



Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Die Förderung des Kohärenzgefühls bei
PatientInnen mit einem Enterostoma

Verfasserin

Stefanie Fink

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Jänner 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Matrikelnummer: 0604594

Betreuerin: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich,

- dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbständig verfasst habe und bisher weder ganz noch in Teilen als Prüfungsleistung vorgelegt und keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.
- dass alle aus gedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch genaue Quellenangaben gekennzeichnet sind.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Danke

- an meine Betreuerin Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel für die gute Betreuung und Unterstützung beim Verfassen der Diplomarbeit.
- an meine Eltern Josef und Elisabeth Fink, die mich immer unterstützt haben und es mir ermöglicht haben, meinen Weg zu gehen.
- liebe Bianca, dass du für deine kleine Schwester immer ein offenes Ohr hast.
- lieber Christian, dass du es immer wieder schaffst, mir ein Lächeln aufs Gesicht zu zaubern.
- an die beste Mitbewohnerin und Freundin Linda, die alle meine Launen aushalten muss.
- an eine mittlerweile sehr gute Freundin. Andrea - ich glaub das letzte Jahr hat uns zusammengeschweißt.
- an all meine anderen Freunde, die mir immer wieder den Tag versüßen.

Zusammenfassung

Die Einschränkung der Lebensqualität mit einem Enterostoma wird in der Literatur vielfach beschrieben und ist neben Stomakomplikationen die größte Belastung für Betroffene.

In der vorliegenden Arbeit werden die aktuellsten Aspekte der Stomaversorgung aus pflegerischer Perspektive dargestellt, um aufzuzeigen, wie die Stomaversorgung optimal gestaltet werden kann. Von Bedeutung sind diese Aspekte jedoch auch in Hinsicht auf die Vermeidung von Komplikationen, welche für StomaträgerInnen eine zusätzliche Belastung darstellen. Die Behandlung der verschiedenen Ursachen, die zu der Anlage eines Stomas führen, sind von Bedeutung, da PatientInnen, abgesehen von dem Stoma auch meist mit einer lebensbedrohlichen Grunderkrankung konfrontiert sind.

Die Darstellung verschiedener Studienergebnisse zum Thema Stomakomplikationen und Lebensqualität zeigten auf, mit welchen konkreten Problemen Betroffene belastet sind. Diese Informationen sind für StomatherapeutInnen besonders bedeutsam, um PatientInnen optimal in allen Phasen der Krankheit beraten können. Da ein Enterostoma nach wie vor ein Tabuthema ist, sind Betroffene oft zu beschämt, um über ihre Probleme zu sprechen. Einen großen Stellenwert in der Beratung hat das salutogenetische Konzept von Aaron Antonovsky. Dieses stellt den pflegetheoretischen Hintergrund dieser Arbeit dar, auf welchem die Beratung von StomapatientInnen aufbauen soll. In der Beratung kann das Kohärenzgefühl – oder der sense of coherence, welcher von Aaron Antonovsky definiert wurde, von PatientInnen gesteigert werden. Um adäquat beraten zu können, gibt es verschiedene Gesprächstechniken und Grundhaltungen im Gespräch zu beachten. Eine professionelle Pflegeperson, braucht bestimmte kommunikative Kompetenzen, damit sie professionell beraten kann. Die Form der Beratung richtet sich nach den individuellen Problemen der PatientInnen. Dargestellt werden verschiedene Möglichkeiten, wie man StomaträgerInnen am besten berät.

Abstract

The reduction of life quality caused by a stoma, which is the most common way of pressure for patients in addition to ostomy complications, is often described in the literature.

The following paper portrays the current aspects of ostomy care from the nursing care point of view, to show how ostomy care can optimally be designed. These aspects are of great importance regarding the prevention of complications, which induce an additional burden for the ostomy patients. The treatments of the different medical causes, which generate a stoma are also relevant, because in addition to the stoma itself, patients are usually confronted with a life-threatening underlying disease as well.

Different studies, dealing with ostomy complications and life quality, describe the practical problems burdening the patients. This information is very considerable in order to provide adequate advice for patients, throughout every stage of the disease. Due to the fact that suffering from an ostomy is still a very sensitive topic, the affected patients are often too ashamed to talk about their issues of concern.

Aaron Antonovsky's "salutogenetic concept" plays an essential role in the field of counselling. The following paper is based on this theoretical background, on which the counselling of ostomy patients should be built upon. The patients' sense of coherence, defined by Antonovsky, can be increased during these counselling sessions.

There are many different discussion techniques and basic attitudes which should be respected in conversations, in order to provide appropriate advice. Therefore the professional nursing staff needs determined communicative skills. The type of counselling has to comply with the individual problems of the patients. Different methods of counselling are to be discussed.

Inhaltsverzeichnis

0	EINLEITUNG	9
1	MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN	11
1.1	HISTORISCHER RÜCKBLICK	11
1.2	DER VERDAUUNGSTRAKT	12
1.3	UNTERSCHIED COLOSTOMIE – ILEOSTOMIE	14
1.4	INDIKATIONEN FÜR EIN ILEOSTOMA	14
1.5	INDIKATIONEN FÜR EIN COLOSTOMA.....	14
1.6	MORBUS CROHN	15
1.7	COLITIS ULCEROSA.....	18
1.8	UNTERSCHIEDUNG MORBUS CROHN UND COLITIS ULCEROSA.....	19
1.9	FAMILIÄRE POLYPOSIS	20
1.10	DARMKREBS	21
2	PFLEGERELEVANTE ASPEKTE DER STOMAVERSORGUNG.....	23
2.1	STOMAVERSORGUNGSARTIKEL	23
2.1.1	<i>Einteilige Versorgungssysteme</i>	<i>23</i>
2.1.2	<i>Zweiteilige Versorgungssysteme.....</i>	<i>24</i>
2.1.3	<i>Offene und geschlossene Beutel.....</i>	<i>24</i>
2.1.4	<i>Weitere Materialien zur Stomaversorgung.....</i>	<i>24</i>
2.1.5	<i>Irrigation.....</i>	<i>26</i>
2.2	PRÄOPERATIVE VORBEREITUNG UND BERATUNG.....	28
2.2.1	<i>Studienergebnisse bezüglich präoperativer Beratung.....</i>	<i>29</i>
2.3	POSTOPERATIVE BETREUUNG	31
2.4	KOMPLIKATIONEN	32
2.4.1	<i>Pflegerische Komplikationen</i>	<i>32</i>
2.4.2	<i>Hautirritationen</i>	<i>34</i>
2.4.3	<i>Stomaimmanente Komplikationen.....</i>	<i>35</i>
2.4.4	<i>Spezielle Komplikationen</i>	<i>38</i>
2.4.5	<i>Studienergebnisse</i>	<i>40</i>
2.5	STOMA BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	41
3	LEBENSQUALITÄT MIT EINEM ENTEROSTOMA	42
3.1	FAMILIENLEBEN UND INTIMITÄT	42
3.1.1	<i>Hilfsmittel für den Mann</i>	<i>44</i>
3.1.2	<i>Hilfsmittel für die Frau.....</i>	<i>46</i>
3.2	STUDIENERGEBNISSE ZUR ANGEHÖRIGENBEGLEITUNG	47

3.3	SPORT UND FREIZEIT	48
3.4	STOMA UND SCHWANGERSCHAFT	49
3.5	BERUFLICHER ALLTAG	50
3.6	ERNÄHRUNG	50
3.7	STUDIENERGEBNISSE ZUM THEMA LEBENSQUALITÄT	51
3.7.1	<i>Lebensqualität ein Jahr nach dem chirurgischen Eingriff.....</i>	51
3.7.2	<i>Leben mit einem Stoma – eine Literaturübersicht.....</i>	53
3.7.3	<i>Die Vorbereitung auf das Stoma</i>	54
4	PFLEGETHEORETISCHER HINTERGRUND	56
4.1	KURZBIOGRAPHIE AARON ANTONOVSKY	56
4.2	DAS KOHÄRENZGEFÜHL	56
4.2.1	<i>Verstehbarkeit.....</i>	57
4.2.2	<i>Handhabbarkeit</i>	58
4.2.3	<i>Bedeutsamkeit.....</i>	58
4.2.4	<i>Die Fluss - Metapher</i>	59
4.2.5	<i>Was ist Gesundheit?.....</i>	59
4.2.6	<i>Das Gesundheit- Krankheits- Kontinuum</i>	60
4.2.7	<i>Der Stellenwert der Salutogenese in der Pflegeberatung</i>	60
4.3	DIE PFLEGE – UND KRANKHEITSVERLAUFSKURVE.....	62
4.3.1	<i>Stadien der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve</i>	63
5	KOMMUNIKATION IN DER BERATUNG.....	66
5.1	DIE VIER SEITEN EINER NACHRICHT	66
5.2	DIE VIER OHREN DER EMPFÄNGERINNEN	67
5.3	VERBALE UND NONVERBALE KOMMUNIKATION	68
5.4	GESPRÄCHSTECHNIKEN	69
5.5	GRUNDHALTUNG IM GESPRÄCH	71
5.5.1	<i>Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers</i>	71
5.6	KRANKHEITSERLEBEN	73
5.7	ZUSAMMENFASSUNG BERATUNGSKOMPETENZEN	77
5.8	PFLEGEBERATUNG IM RAHMEN DES PFLEGEPROZESSES	78
6	BERATUNG	79
6.1	WAS IST BERATUNG?.....	79
6.2	BERATUNGSFORMEN.....	80
6.3	BERATUNGSTHEORIEN	80
6.3.1	<i>Psychologisches Beraten</i>	80
6.3.2	<i>Soziales Beraten.....</i>	81
6.3.3	<i>Psychosoziale Beratung</i>	82

6.4	BERATUNGSTYPEN	82
6.4.1	<i>Aufklärende Beratung</i>	82
6.4.2	<i>Empfehlende Beratung</i>	83
6.4.3	<i>Lösungserarbeitende Beratung</i>	84
6.4.4	<i>Beratungsbeispiele</i>	84
6.5	DER BERATUNGSPROZESS	86
6.6	STUDIE ZUM THEMA BERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN	88
6.7	EXKURS: DIE PFLEGERISCHE ENTLASSUNGSPLANUNG	90
7	IST – ZUSTAND IN ÖSTERREICH	94
7.1	FORTBILDUNGSMÖGLICHKEITEN	94
7.2	SELBSTHILFEGRUPPE ILCO	95
7.3	KSB	96
7.4	ÖMCCV	96
8	SCHLUSSWORT	97
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	98
10	LITERATURVERZEICHNIS	98

0 Einleitung

Ich habe mich für das Thema rund um die Beratung von Menschen mit einem Enterostoma entschieden, da ich im Zuge meiner Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester in einigen meiner Praktika PatientInnen kennen gelernt habe, die mit dem Stoma aufgrund mangelnder Beratung bezüglich der Versorgung nicht zurecht gekommen sind. Ein wichtiger Aspekt bei der Beratung Betroffener ist, zu vermitteln, dass man auch mit einem Stoma weiterhin an Beruf und Arbeit teilnehmen kann, seine Sexualität ausleben kann und die Freizeit nach dem Eingriff nicht umgestalten muss. Diese Themen und noch weitere sind für die Lebensqualität Betroffener von großer Bedeutung, werden aber von Seiten der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege zu wenig angesprochen. Viele PatientInnen denken, dass sie ihr Leben mit einem künstlichen Darmausgang völlig umgestalten müssen. Es ist verständlich, dass mit einem Stoma viele Ängste und Sorgen einhergehen, muss man auch zusätzlich bedenken, dass einem Stoma meist eine lebensbedrohliche Grunderkrankung vorausgegangen ist.

Ich möchte mich daher im Rahmen meiner Diplomarbeit zum Abschluss des Studiums der Pflegewissenschaft mit diesem Thema beschäftigen, da ich denke, dass man durch adäquate Beratung von PatientInnen mit einer Stomaanlage wesentlich deren Lebensqualität verbessern kann. Als Grundlage bei der Beratung von StomapatientInnen möchte ich das Modell der Salutogenese, einschließlich des Kohärenzgefühls von Aaron Antonovsky heranziehen und dieses im Weiteren mit verschiedenen Beratungsmodellen verknüpfen.

Für mich stellt sich daraus abgeleitet eine zentrale Frage, die ich in der vorliegenden Arbeit beantworten möchte.

- Welche Beratungsmodelle können bei einem Menschen mit einem Stoma zum Einsatz kommen, um dessen Kohärenzgefühl zu stärken?
- Welche Kompetenzen benötigt eine Pflegeperson, damit diese bestmöglich beraten kann?

Um diese Frage zu beantworten, werden geeignete Beratungsmodelle für PatientInnen mit einem Stoma vorgestellt.

Aus dieser eher komplexen Forschungsfrage ergeben sich noch einige Unterfragen die es zu beantworten gilt, um eine adäquate Beratung zu gewährleisten. Zuerst stellt sich natürlich die Frage, ob und wie man das Kohärenzgefühl von StomapatientInnen nachhaltig stärken kann. Da es zu diesem Thema nur sehr wenig an Fachliteratur gibt, werde ich mich grundlegend damit beschäftigen, mit welchen konkreten Belastungen und Ängsten StomapatientInnen konfrontiert sind. Diese Ergebnisse werden in der Arbeit mit vorhandenen Beratungsmodellen kombiniert. Um adäquat beraten zu können, sollte man auch mit oft etwas heiklen Themen auf die PatientInnen zugehen, um die Beratungssituation für die diese zu erleichtern. Um Beratung zu gewährleisten, von der Betroffene nachhaltig profitieren, sollte sich eine professionelle Pflegeperson auch gewisse Kompetenzen aneignen, die es ermöglichen, ein Gespräch zu führen, in dem die Pflegeperson eine professionelle beratende Rolle einnehmen kann.

Das Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, welche konkreten Belastungen und Probleme StomapatientInnen erfahren, und wie sie damit umgehen. Ich denke, dass es noch Aufholbedarf bei der Beratung von StomapatientInnen gibt, daher möchte ich verschiedene Möglichkeiten aufzeigen, die dazu geeignet wären Betroffene in allen Aspekten ihrer Probleme zu begleiten. Um diese Fragen zu beantworten, werden in der vorliegenden Arbeit die medizinischen und pflegerischen Aspekte zu Beginn behandelt, um einen besseren Überblick über das ganzheitliche Geschehen rund um ein Stoma zu ermöglichen.

1 Medizinische Grundlagen

1.1 Historischer Rückblick

Die erste Anlage eines Stomas wurde vor über 2000 Jahren vorgenommen und gehört somit zu einer der ältesten bekannten Behandlungsmethoden am Darmtrakt. Dieser Eingriff hat trotz technischem und medizinischem Fortschritt nach wie vor denselben lebensnotwendigen Zweck wie auch schon damals in den archaischen Hochkulturen. 1710 wurde von *Littré* erstmal vorgeschlagen, einen künstlichen Darmausgang anzulegen. Die damalige Indikation war ein angeborenes Fehlen der Afteröffnung – Atresia ani. 1776 wurde dieser Vorschlag von *Pillrore* wieder aufgenommen und erfolgreich bei einer Patientin mit einem Sigmakarzinom durchgeführt. Die entstandenen Probleme der Patientin sind nicht bekannt, jedoch ist anzunehmen, dass sich dieser Eingriff als folgeschwer für die Patientin darstellte. Am 4.12.1794 wurde ein Gesetz erlassen, welches die Jahrhunderte lange Trennung von Medizin und Chirurgie aufhob und somit eine einheitliche Ausbildung für den ärztlichen Beruf möglich machte. Der Aufschwung nach der französischen Revolution ermöglichte der Abdominalchirurgie neue Möglichkeiten. 1883 – 1888 gelang es *Carell* erstmal eine Schlingenkolostomie anzulegen, welche erst durch die neu entdeckte Asepsis und die Anästhesie möglich wurde. Die Versorgung des Stomas geschah durch Konstruktionen aus Stahlfedern und Bandagen, welche durch einen Gürtel fixiert wurden. Diese Versorgung wurde Pelotte genannt. 1935 konstruierten die beiden Deutschen *König und Rützen* eine Vorrichtung zum Auffangen des Stuhls, bestehend aus einem Gummibeutel und einem Gürtel. Beide Formen stellten eine starke Geruchsbelästigung dar, ebenso wie die später erfundenen Kapseln aus Blech, die ebenfalls durch eine Bandage fixiert wurden. Diese Kapseln wurden später aus Aluminium hergestellt, wodurch die Geruchsbelästigung etwas sank. Die PatientInnen legten die Kapseln mit Zellstoff aus, um die Ausscheidungen aufzusaugen. *Prof. Schmiedler* – Chefarzt der Universitätsklinik Frankfurt entwickelte mit Orthopädietechnikern in den 40er Jahren spezielle Kapselversorgungen mit

einer zusätzlichen Druckfeder um Hernien und Prolapsbildungen vorzubeugen. In den 50er Jahren wurden Plexiglaskugeln verwendet, wodurch es das erste mal möglich war, zum Auffangen der Ausscheidung Plastikbeutel zu verwenden. Undichtigkeit und permanente Hautreizungen waren jedoch andauernde nicht behebbare Probleme, mit denen PatientInnen zu kämpfen hatten. 1954 hatte eine dänische Krankenschwester – *Elise Sørensen* – die Idee für eine Stomaversorgung mit Klebe- und Haftmaterialien. Zusammen mit Louis Hansen, einem Hersteller von Plastiktüten und Plastikfolien entwickelte sie den ersten selbstklebenden Beutel mit einer Zinkoxid-Klebefläche. 1957 wurde aufgrund des großen Erfolges die Firma „Coloplast“ gegründet. 1972 kam die so genannte zweiteilige Versorgung auf den Markt, was für die StomaträgerInnen weniger Hautirritationen bedeutete. Auch das Problem der Geruchsbelästigung wurde gelöst. Zuerst wurden Aktivkohle-Granulate in die Beutel gegeben, später wurden Kohletabletten hergestellt. Mittlerweile sind Kohlefilter im Colostomiebeutel integriert (vgl. Peters-Gawlik Marianne 1998, S.1-4). In Kapitel zwei wird im Weiteren genauer darauf eingegangen, wie die verschiedenen Versorgungssysteme heute funktionieren und gehandhabt werden.

1.2 Der Verdauungstrakt

Um die Unterscheidung zwischen einem Ileostoma und einem Colostoma deutlich zu machen, wird an dieser Stelle der Verdauungsapparat des Körpers überblicksartig dargestellt. Diese Unterscheidung ist relevant bezüglich der Lage des Stomas der Art der Ausscheidung und der vorangegangenen Indikation.

Die Verdauung aufgenommener Nahrung beginnt bereits in der Mundhöhle. In dieser wird die Nahrung mechanisch zerkleinert und in einen halbflüssigen Speisebrei umgewandelt. Durch bestimmte Speichelenzyme werden Kohlenhydrate bereits im Mund gespalten. Der Speisebrei wird weiters mit Hilfe der Zunge in den Rachen befördert. Durch den unwillkürlichen Schluckakt, wird

verhindert, dass Speisebrei in die Luftröhre (Trachea) gelangt, die mit der Speiseröhre (Ösophagus) den Rachen bildet. Der Brei wird durch die Speiseröhre magenwärts durch ringförmige Muskelkontraktionen in den Magen (Gaster oder Ventriculus) geleitet. Im Magen wird die Nahrung durch den sauren Magensaft (pH-Wert 1,5) chemisch weiter zerkleinert. Der Magensaft besteht aus Wasser, Schleim, Salzsäure und Pepsinen. Nach einer Verweildauer von etwa einer bis fünf Stunden wird der Speisebrei schubweise in den Dünndarm (Intestinum tenue, Enteron) abgegeben. Im Dünndarm, welcher drei bis fünf Meter lang ist, beginnt die eigentliche Verdauung mit der Aufnahme der Nahrungsbestandteile. Durch Enzyme der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) werden die Bestandteile resorbierbar gemacht. Kohlenhydrate werden in einfache Zucker umgewandelt, Eiweiße in Aminosäuren und Fette zu Fettsäuren und Glycerin. Durch abwechselnde Kontraktionen und Erschlaffung von Längs- und Ringmuskulatur kommt es zu Transportbewegungen, wodurch der noch flüssige Stuhl in den Dickdarm befördert wird. Der Dünndarm besteht aus dem Zwölffingerdarm (Duodenum), dem Leerdarm (Jejunum) und dem Krummdarm (Ileum). Im Dickdarm (Intestinum crasse) werden Wasser und Salze rück resorbiert und der Stuhl somit eingedickt und geformt. Im etwa 1,5 Meter langen Dickdarm sind hauptsächlich noch unverdauliche Nahrungsreste, die durch Gärungs- und Fäulnisprozesse zersetzt werden. Der Dickdarm gliedert sich, ebenso wie der Dünndarm, in verschiedene Abschnitte. Der erste Teil ist der Blinddarm (Caecum), den zweiten Teil bildet der Grimmdarm (Colon) und der letzte Teil ist der so genannte Mastdarm (Rektum). Das Colon beginnt im rechten Oberbauch mit einem aufsteigendem Ast (colon ascendens), geht über in einen queren Ast (colon transversum) und verläuft weiter in einen absteigenden Teil (colon descendens). Hier geht der Dickdarm über in einen S-förmigen Teil, dem Colon sigmoideum oder Sigmoid. Dieser schließt seinerseits wiederum an das Rektum an, welches mit dem Anus im kleinen Becken endet (vgl. Faller 1998, S. 431-459).

1.3 Unterschied Colostomie – Ileostomie

Der Unterschied zwischen einer Colostomie und einer Ileostomie liegt im ausgeleiteten Organ und somit auch in der Lokalisation des Stomas. Bei einem Colostoma wird das Colon transversum, das Colon descendes oder die Sigmaschlinge ausgeleitet. Das Stoma befindet sich demnach im rechten oder linken Oberbauch oder im linken Unterbauch. Bei einer Ileostomie wird das terminale Ileum ausgeleitet. Das Stoma befindet sich im rechten Unterbauch (vgl. Peters-Gawlik Marianne 1998, S. 21). Der Begriff des Enterostomas beschreibt generell eine temporäre oder permanente Öffnung im Darm, um Stuhl durch die Hautoberfläche ausstoßen zu können (vgl. Canobbio 1998, S. 199).

1.4 Indikationen für ein Ileostoma

Für die Anlage eines Enterostomas gibt es verschiedenste Indikationen. Für eine Ileostomie sind dies vor allem Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn und familiäre Polyposis. Weiters können Verletzungen, wie zum Beispiel Schussverletzungen, die Anlage einer Ileostomie notwendig machen (vgl. Peters-Gawlik Marianne 1998, S.23).

1.5 Indikationen für ein Colostoma

Ein Colostoma kann permanent oder temporär angelegt sein. Temporär ist eine Colostomie dann, wenn sie eine protektive Funktion hat. Diese ist gegeben, wenn nach einer Operation Anastomosen geschützt werden müssen, oder um eine sichere Stuhlentleerung zu gewährleisten, wenn am Darm operiert wurde. Denn hat die Anastomose eine undichte Stelle kommt es zum Austritt von Stuhl in die freie Bauchhöhle und in der Folge zu einer Peritonitis (Bauchfellentzündung), welche ein lebensbedrohlicher Zustand sein kann. Eine permanente Colostomie hat als Ursache zumeist Tumore des Dickdarms,

häufig ein Rektumkarzinom. Auch entzündliche Darmerkrankungen können eine Indikation darstellen, wenn diese große Teile des Dickdarms betreffen. Zu diesen zählen ebenfalls der Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa und Sigmadivertikulitis (vgl. Peters-Gawlik Marianne 1998, S.24). Auf die häufigsten Indikationen wird nun im Folgenden näher eingegangen.

1.6 Morbus Crohn

Bei dem Krankheitsbild des Morbus Crohn handelt es sich um eine chronische Entzündung aller Abschnitte des Verdauungstraktes, vor allem jedoch des Dünndarms und des Dickdarms. Diese Krankheit wurde erstmals 1932 von dem amerikanischen Arzt *Burrill B. Crohn* beschrieben. Bei herkömmlichen bakteriellen Infekten des Darms ist meist nur die Schleimhaut betroffen. Beim Morbus Crohn jedoch geht die Entzündung in alle Darmschichten über (vgl. Gerlach, Wagner, Wirth 2006, S.78-79).

Krankheitsursachen

Die Krankheitsursache ist bislang nicht vollständig geklärt. Diskutiert werden genetische Faktoren aufgrund familiärer Häufungen. Dieser Faktor kann die Entstehung der Krankheit jedoch nicht vollständig klären. Mögliche weitere Faktoren sind Umwelteinflüsse, wie Ernährung beziehungsweise dessen Nahrungsbestandteile und chemische Fremdstoffe. Werden schädliche Stoffe zugeführt, kann es zu einer abnormen Abwehrreaktion des Organismus kommen. In diesem Sinne werden auch Autoimmunmechanismen als Ursache diskutiert. Bekannt ist ebenfalls, dass Menschen, welche einen höheren sozialen Status haben, rauchen und Alkohol konsumierten, öfter betroffen sind. Wie, beziehungsweise ob sich diese Faktoren jedoch auf die Entstehung auswirken, ist weitgehend unbekannt. Als Krankheitsursache ausgeschlossen sind virale, bakterielle, parasitäre und pilzbedingte Infekte. Bei dieser Krankheit ist die Vorkommenshäufigkeit eher gering, obgleich in den letzten Jahren in Westeuropa und Nordamerika Häufungen zu beobachten sind. Von 100000 Menschen sind etwa zehn bis hundert Menschen betroffen. Die Häufung in

Nordamerika und Westeuropa lässt sich vermutlich auf Ernährungsgewohnheiten zurückführen, da in diesen Ländern durchschnittlich mehr zuckerhaltige Lebensmittel konsumiert werden. Es wird jedoch auch diskutiert, ob diese Häufungen nicht auch auf bessere diagnostische Verfahren zurückzuführen sind. Die Dunkelziffer wird relativ hoch eingeschätzt, da die Diagnosestellung bei unklaren Symptomen oft schwierig ist (vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, 1997, S.23-27).

Verlauf der Krankheit

Beim Morbus Crohn gibt es keine spezifischen Krankheitszeichen, die zu Beginn eine klare, eindeutige Diagnose zulassen. Meist haben Betroffene unspezifische Bauchschmerzen, Meteorismus und Durchfälle mit blutigen und eitrigen Beimengungen. Die Stuhlhäufigkeit kann bis zu fünfzehnmal am Tag betragen, weshalb es in der Folge zu starkem Gewichtsverlust kommen kann. Auch ein verschlechterter Allgemeinzustand ist zu beobachten, ebenso wie Übelkeit, Erbrechen und lokale Beschwerden am Darmausgang, wie zum Beispiel Fisteln oder Fissuren. Bei Laboruntersuchungen sind die Leukozyten meist vermehrt und die Blutsenkungsgeschwindigkeit kann ebenfalls erhöht sein. Bei oftmaligen blutigen Abgängen haben PatientInnen meist eine leichte Anämie (Blutarmut). Durch den verschlechterten Allgemeinzustand kommt es häufig auch zu Entzündungsreaktionen, die den gesamten Körper betreffen. Hier können beispielsweise Hautirritationen, Augenentzündungen und Gelenkentzündungen auftreten. Die Symptome treten oft über einen kurzen Zeitraum gehäuft auf und klingen wieder ab. Zwischen diesen Phasen können sehr lange Pausen entstehen, weshalb die Diagnose oft erst nach Jahren gestellt wird. Von einer Heilung kann bei dieser Krankheit nicht gesprochen werden, jedoch kann man mit konservativen Methoden die symptomlosen Phasen verlängern. Durch die fortwährenden Entzündungen entsteht jedoch Narbengewebe, welches unter Umständen operativ entfernt werden muss, da es zu Engstellen im Darm kommt und somit heftige Bauchschmerzen bei der Stuhlentleerung entstehen. Werden immer wieder Darmsegmente entfernt, ist der Mastdarm stark betroffen und kommt es zur Ausbildung von perianalen

Fisteln, kann es nötig sein, ein Stoma anzulegen, um den Stuhl auszuleiten (vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung 1997, S.27-29).

Darmbefallmuster

Es kann prinzipiell jeder Abschnitt des Verdauungstraktes betroffen sein, am häufigsten sind jedoch Entzündungen an der Einmündungsstelle des Dünndarms in den Dickdarm. Weiters oft betroffen sind das Colon und die Sigmaschlinge, der Mastdarm und alle übrigen Dünndarmanteile. Äußerst selten sind Ösophagus und Mundhöhle betroffen. Meist ist nicht nur ein Darmabschnitt betroffen, sondern zwei oder mehrere. Die Lokalisation der Entzündung bleibt jedoch meist gleich, lediglich die Stärke der Entzündung ändert sich. Je öfter ein Darmabschnitt entzündet ist, umso schlechter sind seine Heilungstendenzen. Es ist hier also von großer Bedeutung zu wissen, welcher Darmabschnitt betroffen ist, da durch die Infiltration der gesamten Darmwand auch Nachbarorgane betroffen sein können. Es können sich Abszesse und Fisteln bilden. Durch den andauernden Befall einzelner Darmabschnitte bildet sich im Laufe der Zeit Narbengewebe. Es kann zu Stenosen – Darminengungen kommen, und in der Folge zu einem Ileus. Dieser macht eine Operation unumgänglich. Narbengewebe bewirkt auch, dass Nährstoffe von der Schleimhaut nicht mehr vollständig aufgenommen werden können, weshalb PatientInnen mit Morbus Crohn oft mangelernährt sind (vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung 1997, S.30-32).

Crohn's Disease Activity Index

Dies ist ein Index zur Erfassung des Schweregrades der Erkrankung. Er richtet sich nach klinischen Zeichen und subjektiven Beschwerden. Dieser Index umfasst sieben Punkte. Anzahl der Stühle, Einnahmen von Mitteln gegen Durchfall, Stärke der Bauchschmerzen, Allgemeinbefinden, Bestehen extraintestinaler Symptome, Anämie, Gewichtsverlust (vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung 1997, S.32).

1.7 Colitis Ulcerosa

Bei der Colitis Ulcerosa handelt es sich um eine entzündliche Darmerkrankung des Colon mit schubweisem Verlauf. Sehr häufig führen diese andauernden Entzündungen zu malignen Entartungen (vgl. Gerlach, Wagner, Wirth, 2006, S.81).

Krankheitsursachen

Die Ursache der Krankheit ist bislang ebenfalls ungeklärt. Man diskutiert ebenso wie beim Morbus Crohn genetische Faktoren, Umwelteinflüsse und die Einnahme verschiedener Medikamente. Anders als beim Morbus Crohn spielt bei der Colitis der psychische Faktor eine große Rolle. Die Colitis Ulcerosa ist ebenfalls eine eher seltene Krankheit. Von 100000 sind in etwa 35-100 Menschen betroffen (vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung 1997, S.37).

Verlauf der Krankheit

Die Colitis Ulcerosa kann akut oder auch schleichend, meist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, beginnen. Das Leitsymptom sind blutige Durchfälle. Es kommt durchaus auch zu bis zu 40 Stuhlentleerungen pro Tag. Die Darmschleimhaut ist endoskopisch stark gerötet und es kommt meist zur Bildung von Ulcerationen. Colitis Ulcerosa ist ebenso wie der Morbus Crohn eine Multisystemerkrankung. Es können als Begleitsymptome Gelenkbeschwerden, sowie Augenentzündungen auftreten, um nur zwei Beispiele zu nennen. Als Folge der Colitis Ulcerosa sind sehr häufig Dickdarmkarzinome anzutreffen. Auch Komplikationen wie Blutungen, Perforationen und Stenosen können eintreten. Die konservative Behandlung ist bei der Colitis in akuten Schüben wichtig, da der Körper durch den Durchfall viel Flüssigkeit verliert, welche wieder substituiert werden muss. Stenosen und Perforationen sind Komplikationen, die nur chirurgisch behandelt werden können. Bei dieser Operation wird meist der gesamte Dickdarm inklusive Enddarm entfernt, da es bislang keinen kurativen, Darm erhaltenden Ansatz

gibt. Dies nennt sich Kolektomie. In diesem Fall wird ebenfalls ein Stoma angelegt (vgl. Paetz, Benzinger-König 1994, S. 431-432).

Krebsrisiko bei Colitis Ulcerosa

Ist der gesamte Dickdarm betroffen und liegt eine ständige starke Entzündung vor, steigt das Krebsrisiko für PatientInnen rapide an. In der heutigen Zeit gibt es jedoch sehr verlässliche diagnostische Maßnahmen zur Früherkennung von malignen Zellen. Es muss hierbei jedoch immer der gesamte Dickdarm untersucht werden, um entartete Zellen feststellen zu können. Auch das Risiko im Rahmen einer Colitis Ulcerosa an Gallengangkrebs zu erkranken ist gegeben. Genaue Zahlen darüber gibt es jedoch nicht, da dieses Risiko enorm gering ist (vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung 1997, S.42-43).

1.8 Unterscheidung Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa

Die beiden dargestellten Krankheiten sind in ihrer Erscheinung sehr ähnlich, weshalb an dieser Stelle noch einmal die Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten zusammengefasst werden. Eben weil die Verläufe so ähnlich sind werden beide Krankheiten unter dem Überbegriff „chronisch entzündlich Darmerkrankungen“ zusammengefasst. In 10% der Fälle lässt sich nach Ausschluss anderer Krankheiten nicht mit Klarheit feststellen ob es sich um einen Morbus Crohn, oder eine Colitis Ulcerosa handelt. Beim Morbus Crohn ist ein klassisches Leitsymptom der Bauchschmerz und die Ausbildung von Fisteln, welche bei der Colitis Ulcerosa fehlen. Im Gegensatz dazu kommt es beim Morbus Crohn nur sehr selten zu blutigen Durchfällen, welche bei der Colitis sehr häufig vorkommen (vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung 1997, S.56).

Abbildung 1: Unterschiede Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa

Merkmale	Morbus Crohn	Colitis Ulcerosa
Schmerzen	häufig	seltener
Schmerzcharakter	Dauerschmerz	vor dem Stuhlgang
Schmerzort	rechter Mitte- oder Unterbauch	linker Unterbauch
Stuhlhäufigkeit	etwas erhöht	10 mal täglich oder öfter
Blutiger Stuhlgang	selten	häufig
Ernährungszustand	eingeschränkt	normal
Afterbeschwerden	häufig	selten

(vgl. Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung 1997, S.45)

1.9 Familiäre Polyposis

„Ein Polyp ist eine Vorwölbung der Schleimhaut in das Darmlumen“ (Gerlach, Wagner, Wirth, 2006, S.85). Von einer Polyposis spricht man dann, wenn mehr als hundert Polypen im Darm zu finden sind. Diese Polypen sind zu Beginn immer Adenome, also gutartige Tumore. Bei der familiären Polyposis (FAP) ist eine maligne Entartung in fast 100% der Fälle zu erwarten (vgl. Gerlach, Wagner, Wirth 2006, S.85) Die FAP ist eine seltene Erbkrankheit, bei der sich im Dickdarm hunderte von Polypen befinden, die schon im Jugendalter zu einem Karzinom entarten können. Hier kann nur präventiv gehandelt werden, indem der gesamte Dickdarm operativ entfernt wird (vgl. Paetz, Benzinger-König 1994, S.435).

1.10 Darmkrebs

Tumoren des Dünndarms

Dünndarmtumoren sind im Vergleich zu Dickdarmtumoren extrem selten. Es gibt gutartige und bösartige Tumore. Dünndarmtumore wachsen sehr lange unbemerkt, weil sie kaum Beschwerden verursachen. Die Diagnose wird oft erst gestellt, wenn es zur Obstruktion kommt oder Blutungen auftreten (vgl. Gerlach, Wagner, Wirth 2006, S.73).

Kolorektale Karzinome

In Österreich erkrankten laut Statistik Austria im Jahr 2008 4461 Personen an einem Karzinom des Dickdarms oder des Enddarms (<http://www.statistik.at>, 11.11.2010). Die Länge des Rektums beträgt nur 15 cm und doch entstehen ein Drittel aller kolorektalen Karzinome im Rektum (vgl. Esch 2005, S.84). Für die Entstehung eines Karzinoms gibt es exogene und endogene Risikofaktoren. Exogene Risikofaktoren sind Ernährungs- und Umweltfaktoren und erworbene Prädisposition. Endogene Faktoren wären beispielsweise eine positive Familienanamnese, chronisch entzündliche Darmerkrankungen und rektale Adenome, welche zumeist eine Präkanzerose darstellen (vgl. Klein, Schlag, Stelzner, Sterk 2003, S. 52). Ausgehend von Vorerkrankungen, wie beispielsweise der Colitis Ulcerosa oder einer Polyposis, kann ein Adenom entarten und zu einem Karzinom werden (vgl. Paetz, Benzinger- König 1994, S.436). Die Inzidenz bei kolorektalen Karzinomen nimmt stetig zu, was auf fettreiche und faserarme Ernährung zurückzuführen ist. In sehr frühen Stadien haben Betroffene keine Beschwerden, weshalb es oft sehr spät zur Diagnosestellung kommt. Aus diesem Grund werden ab dem 50. Lebensjahr regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen empfohlen, um Präkanzerosen zu erkennen. Zu dieser zählen die Untersuchung des Stuhls auf okkultes Blut, eine Vorsorgekoloskopie und eine digitale rektale Untersuchung (vgl. Gerlach, Wagner, Wirth 2006, S.86-87). Die Therapie bei kolorektalen Karzinomen ist in der Regel die operative, möglichst radikale Entfernung des Tumorgewebes. Bei

rektalen Karzinomen wird die so genannte „En-bloc-Resektion“ durchgeführt, bei welcher der gesamte Tumor und zusätzlich fünf Zentimeter Sicherheitsabstand entfernt werden. Liegt der Tumor weniger als acht Zentimeter vom Analkanal entfernt, kann in den meisten Fällen nicht kontinenzershaltend operiert werden, da der Schließmuskel in Mitleidenschaft gezogen wird. In einem derartigen Fall wird beispielsweise eine endständige permanente Colostomie angelegt (vgl. Paetz, Benzinger- König 1994, S.436).

2 Pflegerelevante Aspekte der Stomaversorgung

2.1 Stomaversorgungsartikel

Um für StomaträgerInnen eine optimale Lebensqualität gewährleisten zu können, muss die Versorgung an dessen spezielle Bedürfnisse angepasst sein. Dazu gibt es verschiedenste Produkte, die zusammen mit den Betroffenen getestet und ausgewählt werden sollten (vgl. Esch 2005, S.121). An eine Stomaversorgung werden heutzutage, bedingt durch die breite Produktpalette verschiedene Anforderungen gestellt. Zu allererst sollte die Versorgung natürlich dicht sein, und das Austreten unangenehmer Gerüche verhindern. Dies ist heute möglich, indem in der Versorgung integrierte Kohlefilter Gerüche bis zu zwölf Stunden absorbieren und neutralisieren können. Eine weitere Anforderung ist die Diskretion der Versorgung, was bedeuten soll, dass diese unter der Kleidung nicht sichtbar ist und keine Knittergeräusche verursacht. Um Hautirritationen vorzubeugen, ist mittlerweile an jedem Versorgungssystem eine hautfreundliche Klebefläche, die gewährleistet, dass auch nach oftmaligem Wechsel der Platte keine Hautreizungen entstehen (vgl. Peters-Gawlik Marianne 1998, S.47-49).

2.1.1 Einteilige Versorgungssysteme

Einteilige Versorgungssysteme bestehen aus einem Beutel mit integriertem haftendem Hautschutz und sind erhältlich mit verschiedenen vorgefertigten Öffnungsgrößen. Bei einem Wechsel wird der gesamte Beutel entfernt und nach der Reinigung eine neue Versorgung angebracht. Diese Form wird von Betroffenen häufig als hygienischer erlebt, da man das ganze System entsorgen kann. Diese Versorgung wird meist von ColostomieträgerInnen verwendet, da bei diesen die Häufigkeit der Ausscheidung geringer ist und der Stuhl geformter (vgl. Esch 2005, S.125-126).

2.1.2 Zweiteilige Versorgungssysteme

Bei dieser Art der Versorgung wird die Basisplatte mit verschiedenen Beuteln benötigter Größe kombiniert. Hier wird die Platte bis zu fünf Tagen belassen, und bei Bedarf nur der Beutel gewechselt. Dabei gibt es verschiedene Systeme, wie zum Beispiel Beutel, die man an einem Rastring anbringt, oder Beutel die man mit Hilfe einer Klebefläche an die Platte anbringt. Die Platte wird immer zuerst auf die Haut aufgebracht und erst danach der Beutel befestigt. Dieses System ist unkomplizierter, da nicht immer das gesamte System gewechselt werden muss (vgl. Esch 2005, S.126).

2.1.3 Offene und geschlossene Beutel

Zusätzlich zu einteiligen und zweiteiligen Systemen gibt es offene und geschlossene Beutel. Wie bereits erwähnt werden die geschlossenen Systeme meist nur von ColostomieträgerInnen verwendet. Die offenen Systeme ermöglichen durch eine Öffnung am unteren Ende des Beutels, dass man die gesamte Ausscheidung aus dem Beutel entleeren kann. Diese Beutel sind mittels Klettverschluss oder Klammer ebenfalls absolut dicht und geruchlos verschlossen (vgl. Esch 2005, S.126).

2.1.4 Weitere Materialien zur Stomaversorgung

Kohlefilter

Ein Kohlefilter gewährleistet den kontinuierlichen geruchlosen Austritt von Darmgasen aus dem Beutel. Die Filter, die heute verwendet werden, ermöglichen es, dass Gase aus dem Beutel entweichen, Flüssigkeit jedoch zurückgehalten wird. Bei den meisten Versorgungssystemen ist heute bereits ein Kohlefilter integriert (vgl. Esch 2005, S.125).

Hautschutzpaste

Die Hautschutzpaste wird verwendet, um Unebenheiten auszugleichen, damit die Stomaplatte dicht ist und kein Stuhl darunter austritt. Hautschutzpasten dürfen jedoch nur auf intakter Haut aufgetragen werden, da diese Alkohol enthalten und somit bei offenen oder entzündeten Hautstellen Schmerzen verursachen können (vgl. Peters-Gawlik Marianne 1998, S.54-56).

Adhäsiv-Pulver

Adhäsiv-Pulver wird vor der Versorgung auf nässende Hautareale aufgetragen. Das Pulver hat die Eigenschaft, Feuchtigkeit zu binden und Hautunebenheiten auszugleichen. Zudem ist es ohne den Bestandteil von Alkohol und verursacht somit keine Schmerzen (vgl. Feil-Peter 2001, S.21).

Adhäsiv-Platten

In der modernen Stomaversorgung wird kein chemisch hergestellter Klebstoff verwendet um die Platte anzubringen. Es gibt einstweilen spezielle Adhäsiv-Platten, die sowohl auf trockener, wie auch auf nässender Haut haften. Diese bestehen aus natürlichen Substanzen, die gut verträglich sind und nur sehr selten Hautirritationen auslösen (vgl. Feil-Peter 2001, S.21).

Konvexe Basisplatten und konvexe einteilige Systeme

An diese Platten werden dieselben Anforderungen an Dichte und Geruchlosigkeit gestellt, wie an nicht konvexe Platten. Indikationen für konvexe Platten sind Falten, Vertiefungen und Narben im parastomalen Bereich, sowie unebene, weiche und überhängende Bauchdecken. Ebenfalls indiziert sind konvexe Systeme bei stenosierenden und retrahierenden Stomata (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.52).

2.1.5 Irrigation

Unter Irrigation versteht man vereinfacht formuliert eine Darmspülung. Die Irrigation stellt eine Alternative zur Beutelversorgung dar, indem durch Flüssigkeitszufuhr der gesamte Dickdarm zu einer gewünschten Zeit entleert werden kann (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.89). Diese Methode kann von StomaträgerInnen vier Wochen nach der Anlage des Stomas erlernt werden, sollte jedoch beim ersten Mal unter Aufsicht und nach Anordnung eines Arztes stattfinden. Die Vorteile im Allgemeinen, welche die Irrigation mit sich bringt, sind für alle PatientInnen erstrebenswert, da es deren Lebensqualität erheblich bessert. Die Vorteile im konkreten sind, dass Betroffene einen langen Zeitraum, je nach individueller Darmperistaltik, bis zu 48 Stunden stuhlfrei bleiben und somit keine Beutelversorgung benötigen. Auch Darmgeräusche werden durch die Irrigation verringert. Es kann jedoch nicht jeder eine Irrigation durchführen, dafür gibt es bestimmte Voraussetzungen, die zu erfüllen sind. Nur PatientInnen mit einer endständigen Sigma-Colostomie können die Irrigation durchführen, da eine Restdarmlänge von mindestens einem Meter vorhanden sein muss. Diese Methode ist dennoch nicht für jeden Menschen erlernbar, denn man muss körperlich und geistig in der Lage sein, eine Irrigation zu erlernen und durchzuführen. Neigen PatientInnen eher zu Durchfall, ist diese Methode nicht empfehlenswert, gibt es jedoch eine Neigung zu Obstipation, ist die Irrigation durchaus sinnvoll, auch im Sinne der Vorbeugung eines Darmverschlusses. Auch der Zeitfaktor spielt eine Rolle, denn der Vorgang nimmt einen zeitlichen Aufwand von bis zu einer Stunde pro Tag ein. Haben Betroffene diese Voraussetzungen erfüllt, gilt es immer noch abzuklären, ob keine Kontraindikationen vorliegen. Diese können eine Hernie, ein Prolaps, Stenosen, Herz-Kreislaufkrankungen und eine Strahlencolitis sein. Um eine Irrigation durchführen zu können benötigt man ein Irrigations-Set. Dieses enthält einen Wasserbehälter und einen Verbindungsschlauch, welcher mit dem Irrigationsbeutel verbunden wird. Der Dickdarm wird mit einem bis eineinhalb Liter körperwarmen Wasser gespült. Hat sich der Darm im Folgenden komplett entleert, kann das Stoma mit einer Stomakappe verschlossen werden (vgl. Feil-

Peter 2001, S.66). In einer Studie von KARADAG et. al. wurde die Lebensqualität von 25 Personen untersucht, welche die Irrigation erlernt haben, im Vergleich zu einer Gruppe, bestehend aus zehn Personen, für die aus verschiedenen Gründen keine Irrigation möglich war. Um die Lebensqualität zu erfassen wurden verschiedene Items gebildet. Diese sind „physical function“, „role limitation due to physical problems“, „social functioning“, „role limitation due to emotional problems“, „general mental health“, „vitality“, „bodily pain“, und „general health problems“. Diese Variablen wurden vor der Erlernung der Irrigation und ein Jahr nach der regelmäßigen Durchführung erhoben. Ebenfalls erhoben wurden diese von der Vergleichsgruppe. Von den 25 Personen, welche die Methode erlernten, waren sechzehn männlich und neun weiblich, das Alter lag zwischen 32 und 78 Jahren. All diese erlernten die Methode der Irrigation von qualifizierten StomatherapeutInnen. Die Ausfallquote bei den ProbandInnen war in der Untersuchungsperiode (12 Monate) gleich null. Zu Beginn war die durchschnittliche Dauer der Irrigation bei allen Personen in etwa eine dreiviertel Stunde, mit dem Erfahrungszuwachs schafften es alle Personen, diese in etwa einer viertel Stunde durchzuführen. Alle TeilnehmerInnen dieser Studie haben angegeben, vollständig auf die Beutelversorgung verzichten zu können, zehn Personen haben sogar erreicht, die Irrigation nur jeden zweiten Tag durchführen zu müssen. Die Vergleichsgruppe konnte nicht auf die Beutelversorgung verzichten, da der Stuhlabgang unregelmäßig und unkontrolliert stattfand. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich die Lebensqualität der TeilnehmerInnen, welche die Irrigation durchgeführt haben, in jedem Bereich gebessert hat. Bei den PatientInnen, die diese Methode nicht angewendet haben, haben sich die Werte zwar im Durchschnitt auch etwas verbessert, da diese auch von ausgebildeten StomatherapeutInnen geschult wurden. Insgesamt bessere Werte haben jedoch im direkten Vergleich die Personen, welche die Irrigation regelmäßig durchführten. Signifikante Besserung zeigte sich in den Bereichen „role limitation due to physical problems“, „social functioning“, „role limitation due to emotional problems“, „general mental health“, „vitality“ und „bodily pain“ (vgl. Karadag et. al. 2005, S.479-485). In dieser Studie wird also ersichtlich,

dass die Irrigation tatsächlich ein sinnvolles Mittel ist, Betroffenen ein Stück Lebensqualität zurück zu geben, und diese unabhängiger von deren Stoma und den Ausscheidungen zu machen. Diese Methode ist für alle Personen, welche die bereits vorher genannten Voraussetzungen erfüllen empfehlenswert, und sollte diesen unbedingt von jedem/jeder Stomatherapeut/in nahe gelegt werden.

2.2 Präoperative Vorbereitung und Beratung

Wird ein Stoma geplant angelegt, müssen PatientInnen bereits vor der Operation vom behandelnden Chirurg/ von der behandelnden Chirurgin und vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal auf die Situation mit dem Stoma vorbereitet werden. Der/die Chirurg/in beschränkt sich meist auf medizinische Grundinformationen und erklärt wie die Operation durchgeführt wird, wie lange diese in etwa dauern wird, und wie die postoperative Heilung vorangehen wird. Von Seiten der Gesundheits- und Krankenpflege sollte bereits vor der Operation in Ruhe mit dem/der Patient/Patientin besprochen werden, welche verschiedenen Versorgungssysteme zur Verfügung stehen, welche Komplikationen auftreten können, vielmehr wie man diese vermeidet und wie dieser seine Lebensqualität aufrecht erhalten kann. Vor der Operation ist es besonders wichtig, die Lokalisation des zukünftigen Stomas genau zu markieren, um später eine optimale Versorgung gewährleisten zu können. Dazu sollten sich PatientInnen aufrecht hinsetzen, damit die Markierung gesetzt werden kann. Somit wird verhindert, dass das Stoma nach der Operation in einer Bauchfalte sitzt, oder von Kleidung behindert wird. Ein weiterer sehr wichtiger Aspekt bei der Markierung sollte die gute Sichtbarkeit für Betroffene sein, da diese ihr Stoma nur optimal selbst versorgen kann, wenn sie dieses auch gut einsehen kann. Dazu eignet es sich sehr gut, wenn man vor der Operation für etwa 24 Stunden eine Versorgung an der markierten Stelle anbringt, um zu sehen, ob diese im Alltag behindert. Die motorischen und visuellen Fähigkeiten der PatientInnen sollten ebenfalls immer mit einbezogen werden (vgl. Peters-Gawlik Marianne 1997, S. 33-36). Das Stoma sollte darüber hinaus nicht in der Nähe von Narben, Falten und Knochenvorsprüngen, wie

etwa dem Rippenbogen oder dem Hüftknochen liegen. Idealerweise wäre die Anlage des Stomas im Rektusmuskel, da dieser der stabilste Muskel in der Bauchdecke ist (vgl. Feil-Peter 2001, S.51-52). Während der Operation sollte der/die Chirurg/Chirurgin nicht nur die Lage des Stomas ideal treffen, auch bei der Stoma-Anlage an sich müssen einige Kriterien beachtet werden, um postoperative Komplikationen zu vermeiden. Diese wären vor allem, dass das Stoma von der Laparatomienaht getrennt gelegen sein soll und über Hautniveau angebracht. Eine Colostomie sollte ca. 0,5cm über Hautniveau liegen und eine Ileostomie 1 bis 1,5 cm (vgl. Feil-Peter 2001, S.52). Eine Ileostomie ist deshalb prominenter angelegt als ein Colostoma, da die Ausscheidung aggressiver und dünnflüssig ist, und der Stuhl somit nicht mit der Haut in Berührung kommen soll. Durch das prominent angelegte Stoma fließt die Ausscheidung sofort in den Beutel. Ist dies bei einer Ileostomie nicht der Fall, kann es innerhalb von Stunden zu sehr schmerzhaften Hautirritationen kommen (vgl. Feil-Peter 2001, S.29).

2.2.1 Studienergebnisse bezüglich präoperativer Beratung

In Spanien wurde zum Thema der präoperativen Beratung eine prospektive, deskriptive Studie durchgeführt, in welcher untersucht wurde, wie sich die Beratung vor dem Eingriff auf die zukünftige Lebensqualität mit einem Stoma auswirken kann. In die Studie eingeschlossen wurden alle Personen über 18 Jahre mit der Diagnose eines kolorektalen Tumors, mit daraus resultierender Stomaanlage. In der achtmonatigen Untersuchungsperiode haben 270 PatientInnen teilgenommen. Das Durchschnittsalter lag bei 67 Jahren, 63% der TeilnehmerInnen waren männlich. Von der Teilnehmeranzahl hatten 169 PatientInnen ein Colostoma und 101 ein Ileostoma. Insgesamt hatten 24% eine Notoperation, die restlichen 76% hatten eine geplante Operation und somit vorher Kontakt zu StomatherapeutInnen, welche die optimale Stelle für das Stoma markierte. Es wurde verglichen, wie sich Komplikationen und Ausdrücke von Angst und Unsicherheit bei beiden Gruppen zeigten. Die Gruppe der PatientInnen, welche vorher beraten wurde, zeigte deutlich weniger

Komplikationen als die Vergleichsgruppe. Bei den geplanten Eingriffen zeigten sich im Bereich der Hautirritationen (8,8%) und Dermatitis (10,2%) beträchtlich weniger postoperative Komplikationen. Bei den notoperierten PatientInnen waren diese deutlich höher. 36,3% hatten Hautirritationen und 24,2% Dermatitis. Auch der Faktor Angst wurde untersucht, und zwar in den Kategorien Angst vor dem Stoma, Angst vor der Diagnose und Angst vor der Operation. Hier hatten PatientInnen, welche vorher adäquat beraten wurden weniger Sorgen, als PatientInnen, welche unvorbereitet waren (vgl. Millan M. et.al. 2010, S.e88-e92). Bereits 1992 definierte JETER einige Punkte, die für die gute Vorbereitung des Betroffenen auf sein Stoma wichtig sind, um die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus nach der Operation im Sinne der PatientInnen zu verringern. Als die wichtigsten Themen definiert sie die gute Information an die PatientInnen und die gute Kommunikation mit den PatientInnen. Zur guten Information gehören folglich Missverständnisse aus der Welt zu räumen und unnötige Ängste zu nehmen. Weiters sollte die Beratung an die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen angepasst sein. JETER unterscheidet zwischen essentieller Information, welche ein Betroffener unbedingt braucht und nicht essentieller Information. Als essentiell wird hier beschrieben, wie man die Versorgung wechselt, wo man die Materialien bekommt bzw. wie man diese finanziert, wie man die ersten Anzeichen von Komplikationen erkennt und vor allem an wen man diese sofort weiterleiten sollte. Als nicht essentiell werden Informationen über Stoma-Selbsthilfegruppen gesehen, ebenso wie Tipps zur Ernährung, beispielsweise welche Lebensmittel Winde und Geruch verursachen. Weiters sind Informationen bezüglich Reisen und Urlaub, Details zur Operation und potentiellen Langzeitkomplikationen ebenso wenig essentiell. Diese Informationen würden PatientInnen laut JETER nur verunsichern und verwirren (vgl. Jeter 1992, S.1346-1347). Beschäftigt man sich mit aktuellerer Literatur, wird man feststellen, dass eben diese Themen, welche von JETER als wenig essentiell beschrieben werden, die Kernpunkte bei der Beratung darstellen sollten, da diese die Lebensqualität von StomaträgernInnen bestimmen.

2.3 Postoperative Betreuung

Die erste Versorgung des Stomas erfolgt immer im Operationssaal unter sterilen Bedingungen. In den ersten sieben bis acht Tagen sollte die Anlage mehrmals täglich kontrolliert werden und die Ergebnisse dokumentiert werden, um etwaige Veränderungen festzustellen. Es gibt einige Faktoren, auf die genauestens geachtet werden soll, um Frühkomplikationen zu vermeiden (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.37-38).

Die Farbe der Schleimhaut

Die Farbe der Schleimhaut wird von der Durchblutung des Stomas bestimmt. Ist diese hellrot und glänzend, ist das Stoma gut durchblutet und somit optimal. Ist es dunkelrot bis schwarz, weist dieses auf eine beginnende Ischämie (der Blutzuffluss zum Stoma ist unterbrochen) hin. Die Folge daraus ist, wird dies nicht rechtzeitig bemerkt, eine schwarze Verfärbung aufgrund einer Nekrose (abgestorbenes Gewebe). Ebenso kann die Schleimhaut des Stomas sich weiß verfärben, was ebenfalls auf eine mangelnde Durchblutung hinweisen kann (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.38).

Ödeme

Die Ausbildung eines leichten Ödems kann postoperativ zu Beginn normal sein. Ein starkes Ödem tritt nur dann auf, wenn das Stoma unter Spannung steht, etwa durch eine zu enge Hautöffnung (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.38).

Die Umgebung des Stomas

Die Wundheilung des Stomas sollte stets kontrolliert werden, ganz besonders die Nahtstellen an der Haut und den Schleimhäuten. Ein besonderes Augenmerk sollte darauf gelegt werden, wenn bei PatientInnen Wundheilungsstörungen bekannt sind. Dies ist zum Beispiel bei DiabetikerInnen oder immungeschwächten PatientInnen der Fall. Ebenfalls sollte darauf geachtet werden, ob eventuell allergische Reaktionen auf bestimmte Versorgungsartikel auftreten (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.39).

Ausscheidung

Der erste Zeitpunkt der Ausscheidung bei einem Ileostoma ist meist unmittelbar postoperativ und kann bis zu 1,5 Liter betragen, später fördert dieses bis zu 750 ml täglich. Bei einem Colostoma werden in etwa 500ml ausgeschieden, diese sind jedoch nahrungsabhängig. Vor allem beim Ileostoma sollte genauestens auf die Menge geachtet werden, da zu große Mengen einen Elektrolytverlust zur Folge haben können. Fördert ein Ileostoma zu wenig, besteht ebenfalls Handlungsbedarf, da dieses ein Anzeichen für einen Ileus (Darmverschluss) sein kann (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.39).

2.4 Komplikationen

Stomakomplikationen können die Lebensqualität Betroffener deutlich negativ beeinflussen, sind jedoch in vielen Fällen eine vermeidbare Angelegenheit, wenn präoperative Maßnahmen sachgemäß durchgeführt wurden. Kommt es zu Komplikationen, schränkt dies Betroffene enorm ein, da diese in der ständigen Angst durchs Leben gehen, das Stoma könnte undicht werden oder riechen (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.97). An dieser Stelle wird zuerst ein Überblick darüber gegeben, welche Komplikationen auftreten können, denn darüber müssen auch Betroffene vor der Operation intensiv aufgeklärt sein. Es ist wichtig zu wissen, dass gewisse Komplikationen durch falsche Handhabung entstehen, und diese deshalb vermieden werden können.

2.4.1 Pflegerische Komplikationen

Treten Komplikationen auf, muss abgeklärt werden was die mögliche Ursache dafür sein kann. Viele Komplikationen treten schon bei kleinen Fehlern in der Versorgung auf und können daher oft schnell und einfach behoben werden. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass PatientInnen aktiv mitarbeiten und bereit sind, etwas an ihren Gewohnheiten - beispielsweise bei der Ernährung - zu ändern. Pflegerische Komplikationen wären Allergien auf diverse

Versorgungsartikel, wie Klebefläche oder Hautpflegemittel. Zu große oder zu kleine Beutelausschnitte können ebenfalls Komplikationen verursachen, ebenso wenn der Beutel zu selten oder auch zu oft gewechselt wird. Falsche Pflegeutensilien, wie etwa Öle, Salben oder Äther können die parastomale Haut stark beanspruchen. Irritierend für die Haut kann ebenfalls sein, wenn Betroffene Durchfall oder aggressiven Stuhl aufgrund bestimmter Nahrungsmittel haben (vgl. Feil-Peter 2001, S.73). Es wird auch zwischen Frühkomplikationen und Spätkomplikationen unterschieden. Frühkomplikationen unmittelbar postoperativ können Nachblutungen, Ödeme, Fröhabszesse und Durchblutungsstörungen sein (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.97). In einer britischen Studie von COTTAM et. al. wurde erhoben, bei wie vielen PatientInnen drei Wochen nach der Stomaanlage Komplikationen aufgetreten sind. Dafür wurden 256 Krankenhäuser, welche spezielle Stomaversorgungseinheiten haben ausgewählt, um an der Untersuchung Teil zu nehmen. Davon haben sich 93 beteiligt. An diesen 93 Einheiten wurden 3970 StomapatientInnen versorgt, wovon 1329 eine Stomaanlage hatten die sich als problematisch erwiesen hat. Es wurde untersucht, welche Faktoren Einfluss auf die Entstehung von Komplikationen haben. Einer dieser Faktoren ist das Alter. Das durchschnittliche Alter der ProbandInnen lag bei 63 Jahren, wobei die größte Anzahl der StomaträgerInnen zwischen 71 und 85 Jahren war. Es zeigte sich ein signifikant erhöhtes Risiko für Komplikationen bei höherem Alter. Nicht anders verhält es sich beim BMI (Body-Mass-Index). Personen mit einem erhöhten BMI sind gefährdet, mehr Komplikationen zu entwickeln als Personen mit einem normalen BMI. PatientInnen, welche eine Notoperation hatten und im Zuge dieser eine Stomaanlage bekamen, hatten postoperativ signifikant mehr Komplikationen als PatientInnen, die einen geplanten Eingriff hatten, da eine intensive Vorbereitung getroffen werden konnte. Als problematischer erwies sich bei dieser Untersuchung die Ileostomie. Obgleich deutlich mehr PatientInnen eine Colostomieanlage haben, bereitet diese doch deutlich weniger Komplikationen. Bei der Ileostomie ist ausschlaggebend, wie prominent das Stoma angelegt wurde. Beträgt die Höhe weniger als 10mm, sind Hautirritationen vorprogrammiert. Ebenso klar verhält es sich bei der

Verteilung des Geschlechtes. Wesentlich mehr Männer haben ein Stoma, treten Komplikationen jedoch häufiger bei Frauen auf. Der ursächliche Grund, warum Betroffene eine Stomaanlage bekamen, spielt ebenfalls eine Rolle. Signifikant mehr Probleme treten bei Personen auf, die als Grunderkrankung ein Colorektales Karzinom oder Colitis Ulcerosa hatten. Die häufigste Komplikation, welche postoperativ bei 40% aller ProbandInnen aufgetreten ist, ist die Stomaretraktion. Reiht man all diese Faktoren nach der Wahrscheinlichkeit, dass Komplikationen auftreten, ergibt sich folgende Skala. Den größten Risikofaktor stellt die Prominenz des Stomas dar, gefolgt vom Geschlecht, der Art des Stomas, dem BMI, dem Alter, der Grunderkrankung und ob das Stoma in einer geplanten oder in einer Notoperation angelegt wurde (vgl. Cottam et. al. 2007, S.834-837). Beachtet man als StomatherapeutIn diese Faktoren, kann man schon zu Beginn der Betreuung und Beratung eventuelle Komplikationen gut abschätzen und die PatientInnen darauf vorbereiten, dass diese einer Risikogruppe angehören.

2.4.2 Hautirritationen

Hautirritationen entstehen aufgrund verschiedener äußerer Einflüsse auf die parastomale Haut. Primär entstehen diese durch den Verlust der oberen Epidermisschichten und gehen zu Beginn immer mit einer Hautrötung einher. Ursachen dafür können sein, dass die Haut durch chemische, mechanische oder enzymatische Einwirkungen gereizt wird. Ebenso führt zu häufiges Wechseln des Stomas und die Verwendung von Salben, Ölen oder Äther zu Hautirritationen. Kommt es zu Durchfall, muss besonders darauf geachtet werden, dass die Haut nicht in Kontakt mit den Ausscheidungen kommt. Man sollte in so einer Situation auf jeden Fall Ausstreifbeutel verwenden und darauf achten, dass die Platte nicht zu groß ausgeschnitten wird. Sind bereits Hautreizungen vorhanden, sollten Betroffene in der Phase der Heilung zweiteilige Versorgungssysteme verwenden, da die Platte länger belassen werden kann und eine Heilung so besser gefördert wird. Kommt es zu

Rötungen der Haut infolge einer Allergie, ist der erste Schritt, eine andere Versorgung zu verwenden (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.99-100).

Candida albicans Infektion

Die parastomale Haut ist häufig von Pilzkrankungen betroffen, wobei es sich meist um den speziellen Candida albicans handelt. Betroffen davon sind meist PatientInnen mit herabgesetzter Immunabwehr, DiabetikerInnen oder onkologische PatientInnen. Die Haut um das Stoma ist gerötet und weist Bläschen und Erosionen auf. Haben PatientInnen eine Mykose, ist eine lokale Therapie meist nicht ausreichend, weshalb systemisch behandelt wird. Was in jeden Fall vermieden werden muss, ist das verwenden von Wachlappen oder Schwämmen, da die Pilzinfektion so immer wieder weiter getragen wird. Auf Hygiene muss im Fall einer Mykose also besonders großer Wert gelegt werden (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.102-103).

Follikulitis

Die Follikulitis ist eine Entzündung der Haarbälge und äußert sich in knotigen geröteten Pusteln in dessen Zentrum meist ein Haar liegt. Die Ursache dafür ist eine Reaktion der Haut durch das Ausreißen der Haare beim Beutelwechsel. Vorbeugen kann man der Follikulitis, indem man die parastomale Haut regelmäßig rasiert und Adhäsivplatten verwendet. Der Beutel sollte bei häufigerem Auftreten jeden zweiten Tage gewechselt werden, um nachwachsende Haare rechtzeitig entfernen zu können (vgl. Feil-Peter 2001, S.78).

2.4.3 Stomaimmanente Komplikationen

Hernie

Wölbt sich die Bauchdecke im Bereich des Stomas vor, ist dies ein Anzeichen für eine parastomale Hernie. Diese kann verschiedene Größen haben. Bei einer Hernie tritt eine Darmschlinge zwischen den Bauchdeckenschichten aus und ist

von außen deutlich tastbar. Eine Hernie kann verschiedene Ursachen haben, wie zum Beispiel starke Gewichtszunahme, Bindegewebsschwäche, schweres Heben oder Erhöhung des Bauchinnendrucks. Ist das Stoma im Musculus rectus abdominis angelegt, kommt es deutlich seltener zu Hernien. Die Behandlung beginnt in diesem Fall bereits bei der Prophylaxe. StomaträgerInnen sollten nicht mehr als zehn Kilo heben. Konservativ behandelt kann eine Hernie durch ein Mieder oder eine Bauchbinde werden. Allerdings besteht die Gefahr, dass die Muskulatur der Bauchdecke eher geschwächt wird, da diese nicht mehr selbst arbeiten muss. Operative behandelt wird die Hernie durch den Verschluss des Bauchdeckenbruchs und durch die Einlage eines Netzes zur Verstärkung eben dieser (vgl. Esch 2005, S.114-115).

Prolaps

Ein Prolaps ist gegeben, wenn der Darm ständig mehr als 5cm über die Bauchdecke ragt. Jedoch kann der Darm auch bis zu einem halben Meter herausragen, was für Betroffene sehr erschreckend sein kann und für diese wenig ansehnlich wirkt. Mögliche Ursachen sind eine unzureichende Fixierung des Darms schon intraoperativ, extreme Gewichtszunahme und erhöhter Bauchinnendruck. Früher wurde StomaträgerInnen gelernt, den Darm mit kreisenden Bewegungen in den Bauchraum zurückzudrücken. Dies wird am besten liegend durchgeführt. Ist der Darm wieder im Bauchinneren, wurde eine so genannte Prolapskappe angelegt, die das erneute Austreten des Darms verhinderte. Heute sieht man davon ab, da es zu Verletzungen des Darms kommen kann. Eine Operation ist erst dann indiziert, wenn die Gefahr besteht, dass der Darm eingeklemmt wird, oder das Stoma nicht mehr angemessen versorgt werden kann (vgl. Esch 2005, S.115-116).

Stenose

„Unter einer Stenose versteht man eine Verengung der Stomaöffnung“ (Esch 2005, S.116). In den ersten Wochen postoperativ verkleinert sich das Stoma noch erheblich. Eine Stenose ist dann gegeben, wenn das Stoma für den

kleinen Finger nicht mehr durchgängig ist und der Stuhl bleistiftförmig ist. Die Hauptursache ist, dass bei operationstechnischen Verfahren eine zu enge Hautöffnung angelegt wurde. Weitere Ursachen sind peristomale Abszesse, Stomanekrose, Stomaretraktion, chronisch rezidivierende Dermatiden oder ein Rezidiv der Grunderkrankung. Eine Stenose stellt eine absolute Operationsindikation dar, da es sonst fast unweigerlich zu einem Darmverschluss kommen kann. Das Stoma muss somit in einer Operation neu angelegt werden (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.119-120).

Syphonbildung

Eine Syphonbildung entsteht dann, wenn zu lang belassene Sigmateile verbleiben. Der Darmanteil ist in Stehen frei beweglich und hängt nach unten durch, wodurch irreguläre Stuhlentleerungen begünstigt werden. Es kommt in der Folge zu Rückstauung von Stuhl und zu vermehrter Gasbildung. StomaträgerInnen können in diesem Fall keine Irrigation durchführen und somit keine „soziale Kontinenz“ erreichen. Eine operative Therapie ist die einzige Möglichkeit, dies zu behandeln. Dabei wird der zu lange Darmteil entfernt (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.115-116).

Retraktion

„Bei einer Retraktion (Schrumpfung, Verkürzung) liegt das Stoma unter Hautniveau und bildet eine trichterförmige Einstülpung“ (Esch 2005, S.117). Diese Komplikation verhindert, dass das Stoma dicht ist und muss somit mit aufwendigeren konvexen Systemen versorgt werden. Zusätzlich wird es notwendig sein, Hautschutzpaste anzuwenden, um Unebenheiten auszugleichen. Ursachen können starke Gewichtszunahmen sein, ein Stoma, welches unter Spannung angelegt wurde, oder wenn das Stoma in der Bauchdecke keinen Halt hat. Die Therapie kann konservativ erfolgen, indem man sehr flexible Versorgungssysteme anwendet. Wenn dies nicht mehr möglich ist, muss es operativ neu angelegt werden (vgl. Esch 2005, S.117-118).

Tumore

Für StomaträgerInnen wichtig zu wissen ist, dass um das Stoma herum auch Tumore entstehen können, die aber keine neuen malignen Entartungen sind, sondern Granulationstumore. Diese entstehen, wenn die Haut um das Stoma ständigem Reiz ausgesetzt ist (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.121).

2.4.4 Spezielle Komplikationen

Ileus, Obstipation, Diarrhö

Zu einem Ileus kann es postoperativ nach langen Bauchoperationen kommen. Dieser nennt sich paralytischer Ileus und ist bedingt durch Darmlähmung. Ein mechanischer Ileus entsteht durch eine abgeknickte oder verdrehte Darmschlinge. Auch unverdaute Nahrungsreste können einen Ileus verursachen. Dieser tritt vor allem bei IleostomieträgerInnen auf, weswegen diese zellulosehaltige Speisen meiden sollen. Diese Speisen sind vor allem Pilze, Nüsse, Hülsenfrüchte, Spargel und Sauerkraut. Tritt eine Ileussyntomatik auf, müssen StomaträgerInnen darüber aufgeklärt sein, bei diesen unverzüglich einen Arzt aufzusuchen. Eine Diarrhö ist ebenfalls ein ernst zu nehmendes Zustandsbild deshalb sind Nahrungsmittel die Durchfall verursachen zu vermeiden. Bei einer Diarrhö gehen sehr viele Mineralsalze und Flüssigkeit verloren. IleostomieträgerInnen bekommen von ihrem/ihrer Hausarzt/Hausärztin oft prophylaktisch stopfende Medikamente und Elektrolytpräparate, damit diese möglichst schnell einem Mangel entgegenwirken können. Bei ColostomieträgerInnen ist es ausreichend, wenn diese mehr Flüssigkeit zu sich nehmen. Eine Obstipation tritt bei IleostomieträgerInnen nur dann auf, wenn das Stoma mechanisch verlegt ist. Im Gegensatz dazu kann dies bei ColostomieträgerInnen durch falsche Ernährung auftreten, weswegen mit abführenden Lebensmitteln meist sehr schnell Abhilfe geschaffen werden kann. Neigen PatientInnen mit einer Sigmacolostomie häufig zu Obstipation, sollte diesen die Irrigation nahe gelegt werden (vgl. Feil-Peter 2001, S.92-93).

Resorptionsstörungen

Bei IleostomieträgerInnen kommt es oft zu Resorptionsstörungen, da die meisten lebenswichtigen Stoffe im Ileum resorbiert werden und diese Aufgabe kein anderer Teil des Körpers übernehmen kann. Vor allem ist jedoch problematisch, dass Vitamin B12 und Gallensäuren nicht mehr resorbiert werden. Mangelscheinungen treten zwar erst nach einigen Jahren auf, da der Körper Vitamin B12 speichert, es sollte jedoch von Beginn an parenteral (Umgehung des Darmtraktes durch Infusionen oder Spritzen) substituiert werden. Gallensäuren sind für die Resorption von Fett von Bedeutung. Fett wird normalerweise im Ileum gebunden. Wenn dies aber nicht möglich ist, kommt es zur Fettmalabsorption und in Folge dessen zu Fettstühlen (vgl. Feil-Peter 2001, S.92).

Impotenz, Potenzstörungen und Miktionsbeschwerden

Nach Rektumaputationen gehören Impotenz, Potenzstörungen und Miktionsbeschwerden zu den häufigsten Komplikationen, da intraoperativ oft Nervenläsionen entstehen. Die konkreten Ursachen dieser Störungen lassen sich oft nur sehr schwer diagnostizieren, denn diese können organischer, funktioneller oder auch psychischer Natur sein. Männer haben häufig eine Schädigung der Sexualfunktion. Dabei kann es sich um Erektionsstörungen oder Ejakulationsstörungen handeln. Bei einem totalen Ausfall der Erektion kann operativ mit einer Penisprothese geholfen werden, oder eine Vakuumpumpe verwendet werden. Diese Eingriffe werden jedoch erst etwa fünf Jahre nach der Stomaanlage vorgenommen, da sich Nervenläsionen in dieser Zeit zurückbilden können. Bei Frauen sind Störungen nicht so klar abgrenzbar. Viele Frauen bekommen ihre Stomaanlage während der Menopause und finden die Abwesenheit des Geschlechtsverkehrs als nicht so schwerwiegend. StomaträgerInnen verlieren ihren Sexualtrieb, da es oft zu Störungen beim Geschlechtsverkehr kommt. Diese sind zum Beispiel Schmerzen, erhöhte Reizschwelle, Trockenheit der Scheide und andere Missempfindungen. Beim weiblichen Geschlecht zeigt sich, dass bei Frauen häufiger die psychische Komponente eine Rolle spielt. Da die meisten StomaträgerInnen vor der Anlage

des Stomas sexuell aktiv waren, sollten diese Probleme ernst genommen werden, und die PatientInnen bereits präoperativ darüber aufgeklärt werden, dass es zu etwaigen Komplikationen kommen kann (vgl. Feil-Peter 2001, S.91).

2.4.5 Studienergebnisse

In einer retrospektiven Studie von CARICATO et. al. wurde untersucht, welche Stomakomplikationen am häufigsten auftreten. Es wurden lediglich PatientInnen in die Studie miteinbezogen, die das Stoma länger als drei Monate hatten. Dies hat den Grund, dass nur Spätkomplikationen erfasst werden, und die postoperativen ausgeschlossen werden können. An dieser Untersuchung haben 132 PatientInnen teilgenommen, davon hatten 44 eine Ileostomie und 88 eine Colostomie. Das Durchschnittsalter beträgt 68 Jahre. 60% der TeilnehmerInnen hatten Komplikationen. Von den TeilnehmerInnen waren 60 männlich und 72 weiblich. Die Indikation für das Stoma war in den meisten Fällen ein colorektales Karzinom. Von den Risikofaktoren war bei dieser Studie nur ein Faktor signifikant, und zwar der des Alters. PatientInnen unter 68 Jahren wiesen weniger Komplikationen auf, als PatientInnen die älter als 68 Jahre alt waren. Bei der Untersuchungsgruppe traten die verschiedensten Komplikationen auf. In 32% der Fälle trat eine Dermatitis auf, 22% hatten eine Hernie und 15% eine Stenose. In weniger Fällen wurden auch noch die Komplikationen der Retraktion, des Prolaps und die der Abszesse erhoben. Anfälliger für Komplikationen ist wie sich herausstellte das Ileostoma (vgl. CARICATO et. al. 2006, S.559-561). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch SAGHIR et.al. in einer Studie aus dem Jahr 2001. Diese identifizieren ebenfalls als häufigste Komplikation die Hautirritationen aufgrund von undichten, schlecht versorgten Stomata. Von den 126 untersuchten PatientInnen hatten 45 Probleme mit der parastomalen Haut. Nahezu ebenso häufig treten Hernien, Retraktionen und der Prolaps auf. In dieser Studie wird jedoch zusätzlich noch untersucht, ob PatientInnen von einem/einer Allgemeinchirurgen/in operiert wurden, oder von einem/einer Spezialisten/in. PatientInnen, welche von SpezialistInnen operiert wurden

hatten deutlich weniger Komplikationen (22% im Gegensatz zu 40%). Ebenfalls deutlich wird in dieser Untersuchung, dass die Gefahr für Komplikationen mit erhöhtem Alter steigt (vgl. Saghir 2001, S.531-533).

2.5 Stoma bei Kindern und Jugendlichen

Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass die Anlage eines Stomas nicht nur die ältere Generation und Erwachsene betreffen kann. Auch bei Neugeborenen kann es manchmal notwendig sein, ein Stoma anzulegen, wenn beispielsweise eine Analatresie vorliegt. Ein Neugeborenes hat vermutlich kein Problem mit einem Stoma hinsichtlich seines Aussehens, oder der Wirkung auf die Gesellschaft. Zu betreuen sind hier vor allem die Eltern, denn für diese ist dies meist ein Schock ihr Neugeborenes mit einem Stoma zu sehen. Hilfreich kann sein, den Eltern beizustehen, wenn Freunde oder Verwandte das Kind erstmals im Krankenhaus besuchen. Aufklärung ist vor allem für Eltern jedoch sehr wichtig. Diese müssen lernen, dass das Stoma dem Kind keine Schmerzen verursacht, dass man dieses ganz normal berühren kann. Nur wenn die Eltern dies akzeptieren, kann auch ein Kind mit einem Stoma selbstbewusst aufwachsen. Besonders, wenn Kinder erstmals merken, dass diese „anders“ sind als andere, sollten diese in ihrem Selbstbewusstsein unterstützt werden. Wenn man Freunde, Bekannte und Lehrer über das Stoma seines Kindes im Vorhinein informiert, dann können diese besser mit der Situation umgehen. Eine sehr schwierige Phase für die Anlage eines Stomas ist das Jugendalter. Wenn Jugendliche ihre Sexualität entdecken, ihre erste Beziehung haben, kann es sehr problematisch sein, ein Stoma zu haben. In dieser Phase herrscht ein sehr großer Beratungsbedarf (vgl. Salter 1999, S.174-176).

3 Lebensqualität mit einem Enterostoma

Die Anlage eines Stomas stellt für jeden Betroffenen primär eine enorme Lebenskrise dar, denn jeder Mensch hat den Wunsch nach körperlicher Intaktheit und Gesundheit. Vor allem in unserer Gesellschaft werden die Menschen von Kindesbeinen an zur Reinlichkeit und Sauberkeit erzogen. Die Kontrolle der Ausscheidungen steht sehr früh im Mittelpunkt der Erziehung. Der Verlust dieser Kontrolle im Erwachsenenalter führt nahezu zu einer Stigmatisierung, denn Gerüche und Inkontinenz sind beim Erwachsenen ein Tabu. StomapatientInnen müssen den Umgang mit ihren Ausscheidungen neu erlernen, denn es treten wieder Reinlichkeitsprobleme in den Vordergrund. Der Verlust der bis dahin erlebten Normalität führt zu Schamgefühlen, Rückfall in kindliche Unselbstständigkeit und es können sich zwanghafte Sauberkeitsrituale entwickeln. Die Betreuung und Beratung im Bezug auf Lebensqualität beginnt schon präoperativ und sollte im interdisziplinären Team stattfinden (vgl. Feil-Peter 2001, S.97). Im Folgenden werden die häufigsten Einschränkungen, die StomapatientInnen erleben, beschrieben. Zuerst werden die Themen dargestellt, die in der gängigen Literatur meist behandelt werden. Im Anschluss daran werden empirische Daten zeigen, wie StomapatientInnen ihre Lebensqualität tatsächlich wahrnehmen.

3.1 Familienleben und Intimität

Viele PatientInnen ziehen sich aufgrund ihres Stomas sozial zurück. Auch für Angehörige, sei es der/die Ehepartner/in oder die Kinder stellt eine Stomaanlage oft erst eine Krise dar, da dieses das soziale Zusammenleben der Familie enorm beeinflusst. Angehörige können sich überfordert fühlen und sich daraufhin ebenfalls zurückziehen. Doch sind EhepartnerInnen oft die entscheidenden Personen, die es StomaträgerInnen ermöglichen in den normalen Alltag zurückzukehren, denn sie haben eine wesentliche Halte- und Stützfunktion im sozialen Umfeld. Die Familie ist oft der schützende Wall, der hilft, sich langsam aber sicher wieder sozial zu integrieren. Es ist also nahezu

eine Muss, die Familie mit zu betreuen, damit langfristigen psychosozialen Belastungen vorgebeugt wird. Menschen fühlen sich nur angenommen und vollwertig, wenn sie von ihrem Gegenüber eben dieses Gefühl vermittelt bekommen. Angehörige müssen deshalb einen ganz neuen Anpassungsprozess durchmachen und akzeptieren, dass deren Partner/in sich verändert hat. Ist dies nicht der Fall, ist es nahezu unmöglich, PatientInnen in deren Situation zu unterstützen. Angehörige sollten bereits präoperativ in alle Gespräche eingeladen werden, damit auch sie den gesamten Prozess verstehen können. Postoperativ werden Familienmitglieder auch schon von Beginn an in die Versorgung mit eingebunden, da diese im sicheren Rahmen des Krankenhauses Ängste und Sorgen ansprechen können. So wird einer Sprachlosigkeit zwischen Paaren vorgebeugt, eine Situation, die häufig zu beobachten ist (vgl. Feil-Peter 2001, S.103). Eine Metaanalyse von SPRANGERS et. al. von Frauen und Männern ein Jahr nach der Stomaanlage zeigt, dass es enorme Einschränkungen im seelischen Erleben gibt. So leiden etwa 40% der Befragten an Depressionen, 64% erleben Angstgefühle, 66% haben Körperbildstörungen und 35% haben sich sozial zurückgezogen. Ebenfalls haben ganze 10% schon einmal über einen Suizidversuch nachgedacht. Diese psychosozialen Störungen entstehen durch mangelnde Kommunikation zwischen PatientInnen und deren Angehörigen, weswegen diese immer wieder ermutigt werden sollten, über Sorgen und Ängste zu sprechen. Paarbeziehungen werden zusätzlich auch durch sexuelle Funktionsstörungen belastet, was ebenfalls in der Studie von Sprangers et. al. deutlich wird. Bei 51% der Frauen kommt es zu Schmerzen beim Koitus, und einer verminderten Appetenz bei 38%. Bei den Stomaträgern haben 72% eine generelle sexuelle Beeinträchtigung und 52% eine verminderte Appetenz. Zusätzlich kommt es bei Männern sehr häufig zu Ejakulationsstörungen (49%), zu vollständigen (42%) oder partiellen Erektionsstörungen (28%) (vgl. Sprangers et. al. 1993, In: Feil-Peter 2001, S.104). Die Medizin hat in der heutigen Zeit verschiedene Möglichkeiten entwickelt, um Erektionsstörungen zu behandeln (vgl. Zettl Stefan 2000: zitiert aus: Sprangers et. al 1993).

Abbildung 2: Einschränkungen ein Jahr nach der Stomaanlage

Kategorie	Art der Störung	Häufigkeit
Psychosoziale Belastungen	Depression	40%
	Angst	64%
	Körperbildstörung	66%
	Sozialer Rückzug	35%
Sexuelle Funktionseinschränkung von Stomaträgerinnen	Ogasmusstörung	31%
	verminderte Appetenz	38%
	Dyspareunie	51%
Sexuelle Funktionseinschränkung von Stomaträgern.	Orgasmusstörung	36%
	verminderte Appetenz	52%
	generelle sexuelle Beeinträchtigung	72%

(Quelle Zettl Stefan 2000: zitiert aus: Sprangers et. al 1993)

PatientInnen haben nach der Stomaanlage laut einer Studie von THORPE et. al. ebenfalls schwere Körperbildstörungen. Die Betroffenen geben an, das Gefühl zu haben, sie hätten eine Missbildung und beschreiben ihre Erfahrungen mit dem Stoma als verheerend. PatientInnen reagieren mit Schock und Ekel und finden ihr Stoma abstoßend (vgl. Thorpe et. al 2009, S.1783).

3.1.1 Hilfsmittel für den Mann

Erektionshilfesysteme - Vakuumpumpe

Um eine Erektion zu erzeugen kann der Mann seinen Penis in einen Plexiglaszylinder einführen und diesen mit straffen Gummiringen oder Bändern fixieren. Mit einer Handpumpe wird danach ein Vakuum erzeugt, wodurch Blut in den Penis strömt und die notwendige Erektion für den Geschlechtsverkehr erzeugt wird. Die Bänder werden belassen um ein Abfließen des Blutes zu verhindern. Somit kann eine Erektion bis zu 30 Minuten erhalten werden. Eine

Komplikation dieser Methode kann jedoch eine ischämische Gewebsschädigung sein (vgl. Feil-Peter 2001, S.105).

Viagra ®

Dieses Medikament ist ein Phosphodiesterasehemmer, der direkt an den Zellen der Schwellkörper wirkt. Die Wirksamkeit ist jedoch abhängig von der Intaktheit der Nervenbahnen, die vom Rückenmark zu den Schwellkörpern ziehen. Wurden die Nerven bei der Operation beschädigt, ist dies keine wirksame Lösung. Sind Erektionsstörungen jedoch psychischer Natur, kann Viagra® durchaus ein wirksames Mittel sein (vgl. Feil-Peter 2001, S.105).

Schwellkörper-Auto-Injektionstherapie – SKAT

Die SKAT-Technik ist ein weit verbreitetes Verfahren bei Erektionsstörungen und ist eine sinnvolle Alternative zum Penisimplantat, da die SKAT-Technik auch bei neurologischen Störungen Anwendung finden kann. Bei diesem Verfahren wird eine Injektionslösung direkt in den Schwellkörper injiziert, was eine Erfolgsrate von 75 Prozent mit sich bringt. Die Dauer der Wirkung ist individuell dosierbar, und muss in etwa fünfzehn Minuten vor dem Geschlechtsverkehr mit einer dünnen Nadel verabreicht werden. Haben Betroffene Angst vor der Selbstinjektion, gibt es auf dem Markt bereits automatische Injektionsgeräte (vgl. Feil-Peter 2001, S.105).

MUSE

MUSE ist die Abkürzung für Medicated Urethral System for Erection. Als Wirkstoff kommt hier Prostaglandin E1 zum Einsatz. Dies wird über einen kleinen, sterilen Einmal-Applikator in die Harnröhre eingebracht. Von dort gelangt es in den Blutkreislauf und nach etwa zehn Minuten kommt es zur Erektion. Diese Methode ist sehr häufig verwendet, da nicht die Notwendigkeit einer Injektion besteht. Die Wirksamkeit ist jedoch nicht so hoch, wie bei der SKAT-Technik (vgl. Feil-Peter 2001, S.105-106).

Penisprothesen

Eine Penisprothese ist nur dann nötig, wenn die oben genannten Verfahren nicht die gewünschte Wirksamkeit zeigen. Diese Prothese ist von außen nicht sichtbar, da diese direkt in den Penis eingesetzt wird. Am häufigsten zum Einsatz kommen mehrteilige hydraulische Prothesen. Diese bestehen aus einem Flüssigkeitsreservoir, hydraulischen Zylindern und einer kleinen manuellen Pumpe mit Ventil, welche im Skrotum sitzt. Vor dem Geschlechtsverkehr wird mittels Pumpe der künstliche Schwellkörper gefüllt und es kommt zur künstlichen Erektion. Das Erleben der Patienten wird nicht beeinflusst, Männer können also einen normalen Orgasmus erleben. Auch Frauen geben an, keinen Unterschied zwischen einer natürlichen Erektion und einer künstlich erzeugten zu spüren. Nach dem Geschlechtsverkehr wird die Flüssigkeit über das Ventil wieder entleert und im Reservoir gespeichert. Diese Methode ist erfahrungsgemäß für ältere Patienten schwierig zu handhaben, für jüngere Männer jedoch eine gute und langfristige Methode (vgl. Feil-Peter 2001, S.106).

3.1.2 Hilfsmittel für die Frau

Für Frauen gibt es leider nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, das Sexualleben zu verbessern. Hauptsächlich Anwendung finden lokale Lubrikationsmittel (Gleitcreme), und selbst diese werden selten von Krankenkassen bezahlt. Für die psychischen Probleme, beispielsweise Schamgefühle, sich dem Partner zu zeigen, kann die Frau sich mit Korsagen oder Bauchbinden helfen, um das Stoma zu verdecken. Auch Stomakappen als kurzfristige Versorgungslösung sind empfehlenswert, vor allem bei PatientInnen bei denen eine Irrigation möglich ist (vgl. Esch 2005, S.48).

3.2 Studienergebnisse zur Angehörigenbegleitung

TUULIKKI BRAND-SALMI, eine Stomaberaterin aus Bern hat einen Artikel veröffentlicht, in dem sie veranschaulicht, wie Angehörige die Situation mit dem Stoma erleben. Dafür hat sie Literatur zum Thema studiert und zusätzlich Interviews mit drei Ehepaaren und einer Angehörigen geführt. Drei Personen mit einem Stoma sind männlich, eine weiblich. Ihre Fragen waren vor allem, wie Angehörige die Diagnose Krebs erlebt haben, wie diese die Therapie und Stomaanlage erlebt haben, und was besonders schwierige Situationen waren. Weiters wollte sie auch erfragen, ob es auch positive Situationen gab. Schock und Angst waren nach der Diagnose die häufigsten Gefühle die Betroffene erlebt haben. In den Interviews hört sie Begriffe wie Hilfslosigkeit, Belastung und Besorgnis in dieser Krisensituation. Angehörige sind sehr besorgt über die ganze Situation. In der Literatur werden Gefühle wie Todesangst, Berührungsängste, Versagensängste und der Wunsch nach Rückzug angegeben (vgl. Tuulikki 2007, S.16) „Ich habe mich sehr isoliert gefühlt. Wir zwei sind wie auf einem anderen Planeten gewesen, jedoch jeder für sich allein. ...Er hat sich abgemeldet. ...Im Spital bin ich viel bei ihm gesessen und habe probiert, ihn aus dieser Isolation herauszuholen“ (Tuulikki 2007, S.16). Dies ist eine Aussage einer Angehörigen, die zu Beginn der Krankheit ihres Gatten nicht mehr die Kraft hatte, ihre Kontakte zu pflegen. In der Literatur wird ebenfalls beschrieben, dass die Betroffenen oft nicht wahrnehmen, unter welchen Belastungen deren Angehörige stehen. Im Interview wird dies auch deutlich, als ein Stomaträger im Gespräch hört, wie es seiner Gattin mit der Situation ergangen ist. Auch das Phänomen, dass beide Partner sich gegenseitig Schonen, wird in den Interviews deutlich. Wird über Ängste und Probleme jedoch nicht gesprochen, kann dies zu Missverständnissen führen. Das Thema Sexualität wird von den befragten Paaren als nicht so großes Problem gesehen. Kurz nach der Operation sei Sexualität nicht vorrangig gewesen, es habe jedoch später alles wieder von selbst funktioniert. Eine Angehörige berichtet über eine neue Nähe zu ihrem Partner, die sie schöner findet als Sex. In der Literatur werden oft Gefühle von Scham, Peinlichkeit und

Ekel beschrieben. Die interviewten Personen können von solchen Gefühlen nicht berichten. Die negativsten Ausdrücke, die gefallen sind waren „komisch“ und „fremd“. Ein sehr wichtiger Punkt in diesem Artikel ist, dass die Interviewten auch positive Erlebnisse beschreiben. Diese werden in der Literatur fast gänzlich vergessen. Zwei Paare haben erzählt, dass sie über das Stoma mit Freunden und Nachbarn gesprochen haben, und sehr viel Mitgefühl bekamen. Auch wurde von diesen Hilfe und Unterstützung angeboten. Ein Ehepaar berichtete, dass sie beide nun bewusster und intensiver lebten und die Krankheit als Teil des Lebens betrachten. Auch die Partnerschaften haben sich bei zwei Paaren vertieft. Für die Praxis ergibt sich daraus, dass Angehörige bei Beratungsgesprächen unbedingt dabei sein sollten, da es nicht nur darum geht, den richtigen Beutel zu finden, sondern auch darum, psychologische Fertigkeiten zu haben. Die/der Stomatherapeutin/Stomatherapeut braucht viel Verständnis und Empathie. Es lohnt sich Angehörige in die Beratung miteinzubeziehen, da diese nun mal die wichtigsten Bezugspersonen sind (vgl. Tuulikki 2007, S.16-17).

3.3 Sport und Freizeit

Bei sportlicher Betätigung sind StomaträgerInnen nur in einigen Bereichen eingeschränkt. Dies sind Sportarten, die die Bauchdecke belasten, wie zum Beispiel Gewichte heben oder Boxen. Ebenso sollte Geräteturnen vermieden werden, alle anderen Sportarten sind jedoch ohne Einschränkungen möglich. Beim Sport müssen sich StomaträgerInnen auf ihre Versorgung verlassen können. Für SchwimmerInnen gibt es hygienisch einwandfreie Adhäsiv-Versorgungsprodukte, an welche man für die Dauer des Schwimmens auch Minibeutel anbringen kann. In Fachgeschäften gibt es auch spezielle Badebekleidung für Betroffene. Frauen sollten sich einteilige Badeanzüge mit Muster kaufen, für Männer gibt es Badehosen mit eingearbeitetem engem Slip. Wollen Betroffene in die Sauna gehen, sollten diese bei ihrem ersten Besuch von Freunden oder Angehörigen begleitet und unterstützt werden. Das Stoma kann man mit dem Badetuch kaschieren, wenn eine Irrigation möglich ist, sollte

diese vor dem Saunabesuch durchgeführt werden. In solchen Angelegenheiten liegt es an den PatientInnen selbst, erfinderisch und phantasievoll zu sein. Denn nur sie selbst können für sich herausfinden, womit sie sich am wohlsten und sichersten fühlen. Aktivitäten wie Theater, Konzerte oder Reisen steht nichts im Wege, diese sollte jedoch vorher sorgfältig geplant werden. Besonders für Auslandsreisen sollten Betroffene ausreichend Material mitnehmen, und auch etwas im Handgepäck mitnehmen. An ein Leben im Alltag müssen sich Betroffene erst wieder langsam herantasten, und dies ist für sie am besten möglich, wenn sie von fachkompetenten Personen dabei unterstützt werden. StomapatientInnen müssen verstehen, dass sie nicht behindert sind, sondern nur einiges anders machen müssen. Denn Ziel jeder Rehabilitation ist es nicht am Leben zu bleiben, sondern im Leben bleiben (vgl. Feil-Peter 2001, S.113-114).

3.4 Stoma und Schwangerschaft

Es spricht im Allgemeinen nichts dagegen als Stomaträgerin schwanger zu werden. Es sollte jedoch, je nach Grunderkrankung, mit einem/einer Arzt/Ärztin abgeklärt werden, ob eine Schwangerschaft möglich ist. Ist die Schwangerschaft eine geplante, kann man Komplikationen auf ein Minimum reduzieren, beachtet man davor einige Aspekte. Zuerst sollte die Grunderkrankung vollständig überwunden sein, und eine Schwangerschaft erst ein Jahr nach einem operativen Eingriff geplant werden. Während der Schwangerschaft sollte eine intensive Betreuung durch den/die behandelnden/behandelnde Gynäkologen/Gynäkologin gewährleistet sein. Das Stoma dehnt sich während der Schwangerschaft zwar aus, dies hat aber keinen Einfluss auf die Ausscheidungen. Das Stoma bildet sich im Normalfall auch wieder vollständig zurück. Erfahrungsgemäß haben Ileostomieträgerinnen weniger Probleme als Colostomieträgerinnen. Möchten Stomaträgerinnen mit Antikonzeptiva verhüten, müssen Ileostomieträgerinnen darüber aufgeklärt werden, dass das Medikament nicht resorbiert werden kann und die Wirkung

somit ausbleibt. In diesem Fall muss auf andere Verhütungsmethoden zurückgegriffen werden (vgl. Peters-Gawlik 1998, S.170).

3.5 Beruflicher Alltag

Für StomaträgerInnen gibt es im beruflichen Alltag nur wenige Einschränkungen. Schwere körperliche Arbeit sollte vermieden werden, da durch die körperliche Belastung Hernien und Prolapse entstehen können. Ansonsten ist jedoch jeder Beruf möglich, sofern ein Waschraum oder Toilettenraum in der Nähe ist und man seine Versorgung in Ruhe wechseln kann. In diesem Bereich sind Menschen, die zum Beispiel bei Busunternehmen oder Bahn arbeiten eingeschränkt, da diese Einrichtungen oft nicht genug vorhanden sind. Ist es für Betroffenen nicht mehr möglich wird eine berufliche Rehabilitation angestrebt, die meist schon im stationären Aufenthalt beginnt. Dafür werden oft SozialarbeiterInnen hinzugezogen (vgl. Esch 2005, S.36-37).

3.6 Ernährung

Für StomaträgerInnen gibt es keine klar definierten Regeln, welche Lebensmittel sie zu sich nehmen sollten oder nicht. Es ist jedoch ratsam zu Beginn zu protokollieren, was man zu sich genommen hat, um eventuelle Unverträglichkeiten feststellen zu können. Täglich sollte nur ein neues Nahrungsmittel zu sich genommen werden. Treten Durchfälle oder Blähungen auf, kann somit sofort bestimmt werden, welches Lebensmittel dafür verantwortlich ist. Es gibt einige Nahrungsmittel, die erfahrungsgemäß Beschwerden verursachen. Diese sind Hülsenfrüchte, Rhabarber, Pilze, frittierte Speisen, Brot und kohlen säurehaltige Getränke. Weiters sollten StomapatientInnen Bescheid wissen, welche Lebensmittel eher abführend, und welche eher stopfend wirken, um bei Durchfall oder Obstipation reagieren zu können. Es gibt einige Hinweise bezüglich der Ernährung, die für StomaträgerInnen hilfreich sein können. Ballaststoffreiche Kost sollte immer gut

gekaut werden, oder vor der Verzehr gehackt. Vor allem bei IleostomieträerInnen können diese sonst zur Stomablockade beitragen. Bei Ileostomien muss genügend getrunken und gesalzen werden, da sehr viel Flüssigkeit und Mineralstoffe über das Stoma verloren gehen. Werden Lebensmittel verzehrt, die blähend wirken, zum Beispiel Eier, Käse oder Fleisch, sollten immer Kohlefilter mitgeführt werden. Um Darmgase zu mindern, sollte beim Essen wenig gesprochen werden, denn so wird verhindert, dass viel Luft geschluckt wird. Für IleostomieträerInnen gilt zusätzlich, dass diese mindestens 1,5 Liter täglich trinken sollten. Ebenfalls muss dieser darauf achten, dass keine Medikamente eingenommen werden, die ausschließlich im Dünndarm resorbiert werden, da diese ansonsten unwirksam sind. Grundsätzlich gilt jedoch, dass StomaträerInnen in diesem Bereich eigene Erfahrungen machen müssen, denn jeder hat individuelle Unverträglichkeiten (vgl. Peters-Gawlik 1998, S. 161-164).

3.7 Studienergebnisse zum Thema Lebensqualität

3.7.1 Lebensqualität ein Jahr nach dem chirurgischen Eingriff

In einer deskriptiv-explorativen Studie von FRANCO MANTOVAN wurde die Lebensqualität von StomapatientInnen ein Jahr nach dem chirurgischen Eingriff untersucht. Dabei wurden 45 Betroffene in den Stomaambulanzen von Bozen, Meran und Padua befragt. Dafür wurde ein Fragebogen, bestehend aus 40 Fragen, verwendet. Zu Beginn wurde versucht, den Begriff Lebensqualität zu definieren, um diesen zu operationalisieren. Die gängigste Definition ist die der WHO, welche lautet: „Lebensqualität ist die Vorstellung eines Individuums von seiner Stellung im Leben in Zusammenhang mit Kultur und dem Wertesystem, in dem er lebt, und in Beziehung zu seinen Zielen, Normen und Belangen“ (WHO 1993). Der Fragebogen, der in dieser Studie verwendet wurde ist übernommen von der Montreuxstudie, welche Europaweit die Lebensqualität von 3700 StomapatientInnen in der postoperativen Phase untersuchte. Dieser

wurde, um bessere Vergleichswerte zu erzielen nicht verändert. In die Studie von MANTOVAN wurden alle PatientInnen mit einem Stoma befragt, deren Eingriff schon mindestens zwölf Monate zurückliegt. Der verwendete Fragebogen besteht aus drei Sektionen, die erste ist Lebensqualität, die zweite die Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung und letztere die der Selbstversorgung. Jede Sektion unterteilt sich weiteres in verschiedene Teilbereiche, aus denen sich letztlich insgesamt 40 Fragen ergeben. Diese Fragen können jeweils auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden, bei der null für die niedrigste Lebensqualität und fünf für die höchste steht. Die Ergebnisse aus 45 ausgefüllten Fragebögen zeigen, dass die Lebensqualität im Gesamtdurchschnitt 65,76% beträgt. Der geringste Wert liegt bei 31,32% und der höchste bei 93,09%. Dies zeigt schon, dass keiner in dieser Studie die höchste Lebensqualität empfindet. Der Fragebogen hatte verschiedene Kategorien, bei denen Durchschnittswerte erhoben wurden. Diese sind, (in Klammer der Durchschnitt in %), Psychologisches Wohl (61,69%), Physiologisches Wohl (60,62%), Vorstellungen über das Körperbild (61,78%), Schmerz (77,65%), Sexualität (26,67%), Ernährung (82,04%), soziale Kontakte (78,22%), Akzeptanz (71,11%), Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung (94,33%), Besserung in der medizinischen Betreuung (64,44%), medizinische Erfahrung der Ärzte bezüglich Komplikationen (67,56%), Autonomie der Selbstversorgung (80,22%) und die Verfügbarkeit von Hilfe und Beratung (90,67%). In beinahe allen Bereichen wurde mindestens einmal eine 100% Lebensqualität angegeben, jedoch hat keiner der Befragten eine 100% Lebensqualität in allen Bereichen angegeben. Männer haben Durchschnittlich 67,60% und Frauen 62,39% an Lebensqualität. Ebenfalls wurden die TeilnehmerInnen in Gruppen aufgeteilt, je nachdem wie lange diese das Stoma schon hatten. Die erste Gruppe hatte das Stoma 1-5 Jahre, die zweite 6 – 11 Jahre und die dritte Gruppe hatte es schon über zwölf Jahre. Die PatientInnen der ersten Gruppe weisen die geringste Lebensqualität mit 63,6% auf. Die zweite Gruppe erreichte einen Wert von 72,1% und die dritte einen Wert von 65%, was noch höher ist als die der ersten Gruppe. Auch das Auftreten von Komplikationen wurde untersucht. Von den 45 TeilnehmerInnen hatten 33,3%

postoperative Komplikationen, die aber in dieser Studie nicht mit der präoperativen Beratung und Stomamarkierung einhergehen. Die Vorerkrankungen, die zur Anlage eines Stomas führten sind das Karzinom, Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn. 39 PatientInnen hatten das Stoma aufgrund eines Karzinoms. Die Häufigkeit, mit der Begleiterkrankungen auftreten, wurde ebenfalls erhoben. Somit hatten 55% keine Begleiterkrankung, 15,5% hatten kardiovaskuläre Erkrankungen, 13,3% Atemweg Erkrankungen und 6,6% metabolische Erkrankungen. Die Art des verwendeten Systems wurde zusätzlich erhoben. Daraus geht hervor, dass 51% zweiteilige Systeme verwenden und 49% einteilige Systeme. 27 der 45 TeilnehmerInnen, also 60% verwenden geschlossene Beutel, 33,3% Urostomiebeutel und nur 11,1% einen Ausstreifbeutel (vgl. Mantovan 2006, S.157-166).

3.7.2 Leben mit einem Stoma – eine Literaturübersicht

BROWN et. al. haben im Jahr 2005 Literatur über die Lebensqualität mit einem Stoma gesammelt und die Ergebnisse dessen zusammengefasst. Aus allen gefundenen Studien wurden vierzehn ausgewählt und die Resultate in vier Kategorien eingeteilt. Die erste Kategorie ist die der Lebensqualität. In allen bearbeiteten Studien haben Betroffene berichtet, dass ihre Lebensqualität durch das Stoma deutlich schlechter geworden ist. Oft wird das Gefühl beschrieben, dass das Stoma nicht zum eigenen Körper gehört, und dass das Selbstbewusstsein deutlich gesunken ist. Auch Gefühle von Schock und Ekel werden häufig geäußert. Die zweite Kategorie ist die des Körperbildes. Die Vorstellung mit dem eigenen Körperbild hängt damit zusammen, wie eine Person sich äußerlich betrachtet und wie diese ihre Körperfunktionen wahrnimmt. Dieses Bild wird bei den meisten Betroffenen unmittelbar zerstört, denn nicht nur das Aussehen ändert sich, sondern auch die Funktion des Körpers. Betroffene beschreiben dies oft als Schock, geben an das Stoma und sich selbst zu hassen und fühlen sich beschämt. Das Stoma wird als abstoßend, ekelhaft und verheerend beschrieben. In der dritten Kategorie Sexualität treten ebenfalls häufig Sorgen und Ängste auf. Betroffene fühlen sich

sexuell nicht mehr attraktiv und haben Bedenken, dass der/die Partner/in sich ekeln könnte. Ebenfalls hinzu kommen sexuelle Funktionsstörungen, die vor allem beim Mann Probleme verursacht. EhepartnerInnen jedoch geben an, dass diese sich von ihrem Partner aufgrund des Stomas nicht weniger angezogen fühlen als vor der Operation (vgl. Brown et.al 2005, S.74-81).

3.7.3 Die Vorbereitung auf das Stoma

In einer Studie aus dem Jahr 2007 haben SIMMONS et. al. die These aufgestellt, dass StomaträgerInnen ihr Stoma eher akzeptieren können, wenn diese im Vorfeld genaue Information und Beratung erhalten. Wissen sie über das Stoma Bescheid, fällt es leichter, sich auf den Alltag einzustellen. Die zweite These lautet, dass das Stoma eher weniger akzeptiert wird, je weniger Sozialkontakte StomaträgerInnen haben. In dieser Studie wurde erhoben, wie die Vorbereitung auf das Stoma durch StomatherapeutInnen soziale Interaktionen und die Effektivität der Selbstversorgung beeinflusst. Diese Frage stellten sich SIMMONS et. al. deswegen, weil diese in Literaturrecherchen Phänomene wie Einsamkeit, Depression, Selbstmordgedanken und wenig Selbstbewusstsein feststellten. Weiters fanden sie heraus, dass StomaträgerInnen mehr Eheprobleme hatten und weniger Sozialkontakte als nicht Betroffene. Um die Befragung durchführen zu können wurden 51 StomaträgerInnen aus England in einem Untersuchungszeitraum von zwei Jahren befragt, welche alle Kontakt zu StomatherapeutInnen hatten. Untersucht wurden die Kategorien „Anpassung an das Stoma“, „Akzeptanz des Stomas“, „Effektivität der Selbstversorgung“ und „zwischenmenschliche Beziehungen“. Die TeilnehmerInnen waren zwischen 30 und 78 Jahren. 27 der 51 TeilnehmerInnen waren männlich. Untersucht wurde wie diese Kategorien miteinander korrelieren. Auffällig war, dass alle Kategorien mit der Akzeptanz korrelierten, was bedeutet, dass man sich besser selbst versorgen kann, und bessere zwischenmenschliche Beziehungen hat, wenn man das Stoma als einen Teil von sich akzeptiert. Diese Akzeptanz kann jedoch nur erreicht werden, wenn Betroffene von StomatherapeutInnen ganzheitlich aufgeklärt

werden. Betroffene können ihren Alltag dadurch besser an das Stoma anpassen und haben somit eine bessere Lebensqualität (vgl. Simmons et.al. 2007, S.627-633).

In den vorherigen Kapiteln wurde nun ein großer Aspekt der Stomapflege bzw. Stomaversorgung dargestellt, die eine Pflegeperson wissen muss, um Fragen von PatientInnen beantworten zu können. Auch aus den Studien zum Thema Lebensqualität mit einem Stoma geht hervor, dass sehr viel Bedarf vorhanden ist, professionell beraten zu werden. Pflegepersonen sollen sich bewusst sein, welche Sorgen und Ängste vorherrschend sind, um darauf eingehen zu können.

In den folgenden Kapiteln wird nun dargestellt, welche Formen der Beratung in Frage kommen, um StomapatientInnen optimal zu betreuen. Dafür wird erst der pflegetheoretische Hintergrund nach Aaron Antonovsky dargestellt, welcher für die Beratung ein wichtiger Faktor ist. Des Weiteren wird ein Modell nach Corbin und Strauss vorgestellt, welches sich mit der Beratung chronisch kranker Menschen befasst. Um jedoch als Pflegeperson in der beratenden Funktion tätig zu sein, bedarf es einiger Kompetenzen im Bereich der Kommunikation, welche ebenfalls geschildert werden. Als letzter Punkt in diesem Kapitel werden, wie bereits erwähnt, verschiedene Formen der Beratung dargestellt.

4 Pflege-theoretischer Hintergrund

4.1 Kurzbiographie Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn geboren und studierte nach seinem Abschluss am Brooklyn-College Geschichte und Wirtschaft an der Yale-Universität. Er kam mit Medizinsoziologie und Stressforschung in Berührung, da er im Zweiten Weltkrieg in die US-Armee eingezogen wurde. 1952 machte er den Abschluss der Soziologie an der Yale-Universität und erwarb dadurch seinen Ph.D. Von 1955-1959 war er Dozent an der Abendschule am Brooklyn-College und wurde 1956 Leiter der Forschungsabteilung des Anti-Diskriminierungsausschusses im Staat New York. 1959 bis 1969 war er an der Universität Teheran Professor für Soziologie. Im Jahre 1969 emigrierte Antonovsky mit seiner Gattin nach Israel, wo er in Jerusalem am Institut für angewandte Sozialforschung als Medizinsoziologe arbeitete. Schwerpunktmäßig arbeitete er unter anderem mit der Epidemiologie der Multiplen Sklerose und mit den psychosozialen Risiken jüdischer Emigranten aus den USA bezüglich koronarer Herzkrankheit. Das Modell der Salutogenese entwickelte er, als er sich mit Frauen beschäftigte, die nationalsozialistische Konzentrationslager überlebt haben. Dass diese Frauen ihr Leben danach wieder aufbauen konnten, um weiter zu leben empfand er als ein Wunder. Am 7.Juli 1994 verstarb Aaron Antonovsky in Beer-Sheba in Israel (vgl. Antonovsky 1997, S.13).

4.2 Das Kohärenzgefühl

Zu Beginn seiner Arbeit stellte Antonovsky sich die Frage, wie Menschen es schaffen, nach einem schweren Trauma mit dem Leben dennoch wieder gut zurecht zu kommen. Erst beschrieb er dies als eine Welt, die vorhersehbar und verstehbar für die Betroffenen ist. Eine Welt, in der Form und Struktur herrscht und eine gewisse Gesetzmäßigkeit. Damit gab er sich jedoch nicht zufrieden

und führte Interviews mit 51 Personen, die unterschiedliche, jedoch schwere traumatische Erlebnisse hatten. Er wollte wissen, wie diese Menschen selbst ihr Leben sahen. Er untersuchte diese Interviews auf Gemeinsamkeiten, auf Themen, die in der Kontrollgruppe nicht zu finden waren. Damit definierte er die drei wesentlichen und ausschlaggebenden Begriffe des SOC – dem sense of coherence. Er nannte diese Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. Antonovsky 1997, S.34). „Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass:

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, S.36).

Damit man den SOC jedoch auch erreichen kann, definierte Antonovsky auch das Konzept des GRRs – den „General Resistance Resources“. Diese sind biologische, materielle und psychologische Faktoren, die einer Person helfen, das Leben als strukturiert und geordnet zu sehen. Diese Faktoren sind beispielsweise Geld, Bildung, Erfahrung, Selbstwertgefühl, Sozialleben, Kultur, Intelligenz uvm. Treffen diese Faktoren auf einem Menschen in großer Zahl zu, ist es diesem leichter möglich ein Kohärenzgefühl zu entwickeln (Lindström et.al. 2006, S.241).

4.2.1 Verstehbarkeit

Die Verstehbarkeit „bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (Antonovsky 1997, S.34).

Menschen mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit nehmen an, dass ihre Zukunft vorhersehbar ist und erklärt werden kann. Dinge die auf einen Zukommen, werden als Herausforderung gesehen (vgl. Antonovsky 1997, S.34-35). „Meine Welt ist verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang begreifen“ (Schiffer 2001, S.29).

4.2.2 Handhabbarkeit

Die Handhabbarkeit definiert sich als das Ausmaß der vorhandenen Ressourcen, die man hat, um den Anforderungen eines Stimulus zu begegnen. Ressourcen sind in diesem Fall EhepartnerInnen, Freunde, KollegInnen, Religion usw. – etwas auf das man sich verlassen kann. Wer diese Ressourcen hat, wird sich selten in die Opferrolle gedrängt sehen, denn man lernt, mit bedauerlichen Dingen zurecht zu kommen (vgl. Antonovsky 1997, S.35). „Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge auch über innere und äußere Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme einsetzen kann“ (Schiffer 2001, S. 29).

4.2.3 Bedeutsamkeit

Die Bedeutsamkeit ist die dritte Komponente des SOC und ist auf emotionaler Ebene anzutreffen. Sie ist das motivationale Element, welches Menschen hilft in Bereiche zu investieren, die ihnen persönlich wichtig sind. Für Lebensbereiche, die für Betroffene Sinn machen, die wichtig sind, ist man bereit zu arbeiten und etwas zu tun (vgl. Antonovsky 1997, S.35). „Für meine Lebensführung ist Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt“ (Schiffer 2001, S.29).

4.2.4 Die Fluss - Metapher

Antonovsky verdeutlicht die salutogenetische Sichtweise anhand einer Metapher vom Fluss als Strom des Lebens. „Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinne verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen oder Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung gewidmet: ‚Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?‘“ (Antonovsky 1997, S.92). Um bei dieser Metapher zu bleiben, werden Menschen immer wieder mit größtmöglichem Aufwand aus dem reißenden Fluss gerettet. Die Frage, warum ein Mensch ein guter Schwimmer ist, und der andere sogleich untergeht, wird meist nicht nachgegangen (vgl. Hüper 2009, S.77).

4.2.5 Was ist Gesundheit?

Um das Modell von Antonovsky in seiner Ganzheit verdeutlichen zu können, muss an dieser Stelle geklärt werden, was der Begriff Gesundheit bedeutet. Für Gesundheit gibt es verschiedenste Definitionen. Einige davon werden nun erläutert.

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das frei sein von Krankheit und Gebrechen“ (Definition lt. WHO: gefunden auf: www.bmg.gv.at am 26.10.2010). „Gesundheit ist etwas anderes als Nicht-Krankheit“ (Schiffer 2001, S.42). In der heutigen Medizin kennt man verschiedene Krankheiten, für die es Experten des jeweiligen Fachgebietes gibt - für Gesundheit ist jeder Mensch selbst zuständig. Antonovsky beschäftigte sich nicht mit der Pathogenese, die beschreibt, welche Faktoren zu Krankheit führen können. Als Ergänzung dazu spricht er von der Salutogenese, also von Kräften, die einem Menschen seelische und körperliche Gesundheit ermöglichen. Gesundheit ist für den Menschen kaum bewusst

wahrnehmbar. Erst dann, wenn Symptome einer Krankheit auftreten, merkt ein Mensch, dass es an Gesundheit fehlt. Antonovsky stellte hierzu fest, dass ein jeder fragt, warum man krank ist. Selten jedoch stellt sich ein Mensch die Frage, warum man denn eigentlich gesund ist (vgl. Schiffer 2001, S.42-44).

4.2.6 Das Gesundheit- Krankheits- Kontinuum

Antonovsky kritisiert nicht nur eine rein pathogenetische Denkrichtung, sondern auch die Dichotomie zwischen dem Ansatz, dass ein Mensch entweder gesund oder krank ist. Der krankheitsorientierte Ansatz wendet alle Ressourcen an, um Kranke zu behandeln und Gesundheit wiederherzustellen. Die rein salutogenetische Denkrichtung betrachtet nur das, was einen Menschen gesund hält (vgl. Antonovsky 1997, S.22-23). Antonovsky definierte deshalb das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und beschreibt dieses wie folgt. „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund“ (Antonovsky 1997, S.23). Antonovsky sieht vor, dass man jederzeit bestimmen soll, wo sich eine Person in diesem Kontinuum gerade befindet (vgl. Antonovsky 1997, S.23).

4.2.7 Der Stellenwert der Salutogenese in der Pflegeberatung

Das Modell von Aaron Antonovsky soll eine Grundlage in der Pflegeberatung darstellen um dem kranken Menschen seine gesunden Anteile aufzuzeigen. Die Salutogenese kann die Akzeptanz von Krankheit fördern und es PatientInnen ermöglichen, diese als Bestandteil ihres Lebens zu betrachten und zu integrieren. Um die gesunden Anteile zu finden, bedarf es jedoch einer pflegerischen Beziehung zwischen PatientInnen und StomapflegerInnen. Die Pflegeperson sollte Betroffene erst erzählen lassen und zuhören, um diese nicht nur auf InformationsträgerInnen zu reduzieren. Diese Beziehung ist wichtig, damit Betroffene das nötige Vertrauen haben, sich zu öffnen und über ihre Probleme zu sprechen, die sie belasten (vgl. Hüper 2009, S.80-81). Salutogenetische Beratung ist kein Informationsgespräch, sondern ein

gemeinsames Suchen nach Kompetenzen, die einen Menschen befähigen, selbstbestimmt mit seiner Gesundheit umzugehen. Die Fragen in solch einem Beratungsgespräch richten sich nicht nach möglichen Defiziten, sondern nach zu fördernden Kompetenzen und Ressourcen. (vgl. Hüper 2009, S.84-86). BRIESKORN-ZINKE beschäftigte sich 2000 damit, wie man den SOC in den Alltag der Pflege integrieren kann und kam zu folgendem Schluss. Um das Kohärenzgefühl zu stärken, muss die Pflege zuerst über die drei Grundbegriffe Bescheid wissen, um diese in das pflegerische Handeln zu integrieren. Pflegerische Tätigkeit ist meist auf die Erlangung von Gesundheit ausgerichtet, weshalb es möglich ist, dieses zielgerichtet zu fördern (Brieskorn-Zinke 2000, S.376). Antonovsky vertrat die Ansicht, dass jemand mit einem starken SOC die Hilfe der Pflege gar nicht benötigt, jemand mit einem schwachen SOC sehr stark auf Hilfe von außen angewiesen ist. Er war jedoch ebenfalls der Meinung, dass es utopisch sei zu erwarten, dass eine oder mehrere Begegnungen mit einer helfenden Person den SOC überhaupt verändern könnten. Die Weltsicht, die ein Mensch sich über Jahrzehnte hin angeeignet, kann nicht in einigen wenigen Begegnungen verändert werden. Es ist jedoch möglich, den SOC temporär zu beeinflussen, da dieser immer um einen Mittelwert herum fluktuiert (vgl. Antonovsky 1997, S.118). Beratung, die einen salutogenetischen Ansatz verfolgt, ist immer subjektorientiert und sieht den Menschen in seiner jetzigen Lebenswelt, die dieser sich im Laufe der Zeit selbst gestaltet hat. Die drei Komponenten des SOC können systematisch in die Beratung einfließen, um eben diesen zu stärken. Die Verstehbarkeit einer Krankheit kann gefördert werden, indem man PatientInnen dabei unterstützt, Probleme erst einmal kognitiv zu verarbeiten. Es wird eine Art „Landkarte“ hergestellt, auf welcher alle Probleme vermerkt werden. Ausgehend von dieser Landkarte, wird der Ort bestimmt, an dem man mit der Lösung eines Problems beginnen kann. Die Pflege kann mit dieser Methode gut erkennen, wo PatientInnen stehen, und welche Informationen diese am dringendsten benötigen. Erst daraufhin kann mit der Beratung begonnen werden, wenn diese nicht nur noch reine Willkür und Zufälligkeit an ihrer Situation erkennen können. Die Handhabbarkeit ist stark ressourcenorientiert. Hier wird ermittelt, welche Hilfe PatientInnen brauchen, um

mit ihrer Situation zurecht zu kommen. Die gemeinsame Ermittlung vorhandener Ressourcen, kann PatientInnen auch ermutigen, wenn diese sich eventuell über ihre eigenen Kompetenzen nicht im Klaren waren. Hier geht es vor allem darum, PatientInnen aufzuzeigen, wie sie mit der Krankheit umgehen und wie sie sich richtig selbst versorgen können. Vor allem aber geht es darum, dass man einem Menschen zeigt, dass Schwierigkeiten lösbar sind, auch wenn diese am Anfang beängstigend waren. Ziel ist, dass Betroffene sich den Anforderungen ihrer Krankheit mehr und mehr gewachsen fühlen. Die dritte und am schwersten zu beeinflussende Komponente ist die der Bedeutsamkeit. Wenn auch schwer zu beeinflussen, sind Pflegepersonen mit dieser doch am häufigsten konfrontiert. Aussagen wie „ich will nicht mehr“ führen oft zur Sprachlosigkeit seitens der Pflege, weil man sich hilflos fühlt. Hier sollten Pflegepersonen besonders empathisch und einfühlsam reagieren, um eventuelle Motivationen wieder aufleben zu lassen. Um diese Hürde zu schaffen, brauchen beide Seiten viel Zeit und viele Gespräche um sich kennen zu lernen (vgl. Brieskorn-Zinke S.377-378).

4.3 Die Pflege – und Krankheitsverlaufskurve

Als theoretischer Rahmen für die Betreuung chronisch Kranker Menschen eignet sich an dieser Stelle auch das Konzept der Pflege – und Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss. Diese wurde nach qualitativen Interviews mit chronisch Kranken Menschen entwickelt und beinhaltet physiologische und psychologische Aspekte einer Krankheit. Um von der rein medizinisch-pflegerischen Komponente einer Krankheit abzusehen, wird in diesem Modell jeder Aspekt berücksichtigt, der aufzeigt, welche Arbeit geleistet werden muss, um eine Krankheit zu überwinden. Wie sich die Phasen der Pflege – und Krankheitsverlaufskurve gestalten, hängt von der wechselseitigen Beziehung von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen ab. Im Vordergrund sollen zwischenmenschliche Beziehungen stehen, die es ermöglichen, eine Krankheit besser zu bewältigen (vgl. Hüper et.al 2009, S.60).

4.3.1 Stadien der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve

Vorstadium

In diesem Stadium dominieren Faktoren, die die Entstehung einer Krankheit beeinflussen können. Diese sind vor allem genetische Dispositionen, Lebensweise und die Gesellschaft und das Umfeld in dem man lebt. Hier kann man durch gesundheitsförderndes Verhalten dem Entstehen einer Krankheit entgegenwirken (vgl. Hüper et.al 2009, S.63).

Verlaufskurvenbeginn

In dieser Phase zeigen sich die ersten Symptome einer Krankheit und die ersten diagnostischen Maßnahmen werden in die Wege geleitet. Die Unsicherheit über den weiteren Verlauf des Lebens hinsichtlich der eigenen Biographie beeinflussen Alltag, Familienleben und Berufsleben. Ziel in dieser Phase ist es, Pläne zu entwickeln, wie sich das weitere Vorgehen gestalten soll (vgl. Hüper et.al 2009, S.63).

Stabile Phase

Hier ist der Verlauf der Krankheit stabil und kontrollierbar. Betroffene sind zu Hause und werden ambulant betreut. Die Aktivitäten des täglichen Lebens können trotz der Krankheit ausgeführt werden, da die Krankheit nicht dominierend ist. Hier gilt es das Augenmerk darauf zu legen, die Symptome zu kontrollieren und nicht in die instabile Phase zu gleiten (vgl. Hüper et.al. 2009, S.63).

Instabile Phase

Sind die Symptome nicht mehr kontrollierbar, treten erneut Probleme im Alltag auf und Betroffene fühlen sich in ihrem Dasein bedroht. Das Ziel ist hier, diese Phase wieder zu stabilisieren, da es ansonsten passieren kann, daß man in die akute Phase wechselt (vgl. Hüper et.al 2009, S.64).

Akute Phase

In der akuten Phase treten Komplikationen auf und die Krankheit verschlimmert sich. Der normale Alltag kann nicht mehr aufrecht erhalten werden, Betroffene haben Schwierigkeiten ihren Aktivitäten nachzugehen. Hier ist ein Krankenhausaufenthalt meist notwendig, um die Krankheit wieder unter Kontrolle zu bringen um wieder in die stabile Phase zu gelangen (vgl. Hüper et.al 2009, S.64).

Krisenphase

Das Zustandsbild von Betroffenen wird meist sehr kritisch und kann gegebenenfalls lebensbedrohlich werden. Hier gilt es wieder, die Krankheit zu kontrollieren, damit sich die Situation normalisieren kann (vgl. Hüper et.al 2009, S.64).

Normalisierung

Alle AkteurInnen in der Pflege – und Krankheitsverlaufskurve versuchen, für den Betroffenen körperliches und seelisches Wohlbefinden zu ermöglichen, damit dieser lernen kann, seinen Alltag mit eingeschränkten Ressourcen zu meistern. Der Verlauf der Krankheit ist nach wie vor daraufhin ausgerichtet, wieder eine stabile Phase zu erreichen (vgl. Hüper et.al 2009, S.64).

Abwärtsphase

Für Betroffene ist diese Phase insofern eine Herausforderung, da diese ihren Alltag ständig an ihre abnehmenden Fähigkeiten anpassen müssen. In der Abwärtsphase verschlechtern sich die Symptome und das Krankheitsbild sehr schnell. Ziel ist hier, dass Betroffene dies akzeptieren und sich an ihre Krankheit anpassen (vgl. Hüper et.al 2009, S.65).

Sterbephase

Dies ist die letzte Phase in der Pflege – und Krankheitsverlaufskurve und beinhaltet die letzten Wochen oder Tage vor dem Tod. Ziel ist es, Betroffenen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen (vgl. Hüper et.al 2009, S.65).

5 Kommunikation in der Beratung

Ohne Kommunikation wäre Beratung nicht möglich. Es ist ein Mittel in der Pflege, welches ermöglicht, mit PatientInnen in Kontakt zu treten, sie zu informieren, sie anzuleiten, um miteinander Entscheidungen treffen zu können. Ohne Kommunikation wäre die Arbeit in einem Sozialberuf nahezu unmöglich, ebensowas die interdisziplinäre Zusammenarbeit (vgl. Kulbe 2001, S.105). SCHULZ VON THUN beschreibt die Kommunikation als einen Vorgang zwischen einem/einer Sender/in und einem/einer Empfänger/in. Der/die Sender/in ist jemand, der etwas mitteilen möchte, indem eine Nachricht gesendet wird. Der/die Empfänger/in muss diese Nachricht daraufhin entschlüsseln (vgl. Schulz von Thun 1981, S.25).

5.1 Die vier Seiten einer Nachricht

Sachinhalt

Eine Nachricht enthält immer eine Sachinformation. Diese gibt Information über einen Sachbestand. Diese Sachinformation steht immer im Vordergrund (vgl. Schulz von Thun 1981, S.26).

Selbstoffenbarung

Bei der Selbstoffenbarung gibt der/die Sender/in auch immer Information über die momentane Gefühlslage. Es offenbart sich Ärger oder Freude. Auf dieser Ebene versuchen Menschen sich auch selbst ins beste Licht zu rücken und verwenden meist Ich-Botschaften um den Standpunkt klar zu machen (vgl. Schulz von Thun 1981, S.26).

Beziehung

Daraus geht hervor, welche Beziehung SenderInnen und EmpfängerInnen zueinander haben. Dies zeigt sich vor allem in Tonfall oder bestimmten Formulierungen. Hier wird meist klar deutlich, was man voneinander hält, wie

man zueinander steht und ob beispielsweise Machtverhältnisse vorherrschen. In der Beziehungsebene überwiegen Du-Botschaften oder Wir-Botschaften (vgl. Schulz von Thun 1981, S.27).

Appell

Beinahe alle Nachrichten beinhalten einen Appell an den/die Empfänger/in. Der/die Sender/in will den/die Empfänger/in dazu bringen, bestimmte Dinge zu tun, oder nicht zu tun. Der Aspekt des Appells kann auch durchaus missbraucht werden, um manipulativ zu sein (vgl. Schulz von Thun 1981, S.29-30).

5.2 Die vier Ohren der EmpfängerInnen

Ebenso, wie SenderInnen eine Nachricht auf vier Ebenen aussprechen, können EmpfängerInnen eine Nachricht mit vier Ohren, wie es SCHULZ VON THUN definierte empfangen. An einem Beispiel soll dies verdeutlicht werden. Eine Aussage einer Pflegekraft könnte lauten: „Herr. K., Sie haben Bettruhe!

- Sachohr hört: Bettruhe heißt im Bett bleiben. Stimmt, das ist meine ärztliche Verordnung.
- Appellohr hört: Ich sollte mich schnellstens wieder hinlegen und an die Verordnung halten.
- Selbstoffenbarungsohr hört: Oh, erwischt, ich bin kein braver Patient!
- Beziehungsohr hört: Sie sind hier der Patient, nicht Arzt oder Pfleger! Wir haben eine asymmetrische Beziehung, ordnen Sie sich entsprechend unseren Rollen unter“ (Kulbe 2001, S.114).

5.3 Verbale und nonverbale Kommunikation

Um richtig kommunizieren zu können, muss erst geklärt werden, was Kommunikation bedeutet. „Kommunikation ist ein wechselseitiger Prozess, eine Interaktion, in der sich Lebewesen Nachrichten (Wörter, Laute, Gestik) übermitteln“ (Kulbe 2001, S.105).

Verbale Kommunikation

Verbale Kommunikation meint den sprachlichen Anteil, mit welchem man sich mittels Worten oder Zeichen untereinander verständigen kann. Verbale Kommunikationsmittel sind „face to face“ Gespräche, Telefonate, Radio oder Fernsehen, Briefe und E-mails. In Gesagtem kann eine explizite Botschaft ausgedrückt werden, bei der klar ist, was ein/eine Patient/Patientin möchte. Beispielsweise verlangt dieser/diese ein Schmerzmittel, weil er eben Schmerzen hat. Anders als die explizite Botschaft, verhält es sich mit der impliziten. Hier verbirgt sich der eigentliche Wunsch in einer unklaren Aussage. Meist weiß der Empfänger jedoch genau, was die Botschaft bedeuten soll (vgl. Kulbe 2001, S.106).

Nonverbale Kommunikation

Die nonverbale Kommunikation bezieht sich vor allem auf Gestik und Mimik eines Menschen. Alles Gesprochene wird durch Mimik und Gestik untermalt. Sei es durch Bewegungen der Hände, Beine oder des Kopfes. Botschaften können auch ohne Worte klar geäußert werden, wie zum Beispiel durch ein Kopfschütteln oder eine abwehrende Handbewegung. Ebenso verdeutlicht die Mimik bei einem Gespräch unbewusst das Gesagte. Der Blickkontakt bestimmt meist den Gesprächsverlauf und bestimmt, wann ein Gespräch begonnen oder beendet wird. Auch die Körperhaltung kann seinem Gegenüber sehr viel vermitteln. Sitzt man mit vorgebeugtem Oberkörper seinem Gesprächspartner zugewandt, bedeutet dies Interesse. Verschränkte Hände vermitteln Desinteresse und Langeweile (vgl. Kulbe 2001, S.107-108).

5.4 Gesprächstechniken

Offene Fragen

Stellt man eine offene Frage erwartet man sich eine ausführliche Antwort. Offene Fragen regen das Gegenüber an, etwas zu erzählen. Man bekommt Informationen, die Betroffene für sich selbst als wichtig erachten. Ein Beispiel für eine offene Frage wäre: „Wie geht es Ihnen?“. Solche Fragen eignen sich besonders gut für den Einstieg in ein Gespräch, oder wenn ein Gespräch ins Stocken gerät (vgl. Hausmann 2005, S.181).

Geschlossene Fragen

Bei geschlossenen Fragen wird die Antwortmöglichkeit vorgegeben. Man kann mit geschlossenen Fragen präzise Informationen bekommen, man wirkt dadurch jedoch oft verschlossen und distanziert. Der Extremfall einer geschlossenen Frage wäre eine, die nur mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten wäre. Diese Fragen sind im Gespräch mit PatientInnen zu vermeiden (vgl. Hausmann 2005, S.181-182).

Wiederholen

Aussagen der befragten PatientInnen werden wörtlich wiederholt. Damit kann der/die Zuhörer/in feststellen, ob er/sie verstanden hat, was gesagt wurde. Auch mehrdeutige, unklare Begriffe werden so geklärt (vgl. Hausmann 2005, S.183).

Paraphrasieren

Aussagen, die der/die Befragte artikuliert, werden mit eigenen Worten wiederholt und zusammengefasst. So zeigt man GesprächspartnerInnen, dass man zuhört und das Gesagte verstanden hat. PatientInnen hören dadurch das selbst Ausgesprochene und können sich gegebenenfalls selbst korrigieren. Außerdem vermittelt Paraphrasieren, dass man wirklich zuhört, und dies schafft eine Vertrauensbasis zwischen Betroffenen und Pflegepersonen. Sätze in

denen man paraphrasiert beginnen oft mit den Worten: „Habe ich richtig verstanden, dass...“, oder „Das heißt also“ (vgl. Hausmann 2005, S.183).

Gefühle ansprechen

GesprächspartnerInnen äußern meist zumindest mimisch ihre Gefühle, auch wenn diese sie oft nicht aussprechen. Durch genaue Beobachtung kann man diese Gefühle identifizieren und Betroffene darauf ansprechen. Dies ist insofern sehr förderlich, weil Gefühle aufgrund von, beispielsweise Scham, oft nicht ausgesprochen werden. Man hilft somit seinem Gegenüber, die Emotionen besser ausdrücken zu können. Ein Beispiel wäre: „Ich habe das Gefühl, dass Sie traurig sind.“ Diese Art des Gesprächs findet sehr stark auf der Beziehungsebene statt und erfordert sehr viel Feingefühl (vgl. Hausmann 2005, S.183).

Schweigen

Auch Schweigen ist ein sehr effektives Mittel in der Kommunikation. Man lässt den gesagten Dingen Raum, um zu wirken. Indem man miteinander schweigt, zeigt man, dass man den anderen nicht im Stich lässt und eine Krise mit ihm durchstehen kann. Schweigen muss man jedoch auch aushalten können und nicht zwanghaft versuchen, das Gespräch weiterzuführen. Andererseits kann Schweigen auch ein Zeichen von mangelndem Interesse sein, wenn im falschen Moment geschwiegen wird (vgl. Hausmann 2005, S.183).

Aktiv Zuhören

Im Gespräch soll die Pflegeperson dem Gesagten aufmerksam folgen und nicht nebenbei andere Dinge erledigen. Dies ist wichtig, um bei eventuellen Unklarheiten genauer nachzufragen, oder verborgene Wünsche der PatientInnen zu erkennen, die diese vielleicht nicht aussprechen wollen (vgl. Hausmann 2005, S.180).

5.5 Grundhaltung im Gespräch

Eine spezielle Form der Gesprächsführung ist die humanistische Gesprächsführung nach CARL ROGERS. Dieser hat die klientenzentrierte Psychotherapie erstmals definiert, welche besagt, dass der Mensch in seiner Individualität im Mittelpunkt steht. Er geht von einem humanistischen Menschenbild, in dem Menschen immer mit Akzeptanz und Wertschätzung gesehen werden, aus. Er formulierte Akzeptanz, Empathie und Kongruenz als Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Gesprächsführung. Dies sind jedoch Eigenschaften, die nicht vollständig erlernbar sind. Es ist eine innere Grundhaltung nötig, um PatientInnen angemessen gegenüberzutreten zu können. Hier zählen vor allem das eigene Weltbild und eigene Wertvorstellungen (vgl. Kulbe 2001, S.130-131).

5.5.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers

Carl Rogers, geboren 1902 in der Nähe von Chicago gründete 1940 das Konzept der Personen- bzw. Klientenzentrierten Beratung und die nicht-direktive Beratung. Mit seinen Konzepten wollte er sich bewusst von medizinischen Krankheitsauffassungen und Verhaltenstherapie abgrenzen. Die Grundannahme der klientenzentrierten Gesprächsführung ist, dass der Mensch in seiner Eigenverantwortlichkeit im Vordergrund steht und eigene Entscheidungen treffen kann. Die Grundhaltung im Gespräch ist Anteilnahme und Akzeptanz ist gekennzeichnet durch Nichtdirektivität. Rogers geht von einer Lebenskraft aus, von einer inneren Motivation, die es einem Menschen ermöglicht, seine Potentiale bestmöglich zu entfalten. Er geht davon aus, dass jeder Mensch das bestmögliche aus seinem Leben machen will und nicht nur die Grundbedürfnisse befriedigen möchte. Eine Berater-Klient-Beziehung löst einen Prozess aus, der Selbstheilungstendenzen freisetzt. In diesem Kontext entwickeln KlientInnen mehr Autonomie, Selbstachtung und Bewusstsein (vgl. Elzer et. al 2007, S.81-82).

Menschenbild

Das Menschenbild hat laut Rogers folgende Annahmen. Der Mensch strebt nach Unabhängigkeit und äußerer Kontrolle und kann in das eigene Leben selbstverantwortlich eingreifen. Grundlegende Antriebskräfte eines Menschen sind Wachstumsbedürfnisse, durch welche dieser befähigt ist, Fähigkeiten weiter auszubauen. Neben materiellen Bedürfnissen, strebt der Mensch auch nach Menschenwürde und Freiheit. Alle Handlungen sind grundsätzlich zielorientiert, sinnhaft und intentional. Beratung ist hier nur sinnvoll, wenn BeraterInnen nicht versuchen, die Umwelt zu verändern, sondern hilft, den Alltag gestärkter und angstfreier zu bewältigen (vgl. Elzer et. al 2007, S.83).

Empathie

Empathie heißt einführendes Verstehen und die Bestrebung, sich in die Welt des anderen hinein versetzen zu können oder zu wollen. Man versucht die Welt der PatientInnen durch derer Augen zu sehen, um Gefühle und Gedanken besser nachvollziehen zu können (vgl. Kulbe 2001, S.130-131).

Akzeptanz

Akzeptanz meint die Wertschätzung gegenüber einem anderen Menschen, welchem man möglichst vorurteilsfrei und wertfrei gegenüber tritt. Eigene Gefühle wie Hass, Ekel oder auch Zuneigung müssen zurück gestellt werden um einander ohne negative Einstellung gegenüber treten zu können (vgl. Kulbe 2001, S.131).

Kongruenz

Kongruenz bedeutet Echtheit im Sinne von authentisch sein. Im Gespräch soll es einem selbst möglich sein, die eigenen Gefühle äußern zu können. Hier ist es bedeutsam, die eigenen Grenzen wahr zu nehmen und Belastungen zu erkennen (vgl. Kulbe 2001, S.131).

Empowerment

Das Konzept des Empowerments soll die Selbstbestimmung und die Stärke von PatientInnen fördern. RAPPAPORT, der Begründer dieses Konzeptes definierte dies wie folgt: „Unter empowerment verstehe ich, dass es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben selbst zu bestimmen.“ (Rappaport 1985, zitiert in Hüper 2009, S.155).

5.6 Krankheitserleben

Krankheitserleben beschreibt, wie PatientInnen individuell mit einer schwierigen Situation umgehen. PatientInnen setzen sich auf verschiedene Arten mit der Krankheit auseinander und haben persönliche physiologische und seelische Grenzen. Der subjektive Krankheitsgewinn hängt von der Schwere der Erkrankung ab, und auch davon, wie lange die Krankheit bereits andauert. Vor allem die betroffenen Organsysteme und die damit einhergehenden Veränderungen bestimmen das Krankheitserleben. Auch die Art der Krankheit ist ausschlaggebend für die Genesung. Jemand, der sich den Arm gebrochen hat, ist nicht denselben gesellschaftlichen Vorurteilen ausgeliefert, wie jemand, der zum Beispiel ein Stoma hat. Abwertungen und Stigmatisierungen mindern das Selbstwertgefühl eines Menschen, wodurch dieser durch die hohe psychische Belastung mutlos wird und sich in Folge dessen sozial isoliert. Dies ist ein Kreislauf, der den Genesungsprozess erheblich beeinträchtigen kann (vgl. Kulbe 2001, S.51-52).

Coping

Coping ist ein englischer Begriff und bedeutet Bewältigung. Es geht vor allem darum, welche Methoden ein Mensch für sich selbst hat, um schwierige Situationen zu meistern. Die individuelle Kompetenz eines Menschen, Probleme zu lösen nennt man Copingstrategie oder Bewältigungsstrategie. Hier gibt es noch die Unterscheidung zwischen persönlichen und kollektiven Copingstrategien. Individuell meint, dass eine Person das Gefühl hat, etwas im

Griff zu haben und mit einer Situation umgehen zu können. Unterstützt wird diese dabei von einer kollektiven Copingstrategie. Zu diesen zählen vor allem Familie, Freunde, TherapeutInnen oder ArbeitskollegInnen. Um Belastungen bewältigen zu können, haben PatientInnen verschiedene Coping-Stile. Darunter versteht man Verhaltensmuster, die man sich im Lauf des Lebens aneignet um mit Problemen fertig zu werden. So werden manchen PatientInnen Probleme oder Situationen vermeiden, die ihnen Angst machen, andere wiederum werden sich aktiv damit auseinandersetzen. Gesagt sei auch, dass es nicht immer nur sinnvolle Handlungen sind, die PatientInnen im Rahmen der Bewältigung vollziehen. So kann es beispielsweise sein, dass auf einmal unangemessen viel Alkohol konsumiert wird, oder Tabletten im Übermaß eingenommen werden. Diese Form des Coping ist für kurze Zeit vielleicht für PatientInnen hilfreich, langfristig gesehen trägt dies jedoch keinen positiven Beitrag zur Genesung bei (vgl. Kulbe 2001, S.53-54). ARETS et. al. definierten mögliche Reaktionen auf eine Krankheit oder eine Situation. Erstere wäre die Unsicherheit. PatientInnen beschäftigen sich mit allen Fragen rund um die Krankheit, mit Zukunftsperspektiven oder Lebensqualität. Unsicherheit entsteht und wird gefördert durch mangelnde Information von Seiten der Pflegepersonen und Ärzten. PatientInnen wollen Information über Diagnose, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten und wie sie selbst zur Besserung beitragen können. Steigt die Unsicherheit aufgrund von Informationsmangel kann sich diese in körperlichen Symptomen manifestieren. PatientInnen leiden in Folge dessen an Schlaflosigkeit, sind tachykard oder klagen über Übelkeit oder Durchfall. Eine weitere Reaktion auf Krankheit sind negative Gefühle. PatientInnen sind sehr oft niedergeschlagen, frustriert und haben Angstgefühle. Die professionelle Pflege lässt diese Gefühle zu und sieht sie als Teil der Krankheitsbewältigung an. Vor allem im Krankenhausalltag sind PatientInnen oft unterfordert und gelangweilt und haben Zeit, viel nachzudenken, wobei es nicht selten zu Sinnkrisen kommen kann (vgl. Arets et. al. 1999, S. 203-204).

Compliance

„Als Compliance beziehungsweise Non-compliance wird das Befolgen oder Nicht-Befolgen ärztlicher/pflegerischer Anordnungen im Sinne von medizinkonformen Krankheitsverhalten bezeichnet.“ (Kulbe 2001, S.55). Nehmen PatientInnen medizinische oder pflegerische Hilfe in Anspruch, erwartet das Fachpersonal automatisch, dass PatientInnen ihnen selbstverständlich vertrauen. Ein Verweigerungsverhalten von PatientInnen tritt dann auf, wenn diese in Entscheidungen nicht miteinbezogen werden und kein Mitspracherecht haben. Häufig bilden sich deshalb Konflikte, weil PatientInnen aufgrund der Umstände keinen Verhaltensspielraum haben und durch die Krankheit eingeschränkt sind. Der routinierte Ablauf einer Station, der viele Einschränkungen für PatientInnen mit sich bringt, bringt diese oft dazu, ein protestartiges Verhalten an den Tag zu legen. Es herrscht Zeitmangel, Personalmangel, die Intims- und Privatsphäre ist ungenügend und häufig wird nur in medizinischer Fachsprache gesprochen, die PatientInnen als Laien häufig nicht verstehen. All diese Faktoren führen zur Non-compliance (vgl. Kulbe 2001, S.55-56).

Bedürfnisse

Es stellt sich die Frage, warum Menschen denn eigentlich etwas tun und Handlungen ausführen. Die Antwort ist, dass jeder Mensch Bedürfnisse hat, die es zu befriedigen gilt. Diese motivieren, Probleme zu überwinden und Herausforderungen anzunehmen. Für das Pflegepersonal ist es unerlässlich, die Bedürfnisse ihrer PatientInnen genau zu kennen, um diese bestmöglich motivieren zu können. Am besten geeignet für die Erfassung von Bedürfnissen der PatientInnen ist die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow. Dieser war einer der größten Motivationsforscher des 20. Jahrhunderts und hat definiert, dass Mangelbedürfnisse uns veranlassen, das Gleichgewicht wiederherzustellen. Wachstumsbedürfnisse hingegen veranlassen, neues zu wagen. Die verschiedenen Bedürfnisse wurden in Kategorien zusammengefasst, wobei sich kein Mensch je aller seiner Bedürfnisse bewusst

ist. Man konzentriert sich meist auf das Bedürfnis, das in der nächsten Zeit befriedigt werden muss, geschieht dies nicht, wird das Handeln beeinflusst.

Physiologische Bedürfnisse wie Nahrung, Wasser, Schmerzfreiheit, Sauerstoff, Sexualität, Bewegung oder Entspannung sind in der Bedürfnispyramide ganz unten und müssen befriedigt werden, um sich auf andere Bedürfnisse konzentrieren zu können.

- Sicherheitsbedürfnisse sind die nach Schutz, Behaglichkeit, Gesundheit, Ordnung und einem sicheren Arbeitsplatz.
- Soziale Bindungsbedürfnisse beschreiben die nach Freundschaft, Liebe, sozialem Anschluss und Zugehörigkeit.
- Selbstachtungsbedürfnisse werden durch Leistung, freie Entscheidungen, Erfolg, Anerkennung oder Macht befriedigt.
- Die Selbstverwirklichungsbedürfnisse werden durch ein sinnerfülltes Leben, Verwirklichung des Lebensplans oder sinnvoller Arbeit befriedigt.
- An der Spitze der Bedürfnispyramide stehen die spirituellen und religiösen Bedürfnisse, die Frage nach Gott oder einer höheren Macht, die Frage nach dem Leben nach dem Tod oder einem möglichen Jenseits (vgl. Hausmann 2005, S.37-38).

Durch veränderte Lebensumstände oder durch Krankheit verändern sich die Bedürfnisse schlagartig. War bis dahin Schmerzfreiheit immer gegeben, kann es sei, dass dieses plötzlich das größte Bedürfnis wird. Die physiologischen Bedürfnisse werden in der Regel im Krankenhaus gut abgedeckt. Ebenso stehen die Selbstachtungsbedürfnisse stark im Vordergrund. Man möchte Mitspracherecht und nicht als „Nummer“ bezeichnet werden und aktiv mitarbeiten. Diese Bedürfnisse können PatientInnen stark motivieren, verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen oder neue zu erlernen. Ganz besonders wichtig sind jedoch die spirituellen Bedürfnisse. Die Frage nach dem Warum einer Krankheit stellt sich beinahe jeder. Die Sinnfrage ist ebenso präsent, denn nach

schwerer Krankheit weiterleben, wirft Fragen danach auf, was man im Leben wirklich noch erreichen möchte (vgl. Hausmann 2005, S.38-39).

5.7 Zusammenfassung Beratungskompetenzen

In der Literatur ist sehr ausführlich dargestellt, wie die Kommunikation zwischen Pflegeperson und PatientInnen stattfinden muss, damit diese optimal ist. Dazu wurden in diesem Kapitel folgende Punkte genannt, die an dieser Stelle noch einmal zusammengefasst werden sollen.

- Eine Pflegeperson sollte sich dessen bewusst sein, dass eine Nachricht immer auf vier verschiedenen Ebenen wahrgenommen werden kann, und die Botschaft, die überbracht werden soll vielleicht oft nicht richtig angenommen wird.
- Ebenso gibt es gewisse Gesprächstechniken, die bei richtiger Anwendung ein Gespräch für beide Seiten sehr wertvoll machen können. Diese Techniken schaffen auch eine Vertrauensbasis und sollten deshalb zugunsten der PatientInnen jeder Pflegeperson bekannt sein. Diese wären beispielweise die Kenntnis darüber, dass geschlossene Fragen den Gesprächsfluss behindern können und ein distanziertes Verhältnis schaffen. Techniken wie Paraphrasieren oder Wiederholen schaffen jedoch eine vertraute Gesprächsbasis, in der PatientInnen das Gefühl erhalten, all ihre Probleme anzusprechen.
- Grundhaltungen, wie die Fähigkeit empathisch oder kongruent zu sein, werden als wichtigste Faktoren für eine gelungene Beratung betrachtet. Nur so kann eine Beziehung hergestellt werden, in der alle Unsicherheiten geklärt werden können.
- Das Wissen, über verschiedenste Copingstrategien ist von großer Bedeutung. Denn sehr oft werden PatientInnen, die sich zurückziehen und von der Krankheit nichts mehr wissen wollen als inkompliant

angesehen. Weiß man über diese Copingmechanismen Bescheid, ist es möglich, PatientInnen zu helfen, aus diesen wieder auszubrechen, wenn jene auf Dauer schädlich sein können.

- Jeder Mensch hat Bedürfnisse, die er erfüllen möchte. Ist dies für jemanden in einer Ausnahmesituation nicht möglich, kann dies zu Frust, Aggression oder Rückzug führen und Beratung kann nicht optimal gestaltet werden.

5.8 Pflegeberatung im Rahmen des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess wird von der WHO in vier Schritte eingeteilt. Seit 1974 lauten diese Assessment, Planung, Intervention und Evaluation. 1981 wurden diese vier Phasen von Fichter und Meier erweitert, welche den Pflegeprozess in sechs Schritten beschreiben (vgl. Hüper 2009, S.42). „Informationssammlung, Erkennen von Problemen und Ressourcen, Festlegung der Ziele, Planung der Maßnahmen, Durchführung der Maßnahmen und Beurteilung der durchgeführten Pflege“ (Hüper 2009, S.42). Heute wird nach wie vor im Erstgespräch, bzw. beim Assessment nach den Defiziten der PatientInnen gefragt. Viel eher sollte schon zu Beginn des Kennenlernens begonnen werden eine Pflegebeziehung aufzubauen um gemeinsam mit den PatientInnen zu besprechen, was deren Ziel wären. Auch ist das Assessment die erste Möglichkeit, in Erfahrung zu bringen, welche Interessen ein Mensch hat, in welchen sozialen und kulturellen Umständen er lebt, um gemeinsam an der Förderung des Kohärenzgefühls zu arbeiten. Die geplanten Interventionen werden am besten gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen besprochen, um bestmögliche professionelle Pflege anbieten zu können. Jede Phase des Pflegeprozesses ist von Bedeutung in Hinblick auf Prävention und Rehabilitation (vgl. Hüper 2009, S.42-43).

6 Beratung

6.1 Was ist Beratung?

Der Begriff der Beratung ist heute in sehr vielen Aspekten anzutreffen. So lässt man sich bezüglich seiner Kleidung beraten, oder geht als Paar zur Eheberatung. Die Form der Beratung die hier jedoch gemeint ist, beginnt, wenn ein Individuum nicht mehr alleine in der Lage ist, eine Krisensituation zu lösen. Professionelle Beratung ist deshalb als eine menschliche Fähigkeit anzusehen, anderen Menschen Hilfe anzubieten. Beratung möchte erreichen, dass Individuen problematische Situationen lösen, indem sie Einstellungen, Gefühle oder Coping-Strategien verändern (vgl. Koch-Straube 2001, S.63-65). Ziel einer Beratung ist, die Handlungskompetenzen Betroffener zu fördern, wenn diese ein Bedürfnis nach Beratung haben. Dieses Bedürfnis entsteht meist aufgrund eines Defizites an Informationen (vgl. Elzer 2007, S.170). Abzugrenzen ist jedoch der sehr oft verwendete Begriff der Therapie. In einer Therapie werden meist Menschen mit Verhaltensstörungen oder Persönlichkeitsstörungen behandelt, während bei der Beratung Menschen mit einer meist gesunden Persönlichkeit bei der Lösung eines Problems unterstützt werden. Beratung versucht sehr stark, die Umweltbedingungen eines Menschen zu verändern, damit dieser mit den Anforderungen seiner Krankheit besser umgehen kann. Dabei werden, beziehungsweise müssen psychosoziale Faktoren und Individualität stets berücksichtigt werden. Um näher auf das Gesundheitssystem und Beraten im Krankenhaus einzugehen, soll erwähnt werden, dass Beratung nicht gleich Erziehung von PatientInnen ist. Sehr weit verbreitet ist der Begriff Patientenedukation, der jedoch vom Begriff des Beratens abgegrenzt werden muss. Bei Erziehung oder Edukation werden Ziele nicht für Einzelpersonen, sondern für ganze Gruppen definiert womit diese an Individualität verliert (vgl. Koch-Straube 2001, S.66-68). Ziel der Beratung ist, dass PatientInnen zurück zu einem selbstbestimmten Leben gelangen, mit dem sie zufrieden sein können. Um dies zu ermöglichen, ist es erforderlich,

Erfahrungen und Sichtweisen der PatientInnen in die professionelle Beratung mit einzubeziehen (vgl. Koch-Straube 2001, S.135).

6.2 Beratungsformen

Beratung kann auf drei völlig unterschiedlichen Ebenen stattfinden. Ersteres wäre die laienhafte Beratung, durch welche Erfahrungswerte in Alltagsgesprächen ausgetauscht werden. Diese Form der Beratung ist angemessen im privaten Bereich und unter Freunden. In der professionellen Pflege hingegen geschieht diese Beratung meist aus einem Bauchgefühl der professionellen Pflege heraus und wahrt somit nicht die nötige professionelle Kompetenz. Solche Beratungsgespräche können unter Umständen auch mehr Schaden anrichten, als dass diese Nutzen zeigen. Eine weitere Form der Beratung ist die para-oder semiprofessionelle Beratung. Hier handelt es sich um Fachinformationen, die von professioneller Pflege kommen, die jedoch keine Zusatzausbildung im Bereich der Beratung haben. So kann es sein, dass die Pflegeperson Angehörigen bestimmte Informationen bezüglich Körperpflege, Mobilisation oder Ausscheidung zukommen lassen. Hat eine Pflegeperson eine Zusatzausbildung im Bereich der Beratung, können diese als professionelle Berater tätig sein. Solch eine Form der Beratung findet immer in einem speziellen Setting statt, in dem zu Beratende professionelle Hilfe in Anspruch nehmen können (vgl. Elzer et. al 2007, S.168-169).

6.3 Beratungstheorien

6.3.1 Psychologisches Beraten

Psychologisches Beraten wird von ExpertInnen durchgeführt, die eine psychotherapeutische Ausbildung haben. Diese diagnostizieren und behandeln somit psychische Probleme eines Individuums (vgl. Sieckendiek et. al. 2002 zitiert in Elzer 2007, S.169). Der psychologischen Beratung zu Grunde liegt ein

humanistisches Konzept, welches den Menschen als eine untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch primär seelisch gesund ist und alles Potential hat, ein zufriedenes Leben zu führen. Die Erfahrungen im Leben werden jedoch von negativen Einflüssen gestört, welche das Gleichgewicht stören können. Psychotherapie versucht, die Selbstheilungskräfte eines Menschen zu fördern. Die am meisten verwendete Methode ist hier die nicht-direktive Beratung oder auch klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (vgl. Koch-Straube 2001, S.100-101). Ein weiteres psychologisches, jedoch behavioristisches Konzept ist geprägt von naturwissenschaftlichem Denken, in dem die Annahme vorherrscht, dass jedes Verhalten erlernbar beziehungsweise verlernbar ist. Die therapeutischen Interventionen werden daher aus lerntheoretischer Sichtweise betrachtet. Krisen und Probleme lassen nachweislich jedoch nicht nur durch die Änderung äußerer Umstände und Einflüsse lösen. Deshalb wurde dieser Theorie noch der Aspekt der inneren Prozesse, wie beispielsweise Gefühle, Gedanken, Einstellungen etc. hinzugefügt. Wird auf diese Vorgänge gesundheitsfördernd eingewirkt, nennt sich dies kognitive Therapie. Bei dieser Form der Beratung wird die Vergangenheit, die Biographie eines Menschen gänzlich ausgeblendet. Man versucht, sich auf das Hier und Jetzt zu konzentrieren. Dieser Ansatz wurde stark kritisiert, da man somit nur Störungen behandelte, aber nicht deren zugrundeliegende Ursache. In der Medizin ist dieses Konzept in der Verhaltensmedizin verankert, welche versucht, PatientInnen einen gesundheitsschädlichen Lebensstil abzugewöhnen beziehungsweise diesem bestimmte Fähigkeiten zu lernen (vgl. Koch-Straube 2001, S.103-104).

6.3.2 Soziales Beraten

Bei der sozialen Beratung steht der Mensch oder eine Gruppe mit dem individuellen sozialen Umfeld im Mittelpunkt. Inhaltlich geht es um materielle, rechtliche und institutionelle Themen, die meist von SozialarbeiterInnen oder

SozialpädagogInnen behandelt werden (vgl. Sieckendiek et. al. 2002 zitiert in Elzer 2007, S.169).

6.3.3 Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung erhalten Menschen, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Betroffenen wird die Möglichkeit gegeben, Probleme auszusprechen um damit Entlastung zu erzielen. Die ratsuchende Person soll gemeinsam mit ExpertInnen versuchen neue Handlungsstrategien zu entwickeln und diese zu reflektieren (vgl. Sieckendiek et. al. 2002 zitiert in Elzer 2007, S.169).

6.4 Beratungstypen

Die im Folgenden dargestellten Beratungstypen können für die Beratung von PatientInnen als auch für die Beratung von Angehörigen herangezogen werden. Diese Beratungstypen haben alle samt einen salutogenetischen Ansatz und sollen individuell eingesetzt werden (vgl. Engel 2006, S.156).

6.4.1 Aufklärende Beratung

Aufklärende Beratung wird bei PatientInnen mit einem Informationsdefizit angewendet und möchte Wissen bezüglich Aspekten der Krankheit und auch Gesundheit vermitteln. Aufklärende Beratung findet meist im Einzelgespräch statt und passt sich an den Pflegeprozess an. Erst wird im Assessment das Informationsbedürfnis erhoben, um festzustellen, wo konkret Beratungsbedarf besteht. Anschließend wird das Problem formuliert und geplant, wie man gesetzte Ziele erreichen kann. Danach kommt es zur Durchführung der eigentlichen aufklärenden Beratung, wobei anschließend evaluiert werden muss, ob die zuvor gesetzten Ziel erreicht wurden. Angehörige können ebenfalls aufklärend beraten werden, indem man diesen zum Beispiel

Informationen über soziale Dienste, Pflegeheim oder in etwa Kurzzeitpflege zukommen lässt. Aufklärende Beratung ist indiziert, wenn PatientInnen selbst einen Beratungsbedarf äußern, und nach Informationen verlangen. Ebenfalls ist aufklärende Beratung nötig, wenn PatientInnen in deren Behandlung mit einbezogen werden müssen oder wollen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Gesundheitszustand des Betroffenen dies zulässt und wenn man diese Informationen so vermittelt, dass dieser sie als Laie verstehen und verarbeiten kann. Aufklärende Beratung baut Unsicherheiten und Ängste ab und verbessert die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit von PatientInnen, um mehr Autonomie zu erlangen. Ebenso ist diese Form der Beratung von Bedeutung, da das Kohärenzgefühl gesteigert werden kann, wenn Betroffene einen besseren Überblick über ihre Situation bekommen können (vgl. Engel 2006, S.156-159).

6.4.2 Empfehlende Beratung

„Liegt dann vor, wenn die bewusste, systematische Vermittlung von Informationen mit für den Patienten vorteilbringenden Alternativvorschlägen gekoppelt ist“ (Engel 2006, S.160). Die vorgeschlagenen Alternativmöglichkeiten sind unverbindliche Vorschläge für PatientInnen, die diese jedoch nicht zwingend annehmen müssen. Dieser Beratungstyp setzt eine aufklärende Beratung voraus, es ist jedoch für PatientInnen oftmals schwer, aus einer Informationsfülle heraus Entscheidungen zu treffen. Angezeigt ist empfehlende Beratung, wenn PatientInnen nach Entscheidungshilfe und Empfehlung fragen. Die Pflegeperson kann je nach eigenem Erfahrungswert verschiedene Möglichkeiten aufzeigen, um zu helfen eine Entscheidung zu treffen. Dies ist vor allem wichtig, wenn PatientInnen in der Lage sind, alleine Entscheidungen zu treffen und sich aktiver beteiligen möchten. Ebenso kann so auf das Kohärenzgefühl Einfluss genommen werden, indem die Möglichkeit geschaffen wird, selbst in das Geschehen einzugreifen und dieses zu verändern (vgl. Engel 2006, S.160-161).

6.4.3 Lösungserarbeitende Beratung

Lösungserarbeitende Beratung versucht Problemlösungen zu finden und baut auf vorhandene Ressourcen und Kompetenzen von PatientInnen auf. Erforderlich ist diese, wenn Probleme von PatientInnen geäußert werden, und ein Lösungsbedürfnis besteht. Lösungserarbeitende Beratung findet, im Gegensatz zur aufklärenden und empfehlenden, welche im Pflegeprozess stattfinden, im Rahmen des Beratungsprozesses statt (vgl. Engel 2006, S.167-168).

6.4.4 Beratungsbeispiele

Hier wird nun versucht, die gesammelten Inhalte zur Stomaversorgung, den Komplikationen und den Auswirkungen auf die Lebensqualität mit dem Modell der aufklärenden Beratung zu verknüpfen. Im Folgenden ein Beispiel, welche Informationen in diese einfließen sollten.

- Verschiedene Stomaversorgungsartikel, wie beispielsweise einteilige oder zweiteilige Systeme, sowie offene und geschlossene Beutel.
- Ebenfalls wäre hier angebracht, StomaträgerInnen über die Möglichkeit der Irrigation aufzuklären.
- Diese Form der Beratung kann jedoch auch schon vor der Operation stattfinden, indem man die wichtigsten Fragen der PatientInnen schon im Vorfeld klärt, um Unsicherheiten und Komplikationen zu vermeiden.
- Ein großes Feld für die aufklärende Beratung ist die Information, wie man Komplikationen nach Möglichkeit vermeiden kann. Hier kann man präventiv wirken, indem PatientInnen genau darüber aufgeklärt werden, welche die häufigsten Ursachen für Komplikationen sind, und welche Maßnahmen man treffen kann, sind diese bereits entstanden.

- Ein Thema, welches für Betroffene meist ein Tabu ist, oder an welches diese vielleicht oft im ersten Moment nicht denken, ist das der Einschränkung der Sexualfunktion. Hier kann ebenfalls im Vorfeld schon darüber informiert werden, wie sich das Stoma auf das Sexualleben auswirken kann, und welche Hilfsmittel zur Verfügung stehen.
- Die Möglichkeit, den Alltag und die Freizeit zu gestalten, muss ebenfalls aufgezeigt werden. Nach der ersten Phase des Schocks ist dies für StomaträgerInnen vielleicht nebensächlich. Werden diese jedoch Entlassen und kehren in den Alltag zurück, sollte man bereits im Vorhinein besprochen haben, welche Möglichkeiten StomaträgerInnen haben, bzw. was nicht möglich für sie ist.
- Ein für die Identität eines Menschen sehr wichtiger Faktor ist der Beruf. Viele Menschen definieren sich durch ihren Beruf, in einigen wenigen Fällen ist es jedoch nicht mehr möglich, diesen auszuüben. Hier wäre es von Bedeutung, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit anzustreben, und SozialarbeiterInnen hinzuzuziehen, welche mögliche Umschulungen organisieren können.
- Im Zuge der interdisziplinären Zusammenarbeit wäre es ebenfalls sinnvoll ErnährungstherapeutInnen mit einzubinden, die gemeinsam mit PatientInnen individuelle Pläne erstellen können.

Die empfehlende Beratung kann ebenfalls Anwendung finden, indem man Betroffene unterstützt, verschiedene Entscheidungen zu treffen. Dies ist möglich, wenn StomatherapeutInnen einiges an Erfahrung mitbringen, welche sie weitervermitteln können.

- So kann bei der Auswahl der Stomaversorgung geholfen werden, indem man eventuelle Vor- und Nachteile der verschiedenen Arten der Beutel aufzeigt. Hier kann eine Pflegeperson durch Empfehlungen zur Seite stehen, und eigene Erfahrungen aus der Praxis beisteuern.

- Bezüglich verschiedener Hilfsmittel können StomatherapeutInnen Rat anbieten, indem sie Erfahrungen mit verschiedenen Produkten erläutern, um Entscheidungen für oder gegen ein solches zu erleichtern.
- Weitere Empfehlungen können hinsichtlich verschiedener Nahrungsmittel gegeben werden, die das Wohlbefinden mit einem Stoma verbessern.
- So können BeraterInnen auch Unterstützung anbieten, indem sie Betroffenen Alltagstipps geben, beispielsweise zu längeren Urlaubsreisen oder sportlichen Aktivitäten.

6.5 Der Beratungsprozess

Beratungsbedarf erheben

Die Erhebung des Beratungsbedarfs findet zu Beginn oder während des Krankenhausaufenthaltes statt, wobei psychologische, biologische und soziale Faktoren erfragt werden. Ein Beratungsbedarf wird von Seiten der Pflege eruiert, oder von PatientInnen ausgesprochen (vgl. Engel 2006, S.169-170).

Beratungsproblem beschreiben

Das Problem wird gemeinsam mit PatientInnen definiert, wobei die Pflegeperson diese als Außenstehende unterstützt. Es gilt, herauszufinden, womit es zusammenhängt, und welche Faktoren darauf Einfluss nehmen. Die Pflegeperson soll erheben, was PatientInnen selbst schon versucht haben, um das Problem zu lösen (vgl. Engel 2006, S.169-170).

Beratungsrelevante Ressourcen erheben

Ressourcen werden erhoben, indem erfragt wird, wie in der Vergangenheit mit ähnlichen Problemen umgegangen wurde. Ebenfalls werden Lebensweisen und Lebensbedingungen erfragt und alle Ressourcen, die zur Verfügung stehen (vgl. Engel 2006, S.169-170).

Beratungsziele formulieren

Es wird versucht, ein Ziel zu beschreiben, welches für PatientInnen realistisch und erreichbar ist. Dieses Ziel wird schriftlich festgehalten und beinhaltet das notwendige Verhalten zur Erreichung, die Bedingungen, wann dieses Verhalten eintreten soll und einen Zeitrahmen, wann dieses eintreten soll (vgl. Engel 2006, S.169-170).

Problemlösungsmöglichkeiten erarbeiten

Hier werden Maßnahmen beschrieben, die es PatientInnen ermöglichen, das gesetzte Ziel zu erreichen. Diese Maßnahmen sollen es PatientInnen erleichtern, eine veränderte Sichtweise auf ihre Krankheit zu erlangen (vgl. Engel 2006, S.169-170).

Problemlösungsplan festlegen

Mehrere Lösungsmaßnahmen werden ausgewählt, wobei diese Entscheidungen PatientInnen selbst treffen sollen. Die Pflegeperson versucht, Rat zu geben, Vorschläge zu machen und Alternativen aufzuzeigen (vgl. Engel 2006, S.169-170).

Problemlösungsplan umsetzen

Hier liegt es an den PatientInnen die gesetzten Ziele umzusetzen. Die Pflege steht bei und begleitet anhand von Gesprächen oder Feedback (vgl. Engel 2006, S.169-170).

Problemlösungsplan evaluieren

Die Zielerreichung bestimmt den Erfolg, wobei zwischen dem Erreichen des Beratungszieles und dem Erreichen des Problemlösungsplans unterschieden werden muss (vgl. Engel 2006, S.169-170).

6.6 Studie zum Thema Beratung im Gesundheitswesen

KÖBERICH et. al. stellten 2006 Ergebnisse einer Studie vor, die sich mit dem Thema der Beratung im Gesundheitswesen beschäftigte. Sie befassten sich mit der Frage, welche Kompetenzen und Qualifikationen eine Pflegeperson aufweisen muss, um Beratungstätigkeit durchzuführen und welche Vorstellung Beschäftigte im Gesundheitswesen von Beratung haben. Anhand eines Fragebogens mit offenen und geschlossenen Fragen wurden Pflegekräfte, Ärzte und Ärztinnen, PhysiotherapeutInnen, etc. befragt. Der Fragebogen bestand aus 14 Fragen, bei dem man auch die Wahl hatte, auch etwas frei zu formulieren. Von 99 versendeten Fragebögen wurden 56 ausgefüllte zurückgeschickt. An der Befragung haben 24 Pflegepersonen, zehn SozialarbeiterInnen, sieben Ärzte und Ärztinnen, vier ApothekerInnen, vier Versicherungsangestellte und fünf Personen aus einer anderen Berufsgruppe teilgenommen. Diese Darstellung ist jedoch keine repräsentative Stichprobe, da überdurchschnittlich viele Pflegepersonen teilgenommen haben. Die meisten der Befragten haben angegeben, im Rahmen ihrer Berufsausübung, schon mehrere Male beratend tätig gewesen zu sein. Von den befragten Pflegepersonen gaben 58,3% an, Erfahrung im Bereich der Beratung zu haben.

Abbildung 3: Erfahrung als Berater/Beraterin

	Nein	Ja
Gesundheits- und Krankenpfleger	9 (37,5%)	14 (58,3%)
Soziale Arbeit	1 (10,0%)	9 (90%)
Arzt	2 (28,6%)	5 (71,4%)

(Quelle: vgl. Köberich et al. 2006, S.135)

Im Fragebogen wurde auch der Frage nachgegangen, wodurch sich Beratung definiert und welche Berufsgruppe beratend tätig sein sollte. Am häufigsten genannt wurden Pflegekräfte mit 24,7%, gefolgt von ÄrztInnen mit 20,1% – diese sollen also überwiegend beratend tätig sein.

Auf die Frage, was Beratungsinhalte sein sollten, ergaben sich verschiedene Kategorien. Diese waren Prävention (42%), Rehabilitation (16,7%), Prophylaxe (16,1%) und Therapie (12,1%). Weiters von Interesse war die Frage, warum Beratung im Gesundheitswesen eine immer größer werdende Rolle spielt. Dafür wurden elf Items aus der Literatur genannt, und mittels Likert-Skala (1= sehr relevant, 5= überhaupt nicht relevant) nach der Bedeutsamkeit gefragt. Als wichtigster Grund für Beratung wurde die „demographische Entwicklung“ angegeben, gefolgt von der „Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen. Schlusslichter der Tabelle sind die zunehmenden gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen und Umwelteinflüsse.

Die Autoren definierten aus der Literatur vier Kompetenzen, die für Beratung maßgeblich sind und ließen diese nach Wichtigkeit bewerten. Diese sind Sozial-, Sach-, Methodenkompetenz und personale Kompetenz. 33,3% betrachteten die Sozial- und Sachkompetenz als die wichtigste. 31,5% fanden die personale Kompetenz am bedeutsamsten. Weiters wurden spezielle Kompetenzen aufgelistet, welche ebenfalls anhand der Likert-Skala (1= sehr wichtig, 5= überhaupt nicht wichtig) beurteilt wurden. Als wichtigste Kompetenzen wurden demnach die Kontaktfähigkeit, die Kommunikationsfähigkeit und Empathie genannt. Am Ende der Tabelle, als weniger wichtig betrachtet sind Arbeits- und Lernmethodik, Wissenstransfer oder Teamfähigkeit. Somit wird also die Fähigkeit zur Kommunikation als Grundvoraussetzung für Beratung erachtet (vgl. Köberich et al. 2006, S.133-137).

6.7 Exkurs: Die pflegerische Entlassungsplanung

Unter Entlassungsplanung oder Entlassungsmanagement wird weitläufig nur der Transfer aus dem Krankenhaus in eine andere Einrichtung oder nach Hause verstanden. Im Vordergrund stehen meist organisatorische Dinge, wie zum Beispiel die Vorbereitung der Entlassungspapiere, oder die Organisation eines Transportes. Die Beratungssituation von PatientInnen wird dabei oft vergessen und diese werden entlassen, auch wenn sie sich noch nicht bereit dafür fühlen. In Folge dessen kommt es natürlich oft zum sogenannten „Drehtüreffekt“, weil PatientInnen überfordert sind und deshalb in den stationären Aufenthalt zurück kommen. Der Versorgungsbedarf, der über einen Krankenhausaufenthalt hinaus geht, wird oft nicht bedacht, wäre es doch wichtig, dass auch außerhalb eines stationären Aufenthaltes eine Versorgungskontinuität gewährleistet wird. Eine Entlassungsplanung sollte patientenorientiert sein, und eine Wiedereinweisung vermeiden. Dies ist nur möglich, wenn PatientInnen gut informiert sind und kompetent beraten wurden (vgl. Dangel 2004, S.6-8). Pflegerische Entlassungsplanung weist einige Merkmale auf, die mehr oder weniger erfüllt werden können. Das Verfahren, kann sich einerseits nur auf das eigentliche Verlassen einer Krankenanstalt beschränken. Förderlicher wäre jedoch, wenn schon während des Aufenthaltes Kontakt zu weiterversorgenden Einrichtungen hergestellt werden würde. Ideal wäre, wenn die Planung der Entlassung gemeinsam mit PatientInnen und deren Angehörigen stattfinden würde. Der zeitliche Rahmen ist abhängig vom Verfahren. Entweder beschränkt man sich lediglich auf die eigentliche Entlassung, oder man beginnt mit dem Verfahren schon bei der Aufnahme. Die Tätigkeiten im Rahmen der Entlassung sind oft ausschließlich administrativ, jedoch kann eine Tätigkeit auch sein, PatientInnen zu schulen und zu beraten. PatientInnen können im Rahmen dessen an weitere Dienste übermittelt werden, damit diese weiterhin umfassend begleitet werden (vgl. Dangel 2004, S.11).

In einer Studie aus dem Jahr 2005 untersuchten UHLMANN et al. die Perspektive von PatientInnen und deren Angehörigen bezüglich der Versorgungskontinuität bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Ziel dieser

Studie war herauszufinden, inwieweit die Pflegeüberleitung zur Sicherung der Versorgungskontinuität von PatientInnen beiträgt. Die Ergebnisqualität von Pflegeüberleitung sollte sich in einer Reintegration von PatientInnen in deren Lebenswelt äußern. Ebenso sollte die weiterführende Versorgung dieser gesichert sein. Die Datenerhebung fand mittels fokussierter Interviews statt. Dabei handelte es sich um Einzelinterviews, die in der häuslichen Umgebung stattfanden und getrennt von Angehörigen durchgeführt wurden. Erfragt wurde dabei, ob individuelle Vorstellungen und Wünsche für die Zeit nach der Entlassung in die Planung mit einbezogen wurden. Ebenfalls wurden die InterviewpartnerInnen aufgefordert zu berichten, wie die Situation nach der Entlassung wahrgenommen wurde und ob Änderungsbedarf bestehen würde. Im Rahmen dieser Studie wurden fünf Betroffene zu diesen Themen interviewt. Anhand der transkribierten Interviews wurden fünf Kategorien gebildet (vgl. Uhlmann et. al. 2005, S.105-106). Diese Kategorien wurden wie folgt benannt: „Abstimmung zum Versorgungsbedarf, das Erleben von Kranksein, Vorbereitung der Entlassung, Abstimmung zum Entlassungszeitpunkt und Situation nach der Entlassung.“ (Uhlmann 2005, S.106). Bei der Darstellung der Ergebnisse wurden die Perspektiven der PatientInnen und die der Angehörigen getrennt behandelt.

Ergebnisse der PatientInnenbefragung

Bei der Abstimmung des Versorgungsbedarfes beklagen PatientInnen mangelnde Unterstützung von Seiten der Pflege bei ihren Entscheidungen.

Beim Krankheitserleben erfahren PatientInnen Unterstützung durch einfühlsame Gespräche und durch fürsorgliches Verhalten. Dies kann helfen, wenn sich die Lebenssituation durch eine Krankheit plötzlich verändert. Beschrieben wird jedoch auch, dass PatientInnen sich von Pflegepersonen oft unverstanden und alleine gelassen fühlen. Durch die Anwesenheit von Angehörigen wurde jedoch eine Veränderung bei Pflegepersonen bemerkt. PatientInnen fühlten sich durch deren Anwesenheit wieder mehr wahrgenommen (vgl. Uhlmann et al. 2005, S.107). Ein Interviewpartner fühlte

sich auf „ein Stück psychischen Kadaver reduziert“ (Uhlmann et al, 2005, S.107).

Bei der Vorbereitung auf die Entlassung wird von Seiten der PatientInnen Anerkennung für die Bemühungen der Pflegeperson ausgesprochen. In den Prozess der Entlassungsplanung wurden diese zwar nicht integriert, alle waren jedoch letztendlich mit den Ergebnissen der Vorbereitungen zufrieden.

Bei der Abstimmung auf den Entlassungszeitpunkt kommt es auch oft auf medizinische Kriterien an. PatientInnen streben meist eine rasche Entlassung an, um wieder in der häuslichen Umgebung zu sein. Dafür nehmen diese in Kauf, Fähigkeiten zur Selbstversorgung vorzutäuschen, damit diese von Seiten der Pflege schneller entlassen werden. Bei der Formulierung der eigenen Vorstellung des Zeitpunktes der Entlassung reagierten Pflegepersonen mit Unverständnis.

Die Situation nach der Entlassung war für manche ein sehr positives Erlebnis. Sie erfuhren Unterstützung durch Freunde, Nachbarn, langjährige Beziehungen und nahmen auch professionelle Unterstützung an. Manche hingegen erleben eine Überforderung einzelner Familienmitglieder, da diese die eigenen Bedürfnisse zurück stellen (vgl. Uhlmann et al. 2005, S.107).

Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Angehörige erleben Verständigungsschwierigkeiten mit Professionellen und zwischen Professionellen. Es erfolgte eine ungenaue Weitergabe von Information und es bestand der Eindruck, dass jeder ein bisschen etwas weiß, keiner jedoch die Gesamtsituation erfassen kann (vgl. Uhlmann et. al. 2005, S.107-108). Eine Angehörige beschreibt dieses Phänomen als „stille Post“ Spiel (Uhlmann et al. 2005, S.108). Angehörige würden sich ein geplantes Gespräch mit einer professionellen Pflegeperson wünschen, in dem alle Fragen geklärt werden können. Es entstehen oft Unsicherheiten bezüglich medizinischen oder pflegerischen Aspekten, die Angehörige als Laien nicht verstehen. Deshalb wird

der Wunsch geäußert, dass auch von Seiten der professionellen Pflege Fragen zu etwaigen Informationslücken an die PatientInnen geäußert werden.

Angehörige vertreten die Meinung, dass eine gute Vorbereitung auf die Entlassung erst gewährleistet war, nachdem diese sich in das Geschehen eingeschaltet haben. Angehörige stehen oft unter Zeitdruck, wenn PatientInnen schon früher als erwartet nach Hause entlassen werden. Es gibt Unklarheiten, was zu Hause benötigt wird, und wie man dies organisieren kann. Die Hilfe der Pflegepersonen zur Nachsorge wird als nicht ausreichend erachtet.

Der Entlassungszeitpunkt wurde nicht mit Angehörigen abgesprochen und es entstand das Gefühl, dass die Entlassung nur nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten gestaltet wurde. Es kann in Einzelfällen, nach Absprache mit einer Pflegeperson der Aufenthalt verlängert werden, wenn Angehörige es unmöglich schaffen, PatientInnen zum vorgesehenen Termin nach Hause zu holen. Ist für zu Hause alles organisiert, werden PatientInnen meist sehr rasch entlassen, auch auf die Gefahr hin, dass dieser bald wieder aufgenommen wird.

Die Situation nach der Entlassung erleben Angehörige als sehr belastend. Es bestehen große Unklarheiten über den Genesungsprozess und über die Versorgung. Von Angehörigen wird oft verlangt, dass diese Pflegehandlungen übernehmen, darauf entsprechend eingeschult zu werden. Dies führt wieder zu Unsicherheiten und Hilflosigkeit und kann einen erneuten Krankenhausaufenthalt als Konsequenz haben (vgl. Uhrmann et al. 2005, S.107-109).

7 Ist – Zustand in Österreich

7.1 Fortbildungsmöglichkeiten

In Österreich wird derzeit für Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Fortbildung zur Kontinenz – und Stomaberatung angeboten. Die Donauuniversität Krems, um ein Beispiel zu nennen, bietet diese Ausbildung an und beschreibt die Anforderungen wie folgt: „Das Aufgabenfeld der „Kontinenz- und Stomaberatung“ konzentriert sich auf pflege- und beratungsbedürftige Menschen mit Stomaanlage und/oder operativer Harnableitung sowie Kontinenzstörungen. Im Certified Program erwerben die Studierenden Kompetenzen für eine umfassende, aktivierende Pflege bei den Betroffenen. Es erfolgt die Qualifizierung für Assessment, Planung, Durchführung, Überwachung und Evaluation von pflegerischen Interventionen einschließlich Dokumentation, für die Einleitung situationsgerechter Sofortmaßnahmen und für pflegerisches Agieren in Notfallsituationen“ (<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/stomakontinenz/index.php>: 13.11.2010).

An der Universitätsklinik Salzburg werden die Lerninhalte wie folgt beschrieben: „Diese Weiterbildung soll diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die in der Kontinenz- und Stomaberatung tätig sind, durch die Vermittlung qualifizierter Fähigkeiten Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen dazu befähigen:

- Kenntnisse über Kontinenz- und Stomaversorgung auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Theorien und überprüfter praxisrelevanter Erfahrungen, zu erlangen
- Kenntnisse über verschiedene Diagnose- und Therapieverfahren aus medizinischen Gründen, zu erlangen
- Die Planung und Organisation im Rahmen der Aufbau- und Ablauforganisation von Einrichtungen für Kontinenz- und Stomaberatung

unter Berücksichtigung personeller und materieller Ressourcen, vornehmen zu können

- Durch den Erwerb von Wissen & Fertigkeiten entsprechende Sicherheit & Kompetenz bei pflegerischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Versorgung von Stomata, Stuhlinkontinenz und Harninkontinenz vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter zu erlangen und in der Praxis anzuwenden.
- Fachspezifisch Betroffene und deren Angehörige im Rahmen von pflegerischen Maßnahmen zu versorgen, beraten und anzuleiten
- Schulen, anleiten, beaufsichtigen und fördern von Auszubildenden Kollegen/-innen im Rahmen der praktischen Ausbildung und der Einführungsphase in das neue Fachgebiet“
(<http://www.salk.at/2755.html>. 13.11.2010).

7.2 Selbsthilfegruppe ILCO

Die österreichische ILCO – die Ileostomie – Colostomie – Urostomie – Vereinigung existiert seit 35 Jahren. Diese organisiert einmal im Monat Gruppentreffen, macht gemeinsame Ausflüge und möchte damit allen StomaträgerInnen helfen, einen Neueinstieg in den Alltag zu meistern. Diese Gruppen gibt es in allen Bundesländern, welche regelmäßige Sprechstunden anbieten. Auf der Homepage der ILCO gibt es verschiedene Rubriken, in denen StomaträgerInnen schnell und einfach an Informationen gelangen können. Beispielsweise gibt es Tips & Tricks zu Urlaubsreisen oder Versorgungsmöglichkeiten bei Hernien. Ebenfalls sehr interessant sind die Erfahrungsberichte von StomaträgerInnen für StomaträgerInnen. Dabei schreiben Frauen mit Stoma über Schwangerschaft mit einem Stoma, und über Sexualität. Auch Erfahrungsberichte von Urlaubsreisenden sind sehr interessant zu lesen, da diese zeigen, dass es kein großes Problem darstellt, mit einem Stoma nach Indien oder Peking zu reisen. Die ILCO veröffentlicht

auch halbjährlich das ILCO-Magazin, welches auch Online zu lesen ist und in einer Auflage von 2500 Stück in Arztpraxen und Ambulanzen aufliegt (<http://www.ilco.at> :13.11.2010).

7.3 KSB

Der KSB ist ein Verein zur Kontinenz und Stomaberatung in Österreich. Die Mitglieder des Vereines schulen und beraten Betroffene und deren Angehörige zu allen Belangen des Stomas. Auch bietet dieser Verein die Möglichkeit zum Informationsaustausch für Personen, die sich in diesem Bereich engagieren möchten. Ebenfalls vertreten diese den Verein auch nach außen, sprich bei Behörden, Firmen, Ausbildungsstätten oder Selbsthilfegruppen. Der Verein möchte die Kontinenz – und Stomaberatung in Österreich pflegewissenschaftlich fördern, weshalb es Ziel ist, fachspezifische evidence based medicine (EBM) und evidence based nursing (EBN) Guidelines zu definieren. Außerdem wird pflegewissenschaftlich in Form von Bild und Tonträgern und Multimedia publiziert. Der Verein KSB ist international vertreten (vgl. *procare* 2010/06-07, S.36).

7.4 ÖMCCV

Die ÖMCCV ist die österreichische Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Vereinigung und bietet ähnlich wie die ILCO Information, Hilfe und Rat für Menschen an, die an Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa leiden. Ebenso geben sie Informationen, wenn man unmittelbar vor der Anlage eines Stomas steht oder postoperative Beratung in Anspruch nehmen möchte. Hier beraten Betroffene, die schon lange Erfahrung mit der Krankheit oder dem Stoma haben Menschen, die noch am Anfang dieses Weges stehen. Diese möchten uneigennützig Erfahrungen weitergeben, um anderen Betroffenen den Alltag zu erleichtern (http://www.oemccv.at/257_DE: 13.11.2010).

8 Schlusswort

In diesem Teil der Arbeit soll nun versucht werden, die zusammengetragenen Ergebnisse und Erkenntnisse kurz zusammenzufassen. Dazu dient als Ausgangspunkt die bereits in der Einleitung gestellte Forschungsfrage, welche lautet:

Welche Beratungsmodelle können bei einem Menschen mit einem Stoma zum Einsatz kommen, um dessen Kohärenzgefühl zu stärken?

In der Literatur waren keine Beratungsmodelle zu finden, welche explizit auf die Beratung von StomaträgerInnen ausgerichtet sind. Es zeigten sich jedoch eine Vielzahl von Modellen, deren Ansätze geeignet wären. So würde sich die aufklärende Beratung sehr gut eignen, um StomaträgerInnen über grundlegende Fakten zum Stoma zu informieren. In einer aufklärenden und auch einer empfehlenden Beratung können Betroffene somit über alle in der Literatur gefundenen relevanten Fakten informiert werden. Dies wurde in einem Beratungsbeispiel im Kapitel sechs unter Punkt 6.4.4. dargestellt.

Als Grundvoraussetzung für die beratende Tätigkeit wurden verschiedene Kompetenzen genannt, die eine Pflegeperson aufweisen muss, weshalb zur Forschungsfrage noch eine Unterfrage formuliert wurde, welche lautet:

Welche Kompetenzen benötigt eine Pflegeperson, damit diese bestmöglich beraten kann?

Diese Kompetenzen werden in der Literatur sehr ausführlich beschrieben und sollten, wie schon erläutert, Grundlage eines jeden Beratungsgespräches sein.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass es zwar StomatherapeutInnen gibt, diese aber längst nicht einen so intensiven Zugang und Kontakt haben, wie diplomiertes Personal auf der Station. Deshalb sollten sich auch die Pflegepersonen ohne Zusatzausbildung mit dieser Thematik auseinandersetzen, da diese einen wesentlichen Teil zu der Genesung beitragen.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unterschiede Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa	20
Abbildung 2: Einschränkungen ein Jahr nach der Stomaaanlage	44
Abbildung 3: Erfahrung als Berater/Beraterin	88

10 Literaturverzeichnis

- Antonovsky Aaron: Salutogenese; Zur Entmystifizierung der Gesundheit; Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Dgvt-Verlag Tübingen 1997
- Arets Jos, Obex Franz, Ortmans Lei, Wagner Franz: Professionelle Pflege. Fähigkeiten und Fertigkeiten. Verlag Hans Huber, Bern 1999
- Brieskorn-Zinke Marianne: Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. In: Pflege 13/2000, S.373-380
- Brown Hannah, Randle Jacqueline: Living with a stoma: a review of the literature. In: Journal of Clinical Nursing 14/2005, S.74-81
- Canabbio Mary M.: Praxishandbuch Patientenschulung und –Beratung. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., Wiesbaden 1998
- Cottam J., Richards K., Hasted A., Blackman A.: Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. In: Colorectal Disease 9/2007, S.834-838
- Dangel Bärbel: Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard. Elsevier, München 2004

- Elzer Matthias, Sciborski Claudia: Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. Verlag Hans Huber, Bern 2007
- Engel Roswitha: Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2006
- Esch Marie: Stomatherapie. Beratung – Anleitung – Pflege. Verlag Kohlhammer, Stuttgart 2005
- Faller Adolf: Der Körper des Menschen; Einführung in Bau und Funktion; Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 2004; 14. überarbeitete Auflage; überarbeitet von Schünke Michael
- Feil-Peter Henriette: Stomapflege, Enterostomatherapie: Stoma- und Wundversorgung. Schülersche GmbH&Co. KG Verlag, Hannover 2001, 7. überarbeitete Auflage
- Gerlach Ulrich, Wagner Hermann, Wirth Wilhelm: Innere Medizin für Pflegeberufe; Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 2006. 6. überarbeitete Auflage
- Grafik aus: http://www.owm.com/files/owm/imagecache/normal/files/photos/owm_0203f3_t1b.gif. Gefunden am 21.7.2010
- Hausmann Clemens: Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Facultas Verlag, Wien 2005
- Herausgegeben von der Deutschen Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung unter Mitarbeit von Andreas Becker: DCCV e.V.: Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen. Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn. Medpharm Scientific Publ., Stuttgart 1997

- Hüper Christa, Hellige Barbara: Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden. Mabuse Verlag, Frankfurt 2009
- Jazair H. Saghir, Francis D. McKenzie, Deirdre M. Leckie, James S. McCourney, Ian G. Finlay, Ruth F. McKee and John H. Anderson: Factors that Predict Complications after construction of a Stoma: A retrospective Study. In: European Journal of Surgery 167/2001, S. 531-534
- Jeter F. Katherine: Perioperative Teaching and Counseling. In: Cancer, Volume 70, No.5 1992, S.1346-1349
- Karadag Ayise, Menten B. Bülent, Ayaz Sultan: Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. In: Journal of Clinical Nursing, 14/2005, S.479-485
- Klein Peter, Schlag Peter M., Stelzner Friedrich, Sterk Peter: Das Rektumkarzinom: Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie. Elsevier GmbH, München 2003
- Koch-Straube Ursula: Beratung in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern 2001
- Köberich Stefan, Bossle Michael, Meier Mellita, Lipp Judith: Beratung im Gesundheitswesen – Chance für die Pflege? In: Printernet 3/2006, S.133-139
- Kulbe Annette: Grundwissen Psychologie, Soziologie, Pädagogik. Lehrbuch für Krankenpflegeberufe. Kohlhammer, Berlin, Köln, Stuttgart 2001
- Lindström Bengt, Eriksson Monica: Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. In: Health Promotion International Vol.21, No.3, 2006, S.238-244

- Caricato M., Ausania F., Ripetti V., Bartolozzi F., Campoli G. and Coppola R.: Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. In: Colorectal Disease 9/2006, S.559-561
- Mantovan Franco: Die Lebensqualität bei Stomapatienten ein Jahr nach dem chirurgischen Eingriff. In: Printernet 3/2006, S.157-166
- Millan Monica, Tegido Montse, Biondo Sebastiano, Garcia-Granero Eduardo: Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. In: Colorectal Disease, Volume12, Issue 7, 2010, S.88-92
- Paetz Burkhard, Benzinger-König Brigitte: Chirurgie für Pflegeberufe; Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1994, 18.überarbeitete Auflage
- Peters-Gawlik Marianne: Praxishandbuch Stomapflege; Beratung, Betreuung und Versorgung Betroffener. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH&Co., Wiesbaden 1998
- Procure 2001/06-07, Verlag Springer Wien, New York, S.36
- Saghir Jazair H., McKenzie Francis D., Leckie Deirdre M., McCourtney James S., Finaly Ian G., McKee Ruth F., Anderson John H.: Factors that Predict Complications After Construction of a Stoma: A Retrospective Study. In: European Journal of Surgery 167, 2001, S.531-534
- Salter Mave: Körperbild und Körperbildstörung. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden 1999. Deutsche Ausgabe bearbeitet von Rudolf Müller und herausgegeben von Jürgen Georg und Angelika Abt-Zegelin
- Schiffer Eckhard: Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese; Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Verlag Beltz, Weinheim 2001

- Schulz von Thun Friedemann: Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Rowolth Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg 1981
- Simmons Kingsley L., Smith Jane A., Bobb Karen-Ann, Liles Laura L.M.: Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationship. In: Journal of advanced Nursing 60/6, 2007, S.627-635
- Thorpe Gabrielle, Mc.Arthur Margaret, Richardson Barbara (2009): Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. In: Journal of advanced nursing 65/9, 2009, S. 1778-1789
- Tuulikki Brand-Salmi: Die Angehörigen leiden mit. In: Krankenpflege 2/2007, S.16-17
- Uhlmann Bärbel, Bartel Dorothee, Kunstmann Wilfried, Sieger Margot: Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen. In: Pflege 18/2005, S.105-111
- Zettl Stefan : Krankheit, Sexualität und Pflege. Hilfestellung für den Umgang mit einem Tabu. Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln 2000

Internetquellen

- <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CM>
S1201505682652 –26.10.2010
- http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/dickdarm_enddarm/index.html - 11.11.2010
- <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/stomakontinenz/index.php> -
13.11.2010
- <http://www.salk.at/2755.html> - 13.11.2010
- <http://www.ilco.at/> - 13.11.2010
- http://www.oemccv.at/257_DE - 13.11.2010

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Stefanie Fink

wohnhaft: 3372 Blindenmarkt, Auhofstraße 9

E- Mail: steffi.fink@gmx.at

geboren am: 8. Juli 1988 in Amstetten

Ausbildung

1994 - 1998: Volksschule Blindenmarkt

1998 – 2002: Hauptschule Blindenmarkt

2002 – 2006: Bundesoberstufenrealgymnasium Waidhofen/Ybbs

2006 – 2011: Studium der Pflegewissenschaften an der Uni Wien

2008 – lfd: Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Hietzing

Praxis

- Ferialarbeit in der Buchhaltung der Firma Bramac Dachsysteme, Pöchlarn - 2004
- Ferialarbeit im Buffet der Amstettner Veranstaltungsbetriebe, Hallenbad, Freibad – 2005, 2006
- Ferialarbeit Wäscherei Initial Pointner, Amstetten - 2007
- Promotiontätigkeiten bei Firma Möbel XXX Lutz, Amstetten – 2007
- Diverse Praktika im Zuge der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenschwester