

Opieka nad pacjentem z urostomią

ANNA KUBIAK

MGR PIELĘGNIARSTWA, SPECJALISTKA STOMIJNA

Słowo stomia pochodzi z języka greckiego i oznacza otwór. Stomia w medycynie oznacza celowo wykonane połączenie światła narządu z powierzchnią ciała. Urostomia jest to przetoka moczowo – skórna, czyli połączenie układu moczowego ze skórą. Celem, jaki chcemy uzyskać wytwarzając urostomię, jest zapewnienie swobodnego odpływu moczu z dróg moczowych.

Jeżeli pęcherz moczowy nie spełnia swojej funkcji lub musi zostać usunięty (np. z powodu nowotworu lub urazu), wykonuje się albo rekonstrukcję dróg moczowych (szczelny zbiornik lub pęcherz jelitowy) albo tzw. odprowadzenie nieszczelne, czyli urostomię.

Najczęstszą przyczyną wylonienia urostomii są nowotwory złośliwe pęcherza moczowego. Stanowią one 2–3% wszystkich złośliwych nowotworów występujących u ludzi i spotyka się je trzykrotnie (w Polsce 4 krotnie – przyp. red.) częściej u mężczyzn niż u kobiet. Wycięcie pęcherza moczowego wraz wylonieniem stomii, najczęściej tzw. sposobem Bricker, wykonuje się podczas jednej operacji.

Opieka nad pacjentem z urostomią obejmuje następujące etapy: okres przedoperacyjny, śródoperacyjny oraz okres pooperacyjny. Ten ostatni obejmuje pobyt pacjenta w szpitalu oraz okres po wypisaniu go do domu.

I. Okres przedoperacyjny

Jest to czas, w którym przygotowujemy pacjenta do zabiegu zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Przygotowanie emocjonalne pacjenta do operacji ma wpływ na jego późniejszą akceptację urostomii. Rozmowa powinna być przeprowadzona w sposób zrozumiały dla pacjenta. Obecnie wzrasta oczekiwanie chorych na pełną informację o swojej chorobie i rozpoznaniu. Przeprowadzona rozmowa musi być dopasowana do poziomu i osobowości chorego. Najważniejszym elementem jest nawiązanie kontaktu emocjonalnego z pacjentem. W niektórych przypadkach nie wystarczy sama rozmowa lekarza z pacjentem. Czasem należy poprosić o współpracę rodzinę, czy też skorzystać z pomocy psychologa.

Pozytywną rolę w akceptacji przez pacjenta nowej sytuacji życiowej mogą spełnić wolontariusze stomijni (są to osoby z urostomią, którzy tak jak nikt potrafią wczuć się w sytuację chorego człowieka oczekującego na operację).

Przygotowanie fizyczne polega na oczyszczeniu jelita przed zabiegiem (obecnie uważa się że do wytworzenia urostomii sp Bricker (jelito kręte) nie jest konieczne przygotowanie jelit – przyp. red.). Zabiegi te są uciążliwe dla pacjenta i są znacznie lepiej akceptowane przez chorych właściwie poinformowanych o celu zabiegu i korzyści jakie ze sobą noszą. Istotny jest również nieskrępowany dostęp do łazienki szpitalnej oraz zachowanie intymności. Niektórzy chorzy znoszą źle mechaniczne przygotowanie jelita, dlatego ważne jest monitorowanie w tym okresie parametrów hemodynamicznych.

Bardzo istotną sprawą jest wyznaczenie miejsca na brzuchu, gdzie ma być wyloniona urostomia. Czynność tą przed operacją powinien wykonywać zespół – pielęgniarka stomijna i lekarz operujący. Przy wyznaczaniu lokalizacji urostomii należy przestrzegać kilku zasad: miejsce stomii powinno być widoczne dla chorego (nie w fałdach skórnych), w obrębie zdrowej skóry, oddalone o co najmniej cztery centymetry od rany głównej. Miejsce przyszłej urostomii oznaczamy w trzech pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej. Należy wziąć pod uwagę dodatkowe choroby pacjenta takie jak np. osłabienie wzroku, ograniczona ruchomość kończyn, czy otyłość. Wyznaczanie urostomii powinno się odbywać w odpowiednich warunkach – w sali opatrunkowej, z zachowaniem intymności, bez pośpiechu. Jest to niezwykle ważna czynność, często decydująca o prawidłowości prze-



prowadzonej operacji i o przyszłym komforcie życia pacjenta.

W wielu oddziałach pielęgniarka stomijna zapoznaje pacjenta z rodzajem sprzętu stomijnego jeszcze przed zabiegiem. Sprzęt stomijny powinien być łatwy w obsłudze, być szczelny, biologicznie obojętny i estetycznie wykonany. W Polsce są dostępne worki urostomijne czterech firm, wszystkie te firmy dysponują bezpłatnymi informacyjnymi połączeniami telefonicznymi. Dostępne są również liczne produkty do pielęgnacji stomii.

II. Okres śródoperacyjny

W tym okresie decydującą rolę odgrywa chirurg, który powinien wylonąć urostomię zgodnie z obowiązującymi zasadami. Po wykonaniu urostomii na stole operacyjnym zakłada się worek stomijny. Powinien być on przezroczysty, co umożliwi obserwację wylonionego jelita w pierwszych dobach po operacji bez konieczności zdejmowania sprzętu stomijnego.

III Okres pooperacyjny

Opieka pooperacyjna obejmuje okres pobytu pacjenta w szpitalu oraz okres po wypisaniu pacjenta do domu.

1. Okres opieki szpitalnej

Okres opieki szpitalnej obejmuje wczesną opiekę (od momentu operacji do pionizacji pacjenta) oraz późną (od pionizacji do wypisania pacjenta ze szpitala).

a. Wczesny okres pooperacyjny

Chorem z urostomią w okresie pooperacyjnym powinien zająć się zespół specjalistów: pielęgniarka stomijna, lekarz operujący i psycholog.

Dużą rolę w okresie opieki szpitalnej spełnia chirurg, który powinien poinformować pacjenta o rodzaju wykonanej stomii, a także wesprzeć go psychicznie w tym trudnym okresie. Większość pacjentów oczekuje informacji dotyczącej choroby, rodzaju przeprowadzonej operacji oraz rokowaniach od lekarza prowadzącego.

We wczesnym okresie pooperacyjnym wszelkie czynności przy urostomii wyko-



➔ nuje pielęgniarka opatrunkowa lub przeszkolona pielęgniarka stomijna. Jest to pierwsza osoba, która uczy pacjenta zasad pielęgnacji urostomii oraz doboru odpowiedniego sprzętu. Rola pielęgniarki stomijnej w przygotowaniu pacjenta do życia z urostomią jest nie do przecenienia. Jest to osoba przygotowana fachowo do pracy z pacjentem z urostomią. Przeważnie spędza przy pacjencie dużo więcej czasu niż chirurg i od jej wiedzy oraz cech osobowościowych w dużej mierze zależy, jak będzie przebiegał proces adaptacji chorego do nowej sytuacji życiowej. Pielęgniarka stomijna jest przygotowana do opieki nad pacjentem stomijnym od strony samej pielęgnacji stomii, jak i strony psychoterapeutycznej. Niestety często w naszych warunkach opieka psychologa jest trudna do zrealizowania. Dobra pielęgniarka stomijna potrafi wskazać choremu dobre strony jego życia, namówić pacjenta do rozwijania swoich zainteresowań i pasji.

Pielęgniarka stomijna współpracuje z lekarzem prowadzącym chorego i oglądając codziennie urostomię może zwrócić uwagę na istotne powikłania pooperacyjne. Jednym z poważniejszych powikłań pooperacyjnych jest martwica urostomii.

We wczesnym okresie pooperacyjnym pacjent obserwuje biernie czynności pielęgnacyjne wokół urostomii. Pielęgniarka uczy, jak pielęgnować skórę wokół urostomii. Skóry nie należy przemywać spirytem, najlepsza do przemywania jest woda z mydłem. Odczyn mydła powinien być kwaśny, podobnie jak odczyn skóry. Do pielęgnacji skóry wokół urostomii stosuje się również specjalne kosmetyki stomijne.

Wczesny okres pooperacyjny jest trudny dla pacjenta i w tym czasie dużą rolę może spełnić dobry terapeuta lub też odwiedzająca go najbliższa rodzina oraz przyjaciele.

b. Późny okres pooperacyjny

Kiedy pacjent zaczyna wstawać z łóżka, co obecnie następuje dość szybko, zwykle na drugi dzień po zabiegu, rozpoczyna się nauka obsługi urostomii. Naukę tę należy prowadzić przy zachowaniu warunków intymności, aby pacjent nie czuł się skrępowany obecnością innych osób. Również wtedy dobiera się sprzęt stomijny najwłaściwszy dla danego pacjenta.

Ważne jest zapoznanie pacjenta w miarę możliwości z wszystkimi rodzajami sprzętu stomijnego i pomoc w dokonaniu właściwego wyboru. Przed wyjściem ze szpitala pacjent powinien otrzymać „wypawkę” zawierającą sprzęt stomijny firmy, którą sobie wybrał, a także informację o sposobie zaopatrywania się w ten sprzęt. Warto też zachęcić pacjenta do korzystania z najbliższej Poradni Stomijnej. Powinien również zostać poinstruowany na temat diety, która zawiera wszystkie niezbędne składniki odżywcze i zasadniczo nie różni się istotnie od diety osoby zdrowej. Należy jednak obserwować reakcję organizmu na określone produkty żywnościowe i modyfikować dietę indywidualnie.

2. Opieka domowa

Pierwsze tygodnie w domu po wyjściu ze szpitala są dla pacjenta trudne. Chorzy odczuwają lęk przed odtrąceniem przez rodzinę, przyjaciół, znajomych. Kluczowe znaczenie w psychicznym powrocie pacjenta do zdrowia ma wsparcie rodziny i przyjaciół. W opiece domowej nad pacjentem z urostomią bierze udział pielęgniarka stomijna, która odwiedza pacjenta w domu. Powinna reagować na problemy pacjenta, nie może być nadopiekuńcza, ważne jest zmobilizowanie pacjenta do aktywności życiowej. W wyjątkowych sytuacjach, kiedy pacjent jest niepełnosprawny ruchowo bądź psychicznie, czynności higieniczne przy urostomii wykonuje

rodzina. Pozostali pacjenci powinni po wyjściu ze szpitala być przygotowani do samoopieki.

Pielęgniarka stomijna i lekarz powinni przed wyjściem pacjenta ze szpitala poinformować go o istnieniu grup wsparcia, jakim jest m.in. Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO). W Polsce istnieją telefony zaufania, w tym bezpłatne linie informacyjne dla pacjentów ze stomią. Dostępne są również strony internetowe dla tych osób. Grupy wsparcia mają bezcenny wpływ na powrót pacjenta – „stomika” do czynnego życia.

Na pomyślny okres rekonwalescencji pacjenta po pobycie szpitalnym może też mieć wpływ lekarz rodzinny, okazujący zrozumienie i pomoc w codziennych problemach zdrowotnych pacjenta ze stomią.

Niestety, istnieje niewielka grupa pacjentów, która mimo wysiłków całego zespołu terapeutycznego nie potrafi ośwoić się z nową sytuacją życiową, nie umie zaadaptować się do urostomii. Tacy pacjenci popadają w depresję, miewają myśli samobójcze. W tych przypadkach potrzebna jest długofalowa psychoterapia oraz leczenie psychiatryczne. Z drugiej strony jest duża grupa pacjentów, których adaptacja do stomii jest bardzo dobra.

Pacjent ze urostomią, który jest otoczony profesjonalną, zespołową opieką we wszystkich okresach swojej choroby, ma szansę na osiągnięcie wysokiej jakości życia po zabiegu. Wydaje się, że w opiece nad pacjentem ze stomią nie ma elementów ważniejszych i mniej ważnych.

Najlepiej przeprowadzona operacja, jeśli nie jest uzupełniona fachową edukacją pacjenta dotyczącą zarówno sfery pielęgnacyjnej, jak i emocjonalnej, może doprowadzić do takiej sytuacji, w której mimo doskonałego wyniku leczenia chirurgicznego choroby podstawowej jakość życia pacjenta po zabiegu będzie niska. ■

