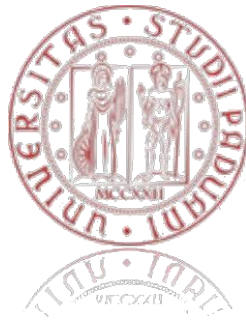


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica



**Carenze educative e strategie per la gestione della colostomia
nell'adulto:
una revisione della letteratura.**

Relatore: Giacomello Matilde

Laureando: Barizza Francesco

Matricola n. 1233147

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

ABSTRACT	pag.3
INTRODUZIONE	pag.5
1. QUADRO TEORICO	pag.7
1.1 Lo stoma	pag.7
1.2 Dati di prevalenza	pag.8
1.3 Le possibili complicanze	pag.9
1.3.1 <i>Complicanze precoci</i>	pag.10
1.3.2 <i>Complicanze tardive</i>	pag.11
1.4 Gestione e mantenimento della stomia	pag.12
1.4.1 <i>La sostituzione della sacca di raccolta</i>	pag.13
1.4.2 <i>L'irrigazione</i>	pag.13
1.4.3 <i>La dieta</i>	pag.13
2. PROBLEMA	pag.17
3. MATERIALI E METODI	pag.19
3.1 Obiettivo	pag.19
3.2 Disegno di studio	pag.19
3.3 Quesiti di ricerca	pag.19
3.4 Banche dati consultate	pag.19
3.5 Parole chiave e metodo PICO	pag.19
3.6 Stringhe di ricerca	pag.20
3.7 Limiti	pag.21
3.8 Criteri di selezione degli studi	pag.21
4. RISULTATI	pag.23
5. DISCUSSIONE	pag.25
5.1 Primo quesito	pag.25
5.2 Secondo quesito	pag.27
5.2.1 <i>Sessioni educative di gruppo</i>	pag.27
5.2.2 <i>Il terapeuta enterostomico</i>	pag.28
5.2.3 <i>L'educazione con ausilio di materiale multimedia</i>	pag.28
5.2.4 <i>L'ansia e la sua gestione</i>	pag.29
5.3 Limiti della ricerca	pag.30
CONCLUSIONI	pag.31
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	

ABSTRACT

INTRODUZIONE: Lo stoma è una apertura creata chirurgicamente nella zona addominale, utile ad espellere sostanze di scarto quali feci o urine, per lasciare a riposo tratti successivi all'incisione. Questa revisione si concentrerà sulla colostomia. Dopo il confezionamento di una colostomia, per il paziente è necessario adattarsi ad un nuovo stile di vita e molte sono le conoscenze e le competenze di autogestione richieste. Se l'aderenza non è ottimale aumenta il rischio di complicanze.

OBIETTIVO: L'obiettivo di questo studio è indagare quali siano le carenze educative più frequenti nella gestione della colostomia nei pazienti adulti e analizzare le strategie educative che la letteratura propone per migliorarne la gestione e prevenire le eventuali complicanze.

MATERIALI E METODI: È stata redatta una revisione della letteratura mediante consultazione del database scientifico Pubmed, inserendo un limite temporale di dieci anni.

RISULTATI: Sono stati selezionati dieci articoli che rispondevano ai criteri di inclusione ed esclusione: tra di loro vi sono due studi quasi sperimentali, uno studio retrospettivo, uno studio qualitativo, due studi fenomenologici, uno studio trasversale e correlazionale, uno studio di coorte quantitativo prospettico e comparativo, uno studio prospettico, uno studio randomizzato controllato.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: Le maggiori carenze educative del paziente si possono identificare nel deficit di conoscenza riguardo lo stoma e i suoi problemi, toccando così diversi ambiti. Infatti, le problematiche specifiche individuate dai pazienti variano da persona a persona. La letteratura propone per far fronte a queste carenze e a eventuali complicanze tre strategie educative alternative: sessioni educative di gruppo, educazione tramite enterostomista, educazione con l'ausilio di materiale multimediale. I risultati ottenuti potranno essere fonte di ulteriori ricerche.

Keywords: *Adults, colostomy, stoma-care, education gaps, colostomy problems, colostomy education, colostomy problem solutions*

INTRODUZIONE

Lo stoma, dal greco στόμα «bocca», da cui deriva la parola stomia, sta a indicare una apertura creata chirurgicamente nella zona addominale, utile a espellere sostanze di scarto quali feci o urine, per lasciare a riposo tratti successivi all'incisione nel caso in cui, a causa di un tumore, di una malattia infiammatoria cronica intestinale o un trauma, sia stato necessario rimuovere un tratto di intestino o dell'apparato urinario. Per raccogliere feci o urine, si utilizzano delle "sacche di raccolta" che possono essere di diverso tipo. Di diverso tipo è anche la denominazione che si fornisce alla stomia: a seconda della zona interessata dall'operazione, si parlerà infatti di ileostomia (che interessa l'ileo), colostomia (che interessa il colon) o urostomia (che interessa la vescica).

Questa revisione, come anticipa il titolo, si concentrerà sulla colostomia, praticata tra le tre con maggior frequenza. Di fatto, tra le possibili e più probabili cause per cui è necessario il confezionamento di questa, vi sono le neoplasie del retto/ano che, potendo mutare in carcinomi dannosi per la salute, vengono asportate. Ciò fa sì che la creazione di una colostomia venga considerata, il più delle volte, un vero e proprio intervento salva vita, mentre risulta palliativo sempre più marginalmente.

Per quanto riguarda i carcinomi in Italia, nel 2022, considerando l'intera popolazione (maschi e femmine) ed escludendo i carcinomi della cute non melanomi, i carcinomi del colon-retto sono le seconde diagnosi più frequenti (12,3%), seguite da quelle del polmone (11,2%), e precedute da quelli alla mammella (14,3%) per un totale quasi 391.000 nuove diagnosi di tumore; circa 205.000 fra gli uomini e circa 186.000 fra le donne (Airc, 2023).

Dopo il confezionamento di una colostomia, per l'adulto, inizia un nuovo stile vita a cui egli si deve adeguare destreggiandosi tra possibili problematiche, complicanze e nuovi comportamenti.

In questi tre anni di formazione mi è capitato di entrare in contatto con pazienti adulti colostomizzati e neo-colostomizzati ed ho osservato e ascoltato quanto fosse fondamentale l'educazione preoperatoria e postoperatoria fornita loro dall'ospedale di riferimento, dagli ambulatori specializzati e da chi segue il loro caso a livello fisico e psicologico.

Ma, se il paziente non viene adeguatamente supportato al trattamento o non vi aderisce, la possibilità di complicanze, evitabili nella maggior parte dei casi, aumenta in maniera considerevole. Lo scopo di questa tesi di laurea, attraverso una revisione della letteratura, si propone di chiarire e di far dunque fronte alle più comuni complicanze, quali ad esempio, le

alterazioni cutanee peristomali o le fistole enterostomali, proponendo le soluzioni più adatte alla gestione e alla “comprensione” della colostomia da parte di un paziente neo-colostomizzato.

1. QUADRO TEORICO

1.1 Lo stoma

La stomia, e in particolare la stomia intestinale, è il risultato di un intervento chirurgico che, attraverso un'apertura sulla parete addominale, mette in comunicazione l'apparato intestinale con l'esterno; la creazione di essa permette la deviazione delle feci dal loro percorso naturale; queste vengono raccolte all'esterno del corpo in appositi dispositivi protesici (detti anche "sacche per stomie") (Linda & Elliott, 2019).

Qui di seguito una breve differenziazione tra ileostomia e colostomia.

L'ileostomia è un orifizio creato all'altezza dell'intestino tenue denominata ileo. Lo stoma si presenta rosso e umido ed è privo di terminazioni nervose, per cui insensibile. La maggior parte delle volte la stomia viene creata nella parte terminale dell'ileo (il tratto finale dell'intestino tenue). L'ileo viene fatto passare attraverso la parete addominale, quindi viene estroflesso (rovesciato verso l'esterno) fino a formare un orifizio d'uscita e infine suturato alla pelle (Vilz et al., 2020).

La colostomia, invece, è un orifizio creato chirurgicamente all'altezza dell'intestino crasso. In questo caso l'intestino viene fatto passare attraverso la parete addominale e viene suturato alla pelle. Anche in questo caso lo stoma si presenta rosso e umido ed è privo di terminazioni nervose, per cui insensibile. Una colostomia può essere confezionata a qualsiasi altezza dell'intestino crasso, benché le sedi di colostomia più comuni siano il sigma e il colon trasverso. L'esatta posizione dipende dal motivo medico dell'intervento chirurgico a cui si viene sottoposti (Vilz et al., 2020).

La stomia può essere definitiva oppure temporanea (con funzione protettiva); in quest'ultimo caso, i tempi di chiusura sono molto variabili e dipendono dal motivo per cui è stata creata. In ogni caso, la stomia di per sé non riduce l'aspettativa di vita ma, al contrario, rappresenta l'inizio di un recupero ad una vita normale. La colostomia, facente parte della categoria delle enterostomie, viene posizionata abboccando alla cute un tratto dell'intestino crasso (Linda & Elliott, 2019).

Di norma una colostomia viene confezionata quando viene asportato un tratto di colon o il retto, oppure quando è necessario che le feci non passino attraverso un tratto di colon o di retto ferito o malato. Prende il nome dal tratto di colon che viene esteriorizzato sulla cute (ciecostomia, trasversostomia, sigmoidostomia) (Watkins-Hayes, 2019).

In particolare, la ciecostomia consiste nel collegamento tra cieco e quadrante inferiore destro della parete addominale; la trasversostomia consiste nel collegamento tra colon trasverso e quadrante inferiore sinistro della parete addominale; la sigmoidostomia consiste nel collegamento tra sigma e quadrante inferiore sinistro della parete addominale. Le feci raccolte attraverso i diversi tipi di colostomia hanno una consistenza e un colore molto simile a quelle emesse per via naturale. Per quanto riguarda la ciecostomia che consente la derivazione parziale del materiale fecale e decomprime le anse, il materiale emesso sarà liquido; per quanto riguarda la trasversostomia invece, le feci sono inizialmente poltacee poi più formate e sono meno “aggressive” rispetto al materiale che fuoriesce dalle ileostomie e dalle colostomie del colon ascendente, ma sono in genere liquide e ancora ricche di enzimi, le scariche non sono ancora regolari. Infine, generalmente la sigmoidostomia viene abboccata in fossa iliaca sinistra, la frequenza di scariche è bassa e le feci sono quasi formate, le perdite elettrolitiche sono minime, le scariche sono inizialmente irregolari, poi si regolarizzano una o due volte al giorno (Watkins-Hayes, 2019).

La colostomia può essere terminale (un solo abboccamento) o laterale (due abboccamenti, uno che permette la fuoriuscita delle feci e l'altro in comunicazione con il colon sottostante). Può essere temporanea (con un altro intervento sarà possibile ripristinare la normale canalizzazione) o definitiva (Linda & Elliott, 2019).

1.2 Dati di prevalenza

Secondo uno studio affrontato dalla UOS Chirurgia Generale e Coloproctologica ASST Ovest Milanese, e dalla UCP SICCR (Società Italiana di Chirurgia Colorettale), la creazione di una stomia enterica rappresenta una necessità nel trattamento di patologie neoplastiche, infiammatorie, malformative e traumatiche che coinvolgono l'intestino, il retto e l'ano. I dati di riferimento attualmente fruibili forniscono in modo indiretto una stima dell'entità della popolazione portatrice di stomie enteriche.

In particolare, per quanto riguarda la patologia neoplastica, che rappresenta la maggior causa di confezionamento di un'enterostomia, in Italia nel 2019 sono state oltre 49.000 le nuove diagnosi di tumore del colon-retto (27.000 negli uomini e 22.000 nelle donne). I tumori del colon-retto rappresentano la terza neoplasia negli uomini (14%) e la seconda nelle donne (12%). La possibilità di sviluppare un tumore del colon-retto nell'arco della vita è pari a 1/13 negli uomini e 1/21 nelle donne.

In Italia sono circa 481.000 le persone con pregressa diagnosi di tumore del colon-retto (16% negli uomini e 12% nelle donne) con una tendenza al progressivo incremento (A. D'Elia – UOS Chirurgia Generale e Coloproctologica ASST Ovest Milanese, 2020).

Un altro gruppo di patologie che può portare al confezionamento di una enterostomia è rappresentato da patologie infiammatorie acute, come la diverticolite complicata da ascessi o perforazione intestinale, e croniche come rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn, colite indeterminata.

La malattia diverticolare del colon è estremamente diffusa, si stima infatti che oltre la metà della popolazione di età superiore ai 60 anni sia portatrice di diverticolosi del colon. Nel 25% dei portatori di diverticolosi del colon si può manifestare una diverticolite, di cui si è osservata una progressiva riduzione dell'età media d'insorgenza. A loro volta il 12-25% delle diverticoliti si presentano in forma complicata con ascessi e perforazioni. Tali circostanze conducono nel 30% dei casi ad intervento chirurgico con possibile confezionamento di una colostomia (A. D'Elia – UOS Chirurgia Generale e Coloproctologica ASST Ovest Milanese, 2020).

L'incidenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali si attesta sui 10,5 nuovi casi all'anno su 100.000 abitanti. L'incidenza annua di malati di malattia di Crohn che sono sottoposti a confezionamento di una stomia è di 1,9 casi su 100, mentre la percentuale di pazienti affetti da malattia di Crohn che sono portatori di una stomia definitiva è superiore al 10%. Il 25% circa dei pazienti affetti da rettocolite ulcerosa hanno nel corso della loro vita la necessità di essere sottoposti ad intervento chirurgico con possibile confezionamento di una stomia temporanea o definitiva.

Meno frequenti sono le malformazioni ano-rettali che presentano un'incidenza di circa 1 caso ogni 5000 nascite. Anche in questo gruppo di patologie si rende spesso necessario il confezionamento di una colostomia, effettuata in epoca neonatale o a pochi mesi di vita (A. D'Elia – UOS Chirurgia Generale e Coloproctologica ASST Ovest Milanese, 2020).

1.3 Le possibili complicanze

Il rischio di complicanze in seguito a una stomia oscilla tra il 6 e il 59%, nonostante l'evoluzione delle tecniche chirurgiche e dei presidi utilizzati.

Le complicanze sono frequenti soprattutto nei primi mesi seguenti l'intervento chirurgico e possono compromettere l'autonomia del soggetto, prolungando i tempi della convalescenza

e aumentando i costi sanitari. Esse sono definite in base alla loro insorgenza: precoci, se si verificano nei primi 30 giorni dopo l'intervento; tardive, se si manifestano dopo 30 giorni. Le complicanze più frequenti sono l'ernia peristomale, la deiscenza muco-cutanea, la necrosi, il prollasso, la retrazione e la stenosi (Kwiatt & Kawata, 2013).

1.3.1 Complicanze precoci

Complicanze precoci come l'ischemia e la necrosi si verificano per mancanza di sufficiente apporto di sangue arterioso alla stomia. Le cause possono dipendere da edema, embolia, tensione o stiramento dei mesenterici, ipotensione o ipovolemia, obesità, suture troppo strette o una stenosi dell'incisione parietale cutanea. Per questa problematica la stomia assumerà un aspetto pallido, fino a diventare necrotica, entro cinque giorni dall'intervento. La necrosi può interessare tutto lo stoma o solo alcune aree, e può essere superficiale o profonda (Malik et al., 2018).

Per retrazione si intende un abbassamento della stomia sotto il piano cutaneo: può interessare il solo stoma o anche la giunzione muco-cutanea. È più frequente nei pazienti con ileostomia o morbo di Crohn, probabilmente perché i mesenterici sono ispessiti dall'edema, più rigidi e corti. Le cause possono dipendere da una incisione parietale troppo ampia, da un'infezione, da una necrosi stomale, oppure da condizioni quali malnutrizione, obesità, uso di immunosoppressori o steroidi, tensione a livello stomale (dovuta a formazione di aderenze o di tessuto cicatriziale in eccesso), fissaggio insufficiente dello stoma, stoma troppo corto, danni all'ansa e al mesenterico dovuti alla terapia radiante (Scarpa et al., 2017) (Bafford & Irani, 2013).

L'edema è causato dall'aumento della componente idrica dello stoma per l'uso non corretto dei presidi o all'apertura insufficiente della parete muscolo-cutanea che ostacola il deflusso linfatico.

L'emorragia può essere intra e peristomale e può essere causata da un deficit dell'emostasi, da microtraumi o da una gestione della stomia non corretta.

La suppurazione si verifica dopo una sutura muco-cutanea difettosa oppure per contaminazione intraoperatoria con materiale fecale. È un'inflammatione purulenta del complesso stomale (Scarpa et al., 2017) (Bafford & Irani, 2013).

L'ernia peristomale è la dislocazione di un'ansa intestinale per cedimento della parete addominale. Si verifica nel 50% dei pazienti entro un anno dal confezionamento della stomia

e può essere associata a prolasso dello stoma. Le recidive sono frequenti. Le cause riguardano un'incisione addominale troppo ampia, obesità, età avanzata, debolezza della muscolatura addominale, posizionamento dello stoma al di fuori del muscolo retto, circonferenza addominale >100 cm, infezione della ferita, tosse o vomito dopo l'intervento (aumento della pressione addominale). Possibili complicanze derivanti sono l'incarcerazione dell'ansa, lo strangolamento o l'occlusione.

La lacerazione è una lesione provocata frequentemente dalla sacca (per esempio a causa dello sfregamento) o da un trauma. Le cause possono essere un errato posizionamento della sacca, un'ernia peristomale o un prolasso.

La deiscenza muco-cutanea si verifica quando lo stoma si separa in tutto o in parte dalla cute, può essere superficiale o profonda. Le cause possono essere problemi che ritardano o compromettono la guarigione della ferita, come una terapia radiante, l'uso di corticosteroidi, diabete, infezioni, malnutrizione, il fumo, il colon irritabile, la chemioterapia e la contaminazione della sutura con feci (Scarpa et al., 2017) (Bafford & Irani, 2013).

Le complicanze più frequenti sono le alterazioni cutanee peristomali, che possono essere identificate in cinque tipologie: iperemia, con arrossamento peristomale senza perdita di sostanza; lesione erosiva, con perdita di sostanza fino ma non oltre il derma; lesione ulcerativa con perdita di sostanza oltre il derma (a più stadi, in base alla profondità); lesione proliferativa con granulomi, depositi di ossalati, e possibile formazione di neoplasia (D'Ambrosio et al., 2023).

1.3.2 Complicanze tardive

Delle complicanze tardive ne fa parte la stenosi. Essa è un restringimento o una contrazione dell'incisione addominale da cui fuoriesce lo stoma e si può formare a livello della cute o della fascia. Le possibili cause sono la formazione di tessuto cicatriziale in eccesso a livello della cute o della fascia per ripetute dilatazioni dello stoma o formazione di cheloidi, deiscenza peristomale, sepsi, ripetuti episodi di irritazione cutanea, ischemia, necrosi o retrazione dello stoma (Scarpa et al., 2017).

Altra complicanza tardiva è il prolasso che consiste nell'evaginazione (fuoriuscita) di un segmento intestinale che coinvolge tutta la parete dell'ansa. È più frequente nelle stomie laterali e nelle trasversostomie. Può essere permanente, o intermittente, quando si manifesta con l'aumento della pressione addominale. Le cause possono essere un'eccessiva ampiezza

dell'incisione parietale cutanea o un'insufficiente fissazione del viscere alla parete addominale, obesità, gravidanza, debolezza della parete addominale o un eccessivo aumento della pressione intraddominale (tumori, tosse, il pianto nei bambini) (Scarpa et al., 2017) (Malik et al., 2018).

La fistola enterostomale è un condotto che si crea tra cute e mucosa o tra mucosa e mucosa. Si verifica raramente, in particolare nei casi di malattia infiammatoria, in seguito a traumi o a suppurazione di un punto di sutura. La fistola enterostomale può provocare ascessi, dermatiti o stenosi.

I granulomi peristomali sono formazioni fibro-produttive benigne situate sulla stomia, possono formarsi in seguito a infiammazione cronica o traumatismi e possono provocare emorragie al passaggio delle feci.

Un fenomeno raro ma considerato come possibile complicanza per l'interezza della sfera personale è il retto fantasma: analogamente a quanto accade per l'arto fantasma, il paziente percepisce il viscere asportato, ha la sensazione anomala di dover andare in bagno e defecare dal retto. Questo fenomeno è generalmente transitorio, ma può persistere per anni (Scarpa et al., 2017) (Malik et al., 2018).

1.4 Gestione e mantenimento della stomia

Per quanto riguarda la gestione e il mantenimento della stomia sono previste alcune procedure che rientrano nel processo di cura definito "stoma care". Gli obiettivi assistenziali riguardano il mantenere l'integrità della cute peristomale, favorire e mantenere la permanenza in situ del presidio, favorire l'autonomia della persona nella gestione della stomia e promuovere benessere e sicurezza (Watkins-Hayes, 2019).

Nel caso della colostomia se è stato rimosso il retto o l'ano, il paziente avrà una ferita che va trattata come una normale ferita chirurgica. L'assistenza nel periodo post-operatorio è finalizzata a educare il paziente alla gestione della stomia mediante la collaborazione di più professionisti sanitari (infermieri, medici ed enterostomisti). L'infermiere deve infatti identificare i problemi che possono compromettere l'autonomia del soggetto, valutare le capacità della persona e di chi l'assiste nel prevenire o nel gestire un eventuale problema, pianificare l'intervento educativo per raggiungere o integrare le capacità richieste e valutare i risultati.

Si deve procedere gradualmente dalle attività semplici a quelle più complesse comunicando “la possibilità di sbagliare” come parte integrante del percorso (Scarpa et al., 2017) (Watkins-Hayes, 2019).

1.4.1 La sostituzione della sacca di raccolta

La sacca di raccolta viene posizionata già in sala operatoria e in genere viene sostituita 48-72 ore dopo l'intervento. L'intervallo di tempo per la sostituzione della sacca può variare in relazione al tipo di presidio utilizzato e alla quantità delle feci eliminate. Infatti, le feci che fuoriescono dalla colostomia, nei primi giorni dopo l'intervento, sono liquide. La quantità eliminata si regolarizza entro le prime settimane. Anche le condizioni della cute peristomale, la sudorazione ed episodi di dissenteria influiscono sul tempo di sostituzione della sacca.

In genere la placca non dovrebbe essere sostituita più di una volta al giorno e non meno di una volta ogni 3-4 giorni. Per sostituire la sacca e la placca anche nei primi giorni dopo l'intervento si usano materiali e tecniche “pulite” (Watkins-Hayes, 2019).

1.4.2 L'irrigazione

L'irrigazione è una tecnica che favorisce l'evacuazione delle feci con acqua potabile introdotta nella stomia (lavaggio colico). Questa manovra riesce a garantire la continenza per 48-72 ore. Nei soggetti con colostomia sinistra (colon discendente) l'irrigazione è particolarmente efficace, perché essendo le feci formate si riesce a garantire una continenza per 36-48 ore, si allungano i tempi del cambio della sacca di raccolta e si riducono le alterazioni cutanee.

Questa tecnica viene eseguita anche in preparazione a esami diagnostici e interventi chirurgici (De Rosa, 2016).

Il controllo delle evacuazioni aumenta il comfort e il benessere del paziente e riduce i costi sanitari diminuendo il consumo di sacche di raccolta.

Nell'educare il paziente all'irrigazione è buona norma definire con lui i tempi, la posizione da assumere, il materiale occorrente e le modalità d'esecuzione.

1.4.3 La dieta

In seguito al confezionamento di una stomia intestinale, la persona deve modulare il proprio “comportamento alimentare”. Il ripristino della normale funzionalità intestinale post-

intervento può durare dalle 4 alle 8 settimane ed è importante educare il paziente stomizzato ad alimentarsi correttamente per normalizzare la massa fecale, regolare le evacuazioni, controllare l'emissione dei gas ed evitare l'aumento del peso corporeo. Allo stesso tempo, sia la stomia intestinale temporanea che quella permanente richiedono cambiamenti nella dieta a causa dell'insorgenza di problemi gastroenterologici disparati. La funzione intestinale parzialmente alterata e la patologia sottostante espongono i pazienti a numerose carenze nutrizionali, inclusa la malnutrizione (Michońska et al., 2023).

Chi ha una colostomia, può alimentarsi con una dieta varia ma generalmente si consiglia di consumare gli alimenti ben tollerati prima dell'intervento ed evitare quelli che provocano un'alterazione dell'alvo: potrebbero causare meteorismo o flatulenza e l'odore cattivo delle feci. I pazienti portatori di stomia devono fare almeno cinque piccoli pasti nell'arco della giornata: colazione, pranzo, cena e due spuntini. Per ridurre il meteorismo addominale si può consigliare di mangiare lentamente, masticare bene, a bocca chiusa, evitare le bevande gassate e non masticare continuamente caramelle o chewingum (Lualdi, 2021).

A livello anatomico, l'assorbimento di sodio, acqua ed elettroliti dalle feci si verifica nel colon; ciò aiuta a mantenere l'equilibrio idrico ed elettrolitico del corpo. In caso di esclusione parziale o completa del colon, quindi nel caso di confezionamento di colostomia, i pazienti sviluppano spesso disturbi elettrolitici. Il rischio di carenza nutrizionale è maggiore quando la colostomia viene creata a causa di una malattia infiammatoria intestinale, tuttavia, esso è correlato alla malattia di base. In ambo i casi c'è un malassorbimento delle proteine e i farmaci utilizzati possono portare a una carenza di calcio, potassio e zinco. Frequentemente, a causa dell'infiammazione estesa o della rimozione di una parte dell'intestino si verificano in questi pazienti carenze di vitamine liposolubili, acido folico, vitamina B12, così come i minerali calcio, magnesio e zinco. A causa del sanguinamento, i pazienti con colite ulcerosa tendono a perdere ferro, liquidi ed elettroliti (Michońska et al., 2023).

Va ricordato che digiunare non riduce la formazione di gas, anzi la aumenta. In particolare, nelle 6-8 settimane successive all'intervento, è sconsigliato assumere alimenti ricchi di fibre per evitare evacuazioni frequenti. La flatulenza è comune nei giorni successivi all'intervento, se permane si può consigliare di assumere prodotti che riducono l'emissione di gas. Per controllare gli odori, soprattutto nei soggetti con trasversostomia (feci semi-formate), oltre a sconsigliare di mangiare alimenti che producono odore è importante segnalare l'esistenza in commercio di deodoranti per la sacca o filtri anti-odore. Infine, per

la gestione della stitichezza, è importante raccomandare di non assumere lassativi senza prima aver chiesto consiglio al proprio medico curante (Lualdi, 2021).

L'educazione del paziente alla cura della stomia non termina con la dimissione dal reparto, ma deve proseguire anche a domicilio, dove l'operatore potrà indicare al paziente ambulatori per la cura della stomia e/o il servizio di assistenza domiciliare integrata promuovendo la collaborazione di chi lo assiste.

2. PROBLEMA

Da uno studio volto alla valutazione dell'accettazione della malattia e della qualità della vita nei pazienti con colostomia, condotto su pazienti con stomia enterica dell'ospedale specialistico provinciale di Breslavia nei reparti di Chirurgia generale, in cui sono stati utilizzati due questionari anonimi sulla qualità della vita correlata alla salute (HRQoL) e la scala di accettazione della malattia (AIS), risulta un peggioramento della qualità di vita della maggior parte dei partecipanti. Un livello più alto di accettazione della malattia è stato rilevato negli uomini, poiché il 75% degli uomini e il 61% delle donne hanno accettato il proprio stato di salute (la qualità della vita dei pazienti con colostomia è stata valutata in considerazione delle loro condizioni di salute, del recupero postoperatorio, dei limiti quotidiani e dell'autovalutazione) (Szpilewska et al., 2018).

Inoltre, secondo una revisione della letteratura del 2016 che unisce diversi studi di tipo trasversale, il tasso complessivo di complicanze dopo l'intervento di stomia è di circa il 21-70%, comprese le complicanze tardive. Alcune complicazioni rimangono non trattate per anni e un ampio gruppo di stomizzati è "fuori dalla vista" degli operatori sanitari. Infatti, quando sorgono complicazioni, gli stomizzati aspettano troppo a lungo prima di contattare gli operatori sanitari o non li contattano affatto (Vonk-Klaassen et al., 2016).

L'accettazione della colostomia comprende anche la sua gestione, la sua pulizia, la conoscenza delle sue componenti e dei suoi accessori e infine di una possibile dieta alimentare da seguire per una corretta produzione fecale. Se queste conoscenze, soprattutto quelle basilari, vengono a mancare o non vengono seguite, viene meno la corretta gestione della stessa, con il possibile aumento di complicanze e un deciso calo della qualità di vita del soggetto interessato. Sarà utile quindi che il paziente in questione venga educato e seguito favorendo la maggiore autonomia possibile. Questa educazione deve essere fornita, in maniera completa, da più figure professionali competenti, coordinate per lo stesso fine.

Il problema si presenta chiaramente da più prospettive: nelle carenze di natura educativa, nelle avversità che una persona adulta colostomizzata si trova a dover fronteggiare qualora gli venga confezionata la stomia, e nel modo in cui il paziente affronta queste possibili complicanze. Lo scopo di questa revisione è, dunque, quello di indagare le carenze educative maggiormente frequenti nella gestione della colostomia nei pazienti adulti e analizzare le

strategie educative più efficaci che la letteratura propone per migliorarne la gestione e prevenire le eventuali complicanze.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è indagare quali siano le carenze educative più frequenti nella gestione della colostomia nei pazienti adulti e analizzare le strategie educative che la letteratura propone per migliorarne la gestione e prevenire le eventuali complicanze.

3.2 Disegno di studio

È stata redatta una revisione della letteratura.

3.3 Quesiti di ricerca

-Quali sono le carenze educative più frequenti, riguardanti la gestione della stomia, che possiede un paziente adulto colostomizzato?

-Quali sono le strategie educative più efficaci riportate dalla letteratura per migliorare la gestione della colostomia, la cura di sé e la prevenzione delle complicanze in un paziente adulto con colostomia?

3.4 Banche dati consultate

Il materiale per la ricerca è stato selezionato attraverso la consultazione della banca dati elettronica Pubmed nei mesi di febbraio e marzo 2023.

3.5 Parole chiave e strategie di ricerca

È stato utilizzato il metodo PIO per la formulazione delle parole chiave a partire dal quesito di ricerca (tabelle I e II).

Tabella I: PIO primo quesito

PICO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
P	Pazienti adulti possessori di colostomia	Adults, colostomy
O	Carenze educative riguardo la gestione della colostomia	Stomy management, stoma-care, education gaps

Tabella II: PIO secondo quesito

PICO	PAROLE CHIAVE	KEYWORDS
P	Pazienti adulti possessori di colostomia	Adults, colostomy
I	Strategie per la prevenzione delle complicanze, strategie educative, educazione alla gestione della colostomia	Colostomy complications, colostomy problems, colostomy education, stoma care, colostomy management, education strategies
O	Gestione della colostomia, riduzione delle complicanze e mantenimento di una buona qualità di vita	colostomy problem solutions, colostomy management, quality of life, complications reduction

3.6 Stringhe di ricerca

Dopo aver individuato le parole chiave relative ai quesiti di ricerca sono state create, come riportato di seguito in Tabella III, le stringhe di ricerca. Tali parole chiave sono state utilizzate in combinazione con l'operatore booleano "AND" e "OR".

La consultazione dei documenti in formato digitale è stata resa disponibile dal servizio di Auth-Proxy fornito dalla biblioteca Pinali dell'Università di Padova.

La stringa di ricerca è stata utile allo scopo di produrre risultati che hanno risposto ad entrambi i quesiti.

Tabella III. Stringhe di ricerca su banche dati per i quesiti

	Database	Stringa	Risultati	Articoli Selezionati	Ultima visualizzazione
1	Pubmed	("Colostomy" [Mesh] OR colostomy OR "Colostomy/education" [Mesh] OR Colostomie*) AND (education OR "Patient Education as Topic"[Mesh]) AND (adult OR "mature person")	133	10	27/02/2023

3.7 Limiti inseriti

Sono stati presi in considerazione gli studi pubblicati negli ultimi dieci anni, dal 2013 al 2023 in ordine di visualizzazione dal più recente al più datato.

3.8 Criteri di inclusione ed esclusione

Per effettuare la ricerca sono stati innanzitutto chiariti i criteri di inclusione ed esclusione degli studi (Tabella IV). Sono state quindi create le stringhe di ricerca e sono stati individuati, attraverso una prima analisi di titolo ed abstract, gli studi potenzialmente rilevanti (sono stati presi in considerazione anche eventuali studi proposti per referenza o correlazione dalle banche dati).

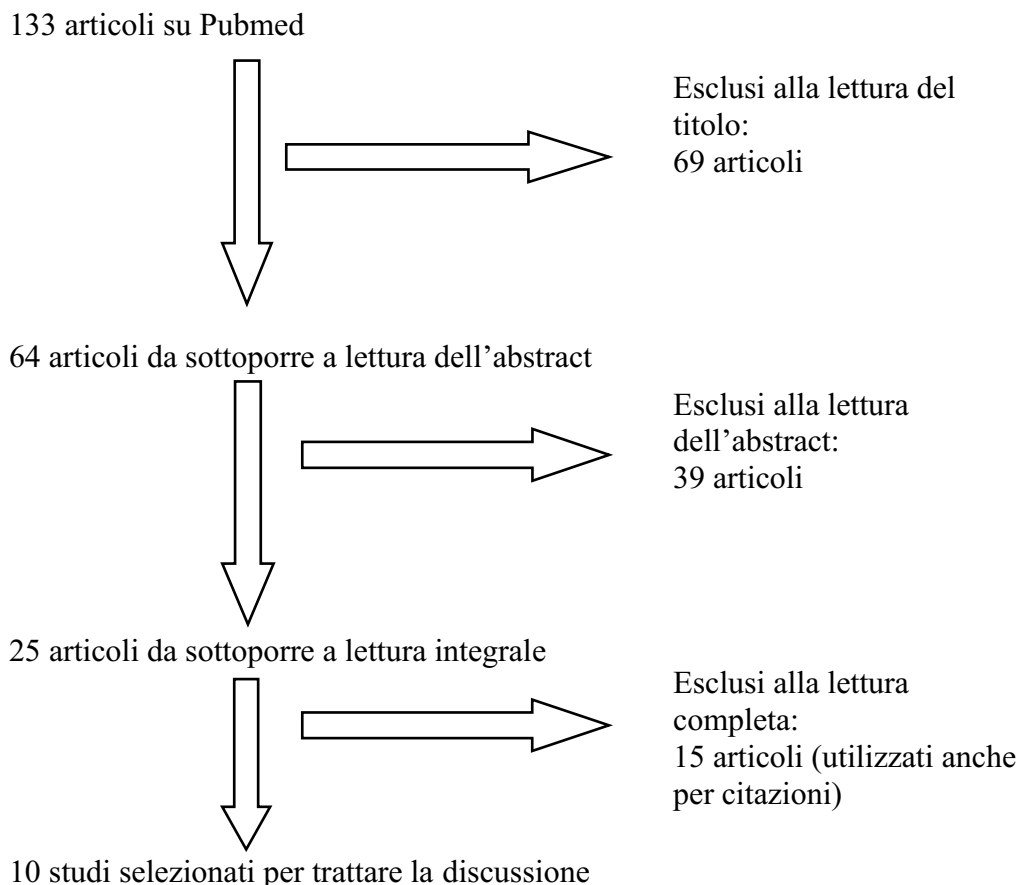
Tabella IV. Criteri di inclusione ed esclusione degli studi.

Database	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pubmed	-Pazienti adulti portatori di colostomia; -Tipi e metodi di educazione alla stomia, in particolare colostomia; -Problematiche o complicazioni riguardanti la colostomia	-Fascia di età diversa da quella adulta; - Problematiche e conseguentemente soluzioni non riguardanti direttamente la colostomia

4. RISULTATI

La selezione ha portato ad un totale di 133 articoli. Il seguente flow-chart ne rappresenta sinteticamente il processo.

I 10 studi selezionati comprendono due studi quasi sperimentali (pre-posttest), uno studio retrospettivo, uno studio qualitativo, due studi fenomenologici, uno studio trasversale e correlazionale, uno studio di coorte quantitativo prospettico e comparativo, uno studio prospettico, uno studio casuale controllato. Per ogni articolo sono state sintetizzate le informazioni riguardanti il titolo, l'autore, la data di pubblicazione, la tipologia di studio, la rivista in cui è stato pubblicato, l'obiettivo, il campione, materiali e metodi, i risultati ottenuti, i limiti dello studio e le conclusioni (Allegati).



5. DISCUSSIONE

5.1 Primo quesito di ricerca:

Quali sono le carenze educative più frequenti, riguardanti la gestione della stomia, che possiede un paziente adulto colostomizzato?

I pazienti possessori di colostomia sono sottoposti a cambiamenti che influenzano il loro benessere sociale e psicologico. Il confezionamento di una colostomia rappresenta un cambiamento importante nella vita della persona, che comporta conseguenze fisiche, psicologiche, sociali ed emotive. I pazienti, durante il loro percorso di convivenza con la colostomia, incontrano una serie di difficoltà riguardanti le sfere lavorativa e sociale, hanno difficoltà riguardanti l'ambito della propria sessualità e immagine corporea, difficoltà con la funzione della stomia e "ansie" di vario genere riguardanti, per esempio, perdite di feci o cattivi odori (Abdelmohsen, 2020).

Dunque, le maggiori carenze educative del paziente si traducono in deficit di conoscenza riguardo lo stoma e in problemi stomali o peristomali che possono essere di vario genere. Infatti, le problematiche specifiche individuate dai pazienti variano e possono risultare addirittura discordanti: alcuni segnalano difficoltà nelle attività fisiche e sociali, nella balneazione e nell'abbigliamento, mentre altri individuano poche difficoltà in questi frangenti. Un altro fattore da considerare è la preoccupazione di causare danni alla stomia e la possibilità di rimuovere involontariamente il sistema di sacche, che può essere decisivo nell'aver aumentato le difficoltà percepite dai pazienti. Persone stomizzate hanno anche riferito che la loro stomia ha interferito con il sonno e l'intimità sessuale; proprio la mancanza di conoscenza della stomia potrebbe aver costituito una barriera alla cura di sé e la perdita di controllo sul proprio corpo (Cengiz & Bahar, 2017).

Dati questi considerevoli problemi, il paziente necessiterà di ricevere informazioni adeguate ad adattarsi a questa nuova situazione e l'infermiere, come promotore di educazione, deve concentrarsi sul dare un corretto feedback di apprendimento. Concretamente, le necessità del paziente si esprimono attraverso il desiderio di visite domiciliari con maggiore frequenza da parte degli operatori sanitari, motivate, per esempio, dall'aver dimenticato alcuni aspetti dell'assistenza appresi durante le spiegazioni preoperatorie. Il processo di apprendimento per la cura della stomia e di sé inizia nella fase preoperatoria e continua fino al momento della

dimissione, quando vengono fornite al paziente le linee guida educative per la cura della stomia, la pulizia e il cambio della sacca di raccolta (Werth et al., 2014).

Questo processo è importante affinché i neo-colostomizzati e le loro famiglie acquisiscano l'abilità e la fiducia necessarie per affrontare questa nuova condizione. Ma se, durante il ricovero, persiste la mancanza di un'assistenza sistematica e di linee guida per la dimissione dall'ospedale unite alla mancanza di conoscenze specifiche degli operatori sanitari in merito all'assistenza e alla cura della colostomia, si ostacola il processo di apprendimento e l'adattamento alla nuova realtà e insorge il rischio, come scritto in precedenza, di aumentare le carenze educative. Durante il periodo di ricovero, il personale sanitario dovrebbe fornire le prime linee guida per soddisfare le esigenze dei pazienti e delle loro famiglie, garantendo una preparazione all'assistenza domiciliare e l'autonomia a casa, al fine di favorire la continuità assistenziale. Oggi, al contrario, come è noto, la tendenza è quella di ridurre l'ospedalizzazione del paziente per più fattori, il che limita le possibilità di preparare i pazienti e le loro famiglie e, per questo motivo, il rientro a casa presenta molteplici difficoltà, come espresso in precedenza (Cengiz & Bahar, 2017).

Nonostante ciò, l'assistenza e l'orientamento infermieristici sono considerati il primo strumento per promuovere l'indipendenza e la cura di sé. Ma, se la necessità di imparare a prendersi cura di sé non è emersa solo per la mancanza di informazioni ma anche come strumento per promuovere l'autonomia, la scarsità di linee guida ha in un qualche modo "aiutato" ad ampliare le metodologie di apprendimento per soddisfare queste esigenze. Il malato di colostomia ed i suoi familiari ricorrono infatti a internet, a manuali presenti nelle confezioni delle sacche per colostomia e a persone che hanno vissuto esperienze simili per acquisire le nuove conoscenze (Dalmolin et al., 2017).

I pazienti e i loro familiari possono dunque avere capacità di agire come soggetti attivi del processo di cura di sé, evitare e superare le difficoltà acquisendo nuove conoscenze. Tuttavia, affinché essi diventino pienamente indipendenti e protagonisti nel processo di convivenza con una colostomia, gli infermieri devono essere in grado di fornire indicazioni sull'igiene, la cura della stomia, la cute peristomale, fornire sacche di raccolta e supportare l'assistenza. Il monitoraggio post-dimissione è essenziale per l'adattamento dei pazienti colostomizzati e dei loro familiari.

5.2 secondo quesito di ricerca:

Quali sono le strategie educative più efficaci riportate dalla letteratura per migliorare la gestione della colostomia, la cura di sé e la prevenzione delle complicanze nel paziente adulto con colostomia?

Per indagare le strategie educative più efficaci la letteratura mette a disposizione diverse soluzioni, quali sessioni educative di gruppo tra stomizzati, il contatto, successivo all'intervento, con un terapeuta enterostomico, l'educazione intra-struttura con l'ausilio di materiale multimediale o l'attuamento di comportamenti utili alla limitazione dell'ansia.

5.2.1 Sessioni educative di gruppo

Il paziente adulto neo-colostomizzato ha la possibilità di reperire informazioni attendibili sulla vita con una stomia tramite sessioni di gruppo condotte da persone stomizzate. Durante queste sessioni vengono descritte esperienze e metodologie utilizzate dai partecipanti per convivere con stomia e disturbi associati, i quali includono, ad esempio, la tendenza a "nascondere" lo stoma, in quanto percepito come un tabù, o la tendenza a cercare l'isolamento. Viene raccontata in prima persona la formazione di uno stoma, e come abbia interrotto i precedenti piani di vita e le aspirazioni per via della alterazione chirurgica dell'identità personale (Danielsen et al., 2013).

Conseguentemente, la formazione preoperatoria, post-operatoria e le informazioni fornite in un ambiente protetto e confortevole esercitano un effetto positivo sulla competenza gestionale di una stomia intestinale.

Tuttavia, l'efficacia dell'apprendimento è migliorata mettendo in relazione l'istruzione e le esperienze precedentemente acquisite dal paziente con l'educazione di gruppo. Nonostante queste tipologie di sessioni portino grandi benefici, la tecnica utilizzata in maniera univoca non è risultata in grado di migliorare la qualità della vita correlata alla salute o a ridurre i costi. Talora, all'interno delle strutture, vengono a crearsi aspettative irrealistiche sulla convivenza con una stomia, causate dai consigli di medici e infermieri. Per far fronte a ciò, i partecipanti hanno anche suggerito che i familiari agissero da educatori per via della possibilità di avere accesso ai problemi relazionali ed emotivi nella terapia che va oltre alla stomia. Questo metodo rafforza poi l'interazione e la comprensione tra familiare "laico" e paziente stomizzato (Danielsen et al., 2013).

5.2.2 Il terapeuta enterostomico

La letteratura suggerisce, nei casi in cui la struttura lo permetta (e laddove non sia presente ne consiglia l'introduzione), l'istituzione della figura del terapeuta enterostomico, che il paziente può consultare ogni qualvolta vi siano dei dubbi. Con l'ausilio di questa figura è più facile e che i problemi si risolvano celermente. Se infatti le complicanze della stomia vengono rilevate in fase avanzata, potrebbero comportare la necessità di una correzione tramite intervento chirurgico, che si sarebbe potuto evitare se fossero state prese decisioni e misure adeguate in tempo (Sier et al., 2017).

La supervisione e il tempo speso da parte dei terapisti enterostomici sono le fondamenta principali per una migliore qualità di vita tra i pazienti portatori di una stomia. Inoltre, è importante che i pazienti siano coinvolti nel processo decisionale relativo alle opzioni di trattamento, nonostante questo sia spesso sottovalutato. Tale processo di continuità assistenziale, tuttavia, non riduce il numero di complicanze legate alla stomia, ma porta a una migliore qualità delle cure e della vita, conseguentemente riducendo la gravità di queste, con costi simili. Le stesse riduzioni di budget potrebbero costituire un ostacolo al miglioramento della qualità dell'assistenza. Alla luce di questi risultati, l'implementazione del nuovo percorso assistenziale richiede uno sforzo concertato, da parte degli operatori sanitari, delle società di difesa dei pazienti e dei responsabili politici, per garantire ai potenziali pazienti colostomici una migliore informazione e guida perioperatoria (Sier et al., 2017).

5.2.3 L'educazione con ausilio di materiale multimediale

In questa revisione è stata citata più volte l'educazione pre o post-operatoria intra-struttura, come fonte di miglioramento delle condizioni generali dell'adulto colostomizzato.

Quando si esegue l'educazione postoperatoria della stomia, il metodo utilizzato potrebbe comprendere risorse multimediali quali video educativi, che possono migliorare il coinvolgimento dei pazienti e le azioni positive nella loro cura della colostomia. La tecnologia multimediale può infatti superare i limiti di tempo e di spazio, soddisfare le esigenze dei pazienti e della famiglia in materia di cura di sé dopo la dimissione dall'ospedale e garantire coerenza nei contenuti educativi del paziente. Inoltre, i contenuti multimediali consentono non solo la visione ripetuta delle procedure di cura personale, ma anche un apprendimento flessibile e indipendente (Wang et al., 2021).

Nelle applicazioni cliniche, l'uso di contenuti multimediali produce effetti di apprendimento positivi e può ridurre la probabilità di un'educazione del paziente incompleta o incoerente. Differenze significative si osservano nella conoscenza e nelle abilità di auto-cura postoperatoria tra i pazienti con colostomia che hanno ricevuto un'educazione implementata da video e quelli che hanno ricevuto l'istruzione attraverso mezzi convenzionali: dopo l'implementazione dell'intervento migliorano notevolmente la conoscenza e la capacità di auto-cura della stomia. L'istruzione multimediale consente quindi ai pazienti di praticare ripetutamente la cura di sé, migliorando così le loro conoscenze e abilità di cura; di fatto, quando vengono fornite molteplici opportunità di mettersi in gioco a livello pratico, la probabilità di incontrare procedure di cura non conosciute si abbassa (Wang et al., 2021).

5.2.4 L'ansia e la sua gestione

Come scritto in precedenza, l'istruzione fornita nella fase preoperatoria è parte fondamentale nel prepararsi alla gestione della colostomia. Essa inoltre può aiutare a ridurre l'ansia del paziente, consentendo quindi di imparare a prendersi cura della propria futura stomia. L'ansia può influenzare l'apprendimento interferendo con il processo di attenzione del cervello. L'ansia può quindi ostacolare la capacità dei pazienti in attesa della nuova stomia di apprendere in modo efficace le abilità per la cura di essa (Harris et al., 2020).

L'istruzione da parte di un infermiere, oltre all'insegnamento chirurgico e alla consulenza da parte del chirurgo, è fondamentale per offrire elementi chiave per alleviare l'ansia e incentivare la prontezza all'apprendimento. La letteratura suggerisce di affrontare l'educazione in una zona dedicata, nel rispetto della privacy del paziente e, insieme a quest'ultimo, di marcare il futuro sito di intervento sul proprio corpo e stabilire aspettative chiare per i momenti successivi all'intervento chirurgico, i quali comprendono l'aspetto della stomia, la sua cura e quella della cute, la gestione del sistema "sacche di raccolta" e i metodi per ottenere le scorte necessarie, così da consentire al futuro colostomizzato di autogestirsi per adattarsi alla vita con stomia (Harris et al., 2020).

5.3 limiti della ricerca:

Il limite presentato da questa revisione è principalmente l'esiguo numero di articoli reperiti, i cui disegni di studio sono ampiamente differenti e i cui studi presentati sono svolti in paesi diversi. Per giunta, essi trattano la stomia in generale e non solamente la colostomia. I risultati emersi non sono dunque generalizzabili, poiché gli articoli sono eterogenei, in numero esiguo e ricercati in un'unica fonte.

CONCLUSIONI

La formazione di una colostomia rappresenta un cambiamento importante nella vita della persona, che comprende problematiche fisiche, psicologiche, sociali ed emotive: i pazienti durante il loro percorso di convivenza con essa incontrano difficoltà riguardanti le sfere lavorativa e sociale, la propria sessualità e immagine corporea, difficoltà con la funzione della stomia e “ansie” di vario tipo. Dunque, le maggiori carenze educative del paziente si possono identificare con deficit di conoscenza riguardo lo stoma e i suoi problemi, toccando così diversi ambiti. Infatti, le problematiche specifiche individuate dai pazienti variano “ad personam” e l'infermiere come promotore di educazione deve concentrarsi sul dare un corretto feedback di apprendimento. Durante il periodo di ricovero, infatti, il personale sanitario dovrebbe fornire le prime linee guida per soddisfare le esigenze dei pazienti e delle loro famiglie; questo processo è importante affinché acquisiscano l'abilità e la fiducia necessarie per affrontare questa nuova condizione. Ampliare dunque le metodologie di apprendimento per soddisfare queste esigenze rende i pazienti e i loro familiari soggetti attivi del processo di cura di sé.

La letteratura propone, per rispondere al secondo quesito di questa tesi, tre strategie educative alternative: sessioni di gruppo tra stomizzati, dove si ha la possibilità di sopperire alla propria richiesta di informazioni attendibili sulla vita con una stomia migliorando così l'istruzione con le esperienze dirette del paziente. L'introduzione della figura del terapeuta enterostomico, tramite cui è più facile per il paziente che i problemi si risolvano celermente. Questo processo di continuità assistenziale porta a una migliore qualità delle cure e della vita e di conseguenza ne riduce la gravità. L'educazione pre e post-operatoria intra-struttura condotte di persona con l'ausilio dimostrazioni pratiche e immagini visive sono utili ad ampliare le conoscenze per quanto riguarda la comprensione della colostomia e delle sue necessità parte dei pazienti. A queste vanno aggiunte una serie di strategie per ridurre l'ansia, che può ostacolare la capacità dei pazienti in attesa della nuova stomia di apprendere in modo efficace le abilità per la cura di essa, tramite l'istruzione da parte di un infermiere, che offrirà elementi chiave per alleviarla e incentivare la prontezza all'apprendimento.

Per via dei limiti sopra riportati, i risultati di questa tesi non permettono di giungere ad una vera e propria conclusione. Tuttavia, le strategie analizzate in essa possono divenire oggetto di futuri studi e ricerche per ulteriori revisioni o approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA APA 7 EDITION

- A. D'Elia – UOS Chirurgia Generale e Coloproctologica ASST Ovest Milanese, U. S. (Società I. di C. C. (2020). *Dispositivi medici e percorsi riabilitativi: la stomia*. Dispositivi Medici e Percorsi Riabilitativi: Stomia, Prostatectomia, Laringectomia e Cateterismo a Intermittenza, Un Sistema Riabilitativo Da Ripensare - Osservatorio Sulla Condizione Assistenziale Dei Malati Oncologici. <https://osservatorio.favo.it/dodicesimo-rapporto/parte-seconda/dispositivi-medici-percorsi-riabilitativi/#stomie>
- Abdelmohsen, S. (2020). Effectiveness of Structured Education on Patient's Knowledge and Practice Regarding Colostomy Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(4), 370–374. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_24_20
- Airc. (2023). *Cos'è il cancro*. Airc.It. <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/numeri-del-cancro>
- Bafford, A. C., & Irani, J. L. (2013). Management and Complications of Stomas. In *Surgical Clinics of North America* (Vol. 93, Issue 1, pp. 145–166). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2012.09.015>
- Cengiz, B., & Bahar, Z. (2017). Perceived barriers and home care needs when adapting to a fecal ostomy: A phenomenological study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 44(1), 63–68. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000271>
- D'Ambrosio, F., Pappalardo, C., Scardigno, A., Maida, A., Ricciardi, R., & Calabrò, G. E. (2023). Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 20, Issue 1). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010079>
- Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N. M. O., Coppetti, L. de C., Rossato, G. C., Gomes, J. S., & Silva, M. E. N. da. (2017). Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(spe), e68373. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68373>
- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: Impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(4), 407–412.

<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182987e0e>

De Rosa, C. (2016). *Stomia e irrigazione intestinale transtomale*.

Nurse24.It <https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/stomia-irrigazione-intestinale-transtomale.html>

Goldblatt, J., Buxey, K., Paul, E., Foot-Connolly, R., Leech, T., & Bell, S. (2018). Study on the time taken for patients to achieve the ability to self-care their new stoma. *ANZ Journal of Surgery*, 88(6), E503–E506. <https://doi.org/10.1111/ans.14195>

Harris, M. S., Kelly, K., & Parise, C. (2020). Does Preoperative Ostomy Education Decrease Anxiety in the New Ostomy Patient? A Quantitative Comparison Cohort Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 47(2), 137–139. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000623>

Indrebø, K. L., Aasprang, A., Olsen, T. E., & Andersen, J. R. (2020). A new model of patient-reported outcome monitoring with a clinical feedback system in ostomy care: Rationale, description and evaluation protocol. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1261-3>

Kwiatt, M., & Kawata, M. (2013). Avoidance and Management of Stomal Complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 26(2), 112–121. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1348050>

Linda, B. H., & Elliott, B. (2019). COLOSTOMY CARE A Guide for Home Care Clinicians. *Home Healthcare Now*, 37(2), 68–78. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000735>

Lualdi, M. (2021). *Dieta per colostomia: cosa mangiare e cosa evitare per stare bene*. Farmoderm.It > Colostomia-Alimentazione-Sana. <https://farmoderm.it/colostomia-alimentazione-sana/>

Malik, T. A. M., Lee, M. J., & Harikrishnan, A. B. (2018). The incidence of stoma related morbidity - A systematic review of randomised controlled trials. In *Annals of the Royal College of Surgeons of England* (Vol. 100, Issue 7, pp. 501–508). Royal College of Surgeons of England. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0126>

Michońska, I., Polak-Szczybyło, E., Sokal, A., Jarmakiewicz-Czaja, S., Stępień, A. E., & Dereń, K. (2023). Nutritional Issues Faced by Patients with Intestinal Stoma: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(2), 510. <https://doi.org/10.3390/jcm12020510>

- Scarpa, N., Bosio, G., & Russo, M. (2017). Stomie intestinali: gestione del paziente. *Quesiti Clinico - Assistenziali*, 8(1), 1–23.
- Sier, M. F., Oostenbroek, R. J., Dijkgraaf, M. G. W., Veldink, G. J., Bemelman, W. A., Pronk, A., Spillenaar-Bilgen, E. J., Kelder, W., Hoff, C., Ubbink, D. T., Havenga, K., Veltkamp, S. C., T Dekker, J. W., Boerma, D., Eijsbouts, Q. A. J., Lamme, B., Vuylsteke, R. J. C. L. M., Tobon Morales, R. E., & van Tets, W. F. (2017). Home visits as part of a new care pathway (iAID) to improve quality of care and quality of life in ostomy patients: a cluster-randomized stepped-wedge trial. *Colorectal Disease*, 19(8), 739–749. <https://doi.org/10.1111/codi.13630>
- Szpilewska, K., Juzwizsyn, J., Bolanowska, Z., Bolanowska, Z., Milan, M., Chabowski, M., & Janczak, D. (2018). Akceptacja choroby a jakość życia pacjentów ze stomią. *Polish Journal of Surgery*, 90(1), 13–17. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0011.5954>
- Vilz, T. O., v. Websky, M., Kalff, J. C., & Stoffels, B. (2020). Intestinal stomata. *Coloproctology*, 42(6), 509–519. <https://doi.org/10.1007/s00053-020-00503-3>
- Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E. M., Eddes, E. H., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. In *Quality of Life Research* (Vol. 25, Issue 1, pp. 125–133). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3>
- Wang, S. Y., Chang, T. H., & Han, C. Y. (2021). Effectiveness of a multimedia patient education intervention on improving self-care knowledge and skills in patients with colorectal cancer after enterostomy surgery: A pilot study. *Advances in Skin and Wound Care*, 34(2). <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000725192.98920.c4>
- Watkins-Hayes, C. (2019). Living With Colostomy. *Remaking a Life*, 135–177. <https://doi.org/10.2307/j.ctvp2n290.8>
- Werth, S. L., Schutte, D. L., & Stommel, M. (2014). Bridging the gap: Perceived educational needs in the inpatient to home care setting for the person with a New Ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41(6), 566–572. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000081>

ALLEGATI

TITOLO, AUTORE, ANNO, TIPOLOGIA DI STUDIO, RIVISTA	OBIETTIVI, CAMPIONE, MATERIALI E METODI	RISULTATI	CONCLUSIONI, LIMITI DICHIARATI
<p>Efficacia dell'educazione strutturata sulla conoscenza e la pratica del paziente in merito alla cura della colostomia; -Sahara Abdelmohsen; -2020; -Studio quasi sperimentale (pre-posttest); -Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing</p>	<p>-Valutare l'efficacia dell'educazione strutturata sulla conoscenza e la pratica del paziente in merito alla cura della colostomia. Lo studio è stato condotto nella clinica di chirurgia ambulatoriale del South Egypt Cancer Institute; nello studio è stato incluso un campione conveniente non probabilistico di 60 pazienti adulti maschi e femmine sottoposti a colostomia</p>	<p>-È stata riscontrata una differenza significativa per quanto riguarda la conoscenza totale e i punteggi pratici del campione studiato prima e dopo l'applicazione dell'educazione strutturata del paziente</p>	<p>-L'educazione strutturata del paziente si è rivelata efficace nel migliorare le conoscenze e le pratiche del paziente, per quanto riguarda la stomia e la cura della cute peristomale</p>
<p>Studio sul tempo impiegato dai pazienti per acquisire la capacità di prendersi cura autonomamente della loro nuova stomia; -Giosuè Goldblatt, Ken Buxey, Eldo Paolo, Rebecca Piede Connolly, Tristan Leech, Stefano Bell; -2017; -Studio prospettico; -ANZ Journal of Surgery</p>	<p>-Viene condotta uno studio per analizzare la gestione indipendente della stomia. È stato arruolato un totale di 107 pazienti sottoposti a chirurgia coloretale e poi a formazione di colostomia in due grandi ospedali metropolitani separati. L'outcome primario valutato era la gestione indipendente della colostomia alla dimissione dall'ospedale</p>	<p>-Il 71% dei pazienti ha raggiunto la cura di sé al momento della dimissione dall'ospedale, i fattori associati a una maggiore possibilità di gestione indipendente della stomia alla dimissione includevano età più giovane, sesso maschile</p>	<p>-Il nostro studio sostiene che l'educazione alla stomia preoperatoria in combinazione con l'educazione alla stomia postoperatoria è superiore alla sola educazione alla stomia postoperatoria</p>
<p>Video educativo come risorsa di educazione sanitaria per le persone con colostomia e le loro famiglie; -Angelica Dalmolin, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Larissa de Carli Coppetti, Gabriela Camponogara Rossato, Joseila Sonego Gomes, Maria Elizete Nunes da Silva; -2017; -Studio qualitativo; -Gaucha de Enfermagem</p>	<p>-Conoscere le percezioni dei partecipanti a un gruppo di supporto per persone con colostomia sull'uso del video come risorsa per l'educazione alla salute. I dati sono stati raccolti attraverso una ricerca qualitativa con 16 partecipanti in un gruppo di supporto per persone con colostomia a Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasile attraverso un focus group, e sottoposti all'analisi tematica proposta da Minayo</p>	<p>-I risultati hanno portato a tre categorie: la cura e la cura di sé si imparano da soli: la realtà vissuta; educazione alla salute e apprendimento attraverso video educativi: opportunità percepite; le singolarità del video educativo dal punto di vista delle persone con</p>	<p>-La scarsità di linee guida ritarda l'indipendenza e ostacola l'autonomia nella cura e nella cura di sé. La tecnologia audiovisiva applicata in questo studio integra le linee guida educative e può consentire cambiamenti e l'opportunità di ripensare le pratiche infermieristiche pedagogiche</p>

		colostomia e delle loro famiglie	
<p>Barriere percepite e bisogni di assistenza domiciliare durante l'adattamento a una stomia fecale: uno studio fenomenologico; -Burcu Cengiz, Zuhul Bahar; -2017; -Studio fenomenologico; -Journal Wound Ostomy Continence Nursing</p>	<p>-Lo scopo di questo studio era determinare le barriere percepite all'adattamento alla vita con una stomia fecale e rivelare le esigenze di assistenza relative a queste percezioni. I dodici partecipanti sono stati reclutati dalla clinica ambulatoriale di stomaterapia dell'ospedale universitario Dokuz Eylül. Per raccogliere i dati è stata utilizzata una forma di intervista semistrutturata. Le domande erano basate sull'Health Belief Model ed erano dirette a identificare le sfide per l'adattamento alla vita a casa e le esigenze di assistenza domiciliare nei pazienti con stomia.</p>	<p>- L'analisi induttiva del contenuto ha identificato quattro temi principali: "limitazione delle attività della vita quotidiana"; "fattori che influenzano l'adattamento allo stoma"; "bisogno di operatori sanitari"; e "effetti emotivi"</p>	<p>-gli individui sperimentano barriere fisiche, mentali e sociali quando si adattano a vivere con una nuova stomia. Sono necessari ulteriori servizi da parte degli infermieri di stomia per aiutare i pazienti a adattarsi a queste sfide</p>
<p>Colmare il divario: bisogni educativi percepiti dal ricovero all'assistenza domiciliare per la persona con una nuova stomia; -Sherry Lynn Werth, Debra L. Schutte, Manfred Stommel; -2014; -studio trasversale e correlazionale; -Journal Wound Ostomy Continence Nursing</p>	<p>-Lo scopo di questo studio era quello di indagare quale specifico contenuto educativo sulla cura personale della stomia è considerato il più utile dal nuovo paziente stomizzato dopo la dimissione. Il campione comprendeva 33 uomini e 27 donne. L'ambiente dello studio era un ospedale universitario centro traumatologico nel Midwest, con designazione Magnet. Tutti i partecipanti a questo studio hanno completato un'intervista somministrata per telefono o di persona. È stata</p>	<p>-60 partecipanti hanno completato la raccolta dei dati. Il 90% ha classificato la categoria educazione della cura personale della stomia come il contenuto più utile, il 55% ha classificato le informazioni sulla ripresa delle attività della vita quotidiana come la seconda categoria più utile e il 55% ha classificato le informazioni</p>	<p>- Poiché la categoria della cura personale della stomia si è classificata al primo posto, l'insegnamento al paziente per il nuovo paziente con stomia dovrebbe concentrarsi su questo set di abilità</p>

	<p>utilizzata una guida all'intervista semistrutturata per suscitare le percezioni dei partecipanti sull'utilità di 4 categorie di cura della stomia che sono: informazioni sulla stomia, attività della vita quotidiana, cura della stomia e altre esigenze informative</p>	<p>generali come la terza area di contenuto più utile. Cinquanta intervistati (83%) hanno classificato il supporto per stomia come il meno utile</p>	
<p>Efficacia di un intervento multimediale di educazione del paziente sul miglioramento delle conoscenze e delle abilità di auto-cura nei pazienti con cancro del colon-retto dopo l'intervento di enterostomia: uno studio pilota; -Shou-Yu Wang, Tsai-Hsiu Chang, Chiao-Yi Han; -studio quasi sperimentale (pre-posttest); -2021; -Adv Skin Wound Care</p>	<p>-Questo studio ha esaminato gli effetti di un intervento multimediale di educazione del paziente sul miglioramento delle conoscenze e delle abilità di auto-cura nei pazienti intervento di colostomia. Il gruppo sperimentale ha ricevuto un intervento multimediale di educazione del paziente, mentre al gruppo di controllo sono state fornite solo le istruzioni convenzionali senza interventi multimediali</p>	<p>- Il gruppo sperimentale ha mostrato un miglioramento significativamente maggiore nella conoscenza della cura di sé rispetto al gruppo di controllo</p>	<p>- L'intervento multimediale di educazione del paziente ha prodotto un miglioramento maggiore nelle conoscenze e nelle abilità di cura di sé rispetto all'istruzione convenzionale</p>
<p>Un nuovo modello di monitoraggio degli esiti riportati dal paziente con un sistema di feedback clinico nella cura della stomia: razionale, descrizione e protocollo di valutazione; -Kirsten Lerum Indrebo, Anny Aasprang, Torill Elin Olsen, John Roger Andersen; -Studio retrospettivo; -2020 -Health Quality Life Outcomes</p>	<p>-Viene proposto un nuovo modello di cura della stomia, in cui viene implementato un sistema di feedback clinico per migliorare il processo di adattamento dei pazienti con una stomia. L'intervento include misure auto-riportate per l'adattamento alla vita con una stomia e la qualità della vita correlata alla salute, nonché le esperienze e la soddisfazione del paziente registrate dal sistema di feedback clinico</p>	<p>- questo studio presenta un nuovo approccio di feedback diretto dal paziente che potrebbe portare a una migliore consultazione, un maggiore coinvolgimento del paziente e un migliore adattamento alla vita con una stomia</p>	<p>-Questo studio potrebbe essere utile per migliorare la pratica del follow-up per i pazienti stomizzati, in quanto i pazienti forniscono una descrizione più dettagliata del loro grado di adattamento alla vita con una stomia. Inoltre, ciò può portare a consulenze più personalizzate in base alle esigenze dei pazienti</p>

<p>L'educazione preoperatoria sulla stomia riduce l'ansia nel nuovo paziente stomato? Uno studio di coorte di confronto quantitativo; -Michelle S. Harris, Katherine Kelly, Carol Parigi; -Studio di coorte quantitativo, prospettico e comparativo -2020 -Journal of Wound Ostomy Continence Nursing</p>	<p>-Questo studio cerca di determinare se i pazienti sottoposti a educazione alla stomia preoperatoria e educazione postoperatoria di routine sperimentano meno ansia postoperatoria rispetto ai pazienti sottoposti a educazione preoperatoria di routine. Il campione comprende 30 partecipanti divisi in 2 gruppi; un gruppo ha ricevuto l'educazione preoperatoria insieme all'educazione postoperatoria sulla stomia, mentre l'altro ha ricevuto solo l'educazione postoperatoria sulla stomia. L'ambiente dello studio era un ospedale pubblico. I livelli di ansia postoperatoria sono stati valutati in entrambi i gruppi durante la loro sessione di educazione alla stomia postoperatoria</p>	<p>-I pazienti che hanno ricevuto un'istruzione preoperatoria sulla stomia avevano livelli di ansia postoperatoria inferiori statisticamente significativi rispetto ai pazienti che avevano ricevuto un'istruzione standard</p>	<p>-I risultati dello studio suggeriscono che la formazione preoperatoria sulla stomia, quando offerta in aggiunta alla formazione preoperatoria di routine, riduce significativamente l'ansia, da cui possono derivare a sua volta complicanze a livello stomale, rispetto ai pazienti gestiti dalla sola formazione preoperatoria di routine</p>
<p>Visite domiciliari come parte di un nuovo percorso assistenziale (iAID) per migliorare la qualità dell'assistenza e la qualità della vita nei pazienti stomizzati: uno studio step-wedge randomizzato a grappolo; -M.F. Sier, R.J. Ostenbroek, M.G.W. Dijkgraaf, G.J. Veldink, W.A. Bemelmann, Un Pronk, E.J. Spillenaar-Bilgen, Kelder, C. Hoff, D.T. Ubbink; gruppo di studio iAID; -esperimento casuale controllato; -2017; -Colorectal Disease, the official journal</p>	<p>- È stato studiato un nuovo percorso di assistenza che comprende visite domiciliari perioperatorie da parte di terapisti enterostomici, per valutare se un'istruzione più elaborata e una guida più stretta può ridurre le complicanze legate alla stomia e migliorare la qualità della vita. I pazienti sono stati inclusi in uno studio "a cuneo a gradino" randomizzato a grappolo di 15 centri. Gli esiti primari erano le complicanze correlate allo stoma e la qualità di vita</p>	<p>- Il percorso standard è stato seguito da 113 pazienti e il nuovo percorso da 105 pazienti. Sebbene il numero complessivo di complicanze correlate alla stomia fosse simile in entrambi i gruppi, la proporzione di pazienti che presentavano una o più complicanze correlate alla stomia era significativamente più alta nel nuovo percorso, assieme a punteggi QoL significativamente migliori.</p>	<p>-Il nuovo percorso non ha ridotto il numero di complicanze legate alla stomia, ma ha portato a un miglioramento della qualità delle cure e della vita. Di conseguenza il nuovo percorso può essere raccomandato</p>

<p>Imparare a convivere con una stomia intestinale definitiva: impatto sulla quotidianità e bisogni educativi; -Anne Kjaergaard Danielsen, Erik Elgaard Soerensen, Kirsten Burcharth, Jacob Rosemberg; -Studio fenomenologico; -2013; - Journal of Wound Ostomy Continence Nursing</p>	<p>-Lo scopo dello studio è quello di esplorare l'impatto di una stomia permanente sulla vita quotidiana dei pazienti e di ottenere ulteriori informazioni sulla loro necessità di formazione. La popolazione campione comprende persone con colostomie permanenti. L'ambiente di ricerca è il reparto chirurgico di un ospedale pubblico. Sono state condotte interviste ai focus group utilizzando un approccio fenomenologico</p>	<p>-I partecipanti hanno dichiarato di aver bisogno di essere visti come persone nella sua interezza, di avere uno stretto contatto con gli operatori sanitari e di ricevere informazioni affidabili sulla vita con una stomia. Gli intervistati hanno proposto sessioni di gruppo condotte dopo la dimissione dall'ospedale</p>	<p>-L'educazione del paziente, utilizzando metodi di promozione della salute, dovrebbe tenere conto delle impostazioni e della possibilità dei pazienti di un effettivo trasferimento di conoscenze</p>
---	--	--	---

