

Martyna Ostrowska¹

¹ Student Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydziału Nauk o Zdrowiu
Opiekun merytoryczny pracy: dr n. med. Lech Grzelak

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem onkologicznym, któremu w wyniku raka jelita grubego wyłoniono kolostomię – studium indywidualnego przypadku

The role and responsibilities of a nurse in the care of an oncology patient with a colostomy due to colorectal cancer – Case Study

Streszczenie

Wstęp. Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych, zajmującym trzecie miejsce pod względem zachorowalności zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Chirurgiczne leczenie raka jelita grubego często obejmuje wyłonienie stomii, co jest niezbędne w przypadkach, gdzie naturalny pasaż jelitowy jest niemożliwy lub niebezpieczny. Niniejszy artykuł naukowy opisuje przypadek pacjenta onkologicznego, u którego wyłoniono stomię z powodu raka jelita grubego, oraz omawia aspekty diagnostyczne, terapeutyczne i adaptacyjne związane z tą procedurą.

Cel. Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjenta onkologicznego, u którego wyłoniono stomię w wyniku raka jelita grubego oraz omówienie aspektów diagnostycznych, terapeutycznych i adaptacyjnych związanych z tą procedurą.

Prezentacja przypadku. Pacjent, 68-letni mężczyzna, zgłosił się do szpitala ze skierowaniem na oddział do operacji. Diagnostyka potwierdziła gruczolakoraka w esicy. Przeprowadzono resekcję guza i wyłoniono kolostomię.

Wnioski. Wyłonienie stomii w leczeniu raka jelita grubego jest procedurą ratującą życie. Edukacja pacjentów i wsparcie psychologiczne są kluczowe w adaptacji do nowej sytuacji życiowej.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, stomia, edukacja stomijna, adaptacja pacjenta, jakość życia, ICNP

Summary

Introduction. Colorectal cancer is one of the most common malignant neoplasms, ranking third in incidence among both men and women. Surgical treatment of colorectal cancer often involves the creation of a stoma, which is necessary in cases where natural bowel passage is impossible or unsafe. This scientific article describes a case of an oncology patient who underwent stoma formation due to colorectal cancer and discusses the diagnostic, therapeutic, and adaptive aspects related to this procedure.

Objective. The aim of this study is to present the case of an oncology patient who underwent stoma formation due to colorectal cancer and to discuss the diagnostic, therapeutic, and adaptive aspects related to this procedure.

Case study. The patient, a 68-year-old man, was admitted to the hospital with a referral for surgery. Diagnostic procedures confirmed adenocarcinoma in the sigmoid colon. A tumor resection was performed, and a colostomy was created.

Conclusions. The creation of a stoma in the treatment of colorectal cancer is a life-saving procedure. Patient education and psychological support are crucial in adapting to the new life situation.

Keywords: colorectal cancer, stoma, stoma education, patient adaptation, quality of life, ICNP

Wstęp

Rak jelita grubego stanowi poważne wyzwanie zdrowotne, będąc trzecim najczęściej występującym nowotworem złośliwym na świecie. Chirurgiczne leczenie raka jelita grubego często wymaga wyłonienia stomii, szczególnie w przypadkach, gdzie usunięcie guza wymaga resekcji znacznego odcinka jelita. Wyłonienie stomii ma na celu zachowanie ciągłości przewodu pokarmowego oraz umożliwienie gojenia się pozostałej części jelita [1].

Cel

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie przypadku pacjenta onkologicznego, u którego wyłoniono stomię z powodu raka jelita grubego, oraz omówienie aspektów diagnostycznych, terapeutycznych i adaptacyjnych związanych z tą procedurą.

Prezentacja przypadku

Pacjent lat 68 przyjęty do szpitala. Do oddziału przyjęty zgodnie ze skierowaniem. Stan chorego w dniu przyjęcia dość dobry. Kontakt słowno-logiczny zachowany. Skóra czysta bez wykwitów patologicznych. Głowa niebolesna. Temperatura 37,0°C, RR 176/98 mmHg. Wykonano TK brzucha i miednicy oraz RTG klatki piersiowej. Pacjent samodzielny, chodzący. Chory mieszka z żoną w samodzielnym domu.

Dziś jest 3 doba po operacji. Chory odczuwa lęk przed powrotem do życia w społeczeństwie w związku z wyłonioną kolostomią. Pacjent odczuwa dyskomfort zwią-

zany ze zmianą wizerunku swojego ciała. Skarży się na ból wokół rany pooperacyjnej o umiarkowanym nasileniu. Chory nie posiada odpowiedniej wiedzy na temat swojej choroby oraz właściwego postępowania w pielęgnacji stomii.

Tab.1. Arkusz indywidualnego opisu przypadku

<i>Imię i nazwisko (inicjały): J.R</i>	
<i>Data urodzenia:28.03.1956</i>	<i>Stan cywilny: żonaty</i>
<i>Aktywność zawodowa: nie pracuje</i>	<i>Wykonywany zawód: kierowca</i>
<i>HISTORIA CHOROBY</i>	<i>STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)</i>
<i>Rozpoznanie lekarskie: guz esicy</i>	<i>Temperatura: 37,0</i>
<i>Przyjmowane leki: zgodnie z zaleceniami lekarza</i>	<i>Tętno:(liczba / napięcie / rytm) 89 uderzeń na minutę</i>
<i>Przebyte choroby: nie podaje</i>	<i>Oddechy:17 oddechów na minutę</i>
<i>Pobyty w szpitalu: 1</i>	<i>Ciśnienie tętnicze:176/98 mmHg</i>
<i>Przebyte zabiegi operacyjne: wyłonienie stomii jelitowej</i>	<i>Masa ciała:67 kg</i>
<i>Przebyte urazy/wypadki: nie podaje</i>	<i>Wzrost: 169 cm</i>
	<i>BMI:23,46</i>
	<i>WHR:1,3</i>

Wyniki badań laboratoryjnych:

Morfologia: WBC-611,2;NEUT-6,9;LYMPH 1,8;MONO-0,6;EO-0,33;BASO-0,02;IG-0,02;NEUT% -71,7; LYMPH % - 18,9; EO% - 3,4; BASO% 0,2; IG% 0,20; NRBC% 0,0; NRBC-0,00; RBC-4,31; HGB- 13,0; HTC 23,9; MCV-89,7; MCH-30,1; MCHC-33,6; RDW-SD-44; RDW-CV-13,4; PLT-341,0; PDW-11,5; MPV-10,2; P-LCR-26,0; PCT-0,35;

Mocz- badanie ogólne: COL- żółty; CLEAR – opalizujący; SG-1,015; PH-5,0; LEU- 1+.; NIT-neg.; PRO-neg.; GLUM-neg.; KET-neg.; UBG-neg.; BIL-neg.; ERY-5+; OSAD MOCZU- nabłonki płaskie pojedyncze; Leukocyty – 20 w 1 ul; Erytrocyty izomorficzne – gęsto pokrywają pole siatki; ALT-15; CRP- 31,6; Glukoza- 152; kreatynina- 1,1;

Wyniki badań obrazowych:

TK brzucha i miednicy okrężne pogrubienie ściany zstępnicy szer. do 10mm na dł. 3-4 cm – nacieku. Poza tym wokół pogrubiałej ściany jelita widoczne są cechy nacieku tkanki tłuszczowej oraz liczne pasma naciekowe/ zwłóknienia z pogrubieniem przestrzeni Geroty po stronie lewej oraz idące w kierunku podbrzusza lewego. Od nacieku odchodzą liczne okrągłe, wydłużone zmiany, śr.14mm, niektóre zlewają się ze sobą w większe zmiany, idące w kierunku aorty brzusznej. Poza tym: wątroba niepowiększona, bez zmian ogniskowych, trzustka niepowiększona bez zmian ogniskowych, śledziona w normie. Nerki położenie i wielkość, prawidłowa, bez zmian ogniskowych. Moczowody niepowiększone, nadnercza niepowiększone. Aorta brzuszna nieposzerzona.

Cechy przepukliny pępkowej –wrota szer, do 12mm – w worku-tkanka tłuszczowa. Pęcherz moczowy o gładkich obrysach. Gruczoł krokowy z drobnymi zwapnieniami wew. o wymiarach 44x33mm. Kości bez zmian. RTG KLATKI PIERSIOWEJ W POZYCJI LEŻĄCEJ (po założeniu wkłucia centralnego) Sonda żołądkowa prawidłowo położona. Pola płucne bez zagęszczeń. Cechy niewielkiego zastoj w krążeniu płucnym, serce niepowiększone. Aorta wydłużona, miażdżycowa. Zwyródnienie kręgosłupa.

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny: żona Anna
Ważne wydarzenia w rodzinie – brak
Choroby występujące w rodzinie: brak
Hobby/ zainteresowania: motoryzacja
Formy spędzania czasu wolnego: nie podaje
Nałogi w rodzinie: brak
Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: brak
Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: brak
Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: brak

WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: (miasto/wieś): wieś
Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: dom jednorodzinny
Ilość zajmowanych pomieszczeń: 5
Ilość osób mieszkających wspólnie: 2
Stan higieniczno - sanitarny mieszkania: wystarczający
System pracy: nie dotyczy
Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: nie dotyczy
Zagrożenia zdrowia: w domu: nie dotyczy w pracy/szkole nie dotyczy
Komunikacja: prawidłowa
Higiena osobista: dobra / prawidłowa
Aktywność fizyczna: ograniczona
Wydalanie: zaburzone
Odżywianie: zaburzone
Sen/zасыpianie: zaburzone

BADANIE FIZYKALNE

Stan biologiczny podopiecznego

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej
prawidłowe	37,0°C	prawidłowe	prawidłowe	dobry	nie dotyczy	rana sucha
UKŁAD ODDECHOWY						
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy		wyroby medyczne	
17na minutę	prawidłowy	brak	brak		brak	
UKŁAD KRAŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja
176/98 mmHg	89	brak	brak	brak	brak	nie dotyczy
UKŁAD POKARMOWY						
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy		sposób odżywiania
adekwatne do wieku	obniżone	Przez worek stomijny	brak	brak		żywnie dojelitowe
UKŁAD MOCZOWY						
objętość	jakość		inne objawy		wyroby medyczne	
1630 ml/ dobę	zółty		brak		cewnik Foley	
UKŁAD PŁCIOWY						
cykl płciowy		inne objawy			inne cechy (u dzieci)	
adekwatny do wieku		brak			brak	
UKŁAD NERWOWY						
świadomość wg skali Glasgow		niedowłady / drżenia		mowa		inne objawy
15 pacjent przytomny		brak		brak		brak
NARZĄDY ZMYŚLÓW / UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY						
wzrok	słuch	smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne
prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowy	brak	brak
NARZĄDY RUCHU						
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy		wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti
unieruchomiony	Ograniczony-ból rany pooperacyjnej	prosta	brak		łóżko z materacem przeciwoleżynowym	brak oceny

Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen		nastrój		inne objawy		ocena wg skali GDS (seniorzy)	
prawidłowy		obniżony		brak		GDS - 10, łagodna depresja	
pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy		ocena funkcji poznawczych wg skal	
prawidłowa	prawidłowe	prawidłowy	negatywne związane ze zmianą wizerunku własnego ciała	brak		MoCA (Montreal Assessment Cognitive Scale) 30 wynik prawidłowy	

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/ samopielęgnacji		stan odżywiania wg skali MNA
niedostateczny zasób wiedzy na temat samoopieki i samopielęgnacji stomii	ograniczone głównie z zakresie wiedzy o stanie zdrowia	obniżona	przystosowanie się do zaistniałej sytuacji	Barthel (PADL) 80 pkt stan lekki	Lawtona (IADL) 4 pkt umiarkowana niesprawność	23 pkt Zaburzenie odżywiania spowodowane chorobą
ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton		natężenie odczuwalnego bólu wg skali VAS	charakter bólu	lokalizacja		stopień odleżyn wg skali Torrance'a
13pkt		4 ból średni	miejscowy	rana pooperacyjna		nie dotyczy

Kaniule

obwodowe	miejsce	centralne	miejsce
tak	grzbiet prawej dłoni	tak	żyła podobojczykowa

Kategorie pacjenta

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielny	porusza się przy pomocy laski, chodzika, wymaga niewielkiej pomocy przy wstawaniu z łóżka, zejściu z fotela, większą część czasu spędza w łóżku	nie opuszcza łóżka, może sam lub przy pomocy pielęgniarki zmieniać pozycję, transport tylko na noszach, wózku, w oddziałach chirurgicznych – opieka w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym
2.	HIGIENA	we własnym zakresie	większość czynności wykonuje samodzielnie, niewielka pomoc przy wykonywaniu toalety, wejściu do wanny, wymaga pomocy przy umyciu rąk, włosów	wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych, zmianie bielizny pościelowej i osobistej, mycie w łóżku, pomoc w toalecie jamy ustnej lub wykonanie toalety jamy ustnej, wzmocniona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe
3.	ODŻYWIANIE	samodzielnie	niewielka pomoc, podanie tacy lub rozdrobienie posiłku, nadzór nad ilością spożywanego posiłku	wymaga karmienia, rozdrobnienia posiłku lub odżywiany jest i nawadniany pozajelitowo
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW W ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, wykonywanie innych zabiegów np. prowadzenie bilansu płynów, oznaczenie masy ciała itp.	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, założenie i prowadzenie kart obserwacji, prowadzony bilans płynów, pobieranie próbek krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2 x na dobę
6.	LECZENIE	doustne, sporadycznie dożylnie, podskórne (np. premedykacja) domięśniowo, podanie kropli do oczu, uszu, leczenie skóry – maści, zasypki stosowane samodzielnie	doustne, domięśniowe, dożylnie, w oddziałach zabiegowych wykonywanie opatrunków 2 x na dobę, w oddziałach dermatologicznych kąpiele, pędzlowanie śluzówek, zawijanie, stosowanie maści zasypek 2 x na dobę	domięśniowe, dożylnie, wlewy dożylnie i doodbytne, zmiana opatrunku częściej niż 2 x na dobę, odsysanie wydzielin z rany pooperacyjnej, kąpiele lecznicze, pędzlowanie śluzówek, stosowanie maści, zasypek częściej niż 2 x na dobę
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne) nie wymaga wsparcia psychicznego	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, nastrojów nieco obniżony	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, zdezorientowany, nastrojów depresyjny, rodzina pacjenta powinna być objęta programem edukacyjnym i wsparciem psychicznym

Oszacowana kategoria pacjenta

Kategoria III. Pacjent nie porusza się samodzielnie, wymaga pomocy personelu medycznego zarówno w pielęgnacji jak i w pozyskaniu informacji o chorobie i swojej sytuacji zdrowotnej.

Diagnoza pielęgniarstwa

Pacjent lat 68 przyjęty do szpitala. Do oddziału przyjęty zgodnie ze skierowaniem. Stan chorego w dniu przyjęcia dość dobry. Kontakt słowno-logiczny zachowany. W wyniku przeprowadzonej operacji odczuwa umiarkowany miejscowy ból w okolicy rany pooperacyjnej. Jest zaniepokojony swoim stanem zdrowia. Pacjent miewa złe samopoczucie oraz ma negatywny stosunek do własnej osoby. Pacjent po operacji leży unieruchomiony w łóżku i w związku z tym zostały podjęte działania w kierunku prewencji odleżyn.

Proponowane modele opieki

Opiekę zaproponowano w oparciu o model D. Orem, system częściowo- kompensacyjny oraz wspierająco – uczący. Według autorki system pielęgniarstwa to działania, które mają zapewnić pacjentowi zaspokojenie przez pielęgniarkę pomocy w przypadku, kiedy występują deficyty w zakresie samoopieki. System częściowo kompensacyjny realizowany jest wówczas, gdy pacjent wymaga pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych, natomiast system wspierająco – uczący dotyczy pacjentów, którzy są w stanie zapewnić sobie samoopiekę, ale wymagają wsparcia w zakresie wiedzy lub motywacji w podejmowaniu decyzji.

Pacjent pozostaje w dobrym kontakcie z personelem medycznym, prawidłowo wykonuje polecenia, wymaga jednak edukacji w zakresie wiedzy na temat choroby i właściwej pielęgnacji stomii. Wymaga również wsparcia psychicznego oraz motywowania do zaakceptowania swojego wyglądu po operacji.

W opiece nad pacjentem z wyłonioną kolostomią zaproponowano także model Hildegardy Peplau. Według autorki tego modelu pielęgniarka powinna być profesjonalistką w sprawowaniu funkcji terapeutycznej. Jest to niezbędnym warunkiem w zapewnieniu pomocy choremu w procesie powracania do zdrowia.

Pacjent nie może poradzić sobie z lękiem spowodowanym zmianami w jego wyglądzie oraz powrotem do funkcjonowania w społeczeństwie. Potrzebuje wsparcia w przezwyciężeniu lęku.

Proces pielęgnowania pacjenta

Proces pielęgnowania pacjenta jest jakościową metodą pracy. W myśl tej metody pielęgniarka odchodzi od przypadkowych, a samodzielnie podejmuje celowe i planowe działania. To właśnie ona odpowiada za zrealizowaną opiekę, ponieważ to ona tworzy plan pielęgnowania, którego celem jest odzyskanie przez pacjenta samodzielności w troszczeniu się o własne zdrowie. Podstawowymi cechami procesu pielęgnowania pacjenta jest:

- wieloetapowość – oznacza to, że etapów jest kilka;
- ciągłość – oznacza, że żaden etap nie może zostać pominięty, bowiem działania są ze sobą ściśle powiązane;

- logiczność i następstwo czasowe – konsekwentne przechodzenie od jednego etapu do drugiego z uwzględnieniem uzasadnienia i racjonalności;
- podejście całościowe – zarówno do pielęgnowania, jak i do środowiska, w takim ujęciu uwzględnia się wszystkie sfery;
- uniwersalność – dotyczy możliwości zastosowania nie tylko w stosunku do pacjenta, ale też rodziny i społeczeństwa zarówno w chorobie, jak również w niepełnosprawności.

W literaturze odnaleźć można 5 etapów procesu pielęgnowania. Są to:

- gromadzenie danych,
- diagnoza pielęgniarska,
- planowanie,
- realizowanie,
- ocenianie.

W pierwszym etapie pielęgniarka gromadzi wszystkie dane o pacjencie, dokonuje ich dokładnej analizy i interpretacji. Następnie stawia diagnozę pielęgniarską, ustala cel opieki, a i na tej podstawie dobiera odpowiednie środki i metody. Właściwie postawiona diagnoza powinna być jasna, zwięzła i jednoznaczna dla całego zespołu pielęgniarskiego. Kolejny etap to planowanie, które obejmuje ustalenie właściwych czynności pielęgniarskich. Następny etap to realizacja zaplanowanych działań. Na ostatni etapie pielęgniarka dokonuje oceny końcowej, która polega na wyciągnięciu właściwych wniosków [2].

W tabeli 1. zaprezentowano plan opieki nad pacjentem z wyłonią kolostomią z wykorzystaniem terminów z klasyfikacji ICNP® (wersja z 2019 r.).

Tabela 2. Proces pielęgnowania pacjenta

<i>Problemy pielęgnacyjne</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
Dyskomfort spowodowany bólem w okolicy rany pooperacyjnej.	-Zniwelowanie bólu, -Poprawa komfortu życia, -Umożliwienie pionizacji w trzeciej dobie po zabiegu.	1. obserwacja objawów natężenia bólu 2. podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza, 3. obserwacja reakcji pacjenta na podanie leków, 4. zapewnienie wygodnej pozycji ciała, 5. obserwacja rany pooperacyjnej,	- poprzez obserwację pacjenta można ustalić czy ból się nasila czy ustępuje, -w przypadku narastającego bólu podanie środków przeciwbólowych według zaleceń lekarza, - pozycja półwysoka umożliwia swobodne oddychanie [1].	Zmniejszone dolegliwości bólowe. Poprawa samopoczucia pacjenta.
<i>Diagnoza negatywna (kod ICNP)</i>	<i>Interwencje pielęgniarские</i>			<i>Diagnoza pozytywna (kod ICNP)</i>
ból[10023130]	1. monitorowanie bólu [10038929] 2. administrowanie lekiem [10025444] 3. monitorowanie efektów ubocznych działania leku [10043884] 4. pozycjonowanie [10014761] 5. ocenianie stomii [10040529]			zredukowany ból[10027917]

Problemy pielęgnacyjne	Cel planowanych działań pielęgnarskich	Planowane interwencje pielęgnarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgnarskich
Depresja pooperacyjna pacjenta spowodowana zmianą wizerunku ciała po wyłonionej stomii	Zminimalizowanie depresji pooperacyjnej spowodowanej zmianą wizerunku ciała pacjenta. - zaakceptowanie pooperacyjnej zmiany ciała u pacjenta.	1. Zapewnienie rozmowy z psychologiem. 2. Edukacja pacjenta z zakresu radzenia sobie w nowo zaistniałej sytuacji. 3. Zapewnienie wsparcia ze strony bliskich. 4. Zachęcanie do uczęszczania na zajęcia terapeutyczne	-Rozmowa z psychologiem pozwala uporać się z depresją spowodowaną problemami emocjonalnymi. -Należy wytłumaczyć pacjentowi, że jest tą samą osobą i choroba nie zmieniła go w żaden sposób. -Wparcie bliskich pozwala na szybszą rekonwalescencję chorego. -Terapia pozwala znaleźć sposób na rozwiązanie emocjonalnych problemów chorego [3].	Poprawa postrzegania własnej osoby. Objawy depresji powoli ustępują.
Diagnoza negatywna (kod ICNP)	Interwencje pielęgnarskie			Diagnoza pozytywna (kod ICNP)
zaniepokojenie wizerunkiem ciała [10001079]	1. ocenianie nastroju depresyjnego [10026055] 2. ocenianie wizerunku własnego [10027080] 3. promowanie poczucia własnej wartości [10024455] 4. kierowanie na terapię w grupie wsparcia [10024558]			pozytywny wizerunek własny [10027108]

Problemy pielęgnacyjne	Cel planowanych działań pielęgnarskich	Planowane interwencje pielęgnarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgnarskich
Brak wiedzy i umiejętności związanych z pielęgnacją skóry wokół stomii.oraz ze zmianą worka stomijnego.	Przekazanie wystarczającej ilości wiedzy oraz umiejętności związanych z kolostomią.	1. Nauka z zakresu: pielęgnacji skóry wokół stomii 2. zmiany worka stomijnego w tym dobór odpowiedniego rozmiaru 3. Pomoc w przełamanie lęku jakim jest irygacja kolostomii	-Dostarczenie choremu informacji na temat funkcjonowania i pielęgnowania stomii pozwala przełamać lęk. -Odpowiednie przygotowanie pacjenta stomijnego do samoopieki wpływa na dalszą jakość jego życia.	Chory został przygotowany do samoopieki po wyjściu ze szpitala: -potrafi samodzielnie zmienić oraz dobrać odpowiedniej wielkości worek -uzyskał umiejętności

		4. Zapewnienie ciągłości opieki w tym przystosowanie chorego do życia ze stomią.	-Skóra wokół stomii powinna być pielęgnowana preparatami o odpowiednim pH skóry, najlepiej wodą z mydłem oraz stosowaniem środków przeciwdparzeniowych zapobiegającym podrażnieniu przetoki Brzuszej [2].	w zakresie pielęgnacji stomii
Diagnoza negatywna (kod ICNP)	Interwencje pielęgniarские			Diagnoza pozytywna (kod ICNP)
zaburzona zdolność zarządzania pielęgnacją stomii [10029595]	<ol style="list-style-type: none"> 1. nauczanie o pielęgnacji stomii [10033055]; edukacja [10006564]; nauczanie o komplikacjach skórnych w okolicy stomii [10040615]. ocenianie stomii [10040529] 2. pielęgnacja kolostomii [10046075] ocenianie skóry w okolicy stomii [10040538] 3. nauczanie o irygacji kolostomii [10040488]; irygacja kolostomii [10040474] 4. ocenianie postawy wobec choroby [10024192]; promowanie samoopieki [10026347]; promowanie samoświadomości [10036097]; 			wiedza adekwatna [10027112]

Problemy pielęgnacyjne	Cel planowanych działań pielęgniarских	Planowane interwencje pielęgniarские	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarских
Dyskomfort spowodowany obawami przed powrotem do społeczeństwa i życia rodzinnego.	Zmniejszenie lęku przed powrotem do życia społecznego.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukacja rodziny pacjenta z zakresu pomocy w codziennych czynnościach życiowych. 2. Kierowanie rodziny i pacjenta do grup wsparcia 3. Przygotowanie pacjenta zarówno w działaniach pielęgnacyjnych wyłonionej przetoki jelitowej jak i psychoterapeutycznej. 4. Udzielenie pacjentowi oraz jego rodzinie cennych wskazówek i rad dotyczących powrotu do życia w społeczeństwie. 	<p>-Wsparcie rodziny dla pacjenta stomijnego odgrywa kluczowe znaczenie w psychicznym powrocie do zdrowia.</p> <p>-Grupy wsparcia mają za zadanie wskazać pozytywne strony późniejszego życia ze stomią.</p> <p>- Pielęgniarka powinna udzielić pacjentowi oraz jego rodzinie wskazówek, ponieważ zapobiega w ten sposób obawie, która jest spowodowana brakiem wystarczającej informacji na ten temat [3].</p>	Chory aktywnie uczęszcza z rodziną do grup wsparcia. Rodzina wspiera pacjenta w przełamywaniu barier lękowych pacjenta. Poprzez działania opiekuńcze pielęgniarki chory jest w stanie wrócić do życia zawodowego.

<i>Diagnoza negatywna (kod ICNP)</i>	<i>Interwencje pielęgniarские</i>		<i>Diagnoza pozytywna (kod ICNP)</i>
strach przed byciem ciężarem dla innych [10041671]	<ol style="list-style-type: none"> 1. ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na plan opieki [10007153] 2. kierowanie na terapię w grupie wsparcia [10024558] 3. nauczanie o chorobie [10024116] zapewnianie ciągłości opieki [10006966] kierowanie do pielęgniarki stomijnej [10040419] 4. nauczanie o pielęgnacji stomii [10033055] nauczanie o irygacji kolostomii [10040488] 		zdolny/a do dostosowania [10021828]

<i>Problemy pielęgnacyjne</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
Ryzyko rozwoju odleżyn z powodu unieruchomienia pacjenta w łóżku	Zmniejszenie ryzyka odleżyn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego 2. Zmiana pozycji co 1,5 h 3. Smarowanie maścią wysokocholesterolową miejsc narażonych na odleżyny 4. Zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń biernych oraz pomoc w uruchamianiu pacjenta po operacji. 	-Pacjent ma ograniczoną aktywność fizyczną po zabiegu operacyjnym co w konsekwencji może doprowadzić do powstania odleżyn. - Zastosowanie materaca zapobiega powstawaniu odleżyn. -Skrócenie czasu unieruchomienia pacjenta w łóżku zmniejsza powikłania spowodowane niedoborem aktywności Ruchowej [2].	Brak odleżyn
<i>Diagnoza negatywna (kod ICNP)</i>	<i>Interwencje pielęgniarские</i>			<i>Diagnoza pozytywna (kod ICNP)</i>
Ryzyko odleżyny [10027337].	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnianie materaca przeciwoleżynowego [10050281] 2. Nauczanie o prewencji odleżyn [10036861]. 3. Prewencja odleżyn [10040224]. 4. pozycjonowanie okołoperacyjne [10014364] 			Bez odleżyny [10029065]

Wskazówki dla pacjenta i rodziny:

1. codzienna obserwacja i ocena wyglądu stomii (kolor, ukrwienie, kształt, rozmiar),
2. wykonywanie toalety stomii z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
3. należy myć skórę wokół stomii ciepłą wodą stosując mydło (o pH 5,5) lub żel, które nie powodują podrażnień na skórze,
4. zaleca się dokładne osuszanie stomii za pomocą miękkiego i czystego ręcznika,
5. nie należy stosować kremów i substancji nawilżających ze względu na ryzyko odklejenia się płytki stomijnej od powierzchni skóry,
6. zaleca się zmianę worka stomijnego raz dziennie lub w razie potrzeby, a płytki stomijnej co 4-5 dni,
7. w przypadku nasilonych zaparć należy zastosować irygacje,
8. należy przestrzegać zasad zdrowego odżywiania, zmienić nawyki żywieniowe, ponieważ organizm może inaczej tolerować poszczególne posiłki.
9. nowe pokarmy powinny być wprowadzane stopniowo,
10. w przypadku występowania wzdęć wskazane jest dokładne przeżuwanie posiłków, unikanie gum do żucia, spożywanie fermentowanych produktów mlecznych na przykład: jogurty i maślanki,
11. zaparcia mogą być spowodowane dietą ubogą w błonnik, szybkim spożywaniem posiłków oraz brakiem ruchu. Można im przeciwdziałać, spożywając: świeże owoce, jogurty naturalne, kawę,
12. należy zaś unikać: słodyczy, orzechów, tłuszczu pochodzenia zwierzęcego [2].

Dyskusja

Wyłonienie stomii w leczeniu raka jelita grubego jest procedurą ratującą życie, jednak niesie ze sobą istotne wyzwania. Edukacja pacjentów i wsparcie psychologiczne są kluczowe w adaptacji do życia ze stomią. Przypadek opisany w artykule pokazuje, że odpowiednie podejście terapeutyczne oraz wsparcie mogą znacznie poprawić jakość życia pacjentów po wyłonieniu stomii.

Aspekty fizyczne: Proces adaptacji do stomii wymaga nauki nowych umiejętności pielęgnacyjnych oraz dostosowania codziennych nawyków żywieniowych i higienicznych. Pacjenci muszą nauczyć się, jak unikać powikłań związanych z pielęgnacją stomii, takich jak infekcje czy podrażnienia skóry.

Aspekty psychologiczne: Pacjenci często doświadczają znacznego stresu i lęku związanego z nową sytuacją życiową. Wsparcie psychologiczne oraz uczestnictwo w grupach wsparcia są kluczowe dla poprawy samopoczucia emocjonalnego i akceptacji nowego stanu.

Aspekty społeczne: Stomia może wpływać na relacje społeczne i jakość życia społecznego pacjentów. Ważne jest, aby pacjenci mieli dostęp do informacji i wsparcia, które pomogą im w integracji ze społeczeństwem oraz prowadzeniu aktywnego życia [4].

Wnioski

Analiza literatury, propozycji planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z wyłonioną kolostomią umożliwiła wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Problemami pacjenta z wyłonioną kolostomią dominującymi w procesie pielęgnowania realizowanym przez pielęgniarkę są: dyskomfort spowodowany bólem w okolicy rany pooperacyjnej, depresja pooperacyjna spowodowana zmianą wizerunku ciała po wyłonionej stomii, brak wiedzy i umiejętności związanych z pielęgnacją skóry wokół stomii oraz ze zmianą worka stomijnego, dyskomfort spowodowany obawami przed powrotem do społeczeństwa i życia rodzinnego, ryzyko rozwoju odleżyn z powodu unieruchomienia pacjenta w łóżku
2. Głównym zadaniem pielęgniarki w opiece pooperacyjnej jest przygotowanie pacjenta do samoopieki po opuszczeniu szpitala. Udzielenie wskazówek dotyczących pielęgnacji rany oraz postępowania ze sprzętem stomijnym. Należy też udzielić porady w zakresie modyfikacji dotychczasowego stylu życia, w tym modelu żywienia, gdyż sposób żywienia pacjenta zależy od rodzaju stomii i miejsca jej wyłonienia. W celu edukacji pacjenta należy dokładnie objaśnić każdą czynność i wspierać go w samodzielności. Należy również zadbać o wsparcie psychologiczne pacjenta, zachęcić do rozmowy z psychologiem.

Bibliografia/Bibliography:

1. Deptała A., Wojtukiewicz M. Rak jelita grubego. Wydawnictwo Termedia. Poznań 2018:13-93.
2. Chłodzińska S., Modzelewska P., Sierżantowicz R. Pola pielęgniarki w przygotowaniu pacjentów do wybranych operacji chirurgicznych. [w:] Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W.(red.) Holistyczny wymiar współczesnej medycyny. Tom I. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu. Białystok 2015:420-428.
3. Cierzniaowska K., Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.T. Rana okołostomijna i zmiany skórne wokół stomii [w:] Szewczyk M., Jawień A. Leczenie ran przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012: 152- 160.
4. Cierzniaowska K., Kozłowska E., Szewczyk M., Banaszkiewicz Z., Szymańska H. Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2013;4: 142-147.