

Bachelorarbeit

**Auswirkung eines Enterostomas auf die
Sexualität von Betroffenen und
deren SexualpartnerInnen**

eingereicht von

Lisa Maria Bauer

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.ⁱⁿ Manuela Hödl, BSc MSc

Graz, 25. März 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 und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

25. März 2019

Bauer Lisa Maria, eh“

Inhalt

Eidesstattliche Erklärung	II
Zusammenfassung	V
Abstract.....	VI
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Definitionen	3
1.3 Relevanz für die Pflege	5
1.4 Forschungsziel	6
2 Methode	6
2.1 Literaturrecherche	6
2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	7
2.2 Bewertung der Studien.....	7
3 Ergebnisse.....	10
3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien	10
3.2 Auswirkungen auf die Sexualität der Stomaträgerin / des Stomaträgers.....	16
3.2.1 Häufigkeit sexueller Aktivität	16
3.2.2 Sexuelle Zufriedenheit.....	16
3.2.3 Sexuelles Interesse / Interesse nach Intimität	18
3.2.4 Körperbild und Attraktivität	18
3.2.5 Ängste.....	21
3.2.6 Körperliche Konsequenzen.....	22
3.3 Auswirkungen auf die Sexualität der Partnerin / des Partners.....	23
3.3.1 Häufigkeit sexueller Aktivität	24
3.3.2 Rollenbild	24
3.3.3 Sexuelle Leistungsfähigkeit.....	24

3.4	Faktoren zur positiven Beeinflussung der Sexualität	25
3.5	Exkurs: Messinstrumente.....	28
4	Diskussion	30
5	Schlussfolgerung	33
6	Empfehlungen für die Praxis und Forschung	34
7	Literaturverzeichnis	35
8	Anhang	38
8.1	Tabellenverzeichnis	38
8.2	Abbildungsverzeichnis.....	38
8.3	Bewertung der Studien.....	38

Zusammenfassung

Hintergrund: In Österreich leben circa 15.000 Menschen mit einem Enterostoma (künstlicher Darmausgang). Erkrankungen, vor allem Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa) und das Dickdarmkarzinom, welche das Anlegen eines Enterostomas bedürfen, sind im Steigen begriffen. Da solch eine Veränderung auch Folgen auf die Sexualität der jeweiligen Personen und deren PartnerInnen mit sich bringt, ist es wichtig, diese Auswirkungen zu erkennen und zu benennen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche Auswirkungen ein Enterostoma auf die Sexualität betroffener Personen und deren SexualpartnerInnen hat und welche Faktoren diese positiv beeinflussen können.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Literatur wurde in der Zeit zwischen Oktober und Dezember 2018 in den Datenbanken PubMed und Cinahl mit den Keywords *ostomy* und *sexuality* gesucht und kritisch bewertet. Insgesamt entsprachen 16 Studien den Ein- und Ausschlusskriterien und konnten in das Review inkludiert werden.

Ergebnisse: Die Auswirkungen der Anlage eines Enterostomas auf die Sexualität sind sehr weitreichend; von Störungen des Körperbildes und Ängsten bis hin zu erektiler Dysfunktion und vaginaler Trockenheit. Das PLISSIT Modell kann als hilfreiches Mittel zur Gesprächsführung und Beratung angewendet werden und wirkt sich positiv auf das sexuelle Ergebnis der Patientin/des Patienten aus. Des Weiteren können entsprechende Unterwäsche und vor allem die interdisziplinäre Zusammenarbeit, in Form von Aufklärung, das Selbstbewusstsein und die sexuelle Fähigkeit der Patientin/des Patienten stärken.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass es auch für die Pflege sehr wichtig wäre, Themen wie Sexualität nach der Anlage eines Enterostomas, mit ihren PatientInnen und deren PartnerInnen offen zu behandeln und anzusprechen.

Abstract

Background: In Austria, about 15.000 people live with an enterostomy (artificial bowel outlet). Reasons for the application of a stoma are especially chronic bowel diseases (Morbus Crohn and Colitis ulcerosa) and colorectal carcinomas, diseases that are on the rise. Having a stoma can significantly diminish a patient's and its partners quality of life, also in the area of sexuality.

Aim: The purpose of this paper was to describe the effects an enterostomy has on the patients' and their partners' lives and to find factors which have a positive impact on sexuality.

Method: A literature review was conducted to answer the research question. Literature search was done in the PubMed and Cinahl databases between October and December 2018 with the keywords *ostomy* and *sexuality* and critically evaluated afterwards. A total of six quantitative, seven qualitative and three mixed method studies, in accordance to the inclusion and exclusion criterias, were found and used for the review.

Results: Findings suggest that the impacts an entrostomy has on sexuality are extensive and range from body image disorders and anxiety to erectile dysfunction and vaginal dryness. It can be claimed that decreasing sexual problems can be attained by using the PLISSIT conversation model. Further, appropriate underwear and interdisciplinary education can strengthen the patient's self-confidence and sexual ability.

Conclusion: Results show that it would be very important for caregivers to discuss issues such as sexuality with their patients' and their partners' after the creation of an enterostomy.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

In Österreich leben schätzungsweise 15.000 Menschen mit einem Enterostoma (Weinzierl 2017). Indikationen für die Anlegung eines Enterostomas sind vor allem chronische Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa und Morbus Crohn) und Karzinome des Dickdarms (Rektumkarzinome etc.) (Keller 2014).

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) sind schubweise verlaufende, mit Bauchschmerzen und Durchfällen einhergehende chronische Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts, welche sich meist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr manifestieren. Die Krankheitsentstehung ist bei beiden Krankheiten nach wie vor unklar, jedoch geht man davon aus, dass Darmbakterien oder andere Substanzen einwandern, die Lymphozyten aktivieren und sich dadurch die Darmwand entzündet (Keller 2014).

Während Morbus Crohn im ganzen Gastrointestinaltrakt auftreten kann (am häufigsten im Kolon und terminalen Ileum) und alle Darmwandschichten betrifft, ist bei Colitis ulcerosa die Entzündung auf die Schleimhaut begrenzt und wandert vom stets betroffenen Rektum beginnend in Richtung Dünndarm. Beim Versagen von konservativen, medikamentösen Therapien und/oder Komplikationen wie z.B. Fistelbildung beim Morbus Crohn, Stenosen oder Ileus, wird eine operative Therapie angestrebt, in der Teile des Dün- oder Dickdarms bzw. ggf. der gesamte Dickdarm entfernt werden muss und somit eine alternative Lösung für die Stuhlableitung geschaffen werden muss (Keller 2014).

Zur chronisch entzündlichen Darmerkrankung liegen in Österreich keine epidemiologischen Kennzahlen vor, jedoch lassen sich laut europäischer Situation eine Inzidenz für CED zwischen 20 bis 25/100.000 vermuten (ÖMCCV 2007).

Laut Österreichischem Gesundheitsbericht (2010) wurden im Jahr 2007 österreichweit ca. 13.000 Diagnosefälle aufgrund von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa registriert. Für beide Fälle betrug der Anstieg zwischen 1996 und 2007 mehr als das Zweieinhalbfache und dies ist weiter im Steigen begriffen.

Von diesen Erfahrungswerten ausgehend, dass rund 10 % der von einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung betroffenen Patienten und Patientinnen im Laufe eines

Jahres stationär aufgenommen werden, könnte man auf eine Prävalenz, und dies zeigen auch die Zahlen des ÖBIG, von 80.000 Erkrankten schließen (Bachinger 2011).

Infolge einer CED, der häufig damit verbundenen Operationen - ca. 34 % der Erkrankten müssen sich 15 Jahre nach Diagnosestellung ein- oder mehrfacher OP's unterziehen – und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen der körperlichen Aktivität, bedingen oftmals sozialen Rückzug der Betroffenen. So liegt die Lebensqualität lt. Österreichischem Gesundheitsbericht unter jener mit Diabetes mellitus und rheumatischer Arthritis (Bachinger 2011).

Das **Colon- und Rektumkarzinom** zählt in Österreich zu der dritthäufigsten Krebserkrankung von Männern (12%) und Frauen (10%) (Statistik Austria 2018). Es gehört in den Industriestaaten zu den häufigsten Karzinomerkrankungen überhaupt und entwickelt sich häufig aus Adenomen, die je nach Art und Größe ein unterschiedlich hohes Entartungsrisiko besitzen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt zwischen dem 70 und 80 Lebensjahr (Krams et al. 2013). Umweltfaktoren und Ernährung (ballaststoffarm und fettreich) spielen nach heutigem Wissen eine wichtige Rolle in der Entstehung des kolorektalen Karzinoms. In der Regel treten Symptome erst spät auf bzw. werden Symptome wie Obstipation und/oder Diarrhö und der Wechsel von Stuhlgewohnheiten oft lange nicht beachtet. Erst bei weiteren Beschwerden wie Blut im Stuhl, Schmerzen oder Gewichtsabnahme wird medizinische Hilfe in Anspruch genommen oder ein Arzt/ eine Ärztin konsultiert (Keller 2014).

Ziel der Therapie beim kolorektalen Karzinom ist die vollständige Entfernung des Tumors, zum einen durch eine Operation und zum anderen - je nach Stadium - durch weitere Therapieformen wie Strahlen- oder Chemotherapien, Immuntherapien und im letzten Stadium durch palliative Behandlungsstrategien (Keller 2014).

Es hängt von der Art und Lokalisation des Karzinoms ab, welche Darmabschnitte entfernt werden müssen, allerdings wird darauf geachtet, dass der Schließmuskel und die damit verbundene Kontinenz erhalten wird. Die Abschnitte welche vom Tumor befallen sind werden entfernt und häufig ist es nötig einen vorübergehenden künstlichen Darmausgang anzulegen um die neu geschaffene Verbindung zu entlasten (Anastomosen Schutz).

Jedoch kann es bei tiefsitzenden Tumoren nötig sein einen endgültigen künstlichen Darmausgang, wodurch der Stuhl abgeleitet wird, anzulegen (Keller 2014).

1.2 Definitionen

Stoma

Ein Stoma (griechisch: Mund) ist eine operativ geschaffene Öffnung eines Hohlorgans zur Körperoberfläche (Keller 2014).

Der Zweck eines Stomas ist es, Harn oder Stuhl abzuleiten oder auch Nahrung zuzuführen (Gastrostomie)(Wiesinger & Stoll-Salzer 2012).

Man unterscheidet je nach medizinischer Indikation zwischen:

- Darmstomata bzw. Enterostoma (Dünn- und Dickdarmstoma)
- Urostomata (künstlicher Harnblasenausgang)
- Gastrostomata (Ernährungsstoma) (Wiesinger et al. 2012)

In dieser Arbeit soll es jedoch nur um die Auswirkungen gehen, welche die Anlage eines Enterostomas mit sich bringt.

Enterostoma

Das Enterostoma ist ein künstlicher Darmausgang des Dünn- oder Dickdarms, der entweder temporär (vorübergehend) oder permanent angelegt wird. Es lässt sich je nach Lokalisation, und Art des Stomas einteilen (Tabelle 1).

Verweildauer

Temporär/passager: das Stoma ist für eine befristete Zeit angelegt.

Permanent: das Stoma besteht für den Rest des Lebens.

Art des Stomas

Endständiges Enterostoma: die Darmpassage ist am Stoma beendet, d. h., der Richtung Anus gelegene Darmabschnitt wird blind verschlossen oder entfernt. Hier handelt sich es fast immer um ein permanentes Stoma, da es nur sehr selten zurückverlegt wird.

Doppelläufiges Enterostoma: dient meist der temporären Entlastung, z. B. bei Entzündungen nachkommender Darmabschnitte oder zum Schutz von Anastomosen und wird, wenn die nachgeschalteten Darmabschnitte wieder belastbar sind, zurückverlegt (Keller 2014).

Tabelle 1: Arten des Enterostomas mit Indikation, Lokalisation und Ausscheidung (in Anlehnung an Keller 2014)

	Ileostoma	Zökostoma	Transversostoma	Sigmoidostoma
Definition	Stomaanlage des Dünndarms	Stomaanlage des Blinddarms	Stomaanlage des querliegenden Teiles des Dickdarms	Stomaanlage des S-förmigen Teiles des Dickdarms
Indikationen temporär	<ul style="list-style-type: none"> • Dünndarmverletzungen oder Operationen distaler Darmabschnitte (Anastomosenschutz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anastomosenschutz • Verletzungen des Dickdarms 	<ul style="list-style-type: none"> • Anastomosenschutz • Entzündungen des Dickdarms Divertikulitis	<ul style="list-style-type: none"> • Resektion von Sigma oder Rektum • Rektale Fistel
Indikation permanent				<ul style="list-style-type: none"> • Rektumamputation oder inoperables Rektumkarzinom • Strahlenschäden am Sigma oder Rektum
Indikationen temporär oder permanent	<ul style="list-style-type: none"> • Resektion des Dickdarms (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn oder familiäre Polyposis) • Verschluss distaler Darmabschnitte (Kolontumore) • Fehlbildungen 		<ul style="list-style-type: none"> • Verschluss distaler Darmabschnitte 	<ul style="list-style-type: none"> • Stuhlinkontinenz bei neurologischen Erkrankungen • Angeborene Störungen
Lokalisation	Im rechten oder linken Mittelbauch	Im rechten Unterbauch	Im rechten oder linken Oberbauch	Im linken Mittel- oder Unterbauch
Ausscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Flüssiger bis dünnbreiiger Stuhl täglich über den ganzen Tag verteilt, da die Stuhleindickung im Dickdarm fehlt. • Aggressiver Stuhl 		<ul style="list-style-type: none"> • Dickbreiiger bis geformter Stuhl • Geringere Stuhlfrequenz (2 bis 4 mal/Tag) 	

Das häufigste Enterostoma ist das endständige Sigmoidostoma, das nach einer Rektumentfernung aufgrund eines Karzinoms zur Stuhlableitung dient.

Sexualität

Sexualität setzt sich aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zusammen und bezieht sich im weitesten Sinn auf alles, was mit Frau- und Mann-Sein, mit Geschlechtsidentität und Geschlechterrollen sowie mit Geschlechtsorganen und deren Funktionen zu tun hat (Beier 2011).

Laut WHO (2018) ist die **sexuelle Gesundheit** untrennbar mit der Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden.

Sie bezeichnet in Bezug auf die sexuelle Gesundheit einen Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.

Voraussetzung für die sexuelle Gesundheit ist eine positive und respektvolle Haltung zur Sexualität und zu sexuellen Beziehungen. Auch die Möglichkeit sichere und angenehme Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Gewalt und Diskriminierung ist eine wichtige Grundlage der sexuellen Gesundheit (WHO 2018).

1.3 Relevanz für die Pflege

Laut § 22 a des GUKGs umfasst die Kompetenz des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Stomaberatung und -versorgung um die Lebensqualität sowie Selbst- und Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu erhöhen (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018). Neben chronischen Wunden können künstliche Ausgänge und Inkontinenzleiden die Lebensqualität Betroffener derart beeinflussen, dass dies bis zur vollständigen Selbstisolation führen kann. Desweiteren ist die psychosoziale Betreuung eine pflegerische Kernkompetenz des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und umfasst die Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018).

Für die Patientin/den Patienten bedeutet die Anlegung eines künstlichen Darmausgangs einerseits die Auseinandersetzung mit der Grunderkrankung selbst und andererseits der neue Umgang mit der veränderten Situation des Körpers. Auch die Tatsache nicht mehr kontinent zu sein, kann die Patientin/den Patienten psychisch belasten und führt nicht selten zu einem Verlust des Selbstvertrauens. Besonders hier sind Pflegende bzw. das multiprofessionelle Team von StomatherapeutInnen, ÄrztInnen, Sozialdienste etc. gefordert, um die

Patientin/den Patienten in Bezug auf das Stoma zu schulen und zu beraten. Diese Beratung schließt nicht nur die Versorgung des Stomas allgemein ein, sondern auch Fragen zur Sexualität (Keller 2014).

Denn nur die Akzeptanz des Stomas und die eigenständige Versorgung ermöglicht es den PatientInnen, ein normales Leben zu führen, wenn auch unter veränderten Bedingungen (Keller 2014, p. 478).

1.4 Forschungsziel

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, herauszufinden welche Auswirkungen ein Enterostoma auf die Sexualität betroffener Personen und deren SexualpartnerInnen hat und welche Faktoren diese positiv beeinflussen können.

2 Methode

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurde ein Literatur Review durchgeführt.

Ein Literatur Review ist eine Zusammenfassung und kritische Bewertung bestehender, evidenzbasierter Literatur. Durch ein Literatur Review kann festgestellt werden, wie am besten ein Beitrag zu bestehenden Erkenntnissen geleistet werden kann - zum Beispiel, ob es Lücken oder Inkonsistenzen in einem Forschungsbereich gibt oder ob eine Replikation der Studie mit einer neuen Bevölkerungsgruppe der nächste Schritt sein sollte (Polit & Beck 2017).

2.1 Literaturrecherche

Im September 2018 wurde mit der Einlesephase in das Thema begonnen. Im Oktober und November 2018 fand dann die Literatursuche statt. Gesucht wurde in den Datenbanken PubMed und Cinahl (cumulative index to nursing and allied health). Zuerst wurde eine Mesh Term Suche auf PubMed durchgeführt.

Für die Suche wurden auf PubMed die Mesh Terms „sexual behavior“ und „ostomy“ verwendet und auf Cinahl wurde mit den suggest subject terms „sexuality“ und „ostomy“ gesucht.

Der Boohlsche Operator AND wurde verwendet um die beiden Mesh Terms/Suggest subject terms miteinander zu verknüpfen.

Folgende Limitationen wurden angewandt:

- Publikation: letzten 15 Jahre (um möglichst aktuelle Literatur in die Ergebnisse einfließen lassen zu können)
- Sprache: Deutsch und Englisch
- Abstract vorhanden

Des Weiteren wurde auf Google scholar eine Handsuche mit den Keywords „enterostomy“ und „sexuality“ durchgeführt.

Tabelle 2: Suchstrategie

Datenbank	Suchstrategie
PubMed	sexual behavior [MeSH Terms] AND osomy [MeSH Terms]
Cinahl	(MH“Ostomy“) AND (MH „Sexuality“)

2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden nur Studien eingeschlossen, bei denen sich die Fragestellung bzw. die Forschung zumindest teilweise oder ganz auf ein Enterostoma (Ileo- und Colostoma) bezieht. Artikel in denen es um die Auswirkungen anderer Stomata, wie zum Beispiel eines Tracheo- oder Urostomas geht, wurden ausgeschlossen. Es wurden nur Artikel eingeschlossen, welche eine Originaldatenerhebung durchgeführt haben bzw. beschreiben und keine Reviews oder Metaanalysen. Beim Titel- und Abstractscreening wurde darauf geachtet, dass die ausgewählten Studien der Forschungsfrage entsprechen. Des Weiteren wurden Duplikate, welche sich aus den 2 verschiedenen Datenbanken ergaben, ausgeschlossen.

2.2 Bewertung der Studien

Um die ausgewählten Studien, welche in diese Arbeit eingeschlossen werden zu bewerten, wurde die Checkliste von Hawker, S., S. Payne, et al. (2002) herangezogen.

Diese Checkliste besteht aus 9 verschiedenen Kriterien, welche jeweils von gut (4 Punkte), über angemessen (3 Punkte) und mangelhaft (2 Punkte) bis sehr mangelhaft (1 Punkt)

bewertet werden. Eine niedrigere Punktezahl lässt auf eine schlechtere Qualität der Studie schließen.

Die 9 Kriterien, nach welchen die Punktezahl vergeben wird, sind: Zusammenfassung und Titel, Einleitung und Ziel, Methode, Stichprobe, Datenanalyse, Ethik und Verzerrungen, Ergebnisse, Übertragbarkeit oder Verallgemeinerbarkeit und Auswirkungen und Nutzen. Maximal können 36 Punkte erreicht werden. Es wurden bei dieser Arbeit nur Studien inkludiert welche mindestens 75 % erreichten, also zwischen 27 und 36 Punkten lagen.

Tabelle 3: Gesamtpunktezahl der Beurteilung der ausgewählten Artikel nach Hawker et al. (2002)

AutorIn/Jahr	Punkte lt. Beurteilungsbogen von Hawker et al. (2002)
Anaraki et al. 2012	29 Punkte
Ayaz S. & Kubilay G. 2008	33 Punkte
Cakmak et al. 2010	30 Punkte
Cardoso et al. 2015	30 Punkte
Davidson F. 2016	27 Punkte
Fingren et al. 2018	34 Punkte
Manderson L. 2005	27 Punkte
Neumann et al. 2012	33 Punkte
Notter J. & Burnard P. 2006	33 Punkte
Ramirez et al. 2009	33 Punkte
Silva et al. 2014	31 Punkte
Smith et al. 2017	32 Punkte
Sun et al. 2016	32 Punkte
Vural et al. 2016	35 Punkte
Yilmaz et al. 2017	32 Punkte
Zhu et al. 2017	31 Punkte

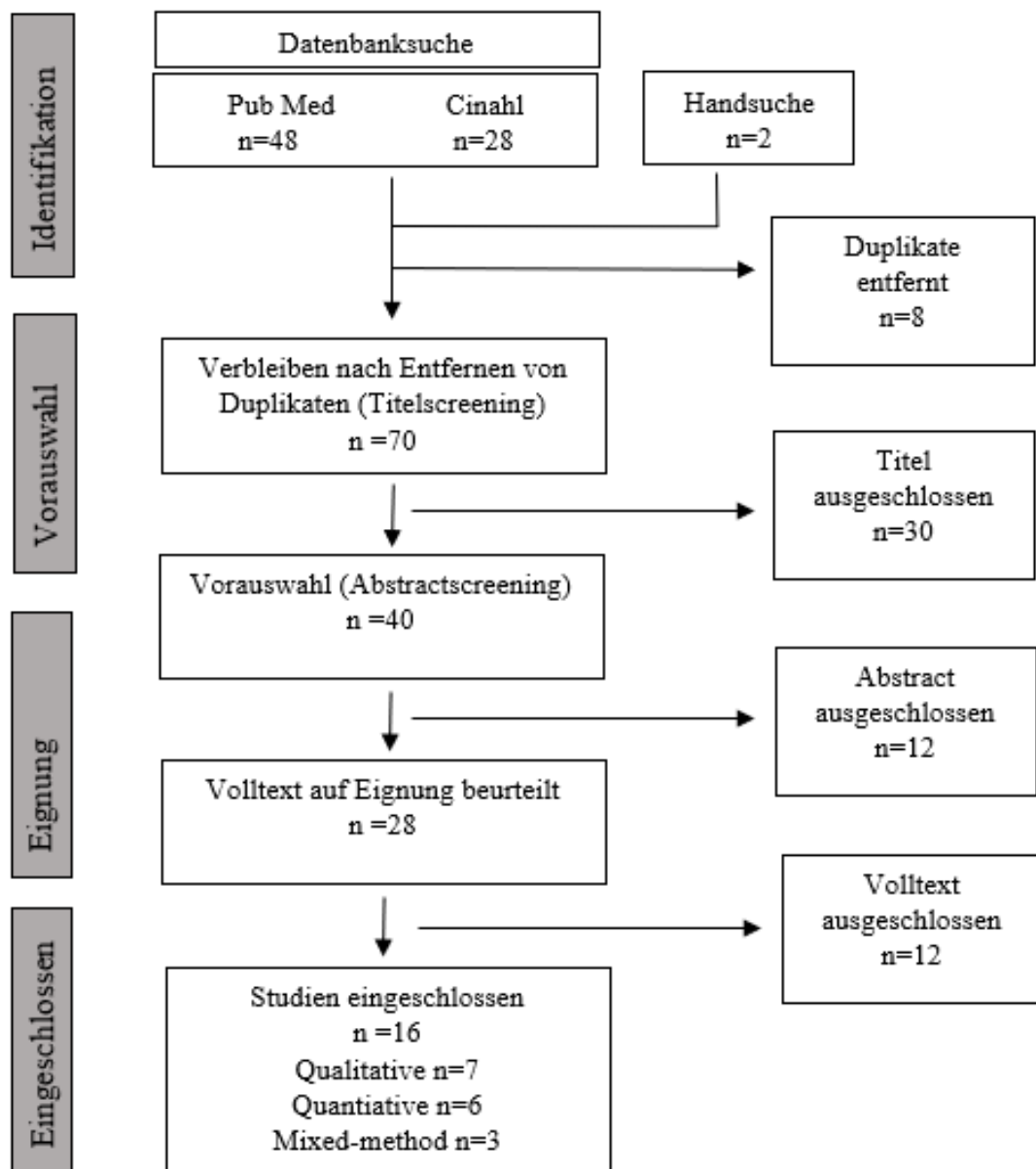


Abbildung 1: Prisma Flow Chart (Ziegler et al. 2011)

3 Ergebnisse

3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

Von den 16 ausgewählten Studien hatten 6 einen quantitativen und 7 einen qualitativen Forschungsansatz. Die restlichen 3 Studien waren teils qualitativ und teils quantitativ (mixed method). Bei allen qualitativen Studien wurden Interviews durchgeführt – offene, halb offene oder Tiefeninterviews. Bei den quantitativen Studien kam hauptsächlich das Design der Querschnittstudie zum Tragen in denen häufig die gleichen oder ähnlichen Skalen und Fragebögen zum Einsatz kommen. Die Herkunft der Studien bzw. der AutorInnen verteilt sich über Europa nach Asien und Australien, bis in die USA und nach Brasilien. Die Stichproben in 14 Studien beschränkten sich ausschließlich auf Personen mit einer Stomaanlage, wohingegen sich 2 Studien ausschließlich mit den PartnerInnen einer/eines Stomaträgerin/Stomaträgers beschäftigen. Alle 16 ausgewählten Studien wurden in englischer Sprache verfasst bzw. übersetzt.

Eine detaillierte Übersicht der Charakteristika der ausgewählten Studie wird in Tabelle 3 dargestellt.

In der Studie von Anaraki et al. (2012) wird die QoL bei Stomapatienten mit dem sogenannten City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire (COH-QoL-Ostomy), der wie folgt unter Punkt 3.5 erklärt wird, angewandt. Bei dieser Studie haben 102 PatientInnen mit einem Stoma (58 Männer / 44 Frauen) teilgenommen, wobei der größte Teil der ProbandInnen eine Colostomaanlage hatte (70 %) (Anaraki et al. 2012).

Das in der Studie von Ayaz & Kubilay (2009) angewandte PLISSIT Modell, wurde bereits in den 70ern von Jack S. Annon, einem US-amerikanischen klinischen und forensischen Psychologen entwickelt, um sexuelle Probleme mit Individuen zu bestimmen und zu diskutieren.

Dieses Modell besteht aus 4 Phasen:

- P – Erlaubnis (Permission)
- LI – Informationen bereitstellen (Limited Information)
- SS – spezielle Vorschläge zu bestimmten Situationen (specific suggestion)
- IT – intensive Weiterbehandlung (intensive treatment) (Ayaz & Kubilay 2009)

In dieser experimentellen Studie wurden 2 Gruppen miteinander verglichen (Ayaz et al. (2009): bei ProbandInnen der Fallgruppe wurden auf Basis des PLISSIT Modells je 8

Hausbesuche alle 2 Wochen durchgeführt, um über sexuelle Probleme zu sprechen und Lösungsansätze herauszufinden. Während der ersten 2 Besuche (P-Permission) wurde über Veränderungen des individuellen Lebens, Stimmungsveränderungen und über die Beziehung mit der Partnerin/dem Partner und deren Sexualleben gesprochen. Bei den nächsten 2 Besuchen (LI-limited information) wurden die ProbandInnen über die Gründe sexueller Probleme informiert wie z.B. Körperbild. Beim 4. und 5. Besuch (SS-specific sugestion) erhielten die Individuen Vorschläge zu ihren Bedenken bezüglich der Dislokation von Stomaprodukten, Änderungen der Auswirkungen z.B. in Bezug auf Körperbild und der Auswirkungen des Stomas auf die Sexualität wie z.B. erektile Dysfunktion und vaginale Trockenheit.

Bei den letzten 2 Besuchen wurden das Sexualleben, die Beziehungen zu ihren EhepartnerInnen und die Veränderungen im Sexualleben mit den Individuen besprochen und Vorschläge für ihr Sexualleben gemacht.

Die IT Ebene des PLISSIT-Modells war bei keinem der PatientInnen notwendig, da zum Zeitpunkt der Durchführung des Abschlusstests alle PatientInnen sexuell aktiv waren und es keine größeren Probleme gab, die eine Weiterleitung an einen ärztliches oder anderes medizinisches Personal bedurfte.

Um die sexuellen Probleme herauszufinden, wurden 3 Tests (Pretest, Zweittest, Endtest) mit der Fallgruppe durchgeführt. In der Kontrollgruppe wurden dagegen nur Pretest und Endtest durchgeführt.

Die Personen in der Kontrollgruppe wurden einen Tag vor der Entlassung aus dem Krankenhaus und am Ende des vierten Monats im Krankenhaus mittels des GRISS Instruments befragt (Ayaz et al. 2009).

Bei der Studie von Cakmak et al. (2010) wurden die PartnerInnen von PatientInnen, bei denen aufgrund eines Rektum Karzinoms ein permanentes Stoma angelegt werden musste, zur Lebensqualität befragt.

In der deskriptiven Studie von Cardoso et al. (2015) wurden 10 Individuen in Bezug auf ihr Stoma und die damit verbundenen sexuellen Erfahrungen befragt.

Die Studie von Davidson F. (2016) zur QoL von irländischen StromaträgerInnen verwendete Teile des City of Hope QoL ostomy questionnaire. Zur Befragung der 256 Teilnehmenden wurden zusätzlich zu 16 demografischen Fragen und 20 speziell das Stoma betreffende Fragen, 43 Fragen aus dem COH-QOL-Ostomy Fragebogen verwendet.

In der schwedischen mixed-methods Studie von Fingren et al. (2018) war es das Ziel, die Lebensqualität und die Anpassung an das Leben mit Stoma 1 Jahr nach der Stomaanlage, mittels des OAS Fragebogen, zu ermitteln.

Des Weiteren wurden 2 offene Fragen an die ProbandInnen gestellt, in denen es darum ging, was für sie zu einer guten Lebensqualität beiträgt und welche Hindernisse es dabei gibt.

In der Studie von Manderson L. (2005) wurden unstrukturierte Interviews durchgeführt, welche in 2 Sitzungen abgehalten wurden und pro Person zwischen 2 - 5 Stunden dauerten. Den 18 ProbandInnen war es dadurch erlaubt, ausführlich über ihre Erfahrungen und Erlebnisse zu sprechen, welche die Anpassung an ein Stoma betreffen.

Neuman et al. (2012) führte mit Hilfe von Tiefeninterviews eine qualitative Studie zu den Erfahrungen von 26 PatientInnen mit rektalem Karzinom und einer temporären Ileostomaanlage durch.

Auch Notter & Burnard (2006) befragten 50 Frauen mit einem temporären Ileostoma zu ihren Erfahrungen und Wahrnehmungen in Bezug auf das Leben mit einem Stoma.

In der Studie von Ramirez et al. (2009) wurden die 30 interviewten Frauen auf Basis ihrer Antworten in Bezug auf sexuelle Erfahrungen in 4 Gruppen aufgeteilt: Keine langfristigen sexuellen Schwierigkeiten (11), Schwierigkeiten in der Langzeit-Sexualität (7), altersbedingte Veränderungen in der Sexualität (3), keine partnerschaftliche sexuelle Beziehung (9)

An der prospektiven Vergleichsfall-Kontrollstudie von Silva et al. (2014) haben 36 PartnerInnen von PatientInnen mit Stoma und 72 PartnerInnen von normalen Individuen teilgenommen. Sie wurden mit Hilfe eines dreiteiligen Fragebogens zu demografischen, sozialen und sexuellen Informationen befragt und anschließend verglichen (Silva et al. 2014).

Bei der phänomenologischen Studie von Smith et al. (2017) wurden 21 Individuen mit einem Ileostoma mittels halbstrukturierten Interviews über ihr Leben mit dem Stoma und ihre Beziehungen befragt.

181 Krebsüberlebende mit Stoma und 394 Krebsüberlebende mit Anastomosen (ohne Stoma) haben an der mixed-method Studie von Sun et al. (2016) teilgenommen. Auch hier kam ein modifiziertes Instrument des City of Hope Quality of Life – Colorectal zum Einsatz (Sun et al. 2016).

In der phänomenologischen Studie von Vural et al. (2016) wollte man die sexuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen von türkischen PatientInnen mit Stoma beschreiben.

In der Querschnittstudie von Yilmaz et al. (2017) zur Lebensqualität und Sexualität von türkischen PatientInnen mit Kolostoma, wurden der IIEF (Index of Erectile Function), der IFSF (Index of Female Sexual Function) und die SQOLS (Stoma Quality of Life Scale), siehe 3.5., verwendet.

In der Studie von Zhu et al. (2017) ging es um die Aufzeichnung sexueller Erfahrungen bzw. das Erleben von chinesischen PatientInnen mit einem Stoma, mit Hilfe der Arizona Sexual Experience Scale (ASEX).

Tabelle 4: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autor/in Land Jahr	Forschungs- ziel	Studien Design	Stichprobe	Erhebung/ Methode	Haupt- Ergebnisse
Anaraki F. et al. Iran 2012	QOL von Stoma-Patienten	Querschnitts-studie	102 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> The city of Hope Quality of Life-Ostomy Fragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> Sexuell aktiv vor dem Stoma: 81,4% Sexuell aktiv nach der Stomaanlage: 33,3% Sexuelle Zufriedenheit: 31% Erektile Funktionsstörungen: 40,2 %
Ayaz S. Kubilay G. Ankara 2008	Wirksamkeit des PLISSIT-Modells bei sexuellen Problemen von Personen mit Stoma	Experimentelle Studie	60 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> PLISSIT-Modellinterventionsplan Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) 	<ul style="list-style-type: none"> alle TeilnehmerInnen beider Gruppen teilten sich das Bett mit ihren Partnern vor der Operation - Quote sank nach der Operation in beiden Gruppe auf ca. 19%. am Ende des Interventionsplans haben 93,3% der TeilnehmerInnen in der Fallgruppe und 53,3% der Kontrollgruppe wieder im selben Bett mit ihren PartnerInnen geschlafen. Bedenken der ProbandInnen der Kontrollgruppe bezüglich des „sich unattraktiv fühlen“, Leckagen bei sexueller Aktivität etc., gingen erheblich zurück.
Cakmak A. Ankara 2010	Lebensqualität von Ehepartnern, deren Partner eine permanente Stomaanlage haben	Mixed-method Studie	56 PartnerInnen	<ul style="list-style-type: none"> Fragebogen Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> Alle EhepartnerInnen waren vor der Operation des Partners/der Partnerin sexuell aktiv. 30 der PartnerInnen waren danach sexuell inaktiv. 80% der männlichen Ehepartner, die keine sexuellen Beziehungen mehr zu ihren Partnerinnen hatten (20), gaben an, die Kolostomie als abstoßend zu empfinden. Männliche Ehepartner signifikant weniger sexuell aktiv als weibliche Ehepartner.

Autor/in Land Jahr	Forschungs- ziel	Studien Design	Stichprobe	Erhebung/ Methode	Haupt- Ergebnisse
					<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit des Verkehrs sank bei allen noch sexuell aktiven Paaren
Cardoso D. B.R. et al. Brazil 2015	Erfahrung der Sexualität und anderer Aspekte des Alltagslebens für Menschen mit einem Darmstoma	Deskriptive Studie	10 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • Interviews • Feldarbeit <ul style="list-style-type: none"> - Beobachtungen • Gruppentreffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ängste, dass das System undicht werden könnte • Erektionsstörungen • Verlust der Libido • Schmerzen beim Verkehr
Davidson F. Irland 2016	was irländische Stoma-trägerInnen über ihr Leben denken und welche Probleme sie haben	Querschnitts-studie	256 Personen mit einem Stoma	- The city of Hope Quality of Life-Ostomy Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> • sexuell aktiv vor dem Stoma: 77% • sexuell aktiv nach der Stomaanlage: 59% • 81% der zur sexuellen Aktivität zurückgekehrten Teilnehmer sagten, dass es befriedigend war und für 16% war es nicht befriedigend. <p>Erektile Probleme: 53%</p>

Autor/in Land Jahr	Forschungs- ziel	Studien Design	Stichprobe	Erhebung/ Methode	Haupt- Ergebnisse
Fingren J. et al. Schweden 2018	Anpassung an das Leben mit Stoma und Lebensqualität 1 Jahr nach der Operation	Prospective-explorative Studie	150 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • OAS Fragenbogen • 2 offene Fragen bezüglich QOL • 1 VAS Frage - 	<ul style="list-style-type: none"> • Items mit dem niedrigsten OAS Score: "sexuelle Aktivität genießen"(2,1) und "nicht gleich sexuell attraktiv "(3,0) • "...es macht es schwieriger einen Partner zu treffen..." • „...das Sexleben funktioniert nicht mehr..."
Manderson L. Australien 2005	Erfahrungen der Anpassung an ein Stoma	Ethnographie	18 Personen mit einem Stoma	Unstrukturierte Interviews	<ul style="list-style-type: none"> • ...Unterwäsche. • ...Rolle des Pflegers anstatt Rolle des Partners. • ...ältere Paare waren danach nicht mehr sexuell aktiv, wobei das Stoma nur wenig Einfluss darauf hatte.
Neumann H. B. et al. Madison Wisconsin 2012	Erfahrungen von PatientInnen mit Rektumkarzinom, die eine temporäre Ileostomie haben	Grounded Theory	26 PatientInnen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefeninterviews 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Auswirkungen des Stomas auf die Sexualität • „...man trägt immer eine unsaubere Tasche mit sich rum die beim Geschlechtsverkehr stört...man fühlt sich schmutzig und unattraktiv..“

Autor/in Land Jahr	Forschungs- ziel	Studien Design	Stichprobe	Erhebung/ Methode	Haupt- Ergebnisse
Notter J. Burnard P. England 2006	Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit einem temporären Ileostoma	Phänomenologie	50 Patientinnen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • halbstrukturierte Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> • „...ich fühle mich weniger weiblich...was wird mein Mann denken?...wird er mich noch wollen?..“ • „Mein Mann denkt, dass es ekelhaft ist, wir erwähnen es nicht.... er hat mein Stoma nie gesehen...ich glaube nicht, dass er mich berühren wird solange ich das Stoma habe...“
Ramirez et al. Philadelphia 2009	Erfahrungen von 30 überlebenden Frauen von Darmkrebs mit einem Stoma und deren sexuelle Herausforderungen und Anpassungen	Qualitative Studie	30 Frauen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • halbstrukturierte und offene Interviews 	<p>vier verschiedene Gruppen bezüglich der sexuellen Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine langfristigen sexuellen Schwierigkeiten (n=11) „...vor dem Sex ist es wichtig einen frischen Beutel anzulegen...“ „...den Beutel während des Verkehrs mit einem Nachthemd oder Dessous abdecken...das hält den Beutel stabil und versteckt ihn auch...“ • Langzeit-Sexualität Schwierigkeiten (n=7) „...Schmerzen beim Geschlechtsverkehr...“ • altersbedingte Veränderungen in der Sexualität (n=3) • Keine partnerschaftliche sexuelle Beziehung (n=9)

Autor/in Land Jahr	Forschungs- ziel	Studien Design	Stichprobe	Erhebung/ Methode	Haupt- Ergebnisse
Silva et al. Brasilien 2014	wie PartnerInnen von PatientInnen mit einer permanenten Kolostomie den Alltag, insbesondere die sexuellen Aspekte, wahrnehmen	prospektive Vergleichsfall-Kontrollstudie	36 PartnerInnen von Personen mit einem Stoma (Stomagruppe) 72 PartnerInnen von normalen Personen	<ul style="list-style-type: none"> • zweiteiliger Fragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> • sexuelle Leistungsfähigkeit des Ehepartners war signifikant besser in der Kontrollgruppe • sexuelle Leistungsfähigkeit des Partners war auch besser in der Kontrollgruppe • reduzierte Häufigkeit sexueller Aktivität war höher in der Stomagruppe • kein signifikanter Unterschied im sexuellen Interesse zwischen den beiden Gruppen • 30,6 % der Stomagruppe geben an sexuell nicht aktiv zu sein wobei nur 8,3% der Kontrollgruppe dies angeben • 22,2% in der Stomagruppe geben an mit der sexuellen Leistungsfähigkeit des Partners unzufrieden zu sein. In der Kontrollgruppe betrifft dies nur 12,5%.
Smith et al. London 2017	Erfahrung des Lebens mit einem Ileostoma	Phänomenologie	21 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • halbstrukturierte Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich schlafe nicht mit meinem Mann...weil ich keine Sauerei auf ihm veranstalten möchte...wir schlafen in separaten Betten...es ist schlimm...ich weiß nicht ob er überhaupt jemals mit mir schlafen möchte da er mein Stoma sicher auch nicht sehen will...“ • Einige der weiblichen Teilnehmerinnen beschrieben, dass sie von ihren männlichen Partnern abgelehnt wurden, da diese phobisch auf das Stoma reagierten. • Zwei der männlichen Teilnehmer sprachen darüber, wie unterstützend ihre weiblichen Partner waren.

Autor/in Land Jahr	Forschungs- ziel	Studien Design	Stichprobe	Erhebung/ Methode	Haupt- Ergebnisse
Sun et al. USA 2016	Veränderungen der Sexualfunktion und HRQOL basierend auf dem Stomastatus bei Langzeitüberlebenden des Kolorektalem Ca	Mixed-method Studie	181 Personen mit einem Stoma 394 Personen mit Anastomosen	<ul style="list-style-type: none"> • HRQOL • Eine offene Frage 	<ul style="list-style-type: none"> • TeilnehmerInnen mit einem Stoma hatten eher Angst vor Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität und schlechtere Fähigkeit intim zu sein als jene mit Anastomosen. • Verminderung bzw. Verlust der sexuellen Aktivität nach der Stomaanlage wird als größte Herausforderung beschrieben. • „...es ist eine Herausforderung die sich auf mein ganzes Leben und meine Beziehung auswirkt...unsere sexuelle Beziehung existiert fast nicht mehr...“
Vural et al. Türkei 2016	Erfahrungen von Menschen mit Stomata in Bezug auf sexuelle Funktion und Wahrnehmung sowie Erwartungen an die Stomapflegeperson	Phänomenologie	14 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefenbefragung • unstrukturierte Interviews 	<p>aus den Ergebnissen wurde in 5 Kategorien eingeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen im Sexualeben „...vor der OP war ich der aktive Partner...jetzt muss ich meinem Partner den aktiven Teil überlassen...“, „...erektile Dysfunktion...vaginale Trockenheit..“ • Veränderungen im Körperbild „...ich glaube nicht, dass ich jetzt weniger attraktiv bin...ich trage spezielle Kleidung, gehe ins Beauty Center ...“ <p>jedoch beschrieben die meisten der Pat. die Veränderung des Körpers als negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst und Schrecken beim Geschlechtsverkehr „...Angst, dass das System während des Verkehrs geöffnet wird ...“ • psychologische Auswirkungen „...ich kann meine Frau nicht mehr befriedigen...das ist mir sehr unangenehm...“ • Erwartungen an die Sexualberatung durch die Stomapflegeperson bzw. -therapeuten „...bis zum heutigen Tag sind Sie der Erste der mit mir über Sexualität spricht... Patienten und deren Partner müssen besser informiert werden.“

Autor/in Land Jahr	Forschungs- ziel	Studien Design	Stichprobe	Erhebung/ Methode	Haupt- Ergebnisse
Yilmaz et al. Türkei 2017	Auswirkung eines Stomas auf die Sexualfunktion und QOL bei Personen mit einer Kolostomie	Querschnitts- studie	57 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • International Index of Erectil Function (IIEF) • Index of Female Sexual Function (IFSF) • Stoma Quality of Life Scale (SQOLS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Der SQOLS Score war in der Subskala der Sexualität und des Körperbildes am geringsten. • 54, 5% der männlichen Teilnehmer gaben an unter schweren, 15,2% unter moderaten und 27,3% unter wenig sexuellen und erektilen Dysfunktionen zu leiden.
Zhu et al. China 2017	sexuelle Erfahrung von chinesischen Patienten mit Stoma und den damit verbundenen Faktoren	prospektive deskriptive Studie	75 Personen mit einem Stoma	<ul style="list-style-type: none"> • Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) 	<ul style="list-style-type: none"> • 67% der TeilnehmerInnen haben sexuelle Dysfunktionen • der totale ASEX Score von Patienten ohne sexueller Lebensberatung war höher, als der von denen, welche eine hatten.

3.2 Auswirkungen auf die Sexualität der Stomaträgerin / des Stomaträgers

Viele der hier angeführten Studien sind allgemeine Studien zur Lebensqualität (QoL – Quality of Life) von Personen mit Stoma von denen sich jeweils ein kleiner Teil auf den Aspekt der Sexualität bezieht.

3.2.1 Häufigkeit sexueller Aktivität

Die Mehrzahl der PatientInnen (81,4 %) in der QoL Studie von Anaraki et al. (2012) haben angegeben, vor der Stomaanlage sexuell aktiv gewesen zu sein. 33,3 % gaben an die Sexualität nach der Operation wieder aufgenommen zu haben.

Auch bei der Studie von Davidson F. (2016) waren vor der Stomaanlage 77 % der TeilnehmerInnen sexuell aktiv und danach haben nur etwa 59 % wieder ihre sexuelle Aktivität aufgenommen.

Weiters wurden die ProbandInnen gefragt, ob ein Stoma ihre Fähigkeit intim zu sein, beeinträchtigt. 52 % der TeilnehmerInnen würden diese Beeinträchtigung als minimal beschreiben, 18% als moderat und 30% empfanden diese Beeinträchtigung als hoch bzw. stark (Davidson 2016).

In der QoL mixed-method Studie von Sun et al. (2016) wurde zusätzlich zum qualitativen Teil eine offene Frage über die größten Herausforderungen, die das Leben seit der Operation mit sich bringt, gestellt. Die TeilnehmerInnen diskutierten die Verminderung oder den Verlust der sexuellen Aktivität nach der Stomabildung als eine ihrer größten Herausforderungen.

Die Stomaproducte und deren Zubehör, Gerüche, Blähungen und Leckagen trugen zu einem verminderten Vertrauen in den Geschlechtsverkehr bei; wie ein Überlebender beschrieb: *"Ich hätte nie gedacht, dass ich nach meiner Operation jemals wieder ein angemessener Sexualpartner sein könnte"* (Sun et al. 2016, p. 1075).

3.2.2 Sexuelle Zufriedenheit

In der QoL Studie von Anaraki et al. (2012) berichteten 32 PatientInnen (31,4 %), dass sie mit der Sexualität zufrieden sind.

Von den 59 % (138 Personen) der zur Sexualität zurückgekehrten ProbandInnen in der Studie von Davidson F. (2016), haben wiederum 81 % angegeben, die sexuelle Aktivität als befriedigend zu empfinden.

Jene Frauen der Studie von Ramirez e.al. (2009) in der ersten Gruppe gaben an, kurz nach der Operation Schwierigkeiten gehabt zu haben, aber mit wenig kleinen Veränderungen ihres Sexualrepertoires den Geschlechtsverkehr wieder aufgenommen zu haben und ihr Stoma langfristig keine sexuellen Beeinträchtigungen mit sich bringt (Ramirez et al. 2009).

Mehrere Frauen in der Studie von Ramirez et. al. (2009), die angeben keine langfristigen sexuellen Schwierigkeiten zu haben, beschrieben, dass ihnen ein äußerst sorgfältiges Stomamanagement helfe, sich beim Geschlechtsverkehr wohler und komfortabler zu fühlen.

Eine Probandin der Studie von Ramirez et. al. (2009), die Schwierigkeiten in der Langzeit-Sexualität angibt, gibt als Grund dafür Schmerzen beim Geschlechtsverkehr an. Diese Teilnehmerin und ihr Mann hatten weiterhin Oralsex, jedoch berichtete sie, dass dies für beide keine befriedigende Lösung war.

Das Item mit der niedrigsten Punkteanzahl im OAS Fragebogen in der Studie von Fingren et al. (2018) ist „die Sexualität genießen“ (2,1) und das mit dem drittniedrigsten Score ist „nicht gleich sexuell attraktiv“ (3,0).

Von den 150 TeilnehmerInnen des OAS Fragebogens haben 101 Individuen die offenen Fragen zur QoL beantwortet. In einer der 3 Domänen „Stoma-bezogene Bedenken und Auswirkungen auf das Leben“ erzählt ein Teilnehmer, dass es für ihn schwierig sei, einen Partner zu finden. In der Domäne „Negative Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit“ beschreibt wiederum ein anderer Teilnehmer, dass das Sexleben nicht mehr funktioniert (Fingren et al. 2018).

Die TeilnehmerInnen in Vural et al. (2019) berichteten, dass das Stoma die Aktivität während des Geschlechtsverkehrs beeinflusst. So gab ein Befragter an: *„Vor der Operation war ich der aktive Partner... jetzt muss ich meinem Gegenüber den aktiven Teil überlassen...!“* (Vural et al. 2016, p. 382)

Laut der türkischen Querschnittstudie von Yilmaz et al. (2017) zeigten die TeilnehmerInnen in den Bereichen Sexualität und Körperbild die geringsten Werte in der Stoma Quality of Life Scale, was auf eine schlechtere QoL hinwies.

3.2.3 Sexuelles Interesse / Interesse nach Intimität

Aus der phänomenologischen Studie von Vural et al. (2016), haben sich aus den Antworten der 14 teilnehmenden Personen mit Stoma, 5 Hauptthemen, betreffend auf ihre Erfahrungen in Bezug auf sexuelle Funktion mit Stoma, ergeben: Veränderungen im Sexualleben, Veränderungen des Körperbildes, Angst und Furcht während des Geschlechtsverkehrs, psychologische Auswirkungen und Erwartungen an die Sexualberatung durch die Stomapflegeperson bzw. -therapeuten.

Die TeilnehmerInnen berichteten, dass die Stomaanlage den sexuellen Komfort beim Geschlechtsverkehr beeinträchtigt. Einige erklärten, dass sie für kurze Zeit nicht mit ihren PartnerInnen schliefen. Ein Teilnehmer erzählte, dass er und seine Frau seit der Operation getrennt schlafen und eine weibliche Teilnehmerin bemerkt: *„Als ich über das Stoma sprach, fühlte ich, dass seine Aufmerksamkeit nachgelassen hat...Zunächst sagte er, dass es nicht wichtig ist, aber danach wurde es zu einer Besessenheit für ihn. Er begann, sich kontinuierlich mit dem Thema zu beschäftigen und kontrollierte es. Dann haben wir uns getrennt...!“* (Vural et al. 2016, p. 383)

Eine weibliche Teilnehmerin der qualitativen Studie von Vural et al. (2016) sagte: *„Wenn du mit diesem Stomabeutel leben musst beginnst du daran zu denken, dass Sex nicht wichtig sei, aber wenn du tief über das Sexualleben nachdenkst, wirst du traurig!“* (Vural et al. 2016, p. 383)

Einige äußerten Besorgnis über ihre sexuelle Kompetenz und Verantwortlichkeit zu haben, wie ein männlicher Teilnehmer bemerkte: *„...ich kann meine Frau nicht mehr befriedigen und das verursacht Unbehagen...!“* (Vural et al. 2016, p. 383)

Yilmaz et al. (2017) fanden heraus, dass Männer laut IIEF und Frauen laut IFSF, den niedrigsten bzw. schlechtesten Score in der Subskala des sexuellen Verlangens aufwiesen.

3.2.4 Körperbild und Attraktivität

Die Studie von Manderson L. (2005) beschreibt die Erfahrungen von Männern und Frauen an die Anpassung an ein Stoma.

Viele TeilnehmerInnen sprachen darüber, wie wichtig es ist, das Stoma und den Beutel zu verdecken, um offensichtliche Konfrontationen zu vermeiden. Eine Probandin erklärt: *„Das*

Stoma ist wirklich keine sexy Sache, wahrscheinlich will ich deshalb nicht, dass er es sieht, weil wir, wie ich meine, eine sexuelle Beziehung haben. ...es ist definitiv der Kot in der Tasche. Das Stoma selbst würde mich nicht im Geringsten beunruhigen. Es ist die Tatsache, dass ich in eine Tasche scheiße und dies die ganze Zeit mit mir herumtrage.“ (Manderson 2005, p. 408)

Eine andere Teilnehmerin erzählt: „... unser Sexualleben hat sich nicht verändert.... Er krümmt sich nicht, wenn er den Beutel auf meinem Bauch berührt, wenn wir miteinander schlafen... es ist so, als wäre er nicht da.“ (Manderson 2005, p. 408)

In der qualitativen QoL Studie von Neumann et al. (2012) wurden ebenfalls die Auswirkungen auf die Sexualität und das Körperbild sehr unterschiedlich beschrieben. Obwohl einige der 26 TeilnehmerInnen mit einem temporären Stoma, welche durch Tiefeninterviews befragt wurden, von keinen Einschränkungen berichteten, waren andere der Meinung, dass ihre sexuelle Aktivität sehr wohl eingeschränkt wurde. „Man fühlt sich nicht sexy, weil da immer diese hässliche Sache ist, die du an deinem Körper tragen musst... es steht dem Geschlechtsverkehr im Wege...“. "Du hast eine Tasche bei dir, diese Tasche ist nie sauber... es ist immer etwas drin, du fühlst dich, als wäre da... du weißt, dass du dich nicht attraktiv fühlen wirst.“ (Neuman et al. 2012, p. 1120)

In der Studie von Notter & Burnard wurden 50 Patientinnen mit einem temporären Ileostoma zu ihren Erfahrungen befragt. Mehrere berichteten darüber, dass ihnen von Angehörigen von Gesundheitsberufen erklärt wurde, dass sie die Tatsache, dass sie ein Ileostoma haben, vergessen und dies kein Problem sein würde. Jedoch war dies meist weit von der Realität entfernt: „Mein Mann denkt, dass es ekelhaft ist.... wir erwähnen es nicht... er hat mein Stoma nie gesehen, ich musste es bedeckt halten und er wollte nicht darüber reden... das ganze Thema ist tabu.... ich glaube nicht, dass er mich überhaupt berühren wird solange ich das Ileostoma habe...“ (Notter & Burnard 2006, p. 152)

Weder diese Frau noch ihrem Mann wurde eine Beratung vor oder nach der Operation angeboten. In dieser Studie hatte keiner derjenigen, die über echte Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Ileostomie berichteten, eine formelle Beratung oder auch nur das Angebot einer Beratung erhalten (Notter et al. 2006).

Diese Operation bringt auch eine Veränderung des Körpers mit sich. „Ich fühle mich weniger feminin...ich dachte nur, schau dich an, wer wird dich berühren wollen...meine

weiche Haut ist Geschichte und mein Bauch schaut furchtbar aus...was wird mein Mann denken...wird er mich noch wollen?!“ (Notter et al. 2006, p. 153)

Mehrere Teilnehmerinnen berichteten über sehr unterstützende Partner, die sie immer wieder beruhigten. Für einige trug dies zur Lösung der Probleme bei, aber für andere war es einfach nicht genug: *„...weniger eine Frau....mein Mann ist wunderbar... er hat es wirklich versucht, aber ich wusste einfach, dass ich nicht dieselbe bin... der Beutel ist laut und fühlt sich seltsam an...“ (Notter et al. 2006, p. 153)*

Ein Maß, um des sich „unattraktiv fühlen“ zu beschreiben, war die Anzahl der Frauen, die komplexe Strategien beschrieben, die sie entwickelt hatten, um ihre Körper zu verstecken. Dazu gehörte, dass ihre Ehemänner sie nicht mehr nackt sehen durften, indem sie das Licht ausschalteten, die Badezimmertüren schlossen oder in Dessous investierten, die im Bett getragen werden konnten und welche die Narben und den Ileostomiebeutel verbergen würden (Notter et al. 2006).

In der Studie von Smith et al. (2017) beschrieben einige Frauen, von ihren Partnern zurückgewiesen zu werden. Eine Teilnehmerin berichtete von der phobischen Wirkung des Stomas auf ihren Partner: *„...ich fühle mich nicht wohl, wenn ich mir Sorgen machen muss, dass er vielleicht zurück in den Raum kommt und vielleicht etwas sieht, dass er nicht sehen will. Und ich weiß, dass es nicht daran liegt, dass er sich vor mir ekelt, sondern dass er es einfach nicht sehen kann...!“ (Smith et al. 2017, p. 6).*

Eine andere Teilnehmerin verspürte das Bedürfnis, ihren Mann vor dem Anblick des Stomas und sich vor seiner möglichen Reaktion zu schützen: *„...ich schlafe nicht mit meinem Mann ...Weil ich ihn nicht durcheinander bringen will ... wir schlafen in getrennten Zimmern ... Ich bin mir nicht einmal sicher, ob er überhaupt mit mir schlafen will, denn er will mich sicherlich nicht mit Stoma sehen.“ (Smith et al. 2017, p. 6)*

In der phänomenologischen Studie von Vural et al. (2016) gab eine Teilnehmerin an, dass sie sich auf Grund ihres Stomas nicht weniger attraktiv fühle: *„...ich glaube nicht, dass meine Attraktivität gesunken ist. Ich gehe in Schönheitssalons und trage spezielle Kleidung, pflege meine Haare nach wie vor und mache mein Make up...!“ (Vural et al. 2016, p. 383)*

Im Gegensatz dazu beschrieben andere TeilnehmerInnen, dass die negativen Auswirkungen auf ihr Körperbild mit ihren sexuellen Problemen verbunden sind.

Die Studie von Yilmaz et al. (2017) zeigte dass, wenn man die Scores der SQOLS mit den unabhängigen Variablen vergleicht, es einen statistisch signifikanten Unterschied im Bereich Sexualität/Körperbild gibt, abhängig vom Typ des Stomas.

So erfuhr man, dass TeilnehmerInnen mit einem temporären Stoma eine höhere QoL erreichten als jene mit einer permanenten Stomaanlage (Yilmaz et al. 2017).

3.2.5 Ängste

In der Studie von Cardoso et al. (2015) zur Beschreibung von Erfahrungen der Sexualität von Menschen mit Darmstoma, werden häufig Bedenken über das Stomasystem während des Verkehrs und damit verbundene Probleme geäußert: „...4 Monate nach der OP hatte ich erstmals wieder Geschlechtsverkehr...ich hatte Angst...ich hatte Angst, dass etwas aus dem Beutel herauskommen könnte...“ (Cardoso et al. 2015)

Weiters gaben ProbandInnen in der phänomenologischen Studie von Vural et al. (2016) an, Angst zu haben, dass das Stomasystem während des Verkehrs undicht werden könnte.

Ein weiterer Aspekt der angesprochen wurde war auch in Fingren et al. (2018) die Angst, dass etwas Peinliches im Zusammenhang mit normaler sexueller Aktivität passieren könnte.

Ebenso hat es sich die Studie von Sun et al. (2016). zum Ziel gemacht, die Veränderungen der Sexualfunktion und die QoL, basierend auf dem Stomastatus von Langzeitüberlebenden eines Kolorektalen Karzinoms zu beschreiben.

Diese Studie hat gezeigt, dass all jene TeilnehmerInnen mit einem Stoma eher Angst vor einer Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität sowie Probleme mit dem Ausziehen vor einer/einem PartnerIn, schlechte Werte bei der Beeinträchtigung der persönlichen Beziehungen und schlechtere Fähigkeit intim zu sein hatten, als jene TeilnehmerInnen mit Anastomosen (Sun et al. 2016).

3.2.6 Körperliche Konsequenzen

In der Studie von Anaraki et al. (2012) berichteten 40,2 % der männlichen Probanden über erektile Funktionsstörungen.

In der QoL Studie von Davidson F. (2016) gaben 53 % der männlichen Teilnehmer an, Probleme mit dem Erhalten oder Behalten einer Erektion zu haben, 42 % hatten diesbezüglich keine Probleme.

In der Querschnittsstudie von Yilmaz et al. (2017) waren 33 der gesamt 57 TeilnehmerInnen männlich und davon gaben 54,5 % an schwere, 15,2 % moderate und 27,3 % wenig Probleme mit der sexuellen und erektilen Dysfunktion zu haben.

Einige ältere Individuen in der Studie von Manderson L. (2005) gaben an nicht länger sexuell aktiv zu sein, aber dass das Stoma nur geringe Auswirkungen auf diese Tatsache hätte. „*..sein Herz erlaubte es nicht (Sex), also war das das Ende, aber macht mir keine Sorgen, nein. ...wir hatten ein gutes Sexleben davor. Aber jetzt ist es vorbei, weil wir beide schwere Medikamente nehmen und so war's das.*“ (Manderson 2005, p. 411)

Laut Cardoso et al. (2015) waren die Veränderungen der Sexualität, die das Stoma mit sich bringt, so stark, dass der sexuelle Akt für einige TeilnehmerInnen zweitrangig wurde. Dies zeigte sich insbesondere dadurch, dass die TeilnehmerInnen ihre Libido verloren und unter anderem unter Erektionsstörungen und Schmerzen litten. „*Ich hatte eine normale sexuelle Beziehung aber heute nicht mehr, weil ich Schmerzen habe. Und das bringt Probleme mit sich. Ich versuche es zu vermeiden, denn wenn ich weiter streichle, berühre..... Es mag sein, dass ich sie zufrieden stelle, aber ich werde nicht zufrieden sein....*“ (Cardoso et al. 2015 p. 580)

Die Frauen in der Gruppe „Schwierigkeiten in der Langzeit-Sexualität“ der Studie von Ramirez et al. (2009) berichteten über verschiedene Probleme: Einerseits oblag der Grund der sexuellen Schwierigkeit vor allem der Tatsache, dass der Geschlechtsverkehr aufgrund von vaginalen Veränderungen als Folge der Krebsbehandlung schmerzhaft ist und andererseits stellte das Stomasystem ein zusätzliches Hindernis dar. Die jüngste Teilnehmerin (44) der Studie von Ramirez et al. beschrieb die Unfähigkeit, auf Grund von Schmerzen regelmäßigen Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann zu haben, als sehr schwierig, da für sie der Geschlechtsverkehr eine wichtige Rolle gespielt hat. Sie hatten nach der Operation versucht mit Gleitmittel und Positionswechsel den Sex wieder zu genießen, aber die Schmerzen hinderten sie dabei. „*...wegen der Art und Weise wie sich meine Vagina*

neigt...sein Penis geht nie ganz durch...ich darf währenddessen nie sein Gesicht sehen und muss weg schauen damit er nicht sieht wie weh es tut...ich weiß wie schwierig es für ihn ist einen Orgasmus zu bekommen, weil er derjenige ist der mir Schmerzen bereitet...!“ (Ramirez et al. 2009, p. 615)

Die Studie von Sun et al. (2016), in der Krebsüberlebende mit und ohne Stoma verglichen wurden zeigte, dass Frauen mit einem Stoma häufiger Symptome im Zusammenhang mit sexueller Dysfunktion, Probleme mit der Vagina und Vaginalschmerzen nach der Operation zeigten. Männer mit Stoma dagegen haben nach der Operation signifikant eher Probleme eine Erektion zu erhalten bzw. behalten.

Männliche Teilnehmer in Vural et al. (2016) berichteten über erektile Dysfunktion während Teilnehmerinnen vaginale Trockenheit und Unbehagen während des Verkehrs beschrieben. Einige ProbandInnen verknüpften ihren Libidoverlust mit den Gefühlen der Unattraktivität im Zusammenhang mit dem Vorhandensein eines Stomas.

Nicht zuletzt beschrieben einige TeilnehmerInnen in der Studie von Vural et al. (2016), dass sich auf Grund der Veränderungen in ihrem Sexleben, auch psychologische Probleme ergaben. *„Nein, wir haben keine sexuelle Beziehung versucht... psychologisch...Depressionen...ich kann es keinem Arzt sagen aber mein Vater fragte mich mal ob ich denn noch sexuell potent sei oder nicht...!“ (Vural et al. 2016, p. 383)*

In Zhu et al. (2017) berichteten 67 % der gesamt 75 chinesischen ProbandInnen mit Stoma von einer sexuellen Dysfunktion (ASEX Score >19; je höher die Punktezahl desto schwerer die Dysfunktion). Sie fanden ebenso heraus, dass das sexuelle Erleben bzw. die Erfahrung von Männern (lt. ASEX Gesamtscore) signifikant schlechter war und diese schwerere Dysfunktionen aufwiesen als Frauen. Ebenso hat man herausgefunden, dass das sexuelle Erleben von jüngeren PatientInnen signifikant schlechter war als jenes älterer PatientInnen. Weiters konnten sie einen signifikanten Zusammenhang zwischen Familienbeziehung, Operationstyp, Stomatyp, Komplikationen und Sexuallebensberatung auf das sexuelle Erleben finden (Zhu et al. 2017).

3.3 Auswirkungen auf die Sexualität der Partnerin / des Partners

Die Auswirkungen, welche die Anlegung eines Enterostomas mit sich bringt, beschränken sich nicht nur auf die Stomaträgerin bzw. den Stomaträger selbst, sondern auch auf deren PartnerInnen.

3.3.1 Häufigkeit sexueller Aktivität

Die Studie von Cakmak et al. (2010) zeigte, dass alle 56, der an dieser Studie beteiligten PartnerInnen (30 Frauen und 26 Männer), vor der Stomaoperation des Partners sexuell aktiv waren. Danach gaben 20 männliche und 10 weibliche PartnerInnen an sexuell inaktiv zu sein. Hierbei gaben 80 % der Männer als Grund dafür an, dass sie das Kolostoma abstoßend finden.

Männliche Partner waren nach der Operation der Partnerin signifikant weniger sexuell aktiv als weibliche Partnerinnen. Auch die Häufigkeit des Verkehrs hatte bei allen noch sexuell aktiven Paaren abgenommen (Cakmak et al. 2010).

In der Studie von Silva et al. (2014) wurde ein Vergleich zwischen 2 Gruppen durchgeführt: 36 PartnerInnen von PatientInnen mit einer permanenten Kolostomie (Stomagruppe) und 72 PartnerInnen von stomalosen Individuen (Kontrollgruppe).

30,6 % in der Stomagruppe gaben an, sexuell inaktiv zu sein, wobei dies in der Kontrollgruppe nur 8,3 % an gaben Die Häufigkeit der sexuellen Aktivität war also in der Stomagruppe signifikant niedriger. Jedoch gab es keinen signifikanten Unterschied im sexuellen Interesse zwischen den beiden Gruppen (Silva et al. 2014).

3.3.2 Rollenbild

In der Studie von Manderson L. (2005) beschrieben mehrere PartnerInnen, dass die verschmolzenen Rollen von LiebhaberInnen und PflegerInnen die Intimität erschwere. Ein Paar erzählte, dass sich der Gatte bei Bedarf um seine Frau kümmerte, das Stoma reinigte, wenn Leckagen auftraten und die Unterwäsche wechselte. Dies geschah aber auf Kosten ihrer sexuellen Beziehung zueinander.

3.3.3 Sexuelle Leistungsfähigkeit

In der Studie von Silva et al. (2014) war die sexuelle Leistungsfähigkeit der PartnerInnen in der Kontrollgruppe signifikant besser, sowie auch die eigene sexuelle Leistungsfähigkeit der ProbandInnen.

Weiters gaben 22,2 % der Stomagruppe an, mit der sexuellen Leistungsfähigkeit deren PartnerInnen unzufrieden zu sein, wobei dies in der Kontrollgruppe nur auf 12,5 % zutraf (Silva et al. 2014).

3.4 Faktoren zur positiven Beeinflussung der Sexualität

In der Studie von Ayaz & Kubilay (2009) wird die Effektivität des sogenannten PLISSIT Modells zur Lösung sexueller Probleme von Menschen mit Stoma beschrieben. Des Weiteren wurde in dieser Studie der Golombok-Rust Inventory of sexual satisfaction (GRISS) verwendet.

Alle der ProbandInnen in beiden Gruppen teilten sich das Bett mit ihren EhepartnerInnen vor der Operation. Diese Quote sank nach der Operation in der Interventionsgruppe auf 20 % und auf 18,3 % in der Kontrollgruppe. Am Ende des vierten Monats des Interventionsplans haben 93,3 % der TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe wieder im selben Bett mit ihren EhepartnerInnen geschlafen, jedoch aber nur 53,3 % in der Kontrollgruppe.

Bedenken der ProbandInnen in der Kontrollgruppe, die zwischen zweiter und sechster Woche aufkamen, bezüglich sich unattraktiv fühlen, Leckagen bei sexueller Aktivität und Bedenken der sexuellen Leistungsfähigkeit, gingen am Ende des Gesprächs im vierten Monat verglichen mit dem ersten Besuch, erheblich zurück.

In der Kontrollgruppe ließ sich ein deutlich größerer Unterschied zwischen Pre- und Endtest, als in der Fallgruppe feststellen, wie in Tabelle 4 ersichtlich ist, was auf eine Verschlechterung der Sexualität hindeutet (höherer GRISS Wert = schlechtere Sexualität). In der Interventionsgruppe hingegen zeigt sich anfänglich ein Anstieg des GRISS Wertes allerdings sinkt dieser nach der Intervention beim Endtest und deutet somit auf eine Verbesserung der Sexualität hin (Ayaz et al. 2009).

Tabelle 5: Geschlechtsspezifische Verteilung der Durchschnittswerte von Individuen in der Interventions- und in der Kontrollgruppe des GRISS

		Interventionsgruppe			Kontrollgruppe	
		Pretest	Zweittest	Endtest	Pretest	Endtest
Männer	Total GRISS	26,38	41,05	27,24	29,35	41,10
Frauen	Total GRISS	33,44	59,89	36,78	36,70	63,80

Die Studie von Zhu et al. (2017) hat gezeigt, dass PatientInnen ohne eine Sexualebensberatung eine schwerere sexuelle Dysfunktion hatten als PatientInnen mit einer Sexualebensberatung. Sie stellten ebenso fest, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der sexuellen Dysfunktion und dem Bedürfnis nach Beratung gab. PatientInnen, die ein Bedürfnis nach Beratung hinsichtlich Sexualeben äußerten, hatten eine schwerere sexuelle Dysfunktion als PatientInnen ohne Beratungsbedarf (Zhu et al. 2017).

In der qualitativen Studie von Manderson L. (2005) beschrieb eine Probandin, dass es ihr hilft, wenn sie ihr Stoma bedeckt. Sie und ihr Partner fühlen sich damit sicherer und wohler, da dieses „Cover um ihren Bauch“ vor möglichen Undichtigkeiten und unangenehmen Geräuschen schützt. Eine andere Probandin erzählt, dass sie im Bett immer ein Nachthemd trägt, aber dass es für sie auch oft sehr frustrierend sei, feminine und sexy Unterwäsche zu finden, die das Stomasystem verdeckt und schützt (Manderson 2005).

In der Studie von Cardoso et al. (2015) wurde die Wichtigkeit einer Anpassungsstrategie für die StomapatientInnen, um den Geschlechtsverkehr bequemer und befriedigender zu machen, beschrieben. Dieser Anpassungsprozess förderte die Sexualität von StomapatientInnen und ermöglichte es, ohne Ängste und sich Sorgen um das Stomasystem machen zu müssen, Sexualität zu erleben. *„Die traditionelle Position ist für beide Seiten unangenehm...die Position ändern um Schaden zu vermeiden...“* (Cardoso et al. 2015 p. 580)

Auch die Bedeutung der interdisziplinären Unterstützung der neuen Sexualität wird in dieser Studie deutlich gemacht. Die Berichte der Teilnehmer zeigten eine hohe Nachfrage des Bedürfnisses nach interdisziplinären Unterstützung im Sinne von Beratung und Aufklärung: *„...niemand redet über dieses "Ding" (Sexualität) im Krankenhaus, denn wenn ich jemanden gehabt hätte, mit dem ich darüber sprechen hätte können, wäre es besser gewesen... das hätte mir viel geholfen..“* (Cardoso et al. 2015 p. 581)

So teilten ebenso die meisten TeilnehmerInnen der Studie von Vural et al. (2016) ihre Erwartungen in Bezug auf eine Sexualberatung. Eine Teilnehmerin bemerkte, dass bis zum Tag des Interviews der Studie, noch keiner mit ihr über die Sexualität gesprochen habe. Ein anderer Teilnehmer betonte die Wichtigkeit: *„Der Patient, aber vor allem auch der Partner bzw. die Partnerin muss informiert sein.“* (Vural et al. 2016, p. 383)

Mehrere Frauen in der Studie von Ramirez et al. (2009), die an gaben keine langfristigen sexuellen Schwierigkeiten zu haben, beschrieben, dass ihnen ein äußerst sorgfältiges Stomamanagement helfe, sich beim Geschlechtsverkehr wohler und komfortabler zu fühlen. Demnach war es für diese Frauen wichtig, vor dem Geschlechtsverkehr einen neuen Beutel anzulegen und diesen auch während des Verkehrs an Ort und Stelle zu belassen, so dass keine Unfälle bzw. Leckagen passieren können. Beutel wurden mit verschiedenen Gegenständen wie Handtüchern, Röhrenoberteile oder Nachthemden abgedeckt und auch fixiert. *„Also, wenn ich im Bett liege und meine Dessous trage... habe ich einen sauberen Beutel. Er kann sich auf mich legen und es tut nicht weh. Er spürt auch keinen Stuhl. ...manchmal will er auch Sex haben und ich habe ein bisschen Stuhl in meinem Stomabeutel...dann entschuldige ich mich und lege einen frischen Beutel an damit wir uns beide besser fühlen.“* (Ramirez et al. 2009, p. 614)

Obwohl Menschen an bestimmten Vorstellungen von Körperfunktionen und deren Grenzen festhalten, sind die sozialen Vorstellungen dieser Grenzen flexibel und können unter Beeinflussung der Diversität sexuellen Repertoires, Intimität ermöglichen, auch wenn sich die Grenzen überschneiden und Körperkontrolle unvorhersehbar ist. Dies zeigt das Beispiel einer Probandin deren Ehe nach der Anlage ihres Kolostomas zerbrach. 10 Jahre danach verliebte sie sich neu: *“Ich wusste, dass es da draußen jemanden geben würde, der mich eines Tages haben will, auch mit Kolostoma...ich habe mir keine Sorgen gemacht. Ich konnte es mir sowieso nicht leisten, denn Stress ist dein schlimmster Feind, wenn du Krebs hattest...ich erzählte ihm von meinem Stoma auf dem Weg ins Bett.“* (Manderson 2005, p. 411)

Mehrere Frauen in dieser Gruppe schrieben die Fähigkeit, die sexuelle Aktivität wieder aufgenommen zu haben, ihren unterstützenden Partnern zu, welche ihre veränderten Körper so akzeptierten wie sie sind. Diese Männer wurden häufig als eine Schlüsselkomponente für die Genesung und Akzeptanz ihres durch die Stomaoperation veränderten Körpers, beschrieben. *„Zu wissen, dass jemand anderes dir immer noch das Gefühl gibt begehrenswert zu sein, macht alles möglich!“* (Ramirez et al. 2009, p. 614)

Zwei männliche Teilnehmer der phänomenologischen Studie von Smith et al. (2017) sprachen darüber, wie sehr ihre Partnerinnen sie unterstützten, trotz der Probleme mit der sexuellen Funktion, die als Folge der Operation entstanden: *„Meine Frau ist absolut wunderbar; wir haben einen Punkt erreicht, an dem wir beide glücklich sind.“*(Smith et al. 2017, p. 6)

Trotz einer permanenten Stomaanlage waren einige Überlebende dankbar, dass ihre Beziehungen intakt blieben, wie eine Krebsüberlebende aus Sun et al. (2016) beschrieb: *"Ich habe eine 11jährige Beziehung zu meinem Partner gepflegt, trotz sexueller Probleme. Sicherlich hätte ich gerne meine Erektion und Energie zurück, aber ich bin dankbar für das, was ich habe."*(Sun et al. 2016, p. 1075)

Die Studie von Notter und Burnard (2006) zeigte, dass, obwohl einige PartnerInnen an präoperativen Diskussionen beteiligt waren, die Mehrheit nicht auf das, was sie sahen, vorbereitet waren. Weiters konnte sich keiner der PartnerInnen daran erinnern, dass ihnen in dieser Phase individuelle Unterstützung oder Beratung angeboten wurde. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass es eine erhöhte Notwendigkeit für Krankenpflegepersonen gibt, damit diese mehr Zeit mit den PatientInnen und deren PartnerInnen verbringen können um sie darauf vorzubereiten und in der akuten Phase zu unterstützen (Notter et al. 2006).

3.5 Exkurs: Messinstrumente

Der **City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire** (COH-QoL-Ostomy) ist ein krankheitsspezifischer Fragebogen, bestehend aus 2 Teilen. Der erste inkludiert 46 Fragen bezüglich demografischer Daten, Krankheit, Stoma, Aktivität, Arbeit, Diät etc. und der zweite Teil besteht seinerseits aus 43 Items, welche wiederum in 4 Subgruppen gesplittet werden (physische, psychologische, soziale und spirituelle Subgruppe). Zur Beantwortung der Fragen wird hier eine 10-Punkt Likert Skala (von 0-10) herangezogen, bei der ein höherer Score auf eine höhere QoL schließen lässt (Anaraki et al. 2012).

Der **OAS Fragebogen** dient zur Beurteilung der Anpassung der Befragten an die physischen, psychischen und sozialen Veränderungen, die nach einer Stomachirurgie auftreten. Die validierte und ins Schwedische übersetzte Form dieses Fragebogens umfasst 36 Punkte, welche auf einer 6-Punkt-Likert-Skala, die von stark abweichend bis vollständig übereinstimmend reicht, bewertet werden können. Die mögliche Punktzahl für jeden der 36 Punkte lag folglich zwischen 1 und 6, wobei eine niedrigere Punktezahl auf eine schlechtere Übereinstimmung schließen lässt (mögliche Gesamtpunktzahl von 36-216) (Fingren et al. 2018).

Die **Stoma Quality of Life Scale** (SQOLS) ist ein 21-Item Fragebogen, aufgeteilt in 3 Subskalen (Arbeit/Soziales, Sexualität/Body Image, Stomafunktion), beantwortbar durch eine Likert-Skala.

Weiters wurden der international **Index of Erectile Function** (IIEF) und der **Index of Female Sexual Function** (IFSF) eingesetzt.

Dieser Index (IIEF), besteht aus 5 Subskalen (erektile Funktion, sexuelle Zufriedenheit, Orgasmus, sexuelles Verlangen, Gesamtzufriedenheit) bei gesamt 15 Fragen (jeweils 1–5 Punkte – je niedriger desto schwerere Funktionsstörung).

Der IFSF, besteht aus 9 Fragen bei 6 Subskalen (Qualität des Verkehrs, Verlangen, Gesamtzufriedenheit mit der sexuellen Funktion, Orgasmus, Feuchtigkeit, klitorale Empfindung) (Yilmaz et al. 2017).

Die **Arizona Sexual Experience Scale** (ASEX) ist eine 5 Item Skala (Sexualtrieb, sexuelle Erfahrungen, Feuchtigkeit/Erektion, Orgasmus, sexuelle Befriedigung) und reicht von möglichen 5 bis zu max. 30 Punkten (1-6 Punkte je Item), wonach eine höhere Punktezahl auf schwerere sexuelle Dysfunktionen hinweist (Zhu et al. 2017).

Des Weiteren wurde der **Golombok-Rust Inventory of sexual satisfaction** (GRISS) verwendet. Dies ist ein Skaleninstrument zur Beurteilung der Qualität des Geschlechtsverkehrs und sexueller Dysfunktionen, eingeteilt in 7 Domänen: Vermeidung, Zufriedenheit, Kommunikation, Nicht-Sinnlichkeit, Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Vaginismus und Anorgasmie bzw. auf männlicher Seite Ejakulation und Impotenz. Diese Domänen konnten jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden und hohe Werte deuten auf Dysfunktionen bei der sexuellen Funktion hin (Ayaz et al. 2009).

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welche Auswirkung ein Enterostoma auf die Sexualität von Betroffenen und deren SexualpartnerInnen hat. Des Weiteren war es das Ziel, auf Faktoren einzugehen, welche die Sexualität positiv beeinflussen können.

Die Auswirkungen auf die Sexualität der Stomaträgerin/des Stomaträgers reichen von der reduzierten Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs und Unzufriedenheit, über Einschränkungen im Körperbild, Attraktivität und Ängsten (z.B. vor Leckagen), bis zu körperlichen Konsequenzen wie z.B. vaginale Trockenheit und erektile Dysfunktion.

Dass das Stoma selbst einen Einfluss auf die Sexualität hat, zeigt auch die Studie von Reese et al. (2013) bei PatientInnen mit Kolorektalem Karzinom. In ihrer Studie wies die Gruppe mit aktuellem Stoma, als auch die Gruppe mit vergangenem Stoma eine schlechtere Sexualfunktion auf, als jene Gruppe der TeilnehmerInnen, die kein Stoma hatten. Jene PatientInnen mit aktuellem Stoma wiesen auch signifikant massivere Belastungen des Körperbildes auf als jene ohne Stomageschichte (Reese et al. 2014).

Andererseits gab es keinen Unterschied zwischen den 3 Gruppen, was die erektile Funktion bei Männern angeht.

Bei Frauen zeigte sich, dass jene mit Stoma und jene mit einem vergangenem Stoma eher im dysfunktionalen Bereich lagen und geringere Sexualfunktion aufwiesen, als jene ohne Stomageschichte. Allerdings sollte dies mit Vorsicht interpretiert werden, da die Gruppe der Frauen mit Stoma und vergangenem Stoma aufgrund der geringen Stichprobengröße für die Analyse zusammengefasst wurden (Reese et al. 2014).

In Bezug auf die Auswirkungen der Sexualität auf die Partnerin/den Partner lässt sich ebenfalls die verminderte sexuelle Aktivität, reduzierte sexuelle Leistungsfähigkeit und eine Verschiebung des Rollenbildes (vom/von der LiebhaberIn zum/zur PflegerIn) feststellen.

Es soll an dieser Stelle betont werden, dass in der Studie von Silva et al. (2014) nicht definiert wird, was die sexuelle Leistungsfähigkeit genau ist und wie diese gemessen wird.

Die Ergebnisse zeigen ebenfalls eine Vielzahl an Faktoren und Maßnahmen auf, welche die Sexualität positiv beeinflussen können. Wie zum Beispiel das PLISSIT Modell zur Beratung von StomaträgerInnen oder die vielen „Tipps“ bzw Vorschläge von ProbandInnen aus den Ergebnissen der qualitativen Studien, wie z.B. spezielle Unterwäsche.

Jedoch haben die Ergebnisse dieser Arbeit auch veranschaulicht, dass nicht nur das Enterostoma selbst, sondern auch viele andere Faktoren, z. B. die Krankheit an sich oder deren Therapie oder das Alter der PatientInnen, auf die Sexualität Einfluss nehmen.

Beispielsweise berichtete die Studie von Yilmaz et al. (2017), dass die Lebensqualität hinsichtlich Sexualität und Körperbild mit zunehmendem Alter abnahm. Dieses Ergebnis wird von der Studie von Orsini et al. (2012) unterstützt.

In der Studie von Orsini et al. (2012) wird ein Schwerpunkt auf das Alter von PatientInnen mit kolorektalen Karzinom (mit und ohne Stoma) gelegt. Es zeigte sich, dass ältere PatientInnen eine signifikant schlechtere Sexualfunktion im Vergleich zu jüngeren PatientInnen aufwiesen. Allerdings wiesen interessanterweise ältere Personen mit Stoma eine signifikant bessere sexuelle Funktion auf als ältere Personen ohne Stoma. Die männliche sexuelle Dysfunktion war bei älteren Patienten signifikant schlechter, aber auch dies wurde durch das Vorhandensein eines Stomas nicht beeinträchtigt (Orsini et al. 2013).

Dass sich die Grunderkrankung, welche die Anlage eines Stomas erfordert, auch auf die Sexualität auswirkt, wird in der Studie von Jansen et al. (2014) beschrieben.

In dieser mixed-method Studie wird die allgemeine und stomaspezifische QoL von KrebspatientInnen und Nicht – KrebspatientInnen verglichen und offene Interviews zum täglichen Leben mit Stoma geführt.

Das vierthäufigste Thema, welches in der Gruppe der KrebspatientInnen erwähnt wurde, war „Einfluss auf die Beziehung oder sexuelle Intimität“. Der Einfluss auf die Beziehung oder sexuelle Intimität wurde oft als Problem, zusammenhängend mit der erektilen Dysfunktion beschrieben. *„Die Operation und die Strahlentherapie hat meine erektilen Probleme verursacht. Ich fühle mich “weniger al Mann“ und die Beziehung zu meiner Frau hat sich verändert.“* (Jansen et al. 2015, p. 4)

In der Gruppe der Nicht-KrebspatientInnen war das Thema der Sexualität nicht unter den 10 am häufigsten erwähnten Themen.

Auch die Studie von Breukink und Donovan (2013) deutet darauf hin, dass eine chirurgische Behandlung und eine (neo-)adjuvante Therapie beim kolorektalem Karzinom häufig mit einer Vielzahl von sexuellen Problemen, wie erektile Dysfunktion bei Männern und vaginale Trockenheit bei Frauen verbunden sind (Breukink & Donovan 2013).

Mehrere Studien haben gezeigt (Cardoso et al. (2015), Notter et al. (2006), Vural et al. (2016)), dass die PatientInnen und auch deren PartnerInnen hinsichtlich Sexualität, schlecht bis gar nicht vom Gesundheitspersonal beraten und informiert wurden.

In der Studie von Notter et. al. (2006) könnte dies daran gelegen haben, dass die Ileostomien in diesen Fällen als eine vorübergehende Maßnahme angesehen wurden (6 Wochen – 1 Jahr), da es sich bei der Stichprobe um Patientinnen mit einem temporären Ileostoma handelte. Jedoch besteht immer die Gefahr, dass Probleme auftreten und ein permanentes Ileostoma angelegt werden muss und dies keine Indikation dafür ist, die PatientInnen und deren PartnerInnen nicht zu beraten (Notter et al. 2006).

Dies deutet auf eine erhöhte Notwendigkeit für Krankenpflegepersonen hin, sodass diese mehr Zeit mit den PatientInnen und deren PartnerInnen verbringen können, um sie darauf vorzubereiten und in der akuten Phase zu unterstützen (Notter et al. 2006).

Eine Probandin aus der Studie von Ramirez et al. (2009) beschrieb, vor der Stomaanlage ein sehr aktives und für beide befriedigendes Liebesleben gehabt zu haben. Da regelmäßiger Geschlechtsverkehr in vielen Ländern so wie auch den USA als emotionales Kernband in einer ehelichen Beziehung gesehen wird, ist es nicht verwunderlich, dass ein plötzlicher Mangel an Geschlechtsverkehr eine tiefe Störung und einen Verlust für diese Frau darstellte (Ramirez et al. 2009).

Die sehr häufig erwähnten Probleme und Störungen des Körperbildes bzw. des sich unattraktiv Fühlens, könnten durchaus durch die Tatsache verstärkt werden, dass der Einfluss der Medien bezüglich Schönheitsideale immer stärker wird. Täglich wird man im Fernsehen oder in den sozialen Netzwerken mit den makellosen Körpern von Models, InfluencerInnen, SchauspielerInnen usw. konfrontiert, welche uns Einblicke in ihre scheinbar perfekten Leben offerieren.

Des Weiteren wurden für die ausgewählten Studien eine Reihe verschiedener Messinstrumente verwendet, welche es oft schwierig machten die Studien miteinander zu vergleichen.

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben gezeigt, dass die Auswirkungen welche die Anlage eines Enterostomas mit sich bringt, sehr weitreichend sind und sich nicht nur auf die Patientin/ den Patienten selbst beziehen, sondern auch auf deren PartnerInnen.

Ebenfalls zeigten die Ergebnisse, dass die PatientInnen deren PartnerInnen vom Gesundheitspersonal in Hinsicht auf die Sexualität, meist schlecht bis gar nicht beraten wurden.

Weiters wurde beobachtet, dass nicht nur das Enterostoma selbst, sondern auch andere Faktoren, wie die Krebs- und/oder Strahlentherapie oder das Alter der Individuen, einen Effekt auf das sexuelle Outcome und der damit verbundenen Probleme, hat.

In einigen Studien wurden von ProbandInnen mögliche Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel an das Stoma angepasste Unterwäsche, beschrieben. Des Weiteren wurde die Effektivität des PLISSIT Modells, zur Lösung sexueller Probleme erläutert.

Es ist nochmals die Wichtigkeit der interdisziplinären Beratung durch das Gesundheitspersonal in Bezug auf die Auswirkungen eines Stomas auf die Sexualität zu erwähnen. Weiters kann auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, wie zum Beispiel Kontinenz- und Stomaberatung Österreich oder der Österreichische ILCO Stoma-Dachverband ratsam sein um sich über Probleme auszutauschen (Kontinenz- Stoma-Beratung Österreich. 1988) (Österreichische ILCO Stoma-Dachverband. 1975).

Des Weiteren ist die Beratung in Bezug auf ein Stoma nicht nur für die Trägerin bzw. den Träger wichtig, sondern auch für die Partnerin bzw. den Partner.

Weiters gibt es bereits Leitfäden und Folder, welche sich mit der Thematik der Sexualität mit Stoma beschäftigen, jedoch ist nicht geklärt, ob diese Ergebnisse bzw. Aussagen wissenschaftlich fundiert und unabhängig von Firmen und Produkten betrachtet wurden. Als Beispiel wäre hier der „Leitfaden für Stomaträger und Partner“ von Dansac zu nennen (Galt & Hill 2004).

6 Empfehlungen für die Praxis und Forschung

Die Ergebnisse zeigten, dass die PatientInnen sowie deren PartnerInnen vom Gesundheitspersonal in Hinsicht auf die Sexualität, meist schlecht bis gar nicht beraten wurden. Dementsprechend wird für die Praxis empfohlen, einen Fokus auf die Beratung dieser Personengruppen, insbesondere auf die Auswirkungen und die Veränderungen in der Sexualität, die sich aus der Operation der Anlage eines Enterostomas ergeben, empfohlen.

Solch eine Beratung sollte auch Lösungsansätze und explizite Hilfestellungen anbieten können.

Aktuell befassen sich nur wenig Studien mit Modellen bzw. Ansätzen, die zur Lösung sexueller Schwierigkeiten und Probleme, ausgelöst durch die Anlage eines Enterostomas, beitragen. Demnach wäre es sinnvoll, in diese Richtung mehr Forschung zu betreiben.

Weiters sollte in zukünftiger Forschung durch eine verstärkte Nutzung von mixed-method Designs, ein größeres Augenmerk auf die Wünsche und Bedürfnisse der PartnerInnen von Personen mit Stoma gelegt werden.

Des Weiteren wäre es von Vorteil, ein reliables und valides Messinstrument zu finden, welches für Studien in diesem Bereich verwendet werden kann, um eine internationale Vergleichbarkeit von Studien zu gewährleisten.

Abschließend gilt es als Empfehlung, von Firmen und Produkten unabhängige und wissenschaftlich fundierte Leitfäden zu entwickeln.

7 Literaturverzeichnis

Anaraki, F, Vafaie, M, Behboo, R, Maghsoodi, N, Esmaeilpour, S & Safaee, A 2012, 'Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma', *Indian Journal of Palliative Care*, vol. 18, no. 3, pp. 176-80, doi:10.4103/0973-1075.105687

Ayaz, S & Kubilay, G 2009, 'Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 1, pp. 89-98, doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x

Bachinger, E 2011, *Gesundheitsbericht Wien 2010*, Wien

Breukink, S & Donovan, K 2013, 'Physical and Psychological Effects of Treatment on Sexual Functioning in Colorectal Cancer Survivors', *International Society for Sexual Medicine*,

Cakmak, A, Aylaz, G & Kuzu, MA 2010, 'Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses', *World J Surg*, vol. 34, no. 12, pp. 2872-6, doi:10.1007/s00268-010-0758-z

Cardoso, DBR, Almeida, CE, de Santana, ME & Carvalho, D 2015, 'Sexuality of people with intestinal ostomy', *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, pp. 576-85

Davidson, F 2016, 'Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates', *Br J Nurs*, vol. 25, no. 17, pp. S4-s12, doi:10.12968/bjon.2016.25.17.S4

Fingren, J, Lindholm, E, Petersén, C, Hallén, A-M & Carlsson, E 2018, 'A Prospective, Explorative Study to Assess Adjustment 1 Year After Ostomy Surgery Among Swedish Patients', *Ostomy Wound Management*, vol. 64, no. 6, pp. 12-22, doi:10.25270/owm.2018.6.1222

Galt, E & Hill, H 2004, 'Ein Leitfaden für Stomaträger und deren Partner', in Dansac GmbH, Australien.

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

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence reviewing disparate data systematically', *Qualitative Health Research*, vol. 12, pp. 1284-99

Jansen, F, van Uden-Kraan, CF, Braakman, JA, van Keizerswaard, PM, Witte, BI & Verdonck-de Leeuw, IM 2015, 'A mixed-method study on the generic and ostomy-specific

quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients', *Support Care Cancer*, vol. 23, no. 6, pp. 1689-97, doi:10.1007/s00520-014-2528-1

Keller, C 2014, *Pflege Heute*, vol. 6, Beobachten, Beurteilen und Intervenieren, Elsevier GmbH, Urban und Fischer Verlag, München.

Kontinenz- Stoma- Beratung Österreich. 1988, *Selbsthilfegruppe*, <https://kontinenz-stoma.at/kontakt/selbsthilfegruppen/>

Krams, M, Frahm, SO, Kellner, U & Mawrin, C 2013, *Kurzlehrbuch Pathologie*, vol. 2, Georg thieme Verlag, Stuttgart.

Manderson, L 2005, 'Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery', *Social Science & Medicine*, vol. 61, no. 2, pp. 405-15

Neuman, HB, Park, J, Fuzesi, S & Temple, LK 2012, 'Rectal cancer patients' quality of life with a temporary stoma: shifting perspectives', *Dis Colon Rectum*, vol. 55, no. 11, pp. 1117-24, doi:10.1097/DCR.0b013e3182686213

Notter, J & Burnard, P 2006, 'Preparing for loop ileostomy surgery: women's accounts from a qualitative study', *Int J Nurs Stud*, vol. 43, no. 2, pp. 147-59, doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.006

ÖMCCV 2007, *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen*, Österreichische Morbus Crohn - Colitis Ulcerosa Vereinigung, viewed 2018, [http://www.oemccv.at/418_DE-OeMCCV-Krankheitsbilder CED.htm](http://www.oemccv.at/418_DE-OeMCCV-Krankheitsbilder_CED.htm)

Orsini, RG, Thong, MS, van de Poll-Franse, LV, Slooter, GD, Nieuwenhuijzen, GA, Rutten, HJ & de Hingh, IH 2013, 'Quality of life of older rectal cancer patients is not impaired by a permanent stoma', *Eur J Surg Oncol*, vol. 39, no. 2, pp. 164-70, doi:10.1016/j.ejso.2012.10.005

Österreichische ILCO Stoma-Dachverband. 1975, *Selbsthilfegruppen*, <https://www.ilco.at/gruppen.html>

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing Research*, vol. 10, Wolters Kluwer, Philadelphia.

Ramirez, M, McMullen, C, Grant, M, Altschuler, A, Hornbrook, MC & Krouse, RS 2009, 'Figuring out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with ostomies', *Women Health*, vol. 49, no. 8, pp. 608-24, doi:10.1080/03630240903496093

Reese, JB, Finan, PH, Haythornthwaite, JA, Kadan, M, Regan, KR, Herman, JM, Efron, J, Diaz, LA, Jr. & Azad, NS 2014, 'Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status', *Support Care Cancer*, vol. 22, no. 2, pp. 461-8, doi:10.1007/s00520-013-1998-x

Silva, AL, Monteiro, PS, Sousa, JB, Vianna, AL & Oliveira, PG 2014, 'Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team', *Colorectal Dis*, vol. 16, no. 12, pp. O431-4, doi:10.1111/codi.12737

Smith, JA, Spiers, J, Simpson, P & Nicholls, AR 2017, 'The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis', *Health Psychol*, vol. 36, no. 2, pp. 143-51, doi:10.1037/hea0000427

Statistik Austria 2018, *Krebserkrankungen*, Bundesanstalt Statistik Austria, Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/dickdarm_enddarm/index.html.

Sun, V, Grant, M, Wendel, CS, McMullen, CK, Bulkley, JE, Herrinton, LJ, Hornbrook, MC & Krouse, RS 2016, 'Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors', *J Sex Med*, vol. 13, no. 7, pp. 1071-9, doi:10.1016/j.jsxm.2016.05.005

Vural, F, Harputlu, D, Karayurt, O, Suler, G, Edeer, AD, Ucer, C & Onay, DC 2016, 'The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas: A Phenomenological Study', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 43, no. 4, pp. 381-4, doi:10.1097/won.0000000000000236

Weinzierl, M 2017, *Enterostoma: Persönliche Einstellung entscheidend*, Österreichische Ärztezeitung, viewed 2018, <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2017/oeaez-9-10052017/enterostoma-stomaversorgung-stoma-ileostomien-kolostoma-univ-prof-johann-pfeifer-univ-prof-friedrich-herbst.html>

WHO 2018, *Sexuelle und reproduktive Gesundheit*, Weltgesundheitsorganisation, viewed 2018, <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

Wiesinger, G & Stoll-Salzer, E 2012, *Stoma- und Kontinenzberatung*, vol. 2., Thieme, Stuttgart.

Yilmaz, E, Celebi, D, Kaya, Y & Baydur, H 2017, 'A Descriptive, Cross-sectional Study to Assess Quality of Life and Sexuality in Turkish Patients with a Colostomy', *Ostomy Wound Manage*, vol. 63, no. 8, pp. 22-9

Zhu, X, Chen, Y, Tang, X, Chen, Y, Liu, Y, Guo, W & Liu, A 2017, 'Sexual Experiences of Chinese Patients Living With an Ostomy', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 44, no. 5, pp. 469-74, doi:10.1097/won.0000000000000357

Ziegler, A, Antes, G & König, I 2011, 'Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement', *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol. 13, pp. e9-e15

8 Anhang

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arten des Enterostomas mit Indikation, Lokalisation und Ausscheidung.....	4
Tabelle 2: Suchstrategie.....	7
Tabelle 3: Gesamtpunktezahl der Beurteilung der ausgewählten Artikel nach Hawker et al. (2002).....	8
Tabelle 4: Charakteristika der ausgewählten Studien.....	10-16
Tabelle 5: Geschlechtsspezifische Verteilung der Durchschnittswerte von Individuen in der Fall- und in der Kontrollgruppe des GRISS	25

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prisma Flow Chart.....	9
-------------------------------------	---

8.3 Bewertung der Studien

(Hawker et al. 2002).....	ab S. 39
---------------------------	----------

Anaraki, F, Vafaie, M, Behboo, R, Maghsoodi, N, Esmaeilpour, S & Safaee, A 2012, 'Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma', *Indian Journal of Palliative Care*, vol. 18, no. 3, pp. 176-80, doi:10.4103/0973-1075.105687

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist sehr kurz und prägnant allerdings fehlt das Design. Der Abstract enthält Hintergrund, Ziel, Design, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung - Setting fehlt	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Nur sehr kurze Einleitung, aber sie geht vom Allgemeinen ins Spezielle, geht auf die Forschungslücke ein und schließt mit dem Forschungsziel ab.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut gegliedert und enthält Design, Stichprobe, Ein- und Ausschlusskriterien. Der City of Hope QoL Fragebogen wurde sehr ausführlich und verständlich beschrieben und erscheint zur Beantwortung dieser Forschungsfrage als passend.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Die Stichprobenauswahl beruht auf einer zweckgerichteten Auswahl und dies ist für diese Studie passend. Ein- und Ausschlusskriterien werden ebenfalls ausreichend beschrieben.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde gut beschrieben (SPSS etc.) allerdings wird nicht erwähnt, wer diese durchgeführt hat.	3
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?	
Eine informierte Zustimmung wurde von den ProbandInnen eingeholt, allerdings wurde lt. Studie kein Ethikvotum einer Kommission eingeholt.	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse wurden im Text klar erklärt und zusätzlich in einer Tabelle dargestellt.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Lt. Studie kann man aus den Ergebnissen keine kausale Schlussfolgerung ziehen, da es sich um eine Querschnittsstudie handelt und die Stichprobe sich nur auf PatientInnen des iranischen Ostomy Verbandes bezog. Dies schwächt die Generalisierbarkeit.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Resultate sind hilfreich für die Praxis und es werden auch Empfehlungen für die Praxis und für weitere Forschung gegeben.	4
Total score:	29

Ayaz, S & Kubilay, G 2009, 'Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 1, pp. 89-98, doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02282.x

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält die wichtigsten Informationen wie Stichprobe und Design und ist relativ kurzgefasst, aber trotzdem gut verständlich. Abstract ist ebenfalls vollständig, gut gegliedert und leicht verständlich.	4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung ist sehr ausführlich – beginnt sehr breit und geht ins Spezielle und endet mit dem Forschungsziel.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
In der Methode werden sowohl die Stichprobe als auch die Datensammlung beschrieben. Die Instrumente (PLISSIT Modell und GRISS) werden umfangreich und simpel beschrieben sowie auch die Interventionen, welche in der Kontroll- sowie der Fallgruppe durchgeführt wurden.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Die Stichprobenauswahl wird nicht genauer beschrieben, die Ein- und Ausschlusskriterien hingegen schon.	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Beschreibung der Datenanalyse wurde sehr ausführlich durchgeführt und gut strukturiert aufgebaut.	4
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?	
Es wurden sowohl eine Zustimmung des Ethikkomitees (Ethics Board of the Faculty of Medicine of Hacettepe University) als auch eine informierte Zustimmung der ProbandInnen eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse wurden umfassend in tabellarischer Form dargestellt und durch den Text ergänzt.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
In der Studie selbst wird keine Generalisierbarkeit erwähnt und die geringe Stichprobengröße lässt auch darauf schließen, dass die Ergebnisse nicht generalisiert werden können.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Resultate sind vor allem für die Praxis sehr nützlich, da es um eine ganz bestimmte Handlungsempfehlung bzw. -modell geht.	4

Die Studie gibt auch die Empfehlung, dieses Experiment mit einer größeren Stichprobe zu wiederholen.	
Total score:	33

Cakmak, A, Aylaz, G & Kuzu, MA 2010, 'Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses', *World J Surg*, vol. 34, no. 12, pp. 2872-6, doi:10.1007/s00268-010-0758-z

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Das Studiendesign wird im Titel nicht erwähnt, ansonsten sind alle relevanten Variablen und die Population enthalten. Der Abstract ist vollständig (enthält auch Design), gut gegliedert und leicht verständlich.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr kurz, geht aber vom Allgemeinen ins Spezielle und endet mit dem Ziel.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist sehr ausführlich beschrieben, es werden sowohl das Sampling-Verfahren als auch der Interview-Prozess und die Datenanalyse genau formuliert.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Die Auswahl der Stichprobe wurde sehr genau beschrieben, ebenfalls die Ein- und Ausschlusskriterien, allerdings ist die Stichprobengröße für eine quantitative Studie eher klein und es wird nicht angegeben, ob eine Power-Berechnung durchgeführt wurde.	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde nur sehr kurz beschrieben und ist dadurch nicht vollständig nachvollziehbar.	3
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?	
Es wurden sowohl eine Zustimmung des Ethikkomitees durch die University of Ankara als auch eine informierte Zustimmung von den PartizipantInnen eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden übersichtlich im Text und in tabellarischer Form dargestellt und sind klar verständlich.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	

In der Studie selbst wird keine Generalisierbarkeit erwähnt und die geringe Stichprobengröße lässt auch darauf schließen, dass die Ergebnisse nicht generalisiert werden können.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Resultate sind vor allem für die Praxis sehr nützlich, da es um eine Population geht (PartnerInnen von StomaträgerInnen), welche erst in wenigen Studien betrachtet wurden.	4
Total score:	30

Cardoso, DBR, Almeida, CE, de Santana, ME & Carvalho, D 2015, 'Sexuality of people with intestinal ostomy', *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, pp. 576-85

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist sehr kurz und enthält kein Design und kein Setting, ansonsten sind die Variablen und die Population im Titel vorhanden. Der Abstract dagegen enthält Design, Population und Setting, ist also vollständig und gut gegliedert.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr gut aufgebaut, geht vom Allgemeinen ins Spezielle und endet mit dem Ziel der Studie.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
In der Methode werden sowohl die Stichprobe als auch die Datensammlung beschrieben, sie ist gut gegliedert und übersichtlich dargestellt.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Bei der Auswahl der Stichprobe handelt es sich um eine zweckgerichtete Auswahl und dies ist für diese qualitative Studie passend. Es wurden Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben, allerdings ist die Größe der Stichprobe sehr klein.	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde sehr kurz beschrieben und ist dadurch nicht vollständig nachvollziehbar. Es gibt keine Aussage darüber, ob eine Datensättigung erreicht wurde.	3
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?	
Es wurden sowohl eine Zustimmung des Ethikkomitees als auch eine informierte Zustimmung von den PartizipantInnen eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden übersichtlich im Text dargestellt und gegliedert.	4

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die äußerst geringe Stichprobengröße und die Tatsache, dass keine Datensättigung erreicht bzw. erwähnt wurde, lässt darauf schließen, dass die Ergebnisse nicht auf eine weitere Population übertragbar sind.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vor allem für die Praxis sind die Resultate sehr hilfreich, da sie noch einmal betonen wie wichtig ein interdisziplinäres Team für die Beratung ist.	3
Total score:	30

Davidson, F 2016, 'Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates', *Br J Nurs*, vol. 25, no. 17, pp. S4-s12, doi:10.12968/bjon.2016.25.17.S4

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist bis auf das Setting vollständig und enthält alle Variablen. Der Abstract ist nicht gegliedert sondern in Fließtextform dargestellt und dadurch etwas unübersichtlich. Auch die Methode wird im Abstract nicht beschrieben, ansonsten ist er vollständig.	2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr kurz gehalten, allerdings wird die Forschungslücke gut dargestellt und leitet verständlich auf das Ziel hin.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Auch die Methode und die Datensammlung wird sehr kurz und knapp beschrieben, allerdings sind alle wichtigen Informationen vorhanden	3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Grundsätzlich wurde die Stichprobenauswahl sehr anschaulich beschrieben, allerdings ist die Rücklaufquote (43%) erst am Anfang des Ergebnisteils zu finden.	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Auch die Datenanalyse wurde erst im Ergebnisteil kurz beschrieben, allerdings nicht sehr ausführlich.	2
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?	
Es wurden sowohl eine Zustimmung des Ethikkomitees des Naas General Hospital eingeholt, sowie die automatische Zustimmung durch die Teilnahme bzw. Rücksendung des Fragebogens.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	

Die Ergebnisse wurden sehr ausführlich und gut übersichtlich in Text, Tabellen und in Form von Diagrammen dargestellt. Es gibt auch keine Unstimmigkeiten zwischen Tabellen und Text.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es wird in der Studie zwar nicht explizit erwähnt, dass die Ergebnisse generalisierbar sind, allerdings lässt die Stichprobengröße (256) auf eine Übertragbarkeit auf die Population (irische StomaträgerInnen) schließen.	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vor allem für die Praxis sind die Resultate sehr hilfreich, da die Wichtigkeit regelmäßiger Treffen und Beratungen durch die Stomapflegeperson betont wird.	3
Total score:	27

Fingren, J, Lindholm, E, Petersén, C, Hallén, A-M & Carlsson, E 2018, 'A Prospective, Explorative Study to Assess Adjustment 1 Year After Ostomy Surgery Among Swedish Patients', *Ostomy Wound Management*, vol. 64, no. 6, pp. 12-22, doi:10.25270/owm.2018.6.1222

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist sehr gut gewählt und enthält alle Variablen, das Setting, die Population und das Studiendesign. Der Abstract ist auch sehr ausführlich beschrieben, allerdings etwas unübersichtlich.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist ausgesprochen ausführlich verfasst und beginnt wiederum sehr allgemein und endet zum Schluss mit dem Forschungsziel.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und die Datensammlung sind ebenfalls ausführlich beschrieben. Der verwendete OAS Fragebogen wird sehr genau und nachvollziehbar erklärt, ebenso der qualitative Teil der Studie.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Auch die Stichprobenauswahl wurde genauestens beschrieben und scheint für diese Studie angemessen zu sein.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
So wie alle anderen Teile der Methode wurde auch die Datenanalyse sehr ausführlich dargestellt.	4
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?	

Von allen PartizipantInnen wurde eine schriftliche informierte Zustimmung eingeholt sowie die Zustimmung eines Ethikkomitees.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse der Studie wurden in Tabellen dargestellt und durch Volltext ergänzt – sehr verständlich und keine Diskrepanzen.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es wird in der Studie weder eine Generalisierbarkeit erwähnt, noch dass eine Datensättigung erreicht wurde.	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie ist sowohl für die Praxis als auch für die Forschung wichtig. Es werden auch Empfehlungen über zukünftige Forschungen ausgesprochen.	4
Total score:	34

Manderson, L 2005, 'Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery', *Social Science & Medicine*, vol. 61, no. 2, pp. 405-15

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist sehr ansprechend, enthält allerdings nicht das verwendete Design, weder noch die Stichprobe (man könnte allerdings durch: <i>after stoma surgery</i> auf die Stichprobe schließen) und das Setting. Der Abstract enthält alle wichtigen Informationen, hätte aber besser gegliedert werden können.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist beinahe zu lang beschrieben und dadurch etwas mühsam zu lesen, führt jedoch auf das Forschungsziel hin, wobei dieses nicht ganz am Ende der Einleitung zu finden ist.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist ausführlich beschrieben, hätte jedoch in Unterpunkte aufgeteilt werden können (Sampling, Data collection etc.) um übersichtlicher zu sein.	3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Auch die Stichprobenauswahl wurde beschrieben, allerdings nicht wie man auf die Größe der Stichprobe gekommen ist (Datensättigung?).	3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde nur angeschnitten und nicht genau erklärt.	3
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?	

Es wurde hier weder angeführt, dass das Votum eines Ethikkomitees, noch eine informierte Zustimmung eingeholt wurde.	1
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden in wenigen Unterpunkten klar nachvollziehbar beschrieben. Auch die direkten Aussagen der ProbandInnen sind im Text klar gekennzeichnet.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da es sich hier um eine qualitative Studie handelt ist eine Generalisierbarkeit ausgeschlossen, allerdings wurde auch nicht erwähnt ob eine Datensättigung erreicht wurde.	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
In erster Linie sind diese Ergebnisse für die Praxis bedeutend.	4
Total score:	27

Neuman, HB, Park, J, Fuzesi, S & Temple, LK 2012, 'Rectal cancer patients' quality of life with a temporary stoma: shifting perspectives', *Dis Colon Rectum*, vol. 55, no. 11, pp. 1117-24, doi:10.1097/DCR.0b013e3182686213

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist im Großen und Ganzen gut gewählt, da er zum Lesen ermuntert, allerdings fehlt das Studiendesign im Titel. Abstract ist vollständig, gut gegliedert und leicht verständlich.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezielle, allerdings findet man die Forschungsfrage bzw. das -ziel nicht am Ende der dieser, sondern schon etwa in der Mitte. Danach wird in der Einleitung auch schon ein wenig die Methode beschrieben.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und die Datensammlung wurden gut und vor allem sehr nachvollziehbar beschrieben.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
In dieser Studie wurde eine zweckgerichtete Stichprobenauswahl durchgeführt, welche wiederum in der Studie erklärt wird. Für diese Studie war die Auswahlstrategie passend. Außerdem wurde eine Datensättigung, mit der vorher angenommenen Stichprobengröße, erreicht.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Auch die Datenanalyse wurde ausführlich und verständlich beschrieben.	4
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?	
Für die Studie wurde sowohl die Zustimmung eines Ethikvotums, als auch eine informierte Zustimmung aller ProbandInnen eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die demografischen sowie die Ergebnisse des qualitativen Teils wurden in Tabellen dargestellt und hätten noch durch Fließtext ergänzt werden können. Qualitative Ergebnisse sind nur sehr spärlich dargestellt.	3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da es sich hier um eine qualitative Studie handelt ist eine Generalisierbarkeit ausgeschlossen, allerdings wurde eine Datensättigung erreicht.	4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie ist vor allem für die Praxis wichtig, da die Ergebnisse die präoperative Beratung der Patientin/des Patienten mit Rektumkarzinom unterstützt und dazu beitragen kann, Erwartungen der Patienten an das Leben mit einem temporären Stoma anzupassen.	4
Total score:	33

Notter, J & Burnard, P 2006, 'Preparing for loop ileostomy surgery: women's accounts from a qualitative study', *Int J Nurs Stud*, vol. 43, no. 2, pp. 147-59, doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.006

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist im Großen und Ganzen gut gewählt da er zum Lesen ermuntert, allerdings fehlt das Studiendesign im Titel. Abstract ist vollständig, gut gegliedert und leicht verständlich.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezielle, allerdings findet man die Forschungsfrage bzw. das -ziel nicht am Ende dieser, sondern schon etwa in der Mitte. Danach wird in der Einleitung auch schon ein wenig die Methode beschrieben.	3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und die Datensammlung wurden gut und vor allem sehr nachvollziehbar beschrieben.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
In dieser Studie wurde eine zweckgerichtete Stichprobenauswahl durchgeführt, welche wiederum in der Studie erklärt wird. Für diese Studie war die	4

Auswahlstrategie passend. Außerdem wurde eine Datensättigung, mit der vorher angenommenen Stichprobengröße, erreicht.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Auch die Datenanalyse wurde ausführlich und verständlich beschrieben.	4
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?	
Für die Studie wurde sowohl die Zustimmung eines Ethikvotums, als auch eine informierte Zustimmung aller ProbandInnen eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die demografischen sowie die Ergebnisse des qualitativen Teils wurden in Tabellen dargestellt und hätten noch durch Fließtext ergänzt werden können. Qualitative Ergebnisse sind nur sehr spärlich dargestellt.	3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da es sich hier um eine qualitative Studie handelt ist eine Generalisierbarkeit ausgeschlossen, allerdings wurde eine Datensättigung erreicht.	4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie ist vor allem für die Praxis wichtig, da die Ergebnisse die präoperative Beratung des Patienten mit Rektumkarzinom unterstützt und dazu beitragen kann, Erwartungen der Patienten an das Leben mit einem temporären Stoma anzupassen.	4
Total score:	33

Ramirez, M, McMullen, C, Grant, M, Altschuler, A, Hornbrook, MC & Krouse, RS 2009, 'Figuring out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with ostomies', *Women Health*, vol. 49, no. 8, pp. 608-24, doi:10.1080/03630240903496093

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist bis auf das fehlende Studiendesign vollständig. Der Abstract ist sehr kurzgefasst, enthält aber die wichtigsten Informationen.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezielle und endet mit dem Ziel der Forschung.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und die Datensammlung wurden sehr verständlich beschrieben.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	

Auch die Samplingstrategie (zweckgerichtet) wurde nachvollziehbar und klar beschrieben und ist für diese Studie passend. Ebenso wurde eine Datensättigung beschrieben.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde äußerst verständlich beschrieben und die Kodierung der Daten wurde zusätzlich in einer Tabelle dargestellt.	4
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?	
Es wird in der Studie keine explizite informierte Zustimmung erwähnt, allerdings kann man annehmen, dass durch die Beantwortung des ersten Briefes bzw. Fragebogens, eine automatische Zustimmung erfolgte. Darüber hinaus wurden Folgeanrufe durchgeführt, um erneut die Zustimmung einzuholen. Das Votum eines Ethikkomitees wird nicht erwähnt.	2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden in vier Gruppen aufgeteilt und waren dadurch gut verständlich. Direkte Aussagen der ProbandInnen wurden klar gekennzeichnet.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da es sich hier um eine qualitative Studie handelt, ist eine Generalisierbarkeit ausgeschlossen, jedoch wurde in dieser Studie eine Datensättigung erreicht.	4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Einerseits sind diese Ergebnisse für die Praxis von Bedeutung, andererseits haben die Ergebnisse auch gezeigt, dass die Forschung einen differenzierteren Blick in Hinsicht auf die Sexualität bei KrebspatientInnen richten sollte.	4
Total score:	33

Silva, AL, Monteiro, PS, Sousa, JB, Vianna, AL & Oliveira, PG 2014, 'Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team', *Colorectal Dis*, vol. 16, no. 12, pp. O431-4, doi:10.1111/codi.12737

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist in dieser Studie eine Aussage und entspricht eigentlich schon einem Ergebnis (enthält alle Variablen außer das Design). Der Abstract ist bis auf einen kurzen Einleitungssatz bzw. Hintergrund vollständig.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezielle und endet mit dem Ziel der Forschung. Sie ist zwar kurzgehalten aber dennoch ausreichend, um den Hintergrund der Studie zu verstehen.	4

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und die Datensammlung wurden sehr verständlich beschrieben.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Die Samplingstrategie (zweckgerichtet) wurde nachvollziehbar und klar beschrieben und ist für diese Studie passend. Ebenso wurden die Ein- und Ausschlusskriterien erwähnt.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde nur in 2 Sätzen beschrieben, obwohl dies für diese Studie als ausreichend erscheint und alles nachvollziehbar war.	3
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?	
Die Studie wurde vom Human Research Ethikkomitee der University of Brasilia School of Medicine geprüft und auch die informierte Zustimmung der PartizipantInnen wurde eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden sowohl in Textform als auch in Tabellenform präsentiert und sind leicht verständlich.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es wird in der Studie keine Auskunft darüber gegeben, ob die Ergebnisse generalisierbar bzw. auf die Population übertragbar sind.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind überwiegend für die Praxis wichtig, da sie zeigen, dass auch die PartnerInnen präoperativ über die Folgen einer Stomaanlage bezüglich Sexualität informiert werden sollten.	3
Total score:	31

Smith, JA, Spiers, J, Simpson, P & Nicholls, AR 2017, 'The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis', *Health Psychol*, vol. 36, no. 2, pp. 143-51, doi:10.1037/hea0000427

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel der Studie ist bis auf die Population, obwohl man durch „ <i>living with an ileostomy</i> “ darauf schließen kann, vollständig. Auch der Abstract enthält alle wichtigen Inhalte.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	

Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezielle und endet mit dem Ziel der -Studie.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und die Datensammlung wurden ausführlich erklärt und waren auch nachvollziehbar.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Es wurde ein zweckgerichtetes Samplingverfahren durchgeführt, was für diese Studie als angemessen erscheint. Ebenso war die Zahl der PartizipantInnen für eine phänomenologische Studie mehr als ausreichend.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde sehr ausführlich und nachvollziehbar beschrieben.	4
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?	
Die Studie wurde von der zuständigen Universität ethisch freigegeben und die PartizipantInnen erteilten ihre informierte Zustimmung.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden in 6 Unterkategorien dargestellt. Direkte Aussagen der ProbandInnen waren klar gekennzeichnet und dadurch sofort ersichtlich.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
In der Methode wird zwar beschrieben, dass die Sempelgröße für eine phänomenologische Studie groß ist, allerdings wird nirgendwo erwähnt, ob eine Datensättigung stattgefunden hat.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Speziell für die Praxis sind die Ergebnisse bedeutend, da sie einen Einblick hinsichtlich der Herausforderungen, welchen Individuen mit einem Ileostoma täglich gegenüberstehen, geben.	3
Total score:	32

Sun, V, Grant, M, Wendel, CS, McMullen, CK, Bulkley, JE, Herrinton, LJ, Hornbrook, MC & Krouse, RS 2016, 'Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors', *J Sex Med*, vol. 13, no. 7, pp. 1071-9, doi:10.1016/j.jsxm.2016.05.005

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel der Studie ist bis auf das Studiendesign vollständig. Der Abstract ist gut strukturiert aufgebaut und enthält alle relevanten Informationen.	3
2. Introduction and aims:	

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung beginnt breit und geht dann ins Spezifischere und endet mit dem Forschungsziel.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und die Datensammlung sind angemessen und verständlich erklärt.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Die Stichprobe wurde hier nach Zweck ausgewählt und es wurden Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben. Für diese Studie war die Samplingstrategie passend.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse und deren Kodierungen wurde ebenfalls ordnungsgemäß erklärt und beschrieben und ist dadurch sehr gut nachvollziehbar.	4
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?	
Die informierte Zustimmung der TeilnehmerInnen wurde eingeholt, sowie auch die Zustimmung zweier Koordinationseinrichtungen.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden sowohl in Textform als auch in tabellarischer Form dargestellt.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Beim qualitativen Teil der Studie wurde nicht beschrieben ob eine Datensättigung erreicht wurde und beim qualitativen Teil wurde nicht beschrieben ob die Ergebnisse auf eine breitere Population übertragbar sind (Generalisierbarkeit).	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind speziell für die Praxis von Interesse, weil sie die Wichtigkeit der Beratung von KrebspatientInnen mit oder ohne Stoma in Bezug auf die Sexualität aufzeigen.	3
Total score:	32

Vural, F, Harputlu, D, Karayurt, O, Suler, G, Edeer, AD, Ucer, C & Onay, DC 2016, 'The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas: A Phenomenological

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält alle wichtigen Variablen und die Population, allerdings fehlt das Studiendesign. Der Abstract ist gut erkennbar strukturiert und stellt eine gute Zusammenfassung der Studie dar.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist etwas kurz gehalten, beginnt allerdings relativ allgemein und geht danach ins Spezielle. Am Ende der Einleitung wird das Ziel der Studie beschrieben.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
In der Methode wird das Design, das Sampling und das Instrument (Interview) verständlich beschrieben.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Bei dieser Studie wurde eine zweckgerichtete Stichprobenauswahl durchgeführt, welche für dieses phänomenologische Design als angemessen erscheint.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde kurz in 3 Schritten erklärt und ist damit gut verständlich und nachvollziehbar.	4
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?	
Es wurde sowohl die Zustimmung einer Universitätskommission, als auch die informierte Zustimmung der ProbandInnen eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden in 5 Kategorien eingeteilt und jeweils separat beschrieben. Zusätzlich wurde eine Tabelle zu den Charakteristiken der Stichprobe dargestellt.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da es sich hier um eine qualitative Studie handelt, ist eine Generalisierbarkeit ausgeschlossen, auch aufgrund der kleinen Stichprobe. Allerdings wurde auch nicht erwähnt, ob eine Sättigung der Daten erreicht wurde.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind sowohl für die Forschung, als auch für die Praxis relevant. Es wird auch empfohlen, zusätzliche Untersuchungen mit qualitativen und quantitativen Studien über die sexuelle Zufriedenheit und Erwartungen an die Stomapflege und Beratung nach einer Stomaoperation, durchzuführen.	4

Total score:	35
--------------	----

Yilmaz, E, Celebi, D, Kaya, Y & Baydur, H 2017, 'A Descriptive, Cross-sectional Study to Assess Quality of Life and Sexuality in Turkish Patients with a Colostomy', *Ostomy Wound Manage*, vol. 63, no. 8, pp. 22-9

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist sehr gut gewählt und enthält alle relevanten Informationen (Variablen, Population, Setting, Studiendesign). Der Abstract dagegen ist nur durch einen Fließtext dargestellt (ohne Unterüberschriften) und somit ein wenig unübersichtlich, aber vollständig.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist leicht verständlich und übersichtlich aufgebaut. Sie beginnt allgemein und geht dann ins Spezifische	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
In der Methode wird das Design, das Sampling und die verschiedenen Instrumente erklärt. Die Instrumente wurden einzeln, nachvollziehbar und sehr ausführlich formuliert.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Bei dieser Studie wurde eine zweckgerichtete Stichprobenauswahl durchgeführt und die Stichprobengröße wurde im Vorhinein berechnet. Ebenfalls wurden die Ein- und Ausschlusskriterien formuliert.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde, wie auch die anderen Teile der Methode, sehr ausführlich beschrieben.	4
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?	
Die PartizipantInnen erteilten eine schriftlich informierte Zustimmung und auch die Bewilligung eines Ethikkomitees (Scientific Ethics Committee) wurde eingeholt.	4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden sowohl als Text als auch in Tabellenform dargestellt. Die Tabellen sind ordnungsgemäß beschriftet und gut verständlich. Allerdings sind die Resultate im Text nicht nach Instrument geordnet, was bei den 4 verschiedenen verwendeten Instrumenten ein wenig verwirrend ist.	3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	

Laut Studie können die Ergebnisse nur auf Patienten verallgemeinert werden, die die Merkmale dieser Stichprobengruppe repräsentieren. Die geringe Stichprobengröße und das Fehlen einer Kontrollgruppe schränkt ebenfalls die Generalisierbarkeit ein.	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse dieser Studie sind für die Praxis und sowohl auch für die Forschung wichtig. Es wird auch die Empfehlung gegeben, weitere Untersuchungen, die eine ähnliche Population mit einer Kontrollgruppe vergleichen, vorgeschlagen.	3
Total score:	32

Zhu, X, Chen, Y, Tang, X, Chen, Y, Liu, Y, Guo, W & Liu, A 2017, 'Sexual Experiences of Chinese Patients Living With an Ostomy', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 44, no. 5, pp. 469-74, doi:10.1097/won.0000000000000357

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel fehlt die Erwähnung des Studiendesign, ansonsten ist dieser vollständig. Der Abstract ist in Unterpunkte gegliedert, dadurch gut lesbar und komplett.	3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Einleitungstext beginnt mit einer breiteren und allgemeineren Sicht auf das Thema und geht dann ins Spezifischere über. Er endet mit der Beschreibung des Forschungsziels.	4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
In der Methode wird das Design, das Sampling und das verwendete ASEX Instrument ausführlich formuliert.	4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims	
Bei dieser Studie wurde eine zufällige Auswahl (randomisierte Auswahl) der Stichprobe durchgeführt, was auf ein stärkeres Studiendesign (als z.B. zweckgerichtete Auswahl) schließen lässt. Auch die Ein- und Ausschlusskriterien wurden ausreichend beschrieben.	4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis rigorous?	
Die Datenanalyse wurde in wenigen Sätzen, allerdings trotzdem ausreichend und weitgehendst verständlich beschrieben.	3
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?	

Es wurde die Zustimmung eines Ethikkomitees (ethics committee of Hunan Provincial Tumor Hospital) eingeholt, allerdings fehlt die informierte Zustimmung der PartizipantInnen.	3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden in tabellarischer Form dargestellt und durch den Text ergänzt und sind gut verständlich.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Stichprobengröße dieser quantitativen Studie war eher gering, was die Verallgemeinerbarkeit einschränken kann.	2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vor allem für die Praxis sind die Ergebnisse interessant. Aber es wird auch vorgeschlagen, dass weitere Forschungen mit größerer Stichprobe und unter Einbeziehung mehrerer Standorte, sinnvoll wäre.	4
Total score:	31