

Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową

Anna Ławnik¹

¹ Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Ławnik A. Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(1): 84–87. doi: 10.5604/20834543.1142365

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Obecnie w Polsce występuje tendencja wzrostowa zachorowalności na choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Według danych szacunkowych, w Polsce każdego roku wykonuje się 6 tys. stomii, a osób żyjących ze stomią jest około 20 tysięcy.

Celem pracy było ukazanie holistycznego podejścia personelu pielęgniarskiego do rehabilitacji pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii, z uwzględnieniem zalecanych ćwiczeń ruchowych, a także rehabilitacji w sferze seksualnej i psychospołecznej.

Opis stanu wiedzy. Rehabilitacja to proces, który ma na celu zmniejszenie niedostosowania fizycznego, psychicznego, społecznego i zawodowego spowodowanego chorobą lub który jest skutkiem jej leczenia. Zalecane jest, aby pacjenci leczeni z powodu chorób jelit, zwłaszcza z powodu nowotworów jelita grubego, uczestniczyli w różnych formach rehabilitacji. Pacjenci leczeni chirurgicznie, u których został wyłoniony brzuszny odbyt, powinni być poddani rehabilitacji fizycznej, którą należy rozpocząć już w okresie przedoperacyjnym. Aby zapewnić pacjentowi komfort psychiczny pielęgniarka powinna informować i wyjaśniać pacjentowi, co będzie się z nim działo w kolejnych etapach zdrowienia, umocni to poczucie bezpieczeństwa, złagodzi napięcia i negatywne emocje chorego. Rehabilitacja seksualna może odbywać się zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, zależy to od rozległości i stopnia zabiegu. Często wystarczającą terapią jest rozmowa i wyjaśnienie problemów w obecności partnera i osoby kompetentnej, terapeuty. Duże znaczenie dla powodzenia terapii odgrywają uczucia i kultura partnera.

Podsumowanie. Rehabilitacja kompleksowa pacjentów ze stomią w równym stopniu powinna być realizowana w sferze, fizycznej, biologicznej, psychicznej i społecznej pacjenta.

Słowa kluczowe

rehabilitacja, stomia, brzuszny odbyt, opieka, pacjent

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Pomimo tego, że zabieg wytworzenia brzuszego odbytu często spotyka się z nietolerancją i odrzuceniem, nie powinien on negatywnie wpływać na dalsze życie pacjenta. Osoba, u której została wyłoniona stomia po okresie rekonwalescencji może powrócić do aktywności zawodowej pod warunkiem, że nie jest to ciężka praca fizyczna wymagająca ciągłego pochylania się. U osób, które posiadają przetokę jelita cienkiego odradza się pracę w wysokich temperaturach. Pacjent ze stomią nie powinien również rezygnować z życia towarzyskiego, może nadal spotykać się z przyjaciółmi, chodzić do kina czy teatru [1]. Bardzo ważne jest, aby zabieg nie wpłynął negatywnie na uprawianie sportu czy inne zajęcia rekreacyjne. Jeżeli aktualny stan zdrowia pacjenta na to pozwala, zaleca się jazdę na rowerze, spacer, piesze wycieczki, jazdę na łyżwach czy nartach, nie ma przeciwwskazań również dla osób lubiących pływanie lub taniec. Unikać należy jedynie sportów wymagających ogromnego wysiłku fizycznego, np.: judo, karate, boks [2].

Głównymi zaletami aktywności fizycznej jest przede wszystkim:

- zwiększenie wydolności oddechowej i układu krążenia,
- ogólne dotlenienie organizmu,
- łagodzenie stresu i napięć emocjonalnych,

- zapobieganie takim powikłaniom jak, otyłość czy nadciśnienie tętnicze,
- zwiększenie przemiany materii, a tym samym zyskanie zgrabnej sylwetki.

Rekreacja i relaks mają korzystny wpływ na układ nerwowy i ogólne funkcjonowanie organizmu pacjenta [3].

Celem pracy było ukazanie holistycznego podejścia do rehabilitacji pacjenta po wyłonieniu brzuszego odbytu i skierowanie uwagi nie tylko na sprawność fizyczną chorego, ale także na sferę biologiczną, psychiczną i społeczną pacjenta.

OPIS STANU WIEDZY

Obecnie w Polsce występuje tendencja wzrostowa zachorowalności na choroby dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Według danych szacunkowych, w Polsce każdego roku wykonuje się 6 tys. stomii, a według dostępnych danych – osób żyjących ze stomią jest około 20 tysięcy [4, 5, 6, 7].

Rehabilitacja jest procesem, który ma na celu zmniejszenie niedostosowania fizycznego, psychicznego, społecznego i zawodowego spowodowanego chorobą lub jej leczeniem. Zalecane jest, aby pacjenci leczeni z powodu chorób jelit, zwłaszcza z powodu nowotworów jelita grubego, uczestniczyli w różnych formach rehabilitacji [8].

Adres do korespondencji: Anna Ławnik, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska
E-mail: aniacokalska@op.pl

Nadesłano: 24 kwietnia 2014 roku; Zaakceptowano do druku: 09 września 2014 roku



REHABILITACJA FIZYCZNA

Ten rodzaj rehabilitacji obejmuje dwa okresy: przedoperacyjny i pooperacyjny.

Przed zabiegiem operacyjnym w ramach rehabilitacji zaleca się:

- edukację, która polega na uświadomieniu pacjentowi, czym jest stomia i jak z nią żyć, gdyż im więcej wiedzy zdobędzie pacjent w okresie przedoperacyjnym łatwiej będzie współpracował z personelem po operacji; edukując pacjenta pielęgniarka może korzystać z różnego rodzaju instrukcji, informatorów, broszur, filmów, może także poprosić o konsultację fizjoterapeutę lub psychologa;
- naukę ćwiczeń oddechowych, które zmniejszają ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego;
- naukę oddychania torem piersiowym, aby ograniczyć pracę tłoczni brzusznej, a tym samym zmniejszyć ból rany pooperacyjnej [6, 9].

Do zadań rehabilitacyjnych w okresie pooperacyjnym możemy zaliczyć:

- ćwiczenia oddechowe, które powinny być wprowadzane jak najwcześniej po zabiegu;
- profilaktykę przeciwzakrzepową, która wprowadzana jest już w pierwszej dobie po operacji i polega na wysokim ułożeniu kończyn dolnych oraz wykonywaniu przez pacjenta ćwiczeń biernych;
- naukę odpowiednich pozycji ułożeniowych i pionizacji, przy czym zawsze należy dążyć do jak najwcześniejszego uruchamiania pacjenta; pionizację wprowadza się najczęściej w drugiej, trzeciej dobie po operacji, zawsze po uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym – początkowo asekuje się pacjenta i/lub udostępnia mu sprzęt pomocniczy, np. balkoniki, podpórki dwukołowe.

W okresie późniejszym po zabiegu wyłonienia stomii, kiedy pacjent znajduje się już w domu, powinien on podkładać wałek pod nogi w czasie snu i chodzić w pozycji nieco pochylonej, co zmniejsza napięcie w obrębie tłoczni brzusznej i zapobiega powstawaniu bólu. Powrót do postawy całkowicie wyprostowanej powinien nastąpić w czwartym, piątym tygodniu po operacji [9, 10, 11].

Po upływie okresu pooperacyjnego i zakończeniu rekonwalescencji, pacjent powinien osiągnąć sprawność fizyczną, taką samą lub zbliżoną do tej z okresu przed leczeniem.

Ćwiczenia wzmacniające mięśnie tłoczni brzucha i mięśnie krocza wskazane są dla pacjentów, u których wyłoniona została stomia na jelicie grubym, czyli kolostomia, mogą one pomóc pacjentowi w kontrolowanym wydalaniu kału.

Wykonywanie ćwiczeń ogólnokondycyjnych zalecane jest pacjentom bez względu na rodzaj posiadanej stomii, jednak, aby ćwiczenia przyniosły efekty należy pamiętać o systematycznym ich wykonywaniu. Ćwiczenia powinny być dobierane w zależności od stanu zdrowia i wieku ćwiczącego. Nie mogą być zbyt trudne, ale powinny być wyzwaniem dla wykonującego. Wśród codziennych ćwiczeń powinny znaleźć się ćwiczenia ogólnokondycyjne, specjalistyczne dla pacjentów ze stomią i ćwiczenia oddechowe, których zadaniem jest lepsze dotlenienie organizmu. Ćwiczenia powinny być prowadzone przez doświadczonego fizjoterapeutę [8, 10, 12].

Przykładowy zestaw ćwiczeń, zaprezentowany przez Tchorzewską, wygląda następująco:

Ćwiczenie nr 1

Pierwsze ćwiczenie pacjent rozpoczyna od pozycji w niewielkim rozkroku, ramiona ma opuszczone swobodnie wzdłuż tułowia. Pacjent unosi ręce w górę i równocześnie wykonuje głęboki wdech przez usta, a wypuszczając powietrze, chory przenosi ramiona na boki i swobodnie opuszcza je w dół. Ważne jest, aby wydech był dużo dłuższy od wdechu (ok. 3 razy). Ćwiczenie powinno być powtórzone 3–4 razy.

Ćwiczenie nr 2

Pacjent kładzie się na prawym boku z wyprostowanymi nogami, podciąga kolana do klatki piersiowej równocześnie licząc 1, 2, 3, a na 4 powraca do pozycji wyjściowej. Ćwiczenie powtarza 4–5 razy, po czym następuje zmiana na drugi bok.

Ćwiczenie nr 3

Pozycją wyjściową do tego ćwiczenia jest ułożenie na plecach z wyprostowanymi nogami i rękami wyciągniętymi za głowę. Ćwiczenie polega na tym, aby podczas wdechu wyciągnąć jak najdalej prawą rękę i lewą nogę, a podczas wydechu rozluźnić mięśnie. Zaleca się sześciokrotne powtarzanie tego samego ćwiczenia – wyciąganie lewej ręki i prawej nogi.

Ćwiczenie nr 4

To ćwiczenie pacjent rozpoczyna od ułożenia się na plecach z kolanami przyciągniętymi do klatki piersiowej. Wykonując głęboki wdech, chory mocno napina mięśnie krocza, a przy wydechu rozluźnia mięśnie. Ćwiczenie należy powtórzyć około 6 razy.

Ćwiczenie nr 5

Ćwiczenie to chory rozpoczyna od siadu na krześle z mocno opartymi o podłogę stopami, jednocześnie napina pośladki i próbuje unieść się na krześle, następnie rozluźnia mięśnie przechodząc do swobodnego siadu. Ćwiczenie należy powtórzyć 3–4 razy [13].

Rehabilitacja seksualna

Dysfunkcje seksualne, pojawiające się u osób z wyłonioną stomią, mogą być wywołane czynnikami zarówno somatycznymi, jak i psychicznymi, dlatego ich leczenie jest uzależnione od przyczyny powstania zaburzeń. Wynikiem ingerencji chirurgicznej odbywającej się w sąsiedztwie narządów płciowych, może być uszkodzenie zarówno unerwienia, jak i unaczynienia tych narządów. Uszkodzenie aparatu nerwowo-naczyniowego układu rozrodczego może również powodować dalsze postępowanie lecznicze, np. radioterapia. Konsekwencjami tych uszkodzeń jest zmniejszony popęd seksualny, powstrzymywanie się lub zaniechanie kontaktów seksualnych.

W konsekwencji zabiegu wyłonienia stomii, u mężczyzn może dojść do przecięcia nerwów w okolicy krocza, co powoduje problemy z erekcją, ale te dolegliwości powinny ustąpić po rehabilitacji. W przypadku radykalnych operacji z powodu nowotworu jelita grubego, mogą pojawić się trwałe zaburzenia wzrodu. W takich sytuacjach pomocne są iniekcje do przestrzeni międzyjamowej, które powodują rozszerzenie naczyń krwionośnych i natychmiastową erekcję. Zaleca się też wszczepiane implantów prąca. Zastosowanie metody zależy jednak od stanu pacjenta oraz wskazań chirurgiczno-seksuologicznych.

U kobiet operacja wyłonienia sztucznego odbytu nie wpływa na zdolności seksualne, zapłodnienie czy ciążę. Głównym



problemem podczas stosunku może być bolesność powodowana brakiem odbyticy, która, u zdrowych kobiet, amortyzuje pochwę podczas współżycia seksualnego. Przecięcie nerwów podczas operacji ma również negatywny wpływ na wilgotność pochwy, co może powodować dyskomfort. Pierwsze próby współżycia uzależnione są od szybkości gojenia się ran i stopnia rekonwalescencji. Jeżeli pacjentka nie czuje się w pełni fizycznie i psychicznie gotowa do odbycia stosunku płciowego, nie powinna podejmować takiej próby. Może to być dla niej przykre doznanie i negatywnie rzutować na ponowne próby współżycia seksualnego.

Cięża zmienia kształt i wielkość stomii, trzeba to wziąć pod uwagę podczas wyboru odpowiedniego sprzętu stomijnego.

Rehabilitacja seksualna stara się podejść do sfery seksualności w szerszym zakresie, poczynając od uznania, że osoba ze stomią może być atrakcyjnym i interesującym partnerem seksualnym, pomimo uszkodzeń ciała, aż do przekonania partnera o wartościach współżycia.

Zaakceptowanie swojego wyglądu przez pacjenta wymaga czasu i niejednokrotnie specjalistycznej pomocy psychologicznej, która polega na doprowadzeniu do zmian w myśleniu, postrzeganiu, emocjach i zachowaniu. Wystarczającą terapią często okazuje się rozmowa i wyjaśnienie problemów w obecności partnera i osoby kompetentnej. Duże znaczenie dla powodzenia terapii mają uczucia i kultura partnera [14, 15].

Rehabilitacja psychospołeczna

Pacjent, u którego została wykonana stomia, opuszczając szpital, jest często osobą sprawną fizycznie, ale ma problemy w radzeniu sobie w codziennym życiu. Pacjenci z brzuszny odbytem gorzej oceniają własne możliwości społeczne, a także funkcjonowanie w życiu osobistym. Z tego powodu bardzo ważne jest wsparcie, jakie otrzymać oni powinni od rodziny i najbliższych, a także rzetelna informacja i pomoc udzielana im na każdym etapie leczenia i rekonwalescencji [6, 16].

Rehabilitacja psychologiczna, według Wiesławy Ciechaniewicz, jest to „celowe i zorganizowane działanie psychologiczne na osoby niepełnosprawne psychicznie lub fizycznie, i to zarówno wtedy, gdy niepełnosprawność przyjmuje postać pewnego deficytu, jak i trwałego defektu” [10].

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem po zabiegu wyłonienia stomii powinna zapewnić podopiecznemu komfort psychiczny, spokój oraz prawo do decydowania o sobie. Pielęgniarka powinna pomagać w rozwiązywaniu problemów, które prowadzą do dyskomfortu psychicznego powodowanego przez lęk, niepokój, złe samopoczucie [6].

Aby pielęgniarka prawidłowo wyznaczyła cele usprawniania psychicznego powinna zgromadzić następujące informacje:

- jak przebiegają procesy myślowe u pacjenta – czy jest zdolny do zapamiętywania, przypominania, logicznego myślenia,
- jak pacjent ustosunkowuje się do sytuacji w której się znalazł, do leczenia, pielęgnowania, do własnego stanu zdrowia,
- jakie znaczenie mają dla pacjenta powstałe, w funkcjonowaniu jego organizmu, zmiany,
- jak podopieczny reaguje na chorobę,
- czy pacjent orientuje się co do własnej osoby i najbliższego otoczenia, czy wie, gdzie się znajduje i kto przy nim jest [11, 17, 18].

Każda pielęgniarka w opiece nad osobami po wyłonieniu stomii powinna stosować psychoterapię polegającą na łagodzeniu napięć i negatywnych emocji, które pacjent odczuwa w sytuacji choroby i leczenia. Ważne jest nawiązanie z pacjentem dobrego kontaktu, który ułatwi wzajemne relacje. Należy informować i wyjaśniać pacjentowi, co będzie się z nim działo, w kolejnych etapach zdrowienia, co umacnia jego poczucie bezpieczeństwa i zwiększa komfort psychiczny. Pielęgniarka powinna motywować chorego do walki z chorobą, chwalić za osiągnięcia, a mniej koncentrować się na problemach, nie wyolbrzymiać ich. Aby pomóc choremu osiągnąć lepszą sprawność psychiczną, powinna ona umieć dostrzegać pozytywne strony osobowości pacjenta, tzn. optymizm, otwartość, upór i konsekwencję w działaniu [11].

Ważną rolę w rehabilitacji psychospołecznej odgrywają grupy wsparcia, kluby i towarzystwa zrzeszające osoby ze stomią. Osoby tworzące takie grupy dzięki podobnym problemom mogą sobie nawzajem pomagać i wspierać się, gdyż choroba nie może być przyczyną zamykania się na ludzi i wycofywania z życia. Pacjenci powinni jak najczęściej przebywać w towarzystwie bliskich, przyjaciół, ludzi, w których obecności czują się dobrze [4, 7, 11].

Usprawnianie wydalania

Usprawnianie wydalania, inaczej irygacja, jest to zabieg mający na celu poprawę jakości życia pacjenta. Polega on na oczyszczeniu jelita grubego z mas kałowych za pomocą wlewu wodnego, co pozwala pośrednio kontrolować oddawanie stolca. Z irygacją pacjent powinien zapoznać się jeszcze na oddziale, ale szczegółowego instruktażu i dokładnego sposobu wykonywania pacjent uczy się w poradni stomijnej. Decyzja o chęci wykonywania irygacji powinna być skonsultowana z lekarzem. Irigacja wskazana jest u osób, u których wykonana została kolostomia. Przeciwwskazana jest natomiast u osób z ileostomią, dwiema przepuklinami wokół stomii, ze znacznie zwężoną stomią.

Przy wykonywaniu irygacji pacjent korzysta ze specjalnego irygatora, zakończonygo stożkową, elastyczną kaniulą.

Irygacja powinna być wykonywana o stałej porze każdego dnia, najlepiej pół godziny lub godzinę po śniadaniu. Aby wyrobić odruch wypróżniania, należy przez okres 3–4 tygodni wykonywać irygację codziennie o tej samej porze. Po upływie 3 tygodni pacjent powinien przerwać zabieg i obserwować pracę jelit. Jeżeli wypróżnienia nie stały się regularne, zaleca się pacjentowi podjęcie kolejnej próby i ponowne wykonywanie irygacji przez 3–4 tygodnie. Regularne pory wypróżniania udaje się wyrobić u około 50% pacjentów i u tych chorych dalsze wykonywanie irygacji jest zbędne. Drugą połowę stanowią osoby, u których pomimo wykonywania irygacji nie nastąpiła regulacja wypróżnień, dlatego, aby defekacja była regularna, zmuszeni są oni do ciągłego wykonywania irygacji, zazwyczaj co drugi dzień. Odrębną grupę stanowią pacjenci, którym nieregularne wypróżnienia nie przeszkadzają, a irygację wykonują okazjonalnie, np. przed wyjściem do kina czy do przyjaciół. Irigacja jest najchętniej wykonywana przez osoby aktywne zawodowo lub biorące czynny udział w życiu społecznym lub rodzinnym.

Irygacja, poza wycuciem samodzielnego odruchu opróżniania się jelit, ma także inne zalety:

- zmniejsza ilość wydalanych w ciągu doby gazów,
- zmniejsza ilość zużytego sprzętu stomijnego, co stanowi oszczędność zaopatrzenia,

- poprawia apetyt, a także pozwala w mniejszym stopniu stosować się do ograniczeń dietetycznych.

Zapewnia także komfort psychiczny i fizyczny, a także pozwala na pełen powrót do normalnego życia [11, 17].

PODSUMOWANIE

Bardzo istotna dla zdrowia pacjentów z wylonioną stomią jelitową jest kompleksowa rehabilitacja, którą należy rozpocząć już w okresie przedoperacyjnym i kontynuować w sposób ciągły po zabiegu. Należy pamiętać o tym, iż kolejne etapy zdrowienia wymagają odpowiednio dobranej rehabilitacji, która, w równym stopniu powinna być realizowana w sferze fizycznej, biologicznej, psychicznej i społecznej pacjenta.

PIŚMIENICTWO

1. Ponczek D, Rozwora A. Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 3: 140–148.
2. Michalak S, Cierznikowska K, Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT, Jawień A. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 3: 91–98.
3. Cichosz A. Regularne ćwiczenia fizyczne: zdrowie, jakość i styl życia. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2013; 6: 4–7.
4. Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT, Cierznikowska K, Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Contemp Oncol (POZN)*. 2007; 11: 1, 17–25.
5. Krajewska-Kulak E, Sierakowska M, Lewko J, Łukaszuk C. Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. *Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia Akademii Medycznej w Białymstoku*. Białystok: 2005: 80–93.
6. Cierznikowska K, Cwajda-Białasik JT, Szewczyk M, Dopierała L, Banaszekiewicz Z, Jawień A. Specjalistyczna opieka pielęgniarska nad chorym ze stomią jelitową w świetle badań. *Pielęg Chir Angiol.* 2008; 2: 39–43.
7. Wiraszka G. Problemy funkcjonowania emocjonalnego chorych ze stomią wytworzoną z powodu raka jelita grubego w praktyce pielęgniarskiej. *Zdrow Publiczne*. 2010; 120(1): 53–57.
8. Krupa B, Trzebiński P. Psychospołeczne aspekty zdrowia i rehabilitacji. *Zeszyty Zamojskie- Fizjoterapia*. Rok wyd. XIV, 1(35). Zamość, 2012: 63–74.
9. Penar-Zadarko B, Barnaś E, Zadarko E. Postępowanie profilaktyczno-rehabilitacyjne podejmowane przez pielęgniarkę u pacjentki chorej ginekologicznie ze stomią. *Zdrow Publiczne* 2006; 116(4): 595–600.
10. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo- ćwiczenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
11. Gacek L, Bączyk G, Skokowska B, Bielawska A, Bernard D, Pyszczorska M, Pieścikowska J. Funkcjonowanie społeczne osób w podeszłym wieku z przetoką jelitową. *Pielęg Chir Angiol.* 2012; 4: 131–137.
12. Głuszek S. *Chirurgia – podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2008.
13. Tchórzewska H. *Rehabilitacja pacjentów z wylonioną stomią cz. II*. Nasza Troska 2003; 4(11).
14. Hill M. Physical activity and human cancer. *Eur J Cancer Prev*. 2009; 8: 475–484.
15. Twardak I, Sikorska A, Chybicki M, Lisowska A, Kraińska A. Problemy pielęgnacyjne pacjenta z chorobą nowotworową jelita grubego. *Onkol Pol.* 2009; 12(4): 150–154.
16. Bazaliński D, Cipora E, Jakima M, Premik A, Zbiegień M. Występowanie powikłań dermatologicznych i ich uwarunkowania w grupie osób z definitywną przetoką jelitową. *Pielęg Chir Angiol.* 2011; 3: 132–139.
17. Bazaliński D, Kózka M, Cipora E. Jak pacjent ze stomią jest przygotowany do samoopieki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2008; 1–2: 49–51.
18. Kózka M, Bazaliński D, Jakubowski K, Pudło M. Determinanty funkcjonowania psychospołecznego osób z przetoką jelitową. *Pielęg Chir Angiol.* 2010; 4: 123–129.

Rehabilitation of patients with intestinal stoma

Abstract

Introduction and aim. At present, in Poland, a growing tendency is observed in the incidence of diseases of the lower GI tract. According to estimation data, in Poland, 6,000 stomas are performed annually, and the number of people living with a stoma is about 20,000.

The aim of the study was to present the holistic approach of the nursing staff to rehabilitation of patients after stoma surgery, taking into account the recommended physical exercises and rehabilitation in the sexual and psychosocial spheres.

Description of expertise. Rehabilitation is a process that aims to reduce the mismatch of physical, mental, social and professional life caused by the disease or the effect of its treatment. It is recommended that patients treated for intestinal diseases, especially due to cancer of the colon, participate in various forms of rehabilitation. Patients treated surgically, who have an artificial anus, should undergo physical rehabilitation which must begin in the pre-surgery period. To ensure the patient's psychological wellbeing, the nurse should inform and explain to the patient what will be happening to him or her in the subsequent stages of recovery, which will reinforce the sense of security, alleviate tension and negative emotions of the patient. Sexual rehabilitation can take place both in the physical and mental spheres, which depends on the extent and degree of treatment. It is often enough to talk and explain the problems in the presence of a partner and a competent person, such as, a therapist. What is of great importance for the success of the therapy are the feelings and personal propriety of the partner.

Summary. Comprehensive rehabilitation of patients with a stoma should be implemented in the physical, biological, psychological and social sphere of the patient.

Key words

rehabilitation, stoma, artificial anus, care, patient

