OCENA STOPNIA SAMODZIELNOŚCI CHORYCH Z PRZETOKĄ JELITOWĄ

EVALUATION OF THE DEGREE OF INDEPENDENCE IN PATIENTS WITH INTESTINAL FISTULA

Grażyna Bączyk, Aleksandra Głowacka, Katarzyna A. Kozłowska, Elżbieta Niewiadomska

Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.32

STRESZCZENIE

Wstęp. Proces pielęgnowania pacjenta z wyłonioną stomią ma na celu przede wszystkim osiąganie przez niego pełnej adaptacji do zmieniających się warunków własnej fizyczności. Pielęgniarka powinna tak pokierować całym procesem pielęgnacji i rehabilitacji, aby pacjent opuszczający szpital był samodzielny i samowystarczalny.
Cel. Celem pracy było określenie stopnia samodzielności chorych po chirurgicznym wyłonieniu przetoki jelitowej w 3. dobie po zabiegu operacyjnym i 7. dobie po zabiegu operacyjnym oraz ustalenie, jakie czynniki mają wpływ na samodzielność chorych.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej w Poznaniu w okresie od 02.01.2014 r. do 05.05.2014 r. Badaniem objęto 30 osób przyjmowanych z powodu zakwalifikowania do leczenia chirurgicznego – wyłonienia stomii. W badaniu do oceny stopnia samodzielności wykorzystano 10-stopniową Skalę Deficytu Samoopieki (SDS), a do oceny podstawowych czynności życia codziennego – skalę Katza (ADL).
Wyniki. Stopień samodzielności chorych w 3. dobie pooperacyjnej był niższy niż w 7. dobie po zabiegu. Pacjenci powyżej 60. roku życia w 3. i 7. dobie po zabiegu operacyjnym przejawiali znacznie większy deficyt samodzielności niż osoby poniżej 60. roku życia. Wykazano, że skalę ADL i SDS wysoce ze sobą korelują.
Podsumowanie. Uzyskane wyniki mogą pozwolić na ocenę stopnia samodzielności, a tym samym – ewentualną modyfikację edukacji indywidualnej pacjenta. Wskazują także, że chorzy powyżej 60. roku życia wymagają większej pomocy w osiągnięciu pełnej samodzielności.

SŁOWA KLUCZOWE: stopień samodzielności, przetoka jelitowa, ocena w trakcie hospitalizacji, skala ADL, SDS.

ABSTRACT

Introduction. The nursing process carried out for the benefit of the patient with the newly formed stoma aims primarily at achieving full adaptation to the changing conditions of their own physicality. The nurse should manage the entire process of care and rehabilitation in such a way so that the patient leaving the hospital was independent and self-sufficient.
Aim. The aim of this study was to determine the degree of independence in patients after intestinal fistula surgery in 3 days after the surgery and 7 days after the surgery, and to determine what factors affect the autonomy of the patients.
Material and methods. The study was conducted in the Department of General, Oncological and Colorectal Surgery in Poznan in the period from 01.02.2014 to 05.05.2014. The study involved 30 patients qualified for the surgery of stoma. In the study, the degree of independence has been evaluated using a 10-point self-care deficit assessment scale (SDS) and basic activities of daily living have been measured with the Katz scale (ADL).
Results. The degree of patients' independence on the 3rd postoperative day was lower than 7 days after the surgery. Patients over 60 years of age in 3 and 7 days after the surgery evinced much larger deficit of independence than those under 60 years of age. It has been shown that the ADL and SDS scales are highly correlated with each other.
Conclusions. The results may allow for evaluation of the degree of independence, and thereby for possible modification of the individual patient education. They also indicate that patients over 60 years old need more help to achieve full independence.

KEYWORDS: degree of independence, stoma, evaluation during hospitalization, Katz ADL scale, self-care deficit assessment scale (SDS).

Wstęp

Wytwarzanie przetok w różnych odcinkach przewodu pokarmowego jest nieodłącznym działaniem towarzyszącym chirurgii jamy brzusznej. Wskazania do wytworzenia stomii jelitowej obejmują choroby nowotworowe jelita grubego, głównie odbytnicy, choroby zapalne jelit, w tym wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz chorobę uchyłkową jelita grubego. Rzadszymi wskazaniami pozostają: nietrzymanie stolca, wrodzone choroby jelita grubego, uszkodzenia ciałem obcym czy uszkodzenia urazowe [1]. Należy podkreślić, że w leczeniu wrzodziejącego zapalenia

jelita grubego czy w niektórych wyselekcjonowanych przypadkach choroby Leśniowskiego-Crohna, ograniczonej do jelita grubego, a także w leczeniu polipowatości rodzinnej obecnie przeprowadzana jest proktolektomia odtwórcza. Operacja ta może być wykonywana w jednym, dwóch lub trzech etapach [2]. Z jelita krętego tworzy się zbiornik wewnętrzny, który zostaje wszyty do kanału odbytu. W celu stworzenia jak najbezpieczniejszych warunków do wygojenia się zbiornika często wytwarzana jest czasowa ileostomia pętlowa. Okres pomiędzy wytworzeniem a zamknięciem stomii może trwać około 12 tygodni [3]. Zdecydowanie najczęstszą przyczyną wyłonienia stomii w Polsce pozostaje rak jelita grubego [1]. Możliwości i zakres leczenia chirurgicznego raka jelita grubego zależą przede wszystkim od stopnia zaawansowania nowotworu, jego umiejscowienia, ale również od innych czynników wpływających na stan ogólny chorego, takich jak wiek czy choroby współistniejące [4]. Specyfika zabiegów stosowanych w leczeniu raka jelita grubego może wymagać stałego lub czasowego wytworzenia stomii.

Zdaniem autorów zajmujących się problematyką stomii każda choroba prowadząca do wytworzenia stomii wiąże się z licznymi wielostronnymi konsekwencjami dla chorego i jego opiekuna w poszczególnych okresach jej trwania, doprowadzając do głębokich zmian w funkcjonowaniu i jakości życia. Operacje zakończone wytworzeniem przetoki wymagają objęcia chorego profesjonalną i troskliwą opieką pielęgniarską realizowaną na podstawie rozpoznanych problemów w zakresie funkcjonowania. Proces pielęgnowania pacjenta z wyłonioną stomią ma na celu przede wszystkim osiąganie przez niego pełnej adaptacji do zmieniających się warunków własnej fizyczności [5]. Pielęgniarka powinna tak pokierować całym procesem pielęgnacji i rehabilitacji, aby pacjent opuszczający szpital był samodzielny i samowystarczalny [6].

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie poziomu samodzielności chorych po chirurgicznym wyłonieniu przetoki jelitowej w 3. dobie po zabiegu operacyjnym (I badanie) oraz w 7. dobie po zabiegu operacyjnym (II badanie).

Sformułowano następujące pytania badawcze: Jaki jest stopień samodzielności chorych po chirurgicznym wyłonieniu przetoki jelitowej w 3. dobie po zabiegu operacyjnym oraz w 7. dobie po zabiegu operacyjnym? Jaka jest zależność stopnia samodzielności chorych po chirurgicznym wyłonieniu przetoki jelitowej od płci, wieku, wykształcenia, rodzaju stomii i sposobu jej wyłonienia, kryterium czasowego wyłonienia przetoki jelitowej, sprawności przed zabiegiem operacyjnym i miejsca zamieszkania? Czy istnieje korelacja między badaniem I i II?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia w Poznaniu w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej w okresie od 02.01.2014 do 05.05.2014 roku. W badaniu udział brali chorzy, u których w chirurgicznym leczeniu schorzeń jelit wykonano przetoki w obrębie jelita grubego (kolostomie) oraz jelita cienkiego (ileostomie). Badaną grupę stanowiło 30 pacjentów w wieku od 20 do 81 lat, w tym 20% stanowili pacjenci w wieku 20–40 lat, 30% – w wieku 41–60 lat, 49,3% respondentów było w wieku 61–81 lat. Kobiety stanowiły 46,7%, mężczyźni stanowili 53,3%. W mieście mieszka 70% badanych, a 30% – na wsi. Wykształcenie wyższe deklarowało 30% badanych pacjentów, wykształcenie zawodowe i średnie – 30%, grupa pacjentów posiadających wykształcenie podstawowe stanowiła 10% badanych. Wspólnie z rodziną mieszka ponad 72%, natomiast samotnie – ponad 28%. Wśród badanych samodzielną sprawnością funkcjonalną (ocenianą przed zabiegiem) charakteryzowało się 46,7%, o kulach poruszało się 33,3%, pacjentów niechodzących było 16,7%, natomiast leżących – 3,3%.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, w którym zawarto dane socjodemograficzne, takie jak wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, oraz dane dotyczące stanu funkcjonalnego przed zabiegiem, rozpoznanie kliniczne i rodzaj wykonanego zabiegu operacyjnego.

Do pomiaru poziomu deficytu samoopieki wykorzystano utworzoną w 2005 roku na podstawie założeń teoretycznych modelu pielęgnowania Roper-Logan Skalę Deficytu Samoopieki (SDS). Skala umożliwia określenie stopnia samodzielności. Za każdą odpowiedź można było uzyskać 0–3 punktów, przy czym 0 oznacza całkowitą zależność, 1 punkt oznacza ograniczenie samodzielności, 2 punkty oznaczają częściowe ograniczenie samodzielności, 3 punkty – pełną samodzielność. Za pomocą skali oceniono poziom samoopieki w następujących obszarach: poruszanie się, oddychanie, jedzenie, picie, wydalanie, higiena osobista, ubieranie się, komunikowanie, kontrolowanie temperatury ciała oraz utrzymanie kontaktu z pacjentem. Stopień ograniczenia samoopieki jednocześnie określa zakres koniecznych interwencji pielęgniarskich w obrębie ocenianych obszarów. Łącznie zakres skali wynosi 0–30 punktów, przy czym wyższym wartościom odpowiada wyższy poziom samodzielności [7]. Przyjęto następujące kategorie poziomu samodzielności: 0 do 10 punktów – znaczne ograniczenie samodzielności, 11 do 20 – częściowe ograniczenie samodzielności, 21 do 29 punktów – niewielkie ograniczenie samodzielności, a uzyskanie 30 punktów oznacza pełną samodzielność ocenianych czynności.

Do oceny sprawności funkcjonalnej wykorzystano skalę Katza *Activities of Daily Living* (ADL). Skala ADL służy do oceny sześciu podstawowych czynności, takich jak: spożywanie posiłków, ubieranie się, kontrola wydalania moczu i stolca, korzystanie z toalety, kąpanie się, zdolność do przemieszczania się. Pacjent może otrzymać maksymalnie 6 punktów, po jednym punkcie za każdą samodzielnie wykonaną czynność. Przyjęto następujące kryteria: 5–6 punktów uzyskują osoby sprawne, 3–4 punkty – osoby umiarkowanie sprawne, poniżej 2 punktów – osoby znacznie niesprawne (**Tabela 1**).

Badanie przeprowadzono dwukrotnie: pierwszy raz w 3. dobie po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym (I badanie), drugi raz w 7. dobie po zabiegu operacyjnym (II badanie). Wszyscy pacjenci zostali poinformowani o celu badania oraz wyrazili zgodę na udział w nim [8].

Tabela 1. Skala ADL i SDS [7, 8]
Tabel 1. Scale ADL and SDS [7, 8]

SKALA ADL/*SCALE ADL*	SDS
Kąpanie się/*Bathing*	Higiena osobista/ *Personal hygiene*
Ubieranie się i rozbieranie/*Dressing*	Ubieranie się/*Dressing*
Korzystanie z toalety/*Toilet hygiene*	Komunikowanie się/ *Communication*
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się/ *Functional mobility, often referred to as transferring*	Poruszanie się/ *Functional mobility*
Samodzielne jedzenie/*Self-feeding*	Jedzenie/*Eating*
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca/*Controlling riddle and excreting*	Wydalanie/*Excretion*
	Picie/*Drinking*
	Oddychanie/*Breathing*
	Kontrolowanie temperatury ciała/ *Controlling body temperature*
	Utrzymanie kontaktu z pacjentem/ *Maintaining contact with the patient*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

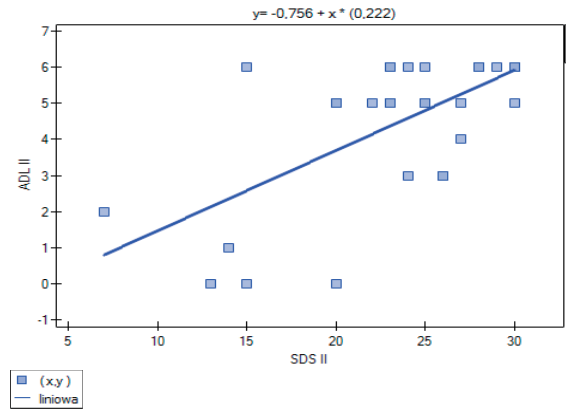
Do analizy statystycznej wyników wykorzystano testy nieparametryczne: test Manna-Whitneya, test Wilcoxona, analizę korelacji. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizę wykonano za pomocą programu statystycznego PQStat.

Wyniki

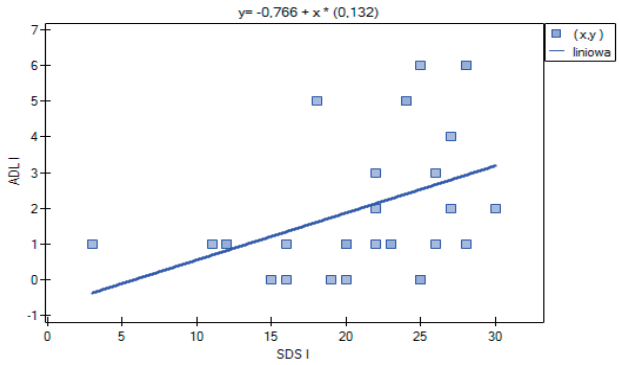
Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wytworzoną stomią w leczeniu nowotworu jelita grubego (36,7% badanych), nieco mniejszą – pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna (20%), 13% to pacjenci, u których stomię wytworzono w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, 10,3% badanych miało wytworzoną stomię w czasie zabiegu operacyjnego przeprowadzanego w leczeniu polipowatości rodzinnej, 10% – w leczeniu niedrożności mechanicznej, a pacjenci ze zmianami w następstwie niedokrwienia jelit stanowili 10% badanych. Pacjenci z wytworzoną kolostomią stanowili 56% badanych, z ileostomią – 44%, przy czym 43,3% pacjentów miało wyłonioną stomię czasową, a 56,7% – ostateczną.

Respondenci badani w SDS w I badaniu (3. dzień po zabiegu operacyjnym) uzyskali średnio 21,33 punktu (z maksymalnych 30 punktów), a w II badaniu (7. dzień po zabiegu operacyjnym) – 23,33 punktu. Wg punktacji skali pacjenci z obydwu okresów czasowych są klasyfikowani do poziomu o niewielkim ograniczeniu samodzielności. Inaczej sytuacja przedstawia się w skali ADL, gdzie punktacja między I a II badaniem wyraźnie się różni. W badaniu I pacjenci otrzymali średnio 2,03 punktu (na możliwych 6), natomiast w II – 4,43. Co oznacza, że chorych z badania I można zaklasyfikować do osób o znacznej niesprawności, a z II – do umiarkowanie sprawnych. Testem Wilcoxona stwierdzono różnice istotnie statystycznie między obydwoma okresami badań ($p = 0,0001$, przy $p < 0,05$) dla SDS.

Zastosowano korelację liniową w celu sprawdzenia, czy istnieje zależność między obiema skalami w badaniu I i II. Stwierdzono istnienie korelacji liniowej, zarówno dla 3. doby, gdzie wartości wynosiły $p = 0,0257$ (przy poziomie istotności $p < 0,05$), współczynnik Pearsona $r^2 = 0,4067$ (**Rycina 1**), jak i dla 7. doby, $p = 0,0001$ ($p < 0,05$), współczynnik Pearsona $r^2 = 0,6418$ (**Rycina 2**).



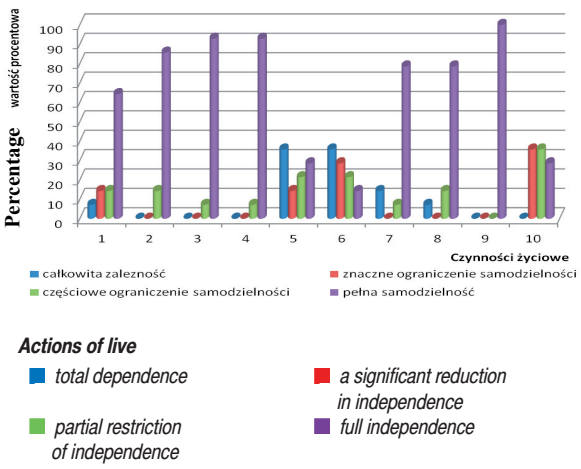
Rycina 1. Korelacja Pearsona pomiędzy oceną stopnia samodzielności według SDS a oceną według skali ADL dla badania I (3. doba po operacji)
Figure 1. Pearson correlation between the evaluation of the degree of independence according to the SDS scale and the evaluation according to the ADL scale for study I (3 days after surgery)
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 2. Korelacja Pearsona pomiędzy oceną stopnia samodzielności według SDS a oceną według skali ADL dla badania II (7. doba po operacji)
Figure 2. Pearson correlation between the evaluation of the degree of independence according to the SDS scale and the evaluation according to the ADL scale for study II (7 days after surgery)

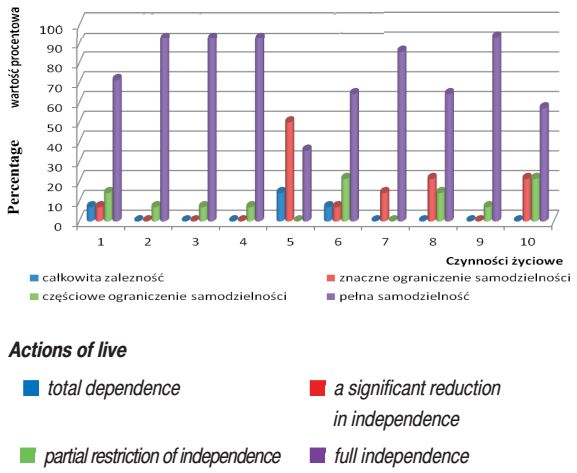
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W pracy zbadano wpływ następujących czynników na stopień samodzielności: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, zastosowana metoda operacyjna, rodzaj stomii, stan funkcjonalny sprzed operacji i kryterium czasowe. Analiza statystyczna wykazała, że istotny wpływ ma jedynie wiek. Determinanta ta została podzielona na dwie kategorie wiekowe: osoby poniżej 60. roku życia i osoby powyżej 60. roku życia. W SDS w teście Manna-Whitneya wartość dla badania I wynosiła $p = 0,0420$ ($p < 0,05$), dla badania II – $p = 0,0239$ ($p < 0,05$). Natomiast w skali ADL jedynie w II badaniu wyszła istotna różnica statystyczna – $p = 0,0051$ ($p < 0,05$); badanie I – $p = 0,4293$ ($p < 0,05$). Oznacza to, że osoby starsze (> 60. roku życia) wykazywały niższy stopień samodzielności niż osoby < 60. roku życia (**Ryciny 3–7**).



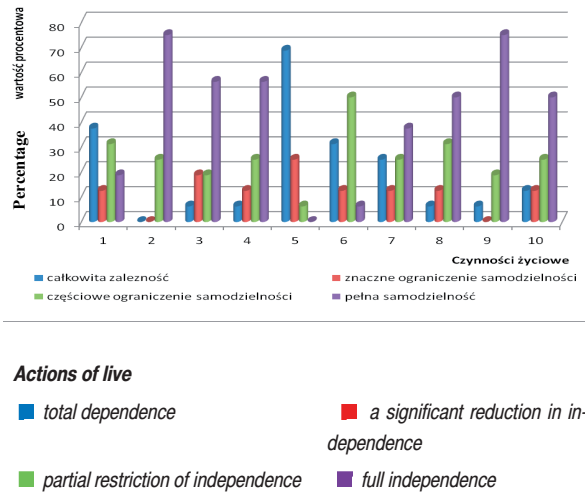
Rycina 3. Poziom samodzielności chorych poniżej 60. roku życia według SDS w badaniu I (3. doba po zabiegu operacyjnym)
Figure 3. Level of independence in patients under 60 years of age according to the SDS scale, study I (3 days after surgery)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



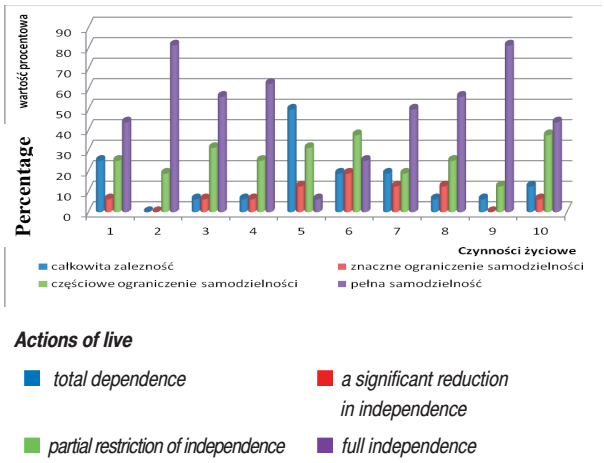
Rycina 4. Poziom samodzielności chorych poniżej 60. roku życia według SDS w badaniu II (7. doba po zabiegu operacyjnym)
Figure 4. Level of independence in patients under 60 years of age according to the SDS scale, study II (7 days after surgery)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



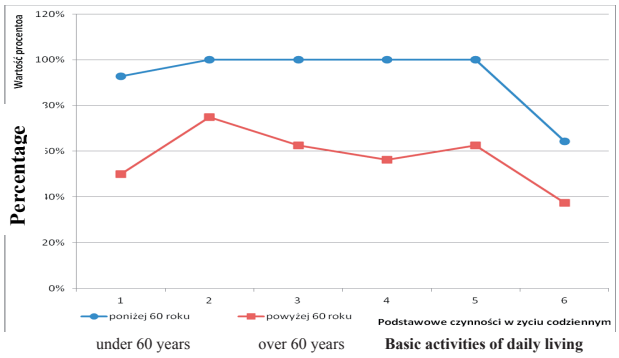
Rycina 5. Poziom samodzielności chorych powyżej 60. roku życia według SDS w badaniu I (3. doba po zabiegu operacyjnym)
Figure 5. Level of independence in patients over 60 years of age according to the SDS scale, study I (3 days after surgery)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 6. Poziom samodzielności chorych powyżej 60. roku życia według SDS w badaniu II (7. doba po zabiegu operacyjnym)
Figure 6. Level of independence in patients over 60 years of age according to the SDS scale, study II (7 days after surgery)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 7. Udział badanych poniżej 60. roku życia i powyżej 60. roku życia w wykonywaniu podstawowych czynności w życiu codziennym według skali ADL w badaniu II (7. doba po zabiegu)
Figure 7. Participation of the respondents under 60 years of age and over 60 years of age in basic activities of daily living according to the ADL scale, study II (7 days after surgery)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

W niniejszej pracy badawczej podjęto próbę oceny stopnia samodzielności chorych z wyłonioną stomią jelitową w dwóch okresach pooperacyjnych; zastosowano SDS i skalę ADL. Dotychczas w literaturze krajowej i zagranicznej nie pojawiły się prace o podobnym charakterze. Większość dotychczasowych badań naukowych skupiała się na jakości życia pacjentów ze stomią [9], ocenie przystosowania do życia [10, 11], a także ocenie stanu emocjonalnego pacjentów w odległym czasie od zabiegu [12].

Nie znaleziono jednak żadnych doniesień na temat stopnia samodzielności chorych w warunkach leczenia szpitalnego. Niniejsze badanie wydaje się być pionierskie, jednak wymaga wg Autorów dalszych badań z udziałem większej liczby pacjentów.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że obydwie skale (SDS i ADL) silnie ze sobą korelują. Są zależne od siebie w istotny sposób, ponieważ badają podobne obszary życia codziennego, zwłaszcza w aspekcie funkcjonalnym (**Tabela 1**). Wiadomo, że stan sprawności fizycznej determinuje samodzielność chorego, podejmowanie aktywności i udział w samoopiece i pielęgnacji. Pacjent musi być w stanie sam pielęgnować stomię, wymieniać worki stomijne, wykonywać irygacje w przypadku kolostomii. Znaczenie powtarzanej oceny stanu funkcjonalnego staje się więc ważne również w aspekcie edukacji i przewidywanych trudności, pozwala określić obszary funkcjonowania fizycznego, w zakresie których pacjent wymaga ukierunkowanych działań, dla osiągnięcia możliwie największej samodzielności i niezależności w codziennym pielęgnowaniu i funkcjonowaniu ze stomią.

Powyższe badanie było realizowane w 3. oraz 7. dobie po zabiegu. Analiza statystyczna wykazała, że stopień samodzielności w 7. dobie jest wyższy niż we wcześniejszej. Po pierwsze, dłuższy okres pozwala pacjentowi zapoznać się ze stomią. Jak ona wygląda, w jaki sposób działa, jak należy z nią postępować. Wiedza w późniejszym okresie pooperacyjnym jest zdecydowanie większa niż na wcześniejszym etapie. Po drugie, może się to wiązać z lepszą kondycją pacjenta wynikającą z ustąpienia skutków działania znieczulenia ogólnego, rehabilitacji pooperacyjnej, możliwości przyjmowania posiłków oraz mniejszych dolegliwości bólowych. Wczesne usprawnianie pacjenta, w tym: wykonywanie ćwiczeń w łóżku, pionizacja, spacer, podstawowe ćwiczenia gimnastyczne, nie tylko zapobiega powikłaniom, ale również przywraca choremu sprawność fizyczną i psychiczną. Fizjoterapia sprawia, że staje się on bardziej samodzielny i zdolny do kontroli oraz zaspokajania własnych potrzeb [13–15]. Sądzimy także, że ten krótki – tygodniowy – okres od zabiegu jest najlepszą formą prognostyczną tego, czy chory w przyszłości będzie samodzielny w kompleksowym podejściu do stomii, czy jednak konieczna będzie pomoc innych osób. Uważamy, że skoro w 7. dobie po zabiegu nie ma pozytywnych wyników edukacji, a pacjent nadal sam sobie nie radzi, może to rzutować na fakt, że w przyszłości również będzie mieć problemy z samoopieką.

Cierzniakowska i wsp. [16] zbadali wpływ wybranych czynników na poziom samodzielności w odległym okresie po przeprowadzonym zabiegu. Wykazali, że pacjenci, którzy mieli średnie i wyższe wykształcenie, byli lepiej przygotowani do samoopieki niż osoby

z wykształceniem podstawowym. Płeć, wiek, miejsce zamieszkania i status zawodowy nie wpływały na poziom samodzielności chorych. W naszym materiale podobnie nie stwierdziliśmy wpływu płci i miejsca zamieszkania na poziom samodzielności badanych chorych. Uzyskaliśmy natomiast różnicę w zakresie dwóch analizowanych czynników, a mianowicie nie dowiedliśmy istnienia zależności pomiędzy wykształceniem a stopniem samodzielności, wskazaliśmy natomiast istotny statystycznie wpływ wieku na poziom samodzielności badanych chorych. Nasze badania wykazały, że pacjenci powyżej 60. roku życia mieli niższy stopień samodzielności niż osoby poniżej 60. roku życia. Wojnicz-Michera i wsp. [17] w swojej pracy podkreślają, że wiek wpływa na gorsze funkcjonowanie psychofizyczne po przebytym zabiegu operacyjnym. Związane jest to z zachodzącymi w organizmie zmianami inwolucyjnymi. Wielochorobowość, mniejsza sprawność fizyczna, słabsza wydolność organizmu znacząco ograniczają stopień samodzielności pacjenta. Stan psychiczny – utrata z wiekiem zdolności adaptacyjnych – może sugestywnie wpływać na percepcję nowej sytuacji życiowej, jaką jest samoopieka nad stomią. Dla osób starszych jest to także stres związany z faktem, czy sobie poradzą. Często mieszkają one same lub nie mogą liczyć na pomoc bliskich. Operacje zakończone wytworzeniem przetoki stanowią szczególne wydarzenie dla każdego pacjenta, a zwłaszcza dla pacjenta w starszym wieku. Dlatego w wielu publikacjach podkreśla się, że zabiegi operacyjne u osób w wieku podeszłym powinny być krótkie i mało rozległe. Rekomenduje się operacje dwuetapowe jako bardziej bezpieczne, np. operacja Hartmanna i późniejsze odtworzenie przewodu pokarmowego u chorych z rakiem jelita grubego [13]. Z pewnością wszystkie wymienione czynniki wywierają znaczący wpływ na niższy poziom samodzielności pacjenta w starszym wieku w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Być może z czasem, kiedy następują stopniowe wyrównanie stanu biologicznego i obniżenie poziomu stresu, osoby te odzyskują poczucie panowania nad sytuacją, łatwiej koncentrują się na działaniach i tym samym stają się bardziej samodzielne.

W innych pracach również podkreśla się, że czynnikiem istotnie wpływającym na samodzielność chorych jest ich stan psychiczny i podejście do zastanej sytuacji. Ławnik w swoim artykule przeglądowym wyróżniła kilka aspektów, które determinują działalność chorego. Mianowicie: procesy poznawcze pacjenta, stosunek do nowej sytuacji, zmiany w fizjologii układu pokarmowego, reakcja na chorobę pierwotną, orientacja w czasie i miejscu, brak zaburzeń psychicznych [18]. Determinanty te mają znaczenie w ocenie samodzielności chorego i oprócz kontroli codziennego funkcjonowania (przy wykorzystaniu skali ADL i SDS) powinny być brane pod uwagę.

Także Sobczak [19] w swoim opracowaniu przedstawiła czynniki, które mogą wywierać negatywny wpływ na przebieg edukacji i samodzielność chorego. Mimo że nie mieszczą się one w temacie naszej pracy, chcemy zwrócić na nie uwagę. Do determinantów tych należą: zaburzenia psychiczne, niepomyślna diagnoza, negatywny stosunek chorego do leczenia, komplikacje dermatologiczne i skutki uboczne spowodowane źle wyprowadzoną stomią. Ważne jest więc dokładne poznanie chorego, by wiedzieć, czy i w jakim stopniu podejmie współpracę w procesie nauczania i nauki specyficznych procedur związanych z obsługą stomii.

Podobny wniosek wyciągnęli Glińska i wsp. [20], wskazując dodatkowo, że wyjście chorego do domu powinno być związane z całościowym przygotowaniem pacjenta do samodzielności w kwestii obsługi stomii. Wpływ na ten stan ma opieka pielęgniarek, które poprzez swoją działalność edukacyjną i kontrole oceny samodzielności, jeszcze na terenie szpitala, mogą decydować o poziomie działań chorego. Konsekwencją pełnej samodzielności pacjenta jest jego wysoki poziom jakości życia. Autorzy zbadali dodatkowo wpływ posiadania stomii na wykonywanie czynności życia codziennego. Okazało się, że osoby, które były lepiej przygotowane pod kątem edukacji, wykazywały lepsze funkcjonowanie na co dzień, niż osoby, które miały deficyty w zakresie wiedzy i umiejętności.

Opieka pooperacyjna nad pacjentem po zabiegu w obrębie jelita zmieniła się istotnie w ciągu ostatnich lat. Obecnie okres pobytu w szpitalu po zabiegu jest krótki. Jeżeli nie wystąpią powikłania, pacjent może być wypisany do domu już w 7. lub 8. dobie po przeprowadzonej interwencji operacyjnej [1]. Dlatego tak ważne jest w tym okresie ustalenie poziomu samodzielności chorego, wzmacnianie jego aktywności, która prowadzi do jego samoopieki. Z drugiej strony, czas ten pozwala na ułożenie i wdrożenie indywidualnego programu edukacyjnego, który powinien w odniesieniu do pacjenta ze stomią zawierać cele szczegółowe zarówno z dziedziny poznawczej, psychoruchowej, jak i afektywnej dla pojedynczego pacjenta, co pozwoli w przyszłości wyeliminować negatywne konsekwencje posiadania stomii.

Podsumowując – okres kompleksowej opieki nad pacjentem, a tym samym wdrożenie procesu pielęgnowania, powinien rozpocząć się od momentu hospitalizacji pacjenta, jeszcze przed operacją. Niebagatelne znaczenie ma edukacja – dostosowanie formy i rodzaju do kondycji fizycznej, a przede wszystkim psychicznej pacjenta, odpowiednie warunki i ocena czynników zewnętrznych (niezależnych od chorego) oraz wewnętrznych (związanych z chorym). Następnie opieka nad cho-

rym w okresie okołooperacyjnym. I ostatecznie troska o chorego z już wyłonioną stomią. Na tym etapie oprócz teorii wprowadzane są także „ćwiczenia" praktyczne. Zwieńczeniem tych działań powinna być właśnie ocena samodzielności chorego jeszcze w warunkach szpitalnych [5, 16].

Wnioski

1. Wykazano istotne różnice statystyczne między 3. a 7. dobą po zabiegu operacyjnym. Pacjenci w 7. dobie wykazywali wyższy stopień samodzielności.
2. Płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, zastosowana metoda operacyjna, rodzaj stomii, stan funkcjonalny sprzed operacji i kryterium czasowe nie wpływają na stopień samodzielności.
3. Wiek powyżej 60. roku życia jest czynnikiem determinującym stopień samodzielności w sposób negatywny.
4. Istnieje korelacja liniowa między skalą ADL a SDS zarówno w 3. jak i 7. dobie po zabiegu operacyjnym.
5. Ocena stopnia samodzielności chorych ze stomią stanowi istotny wskaźnik w procesie pielęgnowania tych chorych.

Piśmiennictwo

1. Banasiewicz T, Krokowicz P, Szczepkowski M. Stomia. Poznań: Termedia; 2014. 33–243.
2. Marciniak R, Banasiewicz T, Drews M. Zbiorniki jelitowe. Poznań: Termedia; 2013. 29–49.
3. Fischer JE. Chirurgia. Warszawa: Medipage; 2010. 76–92.
4. Deptała A, Wojtukiewicz MZ. Rak jelita grubego. Poznań: Termedia; 2012. 123–146.
5. Glińska J, Lesiakowska-Pietrzak J, Lewandowska M, Dziki Ł, Dziki A. Proces adaptacji chorego oraz model adaptacyjny Calisty Roy w procesie pielęgnowania realizowanym na rzecz osób z wyłonioną stomią jelitową. Proktologia. 2009; 10(3): 197–206.
6. Sobczak U. Rola pielęgniarki w opiece nad chorym ze stomią. Piel Położ. 2000; 7: 11–12.
7. Bączyk G, Jaracz K, Grześkowiak R, Kmiecik M. The level of self-care among patients after an operation. Ann UMCS Sect. D. 2005; suppl.16(1): 83–84.
8. Bosacka M, Bączyk G. Rola klinimetrii w pracy pielęgniarki z pacjentem po udarze mózgu. Piel Pol. 2014; 3(53): 244–249.
9. Wojewoda B, Juziszyn J, Durlej S et al. Jakość życia chorych ze stomią. Onkol Pol. 2006; 9(4): 184–188.
10. Ponczek D, Rozora A. Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią. Piel Chir Angiol. 2011; 3: 140–148.
11. Michalak S, Cierzniakowska K, Banaszkiewicz Z et al. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią. Piel Chir Angiol. 2008; 3: 91–98.
12. Trzciński R, Biskup-Wróblewska A, Dziki A. Życie emocjonalne pacjentów ze stomią. Proktologia. 2005; 6(4): 299–306.
13. Eberhardt A, Szczepkowski M. Fast track surgery in colorectal surgery. Proktologia. 2009; 10(3): 170–179.
14. Czyżewski P, Szczepkowski M, Domaniecki J. Role of physiotherapy in „fast track colorectal surgery" strategy. Proktologia. 2009; 10(2): 117–123.
15. Latajka A. Rehabilitacja pacjentów ze stomią. Zalecenia ogólne. Opieka Onkol. 2015; 3(6): 30–33.
16. Cierzniakowska K, Kozłowska E, Szewczyk MT. Analiza deficytu samoopieki u chorych w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem. Piel Chir Angiol. 2007; 1: 16–22.
17. Wojnicz-Michera I, Juszczak K. Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym leczonym operacyjnie. Piel Chir Angiol. 2014; 3: 120–127.
18. Ławnik A. Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową. Med Ogólna Nauki Zdr. 2015; 1(21): 84–87.
19. Sobczak U. Edukacja pacjenta. W: Banasiewicz T (red.). Stomia. Poznań: Termedia; 2014. 43–46.
20. Glińska J, Hebda A, Dziki A. Impact of nursing care on the quality of life of patients with an enteric stoma. Proktologia. 2005; 6(3): 232–242.

Artykuł przyjęty do redakcji: 16.02.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.05.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Katarzyna A. Kozłowska
ul. Jana Henryka Dąbrowskiego 79
60-959 Poznań
tel.: 61 8546 864
e-mail: kkozlowska@ump.edu.pl
Pracownia Praktyki Pielęgniarskiej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu