Cierzniańskiej i Szewczyk [19] świadomość pacjentów co do niektórych następstw i powikłań, np. ze strony układu krążenia, oddechowego czy też zakażenia rany pooperacyjnej, może wywoływać silny lęk o własną przyszłość – począwszy od obaw o wydłużający się okres niezdolności do pracy, skończywszy na trwałych powikłaniach zdrowotnych czy nawet inwalidztwie.

W obecnym badaniu 66% z respondentów twierdziło, że stomia nie miała znacznego wpływu na ich dotychczasowe życie. Nie miała też żadnego wpływu na aktywność zawodową u 54% respondentów.

Dziki i wsp. [20] wykazali, że powikłania stomii jelitowych występują w ok. 36% przypadków wytonienia brzuszno odbytu, a wśród nich najczęstsze powikłania to: problemy dermatologiczne, martwica stomii i przepukliny okołostomijne.

Znaczny odsetek powikłań okołostomijnych to powikłania dermatologiczne. Cierzniańska i wsp. [21] twierdzą, że najczęstszą przyczyną zmian wokół stomii jest niekorzystne działanie treści jelitowej na naskórek. Zapalenie skóry wokół stomii przebiega z nadżerkami oraz owrzodzeniami, przysparzając choremu wielu cierpień, a także utrudnia użytkowanie sprzętu [21].

W znacznej grupie ankietowanych przez Oleksiak [13] najczęściej stwierdzanym powikłaniem stomii było zapalenie skóry – występowało u 65% ankietowanych, i alergiczna reakcja na sprzęt stomijny, tzn. uczulenie na plastry, kleje i inne składniki sprzętu stomijnego – dotyczyła ona 27% pacjentów.

Z badań własnych wynika, iż u 30% chorych sporadycznie występowały biegunki. Zmiany dermatologiczne pojawiały się sporadycznie u 34% respondentów. Przepuklina okołostomijna często była obecna u 8%.

W badaniach Wojewody i wsp. [1] u 40% badanych nie wystąpiły żadne powikłania stomijne. U 20% ankietowanych doszło do krwawienia, u 18% badanych występowało zwężenie stomii, u 14% stwierdzono przepuklinę okołostomijną, a 4% spośród badanych miało problem z zakażeniem i wciągnięciem stomii [1].

Podgórska-Kowalczyk [22] w swoich badaniach nakreśliła, że 32,5% spośród badanych miało powikłaną stomię. U 10,8% badanych występowały biegunki, u 9% zmiany dermatologiczne wokół stomii, a u 5,4% zaparcia. Na wypadanie stomii skarżyło się 4% badanych, a u 2,7% badanych występowała przepuklina okołostomijna.

Stomia wywiera duży oraz różnorodny wpływ na codzienne funkcjonowanie osób ją posiadających [2]. Z badań Kózki i wsp. [2] wynika, że stomia w zdecydowanym stopniu wpływa na zmianę przyzwyczajzeń dietetycznych – dotyczyło to aż 49,5% badanych. Styl życia musiało zmienić 42,5% respondentów, postrzeganie samego siebie – 40,5%, a plany życiowe – 38,5%.

W badaniach własnych stwierdzono, że ponad połowa respondentów w związku z wytworzeniem stomii musiała zmienić styl ubierania się. Wielu zmieniło przyzwyczajenia żywieniowe, plany życiowe i hierarchię wartości.

Niektórym pacjentom jest bardzo trudno się pogodzić z faktem posiadania stomii i mają problem z przystosowaniem się do nowej sytuacji życiowej, dlatego też powinni korzystać z porad psychologa. Z badań Wojewody i wsp. [1] wynika, że nie robiło tego nigdy 80% badanych.

Potwierdzają to wyniki naszych badań, w których aż 92% respondentów nie korzystało z pomocy psychologa.

W znacznej grupie ankietowanych przez Oleksiak [13] rozmowę z pacjentem na temat konieczności wyłonienia stomii przeprowadzili lekarze – deklarowało tak 84% respondentów. O konieczności wyłonienia stomii 33% badanych dowiedziało się na oddziale chirurgicznym. Fakt rozmowy z pielęgniarką potwierdziło 27% ankietowanych. Tylko 10% objętych ankietą stwierdza, że taką informację przekazał im psycholog [13].

W badaniu własnym zdecydowana większość badanych było zadowolonych ze stopnia zapoznania się ze sprzętem stomijnym jeszcze podczas pobytu w szpitalu.

W badaniu Oleksiak [13] preferowane rodzaje sportu przez pacjentów ze stomią to spacerowanie na świeżym powietrzu – 48% ankietowanych, i jazda na rowerze – 26% badanych. Tylko 7% badanych deklaruje uprawianie gimnastyki, a 4% pływanie. Jednak 15% objętych ankietą pacjentów nie uprawia żadnych sportów.

W opisywanym w niniejszej pracy badaniu żadnego sportu i żadnej formy rekreacji nie uprawiało 31 chorych.

Ponad połowa ankietowanych pacjentów z badania Oleksiak [13] deklarowała przynależność do towarzystwa chorych ze stomią. W badaniach autorów niniejszej pracy sytuacja wyglądała inaczej – największa część badanych nie należała do grupy wsparcia POL-ILKO.

W opinii Michalaka i wsp. [15] na nasilenie zachowań zdrowotnych w grupie osób ze stomią, szczególnie w pozyskiwaniu informacji na temat zdrowia i choroby, wpływ może mieć również proces edukacji tych osób w czasie pobytu w szpitalu. Zakres działań edukacyjnych prowadzonych przez zespół terapeutyczny powinien obejmować m.in. prawidłowe odżywianie, zapobieganie powikłaniom, czynności higieniczno-pielęgnacyjne oraz wskazywanie źródeł wsparcia [15].

Chorzy w opisywanym w niniejszej pracy badaniu mieli największą chęć pogłębienia swojej wiedzy na temat pielęgnacji skóry wokół stomii, jak również diety oraz możliwości powikłań po wyłonieniu stomii.

Cwajda i wsp. [23] podkreślają, że edukacja chorego ze stomią powinna przebiegać w trzech etapach. Pierwszy to tzw. edukacja przedoperacyjna, która rozpoczyna się w momencie podjęcia decyzji o wyłonieniu stomii lub krótko przed zabiegiem, o ile operacja nie odbyła się w trybie nagłym. Jej celem jest wg Cwajdy i wsp. [23] oswojenie chorego z faktem posiadania nowego ujścia jelita i przygotowanie go do okresu pooperacyjnego poprzez: nauczenie chorego gimnastyki oddechowej, wykonywania ćwiczeń Kegla, wyznaczenie miejsca stomii oraz przygotowanie przewodu pokarmowego do zabiegu chirurgicznego. Drugi etap to edukacja pooperacyjna będąca kontynuacją rozpoczętej przed zabiegiem współpracy z pacjentem, a jej celem jest przekazanie takiej wiedzy, która pomoże choremu uzyskać samodzielność i zapewnić sobie prawidłową opiekę w warunkach codziennego życia [23]. Edukacja odległa rozpoczyna się w szczególnie trudnym dla chorego okresie kończącym hospitalizację, polega na uzupełnieniu i utrwaleniu posiadanej wiedzy i umiejętności, a prowadzona jest w warunkach ambulatoryjnych (specjalistyczne poradnie stomijne, poradnie chirurgiczne i proktologiczne). Jej celem jest uzyskanie pełnej adaptacji chorego do życia w społeczeństwie i akceptacji siebie ze stomią [23]. W powyższych działaniach ogromną rolę odgrywać powinien personel pielęgniarski. W opinii Chrobak [24] proces edukacji powinien być prowadzony w sposób kompleksowy, profesjonalny i przy czynnym udziale w nim rodziny pacjenta, ponieważ przynosi wtedy lepsze efekty.

W badaniach opisywanych w niniejszej pracy pielęgniarkę w roli edukatora widziało 24% respondentów.

## Wnioski

1. Głównymi problemami pacjentów ze stomią były lęk przed zabrudzeniem, utratą kontroli nad oddawaniem

- gazów i stolca oraz wstyd z powodu przykrych zapachów.
2. Najczęściej występującym powikłaniem skórny były podrażnienia skóry wokół stomii.
  3. Fakt posiadania stomii nie miał znaczącego wpływu na aktywność zawodową badanych i stosunek bliskiego otoczenia do chorych.
  4. Istotnie na stopień satysfakcji z życia wpływały: płeć (kobiety były mniej zadowolone z życia niż mężczyźni), miejsce zamieszkania (osoby mieszkające na wsi były bardziej zadowolone z życia niż osoby zamieszkałe w mieście) i warunki bytowe pacjenta (osoby z lepszymi warunkami bytowymi były bardziej zadowolone z życia niż osoby mające gorsze warunki bytowe).
  5. Większość chorych współpracowała z poradnią stomijną, ale tylko nieliczni przynależeli do grupy wsparcia POL-ILKO i korzystali z pomocy psychologa.
22. Podgórska-Kowalczyk D. Analiza wybranych czynników wpływających na proces readaptacji chorego ze sztucznym odbytem do nowego stylu i warunków życia. *Acta Med Premilsiensia* 2003; 26: 143-147.
  23. Cwajda J, Szewczyk M, Cierzniańska K i wsp. Edukacja jako element procesu adaptacji chorych ze stomią jelitową. *Pielęg Pol* 2005; 1: 109-114.
  24. Chrobak A. Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wytonioną stomią jelitową. *Pol Merkuriusz Lek* 2009; 155: 579-581.

### Piśmiennictwo

1. Wojewoda B, Juzwyszyn J, Durliej S i wsp. Jakość życia chorych ze stomią. *Onkol Pol* 2006; 9: 184-188.
2. Kózka M, Bazaliński D, Jakubowski K, Pudło M. Determinanty funkcjonowania psychospołecznego osób z przetoką jelitową. *Pielęg Chir Angiol* 2010; 4: 123-129.
3. Glińska J, Urbańska A, Dziki A. Stomia jelitowa a stan emocjonalny. Metoda pracy pielęgniarki a wsparcie emocjonalne chorego. *Proktologia* 2007; 8: 129-136.
4. Banaszkiwicz Z, Jawień A. Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii. *Valetudinaria – Post Med Klin Woj* 2002; 7: 8-11.
5. Czajka H, Rusak B. Pielęgnacja chorego ze stomią. *Pielęg Pol* 2005; 2: 18-23.
6. Sobczak U. Opieka nad chorymi z ileostomią. *Mag Pielęg Pol* 2001; 30.
7. Banaszkiwicz Z, Jawień A. Stomie jelitowe. *Przew Lek* 2003; 10: 89-91.
8. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Banaszkiwicz Z, Jawień A. Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym ze stomią. *Valetudinaria – Post Med Klin Woj* 2002; 7: 20-23.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2009; 128-136.
10. Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przeł Psychol* 1995; 38: 201-214.
11. Snarska J, Puchalski Z, Majewska G. Model opieki stomijnej – doświadczenia własne. *Valetudinaria – Post Med Klin Woj* 2004; 9: 128-132.
12. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Banaszkiwicz Z, Jawień A. Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęg Chir Angiol* 2010; 2: 35-39.
13. Oleksiak K. Ocena jakości życia pacjentów ze stomią jelitową. *Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis* 2008; 2: 15-27.
14. Cwajda J, Szewczyk MT, Cierzniańska K i wsp. Edukacja jako element procesu adaptacji chorych ze stomią jelitową. *Pielęg Pol* 2005; 1: 109-114.
15. Michalak S, Cierzniańska K, Banaszkiwicz Z i wsp. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 3: 91-98.
16. Trzciniński R, Biskup-Wróblewska A, Dziki A. Życie emocjonalne pacjentów ze stomią. *Proktologia* 2005; 6: 299-306.
17. Wiraszka G, Wrońska J. Jakość życia chorego ze stomią. Część I. *Pielęg Pol* 2003; 3: 4-7.
18. Wiraszka G, Wrońska J. Jakość życia chorego ze stomią. Część II. *Pielęg Pol* 2003; 4: 4-6.
19. Cierzniańska K, Szewczyk MT. Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego w okresie kooperacyjnym. W: *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa specjalistycznego*. Szewczyk MT, Ślusarz R (red.). Borgis, Warszawa 2006; 21-27.
20. Dziki A, Kotacińska A, Zajdel R, Szczepkowski M. Powikłania stomii jelitowych. *Proktologia* 2001; 2: 76-86.
21. Cierzniańska K, Szewczyk M, Stodolska A i wsp. Specjalistyczne zaopatrzenie pacjenta ze „stomią trudną”. *Valetudinaria – Post Med Klin Woj* 2004; 9: 133-138.