

Ratowanie życia coraz większej rzeszy ludzi w wieku podeszłym, często chorych i niepełnosprawnych, stało się triumfem wiedzy i techniki medycznej z jednej strony, a z drugiej wyzwaniem, polegającym na doprowadzeniu uratowanego życia do zadowalającego stanu. Pracownicy ochrony zdrowia troszczą się obecnie nie tylko o wydłużanie życia pacjentom, ale także o poprawianiu jego jakości. W niniejszej pracy podjęto próbę oceny jakości życia osób ze stomią oraz wykazania zależności jakości życia i czynników demograficznych za pomocą kwestionariusza. Dokonano analizy jakości życia 60 osób ze stomią jelitową, w zależności od płci, wieku, wykształcenia, charakteru pracy, miejsca zamieszkania, przyczyny wytonienia stomii, przygotowania do samopielęgnacji, możliwości kontaktu z personelem ochrony zdrowia oraz oceny stanu zdrowia. Stwierdzono dobrą i bardzo dobrą jakość życia u 86% osób badanych. Znamienne lepszą jakość życia obserwowano u osób ze stomią w dobrym stanie zdrowia po operacji i z dobrym kontaktem z pracownikami ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: stomia, jakość życia.

Jakość życia osób ze stomią jelitową

Quality of life in stoma patients

Zbigniew Banaszek¹, Maria T. Szewczyk², Katarzyna Cieźniakowska², Arkadiusz Jawień¹

¹ Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego WNoZ, Akademia Medyczna w Bydgoszczy

Wstęp

Rozwój nauk medycznych dał możliwość skutecznego leczenia chorób wcześniej nieuleczalnych. Dzięki temu wydłużyło się życie człowieka i jednocześnie wzrosła liczba osób wymagających specjalnej troski. Wśród nich są osoby ze stomią jelitową.

Najczęściej przyczyną wytworzenia stomii jelitowej jest rak jelita grubego. Choroba ta w wielu krajach, także w Polsce, należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego i występuje przede wszystkim w 6. i 7. dekadzie życia [1, 2]. Niezwykle dynamiczny rozwój nowych technik chirurgicznych oraz wprowadzenie szwu mechanicznego nie doprowadziło do zmniejszenia liczby osób żyjących ze stomią [3]. W wyniku wytworzenia stomii dochodzi do utraty lub zmniejszenia zdolności magazynowania treści przewodu pokarmowego i utraty zdolności kontroli wydalania [4, 5]. Zmienia się obraz własnego ciała, sytuacja życiowa, samoocena i samoakceptacja. Pojmowanie istoty leczenia w sposób tradycyjny, ocenianie jedynie objawów klinicznych i dolegliwości fizycznych stały się niewystarczające do skutecznej terapii [6, 7]. Współczesna medycyna zmierza w kierunku holistycznego widzenia człowieka. Wykorzystując elementy psychologii, socjologii i filozofii ukazała złożoność istoty ludzkiej uznając człowieka za jedność biopsychospołeczną. Wiąże się to z rozpatrywaniem w procesie leczenia wszelkich sfer życia człowieka, łącznie z jego otoczeniem. Podejście holistyczne postrzega chorobę jako zmianę pewnych warunków codziennej egzystencji, do których człowiek powinien starać się przystosować. Może to osiągnąć poprzez wsparcie rodziny, przyjaciół, a także personelu medycznego [8].

Dla większości społeczeństwa choroba, zwłaszcza przewlekła, jest zjawiskiem negatywnym. Upośledza ona funkcje biologiczne organizmu i doprowadza do zmian psychicznych. Zmienia się jednocześnie rola człowieka w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. Zdrowie staje się najcenniejszą wartością i jest jednocześnie uznane za najważniejszy komponent jakości życia [9]. Na jakość życia wpływa zdrowie fizyczne człowieka, jego stan psychiczny, relacje społeczne, stopień niezależności oraz stosunek do znaczących cech środowiska. Jakość życia ujmowana subiektywnie i obiektywnie ma charakter wielowymiarowy, zmienia się w czasie. Badana metodami ilościowymi i jakościowymi staje się coraz bardziej interesującym obiektem badań naukowych, bardzo użytecznych dla medycyny i ochrony zdrowia. Utrzymywanie przy życiu coraz większej rzeszy ludzi chorych i niepełnosprawnych stało się triumfem wiedzy i techniki medycznej z jednej strony i z drugiej wyzwaniem, polegającym na doprowadzeniu uratowanego życia do zadowalającego stanu [10–12]. Pracownicy ochrony zdrowia troszczą się obecnie nie tylko o wydłużanie życia pacjentom, ale także o poprawianiu jego jakości.

W niniejszej pracy podjęto próbę oceny jakości życia osób ze stomią oraz wykazania zależności jakości życia od czynników demograficznych za pomocą kwestionariusza sporządzonego przez autorów artykułu.

Saving the lives of a greater and greater number of elderly and often unhealthy and disabled patients has become a great achievement of modern medicine. On the other hand it has created the challenge of making those lives fairly good or even happy. Prolongation of lives is no more the goal in itself. A special concern for quality of life is today's challenge. In this study we have analysed quality of life in stoma patients paying special attention to demographic aspects. 60 stoma patients were asked to fill in an original questionnaire with various entries such as sex, age, educational status, occupation, permanent residence, stoma background, self-confidence of stoma care, professional health care accessibility, or self-confidence of one's health status. Good or very good ranks were obtained from 86% of patients. Statistically higher quality of life was reported by those patients who were confident of their general good condition after an operation and those having good access to professional health care officers or institutions.

Key words: stoma, quality of life.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród pacjentów Poradni dla Chorych ze Stomią w Bydgoszczy oraz w Bełchatowie. Badaniami objęto 60 osób. Były to osoby z kolostomią i ileostomią w różnym okresie po leczeniu operacyjnym.

W celu przeprowadzenia badań posłużono się kwestionariuszem, który był anonimowy, a warunkiem przeprowadzenia badania była dobrowolna zgoda pacjenta. Badania prowadzono od sierpnia 2002 r. do stycznia 2003 r.

Ankieta do oceny jakości życia osób ze stomią zawierała 25 pytań (załącznik nr 1). Pytania dotyczyły danych osobowych: płci, wieku, wykształcenia, charakteru pracy, zamieszkania oraz przyczyny wyłonienia stomii i przygotowania do samopielęgnacji stomii, możliwości kontaktu z fachowym personelem ochrony zdrowia, oceny stanu zdrowia po operacji, ograniczeń w kontaktach osobistych, w wykonywaniu codziennych czynności, pracy zawodowej, zainteresowań, wyglądu zewnętrznego, relacji rodziny i znajomych, kontaktów towarzyskich. Dotyczyły także warunków ekonomicznych, występowania lęku, wypoczynku i rozrywki po operacji oraz akceptacji stomii.

Odpowiedzi na 15 pytań ankiety dały możliwość oceny jakości życia osób ze stomią. Wyniki pomiarów, jakie uzyskano są danymi jakościowymi, podzielono je wg skali porządkowej. Dane podzielono wg kategorii z określonym kierunkiem wzrostu od *a* do *e*, od najgorszego do najlepszego wyniku. Każdej odpowiedzi dotyczącej stanu osoby ze stomią przyporządkowano wartość punktową od 1 do 5.

Każda ankietowana osoba mogła uzyskać od 15 do 75 punktów. Wszystkie osoby w zależności od liczby uzyskanych punktów podzielono na trzy grupy: Grupa 1. – zła jakość życia – osoby, które uzyskały mniej niż 31 punktów. Grupa 2. – dobra jakość życia – osoby, które uzyskały od 30 do 50 punktów. Grupa 3. – bardzo dobra jakość życia – osoby, które uzyskały więcej niż 50 punktów.

Zanalizowano jakość życia osób ze stomią w zależności od płci, wieku, wykształcenia, charakteru pracy, miejsca zamieszkania, przyczyny wyłonienia stomii, przygotowania do samopielęgnacji, możliwości kontaktu z personelem ochrony zdrowia oraz oceny stanu zdrowia. Do oceny istotności różnic użyto testu Chi² Pearsona.

Wyniki

Badaniem objęto 60 osób leczonych ambulatoryjnie w Poradni dla Chorych ze Stomią w Bydgoszczy i w Bełchatowie, po leczeniu operacyjnym – 29 kobiet (48,33%) oraz 31 mężczyzn (51,67%). Stwierdzono dobrą i bardzo dobrą jakość życia u 86% osób badanych (tab. 1.).

Przeanalizowano jakość życia w zależności od płci osoby ze stomią.

W ocenianym materiale stwierdzono złą jakość życia u 8 (13,33%) osób.

Zwraca uwagę fakt, że o ile zła jakość życia występuje u obu płci w bardzo podobnym odsetku, to w grupie mężczyzn zaobserwowano 3-krotnie częściej bardzo dobrą jakość życia. Różnice te jednak nie były istotne statystycznie ($p=0,363$) (tab. 2.).

W grupie osób po 60. roku życia było 3-krotnie więcej osób z bardzo dobrą jakością życia, poza tym jakość życia w obu grupach wiekowych jest bardzo podobna. Różnice te nie były istotne statystycznie – $p=0,373$ (tab. 3.).

W badanej grupie było 15 (25%) osób z wykształceniem podstawowym, 20 (33,33%) osób z wykształceniem zawodowym, 17 (28,33%) osób z wykształceniem średnim i 8 (13,33%) osób z wykształceniem wyższym. Analizie statystycznej poddano jakość życia w zależności od wykształcenia. Nie stwierdzono istotnie statystycznie różnic – $p=0,623$. Mimo to zwraca uwagę fakt, że wśród osób z wykształceniem podstawowym, połowa osób miała najgorszą jakość życia, natomiast w grupie osób z wykształceniem wyższym nie było ani jednej osoby z bardzo złą jakością życia (tab. 4.).

W badanej grupie najliczniejszą grupę stanowili emeryci i renciści – 44 (73,33%) osoby, natomiast czynnych zawodowo było 16 (26,66%) osób,

w tym 8 (13,33%) pracowników fizycznych i 8 (13,33%) pracowników umysłowych. Zanalizowano jakość życia w zależności od wykonywanej pracy. Stwierdzono, że w grupie osób wykonujących pracę umysłową odsetek z najlepszą jakością życia był 2-krotnie wyższy niż w pozostałych grupach. Różnice te nie były istotne statystycznie – $p=0,893$ (tab. 5.).

Miejscem zamieszkania 23 (38,33%) osób było duże miasto powyżej 100 tys. mieszkańców, 7 (11,67%) osób miasto średnie od 50 do 100 tys., 12 (20,00%) osób małe miasto

Tabela 1. Jakość życia osób ze stomią
Table 1. Quality of life in stoma patients

Jakość życia	Liczba osób	%
grupa 1.	8	13,33
grupa 2.	44	73,34
grupa 3.	8	13,33
razem	60	100,00

Tabela 2. Jakość życia osób ze stomią w zależności od płci
Table 2. Quality of life in stoma patients matched with sex

Płeć	Kobieta	%	Mężczyzna	%	Razem
grupa 1.	4	13,79	4	12,90	8
grupa 2.	23	79,31	21	67,74	44
grupa 3.	2	6,90	6	19,36	8
razem	29	100,00	31	100,00	60

Chi^2 Pearsona $p=0,363$

Tabela 3. Jakość życia osób ze stomią w zależności od wieku
Table 3. Quality of life in stoma patients related to patients' age

Wiek	<60 lat	%	>60 lat	%	Razem
grupa 1.	2	10,53	6	14,64	8
grupa 2.	16	84,21	28	68,29	44
grupa 3.	1	5,26	7	17,07	8
razem	19	100,00	41	100,00	60

Chi^2 Pearsona $p=0,373$

Tabela 4. Jakość życia osób ze stomią w zależności od wykształcenia
Table 4. Quality of life in stoma patients matched with educational level

Wykształcenie*	A	%	B	%	C	%	D	%	Razem
grupa 1.	4	26,67	2	10,00	2	11,76	0	00,00	8
grupa 2.	9	60,00	16	80,00	12	70,59	7	87,50	44
grupa 3.	2	13,33	2	10,00	3	17,65	1	12,50	8
razem	15	100,00	20	100,0	17	100,0	8	100,0	60

Chi^2 Pearsona $p=0,623$

*wykształcenie:

A – podstawowe

B – zawodowe

C – średnie

D – wyższe

Tabela 5. Jakość życia osób ze stomią w zależności od wykonywanej pracy
Table 5. Quality of life in stoma patients matched with profession

Praca*	A	%	B	%	C	%	Razem
grupa 1.	1	12,50	1	12,50	6	13,64	8
grupa 2.	6	75,00	5	62,50	33	75,00	44
grupa 3.	1	12,50	2	25,00	5	11,36	8
razem	8	100,00	8	100,00	44	100,00	60

Chi^2 Pearsona $p=0,893$

*rodzaj wykonywanej pracy:

A – pracownik fizyczny

B – pracownik umysłowy

C – emeryt, rencista

Tabela 6. Jakość życia osób ze stomią w zależności od miejsca zamieszkania**Table 6.** Quality of life in stoma patients matched with town/countryside residence

Miejsce*	A	%	B	%	C	%	D	%	Razem
grupa 1.	2	8,70	2	28,57	2	16,67	2	11,11	8
grupa 2.	16	69,57	5	71,43	10	83,33	13	72,22	44
grupa 3.	5	21,73	0	0	0	0	3	16,67	8
razem	23	100,00	7	100,00	12	100,00	18	100,00	60

Chi² Pearsona p=0,437

* miejsce zamieszkania:

A – miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

B – miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców

C – miasto poniżej 50 tys. mieszkańców

D – wieś

Tabela 7. Jakość życia osób ze stomią w zależności od zamieszkiwania z rodziną**Table 7.** Quality of life in stoma patients matched with family co-living

Zamieszkanie*	A	%	B	%	C	%	1	%	Razem
grupa 1.	5	17,24	1	11,11	1	14,29	1	6,67	8
grupa 2.	19	65,52	7	77,78	4	57,14	14	93,33	44
grupa 3.	5	17,24	1	11,11	2	28,57	0	0	8
razem	29	100,00	9	100,00	7	100,00	15	100,00	60

Chi² Pearsona p=0,447

* zamieszkanie:

A – ze współmałżonkiem

B – ze współmałżonkiem i dziećmi

C – ze współmałżonkiem i innymi członkami rodziny

D – samotnie

Tabela 8. Jakość życia w zależności od przyczyny wyłonienia stomii**Table 8.** Quality of life in stoma patients related to colostomy grounds

Przyczyna*	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%	F	%	Razem
grupa 1.	7	87,50	0	0	1	12,50	0	0	0	0	0	0	8
grupa 2.	33	75,00	2	4,55	4	9,09	0	0	3	6,82	2	4,55	44
grupa 3.	8	100,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
razem	48	80,00	2	3,33	5	33,33	0	0	3	5,00	2	3,33	60

Chi² Pearsona p=0,856

* przyczyna wyłonienia stomii:

A – nowotwór jelita grubego

B – nieswoiste zapalenie jelit

C – niedrożność mechaniczna jelita grubego,

D – stomia wykonana jako zabezpieczenie gojenia zespolenia jelitowego

E – uszkodzenie jelita w następstwie urazów

F – inna przyczyna

poniżej 50 tys. mieszkańców i 18 (30,00%) osób mieszkało na wsi. Stwierdzono, że u osób mieszkających w miastach małych i średnich był największy odsetek osób ze złą jakością życia, a żadna osoba ze stomią nie miała bardzo dobrej jakości życia. Różnice te jednak nie były istotne statystycznie – p=0,437 (tab. 6.).

Pielęgnacja chorych i pomoc fachowego personelu ochrony zdrowia po zabiegu operacyjnym jest tak samo istotna, jak pomoc i wsparcie osoby bliskiej. Co 4. osoba ze stomią mieszkała samotnie – 15 (25%). Większość badanych mieszkała ze współmałżonkiem – 29 (48,33%) osób lub ze współ-

małżonkiem i innymi członkami rodziny – 16 (26,67%) osób. Stwierdzono największy odsetek osób z bardzo dobrą jakością życia u osób mieszkających z liczną rodziną, natomiast wśród osób mieszkających samotnie nie stwierdzono niktogo z bardzo dobrą jakością życia. Występujące różnice nie były jednak istotne statystycznie – p=0,447 (tab. 7.).

W zdecydowanej większości, u osób ze stomią główną przyczyną wyłonienia stomii był nowotwór jelita grubego – 48 (80%) osób. U pozostałych osób przyczyną wyłonienia stomii była niedrożność mechaniczna jelit, uszkodzenie jelita po urazie, nieswoiste zapalenie jelit i polipy nienowo-

Tabela 9. Jakość życia w zależności od możliwości kontaktu z personelem ochrony zdrowia
Table 9. Quality of life in stoma patients matched with professional healthcare accessibility

Kontakt*	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%	Razem
grupa 1.	5	3,85	5	17,24	1	25,00	1	100,00	0	0	8
grupa 2.	18	69,23	23	79,31	3	75,00	0	0	0	0	44
grupa 3.	7	26,92	1	3,45	0	0	0	0	0	0	8
razem	26	100,00	29	100,00	4	100,00	1	100,00	0	0	60

Chi² Pearsona p=0,0169

* kontakt z personelem ochrony zdrowia:

A – bardzo łatwy

B – łatwy

C – utrudniony

D – trudny

E – bardzo trudny

Tabela 10. Jakość życia w zależności od oceny stanu zdrowia po operacji

Table 10. Quality of life in stoma patients related to self-confidence with general health status

Ocena*	A	%	B	%	C	%	D	%	E	%	Razem
grupa 1.	3	37,50	3	37,50	0	0	2	25,00	0	0	8
grupa 2.	1	2,27	13	29,55	7	15,91	12	27,27	11	25,00	44
grupa 3.	0	0	0	0	1	12,50	2	25,00	5	62,50	8
razem	4	6,66	16	26,66	8	13,33	16	26,66	16	26,66	60

Chi² Pearsona p=0,0031

* ocena stanu zdrowia po operacji:

A – znacznie gorsze

B – nieco gorsze

C – podobne

D – lepsze

E – dużo lepsze

Tabela 11. Akceptacja stomii w zależności od wyniku testu

Table 11. Stoma acceptance matched with testing score

Akceptacja stomii	W pełni	%	Niezupełnie	%	Nie	%	Razem
grupa 1.	2	25,00	2	25,00	4	50,00	8
grupa 2.	25	56,82	15	34,09	4	9,09	44
grupa 3.	6	75,00	1	12,50	1	12,50	8
razem	33	55,00	18	30,00	9	15,00	60

tworowe jelita grubego. Nie stwierdzono istotnie znamienych różnic jakości życia w tych grupach – p=0,856 (tab. 8.).

Bardzo istotnym elementem decydującym często o losach osoby ze stomią jest możliwość dobrego kontaktu z fachowym personelem ochrony zdrowia. W badanej grupie osób łatwy kontakt z fachowym personelem miało 26 (43,33%) osób i w tej grupie osób złą jakość życia stwierdzono tylko u 3,85% osób. W grupie osób, u których stwierdzono bardzo dobrą jakością życia aż 87,50% ma bardzo dobry kontakt z personelem fachowym ochrony zdrowia, natomiast w odniesieniu do osób ze złą jakością życia bardzo dobry kontakt ma tylko 12,50% osób. W grupie osób ze złą jakością życia utrudniony i trudny kontakt miało po 12,50% osób. Różnice te były istotne statystycznie – p=0,0169 (tab. 9.).

Poprawa stanu zdrowia po leczeniu, a w szczególności po leczeniu operacyjnym ma zdecydowany wpływ na jakość

życia. W badanej grupie osób ze stomią 87,5% z bardzo dobrą jakością to osoby, które odczuły znaczną poprawę zdrowia po leczeniu operacyjnym. U osób z pogarszającym się stanem zdrowia nie stwierdzono natomiast ani jednej z bardzo dobrą jakością życia (tab. 10.). Różnice te były istotne statystycznie – p=0,0031.

Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza nie oddaje w pełni stosunku osoby do życia ze stomią. W grupie osób oceniających swą jakość życia jako złą co 4. osoba akceptuje w pełni życie ze stomią, natomiast nie wszystkie osoby z bardzo dobrą jakością życia akceptują stomię (tab. 11.).

Omówienie

Zdrowie łączy się z uczuciem pewności, bezpieczeństwa, z potrzebą aktywności. Każda choroba natomiast ogranicza i upośledza normalny tok życia, zmusza człowieka do natychmiastowego przystosowania się do zmienionych okoliczności.

W każdym społeczeństwie wysokie miejsce w hierarchii wartości zajmują zdrowie i sprawność fizyczna, a także zdolność do wypełniania podstawowych zadań społecznych. Zdrowie wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz zdolność do pełnienia ról społecznych, umiejętność adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z tymi zmianami. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne, kulturowe i rozwijać się, osiągając lepszą jakość życia.

Ważnym czynnikiem, determinującym zachowanie osoby ze stomią jest to, jak jest oceniana przez innych ludzi. Zazwyczaj posiadanie stomii – nie upośledzenie funkcji organizmu, lecz świadomość jego społecznych skutków, negatywnych postaw otoczenia (rodziny, kolegów, znajomych oraz dalszego środowiska), lub też antycypacja i oczekiwanie przejawów tych negatywnych postaw i związany z tym lęk wpływa na zachowanie tych osób [13]. Posiadanie stomii spowodowało obniżenie poczucia własnej wartości. Wiąże się to z poczuciem niższości, winy, wstydu z powodu swego upośledzenia. Nastąpiło ograniczenie w pełnieniu ról społecznych (męża-żony, ojca, matki, partnera seksualnego, zawodowej). Rodzi się lęk i przekonanie, że jest się bezwartościową, nikomu niepotrzebną jednostką. Obawa przed ludzką niechęcią, społecznym odrzuceniem, prowadzi często do wycofywania się z kontaktów społecznych.

Po operacji u osób ze stomią wystąpiły ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak dbałość o siebie, wykonywanie prac domowych, aktywne uczestniczenie w życiu domowym, samodzielne wychodzenie z domu.

Po operacji wytworzenia stomii istotnym czynnikiem warunkującym lepszy stopień przystosowania po operacji są relacje osób ze stomią z osobami najbliższymi i rodziną. Wyraża się to w specyficznym mechanizmie pomniejszania rozmiaru psychologicznego problemu odmienności, jakim jest stomia, a pogłębianiem się poczucia samotności i wewnętrznej izolacji osób ze stomią [14, 15]. Jeśli po operacji stosunek bliskich do osoby ze stomią jest pozytywny, jeśli udzielą oni dużego wsparcia psychicznego, to dzięki temu szybciej nastąpi włączenie w codzienne obowiązki i powrót do normalnego życia. W wykonanym badaniu po operacji w grupie osób ze złą jakością życia stosunek znajomych do osób ze stomią był podobny, a pozostała część badanych określała jako znacznie lub nieco gorszy. Osoby z dobrą jakością życia określały stosunek znajomych w dość dużym odsetku jako podobny, a wielu określało jako lepszy lub dużo lepszy, a tylko bardzo nieliczni jako nieco gorszy. Osoby z bardzo dobrą jakością życia określały natomiast stosunek znajomych jako podobny, lepszy lub dużo lepszy.

U osób ze stomią ograniczeniu uległy kontakty towarzyskie. W grupie badanych osób ze złą jakością życia kontakty towarzyskie były gorsze u ponad połowy badanych, a tylko u 1/4 były podobne, natomiast w odniesieniu do osób z dobrą, jak i z bardzo dobrą jakością życia u ponad połowy badanych kontakty były podobne lub lepsze, a tylko u nielicznych nieco gorsze. Pozytywny stosunek znajomych do osób ze stomią, utrzymywanie kontaktów towarzyskich ma wpływ na szybszy powrót do aktywnego życia społecznego, przyczyni się do mniejszej izolacji tych osób.

Zmiany, jakie zaszły w życiu osób ze stomią, spowodowały podwyższenie napięcia emocjonalnego. W wykonanym badaniu u osób ze złą jakością życia uczucie lęku często występowało u 3/4 badanych. Zdecydowana większość osób z bardzo dobrą jakością życia nie odczuwała lęku o przyszłość.

Reakcje emocjonalne osób ze stomią determinowane są przez 3 rodzaje mechanizmów: przez percepcję zagrożenia zdrowia i życia spowodowanego chorobą, przez psychologiczne i społeczne konsekwencje wytworzenia stomii, a także przez przewidywanie negatywnego wpływu choroby na życie osobiste, rodzinne i społeczne [13]. Istotną rolę w pozytywnym oddziaływaniu na psychikę osób ze stomią ma kontakt z drugim człowiekiem. Psycholodzy zgodnie twierdzą, że rozmowa będąca głębokim porozumieniem jest głównym instrumentem diagnostyczno-terapeutycznym. Warunkiem rozmowy jest założenie, że każdy człowiek jest wyjątkowy i akceptujemy go bezwarunkowo.

Wśród osób ze stomią nastąpiły ograniczenia w trybie życia. Stomia ograniczyła aktywny wypoczynek i korzystanie z rozrywki. Niewielka część osób podobnie wypoczywa, a z rozrywki korzysta połowa osób z bardzo dobrą jakością życia. Badania innych autorów potwierdzają, że stomia spowodowała ograniczenia w trybie życia [4].

W piśmiennictwie dominuje pogląd, że mężczyźni lepiej adaptują się do życia ze stomią niż kobiety. Wynika to ich zdaniem przede wszystkim z faktu, że kulturowo dla kobiety jej zewnętrzny wygląd ma istotniejsze znaczenie dla samooceny niż dla mężczyzn [9]. Mimo braku znamienności statystycznej w badanej grupie u mężczyzn zaobserwowano 3-krotnie częściej bardzo dobrą jakość życia.

Wiek, wykształcenie i wykonywana praca zawodowa osób ze stomią nie miała istotnego wpływu na jakość życia w badanej grupie. U osób starszych, po 60. roku życia stwierdzono 3-krotnie więcej osób z bardzo dobrą jakością życia. Należy podkreślić, że mimo braku istotnie statystycznej różnicy u osób z wykształceniem wyższym nie stwierdzono nikogo ze złą jakością życia, natomiast wśród osób z wykształceniem podstawowym połowa osób miała najgorszą jakość życia. W badanej grupie czynnych zawodowo było 26,67% osób, natomiast emeryci i renciści stanowili najliczniejszą grupę – 73,33%. W grupie osób wykonujących pracę umysłową odsetek z najlepszą jakością życia był 2-krotnie wyższy niż w pozostałych grupach.

Większość osób (70%) mieszkała w mieście, a pozostałe osoby (30%) na wsi. Mimo że nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności jakości życia od miejsca zamieszkania, to u mieszkających w miastach małych i średnich odsetek osób ze złą jakością życia był większy. Wydaje się być to związane z trudniejszym dostępem do poradni stomijnych, zapewniających opiekę pooperacyjną, towarzystw POL-ILKO, klubów stomijnych, ponieważ znajdują się one przede wszystkim w dużych miastach. W Polsce nadal istnieje zbyt mało poradni dla chorych ze stomią, które często stanowią dla nich jedyne miejsce pomocy.

Badacze zajmujący się jakością życia osób ze stomią podkreślają, że istotnym czynnikiem wpływającym na jakość życia osób ze stomią jest wsparcie społeczne, zwłaszcza

uzyskane ze strony bliskich. Pomoc i obecność osoby wspierającej doprowadza do pozytywnych zmian, pozwala otworzyć się na siebie, świat i innych ludzi. Powoduje, że egoistyczne skupienie się na własnym bólu zostaje zastąpione przez szacunek do siebie, że udało się przezwyciężyć kryzys. Po odkryciu w sobie nowej wielkiej siły człowiek skłonny jest do podwyższonej oceny jakości życia. Czasem trzeba takiej osobie pomóc odnaleźć cel. Znajdzie wówczas w sobie siły, aby powiedzieć: poradzę sobie z chorobą, z leczeniem, z zabiegami higienicznymi, poradzę sobie ze zmianami w życiu, jakie spowodowała choroba. Zdecydowanie łatwiej to osiągnie, gdy stoi przy nim inny człowiek. Podkreśla się, że bardzo istotne znaczenie ma przygotowanie rodziny osób ze stomią na przyjęcie chorego w domu. Rodziny uczą się, jak mogą pomóc choremu w przystosowaniu się do nowych warunków życia. Dobra atmosfera w rodzinie ma także wpływ na szybszą adaptację osoby ze stomią do nowych warunków życia. Dzięki temu jakość życia tych osób staje się lepsza. W wykonanym badaniu większość osób ze stomią mieszkała ze współmałżonkiem (48,33%) lub ze współmałżonkiem i innymi członkami rodziny (26,67%), a co 4. osoba (25,00%) mieszkała samotnie. Badania wskazują, że największy odsetek osób z bardzo dobrą jakością życia mieszka z liczną rodziną. Różnice te jednak nie były istotne statystycznie.

Zdecydowana większość osób ze stomią została przygotowana do samopielęgnacji stomii w szpitalu przez zespół pielęgniarki stomijna – lekarz. Pielęgniarka stomijna towarzyszy choremu w oswojaniu się ze stomią oraz uczy prawidłowej pielęgnacji skóry wokół stomii [16]. Pomaga ponadto w doborze odpowiedniego sprzętu stomijnego, szkoli pacjenta i jego rodzinę w obsłudze sprzętu stomijnego i pielęgnacji stomii, uczy wykonywania zabiegu irygacji. Informuje o możliwościach zaopatrzenia i odpłatności za niezbędny sprzęt i materiały opatrunkowe, a także podaje adres najbliższej poradni dla chorych ze stomią i oddziału Towarzystwa POL-ILKO [3].

Na jakość życia osób ze stomią wpływają nie tylko zmiany w funkcjonowaniu fizjologicznym, ale także umiejętność radzenia sobie z pielęgnacją stomii. Przed wypisaniem do domu ze szpitala, pacjent powinien być przygotowany do samodzielnej zmiany woreczka stomijnego i pielęgnacji stomii [14, 17]. Prawidłowa pielęgnacja stomii umożliwia prowadzenie normalnego życia.

Bardzo istotnym elementem decydującym często o losach osoby ze stomią jest możliwość dobrego kontaktu z fachowym personelem ochrony zdrowia. W grupie osób z bardzo dobrą jakością życia zdecydowana większość (87,5%) ma bardzo dobry kontakt z personelem fachowym ochrony zdrowia, natomiast wśród osób ze złą jakością życia bardzo dobry kontakt ma tylko 12,5%. Badanie to wykazało istotnie statystyczną zależność ($p < 0,05$) jakości życia osób ze stomią od możliwości dobrego kontaktu ze służbą zdrowia.

Na jakość życia osób ze stomią zdecydowany wpływ ma poprawa stanu zdrowia po operacji. Aż 87,50% osób z bardzo dobrą jakością życia to osoby z tej grupy, natomiast u osób z pogarszającym się stanem zdrowia nie stwierdzono ani jednej osoby z bardzo dobrą jakością życia. Zależność ta była istotna statystycznie ($p < 0,005$).

Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza nie oddaje w pełni stosunku do życia osoby ze stomią. Mimo ocenionej jakości życia jako złej, co 4. osoba akceptuje w pełni życie ze stomią. Stwierdzono również, że u osób z bardzo dobrą jakością życia nie wszystkie osoby akceptują stomię.

Wnioski

1. Wytworzenie stomii jelitowej powoduje obniżenie jakości życia w różnych jego aspektach.
2. Jakość życia osób ze stomią jelitową zależy przede wszystkim od stanu zdrowia po leczeniu i od dobrego kontaktu z personelem ochrony zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Fabre JM, Rouanet P, Ele N, et al. Colorectal carcinoma in patients aged 75 years and more: factors influencing short and long-term operative mortality. *Int Surg* 1993; 78: 200-3.
2. Kashtan H, Werbin N, Wasserman I, et al. Colorectal cancer in patients over 70 years old. A prospective study of operative results. *Isr J Med Sci* 1992; 28: 861-4.
3. Banaszkiwicz Z, Jawień A. Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii. *Valetudinaria* 2002; 7 (3): 8-13.
4. Grumann MM, Noack EM, Hoffmann IA, et al. Comparison of quality of life in patients undergoing abdominoperineal extirpation or anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg* 2001; 233: 149-56.
5. O'Bichere A, Bossom C, Gangoli S, Green C, Phillips RK. Chemical colostomy irrigation with glyceryl trinitrate solution. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1324-7.
6. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1569-74.
7. Szczepkowski M, Bielecki K. Stomia na przestrzeni wieków. *Pol Prz Chir* 1996; 68: 742-6.
8. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 650-5.
9. Hamashima C. Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 571-6.
10. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holzel D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg* 2003; 238: 203-13.
11. Jankowski M, Banaszkiwicz Z, Jawień A. Jakość życia osób ze stomią. *Valetudinaria* 2004; 9: 125.
12. Rauch P, Miny J, Conroy T, Neyton L, Guillemin F. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 354-60.
13. Cierzniaowska K, Szewczyk M, Stodolska A i wsp. Proces rehabilitacji chorych ze stomią. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74: 223.
14. Banaszkiwicz Z, Jarmocik P, Cierzniaowska K, Szewczyk M. Osoba ze stomią w XXI wieku. *Ann AM Bydg* 2004; 18 (3): 14.
15. Cierzniaowska K, Szewczyk M, Cwajda J i wsp. Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew Lek* 2005; 2: 87-92.
16. Kózka M. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Proktologia* 2002; 3: 303.
17. Renner K, Rosen HR, Novi G, Holbling N, Schiessel R. Quality of life after surgery for rectal cancer: do we still need a permanent colostomy? *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1160-7.

Adres do korespondencji

dr med. **Zbigniew Banaszkiwicz**
ul. Jarzębinowa 5/1
Osielesko 86-031
e-mail: banasz@mediclub.pl
tel. +48 52 365 52 32

Załącznik nr 1

Ankieta *Jakość życia osób ze stomią*

Szanowni Państwo!

Kwestionariusz ankiety został opracowany w celu zebrania informacji nt. jakości życia osób ze stomią. Państwa udział w badaniu jest anonimowy, a uzyskane informacje będą wykorzystane jedynie do celów naukowych. Odpowiadając na pytania proszę zakreślić lub wypełnić wybraną odpowiedź. Dziękuję!

1. Proszę podać płeć:
 - a. kobieta
 - b. mężczyzna
2. Przedział wieku Pani/Pana:
 - a. 20–30 lat
 - b. 31–40 lat
 - c. 41–50 lat
 - d. 51–60 lat
 - e. 61–70 lat
 - f. powyżej 70 lat
3. Jakie ma Pani/Pan wykształcenie?
 - a. podstawowe
 - b. zawodowe
 - c. średnie
 - d. wyższe
4. Pracuje Pani/Pan w charakterze:
 - a. pracownika fizycznego
 - b. pracownika umysłowego
 - c. inne.....
5. Miejsce zamieszkania:
 - a. miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
 - b. miasto od 50 do 100 tys. mieszkańców
 - c. miasto poniżej 50 tys. mieszkańców
 - d. wieś
6. Zamieszkuje Pani/Pan z:
 - a. z mężem/z żoną
 - b. z mężem/z żoną i dziećmi
 - c. z dziećmi i wnukami
 - d. sama/sam
7. Przyczyna wyłonienia stomii:
 - a. nowotwór jelita grubego
 - b. nieswoiste zapalenie jelit
 - c. niedrożność mechaniczna jelita
 - d. odbarczenie obwodowej części przewodu pokarmowego
 - e. uszkodzenie jelita w następstwie urazów
 - f. inna przyczyna, jaka?
8. Przygotowanie do samopielęgnacji stomii:
 - a. szpital po operacji
 - b. przychodnia specjalistyczna
 - c. przychodnia rejonowa
 - d. samodzielnie na podstawie literatury
9. Czy ma Pani/Pan możliwość łatwego kontaktu z personelem fachowym ochrony zdrowia?
 - a. bardzo łatwy
 - b. łatwy
 - c. utrudniony
 - d. trudny
 - e. bardzo trudny
10. Ocena stanu zdrowia po operacji:
 - a. znacznie gorsze
 - b. nieco gorsze
 - c. podobne
 - d. lepsze
 - e. dużo lepsze
11. Czy występuje ból fizyczny:
 - a. często
 - b. rzadko
 - c. bardzo rzadko
 - d. wyjątkowo
 - e. nie
12. Czy obecność stomii przeszkadza w codziennych kontaktach osobistych?
 - a. często
 - b. rzadko
 - c. bardzo rzadko
 - d. wyjątkowo
 - e. nie
13. Czy po operacji wystąpiły ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności?
 - a. znacznie
 - b. nieco
 - c. nie
 - d. lepiej mogę je wykonywać
 - e. znacznie lepiej mogę je wykonywać
14. Czy po operacji wystąpiły ograniczenia w wykonywaniu pracy zawodowej?
 - a. znacznie
 - b. nieco
 - c. nie
 - d. lepiej mogę je wykonywać
 - e. znacznie lepiej mogę je wykonywać

15. Czy ograniczyła Pani/Pan swoje zainteresowania po operacji?
- znacznie
 - nieco
 - nie
 - lepiej mogę je wykonywać
 - znacznie lepiej mogę je wykonywać
16. Moje zainteresowania seksualne po operacji są:
- znacznie gorsze
 - nieco gorsze
 - podobne
 - lepsze
 - dużo lepsze
17. Mój wygląd zewnętrzny po operacji jest:
- znacznie gorszy
 - nieco gorszy
 - podobny
 - lepszy
 - dużo lepszy
18. Stosunek bliskich do mnie po operacji jest:
- znacznie gorszy
 - nieco gorszy
 - podobny
 - lepszy
 - dużo lepszy
19. Stosunek znajomych do mnie po operacji jest:
- znacznie gorszy
 - nieco gorszy
 - podobny
 - lepszy
 - dużo lepszy
20. Kontakty towarzyskie po operacji są:
- znacznie gorsze
 - nieco gorsze
 - podobne
 - lepsze
 - dużo lepsze
21. Warunki ekonomiczne po operacji są:
- znacznie gorsze
 - nieco gorsze
 - podobne
 - lepsze
 - dużo lepsze
22. Czy miewa Pani/Pan uczucie lęku o przyszłość?
- często
 - rzadko
 - bardzo rzadko
 - wyjątkowo
 - nie
23. Mój sposób wypoczynku po operacji jest:
- znacznie gorszy
 - nieco gorszy
 - podobny
 - lepiej wypoczywam
 - dużo lepiej wypoczywam
24. Czy stosuje Pani/Pan rozrywkę po operacji?
- nie
 - bardzo rzadko
 - rzadko
 - wyjątkowo
 - często
25. Czy akceptuje Pani/Pan u siebie stomię?
- w pełni akceptuję
 - niezupełnie akceptuję
 - nie akceptuję