



# Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis .....	I
1 Einleitung .....	1
1.1 Problembeschreibung .....	1
1.2 Untersuchungsziel .....	3
1.3 Fragestellung .....	3
1.4 Methodik .....	3
2 Medizinische und pflegerische Grundlagen.....	5
2.1 Begriffsabgrenzungen und Indikationen.....	5
2.2 Grundlagen der Versorgung .....	6
2.3 Pflegerelevante Komplikationen .....	7
2.4 Veränderungen im Alltag .....	8
2.5 Einfluss einer Stomaanlage auf die Lebensqualität.....	9
2.6 Aufgabenbereiche der StomatherapeutInnen .....	10
3 Ergebnisse .....	12
3.1 Postoperative Belastungen nach einer Stomaanlage .....	12
3.1.1 Physische Aspekte .....	12
3.1.2 Psychische Aspekte .....	15
3.1.3 Verstärkende und mindernde Einflussfaktoren .....	20
3.2 Rolle der Pflegekraft .....	25
3.2.1 Relevanz der stationspflegerischen postoperativen Versorgung .....	25
3.2.2 Maßnahmen bei physischen Belastungen .....	27
3.2.3 Maßnahmen bei psychischen Belastungen.....	29
3.2.4 Umgang mit möglichen belastenden Einflussfaktoren.....	32
3.2.5 Rahmenbedingungen der pflegerischen Tätigkeiten .....	35
3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	36
4 Diskussion.....	38
5 Fazit .....	43
II Literaturverzeichnis .....	II
III Anhang.....	VII
III.i Literaturrecherche .....	VII
III.ii Leitlinie der FgSKW .....	VIII
IV Eidesstattliche Erklärung.....	X

## I Abkürzungsverzeichnis

ASA	American Society of Anesthesiologists- Risikoklassifikation
DRG	Diagnosis Related Groups
FgSKW	Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde
ILCO	Deutsche Ileostomie-Colostomie Vereinigung
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
p	Signifikanzwert
r(S)	Spearman Korrelation
sd/SD	standard deviation
SGB	Sozialgesetzbuch
SKW	Stoma, Kontinenz, Wunde

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Im Jahr 2011 lebten in Deutschland laut „BARMER GEK Heil-und Hilfsmittelreport 2013“ ca. 160.000 Menschen mit einer temporären oder permanenten Stomaversorgung, was eine Prävalenz von 0,2 % der Gesamtbevölkerung beträgt. Der Anteil an StomaträgerInnen in der Bevölkerung steigt laut des Reportes mit zunehmendem Alter an. Hauptsächliche Ursachen für die Anlage eines sogenannten künstlichen Darmausganges sind nach der Auswertung der Versichertenzahlen die „bösartigen Neubildungen“ sowie die „chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“. (Schulze 2013, S. 92) Jährlich werden über 30.000 Darmstomata in deutschen Kliniken neu angelegt. (Statistisches Bundesamt 2012a, zit. n. Schulze 2013, S. 81)

In zahlreichen Werken und Studien wird beschrieben, dass eine solche Maßnahme neben den Veränderungen der Körperfunktionen und des Erscheinungsbildes für die PatientInnen auch eine immense psychische Belastung mit möglichen Verlusten von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie das Erleiden von Körperbildstörungen bedeuten. (z.B. Vonk-Klaassen et al. 2016, S. 131) Je nach u.a. Ursache für die Stomaanlage (Chao et al. 2010 zit. n. Ang et al. 2013, S. 591), Möglichkeit der präoperativen Auseinandersetzung (Mota et al. 2014, S. 82) und Alter der betroffenen Person (Wong et al. 2013, S. 20) unterscheiden sich die Ausmaße der Belastungen und die Art und Dauer des Anpassungsprozesses stark. Rehabilitative Interventionen zielen einerseits auf die Förderung des Unabhängigkeitsgefühls der PatientInnen durch eine selbstständige Stomaversorgung ab, zum anderen wird die Akzeptanz der physiologischen Veränderungen angestrebt sowie die Wiedereingliederung in allen Bereichen von Beruf und Alltag mit der Wiederherstellung einer größtmöglichen Lebensqualität verfolgt. (Gruber/Droste 2010, S. 10)

Die Stomatherapie als spezielles Fachgebiet der Gesundheits- und Krankenpflege entstand aus einem wachsenden Problembewusstsein für die besonderen Bedürfnisse der PatientInnengruppe in den 1960ern in den USA, knapp 20 Jahre später begannen ähnliche Ansätze auch in Deutschland. (Droste et al. 2017, S. 5-10) Derzeit gibt es für Pflegekräfte mehrere Möglichkeiten, sich für diesen Bereich weiterzubilden, wobei manche Angebote von der „Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde“ als Fachweiterbildung anerkannt

und zertifiziert werden, eine staatliche Anerkennung wird bisher von der Fachgesellschaft noch gefordert. (Droste et al. 2017, S. 5-10) In vielen Krankenhäusern mit zertifizierten Zentren wird der Einsatz von PflegeexpertInnen, wozu auch die StomatherapeutInnen zählen, als Qualitätsstandard gefordert. (DKG 2016, S. 19)

Im Akutkrankenhaus arbeiten StomatherapeutInnen oft interdisziplinär, die von ihnen zu betreuenden PatientInnen befinden sich auf unterschiedlichen Stationen und werden dort täglich oder nach Bedarf aufgesucht. Bei Problemen und Komplikationen können StomatherapeutInnen eigenverantwortlich agieren oder entsprechendes Fachpersonal aus den pflegerischen, medizinischen, psychischen und sozialen Bereichen hinzuziehen. Sie stellen für die betroffenen PatientInnen somit in erster Linie die/den AnsprechpartnerIn in Schulungs-, Beratung- und Versorgungsaspekten in Bezug auf die Stomaanlage dar. (Droste et al. 2017, S. 10-11) Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von PatientInnen nach einer Stomaanlage hat die „Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V.“ eine Leitlinie zur Stomatherapie veröffentlicht, einen anerkannten nationalen Expertenstandard gibt es bisher jedoch nicht. (FSKW, 2011)

Ungeachtet der Relevanz der StomatherapeutInnen im Krankenhaus verzeichnen die Pflegekräfte auf der Station die häufigsten PatientInnenkontakte. (Bartholomeyczik 2011, S. 321-322) Durch ihre Handlungsweisen und ihre Kompetenzen können sie maßgeblich die Akzeptanz des Stomas und die Anpassung an die veränderte Lebenssituation beeinflussen, Komplikationen und Probleme werden durch ihre ständige Anwesenheit am ehesten erkannt. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384) Dabei finden die pflegerischen Tätigkeiten unter zunehmend stärkeren Belastungen statt, zum einen durch personelle Engpässe, zum anderen durch multipler erkrankte PatientInnen, die innerhalb immer knapper zur Verfügung stehender Zeit zu versorgen sind. (Gruber/Droste 2010, S. 10)

Für die PatientInnen hat die Art und Weise der postoperativen Pflege eine hohe Bedeutung und kann ihre Lebensqualität nachhaltig beeinflussen. Viele Pflegekräfte sind sich dabei jedoch der Relevanz ihrer Rolle neben den vorhandenen StomatherapeutInnen nicht bewusst, sodass z.B. stomaspezifische Aufgaben zum Teil als weniger prioritär zu allgemeinpflegerischen Tätigkeiten betrachtet werden. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384)

## 1.2 Untersuchungsziel

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand der aktuellen Studienlage die konkreten Belastungen für erwachsene PatientInnen unmittelbar nach einer Stoma Anlage, also während der postoperativen Phase im Krankenhaus, darzustellen. Daraufhin soll festgestellt werden, an welchen Stellen die Stationspflegekräfte in geeigneter Weise ansetzen können, um – neben den Maßnahmen der StomatherapeutInnen – geeignet zu intervenieren.

Die im folgenden aufgeführte Fragestellung bezieht sich dabei lediglich auf die stuhlableitenden Stomata, andere Formen der Stomata werden nicht betrachtet.

## 1.3 Fragestellung

Aus dem Untersuchungsziel ergibt sich die folgende Fragestellung:

- Welchen physischen und psychischen Belastungen sind PatientInnen in der postoperativen Phase nach einer Stomaanlage im Setting Krankenhaus ausgesetzt und mit welchen Unterstützungsmöglichkeiten können Stationspflegekräfte diesen in geeigneter Weise entgegenwirken?

Folgende Unterfragen sind dabei zu beantworten:

- Welche Arten der Belastung können durch eine Stomaanlage in der postoperativen Phase entstehen?
- Welche Einflussfaktoren wirken sich auf die Belastungen aus?
- Welche Belastungen werden bereits durch Maßnahmen der StomatherapeutInnen aufgegriffen und wo können die Stationspflegekräfte ergänzend ansetzen?

## 1.4 Methodik

Um das Zustandekommen der Ergebnisse nachvollziehen zu können, wird hier die verwendete Suchstrategie nach geeigneter Literatur zur Beantwortung der Forschungsfrage knapp dargestellt. Die tabellarische Übersicht zur Recherche mit den verwendeten Suchbegriffen und den Trefferangaben ist im Anhang (s. III.i) dargestellt.

Es erfolgte zunächst eine „Quick and Dirty“ Recherche in den Datenbanken Pubmed und Cinahl sowie eine Handrecherche im Regionalkatalog Hamburg und online über die Suchmaschine Google Scholar zur Ermittlung der Erfahrungen und Bedürfnisse von

PatientInnen nach einer Stomaanlage. Diese erste Recherche ergab, dass die aktuelle Studienlage überwiegend die Belastungen der konkreten Zielgruppe behandelt, sodass die Fragestellung dieser Arbeit daraufhin angepasst wurde.

Folgende Suchbegriffe wurden in der darauffolgenden Recherche verwendet: stoma, artificial anus, ostomy, colostomy, surgical stoma, need\*, problem\*, psychology, postoperative, care, nurse.

Einschlusskriterien für die Verwendung von Studien für diese Arbeit waren die Verfügbarkeit in englischer oder deutscher Sprache, die Zugänglichkeit und die Veröffentlichung in den letzten zehn Jahren.

Weiterhin wurden nur die Studien eingeschlossen, die sich thematisch auf erwachsene PatientInnen ab 18 Jahren beziehen, den Zeitpunkt unmittelbar nach der Stoma Operation (mit-)behandeln und sich auf das Erleben und die Belastungen der PatientInnen beziehen. Studien zu rein medizinischen Aspekten, wie Operationsverfahren oder Komplikationen wurden ausgeschlossen, ebenso wie Studien zu Urostomien und zu Tracheostomien.

Nach Durchsicht der auf diese Weise gefundenen Literatur konnten 16 relevante Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit verwendet werden.

Im folgenden Kapitel wird zunächst eine knappe thematische Hinführung mit relevanten medizinischen und pflegerischen Grundlagen erfolgen (s. 2.1-2.6).

Daraufhin folgen im Ergebnisteil die Aspekte der postoperativen Belastungen der thematisierten PatientInnengruppe, die aus den gewählten Studien herausgearbeitet und thematisch geordnet zu Kategorien zusammengefasst dargestellt werden (s. 3.1). Anschließend werden die zu den Kategorien entsprechend erarbeiteten Möglichkeiten für pflegerische Interventionsmaßnahmen beschrieben (s. 3.2) sowie vor dem Hintergrund aktueller Rahmenbedingungen der pflegerischen Tätigkeit im Krankenhaus diskutiert (s. 4).

Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Möglichkeiten in Bezug auf die Maßnahmen wird in dieser Arbeit von „StomatherapeutInnen“ gesprochen, wenn weitergebildete Pflegekräfte gemeint sind, die im Krankenhaus tätig sind und die Berufsbezeichnung „Pflegefachkraft für Stoma und Inkontinenz“, „StomatherapeutIn und KontinenzberaterIn“ oder „PflegeexpertIn Stoma, Inkontinenz, Wunde“ tragen. Von „Stationspflegekräften“ wird in dieser Arbeit gesprochen, wenn das im Krankenhaus auf den Stationen tätige Pflegepersonal gemeint ist, also sowohl (Kinder-) Krankenschwestern/-pfleger, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, aber auch AltenpflegerInnen und Angehörige der Pflegeassistentenberufe.

## 2 Medizinische und pflegerische Grundlagen

Im folgenden Abschnitt wird ein knapper Überblick zur Terminologie und den medizinischen und pflegerischen Grundlagen des behandelten Themenbereiches gegeben, sowie das Aufgabengebiet der StomatherapeutInnen dargestellt.

### 2.1 Begriffsabgrenzungen und Indikationen

Unter dem Begriff „Stoma“ versteht man eine chirurgisch angelegte Verbindung zwischen einem Hohlorgan und der Körperoberfläche, wobei es sich u.a. um Gastro- und Jejunostomien zur Ernährung und um Urostomien zur Ableitung von Harn handeln kann (Hoffmann-La Roche AG 2003, S. 1759-1760).

Bei den in dieser Arbeit thematisierten Darmstomata werden je nach Lokalisation die Ileo- und Kolostomien unterschieden, bei denen jeweils operativ eine Ableitung für den Darminhalt auf die Körperoberfläche geschaffen wurde. Je nach ausgeleitetem Darmabschnitt werden bei den Kolostomien die Transverso- und Sigmoidostomien differenziert. Der häufig genutzte Begriff des „Anus praeter“ ist ebenfalls eine Bezeichnung für den vorgeschalteten Darmausgang, der jedoch nichts über die anatomische Lage des Stomas aussagt, sondern lediglich darüber, dass es sich um einen künstlichen Anus handelt. (Peatz 2013, S. 373-375)

Die unterschiedlichen Stomaarten können sowohl endständig als auch doppelläufig angelegt sein. Sie befinden sich je nach ausgeleitetem Darmabschnitte im linken oder rechten Ober- oder Unterbauch. Die endständigen Stomata sind häufig eine dauerhafte Anlage, das Ende des gesunden Darmabschnittes wird einlumig nach Außen verlegt. Bei den doppelläufigen Stomata handelt es sich meist um eine zeitlich begrenzte, also rückverlegbare Anlage. Hierbei entstehen durch das Ausleiten eines Teils einer eröffneten Darmschlinge zwei Lumen auf der Bauchdecke: Die zum Stoma zuführende Schlinge und eine in den stillgelegten Darmabschnitt abführende Schlinge. Bei einer operativen Rückverlagerung kann der ehemals stillgelegte Darmteil wieder aktiviert werden. (Peatz 2013, S. 373-375)

Nach Wiesinger/Stoll-Salzer (2012, S. 29-33) sind die drei Hauptindikationen für die Anlage eines Enterostomas die Deviation, was die Umleitung der Stuhlpassage meint, die

Protektion, wenn der Schutz von nachfolgenden Darmteilen erforderlich ist, sowie die Resektion, also die Entfernung von gesamten Darmabschnitten.

Ursachen, die eine Ileostomie notwendig machen, können sowohl chronische Erkrankungen, wie Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, als auch Verletzungen, und vor allem bei den endständigen Ileostomaanlagen, Fehlbildungen und Tumorerkrankungen sein. Die Ursachen für eine Kolostoma Anlage sind u. a. Karzinome, entzündliche Erkrankungen und protektive Maßnahmen, bei denen der absteigende Dickdarm zeitweise von der Stuhlpassage befreit werden soll. Als heutzutage selten durchgeführte Art der Stomaanlage ist die Zökostomie zu nennen, bei der der Dickdarm entlastet wird, indem er weitgehend von der Stuhlpassage freigehalten wird. (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 29-33)

## **2.2 Grundlagen der Versorgung**

Um Stomatragern ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu gewährleisten, müssen die verschiedenen Versorgungssysteme folgende Eigenschaften besitzen: Das Material muss so beschaffen sein, dass es sowohl abdichtend haftend, dabei aber hautfreundlich ist, sodass Schäden der Haut vermieden und ein angenehmer Tragekomfort gewährleistet werden. Eine leichte Handhabung bei Versorgungswechseln soll grundlegend sein, sowie die bestmögliche Anpassung an die jeweilige Lebenssituation, z.B. im Hinblick auf Sportarten. Weiterhin wird von den Versorgungssystemen eine möglichst hohe Diskretion durch optische und akustische Unauffälligkeit, sowie Geruchssicherheit erwartet. (Peters-Gawlik 1998, S. 47)

Grundsätzlich werden einteilige und zweiteilige Versorgungssysteme unterschieden. Bei den Einteilern sind Hautschutzplatte und Beutel ein integriertes System, sodass beim Wechsel dieses gesamte System von der Haut abgezogen und erneuert wird. In Bezug auf Öffnungsvarianten, Zuschneidbarkeit bzw. fertig vorgeschchnittene Systeme und unterschiedliche Beutelarten sind zahlreiche Varianten erhältlich. Die zweiteiligen Systeme bestehen aus einer auf der Haut klebenden Basisplatte und dem dazugehörigen Beutel, der mittels verschiedener Verschlussmechanismen an der Platte befestigt wird. Bei einem Wechsel wird somit der Auffangbeutel isoliert abgelöst, die Platte wird drei bis vier Tage auf der Haut belassen. (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 71-81)

Die Auswahl eines bestimmten Systems für einen Patienten ist von Faktoren abhängig wie der Art und Lage des Stomas, der Größe und Form, aber auch dem Hauttyp des Betroffenen,

der Hautumgebung, der Ausscheidungskonsistenz und-häufigkeit, sowie der persönlichen Lebenssituation. (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 71-81)

In Bezug auf die Beutelarten ist der Ausstreifbeutel zu nennen, der einen Bodenausgang besitzt und sinnvollerweise bei Ileostomaanlagen, bei denen es zu häufigen und flüssigbreiigen Ausscheidungen kommt, zum Einsatz kommen. Der Beutel kann hierbei entleert werden, ohne ihn zu wechseln. Der geschlossene Beutel, der beim Wechsel abgelöst wird, wird bei festeren Stühlen, also bei Kolostomaanlagen, verwendet. Die sogenannten Minibeutel oder auch Kappen werden ebenfalls bei Kolostomien in ausscheidungsfreien Intervallen genutzt. Diese ausscheidungsfreien Intervalle lassen sich durch die sogenannte Irrigation erreichen, bei der durch gezielte Spülungen über das Stoma die einmal-tägliche Stuhlausscheidung erlangt wird. (Peters-Gawlik 1998, S. 49-56)

Neben den Versorgungssystemen an sich kommen noch weitere Materialien zum Einsatz: Hautpflegeprodukte, wie Salben, Pasten, Tinkturen, Sprays und Gele können fett- und feuchtigkeitssziehende sowie hautschützende Eigenschaften besitzen, oder die Haftungsfähigkeit des Systems verbessern. Weitere ergänzende Materialien sind beispielsweise elastische Gürtel und Einlegeringe, um v.a. bei Problemstomata einen besseren Andruck zu erzielen, Beutelbezüge als ästhetische Maßnahme oder zur Verbesserung der Hautverträglichkeit und Kohlefilter, um Gerüche zu vermeiden. (Peters-Gawlik 1998, S. 49-56)

### **2.3 Pflegerelevante Komplikationen**

Als Ursachen für pflegerelevante Komplikationen lassen sich nach Wiesinger/Stoll-Salzer (2012, S. 109-122) Allergien, eine unzureichende Stomaversorgung und -pflege, Veränderungen der Stomaumgebung und ernährungsbedingte Störungen feststellen.

Eine in der frühen postoperativen Phase auftretende Komplikation ist das Kontaktekzem, welches allergisch durch die Versorgungsmaterialien oder toxisch durch die Ausscheidungsbeschaffenheit hervorgerufen wird. Weiterhin ist die Irritation und Mazeration der Haut als häufige Reaktion auf mechanische Ursachen zu nennen, wie z.B. auf ungeeignete Pflegemittel oder zu häufige bzw. zu seltene Wechselintervalle der Basisplatte. Die Follikulitis, bei der sich Haarbälge der Umgebung entzünden, entsteht häufig durch das Herausreißen von Haaren beim Wechsel des Versorgungssystems und der anschließenden lokalen Entzündung. Zuletzt ist die Pilzinfektion als pflegerelevante Komplikation aufzuführen. Sie entsteht überwiegend auf Grund von Versorgungsfehlern

und/oder mangelhafter Reinigung und Hygiene. Begünstigend wirkt typischerweise die allgemein geschwächte Abwehrsituation des Betroffenen. (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 109-122)

## **2.4 Veränderungen im Alltag**

### *Ernährung*

Es sind nach einer Stomaanlage keine speziellen Diäten einzuhalten oder strikte Lebensmitteleinschränkungen zu befolgen. Grundsätzlich soll die Lust am Essen erhalten oder auch wiedererlangt werden. Empfehlungen zu eher abführender, stopfender, blähender oder gut bekömmlicher Kost gelten für einen Stomaträger ebenso wie für gesunde Menschen. Durch das Führen eines Ernährungstagebuches können in der ersten postoperativen Phase individuelle (Un-)verträglichkeiten identifiziert und Auswirkungen auf das Verhalten des Anus praeter beobachtet werden. (Peters-Gawlik 1998, S. 161-164)

Im Allgemeinen sollte lediglich beachtet werden, dass auf stark geruchserzeugende Nahrungsmittel weitestgehend verzichtet wird, sowie dass die Mahlzeiten in kleineren Portionen und ausreichend zerkaut zu sich genommen werden. Außerdem ist bei einer Ileostomaanlage vermehrt auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten und mittels gezielter Nahrungsauswahl dem erhöhten Verlust von Elektrolyten und Wasser entgegen zu wirken, bzw. diesen nicht weiter zu fördern. (Peters-Gawlik 1998, S. 161-164)

### *Beruf, Freizeit, Sport*

Mit der Ausnahme von körperlich belastenden Tätigkeiten kann und sollte eine berufliche Wiedereingliederung angestrebt werden. Hierbei sind individuelle Gegebenheiten, wie die Situation am Arbeitsplatz und die Offenheit im Umgang mit dem Stoma zu berücksichtigen. Weiterhin sind die Möglichkeiten zu sozialen Hilfen und zusätzlichen Rechten durch das Schwerbehindertenrecht zu beachten. Gleiches, was in Bezug auf die körperlich eingeschränkte Belastbarkeit für die Berufswiedereingliederung gilt, ist auch auf den Freizeit- und Sportbereich zu übertragen. Dieses gilt insbesondere für Aktivitäten, die die Bauchmuskulatur stark beanspruchen. Davon abgesehen können StomaträgerInnen aber vorherigen Hobbys und Freizeitaktivitäten nachgehen, auch beispielsweise das Schwimmen ist mit einer Stomaanlage dank spezieller Versorgungsmaterialien möglich. (Peters-Gawlik 1998, S. 165-167)

### *Sexualität und Schwangerschaft*

Nach einer Stomaanlage kann es zu unterschiedlichen physisch und psychisch bedingten Sexualstörungen kommen, die sich u.a. in Schmerzen, sexueller Unlust und Impotenz äußern können. Die oftmals durch Ängste und innere Konflikte ausgelösten psychischen Problematiken sollten durch Maßnahmen professioneller Hilfe gelöst werden. Körperlich bedingte Ursachen, die das Sexualleben erschweren, können durch spezielle Hilfsmittel oder auch Hormonpräparate überwunden werden. (Peters-Gawlik 1998, S. 167-170)

Eine Schwangerschaft ist grundsätzlich auch mit einer Stomaanlage planbar, wobei ein Zeitraum von mindestens einem Jahr nach der operativen Anlage abgewartet werden sollte. Komplikationen, wie ein Stomaprolaps oder Ileus sind selten, aber möglich. Meist wird im Verlauf der Schwangerschaft zu einem anderen Versorgungssystem gewechselt. Grundsätzlich sollte eine gezielte Schwangerschaftsüberwachung erfolgen. (Peters-Gawlik 1998, S. 167-170)

### *Selbsthilfegruppen*

Die deutsche ILCO ist eine von zahlreichen Selbsthilfevereinigungen für Menschen mit Stomaanlage und für Darmkrebserkrankte. Sie besteht seit über 40 Jahren und bietet lokale, regionale und überregionale Veranstaltungen und Treffen, Gesprächsmöglichkeiten mit Erfahrungsaustauschen, Besuchsdienste, Informationsreihen und regelmäßig erscheinende Zeitschriften. Weiterhin unterstützt sie bei der Interessensvertretung ihrer Mitglieder, z.B. bei Krankenkassen, und vermittelt zu Fachberatungen. Mit über 7000 Mitgliedern ist die ILCO eine der größten gesundheitsbezogenen Selbsthilfevereinigungen in Deutschland. (Deutsche ILCO e. V., 2011)

## **2.5 Einfluss einer Stomaanlage auf die Lebensqualität**

In einem Review mit 14 eingeschlossenen Studien über den Einfluss von Stoma begründeten Belastungen für PatientInnen nach einer durch ein Kolonkarzinom bedingten Operation werden sowohl seelische Leiden wie Depressionen, Unzufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild und den Geräuschen des Stomas beschrieben, als auch körperliche Beschwerden wie Verdauungsstörungen, sexuelle Probleme und Erschöpfungen benannt. (Vonk-Klaassen et al. 2016, S. 131)

Eine schwedische Studie mit über 450 auf die Fragebögen antwortenden TeilnehmerInnen kommt ebenfalls zu den Ergebnissen einer niedrigeren Lebensqualität mit schlechterem Körperbild, vermehrter Erschöpfung und Appetitlosigkeit bei der PatientInnengruppe mit Stoma Anlage nach Krebserkrankung und dagegen einer insgesamt besseren seelischen Gesundheit und emotionalem Befinden in der operierten Gruppe ohne Stoma Anlage. (Näsvall et al. 2017, S. 57-59)

Die Autoren einer weiteren Studie, die auch die PatientInnengruppe mit karzinombedingter Stomaanlage untersuchen, nennen ergänzend Schamgefühle, nicht- Akzeptanz der Situation und den Verlust von vorher betriebenen Aktivitäten wie Schwimmen, sowie Schmerzen, Hautprobleme und Störungen durch Gerüche und Systemundichtigkeiten. (González et al. 2016, S. 1713-1715)

Weitere Studien zeigen ebenfalls die negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität durch eine Stoma Anlage auch bei anderen Ursprungserkrankungen, wie z.B. den entzündlichen Darmerkrankungen. So geben die Autoren einer Studie, in der die Lebensqualität von PatientInnen mit und ohne Stomaanlage nach einer notfallmäßigen Divertikulitisoperation erfasst wird, eine signifikant schlechtere Lebensqualität in der Gruppe der PatientInnen mit Stomaanlage an. Beschrieben werden hierbei der schlechtere allgemeine Gesundheitszustand mit z.B. einhergehender Erschöpfung aber auch die seelischen Belastungen durch Körperbildstörungen. (Vermeulen et al. 2010, S. 653).

Zugleich existieren Erkenntnisse darüber, dass sich die Lebensqualität von LangzeitstomaträgerInnen durch verschiedene Arten von Interventionsprogrammen und Bewältigungsstrategien wieder verbessern kann (Danielsen/Rosenberg 2014, S. 5-6). Mit der Zeit wird versucht, sich an die Situation anzupassen und Veränderungen werden akzeptiert (Bonill-de-las-Nieves 2014, S. 397-398). Unterschiedliche Aspekte helfen im Anpassungsprozess, z.B. der Rückhalt durch die Partnerschaft und die Familie. (González et al. (2016, S. 1715)

## **2.6 Aufgabenbereiche der StomatherapeutInnen**

„Im Sinne der Stomatherapie beschäftigen sich Pflegende [...] in der Weiterbildung als Pflegeexperten SKW [...] mit der körperlichen, seelischen und gesellschaftlichen Rehabilitation von Menschen mit Stomata zur Stuhl- und Harnableitung, mit

---

Kontinenzstörungen sowie speziellen Wundversorgungsproblemen.“ (Droste et al. 2017, S. 10)

Optimalerweise befinden sich die StomatherapeutInnen im Akutkrankenhaus an der Schnittstelle sowohl zum prästationären Bereich, in den Aufgaben wie die präoperativen Gespräche und die Stomamarkierung fallen, als auch zum poststationären Bereich, mit der Kontaktherstellung zu weiterversorgenden Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und Krankenkassen. Beratungsinhalte können Themen wie Ernährung, Freizeit- und Berufsleben, Sexualität und auch rechtliche Fragen sein. Weiterhin steht die Information in Bezug auf unterschiedliche Versorgungsprodukte sowie die Schulung im Umgang mit diesen in der postoperativen Phase im Vordergrund, ebenso wie die Versorgung des frisch angelegten Stomas und die Beobachtung auf Komplikationen. (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 6-7)

### **3 Ergebnisse**

Nachdem unter 2.5 knapp die Einflüsse einer Stomaanlage auf die Lebensqualität von LangzeitstomaträgerInnen beschrieben wurden, folgen nun die physischen und psychischen Belastungen, die auf die für diese Arbeit gewählten Zielgruppe zutreffen. Daran anschließend werden die Ansatzpunkte für Maßnahmen von Stationspflegekräften dargestellt.

#### **3.1 Postoperative Belastungen nach einer Stomaanlage**

Die aus den gewählten Studien herausgearbeiteten Ergebnisse werden im Folgenden thematisch zusammengefasst dargestellt.

##### 3.1.1 Physische Aspekte

###### *Postoperative körperliche Defizite*

Neben den Schmerzen stehen für viele PatientInnen in der unmittelbaren postoperativen Phase nach einer Stomaanlage das Fehlen der Kontrolle über den eigenen Körper sowie die Kraftlosigkeit im Vordergrund. Es besteht Schmerzlinderungsbedarf und die PatientInnen sind in ihrer Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt. Hierdurch entstehen erhebliche Hilfe- und Unterstützungsbedarfe und damit eine Abhängigkeit vom Personal. (Thorpe et al. 2014, S. 383)

In der hier zitierten phänomenologischen Forschungsarbeit wurden zu jeweils drei unterschiedlichen Zeitpunkten nach der Operation Einzelinterviews mit insgesamt zwölf PatientInnen durchgeführt sowie zusätzlich zehn in die direkte PatientInnenversorgung eingebundene MitarbeiterInnen befragt. Nach dem Transkriptions- und Analyseprozess wurden Kategorien und Unterthemen gebildet, auf die auch in weiteren Kategorien zu Belastungsarten noch eingegangen wird. (Thorpe et al. 2014, S. 381-382)

Das Vorhandensein der genannten körperlichen Defizite lässt sich auch anhand einer Fall-Kontroll-Studie von Danielsen/Rosenberg (2014) verdeutlichen, die den Einfluss von

postoperativen Schulungsmaßnahmen untersucht haben, wobei hier nicht weiter auf die Interventionsmaßnahme der Schulungen an sich eingegangen werden soll.

Der Mittelwert der Kontrollgruppe (ohne Interventionsmaßnahmen) in Bezug auf die körperliche Funktionsfähigkeit unmittelbar vor der Krankenhausentlassung beträgt in dieser Studie eine Höhe von 52 Punkten bei möglichen Scoring-Werten zwischen 0 und 100 Punkten, wobei 100 der bestmögliche Wert wäre. Zum Vergleich beträgt der Wert sechs Monate nach der Entlassung 80 Punkte, was eine signifikante Verbesserung von  $p = 0,001$  darstellt und die schlechte postoperative physische Verfassung aufzeigt. Trotz Schulungen als postoperative Interventionsmaßnahme gibt es in der Interventionsgruppe keine signifikante Verbesserung der Scoring-Werte von 56 Punkten auf 66 Punkte, was sich möglicherweise durch Limitationen der Studie, wie die geringe Teilnehmerzahl und eine nicht ausreichende Sensibilität des Messinstrumentes erklären lässt.

In Bezug auf den wahrgenommenen körperlichen Schmerz ist ein signifikanter Unterschied von  $p = 0,003$  in der Kontrollgruppe und  $p = 0,004$  in der Interventionsgruppe zwischen dem Zeitpunkt unmittelbar vor der Entlassung und nach sechs Monaten zu erkennen. (Danielsen/Rosenberg 2014, S. 5)

### *Hautirritationen*

In einem spanischen Review von de Miguel Velasco et al. (2014) zum aktuellen Stand der Prävention und Behandlung von Stomakomplikationen wird u. a. die Irritation der Haut als mögliche zu vermeidende Komplikation benannt: Die stomaumgebende Haut kann laut den AutorInnen sowohl im Rahmen einer Früh-, als auch einer Spätkomplikation geschädigt sein und tritt häufiger bei Ileostomaanlagen sowie bei präoperativ nicht angezeichneten Stomaanlagen auf. Mit Frühkomplikationen sind in dem betroffenen Review Komplikationen gemeint, die innerhalb eines Monats nach der Operation auftreten. Hautirritationen können zu weiteren Problemen wie nicht korrekt haftender Platte und damit immer weiteren möglichen Schädigungen der Haut durch Leckagen führen. (Park, J.J. et al. 1999 zit. n. de Miguel Velasco et al. 2014, S. 150-153)

Von den Frühkomplikationen nach einer Stomaanlage stellen in dem Review 6-42 % Hautschädigungen dar, bei den Spätkomplikationen sind es 12-43 %. Neben dem negativen Einfluss auf die Lebensqualität sowie zusätzlichen Schmerzen und Ängsten führen solche Komplikationen auch zwangsweise zu höheren Kosten durch den Gebrauch spezieller Versorgungsmaterialien. (de Miguel Velasco et al. 2014, S. 151)

### *Schlafstörungen*

Ein Literaturreview zur Schlafwahrnehmung von StomaträgerInnen mit nachfolgender Beobachtungs- und Interventionsstudie zu Verbesserungsmaßnahmen (s. 3.2.2) ergibt, dass im Vergleich zur gesunden Bevölkerungsgruppe die Gruppe der StomaträgerInnen vermehrt eine schlechtere Schlafqualität beschreibt und Schlafunterbrechungen als Problem benennt, sowie dass diese Unterbrechungen häufiger auftreten als bei PatientInnen ohne Stomaanlage. (Vorbeck et al. 2010, S. 36-44)

Mittels eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung der eigenen Schlafqualität wurden 63 der in der ‚United Ostomy Association‘ von Zentral- und Süd- Minnesota registrierten StomaträgerInnen per Mail befragt und die Ergebnisse der 26 zurückerhaltenen Fragebögen mittels zwei valider Instrumente ausgewertet, dem Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI) und dem Stoma-Lebensqualitätsindex (SQOLI). (Vorbeck et al. 2010, S. 40-41)

Aus den durchschnittlich pro Nacht im Bett verbrachten und davon geschlafenen Zeiten ergibt sich ein PSQI Score von 7,23 ( $SD \pm 3,745$ ), wobei man bei einer Score ab 5 von einer schlechten Schlafqualität spricht und ein Score von 21 die geringste Schlafqualität ergibt. Zum Vergleich haben die Autoren eine Studie zur Schlafqualität gesunder älterer Erwachsener herangezogen, in der der PSQI Score einen Wert von 4,74 ergab. (Buysee et al. 1991 zit. n. Vorbeck et al. 2010, S. 42)

Auf Grund der zusätzlichen Auswertung der auf den Bereich „Schlaf“ bezogenen Fragen des SQOLI sehen die AutorInnen der Studie die schlechtere subjektive Schlafqualität in dem Vorhandensein der Stomaanlage begründet, welches sich mit den Ergebnissen des vorangegangenen Reviewteils deckt. Hier werden die vorhandenen Sorgen über mögliche Undichtigkeiten der Beutelversorgung, auftretende Aufblähungen des Systems und notwendige Beutelwechsel/-entleerungen von bis zu 15mal innerhalb von 24 Stunden beschrieben (Carlsson et al. 2001 zit. n. Vorbeck et al. 2010, S. 38), wobei davon auszugehen ist, dass sich diese Belastungen nicht nur auf den Tag beschränken, sondern auch die Nachtzeit mit betreffen.

Weiterhin wird auch ein möglicher verminderter Schlafkomfort durch eine unbequeme Liegeposition auf Grund des angelegten Stomasystems beschrieben. Als zusätzlich verstärkender Faktor wird das Alter von StomaträgerInnen benannt, welches im Durchschnitt höher als 50 Jahre ist. (Maggi et al. 1998 zit. n. Vorbeck et al. 2010, S. 38)

Für die in dieser Arbeit betrachteten Zielgruppe kommt außerdem der schlafbeeinträchtigende Faktor des Settings „Krankenhaus“ hinzu: Hier können u.a. Lärm, individuelle Erkrankungen und Schmerzen zu Ein- und Durchschlafstörungen und einem weniger erholsamen Schlaf führen. (Fietze et al. 2008, S. 167-175) Dies hat negative Auswirkungen u. a. auf die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, das Wohlbefinden und die Erholung, aber auch auf die Gesundheit und den Heilungsprozess an sich (RKI 2005, S. 32-33).

### 3.1.2 Psychische Aspekte

#### *Scham und Ekel*

In einem Review von Ang et al. (2013), welches Stressoren zusammenfasst, die die psychische Gesundheit von PatientInnen während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung beeinflussen, werden unterschiedliche Kategorien gebildet: Innerhalb der die Stomaanlage an sich betreffenden Kategorie wird eine phänomenologische Studie zu den frühen postoperativen Erfahrungen beschrieben, in der von den neun befragten TeilnehmerInnen alle unter anderem Ekel- und Schockgefühle beim erstmaligen Betrachten des Stomas benennen. (Persson/Hellström 2002, zit. n. Ang et al. 2013, S. 589) Diese Gefühle lassen sich durch den Bruch des Erlernens der Kontinenz und dem Umgang mit Ausscheidungen im Kindesalter als Voraussetzung der Sozialisation des Menschen erklären. (Bruch et al. 1997, S. 893) Hierdurch lässt sich auch erklären, dass insbesondere Systemundichtigkeiten der Versorgung und damit der mögliche direkte Kontakt mit den Ausscheidungen bei PatientInnen Gefühle von Scham und Ekel erzeugen können. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384)

Diebold (2016) beschreibt in seiner qualitativen Untersuchung über das Auftreten von Schamgefühlen durch eine Stomaanlage diese als Ausdruck der PatientInnen durch die wahrgenommene Unvollkommenheit ihrer körperlichen Verfassung. Mittels der in dieser Studie dargestellten Beobachtungen einer Patientin im postoperativen Verlauf werden ihre Verzweiflung und ihr Unvermögen, am sechsten postoperative Tag das Stoma zu betrachten, als Gefühl von Scham eingeordnet. Nicht immer können PatientInnen ihre Gefühle von Scham jedoch als solche benennen. (Diebold 2016, S. 36)

In einer Studie zu Bewältigungsstrategien von StomaträgerInnen mit einer Anlage seit unterschiedlich langer Zeit wird ebenfalls von Schamgefühlen in der Anfangsphase

gesprächen, die auf Grund der zeitweise entstehenden Geräusche der Stomaanlage provoziert werden. (Bonill-de-las-Nieves et al. 2014, S. 397)

Zu Schamgefühlen kann es aber auch durch die bereits oben beschriebene Abhängigkeit vom pflegerischen Personal kommen. PatientInnen vermeiden es dann teilweise, eigentlich berechnete Forderungen zu stellen, und versuchen, so wenig Unterstützung wie möglich entgegen zu nehmen. In der diese Erkenntnis darstellenden Studie von Thorpe et al. (2014) werden von den befragten PatientInnen außerdem Verhaltensweisen von Stationspflegekräften beschrieben, die das Zurückhalten von Forderungen nach Unterstützung noch verstärken, z. B. wenn den PatientInnen das Gefühl vermittelt wird, schuld an einer undichten Versorgung zu sein. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Pflegepersonal ist in solchen Fällen nicht möglich. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384)

### *Störungen des Körperbildes und des Selbstwertgefühles*

In dem oben bereits kurz beschriebenen Review von Ang et al. (2013) zu den postoperativen Stressoren wird als weitere belastende Erfahrung von StomapatientInnen in den ersten Wochen nach der Operation das veränderte Körperbild mit dem Verlust von Körperteilen und -funktionen benannt sowie eine Entfremdung vom eigenen Körper mit einem verminderten Selbstwertgefühl beschrieben. (Persson/Hellström 2002 zit. n. Ang et al. 2013, S. 589) Weiterhin wird die Stomaanlage auch als Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit wahrgenommen. (Black 2004 zit. n. Ang et al. 2013, S. 589)

Diese Ergebnisse decken sich mit denen einer koreanischen Studie: Hong et al. (2013) haben eine Untersuchung zu den Unterschieden zwischen PatientInnen mit temporärer und permanenter Stomaanlage in Bezug auf ihre psychische Einstellung vorgenommen. In den Kategorien zum Körperbild und zum Selbstwert stellten sie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fest, jedoch eine niedrigere Rate zur Kontrollgruppe der gesunden Bevölkerung. (Hong et al. 2013, S. 155-156) Das Ergebnis der Einschätzung zum Körperbild beträgt durchschnittlich  $63,3 \pm 15,5$  Punkte, wobei 15 Punkte die schlechtmögliche Einschätzung wäre und 105 Punkte die bestmögliche. Der Score zum Selbstwert beträgt im Durchschnitt  $28,7 \pm 4,2$  Punkte, wobei der schlechteste Wert 10 Punkte, der beste Wert 40 Punkte wäre.

Die Befragung der PatientInnen fand zu einem Zeitpunkt vier Wochen nach der Operation statt und hatte den Fokus auf der Selbsteinschätzung der Befragten zu den einzelnen

Kategorien Körperbild, Selbstwahrnehmung und Depression. Es wurden 42 PatientInnen mit temporärer und 23 mit endständiger Stomaanlage befragt. (Hong et al. 2013, S. 153 + 155) Limitierend ist allerdings anzumerken, dass der überwiegende Anteil der TeilnehmerInnen dieser Studie von einer bösartigen Krebserkrankung mit folgenden notwendigen Chemotherapien oder Bestrahlungen betroffen waren, was sich zusätzlich negativ auf die abgefragten Kategorien ausgewirkt haben kann. (Hong et al. 2013, S. 160)

### *Depression*

In der selben Studie wurde von den AutorInnen ebenfalls eine höhere Rate an depressiven Verstimmungen bei den untersuchten PatientInnen nach temporärer und permanenter Stomaanlage festgestellt. Es wurde hierbei eine Selbsteinschätzung mittels Fragebögen durchgeführt und anhand objektiver Skalen ausgewertet. Der mittlere Punktwert ergab  $13,7 \pm 8,8$  Punkte, wobei bei dem verwendeten Messinstrument ein Wert zwischen 10 und 15 Punkten auf eine milde Form der depressiven Verstimmung hindeutet. (Hong et al. 2013, S. 153 + 156)

In einer Querschnittsstudie durchgeführt in Südasien zur Lebensqualität von StomapatientInnen geben 46 % der befragten TeilnehmerInnen eine depressive Gefühlslage im Zeitraum unmittelbar nach der OP an. Auch nach einem Zeitabstand von 38 Monaten ist die Lebensqualität in dieser Gruppe noch signifikant niedriger als die der Normalbevölkerung. Weiterhin konnten die Autoren eine signifikante Beziehung zwischen den Gefühlen von Depressionen und einer schlechteren Lebensqualität feststellen. (Jayarajah/Samarasekera 2017, S. 4-7) In diese Studie wurde 43 PatientInnen eingeschlossen. Mittels zwei valider Instrumente, der ‚Stoma Quality of Life Scale‘ und der ‚Stoma care self-efficacy scale‘ wurden die Lebensqualität und das Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Stomaversorgung gemessen. (Jayarajah/Samarasekera 2017, S. 2) Hierbei ist allerdings limitierend anzumerken, dass die Studie in einem Entwicklungsland durchgeführt wurde und weder der medizinische Standard noch der kulturelle Hintergrund einen direkten Vergleich mit europäischen Studien zulassen.

Eine signifikante Verbesserung ohne ( $p = 0,03$ ) und mit Interventionsmaßnahmen ( $p = 0,04$ ) der mentalen Gesundheit vom Zeitpunkt der Entlassung nach einer Stomaanlage bis zu

einem Zeitpunkt sechs Monate nach der Operation wird in einer weiteren Untersuchung festgestellt. (Danielsen/Rosenberg 2014, S. 5)

### *Kontrollverlust, Abhängigkeitsgefühl*

In der Studie von Thorpe et al. (2014, S. 383) wird als eine von drei Ergebniskategorien die Beziehung zwischen PatientInnen und den medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen im Krankenhaus beschrieben.

Dabei wird als wichtiger Faktor für eine als gelungen und qualitativ hochwertig beschriebene Pflege von den TeilnehmerInnen der Studie u.a. die Kontrolle über die Pflege, die ihnen zukommt, genannt. Gefühle der Abhängigkeit und die Meinung, schuld an dieser zu sein, sowie das Bewusstsein, mehr Pflege als andere PatientInnen zu benötigen, können laut der Studie dazu führen, dass manche PatientInnen es vermeiden, Unterstützung einzufordern, obwohl sie welche benötigen würden. Durch die postoperative Erschöpfung und das Fehlen der eigenen körperlichen Kontrolle sehen sich die PatientInnen in dieser Phase zur Abgabe der Kontrolle über ihre Behandlung an das Personal gezwungen. Ein Vertrauen in die versorgende Person trägt dazu bei, überzeugt von der einem zukommenden Pflege zu sein. Dabei kann der Aufbau von Vertrauen in das Personal u.a. durch die Krankenvorgeschichte mit möglicherweise zahlreichen Erfahrungen der PatientInnen gestört sein. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384)

Auch ein Kontrollgefühl über den eigenen Körper wird in einer weiteren Studie von Danielsen et al. (2013) als elementar beschrieben: Sie führten hierzu Fokusgruppeninterviews mit PatientInnen durch, die durchschnittlich drei Monate zuvor eine Stomaanlage auf Grund von unterschiedlichen Erkrankungsursachen erhalten haben. Ziel der phänomenologischen Untersuchung war es, den Einfluss einer dauerhaften Stomaanlage auf das alltägliche Leben sowie Bedürfnisse im Hinblick auf Schulungen festzustellen. (Danielsen et al. 2013, S. 408) Nach der Transkription und Analyse wurden zwei Hauptthemen, das ‚Anderssein‘ und die ‚Schulungsphase‘ identifiziert. U.a. wird der Verlust der Kontrollmöglichkeit über einige Körperfunktionen durch die Stomaanlage beschrieben, der zum Aufgeben von vorherigen Lebensaktivitäten führen kann. Ein Gefühl des Zurückerlangens von Kontrolle kann dabei schon durch die Möglichkeit, die Stomaanlage geeignet vor anderen Personen zu verbergen, erreicht werden. (Danielsen et al. 2013, S. 409) Dieses Phänomen des Zurückerlangens von Sicherheit durch zumindest

vorübergehendes Verbergen bzw. die Möglichkeit des Verbergens wird auch in einer weiteren qualitativen Untersuchung beschrieben. (Mota et al. 2014, S. 82)

Eine weitere Möglichkeit der Kontrolle über Körperfunktionen wird bei Bonill-de-las-Nieves (2014) beschrieben: In den halbstandardisierten Interviews geben Kolostomie PatientInnen ein Zurückerlangen von Kontrollgefühl durch die Möglichkeit der Irrigation an. Weiterhin werden Ernährungsaspekte beschrieben, mit denen z.B. Gerüche der Ausscheidungen beeinflusst werden können. (Bonill-de-las-Nieves et al. 2014, S. 396-397)

### *Unsicherheit, Angst, Stress*

Nach den bereits zitierten AutorInnen Thorpe et al. (2014) können Ängste im Krankenhaus zunächst durch die für die PatientInnen überwiegend neue Erfahrung, sich und ihre Gesundheit dem Personal auszuliefern, entstehen. Meist begibt man sich mit der Operation in die Hände fremder Menschen, zu denen man noch kein vertrautes Verhältnis aufbauen konnte. Das Gefühl und die Erfahrung, keine Kontrolle über die Art der Unterstützung in Bezug auf die Anleitung zur selbstständigen Stoma Versorgung zu haben, lösen Ängste bei den befragten Betroffenen aus. Schwierigkeiten im Aufbau einer Beziehung zur Stationspflegekraft können zum Teil auf Grund der Versorgung durch die StomatherapeutInnen entstehen, denen ein höheres Maß an Vertrauen zugesprochen wird. Verstärkt werden kann dies, wenn die Stationspflegekräfte deutlich machen, dass ihre Prioritäten nicht in der Stomaversorgung liegen. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384)

Insbesondere in Bezug auf die Entlassung und der damit verbundenen Notwendigkeit der selbstständigen Stoma Versorgung, aber auch des Treffens von Entscheidungen, die im Klinikalltag von anderen abgenommen werden, können zusätzliche Ängste entstehen. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384) Die zu erlernenden Fertigkeiten in der Stoma Versorgung innerhalb eines kurzen Zeitraumes und das neu zu erwerbende Wissen über mögliche Komplikationen und notwendige Veränderungen von Lebensgewohnheiten (s. 2.2-2.4), sowie die teilweise hinzukommenden Informationen über das neu diagnostizierte Krankheitsbild führen zu Sorgen und Unsicherheiten bei den PatientInnen (Reading 2005, zit. n. Ang et al. 2013, S. 591; Bonill-de-las-Nieves et al. 2014, S. 398), sodass sie die Phase der Entlassung als stressreich empfinden (Fulham 2008, zit. n. Ang et al. 2013, S. 591).

### 3.1.3 Verstärkende und mindernde Einflussfaktoren

Zwar sind nachfolgend genannte Einflussfaktoren auf die Art und Stärke der Belastungen meist gegeben und nicht veränderbar, die pflegerischen Interventionen können aber durch das Wissen über das Vorhandensein dieser Einflussfaktoren in geeigneter Weise angepasst werden. (s. 3.2)

#### *Geschlecht und Alter*

In einer retrospektiven Studie von Wong et al. (2013), in der die erhobenen Daten von 18 PatientInnen verwendet werden konnten, wurde der Einfluss des Alters auf die Lebensqualität nach einer Stoma Anlage untersucht. Die AutorInnen konnten keine signifikanten Unterschiede in der Selbstwirksamkeit und der Lebensqualität zwischen den beiden unterschiedlichen Altersgruppen feststellen. Deutlich wurde aber, dass ältere PatientInnen ( $\geq 65$  Jahre) ein höheres Risiko für auftretende Komplikationen nach einer Stoma OP haben, da sie vermehrt an Begleiterkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus, koronarer Herzerkrankung, Bluthochdruck, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und Niereninsuffizienz leiden. Das perioperative Risiko der älteren PatientInnen ist mit einer ASA Klassifikation von  $> 2$  bei 82,4 % im Vergleich zu 65,2 % bei den jüngeren erhöht. Zusätzlich treten notfallmäßige Operationen in denen die Stoma Anlage erfolgt häufiger bei älteren PatientInnen auf, als bei jüngeren (50,0 % vs. 21,7 %). Ebenfalls die Mortalitätsrate ist in der Gruppe der  $\geq 65$ -jährigen PatientInnen erhöht im Vergleich zur Gruppe der jüngeren (47,1 % vs. 26,1 %), was sich durch eben benannte Punkte erklären lässt. (Wong et al. 2013, S. 19-20)

Das retrospektive Studiendesign lässt jedoch einige Limitationen hinsichtlich der Aussagekraft zu: So war die Zeitspanne zwischen der Operation und der Befragung unterschiedlich lang, weiterhin waren in der Gruppe der älteren TeilnehmerInnen 47 % zum Zeitpunkt der Durchführung der Befragung verstorben, in der Gruppe der jüngeren 26 %. (Wong S. K. 2013, S. 22) Vermutet werden kann dabei, dass die Gruppe der bereits Verstorbenen eine schlechtere Lebensqualität und Selbstwirksamkeit aufgewiesen hat, als die Gruppe der noch Lebenden, sodass es zu einer fälschlichen Darstellung von ähnlichen Werten in den unterschiedlichen Altersgruppen gekommen ist.

In Bezug auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen wird bei Hong et al. (2013) auf Grund von Fragebogenergebnissen geschlossen, dass es bei Männern zu einer

schlechteren Akzeptanz der Situation kommt. Signifikante Unterschiede in einzelnen Aspekten der Bereiche Körperbild und Depressionen werden beschrieben: So geben Männer im Vergleich zu Frauen in der Kategorie zum Körperbild an, sich ‚unwichtig‘ zu fühlen ( $p = 0,006$ ), ‚geringwertig‘ ( $p = 0,016$ ), ‚unfähig‘ ( $p = 0,023$ ) und ‚weniger männlich‘ ( $p = 0,042$ ). Weiterhin geben sie auch im Bereich der Kategorien zur Depression signifikant schlechtere Ergebnisse an, so fühlen sie sich als ‚Versager‘ ( $p = 0,000$ ) und ‚vom Himmel bestraft‘ ( $p = 0,016$ ), geben an, ‚unzufrieden mit dem täglichen Leben‘ zu sein ( $p = 0,002$ ) und ‚nicht gut schlafen‘ zu können ( $p = 0,042$ ). (Hong et al. 2013, S. 158 - 159) Diese Studie legte jedoch ihren Fokus nicht darauf, Unterschiede zwischen den Geschlechtern herauszuarbeiten, sondern stellte diese lediglich als Teilergebnis heraus, sodass zur Stützung dieser Feststellung noch weitere Untersuchungen mit spezifischerer Fragestellung nötig wären.

#### *Individueller Umgang mit Krankheit und Gesundheit*

In einer brasilianischen Studie wurden mittels 27 halbstandardisierter Interviews Faktoren aufgezeigt, die den Anpassungsprozess an eine Stomaanlage erleichtern können. Es wurden Personen bezogene und Umfeld bezogene Aspekte aus den transkribierten und analysierten Interviews herausgearbeitet. (Mota et al. 2014, S. 81)

PatientInnen beschreiben in dieser Studie die psychische Stabilität als relevant für den Anpassungsprozess und die nötige Selbstpflege. Weiterhin wird als fördernder Faktor für die Akzeptanz und die Anpassung das Vermögen genannt, die positiven Eigenschaften der Stomaanlage anzuerkennen, bzw. der Anlage Positives zuzusprechen, wie die Möglichkeit, von einer Krebserkrankung geheilt zu werden. Auch Religiosität und Spiritualität werden als mögliche Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und dem Umgang mit der veränderten Situation genannt. (Mota et al. 2014, S. 82)

#### *Rückhalt durch soziales Umfeld*

In mehreren Studien werden zu den das PatientInnenumfeld bezogenen Aspekten eine intakte Partnerschaft und das Vorhandensein familiärer Unterstützung als erleichternde Faktoren für die Bewältigung des Anpassungsprozesses an die neue Lebenssituation mit einem Stoma beschrieben. (Mota et al. 2014, S.82 - 83, González et al. 2016, S. 1715)

Ähnliche Ergebnisse stellen Hong et al. (2013) in ihrer quantitativen Untersuchung dar: Bei den Ergebnissen der Befragungen von PatientInnen vier Wochen nach der Operation zeigt

sich die Tendenz zu einer besseren Selbstwirksamkeit bei verheirateten PatientInnen im Vergleich zu allein- und getrenntlebenden sowie geschiedenen PatientInnen, wobei die Unterschiede nicht als statistisch signifikant einzuordnen sind. (Hong et al. 2013, S. 156)

Bei Danielsen et al. (2013) wird von einer schlechteren Akzeptanz des Stomas gesprochen, wenn der/die LebenspartnerIn bereits verstorben ist. Aber nicht nur das direkte familiäre Umfeld, sondern allgemeine soziale Kontakte, die bereits vor der Operation bestanden und postoperativ aufrechterhalten werden, unterstützen PatientInnen in dem Wiedererlangen ihrer Selbstidentität. (Danielsen et al. 2013, S. 409)

Es konnte in einer weiteren Studie eine hohe Korrelation von  $r(S) = 0,906$  zwischen bestehenden sozialen Kontakten und der Lebensqualität von operierten Stoma PatientInnen festgestellt werden. (Jayarajah/Samarasekera 2017, S. 3)

### *Finanzielle Situation*

In einer Querschnittsstudie zur Erfassung der Lebensqualität von PatientInnen nach Stoma Anlage in Sri Lanka konnte ein Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit, höherem Einkommen und besserer Lebensqualität festgestellt werden, der allerdings nicht als statistisch relevant einzuordnen ist. (Jayarajah/Samarasekera 2017, S. 3)

Auch in einer brasilianischen Studie wird der anpassungserleichternde Faktor der kostenlosen und niedrigschwelligen Verfügbarkeit von Stomamaterialien benannt (Mota et al. 2014, S. 82). In einer koreanischen Erhebung konnte eine signifikant höhere Neigung zu depressiven Verstimmungen ( $p = 0,013$ ) im Zeitraum von vier Wochen nach der Operation bei sozialschwachen PatientInnen festgestellt werden. (Hong et al. 2013, S. 156)

Allerdings ist limitierend anzumerken, dass aus den bearbeiteten Studien keine Ergebnisse westlicher Staaten zum Zusammenhang der finanziellen Situation nach Stomaanlage und der Lebensqualität von PatientInnen vorliegen und ein Vergleich der Daten daher fraglich ist.

Es liegen allerdings Studien auch aus Europa und Deutschland vor, die sich mit der Wiedereingliederung ins Berufsleben nach Krebserkrankungen befassen. Insbesondere die auch in dieser Arbeit thematisierte PatientInnengruppe mit einer Stomaanlage auf Grund einer Krebserkrankung ist laut mehreren Untersuchungen einer erhöhten Gefahr von Arbeitslosigkeit und damit finanziellen Sorgen ausgesetzt (z. B. Mehnert 2011, S. 122) Hinzu kommen m.E. Sorgen bezüglich der für die PatientInnen überwiegend unbekanntem

zukünftigen finanziellen Belastungen durch Hilfsmittel oder sogar pflegerische Unterstützung in der Häuslichkeit.

### *Erkrankungsursache*

Im Review von Ang et al. (2013) wird die Art der Diagnose als ein möglicher Einflussfaktor auf die Anpassung an die Stomaanlage beschrieben und mittels einer qualitativen Studie mit StomapatientInnen nach einer Krebserkrankung dargestellt: Da die PatientInnen zum Operationszeitpunkt nicht nur die Krebsdiagnose mit den daran gebundenen Ängsten und der Traurigkeit belastet, sondern zusätzlich die Sorge um ein Wiederauftreten der Erkrankung und um ein vom Stoma bestimmtes Leben hinzukommen, werden hierdurch vermehrt Unsicherheiten verursacht (Andersson et al. 2010 zit. n. Ang et al. 2013, S. 589) und Verzweiflung hervorgerufen (Fulham 2008 zit. n. Ang et al. 2013, S. 589). Weiterhin beschreiben die AutorInnen des Reviews, dass eine bereits seit einem längeren Zeitraum bestehende Krebserkrankung eher eine Akzeptanz der Situation zulässt, als eine kürzlich diagnostizierte, weil bei letztgenannter noch keine Anpassung stattfinden konnte. Ebenso wird hier das Stadium der Krebserkrankung mit als beeinflussender Faktor für die erfolgreiche Anpassung genannt, wobei eine Krebserkrankung im weiter fortgeschrittenem Stadium die Akzeptanz erschwert und das Körperbild eher negativ beeinträchtigt. (Chao et al. 2010 zit. n. Ang et al. 2013, S. 591)

In einem weiteren Review zu den Einflussfaktoren auf die Lebensqualität nach Stomaanlage wird u.a. die Ursprungserkrankung als die Lebensqualität signifikant beeinflussender Faktor benannt, wobei hier anzumerken ist, dass sich dieses Review mit der Gruppe der Langzeitstomaträger befasst hat (Anaraki et al. 2012 zit. n. Vonk-Klaassen et al. 2016, S. 130).

### *Art des Stomas*

Bei Hong et al. (2013) werden die Kategorien Körperbild, Selbstwertgefühl und Depression allgemein in Bezug auf permanente und temporäre Stomaanlagen betrachtet, wobei für diese drei Kategorien keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Anlagen erkennbar sind. Die PatientInnen mit permanenter Anlage zeigen einen höheren Grad an depressiver Verstimmung, welcher jedoch nicht statistisch relevant ist. (Hong et al. 2013, S. 156)

Dies kann die negativen Auswirkungen der Stomaanlage an sich auf die Stimmung und die Psyche aufzeigen, sodass die Tatsache, dass die Anlage rückverlegbar ist, für die Betroffenen scheinbar keine positiven Auswirkungen hat. (Hong et al. 2013, S. 159)

Allerdings sind in derselben Studie signifikante Unterschiede zwischen PatientInnen mit temporärer und permanenter Anlage in einzelnen Fragen der psychologischen Skalen aufgetreten: So geben Betroffene mit permanenter Anlage signifikant schlechtere Werte zu den Aussagen ‚Ich fühle mich hässlich‘ ( $p = 0,017$ ) und ‚Ich habe vollständig das Interesse am Sexualleben verloren‘ ( $p = 0,010$ ) an. Ein deutlicher Unterschied ist ebenfalls in der Aussage ‚Ich hasse mich‘ ( $p = 0,056$ ) erkennbar. (Hong et al. 2013, S. 157)

Die Art des Stomas wird außerdem in einem weiteren Review als signifikant beeinflussend für die Lebensqualität beschrieben ( $p < 0,05$ ), wobei die Autoren nicht benennen, welche Art des Stomas positiv, und welche negativ beeinflussend ist. (Anaraki et al. 2012 zit. n. Vonk-Klaassen et al. 2016, S. 130)

### *Präoperative Vorbereitung*

Die präoperative Vorbereitung mit der Möglichkeit zum Aneignen von Fähigkeiten im Umgang mit dem Stoma erleichtert den Anpassungsprozess nach der Operation (Mota et al. 2014, S. 82) und wird als effektiver im Vergleich zur Schulung nach der Operation beschrieben, wodurch sich u.a. die Aufenthaltsdauer der betroffenen PatientInnen im Krankenhaus reduziert. (Chaudhri et al. 2005, zit. n. de Miguel Velasco et al. 2014, S. 150) Neben der präoperativen Schulung wird außerdem das Anzeichnen der Stomalokalisation vor der OP als einflussreicher Faktor für einen komplikationsarmen postoperativen Verlauf und damit eine bessere Anpassung an die Situation benannt. (Nastro et al. 2010, zit. n. de Miguel Velasco et al. 2014, S. 151)

Weiterhin erhalten Patienten durch vorherige Schulungsangebote ein Gefühl der Kontrolle über ihren Krankheitsverlauf und es besteht die Möglichkeit, das Vertrauen zum Gesundheitsfachpersonal zu stärken, da dieses durch bisher gemachte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem beeinflusst worden sein kann. (Thorpe et al. 2014, S. 383-385)

Eine erschwerte Anpassung an das neue Körperbild und die veränderte Körperfunktion mit höherer Stressneigung besteht auch dann, wenn das Stoma nicht im Rahmen eines geplanten, elektiven Eingriffes angelegt wird, sondern eine notfallmäßige Operation stattfindet, bei der

im Vorwege ggf. nicht planbar ist, ob eine Stomaanlage notwendig sein wird. (Borwell 2009, zit n. Ang et al. 2013, S. 592; Vermeulen et al. 2010, S. 656)

### *Erfüllung präoperativer Erwartungen*

Erwartungen von PatientInnen, die entsprechend eintreten, fördern das Gefühl der Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf und erleichtern die Rückgewinnung von Autonomie und die Anpassung an die Situation. Im Gegensatz dazu führen anders als erwartet eintretende Ereignisse z.B. in Bezug auf Schmerzen nach der Operation, zu Ärger und Enttäuschung. (Thorpe et al. 2014, S. 385)

Auch präoperative Zusicherungen, dass ein problemloses Leben mit Stomaanlage möglich sein würde, verunsichern Betroffene insbesondere im postoperativen Verlauf, wenn noch Schwierigkeiten in der Versorgung auftreten. Dies kann bei den PatientInnen die Meinung verursachen, sie würden zu negativen Ausnahmefällen gehören. (Danielsen et al. 2013, S. 410)

Weiterhin führen trotz präoperativ angekündigter Unterstützungsmaßnahmen nicht ausreichende oder gar keine Anleitungen und Schulungen vor der Entlassung zu Hilflosigkeit bei den PatientInnen und zwangsweise zu eigener Informationsbeschaffung. (Bonill-de-las-Nieves et al. 2014, S. 398)

## **3.2 Rolle der Pflegekraft**

Die möglichen Ansatzpunkte für pflegerische Maßnahmen werden im Folgenden in der Reihenfolge der oben beschriebenen Belastungskategorien dargestellt. Teilweise werden mehrere Kategorien zusammengefasst, da sich die entsprechenden Maßnahmen annähernd gleichen.

### 3.2.1 Relevanz der stationspflegerischen postoperativen Versorgung

„Pflege ist ein zwischenmenschlicher Beziehungsprozess, bei dem zwei Personen (Pfleger und Gepflegter) zueinander in Kontakt treten, um ein gemeinsames Ziel, das Pflegeziel, zu erreichen.“ (Fiechter/Meier 1981, S. 31)

Agiert die Stationspflegekraft somit innerhalb dieses Beziehungsprozesses, können Pflegeziele wie die Vermeidung oder Minimierung von stomabedingten Belastungen und eine Verbesserung der Lebensqualität betroffener PatientInnen erreicht werden.

Insbesondere in der unmittelbaren postoperativen Phase betonen PatientInnen die für sie vorhandene hohe Bedeutung der Stationspflegekräfte in physischer und psychischer Hinsicht. Es wird angegeben, dass diese über ihre Behandlung eine Art Kontrollfunktion haben und Vertrauen in die Pflege herstellen können, welches zum Sicherheitsgefühl der PatientInnen beiträgt und deren Teilhabe an der Versorgung fördert. (Thorpe et al. 2014, S. 383-386)

Auch von den OperateurInnen und StomatherapeutInnen wird bei Thorpe et al (2014, S. 384) die wichtige Rolle der Stationspflegekräfte hervorgehoben, da diese ständig anwesend sind und somit zum einen stomarelevante Komplikationen, zum anderen weitere interventionsbedürftige Belastungen der PatientInnen zeitnah bemerken.

Im Gegensatz dazu sehen in der gleichen Studie die befragten Stationspflegekräfte selbst die Versorgung der Stomata zum einen als Form der Unterstützung der PatientInnen bei Toilettengängen an, und delegieren somit diese Arbeiten an Hilfskräfte. Zum anderen geben die Stationspflegekräfte an, mangels ausreichendem Fachwissen und fehlender Kompetenzen über die spezielle Stomaversorgung diese möglichst zu vermeiden, auch, um die PatientInnen nicht mit Informationen, die sich von den Informationen der StomatherapeutInnen unterscheiden, zu verwirren. Insbesondere bei komplizierteren Versorgungen geben Stationspflegekräfte Unsicherheiten im Umgang an. Das Einbeziehen von StomatherapeutInnen in die Behandlung lässt die Stationspflegekräfte ihre Prioritäten vermehrt auf die allgemeine Pflege setzen und weniger auf die Versorgung der Stomata. Bemerkend die PatientInnen dieses, entstehen bei Ihnen Gefühle der Hilflosigkeit und die Bildung eines Vertrauensverhältnisses wird behindert. (Thorpe et al. 2014, S. 384)

Diese Form der Priorisierung auf Kernaufgaben lässt sich allerdings auch durch die zunehmenden Belastungen von Stationspflegekräften erklären, die ein Erfüllen aller notwendigen Aufgaben nicht mehr zulassen (Isfort et al. 2010, S. 7-8).

Jegliche physische und psychische Stressfaktoren von PatientInnen werden bestenfalls noch im Krankenhaus erkannt und beseitigt, da diese ansonsten nach der Entlassung weiterhin bestehen bleiben und die Lebensqualität der Betroffenen weiterhin beeinträchtigen können (Ang et al. 2013, S. 593). Da die Stationspflegekräfte auf Grund der schon beschriebenen

ständigen Anwesenheit und der Nähe zu den PatientInnen am ehesten solche Stressoren wahrnehmen können, kommt ihnen hierbei eine relevante Aufgabe in der Versorgung zu. Somit ist es von hoher Wichtigkeit, den Stationspflegekräften ihre Bedeutung für die PatientInnen und deren Lebensqualität zu vermitteln und den Zusammenhang zwischen Genesungs- und Selbstversorgungsprozess und dem Vertrauen in die erhaltene Pflege aufzuzeigen. Der Fokus ist dabei nicht nur auf die physischen postoperativen Defizite zu legen, sondern insbesondere sind auch die psychischen Belastungen zu identifizieren.

### 3.2.2 Maßnahmen bei physischen Belastungen

#### *Allgemeine postoperative Pflege*

Die Beobachtung der operierten PatientInnen auf Komplikationen, die Frühmobilisation und die Durchführung von Prophylaxen gehören zu den allgemeinen postoperativen pflegerischen Maßnahmen, ebenso wie die Durchführung von Verbandswechseln und die Beobachtung von Drainagen und des Stomas (Bauer 2013, S. 151-153).

Insbesondere in der postoperativen PatientInnennachsorge ist auf Grund der notwendigen Überwachung somit ein engmaschiger Kontakt durch die Stationspflegekräfte gegeben. Diese Phase kann bereits für den Aufbau einer positiven PatientInnen-Stationspflegekraft Beziehung genutzt werden und u.a. zum Vertrauen beitragen.

Das Erzielen von Schmerzfreiheit beim Patienten ist vor allem für die frühe Mobilisation und das Vermeiden von Komplikationen förderlich und dient weiterhin der Rückgewinnung von Autonomie und dem Wiedererlangen von Lebensqualität. Das individuelle Schmerzempfinden wird u.a. vom Angsterleben der PatientInnen beeinflusst, sodass beispielsweise bereits durch präoperative Aufklärung eine Angst- und Schmerzreduktion erreicht werden kann. (Wagener/Paetz 2013, S. 144-145) Das Erkennen und Abfragen von Schmerzen und die Einleitung erforderlicher Gegenmaßnahmen zählt somit zu den relevanten Unterstützungsmöglichkeiten der Stationspflegekräfte.

Die in allen körperlichen Bereichen bestehenden Beeinträchtigungen der operierten PatientInnen in der postoperativen Phase führen, wie unter 3.1.2 beschrieben, zu möglichen Kontrollverlusten. Durch ein Einbeziehen der PatientInnen in Entscheidungen und eine möglichst frühzeitige Wiederherstellung von Selbstständigkeit wird das belastende Abhängigkeitsgefühl m.E. wesentlich minimiert.

### *Maßnahmen bei Hautirritationen*

Auf Grund der unter 3.1.1 dargestellten Folgen von Schädigungen der stomaumgebenden Haut ist diese Form der Komplikation frühestmöglich zu erkennen. Stationspflegekräfte haben hierzu während der Versorgungswechsel Gelegenheit, daneben sind auch Äußerungen der PatientInnen in Bezug auf z. B. Brennen und Juckreize der Haut sowie Schmerzen der Stomaumgebung ernst zu nehmen.

Bei Hautproblemen sind auf Grund ihres speziellen Wissens durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen StomatherapeutInnen hinzuzuziehen. Wenn sie nicht sowieso bereits in die Versorgung der PatientInnen mit einbezogen sind, sind die Stationspflegekräfte m. E. somit dafür verantwortlich, zu erkennen, wann es notwendig ist, diese zur weiteren Behandlung hinzuzuziehen.

Da bei problematischen Versorgungen oftmals häufigere Wechsel der Systeme erforderlich sind (s. 3.1.1) und es damit auch nachts zu Systemerneuerungen kommen kann, sind hierbei die häufig von den StomatherapeutInnen festgelegten Maßnahmen umzusetzen. Ggf. ist es für die Stationspflegekräfte notwendig, sich in Bezug auf spezielle Materialien anleiten zu lassen, um mögliche Unsicherheiten, wie unter 3.2.1 beschrieben, in der Versorgung zu vermeiden.

Als relevante Maßnahme zur Vorbeugung von postoperativen Hautproblemen hat sich das präoperative Markieren der Stomaanlage erwiesen. (Nastro et al. 2010, zit. n. de Miguel Velasco et al. 2014, S. 151) Im Rahmen der allgemeinen pflegerischen präoperativen Maßnahmen können Stationspflegekräfte m.E. rechtzeitig bemerken, ob dieses durchgeführt wurde und entsprechend die KollegInnen der Stomatherapie hinzuziehen.

### *Maßnahmen zur Förderung des Schlafes*

Trotz der Erkenntnisse über Schlafprobleme bei StomaträgerInnen (s. 3.1.1) sind schlaffördernde Maßnahmen kein typisches post- OP- Schulungsthema (Vorbeck et al. 2010, S. 39) Die AutorInnen der bereits oben beschriebenen Studie haben ein Handout mit Informationen und Ratschlägen zur verhaltensbezogenen Schlafhygiene an fünf TeilnehmerInnen der Studie vergeben und die subjektive Messung der Schlafqualität vor und nach Anwendung der Maßnahmen des Handouts über einen Zeitraum von vier Wochen vorgenommen. Eine Verbesserung der subjektiven Schlafqualität nach der

Interventionsmaßnahme ist zwar vorhanden, aber nicht signifikant, wobei die weiblichen Teilnehmerinnen eine Verbesserung des PSQI von einem Ausgangswert von 9,67 (SD  $\pm$  3,51) zu einem post- Interventionswert von 6,67 (SD  $\pm$  2,08) angaben, bei den männlichen hingegen eine leichte Verschlechterung der Werte von 9,0 (SD  $\pm$  2,12) zu 10,5 (SD  $\pm$  4,24) beobachtet wurden. (Vorbeck et al. 2010, S. 42) Auf Grund der geringen TeilnehmerInnenzahl sollten diese Ergebnisse jedoch kritisch betrachtet werden und weitere Untersuchungen nach sich ziehen.

Dennoch sollte den Stationspflegekräften die mögliche schlechtere Schlafqualität von PatientInnen mit einer Stomaanlage bewusst sein, sowie die Möglichkeit, dass diese durch einfache verhaltensbezogene Maßnahmen, wie z.B. das Beachten von Ernährungsrichtlinien vor dem Schlafengehen, verbessert werden kann. Mit niedrigschwelligen Angeboten, wie der Kontrolle und Entleerung des Stomabeutels vor dem Einschlafen durch den Nachtdienst kann gegebenenfalls die bei Vorbeck et al. beschriebene Sorge vor einer Systemundichtigkeit in der Nacht gemindert werden (s. 3.2.1). Auch könnten feste Uhrzeiten vereinbart werden, zu denen die Stationspflegekräfte das System in der Nacht kontrollieren. Gegebenenfalls fällt der Stationspflegekraft auf, dass ein für den Tag geeignetes Versorgungssystem in der Nacht für die/den jeweilige/n Patient/In auf Grund der Schlafposition ungeeignet ist, sodass mit den StomatherapeutInnen über andere Systemmöglichkeiten diskutiert werden sollte.

StomatherapeutInnen können zu schlaffördernden Maßnahmen beraten, die Anwesenheit durch sie zu den Abendstunden und in der Nacht ist jedoch nicht gegeben, sodass den Stationspflegekräften hierbei die relevante Aufgabe zufällt, die Schlafprobleme der PatientInnen zu erkennen und anzusprechen sowie durch geeignete Maßnahmen die Schlafqualität zu verbessern.

### 3.2.3 Maßnahmen bei psychischen Belastungen

#### *Umgang mit Ekel und Scham sowie Körperbildstörungen und Selbstwertverlusten*

Diebold (2016) beschreibt in seiner qualitativen Untersuchung, dass bei Anpassungsschwierigkeiten von PatientInnen an das Stoma auf Grund von Schamgefühlen z. B. die Dauer der pflegerischen Versorgung bei Stomasystemwechseln beabsichtigt zeitlich gestreckt werden sollte, um zum einen diese Zeit für Gespräche mit den PatientInnen zu nutzen, zum anderen, um ihm/ ihr die Möglichkeit zu geben, sich selbst den richtigen

Zeitpunkt zum Ansehen des Stomas auszusuchen. (Diebold 2016, S. 36) Pflegende sollten außerdem die Betroffenen darin bestärken, ihre Schamgefühle zum Ausdruck zu bringen, da dieses, wie bei Diebold (2016, S. 37) beschrieben, im Akzeptanzprozess unterstützt. Weiterhin sollten auf mögliche, potentiell zu Ekel oder Scham führende Geräusche der Stomaanlage, aber auch auf Undichtigkeiten der Versorgung (s. 3.1.2) mit Erklärungen durch das Pflegepersonal reagiert werden, sowie mit den StomatherapeutInnen ggf. eine andere Form der Versorgung diskutiert werden.

Körperbildstörungen sind als eine der NANDA Pflegediagnose klassifiziert und mit entsprechenden Interventionsmaßnahmen hinterlegt. Neben dem Erkennen einer bestehenden Körperbildstörung durch z.B. die negativen Äußerungen gegenüber dem eigenen Erscheinungsbild, Ausdrücke von Hoffnungslosigkeit und Sorge, aber auch durch das Nicht-Betrachten oder Versachlichen der Stomaanlage (Heuwinkel-Otter et al. S. 172) ist es somit Aufgabe der Stationspflegekräfte, entsprechende Maßnahmen einzuleiten und kontinuierlich fortzuführen. Hierzu gehören u.a. die Aufmerksamkeit in der Versorgung mit dem ständigen Ermuntern, auch bei kleineren Fortschritten, sowie das Zeigen von Verständnis und Akzeptanz (Heuwinkel-Otter et al. S. 174).

Selbstverständlich können Probleme dieser Art auch oder - je nach Vertrauensverhältnis - insbesondere von den StomatherapeutInnen erkannt und mit Interventionen begegnet werden. Der Erfolg solcher Art von Maßnahmen ist m.E. jedoch insbesondere von der Kontinuität der Durchführung abhängig. Auf Grund der organisatorischen Gegebenheiten in den Krankenhäusern sind die StomatherapeutInnen im Gegensatz zu den Stationspflegekräften im postoperativen Verlauf lediglich bis zu einmal täglich bei den PatientInnen, sodass die Verantwortung hier bei den Stationspflegekräften liegt.

Auch kann durch diese ggf. ein weiterer, durch pflegerische Maßnahmen nicht zu erfüllender Unterstützungsbedarf gesehen werden, der der psychotherapeutischen Hilfe bedarf.

Neben den Schamgefühlen auf Grund des veränderten Körperbildes werden unter 3.1.2 noch mögliche Schamgefühle der PatientInnen auf Grund ihrer Abhängigkeitssituation vom Personal beschrieben. Damit es nicht zu einer Unterversorgung der PatientInnen mit Nicht-Erfüllung von eigentlichen Bedürfnissen kommt, sind Stationspflegekräfte in der Situation aufgefordert, mögliche PatientInnen zu identifizieren und zum Einfordern der ihnen zustehenden Hilfe zu ermutigen.

### *Umgang mit Gefühlen von Kontrollverlust und Abhängigkeit*

In Bezug auf die ihnen zukommende Behandlung und Pflege sollten die PatientInnen in allen möglichen Aspekten mit einbezogen werden und die Zielfestlegung im Rahmen des Pflegeprozesses mit ihnen gemeinsam geschehen. Dieses kann u.a. aus der Untersuchung von Thorpe et al. (2014, S. 384) geschlossen werden, in der das Einbeziehen in Entscheidungsfindungen den PatientInnen hilft, das benötigte Gefühl der Selbstkontrolle wiederzuerlangen, und das Verständnis für Behandlungsabläufe stärkt.

Die Autonomie kann auch gefördert werden, indem den PatientInnen das Gefühl vermittelt wird, Experte/In für den eigenen Körper zu werden. Das Verstehen der eigenen Bedürfnisse und das Vertrauen in Körpersignale müssen wiederhergestellt werden. Beispielhaft können die PatientInnen durch ihre Ernährung mit Einfluss auf die Ausscheidungen ausüben, wodurch sich ein Kontrollgefühl über den Körper wiedereinstellen kann. (Thorpe et al. 2014, S. 385)

Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen der Selbstversorgungsfähigkeit des Stomas und der Lebensqualität der PatientInnen festgestellt: Je eher die selbstständige Versorgung erlernt ist, desto höher ist die langfristige Lebensqualität und desto signifikant geringer ( $p = 0,003$ ) sind die Sorgen um das Stoma. (Jayarajah/Samarasekera 2017, S. 7)

Auch in einer weiteren Studie wird von den PatientInnen das Erlernen der Selbstversorgung des Stomas als zentrales Element in der postoperativen Phase gesehen. (Danielsen et al. 2013, S. 409)

Somit übernehmen hier ebenfalls die Stationspflegekräfte einen elementaren Part: Zwar wird der erste Versorgungswechsel i. d. R. mit den StomatherapeutInnen durchgeführt und geübt. Aber auch außerhalb der zeitlich begrenzten Visiten durch diese kommt es zu notwendig werdenden Versorgungswechseln, im Rahmen derer die PatientInnen kontinuierlich in ihren Fähigkeiten zur selbstständigen Versorgung bestätigt und ermutigt werden sollen, sowie wiederbeginnen müssen, selbstständige Entscheidungen zu treffen vor allem auch im Hinblick auf die Entlassung.

### *Umgang mit Ängsten, Unsicherheiten, Stress und Depressionen*

Ein respektvoller und wertschätzender Umgang, in dem den PatientInnen zugehört und deren Sorgen ernst genommen werden, fördern das Vertrauen ins Personal und in die Behandlung.

Dagegen können Ängste und Hilflosigkeit bei PatientInnen entstehen, wenn sie durch Stationspflegekräfte das Gefühl vermittelt bekommen, ihre Versorgung habe mindere Priorität oder geschehe ohne Einbeziehung der Betroffenen. (Thorpe et al. 2014, S. 383-384). Die Art und Weise, wie auf den Hilfebedarf der PatientInnen reagiert wird, kann somit fördernd oder hemmend das Vertrauen beeinflussen.

Stationspflegekräfte sollten sich auch darüber bewusst sein, wie sie in ihren Tätigkeiten sowohl in verbaler Hinsicht, als auch durch ihre Mimik und Gestik, auf andere wirken. Durch ihre Handlungsweisen können sie zur Entwicklung eines neuen Selbstbildes der PatientInnen beitragen (Peters-Gawlik 1998, S. 137).

In Bezug auf die für viele PatientInnen als stressreich empfundene Entlassungsphase könne Stationspflegekräfte m.E. ebenfalls unterstützend agieren und z.B. Missverständnisse, die auf Grund der Vielfalt an Informationen innerhalb kurzer Zeit bei den PatientInnen entstehen können, klären. Weiterhin können sie erkennen, an welchen Stellen noch Informationsdefizite bestehen und bei Bedarf entsprechende ExpertInnen zur erneuten Darlegung von Informationen konsultieren. Kleinere Informationseinheiten können während der Durchführung von Pflegemaßnahmen immer wieder vermittelt werden. Hierzu haben Stationspflegekräfte auf Grund der häufigeren Kontakte wesentlich öfter Gelegenheiten als die StomatherapeutInnen.

Unterstützende Wirkung kann bei PatientInnen mit Ängsten oder anderen psychischen Problemlagen auch die Aromatherapie haben, die ohne das Einnehmen von zusätzlichen wertvollen zeitlichen Ressourcen in allgemeine Pflegemaßnahmen, wie die Körperpflege, mit einbezogen werden kann. Zum Teil sind in Bezug auf die Wirksamkeit von Aromatherapie jedoch noch wissenschaftliche Nachweise erforderlich (Schoberer et al. 2011, S. 17)

#### 3.2.4 Umgang mit möglichen belastenden Einflussfaktoren

Unter 3.1.3 wurden einige verstärkende und mindernde Aspekte für die Art und Stärke der beschriebenen Belastungen genannt. Stationspflegekräfte sind durch ihre Nähe zu den PatientInnen am ehesten in der Lage, mögliche Risikogruppen für eine schlechtere Anpassung zu identifizieren, und Faktoren, die die Akzeptanz behindern oder zu weiteren Sorgen führen können, eher beobachten, als andere Mitglieder im interdisziplinären Team. Es kann davon ausgegangen werden, dass PatientInnen Belastungsfaktoren und Einflüsse

nicht von sich aus ansprechen, sodass Stationspflegekräfte diese bestenfalls erkennen und die entsprechenden Konsequenzen daraus ziehen.

#### *Fehlender sozialer Rückhalt*

Hierzu zählen bspw. Betroffene ohne Rückhalt durch ein soziales Umfeld wie eine/n LebenspartnerIn oder den engeren Freundeskreis. Durch die ständige Anwesenheit von Stationspflegekräften lassen sich durch sie PatientInnen, die kaum oder gar keinen Besuch während ihres Krankenhausaufenthaltes empfangen, möglicherweise als solche identifizieren. Stationspflegekräfte können auch bereits bei der Aufnahme im Rahmen der Pflegeanamnese soziale Aspekte der PatientInnen erfassen. Können sie im weiteren Verlauf beobachten, dass aus Gründen des Fehlens sozialer Kontakte Risiken für eine schlechtere Akzeptanz und depressive Verstimmungen bestehen, kann dieses frühzeitig im Team angesprochen werden um ggf. weitere Maßnahmen abzuleiten und psychologische Unterstützung anzubieten.

Auch Gonzáles et al. (2016, S. 1716) geben auf Grund ihrer Daten zu einer schlechteren Akzeptanz bei Singles diese Empfehlung in ihrer Diskussion ab und schließen auf eine möglichst frühe Erkennung und Behandlung von Depressionen zur Verbesserung der Akzeptanz.

Außerdem wäre, nicht nur für diese PatientInnengruppe, auch das Einbinden von Selbsthilfegruppen schon in den klinischen Alltag hilfreich. Von Bonill-de-las-Nieves et al. (2014, S. 398) wird die Unterstützung durch diese Gruppen als wichtiger Bewältigungsfaktor für Betroffene beschrieben. Auch von Mota et al. (2014) werden Gespräche mit anderen Betroffenen insbesondere in der frühen Phase nach der Anlage als sinnvoll erachtet, wenn abzusehen ist, dass PatientInnen der Anpassungsprozess schwerfallen könnte. Die AutorInnen dieser Studie beschreiben außerdem einen positiven Effekt auf das Selbstbewusstsein der bereits erfahreneren und seit längerem betroffenen Personen. (Mota et al. 2014, S. 83)

Hierbei fällt es m.E. den Stationspflegekräften am ehesten zu, PatientInnen daraufhin zu beobachten, ob und ab welchem Zeitpunkt sich ein solcher Kontakt positiv auswirken könnte, oder aber zum richtigen Zeitpunkt die Möglichkeit solcher Kontakte anzusprechen und anzubieten. Die Kontaktherstellung zu den Selbsthilfevereinen übernehmen im Krankenhaus am ehesten die StomatherapeutInnen im Rahmen ihrer poststationären Schnittstellertätigkeiten. (Wiesinger/Stoll-Salzer 2012, S. 6-7)

Unabhängig von einem vorhandenen sozialen Rückhalt wurden unter 3.1.3 auch die Religiosität und Spiritualität als mögliche unterstützende Faktoren im Anpassungsprozess benannt. Stationspflegekräfte können den PatientInnen den Kontakt zu oftmals in Krankenhäusern ansässigen Seelsorgern und Geistlichen vermitteln oder ihnen Besuche auf der Station von diesen anbieten, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass PatientInnen von solchen Angeboten Kenntnisse haben und sich diese von sich aus einfordern.

#### *Belastende finanzielle Situation*

Die Versorgung mit Materialien zur Stomaversorgung ist gesetzlich im § 33 Abs. 1 SGB V geregelt. Kosten für die Hilfsmittel zur Stomaversorgung werden demnach von den Kassen übernommen, die Versorgung muss die Ansprüche der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit erfüllen sowie medizinisch notwendig sein. Hilfsmittel, die z. B. zum Wohlbefinden des Einzelnen beitragen, aber nicht medizinisch notwendig sind, sind somit selbst zu zahlen, ebenso ist eine Zuzahlung im Rahmen des § 61 Abs.1 SGB V fällig, sofern keine Befreiung gemäß § 62 Abs.1 SGB V vorliegt.

Die Beratung und Hilfestellung sowie Vermittlung insbesondere im Rahmen des gesetzlich verpflichteten Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1(a) SGB V kann sowohl von den StomatherapeutInnen, als auch von Case ManagerInnen oder SozialarbeiterInnen eines Krankenhauses übernommen werden. Stationspflegekräfte können allerdings zusätzlich erkennen, ob weiterer Beratungsbedarf besteht und zu den entsprechenden Berufsgruppen vermitteln.

Das notwendige Minimieren von Ängsten bezüglich finanzieller Belastungen auf Grund der Stomaanlage wird auch in Untersuchungen zur Lebensqualität und Selbstversorgung angegeben (Jayarajah/Samarasekera 2017, S. 5; Mota et al. 2014, S. 82)

#### *Mögliche weitere belastende Einflüsse*

Stationspflegekräften sollte der mögliche Einfluss weiterer unter 3.1.3 genannter Faktoren bewusst sein, um diesen zusätzlichen Belastungen mit Verständnis zu begegnen und eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Hierzu gehören z.B. die Anlage eines Stomas innerhalb einer notfallmäßigen Operation ohne präoperative Schulung und Anzeichnung und PatientInnen mit neu diagnostizierter oder weit fortgeschrittener Krebserkrankung. Auch PatientInnen mit komplikationsreicherem postoperativem Verlauf, der somit nicht den

präoperativen Erwartungen entspricht, zählen wie unter 3.1.3 beschrieben, zur zusätzlich belasteten Gruppe. Insbesondere sollten Stationspflegekräfte insbesondere bei diesen PatientInnengruppen mit für einen frühestmöglichen Kontakt zu den StomatherapeutInnen sorgen sowie innerhalb des Teams für die zusätzlichen Belastungen sensibilisieren.

Dennoch kann nicht grundsätzlich bei vermehrten Belastungen auch auf tatsächlich stärker belastete PatientInnen rückgeschlossen werden. Jeder Verlauf und entsprechende Empfindungen und Wahrnehmungen zu Belastungen sind sehr individuell.

### 3.2.5 Rahmenbedingungen der pflegerischen Tätigkeiten

Zum rehabilitierenden Team nach einer Stomaanlage gehören - auch schon im Akutkrankenhaus - neben den ÄrztInnen, den StomatherapeutInnen und dem Stationspflegepersonal die PhysiotherapeutInnen, Case ManagerInnen, SozialarbeiterInnen und PsychologInnen sowie ggf. ambulante Nachsorger und auch Selbsthilfevereine (Gruber/Droste, 2010, S. 15).

Stationspflegekräfte befinden sich dabei im Krankenhausalltag oftmals an der Schnittstelle zwischen diesen zahlreichen an der PatientInnenversorgung beteiligten Berufsgruppen. Dabei befinden sie sich in einer Position, in der sie Abläufe koordinieren und z.B. bemerken können, ob die im Behandlungsablauf erforderlichen Maßnahmen erfolgt sind.

Insbesondere der Zeitdruck, unter dem die Stationspflegekräfte stehen, kann den Prozess des Aufbaus einer von Vertrauen geprägten PatientInnen-Pflegekraft-Beziehung erschweren oder behindern. Aber auch die pflegerischen Maßnahmen an sich verlieren unter Zeitdruck an Qualität, lassen eine Einbindung der PatientInnen weniger zu und beschränken sich auf die wesentlichsten Aspekte (Deutscher Ethikrat 2016, S. 78-79). Auch Thorpe et al. (2014, S. 385) beschreiben den Zeitdruck der Pflegekräfte als das Wohlbefinden von PatientInnen negativ beeinflussenden Faktor.

Weitere Herausforderungen für die pflegerische Tätigkeit im chirurgischen Bereich entstehen durch die zunehmende Anzahl der pro Pflegekraft zu versorgenden PatientInnen, wobei der Anteil der hochaltrigen, multimorbiden und dementen PatientInnen steigt. Hinzu kommen vermehrte organisatorische Tätigkeiten und die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Verweildauer der PatientInnen. (Meyer/Gröne 2013, S. 36-41) Die gewollt verkürzte Liegezeit von PatientInnen im Krankenhaus erschwert dabei die

individuelle Vorbereitung der PatientInnen auf die Entlassung und die dafür notwendige selbstständige Versorgung des Stomas. (Thorpe et al. 2014, S. 384)

Die zunehmende Arbeitsdichte hat u.a. die Herausbildung von fachlichen ExpertInnen wie den Stoma-, Wund-, und CasemanagerInnen zur Folge. (Meyer/Gröne 2013, S. 36-41) Das Vorhandensein von solchen ExpertInnen, beispielhaft in Bezug auf die StomatherapeutInnen, kann aber auch dazu führen, dass die Stationspflegekräfte sich zum einen nicht mehr für diese Tätigkeiten verantwortlich fühlen, zum anderen auf Grund fehlender Weiterbildungen ihre eigenen Kompetenzen in Bezug auf die Stomaversorgung unterschätzen und diese dann so oft wie möglich vermeiden, insbesondere bei komplizierteren Versorgungen. Auch wollen sie Missverständnisse vermeiden, die dadurch entstehen können, dass sie PatientInnen Sachverhalte auf andere Art und Weise erklären, als die StomatherapeutInnen. (Thorpe et al. 2014, S. 384)

### **3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Mögliche Belastungen von PatientInnen nach eine Stomaanlage in der postoperativen Phase betreffen physische und psychische Bereiche. Neben den Schmerzen und der körperlichen Eingeschränktheit stellen Hautirritationen und deren Folgen häufige Belastungen dar. Es wurden weiterhin Defizite in der Schlafqualität beschrieben. Bei vielen PatientInnen konnte der Verlust der Kontrolle über die Behandlung und über den eigenen Körper mit einhergehenden Scham- und Ekelgefühlen, Angsterleben sowie Stressempfinden identifiziert werden. Weiterhin wurden Beeinträchtigungen des Körperbildes und Selbstwertgefühles bis hin zu Depressionen benannt.

Mehrere Faktoren nehmen auf die Belastungen der PatientInnen Einfluss. Hierzu zählen zum einen das Alter und Geschlecht der PatientInnen, wobei ein höheres Lebensalter mit zunehmenden Risiken verbunden ist und Männern die Anpassung schwerer fällt. Drohende Arbeitslosigkeit auf Grund der Erkrankung und eine ungesicherte finanzielle Versorgung verstärken die Belastungen. Unterstützend für den Akzeptanzprozess wirkt sich ein intaktes soziales Umfeld aus. Weiterhin beeinflussen die psychische Stabilität und die Ursprungserkrankung die Art und Stärke der Belastungen. Auch eine präoperativ stattgefundene Schulung der PatientInnen sowie ein Anzeichnen der Stomaanlage wirken sich positiv aus, dagegen ist ein notfallmäßig angelegtes Stoma mit zusätzlichem Stress verbunden.

Stationspflegekräfte können durch ihre beruflich bedingte Nähe zu den PatientInnen und als die Berufsgruppe mit ständiger Anwesenheit das Vertrauen der PatientInnen in die Behandlung und die Lebensqualität positiv beeinflussen sowie Belastungen minimieren. Dabei sind sich die Stationspflegekräfte der Relevanz ihrer Tätigkeiten innerhalb des interdisziplinären Teams teilweise nicht bewusst. Die Durchführung von Prophylaxen, das Wahrnehmen von Belastungen sowie die Einleitung entsprechender Maßnahmen und das Vermitteln zu weiteren Berufsgruppen zählen zu den Tätigkeitsbereichen der Stationspflegekräfte die neben den Maßnahmen der StomatherapeutInnen erfolgen. Die Art und Weise der Reaktionen von Stationspflegekräften auf Unterstützungsbedarfe können sich dabei fördernd oder hemmend auf das Belastungsempfinden der PatientInnen auswirken. Alle pflegerischen Tätigkeiten geschehen unter den zunehmenden beruflichen Belastungen bei verringerter verfügbarer Zeit und Personalknappheit entgegen einem höherem PatientInnenaufkommen sowie steigenden PatientInnenzahlen mit multimorbiden und demenziellen Erkrankungen.

## 4 Diskussion

Immer kürzere stationäre Verweildauern, die Einführung der DRGs, Fast-Track-Chirurgie und ein zunehmender Kostendruck führen zu einer Verlagerung von medizinischen Leistungen in den prä- und poststationären Bereich. Die Zeit der pflegerischen Versorgung, Beratung und Anleitung im Akutkrankenhaus reduziert sich dadurch weiter. (Gruber/Droste 2010, S. 10)

Im „Pflegethermometer 2009“ wird von an der Tagesordnung stehenden Mängeln in der PatientInnenversorgung auf Grund des chronischen Fachkräftemangels gesprochen. Hierbei kommt es zu immer weiterer Priorisierung auf elementarste Tätigkeiten. (Isfort et al. 2010, S. 7-8) Die Gewährleistung von pflegfachlicher Versorgung ist laut über der Hälfte der befragten Pflegekräfte nicht mehr gegeben. (Isfort et al. 2010, S. 62) Dennoch wird die Beratung von PatientInnen und Angehörigen als eine eigentlich relevante Tätigkeit innerhalb der Aufgaben der Pflegekräfte im Krankenhausalltag gesehen (Isfort et al. 2010, S. 49), die jedoch von knapp der Hälfte der Befragten „manchmal“ bis „oft“ nicht gewährleistet werden kann, ebenso wie die notwendige emotionale Unterstützung von PatientInnen, die lediglich von 11,5 % der Pflegekräfte erbracht werden kann. (Isfort et al. 2010, S. 71-72)

In dieser Arbeit wurde anhand der vielen unterschiedlichen Belastungen von PatientInnen in der postoperativen Phase nach einer Stomaanlage dagegen die hohe Bedeutung von angepassten pflegerischen Interventionen und der Stellenwert der Stationspflegekräfte für die PatientInnen aufgezeigt. Es ist dabei von hoher Bedeutung, die Gefühlswelt und das Erleben sowie die Unterschiede der Belastungen je nach Erkrankungsursachen zu kennen, um daraus Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis abzuleiten. Es konnte herausgearbeitet werden, dass durch das Herstellen eines Problembewusstseins bei den Pflegenden mit größtmöglichem Verständnis für die Belastungen der thematisierten PatientInnengruppe eine bedürfnisgerechte Versorgung der Betroffenen und eine Verbesserung von deren Lebensqualität erreicht werden kann. Ungeachtet aller Studienergebnisse sollte sich dabei immer die sehr individuelle Krankheitsverarbeitung von PatientInnen und die nicht-Verallgemeinerung der Belastungsfaktoren bewusstgemacht werden.

Innerhalb des interdisziplinären Teams ist die Gruppe der Stationspflegekräfte als besonders relevant anzusehen, zum einen auf Grund ihrer täglichen 24-stündigen Anwesenheit, zum

anderen auf Grund ihrer patientennahen Tätigkeiten. Hierdurch ist eine besondere Beziehung zu den PatientInnen gegeben. Weiterhin können die Pflegenden bei entsprechenden Rahmenbedingungen die notwendige Kontinuität in der Versorgung und Vorbereitung auf eine selbstständige häusliche Versorgung gewährleisten, indem sie bei der Krankheitsbewältigung und dem Erlernen der Selbstpflegekompetenzen unterstützen. (Bartholomeyczik 2011, S. 321-322)

Dabei sollen die Ergebnisse nicht den Eindruck erwecken, dass der Stellenwert der StomatherapeutInnen im Krankenhaus untergraben werden soll. Diese haben eine hohe Bedeutung für PatientInnen und bieten als gleichbleibende/r AnsprechpartnerIn eine Kontinuität in der Versorgung. (Danielsen et al. 2013, S. 409) Spezialisiertes Fachwissen ist für die immer komplexer werdenden Behandlungen und die Versorgung im Klinikalltag unabdingbar, ebenso wie die Tätigkeiten an den Schnittstellen zu prä- und poststationären Bereichen. (Gruber 2017, S. 2)

Durch diese Arbeit wurden zum Teil Defizite in der pflegerischen Versorgung von PatientInnen nach Stoma Anlage aufgezeigt (s. z.B. 3.1.2). Dies lässt sich zum einen durch die zunehmenden Arbeitsbelastungen erklären, zum anderen durch die Art der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team und die möglichen Unklarheiten über Aufgabenverteilungen. Weiterhin können Defizite durch Unsicherheiten und nicht vorhandenem speziellen Wissen zustande kommen (s. 3.2.1). Diese verschiedenen Ursachen lassen Überlegungen zu unterschiedlichen Lösungsansätzen zu.

Um den Stationspflegekräften mögliche Unsicherheiten im Umgang mit v. a. kompliziert zu versorgenden Stomaanlagen zu nehmen sind obligatorische Fort- und Weiterbildungen angebracht. Auch ein Grundwissen zu den speziellen beratungsrelevanten Inhalten ist für sie unerlässlich, wenn im Stationsalltag Fragen von PatientInnen und Angehörigen auftreten. Hierbei sollte ein Bewusstsein vorhanden sein, an welchen Stellen eine Beratung gewährleistet werden kann, und wo an Spezialisten weitervermittelt wird. Auch das vermehrte Vermitteln von theoretischem und praktischem Wissen über die Thematik an die Auszubildenden ist dabei unerlässlich, da diese zunehmend selbstständig patientennahe Tätigkeiten ausführen.

Ein Arbeitsklima, in dem die StomatherapeutInnen und Stationspflegekräfte optimal zusammenarbeiten kann sich positiv auf die Versorgung der PatientInnen auswirken. Hierfür kann es z. B. sinnvoll sein, Checklisten und Standards zu erarbeiten, um Klarheit darüber zu

verschaffen, auf welchem Schulungsstand sich die PatientInnen befinden, und welche Faktoren möglicherweise zurzeit die höchste Belastung darstellen. Auch durch regelmäßige Fallbesprechungen und gemeinsame Zielabstimmung kann eine Kontinuität in der Versorgung gewährleistet werden.

Die Aufnahme des Themengebietes der Versorgung von StomapatientInnen in die Reihe der nationalen Expertenstandards sollte m.E. diskutiert werden. Mithilfe der Expertenstandards soll eine qualitativ hochwertige Versorgung nach evidenzbasierten Erkenntnissen und unter ständiger Verbesserung gewährleistet werden (DNQP 2015, S. 5), was zu höherer Lebensqualität der PatientInnen führen und die Komplikationsrate im postoperativen Verlauf senken kann. Laut Barmer Report sind diese relevante Faktoren zur Senkung von (Folge-)Kosten im Gesundheitswesen. (Barmer GEK 2013, S. 93) Die von der FgSKW entwickelte Leitlinie zur Stomatherapie (s. III.ii) stellt einen ersten Ansatz in diese Richtung dar.

Alle aufgezeigten Möglichkeiten für Verbesserungsmaßnahmen stellen weitere Herausforderungen in der Praxis dar, insbesondere auf Grund der gegebenen Rahmenbedingungen. So finden z.B. nach eigenen Erfahrungen Fallbesprechungen auf chirurgischen Stationen bisher kaum Anwendung. Auch die Einführung weiterer Dokumente, wie der genannten Checklisten oder Standards kann auf Grund der teils bestehenden aufwändigen Dokumentationstätigkeiten im pflegerischen Bereich auf Ablehnung stoßen.

Neben den Hinweisen für die praktische Tätigkeit sind auch einige Anregungen für weitere Forschungstätigkeiten zu nennen.

Viele Studien befassen sich bereits mit den Erfahrungen und der Lebensqualität von StomaträgerInnen nach der Krankenhausentlassung. Noch wenig ist hingegen zu dem Erleben von PatientInnen in der direkten postoperativen Phase, sowie damit zu weiteren Möglichkeiten der Verbesserungsmaßnahmen erforscht und bekannt. Hierzu sind Untersuchungen notwendig.

Auch weitere Erkenntnisse zu den Ansichten von Stationspflegekräften über die Relevanz ihrer eigenen Tätigkeit, ggf. im Zusammenhang mit dem Vorhandensein von weitergebildeten PflegeexpertInnen und deren Einfluss auf die Zusammenarbeit, wären wünschenswert.

Die notwendigen Kompetenzen für die aufgezeigten pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten unter den gegebenen Rahmenbedingungen bedürfen ebenfalls einer weiteren Untersuchung.

Ein weiterhin zu untersuchender Bereich kann die Rolle der für die operierten StomaträgerInnen hoch relevanten Angehörigen sein. Das Erleben und die Belastungen der Bezugspersonen sowie Möglichkeiten der Unterstützung im Speziellen für die Angehörigen wären ein weiterer Forschungsbereich.

Im Allgemeinen ist die Forschungslage zu dem behandelten Themenfeld insbesondere im deutschsprachigen Raum noch ausbaufähig.

Einige Limitationen hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit sind zu nennen:

Es wurde sich bei der Recherche auf Studien der letzten zehn Jahre begrenzt um eine möglichst hohe Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten. Dadurch können möglicherweise relevante Erkenntnisse aus vorherigen Jahren ausgeschlossen worden sein.

Auf Grund des begrenzten zeitlichen Umfangs für die Recherche wurde für diese Arbeit außerdem nur auf freizugängliche Studien aus den oben genannten Datenbanken und auf frei verfügbare Fachliteratur aus Hamburger Bibliotheken zurückgegriffen, wobei davon auszugehen ist, dass weitaus mehr Material hätte berücksichtigt werden können, wenn ein größerer Zeitumfang und finanzielle Beschaffungsmittel zur Verfügung gestanden hätten.

In Bezug auf die verwendeten Studien sind als weitere Limitationen die unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien der Studien in Bezug auf die Teilnehmer/ die Befragten zu nennen. Oftmals wurden PatientInnen ausgeschlossen, die sich in einem schlechten Allgemeinzustand befinden, oder kognitiv nicht in der Lage sind, die Fragen zu beantworten. Weiterhin haben manche Studien lediglich die PatientInnen mit Krebserkrankungen als Ursache für die Stomaanlage betrachtet, andere nur die PatientInnen mit entzündlichen Erkrankungen. Daher lässt sich die Frage stellen, ob die Aussagen als allgemeingültig betrachtet werden können.

Auch die Unterschiede in den Messinstrumenten und Messparametern der Studien sind insofern limitierend, dass kein direkter Vergleich von Studienergebnissen erfolgen konnte.

Es lässt sich weiterhin kritisch hinterfragen, ob die Ergebnisse der verwendeten Studien und dieser Arbeit auf den deutschsprachigen Raum zu übertragen sind, da keine verwertbaren deutschsprachigen Studien für die Datenauswertung verfügbar waren. Es wurden englischsprachige Studien verwendet, die überwiegend aus der westlichen Welt, zu einem

Teil aber auch aus Entwicklungsländern und kulturell verschiedenen Regionen mit unterschiedlichen medizinischen Standards stammen. Weiterhin sind sowohl die Behandlungsabläufe in Krankenhäusern und im prä- und poststationären Bereich, als auch die Arbeitsweisen von sowohl StomatherapeutInnen und Stationspflegekräften von Land zu Land, aber vermutlich auch innerhalb eines Landes von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich. Somit können die Arten der Belastungen und deren Stärke, genauso wie die möglichen Maßnahmen nicht verallgemeinert werden.

Auch hätten inhaltlich weitere Belastungen von PatientInnen herausgearbeitet werden können, die sich jedoch v.a. auf medizinisch relevante Aspekte, wie Hernien, Abszesse und Infektionen, oder allgemeine postoperative Probleme beziehen. In dieser Arbeit sollte es jedoch in erster Linie um die Belastungsarten gehen, denen mittels pflegerischer Maßnahmen vorgebeugt oder entgegengewirkt werden kann, und die spezifisch für StomapatientInnen gelten.

Trotz der genannten Limitationen bietet diese Arbeit einen Überblick über die Belastungen von PatientInnen nach einer Stomaanlage während der postoperativen Phase im Krankenhaus und verdeutlicht die relevanten Unterstützungsmöglichkeiten der Stationspflegekräfte. Auch wenn die aufgezeigten Ergebnisse nur einen Ausschnitt der als sehr individuell empfundenen Belastungen darstellen, so können sie doch als Anregung dafür dienen, sich weiterhin mit der Thematik auseinanderzusetzen.

## 5 Fazit

In dieser Arbeit wurde der Fragestellung nachgegangen, welchen Belastungen PatientInnen im Setting Krankenhaus in der postoperativen Phase ausgesetzt sind und mithilfe welcher Maßnahmen Stationspflegekräfte diesen entgegenwirken können.

Es konnten unterschiedliche relevante Belastungskategorien physischer und psychischer Art identifiziert werden, auf die Stationspflegekräfte mit entsprechenden Maßnahmen einwirken können. Ebenfalls wurden Einflussfaktoren auf das Belastungsgeschehen dargestellt, die entsprechend von den Stationspflegekräften wahrzunehmen sind.

Auf identifizierte Belastungen oder mögliche Einflussfaktoren reagieren Stationspflegekräfte, indem sie selbst Maßnahmen einleiten oder Mitglieder des an der PatientInnenversorgung beteiligten interdisziplinären Teams hinzuziehen. Dabei geschieht dies innerhalb der Rahmenbedingungen einer zurzeit im Hinblick auf die Arbeitsbelastung kritischer werdenden stationären PatientInnenversorgung.

Die Ausgestaltung von Standards in der Versorgung der Zielgruppe, aber auch die Durchführung notwendiger Fortbildungsmaßnahmen, sowie allgemein eine Sensibilisierung für die PatientInnengruppe sollten m. E. prioritär als Empfehlungen für die Praxis sein. Weiterhin bedarf es einer zunehmenden Forschung im Bereich der Belastungen von StomapatientInnen im postoperativen Setting des Krankenhauses.

Eine hohe Relevanz der postoperativen pflegerischen Versorgung für die Lebensqualität der PatientInnen konnte mit dieser Arbeit aufgezeigt werden. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung und die zunehmenden medizinischen Möglichkeiten zeigt sich mir auch eine gesamtgesellschaftliche Relevanz.

## II Literaturverzeichnis

**Ang, S.G.M.; Chen, H.-C.; Siah, R. J.C.; Klainin-Yobas, P.** (2013): Stressors Relating to Patient Psychological Health Following Stoma Surgery: An Integrated Literature Review. In: *Oncology Nursing Forum*, 40 (6).

**Bartholomeyczik, S.** (2011): Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus. Wo bleibt die Pflege? In: *Ethik in der Medizin*, 23 (4), Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.

**Bauer, J.** (2013): Pflege von Menschen in der postoperativen Phase. In: Paetz, B. (2013): *Chirurgie für Pflegeberufe*. Thieme Verlag, Stuttgart.

**Bonill-de-las-Nieves, C.; Celdrán-Manas, M; Hueso-Montoro, C.; Morales-Asencio, J.M.; Rivas-Marin, C.; Fernández-Gallego, M.C.** (2014): Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3).

**Bruch, H.- P.; Schiedeck, T.; Herold, A.** (1997): Inkontinenz. Pathophysiologie. In: Fuchs, K.-H.; Stein, H.J.; Thiede, A. (1997): *Gastrointestinale Funktionsstörungen*. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.

**Danielsen, A.K.; Elgaard Soerensen, E.; Burcharth, K.; Rosenberg, J.** (2013): Learning to Live with a Permanent Intestinal Ostomy. Impact an everyday Life and Educational Needs. In: *Journal of wound, ostomy and continence nursing*, 40(4).

**Danielsen, A.K.; Rosenberg, J.** (2014): Health Related Quality of Life May Increase when Patients with a Stoma Attend Patient Education- A Case- Control Study. In: *PloS ONE*, 9(3).

**Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch–Gesetzliche Krankenversicherung–(Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S.2615) geändert worden ist.**

**De Miguel Velasco, M.; Escovar, F.J.; Calvo, A.P.** (2013): Current Status of the Prevention and Treatment of Stoma Complications. A Narrative Review. In: Cirugía Española, 92.

**Deutscher Ethikrat** (Hrsg.) (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, Stellungnahme. Online unter URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>. [Zugriff am 27.06.2017]

**Deutsche ILCO e. V** (Hrsg.) (2011): Selbstauftrag. Online unter URL: [https://www.ilco.de/fileadmin/user\\_upload/Selbstauftrag.pdf](https://www.ilco.de/fileadmin/user_upload/Selbstauftrag.pdf) [Zugriff am 11.03.17].

**Diebold, L.** (2016): Stoma and shame: engaging affect in the adaption to a medical device. In: Australian Journal of Advanced Nursing, 34(1).

**DKG Krebsgesellschaft** (Hrsg.) (2016): Erhebungsbogen für Darmkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft. Online unter URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/viszeralonkologische-zentren.html> [Zugriff 27.06.2017].

**DNQP-Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hrsg.) (2015): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Osnabrück.

**Droste, W.; Gruber G.; Hofmann, G.** (2017): Stomatherapie im Gesundheitswesen. In: Gruber, G. (Hrsg.): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.

**Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.** (Hrsg.) (2011): Leitlinie der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. zur Stomaversorgung. Online unter URL: <http://www.fgskw.org/files/fgskw-leitlinien-2011.pdf> [Zugriff 20.03.2017].

**Fiechter, V.; Meier, M.** (1981): Pflegeplanung. Recom Verlag, Basel.

**Fietze, I.; Wiesenäcker, D.; Blau, A.; Penzel, T.** (2008): Die Schlafqualität im Krankenhaus und der Einfluss von Lärm. In: Somnologie - Schlafforschung und Schlafmedizin (Hrsg.), 12(2).

**González, E.; Holm, K.; Wennström, K.; Haglind, E.; Angenete, E.** (2016): Self-reported wellbeing and body image after abdominoperineal excision for rectal cancer. In: International Journal of Colorectal Disease, 31(10).

**Gruber, G.** (Hrsg.) (2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Springer-Verlag, Berlin.

**Gruber, G.; Droste, W.** (2010) In: Hollister Incorporated (Hrsg.): Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie - für Krankenhäuser und ambulante Nachsorger. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

**Heuwinkel- Otter, A.; Nümann-Dulke, A.; Matscheko, N.** (2011): Pflegediagnosen für die Kitteltasche. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

**Hoffmann-La Roche AG; Urban & Fischer (Hrsg.)** (2003): Roche Lexikon Medizin. Urban & Fischer Verlag, München.

**Hong, K.S.; Oh, B-Y.; Kim, E.-J.; Chung, S.S.; Kim, K.H.; Lee, R.-A.** (2013): Psychological attitude to self- appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self- appraisal. In: Annals of Surgical Treatment and Research, 86(3).

**Isfort, M.; Weidner, F; Neuhaus, A.; Kraus, S.; Köster, V.-H.;Gehlen, H.** (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

**Jayarajah, U.; Samarasekera, D.N.** (2017): A cross-sectional study of quality of life in a cohort of enteral ostomy patients presenting to a tertiary care hospital in a developing country in South Asia. In: *BioMed Central Research Notes*, 10(75).

**Meyer, D.; Gröne, L.** (2013): *Pflege in der Chirurgie*. In: Paetz, B. (Hrsg.): *Chirurgie für Pflegeberufe*. Thieme Verlag, Stuttgart.

**Mota, M.S.; Gomes, G.C.; Petuco, V.M.; Heck, R.M.; Barros, E.J.L.; de Oliveira Gomes, V.L.** (2014): Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. In: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1).

**Näsvall, P.; Dahlstrand, U.; Löwenmark, T.; Rutegard, J.; Gunnarsson, U.; Strigard, K.** (2017): Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. In: *Quality of Life Research*, 26.

**Paetz, B. (Hrsg.)** (2013): *Chirurgie für Pflegeberufe*, 22. Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart.

**Peters-Gawlik, M.** (1998): *Praxishandbuch Stomapflege: Beratung, Betreuung und Versorgung Betroffener*. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden.

**Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2005): *Schlafstörungen*. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 27. Berlin.

**Schoberer, D., Schaffer, S., Semlitsch, B., Haas, W., Schrempf, S.** (2011): Anwendung von Aromatherapie in der klinischen Pflegepraxis: Eine systematische Übersichtsarbeit. In: *procare*, 16(11). Springer Verlag

**Schulze, J.** (2013): Versorgungsanalysen Stoma und Stomahilfsmittel. In: BARMER GEK (Hrsg.): *BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013*, Asgard Verlagsservice, Siegburg

**Thorpe, G.; McArthur, M.; Richardson, B.** (2014): Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. In: *International Journal of Nursing Studies*, 51.

**Vermeulen, J.; Gosselink, M.; Busschbach, J.J.V.; Lange, J.F.** (2010): Avoiding or Reversing Hartmann`s Procedure Provides Improved Quality of Life After Perforated Diverticulitis. In: Journal of Gastrointestinal Surgery, 14(4).

**Vonk-Klaassen, S.M.; de Vocht, H.M.; den Ouden, M.E.M.; Eddes, E.H.; Schurrmans, M.J.** (2016): Ostomy- related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. In: Quality of Life Research, 25(1).

**Vorbeck, E.; Willette-Murphy, K.; Meiers, S.; Rudel, R.; Alakhras, M.** (2010): A Descriptive Study to Assess the Impact of Surgical Stomas on Individuals` Sleep Perception & Response to Sleep Hygiene. In: Ostomy Wound Management, Vol. 56(1).

**Wagner, B.; Paetz, B.** (2013): Postoperative Schmerzen. In: Paetz, B. (Hrsg.): Chirurgie für Pflegeberufe, 22. Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart.

**Wiesinger, G.; Stoll- Salzer, E.** (2012) 2. Auflage: Stoma- und Kontinenzberatung: Grundlagen& Praxis. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

**Winter, A. et. al.** (2013): Entwicklung der Behandlungsqualität- Beispiel Darmkrebszentren. In: Forum 2013, 28. Springer- Verlag, Berlin/ Heidelberg.

**Wong, S.K.; Young, P.Y.; Widder, S.; Khadaroo, R.G.** (2013): A Descriptive Survey Study on the Effect of Age on Quality of Life Following Stoma Surgery. In: Ostomy Wound Management, Vol. 59 (12).

### III Anhang

#### III.i Literaturrecherche

Datenbank: Pubmed

Datum der Recherche: 03.04.2017

Filters: Free full text/ published in the last 10 years/ Humans/ English, German

<u>Suchbegriffe</u>	<u>Treffer</u>	<u>Relevante Artikel</u>
(surgical stoma) AND nurse	11	1
(surgical stoma) AND psychology AND care	10	1
(surgical stoma) AND (postoperative care)	10	2
(stoma OR (artificial anus)) AND (need* OR problem*)	79	10

Datenbank: CINAHL

Datum der Recherche: 03.04.2017

Filters: Free full text/ published in the last 10 years/ Humans/ English, German

<u>Suchbegriffe</u>	<u>Treffer</u>	<u>Relevante Artikel</u>
(ostomy OR colostomy OR ileostomy OR stoma) AND nursing	16	1

Handrecherche und Suche nach dem Schneeballsystem in folgenden Verzeichnissen und Bibliotheken:

Regionalkatalog Hamburg, Gemeinsamer Verbundkatalog, Suchmaschine „Google Scholar“, Bibliotheken der HAW, Staatsbibliothek Hamburg, Ärztliche Zentralbibliothek

### III.ii Leitlinie der FgSKW

#### *Leitlinie der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. zur Stomaversorgung*

##### **Wer ist die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.?**

Die FgSKW ist hervorgegangen aus den beiden Vereinen ECET-Deutschland e.V. und DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V.

Sie ist eine Vereinigung klinischer und ambulanter Pflegefachkräfte für Stomatherapie sowie spezielle Pflege bei Kontinenzstörungen und Wunden. Eine der hauptsächlichen Zielsetzungen ist es, eine Versorgungsqualität und Qualitätssicherung auf hohem Niveau zu erreichen und effektive Kommunikationssysteme innerhalb des multiprofessionellen Teams zu schaffen.

Zum Austausch von Meinungen und Erfahrungen bietet die FgSKW e.V. Mitgliederversammlungen, Fortbildungen, Tagungen, Kongresse und eine Homepage.

Weitere Informationen zur FgSKW, unseren Zielen und zu unserer Arbeit erhalten Sie auf unserer Website unter: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)



©2011 FgSKW e.V.

##### **Leitlinie zur Stomatherapie**

Die Leitlinie zur Stomatherapie soll die gleich bleibende Qualität des professionellen Handelns in der Versorgung und Pflege von Betroffenen mit Stomaanlagen gewährleisten. Wir berücksichtigen dabei Persönlichkeit, individuelle Lebenssituation, Diagnose, Therapie und weitere Behandlungen der Betroffenen.

Die Ziele, das Handeln und die Profession der Mitglieder der FgSKW e.V. sind die Grundlage und der Rahmen dieser Leitlinie. Wir wollen im multiprofessionellen und interdisziplinären Rehabilitationsprozess mitwirken, um dem Stomaträger ein selbstbestimmtes und autonomes Leben mit dem Stoma zu ermöglichen. Wir wenden nationale und internationale Erkenntnisse an und aktualisieren diese auf den neuesten wissenschaftlichen Stand.

Die Leitlinie ist formuliert zur Anleitung professioneller Pflegefachkräfte, Betroffener und bei Bedarf von deren Angehörigen.

##### **Ablauf der Stomapflege**

#### **1. Informationsgespräch mit dem Betroffenen innerhalb des Rehabilitationsprozesses**

- Bedürfnisse und Ressourcen ermitteln
- Maßnahmen
- Vorgehensweise
- Ziele
  - Anleitung zur Selbstversorgung
  - Inspektion der Stomaanlage und Haut
  - Komplikations-Prophylaxe
- Besonderheiten

#### **2. Vorbereitung**

- Materialauswahl
  - Nach Art des Stomas und Konsistenz der Ausscheidung
  - Nach anatomischen Gegebenheiten
  - Nach individuellen Bedürfnissen und Wünschen
  - Nach Status der Rehabilitation des Betroffenen
  - Nach wirtschaftlichen Aspekten
- Materialvorbereitung
  - Unsterile Kompressen (postoperativ, bei der Urostomie evtl. sterile Kompressen)
  - Wasser
  - Neue, passgerechte oder individuell anzupassende Stomaversorgung
  - Abwurf/Abfallbeutel
  - Evtl.: pH neutrale und nicht rückfettende Waschlotion/Seife
  - Kompatible Abdichtungsmaterialien, z.B. Paste
  - Hautschutz und Pflegematerialien, z.B. fettfreie Creme, Hautschutzfilm
  - Schere Einmalrasierer
- Zusätzliche Hilfsmittel, z.B. Gürtel
  - Für professionell Pflegende: Einmalhandschuhe, Händedesinfektionsmittel

#### **3. Durchführung**

- Intimsphäre wahren
- Lagerung: stehend oder liegend
- Verständliche und umfassende Informationen geben
- Vorsichtiges Ablösen der alten Versorgung in Richtung der Schwerkraft und Entsorgung in das Abfallbehältnis
- Reinigung von Stoma und Haut mit angefeuchteten Kompressen (Wasser, evtl. Reinigungs lotion) von außen nach innen (ausgenommen Urostoma: Haut und Schleimhaut mit getrennten Kompressen reinigen oder von innen nach außen)
- Inspektion der Haut und Schleimhaut, sowie der Größe des Stomas, ggf. Größenanpassung
- Evtl. Rasur
- Trocknen der Haut in der Umgebung des Stomas mit trockenen Kompressen
- Evtl. Hautschutzfilm und/oder -pflegematerialien
- Anbringen der neuen Stomaversorgung
- Evtl. Anbringen von zusätzlichen Hilfsmitteln

#### **4. Nachbereitung**

- gebrauchte Einmalmaterialien in den Restmüll entsorgen

## 5. Dokumentation

- Beschreibung der Stomaschleimhaut (z. B. Stomaödem, Durchblutung usw.), Lage des Stomas und der Stomafixierung
- Zustand der parastomalen Haut
- Konsistenz, Menge und Frequenz der Ausscheidung
- Durchführung; Angabe der verwendeten Materialien; Status der Anleitung
- Evtl. Besonderheiten, z.B. Komplikationen
- Abgleichung der Zielsetzung und nächste Teilzielplanung, bzw. Evaluation

### Versorgungsintervalle bei intakten Hautverhältnissen

Eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung steht hierbei im Vordergrund. Dem regelmäßigen und adäquaten Versorgungswechsel kommt eine bedeutende Rolle bei der Vermeidung von Hautkomplikationen zu. Wenn die für den Betroffenen individuell festgelegten Tragezeiten überschritten werden, kann es zu Hautkomplikationen kommen. Die individuelle Tragedauer wird von der Menge und Konsistenz der Ausscheidungen, der Hauttranspiration und der Hautsituation vorgegeben. Dabei ist zu bemerken, dass sich der Hautschutz von der Stomaanlage nach außen hin auflöst.

Auf der Grundlage unserer Erfahrung geben wir folgende Richtwerte für die Häufigkeit des Stomaversorgungswechsels:

### 1. Einteilige Versorgungen:

- Urostomie mindestens 1 x täglich
- Colostomie 1- 3 x täglich, Hinweis: Bei zu häufigen Wechselintervallen könnten Hautprobleme (mechanische Reizung) auftreten.
- Ileostomieversorgungen mindestens 1 x täglich

### 2. Zweiteilige Versorgungen:

- Basisplatten:
  1. – Uro- und Ileostomieversorgung **alle 2-3 Tage**
  2. – Colostomieversorgung **2-4 Tage**
- Beutel:
  1. – Urostomieversorgung **mindestens 1 x täglich**
  2. – Ileostomieversorgung **mindestens 1 x täglich**
  3. – Colostomieversorgung bei Bedarf **1-3 x täglich**

Die unter 1. und 2. genannten Wechselintervalle beziehen sich auf **eine komplikationsfreie, optimal platzierte Stomaanlage**. Stomaanlagen in Falten, auf oder unter Hautniveau, erfordern eventuell kürzere Wechselintervalle und somit einen höheren Materialeinsatz.

## Material

Die folgende Auflistung gibt eine Hilfestellung bei der Auswahl des zur Stomaversorgung zu verwendenden Materials. Dabei steht die Lebensqualität von Betroffenen im Vordergrund. Dies bedeutet, dass die Materialien dem neuesten wissenschaftlichen Stand entsprechen, dass sie Komplikationen vermeiden helfen oder deren Heilung unterstützen sowie wirtschaftlich sein sollen.

### Geeignet:

- Hygroskopische Hautschutzmaterialien in verschiedenen Ausführungen, wie z.B. plan oder konvex geformt, als ein- und zweiteilige Versorgungssysteme, Stomapaste, Hautschutzringe und -streifen, Puder speziell für die Stomaversorgung auf Hydrocolloidbasis
- Stomabeutel, Bein- und Nachtbeutel
- Wasser
- PH-neutrale, nicht rückfettende Reinigungs- und Waschlotionen
- Mull- oder Vlieskompressen, unsteril
- Einmalrasierer
- Hautschutzfilme
- Speziell für die Stomaversorgung entwickelte nicht fettende Cremes
- Zusätzliche Hilfsmittel, wie Gürtel, Bandagen
- Irrigations-Set und Zubehör

### Bedingt geeignet:

- Raumsprays
- Karaya ohne weitere Zusätze
- Gelierende Materialien
- Pflasterentferner
- Geruchsbanner
- Einmalwaschlappen, sofern diese nicht über Tage verwendet werden

## Ungeeignet:

- Parfümierte, rückfettende Seife
- Benzin, Äther, Azeton und Alkohol
- Fettartige Substanzen, z. B. Salben, Pflegeschaum, Pflegetücher
- Desinfektionsmittel
- Zellstoffhaltige Materialien, z. B. Toilettenpapier, Küchen- oder Taschentücher
- Mehrfach-Waschlappen und Schwämme
- Rasierklingen/-messer und Elektrorasierer
- Enthaarungscremes
- Zinkoxydhaltige Kleber und Pflaster
- Fön
- Pelotte

Diese Leitlinie wurde vom **Arbeitsausschuss Qualitätsmanagement des ECET Deutschland e. V.** erstellt, **September 2004**.  
Aktualisiert von der **FgSKW e.V.** im **August 2011**

Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Nikolaus-Groß-Weg 6

D-59379 Selm

Tel.: +492592973141

Fax: +492592973142

mail: [info@fgskw.org](mailto:info@fgskw.org)

[www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)



©2011 FgSKW e.V.

## **IV Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

 

Ort, Datum

Unterschrift