

OCENA PRZYSTOSOWANIA SIĘ CHORYCH DO ŻYCIA ZE STOMIĄ JELITOWĄ

Evaluation of patients adjustment to living with stoma



Sławomira Michalak¹, Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Zbigniew Banaszkiwicz¹, Maria T. Szewczyk^{1,2}, Arkadiusz Jawień¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 3: 91–98

Adres do korespondencji:

Sławomira Michalak, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

Streszczenie

Wstęp: Wytonienie stomii jelitowej może być trudnym do zaakceptowania przez samego chorego okaleczeniem, które często ma odzwierciedlenie w późniejszym jego funkcjonowaniu we wszystkich sferach życia. Zmienia się akceptacja własnego ciała, samoocena, bardzo często sytuacja życiowa.

Cel pracy: Celem pracy była ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową.

Materiał i metody: Badania prowadzono w grupie 30 osób ze stomią hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Ogólnej SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy oraz wśród osób uczestniczących w spotkaniach Towarzystwa Pol-Ilko. Narzędziem badawczym były ankiety *Skala akceptacji choroby* (AIS), *Skala satysfakcji z życia* (SWLS), *Inwentarz zachowań zdrowotnych* (IZZ) oraz własny kwestionariusz stworzony na potrzeby niniejszej pracy.

Wyniki: Większe problemy dotyczące pielęgnacji i zaopatrzenia stomii mają osoby z ileostomią (χ^2 : 5,83; $df=1$; $p=0,0157$), kolostomia nie sprawia chorym tak poważnych trudności. W początkowym okresie wytonienia stomii – do roku – osoby ze stomią częściej korzystały z pomocy innych osób podczas zmiany woreczka stomijnego (χ^2 : 4,75; $df=1$; $p=0,0293$). W późniejszym okresie czynności te najczęściej były wykonywane samodzielnie. Dwadzieścia sześć procent badanych zdecydowanie podkreśla, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Na podstawie skali SWLS określono, że 30% ankietowanych osiągnęło wysoki stopień satysfakcji z życia, przeciętny – 40%, natomiast 30% – niski.

Wnioski:

1. Rodzaj posiadanej stomii wpływa na samodzielność jej pielęgnowania.
2. W początkowym okresie życia ze stomią respondenci korzystali z pomocy innych osób podczas zmiany woreczka stomijnego, w późniejszym okresie czynności te wykonują samodzielnie.
3. Deklarowany stopień przystosowania się ankietowanych do choroby i życia ze stomią kształtuje się na poziomie średnim i stanowi większy problem dla kobiet.

Summary

Background: The stoma formation might be recognized as hard-to-accept deformation influencing the whole aspects of stoma patient's life because of changed familiarity and acceptance for the body, lowered self-esteem and position in those patients.

Aim of the study: The aim of this paper was to evaluate the adjustment of patients to living with stoma.

Material and methods: Investigations were carried out in a group of 30 stoma patients either hospitalized in Dept. of General Surgery or attending to meetings of Pol-Ilko, the Polish Society for Stoma Patients. Conventional forms such as AIS, AWLS and IZZ questionnaires as well as the additional, proprietary questionnaire were used for the purpose of the study.

Results: It's ileostomy rather than colostomy that inconvenience stoma patients more (χ^2 : 5.83; $df=1$; $p=0.0157$). The need for assistance in stoma bag changing was quite often in patients in their very first 12 months after the stoma procedure (χ^2 : 4.75; $df=1$; $p=0.0293$) while most of them became self-sufficient afterwards. The inconveniences of restrictions caused by the disease were described hard by each fourth stoma patient. According to SWLS form the quality of life was defined high (30%), average (40%) and low (30%).

Conclusions:

1. Stoma origin (small vs. large bowel) may influence the patient's independent stoma self care.
2. The initiatory need for assistance in stoma bag changing is short-termed and most patients become self-sufficient after couple of months.
3. Adjustment of patients to living with stoma seems average and more troublesome in female patients
4. The quality of life is reported average or high in most of the cases.

Key words: colostomy, ileostomy, care, quality of life.

4. Zdecydowana większość osób ze stomią określa stopień satysfakcji z własnego życia na poziomie przeciętnym i wysokim.

Słowa kluczowe: kolostomia, ileostomia, pielęgnacja, satysfakcja z życia.

Wstęp

Wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe układu pokarmowego w Polsce utrzymuje się w okresie ostatnich 30 lat. Rak jelita grubego klasyfikuje się na trzecim miejscu jako przyczyna zachorowalności i zgonów wśród chorób nowotworowych [1, 2]. Współcześnie dąży się w chirurgii jelita grubego do zachowania fizjologicznej drogi wydalania, jednak nie zawsze jest to możliwe.

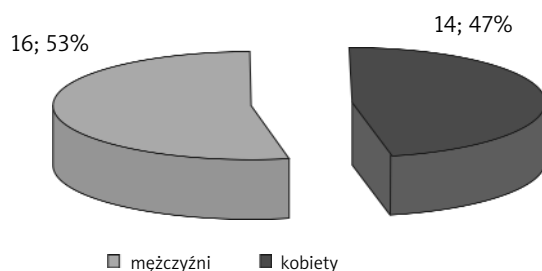
Wyłonienie stomii jelitowej jest dla większości pacjentów krytycznym wydarzeniem życiowym i powoduje u nich poczucie inwalidztwa. Ta grupa chorych wymaga wyjątkowej troski oraz szczególnej opieki ze strony personelu medycznego, a także rodziny i bliskich. Wsparcie społeczne przyczynia się do lepszego zrozumienia przez chorego własnej sytuacji życiowej, zwiększa umiejętność radzenia sobie z chorobą, a także pozwala zrozumieć choremu, że sytuacja, w której się znalazł, może mieć pewną wartość i sens [3].

Proces readaptacji chorego rozpoczyna się w czasie pobytu chorego szpitalu i bardzo istotną rolę odgrywa w nim edukacja chorego. Zaangażowanie samego chorego i zespołu opiekującego się nim mają ogromny wpływ na uzyskanie przez osobę ze stomią pełnej niezależności w codziennym życiu i integracji społecznej [4].

Duży wpływ na późniejszą jakość życia i adaptację do zaistniałej, trudnej sytuacji zdrowotnej tych chorych ma jakość opieki pielęgniarskiej i całego zespołu terapeutycznego. Pacjent, który na wszystkich etapach choroby był otoczony profesjonalną opieką, ma szansę osiągnięcia wysokiej jakości życia [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową.



Ryc. 1. Podział osób ankietowanych ze względu na płeć

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w maju i czerwcu 2008 r. w grupie 30 osób z wyłonioną stomią jelitową, za pomocą sondażu diagnostycznego. Badania prowadzone były w Klinice Chirurgii Ogólnej SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy oraz wśród osób biorących udział w spotkaniach organizowanych dla osób ze stomią w ramach grup wsparcia Pol-Ilko. Do badań wykorzystano własny kwestionariusz ankiety stworzony na potrzeby tej pracy. Kwestionariusz zawierał pytania ogólne i szczegółowe. Ponadto wykorzystano narzędzia badawcze:

1. *Inwentarz zachowań zdrowotnych (IZZ)* – zawierający 24 stwierdzenia, podzielone na 4 kategorie opisujące zachowania zdrowotne. Ocenie podlegają takie zachowania, jak prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne i pozytywne nastawienie psychiczne.
2. *Skala akceptacji choroby (AIS)* – zawierająca 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Suma uzyskanych punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji swojej choroby.
3. *Skala satysfakcji z życia (SWLS)* – badany ocenia, w jakim stopniu każde z wymienionych 5 stwierdzeń odnosi się do jego dotychczasowego życia.

Uzyskane wyniki badań opracowano za pomocą metod statystycznych.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* w Bydgoszczy 9.05.2008 r.

Charakterystyka grupy badawczej

Płeć

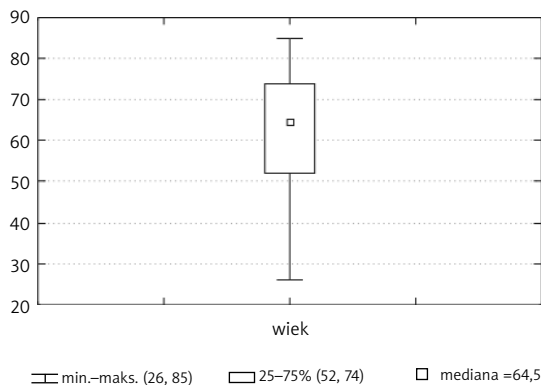
Badana grupa liczyła 30 osób ze stomią, w tym 16 kobiet i 14 mężczyzn (ryc. 1).

Wiek

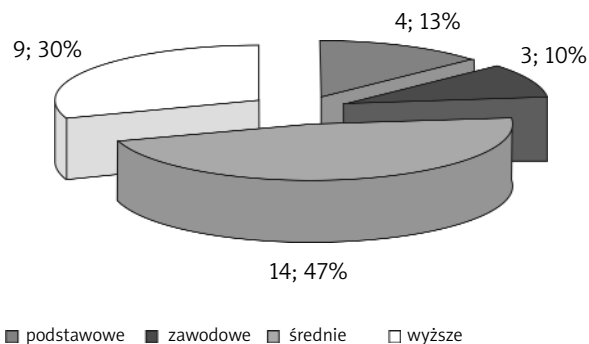
W badaniu brały udział osoby w przedziale wiekowym 26–85 lat (ryc. 2.). Wiek kobiet zawierał się w zakresie 26–80 lat, a mężczyzn 26–85 lat.

Miejsce zamieszkania

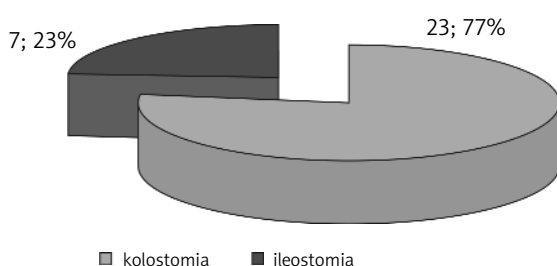
Tylko 1 osoba ankietowana (kobieta, 72 lata) była mieszkanką wsi. Pozostałe osoby mieszkały w mieście, co stanowi 96,6% badanych.



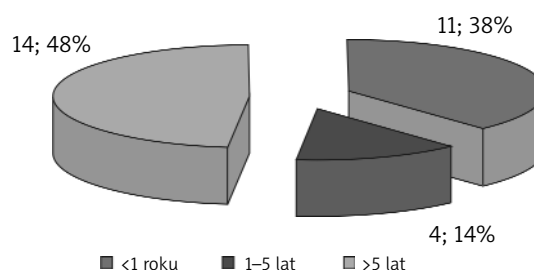
Ryc. 2. Wiek ankietowanych



Ryc. 3. Wykształcenie respondentów



Ryc. 4. Podział ze względu na rodzaj stomii



Ryc. 5. Podział ze względu na okres życia ze stomią

Aktywność zawodowa

Spośród ankietowanych osób 7 było aktywnych zawodowo. Były to osoby w wieku 26–62 lat, u których zabieg operacyjny wyłonienia stomii przeprowadzono 4 mies. przed rozpoczęciem omawianego badania. Pozostałe osoby to emeryci i renciści.

Wykształcenie

Niemal połowa ankietowanych osób miała wykształcenie średnie (ryc. 3.).

Rodzaj wyłonionej stomii

Osoby z wyłonioną kolostomią stanowiły 77%, pozostała część grupy miała wyłonioną ileostomię (ryc. 4.).

Okres życia ze stomią

Wśród osób ankietowanych, w chwili prowadzenia badań, 14 osób żyło ze stomią dłużej niż 5 lat, natomiast u 11 zabieg wyłonienia stomii był przeprowadzony nie wcześniej niż rok przed zakwalifikowaniem do badania (ryc. 5.).

Wyniki badań

W kwestionariuszu ankiety umieszczone zostało pytanie dotyczące samodzielności w wymianie woreczków

Tabela 1. Samodzielność w zmianie woreczka stomijnego a rodzaj stomii

pielęgnowanie	Stomia	
	kolostomia	ileostomia
samodzielnie (23)	20	3
z pomocą innych (7)	3	4
razem	23	7

stomijnych. Do wymiany woreczków z niewielką pomocą innych przyznało się 7 osób.

Ze względu na przyjęty pogląd, iż w zaopatrywaniu ileostomii mogą występować większe trudności niż w zaopatrywaniu kolostomii, podjęto próbę analizy, czy rodzaj posiadanej stomii wpływa na samodzielność jej pielęgnowania (tab. 1.) (χ^2 : 5,83; $df=1$; $p=0,0157$).

Na samodzielność wymiany woreczków istotny wpływ może mieć również czas, jaki upłynął od wyłonienia stomii (tab. 2.). Im okres ten był krótszy, tym częściej osoby ze stomią korzystały z pomocy innych (χ^2 : 4,75; $df=1$; $p=0,0293$).

Skala akceptacji choroby służy do oceny przystosowania się osoby badanej do choroby lub niepełnosprawności, a w prowadzonych badaniach do stomii. Skala za-

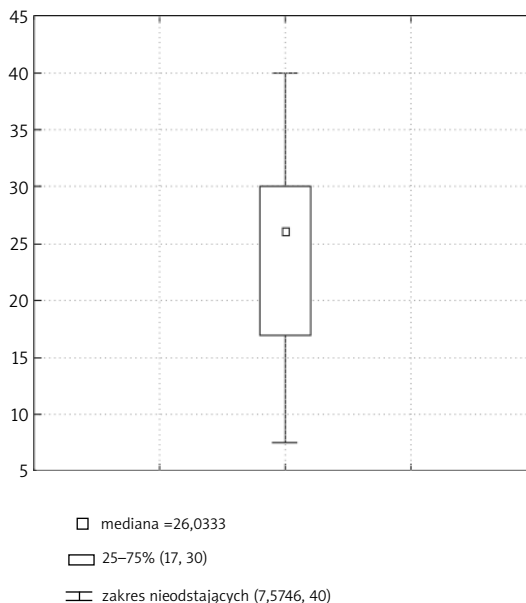
Tabela 2. Czas życia ze stomią

Stomia	Czas życia ze stomią	
	do roku	powyżej roku
pielęgnowanie samodzielnie (23)	6	17
z pomocą innych (7)	5	2
razem	11	19

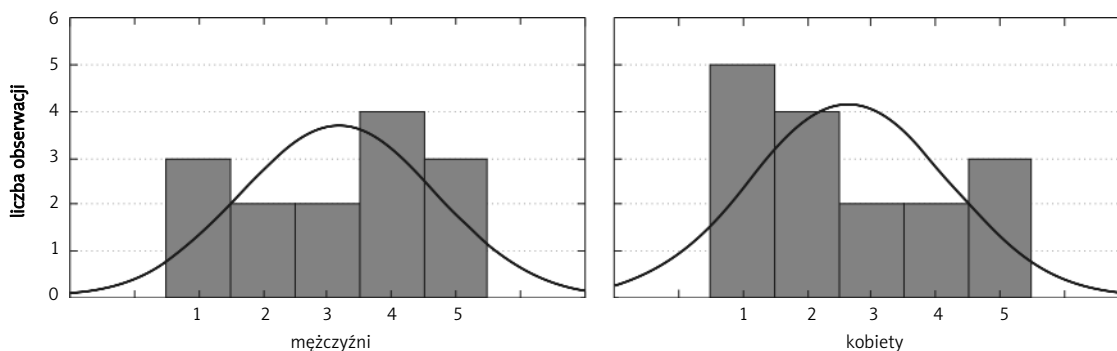
wiera 8 stwierdzeń, w stosunku do których respondenci wyrażają swój stosunek na skali 1–5 punktów (ryc. 6.). W tab. 3. przedstawiono średnią arytmetyczną uzyskanych wartości dla poszczególnych stwierdzeń.

Jedna czwarta badanych zdecydowanie podkreśla, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (ryc. 7.). Stanowi to większy problem dla kobiet.

Ze stwierdzeniem 7.: *Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być*, nie zgadza się i zdecydowanie nie zgadza się 16 (53%) osób.



Ryc. 6. Suma łącznej punktacji uzyskanej w kwestionariuszu AIS

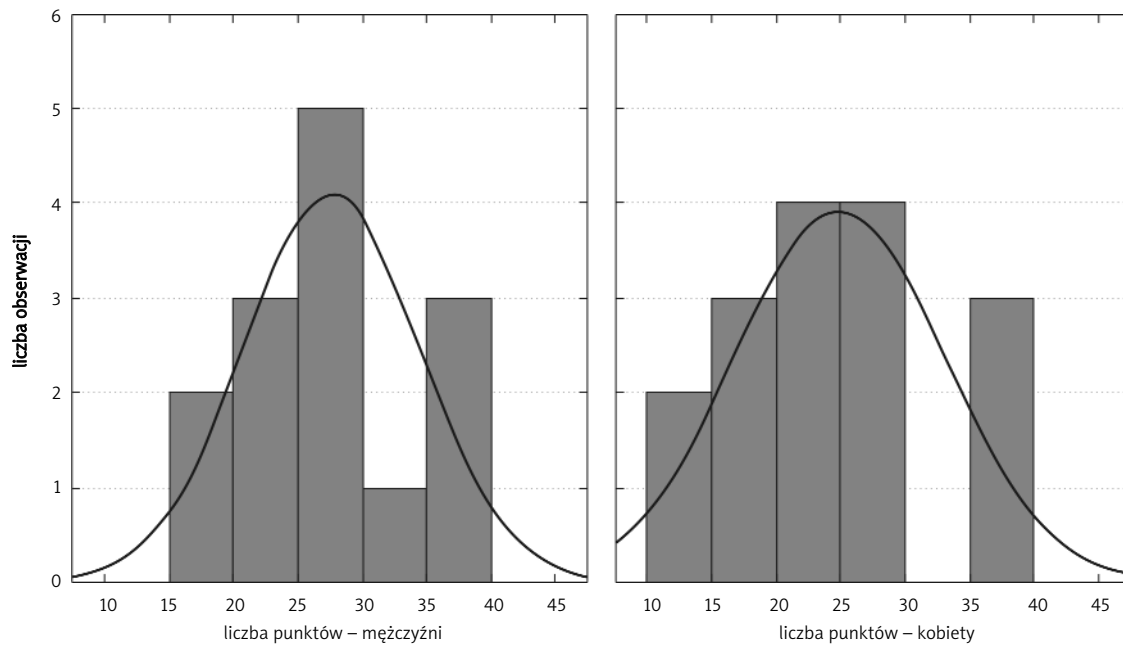


AIS

Ryc. 7. Odpowiedzi na stwierdzenie – *Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę* – z podziałem na grupy: mężczyźni, kobiety

Tabela 3. Średnia arytmetyczna oceny przystosowania osoby badanej do choroby wg skali AIS

Stwierdzenie	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,86666667	3	1,52526613
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,83333333	2	1,62062851
3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,5	4	1,45625879
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	3,03333333	3	1,5421287
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,56666667	4	1,63334506
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,36666667	4	1,49673975
7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,3	4	1,48904042
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,6	4	1,4044265
suma	26,0666667	26	7,57460974



Ryc. 8. Suma punktów uzyskanych w kwestionariuszu AIS dla grup: mężczyźni, kobiety

Tabela 4. Średnia arytmetyczna oceny satysfakcji z życia osoby badanej wg skali SWLS

Stwierdzenie	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe
1. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału	3,7	4	1,62204639
2. Warunki mojego życia są doskonałe	3,6	4	1,52224879
3. Jestem zadowolony z mojego życia	4,46666667	5	1,88886635
4. W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem osiągnąć	4,36666667	4,5	1,5421287
5. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić	3,83333333	3	1,76329107
suma	19,9666667	19,5	6,13347701

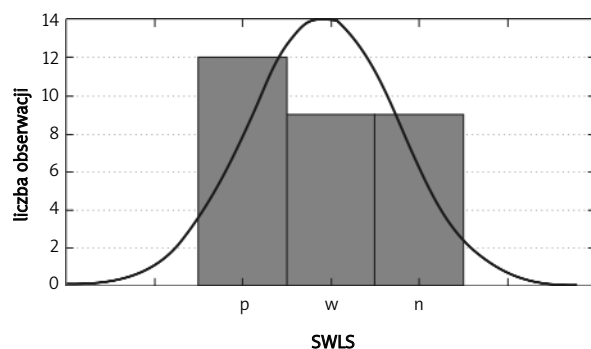
Na ryc. 8. zobrazowano stopień przystosowania się osób ankietowanych do choroby/stomii, który kształtuje się na poziomie średnim. Tylko jedna osoba osiągnęła maksymalną liczbę 40 punktów.

Satysfakcję z życia respondentów oceniano na podstawie skali SWLS. Każdy ankietowany odnosił się do poszczególnych 5 stwierdzeń, określając w punktacji od 1 – zupełnie nie zgadzam się, do 7 – całkowicie zgadzam się. Średnie wyniki przedstawiono w tab. 4.

Na podstawie uzyskanych danych można określić, że wysoki stopień satysfakcji z życia osiągnęło 30% ankietowanych, przeciętny 40%, natomiast niski 30% (ryc. 9).

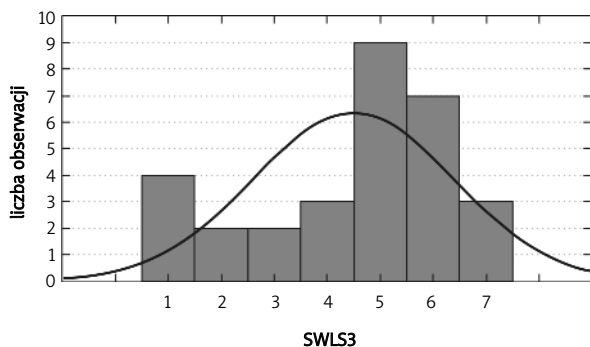
Zdecydowana większość badanych w stosunku do zdania *Jestem zadowolony z mojego życia* odpowiada: raczej zgadzam się, zgadzam się i całkowicie zgadzam się (ryc. 10).

W *Inwentarzu zachowań zdrowotnych* zawierającym 24 stwierdzenia pogrupowane w 4 kategoriach określa-

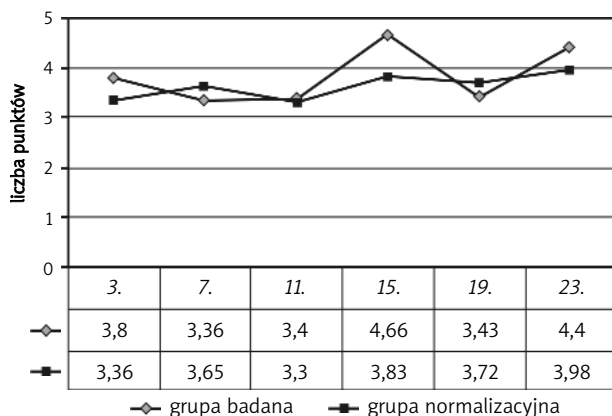


Ryc. 9. Stopień satysfakcji z życia osiągnięty wśród badanych wg skali SWLS (p – przeciętny, w – wysoki, n – niski)

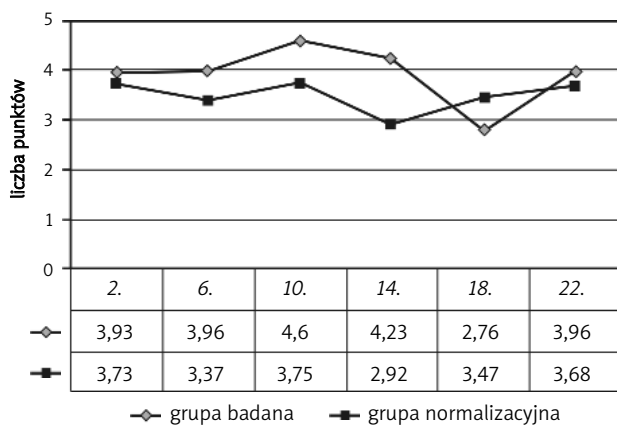
no stopień nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu. Po analizie i porównaniu uzyskanych wyników z grupą normalizacyjną obserwuje się (ryc. 11–14.):



Ryc. 10. Odpowiedź na pytanie: *Czy jestem zadowolony z własnego życia?*

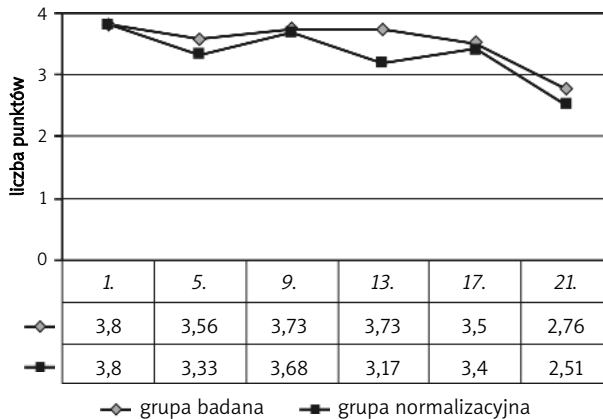


Ryc. 11. Pozytywne nastawienie psychiczne – średnia liczba punktów

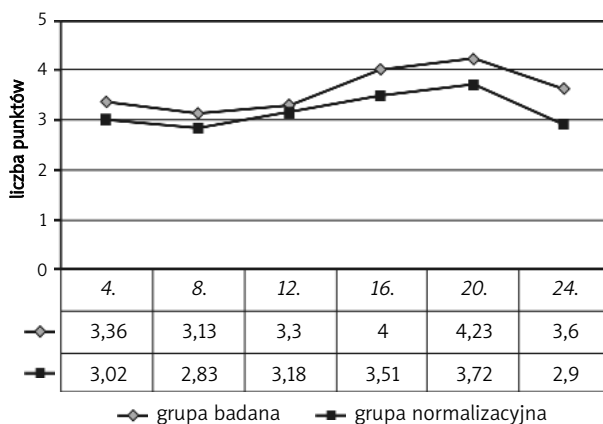


Ryc. 12. Zachowania profilaktyczne – średnia liczba punktów

- wyższe wyniki w grupie badanej w stwierdzeniach: 3. *Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim stanem zdrowia*, 11. *Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć*, 15. *Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne oraz* 23. *Myślę pozytywnie*;
- niewiele niższe wyniki dla stwierdzeń 7. *Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco* i 19. *Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja*;



Ryc. 13. Prawidłowe nawyki żywieniowe – średnia liczba punktów



Ryc. 14. Praktyki zdrowotne – średnia liczba punktów

- tylko w punkcie 18. *Staram się dowiedzieć jak inni unikają chorób* – grupa badana osiągnęła niższe wyniki od grupy normalizacyjnej;
- dla wszystkich pozostałych elementów wyszczególnionych jako zachowania profilaktyczne (2. *Unikam przeziębień*, 6. *Mam zanotowane numery służb pogotowia*, 10. *Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań*, 14. *Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie*, 22. *Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby*) wskaźniki kształtują się na stosunkowo wyższym poziomie niż w grupie normalizacyjnej;
- obydwie grupy w zakresie stwierdzenia 1. *Jem dużo warzyw i owoców* osiągnęły jednakowy wynik;
- dla pozostałych elementów: 5. *Ograniczam spożywanie tłuszczów zwierzęcych, cukru*, 9. *Dbam o prawidłowe odżywianie*, 13. *Unikam spożywania żywności z konserwantami*, 17. *Unikam soli i silnie solonej żywności*, 21. *Jem pieczywo pełnoziarniste* nieznacznie wyższe wyniki prezentuje grupa badana;
- w odniesieniu do praktyk zdrowotnych wszystkie wyniki osiągnięte przez grupę badaną są wyższe od grupy normalizacyjnej (4. *Wystarczająco dużo odpoczywam*, 8. *Unikam przepracowania*, 12. *Kontroluję swoją wagę ciała*, 16. *Wystarczająco dużo śpię*, 20. *Ograniczam palenie tytoniu*, 24. *Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego*).

Omówienie wyników

Zdrowie jest wartością najbardziej pożądaną przez każdego człowieka. Daje ono zdolność do pełnienia funkcji życiowych, wzmacnia poczucie pewności i bezpieczeństwa. Choroba natomiast powoduje ograniczenia w normalnym funkcjonowaniu człowieka i zmusza do przystosowania się do zaistniałej sytuacji. Przykładem może być operacja wytworzenia stomii jelitowej, która w pewnym stopniu okalecza człowieka i pozbawia możliwości kontroli nad jedną z podstawowych funkcji organizmu – wydalaniem [6].

Dotychczasowe badania [6, 7] wykazują, że ileostomia sprawia pacjentom więcej problemów w pielęgnacji i osoby te częściej korzystają z pomocy innych przy czynnościach higienicznych i zaopatrywaniu stomii. Uzyskane wyniki badań własnych (χ^2 : 5,83; $df=1$; $p=0,0157$) potwierdzają doniesienia Glińskiej [6] i Kirkwooda [8] o niższym poziomie życia pacjentów z ileostomią w porównaniu z wyłonioną kolostomią.

W niniejszej pracy podjęto próbę analizy wpływu czasu, jaki upłynął od wyłonienia odbytu brzuszego, na samodzielność w czynnościach pielęgnacyjnych. Z badań wynika, że pacjenci mający stomię dłużej niż rok wykazują większe zdolności do samoopieki.

Adaptację do zmienionych warunków życia uwarunkowanych stanem zdrowia próbowano przeanalizować za pomocą pytań dotyczących przystosowania i zaakceptowania następstw choroby. W badanej grupie stopień przystosowania do stomii kształtuje się na poziomie średnim. Część badanych zwraca uwagę, iż występują u nich problemy z przystosowaniem się do nowej, trudnej sytuacji życiowej. W piśmiennictwie spotkać się można z twierdzeniem, iż mężczyźni lepiej przystosowują się do życia ze stomią [9]. Prezentowane w niniejszej pracy badania także potwierdzają tę zależność. Kobiety mają większy problem z akceptacją choroby i ograniczeń narzucanych przez nią. Decydującym czynnikiem wpływającym na niższy stopień akceptacji stomii u kobiet jest obniżenie własnej wartości i atrakcyjności seksualnej, niezadowolony z własnego wyglądu.

Posiadanie stomii jelitowej wywiera ogromny wpływ na różne sfery życia pacjentów, w dużej mierze również na życie intymne [2, 9, 10].

Ponad połowa ankietowanych osób nie zgadza się ze stwierdzeniem, że nigdy nie będą samodzielnymi w takim stopniu, w jakim chcieliby być.

Mimo iż literatura podaje, że wyłonienie stomii jelitowej powoduje u chorych istotne ograniczenia, zwłaszcza emocjonalne i społeczne, oraz obniża jakość ich życia [11], to prowadzone badania wykazują, iż większość osób ze stomią jest zadowolona ze swojego życia. Zatem wysoki stopień satysfakcji z życia osiągnęło 30% ankietowanych, natomiast przeciętny 40%. Fakt ten można tłumaczyć akceptacją stomii jako metody leczenia ratującej życie [2].

W grupie ankietowanych 48% stanowiły osoby żyjące ze stomią powyżej 5 lat, a grupa 14% to osoby mające sto-

mię od 1–5 lat, można domniemywać, iż czas, jaki upłynął od wyłonienia stomii, wpłynął korzystnie na ogólną satysfakcję z życia tych pacjentów i adaptację do życia ze stomią.

W badaniach dokonano również analizy zachowań sprzyjających zdrowiu. Głównym motorem do podejmowania zachowań zdrowotnych jest motywacja utrzymania czy odzyskania zdrowia. Na podstawie zgromadzonych podczas badań danych można stwierdzić, że osoby ze stomią prezentują wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach – w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Porównanie wyników grupy badanej z grupą normalizacyjną [12] w zakresie prawidłowego snu, odpoczynku, unikania wysiłku fizycznego daje korzystniejsze wyniki dla grupy badanej. Być może na te parametry ma wpływ czynnik aktywności zawodowej – niemal 77% respondentów to renciści i emeryci. Kolejne porównywane stwierdzenia – *Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań* i *Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie* – gdzie grupa badana osiąga wyższe wyniki, mogą wynikać z faktu zachorowania, przebycia zabiegu operacyjnego i względnego odzyskania zdrowia.

Na podkreślenie zasługuje parametr – *Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne* – wyróżniony przez grupę badaną, który istotnie wpływa na adaptację do życia ze stomią [10, 13, 14].

Na nasilenie zachowań zdrowotnych w grupie osób ze stomią, szczególnie w pozyskiwaniu informacji na temat zdrowia i choroby, może mieć również wpływ proces edukacji tych osób w czasie pobytu w szpitalu. Zakres działań edukacyjnych prowadzonych przez zespół terapeutyczny obejmuje m.in. prawidłowe odżywianie, zapobieganie powikłaniom, czynności higieniczno-pielęgnacyjne, wskazywanie źródeł wsparcia [8, 14–16]. Dostarczane chorym poradniki zawierają treści mówiące o unikaniu żywności zawierającej konserwanty, kontroli masy ciała, prowadzeniu regularnego trybu życia, unikaniu wysiłku fizycznego, zarazem podkreślając możliwości zachowania kontaktów towarzyskich, wykonywania ulubionych zajęć i kontroli w poradni stomijnej [17–19]. Treści edukacyjne znajdują odzwierciedlenie w zgromadzonych danych.

Osoby ze stomią w zakresie zachowań zdrowotnych osiągają zdecydowanie wyższe wartości niż badani studenci [20] i pacjenci ze schorzeniami naczyń obwodowych [21] oraz nieco niższe wyniki niż kobiety po mastektomii [22].

Wnioski

1. Rodzaj stomii wpływa na samodzielność jej pielęgnowania.
2. W początkowym okresie życia ze stomią respondenci korzystali z pomocy innych osób podczas zmiany worka stomijnego, w późniejszym okresie czynności te wykonywali samodzielnie.

3. Deklarowany stopień przystosowania się osób ankietowanych do choroby i życia ze stomią kształtuje się na poziomie średnim i stanowi większy problem dla kobiet.
4. Zdecydowana większość osób ze stomią określa stopień satysfakcji z własnego życia na poziomie przeciętnym i wysokim.
5. Osoby ze stomią prezentują nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich kategoriach – w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych powyżej wartości przeciętnych.

Piśmiennictwo

1. Szczepkowski M. Dobra stomia. *Post Nauk Med* 2006; 19: 240-8.
2. Wrońska I, Wiraszka G. Jakość życia chorych z rakiem jelita grubego i wytworzonym brzuszny odbytem. *Psychoonkologia* 2003; 7: 37-42.
3. Okła W, Studen S. Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby. *Jakość życia w chorobie*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2007; 195-205.
4. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Cwajda J i wsp. Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew Lek* 2005; 2: 87-92.
5. Kołodziejczak M. Opieka nad pacjentem ze stomią. *Medycyna Rodzinna* 2006; 2: 32-5.
6. Glińska J, Hebda A, Dziki A. Wpływ opieki pielęgniarskiej na jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. *Proktologia* 2005; 6: 232-42.
7. Collett K. Practical aspects of stoma management. *Nursing Standard* 2002; 17: 45-55.
8. Kirkwood L. An introduction to stomas. *Journal of Community Nursing* 2005; 19: 20-4.
9. Banaszkiwicz Z, Szewczyk MT, Cierzniańska K i wsp. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współczesna Onkologia* 2007; 11: 17-25.
10. Trzeciński R, Biskup-Wróblewska A, Dziki A. Życie emocjonalne pacjentów ze stomią. *Proktologia* 2005; 6: 299-306.
11. Wiraszka G. Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15: 1-6.
12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych PTP*, Warszawa 2001; 116-22.
13. Krokowicz P, Gadzinowska A, Grochowalski M. Stomia – problem nadal aktualny? *Proktologia* 2005; 4: 333-40.
14. Szczepkowski M. Stomia jelitowa – wyzwanie nie tylko dla chirurga. *Proktologia* 2004; 5: 222-39.
15. Black P. Practical stoma care. *Nurs Stand* 2000; 14: 47-55.
16. Góral R. Rehabilitacja i readaptacja chorych ze stomią. *Chirurgia okrężnicy i odbytnicy*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993; 309-17.
17. Jarosz M. Żywnienie chorych ze stomią. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*, Warszawa 2007.
18. Słota J. Mam stomię – i co dalej? *Unimax*, Warszawa 2000.
19. Szczęsny W, Dąbrowiecki S. *Poradnik dla pacjentów ze stomią*. Bristol-Myers Squibb, Warszawa 2005.
20. Lewko J, Politańska-Lewko B, Sierakowska M i wsp. Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia Vol. LX, SUPPL XVI*, 283: 260-4.
21. Andruszkiewicz A, Basińska M. Zachowania zdrowotne pacjentów z chorobami naczyń obwodowych. *Ann Acad Med Siles* 2006; 60: 471-5.
22. Andruszkiewicz A, Ożmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59: 298-301.