

Bachelorarbeit

Die Auswirkungen eines Enterostomas auf die Lebensqualität der Betroffenen und die Rolle der Pflege

eingereicht von

Marlene Hornbacher

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Univ.-Ass. Dr.ⁱⁿ Hödl Manuela, BSc MSc

Graz, am 24.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 24.03.2019

Marlene Hornbacher e.h.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Zusammenfassung | IV |
| Abstract | V |
| Tabellen- & Abbildungsverzeichnis | VI |
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1 Der Dünndarm | 2 |
| 1.1.1 Anatomie und Physiologie..... | 2 |
| 1.2 Der Dickdarm | 3 |
| 1.2.1 Anatomie und Physiologie..... | 3 |
| 1.3 Indikationen für ein Enterostoma | 4 |
| 1.3.1 Kolorektales Karzinom..... | 4 |
| 1.3.2 Idiopathische chronisch-entzündliche Darmerkrankungen | 5 |
| 1.4 Arten und Versorgung des Enterostomas | 6 |
| 1.4.1 Das Kolostoma..... | 6 |
| 1.4.2 Das Ileostoma | 7 |
| 1.4.3 Stomaversorgung | 7 |
| 1.5 Definition Lebensqualität | 7 |
| 1.6 Stoma und Pflege | 8 |
| 1.7 Forschungsziel und Forschungsfrage | 9 |
| 2. Methodik | 10 |
| 2.1 Literaturrecherche | 10 |
| 2.2 Auswahlprozess | 11 |
| 2.3 Bewertung der Studien | 13 |
| 3. Ergebnisse | 15 |
| 3.1 Charakteristika der Studien | 19 |
| 3.2 Veränderung der Lebensqualität | 24 |
| 3.2.1 Physische Veränderungen | 24 |
| 3.2.2 Psychische Veränderungen | 25 |
| 3.2.3 Soziale Veränderungen..... | 25 |
| 3.2.4 Finanzielle Veränderungen..... | 26 |
| 3.3 Einfluss der Pflege | 26 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.3.1 | Spezialisierte StomatherapeutInnen und Stomaschulungen | 26 |
| 3.3.2 | Hausbesuche und telefonische Nachbetreuung | 28 |
| 4. | Diskussion..... | 30 |
| 4.1 | Diskussion der Einflussfaktoren..... | 30 |
| 4.2 | Diskussion der pflegerischen Maßnahmen | 32 |
| 5. | Schlussfolgerung | 36 |
| 5.1 | Empfehlungen für die Praxis | 36 |
| 5.2 | Empfehlungen für die Forschung..... | 36 |
| 6. | Literaturverzeichnis | 37 |
| 7. | Anhang | 41 |
| 7.1 | Bewertungsbögen | 41 |

Zusammenfassung

Hintergrund: Darmerkrankungen sind häufig auftretende Erkrankungen unserer Gesellschaft. Zu ihrer Therapie zählt unter anderem die operative Formation eines Enterostomas. Die Anlage eines Enterostomas geht jedoch mit zahlreichen Veränderungen einher, welche sich auch auf die Lebensqualität auswirken.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welche Faktoren bei der Anlage eines Enterostomas zu einer Veränderung der Lebensqualität führen und welche pflegerischen Maßnahmen dies beeinflussen können.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde im Oktober und November 2018 ein Literaturreview in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Für die Suchstrategie wurden Schlüsselwörter sowie MeSH Terms und Subject Terms, wie beispielsweise enterostomy, ostomy, colostomy, ileostomy, quality of life, nursing care, etc. genutzt. Nach einer kritischen Beurteilung konnten 9 Studien in dieses Literaturreview inkludiert werden.

Ergebnisse: Die Lebensqualität von StomapatientInnen wird durch mehrere Faktoren negativ beeinflusst, darunter physische, psychische, soziale und finanzielle. Durch geschulte StomatherapeutInnen und Stomatherapie ist es möglich, die Lebensqualität zu verbessern und den Betroffenen ein normales Leben zu ermöglichen.

Schlussfolgerung: Zusammengefasst lässt sich sagen, dass ein Enterostoma einen großen Einschnitt in das Leben eines Menschen darstellt und zu großen Veränderungen führt, die eine schlechte Lebensqualität nach sich ziehen. Durch geschulte StomatherapeutInnen und professionelle Betreuung kann die Lebensqualität jedoch oftmals wieder hergestellt werden. Daher ist es zu empfehlen, dass das Konzept der Stomatherapie weiter beforscht und in der Praxis ausgeweitet wird.

Schlüsselwörter: Enterostoma, Lebensqualität, Stomatherapie

Abstract

Background: Bowel diseases are common diseases of the society. The therapy includes, among other measures, the surgical formation of an enterostomy. The disposition of an enterostomy involves many changes for the patients which restrict their quality of life.

Purpose: The aim of this work was to find out which factors of an enterostomy lead to a changed quality of life and which nursing interventions are able to influence it.

Method: To answer the research questions, a literature review in the databases PubMed and CINAHL was conducted in October and November 2018. Used keywords as well as MeSH Terms and Subject Terms were, for example, enterostomy, ostomy, colostomy, ileostomy, quality of life, nursing care, etc. After the critical appraisal 9 studies could be included in this literature review.

Results: The quality of life of stoma patients is negatively affected by several factors including physical, mental, social and financial burdens. An improvement of the patients' quality of life can be achieved by the clinical practice of trained stomatherapists. It shows that with the help of stomatherapy it is possible to enable those affected to live the life they were used to before the surgical intervention.

Conclusion: In summary, an enterostomy is a huge turning point in a person's life, causing a lot of changes that can lead to a poor quality of life. However, the quality of life can often be restored by trained therapists and professional care. Based on these findings, it is necessary to conduct further research in the field of stomatherapy and to expand the concept in practice.

Keywords: enterostomy, quality of life, stomatherapy

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

| | |
|---|------------|
| Tabelle 1: Gesetzte Filter in PubMed und CINAHL | S. 11 |
| Tabelle 2: Bewertung der Studien | S. 14 - 15 |
| Tabelle 3: Charakteristika der Studien | S. 16 - 19 |

Abbildungen

| | |
|--|-------|
| Abbildung 1: Prisma Flowchart der Literatursuche (Moher et al. 2012) | S. 13 |
|--|-------|

1. Einleitung

Darmkrebs ist mit 12% bei Männern und 10% bei Frauen die dritthäufigste Krebserkrankung. Im Jahre 2015 lebten ca. 23.100 Männer und ca. 19.700 Frauen mit der Diagnose kolorektales Karzinom in Österreich (Statistik Austria 2015).

Während vor einigen Jahren ein kolorektales Karzinom noch häufig eine tödliche Diagnose war, gibt es heute durch die Zunahme neuer Operationstechniken und neuer Erkenntnisse in den Behandlungsmethoden eine höhere Zahl an PatientInnen, welche mit dieser Diagnose eine normale Lebenserwartung aufweisen (Gruber & Droste 2006).

Zu einer dieser Behandlungsmethoden gehört die Resektion eines Darmabschnittes mit der Anlage eines Stomas, worauf sich diese Bachelorarbeit fokussiert.

„Als Stoma oder Stomie [griechisch: Mund, Öffnung] wird eine operativ angelegte offene Verbindung zwischen einem inneren Hohlorgan und der äußeren Haut bezeichnet“ (Wiesinger & Stoll-Salzer 2012, S.29), über die etwas zu- oder abgeleitet wird .

Neben anderen Stomatypen (wie etwas Tracheostoma, Urostoma) soll in dieser Arbeit das Augenmerk auf dem Ileo- und Kolostoma liegen, welche beide unter dem Begriff „Enterostoma“ zusammengefasst werden. Dieses wird angelegt, wenn aus verschiedenen Gründen keine Stuhlpassage über den Darm mehr erlaubt bzw. möglich ist. Unter einem Enterostoma, auch künstlicher Darmausgang genannt, versteht man eine Verbindung zwischen dem Darm und der Bauchdecke (Wiesinger & Stoll-Salzer 2012). Statt den Stuhl auf gewohnte Weise abzugeben, erfolgt dies nun durch das am Bauch liegende Stoma in einen Stomabeutel. Da durch die Operation auch die Fähigkeit der kontrollierten Darmentleerung verloren geht, kann diese zu jedem Zeitpunkt passieren (Wiesinger et al. 2012).

Obwohl ca. 15.000 Menschen in Österreich mit einem Enterostoma leben, ist ein künstlicher Darmausgang nach wie vor ein Tabuthema (Weinzierl 2017).

Mit der Anlage eines Enterostomas gehen eine Vielzahl an Veränderungen mit sich, die sich unterschiedlich auf die betroffene Person und ihre Lebensqualität auswirken können (Danielsen et al. 2013).

1.1 Der Dünndarm

Der Dünndarm (Intestinum tenue) beginnt am Magenausgang, endet mit der Ileozäkklappe (Bauhin-Klappe) und liegt in zahlreichen Schlingen in der Bauchhöhle (Gregor et al. 2017).

1.1.1 Anatomie und Physiologie

Der Dünndarm, welcher an den Magen anschließt, beträgt in seiner Gesamtlänge ca. 5m und gliedert sich in drei Abschnitte (Fritsch & Kühnel 2018):

- Duodenum (Zwölffingerdarm): Das Duodenum beginnt am Pylorus (Magenpförtner) und ist ca. 25-30cm lang, C-förmig, rechts von der Wirbelsäule und umschließt den Pankreaskopf. Es gliedert sich wiederum in 4 Teile: Die Pars superior (oberer Teil), Pars descendens (absteigender Teil), Pars horizontalis (horizontaler Teil) und Pars ascendens (aufsteigender Teil).
- Jejunum (Leerdarm)
- Ileum (Krummdarm): Dieser endet in der rechten Fossa iliaca in den Dickdarm.

Die Aufgaben der Dünndarmverdauung bestehen aus drei Teilen:

- 1) Mischung und Transport der Nahrung
- 2) Abbau der drei Hauptnahrungsstoffe (Kohlenhydrate, Eiweiß, Fett) zu absorbierbaren Molekülen
- 3) Absorption dieser Moleküle

Die Durchmischung und Teilung des Nahrungsbreis erfolgt durch aborale Kontraktionen der Ring- und Längsmuskeln. Um den Abbau der Nährstoffe zu ermöglichen, sind Verdauungsenzyme nötig. Diese liefert vor allem das Pankreas mit ca. 1,5l Bauchspeichel pro Tag. Die darin enthaltenen Enzyme Trypsin, Chymotrypsin, Aminopeptidase, Elastasen und Carboxypeptidasen spalten Proteine und Polypeptide, Lipase und Phospholipase A sind für Fette verantwortlich, α -Amylase für Stärke und Disaccharidasen für Disaccharide. Da

Fette nur verdaut werden können, wenn sie in kleinsten Kugeln (Mizellen) vorliegen, wird zusätzlich Gallensäure in den Dünndarm abgesondert, welche die Oberflächenspannung der ca. 1µm kleinen Kugeln herabsetzt (Bartels & Bartels 2004).

1.2 Der Dickdarm

Der Dickdarm (Intestinum crassum) liegt zwischen der Ileozäkalklappe und dem Anus (Gregor et al. 2017).

1.2.1 Anatomie und Physiologie

Der Dickdarm, welcher an den Dünndarm anschließt, ist ca. 1,5m lang und gliedert sich in vier Abschnitte (Fritsch & Kühnel 2018):

- Caecum (Blinddarm) mit dem Appendix vermiformis (Wurmfortsatz): Der Blinddarm ist ca. 6-8cm lang und an seiner Seitenwand mündet das Ileum.
- Colon (Grimmdarm) mit dem Colon ascendens (aufsteigender Darm), Colon transversum (Querdarm), Colon descendens (absteigender Darm) und dem Colon sigmoideum (Sigmadarm)
- Rectum (Mastdarm)
- Canalis analis (Analkanal)

Das Rektum bildet zusammen mit dem Analkanal den Abschluss des Verdauungstrakts; letzterer ist mittels eines Sphinktersystems für die menschliche Stuhlkontinenz verantwortlich (Fritsch & Kühnel 2018).

Im Dickdarm kommt es nicht mehr zur Aufnahme von Stoffen aus der Nahrung, sondern hauptsächlich zum Entzug von Flüssigkeit und somit zu einer Verfestigung des Stuhls (Bartels et al. 2004). Durch Kontraktionen der zirkulären Muskulatur kommt es zu peristaltischen Bewegungen, die in aborale Richtung verlaufen. Ausnahme ist hierbei der Bereich um das Zäkum, wo es auch zu Bewegungen in orale Richtung (Antiperistaltik) kommt. Durch diesen Hin-und-Her Transport erfolgt ein besserer Flüssigkeitsentzug. Zwischen ein- und dreimal am Tag kommt es vom Quer- oder Sigmadarm ausgehend zur einer sogenannten Massenbewegung,

welche den Kot innerhalb weniger Sekunden zum Rektum transportiert und dadurch den Defäkationsdrang (Kotentleerungsdrang) auslöst. Vom Eintritt des Nahrungsbreis in den Dickdarm bis zu ebendiesem Kotentleerungsdrang vergehen zwischen 12 und 48 Stunden (Schulzke et al. 2013).

Reguliert wird die Motorik des Kolons hauptsächlich durch eine Dehnung der Darmwandnerven. Aber auch verschiedene Substanzen wie Nikotin, Koffein, Morphine, etc. fördern oder hemmen die Defäkation (Bartels et al. 2004).

1.3 Indikationen für ein Enterostoma

Die Gründe für die Anlage eines Enterostomas können vielfältig sein. Prinzipiell ist eine Stomaanlage immer dann notwendig, wenn eine normale Stuhlpassage nicht möglich ist und/oder vermieden werden soll (Glatzle et al. 2016).

Indikationen für ein Enterostoma sind z.B.: Neoplasien, entzündliche Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen, Anastomosenschutz, Proktokolektomie ohne Möglichkeit eines ileoanalen Pouch sowie Strahlenkolitis (Glatzle et al. 2016).

Die drei häufigsten Gründe für eine Enterostomaanlage werden in den folgenden Absätzen beschrieben.

1.3.1 Kolorektales Karzinom

Definiert wird das Dickdarmkarzinom als „maligner epithelialer Tumor der kolorektalen Schleimhaut mit Infiltration der Submukosa oder tieferer Wandschichten und in der Regel glandulärer Differenzierung“ (Jochum et al. 2012, S. 612). Risikofaktoren für die Entstehung sind unter anderem eine familiäre Häufung (z.B. aufgrund einer familiären adenomatösen Polypose), Rauchen, eine fleischreiche Ernährung und das Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Jochum et al. 2012).

Die Therapie beinhaltet die Resektion des betroffenen Darmabschnittes und – je nach Tumorfortschritt – eine neoadjuvante (vor der Operation stattfindende) oder adjuvante (nach der Operation stattfindende) Chemotherapie (Jochum et al. 2012). Abhängig davon, welcher Darmabschnitt betroffen ist und wie groß das befallene Gebiet ist, kann ein Enterostoma angelegt werden (Menche et al. 2014).

1.3.2 Idiopathische chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Unter chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED) versteht man hauptsächlich die beiden Krankheitsbilder Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Es ist keine eindeutige Ursache bekannt, jedoch spielen mehrere Faktoren – unter anderem genetische und umweltbedingte (z.B. Ernährung, Stress) – zusammen, welche gemeinsam zu einer Überreaktion des Immunsystems führen (Jochum et al. 2012). Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen verlaufen typischerweise in Schüben und können eine Vielzahl an Komplikationen nach sich ziehen; mitunter auch Todesfälle in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung (Timmer 2008).

Colitis ulcerosa

Die Colitis ulcerosa wird als eine im Rektum beginnende und Richtung Dünndarm fortschreitende, chronische Entzündung definiert, die sich auf die Mukosa und Submukosa beschränkt. Nach Beginn der Erkrankung im Rektum, kann die Entzündung einige Jahre unauffällig bleiben, bevor sie beginnt sich nach proximal (zur Körpermitte hin) auszubreiten. Zu den Symptomen eines akuten Schubes zählen häufige blutige Durchfälle, Tenesmen, Gewichtsverlust, Fieber, Anämie und Mattigkeit. Als Komplikation einer Colitis ulcerosa kann ein Toxisches Megakolon – mit der Gefahr einer Darmwandperforation – auftreten, ebenso wie das Karzinomrisiko durch die wiederkehrenden Entzündungen steigt (Jochum et al. 2012).

Behandelt wird zu Beginn medikamentös und mithilfe strenger Ernährungsrichtlinien. Sind diese Maßnahmen erfolglos, wird eine totale Kolektomie – die operative Entfernung des Dickdarms – mit Anlage eines Ileoanalen Pouch – eine operative Verbindung zwischen dem letzten Abschnitt des Dünndarms und dem Anus - oder eines Ileostomas durchgeführt (Jochum et al. 2012).

Morbus Crohn

Morbus Crohn ist eine chronisch rezidivierende Entzündung, die im gesamten Gastrointestinaltrakt auftreten kann, jedoch vor allem das terminale Ileum und Kolon befällt. Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa, welche sich nur auf die Mukosa und Submukosa beschränkt, betrifft Morbus Crohn jede Wandschicht, wobei die

Entzündung in den tieferen Schichten häufig stärker ausgeprägt ist (Jochum et al. 2012).

Ein Schub zeigt sich durch Tenesmen, Fieber und Diarrhoe, ebenso wie durch Mangelerscheinungen (unter anderem Eisenmangelanämie), Analfissuren und verschiedene extraintestinale Manifestationen. Zu diesen zählen beispielsweise Ekzeme, Arthritis, Thrombose, Glomerulonephritis, Leberabszesse, etc. Konservativ wird Morbus Crohn ähnlich wie Colitis ulcerosa behandelt (Jochum et al. 2012).

Bei Komplikationen wie Blutungen, Ileus oder Fisteln muss operiert werden; die häufigste Operation ist hierbei die Ileozökalresektion (die operative Entfernung des terminalen Ileum und Zökum) mit Ileoaszendostomie oder einer Enterostomaanlage (Menche et al. 2014).

1.4 Arten und Versorgung des Enterostomas

Im folgenden Abschnitt werden die zwei Arten des Enterostomas - das Kolo- und Ileostoma - sowie deren Versorgung beschrieben.

1.4.1 Das Kolostoma

Das Kolostoma ist die Ausleitung des Kolons durch die Bauchdecke und kann sich an vier verschiedenen Lokalisationen befinden (Wiesinger & Stoll-Salzer 2012):

- Sigmoidostomie (Stoma im Bereich des S-förmigen Dickdarm)
- Zökostomie (Stoma im Bereich des Blinddarms)
- Transversum-Kolostomie (Stoma im Bereich des Querdarms)
- Deszendostomie (Stoma im Bereich des absteigenden Dickdarm)

Das Kolostoma kann endständig (der erkrankte Darmabschnitt wird entfernt und der gesunde Darm wird einlumig nach außen vernäht) oder doppeläufig (eine eröffnete Darmschlinge wird am Bauch vernäht, es entstehen zwei Öffnungen anstatt einer) sein. Auch unterscheidet man zwischen einem temporären (mit der Aussicht auf eine Rückverlegung des Enterostomas, wenn es z.B. nur für eine gewisse Zeit benötigt wird) und permanentem Kolostoma (Wiesinger & Stoll-Salzer 2012).

1.4.2 Das Ileostoma

Das Ileostoma ist die Ausleitung des Dünndarms durch die Bauchdecke und befindet sich meist im rechten Unterbauch zwischen Bauchnabel und Darmbeinstachel. Ein Ileostoma wird immer prominent angelegt; das bedeutet, dass die umgestülpte Darmschleimhaut das Niveau der Bauchdecke um mindestens 2cm überragt. Dadurch, dass der Stuhl nicht mehr den Dickdarm und seine Aufgaben passiert, ist er dünnflüssig und aufgrund der enthaltenen Verdauungssäfte sehr aggressiv (Wiesinger & Stoll-Salzer 2012).

1.4.3 Stomaversorgung

Bei der Stomaversorgung wird zwischen ein- oder zweiteiligen Systemen unterschieden. Bei einem einteiligen System hängen Basisplatte (die konvex oder plan sein kann) und Stomabeutel zusammen, beim zweiteiligen System sind diese getrennt voneinander und müssen erst selbstständig zusammengeführt werden, indem der Beutel an der Basisplatte befestigt wird. Die Stomabeutel selbst können offen oder geschlossen sein; bei einem offenen System besteht die Möglichkeit, den Beutel zu öffnen und „auszustreifen“, bei einem geschlossenen System ist diese Öffnung nicht vorhanden, sodass immer der ganze Beutel gewechselt werden muss (Wiesinger & Stoll-Salzer 2012).

Die Information des/der Patienten/Patientin und die Vermittlung dieser Fähigkeiten gehört in den Aufgabenbereich der Pflege, wie nachfolgend beschrieben wird.

1.5 Definition Lebensqualität

Die World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation, WHO) definiert Lebensqualität wie folgt:

„Quality of Life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment“ (World Health Organization 2018)

1.6 Stoma und Pflege

Laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz umfasst die „Stomaversorgung und -beratung neben der Wundversorgung die individuelle Pflege von PatientInnen mit Stoma, Inkontinenzleiden, Fisteln und sekundär heilenden Wunden“ (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018, §22a).

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist ebenso festgeschrieben, dass „der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege [...] zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht beiträgt“ (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018, §12).

Die Stomatherapie selbst ist ein eigener Fachbereich der Gesundheits- und Krankenpflege und beinhaltet die psychische, physische und soziale Rehabilitation von PatientInnen mit einem (Entero)stoma. Dabei wird nicht nur das Stoma an sich betrachtet und behandelt, sondern vor allem der Mensch selbst in seinem Umfeld und seiner derzeitigen Situation (Esch 2005).

In Österreich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Möglichkeit, sich mittels einer Weiterbildung zum/zur Kontinenz- und StomaberaterIn ausbilden zu lassen. Dafür ist neben einer mehrjährigen Berufserfahrung in der Pflege auch eine „Kontinenz- und Stomaberatung“ – Ausbildung im Rahmen von 540 Stunden erforderlich. Davon entfallen 320 Stunden auf die Theorie und 220 Stunden auf die Fachpraxis (Hladik et al. 2010).

Diese Weiterbildung wird derzeit in Innsbruck, Salzburg, Wien und Niederösterreich angeboten und wird vom World Council of Enterostomal Therapists (WCET) anerkannt (Hladik et al. 2010).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass ein Enterostoma eine große Veränderung im Leben der Betroffenen darstellt. Es liegt in der Verantwortung der Pflege, den Umgang und das Leben mit ebendiesem zu erläutern, zu begleiten und zu erleichtern. In dieser Arbeit wird unter anderem aufgezeigt, durch welche Maßnahmen die Pflege zu einer Steigerung der Lebensqualität von EnterostomaträgerInnen beitragen kann.

1.7 Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welche Faktoren und Umstände eines Enterostomas zu einer Veränderung der Lebensqualität führen und welche pflegerischen Maßnahmen dies beeinflussen.

Daraus ergeben sich folgende Fragen:

- 1) Wie wird die Lebensqualität von Betroffenen eines Enterostomas in der internationalen Literatur beschrieben?
- 2) Welche pflegerischen Möglichkeiten sind in der internationalen Literatur beschrieben, um die Lebensqualität von Betroffenen zu beeinflussen?

2. Methodik

Zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview wird von Polit and Beck (2017) als „kritische Zusammenfassung der bisherigen Forschung zu einem bestimmten Thema“ (S.733) definiert.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde im Oktober und November 2018 durchgeführt. Gesucht wurde in den beiden wissenschaftlichen Datenbanken PubMed (Public Medical Literature On-Line) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Die genutzten englischen Suchbegriffe waren: colostomy, ileostomy, ostomy, stoma, quality of life, nursing care, stoma nurse, stomatherapy und enterostomal nurse. Ergänzt wurde diese Suche durch die jeweiligen MeSH Terms (Medical Subject Headings) und Subject Terms: enterostomy, ostomy, ileostomy und colostomy.

Anschließend wurden die Suchbegriffe mit den Boole'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft, woraus sich folgende Suchstrategien ergaben:

- (enterostomy [MeSH Terms] OR ostomy OR stoma) AND („stoma nurse“ OR „nursing care“ OR „stomatherapy“ OR „enterostomal nurse“ OR “quality of life”) in PubMed und
- AB ((MH "Enterostomy+") OR (MH "Colostomy") OR (MH "Ileostomy") OR (MH "Ostomy")) AND AB "quality of life" AND AB "nursing care" OR AB "stoma nurse" in CINAHL.

Tabelle 1: Gesetzte Filter in PubMed und CINAHL

| PubMed | CINAHL |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Sprache Deutsch/Englisch• Abstract musste verfügbar sein• Suchbegriffe mussten im Titel oder Abstract stehen | <ul style="list-style-type: none">• Sprache Englisch• Abstract musste verfügbar sein• Suchbegriffe mussten im Abstract stehen |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Menschen • Nicht älter als 10 Jahre | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht älter als 10 Jahre |
|--|--|

Neben der Suche in Datenbanken wurde auch eine Handsuche in Referenzlisten und Google Scholar durchgeführt, sowie auch eine Kontaktaufnahme mit der Stomaambulanz des Klinikum Klagenfurt erfolgte.

2.2 Auswahlprozess

Der Auswahlprozess der Studien wird in Abbildung 1 dargestellt. Die Suche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und der Handsuche ergab 656 Treffer, wovon 3 Duplikate entfernt wurden. Die Voraussetzungen für das Titelscreening in den beiden Datenbanken waren, dass mindestens eines der Synonyme für Stoma und Lebensqualität enthalten war, oder mindestens ein Synonym für Stoma und für Pflege, um damit eine thematische Übereinstimmung mit den Forschungsfragen zu erreichen. Dadurch wurden 635 Titel ausgeschlossen.

Von den 18 Artikeln, die für das Abstractscreening zugelassen wurden, wurde eine Studie ausgeschlossen, da sich herausstellte, dass es sich um ein Systematic Review handelt.

Drei Studien wurden ausgeschlossen, da sie älter als 10 Jahre und daher nicht mehr aktuell waren.

Eine weitere Studie musste ausgeschlossen werden, weil es sich bei den TeilnehmerInnen mehrheitlich um UrostomaträgerInnen handelte.

Nach dem Lesen des Volltextes wurden vier weitere Studien exkludiert.

Eine dieser vier Studien wurde exkludiert, weil sie auch PartizipantInnen unter 14 Jahren beinhaltete und drei weitere, weil sich zeigte, dass die Themen Lebensqualität und Pflege nur am Rande angeschnitten wurden.

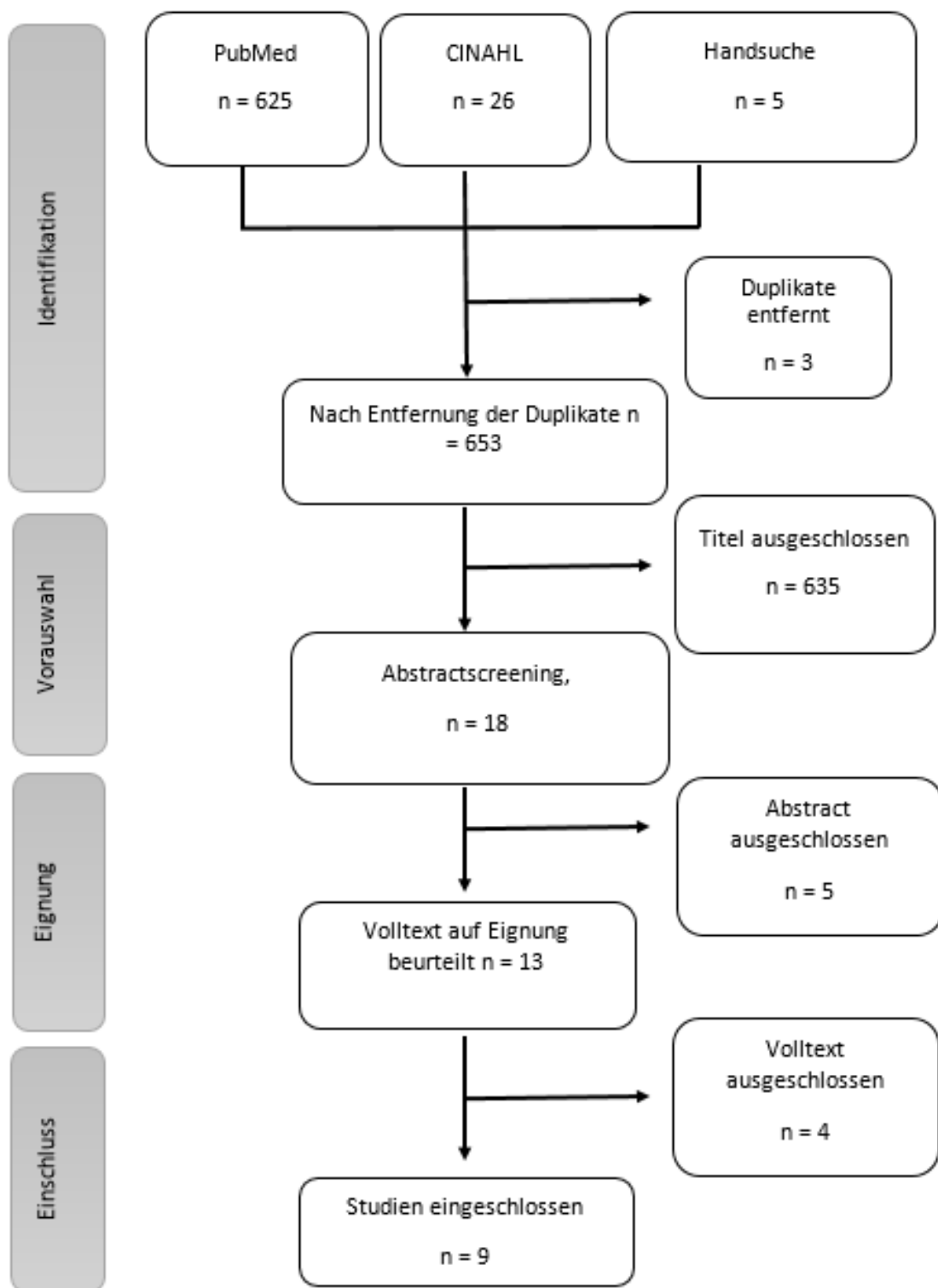


Abbildung 1: Prisma Flowchart der Literatursuche (Moher et al. 2009)

2.3 Bewertung der Studien

Bewertet wurden die neun identifizierten Studien mittels des Beurteilungsbogens von Hawker et al. (2002). Dieser enthält zu jedem Teil der Studie – Abstract und Titel, Einleitung und Ziele, Methoden und Daten, Sampling, Datenanalyse, Ethik und Befangenheit, Ergebnisse, Übertragbarkeit oder Generalisierbarkeit, Implikationen und Nützlichkeit für die Praxis – eine Frage, die mit „Gut“ (4 Punkte), „Angemessen“ (3 Punkte), „Mangelhaft“ (2 Punkte) und „Sehr Mangelhaft“ (1 Punkt) beantwortet werden kann. Entsprechend dieser Antwortmöglichkeiten werden Punkte von eins bis vier vergeben. Je niedriger die Gesamtbewertung ausfällt, desto unqualifizierter ist die Studie. Studien, die unter 60% erreichten, wurden ausgeschlossen.

Tabelle 2: Bewertung der Studien

| Studie | Bewertung |
|---|-----------------------|
| The impact of speciality practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies – Coca et al. | 34/36 Punkte – 94,44% |
| Quality of life in ostomy patients: a qualitative study – Dabirian et al. | 28/36 Punkte – 77,78% |
| Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education – a case control study – Danielsen, A. & Rosenberg, J. | 32/36 Punkte – 88,89% |
| A prospective, experimental study to assess the effectiveness of home care nursing on the healing of peristomal skin complications and quality of life – Harputlu, D. & Özsoy, S.A. | 36/36 Punkte – 100% |
| Quality of life and characteristics of colostomy patients – Ibrahim et al. | 25/36 Punkte – 69,44% |

| | |
|--|-----------------------|
| Studie über die Bedeutung der Kontinenz- und Stomapflege für Betroffene – Kittl-Satran et al. | 30/36 Punkte – 83,33% |
| Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer – Näsvall et al. | 32/36 Punkte – 88,89% |
| 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 – Sier et al. | 34/36 Punkte – 94,44% |
| Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients – Zhang et al. | 33/36 Punkte – 91,66% |

3. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden erst die Charakteristika der ausgewählten Studien vorgestellt (Tabelle 3) und anschließend die Ergebnisse dieser Arbeit beschrieben.

Tabelle 3: Charakteristika der Studien

| AutorIn, Jahr, Land | Ziel | Design | Setting, Sample, Datensammlung | Ergebnisse |
|---------------------------------|--|--------------------|---|--|
| Coca et al. 2015 Spanien | Den Einfluss von StomatherapeutInnen auf die Lebensqualität von StomapatientInnen zu erforschen. | Längsschnittstudie | 16 Krankenhäuser 401 PatientInnen Fragebogenerhebung | Betreuung durch spezialisierte StomatherapeutInnen steigert die Lebensqualität der PatientInnen. |
| Dabirian et al. 2010 Iran | Lebensqualität bei PatientInnen mit Enterostomata zu beschreiben. | Qualitative Studie | Setting unklar 14 TeilnehmerInnen Halb strukturierte Interviews | Einschränkungen der Lebensqualität aufgrund von physischer, psychischer, sozialer, ökonomischer, sexueller und ernährungsbezogener Probleme. |

| | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|---|
| Danielsen & Rosenberg 2014 Dänemark | Einfluss von strukturierter PatientInnen-schulungen auf die Lebensqualität im Gegensatz zur normalen Stomaberatung. | Fallkontrollstudie | Krankenhaus 50 TeilnehmerInnen Fragebogenerhebung | Strukturierte PatientInnenschulungen verbessern die Lebensqualität. |
| Harputlu & Özsoy 2018 Türkei | Effekt von spezialisierten StomatherapeutInnen im Heimsetting auf die Lebensqualität zu erforschen. | Prospektive, experimentelle Studie. | Stomazentrum und zu Hause 35 TeilnehmerInnen Fragebogenerhebung | StomatherapeutInnen steigern die Lebensqualität der Betroffenen. |
| Ibrahim et al. 2017 Indonesien | Lebensqualität bei PatientInnen mit Kolostoma zu identifizieren. | Querschnittstudie | Setting unklar 71 PartizipantInnen Fragebogenerhebung | Lebensqualität der PartizipantInnen wird größtenteils als "sehr schlecht" bis "moderat" eingeschätzt. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>Kittl-Satran, Kroboth & Meyer 2015 Österreich</p> | <p>Einfluss von Kontinenz- und Stomapflege auf die Selbstpflegekom- petenz und die Lebensqualität zu erforschen.</p> | <p>Querschnittstudie</p> | <p>Sanitätshäuser 714 TeilnehmerInnen Fragebogenerhebung</p> | <p>StomatherapeutInnen unterstützen die Selbstpflegekompetenz und die Lebensqualität.</p> |
| <p>Näsvall et al. 2016 Schweden</p> | <p>Lebensqualität von PatientInnen mit Rektumkarzinom mit und ohne Stoma zu identifizieren.</p> | <p>Querschnittstudie</p> | <p>Krankenhäuser 453 TeilnehmerInnen Fragebogenerhebung</p> | <p>Stomagruppe hatte eine schlechtere mentale Gesundheit, Körperbild, physische und emotionale Aspekte verglichen mit der Gruppe ohne Stoma.</p> |
| <p>Sier et al. 2016 Niederlande</p> | <p>Einfluss von Hausbesuchen durch StomatherapeutInnen auf Stomakom- plikationen und auf die Lebensqualität zu erforschen.</p> | <p>Cluster- randomisierte Studie</p> | <p>Zu Hause 218 TeilnehmerInnen Fragebogenerhebung</p> | <p>Betreuung durch StomatherapeutInnen zuhause steigert die Lebensqualität und senkt das Auftreten von Stomakomplikationen.</p> |

| | | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|
| Zhang et al. 2013 China | Einfluss von telefonischer Beratung auf die Lebensqualität der PatientInnen zu identifizieren. | Randomisierte, kontrollierte Studie. | Sieben Krankenhäuser 94 TeilnehmerInnen Fragebogenerhebung | Telefonische Pflegeberatung steigert die Selbstwirksamkeit und die Lebensqualität. |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|

3.1 Charakteristika der Studien

In dieser Arbeit wurden eine randomisiert kontrollierte Studie, eine cluster-randomisierte Studie, eine Fallkontrollstudie, drei Querschnittstudien, eine prospektiv experimentelle Studie, eine Längsschnittstudie und eine qualitative Studie verwendet.

In der Studie von Coca et al. (2015) wurden zwei Gruppen in 16 spanischen Krankenhäusern miteinander verglichen: Die Interventionsgruppe erhielt spezielle Pflege durch geschulte StomatherapeutInnen, während die Kontrollgruppe von unspezialisierten KrankenpflegerInnen betreut wurde. Die PartizipantInnen der Interventionsgruppe erhielten in der postoperativen Phase Informationen und Beratung bezüglich Hygiene, Pflege des Stomas und der peristomalen Haut, mehrere Trainings über verschiedene Systeme und deren Wechsel, Ernährungsberatung, Schulungen über Komplikationen und wie man diese erkennt und wurden bei der Entlassung mit telefonischer oder direkter Weiterberatung und Unterstützung ausgestattet.

Die Daten wurden hierbei zu zwei Zeitpunkten – vor der Stomaoperation und drei Monate danach - mittels Fragebogen (EuroQol EQ 5D, Montreux Fragebogen) erhoben. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf physische Aktivitäten, Selbstpflege, gewohnte Tätigkeiten, Schmerzen, Ängste, Depressionen und die Einschätzung der eigenen Gesundheit gelegt.

Die Studie von Dabirian et al. (2010) wurde im Iran durchgeführt. Dabei wurden 14 PartizipantInnen, welche seit mindestens 6 Monaten ein Enterostoma hatten, an einem von ihnen gewünschtem Ort über ihre subjektive Lebensqualität interviewt. Zum besseren Verständnis wurden die Ergebnisse in die neun Dimensionen „physisch“, „psychisch“, „sozial/familiär“, „ökonomisch“, „ernährungsbezogen“, „sexuell“, „religiös“, „mobil“ und „fitnessbezogen“ eingeteilt.

In der Fallkontrollstudie von Danielsen & Rosenberg (2014) wurden die PatientInnen eines Krankenhauses in Kopenhagen ein paar Tage vor der Entlassung und drei bzw. sechs Monate danach über ihre Lebensqualität mit dem Ostomy Adjustment Scale (OAS) sowie dem SF-36 Short Form befragt.

Die PartizipantInnen wurden in zwei Gruppen eingeteilt: Die Kontrollgruppe, welche die standardisierte Stomapflege erhielt, sowie die Interventionsgruppe, welche zusätzliche edukative Maßnahmen bekam.

Die Kontrollgruppe erhielt präoperative Edukation von einem Stomatherapeuten/einer Stomatherapeutin, sofern es sich um eine geplante Operation handelte. Diese präoperativen Maßnahmen enthielten Informationen zur Stomapflege sowie die Markierung der Stelle, an welcher das Stoma angebracht werden soll. Nach der Operation wurde der/die PatientIn von einem/einer StomapflegerIn angeleitet. Nach der Entlassung hatte der/die Betroffene vereinbarte Termine mit dem/r StomapflegerIn nach 10 Tagen, einem Monat, drei Monaten, sechs Monaten und zwölf Monaten nach der Stomaanlage.

Die Interventionsgruppe erhielt dieselben Interventionen wie die Kontrollgruppe. Zusätzlich wurden die PatientInnen auf der Station zwei Tage nach der Stomaanlage von EnterostomatherapeutInnen besucht, welche die Betroffenen einwiesen und beim Wechsel des Beutels unterstützten. Außerdem erstellten die StomapflegerInnen einen Plan für den weiteren Umgang mit dem Kolo- oder Ileostoma, um die Zeit nach der Entlassung zu erleichtern.

Des Weiteren wurden die PatientInnen fünf Tage nach der Entlassung vom zuständigen Stomapfleger/der zuständigen Stomapflegerin telefonisch kontaktiert, um auftretende Fragen zu beantworten und – wenn nötig – ambulante Termine zu vereinbaren.

Auch wurden in der Interventionsgruppe edukative Sitzungen organisiert, welche sich an den für den jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin relevanten Punkten orientierten. Zusätzlich wurde der Schwerpunkt auf das Erlangen eines möglichst guten Selbstmanagements und Selbstwirksamkeit der Betroffenen gelegt. Die Zahl der PartizipantInnen, die an diesen Kursen teilnehmen, wurde auf jeweils acht pro Gruppe festgelegt und von EnterostomatherapeutInnen geleitet. Alle Sitzungen dauerten drei Stunden und involvierten auch PhysiotherapeutInnen, SexualtherapeutInnen und LaienlehrerInnen, welche selbst ein Enterostoma haben.

Im Rahmen der prospektiven, experimentellen Studie von Harputlu & Özsoy (2018) wurden in Zentral-Izmir zwei Gruppen gebildet, von denen beide von peristomalen Hautkomplikationen (z.B. gereizte Dermatitis, mechanisches Trauma und allergische Dermatitis) betroffen waren. Gruppe 1 (Interventionsgruppe) erhielt

dabei sechs Hausbesuche im Abstand von 5 Tage über einen Monat mit dem Ziel, die Hautirritationen zu therapieren und die Lebensqualität wieder zu steigern. Gruppe 2 (Kontrollgruppe) hatte nur einen Hausbesuch durch StomatherapeutInnen.

Zur Beschreibung der Lebensqualität wurde das Stoma Quality of Life Instrument genutzt und zur Erhebung der Hautirritationen das Ostomy Skin Tool (OST).

Die deskriptive, analytische Querschnittstudie von Ibrahim et al. (2017) hat zum Ziel, die Lebensqualität von KolostomaträgerInnen mittels des WHO BREF Quality of Life Fragebogen zu bestimmen. Dafür wurden 71 TeilnehmerInnen rekrutiert, das Setting wurde nicht näher beschrieben.

In der Studie von Kittl-Satran et al. (2015) wurden Betroffene eines Enterostomas in ganz Österreich mittels eines Fragebogens, der sich in die Dimensionen „Stoma“, „Beratung“, „Einschulung“, „Erreichbarkeit“, „Sicherheit im Umgang“, „Soziodemographische Daten“ und „Rückmeldung“ gliedert, befragt. Dadurch soll der Einfluss der Stomapflege auf die Selbstpflegekompetenz und die Lebensqualität erforscht werden. Da es hierfür noch keinen getesteten Fragebogen gab, wurde ein eigener standardisierter, schriftlicher Fragebogen entwickelt.

Fragen zur Einschulung betreffen „das Einschulungsangebot, die Häufigkeit und Dauer der Einschulung, die Einschulungsqualität und die Einschätzung der Befragten zur Wichtigkeit der Einschulung“ (Kittl-Satran et al. 2015, p. 26). Zur Dimension „Beratung“ wurden dieselben Aspekte abgefragt und die Kategorie „Erreichbarkeit“ widmet sich der Frage, wie und ob Betroffene eine Ansprechperson erreichen können und wie wichtig ihnen diese Erreichbarkeit ist.

Kontakt zu den TeilnehmerInnen wurde aufgenommen, indem die Fragebögen an 16 österreichische Sanitätshäuser gesendet wurden, welche diese dann an ihre KundInnen weiterleiteten.

In der Studie von Näsvalld et al. (2016) wurde untersucht, ob es einen Unterschied zwischen Personen mit Rektumkarzinom und einem Enterostoma und Personen mit Rektumkarzinom ohne Stoma hinsichtlich der Lebensqualität gibt. Hierfür wurden zwei Gruppen mit insgesamt 453 TeilnehmerInnen verglichen: 336 Personen hatten ein permanentes Stoma, 117 hatten kein Stoma.

Zur Erhebung der Lebensqualität wurden der EORTC QLQC30 (European Organisation für Research and Treatment of Cancer), der EORTC QLQ CR38, der SF 36 Short Form und der CQ (Colostomy Questionnaire) genutzt.

In der cluster-randomisierten Studie von Sier et al. (2016) wird versucht, durch sorgfältige Unterweisung und enge Zusammenarbeit mit den Betroffenen eine niedrige Stomakomplikationsrate und eine gesteigerte Lebensqualität zu erreichen. Dafür wurde ein neuer Pflegepfad entwickelt, der mit dem alten Standardpfad verglichen wurde.

In der Standardpflege (Kontrollgruppe) besuchen die PatientInnen ihre StomatherapeutInnen einmal vor der Operation und dann zwei Wochen, ein Monat und drei Monate nach der Stomaanlage. Bei jedem Termin werden die Stoma-bezogene Morbidität, Wechsel von Versorgungssystemen und die Notwendigkeit einer Extrapflege dokumentiert.

Im neu entwickelten Pflegepfad (Interventionsgruppe) wurden folgende neue Interventionen implementiert:

- 1) Hausbesuche, die ungefähr zwei Stunden dauerten, wurden drei Wochen vor der stationären Aufnahme durch StomatherapeutInnen durchgeführt, um die PatientInnen und deren Angehörige über das Operationsprozedere, die geplante Stomaanlage und deren Konsequenzen sowie die Organisation der Stomapflege nach der Entlassung aufzuklären. Außerdem konnten die PatientInnen sich bereits mit dem Stomamaterial vertraut machen und erhielten erste Informationen über den Umgang mit diesem. Auch stand der/die StomatherapeutIn für Fragen zur Verfügung.
- 2) Ein kombiniertes ambulantes Treffen mit dem Stomatherapeuten/der Stomatherapeutin und dem Chirurgen/der Chirurgin wurde zwei Wochen nach der Operation angesetzt. Hierbei wurde das Stoma untersucht, Fäden entfernt und die Stomapflege diskutiert.
- 3) Telefonische oder ambulante Termine konnten jederzeit vereinbart werden, wenn der/die PatientIn Fragen oder Probleme hatte.
- 4) Weitere Hausbesuche durch ausgebildete StomatherapeutInnen, welche zumeist ca. zwei Stunden dauerten, wurden 4-6 Wochen und 12 Wochen nach der Entlassung durchgeführt. Dabei wurde die Stomapflege des Patienten/der

Patientin evaluiert und Probleme sowie bisherige Erfahrungen (Geruch, Hygiene, soziale Aktivitäten, etc.) besprochen.

Zur Erhebung der Lebensqualität wurde ein neu entwickelter Fragebogen genutzt.

In der Studie von Zhang et al. (2013) wurden zwei Gruppen von KolostomaträgerInnen gebildet, um den Effekt von telefonischer Stomaberatung auf die Lebensqualität zu erforschen. Es gab eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe. Die Kontrollgruppe erhielt nach der Kolostomaanlage das Routineentlassungsmanagement, während die Interventionsgruppe zusätzlich eine telefonische Nachsorge durch ausgebildete StomatherapeutInnen erhielt. Diese Anrufe fanden zwischen dem 3. und 7. Tag nach der Entlassung statt, sowie zwischen dem 14. und 20. Tag. Der dritte Anruf erfolgte zwischen dem 23. und 27. Tag. Für die Anrufe wurde von EnterostomapflegerInnen ein Protokoll entwickelt, das aus den drei Teilen „Einschätzung“, „Möglichkeiten zum Management“ und „Evaluation“ besteht. Der Teil „Einschätzung“ enthält den allgemeinen, klinischen Status der PatientInnen, Stomakomplikationen, Selbstpflegekompetenz und psychische Verfassung. Anhand dieser Erfassung wird das weitere Vorgehen entschieden. Schlussendlich werden die Maßnahmen und ihre Effektivität durch einen weiteren Anruf evaluiert.

Es wurden die Instrumente Ostomy Adjustment Scale und die Stoma Self-efficacy Scale zur Datenerhebung genutzt.

3.2 Veränderung der Lebensqualität

Im folgenden Abschnitt werden die Faktoren, die zu einer Veränderung der Lebensqualität führen, anhand der inkludierten Studien beschrieben.

3.2.1 Physische Veränderungen

Zu den häufigsten physischen Beeinträchtigungen zählen Müdigkeit, Schlafunterbrechungen, Kurzatmigkeit, sexuelle Dysfunktion und Appetitverlust (Näsvall et al. 2017). Des Weiteren geben Betroffene auch Gasaustritt und den damit einhergehenden unangenehmen Geruch sowie Geräusche als sehr belastend an, ebenso wie die Tatsache, dass es ihnen nicht möglich ist, Objekte über 5kg zu heben (Dabirian et al. 2010). Ein Partizipant dieser qualitativen Studie formulierte diese für ihn schwierige Tatsache im geführten Interview wie folgt: „Können Sie sich vorstellen wie es ist, von einer Person, die immer sauber war, mit einem wohlriechenden Körpergeruch und einem gesunden Lebensstil, zu einer Person mit einem schlechten Körpergeruch, die sich selbst nicht aushält, zu werden?“ (Dabirian et al. 2010, S. 2).

Diese Einschränkungen der physischen Aktivität – keine schweren Objekte mehr heben zu können, Abnahme der gewohnten physischen Tätigkeiten – werden auch in der Querschnittsstudie von Näsvall et al. (2017) als negativ für die Lebensqualität beschrieben.

Zu den häufigsten direkten Komplikationen durch ein Enterostoma gehört die Ausbildung einer parastomalen Hernie (Näsvall et al. 2017); dabei tritt Darm durch die Stomaöffnung aus (Diermann 2016). Diese Hernie muss (operativ) behandelt werden und zieht weitere, die Lebensqualität vermindernde Komplikationen wie sexuelle Dysfunktion und Schmerzen nach sich (Näsvall et al. 2017).

Neben einer parastomalen Hernie ist die häufigste Komplikation die gereizte Dermatitis, die hauptsächlich aufgrund von Kontakt der parastomalen Haut mit Stuhl auftritt. Zu diesem Kontakt kommt es, wenn die Halteplatte weiter ausgeschnitten wird als der Durchmesser des Enterostomas groß ist, ebenso wie bei schlechter Adhäsion der Halteplatte (Harputlu & Özsoy 2018).

Zu einer allergischen Dermatitis kommt es, wenn das verwendete Stomaprodukt nicht vertragen wird sowie es zu einem peristomalen mechanischem Trauma durch das kontinuierliche Ablösen alter Halteplatten und das Anbringen von neuen kommt (Harputlu & Özsoy 2018).

3.2.2 Psychische Veränderungen

Einen weiteren wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität hat die mentale Situation der Betroffenen. Vergleicht man die mentale Gesundheit von Personen mit einer Stomaanlage nach einem Rektumkarzinom mit der mentalen Gesundheit von Personen ohne Stoma nach einem Rektumkarzinom, so fällt diese bei der ersten Gruppe deutlich niedriger aus (Näsvall et al. 2017).

Betroffene eines Enterostomas beschreiben ihre Lebensqualität als sehr schlecht bis moderat (Ibrahim et al. 2017). Hierbei wird besonders das negative Selbstbild und Scham hervorgehoben: Dies führt nicht nur zu Depressionen (Näsvall et al. 2017), sondern beeinflusst auch die soziale Interaktion mit anderen (sozialer Rückzug) ebenso wie die sexuelle Beziehung zum/zur PartnerIn, aus Scham sich vor ebendiesem/r zu zeigen, wodurch die sexuelle Aktivität abnimmt bzw. nicht mehr stattfindet (Ibrahim et al. 2017).

Auch Ängste spielen eine große Rolle: Neben der bereits erwähnten Angst davor, dass andere das Stoma bemerken, liegt bei vielen auch ein besonderes Augenmerk auf der Ernährung: Oft werden bestimmte Nahrungsmittel aus Angst vor Diarrhoe oder vermehrtem Gasaustritt vermieden (Dabirian et al. 2010).

3.2.3 Soziale Veränderungen

Auch im sozialen Bereich des Lebens kämpfen Betroffene eines Enterostomas mit Schwierigkeiten. Aus Sorge, dass andere das Stoma unter der Kleidung erkennen können oder – vor allem – aus Angst vor dem Austritt unangenehmer Gerüche, vermeiden viele StomaträgerInnen Familien- oder Freundestreffen und ziehen sich zurück. Auch die Scham über den eigenen Körper vor dem/der eigenen PartnerIn verkompliziert eine Partnerschaft und kann dieser schaden (Dabirian et al. 2010). Gleichzeitig erfahren Betroffene aber auch eine Erleichterung, wenn zumindest die

Familie und die engsten FreundInnen über das Kolo- oder Ileostoma Bescheid wissen und die Betroffenen dadurch unterstützen können (Ibrahim et al. 2017).

3.2.4 Finanzielle Veränderungen

Finanzielle Veränderungen wie von Näsvall et al. (2017) und Dabirian et al. (2010) beschrieben, beeinflussen ebenso die Lebensqualität. Da viele Betroffene ihren Beruf nicht mehr ausüben können, sinkt ihr Einkommen. Zu diesem niedrigen Einkommen kommen nun auch noch Stoma-relevante Kosten, z.B. für Beutel oder Handschuhe. Diese finanzielle Belastung steigt weiter, wenn durch falsche Ernährung oder Krankheit mehr ausgeschieden wird und somit auch mehr Enterostomabeutel benötigt werden (Dabirian et al. 2010).

Diese finanzielle Belastung wird bei Näsvall et al. (2017) hauptsächlich in der Interventionsgruppe von PatientInnen mit Rektumkarzinom mit permanentem Enterostoma beschrieben.

3.3 Einfluss der Pflege

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene pflegerische Strategien vorgestellt, mit denen versucht wird, die Lebensqualität von Betroffenen eines Enterostomas zu verbessern.

3.3.1 Spezialisierte StomatherapeutInnen und Stomaschulungen

Wie in Österreich (Kittl-Satran et al. 2015) wird auch in Spanien (Coca et al. 2015) mit spezialisierten StomatherapeutInnen gearbeitet und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität der PatientInnen beforscht.

Durch den Einsatz von geschulten StomatherapeutInnen stieg die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu Betroffenen, die von Pflegepersonen betreut wurden, signifikant an. Es traten insbesondere weniger Schmerzen und Unbehagen auf, ebenso wie die Müdigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe niedriger ausfiel. Zwar nahm die Sexualität in beiden Gruppen ab, in der Kontrollgruppe jedoch stärker. Des Weiteren kämpften die PartizipantInnen, die keine spezialisierte Stomapflege erhalten hatten, mit einem schlechteren Selbstbild,

mehr Unzufriedenheit, gesteigerten Ängsten vor Geruchs- oder Stuhlaustritt und sie hatten größere Schwierigkeiten, ihr Stoma zu akzeptieren (Coca et al. 2015).

Auch in Bezug auf das Selbstmanagement hob sich die von StomatherapeutInnen betreute Gruppe deutlich von der anderen ab: Die PartizipantInnen gaben an, sich bei der Reinigung und dem Wechsel der Stomaprodukte sicher zu fühlen und zwischendurch sogar zu vergessen, ein Stoma zu besitzen (Coca et al. 2015).

Die Studie von Danielsen & Rosenberg (2014) stellt sich die Frage, ob strukturierte PatientInnenbildung zu einer Verbesserung der Lebensqualität von StomaträgerInnen führt.

Dabei kam heraus, dass die Interventionsgruppe, welche die PatientInnenbildung erhielt, einen signifikanten Anstieg bei der Anpassung und der Einstellung auf ihr Enterostoma erlangte, im Gegensatz zu der Kontrollgruppe. Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität war in der Interventionsgruppe deutlich höher. Gleichzeitig erfuhren sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe eine Verbesserung in den Bereichen „physische Funktion“, „Schmerz“ und „psychische Gesundheit“ (Danielsen & Rosenberg 2014).

3.3.1.1 Exkurs Stomaschulungen in Österreich

Die Studie von Kittl-Satran et al. (2015) beschäftigt sich mit der Bedeutung der Beratung, Einschulung und Erreichbarkeit von professionellen StomatherapeutInnen für die StomaträgerInnen.

Es stellte sich heraus, dass die meisten Personen in Österreich eingeschult wurden. Hierbei zeigt sich ein signifikanter Unterschied beim Alter der ProbandInnen: Personen über 80 Jahren wurden seltener eingeschult als jüngere. Die Anzahl der Termine lag am häufigsten zwischen ein und dreimal und sie dauerten im Durchschnitt 36 Minuten. Dies empfanden die StomaträgerInnen sowohl in der Anzahl als auch in der Dauer als genau richtig. Die Qualität der Einschulung wird als zufriedenstellend bewertet mit Möglichkeiten der Verbesserung. Über 93% der StomaträgerInnen halten eine Einschulung durch spezielle Fachkräfte für sehr wichtig (Kittl-Satran et al. 2015).

Bei der Dimension Beratung gaben die meisten Personen an, eine Beratung erhalten zu haben, wobei es hierbei große Unterschiede zwischen den

Bundesländern gab. Im Durchschnitt hatten die StomaträgerInnen vier Beratungstermine zu durchschnittlich 40 Minuten, was ca. 90% der Betroffenen als „gerade richtig“ erachteten. Ca. 10% der PartizipantInnen hätten sich mehr Termine gewünscht. Ein großes Defizit in der Beratung zeigt sich bei den Themen Sexualität, Stoma im Berufsleben und eventuell auftretende körperliche Veränderungen. Fast alle Betroffenen hoben eine professionelle Beratung als sehr wichtig hervor (Kittl-Satran et al. 2015).

Ca. 75% der Befragten geben an, dass ihnen eine Ansprechperson zur Verfügung steht und über 80% wissen auch, wie sie diese erreichen können. Für ca. 80% der StomaträgerInnen ist es sehr wichtig, eine kompetente Ansprechperson kontinuierlich erreichen zu können (Kittl-Satran et al. 2015).

Weiters gehen aus dieser Studie verschiedene Faktoren hervor, welche miteinander für den sicheren Umgang mit dem Stoma verantwortlich sind. Diese Faktoren sind (1) die Beratungskompetenz, (2) die Beratungssituation, (3) die Qualität der Einschulung, (4) die Erreichbarkeit der Ansprechperson und (5) die persönliche Einstellung der StomaträgerInnen.

„Eine hohe Qualität in der Einschulung steht im positiven Zusammenhang mit der Einstellung der Stomaträgerinnen und Stomaträger [...]. Eine bessere Einstellung der Betroffenen zu ihrem Stoma steht auch mit einer hohen Kompetenz der Beratungsperson [...], mit einer angenehmen Beratungssituation [...] und mit der guten Erreichbarkeit der Ansprechperson [...] in Zusammenhang“ (Kittl-Satran et al. 2015, S. 65).

Kittl-Satran et al. 2015 kommen zu der Schlussfolgerung, dass: Einschulung + Beratung + Erreichbarkeit (+Einstellung zum Stoma) = Sicherer Umgang mit dem Stoma = bessere Lebensqualität.

3.3.2 Hausbesuche und telefonische Nachbetreuung

Ein weiteres Modell um die Lebensqualität von EnterostomaträgerInnen zu verbessern, sind Hausbesuche durch professionelles Stomapflegepersonal (Harputlu & Özsoy. 2018).

Hierbei kam es in der Interventionsgruppe während der Hausbesuche zu einem starken Anstieg der Lebensqualität und einer Abnahme der peristomalen

Hautkomplikationen. Während beim ersten Assessment der beiden Gruppen die Lebensqualität gleich stark vermindert war, zeigt sich jetzt ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen, da in der Kontrollgruppe die Hautkomplikationen nur mäßig zurückgegangen waren (Harputlu & Özsoy 2018).

Auch die Studie von Sier et al. (2017) beschäftigt sich damit, durch perioperative Hausbesuche von EnterostomatherapeutInnen nachfolgenden Stomakomplikationen entgegen zu wirken und dadurch die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern (Sier et al. 2017).

Dabei kam heraus, dass sich nach drei Monaten die Zahl der Stomakomplikationen zwischen den beiden Gruppen nicht unterschied. Hautirritationen und undichte Stomaversorgung waren die häufigsten Probleme. Tatsächlich waren Probleme in der Gruppe, welche dem neuen Pflegepfad angehörten (84%), sogar häufiger als in der Gruppe der Standardpflege (72%).

In Bezug auf die Lebensqualität fiel diese bereits nach einem Monat in der Interventionsgruppe deutlich besser aus als in der Kontrollgruppe und stieg nach drei Monaten weiter an (Sier et al. 2017).

Zusätzlich wurde beschrieben, dass in der Kontrollgruppe der Bedarf an zusätzlichen Terminen mit EnterostomatherapeutInnen sehr hoch war. So kam es, dass obwohl die Kosten für den neuen Pflegepfad ursprünglich höher waren als die des Standardpfades, durch die extra benötigten Termine die finanzielle Belastung für beide Gruppen in etwa gleich hoch war (Sier et al. 2017).

In der Studie von Zhang et al. (2013) wird die telefonische Nachsorge durch ausgebildete StomatherapeutInnen (Interventionsgruppe) mit einem Routineentlassungsmanagement (Kontrollgruppe) verglichen.

In der Interventionsgruppe wurde eine deutlich bessere Anpassung an das neue Kolostoma beobachtet, ebenso wie eine höhere Stoma-Selbstwirksamkeit im Gegensatz zur Kontrollgruppe.

Zusätzlich traten in der Interventionsgruppe deutlich weniger Komplikationen auf, während Betroffene der Kontrollgruppe an Hautirritationen, Stenosen und Stomaretraktionen litten. Auch war die Interventionsgruppe deutlich zufriedener mit der geleisteten Pflege und Betreuung (Zhang et al. 2013).

4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, anhand der internationalen Literatur herauszufinden, welche Faktoren und Umstände eines Enterostomas zu einer Veränderung der Lebensqualität führen und welche pflegerischen Maßnahmen dies beeinflussen können.

Anhand der Ergebnisse konnte aufgezeigt werden, dass es verschiedene physische (z.B. Hautkomplikationen), psychische (z.B. Depressionen), soziale (z.B. Isolation) und finanzielle (z.B. Arbeitslosigkeit) Belastungen gibt, welche die Lebensqualität der Betroffenen senken.

Zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führt vor allem die Stomatherapie. Aus den Studien geht hervor, dass Personen, welche eine Stomatherapie durch EnterostomapflegerInnen erhielten, ein besseres Ergebnis erzielten als Personen, welche keine Stomatherapie hatten bzw. nur von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ohne Spezialisierung betreut wurden.

Auch neuere Modelle wie prä- und postoperative Hausbesuche oder enge telefonische Nachbetreuung führen zu einer verbesserten Lebensqualität und zu einer Abnahme der Stoma-relevanten Komplikationen.

Im folgenden Abschnitt werden die Lebensqualität-beeinflussenden Faktoren und die pflegerischen Möglichkeiten diskutiert.

4.1 Diskussion der Einflussfaktoren

Unangenehmer Geruch, sexuelle Dysfunktion, Müdigkeit aber auch parastomale Hernien und verschiedene Arten der parastomalen Dermatitis sind beschriebene körperliche Faktoren von StomaträgerInnen, welche die Lebensqualität beeinflussen (Dabirian et al. 2010, Näsvall et al. 2017, Harputlu & Özsoy 2018).

Weiters zählen mentale Veränderungen wie etwa Depressionen (Näsvall et al. 2017), Ängste (Dabirian et al. 2010), ein gestörtes Selbstbild und Scham (Ibrahim et al. 2017) zu relevanten Faktoren im Leben der Betroffenen.

Diese Erkenntnisse werden durch eine weitere Studie von Danielsen & Rosenberg (2014) unterstützt, in welcher Gefühle des Stigmas, Angst davor, dass andere das

Kolo- oder Ileostoma bemerken sowie Einschränkungen im täglichen Leben zu den Ergebnissen zählen.

Bei anderen Erkrankungen wie beispielsweise der Stuhlinkontinenz zeigt sich ein ähnliches Bild: Auch hier werden physische Probleme wie Schmerzen und unangenehme Gerüche beschrieben (Walter et al. 2011).

Betroffene von Stuhlinkontinenz haben – wie auch StomaträgerInnen – ein negatives Selbstbild und ein erhöhtes Auftreten von Depressionen und Angststörungen. Zur Arbeit gehen, Einkaufen, Ausflüge, etc. sind oftmals von zahlreichen Ängsten begleitet und der Gang aus dem Haus wird genau geplant. Viele Betroffene wählen Kleidungsstücke, welche die Einlagen kaschieren oder im Notfall Flecken verdecken können und versuchen bereits im Vorhinein zu eruieren, wo sich die nächsten Toiletten befinden (Meyer & Richter 2015).

Gleiches wird auch bei Betroffenen der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung Morbus Crohn beschrieben: Es treten häufig Schmerzen und Müdigkeit auf, der/ die Betroffene empfinden Scham und eine reduzierte Leistungsfähigkeit (Cohen 2002). Weiters werden Gefühle des „sich unrein Fühlens“, der Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper und ein negatives Selbstbild genannt (Casati et al. 2000).

In den Studien wird auch die soziale Isolation, um zu vermeiden, dass das Umfeld etwas von dem Stoma bemerkt – z.B. unangenehme Gerüche oder Darmgeräusche – als eine Konsequenz eines Stomas beschrieben (Danielsen & Rosenberg 2014). Auch Probleme in der Partnerschaft (Dabirian et al. 2010) sowie in sexuellen Beziehungen (Ibrahim et al. 2017) werden genannt.

Die Abnahme der sexuellen Aktivität bzw. Intimität wird auch bei Betroffenen von Stuhlinkontinenz und ihren PartnerInnen beschrieben (Imhoff et al. 2012).

Ebenso kommt es auch bei Personen mit Morbus Crohn zu einer veränderten Sexualität: Diese sinkt unter anderem aufgrund von krankheitsbedingten Depressionen, Schmerzen, Nebenwirkungen der Medikamente und erektiler Dysfunktion. Hier kommt es zusätzlich auch zu Fertilitätsschwierigkeiten (Gaidos & Kane 2017).

Dieser Punkt ist insbesondere von Interesse, da dieser Thematik der verminderten oder fehlenden sexuellen Aktivität auch in den Studien bezüglich pflegerischer Maßnahmen kaum Beachtung geschenkt wird – obwohl es ein wohlbekanntes Problem bei Betroffenen von Stomata ist – da es wie die Stuhlausscheidung an sich ein Aspekt ist, über den normalerweise nicht gesprochen wird (Kittl-Satran et al. 2015).

Zu diesen ohnehin schon schwierigen Bedingungen kommt es aufgrund von Stoma-bedingter Arbeitslosigkeit und Materialkosten für z.B. Beutel sowie durch die Behandlung von Stomakomplikationen auch zu einer erhöhten finanziellen Belastung (Dabirian et al. 2010, Nasvall et al. 2017). Aufgrund von unterschiedlichen Arten der Finanzierung bzw. der Übernahme der Finanzierung durch Krankenkassen tritt diese Problematik nicht in allen Ländern gleichermaßen auf.

Wie bei Betroffenen eines Enterostomas, tritt dieser finanzielle Aspekt auch bei Personen, welche an einer Stuhlinkontinenz leiden, auf: Einlagen, Barrierecremes, Feuchttücher und ähnliche Hilfsmittel kosten ebenso Geld wie Arztbesuche und Medikamente. Dazu kommt, dass es aufgrund der Erkrankung oft zu Jobwechsel oder –verlust kommt, wodurch das Einkommen sinkt (Meyer & Richter 2015).

Auch bei Morbus Crohn PatientInnen kommt es unter anderem aufgrund der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu finanziellen Problemen (Cohen 2002).

Obwohl die verwendeten Studien in unterschiedlichen Teilen der Welt –Türkei, Schweden und Indonesien bzw. Dänemark und Frankreich (bei den Studien, welche im Diskussionsteil zum Vergleich genommen wurden) – stattfanden, waren die Faktoren, welche zu einer Verschlechterung der Lebensqualität führen zumeist dieselben.

4.2 Diskussion der pflegerischen Maßnahmen

Um einem Verlust der Lebensqualität durch oben genannte Faktoren und Umstände entgegen zu wirken, wurden verschiedene pflegerische Konzepte entwickelt:

So wurde in den identifizierten Studien bereits in mehreren Ländern – unter anderem in Österreich, Spanien und Dänemark - mit StomatherapeutInnen und speziellen PatientInnenschulungen gearbeitet.

Aus diesen Studien geht hervor, dass StomatherapeutInnen über mehr Wissen zu diesem Thema verfügen und sie den PatientInnen durch Information und Beratung über die Pflege und Hygiene des Stomas und der peristomalen Haut, sowie Schulungen über das Handling verschiedener Systeme und Komplikationen zu einem besseren Umgang mit ihrem Stoma und damit zu einer gesteigerten (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität verhelfen können (Coca et al. 2015, Danielsen & Rosenberg 2014).

Ebenso wie Coca et al. (2015) und Danielsen & Rosenberg (2014) kamen auch Karadag et al. (2003) zu dem Ergebnis, dass Stomatherapie nicht nur zu einem signifikanten Anstieg der Lebensqualität führt, sondern auch zu einer Verbesserung des Umgangs mit dem System, der Hautprobleme und physischer Aktivitäten.

Wie für Betroffene eines Enterostomas, gibt es auch für andere Erkrankungen speziell ausgebildete diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen. Ein Beispiel hierfür wäre die Breast care nurse, die sich um Personen mit einer Brustkrebserkrankung kümmert. Wenn man die Auswirkungen einer Stomatherapie auf die Lebensqualität mit denen einer Therapie durch Breast care nurses vergleicht, zeigt sich ein ähnliches Bild.

Cruickshank et al. (2008) fand heraus, dass Personen, die von einer Breast care nurse betreut wurden, ein besseres physisches, psychisches und soziales Outcome haben als solche, die keinen Kontakt zu einem/-r spezialisierten KrankenpflegerIn hatten: Sie litten deutlich seltener an Depressionen und Angststörungen, waren zufriedener bzw. neutral gegenüber den Operationsnarben, dem Verlust der Brust und kamen besser mit der Prothese zurecht. Auch die Wiederherstellung der präoperativen physischen Aktivität und der sozialen Fähigkeiten bereitete den Betroffenen, die Unterstützung durch eine Breast care nurse hatten, weniger Probleme. Zusammengefasst führen diese Faktoren zu einer gesteigerten Lebensqualität.

Auch die österreichische Studie von Kittl-Satran et al. (2015) hebt die Wichtigkeit von Beratung und Einschulung durch professionelle StomatherapeutInnen aus Sicht

der PatientInnen hervor. Zusätzlich kommt hier noch der Faktor „Erreichbarkeit“ hinzu, welcher sich für die Betroffenen ebenfalls als sehr wichtig darstellte.

Erreichbarkeit wird in diesem Fall durch folgende drei Aussagen definiert: „Wenn Fragen oder Probleme [...] auftreten, steht mir jederzeit eine kompetente Ansprechperson zur Verfügung“, „Ich weiß die Fixzeiten meines/r persönlichen Stomaberater/in“ und „Ich weiß, wie ich meine Ansprechperson erreichen kann“ (Kittl-Satran et al. 2015, S. 43).

Diese kontinuierliche Erreichbarkeit von StomatherapeutInnen ist rund um die Uhr jedoch selten realistisch. Hier müssen andere Lösungen gefunden werden und eine davon ist die „Wenn's weh tut“ – Gesundheitsnummer 1450, welche man Tag und Nacht erreichen kann (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018). Unter dieser Nummer erreicht man speziell ausgebildetes diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, welchem man seine individuellen Beschwerden schildern kann. Dieses entscheidet schließlich das weitere Vorgehen: ist eine sofortige Vorstellung in einem Krankenhaus erforderlich oder reicht eine Vorstellung im Krankenhaus, beim/ bei der Hausarzt/Hausärztin oder in diesem Fall bei dem/der StomatherapeutIn am nächsten Tag.

Weiter wurde beschrieben, dass ein gutes Verhältnis zum Enterostomatherapeuten/zur Enterostomatherapeutin essentiell ist (Kittl-Satran et al. 2015). Diese aktuellen Erkenntnisse werden auch von Marquis et al. (2003) unterstützt. Sie fanden in ihrer Studie in 16 europäischen Ländern heraus, dass PatientInnen, welche mit der erhaltenen Pflege zufrieden waren und eine gute Beziehung zu ihren StomatherapeutInnen hatten, eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität erfuhren. Derselbe Effekt gilt für StomapflegerInnen, die ein ernsthaftes Interesse an ihren KlientInnen zeigten.

Ein weiteres Modell, um die Lebensqualität zu steigern, sind Hausbesuche im Rahmen der Stomatherapie bzw. bei Problemen.

In der Studie von Harputlu & Özsoy (2018) wurden die Auswirkungen von Hausbesuchen auf Hautirritationen untersucht. Hautirritationen waren ebenso Thema in der Studie von Sier et al. (2017), bei der es um die allgemeine prä- und postoperative Betreuung durch StomatherapeutInnen ging.

In Bezug auf Hautirritationen konnte bei Harputlu & Özsoy (2018) eine deutliche Besserung festgestellt werden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer weiteren Studie, bei der in der Interventionsgruppe durch enge telefonische Nachbetreuung weniger Komplikationen auftraten als in der Kontrollgruppe, welche mit Hautirritationen, Stenosen und Stomaretraktionen zu tun hatte (Zhang et al. 2013).

In der Studie von Sier et al. (2017) kam es durch den Einsatz von StomatherapeutInnen häufiger zu Hautirritationen als in der Vergleichsgruppe. Dies könnte daran liegen, dass die Daten bereits drei Monate nach der Stomaanlage erhoben wurden und die Versorgung des Stomas von den Betroffenen zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend beherrscht wurde. Eine weitere Erklärung für die widersprüchlichen Ergebnisse der inkludierten Studien wäre, dass es zu unterschiedlichen Auslegungen von Stomatherapie und –beratung abhängig von den verschiedenen Ländern – Niederlande vs. China – kommt.

Bei den beiden eben genannten Studien (Harputlu & Özsoy 2018, Sier et al. 2017) konnte ein signifikanter Anstieg der Lebensqualität beobachtet werden. Eine Erklärung hierfür wäre, dass die mentale Gesundheit der PatientInnen durch die enge Betreuung stabiler wird und dadurch auch die Lebensqualität steigt. Dies bestätigt auch die Studie von Zhang et al. (2013), in der eine deutlich bessere Anpassung an das Stoma und eine höhere Selbstwirksamkeit in der Interventionsgruppe beobachtet wurde.

Hausbesuche durch spezialisierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen werden auch bei Brust- und DarmkrebspatientInnen, welche gerade eine Chemotherapie durchlaufen, genutzt: Auch hier zeigte sich, dass die Nebenwirkungen einer Chemotherapie – wie Erbrechen, Müdigkeit, Schmerzen, Schlaflosigkeit – in der Gruppe der Betroffenen, welche Hausbesuche erhielten, nur in abgeschwächter Form auftraten. Auch Ängste und Depressionen traten in der Interventionsgruppe seltener auf (Molassiotis et al 2009).

5. Schlussfolgerung

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass ein Enterostoma ein großer Einschnitt in das Leben eines Menschen ist und zu großen physischen, psychischen, sozialen und finanziellen Veränderungen führt. Durch Stomatherapie und professionelle Betreuung kann die Lebensqualität in vielen Fällen jedoch wieder hergestellt werden.

5.1 Empfehlungen für die Praxis

Es ist wichtig, dass Gesundheits- und KrankenpflegerInnen die Schwierigkeiten, die mit der Anlage eines Enterostomas einhergehen, erkennen, ernst nehmen und ansprechen. Dazu gehört auch das Thema Sexualität, welches – wie aus den Studien zu entnehmen ist – nach wie vor bei der Stomaberatung selten oder auch gar nicht angesprochen wird.

Diese Faktoren, welche zu einer Abnahme der Lebensqualität der Betroffenen führen, können durch adäquate Stomatherapie vermindert werden. Daher ist es essentiell, dass das Konzept der Stomatherapie ausgeweitet und an allen Standorten implementiert wird, um die Lebensqualität der EnterostomaträgerInnen zu erhalten oder zu verbessern.

5.2 Empfehlungen für die Forschung

Aus den Recherchen zu dieser Arbeit geht hervor, dass bereits zahlreiche Forschungen zu der Thematik Enterostoma und Lebensqualität durchgeführt wurden. Deutlich weniger Studien sind jedoch über die Verbesserung der Lebensqualität durch pflegerische Maßnahmen – wie etwa Schulungen oder engmaschige Vor- und Nachbetreuung durch StomapflegerInnen - vorhanden. In diesem Bereich ist also durchaus noch Bedarf für weitere Forschungen, um das Leben der Betroffenen erleichtern zu können.

6. Literaturverzeichnis

Bartels, R & Bartels, H 2004, *Physiologie Lehrbuch der Funktionen des menschlichen Körpers*, 7th edn, Urban & Fischer, München.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018, *Wenn's weh tut - Telefonische Gesundheitsberatung*, <http://www.1450.at/1450-die-gesundheitsnummer/>

Casati, J, Toner, BB, De Rooy, EC, Drossman, DA & Maunder, RG 2000, 'REVIEW: Concerns of Patients with Inflammatory Bowel Disease', *Dig Dis Sci*, vol. 45, no. 1, pp. 26-31, doi:10.1023/a:1005492806777

Coca, C, Fernandez de Larrinoa, I, Serrano, R & Garcia-Llana, H 2015, 'The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 42, no. 3, pp. 257-63, doi:10.1097/won.000000000000126

Cohen, RD 2002, 'The quality of life in patients with Crohn's disease', *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, vol. 16, no. 9, doi:10.1046/j.13652036.01323

Cruickshank, S, Kennedy, C, Lockhart, K, Dosser, I & Dallas, L 2008, 'Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer', *Cochrane Database Syst Rev*, no. 1, doi:10.1002/14651858.CD005634.pub2

Dabirian, A, Yaghmaei, F, Rassouli, M & Tafreshi, MZ 2010, 'Quality of life in ostomy patients: a qualitative study', *Patient Prefer Adherence*, vol. 5, pp. 1-5, doi:10.2147/ppa.S14508

Danielsen, AK & Rosenberg, J 2014, 'Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education--a case-control study', *PLoS One*, vol. 9, no. 3, p. e90354, doi:10.1371/journal.pone.0090354

Danielsen, AK, Soerensen, EE, Burcharth, K & Rosenberg, J 2013, 'Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 40, no. 4, pp. 407-12, doi:10.1097/WON.0b013e3182987e0e

Diermann, J 2016, *Hernia ventralis*, Pschyrembel online, viewed 2019, <https://www-1pschyrembel-1de-10013b40s05ff.han.medunigraz.at/parastomale%20Hernie/K00UV/doc/>

Esch, M 2005, *Stomatherapie, Beratung-Anleitung-Pflege.*, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Fritsch, H & Kühnel, W 2018, *Taschenatlas der Anatomie: Innere Organe*, 12th edn, Thieme, Stuttgart.

Gaidos, JKJ & Kane, SV 2017, 'Sexuality, Fertility, and Pregnancy in Crohn's Disease', *Gastroenterol Clin North Am*, vol. 46, no. 3, pp. 531-46, doi:10.1016/j.gtc.2017.05.007

Glatzle, J, Eisner, F, Schulze-Bergkamen, H, Goebell, P & Jeltsch, S 2016, 'Chirurgische Stomaanlage und urologische Harnableitungen', in G Gruber (ed.), *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma: Praxis und Beratung - stationär und ambulant*, Springer, Berlin.

Gregor, M, Menge, H & Plauth, M 2017, *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*, 267th edn, Walter de Gruyter, Berlin.

Gruber, G & Droste, W 2006, *Sektorenübergreifener Leitfaden Stomatherapie*, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH u. Co KG, Hannover.

Harputlu, D & Özsoy, SA 2018, 'A Prospective, Experimental Study to Assess the Effectiveness of Home Care Nursing on the Healing of Peristomal Skin Complications and Quality of Life', *Ostomy Wound Management*, vol. 64, no. 10, pp. 18-30, doi:10.25270/owm.2018.10.1830

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically', *Qual Health Res*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-99, doi:10.1177/1049732302238251

Hladik, R, Mair, D, Mund, F, Nussbaumer-Grillitsch, B, Schön, G, Steinbeiss, M, Stoll-Salzer, E & Tamerl, H 2010, 'Positionspapier Kontinenz- und Stomaberatung', http://www.inkontinenz.at/pdf/Positionspapier_V20c_neu.pdf.

Ibrahim, S, MNS., PhD, Kusman, Priambodo, AP, Nur'aeni, A & Hendrawati, S 2017, 'Quality of Life and Characteristics of Colostomy Patients', *2017*, vol. 12, no. 2, p. 8, doi:10.20473/jn.v12i2.6026

Imhoff, LR, Brown, JS, Creasman, JM, Subak, LL, Van den Eeden, SK, Thom, DH, Varma, MG & Huang, AJ 2012, 'Fecal incontinence decreases sexual quality of life, but does not prevent sexual activity in women', *Dis Colon Rectum*, vol. 55, no. 10, pp. 1059-65, doi:10.1097/DCR.0b013e318265795d

Jochum, W, Weber, A, Baretton, G & Kirchner, T 2012, 'Kolon, Rektum und Analkanal', in W Böcker, H Denk, U Heitz, G Höfler, H Kreipe & H Moch (eds), *Pathologie*, 5th edn, Urban & Fischer, München.

Karadag, A, Menten, BB, Uner, A, Irkorucu, O, Ayaz, S & Ozkan, S 2003, 'Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies', *Int J Colorectal Dis*, vol. 18, no. 3, pp. 234-8, doi:10.1007/s00384-002-0462-z

Kittl-Satran, H, Kroboth, G & Meyer, K 2015, *Studie über die Bedeutung der Kontinenz- und Stomapflege für Betroffene*.

Marquis, P, Marrel, A & Jambon, B 2003, 'Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study', *Ostomy Wound Manage*, vol. 49, no. 2, pp. 48-55

Menche, N, Bürger-Mildenberger, A & Brandt, I 2014, 'Pflege von Menschen mit Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts', in N Menche (ed.), *Pflege Heute*, 6th edn, Urban & Fischer, München.

Meyer, I & Richter, HE 2015, 'Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women', *Womens Health (Lond)*, vol. 11, no. 2, pp. 225-38

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG & The, PG 2009, 'Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement', *PLOS Medicine*, vol. 6, no. 7, p. e1000097, doi:10.1371/journal.pmed.1000097

Molassiotis, A, Brearley, S, Saunders, M, Craven, O, Wardley, A, Farrell, C, Swindell, R, Todd, C & Luker, K 2009, 'Effectiveness of a Home Care Nursing Program in the Symptom Management of Patients With Colorectal and Breast Cancer Receiving Oral Chemotherapy: A Randomized, Controlled Trial', *Journal of Clinical Oncology*, vol. 27, no. 36, pp. 6191-8, doi:10.1200/jco.2008.20.6755

Näsvall, P, Dahlstrand, U, Lowenmark, T, Rutegard, J, Gunnarsson, U & Strigard, K 2017, 'Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery', *Qual Life Res*, vol. 26, no. 1, pp. 55-64, doi:10.1007/s11136-016-1367-6

Polit, D & Beck, C 2017, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 10th edn, Wolters Kluwer, Philadelphia.

Rechtsinformationssystem des Bundes 2018, *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe*, viewed 2018, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

Schulzke, JD, Fromm, M, Berger, EG & Biber, J 2013, 'Magen-Darm-Trakt, Pankreas und Leber', in E-W Speckmann, J Hescheler & R Köhling (eds), *Physiologie*, 6th edn, Urban & Fischer, München.

Sier, MF, Oostenbroek, RJ, Dijkgraaf, MGW, Veldink, GJ, Bemelman, WA, Pronk, A, Spillenaar-Bilgen, EJ, Kelder, W, Hoff, C & Ubbink, DT 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 Dis*, vol. 19, no. 8, pp. 739-49, doi:10.1111/codi.13630

Statistik Austria 2015, *Dickdarm-, Enddarmkrebs*, viewed 2018, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/dickdarm_enddarm/index.html

Timmer, A 2008, 'Epidemiologie der CED', in JC Hoffmann, AJ Kroesen & B Klump (eds), *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen*, 2nd edn, Thieme, Stuttgart.

Walter, S, Hjortswang, H, Holmgren, K & Hallbook, O 2011, 'Association between bowel symptoms, symptom severity, and quality of life in Swedish patients with fecal incontinence', *Scand J Gastroenterol*, vol. 46, no. 1, pp. 6-12

Weinzierl, M 2017, 'Enterostoma: Persönliche Einstellung entscheidend', *Österreichische Ärztezeitung*, vol. 9,

Wiesinger, G & Stoll-Salzer, E 2012, *Stoma- und Kontinenzberatung: Grundlagen und Praxis*, 2nd edn, Thieme, Stuttgart.

World Health Organization 2018, *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, viewed 2018, <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Zhang, JE, Wong, FK, You, LM, Zheng, MC, Li, Q, Zhang, BY, Huang, MR, Ye, XM, Liang, MJ & Liu, JL 2013, 'Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients', *Cancer Nurs*, vol. 36, no. 6, pp. 419-28, doi:10.1097/NCC.0b013e31826fc8eb

7. Anhang

7.1 Bewertungsbögen

A) The impact of speciality practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies

Coca, C. de Larrinoa, I.F. Serrano, R. & Garcia-Llana, H.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Der Abstract enthält alle Informationen und der Titel ist klar und aussagekräftig.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair

Ausreichend Hintergrundinformationen, welche zur Forschungslücke hinführen. Klare Aussage darüber, was mit dieser Forschung erreicht werden soll bzw. welches Ziel diese Studie hat. Forschungsfrage fehlt.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good

Der Methodenteil ist strukturiert und verständlich aufgebaut. Er enthält alle nötigen Informationen.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good

Informationen über die PartizipantInnen sind gegeben (Mann/Frau, Alter, Kontext, etc.), ebenso wie die Rücklaufquote. Es wird beschrieben, warum genau diese Gruppe PartizipantInnen gewählt wurde.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Fair

Die Datenanalyse ist zwar sehr genau und ausführlich beschrieben, jedoch auch sehr komplex und schwer verständlich.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good

Von allen PartizipantInnen wurde mündliche und schriftliche Einverständnis eingeholt. Mehrere Ethikkomitees gaben ein positives Votum ab.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good

Die Ergebnisse werden ausführlich und verständlich beschrieben. Es werden auch Tabellen zum besseren Verständnis genutzt, des Weiteren ist der Ergebnisteil sehr gut strukturiert.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good

Da die Population relativ groß war und viele verschiedene Regionen einbezogen wurden, ist die Studie bei der restlichen Population anwendbar.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good

Diese neuen Erkenntnisse sind wichtig für die Praxis. Es werden sowohl Politik- als auch Praxisempfehlungen gegeben.

Punkte: 34/36

94,44%

B)Quality of life in ostomy patients: a qualitative study

Dabirian, A. Yaghmaei, F. Rassouli, M. & Tafreshi, M.Z.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Der Abstract enthält ausreichend Informationen und eine klare Beschreibung der Studie.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair

Ausreichend Hintergrundinformation, klar definiertes Forschungsziel. Literatur jedoch teilweise nicht up-to-date (älter als 10 Jahre).

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Fair

Methode ist angemessen und ausreichend Informationen sind vorhanden, es könnte jedoch noch besser beschrieben werden.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Poor

Keine Informationen zur Rücklaufquote und wieso diese Gruppe ausgewählt wurde. Sampling ist ansonsten gut beschrieben.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good

Die Datenanalyse ist gut und verständlich beschrieben, es wird auch erklärt wieso diese Art der Analyse gewählt wurde und wie genau der Prozess abgelaufen ist.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good

Es wurde nach ethischen Standards gearbeitet und die PartizipantInnen wurden umfassend aufgeklärt und haben ihre Zustimmung abgegeben. Es bestand die Möglichkeit, jederzeit aus der Studie auszutreten.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good

Die Ergebnisse werden ausführlich und strukturiert präsentiert und passen direkt zum Forschungsziel.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Very Poor

Die Ergebnisse können nicht wirklich auf die weitere Population übertragen werden, da sie nicht für statistische Signifikanz getestet werden können.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Fair

Die Ergebnisse sind relevant für die Pflegepraxis und geben Anstoß zu weiteren Forschungen.

Punkte: 28/36 77,78%

C) Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education – a case-control study

Danielsen, A. & Rosenberg, J.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Abstract und Titel enthalten alle Informationen.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair

Ausreichend Hintergrundinformation mit aktueller Literatur, Ziel ist als Hypothese formuliert. Die genaue Zielformulierung findet sich erst im Methodenteil.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good

Die Methode und die Daten(sammlung) sind sehr genau beschrieben, es werden auch die genauen Interventionen aufgelistet. Es wird hierfür auch ein Flowchart genutzt. Auch Datenanalyse, Samplegröße, etc. werden ausreichend beschrieben.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Fair

Es werden ausreichend Details der Stichprobe aufgezählt und wie man zu dieser Stichprobe gekommen ist. Die Samplegröße ist eher klein. Die Rücklaufquote wird beschrieben.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Fair

Die Datenanalyse wird gut, jedoch eher kurz beschrieben.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good

Die Studie wurde vom Ethikkomitee genehmigt und es gibt keine ethischen Bedenken.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good

Die Ergebnisse werden klar und verständlich dargestellt, passen zu der Forschungsfrage und werden durch eine Tabelle unterstützt.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair

Zwar ist die Stichprobe nicht sehr groß, ansonsten lässt sich die Studie aufgrund der genauen Beschreibung von Kontext und Setting aber mit anderen Kontexten/Settings vergleichen.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good

Diese Studie zeigt neue Erkenntnisse auf und kann als Anstoß für weitere Forschung genommen werden.

Punkte: 32/36

88,89%

D) A prospective, experimental study to assess the effectiveness of home care nursing on the healing of peristomal skin complications and quality of life

Harputlu, D. & Özsoy, S.A.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Der Abstract enthält alle Informationen. Der Titel ist klar, jedoch sehr lange.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good

Der Hintergrund und die Forschungslücken sind genau beschrieben, ebenso wie das Ziel und die Forschungsfrage.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good

Die Methode ist angemessen. Design, TeilnehmerInnen, Datensammlungsinstrumente, Datensammlungsprozedur und statistische Analyse sind ausführlich beschrieben.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good

Alle Informationen (Alter, Geschlecht, Kontext) der PartizipantInnen, wie und warum sie rekrutiert wurden, die Samplegröße und die Rücklauftrate sind beschrieben.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good

Die Datenanalyse und die benutzten Instrumente werden klar beschrieben.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good

Schriftliche Zustimmung wurde von allen PartizipantInnen eingeholt und zwei Ethikkomitees bewilligten die Studie.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good

Die Ergebnisse sind klar beschrieben, ebenso wie die Tabellen und Figuren. Dieser Abschnitt ist gut strukturiert und dadurch leicht verständlich.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good

Der Kontext und das Setting der Studie sind ausreichend beschrieben, um einen Vergleich mit anderen Kontexten und Settings durchzuführen.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good

Die Studie zeigt die Wichtigkeit dieser Forschung für die Praxis und weitere Forschungen auf.

Punkte: 36/36

100%

E) Quality of life and characteristics of colostomy patients

Ibrahim, K. Priambodo, A.P. Nur'aeni, A. & Hendrawati, S.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Der Abstract enthält alle wichtigen Informationen, der Titel ist kurz und klar.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair

Hintergrund mit ausreichend Information und aktueller Literatur, klares Ziel formuliert, keine eindeutige Forschungsfrage.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Fair

Methode angemessen, Daten werden beschrieben, aber es könnte mehr Information gegeben werden.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Poor

Das Sampling wird kurz beschrieben, aber es könnte mehr Informationen enthalten. Es wird nicht erwähnt, wie die PartizipantInnen rekrutiert wurden oder wieso genau diese Gruppe gewählt wurde. Auch die Rücklaufquote wird nicht angegeben.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Poor

Nur wenige Details über die Datenanalyse werden angegeben.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Fair

Es wurde die Zustimmung der PartizipatInnen eingeholt und es gab ein positives Ethik-Votum.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Fair

Die Ergebnisse wurden leicht verständlich dargestellt und von Tabellen unterstützt. Auf den Inhalt der Tabellen könnte mehr eingegangen werden.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Poor

Sowohl Kontext als auch Setting könnte besser beschrieben werden, außerdem wurde bei Frage 4 nur zwei Punkte erreicht.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Fair

Es wird die Wichtigkeit dieser neuen Erkenntnisse hervorgehoben, außerdem wurden Empfehlungen für die Pflegepraxis gegeben. Es wurden keine Ideen für weitere Forschungen gegeben.

Punkte: 25/36 69,44%

F) Studie über die Bedeutung der Kontinenz- und Stomapflege für Betroffene

Kittl-Satran, H. Kroboth, G. & Meyer, K.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Very Poor

Kein wirklicher Abstract vorhanden.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good

Ausführliche Einleitung und Hintergrundinformationen, klare Ziel- und Fragestellung.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good

Die Methode ist dieser Studie angemessen. Die Erhebungsmethode und das Instrument werden klar beschrieben, ebenso wird erklärt warum ebendieses Instrument verwendet wird. Der Stichprobenzugang wird wie auch die Datenerhebung und die Analyse anschaulich dargestellt.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good

Es wird erklärt, wie und warum man auf die Stichprobe kam, die Rekrutierungsart und wie hoch die Rücklaufquote war. Ebenso werden Informationen über die Stichprobe (aus welchem Bundesland kamen die meisten, Alter und Geschlecht) gegeben.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good

Die Datenanalyse wird ausführlich und verständlich beschrieben.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Very Poor

Es wurde zum Fragebogen selbst zwar ein Informationsblatt ausgeteilt, aber ein Ethikvotum oder eine mündliche/schriftliche Zustimmung werden nicht erwähnt.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good

Ergebnisse wurden ausführlich, leicht verständlich und gut strukturiert präsentiert. Auch die Tabellen und Grafiken sind aussagekräftig.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good

Durch die gute Beschreibung von Kontext und Setting ist es möglich, Vergleiche mit anderen Kontexten/Settings zu treffen.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good

Die Studie zeigt sowohl Probleme als auch Lösungen auf, die wichtig für die Praxis sind und in diese implementiert werden können.

Punkte: 30/36

83,33%

G) Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery

Näsvall, P. Dahlstrand, U. Löwenmark, T. Rutegard, J. Gunnarsson, U. & Strigard, K.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Der Titel ist klar und kurz, der Abstract ist gut strukturiert und enthält alle notwendigen Informationen.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair

Der Hintergrund ist angemessen beschrieben und es wurde aktuelle Literatur verwendet. Das Ziel der Studie ist klar formuliert, die Forschungsfrage allerdings nicht als Frage erkennbar.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good

Der Methodenteil ist sehr genau beschrieben, die verwendeten Fragebögen wurden ebenso ausreichend erklärt wie die Stichprobe, die Datensammlung und –analyse.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good

Die Samplingmethode ist dem Ziel der Studie angemessen. Es wird beschrieben wer die TeilnehmerInnen sind, wo diese rekrutiert wurden, wie mit ihnen Kontakt aufgenommen wurde, wie viele Männer/Frauen waren, die Größe des Sample, die Rücklaufquote und warum genau diese Gruppe Menschen ausgewählt wurden.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Fair

Es wird beschrieben welche Datenbank benutzt wurde um die Daten zu sammeln und welche Instrumente zur Analyse eingesetzt wurden.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission freigegeben und stimmte mit den gängigen ethischen Standards überein. Die PartizipantInnen selber stimmten ebenfalls zu.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Fair

Die Ergebnisse sind genau beschrieben, ebenso wie die Tabellen und Abbildungen. Außerdem passen die Ergebnisse genau zum Forschungsziel. Dieser Abschnitt könnte allerdings besser strukturiert und gegliedert sein.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair

Es wird eine etwas genauere Beschreibung des Setting benötigt.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good

Es wird die Wichtigkeit dieser Studie aufgezeigt und Ideen für weitere Forschungen und die Implementation in die Praxis gegeben.

Punkte: 32/36

88,89%

H) 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

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.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Der Abstract enthält eine genaue Beschreibung der Studie.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good

Der Hintergrund gibt einen guten Überblick, wieso diese Studie durchgeführt wird und welche Bereiche noch zu wenig/nicht erforscht sind. Das Ziel der Studie ist klar formuliert.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good

Die Methode ist ausreichend beschrieben und enthält alle erforderlichen Informationen. Auch werden die unterschiedlichen Maßnahmen der Interventions- und Kontrollgruppe genau erklärt und mittels Flowchart noch verdeutlicht.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Fair

Die Samplegröße ist angemessen. Es wird nicht beschrieben, wie die PatientInnen rekrutiert wurden, dafür werden aber ausreichend Informationen über die Stichprobe gegeben.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good

Es wird beschrieben, wie die Daten analysiert wurden und mit welchen Programmen.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good

Es gab keine ethischen Schwierigkeiten und alle PartizipantInnen gaben ihr schriftliches Einverständnis.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good

Die Ergebnisse werden verständlich erklärt, sind gut strukturiert und werden durch Tabellen unterstützt. Die Ergebnisse stehen in direktem Zusammenhang mit dem Forschungsziel.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Fair

Zwar sind Kontext und Setting gut beschrieben, jedoch wurde bei Frage 4 nicht die maximale Punktezahl erreicht.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good

Die Ergebnisse dieser Studie sind auf diesem Gebiet sowohl nützlich als auch wichtig für weitere Forschungen und die Praxis.

Punkte: 34/36

94,4%

I) Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients

Zhang, J. Wong, F.K.Y. You, L. Zheng, M. Li, Q. Zhang, B. Huang, M. Ye, XM. Liang, M. & Liu, J.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good

Ein gut strukturierte Abstract mit sämtlichen Informationen und einem klaren Titel.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Fair

Detaillierter Hintergrund, der die Forschungslücken hervorhebt. Ziel der Studie ist klar formuliert, Forschungsfrage nur umrissen.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good

Die Methode ist angemessen und ausreichend beschrieben. Es sind viele Informationen über das Design, die TeilnehmerInnen, das Setting, die Interventionen, die verwendeten Instrumente, das Prozedere selbst und die Datenanalyse gegeben.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Fair

Es werden genau Informationen über die PartizipantInnen und wie sie rekrutiert wurden gegeben. Die Samplegröße ist angemessen für diese Studie. Es werden keine Rücklaufquoten genannt.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good

Die Studie gibt eine klare Beschreibung der Analyse.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good

Die PartizipantInnen haben schriftlich ihre Zustimmung erklärt und die Studie wurde von der Ethikkommission frei gegeben.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good

Die Resultate sind gut beschrieben und strukturiert. Die verwendeten Tabellen sind erklärt und leicht zu verstehen. Die Ergebnisse passen zum Ziel der Studie.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good

Der Kontext und das Setting sind gut beschrieben, wodurch es möglich ist Vergleiche zu ziehen.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Fair

Die Studie hat neue Ergebnisse hervorgebracht, welche wichtig sind für PatientInnen mit Enterostomata. Es werden auch Empfehlungen für die Praxis gegeben, jedoch keine Ideen für weitere Forschungen.

Punkte: 33/36 91,66%