



OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ZABIEGU WYŁONIENIA KOŁOSTOMII W PRZEBIEGU NOWOTWORU ESICY – STUDIUM PRZYPADKU

NURSING CARE OF A PATIENT AFTER COLOSTOMY SURGERY IN THE COURSE OF SIGMOID COLON CANCER – A CASE STUDY

Katarzyna Bodziony², Elżbieta Kania^{1, a}, Jolanta Burgiel^{1, b}

¹ Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych w Raciborzu
Institute of Physical Education and Health, State University of Applied Sciences in Racibórz, Poland

² Studentka drugiego roku studiów drugiego stopnia, kierunek pielęgniarstwo, Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych w Raciborzu
Second-year student Nursing of 2nd Cycle Master's Studies, Institute of Physical Education and Health, State University of Applied Sciences in Racibórz, Poland

^a <https://orcid.org/0000-0002-0650-0976>

^b <https://orcid.org/0009-0008-4899-1284>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2024.7>

STRESZCZENIE

Wstęp. Wytonienie stomii jelitowej wymaga wdrożenia specjalistycznych działań ze strony całego zespołu interdyscyplinarnego. Odpowiednie podejście do pacjenta, udzielenie wsparcia i wdrożenie działań edukacyjnych mają kluczowe znaczenie w planowaniu kompleksowej opieki nad pacjentem.

Cel. Celem było przedstawienie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po zabiegu wytonienia kolostomii w przebiegu nowotworu esicy.

Opis przypadku. Badaniem objęto 63-letnią kobietę po zabiegu sigmoidektomii z jednoczesnym wytonieniem kolostomii z powodu nowotworu jelita grubego. Zdiagnozowano problemy pielęgnacyjne obejmujące sferę biopsychospołeczną pacjentki.

Wnioski. Opieka nad pacjentem z wytonioną stomią jelitową wymaga wdrożenia holistycznego podejścia ze szczególnym uwzględnieniem zmian w psychice i ogólnym obrazie ciała chorego. Niezbędnym było zidentyfikowanie potrzeb pacjenta. Podstawowym zadaniem zespołu pielęgniarstwa było wdrożenie zaawansowanych działań i procedur medycznych zgodnych z najnowszymi standardami oraz aktualną wiedzą opartą na faktach.

SŁOWA KLUCZOWE: kolostomia, nowotwór esicy, opieka pielęgniarstwa, studium przypadku.

ABSTRACT

Introduction. The establishment of an intestinal stoma requires the implementation of specialized actions by the entire interdisciplinary team. An appropriate approach to the patient, providing support and implementing educational activities are of key importance in planning comprehensive patient care.

Aim. The aim was to present the nursing care of a patient after a colostomy procedure in the course of sigmoid colon cancer.

Case study. The study involved a 63-year-old woman after sigmoidectomy with simultaneous colostomy due to colorectal cancer. A number of nursing problems were diagnosed covering the patient's biopsychosocial sphere.

Conclusions. Caring for a patient with an intestinal stoma requires implementing a holistic approach with particular emphasis on changes in the patient's psyche and overall body image. It is essential to identify the patient's needs. The basic task of nursing is to implement advanced medical activities and procedures in accordance with the latest standards and current knowledge based on facts.

KEYWORDS: colostomy, sigmoid colon cancer, nursing care, case study.

Wstęp

Nowotwór jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego [1]. Według prognoz dostępnych w bazie Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na ten nowotwór systematycznie wzrasta. Nowotwór jelita grubego najczęściej lokalizuje się w obrębie okrężnicy [2].

Objawy nowotworu jelita grubego uzależnione są od jego lokalizacji w jamie brzusznej. W przypadku występowania nowotworu w okrężnicy zmiany są asymptomatyczne przez dłuższy czas procesu kancerogenezy [2, 3]. Do najczęstszych objawów nowotworu występującego w obrębie lewej strony jamy brzusznej jest widoczne krwawienie z odbytu lub stolec z domiesz-

ką krwi oraz zmiana rytmu wypróżnień [3, 4]. Ponadto Cardoso i wsp. stwierdzili, że guzy pierwotne często są przyczyną niedrożności bądź perforacji przewodu pokarmowego [4].

W diagnostyce raka jelita grubego podstawową metodą diagnostyczną jest wykonanie kolonoskopii, która należy do badań przesiewowych w określonej grupie wiekowej [5, 6]. Wykorzystywanie badań przesiewowych w sposób znaczący zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jelita grubego nawet o 90% [5].

Leczenie nowotworów jelita grubego oparte jest na postępowaniu systemowym, tj. chemio- i radioterapia oraz chirurgia [3]. Podstawową metodą leczenia nowotworu jelita grubego jest jednak zabieg chirurgiczny mający na celu usunięcie zmiany [1]. Zabieg operacyjny można wykonać, stosując metodę klasyczną bądź laparoskopową. Dobór metody zależy od wielu czynników, m.in.: od lokalizacji zmiany nowotworowej, stopnia zaawansowania czy stanu zdrowia pacjenta. Zastosowanie metody klasycznej często wiąże się z koniecznością wyłonienia stomii jelitowej [4, 6, 7]. Jako najczęstszą przyczyną wyłonienia stomii jelitowej w Polsce uważa się występowanie raka jelita grubego. Stanowi to około 77% przypadków [2]. W Polsce rocznie wykonywanych jest ponad 6000 zabiegów operacyjnych, podczas których dochodzi do wytworzenia stomii jelitowej, z czego około 85% to kolostomie [1].

Informacja o konieczności wyłonienia stomii jest dla pacjenta bardzo trudna. Znacząco wpływa na jakość życia zarówno chorego, jak i jego rodziny. Dochodzi do zmiany obrazu własnego ciała oraz obniżenia poczucia własnej wartości. Dodatkowo brak odpowiedniej wiedzy na temat pielęgnacji i samoopieki wzmacnia obawę dotyczącą możliwości wykluczenia społecznego [7–9].

Pielęgniarka jako członek zespołu interdyscyplinarnego pełni bardzo ważną rolę w opiece nad pacjentem z wyłonioną stomią jelitową. Podchodząc do pacjenta w sposób holistyczny, jednostkowy i zwracając uwagę na jego potrzeby biopsychospołeczne, przygotowuje pacjenta do samodzielnego funkcjonowania oraz zaakceptowania wyglądu własnego ciała [3]. Wykorzystując różne metody terapeutyczne i komunikacyjne, a także zgłębiając temat pacjentów stomijnych, zapewnia specjalistyczną opiekę dostosowaną do pacjenta [10].

Celem jest przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu wyłonienia kolostomii w przebiegu nowotworu esicy.

Opis przypadku

W momencie objęcia opieką pielęgniarską pacjentka miała 63 lata i znajdowała się w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym usunięcia zmiany nowotworowej zlokalizowanej w obrębie esicy wraz z wyłonieniem ko-

lostomii. Operację przeprowadzono metodą klasyczną poprzez standardowe otwarcie powłok brzusznych.

Badanie przeprowadzono metodą analizy przypadku z wykorzystaniem: badania fizykalnego, obserwacji pielęgniarstwa oraz analizy dokumentacji medycznej. W celu oceny akceptacji choroby przez pacjentkę wykorzystano standaryzowaną skalę akceptacji choroby AIS w polskiej adaptacji Jurczyńskiego. Skala składa się z ośmiu pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. Miarą stopnia akceptacji stanu zdrowia była suma wszystkich punktów mieszcząca się w przedziale 8–40 pkt. Utworzono trzy przedziały punktowe określające poziom akceptacji: 8–18 punktów oznacza brak akceptacji choroby, 19–29 punktów – średnią akceptację, natomiast 30–40 punktów – dobrą akceptację choroby. Badanie przeprowadzono za zgodą pacjentki.

Z wywiadu środowiskowego wynikało, że pacjentka jest mężatką. Nie ma potomstwa. Mieszka w domu jednorodzinnym na wsi. Negowała występowanie chorób współistniejących i alergii. Nigdy wcześniej nie była hospitalizowana.

Stan ogólny chorej w pierwszej dobie pooperacyjnej był stabilny, jednak widoczne było znaczne zmęczenie i osłabienie. Ze względu na rozległość przeprowadzonej operacji wprowadzono kartę intensywnego nadzoru chorej, w której dokonywano zapisu systematycznego pomiaru podstawowych parametrów życiowych. Parametry były zaburzone: ciśnienie tętnicze krwi wynosiło od 70/50 mmHg do 90/60 mmHg, natomiast tętno 101 do 140 ud./min. Poziom saturacji plasował się na poziomie około 98%, natomiast liczba oddechów mieściła się w granicy 12–16 odd./min.

Przeprowadzono ocenę stanu psychicznego chorej. Orientacja allo- i autopsychiczna była zachowana. Pacjentka była zorientowana, co do miejsca i czasu. W skali Glasgow uzyskała 15 punktów. Uwaga i koncentracja osłabiona z powodu podawanych analgetyków i utrzymującego się odczucia dolegliwości bólowych. W badaniu neurologicznym nie wykryto patologii. U pacjentki nie występowały porażenia ani niedowład. W obrębie jamy brzusznej wykryto wzmożone napięcie mięśniowe, wynikające z utrzymujących się dolegliwości bólowych. Podczas rozmowy zauważono obniżony nastrój. Była wycofana i zmartwiona aktualną sytuacją zdrowotną. W wywiadzie pacjentka zgłaszała utrzymujące się uczucie senności i osłabienia.

Pacjentka nie wskazywała dysfunkcji ze strony układu oddechowego. Dokonano pomiaru liczby oddechów, stwierdzono 12–16 odd./min. Oddechy były miarowe o prawidłowej głębokości. Nie angażowano dodatko-

wych mięśni oddechowych. Klatka piersiowa rozprężyła się symetrycznie. Odgłos opukowy był jawny, symetryczny nad polami płucnymi. Osłuchowo obecny szmer oddechowy pęcherzykowy, symetryczny i dobrze słyszalny. Obserwowane były jednak niewielkie zalegania wydzieliny w drogach oddechowych oraz obecność suchego kaszlu.

Ranę operacyjną podczas zabiegu zaopatrzono szwem monofilamentowym, niewchłaniałym. Rana o prawidłowych cechach gojenia się, stosownych do pierwszej doby po zabiegu operacyjnym. W związku z nadwagą pacjentki (BMI 25,78) i obecnością fałdów skórno-tłuszczowych w obrębie jamy brzusznej doszło do rozszczelnienia worka stomijnego i podciekania treści kałowej.

Podczas zabiegu operacyjnego w obrębie jamy brzusznej założono dwa dreny brzuszne. Jeden dren był umieszczony w miednicy mniejszej, natomiast drugi znajdował się w loży pooperacyjnej. Celem drenażu było wykluczenie ewentualnego krwawienia pooperacyjnego.

Podjęto decyzję o utrzymaniu cewnika moczowego w celu oceny diurezy pacjenta. Bilans płynów w pierwszej dobie był ujemny, świadczący o odwodnieniu pacjentki.

Ze względu na rozległość wykonanego zabiegu i znaczną utratę krwi podczas operacji pacjentka była osłabiona, przez co niezbyt chętna do wdrożenia rehabilitacji. Sklasyfikowano ją do 3 kategorii opieki pielęgniarskiej. Oznacza to, że w stopniu znacznym wymagała pomocy osób trzecich w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

Ze względu na rozległość zabiegu operacyjnego chora miała zleconą dietę ścisłą. W pierwszej dobie po zabiegu podawano tylko dożylnie płyny infuzyjne. Z powodu zaburzonego panelu żywieniowego świadczącego o niedożywieniu pacjentki zlecono wdrożenie żywienia parenteralnego. W wynikach badań zaobserwowano zmniejszenie stężenia białka całkowitego, albumin, prealbuminy, transferyny, całkowitej liczby limfocytów oraz zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. W celu wdrożenia żywienia pozajelitowego, po uzyskaniu wyniku INR, pacjentkę zakwalifikowano do założenia wkłucia centralnego do żyły szyjnej wewnętrznej. Po wykonaniu wkłucia wykonano zdjęcie RTG klatki piersiowej, wykluczając ryzyko wytworzenia odmy opłucnowej. Założono kartę obserwacji wkłucia centralnego. Podłączono żywienie pozajelitowe – SmofKabiven 986 ml – posiadające w składzie niezbędne składniki, jak m.in.: aminokwasy z elektrolitami, glukozę, emulsję tłuszczową. Wartość energetyczna całkowita preparatu to 1100 kcal.

W związku z rozległością operacji zidentyfikowano problemy pielęgnacyjne, które przyczyniły się do obniżenia jakości życia pacjentki. Do głównych problemów pielęgnacyjnych należały:

Problem pielęgnacyjny: Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych oraz obecność suchego kaszlu.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było ułatwienie wykrztuszenia zalegającej wydzieliny i zminimalizowanie występowania odruchu kaszlowego.

Wykonano działania pielęgnacyjne: prowadzono systematyczną toaletę drzewa oskrzelowego poprzez zmianę pozycji ułożeniowej pacjentki i oklepywanie klatki piersiowej. Wdrożono ćwiczenia oddechowe, wykorzystując aparat Triflo oraz butelkę z wodą. Zalecono wykonywanie ćwiczeń około 5–6 razy w ciągu dnia. Udzielono informacji na temat prawidłowej techniki efektywnego kaszlu. Wyedukowano pacjentkę w zakresie znaczenia ćwiczeń i celu, jakim jest zapobieganie powikłaniom mogącym wystąpić zarówno ze strony układu oddechowego, jak i mających działanie przeciwzakrzepowe. Chora powinna nauczyć się prawidłowo oddychać torem piersiowym, by ochronić miejsce cięcia chirurgicznego. Ponadto w przypadku występowania kaszlu czy odkształszania powinna mieć wiedzę na temat ochrony dłońmi miejsca operowanego.

Ocena podjętych działań: pacjentka posiada wiedzę na temat działań ograniczających zaleganie nadmiaru wydzieliny w drogach oddechowych. Zna zasady i metody niwelowania niepokojących objawów związanych z funkcjonowaniem układu oddechowego. Wie w jaki sposób zapobiegać występowaniu zalegania i nadmiernego kaszlu. Problem wymaga jednak obserwacji i reoceny.

Problem pielęgnacyjny: Silne dolegliwości bólowe w obrębie dolnego lewego kwadrantu jamy brzusznej.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Założono kartę obserwacji bólu. Prowadzono systematyczną ocenę poziomu bólu, wykorzystując do tego celu skalę NRS (skalę numeryczną). Zastosowano niefarmakologiczne metody niwelowania bólu. Dokonano zmiany pozycji ciała pacjentki na półwysoką, zmniejszając napięcie powłok brzusznych. Zapewniono odpowiedni mikroklimat sali chorych (zapewniono odpowiednią temperaturę pomieszczenia 16–19°C, wilgotność powietrza w okolicy 60% oraz odpowiedni przepływ powietrza). Zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich wdrożono farmakoterapię w celu zniwelowania dolegliwości bólowych. Podłączono dożylnie pompę infuzyjną z 30 mg Oxynormu w ciągłym wlewie dożylnym na 16 godzin.

Ocena podjętych działań: Pacjentka określiła ból jako ostry, rwący i uciążliwy. Poziom ból oceniała na poziomie 8 punktów według skali NRS. Wynik oznacza, że ból był na wysokim poziomie i przyczynił się do obniżenia jakości życia. Po 30 minutach dokonano reoceny

odczuwanych dolegliwości bólowych, które wynosiły 4 punkty w skali NRS. Ból zmniejszył się po zastosowaniu farmakoterapii. Po 30 minutach wchłaniania leku dokonano reoceny natężenia bólu. Pacjentka oceniła go na 7 punktów w skali NRS. Po konsultacji z lekarzem dodatkowo podano drogą dożylną 1g Pyralginy. Prowadzono systematyczną ocenę bólu, dostosowując działania do poziomu dolegliwości bólowych.

Problem pielęgnacyjny: Rozszczelnienie worka stomijnego i podciekanie treści kałowej spowodowane nadwagą pacjentki i obecnością fałdów skórno-tłuszczowych w obrębie jamy brzusznej.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było zabezpieczenie worka stomijnego i ograniczenie częstości kontaktu treści kałowej z powłokami jamy brzusznej.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Chcąc uniknąć zwiększonego ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej i podrażnienia skóry wokół stomii, dokonano oceny skóry wokół stomii oraz zmiany worka stomijnego. Na przetokę założono worek stomijny: jednoczęściowy, przezroczysty, umożliwiający monitorowanie treści wypływającej z przetoki, a także ocenę samej stomii. Podczas wymiany wykonano toaletę skóry wokół stomii. W trakcie wymiany worka podjęto próbę zaangażowania pacjentki, nawiązując z nią dialog i motywując do przyglądania się wykonywanej procedurze. Podjęto próbę wdrożenia działań edukacyjnych z zakresu samopielęgnacji i samoopieki.

Ocena podjętych działań: Przetoka była obrzęknięta, wilgotna, koloru czerwonego, wystająca nad powłoki brzuszne na około 1 cm. W worku stomijnym była widoczna śladowa ilość treści śluzowo-krwistej. Skóra wokół stomii była sucha, bez zaczerwień, nadżerek, owrzodzeń czy wysięku. Podczas pielęgnacji pacjentka odwracała wzrok. Opowiedziała o swoich obawach, wątpliwościach i barierach dotyczących życia ze stomią. Rozmowę i udział pacjentki w pielęgnacji stomii dostosowano do stanu psychicznego pacjentki, zapewniając ją jednocześnie o cykliczności działań edukacyjnych.

Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort pacjentki spowodowany wyłoniem drenażem jamy brzusznej.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było zminimalizowanie dyskomfortu pacjentki.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Zaobserwowano 50 ml treści surowiczo-krwistej drenowanej z łoży pooperacyjnej, natomiast w drugim drenie obecne było 90 ml płynu surowiczo-krwistego. Informację o ilości i jakości drenowanej wydzieliny odnotowano w dokumentacji pielęgniarskiej i przekazano lekarzowi.

Poinformowano pacjenta o celowości założonych drenów. Dokonywano systematycznej oceny skóry wokół drenów oraz odpowiedniej dezynfekcji, a także zmiany opatrunku.

Ocena podjętych działań: Pomimo udzielonych pacjentce informacji dyskomfort nie zmniejszył się. Założone dreny niepokoiły pacjentkę i przeszkadzały w uruchamianiu się.

Problem pielęgnacyjny: Odwodnienie pacjentki spowodowane rozległością przeprowadzonego zabiegu.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było utrzymanie odpowiedniego nawodnienia pacjentki. Zmniejszenie stopnia odwodnienia.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Dokonano oceny stopnia odwodnienia oraz wdrożono płynoterapię dożylną, przetaczając 1000 ml Plasmalyte, zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. Skontrolowano i oceniono stan uwodnienia skóry pacjentki. Wykonano pomiar nawrotu kapilarnego. Oceniono ilość wydalanego moczu. Zlecono obserwację pacjentki oraz pobranie materiału do badań laboratoryjnych w celu oceny morfologii i poziomu elektrolitów. Dodatkowo wykonano pomiar OCŻ w celu wykluczenia niedostatecznego wypełnienia łożyska naczyniowego świadczącego o hipowolemii.

Ocena podjętych działań: Skóra pacjentki wiotka, blada, zimna i mało elastyczna. Nawrót kapilarny opóźniony (powyżej 2 s). Ilość wydalanego moczu wynosiła 900 ml/24 godziny. Mocz był zagęszczony, lekko podbarwiony krwią. Pomiar odnotowano w dokumentacji medycznej i poinformowano lekarza. Uzyskano wynik OCŻ na poziomie 6 cm H₂O, co oznacza prawidłowy poziom ciśnienia w dużych naczyniach żylnych. Problem wymaga dalszego monitorowania.

Problem pielęgnacyjny: Niezdolność do samoopieki i samopielęgnacji spowodowane trudnością w poruszaniu się.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było usprawnienie pacjentki, edukacja w zakresie bezpiecznego wykonywania czynności samoobsługowych.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Dokonano oceny chorej w skali Barthel, sprawdzając sprawność ruchową pacjentki, samodzielność oraz zakres potrzebnej opieki. W celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia powikłań związanych z ograniczeniem ruchu zachęcono pacjentkę do wdrożenia aktywności fizycznej poprzez wykonywanie ćwiczeń biernych. Wdrożenie odpowiedniej rehabilitacji we wczesnym okresie pooperacyjnym znacznie obniża ryzyko wystąpienia powikłań związanych z unieruchomieniem. Stagnacja

w okresie pooperacyjnym i występowanie czynników dodatkowych, jakim niewątpliwie była nadwaga pacjentki podnosi ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych. Podkreślono znaczenie stosowania elewacji i wprowadzenia ćwiczeń mięśni kończyn dolnych. Ponadto wczesna rehabilitacja umożliwia nabywanie prawidłowych nawyków przyjmowania właściwych pozycji ułożeniowych czy pionizacji pacjentki. Pacjentka w pierwszej dobie była mobilizowana do pionizacji, jednak ze względu na osłabienie próby okazały się nieskuteczne. Przeprowadzono edukację w zakresie prawidłowo wykonywanej rehabilitacji. Chorą wyedukowano w zakresie wdrożenia czynności samopielęgnacyjnych i samoopiekuńczych. Przekazano również informację o konieczności wzmocnienia mięśni krocza i tłoczni brzusznej, pomocnych w kontrolowaniu procesu defekacji.

Ocena podjętych działań: Z powodu znacznego ograniczenia ruchowego, braku możliwości korzystania z toalety pacjentka otrzymała 25 punktów według skali Barthel, co oznacza, że wymaga wdrożenia zaawansowanej opieki pielęgniarskiej. Wynik potwierdził także konieczność ścisłego monitorowania i zapewnienia pomocy w kierunku zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych pacjentki. Pacjentkę poinformowano o przeciwwskazaniach dotyczących wykonywania ćwiczeń prowadzących do nadmiernego napięcia mięśni tłoczni brzusznej. Pacjentka uzyskała również informacje dotyczące konieczności zachowania pozycji lekko pochylonej w trakcie pionizacji i stosowania się do zalecenia, aż do piątego tygodnia po zabiegu chirurgicznym. Szeroko pojęta rehabilitacja obejmowała także naukę pacjentki w zakresie bezpiecznego wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych.

Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort pacjentki z powodu odczucia silnego pragnienia i kserostomii.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było zminimalizowanie odczucia kserostomii. Zminimalizowanie dyskomfortu pacjentki.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Ocena stopnia odwodnienia oraz stanu fizycznego śluzówki jamy ustnej. Ograniczenie czynników pogłębiających kserostomię. Systematyczna toaleta jamy ustnej. Niedopuszczenie do rozwinięcia stanu zapalnego. Zwilżanie ust wilgotnym gazikiem nasączonym przegotowaną wodą. Dbłość o skórę ust pacjentki. Rozmowa z pacjentką na temat występującego problemu.

Ocena podjętych działań: Komfort pacjentki poprawił się poprzez codzienne zwilżanie ust wilgotnym gazikiem nasączonym przegotowaną wodą. Usta pacjentki zabezpieczono także delikatną, cienką warstwą wazeliny. Salę chorych przewietrzono w celu poprawy

komfortu pacjentki. Problem wynika jednak z monitorowania.

Problem pielęgnacyjny: Podwyższona ciepłota ciała spowodowana rozległością przeprowadzonego zabiegu.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było obniżenie ciepłoty ciała pacjentki.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Zastosowano zimne okłady w okolicy lokalizacji dużych naczyń. Udzielono pomocy w zmianie bielizny osobistej i pościelowej pacjentki. Poinformowano lekarza i udokumentowano parametry życiowe w karcie gorączkowej. Na zlecenie lekarza podano 1 g Paracetamolu we wlewie dożylnym. Przeprowadzono rozmowę z pacjentką na temat niefarmakologicznych sposobów obniżania ciepłoty ciała.

Ocena podjętych działań: Ciepłota ciała pacjentki utrzymywała się na poziomie około 38°C. Po podaniu 1g Paracetamolu dokonano reoceny pomiaru ciepłoty ciała, który wyniósł 37,2°C. Pomiar temperatury wymagał dalszej obserwacji.

Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane reżimem łóżkowym pacjentki.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było zminimalizowanie ryzyka wystąpienia odleżyn. Uruchomienie pacjentki.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Ze względu na unieruchomienie pacjentki wdrożono profilaktykę przeciwoodleżynową. Dokonano oceny pacjentki według skali Norton. Wykonywano toaletę przeciwoodleżynową. Podczas pomocy w wykonywaniu toalety pacjentki zadbane o masaż i odpowiednie natłuszczenie miejsc wrażliwych na ucisk. Udzielono pomocy w systematycznej zmianie pozycji ciała co dwie godziny, kompensując niedomogi pacjentki. Wprowadzono kartę przeciwoodleżynową w celu dokładnej kontroli skóry pacjentki.

Ocena podjętych działań: Skóra pacjentki była bladeżółta, sucha, słabo napięta. W skali Norton pacjentka uzyskała 14 punktów, co wskazuje na podwyższone ryzyko rozwoju odleżyn. Wdrożone działania spowodowały, że nie doszło do wystąpienia odleżyn. Problem wymaga jednak obserwacji oraz systematycznych działań zmniejszających ryzyko wystąpienia odleżyn.

Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych związanych z unieruchomieniem pacjentki.

Celem opieki w odniesieniu do tego problemu było minimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz uruchomienie pacjentki.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Dokonano oceny ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych. Wdrożono więc profilaktykę przeciwzakrzepowo-zatorową. Dodatkowo w pierwszej dobie zalecono wykonywanie ćwiczeń pod opieką fizjoterapeuty oraz wykonywanie elewacji kończyn dolnych, podkładając pod kończyny klin. Podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena podjętych działań: Dokonano oceny stopnia zagrożenia rozwoju powikłań zakrzepowo-zatorowych. Ze względu na wiek pacjentki oraz rozległość zabiegu operacyjnego pacjentka otrzymała 4 punkty, co świadczy o znacznym ryzyku wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych. Zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich pacjentce podano Clexane 0,4 s.c. jeden raz dziennie. Utrzymano elewacje kończyn dolnych pacjentki. Nie doszło do wystąpienia powikłań, problem wymaga jednak dalszej obserwacji.

Problem pielęgnacyjny: Niska samoocena spowodowana wyłonieniem stomii.

Celem opieki: Podniesienie samooceny. Akceptacja choroby.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Przeprowadzono rozmowę z pacjentką. Dokonano oceny według skali AIS. Poinformowano o możliwości skorzystania z rozmowy z psychologiem. Wyedukowano pacjentkę w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Zmotywowano pacjentkę do wykonywania samodzielnych działań pielęgnacyjnych stomii. Udzielono wsparcia emocjonalnego. Zapewnienie warunków do odpoczynku. Aktywizowanie pacjentki. Zachęcenie do czynnego uczestnictwa w klubie stomików.

Ocena podjętych działań: W skali AIS pacjentka uzyskała 19 punktów. Wynik oznacza, że poziom akceptacji choroby był średni. Chora nie akceptowała swojego stanu zdrowia ani choroby z jaką się zmagają. Ponadto pacjentka nie jest zainteresowana nauką dotyczącą pielęgnacji stomii. W trakcie próby aktywizacji odwracała wzrok. Nie była zainteresowana rozmową z psychologiem i kontaktem z osobami ze stomią. Problem wymaga wnikliwej obserwacji i zaangażowania zespołu interdyscyplinarnego.

Problem pielęgnacyjny: Deficyt wiedzy w zakresie samoopieki i samopielęgnacji pacjentki.

Celem opieki: Nabycie wiedzy i umiejętności umożliwiających podjęcie samodzielnych działań pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Wykonano działania pielęgnacyjne: Wyedukowanie pacjentki w zakresie działań samoopiekuńczych i samopielęgnacyjnych. Dokonanie instruktażu doty-

czącego pielęgnacji stomii i sprzętu niezbędnego do jej zaopatrzenia. Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką dotyczącej obaw i lęku związanych z samodzielną pielęgnacją. Zapewnienie dostępu do broszur, ulotek, poradników, które pomogą tę samodzielność uzyskać. Poinformowanie pacjentki o możliwości uzyskania wsparcia w poradni czy w klubie stomika.

Ocena podjętych działań: U pacjentki zdiagnozowano znaczny deficyt wiedzy w zakresie choroby oraz brak chęci do samoopieki i samopielęgnacji. Chora obawiała się nowej sytuacji, w której się znalazła. Była zmartwiona i wystraszona tym, co się wydarzyło. W trakcie rozmowy była zmęczona i senna. Pacjentka bardzo martwiła się o swój stan zdrowia, ponieważ chce się opiekować chorym na cukrzycę mężem. Podczas rozmowy opowiadała o swoich lękach. Nie chciała pokazać swojej słabości rodzinie, przez co restrykcyjnie ograniczyła z nimi kontakt. Wykonano kilka działań instruktażowych, zapoznających ze sprzętem stomijnym, zasadami wymiany worka. Zachęcono pacjentkę do rozmowy z psychologiem, ale odmówiła. Podejmowano dalsze próby przekonania pacjentki o pozytywnych aspektach skorzystania z pomocy. Problem wymaga wnikliwej obserwacji oraz dużego nakładu pracy ze strony całego zespołu terapeutycznego.

Dyskusja

W pracy została podjęta próba przedstawienia roli pielęgniarki wobec pacjentki po zabiegu wyłonienia kolostomii w przebiegu nowotworu esicy. Po przeprowadzonym zabiegu chirurgicznym pacjentka wymagała intensywnej opieki pielęgniarskiej. Odpowiednie przygotowanie pacjentki do samoopieki i samopielęgnacji znacząco wpłynęło na jakość życia.

Ból występujący u badanej pacjentki znacznie obniżał jej poziom jakości życia i znacząco wpłynął na przebieg procesu rekonwalescencji. Według Brouwera i wsp. najbardziej dotkliwym problemem dla pacjenta jest obecność bólu pooperacyjnego oraz uciążliwych torsji [11].

Jak podaje Saur i wsp. pacjenci po zabiegu wyłonienia kolostomii odczuwają lęk, strach i niepokój związany z chorobą i jej konsekwencjami [12]. Natomiast z badań He i wsp. wynika, że pacjenci ze wskazaniem do nagłej operacji wyłonienia stomii trudniej się do niej przystosowują i ją akceptują [13]. Opis pacjentki potwierdza trudności wymienione przez autorów. Pacjentka była labilna emocjonalnie. Wykazywała brak akceptacji sytuacji, w jakiej się znalazła. Pacjentka czuła się dezorientowana. Odczuwała strach i niepokój o swoje zdrowie i przyszłość. Nie akceptowała wyłonionej stomii. D'Ambrosio i wsp. wskazują zależność jakości życia od upływu czasu po zabiegu wyłonienia stomii. Im więcej

czasu minęło od operacji, tym stomicy byli spokojniejsi i pogodzeni z obecnością przetoki [14].

Podczas sprawowania opieki nad pacjentką zastosowano całościowe podejście do problemów, z jakimi się mierzyła. Zwrócono uwagę na utrzymanie odpowiedniego dobrostanu biopsychospołecznego chorej. Na temat wdrożenia opieki holistycznej w stosunku do pacjenta z wyłonioną stomią pisze Dziedzic i wsp. Według niego należy zwrócić uwagę nie tyle na same objawy, ale również na sytuację osobistą, społeczną i rodzinną pacjentki, która zostaje zaburzona przez chorobę i ma wpływ na jakość jej życia [15].

U opisanej pacjentki występował lęk i niepewność związana z samodzielną pielęgnacją kolostomii. Samopoczucie pacjentki i nastroj były obniżone. Chora nie była chętna do edukacji, uciekała wzrokiem od próby zapoznania ze sprzętem stomijnym. Była motywowana i zachęcana do współpracy. W literaturze wielokrotnie podkreślana jest rola pielęgniarki jako edukatora w opiece nad pacjentem ze stomią. Odpowiednie przygotowanie pacjenta oraz edukacja dotycząca wykorzystania sprzętu stomijnego i pielęgnacji przetoki jelitowej to ważniejszy element w procesie akceptacji stomii [16].

Po zabiegu poziom samooceny pacjentki, a tym samym jakości jej życia, znacząco się obniżył. Pacjentka nie akceptowała obrazu własnego ciała. Obawiała się opinii społecznej i braku akceptacji przez rodzinę. Literatura podaje, że wyłonienie stomii znacząco wpływa na jakość życia chorego. Zmienia się nie tylko sposób wypróżniania pacjenta, ale przede wszystkim sposób w jaki sam siebie postrzega. Jest to związane z pojawieniem się obaw związanych z funkcjonowaniem i fizjologią, co znacząco wpływa na samoocenę chorego [17].

Sytuacja wpłynęła na wszystkie sfery życia badanej pacjentki, wywierając szczególny wpływ na sferę psychiczną. Pacjentka odczuwała lęk przed powrotem do codziennego życia. W literaturze zwraca się uwagę na problemy ze sfery psychicznej, jakie niesie za sobą wyłoniona stomia, takie jak np. lęk przed funkcjonowaniem w codziennym życiu czy obawa przed wyciekaniem treści kałowej [17].

Pielęgniarka planując opiekę nad pacjentką, poznała jej obawy. Dzięki znajomości potrzeb pacjentki pielęgniarka dokonała gradacji działań edukacyjnych, w sposób nieprzeciążający jednorazowo chorej. Zgodnie z dostępną literaturą do zadań pielęgniarki należy rozmowa z pacjentem na temat postępowania z wyłonioną stomią. Ważne jest prowadzenie edukacji zaczynając od najprostszych czynności, takich jak opróżnianie worka stomijnego, a następnie dobór odpowiedniego sprzętu [18].

Wnioski

1. Opieka nad pacjentem z wyłonioną stomią jelitową wymaga wdrożenia holistycznego podejścia ze szczególnym uwzględnieniem zmian w psychice i ogólnym obrazie ciała chorego.
2. Podstawowym zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji z uwzględnieniem zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej.
3. Niektóre z rozpoznanych u pacjentki problemów pielęgnacyjnych wymagają zaplanowania większej ilości czasu, a działania i obserwacja powinny być kontynuowane, także po wyjściu chorego ze szpitala.

Piśmiennictwo

1. Ciuba A, Didkowska J, Michałek I, i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. Wydawnictwo Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa. 2020; 2–90.
2. Didkowska J, Wojciechowska U. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce. W: Wojtyński B, Goryński P (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. 2020; 247–267.
3. Ściśło L. Pielęgniarstwo chirurgiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2020; 373–382.
4. Cardoso R, Guo F, Heisser T, et al. Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study. *Lancet Oncol.* 2021; 22: 1002–1013.
5. Ladabum U, Dominitz JA, Kahin C, Shown ARE. Strategies for colorectal cancer screening. *Gastroenterology.* 2020; 158: 418–432.
6. Antczak A. Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja pod red. Banasiewicza T, Krokowicza P i Szczepkowskiego M. Termedia Wydaw Medyczne. Poznań 2017; 437: 25–385.
7. Jankowska-Puzio L. Stomia jelitowa u pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej.* 2019; 4(2): 74–84.
8. Koper A, Koper J. Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2020; 172–173.
9. Cierzniańska K, Szewczyk M. Stomia – ukryty problem tysięcy Polaków. *Chirurgia po Dyplomie.* 2018; 13(6): 26, 28–33.
10. Bączek G, Bernard D, Bielawska A i wsp. Funkcjonowanie społeczne osób w podeszłym wieku z przetoką jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne.* 2012; 6(4): 131–137.
11. Brouwer NPM, Bos ACRK, Lemmens VEPP et al. An overview of 25 years of incidence, treatment and outcome of colorectal cancer patients. *Int J Cancer.* 2018; 143(11): 2758–2766.
12. Saur NM, Montroni I, Shahrokni A i wsp. Care of the geriatric colorectal surgical patient and framework for creating a geriatric program: a compendium from the 2019 American Society of Colon and Rectal Surgeons Annual Meeting. *Dis Colon Rectum.* 2020; 63: 1489–1495.
13. He D, Liang W, Yao Q i wsp. The effect of stoma education class on peristomal dermatitis in colorectal cancer patients

with defunctioning ileostomy – a retrospective study of 491 patients. *Transl Cancer Res.* 2021; 10: 581–588.

14. D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A i wsp. Peristomal skin complications in ileostomy and colostomy patients: what we need to know from a public health perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20: 79.
15. Dziedzic B, Fidecki W, Idzik A i wsp. Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Piel Chir i Angiol.* 2019; 13(3): 100–106.
16. Cierzniaowska K, Szewczyk M. Stomia – ukryty problem tysięcy Polaków. *Chirurgia po Dyplomie.* 2018; 13(6): 26–33.
17. Gastecka A, Tarkowska M, Szelski K i wsp. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u pacjentów z wyłonioną stomią w wyniku leczenia wybranych chorób nowotworowych – przegląd piśmiennictwa. *Pol Przegl Nauk o Zdr.* 2019; 2(59): 196–202.
18. Fierasiewicz A. Rak jelita grubego. Opieka nad pacjentem ze stomią. *Anal Przyp Piel i Poł.* 2018; 3–4: 31–33.

Artykuł przyjęty do redakcji: 16.11.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 02.02.2024.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Source of funding: The work is not financed from any source.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
Conflict of interest: Authors declare that there is no conflict of interest.

Adres do korespondencji:

Elżbieta Kania

e-mail: ejedrkwicz1@gmail.com

elzbieta.kania@pwsz.raciborz.edu.pl