

ANALIZA DEFICYTU SAMOOPIEKI U CHORYCH ZE STOMIĄ W OPARCIU O TEORIĘ PIELEŃNIARSTWA DOROTHY OREM

Analysis of self-care deficiency among patients with ostomy on the basis of nursing theory of Dorothy Orem



Katarzyna Cierzniańska^{1,2}, Elżbieta Kozłowska², Maria T. Szewczyk^{1,2}

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

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 1: 16–22

Adres do korespondencji:

mgr **Katarzyna Cierzniańska**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum im. L. Rydygiera, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, tel. +48 52 371 16 00 w. 232 lub 256, e-mail: cier@mediclub.pl

Streszczenie

Określenie obszarów deficytu w samoopiece u chorych ze stomią powinno się przyczynić do ich wyeliminowania i wprowadzenia ukierunkowanych działań w zakresie opieki pielęgniarskiej, aby mogła być ona sprawowana na najwyższym możliwym poziomie.

Cel pracy: Celem pracy było określenie deficytu samoopieki występującego u chorych po zabiegu operacyjnym, w wyniku którego zostaje wyłoniona stomia.

Materiał i metoda: W badaniach wzięto udział 80 chorych. Badania zostały przeprowadzone w 2005 r. w Poradni Stomijnej działającej przy Klinice Chirurgii w SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Badania miały charakter anonimowy, a do ich przeprowadzenia posłużono się specjalnie do tego skonstruowanym kwestionariuszem ankiety. Pytania zostały skonstruowane w sposób, który pozwalał za pomocą skali punktowej ocenić zdolności do samoopieki. Przyjęto, że osiągnięcie do 10 punktów włącznie, oznacza niedostateczne przygotowanie, natomiast uzyskanie 11 punktów i powyżej przygotowanie wystarczające.

Wyniki: Ze zgromadzonych danych wynika, że w badanej grupie 12,5% stanowią chorzy nieradzący sobie z zapewnieniem samoopieki. Istotny wpływ na poziom samoopieki miało wykształcenie respondenta.

Wnioski:

1. Właściwe przygotowanie do samoopieki wykazują pacjenci z wyższym i średnim wykształceniem.
2. Edukacja chorego rozpoczęta w okresie przedoperacyjnym znacząco wpływa na zmniejszenie deficytu samoopieki.
3. Wczesne zaangażowanie chorego w czynności pielęgnacyjne w bezpośrednim okresie pooperacyjnym wpływa pozytywnie na eliminowanie problemów związanych z samoopieką.

Słowa kluczowe: samoopieka, stomia, teoria Dorothy Orem.

Summary

Definition of the field of self-care deficiency among patients with ostomy should contribute to elimination of these deficiencies and implementation of direct activities of nursing care which should be made on the highest possible level.

Aim: The aim of the study was to define self-care deficiency among patients after procedure ending with ostomy creation.

Material and methods: Eighty patients were included in the study. The study was performed in 2005 in the Ostomy Outpatient Clinic of Surgery Clinic from Biziel Hospital in Bydgoszcz, Poland. Studies were anonymous and were performed using a specially constructed questionnaire. Answers were constructed on the basis of a point scale which allowed the assessment of preparation for self-care. It was assumed that 10 points or less indicated unsatisfactory preparation and more than 11 points indicated satisfactory preparation.

Results: Collected data indicated that in the study group 12.5% of patients did not manage with self-care. Patient's education has a significant influence on level of self-care.

Conclusions:

1. Proper preparation for self-care is characteristic for patients with secondary and higher education.
2. Training started before surgery significantly decreases self-care deficiency.
3. Early implementation of nursing activities just after the procedure positively influences elimination of self-care problems.

Key words: self-care, stoma, theory of Dorothy Orem.

Wstęp

Samoopieka oznacza umiejętność samodzielnego sprawowania opieki przez człowieka wobec siebie i swoich najbliższych. Jest ona niezbędna, aby utrzymać zdrowie i zachować życie. Przejawia się w codziennej aktywności ludzkiej. Według D. Orem, opieka pielęgniarska jest konieczna wtedy, gdy człowiek z różnych powodów jest niezdolny, bądź nie w pełni zdolny do zapewnienia sobie stałej i efektywnej samoopieki [1, 2]. Do takich okoliczności zalicza się zmianę sytuacji fizycznej, emocjonalnej, społecznej, materialnej, w tym również zaburzenia w stanie zdrowia, pobyt w szpitalu, lęk przed zdiagnozowaniem nieuleczalnej choroby. Kiedy zapotrzebowanie na opiekę wyraźnie przewyższa możliwości samoopiekuńcze, oznacza to deficyt samoopieki. W sytuacji obniżenia potencjału samoopiekuńczego, chory staje się biorcą opieki, a rolą pielęgniarki jest asystowanie w samoopiece poprzez całkowite lub częściowe kompensowanie istniejących ograniczeń, wspieranie lub uczenie. Teoria deficytu samoopieki określa, w którym momencie i w jakim zakresie niezbędna jest pomoc pielęgniarki. Działania pielęgniarskie poprzedzone powinny być właściwym rozpoznaniem stanu fizycznego i psychicznego chorego, jego emocji, rozwoju intelektualnego, oraz warunków socjoekonomicznych [1].

Zmiany, jakie następują w życiu chorego, u którego wykonano zabieg wyłonienia stomii jelitowej, pociągają za sobą uzasadnione konsekwencje w zakresie ograniczenia świadczenia samoopieki.

Zgodnie z modelem opieki D. Orem, pielęgnowanie chorego ze stomią, w zależności od wielkości deficytu, odbywa się w systemie:

- w pełni kompensacyjnym,
- częściowo kompensacyjnym,
- wspierająco-edukacyjnym [1–3].

Systemy wspierająco-edukacyjny i częściowo kompensacyjny wykorzystywane są w opiece nad chorym przed zabiegiem operacyjnym wyłonienia stomii. Pacjent nie zna procedur chirurgicznych, sposobów przygotowania przewodu pokarmowego, skóry i innych układów do operacji. Wymaga w tym zakresie informacji, wyjaśnień, instrukcji, pomocy w wykonaniu niektórych zabiegów pielęgnacyjnych. Wsparcie udzielone ze strony zespołu terapeutycznego odnosi korzystny skutek w opanowaniu towarzyszącego choremu lęku [4].

System opieki w pełni kompensacyjny znajduje zastosowanie w pielęgnowaniu chorego ze stomią w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Do momentu pełnej pionizacji chory zazwyczaj jest biernym obserwatorem czynności higienicznych wokół stomii wykonywanych przez pielęgniarkę [5]. Ponadto pielęgniarka w tym trudnym dla niego czasie zapewnia zaspokajanie uniwersalnych potrzeb samoopieki. Powtarzając za D. Orem, zalicza się do nich otrzymywanie wystarczającej ilości powietrza, wody, pożywienia, prawidłowe funkcjonowanie procesów wydalania, zachowanie proporcji pomiędzy aktywnością i wypoczynkiem, zapewnianie właściwego balansu między samotnością a interakcją społeczną, zapobieganie zagro-

żeniom życia ludzkiego, promowanie ludzkiego funkcjonowania i rozwoju zgodnie z możliwościami, ograniczeniami i pragnieniami w dążeniu do bycia normalnym [1].

System opieki częściowo kompensacyjny pojawia się w kolejnych dobach pooperacyjnych, kiedy pielęgniarka wykonuje tylko niektóre, określone czynności pielęgnacyjne, natomiast chory stosownie do własnych możliwości wykonuje pozostałe czynności z zakresu samoopieki [2, 3]. Chory ze stomią, zachęcany przez pielęgniarkę stopniowo włącza się do pielęgnowania skóry wokół stomii i wymiany woreczków. Na tym etapie opieki sprawność i możliwości chorego odgrywają bardzo ważną rolę.

System wspierająco-edukacyjny to płaszczyzna działania, w której pacjent realizuje czynności samoopieki, reguluje je i modyfikuje do warunków przestrzenno-czasowych. Rolą pielęgniarki jest kierowanie, uczenie, wspomaganie i te wszystkie aktywności, które wpływają na korzystne przemiany w życiu i w bezpośrednim otoczeniu podopiecznego [3]. Elementem przygotowania do samoopieki jest ciągłe uzupełnienie wiadomości chorego na temat stomii, możliwych powikłań i potencjalnych kłopotów. 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 [6, 7].

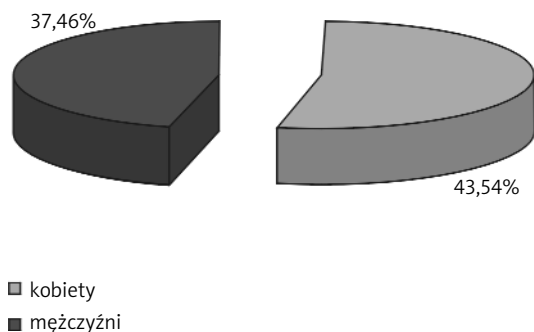
Nigdy nie udaje się ostro rozgraniczyć poszczególnych systemów od siebie. Często postępowanie pielęgniarskie polega na ich łączeniu. Możliwości chorego, jego spostrzeżenie, przyswajanie wiedzy i umiejętności, zaangażowanie w samoopiekę, podlegają ciągłej obserwacji pielęgniarskiej. Nie ulega wątpliwości, że chory ze stomią jelitową jest chorym szczególnym. Zmiana sposobu wydalania stolca, utrata kontroli nad wydalaniem gazów, nowe nawyki higieniczne, brak znajomości sprzętu zabezpieczającego stomię, to tylko niektóre elementy, z którymi chory samotnie, bez pomocy ze strony pielęgniarki nie potrafi uporać się w życiu codziennym. Określenie obszarów deficytu w samoopiece u chorych ze stomią powinno się przyczynić do ich wyeliminowania i wprowadzenia bardziej ukierunkowanych działań w zakresie opieki pielęgniarskiej, aby mogła być ona sprawowana na najwyższym możliwym poziomie.

Cel pracy

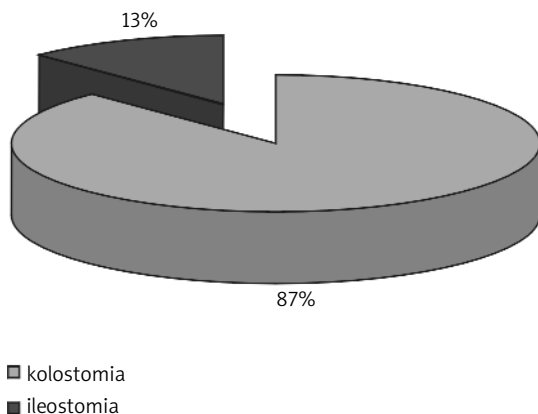
Celem pracy było określenie deficytu samoopieki występującego u chorych po zabiegu operacyjnym wyłonienia stomii.

Materiał i metoda

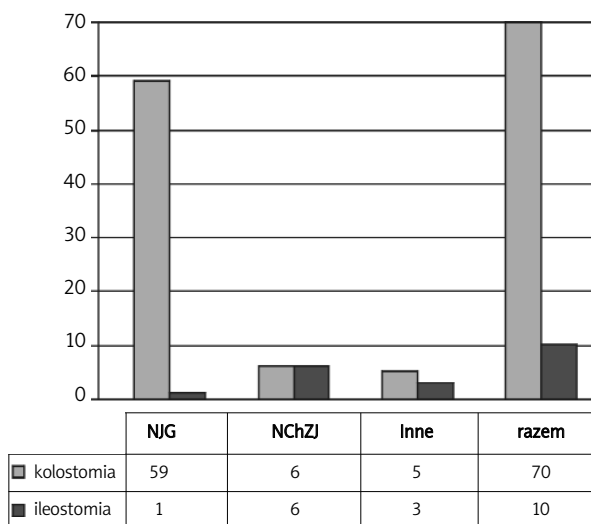
W badaniach wzięło udział 80 chorych, będących pod opieką Wojewódzkiej Poradni Stomijnej działającej przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej w SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy przez rok



Ryc. 1. Płeć badanych osób.



Ryc. 2. Rodzaj posiadanej przetoki



NIG – nowotwór jelita grubego
 NChZJ – nieswoiste choroby zapalne jelit
 Inne – inne przyczyny

Ryc. 3. Przyczyna wytonienia stomii

(od stycznia do grudnia 2005 r.). Badania miały charakter anonimowy, a do ich przeprowadzenia posłużono się specjalnie do tego skonstruowanym kwestionariuszem ankiety, składającym się z 27 pytań zamkniętych i 5 otwartych. Pytania podzielono na ogólne i szczegółowe. Pytania szczegółowe zostały skonstruowane tak, aby można było za pomocą skali punktowej, ocenić zdolności do samoopieki. Przyjęto, że osiągnięcie do 10 punktów włącznie, oznacza niedostateczne przygotowanie, natomiast uzyskanie 11 punktów i powyżej przygotowanie wystarczające. Obliczeń statystycznych dokonano za pomocą testu χ^2 .

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie 54% (43) stanowiły kobiety, a 46% (37) mężczyźni (ryc. 1.).

Wiek chorych mieścił się w przedziale 29–85 lat; mediana (Me) – 63. Odpowiednio: kobiety – wiek 34–84 lata; Me – 63, mężczyźni – wiek 29–85 lat; Me – 63.

W grupie respondentów 87% chorych miało wytonioną kolostomię, a 13% ileostomię (ryc. 2.). Przyczyną wytonienia stomii w 75% był nowotwór jelita grubego (ryc. 3.).

Wyniki badań

Na podstawie uzyskanych danych po przeanalizowaniu odpowiedzi chorych, zgodnie z przyjętą punktacją ustalono, że 70 (87%) osób ze stomią jelitową pełni działania samoopiekuńcze w wystarczającym zakresie, natomiast u 10 (13%) osób występuje deficyt samoopieki (ryc. 4.).

Następnie podjęto próbę określenia wpływu niektórych czynników na poziom pełnionej samoopieki.

W odniesieniu do płci respondentów, okazało się, że odsetek kobiet gorzej przygotowanych do samoopieki jest nieco wyższy niż mężczyzn (ryc. 5.). Wartości nie są istotne statystycznie ($p=0,27$).

Uzyskano również brak zależności statystycznej pomiędzy wiekiem badanych, a poziomem samoopieki ($p=0,86$). Ankietowanych podzielono na dwie grupy wiekowe – do 65. roku życia i powyżej 65. roku życia. Deficyt samoopieki występował u 6 chorych z młodziej grupy wiekowej oraz u 4 chorych ze starszej grupy (ryc. 6.).

Przeprowadzone badania pozwoliły również określić zależność między poziomem samoopieki a BMI (*body mass index*). Chorzy z nadwagą i otyłością nieco gorzej radzili sobie z samopielęgnacją niż pozostali. Zależność statystyczna pomiędzy tymi czynnikami nie występuje ($p=0,29$).

Zgromadzone dane wskazują, że aktywność zawodowa chorych nie wpływa na osiągnięty poziom samoopie-

ki ($p=0,44$). Do grupy chorych z gorszym przygotowaniem do pielęgnacji stomii należały 4 osoby pracujące fizycznie i 6 emerytów. Natomiast w grupie chorych prezentujących wyższy poziom samopielęgnacji 25 osób to pracownicy fizyczni, 10 umysłowi, a 35 emeryci i renciści.

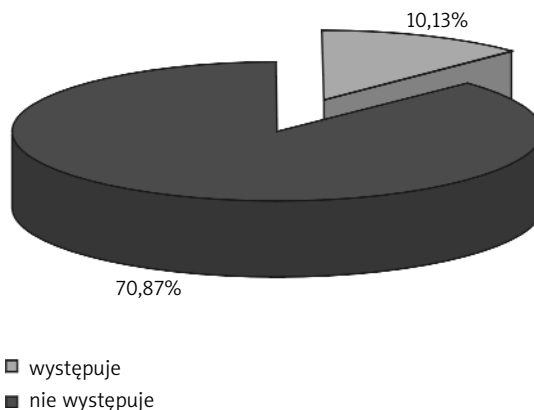
Kolejnym określanym czynnikiem wpływającym na poziom samoopieki u chorych ze stomią było wykształcenie. Wszyscy badani z wyższym wykształceniem osiągnęli zadowalający poziom samoopieki. Im poziom wykształcenia był niższy, tym rezultat gorszy. Występuje zależność statystyczna pomiędzy posiadanym wykształceniem, a poziomem samoopieki ($p=0,001$) (ryc. 7.).

Dane statystyczne wskazują również na brak zależności pomiędzy deficytem samoopieki a **miejszem zamieszkania** respondentów ($p=0,31$), czy też **prowadzeniem wspólnego gospodarstwa** z innymi członkami rodziny. Osoby mieszkające samotnie były przygotowane do pełnienia samoopieki na takim samym poziomie, jak pozostali uczestnicy badania. Na poziom pełnionej samoopieki nie wpływała również **przyczyna wyłonienia stomii**, ani jej **rodzaj** ($p=0,44$) oraz czas posiadania. Do osiągnięcia bardziej przejrzystych wyników podzielono grupę ankietowanych na chorych operowanych przed powstaniem poradni stomijnej (G 1) i od momentu jej utworzenia (G 2). Pacjenci z I grupy są na porównywalnym poziomie z chorymi z grupy II w odniesieniu do zakresu deficytu samoopieki (ryc. 8.). U 55 chorych zabieg operacyjny wyłonienia stomii został wykonany w trybie pilnym, przy czym 87% chorych z tej grupy jest właściwie przygotowanych do samopielęgnacji. Jest to wynik porównywalny z grupą chorych operowanych w trybie planowym ($p=0,93$).

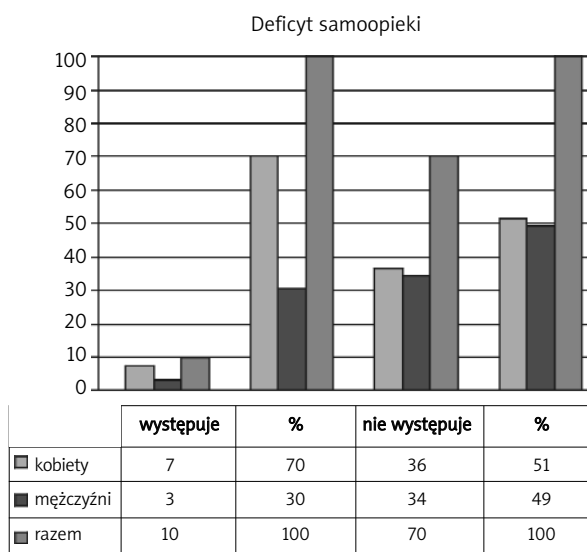
O zabiegu wyłonienia stomii 89% ankietowanych dowiedziało się od lekarza, 5% uzyskało informacje zarówno od lekarza, jak i pielęgniarki, a 6% chorych nie zostało o tym fakcie poinformowanych. Pacjenci informowani o konieczności wyłonienia stomii nie są lepiej przygotowani do samoopieki niż chorzy, których o tym fakcie nie poinformowano.

Edukację chorych ze stomią w zakresie nauki samopielęgnacji w odniesieniu do 85% respondentów rozpoczęto podczas pobytu w szpitalu po zabiegu operacyjnym, przy czym 10 osób kontynuowało naukę poprzez samokształcenie i w poradni stomijnej. Naukę samopielęgnacji stomii w poradni stomijnej rozpoczęło 3 chorych po opuszczeniu szpitala. Samodzielną edukację w tym zakresie, w oparciu o dostępną literaturę prowadziło 9 chorych. Miejsce nauki pielęgnacji stomii nie wpłynęło na wielkość deficytu samoopieki, gdyż chorzy w porównywalnym stopniu potrafią pielęgnować stomię.

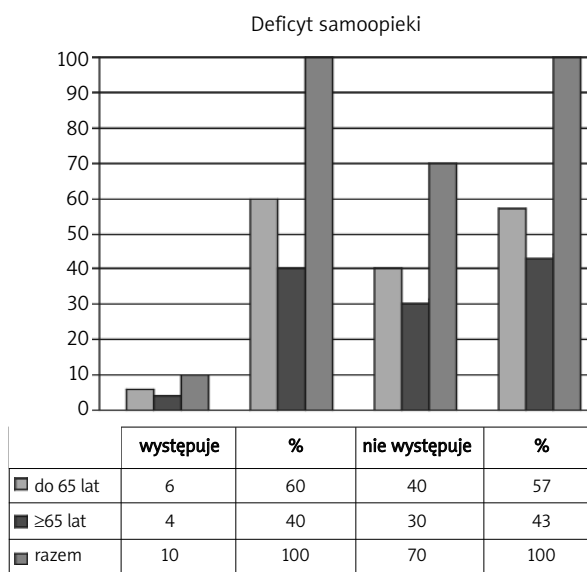
Spośród ankietowanych 70% (54 osoby) uznało, że informacje przekazane w szpitalu w zakresie pielęgnacji stomii były wystarczające, a 30% (26 osób) chorych odczuwało nadal niewystarczający poziom wiedzy (ryc. 9.). Spośród osób usatysfakcjonowanych zakresem edukacji 52 chorych potrafiło pielęgnować swoją stomię,



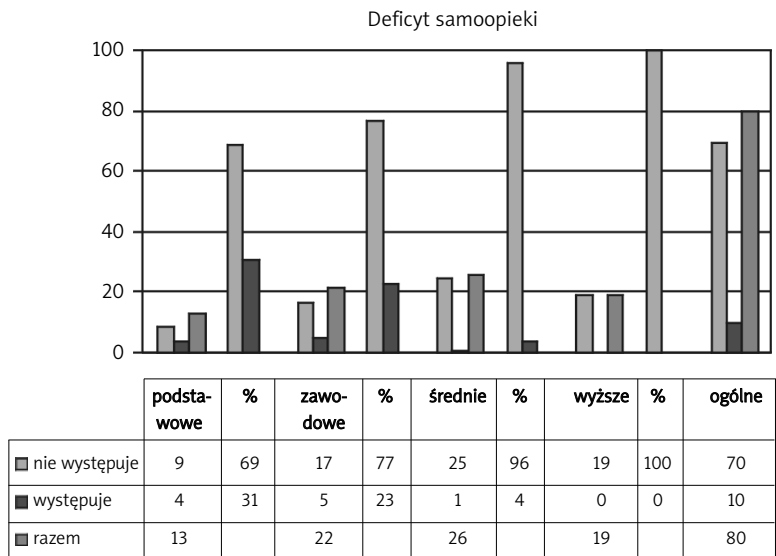
Ryc. 4. Występowanie deficytu samoopieki



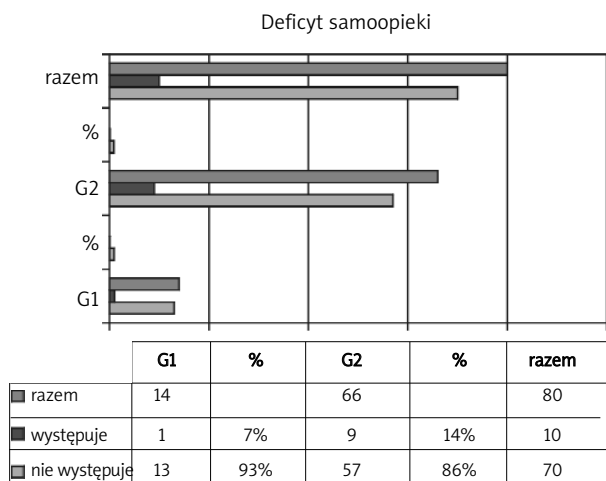
Ryc. 5. Deficyt samoopieki a płeć



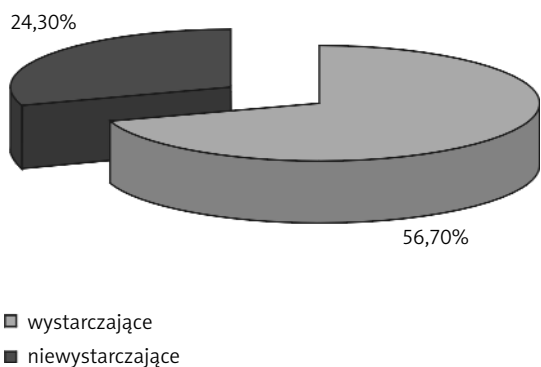
Ryc. 6. Deficyt samoopieki a wiek chorych



Ryc. 7. Deficyt samoopieki a wykształcenie



Ryc. 8. Deficyt samoopieki a rok wyłonienia stomii



Ryc. 9. Zakres informacji dostarczanych choremu przez zespół terapeutyczny

a pozostałe osoby miały problemy. Natomiast 18 osób z 26 twierdzących, że informacje były niewystarczające, dobrze sobie radzi z problemem stomii, pozostałych 6 osób nie jest w pełni przygotowanych do tej roli. Ze zgromadzonych danych wynika, że im więcej informacji odnośnie pielęgnacji stomii uzyska pacjent w czasie pobytu w szpitalu, tym mniej problemów sprawia mu właściwe postępowanie z przetoką jelitową ($p=0,03$). Za rozpoczęciem edukacji na temat pielęgnowania stomii jeszcze przed zabiegiem operacyjnym opowiadało się 71% badanych. Co prawda fakt ten nie wpływa na poziom samopielęgnowania chorych ($p=0,51$), jednak aż 80% chorych z grupy, w której deficyt samoopieki występuje chciałoby pozyskiwać wiedzę i umiejętności już przed operacją (ryc. 10).

Pierwszej zmiany woreczka stomijnego, we współpracy z pielęgniarką stomijną dokonało 30% respondentów w 3. dobie, 24% w 4. dobie, 26% w 5. dobie, a 20% w dalszych dniach po zabiegu. Im później nastąpi **pierwsza zmiana sprzętu stomijnego**, tym gorzej wypada ocena samoopieki ($p=0,03$). Połowa chorych (51%) zmienia woreczek stomijny raz dziennie, 4% chorych zmienia go co 2 dni, a 45% 2 razy dziennie. **Częstość zmiany** uzależniona jest od indywidualnych uwarunkowań, rodzaju przetoki oraz współistniejących powikłań. Nie wpływa to jednak na zakres deficytu samoopieki.

U 73 badanych występują powikłania dermatologiczne (zmiany skórne wokół stomii), tylko 7 osób twierdzi, że nie ma takich problemów, ale 86% respondentów potrafi sobie z tymi problemami radzić. **Występowanie powikłań skórnych** nie wpływa na poziom samoopieki ($p=0,3$).

Aż 91% respondentów przyznaje, że nadal współpracuje z pielęgniarką stomijną, pozostali uważają, że nie ma takiej potrzeby (ryc. 11).

Omówienie wyników

Wykorzystanie modelu pielęgnowania zaproponowanego przez D. Orem umożliwia odpowiednie przygotowanie chorego do życia w zmienionych warunkach, do których zalicza się m.in. funkcjonowanie ze stomią jelitową.

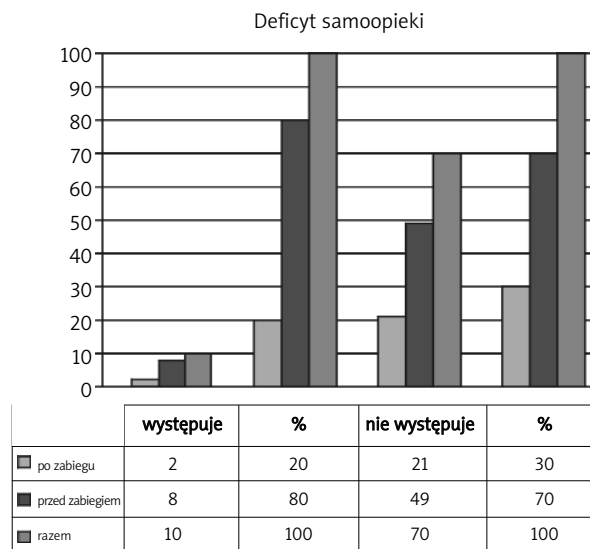
Najczęstszą przyczynę wyłonienia stomii stanowi rak jelita grubego [4, 8–10]. Dla 3/4 chorych biorących udział w badaniu, diagnoza wpłynęła na konieczność podjęcia leczenia, którego konsekwencją była stomia jelitowa. Tryb wykonania zabiegu operacyjnego, planowy lub pilny, zdaniem respondentów nie wpływa na samoopiekę.

W praktyce klinicznej przyjmuje się, że trudności w pielęgnowaniu skóry wokół stomii są zdecydowanie większe u chorych z ileostomią niż z kolostomią [11]. Natomiast z przeprowadzonej analizy deficytu samoopieki nie wynika, aby ta opinia była jednoznaczna.

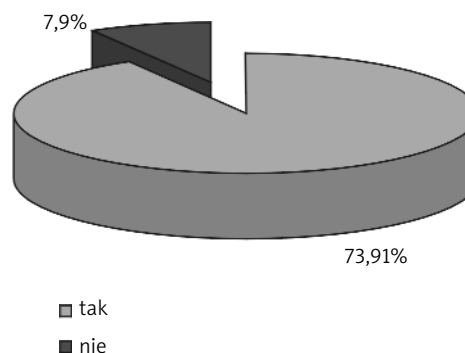
Głównym wymiarem prawidłowo przeprowadzonych przez zespół terapeutyczny działań przygotowujących chorego do samoopieki jest szeroko zakrojona edukacja. Na podstawie badań prowadzonych w kraju i na świecie, obowiązuje przekonanie, że właściwa edukacja, realizowana wg obowiązujących zasad, przyczynia się do sprawnego wykonywania przez chorego czynności higienicznych, prawidłowego wykorzystania sprzętu, obniżenia wskaźnika występowania powikłań, szybszej adaptacji chorego, co z kolei prowadzi do wczesnego opuszczenia szpitala, a tym samym obniżenia kosztów leczenia [5, 6, 12, 13]. J. Burch twierdzi, że większość chorych oczekuje od pielęgniarki informacji i ćwiczeń praktycznych z zakresu postępowania pielęgnacyjnego [14]. Zapotrzebowanie na praktyczne umiejętności dla chorych stanowi w pierwszej kolejności większą wartość od oferowanego wsparcia psychicznego [7]. Zdaniem L. Wright i wsp. efektywność edukacji zdecydowanie wzrasta, wówczas gdy rozpoczyna się ona w okresie przedoperacyjnym (w warunkach domowych, ambulatoryjnych), powoduje bowiem lepszą adaptację chorego do stomii oraz skraca hospitalizację [15].

Stanowisko ankietowanych chorych na temat edukacji w zakresie przygotowania do pełnienia samoopieki nie odbiega od przedstawionego powyżej. Ponad 70% badanych uważa, że przygotowanie do stomii należy rozpocząć jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. W grupie respondentów w zasadniczym stopniu nauka prowadzona była w warunkach szpitalnych i kontynuowana w zależności od potrzeby w poradni stomijnej. Chorzy, wobec których nie podjęto czynności edukacyjnych, opierali samokształcenie na samodzielnie wyszukanej literaturze.

Wyższy odsetek chorych z odpowiednim przygotowaniem stanowią pacjenci, którzy już w 3. dobie po zabiegu zostali włączeni w proces pielęgnowania stomii poprzez pierwszą zmianę woreczka stomijnego, dokonaną we współpracy z pielęgniarką stomijną. Nauka roz-



Ryc. 10. Konieczność nauki pielęgnacji stomii w okresie okotooperacyjnym



Ryc. 11. Współpraca z pielęgniarką stomijną

poczęta w odległych dobach pooperacyjnych obniżała poziom samopielęgnacji. Większość ankietowanych pacjentów twierdzi, że informacje, jakie uzyskali w czasie pobytu szpitalnego na temat pielęgnacji stomii i sposobów radzenia sobie z trudnościami były wystarczające. Dla 30% chorych było ich zbyt mało.

Analizując zgromadzone dane można stwierdzić, że osoby młodsze oraz kobiety zwracają większą uwagę na samoopiekę niż osoby starsze, które, zgodnie z innymi badaniami, z różnych przyczyn częściej w proces pielęgnacji angażują bliskie im osoby [5]. Jednak wyniki badań wskazują, że ani wiek, ani płeć nie mają znamiennej wpływu na poziom samoopieki. Podobnie jak otyłość i nadwaga – w nieznacznym stopniu pogarszają poziom samoopieki, ale nie są istotne.

Badania nad czynnikami warunkującymi poziom samoopieki u pacjentów w zależności od miejsca zamieszkania doprowadziły do sformułowania opinii, że mieszkańcy wsi

nie radzą sobie gorzej z pielęgnacją stomii niż mieszkańcy miasteczek czy dużych miast. Ci ostatni, w wyniku szerszego dostępu do poradni stomijnej mają mniej problemów pielęgnacyjnych, ale to nie miejsce zamieszkania decyduje o poziomie samoopieki.

Aktywność zawodowa jest jedną z czterech najważniejszych sfer, w których rozgrywa się życie człowieka. Według danych pochodzących z Regionalnego Ośrodka Rehabilitacji Chorych ze Stomią przy Klinice Chirurgii w Poznaniu, okazuje się, że ok. 90% pacjentów po operacji, w wyniku której została wyłoniona stomia przechodzi na rentę [16]. Jednak większość ankietowanych dla potrzeb tej pracy, kontynuowało pracę zawodową. Nie wykazano żadnych różnic statystycznych odnośnie radzenia sobie z pielęgnacją stomii między grupą pracujących i niepracujących.

Z przeprowadzonych badań wynika, że znamienity wpływ na poziom samoopieki miało wykształcenie respondentów. Osoby z wyższym i średnim wykształceniem osiągały lepsze rezultaty w samopielęgnowaniu, niż osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Wnioskować można zatem, iż rozwój intelektualny pozwala na przyswajanie wiadomości i umiejętności w sposób szybszy i bardziej trwały, przez co większość z tych chorych lepiej radzi sobie z rozwiązywaniem trudnych problemów.

Powikłania dermatologiczne wokół stomii pojawiają się u ponad połowy chorych. Najczęściej zdarzały się w wyniku popełnianych błędów dietetycznych. Pacjenci potrafili doskonale sobie z nimi radzić. Nie mają one wpływu na poziom samoopieki.

Pomimo tego, że z analizy danych wynika, iż czas posiadania stomii (rok wyłonienia) nie wpływa znacząco na występowanie deficytu samoopieki, nadmienić należy, że osoby operowane już w czasie działalności poradni (objęte opieką pielęgniarki stomijnej) w zdecydowanie krótszym czasie adaptowały się do zmienionych warunków, niż ankietowani operowani wcześniej. Potwierdza się opinia, iż odpowiednio wykształcona pielęgniarka, zajmująca się w znacznym wymiarze pracy tylko chorymi ze stomią, daje im poczucie bezpieczeństwa, jest nieocenionym źródłem informacji, co w znacznym stopniu skraca czas eliminowania deficytów występujących w samoopiece [17, 18].

Większość ankietowanych osób potwierdza stały kontakt z pielęgniarką stomijną, choć nie wynika z danych liczbowych, by gorzej radziły sobie z pielęgnacją.

Wnioski

1. Właściwe przygotowanie do samoopieki wykazują pacjenci z wyższym i średnim wykształceniem.
2. Edukacja chorego rozpoczęta w okresie przedoperacyjnym znacząco wpływa na zmniejszenie deficytu samoopieki.

3. Wczesne zaangażowanie chorego w czynności pielęgnacyjne w bezpośrednim okresie pooperacyjnym wpływa pozytywnie na eliminowanie problemów związanych z samoopieką.

Piśmiennictwo

1. Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. Wybrane modele pielęgniarstwa. Wyd. UJ, Kraków 2001; 103-35.
2. Szewczyk MT, Cierznikowska K, Ślusarz R i wsp. Modele opieki pielęgniarstwa. Przew Lek 2005; 2: 82-6.
3. Wrońska I. Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. CEM, Warszawa 1997; 37-41.
4. Kirkwood L. An introduction to stomas. Journal of Community Nursing 2005; 19: 20-24.
5. Cierznikowska K, Szewczyk MT. Pacjent ze stomią w okresie okołoperacyjnym. Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk 2003; 8 (1-2): 84-90.
6. Black PK. Holistic Stoma Care. Bailliere Tindall, London 2000.
7. Metcalf C. Stoma care: Empowering patients through teaching practical skills. Br J Nurs 1999; 8: 593-600.
8. Banaszekiewicz Z., Jawień A. Stomie jelitowe. Przew Lek 2003; 10: 89-92.
9. Banaszekiewicz Z, Jarmocik P, Jawień A. Stomie jelitowe – przyczyny i zasady wyłaniania. Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk 2004; 9: 106-9.
10. Burch J. Exploring the conditions leading to stoma-forming surgery. Br J Nurs 2005; 14: 94-8.
11. Collett K. Practical aspects of stoma management. Nurs Stand 2002; 17: 45-55.
12. 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.
13. Cierznikowska K, Szewczyk M, Cwajda J i wsp. Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. Przew Lek 2005; 2: 87-92.
14. Burch J. The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma. Br J Nurs 2005; 14: 310-7.
15. Secord C, Jackman M, Wright L, Winton S. Psychoeducational program: adjusting to life with an ostomy. Can Nurse 2001; 97: 29-32.
16. Szczepkowski M, Bielecki K. Aktywność zawodowa pacjentów ze stomią. Pamiętniki 54. Zjazdu TChP Kraków 1989 t. 3.
17. Baxter A, Salter M. Stoma care nursing. Nurs Stand 2000; 14: 59.
18. Hollinworth H, Howlett S, Tallett J, et al. Professional holistic care of the person with a stoma: online learning. Br J Nurs 2004; 13: 1268-71.