

Magdalena Leyk-Kolańczak^{1,2}, Janina Książek¹, Renata Piotrkowska¹¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny²Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

R

Realizacja opieki stomijnej w Polsce w opinii pielęgniarek

Aspects of stoma care provided in Poland – the nurses' perspective

STRESZCZENIE

Wstęp. Jakość i ciągłość opieki stomijnej ma duże znaczenie dla właściwego przebiegu hospitalizacji, rekonwalescencji, procesu akceptacji stomii oraz poprawy jakości życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. Kluczową rolę w pielęgnacji i edukacji pacjenta pełni pielęgniarka.

Cel pracy. Analiza opinii pielęgniarek na temat realizacji opieki nad pacjentami z wyłonioną stomią jelitową i pożądanym kierunków zmian.

Materiał i metody. Badaniem objęto 72 pielęgniarki opiekujące się pacjentami z wyłonioną stomią jelitową w różnych ośrodkach medycznych w Polsce. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, analizy dokumentacji i metody statystyczne. Narzędziem badawczym był autorski arkusz ankiety. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2010.

Wyniki. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że 11,1% badanych pielęgniarek pracuje w oddziałach, w których wyodrębnione jest samodzielne stanowisko pielęgniarki stomijnej. W opinii 76,4% respondentek w ich ośrodkach pracy przeprowadzana jest edukacja przedoperacyjna, a edukatorami są zarówno pielęgniarki, jak i lekarze. W trakcie edukacji przedoperacyjnej najczęściej omawiane są ogólne zagadnienia z zakresu anatomii i fizjologii jelit oraz przebiegu operacji (89,1%). Wśród badanych pielęgniarek 30,9% pracuje w szpitalach, w których nigdy nie wyznacza się przedoperacyjnie miejsca stomii. Badane pielęgniarki deklarują, że znaczna część wypisywanych do domu pacjentów ma deficyty wiedzy i umiejętności w zakresie samoopieki. Najbardziej pomijanym aspektem edukacji jest życie seksualne. W opinii 25% respondentek zagadnienie to nie jest omawiane. Według 18,1% pielęgniarek pacjenci nie mają możliwości kontynuacji edukacji i opieki stomijnej w poradni chirurgicznej.

Wnioski. W celu poprawy opieki stomijnej w Polsce należy utworzyć stanowiska pielęgniarek stomijnych, przywrócić poradnie stomijne, zorganizować środowiskową opiekę stomijną, zintensyfikować edukację przedoperacyjną oraz w każdym szpitalu wprowadzić procedurę przedoperacyjnego wyznaczania miejsca stomii.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 20–28

Słowa kluczowe: stomia jelitowa, opieka stomijna, pielęgniarka stomijna, edukacja zdrowotna

ABSTRACT

Introduction. Quality and continuity of stoma care is significant for ensuring proper hospitalisation, patient's recovery, the process of stoma acceptance, as well as the improvement of life in patients with intestinal stomata. A stoma nurse specialist plays a key role in taking care of and educating stoma patients.

Aim of the study. Analysis of the nurses' opinions on stoma care currently provided to patients and desired directions of development in this respect.

Material and methods. Study group consisted of 72 nurses employed in various health care facilities in Poland who routinely take care of patients with intestinal stoma. The research methods used were: a diagnostic poll, a documentation analysis and a statistical method. The main study tool was a questionnaire specifically developed for the purposes of this study. The statistical analysis was conducted with the use of IBM SPSS 23 software and Microsoft Office Excel 2010 spreadsheet.

Adres do korespondencji: mgr Magdalena Leyk-Kolańczak, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk, tel. (58) 349 12 47, e-mail: magdalenaleyk@interia.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0004

Results. The results show that 11.1% of all questioned nurses work in a healthcare facility equipped with a special position of a stoma nurse specialist. The 76.4% of the questioned nurses indicate that there is pre-operative information on stoma given to patients in the facilities they work at and that the patients are educated by both nurses and doctors. The most commonly discussed with patients issues involved general information on intestinal anatomy and physiology and description of surgical procedure itself (89.1%). Among all questioned nurses, 30.9% works in hospitals where preoperative planning of stoma site marking is never taken into consideration. The nurses claim that many patients who are discharged home have deficits of both knowledge and skills related to stoma self-care. The most overlooked aspect in patient education is sexual life after stoma; according to 25% of the responders this issue never comes up. According to 18.1% of all nurses involved in the study, ostomy patients do not have any possibility of continuing their education and stoma care in the out-patient surgery centre.

Conclusions. In order to improve stoma care in Poland, healthcare providers should create work positions for stoma nurses, bring back ostomy outpatient clinics, organize community ostomy care, put a stronger focus on pre-operative educational introduce preoperative planning of stoma site marking in every hospital.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 20–28

Key words: intestinal stoma, stoma care, stoma nurse specialist, health education

Wstęp

W Polsce z każdym rokiem wzrasta liczba osób, u których w trakcie leczenia wyłaniana jest czasowo bądź na stałe stomia jelitowa [1, 2]. W roku 2010 wyłoniono 5480 stomii jelitowych, zaś w 2012 liczba ta wzrosła o ponad 1000 i wynosiła już 6726. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2012 roku 41 647 pacjentów realizowało wnioski na sprzęt stomijny [1]. Według Głównego Urzędu Statystycznego w tym samym roku liczba ludności w Polsce wynosiła 38 533 300 [3], a więc odsetek osób ze stomią jelitową był powyżej 1/1000 osób (0,108% ludności). Głównym powodem wzrostu liczby osób ze stomią jest wzrost zachorowalności na raka jelita grubego, będącego dominującą przyczyną wyłaniania stomii jelitowych w Polsce (około 77% przypadków) [1, 2].

Zarówno w Polsce, jak i na całym świecie przeprowadzono liczne badania naukowe potwierdzające niekorzystny wpływ wyłonienia stomii jelitowej na jakość życia chorych [4–7]. U osób ze stomią obserwuje się trudność w adaptacji do nowej sytuacji, izolację społeczną, rezygnację z życia zawodowego, brak akceptacji obrazu własnego ciała, zaburzenia w życiu emocjonalnym i seksualnym [4–8]. Wpływ na proces adaptacyjny, eliminację powikłań stomijnych i w efekcie poprawę jakości życia pacjentów ma zintegrowana i ciągła opieka stomijna, której fundamentalnym elementem jest edukacja zdrowotna [8–12].

W krajach rozwiniętych podstawą systemu opieki stomijnej jest wyodrębnienie stanowiska pielęgniarski stomijnej lub terapeuty stomijnego oraz zapewnienie ciągłości opieki przez funkcjonowanie poradni stomijnych i stworzenie stanowisk dla środowiskowych pielęgniarek stomijnych (*community stoma nurse*) [12–13].

W Polsce stanowisko pielęgniarski stomijnej nie ma uregulowania prawnego. Zlikwidowane zostały również samodzielne poradnie stomijne, a ich obowiązki przejęły poradnie chirurgiczne i proktologiczne, co w części przypadków przełożyło się na

obniżenie jakości i dostępności ambulatoryjnej opieki stomijnej [14] i w efekcie na konieczności zintensyfikowania procesu edukacji w okresie hospitalizacji.

Dużym wyzwaniem dla polskiego systemu opieki stomijnej będzie miał coraz częściej stosowany w chirurgii kolorektalnej Protokół Kompleksowej Opieki Okołooperacyjnej dla Poprawy Wyników Leczenia ERAS (*enhanced recovery after surgery*). Wprowadzenie założeń tego protokołu przekłada się między innymi na znaczne skrócenie czasu hospitalizacji chorego [15] i w efekcie czasu jego edukacji w szpitalu [16].

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była analiza opinii pielęgniarek na temat realizacji opieki stomijnej w Polsce z uwzględnieniem sytuacji obecnej i proponowanych kierunków jej rozwoju.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone 30 maja 2015 roku w trakcie Sesji Pielęgniarskiej III Ogólnopolskiej Konferencji „Chirurgia Polska”. Grupę badawczą stanowiły 72 pielęgniarki pracujące z pacjentami ze stomią jelitową w różnych ośrodkach w całej Polsce. Średnia wieku badanych wynosiła 48 lat, a średni staż pracy w zawodzie 26 lat. Dominującą grupę stanowiły pielęgniarki pracujące w oddziałach chirurgii ogólnej (72,2%). Pozostałe badane pracowały w oddziałach chirurgii onkologicznej, urologii i ginekologii onkologicznej. Sześć ankietowanych było pracownikami przyszpitalnych poradni chirurgicznych i proktologicznych. Większość badanych miała wykształcenie wyższe (63,9%), w tym 34,7% to licencjaci pielęgniarstwa, a 29,2% magistrzy pielęgniarstwa. Ponadto 77,8% ankietowanych pielęgniarek ukończyło kurs specjalistyczny: „Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową”, a 39,4% respondentek było specjalistkami w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.

Tabela 1. Opinia pielęgniarek o realizacji wybranych zadań opieki stomijnej w Polsce**Table 1.** Nurses' opinion on selected issues related to provision of stoma care in Poland

lp.	Wybrane zadania opieki stomijnej	N	%
1.	Czy w zakładzie pracy jest wyodrębnione stanowisko pielęgniarki stomijnej?		
	Tak	8	11,1
	Nie, jest to dodatkowa funkcja pielęgniarki opatrunkowej	56	77,8
	Nie, w zakładzie pracy nie ma w ogóle pielęgniarki stomijnej	8	11,1
	Razem	72	100
2.	Czy pacjent ma możliwość kontynuowania opieki stomijnej po wypisie ze szpitala w poradni chirurgicznej lub poradni proktologicznej?		
	Tak	59	81,9
	Nie	13	18,1
	Razem	72	100

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety składający się z trzech części. Pierwsza część pozwoliła na zebranie danych społeczno-demograficznych. W części drugiej umieszczono 11 pytań dotyczących organizacji i jakości opieki stomijnej w miejscu pracy ankietowanych. Część ostatnia składała się z 12 pytań, które miały na celu poznanie opinii badanych na temat, jak powinna być zorganizowana opieka stomijna w Polsce. Dodatkowo w kwestionariuszu pozostawiono miejsce by umożliwić ankietowanym napisanie dodatkowych uwag i sugestii dotyczących opieki stomijnej w Polsce.

W badaniu posłużono się również metodą statystyczną. Wszystkie obliczenia zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2010.

Udział w badaniu był dobrowolny, a wszyscy respondenci wyrazili zgodę na swoje uczestnictwo.

Wyniki

Realizacja opieki stomijnej w Polsce

Według zebranych danych w dominującej większości oddziałów (77,8%) edukacja i pielęgnacja pacjentów stomijnych jest dodatkowym zadaniem, tak zwanych pielęgniarek opatrunkowych. Tylko w zakładach pracy ośmiu respondentek (11,1%) wyodrębnione jest osobne stanowisko pielęgniarki stomijnej (tab. 1).

Czas hospitalizacji pacjenta poddanego zabiegowi operacyjnemu, w efekcie którego wyłoniona jest stomia jelitowa, jest bardzo różny i w opinii badanych waha się w przedziale od czterech do piętnastu dni ($M = 8,79$; $SD = 2,97$). Za tak dużą rozpiętość czasową może odpowiadać przyczyna wyłonienia stomii

i rodzaj przeprowadzanego zabiegu, a także jego powikłania. Warto jednak zwrócić uwagę, że są już ośrodki w Polsce, w których średni czas hospitalizacji pacjenta wynosi tylko cztery dni i w efekcie czas edukacji bardzo się skrócił.

W kolejnym pytaniu oceniono efektywność opieki i edukacji pacjenta i jego rodziny. W tym celu poproszono pielęgniarki o ocenę wiedzy i umiejętności pacjentów i ich rodzin w dniu wypisu ze szpitala (tab. 2). Według zebranych danych w miejscu pracy 77,8% pielęgniarek każdy pacjent lub członek jego rodziny potrafi samodzielnie opróżniać worek. Znaczna część (56,9%) badanych deklaruje, że pacjenci osiągają samodzielność w zakresie wymiany worka w dniu wypisu. Największą wiedzę pacjenci posiadają w zakresie zalecanej diety (88,9%) i zasad refundacji sprzętu stomijnego (90,3%). Najbardziej pomijanymi zagadnieniami w edukacji pacjenta jest zapoznanie go z Międzynarodową Kartą Praw Pacjenta ze Stomią i powikłaniami seksualnymi. W opinii 25% respondentek aspekt życia seksualnego nie jest w ogóle omawiany.

Ostatnim zagadnieniem oceniającym organizację opieki stomijnej była ciągłość opieki. Według danych zawartych w tabeli 1 aż 18,1% pacjentów nie ma możliwości kontynuacji opieki i edukacji stomijnej w warunkach ambulatoryjnych.

Opinia pielęgniarek dotycząca pożądaných zmian w organizacji opieki stomijnej w Polsce

Analizując dane zawarte w tabeli 3, według zdecydowanej większości ankietowanych (94,4%) w każdym szpitalu powinno być stworzone stanowisko pielęgniarki stomijnej. W celu zapewnienia ciągłości opieki według 98,6% respondentek należy przywrócić poradnie stomijne. Wszystkie pielęgniarki opowiedziały

Tabela 2. Opinia pielęgniarek o poziomie wiedzy i umiejętności pacjentów stomijnych w dniu wypisu ze szpitala
Table 2. Nurses' opinion on the level of knowledge and skills among stoma patients on the day of discharge home

Oceniany aspekt	Tak		Nie		Czasami		Razem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Umiejętności	Czy pacjent/jego rodzina samodzielnie opróżnia worek stomijny?	56	77,8	1	1,4	15	20,8	72	100
	Czy pacjent/jego rodzina samodzielnie wymienia worek stomijny?	41	56,9	4	5,6	27	37,5	72	100
	Czy pacjent/jego rodzina potrafi pielęgnować skórę wokół stomii?	48	66,7	3	4,2	21	29,1	72	100
Wiedza	Czy pacjent/jego rodzina zna objawy powikłań stomijnych?	44	61,1	9	12,5	19	26,4	72	100
	Czy pacjent/jego rodzina zna zalecaną dietę?	64	88,9	3	4,2	5	6,9	72	100
	Czy pacjent/jego rodzina zna zasady refundacji sprzętu stomijnego?	65	90,3	3	4,2	4	5,5	72	100
	Czy pacjent/jego rodzina zastał zapoznany z Międzynarodową Kartą Praw Pacjentów ze Stomią?	27	37,5	27	37,5	18	25,0	72	100
	Czy pacjent/jego rodzina zna zasady rehabilitacji?	43	59,7	8	11,1	21	29,2	72	100
	Czy pacjent/jego rodzina wie jak postępować w podróży?	50	69,4	7	9,8	15	20,8	72	100
	Czy omówiono zagadnienia związane z życiem seksualnym?	25	34,7	18	25,0	29	40,3	72	100

Tabela 3. Opinia pielęgniarek dotycząca pożądaných kierunków zmian organizacji opieki stomijnej
Table 3. Nurses' opinion on the necessary changes to be introduced in the provision of stoma care and stoma care organisation

lp.	Kierunki zmian	N	%
1.	Czy Państwa zdaniem w szpitalach powinny być tworzone stanowiska pielęgniarek stomijnych?		
	Tak, w każdym szpitalu powinna być taka pielęgniarka	68	94,4
	Tak, ale tylko w dużych szpitalach zabiegowych	3	4,2
	Nie, pielęgniarka opatrunkowa wystarczy	1	1,4
	Razem	72	100
2.	Czy Pana/i zdaniem w każdym mieście powinna być poradnia stomijna?		
	Tak	71	98,6
	Nie	1	1,4
	Razem	72	100
3.	Czy uważa Pan/i, że w sytuacji, kiedy chory w dniu wypisu nie potrafi jeszcze samodzielnie pielęgnować stomii, powinno się przełożyć jego wypis na dzień kolejny?		
	Tak	47	65,3
	Nie	25	34,7
	Razem	72	100
4.	Czy uważa Pan/i, że program pooperacyjnych dwóch wizyt domowych pielęgniarski stomijnej powinien być postępowaniem standardowym w opiece stomijnej?		
	Tak	72	100
	Nie	0	0
	Razem	72	100

Tabela 4. Opinia pielęgniarek dotycząca realizacji edukacji przedoperacyjnej

Table 4. Nurses' opinion on the current access to preoperative education

lp.	Realizacja edukacji przedoperacyjnej	N	%
1.	Czy w miejscu Pani pracy jest przeprowadzana edukacja przedoperacyjna?		
	Tak	55	76,4
	Nie	16	22,2
	Nie dotyczy	1	1,4
	Razem	72	100
2.	Kto edukuje pacjenta w zakresie opieki stomijnej przed zabiegiem?		
	Tylko lekarz	4	7,3
	Tylko pielęgniarka	23	41,8
	Lekarz i pielęgniarka	28	50,9
	Razem	55	100
3.	Kiedy jest przeprowadzana edukacja przedoperacyjna?		
	Tylko w dniu zabiegu	6	10,9
	Tylko w dniu poprzedzającym zabieg/w dniu przyjęcia chorego na oddział	42	76,4
	Tylko w warunkach ambulatoryjnych, na kilka tygodni przed planowaną hospitalizacją	4	7,3
	W warunkach ambulatoryjnych i kontynuowana w szpitalu przed zabiegiem	3	5,4
	Razem	55	100
4.	Jaki jest łączny czas edukacji przedoperacyjnej?		
	Do 15 min	17	30,9
	15–30 min	26	47,3
	30–60 min	7	12,7
	Powyżej 60 min	5	9,1
	Razem	55	100

się za wprowadzeniem wzorem krajów rozwiniętych dwóch wizyt domowych pielęgniarki stomijnej w okresie pooperacyjnym.

Edukacja przedoperacyjna w Polsce

W okresie przeprowadzania badań edukacja przedoperacyjna była prowadzona tylko w 76,4% przypadkach. Za edukację najczęściej odpowiedzialni byli lekarz i pielęgniarka (50,9%) lub sama pielęgniarka (41,8%). Najczęściej działania edukacyjne były podejmowane w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny (76,4%) i trwały 15–30 min (tab. 4).

W opinii wszystkich badanych pielęgniarek edukacja przedoperacyjna ma ogromne znaczenie i powinna być rozpoczęta jeszcze w warunkach ambulatoryjnych (61,1%) i być kontynuowana w szpitalu (tab. 5).

Analizując dane zawarte w tabeli 6 można zauważyć, że głównymi tematami realizowanej edukacji przedoperacyjnej są ogólne zagadnienia z zakresu anatomii i fizjologii oraz zakresu zabiegu (89,1%)

i szeroko omawiane ogólne funkcjonowanie w życiu społecznym i rodzinnym (60%). Tylko niewiele ponad połowa pacjentów, u których w ogóle przeprowadzono edukację przedoperacyjną, jest zapoznana z metodami pielęgnacji skóry i stomii, rodzajem sprzętu stomijnego, zasadami zmiany worka stomijnego i refundacją sprzętu stomijnego. W opinii zdecydowanej większości respondentek wyżej wymienione zagadnienia powinny zawsze być włączane w zakres edukacji przedoperacyjnej.

Przedoperacyjne wyznaczanie miejsca stomii

Wszystkie badane pielęgniarki opowiedziały się za istotnością przedoperacyjnego wyznaczania miejsca stomii. W opinii zdecydowanej większości z nich (94,4%) miejsce to powinna wyznaczać pielęgniarka wspólnie z lekarzem i pacjentem (tab. 7). Niestety w Polsce przed zabiegami planowymi miejsce stomii nie jest wyznaczane aż w 30,9% oddziałów, w których pracują badane pielęgniarki, a w kolejnych 25,4% wyznacza się je czasami (tab. 8).

Tabela 5. Opinia pielęgniarek dotycząca pożądaných kierunków zmian w zakresie edukacji przedoperacyjnej
Table 5. Nurses' opinion on the necessary changes to be introduced in the scope of preoperative education

lp.	Pożądane kierunki zmian w zakresie edukacji przedoperacyjnej	N	%
1.	Czy uważa Pan/i za słuszne prowadzenie edukacji stomijnej w okresie przedoperacyjnym?		
	Tak	72	100
	Nie	0	0
	Razem	72	100
2.	Kto powinien prowadzić przedoperacyjną edukację pacjenta w zakresie opieki stomijnej?		
	Tylko lekarz	5	6,9
	Tylko pielęgniarka	24	33,4
	Lekarz i pielęgniarka	43	59,7
	Razem	72	100
3.	Kiedy powinna być rozpoczęta przedoperacyjna edukacja stomijna?		
	W dniu zabiegu	1	1,4
	W dniu poprzedzającym zabieg/w dniu przyjęcia chorego na oddział	27	37,5
	W warunkach ambulatoryjnych, na kilka tygodni przed planowaną hospitalizacją	44	61,1
	Razem	72	100
4.	Jaki powinien być łączny czas edukacji przedoperacyjnej?		
	Do 15 min	1	1,4
	15–30 min	24	33,3
	30–60 min	27	37,5
	Powyżej 60 min	20	27,8
	Razem	72	100

Dyskusja

W Polsce od 2002 roku obowiązuje opracowany przez prof. Marię Kózkę i prof. Krzysztofa Bieleckiego oraz rekomendowany przez Polski Klub Kolo-proktologii „Model opieki nas pacjentem ze stomią”. W założeniach tego modelu zwrócono uwagę na znaczenie edukacji przedoperacyjnej i ciągłości opieki stomijnej poprzez kontynuację działań pielęgnacyjno-edukacyjnych w okresie wczesnopooperacyjnym w szpitalu, a następnie w poradniach stomijnych. Autorzy modelu podkreślają, że edukacja powinna być realizowana przez certyfikowane pielęgniarki stomijne [17].

Również w opinii badanych pielęgniarek bardzo duże znaczenie dla właściwej opieki ma wyodrębnione stanowisko pielęgniarki stomijnej. Jednak jak ukazuje analiza wyników badań własnych samodzielnie stanowisko pielęgniarki stomijnej jest bardzo rzadko spotykane w polskich szpitalach, co może przełożyć się na skrócenie czasu edukacji i obniżenie jakości opieki stomijnej.

Problematykę wpływu specjalistycznej opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową badali Coca i wsp. W Hiszpanii, podobnie jak w Polsce, opieka i edukacja stomijna prowadzone są w różny sposób w zależności od ośrodka. Celem badania było porównanie jakości życia pacjentów operowanych w szpitalach zatrudniających certyfikowane pielęgniarki stomijne z jakością życia pacjentów operowanych w ośrodkach niezatrudniających pielęgniarek stomijnych. Autorzy, porównując poziom jakości życia 402 pacjentów ze stomią operowanych w 16 różnych szpitalach, udowodnili, że chorzy, którymi opiekowały się wyspecjalizowane pielęgniarki stomijne, lepiej adaptowali się do życia ze stomią i mieli wyższą jakość życia, w porównaniu do pacjentów, którzy nie byli pod opieką pielęgniarek stomijnych [10]. Również Glińska i wsp. w badaniach przeprowadzonych na grupie 103 chorych ze stomią jelitową wykazała, że chorzy, którzy mieli zapewniony wyższy poziom opieki pielęgniarskiej, zarówno w okresie przed-, jak i pooperacyjnym w szpitalu, oceniali wyżej swoją jakość życia [11].

Tabela 6. Opinia pielęgniarek o realizowanym i pożądanym zakresie tematycznym edukacji przedoperacyjnej

Table 6. Nurses' opinion on the currently available and a new scope of topics to be included in preoperative education

lp.	Zakres treści edukacji przedoperacyjnej	Realizowany zakres edukacji		Pożądany zakres edukacji	
		N	%	N	%
1.	Ogólne zagadnienia z zakresu anatomii i fizjologii jelit i przebiegu zabiegu				
	Tak	49	89,1	65	91,5
	Nie	6	10,9	6	8,5
	Razem	55	100	71	100
2.	Metody pielęgnacji skóry wokół stomii				
	Tak	29	52,7	68	95,8
	Nie	26	47,3	3	4,2
	Razem	55	100	71	100
3.	Rodzaje sprzętu stomijnego				
	Tak	29	52,7	69	97,2
	Nie	26	47,3	2	2,8
	Razem	55	100	71	100
4.	Zasady zmiany worka stomijnego				
	Tak	31	56,4	67	94,4
	Nie	24	43,6	4	5,6
	Razem	55	100	71	100
5.	Zasady refundacji sprzętu stomijnego				
	Tak	31	56,4	68	95,8
	Nie	24	43,6	3	4,2
	Razem	55	100	71	100
6.	Zagadnienia dotyczące funkcjonowania w życiu społecznym i rodzinnym				
	Tak	33	60,0	68	95,8
	Nie	22	40,0	3	4,2
	Razem	55	100	71	100
7.	Inne treści				
	Tak	6	10,9	15	21,1
	Nie	49	89,1	56	78,9
	Razem	55	100	71	100

Jednym z fundamentalnych elementów w opiece nad pacjentem z wylonioną stomią jest edukacja. Danielsen i współautorzy, dokonując przeglądu siedmiu badań naukowych oceniających wpływ edukacji, podkreślili jej wielokierunkowy pozytywny efekt działania na pacjenta. Edukacja wpływała na poprawę jakości życia, lepszą samoopiekę, szybszą adaptację do życia ze stomią, ale również na zmniejszenie kosztów opieki i skrócenie pobytu w szpitalu [18].

Niestety badanie własne ukazało, jak duże deficyty wiedzy i umiejętności w zakresie pielęgnacji i funk-

cjonowania ze stomią mają pacjenci wypisywani do domu w Polsce. Brak osiągnięcia samodzielności pacjenta w zakresie pielęgnacji stomii jest między innymi w Wielkiej Brytanii powodem do anulowania jego wypisu. Younis i współautorzy na podstawie przeprowadzonych badań udowodnili, że rozpoczęcie działań edukacyjnych już w warunkach ambulatoryjnych redukuje konieczność anulowania wypisów spowodowanych brakiem osiągnięcia wiedzy i umiejętności niezbędnej do samodzielnego funkcjonowania ze stomią [19]. Z dokonanej analizy badań własnych

Tabela 7. Opinia pielęgniarek dotycząca realizacji procedury przedoperacyjnego wyznaczenia miejsca stomii**Table 7.** Nurses' opinion on the existing preoperative procedure of stoma site marking

lp.	Realizacja procedury przedoperacyjnego wyznaczenia miejsca stomii	N	%
1.	Czy w miejscu pracy przeprowadzana jest procedura wyznaczenia miejsca stomii?		
	Tak, u wszystkich pacjentów operowanych w trybie planowym	31	43,7
	Tylko czasami	18	25,4
	Nie, nigdy	22	30,9
	Razem	71	100
2.	Kto wyznacza miejsce stomii?		
	Tylko lekarz	14	28,6
	Tylko pielęgniarka	18	36,7
	Pielęgniarka z lekarzem	17	34,7
	Razem	49	100

Tabela 8. Opinia pielęgniarek dotycząca pożądanych kierunków zmian w zakresie procedury przedoperacyjnego wyznaczenia miejsca stomii**Table 8.** Nurses' opinion on the necessary changes to be introduced in the scope of preoperative stoma site marking procedure

lp.	Pożądane kierunki zmian w zakresie procedury przedoperacyjnego wyznaczenia miejsca stomii	N	%
1.	Czy w Pana/i opinii istotne jest wyznaczenia miejsca stomii?		
	Tak	72	100
	Nie	0	0
	Razem	72	100
2.	Kto powinien wyznaczać miejsce stomii?		
	Tylko lekarz	3	4,2
	Tylko pielęgniarka	1	1,4
	Pielęgniarka z lekarzem	68	94,4
	Razem	72	100

wynika, że polskie pielęgniarki widzą potrzebę rozszerzenia zakresu tematycznego i czasu poświęcanego na edukację przedoperacyjną w porównaniu do działań realizowanych w chwili obecnej.

Kolejnym bardzo istotnym elementem opieki stomijnej jest przedoperacyjne wyznaczenie miejsca stomii. Jak dowodzą badania, wpływa ono zarówno na zmniejszenie powikłań stomijnych [20], jak i na poprawę jakości życia chorych [21]. Na podstawie dokonanej analizy badań własnych wynika, że polskie pielęgniarki uważają procedurę przedoperacyjnego wyznaczenia miejsca stomii za bardzo ważną i niezbędną. Uzyskane wyniki, gdzie mniej niż połowa badanych pielęgniarek deklaruje, że procedurę tę przeprowadza się u każdego planowo operowanego pacjenta — są zdaniem autorów niezadowolające. Podobnie jak możliwość kontynuowania opieki po wypisie.

Według opinii pielęgniarek prawie co szósty pacjent nie ma możliwości kontynuowania opieki i edukacji stomijnej w warunkach ambulatoryjnych. Jest to bardzo niepokojące, zwłaszcza jak przeanalizuje się poziom deficytów wiedzy i umiejętności pacjentów wypisywanych ze szpitala. Autorzy prezentowanych badań nie analizowali wiedzy pacjentów i wpływu na nią grup wsparcia, a jedynie opinie pielęgniarek, dlatego uważają, że omawiany aspekt powinien być poddany głębszej analizie w kolejnych badaniach.

Z badań przeprowadzonych przez Erwin-Toth i wsp. wynika, że regularne ambulatoryjne wizyty pielęgniarki stomijnej zarówno w gabinecie, jak i u pacjenta w domu, wpłynęły na zmniejszenie podciekania pod płytkę, zmniejszenie potrzeby stosowania dodatkowych akcesoriów stomijnych, a także zmniejszyły

dermatologiczne powikłania okołostomijne i poprawiły jakość życia pacjentów stomijnych [22].

Pielęgniarki, które wzięły udział w badaniu, widzą ogromną rolę przywrócenia funkcjonowania poradni stomijnych w zapewnieniu ciągłości i właściwej jakości opieki. Według badanych znaczenie dla poprawy opieki miałyby również wzorem krajów rozwiniętych wprowadzenie środowiskowej opieki stomijnej.

Wnioski

1. W opinii badanej populacji pielęgniarek poziom edukacji pacjentów jest niewystarczający. Należy zwiększyć czas i zakres prowadzonych działań edukacyjnych, a jeśli jest to możliwe rozpocząć edukację jeszcze przed przyjęciem chorego do szpitala.
2. Mimo posiadanej wiedzy i umiejętności oraz świadomości znaczenia przedoperacyjnego wyznaczania miejsca stomii procedura ta nie jest standardowo wykonywana w oddziałach wszystkich badanych pielęgniarek. W każdym szpitalu w Polsce należy wdrożyć procedurę przedoperacyjnego wyznaczania miejsca stomii.
3. W celu poprawy organizacji opieki stomijnej należy stworzyć samodzielne stanowiska pielęgniarki stomijnej w każdym szpitalu, zapewnić każdemu pacjentowi ciągłość opieki poprzez przywrócenie poradni stomijnych oraz stworzenie środowiskowej opieki stomijnej.

Piśmiennictwo

1. Bobkiewicz A, Ledwoński W. Epidemiologia. In: Banasiewicz T, Krokowicz P, Szczepkowski M. ed. Stomia — prawidłowe postępowanie i pielęgnacja. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2014: 25–32.
2. Pachocka L, Urbanik A. Stomia jelitowa — epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Probl Hig Epidemiol.* 2014; 95(3): 586–590.
3. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku. http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf (29.09.2016).
4. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 2005; 14(1): 74–81, doi: [10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x), indexed in Pubmed: [15656851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15656851/).
5. Wiraszka G. Problemy funkcjonowania chorych z kolostronią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL. *Probl Pielęg.* 2007; 15: 1–5.
6. Leyk M, Książek J, Piotrkowska R, et al. Jakość życia osób z wylonioną kolostronią. *Pielęg Chirur Angiol.* 2010; 3: 77–84.
7. Mitchell KA, Rawl SM, Schmidt CM, et al. Demographic, clinical, and quality of life variables related to embarrassment in veterans living with an intestinal stoma. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007; 34(5): 524–532, doi: [10.1097/01.WON.0000290732.15947.9e](https://doi.org/10.1097/01.WON.0000290732.15947.9e), indexed in Pubmed: [17876215](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17876215/).
8. Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, et al. Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on

everyday life and educational needs. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013; 40(4): 407–412, doi: [10.1097/WON.0b013e3182987e0e](https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e), indexed in Pubmed: [23820473](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23820473/).

9. Aronovitch SA, Sharp R, Harduar-Morano L. Quality of life for patients living with ostomies: influence of contact with an ostomy nurse. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010; 37(6): 649–653, doi: [10.1097/WON.0b013e3181f90d16](https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181f90d16), indexed in Pubmed: [21052027](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21052027/).
10. Coca C, Fernández de Larrinoa I, Serrano R, et al. The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015; 42(3): 257–263, doi: [10.1097/WON.000000000000126](https://doi.org/10.1097/WON.000000000000126), indexed in Pubmed: [25806600](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25806600/).
11. Glińska J, Hebda A, Dziki A. Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. *Proktol.* 2005; 6: 232–242.
12. Royal College of Nursing: Stoma Care Clinical Nursing Standards. <http://www.securicaremedical.co.uk/Portals/38/docs/Clinical%20Nursing%20Standards.pdf> (22.11.2016).
13. Australian Association of Stomal Therapy Nurses Inc. Standards of Stomal Therapy Nursing Practice 4th Ed. http://www.stomalthrapy.com/documents/2013_AAS-TN_Standards_of_Stomal_Therapy_Nursing_Practice_2.pdf (22.11.2016).
14. Ruszyła kampania „StomaLife. Odkryj stomię”. <http://gastrologia.mp.pl/aktualnosci/103050.ruszyla-kampania-stomalife-odkryj-stomie> (23.11.2016).
15. Pędziwiatr M., Matłok M., Kłęk S. Protokół kompleksowej opieki okołoperacyjnej dla poprawy wyników leczenia. Zasady ogólne oraz zastosowanie ERAS w chirurgii jelita grubego. <http://www.mp.pl/eras/wytyczne/show.html?id=106409> (24.11.2016).
16. Piotrkowska R, Reszka A, Terech S, et al. Szybka ścieżka chirurgiczna (Fast Track Surgery – FTS) w procesie pielęgnowania – założenia teoretyczne. *Pielęgniarstwo XXI w.* 2014; 3(48): 49–53.
17. Kózka M, Bielecki K. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Proktol.* 2002; 3: 302–304.
18. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2013; 15(6): e276–e283, doi: [10.1111/codi.12197](https://doi.org/10.1111/codi.12197), indexed in Pubmed: [23470040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23470040/).
19. Younis J, Salerno G, Fanto D, et al. Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *Int J Colorectal Dis.* 2012; 27(1): 43–47, doi: [10.1007/s00384-011-1252-2](https://doi.org/10.1007/s00384-011-1252-2), indexed in Pubmed: [21660418](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21660418/).
20. Colwell JC, Gray M. Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007; 34(5): 492–496, doi: [10.1097/01.WON.0000290726.08323.a6](https://doi.org/10.1097/01.WON.0000290726.08323.a6), indexed in Pubmed: [17876209](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17876209/).
21. McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, et al. The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016; 43(1): 57–61, doi: [10.1097/WON.000000000000180](https://doi.org/10.1097/WON.000000000000180), indexed in Pubmed: [26727684](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26727684/).
22. Erwin-Toth P, Thompson SJ, Davis JS. Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the Dialogue Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012; 39(4): 417–422, doi: [10.1097/WON.0b013e318259c441](https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318259c441), indexed in Pubmed: [22652937](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22652937/).