

## Elżbieta Walewska<sup>1</sup>, Anna Nowak<sup>2</sup>, Lucyna Ścisło<sup>1</sup>, Anita Orzeł-Nowak<sup>1</sup>, Antoni M. Szczepanik<sup>3</sup>, Antoni Czupryna<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup>Oddział Kliniczny Urologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

<sup>3</sup>I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

# P przygotowanie chorego do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego

Preparing the patient for self-care after total urinary resection

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Radykalne usunięcie pęcherza moczowego niesie za sobą konieczność wytworzenia odprowadzenia moczu na zewnątrz. Aktualnie jednym z najczęściej wykorzystywanych odprowadzeń moczu jest przetoka moczowodowo-jelitowo-skinna sposobem Bricker'a. Jednym z ważniejszych elementów opieki nad pacjentem po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego jest przygotowanie chorego do niezależności w samoopiece i uzyskanie pełnej integracji społecznej.

**Cel.** Celem badania była ocena przygotowania chorego po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu sposobem Bricker'a do samoopieki.

**Materiał i metody.** Badanie dotyczyło 102 pacjentów po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu sposobem Bricker'a, którzy zakończyli hospitalizację pozabiegową. Do badań wybrano trzy różne oddziały sprawujące opiekę nad pacjentami ze schorzeniami układu moczowego na terenie miasta Krakowa. Materiał badawczy gromadzono metodą sondażu diagnostycznego oraz poprzez analizę dokumentów. W metodzie sondażu diagnostycznego zastosowano technikę ankiety i wywiadu. W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badanie uzupełniono wywiadem z pielęgniarkami oddziałowymi placówek, w których badano pacjentów.

**Wyniki.** Prawie połowa respondentów (47,1%) przed zabiegiem operacyjnym nie uzyskała informacji o konieczności i rodzaju odprowadzenia moczu. Ponad połowa badanych (65,7%) nie miała przed zabiegiem operacyjnym wyznaczonego potencjalnego miejsca wyłonienia przetoki moczowodowo-jelitowo-skinnej. Ponad połowa respondentów (65,7%) przed zabiegiem chirurgicznym nie miała możliwości zapoznania się ze sprzętem urostomijnym. Wszystkich ankietowanych zapoznano z zasadami pielęgnacji urostomii. Analiza statystyczna wykazała silną zależność między opieką okołoperacyjną a poziomem wiedzy ( $p = 0,000$ ) i deklarowanych umiejętności ( $p = 0,000$ ). Większym poziomem wiedzy charakteryzowali się ankietowani, u których podjęto edukację z zakresu samoopieki już przed zabiegiem.

**Wnioski.** Poziom wiedzy i umiejętności pacjentów z zakresu pielęgnacji nadpęcherzowego odprowadzenia moczu jest niski.

**Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 72-78**

**Słowa kluczowe:** odprowadzenie moczu, samoopieka, sposób Bricker'a

### ABSTRACT

**Introduction.** Total urinary resection results with the necessity of creation an urostomy for the diversion of urine. Bricker ileal conduit is one of the most common solution here. Preparing the patient for self-care and self-reliance is one of the most important elements of care provided for patients after total urinary resection. It also should be followed by full social integration of these patients.

**Aim of study.** The objective of this study was to assess if patients who underwent Bricker ileal urinary diversion were well prepared for self-care.

**Material and methods.** The study group comprised 102 patients after total urinary resection. Survey questionnaire methodology was applied and patients were asked to fill a questionnaire form developed by the authors. Patients also participated in interviews. Additionally, medical records of all respondents were analysed.

**Results.** Almost half of the study group (47.1%) weren't informed about the necessity of urinary diversion before their surgery. The site of the stoma wasn't determined before the surgery in more than 50% of respondents (65.7%). Similar number of patients had no opportunity to

**Adres do korespondencji:** dr n. med., mgr piel. Elżbieta Walewska, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, tel.: 507 581 157, e-mail: elwalewska@gmail.com

learn about stoma equipment before the ileal conduit diversion. All respondents were informed how they should care of their urostomy. A strong correlation was found between peri-operational care and patients' level of knowledge and skills. Respondents who were taught about stoma care before their surgery presented higher levels of knowledge about self-care.

**Conclusions.** Knowledge levels and practical skills regarding an ileal conduit diversion and stoma care were poor.

**Nursing Topics 2013; 21 (1): 72–78**

**Key words:** drain urine, Bricker operation

## Wstęp

Radykalne usunięcie pęcherza moczowego nadal pozostaje złotym standardem postępowania w przypadku leczenia naciekającego raka pęcherza moczowego. Wśród nowotworów złośliwych najczęściej rejestrowanych w 2009 roku u mężczyzn, nowotwór złośliwy pęcherza moczowego zajmował trzecie miejsce i stanowił 6,8% zarejestrowanych zachorowań, u kobiet natomiast zajmował trzynaste miejsce i stanowił 2,0% zachorowań [1]. Zachorowania w ostatnich latach wykazują tendencję wzrostową, chorują głównie osoby po 50. roku życia, 3–4-krotnie częściej mężczyźni niż kobiety [1]. Do czynników ryzyka zalicza się zawodową ekspozycję na aromatyczne aminy w przemyśle barwnikowym, gumowym, drukarskim, gazownictwie oraz mutacje genetyczne. Rak pęcherza moczowego występuje 4-krotnie częściej u osób nałogowo palących tytoń. Do powstania raka pęcherza moczowego może przyczynić się leczenie chlorafenazyną oraz wiele innych czynników zachorowań na nowotwory złośliwe [2–5].

Radykalne usunięcie pęcherza moczowego niesie za sobą konieczność wytworzenia odprowadzenia moczu na zewnątrz. Aktualnie jednym z najczęściej wykorzystywanych odprowadzeń moczu jest przetoka moczowodowo-jelitowo-skórna sposobem Bricker'a [3]. W 1947 roku Eugeniusz Bricker wykonał ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu polegające na wszczepieniu moczowodów do izolowanej pętli jelita krętego, której dalszy koniec wszczepił w skórę. Wyizolowany fragment jelita cienkiego stanowi łącznik pomiędzy moczowodami a skórą, przez który wypływa mocz [6]. Otwór urostomii wymaga stosowania sprzętu zaopatrującego przetokę. Rozległy zabieg chirurgiczny, zmieniający obraz własnego ciała wiąże się ze znacznym obniżeniem jakości życia i stanowi trudne do zaakceptowania przez chorego kalectwo. Proces powrotu do zdrowia jest bardzo długi, a zabieg operacyjny stanowi dopiero początek wieloetapowego leczenia, dlatego też na wszystkich członkach zespołu terapeutycznego spoczywa obowiązek objęcia chorego holistyczną opieką.

Jednym z ważniejszych elementów opieki nad pacjentem po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego jest przygotowanie chorego do niezależności w samoopiece i uzyskanie pełnej integracji społecznej. Pełna rehabilitacja chorych po radykalnej cystektomii powinna prowadzić do odzyskania samodzielności i podejmowania aktywności życiowej w takim samym stopniu, jak przed za-

biegiem operacyjnym, o ile nie występują ograniczenia wynikające z choroby podstawowej lub chorób współistniejących, a także innych niezależnych od rodzaju nadpęcherzowego odprowadzenia moczu czynników [6–8].

Przygotowując profesjonalnie pacjenta do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu metodą Bricker'a należy spodziewać się świadomie podjętej przez pacjenta decyzji o wytworzeniu nadpęcherzowego odprowadzenia moczu, rozumienia ważności wyznaczenia potencjalnego miejsca urostomii, akceptacji nadpęcherzowego odprowadzenia moczu, współpracy pacjenta z zespołem terapeutycznym, wykazania zainteresowania pielęgnacją urostomii, umiejętności pielęgnacji urostomii i radzenia sobie w sytuacji problemowej, akceptacji ustalonego planu opieki i aktywne w nim uczestniczenie, znajomości zasad zaopatrywania w sprzęt urostomijny, zasad żywienia, umiejętności wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha, znajomości rodzajów wsparcia w różnych sytuacjach problemowych, rozumienia ważności badań kontrolnych oraz postawy pełnej aktywności zawodowej i społecznej. Zdobyta wiedza i umiejętności przyczynią się do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia i rehabilitacji, ale przede wszystkim do pełnej integracji społecznej. Im więcej chory i jego rodzina otrzyma wiedzy, im więcej nabeździe umiejętności, tym szybszy będzie jego powrót do aktywnego życia. Działalność edukacyjna warunkuje w znacznym stopniu utrzymanie optymalnego poziomu sprawności i samodzielności chorego z wypracowaniem schematów radzenia sobie z urostomią co wpływa bezpośrednio na jakość życia chorego.

## Cel pracy

Badania podjęto w celu oceny przygotowania chorego po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu sposobem Bricker'a do samoopieki. Przygotowanie chorego do samoopieki to jedna z najważniejszych procedur postępowania zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego.

## Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 102 pacjentów po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu sposobem Bricker'a, którzy za-

kończyli hospitalizację pozabiegową. Wybierając do badania przeważnie mężczyzn, zachowano proporcję mężczyzn i kobiet w próbie do proporcji mężczyzn i kobiet w zbiorowości generalnej, którą stanowią osoby z przetoką moczowodowo-jelitowo-skróną. To mężczyźni stanowią najliczniejszą grupę chorych po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. Jak wynika z Krajowego Rejestru Nowotworów, wyraźny wzrost zachorowań następuje po 40. roku życia i znacznie rośnie z wiekiem, co także uwzględniono w populacji próbnej. Do badań wybrano trzy różne oddziały sprawujące opiekę nad pacjentami ze schorzeniami układu moczowego na terenie miasta Krakowa. Tak dobrana grupa stanowi wycinek zbiorowości generalnej, którą charakteryzuje zróżnicowane przygotowanie do opieki nad samym sobą po zabiegu operacyjnym. Wybierając jednostki do próby, w procesie badawczym wykorzystano dobór losowy. Ze względu na niewielką zbiorowość generalną zastosowano losowanie zależne (bezzwrotne). Przeprowadzenie badań w tak wyodrębnionej populacji pozwoliło ocenić przygotowanie pacjentów z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu do samoopieki.

Dla celów niniejszej pracy materiał badawczy gromadzono metodą sondażu diagnostycznego i analizy dokumentów. W metodzie sondażu diagnostycznego zastosowano technikę ankiety i wywiadu. W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, skonstruowany na podstawie analizy problemów pacjenta z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu w wyniku radykalnej cystektomii.

Kwestionariusz ankiety zawierał pytania o charakterze zamkniętym, w tym zarówno pytania jednego, jak i kilkakrotnego wyboru. Wśród 45 pytań oprócz metryczki znajdowały się pytania określające poziom przygotowania pacjentów do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. Kwestionariusz ankiety zawierał także pytania pozwalające określić stopień zaangażowania środowiska terapeutycznego w przygotowanie badanych pacjentów do samoopieki oraz subiektywną ocenę tego zjawiska przez badane osoby.

Na użytek badań wykorzystano retrospektywną analizę indywidualnej dokumentacji pacjenta. Dokonano analizy ilościowej materiału zawartego w historii choroby i kartach ambulatoryjnych operowanych pacjentów. Analizując indywidualną dokumentację pacjentów, zebrano dla celów badawczych dane dotyczące czasu jaki upłynął od zabiegu operacyjnego, częstości wizyt kontrolnych po zabiegu operacyjnym, a także problemów i interwencji lekarskich.

Badanie uzupełniono wywiadem z pielęgniarkami kierującymi oddziałami. Kwestionariusz wywiadu zawierał pytania pozwalające określić stopień zaangażowania zespołu terapeutycznego w przygotowanie pacjentów do samoopieki. Przeprowadzono

badanie pilotażowe. Kontrola narzędzia badawczego wykazała, że język jakim się posługiwano w kwestionariuszu ankiety był zrozumiały przez badanych pacjentów, co miało wyraz w uzyskanych odpowiedziach na wszystkie zadane pytania. Odpowiedzi na wszystkie pytania potwierdziły także słuszność zastosowania wyłącznie pytań zamkniętych. Badania właściwe rozpoczęto od wywiadu z pielęgniarkami oddziałowymi lub/i ich zastępcami czterech krakowskich oddziałów urologicznych.

Po uzyskaniu pisemnej zgody dyrekcji i ordynatorów oddziałów urologicznych na badanie, przeprowadzono badanie zasadnicze za pomocą kwestionariusza ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badani pacjenci zostali poinformowani o celowości prowadzonych badań. Następnie dokonano analizy dokumentacji indywidualnej badanych pacjentów.

Do opisu statystycznego zastosowano klasyczne miary położenia (medianę, średnią arytmetyczną), a także miary zmienności (odchylenie standardowe). Do porównania zmiennych zastosowano parametryczny test istotności *t*-Studenta-Gosseta oraz nieparametryczny test Manna-Whitneya dla prób niezależnych. Dla porównania wartości średnich zmiennych dla parametrów niespełniających założeń analizy wariancji zastosowano test Kruskala-Walisa. Natomiast dla danych nieparametrycznych zastosowano test chi-kwadrat. Przyjęto poziom statystycznej istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

Badaniem objęto 102 osoby po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu sposobem Bricker'a. Wiek badanych wahał się 38–84 lat, średnia wieku wynosiła 65,8 lat (odchylenie standardowe SD = 10,487, mediana Me = 67,50). W badaniu uczestniczyły 22 kobiety (21,6%) i 80 mężczyzn (78,4%). W związkach małżeńskich pozostawało 66,7% respondentów (68 osób). Drugą co do liczebności grupę stanowiły osoby owdowiałe (21,6%), kolejną pozostające w stanie wolnym (9,8%), a ostatnią osoby rozwiedzione (2,0%). Wykształcenie respondentów było zróżnicowane, dominowało wykształcenie średnie (44,1%) i zawodowe (42,2%). Badaniem objęto zróżnicowaną grupę pod względem miejsca zamieszkania, 32,4% respondentów mieszkało w dużej aglomeracji (miasto powyżej 100 tys. mieszkańców), 31,4% mieszkało w mieście do 100 tys. mieszkańców, a 36,3% mieszkało na wsi. Wśród respondentów tylko 13,7% było aktywnych zawodowo, a 3,9% należało do Klubu stomików/urostomików. Czas jaki upłynął od wytworzenia nadpęcherzowego odprowadzenia moczu w badanej grupie był zróżnicowany, przeżywały osoby, u których wyłoniono urostomię do roku (50%) oraz od roku do trzech lat (30,9%). Najmniejszą

grupę stanowili respondenci, u których zabieg operacyjny przeprowadzono 3–5 lat wcześniej (19,6%).

Prawie połowa respondentów (47,1%) przed zabiegiem operacyjnym nie uzyskała informacji o konieczności i rodzaju odprowadzenia moczu. Ponad połowa badanych (65,7%) nie miała przed zabiegiem operacyjnym wyznaczonego potencjalnego miejsca wyłonienia przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej. Ponad połowa respondentów (65,7%) przed zabiegiem chirurgicznym nie miała możliwości zapoznania się ze sprzętem urostomijnym, a 2% respondentów nie pamięta tego faktu. Wszyscy ankietowani zostali zapoznani z zasadami pielęgnacji urostomii, 63% z zaleceniami dietetycznymi. O potencjalnych powikłaniach nadpęcherzowego odprowadzenia moczu sposobem Bricker'a poinformowano 44,1% respondentów, a o konieczności wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha — 14,7%. O zasadach refundacji sprzętu urostomijnego nie poinformowano 19,6% respondentów. Zdecydowana większość badanych (84,3%) uznała zakres uzyskanych informacji o pielęgnacji przetoki za wystarczający. Większość badanych (63%) podczas pobytu w szpitalu nie wykonała zaopatrzenia przetoki samodzielnie, a 10,8% tylko raz.

Wszyscy ankietowani stwierdzili, że wiedzą w jaki sposób pielęgnować przetokę, a prawie wszyscy (98%) jak likwidować podrażnienie skóry wokół przetoki. Prawie wszyscy badani (91,2%) wykonują samodzielnie czynności higieniczne wokół przetoki. Problemy z doborem sprzętu urostomijnego zaopatrującego przetokę zgłosiło 14,7% ankietowanych, a u 35,3% badanych problemy z doborem sprzętu pojawiają się czasami. Dość duża grupa respondentów (31,4%) zmienia worek urostomijny kilka razy dziennie, a dla prawie połowy ankietowanych (45,1%) liczba refundowanego sprzętu jest niewystarczająca.

W opinii 82,4% respondentów poziom przygotowania do samoopieki jest wystarczający. Najczęstszym źródłem wiedzy i umiejętności z zakresu pielęgnacji urostomii w opinii respondentów była pielęgniarka (96,1%).

Wszyscy ankietowani uznali, że największe trudności w życiu codziennym stwarza poczucie lęku przed nieszczelnością worka urostomijnego. Prawie wszyscy respondenci (95,1%) stwierdzili, że największe trudności sprawia im nieszczelny worek urostomijny, a 81,4% uznało pojawiające się odparzenia skóry wokół przetoki za zmienny problem.

Prawie wszyscy ankietowani (98,0%) stwierdzili, że przetoka przeszkadza im w każdej sferze życia (w życiu towarzyskim, rodzinnym, zawodowym, w sferze osobistej i intymnej).

Dość duża grupa respondentów (37,3%) nie czuje się bezpiecznie w życiu codziennym. Większość bada-

nych (68,6%) zgadza się ze stwierdzeniem, że problemy ze zdrowiem sprawiły zależność od innych. Dość duża grupa (31,4%) respondentów zdecydowanie zgadza się, że problemy ze zdrowiem sprawiły, że są bardziej zależni od innych niż tego chcą.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między wiekiem, osobami żyjącymi w związku, osobami pracującymi i należącymi do klubu stomików a umiejętnościami z zakresu samoopieki. Osoby najstarsze, samotne, owdowiałe, rozwiedzione, niepracujące i nienależące do klubu stomików posiadały niższe umiejętności wobec pozostałych grup. Dokonana analiza materiału własnego wykazała statystyczną zależność między poziomem umiejętności z zakresu samoopieki a kontrolą w poradni urologicznej ( $p = 0,000$ ), im dłuższy czas upłynął od ostatniej wizyty w poradni urologicznej, tym respondenci deklarowali niższe umiejętności, im dłuższy czas minął od zabiegu operacyjnego, tym u respondentów mniejsze umiejętności ( $p = 0,000$ ).

Analiza statystyczna wykazała silną zależność między opieką okołoperacyjną a poziomem wiedzy ( $p = 0,000$ ) i deklarowanymi umiejętnościami ( $p = 0,000$ ). Większym poziomem wiedzy charakteryzowali się ankietowani, u których podjęto edukację z zakresu samoopieki już przed zabiegiem. Wyższy poziom wiedzy posiadali respondenci, których przed zabiegiem operacyjnym poinformowano o konieczności wyłonienia przetoki, rodzaju odprowadzenia moczu, u których wyznaczono potencjalne miejsce wyłonienia przetoki oraz ci, których przed zabiegiem zapoznano ze sprzętem urostomijnym niż ankietowani, u których nie wykonano tych czynności. Większe deklarowane umiejętności z zakresu samoopieki posiadali respondenci, których przed zabiegiem operacyjnym zapoznano ze sprzętem potrzebnym do zaopatrzenia przetoki. Osoby, które podczas pobytu w szpitalu wykonywały samodzielnie toaletę przetoki charakteryzuje wyższy poziom wiedzy i deklarowanych umiejętności ( $p = 0,000$ ), niż te, które czynności higieniczne wokół przetoki po raz pierwszy samodzielnie wykonywały w domu.

W badaniach własnych analizie poddano zależność między poziomem deklarowanych umiejętności a poczuciem bezpieczeństwa. Analiza statystyczna wykazała korelację między poziomem deklarowanych umiejętności a poczuciem bezpieczeństwa ( $p = 0,000$ ). Wykazano, że im wyższy poziom deklarowanych umiejętności, tym wyższe poczucie bezpieczeństwa. W badaniach własnych nie wykazano zależności statystycznej między subiektywną oceną przygotowania do samoopieki a poziomem deklarowanych umiejętności ( $p = 0,112$ ). Nie wykazano także zależności między poczuciem zależności od innych a poziomem deklarowanych umiejętności ( $p = 0,965$ ).

## Dyskusja

Ważnym elementem opieki nad chorym z urostomią jest prawidłowe wytworzenie przetoki, zgodnie z obowiązującymi zasadami, ale także edukacja chorego z zakresu opieki nad samym sobą [9–11]. Umiejętne przygotowanie pacjenta do życia z urostomią jest priorytetowym zadaniem całego zespołu terapeutycznego.

Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko 52,9% respondentów poinformowano o konieczności wyłonienia przetoki.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Kózkę i wsp. [12], w którym 68% badanych uzyskało informacje o konieczności/możliwości wyłonienia przetoki. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Szponar i wsp. [13] aż 90% badanych pacjentów poinformowano o konieczności/możliwości wyłonienia przetoki i rodzaju odprowadzenia moczu.

Na prawidłowe funkcjonowanie nadpęcherzowego odprowadzenia moczu sposobem Bricker'a, w tym jej zaopatrzenie, zmniejszenie częstości powikłań, ma wpływ wyznaczenie potencjalnego miejsca wyłonienia przetoki przed zabiegiem operacyjnym, zgodnie z obowiązującymi zasadami [14–16].

W badanej grupie 34,3% respondentów miało przed zabiegiem operacyjnym wyznaczone miejsce wyłonienia przetoki. Znacznie lepsze wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Kózkę i wsp. [12], w którym 45% ankietowanych miało przed zabiegiem operacyjnym wyznaczone miejsce wytworzenia przetoki. Zdecydowanie lepsze wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Szponar i wsp. [13], w którym 84% chorych miało przed zabiegiem operacyjnym wyznaczone potencjalne miejsce wyłonienia przetoki.

Istotną rolę w procesie pielęgnacyjnym oraz w procesie leczenia stanowi zespół terapeutyczny, a w szczególności lekarz i pielęgniarka, w którym pacjent upatruje nauczyciela i edukatora. Podobnie jak z badań przeprowadzonych przez Szponar i wsp. [13], z badań własnych wynika, że najczęstszym źródłem informacji z zakresu pielęgnacji przetoki jest pielęgniarka (96,1%). Z badań przeprowadzonych przez Cierzniańską i wsp. [17] oraz Girzelską i wsp. [18] wynika, że najczęstszym sposobem pozyskiwania informacji na temat zachowań zdrowotnych w opinii pacjentów jest edukacja samodzielna (44%), rozmowa z lekarzem (37%) i pielęgniarką (16%).

Wszyscy ankietowani podali, że podczas pobytu w szpitalu zostali zarówno poinformowani, jak i przeszkoleni w zakresie pielęgnacji przetoki. Natomiast z analizy materiału wynika, że 37,0% respondentów nie zapoznano z zaleceniami dietetycznymi, 55,9% nie poinformowano o możliwych powikłaniach po wyłonieniu przetoki, 85,3% o konieczności wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha. Z przeprowa-

dzonych badań wynika, że 80,4% respondentów poinformowano o możliwości refundacji sprzętu potrzebnego do zaopatrzenia przetoki.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Girzelską i wsp. [18], w którym 76% respondentów uważało zakres edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarki po zabiegu operacyjnym za wystarczający, a mimo to nie zostali zapoznani w sposób wystarczający z zaleceniami z zakresu samoopieki, oraz Wojewodę i wsp. [19], w którym 66,7% respondentów uważało, że zostali wyczerpująco poinformowani. Zdecydowanie lepsze wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Szponar i wsp. [13], w którym odsetek poinformowanych pacjentów był wyższy, sięgał 82–98%, a także Wyrzykowską [20], w którym odsetek poinformowanych sięgał 83,7%. Według badań Cierzniańskowskiej i wsp. [21] 70% respondentów uznało, że informacje przekazane w szpitalu w zakresie pielęgnacji przetoki były wystarczające. Natomiast z badań przeprowadzonych przez Kózkę i wsp. [12] wynika, że zakres uzyskanych od pielęgniarki informacji był niewystarczający. Ponad połowa ankietowanych (53,7%) nie otrzymała informacji o możliwych powikłaniach przetoki, a 59,4% o wykonywaniu ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha.

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że wiedza pacjentów z zakresu samoopieki jest niewystarczająca. Zdecydowana większość respondentów uważa, że zakres edukacji był wystarczający, jednak w 53,9% poziom wiedzy badanych oceniono jako niedostateczny, a w 38,2% jako mierny.

W badaniach własnych wykazano korelację poziomu wiedzy i deklarowanych umiejętności, a także poziomu wiedzy i stosowania się do zaleceń. Z analizy materiału wynika, że pacjenci posiadający wiedzę w stopniu dobrym z zakresu samoopieki i samopielęgnacji stosują się do zaleceń, a także charakteryzują się wyższym stopniem umiejętności. Wiedza i umiejętności korelują ze sobą, jednak zależności między poziomem wiedzy a umiejętnościami z zakresu samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego wymagają dalszych badań i rzetelnej analizy.

Przygotowanie pacjenta do samoopieki obejmuje także naukę prostych zabiegów medycznych, a w przypadku nadpęcherzowego odprowadzenia moczu, czynności higienicznych wokół przetoki. Brak umiejętności zaopatrywania przetoki powoduje nie tylko nieekonomiczne wykorzystanie refundowanego sprzętu, ale także prowadzi do powstania powikłań zarówno dermatologicznych, jaki i w funkcjonowaniu przetoki. Większość chorych oczekuje od pielęgniarki informacji i ćwiczeń praktycznych z zakresu postępowania pielęgnacyjnego. Zapotrzebowanie na praktyczne umiejętności dla chorych stanowi największą wartość w przygotowaniu do samoopieki.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 61,8% respondentów po raz pierwszy samodzielnie wykonywało zaopatrzenie przetoki dopiero w domu.

Zdecydowanie lepsze wyniki wykazały badania przeprowadzone przez Cierzniańską i wsp. [21], w których to pierwszej toalety przetoki podczas pobytu w szpitalu dokonali wszyscy ankietowani.

W badaniach własnych wykazano, że 50% (czasami 35,3%, często 14,7%) ankietowanych pacjentów ma problemy z doбором sprzętu zaopatrującego przetokę, a 31,4% worków urostomijny zmienia kilka razy dziennie. Podobne wyniki wykazały badania przeprowadzone przez Cierzniańską i wsp. [21], w których to 45% chorych zmienia worki urostomijny minimum dwa razy dziennie. Częstość zmiany uzależniona jest nie tylko od indywidualnych uwarunkowań, rodzaju przetoki, ale także od przestrzegania zaleceń dotyczących toalety przetoki.

Wykazano, że 37,3% badanych pacjentów nie czuje się bezpiecznie w codziennym życiu. Badając stan emocjonalny, wykazano, że wszystkim ankietowanym sprawia problem lęk i przygnębienie. Zdecydowana większość badanych odczuwa poczucie bezsensu życia, a u 13,8% badanych pojawiły się myśli samobójcze w wyniku nieprzystosowania do życia z urostomią.

Zdecydowanie lepsze wyniki uzyskała w badaniach Mess i wsp. [22], w których widać wyraźnie optymistyczne nastawienie do życia, w porównaniu z badaniami własnymi.

Badając funkcjonowanie respondentów w życiu codziennym wykazano, że 98% badanych przetoka przeszkadza w funkcjonowaniu w każdej sferze życia, zarówno w życiu towarzyskim, rodzinnym, zawodowym jak i osobistym, w tym 79,4% w życiu intymnym. Podobne wyniki uzyskała w badaniu Mess i wsp. [22], Leyk i wsp. [23], oraz Bar i wsp. [24]. Tezie, że u chorych z wyłonią stomią obserwuje się obniżoną jakość życia zaprzeczają badania przeprowadzone przez Rauch i wsp. [25]. W przeprowadzonym badaniu na terenie Norwegii i Niemiec porównywano między innymi jakość życia osób z wyłonią stomią i osób, u których nie wystąpiła konieczność jej wyłonięcia. W obu grupach wyniki jakości życia w wymiarze społecznym były zbliżone. Nie zaobserwowano również, aby stomia wpływała negatywnie na życie seksualne, perspektywy na przyszłość, czy poczucie bezpieczeństwa. Badacze udowodnili, że pacjenci z wyłonią stomią mają wyższą samoocenę i występuje u nich mniejszy poziom niepokoju w porównaniu z osobami niemającymi wyłoniętej stomii.

Przygotowanie do samoopieki jest złożonym procesem, w którym bierze udział chory i jego bliscy oraz cały zespół terapeutyczny, który sprawuje nad nim

opiekę od momentu podjęcia decyzji o konieczności usunięcia pęcherza moczowego. Opiekowanie się samym sobą to sztuka, której pacjent musi się nauczyć pod kierunkiem wykwalifikowanych edukatorów.

### Wnioski

1. Poziom wiedzy pacjentów z zakresu pielęgnacji nadpęcherzowego odprowadzenia moczu jest niski.
2. Stwierdzono zależność statystyczną ( $p = 0,000$ ) między poziomem wiedzy a wykonywaniem toalety urostomii zgodnie z obowiązującymi zasadami.
3. Zakres edukacji zdrowotnej miał statystycznie istotny ( $p = 0,000$ ) wpływ na przestrzeganie zaleceń związanych z pielęgnacją nadpęcherzowego odprowadzenia moczu.
4. Brak u 61,8% badanych potwierdzenia wykonania procedury zaopatrzenia samodzielnego urostomii podczas pobytu w szpitalu

### Postulaty

1. Wskazane jest aby w każdym ośrodku wdrożyć procedurę:
  - przedoperacyjnego wyznaczenia potencjalnego miejsca wyłonienia urostomii;
  - edukacji zdrowotnej pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgnacji przetoki, profilaktyki powikłań, nauki wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha, źródłach pomocy i wsparcia;
  - samodzielnego zaopatrzenia przetoki przez chorego.
2. Zaleca się utworzenie etatu pielęgniarki koordynującej edukacją pacjentów.

### Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2011.
2. Foulkes W.D. Genetyczne uwarunkowania podatności na często spotykane nowotwory złośliwe. *Onkol. Dypl.* 2009; 6: 10–20.
3. Tkocz M., Duda W., Szedel A., Krawiecki J., Kupajski M., Ziaja D. Naciekający rak pęcherza moczowego, nadpęcherzowe odprowadzenia moczu w materiale własnym. *Współcz. Onkol.* 2008; 12: 333–337.
4. Alberg A.J., Hebert J.R. Cigarette smoking and bladder cancer: a new twist in an old saga? *J. Natl. Cancer Inst.* 2009; 101: 1525–1526.
5. Baris D., Karagas M.R., Verrill C., Johnson A. and all. A Case-Control Study of Smoking and Bladder Cancer Risk: Emergent Patterns Over Time. *J. Natl. Cancer Inst.* 2009; 101: 1553–1561.
6. Krasuska M.E., Rolka H. Standard opieki pielęgniarskiej wobec chorego z nowotworem pęcherza moczowego leczonego metodą cystektomii radykalnej. W: Krasuska M.E., Stanisławek A., Turowski K. (red.). *Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym i opiece paliatywnej*. Wydawnictwo Neuro Centrum, Lublin 2006: 105–113.

7. Koper A. (red.). *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011.
8. Cierzniańska K., Szewczyk M. T., Stodolska A., Cwajda J., Banasiewicz Z., Jawień A. Proces rehabilitacji chorych ze stomią. *Now. Lek.* 2005; 74: 222–225.
9. Sierpińska L., Dzirba A. Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2011; 1: 18–22.
10. Bielecki K. Dobra stomia. *Proktologia. Supl.* 2004; 1: 27–28.
11. Sobczak U. Jak prawidłowo wyznaczyć miejsce wylonienia stomii. *Troska. Kwartalnik dla lekarzy i pielęgniarek* 2001; 2: 6–7.
12. Kózka M., Bazaliński D., Cibora E. Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2010; 2: 57–62.
13. Szponar H., Wojewoda B., Juzwizyn J. i wsp. Przygotowanie pacjentów z wylonioną przetoką jelitową do samopielęgnacji. *Onkol. Pol.* 2006; 9: 176–179.
14. Zych B., Ogarek M., Oskędra I. Wybrane czynniki warunkujące realizację funkcji edukacyjnej pielęgniarek. *Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka. Międzynarodowa Konferencja Naukowa, 7–8 września 2000, Materiały Konferencji, Kraków 2000: 126–130.*
15. Krzyżanowska-Łagowska U. Wartości duchowe w etosie pielęgniarskim. *Duchowość, humanizm, profesjonalny holizm. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2006.*
16. Badura B. O potrzebie doskonalenia zmian instytucjonalnych. W: Kapłun A. (red.). *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia. Annette, Łódź 1997: 52–62.*
17. Cierzniańska K., Szewczyk M.T., Banaszkiewicz Z., Jawień J. Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2010; 2: 35–39.
18. Girzelska J., Kościółek A., Mianowana V., Cuber T., Wąsik A. Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec pacjentów przebywających na oddziale chirurgicznym. *Probl. Piel.* 2010; 18: 420–428.
19. Wojewoda B., Juzwizyn J., Durnej S. i wsp. Chory po operacji z powodu raka pęcherza moczowego — problemy edukacyjne. *Onkol. Pol.* 2006; 9: 180–183.
20. Wyrzykowska M. Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. *Piel. Chir. i Angiol.* 2007; 1: 3–10.
21. Cierzniańska K., Kozłowska E., Szewczyk M.T. Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgowania Dorothy Orem. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2007; 1: 16–22.
22. Mess E., Zatoka R., Jonak K., Lisowska A., Dybko J. Jakość życia chorych z nowotworem pęcherza moczowego. *Onkol. Pol.* 2006; 9: 162–165.
23. Leyk M., Książek J., Piotrowska R., Terach S., Kruk A. Jakość życia osób z wylonioną kolostomią. *Pielęg. Chir. i Angiol.* 2010; 3: 77–84.
24. Bar K., Michalak J., Borowiec D., Starownik R., Klijer R., Białek W. Analiza pacjentów oraz ocena wyboru sposobu nadpęcherzowego odprowadzenia moczu u chorych poddanych cystektomii radykalnej z powodu naciekającego raka pęcherza moczowego. *Urol. Pol.* 2006; 59: 275–278.
25. Rauch P., Miny J., Conroy T., Neyton L., Guillemin F. Quality of life among diseas — free survivors of rectal cancer. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22: 354–360.