

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ

Quality of life of patients with intestinal stoma



Katarzyna Cierzniaowska¹, Elżbieta Kozłowska¹, Maria T. Szewczyk¹, Zbigniew Banaszek²,
Hanna Szymańska³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Katedra Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Studenckie Koło Naukowe, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 4: 142–147

Praca wpłynęła: 6.04.2013; przyjęto do druku: 17.11.2013

Adres do korespondencji:

dr n. med. Katarzyna Cierzniaowska, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
e-mail: kasia.cier@o2.pl

Streszczenie

Cel pracy: Oceną jakości życia osób z wyłonioną stomią jelitową.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w grupie 57 osób dorosłych, które posiadały stomię jelitową wyłonioną w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do badania. Miejscem prowadzenia badań była Poradnia Stomijna Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Właściwym narzędziem badawczym był kwestionariusz WHOQOL-BREF.

Wyniki: W badaniu 60% osób określiło swoją jakość życia jako bardzo dobrą i dobrą, a 40% jako ani dobrą, ani złą. Ankietowani w większości (56%) ocenili, że są bardzo zadowoleni i zadowoleni ze swojego zdrowia, a 30% wybrało wariant „ani zadowolony, ani niezadowolony”. Z badania wynika, iż osoby z kolostomią mają gorszą jakość życia, zwłaszcza w przypadku domeny somatycznej ($p < 0,05$). Czas, jaki upłynął od wyłonienia stomii, istotnie pogarsza jakość życia określaną przez użytą ankietę w domenach: psychologicznej ($p = 0,015$) i środowiskowej ($p = 0,008$). Czynności związane z samodzielną pielęgnacją stomii wykonuje 82% badanych. Wiek badanych wpływa niekorzystnie głównie na sferę socjalną i środowiskową ($p < 0,05$).

Wnioski:

1. Ponad połowa ankietowanych określiła swoją jakość życia jako dobrą.
2. Chorzy z ileostomią osiągnęli wyższą jakość życia w porównaniu z chorymi z kolostomią.
3. Respondenci, u których istnieje możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego osiągnęli wyższą jakość życia w domenach: psychologicznej i środowiskowej.

Słowa kluczowe: stomia, jakość życia, opieka pielęgniarska.

Summary

The aim of the study was to assess the quality of life of people with a stoma.

Material and methods: The research was conducted in a group of 57 adults who had the intestinal stoma formed for minimum 6 months prior to research. The study took place at the Stoma Clinic of University Hospital no. 2 in Bydgoszcz. The proper research tool was the WHOQOL-BREF questionnaire.

Results: In the study, 60% of respondents defined their quality of life as very good and good, and 40% as neither good nor bad. The majority of respondents (56%) were very satisfied or satisfied with their health and 30% chose “neither satisfied nor unsatisfied” option. The conclusion is that the quality of life of people with colostomy is worse, especially in the somatic domain ($p < 0.05$). The time since the stoma was formed significantly worsens the quality of life described in the questionnaire in psychological ($p = 0.015$) and environmental ($p = 0.008$) domains. Activities connected with individual nursing of stoma are carried out by 82% of respondents. Also their age influences mainly social and environmental spheres ($p < 0.05$).

Conclusions:

1. More than a half of respondents described their quality of life as good.
2. Patients with ileostomy had higher quality of life than patients with colostomy.
3. Respondents with a possibility of reconstruction of their gastrointestinal tract had higher quality of life in psychological and environmental domains.

Key words: stoma, quality of life, nursing care.

Wstęp

Ocena jakości życia wprowadza element humanistyczny do opieki zdrowotnej, która jest nastawiona głównie na leczenie choroby lub jej objawów. Istnieje wiele definicji pojęcia „jakość życia”, a wiąże się to z jego wielowymiarowością, wieloznacznością oraz subiektywnością [1, 2]. Jakość życia związana ze zdrowiem (*health related quality of life* – HRQL) określana jest jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta”. W badaniach nad jakością życia związaną ze zdrowiem oraz w jej ocenie bierze się pod uwagę różne dziedziny. Najczęściej są to: stan fizyczny i sprawność ruchowa (poruszanie się, samoobsługa), stan psychiczny (pozytywne i negatywne emocje), sytuacja społeczna i warunki ekonomiczne (kontakty z rodziną, więzi społeczne) oraz doznania somatyczne [3].

Dzięki rozwojowi nauk medycznych zaistniała możliwość skutecznego leczenia chorób wcześniej nieuleczalnych. Wydłużyło się życie człowieka, ale jednocześnie wzrosła liczba osób, które wymagają specjalistycznej opieki. Wśród nich są osoby z wyłonioną stomią jelitową [4, 5]. Niezwykle ważne wydaje się zwrócenie uwagi na jakość życia tych chorych w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, a także na relacje społeczne oraz radzenie sobie z zupełnie nową sytuacją życiową [5].

Według danych z Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy liczba chorych odbierających wnioski na sprzęt stomijny wzrasta. W 2011 r. liczba osób z ileostomią wynosiła 342, z kolostomią – 1520, w kolejnym, 2012 r., liczba osób z ileostomią wynosiła 363, z kolostomią – 1631, a w obecnym (stan na wrzesień 2013 r.) wynosi odpowiednio 390 i 1687 osób.

Cel badań

Celem badań była ocena jakości życia osób z wyłonioną stomią jelitową.

Materiał i metody

Badania prowadzono w okresie od maja do września 2012 r. Odbływały się one drogą korespondencyjną. Rekrutacji dokonywano wśród chorych leczonych w Poradni Stomijnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. W badaniach mogły wziąć udział osoby pełnoletnie, które miały stomię jelitową wyłonioną w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do badania.

Łącznie wysłano 91 ankiet. Zwrotność wynosiła 57 ankiet, co stanowiło zaledwie 59,6%.

Dane demograficzne: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, rodzaj aktywności zawo-

dowej, oraz dane szczegółowe: data wyłonienia stomii, rodzaj i przyczyny jej wyłonienia, zgromadzono na podstawie kwestionariusza ogólnego.

Właściwym narzędziem badawczym był kwestionariusz WHOQOL-BREF. Jest on narzędziem badawczym, przeznaczonym do oceny jakości życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych. Kwestionariusz WHOQOL-BREF zawiera 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia badanej osoby w zakresie czterech domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Wynik liczbowy z poszczególnych domen odpowiada indywidualnej percepcji jakości życia w każdej z tych dziedzin.

Kwestionariusz ten zawiera również pytania, które analizowane są oddzielnie. Pytanie 1., które dotyczy subiektywnej oceny własnej jakości życia, oraz pytanie 2. dotyczące subiektywnej oceny własnego zdrowia. Zarówno wynik liczbowy samooceny jakości życia i stanu zdrowia, jak i wyniki poszczególnych domen mają charakter pozytywny. Oznacza to, że im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [1, 6].

Analizę danych przeprowadzono z użyciem pakietu programowego Statistica 10.0. Wykonano analizy licznosci oraz przeprowadzono testy istotności statystycznej poszczególnych parametrów z ankiety między wynikami punktowymi uzyskanymi w ankietach z użyciem testu *U* Manna-Whitneya dla dwóch grup zmiennych oraz ANOVA rang Kruskala-Wallisa dla kilku zmiennych.

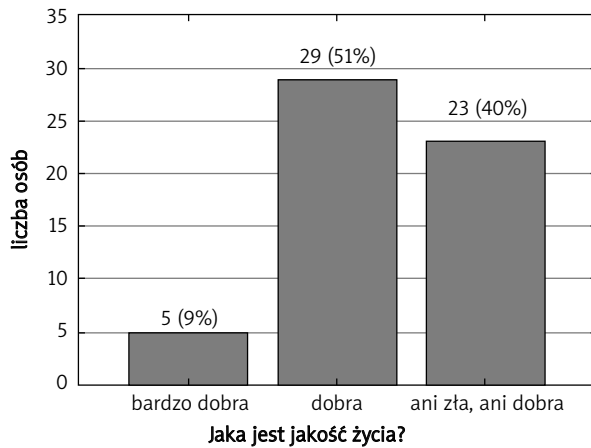
Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy *Collegium Medicum* w Bydgoszczy (KB 112/2012).

Charakterystyka grupy badanej

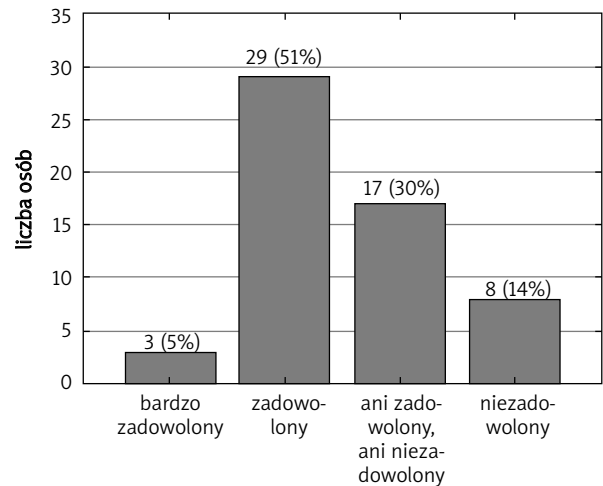
W badaniu wzięto udział 57 osób, w tym 22 kobiety (39%) i 35 mężczyzn (61%) z wyłonioną stomią jelitową. Wiek badanych mieścił się w przedziale 29–89 lat; średnia wieku wynosiła 65 lat, odpowiednio dla kobiet 64 i dla mężczyzn 65 lat. Mieszkańcy wsi stanowili 23% grupy badanej. W związku małżeńskim było 77% badanych. Najlicniejszą podgrupę stanowili ankietowani z wykształceniem średnim (40%), a następnie z zawodowym (32%), wyższym (16%) i podstawowym (12%). W odniesieniu do aktywności zawodowej taka sama liczba osób pracuje i jest na rencie (po 21%), a 56% badanych otrzymuje świadczenia emerytalne, 2% ma status osób bezrobotnych.

Wyniki

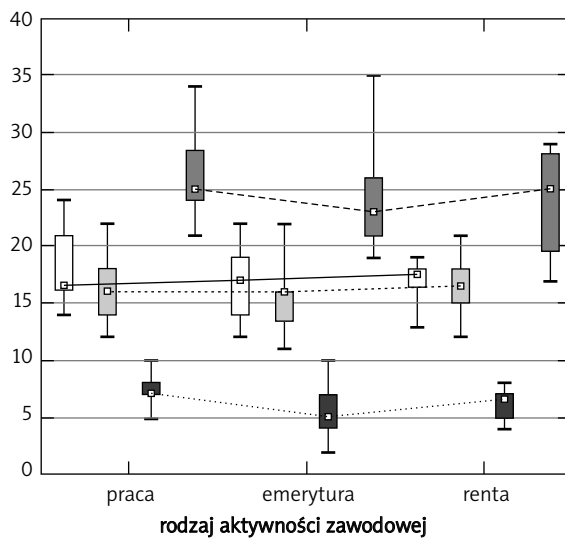
Kwestionariusz WHOQOL-BREF zawiera dwa pytania ogólne, które powinny być analizowane oddzielnie. Pierwsze pytanie brzmi: *Jaka jest pana/pani jakość życia?* Żaden z respondentów nie zaznaczył odpowiedzi *Zła* i *Bardzo zła*. Dobrą ($n = 29$; 51%) i bardzo dobrą ($n = 5$; 9%) jakość życia deklarowała większość badanych (ryc. 1.).



Ryc. 1. Rozkład samooceny jakości życia badanych

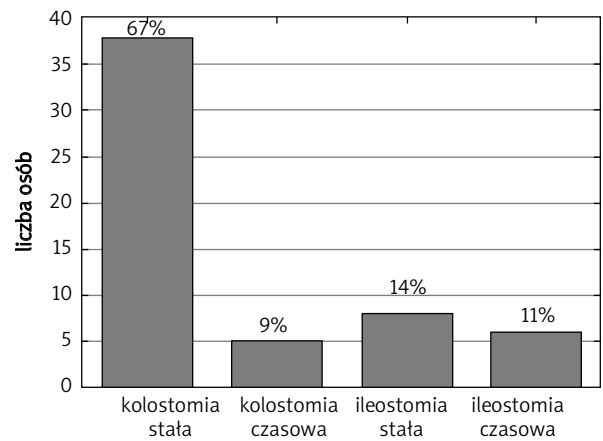


Ryc. 2. Rozkład samooceny własnego zdrowia



Ryc. 3. Wartości punktowe uzyskiwane dla zmiennej *aktywność zawodowa* w poszczególnych domenach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej, środowiskowej

Ryc. 3. Rozkład badanych ze względu na rodzaj stomii



Ryc. 4. Rozkład badanych ze względu na rodzaj stomii

statystycznie różnic najniżej swoją jakość życia oceniają osoby z wykształceniem podstawowym.

Z analizy aktywności zawodowej ograniczenia użycia testu zmusiły do wykluczenia etykiety „bezrobotny” z powodu małej liczby ankietowanych. W przypadku grupy utrzymującej się z emerytury najniższe poziomy uzyskiwanych wyników dotyczyły domeny socjalnej, a najwyższe środowiskowej (ryc. 3.). Znamienne różnice w jakości życia pod względem aktywności zawodowej dotyczyły tylko domeny socjalnej ($p = 0,0076$).

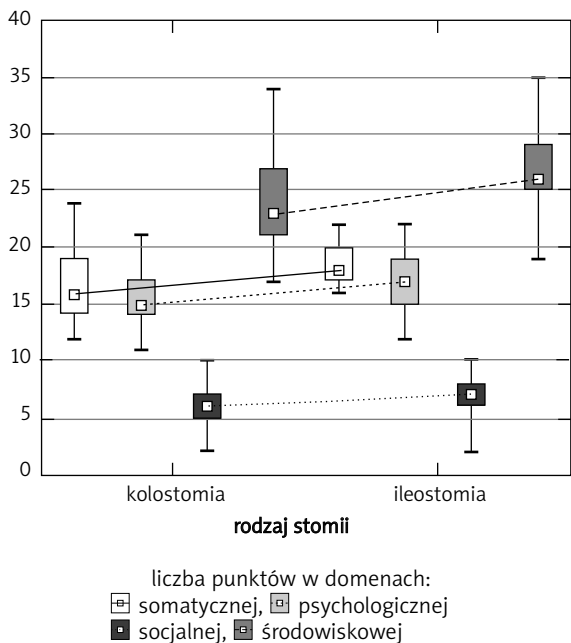
W badaniu wzięło udział 75% osób z kolostomią (43 ankietowanych), przy czym 67% z nich miało kolostomię stałą, a 9% kolostomię czasową. Ileostomię miało 25% (14) osób, w tym 14% stałą, a 11% czasową (ryc. 4.). U 70% badanych przyczyną wyłonienia stomii był rak jelita grubego.

Swoją jakość życia wyżej oceniali badani z ileostomią (ryc. 5.). Różnica wartości punktowych względem rodzaju stomii jest istotna statystycznie dla domeny somatycznej ($p = 0,013$) i bliska istotności statystycznej dla pozostałych domen: psychologicznej ($p = 0,054$), socjalnej ($p = 0,05$) i środowiskowej ($p = 0,058$).

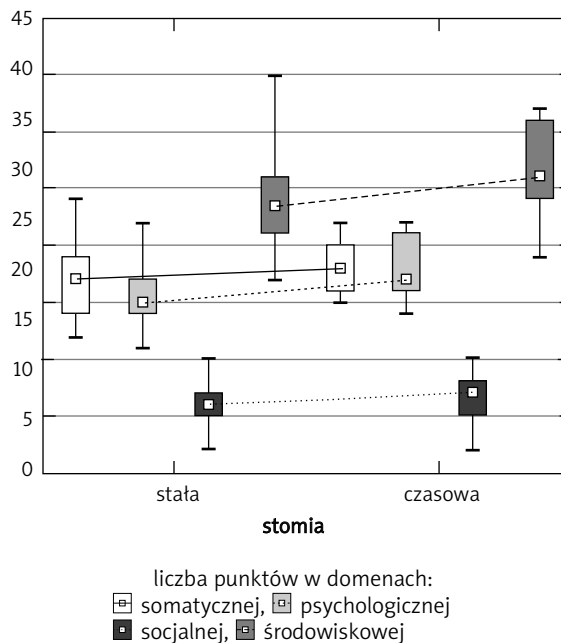
Na drugie pytanie: *Czy jest pan/pani zadowolony/zadowolona ze swojego zdrowia?*, 14% (8 osób) udzieliło odpowiedzi negatywnej. Trzydzieści dwie osoby są zadowolone ($n = 29$; 51%) i bardzo zadowolone ($n = 3$; 5%) ze swojego stanu zdrowia (ryc. 2.).

Pozostałe pozycje z kwestionariusza WHOQOL-BREF zostały zestawione w zakresie czterech domen: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Punktowe wyniki uzyskiwane w poszczególnych dziedzinach analizowano w odniesieniu do zmiennych.

Płeć, stan cywilny i wykształcenie nie należą do zmiennych różnicujących jakość życia osób ze stomią ($p > 0,05$ dla wszystkich domen). Mimo braku istotnych



Ryc. 5. Wartości punktowe uzyskiwane dla zmiennej *rodzaj stomii* w poszczególnych domenach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej, środowiskowej



Ryc. 6. Wartości punktowe uzyskiwane dla zmiennej *kryterium czasu dla wyłonienia stomii* w poszczególnych domenach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej, środowiskowej

Ankietowani, u których stomia miała charakter czasowy, uzyskiwali wyższą jakość życia od tych, którzy mieli stomię stałą (ryc. 6). Różnica wartości punktowych względem kryterium czasu dla wyłonienia stomii była istotna w domenach: psychologicznej ($p = 0,006$) i środowiskowej ($p = 0,048$).

Niemal co piąty ankietowany ($n = 10$; 18%) nie wykonuje czynności pielęgnacyjnych stomii samodzielnie. U 30 badanych (53%) od momentu wyłonienia stomii występowały powikłania ze strony przewodu pokarmowego. Najczęściej pojawiały się biegunki ($n = 16$) i zaparcia ($n = 6$). Powyższe zmienne nie wpływały istotnie na różnice w jakości życia.

Do analizy dwóch zmiennych: wiek i czas, jaki upłynął od wyłonienia stomii, posłużono się testem korelacji porządku rang Spearmana. Wraz z wiekiem badanych istotnie obniżała się punktacja odnosząca się do jakości życia w dziedzinach: środowiskowej ($p = 0,0056$) i socjalnej ($p = 0,0017$) (ryc. 7.).

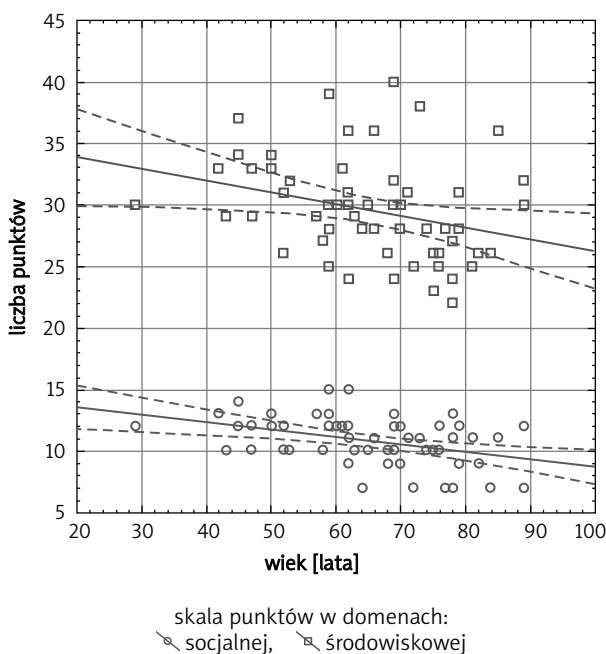
Osoby z długoletnim stażem funkcjonowania ze stomią prezentują znamienne gorszą jakość życia w dziedzinie środowiskowej ($p = 0,008$) i psychologicznej ($p = 0,015$) (ryc. 8.).

Omówienie wyników

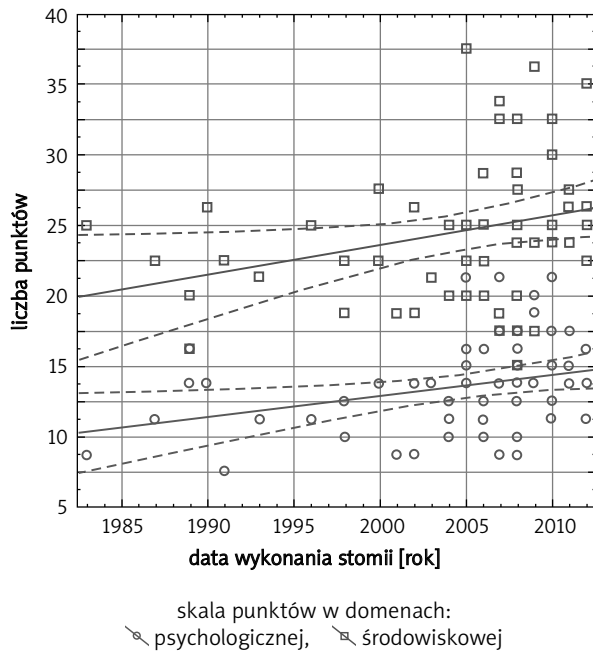
Postęp wiedzy i powstanie nowych technik medycznych doprowadziło do możliwości skutecznego leczenia chorób uznawanych do niedawna za nieuleczalne. Ważne jest jednak, by nie tylko przedłużać życie, lecz także umożliwić pacjentom, aby było ono aktywne i jak naj-

bardziej zbliżone do życia osób zdrowych. Ocena jakości życia jest bardzo trudna z uwagi na to, że głównie dotyczy odczuć subiektywnych i zależy od osobowości, stanu psychicznego czy systemu wartości [3].

Konsekwencje związane z wyłonieniem stomii jelitowej dotyczą nie tylko sfery fizycznej, lecz także funkcjonowania psychicznego i społecznego. Jest to dla chorych zazwyczaj krytyczne wydarzenie, które staje się przyczyną zmian



Ryc. 7. Korelacja wieku badanych osób z uzyskanymi punktami w dziedzinie socjalnej i środowiskowej



Ryc. 8. Korelacja daty wykonania stomii z uzyskanymi punktami w domenie psychologicznej i środowiskowej

w dotychczasowym życiu. Posiadanie stomii nie wpływa w drastyczny sposób na funkcje organizmu. To raczej świadomość społecznych skutków i negatywnego nastawienia własnego i innych ludzi (rodziny, przyjaciół, znajomych) może prowadzić do problemów z akceptacją nowej sytuacji przez osoby ze stomią. Fakt choroby i operacji, której towarzyszy zmiana wizerunku własnego ciała, powoduje poczucie dyskomfortu, zagubienia, a nawet lęku. Wypadkową powyższych czynników jest obniżenie jakości ich życia [7, 8].

W polskim piśmiennictwie można odnaleźć wiele prac związanych tematycznie z oceną jakości życia osób ze stomią. Prace te na ogół cechuje różnorodność zastosowanych narzędzi badawczych oraz różnice metodologiczne. Jednak są one bardzo wartościowe, chociażby ze względu na to, że oceną obejmują określone obszary funkcjonowania np. w zakresie dziedziny emocjonalnej [9, 10], zachowań zdrowotnych [11] czy też ogólnej jakości życia osób ze stomią [4, 12, 13], również w odniesieniu do przyczyny jej wyłonienia [7, 14, 15]. Wnioski, jakie przedstawiają autorzy prac, po starannej analizie mogą stanowić naukową podstawę do tworzenia planów opieki oraz programów edukacyjnych dla tej grupy chorych. Tym bardziej że w piśmiennictwie podkreśla się wagę edukacji okołoperacyjnej u chorych ze stomią i jej pozytywny wpływ na jakość życia [16–18]. Na specjalistyczną opiekę pielęgniarską nad starszymi pacjentami, którzy wymagają fizycznego i psychicznego wsparcia w dostosowaniu się do życia ze stomią, zwracają uwagę również inni badacze, pomimo że z prowadzonych przez nich badań porównawczych jakości życia chorych w młodszej i starszej grupie wiekowej, w trzech okresach – przed zabiegiem, oraz 6 i 12 miesięcy

cy po zabiegu, wynikało, że wiek nie należy do czynników wpływających na różnice w jakości życia [19].

Z naszych badań wynika, że wiek nie wpływał na jakość życia w dziedzinach somatycznej i psychologicznej. Osoby w starszym wieku prezentowały natomiast znamienne obniżenie jakości życia w domenach: socjalnej i środowiskowej. Istnieje prawdopodobieństwo, że gorsza jakość życia w tych sferach może wynikać z problemów natury ekonomicznej. Wskazuje na to zbieżność istotnie niższych wyników w domenie socjalnej w grupie emerytów. Również u chorych ze stomią leczonych w placówkach opieki zdrowotnej w Koszalinie (69% badanych > 60. roku życia) znaczne problemy finansowe spowodowane chorobą oraz niewystarczająca ilość sprzętu stomijnego wpływały negatywnie na jakość życia [20].

Bosshardt podaje, że starsi chorzy, po 70. roku życia, mają proporcjonalnie częściej wyłaniane stomie stałe niż młodszy. Są oni też częściej narażeni na powikłania pooperacyjne i wydłużony pobyt w szpitalu [21]. Zabieg odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego nie zawsze jest możliwy do przeprowadzenia, szczególnie u chorych w podeszłym wieku i z licznymi obciążeniami. Jednak z badań wynika, że osoby, u których w perspektywie czasu istniała możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego, osiągały wyższą jakość życia w domenach: psychologicznej i środowiskowej. Również Anaraki i wsp. dowodzą, że rodzaj stomii (tymczasowa lub stała) oraz choroba podstawowa, depresja i niewłaściwa lokalizacja stomii mają znaczący wpływ na ogólną jakość życia i jej podskale [22].

Z uwagi na częściej występujące u chorych z ileostomią powikłania metaboliczne i powikłania ze strony przewodu pokarmowego [23, 24] oraz większą skłonność do zmian skórnych [25] można by wysnuć hipotezę, że w tej grupie jakość życia będzie niższa niż u osób z kolostomią. Jednak nie potwierdziły tego uzyskane wyniki. Osoby z ileostomią we wszystkich ocenianych domenach uzyskały wyższą jakość życia. Z danych epidemiologicznych przedstawionych we wstępie wynika, że liczba osób z ileostomią systematycznie wzrasta. Ponieważ grupa badana jest mało reprezentatywna, zapewne należałoby zaplanować dalsze badania nad jakością życia w większej grupie badanej, ażeby potwierdzić uzyskane wyniki.

Niektóre badania potwierdzają związek pomiędzy upływem czasu od wyłonienia stomii a poprawą jakości życia chorych w różnych aspektach funkcjonowania [11, 14, 20]. Czas wpływa również pozytywnie na ustępowanie dolegliwości somatycznych wynikających z choroby podstawowej [4, 12, 20]. Z kolei z przeprowadzonych badań wynika, że osoby operowane wiele lat wcześniej (w latach 80. i 90. XX w.) mają istotnie gorszą jakość życia w domenach środowiskowej i psychologicznej. Wyjaśnieniem dla takiej sytuacji może być fakt, że w Polsce aktywny rozwój pielęgniarstwa w opiece stomijnej nastąpił po 2000 r. Przyczyniły się do tego m.in. opublikowany i wdrożony do powszechnego stosowania model opieki nad

chorymi ze stomią, rekomendowany przez Polski Klub Kolo-proktologii, tworzenie standardów opieki i edukacji chorych [26–29]. Przewidywany intensywny wzrost poziomu opieki nad chorymi ze stomią, również w naszym ośrodku, przyczynił się do znaczącej poprawy jakości życia chorych. Innym czynnikiem, który prawdopodobnie ma wpływ na poprawę funkcjonowania fizycznego i bezpieczeństwo psychiczne, jest rozwój technologiczny, który pozwala obecnie korzystać chorym ze sprzętu stomijnego wysokiej klasy. Ponadto u osób żyjących długo ze stomią częściej pojawiają się późne powikłania stomii (głównie przepuklina okołostomijna).

Większość badanych wykazuje ogólne zadowolenie z obecnego stanu zdrowia i dobrą jakość życia.

Wnioski

1. Ponad połowa ankietowanych określiła swoją jakość życia jako dobrą.
2. Osoby z ileostomią osiągały znamienne wyższą jakość życia w porównaniu z chorymi z kolostomią.
3. Osoby ze stomią czasową osiągały istotnie wyższą jakość życia w domenach: psychologicznej i środowiskowej.

Piśmiennictwo

1. Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red.). Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001.
2. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008; 89: 467-470.
3. Jakość życia w chorobie nowotworowej. De Walden-Gatuszko K, Majkowicz M (red.). Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
4. Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT, Cierzniańska K, Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. *Współcz Onkol* 2007; 11: 17-25.
5. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005; 14: 74-81.
6. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research* 2004; 13: 299-310.
7. Wiraszka G. Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie badań HRQOL. *Probl Pielęg* 2007; 15: 1-6.
8. Black PK. *Holistic Stoma Care*. Bailliere Tindall, 2000.
9. Trzciniński R, Biskup-Wróblewska A, Dżiki A. Życie emocjonalne pacjentów ze stomią. *Proktologia* 2005; 6: 299-306.
10. Wojewoda B, Juzwiszyn J, Durliej S i wsp. Jakość życia chorych ze stomią. *Onkol Pol* 2006; 9: 184-188.
11. Michalak S, Cierzniańska K, Banaszekiewicz Z i wsp. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 3: 91-98.
12. Leyk M, Książek J, Piotrkowska R i wsp. Jakość życia osób z wytonioną kolostomią. *Pielęg Chir Angiol* 2010; 3: 77-84.
13. Biercewicz M. Stomia jako trudny problem życiowy. *Pielęg Pol* 2002; 1: 87-94.
14. Ponczek D, Nowicki A, Zegarski W i wsp. Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. *Współcz Onkol* 2006; 10: 164-170.
15. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Objective assessment of quality of life following panproctocolectomy and ileostomy for ulcerative colitis. *Ann R Coll Surg Engl* 2001; 83: 321-324.
16. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Disease* 2013; 15: 276-283.
17. Danielsen AK. Life after stoma creation. *Dan Med J* 2013; 60: B4732.
18. Altuntas YE, Kement M, Gezen C, et al. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2012; 21: 776-781.
19. Ma N, Harvey J, Stewart J, et al. The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study. *ANZ J Surg* 2007; 77: 883-885.
20. Plata K, Majewski W. Jakość życia pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii i możliwości jej poprawy. *Ann Acad Med Stetinensis* 2008; 54: 77-85.
21. Bosshardt TL. Outcomes of ostomy procedures in patients aged 70 years and older. *Arch Surg* 2003; 138: 1077-82.
22. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, et al. Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian J Palliat Care* 2012; 18: 176-180.
23. Kye BH, Kim HJ, Kim JG, Cho HM. The nutritional impact of diverting stoma-related complications in elderly rectal cancer patients. *Int J Colorectal Dis* 2013; 28: 1393-1400.
24. Messaris E, Sehgal R, Deiling S, et al. Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. *Dis Colon Rectum* 2012; 55: 175-180.
25. Jawień A, Banaszekiewicz Z, Cierzniańska K i wsp. Zapobieganie powikłaniom skórnyom wokół ileostomii poprzez edukację. *Ann Acad Med Byd-gostiensis* 2004; 28: 25-28.
26. Kózka M, Bielecki K. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Proktologia* 2002; 3: 302-304.
27. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Cwajda J i wsp. Wybrane procedury w opiece okołoperacyjnej nad chorym ze stomią. *Przew Lek* 2005; 2: 88-92.
28. Bazaliński D, Barańska B, Cipora E. Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności. *Medycyna Rodzinna* 2006; 3: 58-63.
29. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Banaszekiewicz Z, Jawień A. Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęg Chir Angiol* 2010; 4: 35-39.