

**KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS
VISUOMENĖS SVEIKATOS FAKULTETAS**

ŽILVINAS SALADŽINSKAS

**KVALIFIKUOTOS IR KOKYBIŠKOS PAGALBOS
STOMUOTIEMS PACIENTAMS ORGANIZAVIMO
PROBLEMOS STACIONARINĖSE ASMENS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE**

**MAGISTRO DIPLOMINIS DARBAS
(Visuomenės sveikata)**

**Mokslinis vadovas
doc.,dr. Rytis Rimdeika**

KAUNAS, 2005

SANTRAUKA

Lietuvoje kvalifikuota pagalba stomuotiems pacientams yra nepakankama. Nesuteikta informacija prieš operaciją pacientams sukelia ne tik fizinę, bet ir psichologinę traumą, tai blogina jų gyvenimo kokybę po operacijos. Gydytojai ir slaugytojos neturi pakankamai žinių apie stomos priežiūrą. Lietuvoje nesidomėta kvalifikuotos ir kokybiškos pagalbos stomuotiems pacientams padėtimi stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Atliekamo **darbo tikslu** buvo siekta nustatyti pagalbos stomuotiems pacientams trūkumus stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose bei pasiūlyti priemones jų pašalinimui.

Metodika ir rezultatai. Darbo metu atlikti keli tyrimai : apklausti pacientai, įvertinant jų gyvenimo kokybę po operacijų, suformavus stomą; taip pat apklausti pacientai, siekiant palyginti priešoperacinio ir pooperacinio stomos priežiūros mokymo svarbą. Jų apklausos metu naudoti standartizuoti gyvenimo kokybės klausimynai EORTC QLQ-C30 (3 versija), EORTC QLQ-CR38 ir papildomai sudaryti klausimai, kuriais siekta įvertinti stomos vietos patogumą bei kvalifikuoto mokymo įtaką gyvenimo kokybei. Tuo tikslu tirtos pacientų trys grupės: I grupė – tai pacientai, kuriems prieš operaciją apmokyta slaugytoja parinkdavo optimalią stomos vietą ir kvalifikuotai apmokydavo stomos priežiūros pagrindų. II grupė – pacientai, kuriems stomos vietą pasirinkdavo chirurgas operacijos metu, o kvalifikuotą pagalbą apie stomos priežiūrą jie gaudavo vėlyvajame pooperaciniame periode. III - kontrolinė grupė – pacientai, kuriems stomos vietą pasirinkdavo chirurgas operacijos metu, jie nemokyti stomos priežiūros pagrindų.

Darbo metu apklausti stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai ir slaugytojos, norint sužinoti jų įgūdžius ir žinias apie stomos priežiūrą, bei jų gavimo būdus.

Tyrimo **išvados** įrodė, kad prieš operaciją parinkta optimali stomos vieta, yra patogesnėje vietoje kasdieninės priežiūros ir rengimosi atžvilgiu. Pradėjus pacientų mokymą prieš operaciją ir tęsiant jį po operacijos suteiktos žinios yra įsisavinamos žymiai geriau, geresnė pacientų mokymo kokybė ir pasitenkinimas medicinos personalo suteikta informacija.

Stacionaro sveikatos priežiūros įstaigų gydytojų ir slaugytojų žinios apie stomos priežiūrą yra nepakankamos, daugiausiai gaunamos atsitiktinių mokymų ar konferencijų metu.

SUMMARY

Qualified assistance for stoma patients in Lithuania is insufficient. Failure to provide preoperative information to patients results in not only physical, but also psychological trauma, which negatively affects the patients' postoperative quality of life. Physicians and nurses have insufficient information about stoma care. In Lithuania, there have been no studies that would evaluate the organization of assistance for stoma patients.

The aim of the performed **study** was to identify the drawbacks in the assistance for stoma patients in hospitals, and to propose measures for the elimination of these drawbacks.

Methods and results. During the study, several investigations were performed, including questionnaire-based inquiry of patients for the evaluation of their post-operative quality of life following stoma formation, and the inquiry of patients for the comparison of the importance of preoperative and postoperative training on stoma care. The inquiry was performed using standardized quality of life questionnaires EORTC QLQ-C30 (version 3), EORTC QLQ-CR38, and additional questionnaires aimed at the evaluation of the convenience of the stoma site and the influence of preoperative and postoperative training on the quality of life during the distant postoperative period. For the second inquiry, three groups of subjects were formed. The first group included patients in whom optimal site of the stoma was selected before the operation, who were provided with full information on possible changes during the postoperative period, and after the operation received training on the basics of stoma care. The second group consisted of patients in whom the optimal stoma site was not selected, who received no information prior to the operation, and underwent training only during the late postoperative period. The third group – the controls – included patients in whom the optimal site of the stoma was not selected, who received no information prior to the operation, and underwent no training during the late postoperative period. In addition to that, an inquiry of hospital physicians and nurses was performed in order to evaluate their skills and knowledge on stoma, and the ways this knowledge was obtained.

Conclusions. The study proved that the optimal stoma site selected prior to surgery is more convenient with respect to daily care and dressing oneself. The initiation of patient training before the operation, and its continuation during the postoperative period stipulates significantly better internalization of knowledge, better quality of patient training, and higher patients' satisfaction with the information provided by the medical staff.

The knowledge of hospital physicians and nurses on stoma care is insufficient, and most frequently obtained during occasional training courses or conferences.

TURINYS

ĮVADAS	7
Darbo tikslas	8
Darbo uždaviniai	8
1. KVALIFIKUOTOS IR KOKYBIŠKOS PAGALBOS ORGANIZAVIMAS STOMUOTIEMS PACIENTAMS	9
1.1. Stomuotų pacientų padėtis Europos šalyse	9
1.2. Kvalifikuotas pagalba stomuotiems pacientams	10
1.3. Gyvenimo kokybė po stomos suformavimo operacijos	11
1.4. Pacientų paruošimas stomos suformavimo operacijai	12
1.4.1. Priešoperacinis mokymas ir sveikatos būklės įvertinimas	13
1.4.2. Stomos vietos parinkimas	14
1.5. Specializuota pagalba stomuotiems pacientams po operacijos	15
1.5.1. Stomos priežiūros įgūdžių mokymas	15
1.5.2. Stomuotų pacientų paruošimas socialinei integracijai	16
2. DARBO METODIKA	18
2.1. Stomuotų pacientų gyvenimo kokybės tyrimas	18
2.1.1. Statistinė duomenų analizė	18
2.1.2. Gyvenimo kokybės, funkcinų ir simptominių skalių rezultatai, praėjus trims mėnesiams po operacijos	19
2.2. Stomuotų pacientų gyvenimo kokybės pokyčiai priklausomai nuo jų stomos priežiūros pagrindų mokymo bei stomos vietos parinkimo	22
2.2.1. Tiriamųjų kontingentas	22
2.2.2. Tyrimo metodika	23
2.2.3. Tyrimo organizavimas	24
2.2.4. Statistinė duomenų analizė	25
2.2.5. Tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės pokyčiai	25
2.2.6. Stomos vietos įtaka pacientų gyvenimo kokybei	30
2.3. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų medicinos personalo žinios apie stomos priežiūrą	31
2.3.1. Tyrimo medžiaga ir metodika	31
2.3.2. Tyrimo rezultatai	31
4. REZULTATŲ APTARIMAS	36

IŠVADOS	41
REKOMENDACIJOS	41
LITERATŪROS SĄRAŠAS	42
DARBO TEMA SPAUSDINTI STRAIPSNAI	47
PRIEDAI	48
EORTIC QLQ-CR38 KLAUSIMYNAS	48
MEDICINOS PERSONALO APKLAUSOS KLAUSIMYNAS	50
EORTIC QLQ-CR30 KLAUSIMYNAS	51

IVADAS

Žarnynos stomos yra plonosios ar storosios žarnos atvėrimas į išorę [2]. Jos daromos jau daugiau kaip 200 m. Pirmoji sėkminga stomos operacija buvo atlikta prancūzo gydytojo Dr. Pillore 1776 m. Didelį indėlį šių operacijų tobulinimui padarė daugelio šalių chirurgai, tačiau pagrindiniai poslinkiai vyko XX a. : pirmoje šio amžiaus pusėje didžiausi darbai šios srities chirurgijoje priskiriami vokiečių chirurgui H.Hartmanui, o antroje pusėje - amerikiečiui R.Turnbului.

Stomuotų pacientų slauga po operacijų susidomėta žymiai vėliau. Gerinant paciento gyvenimo kokybę 20 a. buvo sukurti pirmieji išmatų surinktuvai. Jų modelį pasiūlė patys stomą turintys pacientai, jauni amerikiečiai studentai fizikai Konigas ir Štrausas, kurie buvo operuoti dėl nespecifinio opinio kolito. Tačiau jie buvo labai dideli ir nepatogūs pacientui. Sudaryti iš kelių dalių, diržais apjuosti per liemenį ir prispausti prie odos, šalia stomos [8]. Vykstant techninei evoliucijai, išmatų surinktuvai buvo tobulinami. Šio progreso įtakai postūmį padarė medikai. Slaugytoja iš Danijos E. Sorensen, slaugiusi savo giminaitį su stoma, pasiūlė šiandieninio išmatų surinktuvo, priklijuojamo prie odos, principą.

Ryškus chirurginės technikos gerėjimas nuo 1950 m. sumažino sergamumą ir mirtingumą ligonių po stomų operacijų, o naujų technologijų atsiradimas ir techninė evoliucija leido pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, fizinę ir psichologinę reabilitaciją, prisitaikymą prie socialinės aplinkos [19, 24, 26, 62].

1958 m. atsirado stomaterapeuto (dirbančio su stomuotais pacientais) specialybė. Jie atliko kvalifikuotos slaugos dalį t. y. konsultavo ir prižiūrėjo stomuotus pacientus. Šiandieninė, tradicijomis paremta praktika, yra nukreipta fizinį ir psichologinių šių pacientų poreikių sprendimui [29, 42, 62].

Daugelyje Europos šalių veikia kvalifikuotos pagalbos stomuotiems pacientams sistema, kuri vykdoma stacionaro asmens sveikatos priežiūros įstaigose, bendrosios praktikos gydytojų centruose, slaugos namuose ir pan. Šis darbas dažniausiai tenka stomaterapeutams, tačiau nemažas indėlis tenka ir nacionalinėms stomuotų pacientų organizacijoms, kurios glaudžiai bendradarbiauja su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, valstybinėmis institucijomis.

Lietuvoje stomuotų pacientų priežiūra nekokybiška. Prieš operaciją pacientai neinformuojami apie galimus kūno pokyčius, jiems neparemkama patogi stomos vieta, kaip

tai daroma daugelyje Vakarų šalyse. Pacientai po stomos suformavimo operacijos patiria ne tik fizinę, bet psichologinę traumą. Medikai nepilnai informuoja pacientus apie kūno bei tuštinimosi pokyčius po operacijos. Slaugos personalas nepakankamai apmoko pacientą stomos priežiūros pagrindų.

Stomuoto paciento psichologinei reabilitacijai, jo integracijai į socialinį gyvenimą skiriama per mažai dėmesio. Pacientai išleidžiami namo, neapmokyti prisižiūrėti stomą, nesupažindinti su mitybos, kasdieninio gyvenimo ypatumais.

Lietuvoje nedaryti tyrimai apie stomos priežiūros mokymo įtaką pacientų gyvenimo kokybei po operacijos bei medikų žinias apie stomos priežiūrą.

Ši darbo tema pasirinkta siekiant atkreipti dėmesį į tai, kad reikalinga organizuota ir kvalifikuota pagalba stomą turintiems pacientams.

Tyrimo problema: profesionalios ir organizuotos stomos priežiūros pagalbos nebuvimas stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose neužtikrina kokybiškų paslaugų stomuotiems pacientams.

Darbo tikslas: išaiškinti kvalifikuotos bei kokybiškos pagalbos trūkumus stomuotiems pacientams stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose bei pasiūlyti priemones jiems pašalinti.

Darbo uždaviniai:

1. Įvertinti stomuotų pacientų gyvenimo kokybę po operacijos.
2. Palyginti stomuotų pacientų gyvenimo kokybės pokyčius, priklausomai nuo jų kvalifikuoto stomos priežiūros pagrindų mokymo ir optimalios stomos vietos parinkimo.
3. Išsiaiškinti stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų gydytojų ir slaugytojų žinias apie stomos priežiūrą.
4. Pasiūlyti priemones kokybiškai ir kvalifikuotai pagalbai stomuotiems pacientams stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

1. KVALIFIKUOTOS IR KOKYBIŠKOS PAGALBOS ORGANIZAVIMAS STOMUOTIEMS PACIENTAMS

1.1. Stomuotų pacientų padėtis Europos šalyse

Stomą turinčių pacientų interesus daugelyje šalių gina nacionalinės asociacijos. Jas vienija Pasaulinė stomuotų žmonių asociacija (IOA – International Ostomy Association). Ji yra paskelbusi stomuotų žmonių chartiją, kuri turėtų garantuoti kokybišką gyvenimą po operacijos. Šios chartijos punktai skelbia, kad pacientas :

- Turi gauti informaciją prieš operaciją bei supažindintas su jos nauda ir pagrindiniais gyvenimo su stoma faktais,
- Stoma suformuota tinkamoje kūno vietoje,
- Gauti profesionalią medicinos pagalbą tiek ligoninėje, tiek visuomenėje,
- Gauti bešališką informaciją apie stomos priežiūros priemones bei galimybes jas įsigyti,
- Gauti informaciją apie nacionalines stomuotų žmonių organizacijas, jų teikiamas paslaugas bei pagalbą,
- Būti apsaugotas nuo visų diskriminacijos priemonių.

2003 metais buvo atlikta Europos šalių apklausa, siekiant išsiaiškinti stomuotų pacientų padėtį bei pagalbos jiems organizavimą. Joje dalyvavo ir Lietuvos stomuotų pacientų asocijacija. Apklausa buvo vykdyta pagal visus Chartijos punktus.

Ji parodė, kad pagrindinė informacija apie stomuotų pacientų gyvenimą prieš bei po operacijos suteikiama stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, dažniausiai nacionalinė stomuotų žmonių asociacija į šį procesą neįtraukiama.

Daugelyje Europos šalių optimalus stomos vietos parinkimas yra tapęs standartine procedūra, šį darbą atlieka kvalifikuota slaugytoja, apmokyta stomos priežiūros pagrindų.

Tačiau profesionali pagalba stomuotiems pacientams yra įvairialypė. Didžioji dalis šios pagalbos suteikiama stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kita tenka bendrosios praktikos slaugytojoms bei kitų specialybių gydytojams.

Informaciją apie stomos priežiūrą pacientai gauna nepriklausomai nuo gamintojų ir tai dažniausiai neįtakoja jų pasirinkimo.

Europoje yra didelė stomos priežiūros priemonių pasiūla, tačiau apie šeštadalis pacietų yra varžomi tam tikrų apribojimų. Kai kuriose šalyse yra taikomas stomos priežiūros priemonių apribojimas priklausomai nuo medicinos pagalbos priemonių kompensavimo tvarkos.

Skandinavijos šalyse stomos priežiūros priemonės skiriamos pagal paciento poreikius ir šis kiekis pilnai kompensuojamas. Tuo tarpu Centrinės Europos šalyse kompensuojamas tam tikras šių priemonių kiekis, kuris kartais nėra pakankamas. Kai kuriose šalyse (Baltarusija, Rumunija, Bulgarija, Albanija) nėra stomos priežiūros priemonių kompensavimo tvarkos, jas tenka pacientui įsigyti už savo lėšas.

Daugelyje Europos šalių yra nacionalinės stomuotų žmonių asociacijos. Tačiau informacija apie jas ne visuomet suteikiama sveikatos priežiūros įstaigose.

Europoje stomuoti pacientai nėra diskriminuojami, tačiau kai kuriose šalyse jie negali dirbti fizinio darbo, būti kai kurių kategorijų darbuotojais (policininkais, gaisrininkais). Jungtinėje Karalystėje jiems kyla problemų gauti kelionių draudimą.

Minėta apklausa leidžia teigti, kad stomuotų žmonių padėtis Europos šalyse nėra pakankama, remiantis daugelio šalių apklausos rezultatais, ji kinta nuo labai geros (Danija, Švedija, Norvegija, Olandija, Belgija) iki labai blogos (Bulgarija, Rumunija, Albanija) [XI Europos stomuotų pacientų asociacijos kongreso duomenys, 2004, Porto, Portugalija].

1.2. Kvalifikuota pagalba stomuotiems pacientams

Kvalifikuota pagalba stomuotiems pacientams susidomėta tik antroje XX amžiaus pusėje, kuomet Jungtinėje Karalystėje ir Jungtinėse Amerikos Valstijose atsirado slaugytojos, kurios didžiąją dalį savo veiklos paskyrė šiems pacientams. Vėliau atsirado tobulinimosi kursai slaugytojoms, kurios specializuojasi stomos priežiūros srityje. Pirmosios tobulinimosi kursai vyko Jungtinėje Karalystėje, vėliau Skandinavijos šalyse. Šios kvalifikuotos slaugytojos vadinamos stomaterapeutėmis.

Pirmoji slaugytoja susidomėjusi stomuotų pacientų priežiūra buvo Norman Gill iš Klivlendo ligoninės, JAV (1950 m.). Ji siekė tobulinti pacientų priežiūrą su nuolatine ileostoma ar kolostoma, sudarydama jiems mokymo programą ir aiškindama stomos priežiūros pagrindus. Vėliau, Barbara Saunders iš Šv. Bartolomėjaus ligoninės ir Josefin Plant iš Šv. Tomo ligoninės sudarė stomuotų pacientų mokymo programą Jungtinėje Karalystėje [45].

1958 m. atsirado stomaterapeuto specialybė, t. y. Slaugytojos, dirbančios su stomuotais pacientais [65]. Stomaterapeutai aiškina pacientui, kokie anatomiciniai pasikeitimai įvyks po operacijos, parenka ir pažymi būsimos stomos vietą, bendrauja su paciento artimaisiais. Po operacijos jie apmoko pacientą stomos priežiūros pagrindų, parenka stomos priežiūros priemonę ir apmoko ją naudotis, supažindina su galimu pašaliniu vaistų poveikiu ir užtikrina ilgalaikę priežiūrą namuose [24, 43, 45, 60, 64, 66].

1973 metais įkurta Stomuotus pacientus prižiūrinčių slaugytojų pasaulinė asociacija – WCET (World Council of Enterostomal Therapists), kuri reguliariai organizuoja suvažiavimus, kuriuose nagrinėjamos aktualios stomuotų pacientų priežiūros problemos.

Paskutinį dešimtmetį išsiplėtė šių kvalifikuotų slaugytojų darbo apimtis, kadangi jos pradėjo teikti pagalbą ilgai gyjančias žaizdas (trofines opas) turintiems pacientams, sergantiems kitomis žarnyno ligomis (vidurių užkietėjimais). Taigi jos tapo pilnais specializuotų gydytojų (koloproktologų) komandos nariais. Daugelyje šalių veikia stomaterapeutų konsultacijų kabinetai. Jos teikia pagalbą ne tik stacionarinėse asmens sveikatos įstaigose, bet ir pirminiuose asmens sveikatos priežiūros centruose. Geriausiai ši pagalba išvystyta Skandinavijos šalyse, kiekvienoje šių šalių didesnėje ligoninėje veikia stomos priežiūros kabinetai [8].

Lietuvoje pagalbą stomuotiems pacientams inicijavo gydytojai koloproktologai, tačiau jai nėra skiriamas pakankamas dėmesys.

Stomos priežiūros priemonės mūsų šalyje ambulatorinio gydymo metu įtrauktos į kompensuojamų medicininių priemonių sąrašą, tačiau daugelyje ligoninių jų kiekis nėra pakankamas, dažniausiai jos gaunamos kaip humanitarinė pagalbą iš kitų šalių.

1.3. Gyvenimo kokybė po stomos suformavimo operacijos

Gyvenimo kokybė - tai gana nauja ir plati sąvoka. Šis terminas apima visus individo gyvenimo aspektus svarbius jo gyvenime, tokius kaip maistas ir pastogė, asmeniniai pasiekimai, asmeninė laimė ir visiška gerovė [63]. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka [4, 7].

Sveikatos būklė įtakoja gyvenimo kokybę, tačiau jos nelemia, nes ir žmogaus su negalia gyvenimo kokybė gali būti gera. „Gyvenimo kokybė atspindi individo atsaką į fizinius,

psichinius ir socialinius kasdieninio gyvenimo pokyčius, kuris lemia pasitenkinimo gyvenimo aplinkybėmis laipsnį. Tai ne tik adekvati fizinė gerovė, bet ir bendras savo vertės jausmas“ [4, 7].

Šiuo metu yra sukurta daugybė gyvenimo kokybės klausimynų, standartizuotų skalių, kurių pagalba galima įvertinti ne tik sveikų, bet ir sergančių žmonių gyvenimo kokybę, todėl klinikinėje medicinoje, pradėta vertinti skirtingų pacientų grupių gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybei įvertinti naudojami įvairūs klausimynai sudaryti pačių autorių, įvairios standartizuotos skalės („Psichologinio prisitaikymo prie ligos skalė“ (PAIS-SR)); specialūs klausimynai („Notingemo sveikatos profilis“). Pastebimas ir bendras bruožas, kad įvairūs autoriai, įvertindami pacientų gyvenimo kokybę naudoja ir bendrą gyvenimo kokybės klausimyną SF-36 [9, 10, 16, 40, 54, 56]. Paprastai, gyvenimo kokybės klausimynų sudarymas, patvirtinimas ir patikrinimas yra ilgas procesas trunkantis nuo 10 iki 20 metų [27]. Europos Vėžio Tyrimo ir gydymo organizacija (EORTC) yra sudariusi standartizuotą, patikimą ir validų gyvenimo kokybės klausimyną EORTC QLQ-CR38, skirtą įvertinti pacientų gyvenimo kokybę po stomos suformavimo operacijos [61].

Klinikinėje medicinoje kol kas dar mažai žinoma apie stomuotų pacientų problemas, kurios turi įtakos gyvenimo būdui, kadangi mažai atlikta tyrimų įvertinančių ir nagrinėjančių stomuotų pacientų gyvenimo kokybę. Autoriai įvertindami stomuotų pacientų gyvenimo kokybę po operacijos atkreipia visuomenės dėmesį į pagrindines šių pacientų problemas: psichologines, fizines, socialines ir seksualines [40, 54, 56, 62].

1.4. Pacientų paruošimas stomos suformavimo operacijai

Prieš operacinis pacientų mokymas buvo pradėtas jau Renesanso laikais. Jis buvo charakterizuojamas, kaip "veikla siekiant paruošti pacientą fiziškai ir emociškai, operacijai ir pooperaciniam laikotarpiui“ [22].

Daugelyje šalių pacientus prieš operaciją ir po jos, stomos priežiūros pagrindų moko stomaterapeutai.

Kiekvienas pacientas nori gauti pakankamai dėmesio iš medicinos personalo, ypač prieš operaciją. Žmogus, sužinojęs, kad jam bus suformuota stoma, patiria mažesnę ar didesnę baimę. Skiriami trys emocinės reakcijos tipai, būdingi pacientams prieš operaciją, t.y. didelė operacijos baimė, vidutinė operacijos baimė ir jos nebijojimas [6].

Prieš operaciją ir po jos stomuotas pacientas patiria daug emocijų: baimę, vienišumą ir bejėgiškumo jausmą. Dažniausiai tai atsitinka dėl žinių trūkumo, fizinės, emocinės ir socialinės izoliacijos baimės. Medikai, dirbantys su šiais pacientais, turi turėti ne tik profesionalių medicininių, bet ir psichologinių žinių. Slaugos personalas, pokalbių su pacientu metu, turi padėti rasti atsakymus į visus paciento klausimus, paaiškinti apie stomą, apmokyti prižiūrėti ją [21, 29, 41, 53].

1.4.1. Priešoperacinis mokymas ir sveikatos būklės įvertinimas

Paciento ir jo šeimos mokymui turi vadovauti kvalifikuoti slaugytojai. Jie privalo sudaryti mokymo planą, kurio vykdymą reikia pradėti prieš operaciją ir tęsti sveikimo ir reabilitacijos periodu. Jis turi būti pagrįstas objektyvaus tyrimo duomenimis, paciento poreikiais ir slaugos diagnozėmis. Apmokymo pradžioje yra įvertinamas paciento ir jo šeimos žinių lygis apie chirurgines procedūras, stomos priežiūrą. Jis turi vykti pagal reglamentuotą planą, tik vienas asmuo būtų atsakingas už paciento aktyvų mokymą [17, 29, 42, 44].

Aktyvaus mokymo esmė - paciento aktyvus dalyvavimas mokymosi procese. Slaugytoja gali naudoti kelis mokymo metodus : tiesioginį bendravimą su pacientu, paprastų diagramų naudojimą, darbą mažose grupėse, vaizdinės medžiagos peržiūrėjimą, praktinius užsiėmimus su stomos priežiūros priemonėmis [23, 51, 64]. Kartais po operacijos pacientui tenka pakartoti jau suteiktas žinias, nes daugelis jų pamiršta, kas buvo kalbama buvusiuose užsiėmimuose [23].

Sudarant mokymo planą, reikia įvertinti paciento fizinę, psichinę, protinę ir emocinę būklę, motyvaciją ir žinių lygį bei socialinius-kultūrinius veiksnius. Šiuos duomenis slaugytoja gali surinkti bendraudama su pacientu, atlikdama fizinį ištyrimą, įvertindama medicininius įrašus ir bendradarbiaudama su kitu medicinos personalu [41, 44, 47].

Fizinio ištyrimo metu reikia įvertinti paciento amžių, regėjimą, klausą ir judesių koordinaciją.

Stomos operacijos dažniausiai atliekamos vyresnio amžiaus žmonėms žmonėms. Mokant juos stomos priežiūros pagrindų, reikia kalbėti lėtai, garsiai, suteikti tik būtiniausią informaciją, esant reikalui ją pakartoti. Po pokalbio reikia paliekti atmintinės, kuriose pateikta informacija yra glausta [23, 55].

Lietuvoje pacientams po stomos operacijos taip pat paliekamos atmintinės, tačiau kai kuriose iš jų yra informacijos per daug, pasigendama specialistų komentarų [3].

Prieš operaciją reikia įvertinti paciento judesių koordinaciją. Esant jos sutrikimams, išmokyti pacientą savarankiškai pasikeisti išmatų surinktuvą ir parinkti reikiamas stomos priežiūros priemones (vienos arba dviejų dalių išmatų surinktuvus) [32].

Pirmasis pokalbis su pacientu turi įvykti prieš operaciją. Jo metu slaugytoja turi paaiškinti virškinamojo trakto anatomiją ir fiziologiją, anatominius pokyčius įvyksiančius po operacijos, supažindinti su galimomis pooperacinėmis komplikacijomis [28, 29].

Stomuotam pacientui reikia paramos ir supratimo ne tik iš medicinos personalo, bet ir iš artimųjų. Pacientui pageidaujant, jo artimuosius įtraukti į reabilitacijos programą. Stomuoti pacientai, susilaukę paramos iš artimųjų, greičiau adaptuojasi prie pasikeitusio kūno įvaizdžio, jų reabilitacija vyksta greičiau [29, 49, 50, 65].

1.4.2. Stomos vietos parinkimas

Optimalios stomos vietos parinkimui reikalingas odos būklės įvertinimas. Slaugytoja turi apžiūrėti tą odos plotą, kuriame bus formuojama stoma (ar oda nėra sausa, riebi, pleiskanota ar uždegiminė), išsiaiškinti, ar pacientas nesirgo sisteminėmis ligomis (žvyneline, atopiniu dermatitu, pūsleline, odos grybeliu). Jeigu pacientas sirgo odos ligomis, būtina dermatologo konsultacija bei skirtas atitinkamas gydymas [12, 14, 24, 47].

Būtina ištirti paciento odos reakciją įvairioms lipnioms plokštelėms (hidrokoloidinėms). Šie mėginiai atliekami prieš operaciją [46]. Nustačius alergiją kurios nors rūšies lipniai plokštei, jas reikia pakeisti kitomis [17]. Stomaterapeutas turi domėtis stomos priežiūros gamintojų suteikiama informacija apie jų gaminamus produktus [12, 13, 14, 24, 47].

Įvertinus odos būklę, parenkama stomos vieta. Daugelyje šalių tai atlieka stomaterapeutai. Kiekvienam pacientui stomos vieta turi būti parenkama individualiai. Priešoperacinio stomos vietos parinkimo tikslas - optimali jos priežiūra [8]. Blogai parinkta stomos vieta apsunkins paciento apsitarnavimą, bei didins emocinę traumą [11, 13, 14, 32, 47].

Parentant stomos vietą, reikia įvertinti paciento kūno sandarą, socialinę padėtį, rengimosi stilių, profesiją ir kt.[18, 29, 57].

Stomą galima suformuoti visose pilvo sienos vietose, tačiau dažniausiai tai daroma kairėje ar dešinėje apatinėje pilvo sienos dalyje per tiesųjį pilvo raumenį. Šioje vietoje suformuotos stomos komplikacijos pasitaiko rečiau.

Stoma turi būti:

- patogioje vietoje anatomiciniu požiūriu;
- matoma ir pasiekama kasdieninės higienos požiūriu;
- neturi būti arti kaulų išsikišimų, bambos, juosmens linijos, išvaržų;
- negali būti šalia laparotominio pjūvio, pooperacinių randų, buvusių drenų vietoje, odos raukšlės ar šalia jų [1,8, 29, 38, 44, 59].

Būsimą stomos vietą turi eiti per tiesųjį raumenį, maždaug viduryje linijos tarp bambos ir priekinio viršutinio klubinio dyglio, šalia vidurinės juosmens linijos ir kuo toliau nuo simfizės ir šonkaulių lanko [29, 45, 59].

Stomos vieta parenkama pacientui stovint, sėdint, gulint, vaikstant, lenkiantis, kad parinkta vieta būtų kuo funkcionalesnė [1, 29]. Optimaliai parinkta stomos vieta laikoma, kai pacientas ją mato iš kelių pozicijų – t.y. sėdint ir stovint [29, 38].

Stomos vieta pažymima specialiu, neišsitrinančiu operacijos metu žymekliu. Kai kuriais atvejais reikia pažymėti dar vieną, alternatyvią stomos vietą, nes operacijos metu galimi techniniai nesklandumai, neleidžiantys suformuoti stomą pažymėtoje vietoje [45].

Optimali stomos vieta sumažina ankstyvųjų ir vėlyvųjų komplikacijų skaičių [15].

1.5. Specializuota pagalba stomuotiems pacientams po operacijos

Pats sunkiausias pacientui yra ankstyvasis pooperacinis laikotarpis. Tuo metu jis pajunta ne tik fizinį, bet ir psichologinį skausmą, pamato savo kūno pokyčius, tampa pilnai priklausomas nuo slaugos personalo, kuris atlieka ne tik psichologinę, bet ir fizinę reabilitaciją : prižiūri pooperacinę žaizdą, stebi visų gyvybinių funkcijų veiklą, suteikia pacientui patogią padėtį, mažina skausmą [1, 38].

1.5.1. Stomos priežiūros įgūdžių mokymas

Pacientų mokymas po operacijos turi prasidėti 3-4 dieną ir tęstis iki paciento. Pradžioje reikia išsiaiškinti, ką pacientas prisimena iš ankstesnio mokymo. Jo metu slaugytoja turi įvertinti bendrą paciento pooperacinę savijautą [22].

Jei paciento sveikatos būklė po operacijos yra patenkinama, pirmų susitikimų metu reikėtų išmokyti užsiklijuoti išmatų surinktuvą, paaiškinti mitybos ypatumus.

Mokant pacientą pasikeisti išmatų surinktuvą ar lipnią plokštelę svarbu iškirpti tinkamo dydžio angą joje, nes pirmomis dienomis dėl pooperacinės traumos ir uždegiminės reakcijos stoma būna paburkusi. Vėliau jos skersmuo sumažėja. Galutinis stomos dydis susiformuoja praėjus 1 - 2 mėnesiams po operacijos [33].

Stomos anga matuojama specialiu matuokliu. Lipnios plokštelės ar vienos dalies išmatų surinkimo surinktuvo iškirptos angos dydis turi būti toks, kad pirštu būtų galima laisvai priklijuoti tarp angos ir stomos esančią lipnios plokštelės dalį. Iškerpamos angos dydis turi būti 5-6 mm. didesnis už stomos dydį [8, 33]. Pacientas gali naudoti ir individualų stomos angos dydžio matuoklį [46].

Dažniausiai pasitaikančios komplikacijos po stomos operacijų yra odos - 46% visų komplikacijų [37, 38, 58].

Keičiant išmatų surinktuvą, slaugytoja turi atkreipti dėmesį į odos pakitimus apie stomą. Ji pirmoji turi diagnozuoti odos komplikacijas : paraudimą, įplyšimą, šlapiavimą, alergines reakcijas [8]. Šių komplikacijų priežastis - išmatų patekimas ant odos, netinkamas stomos priežiūros priemonių parinkimas bei jų naudojimas, alergija priklijuojamiems išmatų surinktuvams [29, 33, 45, 46].

1.5.2. Stomuotų pacientų paruošimas socialinei integracijai

Stomuotas pacientas turi būti psichologiškai paruoštas integracijai į visuomeninį gyvenimą. Kai kuriuose šalyse psichologinis prisitaikymas įvertinamas naudojant "Psichologinio prisitaikymo prie ligos" skalę [16].

Stomuoti pacientai būna linkę į pesimizmą, didžioji jų dalis save laiko invalidais, negalinčiais grįžti į pilnavertį gyvenimą [58]. Slaugytoja, bendraudama su pacientu, turi įtikinti, kad po operacijos jis gali gyventi įprastą gyvenimą, dirbti tą patį darbą, sportuoti, keliauti. Slaugytojos pareiga - paaiškinti pacientui, kaip tai padaryti [19, 25].

Pacientas su stoma gali maudytis tiek po dušu, tiek vonioje [8].

Stoma netrukdo žmogui dalyvauti fizinėje veikloje. Netgi priešingai, fiziniai pratimai padeda palaikyti gerą savijautą. Pirmus 2 mėnesius po operacijos reikia riboti fizinį krūvį, rekomenduojami lengvi pasivaikščiavimai, paprasti pratimai, stiprinantys pilvo raumenis ir ne

didesnis kaip 2-3 kg. svorio nešimas [23]. Pacientas, mėgstantis sportuoti, gali tai daryti ir toliau. Tačiau jį reikia perspėti, kad nekilnotų sunkumų, nes gali atsirasti kai kurios vėlyvos stomos komplikacijos, tokios, kaip parastominė išvarža, stomos gleivinės išskritimas. Taip reikia žinoti, kad padidėjęs prakaitavimas, atliekant energingus pratimus, reikalauja dažnesnio stomos maišelio keitimo, nes prakaitas mažina odos apsauginį barjerą [8, 19, 22, 23, 25, 31].

Stoma netrukdo keliauti, tik išvykstant į tolimesnę kelionę pacientas turi pasirūpinti stomos priežiūros priemonių atsarga. [48].

Daugelis pacientų susiduria su seksualinio prisitaikymo problema. Pradžioje ši problema yra neaktuali, nes ją nustelbia liga. 67% pacientų su stoma po operacijos nepatenkinti suteikiama informacija apie seksualinę pagalbą [24, 47, 49, 67].

Stomuotas pacientas turi prisitaikyti prie kūno pasikeitimo ir seksualinio įvaizdžio pakitimo jau pačioje pooperacinės reabilitacijos pradžioje. Vakarų šalyse seksualinės reabilitacijos programoje yra naudojamas J.Annon's "PLISSIT modelis" (leidimas, ribota informacija, specifiniai patarimai ir intensyvi terapija). Bendravimas, mokymas ir eksperimentavimas su partneriu yra pagrindiniai seksualinės reabilitacijos elementai pacientui su stoma [39, 49].

Slaugytoja turi paaiškinti, kad pacientas po operacijos gali lytiškai santykiuoti. Jo partneriui reikia duoti laiko apsiprasti, nes jis pirmųjų suečių metu jis bijo sužeisti stomą turintį artimąjį.

Pacientui pageidaujant, reikėtų urologo ar seksopatologo konsultacijų. Tačiau, bet kuriuo atveju, kvalifikuota slaugytoja turi žinoti paciento seksualines problemas, kurios greičiausiai buvo aktualios ir iki jos. Jeigu stomuotas asmuo turėjo stiprius, palaikančius, draugiškus santykius iki operacijos, jie paprastai išlieka ir pasikeitus sąlygoms [48].

Lietuvoje yra įkurti stomos priežiūros konsultaciniai kabinetai, kuriuose galima gauti kvalifikuotą konsultacinę bei gydomąją pagalbą, veikia nemokoma telefono linija bei įkurta stomuotų žmonių draugija [8]. Namų ligonį reikia išleisti su bent poros dienų rinktuvų atsarga ir išrašytu receptu, kompensuojamiems rinktuvams įsigyti. Apie įvykusią operaciją reikia informuoti bendros praktikos gydytoją ir apylinkės slaugytoją [45].

2. METODIKA IR ORGANIZAVIMAS

2.1. Stomuočių pacientų gyvenimo kokybės tyrimas

Prospektyvinis tyrimas atliktas Kauno medicinos universiteto klinikų Chirurgijos klinikoje. Atrankos kriterijus – pacientai, kuriems suformuota stoma 2003 metais dėl storosios ar tiesiosios žarnos vėžio, kurių tumoro dydis pagal TNM klasifikaciją buvo T₁, T₂, T₃ ir kurie neturėjo atokiųjų metastazių. Imtis – tikslinė.

Pacientai buvo apklausti praėjus trims mėnesiams po stomos suformavimo operacijos. Apklausiai naudotas Europos vėžio tyrimų ir gydymo organizacijos (*The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*) sudarytas standartizuotas gyvenimo kokybės klausimynas EORTC QLQ-C30 (3 versija) bei 33 papildomi klausimai [34, 35, 36, 52].

EORTC QLQ-C30 (3 versija) – tai standartizuotas, patikimas, validus ir jautrus gyvenimo kokybės klausimynas, apimantis tokias sritis kaip fizinė, emocinė, protinė, socialinė sveikata ir finansiniai. Klausimyno psichometrinės ypatybės buvo nustatytos atlikus studijas įvairiose šalyse, kurių metu nustatyta, kad vidinio patikimumo koeficientas Cronbach alfa tarp subskalių yra pakankamas 0.70.

EORTC QLQ-C30 (3 versija) yra sudarytas iš 30 klausimų, apimančių funkcines, simptomines bei bendros sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės skales. Atsakymai į klausimus (1-28 kl.) pateikiami keturių balų skalėje: "visai ne" (1 balas), "nedaug" (2 balai), "vidutiniškai" (3 balai) ir "labai" (4 balai). Atsakymai į 29, 30 klausimus pateikiami septinių balų skalėje nuo 1 (labai blogai) iki 7 (puikiai) [34, 35, 36, 52].

Papildomai sudaryti klausimai buvo sugrupuoti į 8 sritis ir pagal klausimų prasmę priskirti funkcinei ir simptominei skalei. Kūno pokyčių, lytinės funkcijos bei lytinio pasitenkinimo sritys buvo priskirtos funkcinei skalei, o šlapinimosi problemų, su stoma susijusių problemų, chemoterapijos šalutinio poveikio, vyrų lytinių problemų, moterų lytinių problemų sritys buvo priskirtos simptominei skalei.

2.1.1. Statistinė duomenų analizė

Gyvenimo kokybės klausimyno EORTC QLQ-C30 rezultatai apskaičiuoti remiantis EORTC sudaryta skaičiavimo metodika. Gauti didesni skaičiavimo rezultatai rodo geresnį

funkcinės skalės ir bendros gyvenimo kokybės lygį bei blogesnę simptominių skalės lygį. Papildomai sudarytų klausimų rezultatai apskaičiuoti remiantis ta pačia EORTC skaičiavimo metodika.

Surinkti anketinės apklausos duomenys analizuoti taikant statistinės programinės įrangos paketą Statistika 6.0. Analizuojant duomenis tarp pacientų, kuriems suformuota laikina/nuolatinė stoma ir tarp pacientų, kuriems suformuota ileostoma/kolostoma, gyvenimo kokybės skalių rezultatų palyginimui naudotas Stjudento t testas nepriklausomoms imtims.

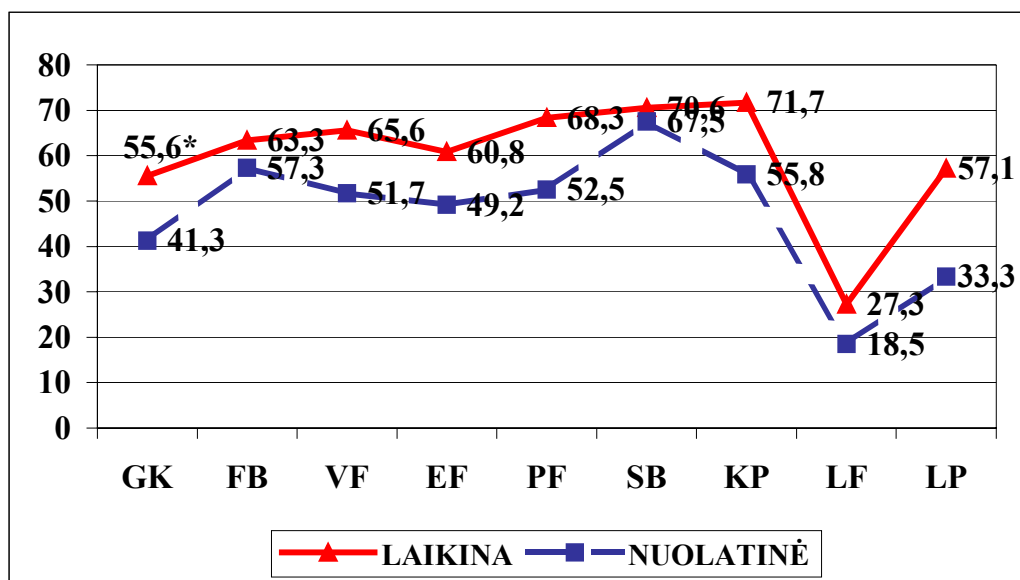
Skirtumas statistiškai reikšmingu laikytas, kai $p < 0.05$.

2.1.2. Gyvenimo kokybės, funkcinų ir simptominių skalių rezultatai praėjus trimis mėnesiams po operacijos

Tyrimo metu apklausti 97 pacientai, atsakymai gauti iš 50. Iš jų 27 vyrai (54%) ir 23 moterys (46%). Vyrų ir moterų amžiaus pasiskirstė vienodai, amžiaus vidurkis 63,6 m. ($13,3 \pm SD$). 30 pacientų (60%) buvo laikinai suformuotos stomos iš jų 19 (63.3%) ileostomų ir 11 (36.7%) kolostomų, 20 pacientų (40%) buvo nuolatinai suformuotos stomos iš jų 2 (10%) ileostomos ir 18 (90%) kolostomų.

Lyginant bendrą gyvenimo kokybę pacientų, kuriems suformuota laikina stoma, su pacientais, turinčiais nuolatinę stomą, gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0.05$). Pacientų, kuriems suformuota laikina stoma bendra gyvenimo kokybė reikšmingai geresnė nei pacientų, kuriems nuolatinai suformuota stoma. Pacientų, kuriems laikinai suformuota stoma, gyvenimo kokybės srities vidurkis buvo 55.5, o kuriems stoma suformuota nuolatinai šios srities vidurkis – 41.2. Kitose, funkcinę skalę sudarančiose srityse t.y. fizinės būklės, vaidmens funkcijos, pažintinės funkcijos, socialinės būklės, kūno pokyčių, lytinės funkcijos bei lytinio pasitenkinimo statistiškai reikšmingo skirtumo negauta (1 pav.).

1 paveikslas Pacientų, kuriems suformuota laikina ir nuolatinė stoma gyvenimo kokybės ir funkcinų skalių rezultatai praėjus trimis mėnesiams po operacijos.

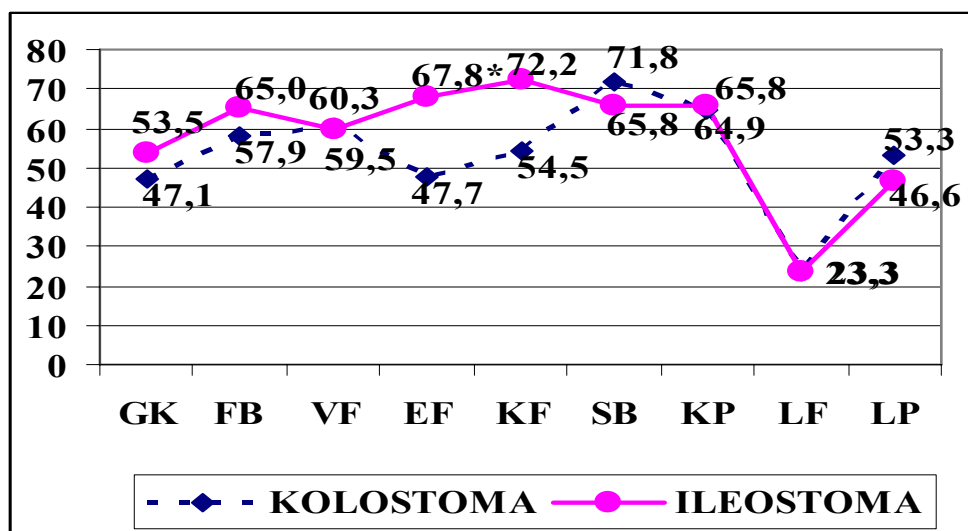


GK – gyvenimo kokybė, FB - fizinė būklė, VF - vaidmens funkcija, EF – emocinė funkcija, PF - pažintinė funkcija, SB. – socialinė būklė, KP - kūno pokyčiai, LF - lytinė funkcija, LP - lytinis pasitenkinimas.

* $p < 0.05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas.

Lyginant tarpusavyje gyvenimo kokybės ir funkcinės skalės rezultatus pacientams, kuriems suformuota ileostoma ir pacientams, kuriems suformuota kolostoma gautas statistiškai reikšmingas skirtumas emocinėje srityje ($p < 0.05$). Pacientų, kuriems suformuota ileostoma emocinė būklė buvo geresnė už pacientus, kuriems suformuota kolostoma (2 pav.).

2 paveikslas Pacientų, kuriems suformuota ileostoma ir kolostoma gyvenimo kokybės ir funkcinių skalių rezultatai praėjus trims mėnesiams po operacijos.

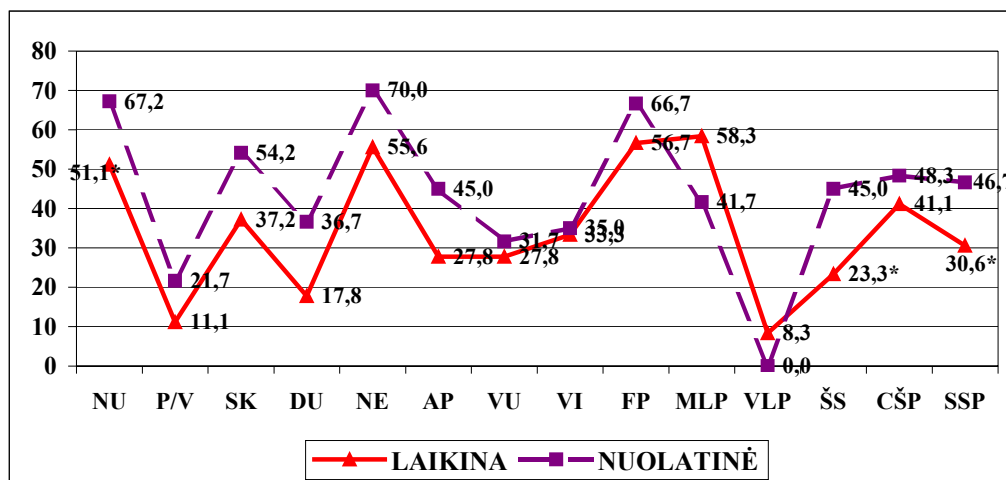


GK – gyvenimo kokybė, FB - fizinė būklė, VF - vaidmens funkcija, EF – emocinė funkcija, KF - pažinimo funkcija, SB. – socialinė būklė, KP - kūno pokyčiai, LF - lytinė funkcija, LP - lytinis pasitenkinimas.

* $p < 0.05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas.

Lyginant tarpusavyje simptominių skalių rezultatus pacientams, kuriems suformuota laikina stoma su pacientais, kuriems suformuota nuolatinė stoma gauti statistiškai reikšmingi skirtumai keliose srityse. Pacientų, kuriems laikinai suformuota stoma gauti reikšmingai mažesni (geresni) nuovargio, šlapinimosi sutrikimų ir su stoma susijusių problemų sričių rezultatai nei pacientų, kuriems stoma suformuota nuolatinai ($p < 0.05$). Pacientams, kuriems suformuota laikina stoma nuovargio srities vidurkis buvo 51.1, šlapinimosi sutrikimų srities vidurkis buvo 23.3, o su stoma susijusių problemų srities vidurkis - 30.5 atitinkamai pacientams, kuriems suformuota nuolatinė stoma nuovargio srities vidurkis buvo 67.2, šlapinimosi sutrikimų srities vidurkis - 45.0 bei su stoma susijusių problemų srities vidurkis - 46.6. Kitose simptominės skalės srityse pykinimo/vėmimo, skausmo, dusulio, nemigos, apetito praradimo, vidurių užkietėjimo, viduriavimo, chemoterapijos šalutinio poveikio, vyrų lytinių problemų, moterų lytinių problemų ststistiškai reikšmingų skirtumų negauta (3 pav.).

3 paveikslas Pacientų, kuriems suformuota laikina ir nuolatinė stoma simptominės skalės rezultatai praėjus trims mėnesiams po operacijos.



NU – nuovargis, P/V – pykinimas / vėmimas, SK – skausmas, DU – dusulys, NE – nemigos, AP – apetito praradimas, VU – vidurių užkietėjimas, VI – viduriavimas, FP – finansinės problemos, MLP – moterų lytinės problemos, VLP – vyrų lytinės problemos, ŠS – šlapinimosi sutrikimai, CŠP – chemoterapijos šalutinis poveikis, SSP – su stoma susijusios problemos.

$p < 0.05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas.

Lyginant tarpusavyje simptominės skalės rezultatus pacientams, kuriems suformuota ileostoma ir pacientams, kuriems suformuota kolostoma, negautas statistiškai reikšmingas skirtumas nei vienoje srityje.

Tyrimas parodė, kad pacientams, kuriems laikinai suformuota stoma, tolimajame pooperaciniame laikotarpyje gyvenimo kokybė yra reikšmingai geresnė nei pacientams, kuriems stoma suformuota nuolatinai. Gal būt taip yra todėl, kad pacientai, kuriems stoma suformuota laikinai yra nusiteikę optimistiškai, nes po kelių mėnesių jiems bus atliekama rekonstrukcinė operacija todėl pasikeitęs kūno įvaizdis dėl suformuotos stomos bei jos priežiūra nesukelia sunkumų.

Pacientams su nuolatine stoma reikšmingai didesnės nuovargio, šlapinimosi sutrikimų ir su jos priežiūra susijusios problemos lyginant su pacientais, kuriems stoma suformuota laikinai.

Tyrimas įrodė, kad pacientų gyvenimo kokybė po stomos suformavimo operacijos priklauso nuo suformuotos stomos tipo (laikina, nuolatinė) ir jos rūšies (ileostoma, kolostoma).

2.2. Stomuočių pacientų gyvenimo kokybės pokyčiai, priklausomai nuo jų priešoperacinio stomos priežiūros pagrindų mokymo bei stomos vietos parinkimo

2.2.1. Tiriamųjų kontingentas

Tyrimas atliktas Kauno medicinos universiteto klinikų ir Kauno medicinos universiteto Onkologijos ligoninės chirurgijos skyriuose, nuo 2001 m. rugsėjo iki 2002 vasario mėnesio.

Kontingento atrankos kriterijus - pacientai, kuriems formuojama nuolatinė ar laikina, kolostoma ar ileostoma. Atmetimo kriterijus – pacientai sergantys cukriniu diabetu, po insulto. Imtis – paprastoji, atsitiktinė.

Tyrimui atlikti buvo sudarytos trys grupės :

I tiriamoji grupė – 13 pacientų, kuriems prieš operaciją buvo parinkta optimali stomos vieta, jie informuoti apie stomą, kūno įvaizdžio pasikeitimą ir tuštinimosi pobūdį po operacijos, supažindinti su stomos priežiūros priemonėmis. Šie pacientai buvo pradėti mokyti trečią – ketvirtą dieną po operacijos, tris – keturias dienas iš eilės, siekiant paruošti juos tolimesniam gyvenimui su stoma (keisti išmatų surinktuvą, supažindinti su odos priežiūra, mitybos, fizinio aktyvumo, laisvalaikio praleidimo ypatumais).

II tiriamoji grupė – 17 pacientų, kuriems neparinkta optimali stomos vieta, jie neinformuoti prieš operaciją, o apmokyti tik vėlyvajame pooperaciniame laikotarpyje.

III kontrolinė grupė – 30 pacientų kuriems nebuvo parinkta optimali stomos vieta, jie neinformuoti prieš operaciją ir neapmokyti vėlyvajame pooperaciniame laikotarpyje.

2.2.2. Tyrimo metodika

Šiame darbe naudoti tyrimo metodai: anketinė apklausa, eksperimentas ir anketinė apklausa paštu [5].

Tyrimui naudoti Europos Vėžio Tyrimų ir gydymo organizacijos sudaryti standartizuoti gyvenimo kokybės klausimynai EORTC QLQ–C30 (3 versija) ir EORTC QLQ–CR38.

Įtraukta 16 papildomų klausimų, siekiant įvertinti mokymo įtaką tolimajame pooperaciniame laikotarpyje ir suformuotos stomos vietos patogumą kasdieninės priežiūros atžvilgiu.

Papildomai sudarytų klausimų tikslas - įvertinti optimalią stomos vietą, prieš operaciją bei po jos, suteikto mokymo įtaką gyvenimo kokybei, tolimuoju pooperaciniu laikotarpiu. Pirmieji klausimai skirti įvertinti pacientų demografinius duomenis (amžių, lytį, išsilavinimą), suformuotos stomos rūšį (ileostoma ar kolostoma, laikina ar nuolatinė). Prieš operacinio mokymo kokybei įvertinti skirti trys klausimai (5,6,7 kl.), parinktos stomos vietos patogumui įvertinti skirti trys klausimai (9,10,11 kl.), pooperacinio mokymo kokybei įvertinti skirti keturi klausimai (12,13,14 kl.). Du klausimai skirti sužinoti, kas iš medicinos personalo apmokė pacientą prieš operaciją ir po operacijos (8,14 kl.), bei vienas klausimas skirtas įvertinti medicinos personalo, suteiktos informacijos apie stomos priežiūrą, kokybę (15 kl.). Vienas klausimas skirtas išsiaiškinti, kur pacientas kreiptųsi, jei iškiltų problemų dėl stomos priežiūros ar tolimesnio gyvenimo (16 kl.).

Atsakymai į klausimus yra pateikti remiantis Likerto skalės (susumuotų reitingų metodas) principu t. y. nuo mažiausio/blogiausio (1 balo) įvertinimo iki didžiausio/geriausio įvertinimo (4 balų) [5].

Pateikti klausimai buvo sugrupuoti į tris skales. Pirma skalė (MK) atspindi pacientų mokymo kokybę prieš ir po operacijos (5,6,7,12,13 kl.), antroji skalė (SV) atspindi išvestos stomos vietos patogumą (10,11 kl.) ir trečioji skalė (P) pateikia respondentų pasitenkinimo lygį, pravestu mokymu po operacijos (15 kl.).

Šių skalių rezultatai apskaičiuoti remiantis EORTC sudaryta skaičiavimo metodika t.y. pirmiausia apskaičiuojami skales sudarančių klausimų vidurkiai - eilių skaičiavimo principu, o vėliau naudojant linijinę transformaciją gauti rezultatai standartizuojami ir vertinami intervale nuo 0 iki 100. Kuo aukštesni skaičiavimo rezultatai tuo geresnė prieš operacinio ir po operacinio mokymo kokybė ir išvestos stomos vietos patogumas.

2.2.3. Tyrimo organizavimas

Tyrimas buvo organizuojamas keliais etapais:

1. Pirmosios apklausos metu, pirmosios ir antrosios tiriamosios grupės pacientai buvo anketuojami prieš operaciją, paaiškinus apklausos tikslą ir gavus jų sutikimą dalyvauti tyrime. Anketavimo metu naudoti gyvenimo kokybės klausimynai – EORTC QLQ-C30 (3 versija) ir EORTC QLQ-CR38.
2. Pirmosios tiriamosios grupės pacientams parinkta būsimos stomos vieta prieš operaciją ir apmokyti stomos priežiūros pagrindų prieš operacijos ir po jos.
3. Antrosios tiriamosios grupės pacientai apmokyti stomos priežiūros pagrindų po operacijos.
4. Antrosios apklausos metu (anketinė apklausa paštu), praėjus dviem mėnesiams po operacijos, apklausti pirmosios ir antrosios tiriamosios grupės bei kontrolinės grupės pacientai, prieš tai susisiekus telefonu. Naudoti tie patys gyvenimo kokybės klausimynai EORTC QLQ-C30 (3 versija), EORTC QLQ-CR38 ir papildomai sudaryti klausymai.

Šiuo tyrimu buvo siekiama ilgametę užsienio šalių patirtį pritaikyti Lietuvoje, parenkant optimalią stomos vietą bei mokant pacientus prieš operaciją ir po jos.

Prieš operaciją, pacientų mokymas vyko pagal iš anksto numatytą ir sudarytą mokymo planą. Susitikimo metu pacientai buvo informuojami apie:

1. anatominius pokyčius, kurie įvyks po operacijos; pacientai buvo supažindinami su virškinamojo trakto anatomija, normaliu maisto medžiagų virškinimu ir operacijos metu galimus anatominius pokyčius.
2. paaiškinama, kas yra stoma, kaip ji atrodo, kodėl ją būtina suformuoti ir kaip pasikeis tuštinimo pobūdis po operacijos.

3. supažindinami su stomos priežiūros priemonių įvairove: išmatų surinktuvais (vienos ir dviejų dalių), lipniomis plokštelėmis ir priemonėmis skirtomis parastominės odos priežiūrai.

Kiekvienam pacientui, individualiai, buvo parinkta būsimos stomos vieta. Prieš pažymint būsimos stomos vietą specialiu neišsitrinančiu odoje pieštuku, ji buvo įvertinama pacientui gulint, sėdint, stovint, vaikstant, lenkiantis ir apsirengus. Numatyta stomos vieta buvo dar kartą įvertinama užklėjavus lipnią plokštelę ar išmatų surinkimo maišiuką ant odos, kol surandama patogiausia vieta būsimos stomos suformavimui.

Mokymas prieš operaciją ir stomos vietos parinkimas užtrukdavo apie 30 - 40 min., jis prasidėdavo trečią, ketvirtą dieną, atsižvelgiant į paciento savijautą ir tęsdavosi tris, keturias dienas iš eilės:

1. pirmąjį susitikimą – pacientai mokėsi užklijuoti išmatų surinkimo maišiuką ir lipnią plokštelę ant parastominės odos ir parastominės odos priežiūrai;
2. antrąjį susitikimą – išklusė patarimų dėl galimų mitybos problemų (dujų kaupimosi žarnyne, nemalonus išmatų kvapo, vidurių užkietėjimo, viduriavimo), fizinio aktyvumo, maudymo ir kelionių.
3. trečiąjį susitikimą – pacientai demonstravo savo įgūdžius, keičiant išmatų surinktuvą, atsakė į užduotus klausimus apie mitybą, fizinį aktyvumą ir keliones.

2.2.4. Statistinė duomenų analizė

Surinkti anketinės apklausos duomenys analizuoti taikant statistinės programinės įrangos paketą "STATISTIKA 5.0". Duomenų analizei naudojami neparametriniai statistiniai skaičiavimo metodai. Pirmosios ir antrosios tiriamųjų grupių prieš operaciją ir po operacijos gyvenimo kokybės skalių palyginimui naudotas Wilcoxon porinių imčių testas, o skalių rezultatų palyginimui tarp atskirų grupių naudotas Mann-Whitney U testas.

Rezultatai statistiškai reikšmingi laikyti, kai $p < 0.05$.

2.2.5. Tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės pokyčiai

Atliktos studijos metu apklausta 60 pacientų, atsakymai gauti iš 56 pacientų (6 rusų tautybės (10.7%) ir 50 lietuvių (89.3%). Iš jų 34 vyrai (56.9%) ir 22 moterys (43.1%). Ne visi, pirmos ir antros grupės tiriamieji sugrąžino gyvenimo kokybės anketas praėjus dviem

mėnesiams po operacijos, nes du (1-os grupės) ir vienas (2-os grupės) respondentai mirė, bei du (2-os grupės) neatsiuntė anketų, nes su jais nebuvo galimybės susisiekti telefonu. Taigi, po dviejų mėnesių gauti atsakymai iš 11 - pirmos grupės pacientų ir 15 - antros grupės pacientų.

Vyrų ir moterų amžiaus pasiskirstė vienodai 67,4 m. (13,2±SD). Didžioji dalis pacientų – 39 (60.8%) turėjo pradinį ir vidurinį išsilavinimą, nebaigtą vidurinį išsilavinimą turėjo 7 (11.8%) ir aukštąjį tik 4 (7.84%) pacientai.

26 pacientams (46.1%) buvo suformuotos ileostomos iš jų 21 laikinai ir 5 nuolatinai, o 30 (53.9%) – kolostomos, iš jų 29 nuolatinai ir 1 laikinai.

Pirmos ir antros tiriamųjų grupių gyvenimo kokybės rezultatai prieš operaciją, buvo palyginti su EORTC atlikta studija, kuri buvo atliekama keliose šalyse: Anglijoje, Olandijoje, Švedijoje. EORTC studijos metu buvo apklaustas 821 respondentas, sergantis storosios žarnos vėžiu. Iš jų 480 (59 %) vyrų ir 340 (41 %) moterų. 120 (15 %) respondentų amžius buvo 40-49 m., 289 (35 %) - 60-69 m.; 215 (26 %) – 50-59 m., 175 (21%) – virš 70 m. [26]. Gauti rezultatai rodo, kad pirmoje ir antroje tiriamosiose grupėse bendrą gyvenimo kokybę, vaidmens funkcinę būklę ir emocinę būklę atspindinčių skalių rezultatai statistiškai reikšmingai mažesni, nei Vakarų šalyse tirtųjų ligonių, sergančių storosios žarnos vėžiu (1 lentelė).

1 lentelė Bendra gyvenimo kokybė po operacijos

Tiriamas rodiklis	Tiriamosios grupės rezultatai	EORTC grupės rezultatai	p reikšmė (p<0.05)
Bendra gyvenimo kokybė GK	39.3	64.5	<0.05
Fizinė būklė FB	61.3	73.2	0.21
Vaidmens funkcinė būklė VF	49.12	73.9	<0.05
Emocinė būklė EF	52.1	76.9	<0.05
Pažinimo būklė PF	67.5	84.4	0.087
Socialinė būklė SB	67.5	73.2	0.56

Lyginant simptomines skales, gavome, kad pirmoje ir antroje tiriamosiose grupėse nei EORTC grupėje statistiškai reikšmingai stipriau išreikšti: skausmo, vidurių užkietėjimo simptomai bei finansinės problemos. Nuovargio, pykinimo/vėmimo, dusulio, miego, apetito praradimo bei viduriavimo skalėse statistiškai reikšmingo skirtumo negauta (2 lentelė).

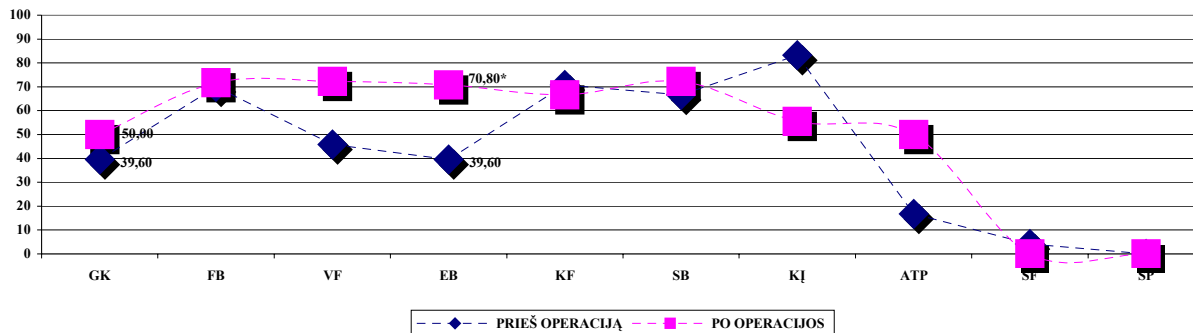
2 lentelė Simptominės skalės po operacijos

Tiriamas rodiklis	Tiriamoji grupė	EORTC grupė	p reikšmė (p<0.05)

Nuovargis NU	46.8	35.5	0.22
Pykinimas/vėmimas P/V	19.9	10.1	0.35
Skausmas SK	54.2	23.1	<0.05
Dusulys DU	20.6	14.8	0.58
Miegas NE	38.1	29.3	0.43
Apetito praradimas AP	23.3	21.6	0.87
Vidurių užkietėjimas VU	50.8	14.4	<0.05
Viduriavimas VI	31.7	12.2	0.18
Finansinės problemos FP	64.7	12.0	<0.05

Lyginant pirmos tiriamosios grupės gyvenimo kokybės pokyčius prieš operaciją ir po operacijos, bendra gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Prieš operaciją, bendros gyvenimo kokybės vidurkis buvo 39.6, o po operacijos 50.00. Funkcinę skalę sudarančios skalės: fizinė, vaidmens, pažinimo, socialinė, kūno įvaizdžio, ateities lūkesčių, lytinės funkcijos ir lytinio pasitenkinimo, statistiškai reikšmingai nepakito, išskyrus emocinę skalę ($p<0.05$) (4 pav.).

4 paveikslas *Gyvenimo kokybės ir funkcinė skalės*

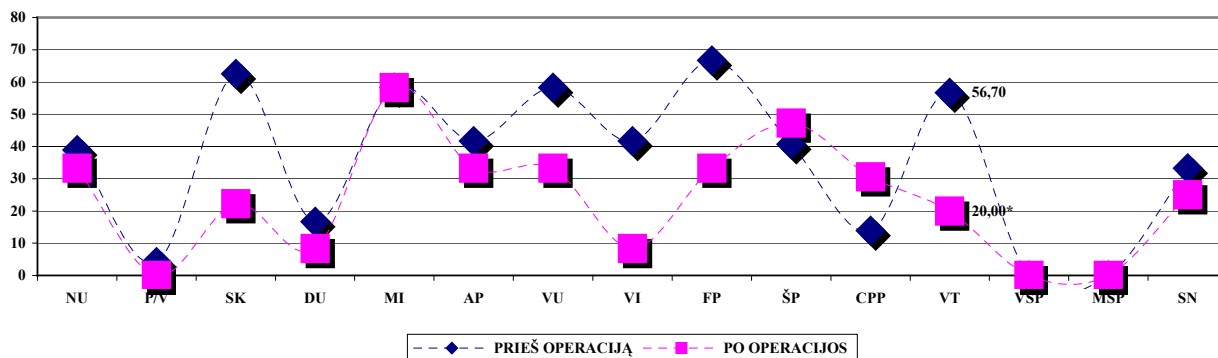


GK-bendra gyvenimo kokybė, FB-fizinė būklė, VF-vaidmens funkcija, EB-emocinė būklė, KF-pažinimo funkcija, SB-socialinė būklė, KĮ-kūno įvaizdis, ATP-ateities perspektyvos, SF-lytinė funkcija, SP-lytinis pasitenkinimas.

* $p<0.05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas

Simptominę skalę sudarančios skalės po operacijos taip pat statistiškai reikšmingai nepakito, išskyrus virškinamojo trakto simptomus atspindinti skalė. Prieš operaciją šios skalės vidurkis buvo 56.7, o po operacijos 20.0 ($p<0.05$) (5 pav.).

5 paveikslas *Simptominės skalės*



NU-nuovargis, P/V-pykinimas/vėmimas, SK-skausmas, DU-dusulys, MI-miegas, AP-apetito praradimas, VU-vidurių užkietėjimas, VI-viduriavimas, FP-finansinės problemos, ŠP-šlapinimosi problemos, CPP-chemoterapijos pašalinis poveikis, VT-virškinamojo trakto simptomai, VSP-vyrų lytinės problemos, MSP-moterų lytinės problemos, SN-svorio netekimas.

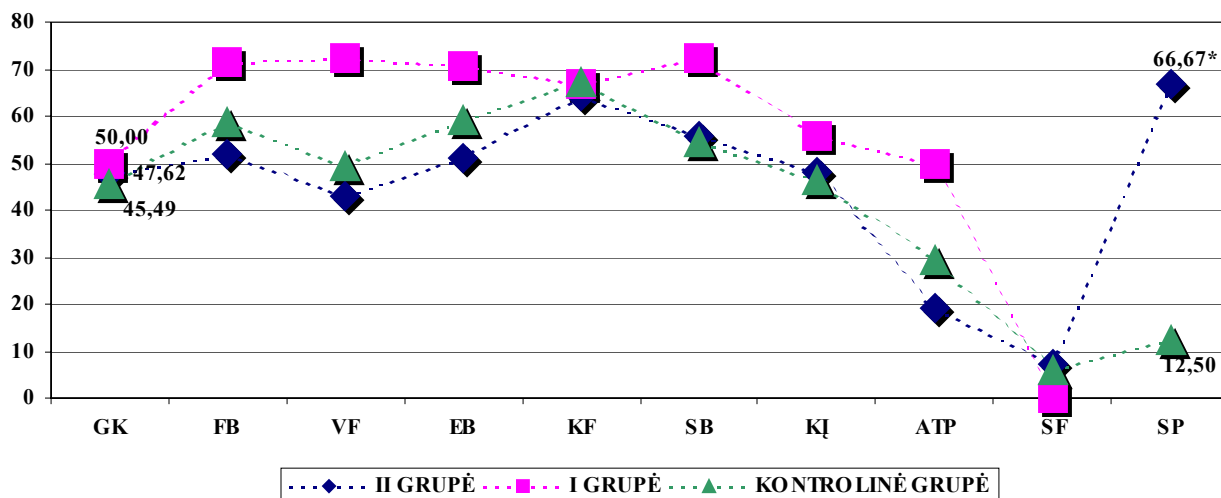
* $p < 0.05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas

Antros tiriamosios grupės bendros gyvenimo kokybės ir funkcinių skalių rezultatai: fizinės, vaidmens, emocinės, pažinimo, socialinės, kūno įvaizdžio, ateities lūkesčių, lytinės funkcijos ir lytinio pasitenkinimo, statistiškai reikšmingai nepakito lyginant jas prieš ir po operacijos.

Antros tiriamosios grupės simptominės skalės: nuovargio, pykinimo/vėmimo, skausmo, dusulio, miego, apetito praradimo, vidurių užkietėjimo, viduriavimo, finansinių problemų, šlapinimosi problemų, chemoterapijos pašalinio poveikio, virškinamojo trakto simptomų, vyrų lytinių problemų ir svorio netekimo statistiškai reikšmingai nepakito.

Lyginant tarpusavyje pirmos ir antros tiriamųjų grupių bendrą gyvenimo kokybę po operacijos su kontrolinės grupės pacientų bendra gyvenimo kokybe, statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių nerasta ir funkcinę skalę sudarančiose skalėse: fizinės būklės, vaidmens funkcijos būklės, emocinės funkcijos, pažinimo funkcijos, socialinės būklės (SF), kūno pokyčių, ateities lūkesčių ir lytinės funkcijos. Tačiau antros tiriamosios grupės, statistiškai reikšmingai geresnė lytinio pasitenkinimo funkcija, nei kontrolinės grupės ($p < 0,05$) (6 pav.).

6 paveikslas Funkcinės skalės

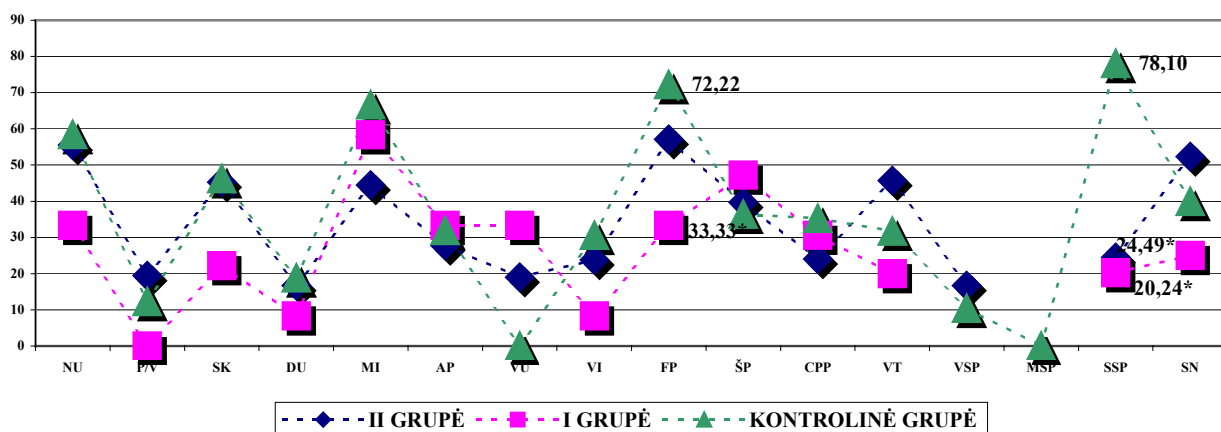


GK-bendra gyvenimo kokybė, FB-fizinė būklė, VF-vaidmens funkcija, EB-emocinė būklė, KF-pažinimo funkcija, SB-socialinė būklė, KĮ-kūno įvaizdis, ATP-ateities perspektyvos, SF-lytinė funkcija, SP-lytinis pasitenkinimas.

* $p < 0,05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas

Statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo tarp šių grupių lyginant simptominę skalę sudarančių skalių rezultatus: nuovargio, pykinimo/vėmimo, skausmo, dusulio, miego, apetito praradimo, vidurių užkietėjimo, viduriavimo, šlapinimosi sutrikimų, chemoterapijos pašalinio poveikio, virškinamojo trakto simptomų, vyrų lytinių problemų, moterų lytinių problemų ir svorio netekimo problemų. Tačiau, pirmos tiriamosios grupės finansinės problemos statistiškai reikšmingai mažesnės nei kontrolinės grupės ($p < 0,05$). Su stoma susijusios problemos pirmos ir antros tiriamosiose grupėse statistiškai reikšmingai mažesnės nei kontrolinės grupės ($p < 0,05$) (7 pav.).

7 paveikslas Simptominės skalės



NU-nuovargis, P/V-pykinimas/vėmimas, SK-skausmas, DU-dusulys, MI-miegas, AP-apetito praradimas, VU-vidurių užkietėjimas, VI-viduriavimas, FP-finansinės problemos, ŠP-šlapinimosi problemos, CPP-chemoterapijos pašalinis poveikis, VT--virškinamojo trakto simptomai, VSP-vyrų lytinės problemos, MSP-moterų lytinės problemos, SSP-su stoma susijusios problemos, SN-svorio netekimas.

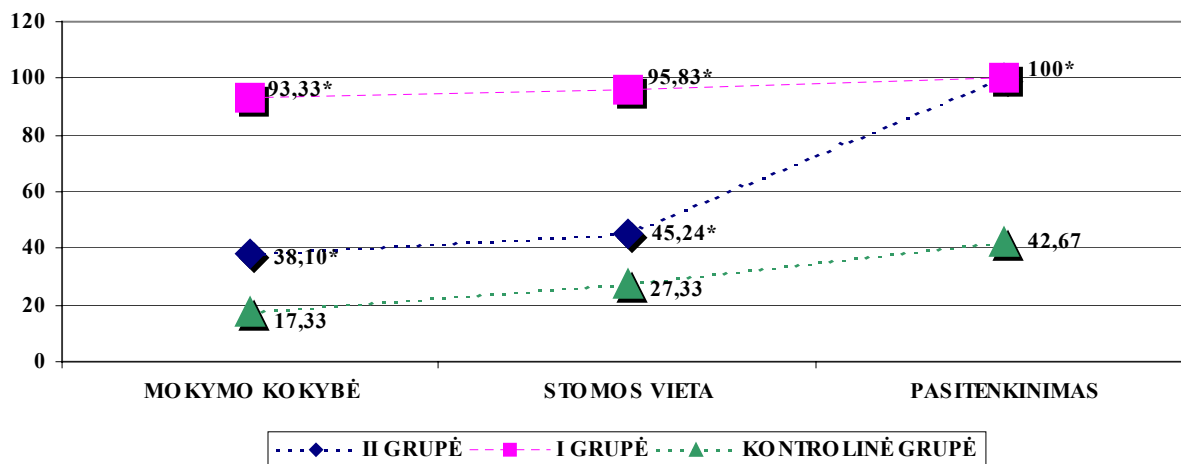
* $p < 0.05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas

2.2.6. Stomos vietos įtaka pacientų gyvenimo kokybei

Pirmos ir antros tiriamųjų grupių, lyginant su kontroline grupe statistiškai reikšmingai geresnė mokymo kokybė prieš operaciją ir po operacijos, stomos vietos patogumas bei pasitenkinimas medicinos personalo suteikta informacija po operacijos ($p < 0,05$).

Pirmos tiriamosios grupės mokymo kokybė, optimaliai parinkta stomos vieta, pacientų pasitenkinimas mokymu po operacijos, statistiškai reikšmingai geresni nei antros tiriamosios grupės ($p < 0,05$) (8 pav.).

8 paveikslas Stomos vietos įtaka



* $p < 0.05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas.

Operacijai ruošų pacientų pasitenkinimas ir gyvenimo kokybė yra reikšmingai geresnė, nei neapmokytų.

2.3. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų medicinos personalo žinios apie stomos priežiūrą

2.3.1. Tyrimo medžiaga ir metodika

Tyrimas buvo atliktas 2004 m. dviejose atsitiktinai pasirinktose II lygio ligoninėse: II Kauno klinikinėje(IKKL) bei Panevėžio(PL) ligoninėse, kuriose apklausti gydytojai ir slaugytojai, dirbantys chirurginio ar terapinio profilio skyriuose. Apklausai buvo naudojama anketa sudaryta iš 7 klausimų. Respondentai turėjo atsakyti į klausimus, kada sužinojo apie stomas ir jų priežiūrą; kaip dažnai kasdieniniame darbe susiduria su stomą turinčiais ligoniais; ar teko ligoniui paaiškinti apie stomą ir jos priežiūrą; iš kur gauna naujos informacijos apie stomas ir jų priežiūrą.

Gauti duomenis apdoroti Microsoft Excel programa, statistinė analizė atlikta naudojantis statistiniu paketu Statistika 6.0. Analizuojant duomenis tarp skirtingose ligoninėse dirbančių chirurginio ir terapinio profilio medikų, rezultatų palyginimui naudotas Studento t testas nepriklausomoms imtims. Skirtumas statistiškai reikšmingu laikytas, kai $p < 0.05$.

2.3.2. Tyrimo rezultatai

Tyrimo metu apklausti 65 medikai: II Kauno klinikinėje ligoninėje 10gydytojų ir 15 slaugytojų, dirbančių chirurginio profilio skyriuose bei 6 gydytojai ir 4 slaugytojos, dirbantys terapinio profilio skyriuose, Panevėžio ligoninėje 10gydytojų ir 10 slaugytojų, dirbančių chirurginio profilio skyriuose bei 5 gydytojai ir 5 slaugytojos, dirbantys terapinio profilio skyriuose.

Atsakiusieji IIKKL dirbantys gydytojai po universiteto baigimo dirba vidutiniškai 22 m., slaugytojos po kolegijos ar slaugytojų mokyklos baigimo dirba 14,63 m. Atitinkamai PL gydytojai – 23,33 m., slaugytojos 19,06 m. (3 lenetelė).

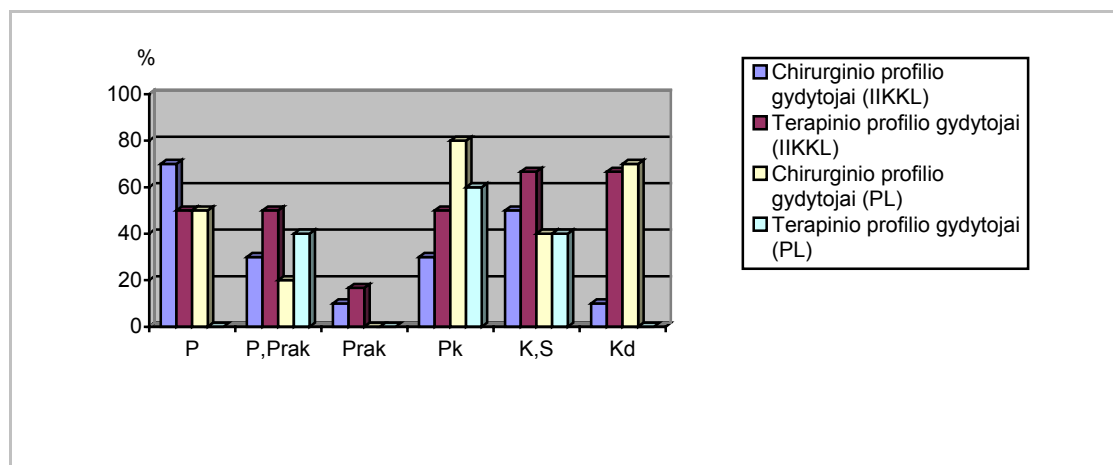
3 Lentelė Medicinos personalo darbo stažas

	IIKKL (metų vidurkis)	PL (metų vidurkis)
Chirurginio profilio gydytojai	24,1	26
Chirurginio profilio slaugytojos	14,67	20,7
Terapinio profilio gydytojai	18,5	18

Terapinio profilio slaugytojos	14,5	15,8
--------------------------------	------	------

Daugiausia IIKKL chirurginio profilio gydytojai žinių apie stomos priežiūrą gavo paskaitose universitete – 7(70%), konferencijose, seminaruose - 5(50%), terapinio profilio gydytojai daugiausia žinių įgijo konferencijose, seminaruose - 4(66,67%) bei kasdieninio darbo metu - 4(66,67%). PL dirbantys chirurginio profilio gydytojai apie stomas ir jų priežiūrą sužinojo pasitobulinimo kursuose – 8(80%) ir kas dieninio darbo metu – 7(70%), terapinio profilio gydytojai – pasitobulinimo kursuose 3(60%). Lyginant gautus duomenis statistiškai reikšmingo skirtumo negauta $p>0,05$ (9 pav.).

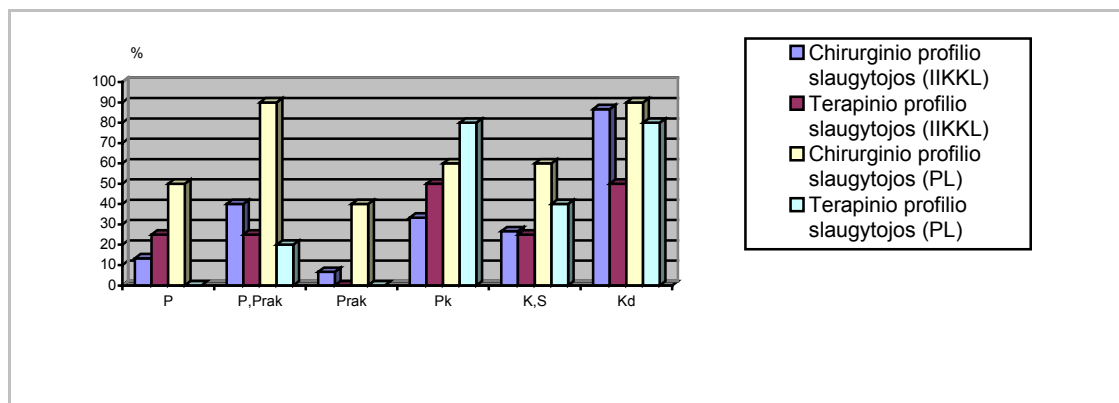
9 paveikslas *Žinių apie stomos priežiūrą šaltinis*



P – paskaitose, P,Prak – paskaitose ir praktinių užsiėmimų metu, Prak – praktinių užsiėmimų metu, Pk – pasitobulinimo kursuose, K,S – konferencijose seminaruose, Kd – kasdienio darbo metu.

IIKKL chirurginio profilio skyriuose dirbančios slaugytojos daugiausia žinių įgijo kasdieninio darbo metu – 13(86,67%), terapinio profilio – pasitobulinimo kursuose 2(50%) bei kasdieninio darbo metu - 2(50%). Tuo tarpu PL chirurginio profilio slaugytojos paskaitose ir praktinių užsiėmimų metu - 9 (90%) bei kasdieninio darbo metu – 9(90%), terapinio profilio skyriuose dirbančios slaugytojos daugiausiai apie stomas ir jų priežiūrą sužinojo pasitobulinimo kursuose - 4(80%) ir kasdienio darbo metu - 4(80%). Lyginant gautus duomenis statistiškai reikšmingo skirtumo negauta $p>0,05$ (10 pav.).

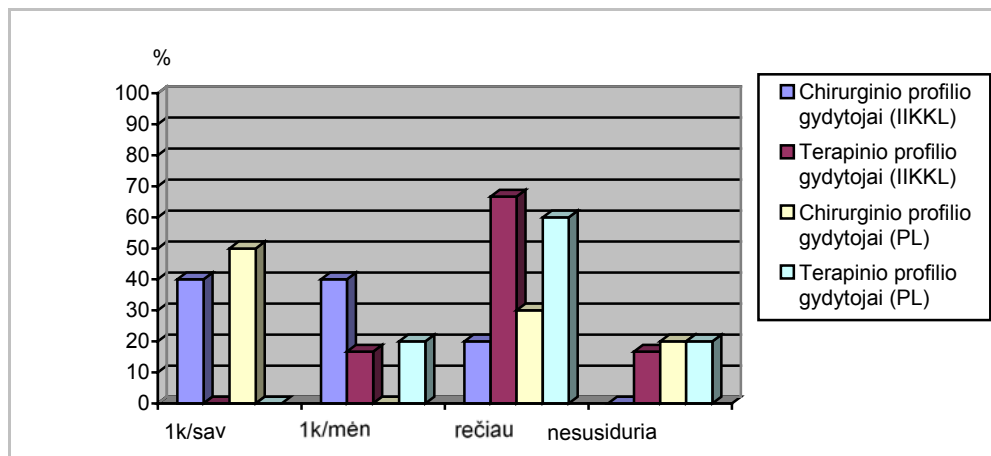
10 paveikslas *Žinių apie stomos priežiūrą šaltinis*



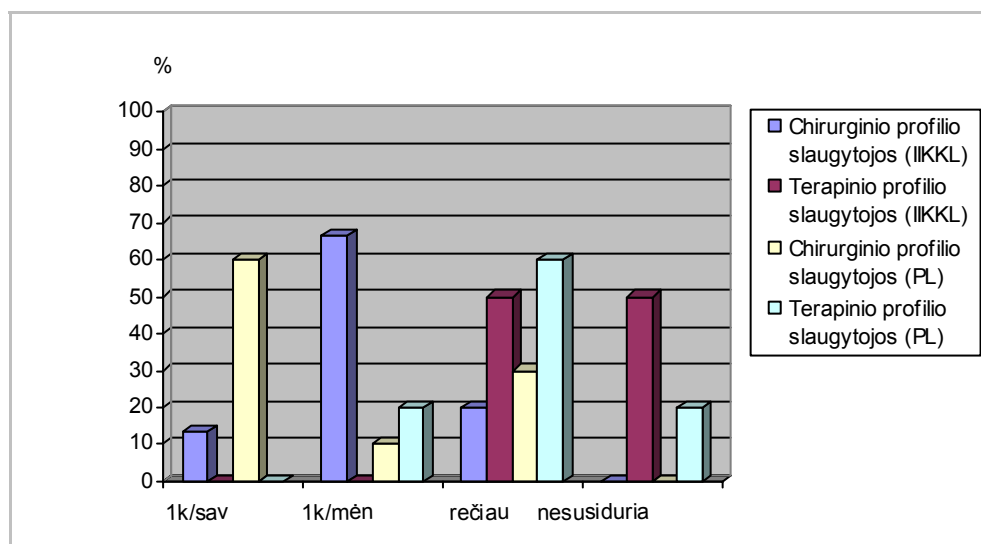
P – paskaitose, P,Prak – paskaitose ir praktinių užsiėmimų metu, Prak – praktinių užsiėmimų metu, Pk – pasitobulinimo kursuose, K,S – konferencijose seminaruose, Kd – kasdienio darbo metu.

Chirurginio profilio skyriuose dirbantys gydytojai ir slaugytojos su stomuotais pacientais susiduria kartą per mėnesį ar kartą per savaitę, tuo tarpu terapinio profilio skyriuose dirbantys medikai su stomą turinčiais pacientais susiduria rečiau ar net visai nesusiduria. Lyginant IHKKL ir PL duomenis statistiškai reikšmingo skirtumo negauta $p > 0,05$ (11, 12 pav.).

11 paveikslas *Medicininio personalo kontaktas su stomuotu pacientu*

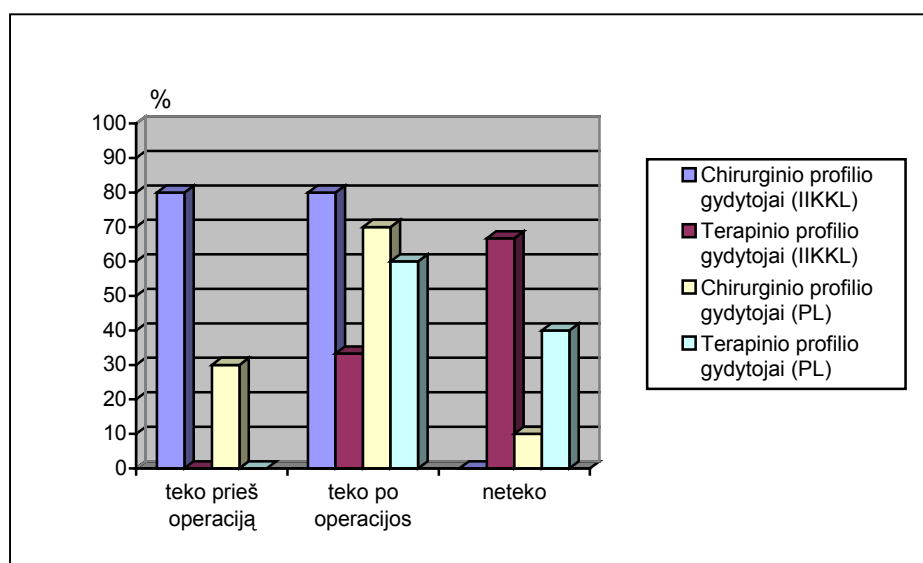


12 paveikslas *Medicininio personalo kontaktas su stomuotu pacientu*

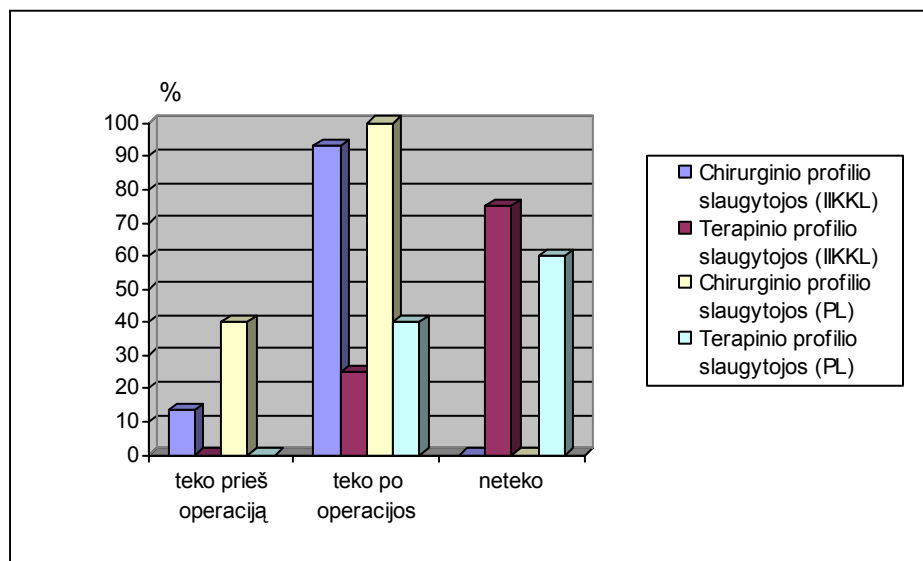


Chirurginio profilio skyriuose dirbantiems gydytojams ir slaugytojoms dažniausiai tenka paaiškinti ligoniams prieš operaciją ar po operacijos, tuo tarpu terapinio profilio skyriuose dirbantiems – dažniausiai neteko. Lyginant IHKKL ir PL duomenis statistiškai reikšmingo skirtumo negauta $p > 0,05$ (13, 14 pav.).

13 paveikslas *Stomos priežiūros aiškinimas pacientui po operacijos*

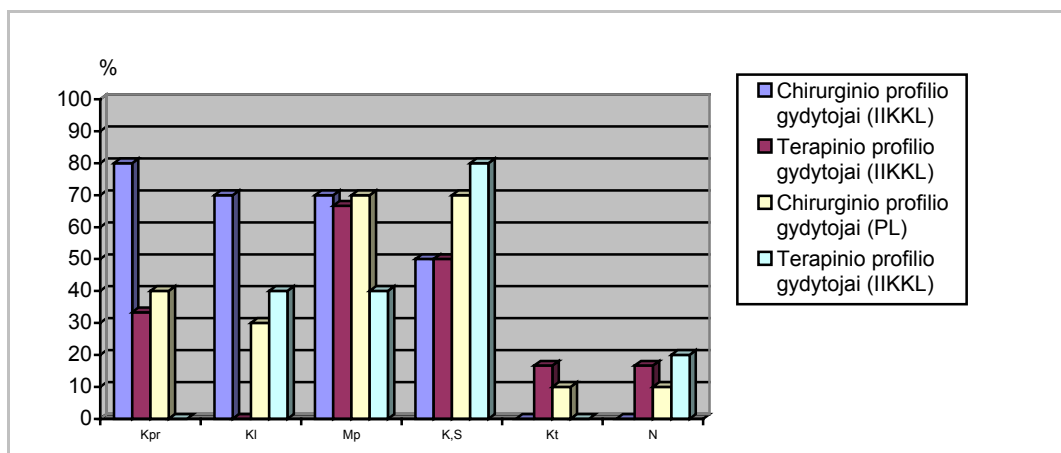


14 paveikslas *Stomos priežiūros aiškinimas pacientui po operacijos*



Daugiausia informacijos apie stomos priežiūros priemones bei stomos priežiūrą IIKKL chirurginio profilio skyriuose dirbantys gydytojai gauna farmacinių kompanijų produkcijos pristatymo metu – 8(80%), iš kompanijų leidinių – 7(70%) ir medicinos periodikoje – 7(70%), terapinio profilio skyriuose dirbantys – medicinos periodikoje – 4(66,67%) bei konferencijose, seminaruose – 3(50%). PL dirbantys chirurginio profilio gydytojai daugiausia informacijos gauna medicinos periodikoje - 7(70%) ir konferencijose, seminaruose – 7(70%), terapinio profilio – konferencijose, seminaruose - 4(80%). Lyginant gautus duomenis statistiškai reikšmingo skirtumo negauta $p > 0,05$ (15 pav.).

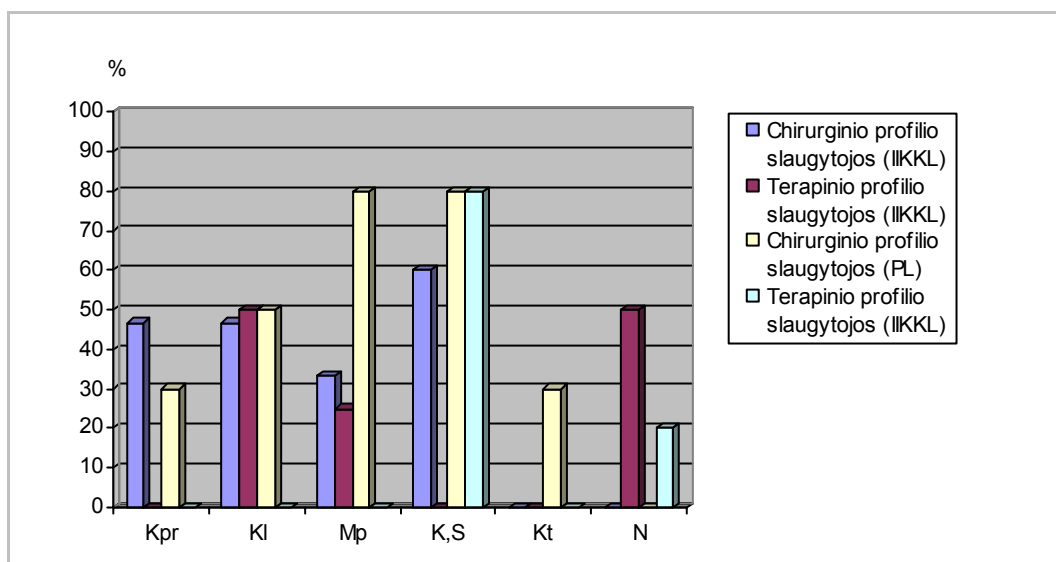
15 paveikslas *Informacijos šaltinis apie stomos priežiūrą*



Kpr – kompanijų produkcijos pristatymo metu, *Kl* – iš kompanijų leidinių, *Mp* – medicinos periodikoje, *K,S* – konferencijose, seminaruose, *Kt* – kita(internetiniai puslapiai), *N* – nesidomi šia tema.

IKKL dirbančios chirurginio profilio slaugytojos daugiausia naujos informacijos gauna konferencijose ir seminaruose – 9(60%), terapinio profilio slaugytojos – iš kompanijų leidinių – 2(50%). PL – chirurginio profilio slaugytojos – medicinos periodikoje – 8(80%) ir konferencijose, seminaruose – 8(80%), terapinio profilio slaugytojos taip pat konferencijose ir seminaruose – 4(80%). Lyginant gautus duomenis statistiškai reikšmingo skirtumo negauta $p>0,05$ (16 pav.).

16 paveikslas *Informacijos šaltinis apie stomos priežiūrą*



Kpr – kompanijų produkcijos pristatymo metu, Kl – iš kompanijų leidinių, Mp – medicinos periodikoje, K,S – konferencijose, seminaruose, Kt – kita(iš gydytojų proktologų), N – nesidomi šia tema.

Chirurginio profilio medikai žymiai dažniau susiduria su stomą turinčiais pacientais. Jiems dažniau tenka paaiškinti pacientams apie stomą ir jos priežiūrą. Chirurginio profilio medikai turi daugiau žinių apie stomas ir jų priežiūrą nei terapinio profilio medikai.

3. REZULTATŲ APTARIMAS

Stomos vietos parinkimas, pacientų mokymas prieš operaciją ir po jos – Lietuvoje vis dar neišspręsta problema. Šio darbo organizavimas yra nepakankamas. Profesionaliai jis

atliekamas tik keliose šalies stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (Kauno medicinos universiteto klinikose, Vilniaus universiteto onkologijos institute), tačiau stomuoti pacientai gydosi daugelyje ligoninių. Pastariesiems ši pagalba yra nepakankama.

Lyginant bendrą gyvenimo kokybę pacientams, kuriems suformuota laikina stoma su pacientais, turinčiais nuolatinę stomą, gautas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0.05$). Pacientų, kuriems suformuota laikina stoma bendra gyvenimo kokybė reikšmingai geresnė nei pacientų, kuriems nuolatinai suformuota stoma. Pacientų, kuriems laikinai suformuota stoma, gyvenimo kokybės srities vidurkis buvo 55.5, o kuriems stoma suformuota nuolatinai šios srities vidurkis – 41.2.

Pacientų su laikina stoma tolimajame pooperaciniame laikotarpyje gyvenimo kokybė yra reikšmingai geresnė nei pacientams, kuriems stoma suformuota nuolatinai. Gal būt taip yra todėl, kad pacientai, kuriems stoma suformuota laikinai yra nusiteikę optimistiškai, nes po kelių mėnesių jiems bus atliekama rekonstrukcinė operacija, todėl pasikeitęs kūno įvaizdis dėl suformuota stomos bei jos priežiūra jiems nesukelia sunkumų.

Pacientams su nuolatinė stoma reikšmingai didesnės nuovargio, šlapinimosi sutrikimų ir su suformuota stoma susijusios problemos lyginant su pacientais, kuriems stoma suformuota laikinai.

Tyrimas įrodė, kad pacientų gyvenimo kokybė po stomos suformavimo operacijos priklauso nuo suformuotos stomos tipo (laikina, nuolatinė) ir jos rūšies (ileostoma, kolostoma).

Lietuvos stomuotų pacientų bendra gyvenimo kokybė prieš operaciją blogesnė, nei Vakarų šalyse tirtųjų ligonių, sergančių storosios žarnos vėžiu [34]. Lietuvos pacientai, labiau nei Vakarų šalyse, prieš stomos suformavimo operaciją yra varginami skausmo, vidurių užkietėjimo ir finansinių problemų. Mūsų šalies stomuoti pacientai jaučia didesnius apribojimus savo tarnyboje, atlikdami kasdienius darbus ir leisdami laisvalaikį. Šie rezultatai atskleidžia prastesnę mūsų šalies ekonominę lygį, nepakankamą skausmo malšinimo problemą lyginant su EORTC atlikta studija. Prieš operaciją Lietuvos pacientų emocinė būklė statistiškai reikšmingai blogesnė, nes labiau vargina įtampa, nerimas, susierzinimas ir prislėgta nuotaika. Galime daryti prielaidą, kad emocinės problemos vyrauja dėl nepakankamai suteikiamos informacijos prieš operaciją, nes medicinos personalas skiria per mažai dėmesio psichologiniam pacientų paruošimui prieš operaciją.

Tyrimo pradžioje buvo siekta įvertinti gyvenimo kokybės pokyčius po operacijos, mokant pacientus stomos priežiūros pagrindų po operacijos. Palyginus šios grupės rezultatus

prieš operaciją ir po operacijos, statistiškai reikšmingų skirtumų negauta nei vienoje gyvenimo kokybės srityje.

Tyrimo eigoje buvo nuspręsta parinkti pacientams būsimą stomos vietą prieš operaciją ir suteikti pilnavertę informaciją ne tik po operacijos, bet ir prieš operaciją. Europos šalyse ši darbą atlieka profesionalūs stomos priežiūros specialistai – stomaterapeutai. Jų mokomąjį procesą sudaro keli etapai: prieš operacinis paciento informavimas, psichologinė parama pacientui ir jo artimiesiems, prieš operacinis optimalios stomos vietos parinkimas, stomos priežiūros pagrindų mokymas, komplikacijų įvertinimas ir ilgalaikė paciento priežiūra išvykus į namus [60, 64, 66].

Palyginus tiriamųjų grupių rezultatus prieš operaciją ir po jos, gautas statistiškai reikšmingas skirtumas emocinės būklės ir virškinamojo trakto problemų. Tai parodo, kad parinkus stomos vietą prieš operaciją ir apmokius pacientus prieš operaciją ir po jos, sumažėja nerimas, įtampa, susierzinimas ir prislėgta nuotaika, retesnės virškinamąjį traktą varginančios problemos tokios kaip pilvo pūtimas, pilvo skausmas, skausmas sėdmenų srityje, dujų susikaupimas žarnyne ir raugėjimas.

Gyvenimo kokybė I ir II tiriamųjų grupių, lyginant prieš operaciją ir po operacijos, pakito tik keliose srityse, tačiau ji yra žymiai geresnė lyginant su kontroline grupe.

Bendra gyvenimo kokybė po operacijos, tarp grupių statistiškai reikšmingai nepakito, tačiau tik apmokytų po operacijos pacientų grupėje, seksualinio pasitenkinimo funkcija statistiškai reikšmingai geresnė nei kontrolinėje grupėje. Pacientams, kuriems prieš operaciją buvo parinkta stomos vieta, finansinės problemos statistiškai reikšmingai mažesnės nei kontrolinėje grupėje. Galime daryti prielaidą, kad parinkus optimalią stomos vietą prieš operaciją, pacientai mažiau išleidžia pinigų stomos priežiūros priemonėms, nei kitų grupių pacientai.

Kontrolinės grupės pacientai labiau nei tiriamųjų grupių pacientai bijo, kad aplinkiniai girdės stomos veiklą ar pajus išmatų kvapą. Šios grupės pacientai pažymi, kad turi problemų prižiūrint stomą ir parastominę odą, kuri jau buvo net labai sudirgina (paraudusi, skausminga). Šie rezultatai parodo, kad kontrolinės grupės pacientams po operacijos nebuvo suteikta pilnavertė informacija apie stomos priežiūrą.

Nesuteikus pilnavertės informacijos apie stomos priežiūros ypatumus prieš operaciją ir nesuformavus stomos priežiūros įgūdžių po operacijos, pacientus vargina ne tik fizinės bet ir

psichologinės problemos. Gavus išsamią informaciją prieš operaciją, psichologinių problemų po operacijos būna žymiai mažiau [24, 29, 50].

Lietuvoje, didžioji dalis pacientų prieš ir po stomos suformavimo operacijos, stomos priežiūros pagrindų apmokomi operavusio chirurgo. Prieš operaciją, pacientus apie anatominius kūno pokyčius informuoja tik nedidelė dalis operuojančių gydytojų, o po operacijos apie tolimesnį gyvenimą su suformuota stoma išdrįsta kalbėti didesnė dalis operuojančių gydytojų. Slaugytojos, tiek prieš stomos suformavimo operaciją tiek po jos, pasyviai dalyvauja pacientų mokyme. Tyrimo duomenimis prieš operaciją pacientus informavo - 9.4 proc. slaugytojų, o po operacijos – 28.0 proc. Gal būt dėl nepakankamos informacijos prieš operaciją ir po operacijos, kontrolinės grupės pacientų mokymo kokybė prieš operaciją bei pasitenkinimas medicinos personalo suteikta informacija po operacijos, statistiškai reikšmingai blogesni lyginant su mokytais pacientais.

Chirurginio profilio gydytojai žinias apie stomos priežiūrą gavo ikidiplominių studijų metu, taip pat jas gilino podiplominių studijų metu (konferencijose, seminaruose). Pastaruoju metu svarbiu žinių šaltiniu tampa ir farmacijos kompanijų organizuojami naujų produktų pristatymai. Tuo tarpu slaugytojos, dirbančios chirurginio profilio darbą, įgūdžius apie stomos priežiūrą įgijo kasdieninio darbo metu. Tai galima paaiškinti ir dėl dažnesnio kontakto su stomuotais pacientais. Vertinant šiuos duomenis, galima manyti, kad slaugytojus ruošiančios institucijos neskiria pakankamai dėmesio stomos priežiūros pagrindų mokymui, todėl žinių trūkumas likviduojamas kasdieniniame darbe, jau baigus studijas.

Pirmos tiriamosios grupės pacientų mokymas buvo pradėtas prieš operaciją (supažindinant su galimais anatominiais pokyčiais po operacijos, tuštinimosi pobūdžio pasikeitimu, išmatų surinktuvais) ir tęsiamas po operacijos. Todėl šių pacientų mokymo kokybė prieš operaciją, pasitenkinimas medicinos personalo suteikta informacija po operacijos, statistiškai reikšmingai skiriasi lyginant su pacientais mokytais tik po stomos suformavimo operacijos. Rezultatai rodo, kad medicinos personalas turi pradėti mokyti pacientus prieš stomos suformavimo operaciją ir tęsti ją po operacijos, nes taip suteikiamos žinios yra geriau įsisavinamos ir ilgiau išlieka paciento atmintyje.

Dėl ateityje išskylančių problemų stomos priežiūroje didžioji dalis pacientų (I ir II tiriamosios bei kontrolinės grupių) pirmiausiai kreiptųsi į operavusį chirurgą, vienodas skaičius pacientų kreiptųsi į stomos priežiūros kabinetą ir į šeimos gydytoją, ir mažiausia dalis pacientų kreiptųsi į slaugytoją.

Optimalios stomos vietos parinkimas prieš operaciją, Lietuvoje, vis dar neišspręsta problema. Šis tyrimas įrodo, kad parinkus pacientams optimalią stomos vietą prieš operaciją, pasitenkinimas stomos vietos patogumu kasdieninės priežiūros ar rengimosi atžvilgiu, statistiškai reikšmingai geresnis lyginant su pacientais, kuriems prieš operaciją nebuvo parinkta būsimos stomos vieta. Tačiau vien tik apmokius stomos priežiūros pagrindų po operacijos, stomos vietos patogumas taip pat statistiškai reikšmingai geresnis lyginant su nemokytų pacientų grupe (kontrolinė grupė). Pacientų mokymas prieš operaciją ir po jos, bei optimalus stomos vietos parinkimas, statistiškai reikšmingai sumažina ankstyvųjų (<1 mėn.) ir vėlyvųjų (>1 mėn.) komplikacijų skaičių po operacijos lyginant su pacientais, kuriems nebuvo parinkta optimali stomos vieta ir nemokyti prieš operaciją ir po jos [15, 29, 47, 59].

Parinkus optimalią stomos vietą prieš operaciją ir apmokius pacientus prieš operaciją ir po jos, gyvenimo kokybė yra geresnė. Šį darbą turi atlikti profesionaliai paruošta slaugytoja. Tai palengvintų gydytojų darbą, nes stomos priežiūros srityje dirbtų profesionali komanda, pasidalinusi atitinkamas profesinės kompetencijos sritis : priešoperacinį bei pooperacinį mokymą atliktų slaugytoja, operaciją – gydytojas chirurgas.

Stomos priežiūros mokymo pagrindų kursą reikia įtraukti į slaugytojas ruošiančių kolegijų privalomų (pagrindinių) studijų programas, kurį sudarytų teorinis mokymas (paskaitos) bei praktiniai užsiėmimai. Panašus kursas yra dėstomas Kauno medicinos universiteto Slaugos fakultete, stomos priežiūros pagrindai sudaro dalį Medicinos fakulteto V kurso Chirurgijos modulio programos bei VI elektyvinių ciklų.

Kiekvienoje didesnėje stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turėtų būti slaugytoja, atsakanti už kokybišką pagalbą stomuotiems pacientams tiek prieš operaciją, tiek po jos. Chirurginio profilio slaugytojos reikėtų periodiškai atestuoti, patikrinant jų teorines bei praktines stomos priežiūros žinias.

IŠVADOS

1. Lietuvoje pacientų, prieš stomos suformavimo operaciją bei po jos gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai blogesnė nei Vakarų šalyse.
2. Gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai geresnė stomuotų pacientų, kurie buvo profesionaliai ir kokybiškai ruošti operacijai bei jiems parinkta optimali stomos vieta.
3. Medicinos personalo, ypač slaugytojų stomos priežiūros pagrindų žinios yra nepakankamos, dažniausiai gaunamos atsitiktinių podiplominių mokymų metu.
4. Organizuotos stomos priežiūros pagalbos buvimas stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose leistų užtikrinti kokybiškas paslaugas stomuotiems pacientams.

REKOMENDACIJOS

1. Stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose turėtų dirbti kvalifikuota slaugytoja, kuri prieš operaciją parinktų pacientams optimalią stomos vietą ir mokytų stomos priežiūros pagrindų. Mažesnėse ligoninėse tai atlikti galėtų apmokyta chirurginio profilio slaugytoja.
2. Reikia įtraukti stomos priežiūros mokymą į slaugytojas ruošiančių institucijų privalomo mokymo programą. Ši programa gali būti paruošta, remiantis Kauno medicinos universiteto Slaugos fakulteto patirtimi.
3. Chirurginio profilio skyrių slaugytojos turi būti periodiškai ruošiamos bei atestuojamos, siekiant įvertinti jų teorinius bei praktinius stomos priežiūros pagrindus.
4. Paciento stomos priežiūros pagrindų mokymas turėtų būti vykdomas remiantis adaptuota programa.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Almås H, Bruce M. Pacientų su stoma slauga. Klinikinė slauga. Vilnius: UAB Charibdė; 1999. T 2. p.525-541.
2. Astrauskas V, Biziulevičius S, Pavilonis S, Vaitilavičius A, Vileišis A. Medicininių terminų žodynas. Vilnius: Mokslas; 1980. p. 114, 265, 512.
3. Gyvenimas su stoma. ConvaTec; 1999.
4. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpela A. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos koncepcijos. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas; 1999. p. 25-26.
5. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex leidykla; 2002. p.155-203.
6. Kočiūnas R. Psichologinis konsultavimas. Vilnius: LUMEN leidykla; 1995. p.127-129.
7. Kriščiūnas K, Klimavičius R, Kimtys A, Goštautas A, Gradauskienė D, Jocevičienė R. ir kt. Reabilitacija (antrasis pataisytas ir papildytas leidimas). Kaunas: KMU I-kla.; 1996. p. 212.
8. Zykas V, Saladžinskas Ž, Tamelis A, Pavalkis D, Šiugžda R. Stomos ir jų priežiūra. Klostomos. Metodinė mokymo priemonė. Kaunas 1998; p.1, 4, 12, 16-20.
9. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee MC, Osoba D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw KCA, Sullivan M, Taked F. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C 30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. Journal of the National Cancer Institute 1993; 85: 365-376.
10. Aaronson NK, Cull AM, Kaasa S, Sprangers MAG. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular to quality of life assessment in oncology: Philadelphia. Pa: Lippincott – raven Publisher; 1996. 179-89.
11. Alonso Gracia N, Lorente Garin JA, de Leon Morales E, Canis Canchez D, Cordellas Angel R, Sanchez de la Blanca MI, Gelabert-Mas A. Analysis of medical/surgical complications of cutaneous ileostomy. Actas Urol Esp. 2004 Jun; 437-42.
12. Aronovitch SA, Scardillo J. Latex allergy and the WOC nurse: a review of the literature. J-Wound-Ostomy-Continence-Nurs 1998 Mar.; 25(2): 93-101.
13. Bakx R, Busch OR, Bemelman WA, Veldink GJ, Slors JF, van Lanschot JJ. Morbidity of temporary loop ileostomies. Dig. Surg. 2004; 21(4):277-81.

14. Barr JE. Assessment and management of stomal complications : a framerwork for clinical decision making. *Ostomy Wound Manage.* 2004 Sep;50(9):54, 56.
15. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum* 1997; 40(4): 440-2.
16. Bekkers MJ, van-Knippenberg FC, van-den-Borne HW, van-Berge-Henegouwen GP. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosom-Med* 1996; 58(2): 183-91.
17. Beverly G. Hampton, Ruth A. Bryant. Ostomies and continent diversions. *Nursing management.* Mosby-Year Book; 1992. p.4- 9.
18. Black PK. Stoma care: finding the most appropriate appliance. *Br J Nurs* 1995; 4 (4): 188-192.
19. Black PK. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *Br J Nurs.* 2004 Jun 24-Jul 7;13(12):692-7.
20. Bonomi AE, Shikiar R, Legro MW. Quality-of-Life Assessment in acute, chronic, and cancer pain: a pharmacist's guide. *J. Am Pharmaceutical Association* 2000; 40(3): 402-416.
21. Branagan G, Tromans A, Finnis D. Effect of stoma formation on bowel care and quality of life in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2003 Dec;41(12):680-3.
22. Broadevell DC, Jackoon BS. Principles of ostomy care. The C. V. Mosley Company: London; 1982. p.325-6.
23. Broadwell DC, Jackson SB. Principles of ostoms care. Mosby Company: London 1982; p.321-339, p.711-727.
24. Brown H, Randle J. Living with a stoma : a review of literature. *J Clin Nurs.* 2005 Jan;14(1):74-81.
25. Carlsson E, Bosaeus I, Nordgren S. Quality of life and concerns in patients with short bowel syndrome. *Clin Nutr.* 2003 Oct;22(5):445-452.
26. Cesaretti IU. Novas tecnologias e novas tecnicas no cuidado dos estomas. New technology and techniques on stomas care. *Rev-Bras-Enferm.* 1996; 49(2): 183-92.
27. Chwalow AJ. Cross – cultural validation of existing quality of life scales. New trend in patients education. Elsevier Science 1995. p. 313-317.
28. Coey L. Readability of printed educational materials used to inform potential and actual ostomates. *J-Clin-Nurs* 1996; 5(6): 359-66.

29. Comb J. Role of stomacare nurse : patients with cancer and colostomy. Br J Nurs. 2003 Jul 24-Aug 13;12(14):852-6.
30. Cull A, Sprangers MA, Bjordal K, Aaronson NK. On behalf of the EORTC Quality of Life Study Group translation procedure. 1998. p. 3-16.
31. Devlin HB. Stomas. Medicine International (The medicine group journals).1994. p.335-340.
32. Erwin Toth P, Barrett P. Stoma site marking: a primer. Ostomy-Wound-Management 1997; 43(4): 18-22, 24-5.
33. Esko V. Жизнь с колостомой. Tallinn: Quick Print; 2001. p.3-25.
34. Fayers P, Weeden S, Curran D. EORTC QLQ-C30 reference values. This manual presents reference data for the QLQ-C30 based upon data provided by EORTC Quality of life study Group Members and other users of the QLQ-C30. EORTC Quality of life study group, Brussels. 1998. p.55-63.
35. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.
36. Ford ME, Havstad SL, Kart CS. Assessing the reliability of the eortc QLQ – C 30 in a sample of older African American and Caucasian adults. Qual Life res 2001; 10: 533-41.
37. de la Fuente SG, Levin LS, Reynolds JD, Olivares C, Pappas TN, Ludwig KA, Mantych CR. Elective stoma construction improves outcomes in medically intractable pressure ulcers. Dis Colon Rectum. 2003 Nov;46(11):1525-30.
38. Gibelli G, Giudici V, Rocchi P. Ostomy complications and principles of stoma therapy. Prima edizione: maggio; 1999. p.11-31.
39. Golis AM. Sexual issues for the person with an ostomy. J-Wound-Ostomy-Continence-Nurs 1996; 23(1): 33-7.
40. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. Colostomy. Dis colon rectum 2000; 43(5): 650-655.
41. Hampton. BG, Byrant RA. Ostomies and continent diversions: nursing management. In: Smith DB. Psychosocial adaptation. Mosby-Year Book St. Louis; 1992. p.1-22.
42. Hollinworth H, Howlett S, Tallett J, Pettitt S, Cooper D, Skingley S, Power S, Woolgar A, Fendley C. Professional holistic care of the person with stoma : online learning. Br J Nurs. 2004 Nov 25-Dec 8;13(21):1268-75.

43. Jeffries E, Joels J, Wood EJ, Butler M, Butler M. A service evaluation of stoma care nurses' practice. *J Clin Nurs* 1995; 4(4): 235-242.18(3):234-238.
44. Karadag A, Menten BB, Uner A, Ircorucu O, Ayaz S, Ozkan S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Colorectal Dis.* 2003;
45. Keighley MRB, Williams NS. Stomas and related problems. *Surgery of the anus, rectum and colon* 1993; 1: 139-288.
46. Kozier B, Erb G. Fundamentals of nursing. Concepts and procedures. 3th edition. – Addison-Wesley publishing Company. Health sciences Division, Menlo park, California; 1987. p. 1217 – 1231.
47. Longo WE. The speciality of colon and rectal surgery : its impact on patient care and role in academic medicine. *Yale J Biol Med.* 2003 Mar 1;76(2):63-77.
48. Lynda Jual Corpenito DB. Nursing diagnosis application to clinical practice. Lippincott company; 1992. p.465.
49. Marijnen CA, van de Velde CJ, Putter H, van de Brink M, Maas CP, Martijn H, Rutten HJ, Wiggers T, Kranenbarg EK, Leer JW, Stiggelbout AM. Impact of short-term preoperative radiotherapy on health-related quality of life and sexual functioning in primary rectal cancer : report of a multicentral randomized trial. *J Clin Oncol.* 2005 Mar 20;23(9):1847-54.
50. Metacalf- C. Stoma care: empowering patients through teaching practical skills. *Br J Nurs* 1999; 8(9): 593-600.
51. Metacalf- C. Stoma care: exploring the value of effective listening. *Br J Nurs* 1998 Mar 26-Apr 8.-7; 6: 311-315.
52. Michelson H, Bolund C, Nilsson B, Brandberg Y. Health-related quality of life measured by the EORTC QLQ – C 30- referente values from a large sample of Swedish population. *Acta Oncol* 2000; 39: 477-84.
53. Mowdy S. The role of the WOC nurse in an ostomy support group. *J Wound Ostoms Continence Nurs* 1998; 25(1): 51-4.
54. Nugent KP, Daniels P, Stewart B. Quality of life in stoma patients. *Dis colon rectum* 1999; 42(12): 1569-1574.
55. O'Brien BK. Coming of age with anostomy. Life with a stoma be especially difficult for teens. *AJN* 1999; 99(8): 71-75.

56. Renner K, Rosen HR, Novi G. Quality of life after surgery for rectal cancer: do we still need a permanent colostomy? *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1160-1167.
57. Rozen BL. The value of a well-placed stoma. *Cancer Pract* 1997; 5(6): 347-52.
58. Saladžinskas Ž, Pavalkis D, Tamelis A, Gulbiniene J. Stoma care problems in Lithuania. The final programme and abstract book of 6th European Congress for Nurses with Interest in Stomacare; 2001 June 3-6; Hungary, Budapest; 2001 p.27.
59. Schellito PC. Complication of abdominal stoma surgery. *Disease Colon and Rectum* 1998; 41: 1562-1572.
60. Slingenberg – Smits AA, Hoorntje – Boonstra GE, Schuten WR. Gastrointestinal surgery and gastroenterology. XII. care of stoma patient. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1149-53.
61. Sprangers MA, Te Velde A, Aaronson NK. The construction and testing of the EORTC colorectal cancer- specific quality of life questionnaire module (QLQ- CR 38). European Organization for Research and Treatment of Cancer study group on quality of life. *Eur J Cancer* 1999; 35(2): 238-247.
62. Thompson- Fawcett MW, Richard CS, O'Connor BI. Quality of life is excellent after a pelvic pouch for colitis-associated neoplasia. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:149-1502.
63. Trochim WMK. Quality of life compendium: Conceptualizing quality of life (research method knowledge base).2001. Available from: [http://www/ atomicdogpublishing.com](http://www/atomicdogpublishing.com).
64. Trunnel EP. Mindfulness and people with stomas. *J Wound Ostoms Continence Nurs* 1996; 23: 38-45.
65. Turnbull GB, Erwin-Toth P. Ostomy care: foundation for teaching and practice. *Ostoms Wound Manage* 1999.; 45(1A Suppl): 23S-30S.- quiz 31S-32S.
66. Van den BR. Stomatherapy. *Rev Med Brux* 2001; 22: A228-A233.
67. Van-De-Wiel HB, Weijmar Schultz WCM, Hengeveld MW, Staneke A. Sexual functioning after ostomy surgery. *Sexual and Marital Therapy* 1991; 6(2): 20 9.

DARBO TEMA SPAUSDINTI STRAIPSNIAI

1. Gulbinienė, Jurgita; Šeškevičius, Arvydas; Saladžinskas, Žilvinas. Slaugytojo vaidmuo parenkant pacientui ileostomos/kolostomos vietą ir mokant savipriežiūros pagrindų // Sveikatos mokslai. ISSN 1392-6373. 2004, t. 14, Nr. 4, p. 24-27.
2. Gulbinienė, Jurgita; Markelis, Rytis; Tamelis, Algimantas; Saladžinskas, Žilvinas. Tinkamai parinktos stomos vietos bei jos priežiūros reikšmė pacientų gyvenimo kokybei // Medicina. ISSN 1010-660X. 2004, t. 40, Nr. 11, p. 1045-1053.
3. Gulbinienė, Jurgita; Saladžinskas, Žilvinas. Storosios žarnos vėžiu sergančių pacientų mokymo bei gyvenimo kokybė prieš stomos suformavimo operaciją lyginant su vakarų šalimis // Sveikatos mokslai. ISSN 1392-6373. 2002, Nr.4, p.42-46.
4. Gulbinienė, Jurgita; Saladžinskas, Žilvinas; Tamelis, Algimantas. Stoma care problems in Lithuania // Acta medica Lituanica : Trečiasis Baltijos chirurgų asociacijos kongresas 2001 m. gegužės 24-25 d. Vilnius, Lietuva. ISSN 1392-0138. 2001, Suppl. 7, p. 33-35.

PRIEDAI

EORTIC QLQ-CR38 KLAUSIMYNAS

Pacientai, kartais nurodo, kad Juos vargina žemiau aprašyti simptomai ar problemos. Prašau pažymėti, kaip stipriai Jūs jautėte šiuos simptomus ar problemas paskutinės savaitės laikotarpyje. Prašau atsakyti apibraukiant labiausiai atitinkančio atsakymo numerį

Per praėjusią savaitę:	Visai ne	Nedaug	Viduti niškai	Labai
1. Ar Jūs dažnai šlapinotės dienos metu?	1	2	3	4
2. Ar Jūs dažnai šlapinotės nakties metu?	1	2	3	4
3. Ar Jūs jautėte skausmą šlapinimosi metu?	1	2	3	4
4. Ar Jūs jautėte pilvo pūtimą?	1	2	3	4
5. Ar Jūs jautėte pilvo skausmą?	1	2	3	4
6. Ar Jūs jautėte skausmą sėdmenų srityje?	1	2	3	4
7. Ar Jus vargina dujų susikaupimas žarnyne?	1	2	3	4
8. Ar Jūs raugėjote?	1	2	3	4
9. Ar Jūs netekote svorio?	1	2	3	4
10. Ar Jums džiuvo burna?	1	2	3	4
11. Ar dėl šios ligos ar gydymo Jums išplonėjo ar susilpnėjo plaukai?	1	2	3	4
12. Ar pasikeitė maisto ir gėrimų skonis nuo įprasto?	1	2	3	4
13. Ar dėl šios ligos ar gydymo jaučiatės mažiau fiziškai patrauklus?	1	2	3	4
14. Ar dėl šios ligos ar gydymo Jūs pajutote savo vyriškumo/ moteriškumo susilpnėjimą?	1	2	3	4
15. Ar buvote nepatenkintas savo kūnu?	1	2	3	4
16. Ar Jūs nerimavote dėl savo būsimos sveikatos būklės?	1	2	3	4

Per praėjusias <u>keturias</u> savaites:	Visai ne	Nedaug	Viduti niškai	Labai
17. Kaip intensyviai domėjotės seksu?	1	2	3	4
18. Kaip stipriai Jūs buvote seksualiai aktyvus (su ar be lytinių santykių)?	1	2	3	4
19. Atsakykite į šį klausimą tik jei Jūs buvote lytiškai aktyvus: Kaip stipriai Jus tenkino seksas?	1	2	3	4

Per praėjusias keturias savaites:

Tik vyrams:	Visai ne	Nedaug	Viduti niškai	Labai
20. Ar Jums buvo sunku pasiekti ar išlaikyti erekciją?	1	2	3	4
21. Ar Jūs turėjote ejakuliacijos problemų ?	1	2	3	4

Tik moterims, turėjusioms lytinių santykių:	Visai ne	Nedaug	Viduti niškai	Labai
22. Ar sueities metu jautėte makšties sausumą?	1	2	3	4
23. Ar Jūs jautėte skausmą lytinių santykių metu?	1	2	3	4

24. Ar Jums išvesta stoma? (Prašau pažymėkite TAIP ar NE)
Jeigu NE, prašau atsakykite į klausimus nuo 55 iki 61.
Jeigu TAIP, prašau atsakykite į klausimus nuo 62 iki 68.

Per praėjusią savaitę:

Pacientams be stomos:	Visai ne	Nedaug	Viduti niškai	Labai
25. Ar dažnai Jūs tuštinotės dienos metu?	1	2	3	4
26. Ar dažnai Jūs tuštinotės nakties metu?	1	2	3	4
27. Ar Jūs jutote impulsyvų norą tuštinti tačiau, be išmatų išsiskyrimo?	1	2	3	4
28. Ar Jūs esate nevalingai pasituštinę?	1	2	3	4
29. Ar Jūs esate pastebėję kraujo išmatose?	1	2	3	4
30. Ar Jūs esate jautę sunkumą tuštinantis?	1	2	3	4
31. Ar tuštinimasis yra buvęs skausmingas?	1	2	3	4

Pacientams su suformuota stoma:	Visai ne	Nedaug	Viduti niškai	Labai
32. Ar Jūs bijojote, kad aplinkiniai žmonės girdės Jūsų stomos veiklą?	1	2	3	4
33. Ar Jūs bijojote, kad aplinkiniai žmonės pajus Jūsų išmatų kvapą?	1	2	3	4
34. Ar Jūs jaudinotės, kad gali prasisunkti išmatų turinys pro išmatų surinktuvą?	1	2	3	4
35. Ar turite problemų prižiūrėti stomą?	1	2	3	4
36. Ar oda aplink stomą buvo sudirginta?	1	2	3	4
37. Ar Jūs jautėtės suvaržytas dėl suformuotos stomos?	1	2	3	4
38. Ar Jūs jaučiatės nepilnavertis dėl suformuotos stomos?	1	2	3	4

MEDICINOS PERSONALO APKLAUSOS KLAUSIMYNAS
Stomos priežiūros žinios bei įgūdžiai

1. Jūs esate
 - a) gydytojas (a),
 - b) slaugytoja.
2. Dirbate
 - a) chirurginio profilio skyriuje;
 - b) ne chirurginio profilio skyriuje.
3. Kiek metų dirbate po aukštosios mokyklos ar kolegijos/slaugytojų mokyklos baigimo?(įrašykite)_____
4. Kada sužinojote apie stomas, jų priežiūrą?
 - a) Paskaitose aukštojoje mokykloje ar kolegijoje;
 - b) Paskaitose ir praktinių užsiėmimų metu aukštojoje mokykloje ar kolegijoje;
 - c) Praktinių užsiėmimų metu aukštojoje mokykloje ar kolegijoje;
 - d) Pabaigus aukštąją mokyklą ar kolegiją vykusių pasitobulinimo kursų metu;
 - e) Konferencijose, seminaruose;
 - f) Iš kolegų kasdieninio darbo metu.
5. Kaip dažnai kasdieniniame darbe susiduriate su stomą turinčiais ligoniais?
 - a) 1 kartą per savaitę;
 - b) 1 kartą per mėnesį;
 - c) rečiau;
 - d) nesusiduriu.
6. Ar teko paaiškinti ligoniui apie stomą, jos priežiūrą?
 - a) Teko;
 - a-1 tai darėte prieš operaciją;
 - a-2 tai darėte po operacijos;
 - b) Neteko.
7. Iš kur gaunate žinias apie stomos priežiūros priemones bei stomos priežiūrą?
 - a) Stomos priežiūros priemones gaminančių kompanijų produkcijos pristatymo metu;
 - b) Stomos priežiūros priemones gaminančių kompanijų leidinių;

- c) Medicinos periodikoje;
- d) Konferencijose, seminaruose;
- e) Kita (nurodykite)_____
- f) Nesidomiu šia tema.

Teisingus atsakymus apibraukite

EORTIC QLQ-CR30 KLAUSIMYNAS