



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

## „Stationäres Obstipationsmanagement“

Das Verständnis zum Thema Obstipation und der  
Ablauf des Obstipationsmanagements aus der Sicht älterer Menschen einer  
stationären Einrichtung

Verfasserin

**Cornelia Kures**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra (Mag.)**

Wien, Februar 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Andrea Smoliner, MNSc



## Danksagung

Mein überaus tief empfundener Dank für die Hilfe und Unterstützung bei der Verfassung meiner Diplomarbeit gebührt:

- Meiner Betreuerin Frau Dr. Andrea Smoliner, welche mir während dieses Prozesses stets zur Seite gestanden ist und bei Problemen und Fragen mit kompetenten Ratschlägen und Antworten sofort zur Stelle war. Die Betreuung war gekennzeichnet von höchster Professionalität, welche darüber hinaus von einem freundschaftlichen und persönlichen Austausch geprägt war. Sie vermittelte mir ihr Vertrauen, um diese Herausforderung anzunehmen und in ihrem Ermessen zu bewältigen.
- Meinen Eltern, die mich während dieser anstrengenden und kräfteaubenden Zeit ertragen und in jeder Hinsicht beigestanden und gefördert haben. Sie haben an mich geglaubt und mir in der stressigen Phase die notwendige Ruhe, Kraft und Energie gespendet.
- Meinem Vater, der mich besonders in der schwierigen Anfangsphase stets mit positiven Worten vorwärts getrieben hat und als Korrektor für meine Arbeit gedient hat.
- Meiner lieben Studienkollegin, Vorbild und Freundin Eva Zojer, welche ich zu jeder Tages- und Nachtzeit kontaktieren konnte, wenn ich an meinen Fähigkeiten gezweifelt habe und die immer die richtigen Worte gefunden hat, um mich zu motivieren. Sie hat es geschafft, mich in meiner Freizeit vom stressigen Diplomarbeits-Alltag abzulenken, war jedoch auch immer für einen wissenschaftlichen Austausch bereit.
- Meinem gesamten Freundeskreis, der Verständnis dafür hatte, dass ich nicht immer ans Telefon gegangen bin und nicht an allen Veranstaltungen teilgenommen habe, wenn ich gerade an meiner Diplomarbeit gearbeitet habe – und sie mich trotzdem nicht vergessen haben.

- Meinen Arbeitskolleginnen für ihre Kollegialität und Einfühlungsvermögen, die mir es nicht nachgetragen haben, wenn ich einen ausgefallenen Dienst nicht übernommen habe und mir ihr offenes Ohr in besonders belastungsintensiven Zeiten geschenkt haben, sodass ich wieder innere Ausgeglichenheit gefunden habe.
- Thomas Girlinger, ein Studienkollege, der mir in Fragen der Statistik zur Seite gestanden ist.
- Allen Studienteilnehmern, die sich bereit erklärt haben, mir bei der Verwirklichung meiner Diplomarbeit zu helfen, indem sie sich Zeit in einer schwierigen Situation für die Beantwortung meines Fragebogens genommen haben.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>8</b>
1.1	Problemstellung	8
1.2	Forschungsfragen	11
1.3	Ziel der Arbeit	11
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b>	<b>13</b>
2.1	Definition der Obstipation	13
2.1.1	Lehrbücher in der Pflege	13
2.1.2	North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) Taxonomie	14
2.1.3	International Classification of Nursing Practice (ICNP)	15
2.1.4	Die Rom-Kriterien	15
2.1.5	Definition aus Sicht der Betroffenen	17
2.2	Symptome aus der Betroffenenperspektive	19
2.3	Formen der Obstipation	22
2.3.1	Primäre (idiopathische) Obstipation	23
2.3.1.1	Normal-transit Obstipation	23
2.3.1.2	Slow-transit Obstipation	24
2.3.1.3	Beckenbodendysfunktion oder Defäkationsstörung	24
2.3.2	Sekundäre Obstipation	25
2.4	Epidemiologie	25
2.4.1	Prävalenz	25
2.4.2	Ursachen und Risikofaktoren	27
2.4.2.1	Ursächliche Faktoren aus Patientensicht	31
2.5	Komplikationen	33
2.6	Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen	35
2.7	Maßnahmen im Umgang mit einer Obstipation	38
2.7.1	Empfehlungen	39
2.7.2	Erleben der Maßnahmen aus Sicht der Betroffenen	43
2.8	Obstipationsmanagement im stationären Bereich	46
2.8.1	Die Aufgaben der Pflegeperson	46
2.8.1.1	Assessment – Die Patientengeschichte	47
2.8.1.2	Maßnahmenplanung und Evaluierung	50
2.8.2	Patientensicht zum Ablauf des Obstipationsmanagements im stationären Bereich	50
2.9	Zusammenfassung	52
<b>3</b>	<b>Empirischer Teil</b>	<b>54</b>
3.1	Design	54
3.2	Studienpopulation	54
3.3	Setting	56

<b>3.4</b>	<b>Das Erhebungsinstrument und Pretest</b>	<b>56</b>
3.4.1	Teil 1: Definition, Symptome, Erfahrung	56
3.4.2	Teil 2 – Maßnahmen	60
3.4.3	Teil 3 – Ablauf im Krankenhaus	64
3.4.4	Teil 4 - Allgemeiner Teil	66
<b>3.5</b>	<b>Ethische Überlegungen</b>	<b>68</b>
<b>3.6</b>	<b>Die Datenerhebung</b>	<b>69</b>
<b>3.7</b>	<b>Datenauswertung</b>	<b>70</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisdarstellung</b>	<b>71</b>
<b>4.1</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>71</b>
<b>4.2</b>	<b>Antwortverhalten der Studienteilnehmer</b>	<b>71</b>
<b>4.3</b>	<b>Alter und Geschlecht der befragten Personen</b>	<b>72</b>
<b>4.4</b>	<b>Bildungsniveau der Studienteilnehmer</b>	<b>73</b>
<b>4.5</b>	<b>Häufigkeit der Stuhlverstopfung</b>	<b>73</b>
<b>4.6</b>	<b>Wahrscheinlichkeit einer Stuhlverstopfung im Krankenhaus</b>	<b>74</b>
<b>4.7</b>	<b>Aufnahmegrund</b>	<b>74</b>
<b>4.8</b>	<b>Verständnis der befragten Personen zur Obstipation</b>	<b>76</b>
4.8.1	Definition der Obstipation	76
4.8.2	Symptome einer Obstipation und ihre Belastungseinschätzung	78
4.8.3	Belastungseinschätzung der einzelnen Symptome	81
4.8.4	Auswirkung der Obstipation auf die Lebensqualität	83
4.8.5	Faktoren, die zu einer Entstehung von Obstipation im Krankenhaus beitragen	84
<b>4.9</b>	<b>Professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung</b>	<b>87</b>
<b>4.10</b>	<b>Maßnahmen bei Stuhlverstopfung und die Möglichkeit ihrer Fortführung im Krankenhaus</b>	<b>89</b>
4.10.1	Erhöhung der Trinkmenge	89
4.10.2	Bewegung/vermehrte körperliche Aktivität	90
4.10.3	Ballaststoffreiche Ernährung	91
4.10.4	Laxanzien	93
4.10.5	Bauchmassage	93
4.10.6	Keine Maßnahme	94
4.10.7	Quelle der Empfehlung einer Maßnahme	96
4.10.8	Zufriedenheit mit der gewählten Maßnahme	97
<b>4.11</b>	<b>Ablauf des stationären Obstipationsmanagements</b>	<b>98</b>
4.11.1	Das Aufnahmegespräch	98
4.11.2	Evaluation des Stuhlverhaltens	101
4.11.3	Beratung	103
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>104</b>
<b>6</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>106</b>
<b>7</b>	<b>Limitationen der Studie</b>	<b>111</b>

<b>8</b>	<b><i>Empfehlungen für die Praxis</i></b> -----	<b>113</b>
<b>9</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i></b> -----	<b>116</b>
<b>10</b>	<b><i>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</i></b> -----	<b>123</b>
<b>11</b>	<b><i>Abkürzungsverzeichnis</i></b> -----	<b>125</b>
<b>12</b>	<b><i>Anhang</i></b> -----	<b>126</b>
12.1	<b><i>Anhang I</i></b> -----	<b>126</b>
12.2	<b><i>Anhang II</i></b> -----	<b>128</b>
12.3	<b><i>Anhang III</i></b> -----	<b>129</b>
12.4	<b><i>Anhang IV</i></b> -----	<b>136</b>
12.5	<b><i>Anhang V</i></b> -----	<b>142</b>
<b>13</b>	<b><i>Abstract</i></b> -----	<b>152</b>
<b>14</b>	<b><i>Lebenslauf</i></b> -----	<b>155</b>

# 1 Einführung

## 1.1 Problemstellung

Obstipation ist ein häufig auftretendes Problem und viele Menschen sind davon zumindest einmal in ihrem Leben damit konfrontiert. Es wird geschätzt, dass zwischen 5 % und 35 % der Normalbevölkerung in Europa je nach verwendeter Definition und Art der Datenerhebung davon betroffen sind. Da in diversen Studien ein Zusammenhang des Alters mit der Prävalenz der Obstipation erwähnt wird, stellt die zunehmende Lebenserwartung einen Risikofaktor dar, mit dem genannten Problem im Laufe des Lebens konfrontiert zu werden. Ab dem 50. Lebensjahr kann ein kontinuierlicher Anstieg der Häufigkeit beobachtet werden, während der größte Anstieg ab dem 70. Lebensjahr stattfindet (McCrea, Miaskowski, Stotts, Macera, &Varma, 2009). Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einem vermehrten Auftreten der Obstipation zu rechnen. Der Anteil der 60-jährigen und darüber an der Gesamtbevölkerung lag 2010 laut Statistik Austria bei 23, 1 % und wird bis zum Jahr 2035 auf 32,5 % ansteigen (Statistik Austria, 2011).

Neben dem Altern werden weitere Risikofaktoren genannt, wie etwa bestimmte Medikamentengruppen und Erkrankungen (Talley, Jones, Nuyts, & Dubois, 2003). Darüber hinaus tragen auch Faktoren wie verminderte Flüssigkeitszufuhr, ballaststoffarme Kost, verminderte Mobilität – etwa bei bettlägerigen Menschen, Umwelt in Verbindung mit inadäquater Privatsphäre, unangemessene Zustände der Toiletten, Abhängigkeit von einer dritten Person zur Unterstützung beim Ausscheiden, zu einer Obstipation bei (Joanna Briggs Institute, 2008). Diese Erkenntnisse lassen den Schluss zu, dass Patienten<sup>1</sup>, welche im Spital aufgenommen werden, einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Die Pflegenden haben besondere Aufmerksamkeit darauf zu richten, ob Patienten bereits bei Aufnahme Symptome einer Obstipation aufweisen und dass auch bei bis dahin Nichtbetroffenen das Erkrankungsrisiko durch den Spitalsaufenthalt steigen wird.

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird zu Gunsten der Lesbarkeit ausschließlich die maskuline Form verwendet. Selbstverständlich sind immer Frauen und Männer gemeint.

In zahlreichen Studien wurde der Zusammenhang zwischen Obstipation und Lebensqualität nachgewiesen (Wald, Scarpignato, Kamm, Mueller-Lissner, Helfrich, Schuijt, Bubeck, Limoni, & Petrini, 2007; Johanson & Kralstein, 2007; Belsey, Greenfield, Candy, & Geraint, 2010; Wald 2011). Diese belegen, dass es signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Obstipierten und Nichtobstipierten gibt. Die Auswirkungen der Obstipation auf die Lebensqualität sind vergleichbar mit anderen chronischen Erkrankungen (Belsey, Greenfield, Candy, & Geraint, 2010). Auch gesunde ältere Menschen haben aufgrund oft altersbedingter körperlicher Einschränkungen schon dadurch eine reduzierte Lebensqualität. Obstipation als weiteren Faktor beeinflusst zusätzlich negativ das Wohlbefinden bei diesen Personen (Wald, Scarpignato, Kamm, Mueller-Lissner, Helfrich, Schuijt, Bubeck, Limoni, & Petrini, 2007). Ein übergeordnetes Ziel im Pflegebereich ist in jedem Fall der Erhalt beziehungsweise die Verbesserung der Lebensqualität. Die Vermeidung einer Obstipation leistet dazu einen wichtigen Beitrag.

Pflegepersonen spielen im Stuhlmanagement eine zentrale Rolle, da sie durch den täglichen intensiven Kontakt mit dem Patienten die erste Instanz darstellen, um Probleme und Abweichungen zu erkennen. Die Darmentleerung ist eine lebenswichtige Funktion, welche in die Intimsphäre des Menschen fällt. Das Ansprechen dieses Themas in der Öffentlichkeit führt häufig zu Verlegenheit und Scham des Betroffenen. Pflegepersonen benötigen daher sowohl theoretisches Wissen als auch eine empathische und verständnisvolle Herangehensweise zur Erfassung von Informationen im Rahmen des Stuhlmanagements (Pellatt, 2007).

Es gibt Studien, die sich mit der Rolle der Pflegeperson im Stuhlmanagement beschäftigen (Peate, 2003; Pellatt, 2007). Dabei wird Bezug auf ihre Aufgaben im Rahmen der Prävention und vor allem im Bereich der Therapie genommen. Über die Sichtweise und Zufriedenheit des Patienten mit den pflegerischen Interventionen im Krankenhaus gibt es nur wenige Studien, und bis auf zwei beschäftigen sich diese nur mit einzelnen Ausschnitten des Themas (Goodman & Wilkinson, 2005; Cadd, Keatinge, Henssen, O'Brien, Parker, Rohr, Schneider, & Thompson, 2000). Eine umfangreichere Betrachtungsweise des Stuhlmanagements bezogen auf die Obstipation aus der Sicht der Patienten wurde bisher in den recherchierten Datenbanken wie PubMed, Cinahl, Embase, Science direct und Wiley Onlinelibrary nicht gefunden.

Die zweijährige Erfahrung der Autorin im klinischen Alltag hat gezeigt, dass die Pflegekraft im Rahmen der Berufsausübung täglich mit dem Thema Ausscheidung konfrontiert ist. Patienten, die zur Aufnahme ins Krankenhaus kommen befinden sich im Gegensatz dazu in einer anderen Lage. Manche sind zum ersten Mal in stationärer Behandlung und sind daher häufig nicht gewohnt, dieses sonst sehr private und mit Scham behaftete Thema öffentlich zu besprechen. Wie bereits erwähnt, haben einige Patienten Vorerfahrung mit Obstipation, andere wiederum kommen unter Umständen zum ersten Mal im Rahmen des Aufenthaltes in Konfrontation mit der Problematik. Aus der Literatur ist wenig bekannt, wie Patienten das Stuhlmanagement im Krankenhaus erleben, inwieweit sie im Stuhlmanagement miteinbezogen, ihre Anliegen und Wünsche berücksichtigt werden.

Der intradisziplinäre Austausch mit Kollegen zum Thema Obstipation hat ergeben, dass im Krankenhaus dem Stuhlmanagement nur wenig Beachtung gewidmet wird, da Probleme mit der Stuhlausscheidung eher eine „Begleiterscheinung“ darstellen. Bei Aufnahme ist häufig eine Obstipation noch nicht relevant. Hauptaugenmerk der Pflegekraft liegt vorerst auf dem akuten Geschehen. Erst im Laufe des Aufenthaltes, wenn die ausbleibende Darmentleerung zum Problem für den Patienten wird, wird es für die Pflege zum Thema und sieht Handlungsbedarf. Aus diesem Grund ist es wichtig, bereits bei Aufnahme den pflegerischen Fokus vermehrt auf das Stuhlmanagement zu legen, sodass nicht erst gehandelt wird, wenn die Obstipation zu einem ernsthaften Problem wird und weitere Komplikationen folgen.

Anliegen dieser Arbeit ist es, die Wichtigkeit des Stuhlmanagements ins Bewusstsein der Pflegenden zu rufen, sodass dem Thema mehr Aufmerksamkeit im pflegerischen Alltag gewidmet wird.

## 1.2 Forschungsfragen

Die Fragestellungen lauten wie folgt:

- Unter welchen Symptomen der Obstipation leiden Patienten in der Altersgruppe ab 60 Jahren am meisten im Krankenhaus?
- Welche Maßnahmen treffen Patienten in der Altersgruppe ab 60 Jahren, um das Auftreten einer Obstipation im häuslichen Umfeld zu vermeiden? Können sie diese im Krankenhaus weiterführen?
- Welche Informationen erheben Pflegepersonen von Patienten ab 60 Jahren während eines Krankenhausaufenthaltes?
- Welche möglichen Risikofaktoren sehen Patienten in der Altersgruppe ab 60 Jahren als ausschlaggebend für das Entstehen der Obstipation im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes?
- Besteht bei Patienten ab 60 Jahren der Wunsch nach Beratung zum Thema Obstipation im Krankenhaus? In welcher Form soll diese erfolgen?

## 1.3 Ziel der Arbeit

Der derzeitige Forschungsstand lässt den Schluss zu, dass sich Studien bis dato kaum quantitativ mit der Patientensicht zum Thema Stuhlmanagement im Krankenhaus auseinander gesetzt haben. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, neue Erkenntnisse auf diesem Gebiet zu generieren.

Mit Hilfe der empirischen Untersuchung wird einerseits das Verständnis zum Themengebiet der Obstipation erhoben und bisheriges Verhalten der Personengruppe 60 plus im Umgang mit einer Obstipation beschrieben. Andererseits wird aus der Sicht der Patienten aufgezeigt, wie das Stuhlmanagement im Krankenhaus wahrgenommen und inwieweit die Thematik von den Pflegepersonen

erhoben wird. Im Speziellen wird hierbei erfasst, ob die Anliegen und Wünsche der Patienten berücksichtigt bzw. bereits früher erfolgreich gesetzte Maßnahmen weitergeführt werden und damit ihr Wohlbefinden gesteigert wird.

Zweck dieser Studie ist es, durch die gewonnenen Informationen aus Sicht der Patienten die stationäre Pflege dieser Risikogruppe in weiterer Folge zu optimieren.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

### **2.1 Definition der Obstipation**

Die Durchsicht der Fachliteratur zeigt, dass ein weites Spektrum an Definitionen zur Obstipation vorhanden ist. Die vielfach vorhandenen Erklärungen weisen dadurch implizit darauf hin, dass differenzierte Auffassungen und Vorstellungen zum Thema vorliegen. Sowohl innerhalb der Fachwelt als auch in der Normalbevölkerung kann daher nicht mit einer Selbstverständlichkeit davon ausgegangen werden, dass unter Obstipation das gleiche verstanden wird.

In diesem Abschnitt wird der Begriff Obstipation näher erläutert, wobei auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Quellen hingewiesen wird. Bezug wird hier einerseits auf die Lehrbücher, wichtigsten Klassifikationssysteme und wissenschaftlichen Studien genommen, andererseits wird dargestellt, wie Betroffene selbst den Begriff definieren. Die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Erklärungen zeigt, wie bedeutsam es ist zu klären, was der Einzelne unter der Thematik versteht.

#### **2.1.1 Lehrbücher in der Pflege**

*Thiemes Pflege*, das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung, beschreibt Obstipation als den „subjektiven Eindruck, den Darminhalt nicht in adäquater Häufigkeit und ausreichender Menge, in zu harter Konsistenz und/oder nur unter Beschwerden ausscheiden zu können“ (Schewior-Popp, Sitzmann, & Ullrich 2009, S. 419). Diese erste Definition zeigt, dass hier nicht objektive Kriterien Grundlage für eine Diagnose sind, sondern der Einzelne aufgrund seines subjektiven Eindrucks bestimmt, wann eine Abweichung besteht. Um zu erfahren, ob jemand davon betroffen ist, sind Kenntnisse über den jeweiligen Normbereich und dem subjektiven Empfinden erforderlich.

*Pflege heute* (Menche, 2011) definiert die Obstipation nicht als Krankheit, sondern als ein Symptom. Sie kann Zeichen einer Darmerkrankung sein oder auch Begleitsymptom einer psychischen Erkrankung. Die Obstipation zeigt sich in einer erschwerten, verzögerten Darmentleerung, welche oft verbunden ist mit hartem Stuhl und schmerzhafter Stuhlentleerung.

### **2.1.2 North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) Taxonomie**

Das Klassifikationssystem der North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) differenziert zwischen objektiver und subjektiver Obstipation.

In der allgemeinen Definition steht die Verminderung der normalen Defäkationsfrequenz im Mittelpunkt, begleitet von einer erschwerten oder unvollständigen Stuhlpassage und/oder der Ausscheidung von sehr hartem, trockenem Stuhl (NANDA international, 2008). Es zeigt, dass nicht alle Kriterien gleichzeitig zutreffen müssen. Eine Schwäche dieser Definition ist die fehlende Konkretisierung, was unter der „normalen Defäkationsfrequenz“ verstanden wird. Ein Spielraum für Interpretationen ist gegeben. Erst wenn Kenntnis über den Normbereich besteht, können Abweichungen identifiziert werden. Des Weiteren ist kein Zeitraum vorgegeben, wie lange diese Merkmale zutreffen müssen, sodass eine Obstipation vorliegt.

Im Vergleich dazu wird die subjektive Obstipation als eine reine Selbstdiagnose beschrieben, die zu einem Gebrauch von Laxanzien, Einläufen/Klismen und Suppositorien führt, um damit eine tägliche Darmentleerung sicherzustellen. Durch dieses Verhalten kommt es zu einem übermäßigen Gebrauch der oben genannten Substanzen. Die Erwartungshaltung kann so weit gehen, dass die Darmentleerung täglich zum selben Zeitpunkt stattfinden muss. Als beeinflussende Faktoren hierfür werden beeinträchtigte Denkprozesse, das kulturelle oder familiäre Gesundheitsverständnis und eine Fehleinschätzung angeführt (NANDA international, 2008). Diese Definition stellt den Zwang des Betroffenen, eine regelmäßige, tägliche Stuhlausscheidung zu haben, in den Vordergrund. Um dieses Ziel zu erreichen werden Maßnahmen gesetzt, unabhängig davon, ob objektive Kriterien einer

Obstipation zutreffen. Maßstab hierfür ist rein der subjektive Eindruck, geprägt von der Vorstellung, dass eine tägliche Entleerung notwendig ist.

### **2.1.3 International Classification of Nursing Practice (ICNP)**

Das Klassifikationssystem der ICNP stellt Obstipation als eine „Art von Stuhlausscheidung mit spezifischen Merkmalen“ (International Council of Nurses, 2002, S.176) dar. Angeführt werden die Entleerung von hartem geformten Stuhl, verminderte Häufigkeit der Ausscheidung, gesteigerte Menge des Stuhls, weniger Darmgeräusche, Bauchschmerzen, Blähungen, fühlbare Masse im Bauch, Anstrengung beim Stuhlgang, Brechreiz verbunden mit Kopfschmerzen und Appetitmangel (ICNP, 2002). Bei der Aufzählung der Merkmale ist allerdings nicht ersichtlich, ob alle gleichzeitig zutreffen bzw. wie lange diese vorliegen müssen, sodass von einer Obstipation gesprochen werden kann. Wie auch bei NANDA wird hier kein Zeitraum angegeben.

Die Definitionen der oben genannten Klassifikationssysteme nehmen in ihrer Erklärung Bezug auf eine Verminderung der Stuhlfrequenz, wobei nicht genau Stellung dazu genommen wird, unter welche Frequenz die Stuhlausscheidung sinken muss, damit eine Obstipation vorliegt. Somit wird Freiraum für individuelle Interpretationen gelassen und Platz für Fehldiagnosen geschaffen. Je nach Quelle werden mehr oder weniger zusätzliche Merkmale erwähnt, die gemeinsam oder getrennt voneinander zutreffen. Ein Zeitraum, wie lange die Beschwerden vorliegen müssen, um eine Obstipation zu diagnostizieren, ist bei beiden Klassifikationssystemen nicht vorgegeben.

### **2.1.4 Die Rom-Kriterien**

Die Rome Foundation, eine Non-Profit-Organisation, die sich bemüht neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Informationen für die Lehre auf dem Gebiet der funktionellen Störungen des menschlichen Verdauungstraktes zu liefern, beschäftigt

sich im Rahmen ihrer Arbeit auch mit dem Thema Obstipation. Viele Studien nehmen zur Definition der Obstipation Bezug auf die sogenannten Rom Kriterien, welche in einem Konsens von Experten auf dem Gebiet der Gastroenterologie bei einer Konferenz in Rom beschlossen wurden. Die erste Version der die Rom Kriterien, Rom I, wurde im Jahr 1994 entwickelt. Nach den Rom I und II Kriterien wurden diese ein weiteres Mal aktualisiert, sodass nun die Rom III Kriterien zur Diagnose der funktionellen Obstipation vorliegen (Drossmann, 2007).

Als Symptome werden starkes Pressen beim Stuhlgang, klumpiger, harter Stuhl, Gefühl der inkompletten Entleerung, Gefühl eines anorektalen Hindernisses bzw. Blockade, manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation wie etwa die digitale Ausräumung oder die Unterstützung der Beckenbodenmuskulatur und eine geringere Stuhlfrequenz als drei Stuhlentleerungen pro Woche genannt. Diese Symptome müssen während mindestens drei der vorhergehenden sechs Monate vorhanden sein und mindestens zwei Kriterien müssen bei mehr als 1/4 der Stuhlentleerungen erfüllt werden. Im Unterschied zu den Rom II Kriterien darf die Stuhlausscheidung jedoch nicht durch Laxanzien hervorgerufen sein. Weiters muss ein Reizdarmsyndrom ausgeschlossen sein, nur dann wird im Sinne der Rome Foundation von einer Obstipation gesprochen (Rome Foundation, 2012).

Die Rome Foundation kombiniert in ihrer Definition damit subjektive und objektive Merkmale und nimmt Bezug auf einen Zeitraum, in dem die Symptome auftreten müssen. Damit sind erstmals die Kriterien so festgelegt und abgegrenzt, sodass kein Raum für individuelle Interpretationen besteht.

Die Rom Kriterien zur Diagnostik einer funktionellen und damit primären Obstipation werden laut Erckenbrecht und Geppert (2004) jedoch oft weniger für klinische Zwecke als für Studien herangezogen. Dies lässt auch die Durchsicht diverser wissenschaftlichen Untersuchungen erkennen, wobei hier größtenteils Bezug auf die Rom Kriterien genommen wird.

Die bisher beschriebenen Definitionen stammen aus der Fachwelt der Bildung und Wissenschaft. Wie Patienten diesen Begriff erläutern, wenn diese befragt werden und was sie darunter verstehen, wird im nächsten Abschnitt behandelt.

### **2.1.5 Definition aus Sicht der Betroffenen**

Eine Studie aus den 80er Jahren, die der Frage nachgegangen ist, was der Patient unter Obstipation versteht, zeigt, dass für einen Großteil der Patienten die Stuhlfrequenz im Mittelpunkt für die Definition steht, ohne Berücksichtigung von zusätzlichen Kriterien. Nur ein kleiner Teil der befragten Patienten, rund 22 % erwähnt die Begriffe Anstrengung, Schmerz oder harter Stuhl, welche implizit für Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung stehen. Knapp ein Drittel beschreibt Obstipation in Kombination von Stuhlfrequenz und Schwierigkeiten bei der Ausscheidung (Moore-Gillon, 1984).

Eine spätere Untersuchung, welche auf die unterschiedlichen Auffassungen der Obstipation zwischen Patient und Arzt fokussiert, zeigt eine große Diskrepanz in der Definition der Obstipation. Die Hälfte der Patienten definiert dieses Gesundheitsproblem unabhängig von gängigen, akzeptierten medizinischen Kriterien. 27 % orientieren sich wie in der erstgenannten Untersuchung an der Stuhlfrequenz und beschreiben eine Obstipation als eine Stuhlausscheidung alle zwei Tage oder seltener. Ein weiterer Teil von 25 % definiert es allein über die Stuhlkonsistenz und nennt dabei harten Stuhl. Im Vergleich dazu sehen Ärzte eine Obstipation erst ab einen Zeitraum von 3 bis 4 Tagen ohne Stuhlgang, fallweise auch in Kombination mit hartem Stuhl (Herz, Kahan, Zalevski, Aframian, Kuznitz, & Reichmann, 1996).

Die beiden oben genannten Untersuchungen zeigen, dass die Prioritäten der Patienten bei der Definition der Obstipation klar im Bereich des Kriteriums Stuhlfrequenz liegen. Nur selten wird dieses Merkmal in Kombination mit weiteren Begriffen genannt, wie etwa Anstrengung oder harter Stuhl.

Ein Untersuchung, die ihren Fokus auf ältere Menschen legt, hebt hervor, dass Anstrengung und harter Stuhlgang am stärksten mit einer selbstdefinierter Obstipation assoziiert wird und werden daher als Kardinalsymptome bei älteren Menschen betrachtet (Harari, Gurwitz, Avorn, Bohn, & Minaker, 1997).

Es zeigt, dass ältere Menschen ihren Fokus nicht primär auf die Stuhlfrequenz legen, sondern vornehmlich auf Kriterien, die zu Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung führen. Um aus der Sicht der Patienten eine Verbesserung der Obstipation zu erreichen, müssen daher unterschiedliche Strategien in der Behandlung angewendet werden. Während für die eine Gruppe vorwiegend eine Erhöhung der Stuhlfrequenz zu einer Erleichterung führt, muss bei älteren Menschen das Augenmerk auf eine leichtere Stuhlausscheidung durch weicheren Stuhl und folglich geringere Anstrengung gelegt werden.

Mihaylov, Stark, McColl, Stehen, Vanoli, Rubin, Curless, Barton, und Bond (2008) befragten ebenfalls ältere, von Obstipation betroffene Menschen zum Thema. Ein wichtiges Ziel der Mehrheit, das angestrebt wird, ist eine tägliche Stuhlausscheidung zu haben. Das nicht zu erreichen bedeutet für manche obstipiert zu sein. Ein weiterer Teil der Betroffenen hingegen war jedoch bereits zufrieden, beim Stuhlgang kein Unwohlsein zu verspüren. Eingangs lässt sich somit bereits erkennen, dass Stuhlfrequenz, Regelmäßigkeit und Wohlbefinden bei der Stuhlausscheidung wichtige Faktoren aus der Betroffenenperspektive darstellt.

Analysiert man die Betroffenen genauer, wird festgestellt, dass die meisten Befragten eine Obstipation mit einer Abnahme der Stuhlfrequenz assoziieren, wobei drei unterschiedliche Gruppen identifiziert werden:

- Betroffene, die einen Stuhldrang verspüren, aber nicht in der Lage sind, Stuhl auszuscheiden („can't go“).
- Personen, die über eine unregelmäßige Stuhlfrequenz berichten, da sie keinen Stuhldrang verspüren („not going to the toilet“).
- Die dritte und kleinste Gruppe umfasst Betroffene, welche nicht so oft auf die Toilette gehen, um Stuhl zu entleeren, wie sie es wünschen würden („not going as often“).

Die Mehrheit der Befragten fällt in die erste Gruppe hinein, welche von einem Stuhldrang berichten, jedoch beim Versuch Stuhl auszuscheiden, scheitern. Alternativ dazu gibt es Betroffene, welche eine inadäquate Menge an Stuhl absetzen, sodass das Gefühl einer inkompletten Entleerung trotz Stuhlausscheidung besteht

und Stuhldrang weiter vorhanden ist. In Folge gehen diese Menschen wiederholt auf die Toilette, dessen Versuche von exzessiver Anstrengung begleitet sind.

Die kleinere Gruppe, welche geprägt ist von fehlendem Stuhldrang und folglich einem längeren Ausbleiben des Stuhlgangs, berichten in der Zeit ohne Darmaktivität häufig über abdominelles Unwohlsein, wie Völlegefühl und harter, aufgeblähter Bauch. Harter Stuhl und eine Blockade wird assoziiert mit einem längeren Ausbleiben des Stuhlgangs. Häufig warten die Betroffene auf den Drang, bevor sie die Toilette aufsuchen. Es werden davor keine Versuche der Stuhlentleerung unternommen. Weiteres Kennzeichen dieser Gruppe ist daher ein unregelmäßiger Stuhlgang und dessen Ausbleiben über einen längeren Zeitraum.

Die dritte Gruppe ist gekennzeichnet durch den starken Imperativ, regelmäßigen, vorzugsweise täglichen Stuhlgang zu erlangen. Ein oder zwei Tage ohne Stuhlgang assoziieren die Betroffenen hier mit Obstipation. Hauptmerkmal dieser Personen ist, dass sie nicht so oft Stuhl entleeren, wie sie es wünschen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Definitionen je nach Quelle und Sichtweise voneinander unterscheiden. Gewisse Merkmale treten aber deckend auf, wie etwa Kennzeichen betreffend Stuhlfrequenz, Stuhlkonsistenz und Anstrengung. Was der Einzelne jedoch genau unter Obstipation versteht, ist mit diesem individuell abzuklären.

## **2.2 Symptome aus der Betroffenenperspektive**

Um zu einer Definition der Obstipation zu kommen, verwenden dazu die Betroffenen oft ihre Symptome und umschreiben damit das Gesundheitsproblem. In diesem Kapitel wird daher auf jene Beschwerden eingegangen, über die die Betroffenen häufig berichten. In einem weiteren Schritt wird der Frage nachgegangen, wie belastend die einzelnen Symptome von Personen mit Obstipation empfunden werden.

Laut Mihaylov (2008) werden folgende Merkmale von den älteren Betroffenen zur Beschreibung der Obstipation genannt, welche zugleich charakteristische Symptome einer Obstipation widerspiegeln:

- Veränderungen in der Stuhlfrequenz und Regelmäßigkeit
- Anhaltender und wiederholter Stuhldrang, aber unfähig Stuhl zu entleeren
- Schwierigkeiten und Unwohlsein beim Stuhlgang wie etwa Anstrengung, Schmerz oder rektale Blutung
- Ausscheidung von uncharakteristischem Stuhl wie etwa in zu geringer Menge oder zu harter, kompakter Stuhl
- Gefühl einer rektalen Blockade
- Gefühl einer inkompletten oder unzureichenden Entleerung
- Gefühl eines aufgeblähten, harten Bauchs; abdominelle Schmerzen oder Flatulenz.
- Gefühl der Müdigkeit und Abgeschlagenheit oder generelles Unwohlsein
- Abhängigkeit von Laxanzien, um einen Stuhlgang zu haben

Es wird deutlich, wie umfangreich die Beschreibung der Obstipation ausfällt, wenn Betroffene befragt werden.

Johansen und Kralstein (2007) bestätigen, dass die Symptome sehr breit gefächert sind und viele über mehr als nur ein Symptom berichten.

Laut ihrer Umfrage klagen die Betroffenen in Abstufung der Häufigkeit von folgenden Symptomen:

- Anstrengung (79 %)
- Gasbildung (74 %)
- Harter Stuhl (71 %)
- Abdominelles Unwohlsein (62 %)
- Unregelmäßiger Stuhlgang (57 %)
- Blutung (57 %)
- Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang (54 %)
- Abdominelle Schmerzen (48 %)
- Rektale Schmerzen (41 %)

- Plötzlicher Drang Stuhl ausscheiden zu müssen (35 %)
- Andere (8 %)

Es wird beobachtet, dass die betroffenen Personen häufig seit langer Zeit mit den Anzeichen der Obstipation konfrontiert sind. Rund ein Drittel der Befragten leiden seit bis zu einem Jahr unter diesen Symptomen, etwa ein Viertel seit zwei bis drei Jahre. Schockierende 21 % berichten sogar, seit zehn Jahren oder mehr von Obstipationssymptomen betroffen zu sein. 35 % behaupten, an zwei oder drei Tagen der Woche Symptome zu verspüren (Johansen & Kralstein, 2007). Der lange Zeitraum, in dem die Betroffenen über die Beschwerden klagen, lässt die Vermutung zu, dass diese Personen noch keine adäquate Methode oder Mittel gefunden haben, um ihre Symptome zu beseitigen. Ob und wieweit sie mit den bisher gesetzten Maßnahmen zufrieden sind, wird in einem späteren Kapitel behandelt.

Wie ernstzunehmend die Symptome für die Betroffenen sind bzw. wie schwer sie die einzelnen Symptome gewichten, zeigt die folgende Grafik (Johanson & Kralstein, 2007, S. 607). (Abbildung1).

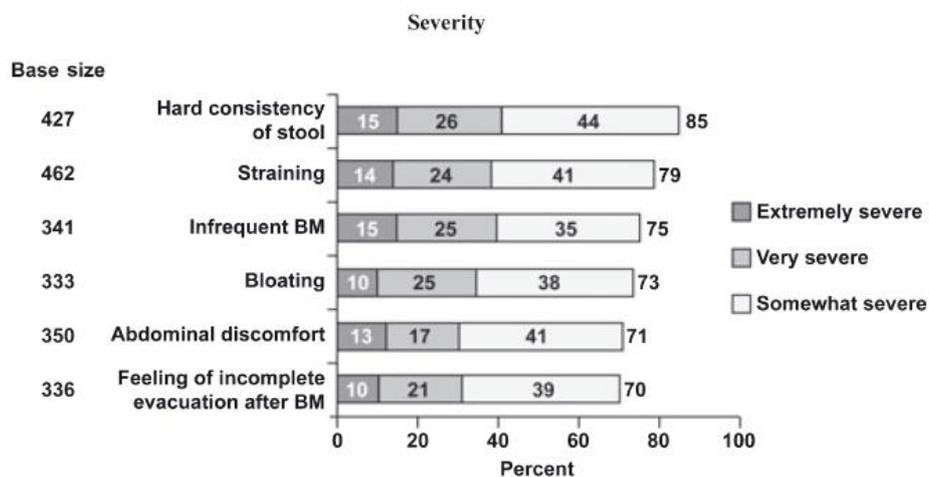


Abbildung 1: „Severity“ der Symptome aus Sicht der Betroffenen

Die Symptome harter Stuhl, Anstrengung, unregelmäßiger Stuhlgang, Blutung, abdominelles Unwohlsein und Gefühl der inkompletten Entleerung nach Stuhlgang werden von den Betroffenen als „ein wenig“, „sehr“ oder „extrem“ medizinisch ernstzunehmend eingestuft. Harter Stuhl und unregelmäßiger Stuhlgang sind für 15 % der Befragten „extrem“ schwerwiegende Symptome, gefolgt von der Anstrengung.

Wie „quälend“ oder belastend die einzelnen Symptome von den Betroffenen eingestuft werden, zeigt die folgende Abbildung (Johanson & Kralstein, 2007, S. 607). Hier steht die Blutung, gefolgt von Anstrengung, harter Stuhl, abdominelles Unwohlsein, unregelmäßiger Stuhlgang und Gefühl der inkompletten Entleerung an oberster Stelle. Anale Blutung wird demnach von 86 % zumindest als „etwas quälend“ wahrgenommen. „Extrem quälend“ empfinden die meisten Betroffenen mit 21 % das Gefühl der inkompletten Entleerung nach Stuhlgang, gefolgt von Anstrengung bei Stuhlentleerung und unregelmäßigem Stuhlgang (Abbildung 2).

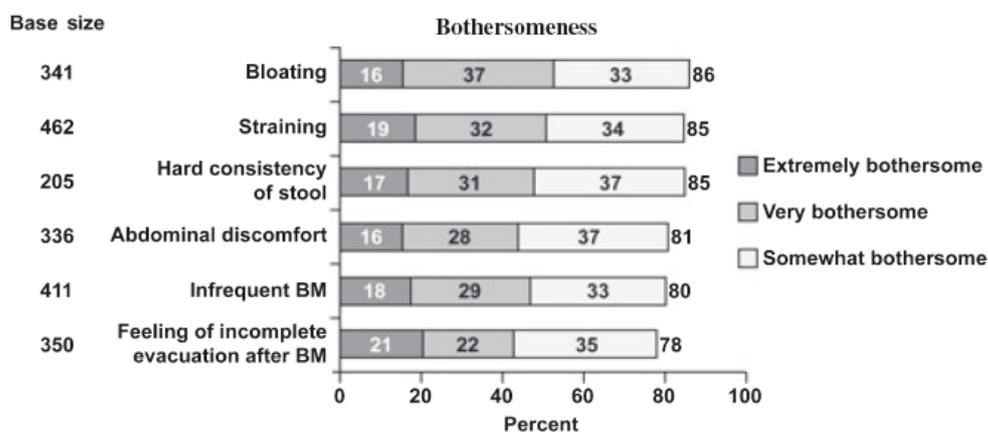


Abbildung 2: „bothersomeness“ der Symptome

Diese beiden Grafiken verdeutlichen, dass die Obstipation mit ihren zahlreichen Symptomen für die Betroffenen sehr belastend ist und Leid verursacht. Es zeigt, dass für Personen, die von Symptomen einer Obstipation geplagt sind, medizinischer Handlungsbedarf besteht.

## 2.3 Formen der Obstipation

Ist eine Obstipation mit Hilfe der objektiven und subjektiven Kriterien und der Schilderung durch die Betroffenen diagnostiziert, wird diese je nach Ursache kategorisiert. Welche Formen vorherrschend sind, wird nun erläutert.

Die Obstipation ist unterteilt in zwei große Gruppen. In erster Linie wird unterschieden zwischen einer primären und einer sekundären Obstipation (Drost & Harris, 2006).

Kommt die Obstipation als Symptom einer anderen intestinalen oder extraintestinalen Erkrankung oder als Folge der Einnahme obstipierend wirkender Medikamente vor, wird von einer sekundären Form der Obstipation gesprochen. Tritt die Obstipation als eigenständiges Phänomen auf und kann keine andere Krankheit oder medikamentöse Therapie als Ursache dafür gefunden werden, wird von einer primären oder funktionellen Form der Obstipation gesprochen. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Störung der Funktion, welche im Dickdarm selbst sitzt, Ursache ist. Für die Diagnostik einer funktionellen Obstipation werden die eingangs beschriebenen Rom Kriterien herangezogen (Erckenbrecht & Geppert, 2004).

### **2.3.1 Primäre (idiopathische) Obstipation**

Die Einteilung der primären oder auch idiopathischen Obstipation erfolgt in drei Kategorien. Es wird zwischen „normal-transit“ Obstipation, „slow-transit“ Obstipation und „anorektaler Obstruktion“ (auch als „Beckenbodendysfunktion“ oder „Defäkationsstörung“ beschrieben) unterschieden, wobei letztere zwei Formen als pathophysiologisch betrachtet werden (Erckenbrecht & Geppert, 2004; Degen, Dederling, Bauerfeind, & Beglinger, 2008; Tack, Müller-Lissner, Stanghellini, Boeckxstaens, Kamm, Simren, Galimiche, & Fried, 2011).

#### **2.3.1.1 Normal-transit Obstipation**

Die „normal-transit“ Obstipation ist laut Tack et al. (2011) vermutlich die häufigste Form der Obstipation. Hierbei ist die Kolontransitzeit - laut Stein und Wehrmann (2006) ist das jene Passagezeit, die der Darm benötigt um feste Substanzen auszuscheiden - als auch die Stuhlentleerung normal (Degen et al., 2008). Die Stuhlfrequenz liegt ebenfalls in einem adäquaten Zeitraum. Trotzdem empfinden sich die Patienten als obstipiert. Betroffene berichten bei dieser Form über

Schwierigkeiten bei der Ausscheidung, einen aufgeblähten Bauch, abdominale Schmerzen oder Unwohlsein und harten Stuhl. Trotz dieser Symptome wird jedoch keine reduzierte Kolontransitzeit festgestellt (Tack et al., 2011). Wie diese Beschreibung zeigt, beruht diese Form der Obstipation hauptsächlich auf einer subjektiv interpretierten Beeinträchtigung, vorwiegend basierend auf dem Faktor Stuhlentleerung oder Stuhlkonsistenz (Degen et al., 2008).

#### **2.3.1.2 *Slow-transit Obstipation***

Bei dieser pathologischen Form der Obstipation besteht eine verlängerte Kolontransitzeit, gekennzeichnet von einer primären Kolonmotilitätsstörung. Diese Betroffenen zeigen deutlich verminderte Kolonkontraktionen pro Zeiteinheit, eine verminderte Kolonantwort nach Nahrungszufuhr und ein vermindertes Erweichen des Darms am Morgen (Tack et al., 2011). Laut Ruppert-Seipp (2003) liegt hier vermutlich die Ursache in einer Neuropathie des enterischen Nervensystems. Weiters weist Ruppert-Seipp (2003) darauf hin, dass vorwiegend Frauen davon betroffen sind, die Erkrankung meist schleichend beginnt und im Laufe des Lebens an Intensität zunimmt.

#### **2.3.1.3 *Beckenbodendysfunktion oder Defäkationsstörung***

Manche Patienten zeigen Schwierigkeiten, Stuhl aus dem Rektum auszuscheiden. Bei dieser Form besteht damit eine Defäkationsstörung (Erckenbrecht & Geppert, 2004). Diese ist gekennzeichnet durch eine Störung des anorektalen Entleerungsprozesses. Ursache für diese Störung sind mechanische Hindernisse, welche erst bei der Defäkation auftreten. Weiters kann diese durch eine beeinträchtigte anale Kontraktion, der paradoxen Analkontraktion oder einer inadäquaten analen Entspannung bedingt sein. Oft ist das Zusammenspiel der Muskeln, welche bei einer Defäkation involviert sind oder eine fehlende Koordination dieser Muskeln verantwortlich für das Auftreten dieser Obstipationsform. Ein hoher Anteil an Patienten zeigt jedoch auch eine beeinträchtigte rektale Empfindung. Die mechanischen Hindernisse sind zwar als Auslöser in der Minderheit, inkludieren aber

den Rektumprolaps, Invagination des Darms, Rektozele und ein exzessiver Abfall des Darms. (Tack et al., 2011). Weitere Ursachen sind hier schmerzhafte Veränderungen wie Hämorrhoiden, Analfissuren, anorektale Abszesse und Fisseln (Ruppert-Seipp, 2003). Einige Patienten weisen eine Beckenbodendysfunktion auf, welche ebenfalls zur einer Obstipation mit oder ohne verzögerter Kolontransitzeit beiträgt (Tack et al., 2011).

### **2.3.2 Sekundäre Obstipation**

Liegt als Ursache der Obstipation eine andere Erkrankung zugrunde oder tritt diese infolge der Einnahme diverser Medikamente mit obstipierender Nebenwirkung ein, wird von einer sekundären Obstipation gesprochen (Erckenbrecht & Geppert, 2004). Die Obstipation ist hier kein eigenständiges und unabhängiges Erkrankungsbild, sondern die Folge einer anderen Ursache.

Welche Erkrankungen und Medikamentengruppen diesbezüglich Probleme auslösen, wird in einem weiteren Kapitel, welche die Ursachen behandelt, genauer beschrieben.

## **2.4 Epidemiologie**

Im Rahmen der Epidemiologie wird hier der Fokus auf die Prävalenz der Obstipation, deren Ursachen und Risikofaktoren genommen.

Es wird damit der Frage nachgegangen, wie relevant das Gesundheitsproblem weltweit und in Europa ist, welche Ursachen tatsächlich für eine Obstipation verantwortlich sind und welche Faktoren zu einem erhöhten Risiko führen.

### **2.4.1 Prävalenz**

Die Literatur bestätigt die Vermutung, dass Obstipation ein häufig auftretendes Problem darstellt.

Laut Higgins und Johanson (2004) liegt die geschätzte Prävalenz zwischen 1,9 % und 27,7 %, mit einem Durchschnitt von 14,8 % in Nordamerika. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Studien unterschiedliche Definitionen der Obstipation verwenden, wobei die Prävalenz bei selbstdefinierter Obstipation zu höheren Zahlen führt. Legen die Betroffenen selbst fest, was sie unter Obstipation verstehen, liegt die Häufigkeit bei rund 27 %. Im Vergleich dazu sinkt die Prävalenz bei Studien, welche sich auf die sogenannten Rom Kriterien beziehen, auf etwa 15 % bei Verwendung von Rom I und rund 17 % von Rom II.

Auch die Verwendung unterschiedlicher Rom Kriterien bringt damit ähnliche Ergebnisse, wobei zu beobachten ist, dass mit steigender Stufe der Rom Kriterien die Prävalenz leicht sinkt.

Peppas, Alexiou, Mourtzoukou, und Falagas (2008) kommen bei ihren Ergebnissen zu einer noch größeren Spannweite bei der Prävalenz in Europa. Diese liegt hier zwischen niedrigen 0,7 % bis zu hohen 81 %, in Abhängigkeit der untersuchten Population. In der Normalbevölkerung betrifft es 5 % bis 35 % der Menschen, je nach Methode der Datenerhebung und verwendeter Definition, wobei auch hier die Zahlen bei selbstdefinierter Obstipation höher sind.

McCrea, Miaskowski, Stotts, Macera, und Varma (2009) zeigt, dass die Prävalenz in Nordamerika zwischen 1,9 % und 27,2 % liegt und bestätigen die Zahlen von Higgins und Johanson aus dem Jahr 2004. Sie erklären die Spannweite ebenfalls durch die unterschiedliche Bezugnahme der Studien auf diverse Definitionen zur Diagnose der Obstipation. Wie auch Higgins et al. (2004) und Peppas et al. (2008) bereits festgestellt haben, bringt die Verwendung von Rom Kriterien niedrigere Zahlen. McCrea et al. (2009) hebt hervor, dass auch Studien, die unterschiedliche Methoden der Datenerhebung verwenden, zu unterschiedlichen Zahlen kommen. Diese Differenzen wurden etwa beim Vergleich von Telefonumfragen, face-to-face Interviews und Umfragen per Mail festgestellt. Möglicher Grund für dieses Ergebnis ist vermutlich die Tatsache, dass das Thema Ausscheidungen und daher auch die Obstipation mit Scham behaftet ist und somit auch ein Tabuthema darstellt. Dieses Problem offen bei persönlichem Kontakt anzusprechen ist damit womöglich von Hemmungen geleitet, sodass es in Abrede gestellt wird.

Im Rahmen einer weiteren Literaturrecherche wird eine ähnlich große Spannweite der Häufigkeit festgestellt. Weltweit reicht laut dieser die Prävalenz in der Normalbevölkerung von 0,7 % bis zu 79 %, wobei die Zahl bei Kindern niedriger ist, nämlich bei 0,7 % bis 29,6 %. Unter der älteren Bevölkerung, bei Personen zwischen 60 und 101 Jahren, liegt der Median der Prävalenz bei 33,5 %. (Mugie, Benninga, & Lorenzo, 2011). Auch wird hier ersichtlich, dass die Prävalenz bei selbstdefinierter Obstipation höher ist als bei jener, welche die Rom Kriterien verwenden. Innerhalb der Rom Kriterien sinkt jedoch laut dieser Analyse die Prävalenz mit der Weiterentwicklung der Rom Definition, da Studien mit Rom I zu höheren Zahlen als bei Rom III kommen.

Zusammenfassend zeigen alle Studien, dass die Prävalenz sehr hohe Zahlen annehmen kann. Je nach verwendeter Definition, Methode der Datenerhebung, Setting und untersuchter Population zeigen sich unterschiedlich hohe Häufigkeiten.

Warum so viele Menschen von diesem Problem betroffen sind, verdeutlichen die zahlreichen Ursachen und Risikofaktoren, die dazu führen.

#### **2.4.2 Ursachen und Risikofaktoren**

In der Literatur werden diverse Ursachen und Risikofaktoren genannt, aufgrund dessen es zu einer Obstipation kommen kann. Je nach Situation wird bei einer drohenden Obstipation von einem Risikofaktor, bei einer tatsächlich eingetroffenen Stuhlverstopfung von einer Ursache gesprochen.

Die nun aufgezählten Beispiele liefern einen Einblick, welche Erkrankungen häufig eine mögliche Ursache darstellen, beruhen jedoch nicht auf Vollständigkeit. Organische Ursachen können demnach zum Beispiel Diabetes Mellitus, Hypothyreose, Hypokalämie oder Hyperkalzämie, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Rückenmarksverletzung, zerebrovaskulärer Insult, Demenz, Depression, Anorexia nervosa, kolorektaler Karzinom, Analfissur oder auch eine Stenose sein (Tack et al., 2011; Eoff & Lembo, 2008; Degen et al. 2008).

Die Ursachen sind allerdings nicht ausschließlich bedingt durch eine körperliche Erkrankung, auch die Psyche spielt in der Entstehung der Problematik eine Rolle. Eoff und Lembo (2008) nennen bei den psychischen Faktoren Angst, Depression, Somatisierung und Essstörungen.

Die NANDA Taxonomie, welche hier von beeinflussenden Faktoren spricht, führt bei der Obstipation neben funktionellen, pharmakologischen, mechanischen und physiologischen Faktoren ebenfalls psychologische Faktoren an und hebt die Depression, den emotionalen Stress, die Belastung und die Verwirrtheit hervor (NANDA international, 2008).

Im Rahmen der Medikamenteneinnahme ist zu beachten, dass viele dieser eine Obstipation auslösen können. Laut Blaker und Wilkinson (2010) sind im British National Formulary rund 900 Medikamente gelistet, welche über eine Obstipation als Nebenwirkung berichten. Zu diesen Arzneimittel gehören diverse Medikamentengruppen, wie etwa Opiate, nichtsteroidale Antirheumatika, Sedativa, Sympathikomimetika, Anticholinergika, Antidepressiva, Antihistaminika, Antiepileptika, Diuretika, Lipidsenker, Antiparkinsonmittel, Antazida (vor allem kalzium- und aluminiumhaltige), Kalziumsupplemente, Antihypertensiva, Eisenpräparate und Kalziumantagonisten (Hsieh, 2005; Blaker & Wilkinson, 2010; NANDA 2006; Erckenbrecht & Geppert 2004; Tack et al., 2011; Eoff & Lembo, 2008). Die Liste der obstipationsauslösenden Medikamente ist lang und spielt daher auch eine wichtige Rolle in der Behandlung der Stuhlverstopfung. Werden Arzneimittel aus dieser Gruppe eingenommen und kommt es zu Verdauungsproblemen, wird in einem ersten Schritt versucht, die Dosierung zu reduzieren, Ersatzpräparate zu finden oder dieses Medikament abzusetzen (Eoff & Lembo, 2008).

Die Literatur nennt als Ursache häufig auch eine inadäquate Lebensführung und umweltbedingte Auslöser. Beim Lebensstil wird eine unzureichende Zufuhr an Ballaststoffen, Dehydration und verminderte körperliche Aktivität für eine Problematik angeführt (Tack et al., 2011). Eoff und Lembo (2008) fügt dem noch das Ignorieren des Stuhldrangs hinzu. Das Joanna Briggs Institut (2008) erwähnt neben den möglichen obstipationsauslösenden Faktoren Flüssigkeitszufuhr, Ernährung und Mobilität auch die Umwelt als beeinflussende Größe. Angeführt wird unter diesem

Punkt etwa die reduzierte Privatsphäre, eingeschränkter Zugang zu Toiletten und die Abhängigkeit von anderen Personen bei der Stuhlentleerung.

NANDA international (2008) erwähnt weiters eine kürzlich erfolgte Umgebungsveränderung, das Verleugnen oder Ignorieren des Stuhldrangs und unregelmäßige Defäkationsgewohnheiten als mögliche Ursache im Entstehungsprozess der Problematik.

Tariq (2007) hat sich im Rahmen der Ursachensuche auch mit jenen Faktoren beschäftigt, die zu einer Entwicklung von Obstipation speziell im Krankenhaus beitragen. Diese inkludieren vor allem die Unterdrückung des Stuhldrangs, das Fehlen der Privatsphäre, Unzufriedenheit mit dem Zustand der Toilette oder das Fehlen von sanitären Einrichtungen.

Laut Leung (2006) spielen ebenfalls Faktoren wie ungenügende Ballaststoff- und Flüssigkeitszufuhr, verminderte körperliche Aktivität, Medikamentennebenwirkung, Hypothyreoidismus, Geschlechtshormone und Obstruktion aufgrund eines colorektalen Krebs eine wesentliche Rolle in der Pathogenese der Obstipation. Jedoch betont Leung, dass es einen Mangel an evidenzbasierten Studien gibt, die sich mit den ätiologischen Faktoren beschäftigen. Er kritisiert, dass viele der aktuellen Studien auf Mythen und Annahmen bestehen, welche von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden. Es liegen damit nicht ausreichend wissenschaftliche Studien vor, um die genannten Faktoren als Hauptfaktoren in der Entstehung der chronischen Obstipation zu identifizieren.

Ergänzend zu den Ursachen wird in der Literatur auch häufig von Risikofaktoren gesprochen, aufgrund dessen ein erhöhtes Risiko besteht, eine Obstipation zu entwickeln. Risikofaktoren sind nach Kunze (2007, S. 13) „soziale, Umwelt- und Lebensstilfaktoren oder ein Verhalten, welches bekannterweise mit einem erhöhten Risiko oder erhöhter Wahrscheinlichkeit für den Einzelnen, an einem spezifischen Leiden zu erkranken, assoziiert ist.“ Hierbei wird zwischen modifizierbaren und unbeeinflussbaren Risikofaktoren unterschieden (Kunze, 2007).

Higgins und Johanson (2004) zeigen in ihren Ergebnissen, dass das Geschlecht, der sozioökonomische Status, die Hautfarbe, die Bildung und das Alter eindeutige Auswirkungen auf die Prävalenz der Obstipation haben. Höhere Häufigkeitszahlen werden bei Frauen, Menschen mit schwarzer Hautfarbe, Personen mit niedrigerem Einkommen und Bildung und damit niedrigerem sozioökonomischen Status sowie mit Zunahme des Alters beobachtet. Einzelne Studien zeigen auch einen Zusammenhang mit der Haushaltsgröße, Familienstand und Erwerbstätigkeit. Da diese Verbindungen nur in einzelnen Studien hergestellt wurden, wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen.

Peppas, Alexoiu, Mourtzoukou, und Falagas (2008) haben sich in ihrer Literaturarbeit ebenfalls mit dem Thema beschäftigt und bestätigen die bisher veröffentlichten Ergebnisse, dass vor allem das Geschlecht, Alter, der sozioökonomische Status und die Bildung einen wesentlichen Effekt auf die Prävalenz der Obstipation ausüben. Demnach sind Frauen, Menschen mit höherem Alter, Personen die einer niedrigeren sozioökonomischen Schicht angehören und ein niedriges Bildungsniveau besitzen, einem erhöhten Risiko ausgesetzt. Darüber hinaus erwähnen sie zahlreiche weitere Faktoren, welche aber nicht eindeutig mit einer Obstipation in Verbindung gebracht werden können, da hierzu kontroverse oder nicht ausreichende Studien vorliegen.

Auch McCrea, Miaskowski, Stotts, Macera, und Varma (2009) bekräftigen den Schluss, dass die Prävalenz unter Frauen signifikant größer ist als bei Männern. McCrea weist jedoch darauf hin, dass die Bereitschaft von Frauen größer ist, über Symptome einer Obstipation zu berichten und an Umfragen teilzunehmen und daher einen möglichen Einfluss auf die Prävalenz ausüben, sodass die Zahl höher zu sein scheint als bei Männern. Bezüglich des Risikofaktors Alter stellen sie fest, dass die Häufigkeit mit steigendem Alter zunimmt, wobei ein stetiger Anstieg ab dem 50. Lebensjahr und die größte Zunahme nach dem 70. Lebensjahr beobachtet werden kann.

Die erst kürzlich durchgeführte Übersichtsarbeit von Mugie, Benninga, und Di Lorenzo (2011) liefert keine neuen Erkenntnisse. Auch hier wird gezeigt, dass das weibliche Geschlecht, das zunehmende Alter, niedriger sozioökonomischer Status und eine niedrige Bildung die Prävalenz der Obstipation beeinflusst. Ihre Daten

weisen im speziellen darauf hin, dass die Stuhlverstopfung vorwiegend ab dem 60. Lebensjahr häufiger wird, mit dem größten Anstieg ab dem Alter von 70 Jahren. Im Gegensatz zu Higgins et al. zeigen sie inkonsistente Ergebnisse in Hinblick auf den Faktor Hautfarbe. Sie weisen darauf hin, dass der Einfluss der Hautfarbe auf die Prävalenz unklar ist und die Ergebnisse diverser Studien inkonsistent sind.

Die bisher angeführten Studien heben zusammenfassend das Geschlecht, Alter, die Bildung und den sozioökonomischen Status als signifikante Risikofaktoren der Obstipation hervor. Darüber hinaus werden weitere Faktoren genannt, die bereits im Rahmen der Ursachensuche behandelt wurden, aber auch in diversen Studien als Risikofaktor abgebildet sind. Auf diese wird daher an jener Stelle nicht wiederholt eingegangen. Eine Trennung zwischen Ursachen und Risikofaktoren ist grundsätzlich nicht möglich, sondern basiert allein auf der Analyse der jeweiligen Situation.

Die Auseinandersetzung mit der Ursache der Obstipation zeigt, dass diese nicht auf ein paar wenige, auslösende Faktoren reduziert werden kann. Das Spektrum ist sehr weitläufig. Daher spielt die berufliche Erfahrung und die Sicht des Patienten ebenfalls eine wesentliche Rolle, um die individuellen Faktoren des Betroffenen, welche bei diesem zu einer Entstehung führen, herauszufinden.

#### **2.4.2.1 Ursächliche Faktoren aus Patientensicht**

Laut der Studie von Mihaylov, Stark, McColl, Stehen, Vanoli, Rubin, Curless, Barton, und Bond (2008), welche sich mit der Obstipation bei älteren Menschen beschäftigt, kann nur eine kleine Minderheit der Befragten *keinen* Grund für ihre Obstipationsprobleme nennen. Im Gegensatz dazu ist die Mehrheit in der Lage, verschiedene Auslöser dafür zu nennen. Für manche sind es nicht nur einzelne Ursachen, sondern eine Kombination von diversen Faktoren. Aus Sicht der älteren Teilnehmer besteht die Obstipation selten in Isolation. In ihren Erklärungen der Obstipation stellen sie häufig eine Verbindung zu anderen spezifischen Erkrankungen, körperlichen Beschwerden oder Gesundheitsproblemen wie Hämorrhoiden oder Krebs her.

Konkret sehen die Teilnehmer folgende Faktoren als Auslöser für ihre Obstipation (ebenda, 2008):

- Die Einnahme diverser Medikamente mit ihren Nebenwirkungen
- Eine vorangegangene Operation
- Das Ignorieren des Stuhldrangs
- Fehlender Zugang zu sanitären Einrichtungen
- Ernährungsgewohnheiten – wobei die Flüssigkeitszufuhr häufig separat genannt wird
- Lifestylefaktoren
- Vererbung
- Stress, Angst, Sorgen
- Obstipation als Teil des Alterungsprozesses
- und seltener genannt, Umweltfaktoren (wie zum Beispiel Chemikalien)

Die Auflistung aus Sicht der Betroffenen gibt zu erkennen, dass ihre Annahmen bezüglich der Ursachen für die Obstipation sehr stark variieren und komplex sind. Im Gegensatz dazu werden aus Sicht der praktischen Ärzte drei Hauptfaktoren für die Entstehung einer Obstipation bei älteren Menschen identifiziert. Diese sind Ernährungsgewohnheiten und Lebensstil, Physiologie und degenerative Prozesse und begleitend dazu Medikamente (Mihaylov et al, 2008). Dies verdeutlicht die starke Verankerung der Ärzte im Naturalismus, wo Erklärungen für eine Erkrankung mit Hilfe der Biologie gesucht werden.

Es ist ersichtlich, dass auch die Betroffenen inadäquate Ernährung, Bewegung und Flüssigkeitszufuhr als Entstehungsursache erwähnen. Das sind jene Faktoren, die einerseits sehr häufig in der Literatur angeführt werden und andererseits auch im Berufsalltag seitens der Pflege oft als erstes genannt werden, wenn sich die Frage nach der Ursache stellt.

Es wird jedoch betont, dass Patienten mit chronischer Obstipation gleich viel Flüssigkeit zu sich nehmen und ähnlich aktiv sind wie Gesunde (Degen et al, 2008). Müller-Lissner, Kamm, Scarpignato, und Wald (2005) appellieren, dass eine ballaststoffarme Ernährung nicht vermeintlich für eine Ursache der Obstipation steht.

Die Obstipation bei älteren Betroffenen kann mit einer verminderten körperlichen Aktivität korrelieren, jedoch ist zu beachten, dass eine Reihe von Co-Faktoren existieren, die ebenfalls eine Rolle spielen. Leung (2006) betont des Weiteren, dass derzeit keine anerkannten, gut wissenschaftlich durchgeführten Studien vorliegen, welche sich mit den ätiologischen Faktoren beschäftigen. Jene Untersuchungen, die sich dem Thema gewidmet haben, kommen zu keinen beweiskräftigen, einheitlichen Ergebnissen (Leung, 2006).

Bei der Ursachensuche ist ein vorsichtiges Vorgehen empfohlen. Es ist stets zu beachten, dass nicht nur ein Faktor isoliert als Ursache verantwortlich ist, sondern oft mehrere in Kombination auftreten und jeder Fall eine individuelle Herangehensweise fordert.

## **2.5 Komplikationen**

Die Obstipation, welche oft eine Erscheinung einer anderen Erkrankung darstellt, kann selbst wieder weitere Probleme verursachen und körperliche Beschwerden auslösen. Diese Komplikationen sind für die Betroffenen unangenehm und oft behandlungswürdig. Mit welchen Folgeproblemen die betroffenen Menschen konfrontiert sind, wird im folgenden Kapitel behandelt.

Eine chronische Obstipation führt möglicherweise zu zusätzlichen Gesundheitsproblemen. Als mögliche Komplikationen nennt Eoff & Lembo (2008) Hämorrhoiden, welche zu einer rektalen Blutung führen können, Darmverschluss, bedingt durch harten und trockenen Stuhl im Rektum oder Colon, Volvulus, Ulcus im Colon oder Rektum verursacht durch starkes Pressen, um den harten Stuhl weiter zu transportieren, Rektumprolaps, Analfissur, Stuhlinkontinenz und Diarrhö.

Eilts-Köchling (2000) nennt Komplikationen wie mechanischer Ileus, erhöhter abdomineller Druck durch Pressen und depressive Stimmungslage. Des Weiteren beschreibt sie die Koprostase als eine der unangenehmsten Komplikationen der Stuhlverstopfung, welche vor allem immobile Patienten in stationären Einrichtungen betrifft. Rund 42 % der geriatrischen Patienten zeigen diese Folgeerscheinung einer

Obstipation. Die harten Kotsteine treten oft in Kombination mit einer Exsikkose auf. Um den Wassermangel auszugleichen zieht der Körper weiter Wasser aus dem Stuhl, wodurch es durch den Wasserentzug aus den Faeces zur vermehrten Stuhleindickung kommt. Diese harten Stuhlsteine können dann nicht mehr selbständig mit eigener Kraft ausgeschieden werden, sodass medizinischer und pflegerischer Handlungsbedarf besteht, um wieder weitere Folgen wie gastrointestinale Symptome, mechanischer Ileus, Stuhlinkontinenz, schwere Verwirrheitszustände, Urinretention, koprostatistische Ulcera mit rektaler Blutung zu vermeiden.

Auch Richmond (2003) hebt hervor, dass die unbehandelte Obstipation zu potentiellen, ernstzunehmenden Komplikationen führt. Genannt werden hier abdominelle Schmerzen, rektale Blutung, Übelkeit und Erbrechen, Darmverschluss und –durchbruch, Stuhlinkontinenz, Verwirrtheit, Müdigkeit und Kopfschmerzen, Hämorrhoiden, Ohnmachtsanfall, kardiale Unregelmäßigkeiten und Pulmonalembolie bei bestehendem Thrombus verursacht durch starkes Pressen, bis hin zu Tod bedingt durch kardiale Abnormitäten.

Die zahlreich genannten Komplikationen zeigen, wie wichtig eine frühzeitige Behandlung ist und verdeutlichen den hohen Stellenwert der Prophylaxe der Obstipation, um einerseits weiteres Leid bei den Betroffenen zu verhindern und andererseits dadurch entstehende Kosten für das Gesundheitssystem zu vermeiden.

Damit die Behandlung jedoch effizient ist und Maßnahmen zur Prophylaxe greifen, muss die zugrunde liegende Ursache herausgefunden werden. Wenn die Ursache bekannt ist, ist es möglich, dem Betroffenen angepasste Maßnahmen anzubieten, welche damit an der Wurzel des Problems ansetzen. Darüber hinaus bestehen Faktoren, aufgrund dessen bestimmte Personengruppen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, mit Obstipation im Laufe ihres Lebens konfrontiert zu werden. Diese Risikogruppe bedarf daher ebenfalls erhöhter Aufmerksamkeit, um frühzeitig eine Gefährdung zu erkennen. Dann besteht die Möglichkeit, rechtzeitig Interventionen zu setzen, um ein Obstipationsproblem und weitere Komplikationen zu vermeiden.

## 2.6 Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen

Die Ausscheidung zählt zu den Aktivitäten des täglichen Lebens. Es ist ein lebenswichtiger Vorgang, der bis zu mehrmals täglich durchgeführt wird. Funktioniert dieser nicht in adäquater Weise, löst es einerseits Unwohlsein und körperliche Beschwerden aus, andererseits kommt es zu Sorgen und Ängsten. Von dieser Beobachtung in der Praxis ausgehend, wird bereits vermutet, dass Probleme mit der Stuhlausscheidung Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden und auf die Bewältigung des Alltags haben. Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit der Frage, ob und inwieweit die Obstipation Einfluss auf die Lebensqualität ausübt (Johansen & Kralstein, 2007; Wald, Scarpignato, Kamm, Mueller-Lissner, Helfrich, Schuijt, Bubeck, Limoni, & Petrini, 2007; Belsey, Greenfield, Candy, & Geraint, 2010; Wald & Sigurdsson, 2011).

Die Lebensqualität wird laut der World Health Organization (WHO, 1997, zitiert nach Renneberg & Hammelstein, 2006, S. 29) als „[...] subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den vorherrschenden Eigenschaften der Umwelt.“

Das Konstrukt der Lebensqualität ist laut Renneberg & Hammelstein (2006) schwer direkt beobachtbar und kann nur indirekt erschlossen werden. Die Aspekte Funktionsfähigkeit und subjektives Wohlbefinden stehen hier im Mittelpunkt. Ob ein Ereignis die Lebensqualität beeinflusst, kann daher nur durch die betroffene Person selbst erfahren werden.

Es besteht die Möglichkeit, mittels eines anerkannten Messinstruments, der SF-36 Health Survey, die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Personen zu erfassen (Bullinger, 2000).

Walt et al. (2007) haben sich unter anderem dieses Werkzeuges bedient und damit festgestellt, dass es signifikante Unterschiede in der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität zwischen Obstopierte und Nicht-Obstopierte gibt. Ihre Befragung zeigt, dass die Obstopation negativ mit der Lebensqualität korreliert. Dieses Ergebnis wird in den Literaturarbeiten von Belsey et al. (2010) und Wald et al. (2011) bestätigt. Belsey et al. (2010) gehen sogar weiter und stellen fest, dass der Einfluss der Obstopation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität vergleichbar mit anderen gängigen chronischen Erkrankungen ist. Laut Wald et al. (2011) ist der Unterschied in der Lebensqualität zwischen Obstopierte und Nicht-Obstopierte bei Personen einer stationären Einrichtung deutlicher ausgeprägt als bei Personen, welche sich in ihrer gewohnten Umgebung befinden. Obstopierte Menschen, welche medizinische Hilfe suchen, zeigen geringfügig bessere Werte als jene, die keine in Anspruch nehmen.

Im Detail zeigt die Studie von Wald et al. (2007), dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität, welche in eine körperliche und eine psychische Komponente unterteilt wird, in beiden Bereichen von Obstopation negativ beeinträchtigt wird. Die körperliche Komponente beinhaltet weiter die körperliche Funktionsfähigkeit und Rolle, Schmerz und allgemeine Gesundheit. Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rolle und mentale Gesundheit wird zusammengefasst in der psychischen Komponente der Lebensqualität. Betrachtet man die Ergebnisse genauer, wird ersichtlich, dass der Unterschied in der Lebensqualität zwischen Obstopierten und Nicht-Obstopierten in allen Teilbereichen der zwei Komponenten signifikant ist.

Werden die Daten analysiert in Hinblick auf Unterschiede im Alter und zwischen den Geschlechtern, zeigt die Studie, dass das Alter negativ mit der Lebensqualität korreliert. Dies scheint nicht verwunderlich, da ältere Menschen im normalen Lebensablauf mit altersbedingten körperlichen Veränderungen und damit einhergehenden Einschränkungen konfrontiert sind. Jedoch wird hier festgestellt, dass die Obstopation zu einer weiteren Reduzierung der Lebensqualität im Alter führt. Bei jüngeren, betroffenen Menschen führt die Obstopation zu signifikant schlechteren Werten bei der sozialen und mentalen Komponente, jedoch nicht bei der körperlichen. Folglich wird ein Zusammenhang zwischen dem psychischen Wohlbefinden und der Obstopation bei jungen Betroffenen festgestellt werden. Das bedeutet, dass vor allem die jungen Menschen die Problematik psychisch belastet.

In Hinblick auf das Geschlecht werden ebenfalls Differenzen ersichtlich. Frauen berichten demnach stärker in ihrer Lebensqualität durch die Obstopation

beeinträchtigt zu sein als Männer. Dies betrifft in erster Linie die körperliche Komponente (ebenda, 2007).

Weitere Faktoren, die zu Unterschieden in der Lebensqualität im Zusammenhang mit der Obstipation führen, sind vermutlich auch der Beschäftigungsstatus und Familienstand (ebenda, 2007).

In einer amerikanischen Studie, welche die Auswirkungen der Obstipation auf die verschiedenen Lebensbereiche betrachtet, geben 52 % der Befragten an, dass die Stuhlverstopfung ein wenig bis erheblich die Lebensqualität beeinträchtigt (Johanson & Kralstein, 2007). 69 % der Betroffenen, welche in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder zur Schule gehen, geben an, dass die Obstipation negativen Einfluss auf diese Bereiche ausübt. 73 % berichten, durch die Symptome Beeinträchtigungen im sozialen oder persönlichen Bereich zu erfahren. Dennoch behauptet ein Großteil, dass sie dies nicht vollständig vom Arbeiten oder der Erledigung der täglichen Aufgaben hindert. Innerhalb des Monats, in dem jedoch die Umfrage lief, gaben 12 % der Befragten an, Fehltag in der Arbeit bzw. in der Schule wegen Symptome einer Obstipation erworben zu haben (ebenda, 2007).

Die Obstipation führt nicht nur direkt über ihre Symptome zu Auswirkungen auf den Betroffenen. Auch die finanziellen Ausgaben können belastend wirken. Laut Nyrop, Palsson, Levy, Korff, Feld, Turner und Whitehead (2007) belaufen sich die jährlichen Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente und alternative Maßnahmen im Rahmen der Obstipation bei 390 Dollar. Das sind umgerechnet etwa 300 Euro pro Jahr, die Betroffene aus den eigenen Mitteln finanzieren müssen. Kosten, die nicht über die Krankenkassa gedeckt sind. Diese Ausgaben sind laut Nyrop et al. (2007) bei Frauen und Personen mit höherer Bildung größer, sind jedoch unbeeinflusst vom Alter.

Diese Studien bestätigen somit die eingangs aufgestellte Vermutung, dass die Stuhlverstopfung zu Beeinträchtigungen in der Lebensqualität führt. Obstipation hat nicht nur negative Folgen auf das körperliche Wohlbefinden, sondern auch auf die psychische Komponente. Die Symptome wirken sich auf das soziale Leben aus, führen zu persönlichen Einschränkungen und haben Einfluss auf das

Arbeitsverhalten, sodass es bis zu Fehlzeiten kommt. Die finanziellen Ausgaben im Rahmen des Obstipationsmanagements sind hoch.

Wie dies zeigt, hat die Problematik starke negative Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Laut Belsey et al. (2010) führt eine Optimierung der Maßnahmen im Obstipationsmanagement für einen Großteil dieser Personen möglicherweise damit auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Welche Interventionen im Umgang mit einer Stuhlverstopfung bestehen und welche eine wesentliche Rolle im Kampf gegen die Obstipation spielen, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

## **2.7 Maßnahmen im Umgang mit einer Obstipation**

Im Rahmen des Obstipationsmanagement stehen medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Verfügung. Hier wird vor allem der Fokus auf die nicht-medikamentöse Mittel gelegt, da diese Interventionen gut in den Tagesablauf integriert werden können und aufgrund ihrer vielseitigen positiven Effekten das gesamte Wohlbefinden der Betroffenen gesteigert wird. In einem weiteren Kapitel folgt dann die Darstellung der Rolle der Pflegeperson im Stuhlmanagement im stationären Bereich. Da die Verabreichung von Arzneimittel in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fällt und nur auf Anordnung des Arztes durchgeführt werden kann, nicht-medikamentöse Maßnahmen jedoch eigenverantwortlich gesetzt werden, ist dies ein weiterer Anlass für die Spezialisierung auf alternative Interventionen.

### 2.7.1 Empfehlungen

In der Literatur wird ein stufenartiges Vorgehen in der Behandlung der Obstipation empfohlen, wobei das wichtigste Ziel die subjektive Beschwerdefreiheit des Betroffenen ist (Degen et al., 2008). Sind keine sekundären Ursachen, wie andere Erkrankungen oder Medikamente, für die Obstipation verantwortlich, wird zu einer konservativen Therapie, welche auch als „first-line-therapy“ bezeichnet wird, geraten (Johanson, 2007; Blaker & Wilkinson, 2010). Diese Strategie beinhaltet laut Johanson (2007) Maßnahmen im Rahmen der Ernährung, die Änderung des Lebensstils und der Gewohnheiten der Stuhlausscheidung bzw. Training der Stuhlausscheidung. Stellen Medikamente oder Erkrankungen die Ursache für eine Obstipation dar, wird den Ärzten geraten, die Arzneimittel soweit wie möglich zu reduzieren oder abzusetzen und eine zugrundeliegende Erkrankung zu behandeln (Longstreth, Thompson, Chey, Houghton, Mearin, & Spiller, 2006; Hsieh, 2005). Eoff und Lembo (2008) bestätigen dieses Vorgehen in dem sie ebenfalls dazu anraten, in einem ersten Schritt den Lebensstil zu ändern. Sie empfehlen die Einnahme von 15-20 Gramm an Ballaststoffen pro Tag, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und die Durchführung regelmäßiger Bewegung. Weitere Maßnahmen zur Änderung des Verhaltens beinhaltet die Sicherstellung, dass Betroffene sich genügend Zeit für den Toilettengang nehmen, bevorzugt zur selben Tageszeit, idealerweise am Morgen (ebenda, 2008).

Auch Hsieh (2005) unterstützt diese Vorgangsweise. Erst wenn nicht-pharmakologische Maßnahmen fehlschlagen, wird geraten zu Laxanzien überzugehen. Im Rahmen der alternativen Möglichkeiten sieht sie weiters die Führung eines Stuhltagebuches als sinnvoll. Hierzu werden Informationen zur Stuhlfrequenz, Konsistenz, Menge und Grad der Anstrengung bei jedem Toilettengang gesammelt. Dies ermöglicht die Aufzeichnung der Beschwerden und die Visualisierung eventueller Fehlannahmen, etwa dass eine tägliche Stuhlentleerung notwendig ist. Des Weiteren werden Patienten angeleitet, auf den Körper zu hören und einem Stuhldrang Folge zu leisten. Im Management der Obstipation empfiehlt Hsieh (2005) darüber hinaus eine Art „Darmtraining“ durchzuführen. Betroffene werden hier ermutigt, als erstes am Morgen bzw. 30 Minuten nach dem Essen die Toilette aufzusuchen, um Stuhl auszuscheiden. Zu

diesen Zeiten gilt der Darm als aktiver und einhergehende Vorteile der Darmreflexe werden ausgenutzt. Im Rahmen der diätischen Maßnahmen wird sogar eine Ballaststoffzufuhr von 20-35 Gramm pro Tag befürwortet. Falls diese Tagesmenge nicht erreicht wird, wird schrittweise um fünf Gramm pro Tag die Einnahme gesteigert, bis die empfohlene Menge erreicht wird. Eine zu rasche Erhöhung der Ballaststoffe wird vermieden, da dies zu übermäßiger Gasbildung und rektaler Blutung führt. Obwohl adäquate Flüssigkeitszufuhr notwendig ist, spielt sie laut Hsieh (2005) im Rahmen der Obstipation eine untergeordnete Rolle. Wenngleich der Stellenwert der Bewegung umstritten ist, wird an dieser Stelle geraten, so körperlich aktiv wie möglich zu sein, um positive Effekte der Mobilität auf den Darm auszunützen (ebenda, 2005).

Degen et al. (2008) spricht im Management der Obstipation von einem Stufenschema, wobei an oberster und erster Stelle ebenfalls die Änderung der Lebensgewohnheiten steht. Gemeint sind mehr Bewegung, eine höhere Flüssigkeitszufuhr und ballaststoffreichere Ernährung. Erst wenn diese Maßnahmen fehlschlagen oder unzureichend sind, werden Maßnahmen der zweiten Stufe hinzugefügt. Diese beinhalten Quellmittel auf natürlicher Basis wie Leinsamen oder synthetische Faserzusätze wie Methylzellulose. Ist auch die Wirkung unter zusätzlichen Quellmittel nicht zufriedenstellend, werden diverse Laxanzien eingesetzt. Als letzte Möglichkeit, falls alle Maßnahmen misslingen, besteht die chirurgische Intervention, auf die nicht näher eingegangen wird.

Obwohl nicht-pharmakologische Interventionen, wie die Erhöhung der Ballaststoffzufuhr im Rahmen einer adäquaten Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und vermehrte körperliche Bewegung als Initial zu setzende Maßnahmen gelten, wird in der Literatur betont, dass die Wirksamkeit dieser umstritten sind (Longstreth et al., 2006; Eoff & Lembo, 2008; Johanson, 2007 ). Vor allem der positive Effekt der Flüssigkeitszufuhr und der Bewegung auf die Obstipation sind fraglich (Longstreth et al., 2006). Es besteht keine Evidenz, dass die Steigerung der Flüssigkeitszufuhr erfolgreich gegen eine Obstipation ist, außer es liegt eine Dehydrierung vor (Müller-Lissner, Kamm, Scarpignato, & Wald, 2005). Die Erhöhung der körperlichen Bewegung bei älteren Menschen kann helfen, ist jedoch nur ein Bestandteil eines umfassenden Maßnahmenprogramms (ebenda, 2005). Die

Wirkung von Ballaststoffen sind nicht einheitlich bestätigt (Degen et al., 2008). Betroffene, bei denen eine normal-transit Obstipation festgestellt wurde, profitieren jedoch am meisten von einer Ernährungsumstellung (Müller-Lissner et al., 2005). Im Gegensatz dazu sind bei Personen mit ausgeprägter Obstipationssymptomatik sogar eine Verschlechterung der Beschwerden bei Erhöhung der Ballaststoffe beobachtbar (ebenda, 2005).

Trotz limitierten Daten zur Unterstützung der nicht-medikamentösen Interventionen wird dennoch zu diesen geraten, da sie allgemein die Gesundheit fördern und bei manchen Betroffenen aufgrund der Umstellung der Lebensweise dennoch Erfolge verzeichnet werden (Johanson, 2007; Eoff & Lembo, 2008; Annells & Koch, 2003).

Eine weitere Möglichkeit zur Regulierung der Darmaktivität innerhalb der nicht-medikamentösen Maßnahmen, welche nicht der Lebensführung zugerechnet wird, besteht in einer Darmmassage (Lämas, Lindholm, Stenlund, Engström, & Jacobsson, 2009). Dies ist eine Form der Bauchmassage, welche nach bestimmten Kriterien abläuft. Sie führt zu einer Erleichterung der gastrointestinalen Symptome. Eine Verbesserung wird besonders bei jenen Symptomen, welche mit einer Obstipation assoziiert werden und bei den Schmerzen, welche damit in Verbindung stehen, durch die Massage bewirkt. Auch eine Erhöhung der Stuhlfrequenz wird hier folglich beobachtet. Ein zusätzliches Benefit dieser Maßnahme ist die allgemeine Steigerung des Wohlbefindens. Personen berichten von einem angenehmen Gefühl bei Erhalt der Massage. Da die Darmmassage jedoch nicht zu einer Reduzierung der Laxanzien unter den Betroffenen führt, die Symptome einer Obstipation jedoch signifikant gemildert werden, wird dazu geraten, diese Methode zusätzlich zu medikamentösen Maßnahmen anzuwenden. Positive Ergebnisse werden erst nach einigen Wochen der Durchführung erzielt, wodurch die Darmmassage als eine Langzeitanwendung gesehen wird (ebenda, 2009).

Bestehen unter Einsatz dieser Maßnahmen Symptome einer Obstipation weiter und sind sämtliche allgemeine und diätische Interventionen ausgeschöpft, werden Laxanzien empfohlen (Longstreth et al., 2006; Drost & Harris, 2006). Hierfür stehen rezeptfreie und rezeptpflichtige Medikamente zur Verfügung, welche eingeteilt werden in Quellmittel, Stuhlweichmacher und osmotisch oder stimulierende

Laxanzien (Eoff & Lembo, 2008). Ist eine pharmakologische Therapie indiziert, wird empfohlen, sich über die korrekte Dosierung, Nebenwirkungen und realistisch erreichbaren Ziele zu informieren, um die Erwartungen solcher Maßnahmen angemessen zu halten (Drost & Harris, 2006). Häufig haben Betroffene diverse Ängste im Zusammenhang mit der Einnahme von Laxanzien, etwa vor einer gesundheitsschädlichen Wirkung oder Abhängigkeit. Müller-Lissner et al. (2005) räumt bei den Missverständnissen über Laxanzien auf und zeigt, dass bei richtiger Dosierung stimulierende Laxanzien eine Schädigung des Kolons unwahrscheinlich ist. Obwohl manche Betroffene von einer Abhängigkeit bei Laxanzien berichten, um zufriedenstellende Ergebnisse im Rahmen der Stuhlausscheidung zu erzielen, ist dies nicht das Resultat zuvor eingenommener Abführmittel. Auch eine Toleranzentwicklung ist hier unüblich. Derzeit gibt es keinen Hinweis auf einen Rückfall der Obstipation nach dem Absetzen der stuhlregulierenden Mittel. Solange Laxanzien nicht missbräuchlich oder falsch angewendet werden, besteht laut Müller-Lissner et al. (2005) keine Gefahr der Abhängigkeit.

Zusammenfassend stellen nicht-medikamentöse Maßnahmen im Sinne einer Verhaltensänderung den ersten Schritt im Management der Obstipation dar. Erst wenn diese Interventionen zu keiner Verbesserung der Situation führen, kommen Laxanzien zum Einsatz. Obwohl die Wirksamkeit der alternativen Möglichkeiten in der Wissenschaft umstritten ist, helfen sie manchen Betroffenen. In jeden Fall tragen diese zu einer Verbesserung des Wohlbefindens und der allgemeinen Gesundheit bei, sodass eine ballaststoffreiche Ernährung, mehr körperliche Bewegung und eine adäquate Flüssigkeitszufuhr sinnvoll sind. Sind Laxanzien aufgrund eines fehlenden Erfolges indiziert, kommt es bei korrekter Anwendung von Abführmittel zu keiner so häufig befürchteten Abhängigkeit oder keinem Rückfall nach Absetzen der Medikamente. Es wird jedoch geraten, vor Laxanzieinnahme professionellen Rat einzuholen, sodass die richtige Auswahl unter den vielen Möglichkeiten getroffen wird und eine umfassende Aufklärung zum Thema stattfindet.

## 2.7.2 Erleben der Maßnahmen aus Sicht der Betroffenen

Eine multinationale Studie zeigt in einer Übersicht, welche Maßnahmen von Personen im Kampf gegen die Obstipation eingesetzt werden (Wald, Scarpignato, Müller-Lissner, Kamm, Hinkel, Helfrich, Schuijt, & Mandel, 2008). In allen befragten Ländern mit Ausnahme von England, ist die am häufigsten angewendete Methode im Management der Stuhlverstopfung die Änderung des Lebensstils. Diese Gruppe umfasst 39 % in Deutschland bis hin zu 58 % in den Vereinigten Staaten. Hier beinhaltet die Änderung primär das Essen von gesünderer Nahrung und die Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr. Obwohl körperliche Bewegung Bestandteil des Lebensstils ist, haben nur wenige über diese Maßnahme im Rahmen der Obstipation berichtet. Medizinische Interventionen, hauptsächlich definiert durch die Einnahme von Laxanzien, liegen im Bereich von 16 % in der Slowakei und bis zu 40 % in den Vereinigten Staaten. In Deutschland, um es als vergleichbares Land zu Österreich heranzuziehen, nehmen rund 33 % der Betroffenen Abführmittel ein. In jedem befragten Land ist jener Anteil, die keine Intervention setzen sondern warten, bis sich die Obstipation von selbst löst, am kleinsten. Trotzdem liegt dieser in Deutschland bei knapp über 20 % (ebenda, 2008).

Betrachtet man jene Gruppe genauer, die Laxanzien einsetzt, wird ersichtlich, dass es keine durchgehend konsistente, länderübergreifende Ergebnisse hinsichtlich eines Geschlechterunterschieds in der Verwendung gibt (Wald et al., 2008). In Deutschland jedoch greifen mehr Frauen als Männer zu Abführmitteln. Im Gegensatz dazu, besteht in allen Ländern ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einnahme von Laxanzien und dem Alter. Unter den Männer und Frauen, die Laxanzien verwenden, ist der Anteil der 60jährigen und älteren größer als der, der jüngeren Personen. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang zwischen der Einnahme von Laxanzien kann mit der Symptommhäufigkeit, dem Einkommen und der Bildung festgestellt werden. Je öfters Symptome einer Obstipation auftreten, je geringer das Einkommen und je niedriger die Bildung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Laxanzien eingesetzt werden (ebenda, 2008).

Laut einer ähnlichen Umfrage von Wald, Kamm, Mueller-Lissner, Scarpignato, Marx und Schuijt (2006) nehmen etwa 31 % der obstipierten Personen Laxanzien,

34 % greifen zu Ernährungsmaßnahmen, etwa 12 % steigern die körperliche Bewegung und 52 % verwenden ein Hausmittel zur Behandlung einer Obstipation. 21 % unternehmen jedoch keine Maßnahme. Für die Betroffenen, welche Laxanzien verwenden, ist der Anlass für die Einnahme die Verschreibung durch einen Arzt (13 %), die Beratung durch eine Angehörige eines Gesundheitsberufes (12 %) oder die persönliche Entscheidung des Betroffenen (ebenda, 2006).

Die amerikanische Studie kommt zum Schluss, dass laut ihrer Umfrage der überwiegende Teil der Betroffenen, nämlich 96 %, bis zum jetzigen Zeitpunkt irgendwann einmal Maßnahmen im Rahmen der Obstipation gesetzt haben (Johanson & Kralstein, 2007). Rund 80 % erprobten rezeptfreie Medikamente und etwa 35 % testeten verschreibungspflichtige Arzneimittel. 72 % der Befragten nehmen zum Zeitpunkt der Umfrage Medikamente bei Obstipation ein. Die Therapie beinhaltet zu 27 % rezeptfreie Medikamente und Laxanzien, 50 % Ballaststoffe und 11 % verschreibungspflichtige Medikamente und Laxanzien (ebenda, 2007).

Obwohl ein großer Teil Maßnahmen im Kampf gegen die Obstipation setzt, sind 47 % der Betroffenen laut Johanson und Kralstein (2007) nicht wirklich zufrieden mit ihrer derzeitigen Intervention. Gründe für ihre Unzufriedenheit sind eine fehlende Wirksamkeit, Sicherheit und Bedenken bezüglich Nebenwirkungen, Preis und Kosten, der Geschmack oder allgemeine Unzufriedenheit (ebenda, 2007). Die wichtigsten Eigenschaften, die ein Produkt dieser Kategorie besitzen soll, sind laut den Befragten eine effektive Behandlung der Obstipation, eine Verbesserung der Qualität bezüglich der Stuhlausscheidung, gute Verträglichkeit der Mittel, Vorhersehbarkeit wann die Wirkung einsetzt, Milderung der diversen Symptomen, Anwendbarkeit über einen längeren Zeitraum und eine effektive Milderung rektaler Blutungen (ebenda, 2007).

Die Unzufriedenheit der Betroffenen mit den Maßnahmen im Rahmen der Obstipation zeigen ebenfalls die Ergebnisse von Annells und Koch (2003), in der 90 ältere Menschen im häuslichen Umfeld zum Erleben des Trios Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und Bewegung bei Obstipation befragt wurden. Es stellt sich heraus, dass die meisten Betroffenen desillusioniert bezüglich dieser Strategien sind. Obwohl die Empfehlungen für das Trio von vielen Seiten erfolgen – Ärzte,

Pflegepersonal, Experten, Werbung, etc. – stellt es für die Mehrheit der Befragten keine Lösung des Problems dar. Kommentare der Betroffenen lassen erkennen, dass die meisten trotz großer Bemühungen bei der Ernährungsumstellung, Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr und Bewegung von diesen Interventionen enttäuscht sind. Dennoch gibt es einzelne Berichte von Betroffenen, die Erfolge mit diesen Maßnahmen erzielten (ebenda, 2003).

Mihaylov et al. (2008) zeigt, dass Selbstmanagement die erste Reaktion auf Symptome einer Obstipation ist. Auch nach Aufsuchen professioneller Hilfe spielt das Selbstmanagement eine wesentliche Rolle, da die meisten Abführmittel mittlerweile rezeptfrei erhältlich sind. Ein Hausarzt als Vermittler ist damit in erster Linie nicht mehr notwendig. Professionelle Hilfe wird erst dann aufgesucht, wenn besorgniserregende Symptome auftreten wie etwa rektale Blutungen oder Schmerzen, außergewöhnlich lang Stuhlgang ausbleibt oder wenn rezeptfreie Medikamente nicht mehr helfen. Wurde jedoch erstmals ein Arzt diesbezüglich kontaktiert, fallen weitere Besuche dem Betroffenen leichter. Tritt jedoch der erwartete Erfolg durch die vom Arzt verschriebenen Laxanzien nicht ein oder ist keine Zufriedenheit mit der Maßnahme gegeben, sind die Betroffenen abgeneigt, den Hausarzt erneut aufzusuchen. In Fällen wo die Einnahme wie verschrieben nicht hilft, entwickeln Betroffene in Folge selbst diverse Methoden. Diese Strategien beinhalten die Erhöhung oder Reduzierung der Dosis, das Hinzufügen oder Ersetzen eines Abführmittels durch ein anderes oder das vorübergehende Absetzen dessen und die Verwendung eines rezeptfreien Mittels (ebenda, 2008).

Im Bewusstsein, dass das Selbstmanagement bei Obstipation eine wesentliche Rolle spielt und im Kampf gegen die Problematik die Betroffenen zuerst selbst diverse Maßnahmen testen, wird ersichtlich, wie wichtig ein aktives Vorgehen seitens Ärzte und Pflegepersonen ist. McMillan (2004) verweist darauf, dass Betroffene nicht daran denken, Probleme bei der Stuhlausscheidung selbst zu erwähnen. Daher müssen diese Personen gezielt auf deren Stuhlverhalten angesprochen werden. Um unnütze Interventionen, zielloses Vorgehen und erfolglose Versuche den Betroffenen zu ersparen und entmutigende Erlebnisse zu vermeiden, ist es somit wichtig, dass Personen mit Fachwissen die Leidtragenden konkret ansprechen und der Situation entsprechend Hilfe anbieten. Wie die professionelle Unterstützung seitens

Pflegepersonen im stationären Bereich aussieht und welche Aufgaben und Rollen sie erfüllen, wird im folgenden Kapitel geklärt.

## **2.8 Obstipationsmanagement im stationären Bereich**

Mit Eintritt in eine Institution aufgrund einer gesundheitlichen Bedrohung, kommt die Person in Kontakt mit Angehörigen aus diversen Gesundheitsberufen. Ziel eines Krankenhausaufenthaltes ist es, einerseits bestehende Gesundheitsprobleme zu beseitigen und andererseits weitere, drohende zu vermeiden. Dies gilt auch im Rahmen des Stuhlmanagements. Laut Peate (2003) sind die Pflegepersonen bestens platziert, um die Patientensituation und Maßnahmen bei Obstipation zu beurteilen, planen, implementieren und zu evaluieren. Damit mögliche Probleme bei der Stuhlausscheidung erkannt, rechtzeitig Interventionen gesetzt werden und optimal Hilfe angeboten wird, haben die Pflegepersonen im stationären Bereich umfangreiche Aufgaben, die es zu erfüllen gilt. Das Aufrechterhalten des Wohlbefindens, Respekt vor individuellen Präferenzen und Einfühlungsvermögen spielt bei Überlegungen bezüglich des klinischen Vorgehens in jedem Fall eine vorrangige Rolle (Librach, S. L., Bouvette, M., De Angelis, C., Pereira, J. L., 2010). In diesem Kapitel wird nun im Detail darauf eingegangen, wie das Aufgabenbild der Pflegekraft im Stuhlmanagement aussieht, um den Patienten bestmöglich zu unterstützen.

### **2.8.1 Die Aufgaben der Pflegeperson**

Pflegende sind laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich dazu verpflichtet, nach dem Pflegeprozess zu arbeiten (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010). Der Pflegeprozess umfasst die Pflegeanamnese, Erstellung von Pflegediagnosen, Planung der Pflege, welche die Festlegung von Zielen und Maßnahmen zur Erreichung dieser beinhaltet, die Durchführung der Pflegemaßnahmen und als letzter Schritt die Pflegeevaluation, in

der überprüft wird, ob mit den gesetzten Interventionen die Ziele erreicht werden (Leonie-Scheiber, 2004).

Im Rahmen des Stuhlmanagements, welches ein Teilaufgabengebiet im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens der Pflegepersonen darstellt, wird ebenfalls nach dem Pflegeprozess gearbeitet. Da das Stuhlmanagement vor allem über eine Kombination guter Assessment Techniken, präventive und pharmakologische Maßnahmen und über eine laufende Überwachung definiert wird (Librach et al., 2010) und die zur Verfügung stehenden Maßnahmen bereits in einem vorherigen Kapitel ausführlich besprochen wurden, wird der Fokus in diesem Abschnitt vor allem auf die Pflegeanamnese gelegt.

### **2.8.1.1 Assessment – Die Patientengeschichte**

Wird ein Patient auf einer Station im Krankenhaus aufgenommen, erfolgt in einem ersten Schritt die Informationssammlung relevanter Daten zum Patienten. Wichtiger Bestandteil dessen ist das Patientengespräch zwischen Pflegekraft und Patient im Rahmen der sogenannten Pflegeanamnese, in dem die Pflegebedürfnisse, der Grad der Pflegeabhängigkeit und die zur Verfügung stehenden Ressourcen des Patienten erhoben werden (Weiss-Faßbinder & Lust, 2010).

Für die Aufnahme der Patientengeschichte benötigt die Pflegende laut Peate (2003) wichtige interpersonelle Fähigkeiten, denn auch für das Krankenpflegepersonal stellt es eine große Herausforderung dar, beim Gespräch über Ausscheidungen möglichst entspannt zu wirken. Die Gewinnung von Informationen über das Stuhlverhalten kann sowohl für den Betroffenen als auch für die Pflegende peinlich und unangenehm sein. Deshalb ist es wichtig, dass in jeder Phase die Privatsphäre des Patienten geschützt wird und ihm mit Einfühlungsvermögen entgegengetreten wird. Ein weiteres, grundlegendes Kriterium der Gesprächsführung ist, dass die Pflegende die Sprache des Gegenübers spricht, um Missverständnisse und Unsicherheiten zu vermeiden (ebenda, 2003).

Folgende Informationen werden laut Peate (2003) im Rahmen des Aufnahmegesprächs zur Erfassung des Ausscheidungsverhaltens erhoben:

- Ermittlung der üblichen Ausscheidungsgewohnheiten (z. B. Stuhlfrequenz, üblicher Zeitpunkt der Stuhlausscheidung)
- Identifizierung von Routinetätigkeiten in Kombination mit der Stuhlausscheidung
- Ermutigung des Patienten kürzlich auftretende Veränderungen bezüglich der Stuhlausscheidung zu melden
- Erfragen, ob Patient Blut im Stuhl beobachtet hat
- Die normale Charakteristik des Stuhls (wässrig, geformt)
- Erhebung der Ernährungsgewohnheiten des Patienten/täglichen Flüssigkeitszufuhr
- Die Beschreibung der täglichen körperlichen Bewegung des Patienten
- Evaluierung, ob Patient zusätzlich alternative Methoden verwendet , um eine Ausscheidung zu fördern (z. B. Bauchmassage, Aromatherapie)
- Erhebung, ob Patient einen künstlichen Ausgang, ein Stoma hat, kürzlich eine größere Operation im Bauchraum hatte
- Dokumentation, welche Medikamente der Patient einnimmt (auch rezeptfreie)
- Schmerzen im Zusammenhang mit der Stuhlausscheidung
- Ergründen, ob der Patient zu Hause Schwierigkeiten hat, die Toilette zu erreichen/Zimmerklo verwendet
- Bestehendes Gefühl einer inkompletten Entleerung

Mit dieser Darstellung wird gezeigt, dass es notwendig ist, bei der Erhebung des Themas Stuhlausscheidung neben der Verdauung auch viele andere Bereiche zu analysieren, um eine umfassende, realistische Beurteilung der Patientensituation zu erhalten. Diese Vorgehensweise erfordert natürlich viel Zeit, bis all die relevanten Daten erhoben sind.

Dougherty und Lister (2004) (zitiert nach Pellatt, 2007) hingegen orientiert sich im Rahmen des Assessments an den Hauptkriterien der Stuhlausscheidung. Oberstes Prinzip ist hier die Erhebung der normalen Stuhlausscheidung des Patienten, um Veränderungen rasch zu erkennen.

Diese sind wie folgt:

- Stuhlfrequenz
- Menge, Konsistenz und Stuhlfarbe
- Präsenz von Blut, Schleim, unverdaute Nahrung oder anormaler Geruch
- Verwendung von Laxanzien und ihre Effektivität (orale, rektale Laxanzien)
- Identifikation von ursächlichen oder fördernder Faktoren, die zu einer Obstipation führen
- Visuelle Begutachtung des Stuhls unter möglichem Einbezug eines Messinstruments, der Bristol Stool Form Scale.

Kommt es zum Einsatz von Laxanzien, wird ebenfalls dazu geraten, alle derzeitig einzunehmenden Medikamente des Patienten zu erfassen, um etwaige Wechselwirkungen zu berücksichtigen (ebenda, 2007). Nicht erwähnt wurden hier Maßnahmen der körperlichen Untersuchung, wie etwa die digitale Untersuchung oder ein abdominelles Röntgen, da die Anordnung und Durchführung dieser hierzulande in den Aufgabenbereich der Ärzte fallen.

Librach et al. (2010) verweisen in ihren Empfehlungen auf eine detaillierte Aufnahme der Obstipationsgeschichte vom Patienten, welche einerseits die „normale“, individuelle Stuhlausscheidung, andererseits das aktuelle, derzeitige Stuhlverhalten darstellt (Beginn des Problems, Dauer, Stuhlfrequenz, Muster, erschwerende u mildernde Faktoren, Menge und Beschreibung des Stuhls). Für die Bestätigung und Erfassung des Schweregrades der Obstipation wird ein Instrument zur Einschätzung empfohlen, wie etwa die „Bristol Stool Form Scale“ oder auch die „Constipation Assessment Scale“ (CAS). Eine körperliche Untersuchung obliegt hierzulande den Ärzten, welche jedoch zur weiteren Aufklärung ebenfalls empfohlen wird (ebenda, 2010).

### **2.8.1.2 Maßnahmenplanung und Evaluierung**

Werden in Folge Maßnahmen im Rahmen des Obstipationsmanagements in Hinblick auf die Zielerreichung geplant und umgesetzt, ist es ratsam, diese gemeinsam mit dem Patienten zu bestimmen und seine Präferenzen und Befindlichkeit zu berücksichtigen. Hierbei ist der Erhalt des Wohlbefindens und der Würde des Patienten immer zu beachten. Sind Maßnahmen gesetzt worden, ist eine kontinuierliche, regelmäßige Überwachung und Evaluierung der Interventionen durch den Patienten, Familienangehörigen bzw. durch das Pflegepersonal notwendig. Ratsam ist eine Evaluierung zumindest alle drei Tage. Hierfür können wiederum validierte Einschätzungsinstrumente herangezogen werden (Librach et al., 2010).

### **2.8.2 Patientensicht zum Ablauf des Obstipationsmanagements im stationären Bereich**

Wie bereits beschrieben wurde, hat die Pflegekraft zahlreiche Aufgaben im Rahmen des Stuhlmanagements zu erfüllen. Die Frage, der hier nachgegangen wird, ist, inwieweit diese vom Personal umgesetzt und von den Patienten erlebt werden. Eine Durchsicht der Literatur zeigt sehr schnell, dass nur wenige Daten zu diesem Thema vorliegen.

Eine Befragung von Cadd, Keatinge, Henssen, O'Brien, Parker, Rohr, Schneider, und Thompson (2000) zeigt, dass bei der Aufnahme im Rahmen der Anamnese nur wenig Information über das bisherige Stuhlmanagement der Patienten aufgenommen und dokumentiert wird. Meist wird sich mit der Frage begnügt, wann der Patient den letzten Stuhlgang hatte bzw. ob er unter Verstopfung leidet. Ein weiteres „in die Tiefe“-Gehen findet kaum statt. Wurde das Stuhlmanagement, welches sie im häuslichen Umfeld anwenden, thematisiert, behaupten etwa zwei Drittel dieser Personen, dass ihre gewohnten Interventionen während des stationären Aufenthaltes weitergeführt werden. Wenn Patienten jedoch ihre üblichen Maßnahmen im Spital weiter umsetzen, betrifft dies vorwiegend den medikamentösen Bereich. Die Erfassung der Ernährungsgewohnheiten zur Aufrechterhaltung des Stuhlmanagements ist kein fixer Part beim

Aufnahmegespräch. Es scheint so, als würden Patientenpräferenzen kaum erfasst und in die Pflege integriert werden. Obwohl alternative Methoden wie Ernährung, Bewegung, Bauchmassage und pflanzliche Mittel in den pflegerischen Bereich fallen, gelten sie nicht als „first line“ Maßnahmen im Pflegealltag bzw. wird ihnen nicht oberste Priorität gegeben. Orale wie rektale Medikamente scheinen das Mittel erster Wahl im Stuhlmanagement zu sein, obwohl viele Befragte ihre Stuhlausscheidung durch Ernährung und Bewegung aufrechterhalten.

Die Autoren fordern deshalb eine spezielle Herangehensweise in der Erfassung von Informationen bezüglich der Ausscheidung. Des Weiteren betonen sie, dass alternative und komplementäre Maßnahmen wieder ins Bewusstsein gerufen werden sollen und eine bessere Dokumentation der gewonnenen Daten erfolgen muss, um die Pflege optimal und effizient zu gestalten (ebenda, 2000).

Die Studie von Goodman et al. (2005) widmete sich ebenfalls dem Thema Stuhlmanagement. Sie zeigen, dass knapp die Hälfte der Probanden sich nicht erinnern, bei der Aufnahme über ihre Stuhlgewohnheiten befragt worden zu sein. 66 % erhielten bis dato keine Beratung zum Thema Prävention der Obstipation. Und nur ein Drittel der Patienten geben an, dass ihre Präferenzen bezüglich Laxanzien erfragt wurden.

Im Gesprächen zwischen Forscher und Patienten wurde eruiert, dass sich auch hier das Assessment eher auf die Erfassung der Stuhlfrequenz bezieht und nicht auf einer genaueren, umfassenden Analyse der Problematik. Obwohl Patienten ihre Zufriedenheit ausdrücken, stellt die schwere Stuhlverstopfung im stationären Alltag weiterhin ein ernstzunehmendes Problem dar. Die Autoren fordern daher ein strengeres Assessment der Stuhlgewohnheiten der Patienten und betonen eine regelmäßige, tägliche Überwachung jener Betroffenen, die unter einer schweren Obstipation leiden (ebenda, 2005). Beim Analysieren dieser Studie lässt sich feststellen, dass im Rahmen des Managements der Fokus ausschließlich auf pharmakologischen Maßnahmen, sprich Laxanzien, liegt.

Obwohl sich neben der Medizin auch die Pflegewissenschaft ausgiebig mit dem Thema Obstipation beschäftigt, zeigt die Literaturrecherche, dass nur wenige quantitative Studien zum Ablauf des Stuhlmanagements im Krankenhaussetting aus der Patientenperspektive vorliegen. Jene Studien, die sich dem Thema gewidmet

haben, legen ihren Fokus auf die Anamnese und die Umsetzung der Patientenpräferenzen im Pflegealltag.

## **2.9 Zusammenfassung**

Zusammenfassend zeigt sich, basierend auf den vorliegenden Studien, dass vor allem ältere Personen und vermehrt auch die Frauen von Obstipation geplagt sind. Betroffene leiden hierbei unter einer Vielzahl an Symptomen, welche oft bereits seit geraumer Zeit bestehen. Obwohl einige nicht-medikamentöse und medikamentöse Maßnahmen im Rahmen des Obstipationsmanagement bestehen, welche von vielen Seiten gepredigt werden, sind die Erfolgsgeschichten mit diesen begrenzt. In Abhängigkeit der zugrundeliegenden Ursache gibt es mehr oder weniger positive Erfahrungsberichte mit den empfohlenen Maßnahmen. Obwohl die wissenschaftliche Evidenz einer Umstellung des Lebensstils im Sinne einer Erhöhung der Ballaststoffzufuhr, erhöhte Flüssigkeitszufuhr und vermehrte Bewegung umstritten ist, gelten diese Interventionen als Maßnahmen der ersten Wahl. Erst wenn diese fehlschlagen, wird zu Laxanzien geraten.

Im Bewusstsein, dass betroffene Menschen vorerst zu Selbstmanagement der Obstipation neigen, ist es essentiell, dass Angehörige aus Gesundheitsberufen aktiv auf diese Personengruppe zugehen und etwaige Probleme mit der Stuhlausscheidung offen und empathisch ansprechen. Kommt es zu einem Krankenhausaufenthalt, sind Pflegepersonen bestens platziert, um die Obstipation zu erfassen, Maßnahmen in die Pflege zu implementieren und evaluieren. Besonderer Aufmerksamkeit wird hier dem Assessment zugeteilt. Hierbei hat die Pflegekraft einige Aufgaben zu erfüllen. Um sich ein umfassendes und adäquates Bild von der Patientensituation zu verschaffen, ist es notwendig, eine Reihe an Informationen vom Patienten zu erfassen. Das komplexe Erscheinungsbild der Obstipation ist verantwortlich dafür, dass an dieser Stelle ein reines Assessment des Ausscheidungsverhaltens nicht ausreichend ist. Im Hinblick auf die individuelle Darstellung und der zahlreichen Ursachen der Obstipation ist die Erhebung der Medikamente, Ernährungsgewohnheiten, Flüssigkeitszufuhr, aber auch des bisherigen Umgangs mit der Stuhlverstopfung zu Hause von großer Bedeutung.

Pflegepersonen sind damit in der Lage, positive Erfahrungen der Patienten mit diversen Interventionen bzw. ihre Gewohnheiten zur Aufrechterhaltung der Stuhlausscheidung fortzusetzen, sodass durch den Krankenhausaufenthalt, wo vermehrt Risikofaktoren aufeinander treffen, die Obstipation vermieden wird.

Vorliegende Studien zeigen jedoch, dass das Assessment im Rahmen der Stuhlausscheidung reduziert stattfindet und daher Defizite bestehen. Wenn das sehr intime und mit Scham behaftete Thema bei der Aufnahme eines Patienten angesprochen wird, liegt das Augenmerk vor allem auf der aktuellen Verdauungssituation. Häufig wird die Stuhlfrequenz erhoben oder die Frage gestellt, ob ein Obstipationsproblem besteht. Eine umfassendere Behandlung der Thematik findet selten statt. Werden Präferenzen des Patienten jedoch erfasst und in der stationären Pflege berücksichtigt, betrifft dies vorwiegend den medikamentösen Bereich, obwohl dennoch viele Patienten ihre Ausscheidung mit alternativen Methoden aufrechterhalten. Laut Cadd et al. (2000) ist Anlass für diese Vorgehensweise die Orientierung der Pflege am biomedizinischen Modell.

Um einerseits das Verständnis und die bisherigen Erfahrungen der Patienten mit dem Thema Obstipation und andererseits den Ablauf des stationären Stuhlmanagements aus Patientensicht zu erfassen, wurde die folgende empirische Untersuchung im Privatspital Rudolfinerhaus durchgeführt.

## **3 Empirischer Teil**

### **3.1 Design**

Für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit wurde eine quantitative Herangehensweise gewählt. Dabei fiel die Entscheidung auf ein deskriptives Design. In deskriptiven Studien werden laut LoBiondo-Wood und Haber (2005, S. 351) „detaillierte Beschreibungen existierender Variablen gesammelt und verwendet, um gegenwärtige Bedingungen und die gängige Praxis im Gesundheitswesen einzuschätzen und zu beurteilen oder um weitere Pläne zur Verbesserung der Praxis auszuarbeiten.“ Die weitere Möglichkeit mit Hilfe des Designs Informationen über die Eigenschaften einer bestimmten Gruppe oder über die Häufigkeit des Auftretens eines Phänomens zu sammeln (LoBiondo-Wood & Haber, 2005), war damit ausschlaggebend für die getroffene Wahl. Da mit Hilfe der vorliegenden Forschung Einblick in die Pflegepraxis zum Thema Stuhlmanagement aus Sicht der Patienten gewonnen wird und in weiterer Folge auch Vorschläge für eine Verbesserung der Praxis erfolgen, gilt das deskriptive Design in der quantitativen Forschung für dieses Problem als geeignet.

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, welcher in der Privatklinik Rudolfinerhaus nach Zustimmung der Pflegedirektion auf den einzelnen Stationen den Patienten der Zielgruppe übergeben wurde.

Die Datenauswertung der Patientenfragebögen erfolgte anschließend mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS 18.0

### **3.2 Studienpopulation**

Die Zielgruppe des Fragebogens sind Patienten des Rudolfinerhauses ab dem 60. Lebensjahr. Die Auswahl dieses Personenkreises basiert auf der Definition der World Health Organization, die Personen ab dem 60. Lebensjahr zu der Gruppe der

„älteren Menschen“ zählt (World Health Organization [WHO], 2012) und auf der eingangs beschriebenen demografischen Entwicklung.

Weitere Einschlusskriterien waren wie folgt:

- Ausreichend gute Deutschkenntnisse, die ein Lesen und Ausfüllen des Fragebogens erlauben
- Entsprechende körperliche und kognitive Verfassung für eine schriftliche Befragung
- Patienten ab dem vierten Aufenthaltstag im Krankenhaus, wobei der Tag der stationären Aufnahme als erster Tag gewertet wurde

Die Befragung ab dem vierten Tag wurde deshalb als sinnvoll erachtet, da Patienten nach einigen Tagen des Aufenthaltes bereits Eindrücke zum Stuhlmanagement im Krankenhaus sammeln konnten. Zudem wird aufgrund der Definition eine Obstipation erst nach Ablauf mehrerer Tage indiziert.

Basierend auf dieser Vorgehensweise handelt es sich bei der vorliegenden Stichprobenauswahl um eine Gelegenheitsstichprobe. Da keine Zufallsstichprobe vorliegt, wird diese auch als nicht-probabilistische Stichprobe bezeichnet. „Stichproben, bei denen eine Auswahl von Elementen aus der Population in der Weise erfolgt, dass die Elemente die gleiche (oder zumindest eine bekannte) Auswahlwahrscheinlichkeit haben, nennt man probabilistische Stichproben. Sind die Auswahlwahrscheinlichkeiten dagegen unbekannt, spricht man von nicht-probabilistischen Stichproben“ (Bortz & Döring, 2002, S. 405). Bortz und Döring weisen darauf hin, dass Gelegenheitsstichproben, welche auch als ad-hoc Stichproben bezeichnet werden, leider oft fälschlich als Zufallsstichprobe erkannt werden.

### **3.3 Setting**

Die Verteilung der Fragebögen erfolgte im Privatspital Rudolfinerhaus, das mit Belegärzten arbeitet und über sieben Bettenstationen verfügt. Aufgrund des Belegarztsystems ist zu beachten, dass auf den einzelnen Stationen Patienten unterschiedlichster Fachrichtungen behandelt werden, wobei sich bereits jede Station auf ein Kerngebiet spezialisiert hat.

### **3.4 Das Erhebungsinstrument und Pretest**

Basierend auf der vorher durchgeführten Literaturrecherche und Analyse wurde der Fragebogen für die Patienten entwickelt.

Der Fragebogen, der unter Punkt 12.3 „Anhang III“ wiederzufinden ist, gliedert sich in drei Teile. Kapitel eins behandelt die Definition, Symptome und die Erfahrungen der Patienten zum Thema Obstipation. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit den Maßnahmen bei Obstipation, gefolgt vom dritten Kapitel, welches sich mit dem stationären Ablauf des Obstipationsmanagements befasst, wobei hier im Besonderen auf das Aufnahmegespräch eingegangen wird. Der letzte Abschnitt des Fragebogens erfasst allgemeine Informationen über den Befragten. Die Studienteilnehmer wurden gebeten, jeweils bei den Fragen Zutreffendes anzukreuzen.

Die Fragen der einzelnen Kapitel werden im Folgenden dargestellt und es wird begründet, warum diese in den Fragebogen aufgenommen wurden.

#### **3.4.1 Teil 1: Definition, Symptome, Erfahrung**

Als Einstiegsfrage wurde hier die Frage nach der Definition der Obstipation gestellt und basiert auf dem ersten Kapitel des Theorieteils, aufzufinden unter 2.1 „Definition der Obstipation“. Es wird an dieser Stelle geklärt, was Patienten ab 60 Jahren unter einer Stuhlverstopfung verstehen. Es gibt zahlreiche Kriterien, anhand derer eine Obstipation festgestellt wird. Die Frage zeigt, welche Merkmale am häufigsten von

den Befragten genannt werden, die folglich dazu führen, dass die Personen von einer Obstipation sprechen. Es standen neun Kriterien zur Auswahl, mehrere Antworten waren möglich. Es handelt sich in diesem Fall um eine Mehrfachvorgabe ohne Rangordnung, da es nicht möglich ist, eine Reihung unter den Antwortmöglichkeiten vorzunehmen.

Die Frage stellt sich wie folgt dar.

Wann liegt Ihrer Meinung nach eine Stuhlverstopfung vor? <i>(mehrere Antworten möglich)</i>	
Verminderte Häufigkeit der Stuhlentleerung	<input type="checkbox"/>
Harter, klumpiger Stuhl	<input type="checkbox"/>
Starkes Pressen beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>
Gefühl einer unvollständigen Entleerung	<input type="checkbox"/>
Aufgeblähter, harter Bauch oder Blähungen	<input type="checkbox"/>
Zu geringe Stuhlmenge	<input type="checkbox"/>
Gefühl einer „Blockade“ im After	<input type="checkbox"/>
Fehlender Stuhldrang	<input type="checkbox"/>
Vorhandener Stuhldrang, aber nicht fähig Stuhl zu entleeren	<input type="checkbox"/>

Bei der zweiten Frage „Ein Tag ohne Stuhlgang bedeutet für mich eine Stuhlverstopfung zu haben.“ wurden die Befragten gebeten, diese mit „stimme zu“ oder „stimme nicht zu“ zu bewerten. Es wird gezeigt, ob die verbreitete Fehlannahme, dass eine tägliche Stuhlausscheidung für eine reguläre Verdauung notwendig ist, unter den Befragten relevant ist. Nähere Informationen dazu sind im Kapitel 2.1.5 „Definition aus Sicht der Betroffenen“ zu finden.

„Ein Tag ohne Stuhlgang bedeutet für mich eine Stuhlverstopfung zu haben.“	
<b>stimme zu</b> <input type="checkbox"/>	<b>stimme nicht zu</b> <input type="checkbox"/>

Frage drei geht auf die Symptome und ihre Belastungseinschätzung ein, welches unter dem Kapitel 2.2 „Symptome aus der Betroffenenperspektive“ zu finden ist. Da

zahlreiche Symptome in der Literatur genannt werden, die im Rahmen einer Obstipation auftreten, wird diese Frage in die Erhebung aufgenommen.

Die Studienteilnehmer wurden gefragt, welche Symptome sie bei einer Stuhlverstopfung spüren. Folglich wurden sie gebeten, jene Symptome, die bei ihnen zutreffen, einzustufen, wie belastend sie diese empfinden. Trifft das Symptom nicht zu, ist keine Belastungseinschätzung vorzunehmen. Es wird zum nächsten Symptom übergegangen.

Um den Grad der Belastung zu erfassen, stand zur Auswahl „nicht belastend“, „etwas belastend“, „sehr belastend“ und „extrem belastend“. Es handelt sich daher um eine Mehrfachvorgabe mit Rangordnung. Ein Ausschnitt aus dem Fragebogen erläutert diese umfassende Frage näher.

Welche Symptome spüren Sie bei Stuhlverstopfung? <b>Wenn</b> das Symptom <b>zutrifft</b> - wie belastend empfinden Sie dieses?						
	trifft nicht zu	trifft zu	nicht belastend	etwas belastend	sehr belastend	extrem belastend
Anstrengung bei der Darmentleerung	<input type="checkbox"/>					
Blähungen	<input type="checkbox"/>					
Andere: ..... .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insgesamt neun Symptome wurden den Befragten präsentiert. Zwei letzte freie Zeilen standen ebenfalls zur Verfügung, sodass für die Teilnehmer die Möglichkeit bestand, ein weiteres Symptom hinzuzufügen, wenn sie davon betroffen sind.

Da im Kapitel 2.6 „Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen“ erkannt wurde, dass die Obstipation die Lebensqualität beeinflusst, ergab sich die Frage „Auf einer Skala von 0 bis 5 wie sehr beeinflusst die Stuhlverstopfung Ihre Lebensqualität?“

Die Zahl 0 wurde auf der Skala mit „überhaupt nicht“ gekennzeichnet, die Zahl 5 mit „sehr stark“. Um eine Tendenz zur Mitte zu vermeiden, wurde die sechsstufige Skala ausgewählt.

Auf einer Skala von 0 bis 5 wie sehr beeinflusst die Stuhlverstopfung Ihre Lebensqualität?					
<b>überhaupt nicht</b>	—————▶				<b>sehr stark</b>
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Die Literaturanalyse zeigt, dass einige Faktoren das Stuhlverhalten beeinflusst und zahlreiche Ursachen und Risikofaktoren bestehen, die zu einer Obstipation führen. Wie im Rahmen der Epidemiologie unter 2.4.2 „Ursachen und Risikofaktoren“ dargestellt, treffen im Spital einige dieser gehäuft aufeinander. Weiters haben die Betroffenen im Laufe ihres Lebens sehr oft eigene Vorstellungen bezüglich der Entstehung einer Obstipation entwickelt. So auch bei einem Ortswechsel am Beispiel Krankenhaus. Frage fünf lautet daher „Welche Faktoren tragen ihrer Meinung nach zu einer Entstehung von Stuhlverstopfung bei Ihnen im Krankenhaus bei?“ Den Teilnehmern wurden 13 Faktoren vorgelegt, die sie mit „stimme zu“ bis „stimme nicht zu“ und „weiß nicht“ bewerten konnten. Zwischen „stimme zu“ und „stimme nicht zu“ gab es zwei mögliche Abstufungen zum Ankreuzen, die jedoch unbenannt blieben. Für die Auswertung dieser Frage wurde eine Kumulation der Antwortkategorien vorgenommen. Die ersten zwei Abstufungen von links wurden zu „stimme zu“, die rechten zwei zu „stimme nicht zu“ zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ wurde unverändert in die Auswertung übernommen und dargestellt. Auch hier veranschaulicht ein kleines Abbild diese Frage.

Welche Faktoren tragen Ihrer Meinung nach zu einer Entstehung von Stuhlverstopfung bei Ihnen im Krankenhaus bei?					
	<b>stimme zu</b> —————▶			<b>stimme nicht zu</b>	<b>weiß nicht</b>
Umgebungsveränderung	<input type="checkbox"/>				
Unzureichende körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>				

Es ist bekannt, dass Betroffene in erster Linie zu Selbstmanagement bei Obstipation neigen. Haben sie einmal einen Arzt diesbezüglich kontaktiert, hängt es vom Erfolg der Therapie ab, ob sie ein weiteres Mal diesen aufsuchen. Doch nicht nur Ärzte sind mit der Problematik konfrontiert. Pflegepersonen sind häufig die erste Instanz, die das Problem erfassen und thematisieren. Es ist daher von Interesse zu erheben, wen die Patienten beim Auftreten einer Obstipation kontaktieren, wen sie als adäquate Anlaufstelle sehen und ob sie diese auch ein weiteres Mal aufgesucht haben. Diese Erkenntnis wurde im Kapitel 2.7.2 „Erleben der Maßnahmen aus Sicht der Betroffenen“ gewonnen.

Daraus ergibt sich die Frage sechs „Haben Sie bereits professionelle Hilfe wegen Stuhlverstopfung aufgesucht?“ Zur Auswahl stehen dem Befragten der Hausarzt, das Spital und die Pflegeperson zur Verfügung. Es besteht jeweils die Möglichkeit mit „nein, noch nie“, „ja, einmal“ und „ja, öfters“ zu antworten. Auch hier kann der Befragte über ein freies Feld eine weitere Anlaufstelle hinzufügen und einstufen.

Haben Sie bereits professionelle Hilfe wegen Stuhlverstopfung aufgesucht?			
	nein, noch nie	ja, einmal	ja, öfters
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.4.2 Teil 2 – Maßnahmen

Sowohl Empfehlungen als auch Betroffene berichten über den hohen Stellenwert von nicht-medikamentösen Maßnahmen im Rahmen des Obstipationsmanagements. Erster Schritt bei Auftreten von Obstipationsproblemen stellt eine Änderung des Lebensstils dar, erst in weiterer Folge wird zu medikamentösen Interventionen geraten. Auch Betroffene berichten am häufigsten davon, mittels Bewegung, erhöhter Trinkmenge und ballaststoffreicher Ernährung die Problematik zu

bewältigen. Wieder aufgegriffen wurde auch die Bauchmassage, die sich als wirksame Maßnahme im Kampf gegen eine Stuhlverstopfung herausstellt.

Kommt es zur Aufnahme in eine stationäre Einrichtung, werden nur selten bisher durchgeführte Maßnahmen im Rahmen des Obstipationsmanagements und ihre Präferenzen von der Pflegeperson erfasst und in die Pflege integriert.

Nähere Informationen zum Thema, welche die Fragen des zweiten Teils des Erhebungsinstruments begründen, sind in der theoretischen Auseinandersetzung mit den „Maßnahmen im Umgang mit einer Obstipation“ unter Punkt 2.7 zu finden.

Die erste Frage in diesem Kapitel beschäftigt sich daher mit der Erfassung jener Maßnahmen, die die Betroffenen zu Hause durchführen, um eine Stuhlverstopfung zu vermeiden. Im Rahmen dieser Frage wurden sie im nächsten Schritt um Auskunft gebeten, ob sie die im häuslichen Umfeld angewendeten Interventionen im Rudolfinerhaus fortführen können.

Um eine Maßnahme anzuführen, die nicht in dieser Frage genannt wurde, stand den Studienteilnehmern ein freies Feld zur Verfügung.

Welche Maßnahmen treffen Sie zu Hause, um eine Stuhlverstopfung zu vermeiden?		
	ja	nein
Ballaststoffreiche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, können Sie diese hier im Krankenhaus weiterführen? (z.B. Menüauswahl, eigene Zusammenstellung des Essens, zusätzliche Bestellung von Essen – etwa Dörrpflaumen, Cerealien wie Leinsamen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung, vermehrte körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, können Sie Ihre Bewegungsgewohnheit auch hier im Krankenhaus weiter umsetzen? (z.B. Spaziergang im Garten, Angebot durch physikalische Therapie, Unterstützung durch Pflegepersonal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, werden Ihre Vorlieben für bestimmte Abführmittel in diesem Krankenhaus berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, haben Sie die Möglichkeit die Bauchmassage auch in diesem Krankenhaus weiterzuführen bzw. zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, können Sie durch entsprechendes Angebot auch hier im Krankenhaus Ihre gewohnte Trinkmenge einhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffe zu Hause keine Maßnahme; warte bis sich Stuhlverstopfung von alleine löst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Maßnahmen:

Die nächste Frage erhebt, wer den Betroffenen ihre Maßnahme empfohlen hat, da die Ratschläge von unterschiedlichen Seiten her erfolgen. Dem Studienteilnehmer wurden sieben Quellen vorgelegt sowie ein freies Feld für eine weitere. Es waren mehrere Antworten zum Ankreuzen möglich.

Wer hat Ihnen diese Maßnahme(n) empfohlen? <i>(mehrere Antworten möglich)</i>	
Arzt	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>
Zeitschriften, Broschüren	<input type="checkbox"/>
Werbung	<input type="checkbox"/>
eigene Entscheidung	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	

Frage neun stellt eine Filterfrage dar. Nur wenn diese entsprechend der Fragestellung beantwortet wird, ist die Frage zehn zu bearbeiten, sonst wird zu Frage elf weitergegangen.

Um die Zufriedenheit mit der Maßnahme zu erheben, welche laut Literaturrecherche bei knapp der Hälfte der Betroffenen eher gering ist, wurde die Frage „Sind Sie mit Ihrer Maßnahme, welche eine Stuhlverstopfung vermeiden soll, zufrieden?“ gestellt. Als Antwort steht zur Auswahl „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „weniger zufrieden“ und „nicht zufrieden“ und stellt damit eine Mehrfachantwort mit Rangordnung dar. Auch hier soll mittels dieser vierstufigen Skalierung eine Tendenz zur Mitte vermieden werden.

Frage zehn geht nun auf die Gründe der Unzufriedenheit ein. Wurde in der vorangegangenen Frage „weniger zufrieden“ oder „nicht zufrieden“ angekreuzt, wurden die Teilnehmer gebeten die Frage zehn zu beantworten. Auch hier konnten mehrere Antworten angekreuzt werden.

Sind Sie mit Ihrer Maßnahme, welche eine Stuhlverstopfung vermeiden soll, zufrieden?			
Sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	Zufrieden <input type="checkbox"/>	weniger zufrieden <input type="checkbox"/>	nicht zufrieden <input type="checkbox"/>
<b>Wenn Sie weniger oder nicht zufrieden sind, warum nicht? (mehrere Antworten möglich)</b>			
Fehlende Wirksamkeit – kein Stuhlgang			<input type="checkbox"/>
Nebenwirkungen			<input type="checkbox"/>
Preis/Kosten			<input type="checkbox"/>
Geschmack			<input type="checkbox"/>
Fehlende Vorhersehbarkeit wann die Wirkung eintritt			<input type="checkbox"/>
Ungenügende Milderung der Symptome			<input type="checkbox"/>

### 3.4.3 Teil 3 – Ablauf im Krankenhaus

Dieser dritte Teil beschäftigt sich nun mit dem stationären Ablauf des Obstipationsmanagements und beruht auf den Erkenntnissen aus dem Kapitel 2.8 „Obstipationsmanagement im stationären Bereich“ des Theorieteils. Besonderer Fokus wurde auch hier auf das Aufnahmegespräch und die Evaluierung des Ausscheidungsverhaltens während des Aufenthaltes gelegt.

Durch die Forderung von Experten, die ein direktes Ansprechen und Benennen des Problems bereits bei Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus seitens der Pflegenden verlangen, ergaben sich folgende Fragen:

Wurde beim Aufnahmegespräch mit der Pflegeperson das Thema „Ausscheidungen“ angesprochen?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>
Wurden Sie beim Aufnahmegespräch konkret auf etwaige Probleme mit Stuhlverstopfung angesprochen?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

Wie bereits die Literaturrecherche zeigt, ist eine detaillierte und umfassende Erhebung der Patientensituation notwendig, um eine adäquate Einschätzung der aktuellen Ausscheidungssituation zu erhalten. Es werden einige Punkte empfohlen, die von der Pflegeperson im Rahmen des Aufnahmegesprächs mit dem Patienten anzusprechen und zu klären sind. Diese betreffen sowohl den Bereich der Ausscheidungen, als auch die Ernährung, Bewegungssituation, Flüssigkeitszufuhr, Medikamenteneinnahme und die Erfassung bisheriger Maßnahmen bei Obstipation. Die Frage 13 bittet den Patienten, sich an das Aufnahmegespräch zu erinnern. Es werden einzelne Themen vorgelegt, wobei der Patient durch Ankreuzen von „ja“ und „nein“ angibt, ob dies im Rahmen des Patientengesprächs von der Pflegeperson thematisiert wurde. Ein offener Teil am Ende ermöglicht dem Patienten das Hinzufügen eines weiteren Punktes, das beim Aufnahmegespräch angesprochen wurde.

Welche folgenden Punkte wurden im Rahmen des Aufnahmegesprächs abgefragt?		
	ja	nein
Wann der letzter Stuhlgang war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufigkeit der Stuhlentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen, welche zu Hause zur Aufrechterhaltung des Stuhlgangs getroffen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitszufuhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente, die zu Hause genommen wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlieben bezüglich Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Punkte: .....		

Ist der Patient stationär aufgenommen und sind Maßnahmen gesetzt, ist eine kontinuierliche, regelmäßige Überwachung und Evaluierung der Interventionen durch das Pflegepersonal mit dem Patienten oder auch Familienangehörigen notwendig. Ratsam ist eine Evaluierung zumindest alle drei Tage. Es hat sich gezeigt, dass selbständigen Patienten die Verantwortung der Evaluierung übertragen wird. Dabei wird der Patient aufgefordert, sich bei Problemen mit der Stuhlausscheidung bei der Pflegeperson zu melden. Bei gefährdeten Patienten wird jedoch auch hier von Pflegeexperten geraten, diese regelmäßig bzw. täglich im Rahmen des stationären Tagesablaufes nach ihrem Ausscheidungsverhalten zu fragen.

Darauf basieren die Frage 14, die mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht mehr“ und Frage 15, die mit „ja, regelmäßig“, „ja, gelegentlich“ oder „nein, bis jetzt noch nicht“ zu beantworten sind.

Wurden Sie beim Aufnahmegespräch aufgefordert, sich bei Problemen mit der Stuhlausscheidung bei der Pflegeperson zu melden?		
<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>weiß nicht mehr</b> <input type="checkbox"/>

Wurden Sie im Rahmen des Tagesablaufs während Ihres Aufenthaltes von der Pflegeperson gefragt, ob Sie Stuhlgang hatten?		
<b>ja, regelmäßig</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja, gelegentlich</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein, bis jetzt noch nicht</b> <input type="checkbox"/>

Frage 16 bearbeitet das vorliegende Interesse, ob bei Patienten der Wunsch nach Beratung rund um das Thema Obstipation und ihre Maßnahmen zur Prävention besteht. Die Frage nach einem Beratungswunsch, die mit „ja“ oder „nein“ zu bearbeiten ist, stellt eine Filterfrage dar. Nur wenn diese mit „ja“ beantwortet wird, ist mit Frage 17 fortzufahren. Diese folgende Frage geht der Form der Beratung nach. Aus mehreren Antwortvorgaben ohne Rangordnung ist zu wählen.

Würden Sie sich wünschen, Beratung zum Thema Stuhlverstopfung und Maßnahmen zur Vorbeugung zu erhalten?	
<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, in welcher Form würden Sie gerne mehr Informationen zum Thema erhalten?</b>	
Persönliches Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/>
Broschüre	<input type="checkbox"/>
Austausch mit Betroffenen	<input type="checkbox"/>

### 3.4.4 Teil 4 - Allgemeiner Teil

Der letzte Abschnitt des Fragebogens behandelt nun allgemeine Fragen. Im Vordergrund steht die Erfassung soziodemografischer Variablen wie das Alter, Geschlecht, und höchster Schulabschluss. Begründet wird die Erhebung dieser

Daten durch den Einfluss der vorliegenden Größen auf die Prävalenz der Obstipation, basierend auf den Erkenntnissen aus dem Kapitel 2.4 „Epidemiologie“. Auch hier sind Antworten vorgegeben und durch Ankreuzen zu bearbeiten.

Alter	60 - 64	<input type="checkbox"/>
	65 - 69	<input type="checkbox"/>
	70 - 74	<input type="checkbox"/>
	75 - 79	<input type="checkbox"/>
	80 - 84	<input type="checkbox"/>
	85 - 89	<input type="checkbox"/>
	älter als 89	<input type="checkbox"/>
Geschlecht	männlich	<input type="checkbox"/>
	weiblich	<input type="checkbox"/>
Höchster Schulabschluss	Schule ohne Maturaabschluss	<input type="checkbox"/>
	Schule mit Maturaabschluss	<input type="checkbox"/>
	Universität	<input type="checkbox"/>

Weiters wird einerseits die bisherige Häufigkeit des Auftretens einer Obstipation, andererseits die Einschätzung der Patienten bezüglich der folgenden Situation im Krankenhaus erhoben. Hier wird nach der Wahrscheinlichkeit gefragt, mit der die Patienten glauben, dass die Stuhlverstopfung im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes auftreten wird. Es wird damit festgestellt, wie relevant das Problem bei Patienten ab 60 Jahren und älter im häuslichen Umfeld als auch im Krankenhaus ist.

Wie häufig haben Sie Stuhlverstopfung?	einmal pro Woche	<input type="checkbox"/>
	einmal pro Monat	<input type="checkbox"/>
	seltener	<input type="checkbox"/>
	noch nie	<input type="checkbox"/>
Wie wahrscheinlich ist es, dass eine Stuhlverstopfung im Rahmen dieses Krankenhausaufenthalts bei Ihnen auftreten wird?	ja, ich bin mir sicher	<input type="checkbox"/>
	ja, ich glaube schon	<input type="checkbox"/>
	eventuell	<input type="checkbox"/>
	nein, ich glaube nicht	<input type="checkbox"/>
	nein, sicher nicht	<input type="checkbox"/>

Die letzte Frage des allgemeinen Teils und des Fragebogens stellt die Frage nach dem Aufnahmegrund dar. Es zeigt, mit welchen Problemen häufig ältere Menschen ins Krankenhaus aufgenommen werden und ermöglicht einen Überblick häufiger Erkrankungen dieser Patientengruppe. Diese Frage wurde offen gehalten, sodass der befragte Patient mit eigenen Worten seinen Aufnahmegrund anführt.

Am Ende bestand für den Studienteilnehmer die Möglichkeit unter „weitere Bemerkungen“ Wünsche oder Anregungen anzugeben.

Der Fragebogen wurde anschließend in einer Expertenrunde, der auch Angehörige der Stabsstelle Pflegeentwicklung des Rudolfinerhauses angehörte, überarbeitet. Um die Handhabung und den Umgang mit dem Instrument zu überprüfen, wurde ein Pretest durchgeführt. Dabei wurde der Fragebogen fünf älteren Personen aus dem privaten Umfeld der Forscherin übergeben. Anschließend wurden die Teilnehmer des Pretests zur Verständlichkeit des Fragebogens und dessen Handhabung befragt. Aufgrund der Ergebnisse wurden einzelne Fragen modifiziert, sodass ein korrektes Ausfüllen gegeben war.

### **3.5 Ethische Überlegungen**

Nach Abschluss der Projektplanung wurde die Pflegedirektorin des Hauses Frau Deutsch-Hohberg zur geplanten Befragung informiert. Nach ihrer schriftlichen Genehmigung zur Durchführung wurden weitere Schritte eingeleitet. Der Antrag zur Genehmigung ist unter 12.1 „Anhang I“ auffindbar. Es folgte die Erstellung einer Patienteninformation, welche dem Fragebogen beigelegt wurde (siehe dazu 12.2 „Anhang II“). Die Studienteilnehmer erhielten damit auch schriftlich eine Information zum Inhalt und Ziel der Studie, welche ebenfalls eine Kontaktnummer beinhaltete, um bei Rückfragen die Forscherin erreichen zu können. In diesem Schreiben wurde betont, dass die Einhaltung des Datenschutzes gewährleistet wird, die Teilnahme freiwillig und zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden kann. Da der Fragebogen anonym auszufüllen war, sind Rückschlüsse von den Daten auf die einzelne Person nicht möglich. Die eingesammelten Fragebögen wurden in einem versperrbaren

Schrank im Büro der Pflegeexpertin verwahrt und nach Abschluss der Studie vernichtet.

### **3.6 Die Datenerhebung**

Da auf einer Station des Hauses, die sich auf gynäkologische Operationen spezialisiert hat, vorwiegend Kurzzeitpatienten bzw. jüngere Patienten liegen, wurde diese Abteilung eingangs von der Befragung ausgeschlossen. Somit wurde auf sechs von sieben Stationen des Hauses der Fragebogen von der Forscherin den Patienten persönlich übergeben. Zwei Abteilungen waren aufgrund einer Sommersperre kurzzeitig geschlossen.

Um geeignete Patienten mit Hilfe des hausinternen Computersystems auszuwählen, fand wöchentlich ein Treffen zwischen der Forscherin und der Pflegeexpertin Frau Dr. Smoliner statt. Mit einer Liste möglicher Studienteilnehmer wurden die einzelnen Stationen besucht. In einem Gespräch mit der Stationsleitung oder einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester der betreffenden Station wurde geklärt, ob der ausgewählte Patient für die schriftliche Befragung kontaktiert werden darf. War der Patient aufgrund seines gesundheitlichen Allgemeinzustandes von der Ansprechperson der jeweiligen Station für die Befragung freigegeben, suchte die Forscherin diesen auf. Nach einer kurzen mündlichen Information zur Umfrage und nach Zustimmung durch den Patienten wurde ein Fragebogen mit Antwortkuvert zurückgelassen. Bei Ablehnung wurde der Grund dokumentiert.

Die Entgegennahme der ausgefüllten Fragebögen erfolgte durch die Pflegekräfte, die diese in einem großen Kuvert auf der Station sammelten und von der Forscherin in regelmäßigen Abständen geleert wurde.

Ziel war eine Stichprobengröße im Umfang von 100 Antwortbögen, die nach zwei Monaten erreicht war. Die Befragung fand in den Monaten Juli und August 2012 statt. Nach erfolgreich abgeschlossener Datenauswertung wurden die Fragebögen vernichtet.

### **3.7 Datenauswertung**

Die einzelnen Fragebögen wurden vor einer weiteren Verarbeitung mit einer Laufnummer versehen, um jederzeit den Datensatz auf seine Korrektheit überprüfen zu können. Anschließend wurde ein Kodeplan erstellt. Laut Raithel (2008) ordnet der Kodeplan den einzelnen Fragen des Fragebogens Variablennamen zu. In einem nächsten Schritt erfolgte eine Auflistung aller im Fragebogen erhobenen Variablen, auch genannt „Items“ mit allen dazugehörigen Ausprägungen, welche die Antwortvorgaben widerspiegeln. Jede Variable und Merkmalsausprägung erhielt einen speziellen Wert, einen „Kode“. Diese Kodierung war wiederum Grundlage für das Erstellen der Datenmatrix, welche eine Tabelle darstellt, in die die erhobenen Daten eingegeben wurden (ebenda, 2008). Der hier zugrundeliegende Kodeplan ist im Kapitel 12.4 „Anhang IV“ aufzufinden.

Nachdem die Daten aus den Fragebögen in das Statistikprogramm SPSS 19 eingegeben wurden, erfolgte anschließend eine Auswertung der erhobenen Informationen. Die Ergebnisse der Fragebögen wurden deskriptiv dargestellt.

## 4 Ergebnisdarstellung

### 4.1 Stichprobe

Stichprobengröße (alle Patienten, die laut Einschlusskriterien in die Stichprobe aufgenommen wurden)	231
Wegen reduzierten Allgemeinzustand, Fremdsprache oder bereits erfolgter Entlassung nicht kontaktierte Patienten	63
Kontaktierte Patienten	168
Fragebogen nicht angenommen	45
Fragebögen angenommen	123
Retournierte Fragebögen	104
Nicht ausgefüllte, retournierte Fragebögen	2
Verwertbare Fragebögen	102
Rücklauf in % der retournierten Fragebögen (auf Basis der kontaktierten Patienten)	61,9 %
Rücklauf in % der retournierten Fragebögen (auf Basis der angenommenen Fragebögen)	84,6 %

Beispiele für eine Nichtteilnahme an der Umfrage: „sehe schlecht“; „fühle mich überfordert“, „bin davon nicht betroffen“, „ist mir zu viel“, „will nicht“

### 4.2 Antwortverhalten der Studienteilnehmer

Das Antwortverhalten der Studienteilnehmer ist im Anhang unter 12.5 „Anhang V“ ersichtlich. Auffallend ist, dass die großen Fragenkomplexe, dazu zählt die Frage drei und fünf, aber auch Frage sechs, tendenziell hohe fehlende Angaben aufzeigen, wobei einzelne Items Werte um die 40 % erreichen. Die anderen Fragen zeigen jedoch durchwegs hohe Antwortraten.

### 4.3 Alter und Geschlecht der befragten Personen

Jeweils 14,7 % (15 Patienten) der Befragten waren zwischen 60-64 und 65-69 Jahre alt. Die meisten der 102 Befragten befanden sich im Alter zwischen 70-74 Jahren mit 26,5 % (27 Patienten). 42,1 % (43 Patienten) der Studienteilnehmer waren sogar älter als 74 Jahre, davon war die Gruppe der über 89-jährigen mit nur 2 % der Befragten (2 Patienten) am schwächsten vertreten. Weitere 2 % (2 Patienten) der Studienteilnehmer haben keine Altersangabe gemacht (Abbildung 3).

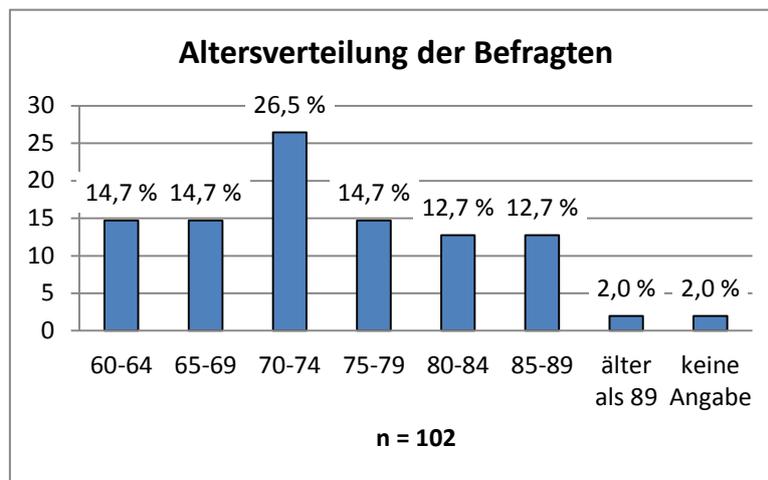


Abbildung 3: Altersverteilung der Befragten

Die Studienpopulation setzt sich aus 63 Frauen und 37 Männer zusammen. Dies ergibt eine Verteilung von 61,8 % Frauen und 36,3 % Männer, wobei auch hier 2 Personen, das sind 2 % der Teilnehmer, diese Frage nicht beantwortet haben (Abbildung 4).

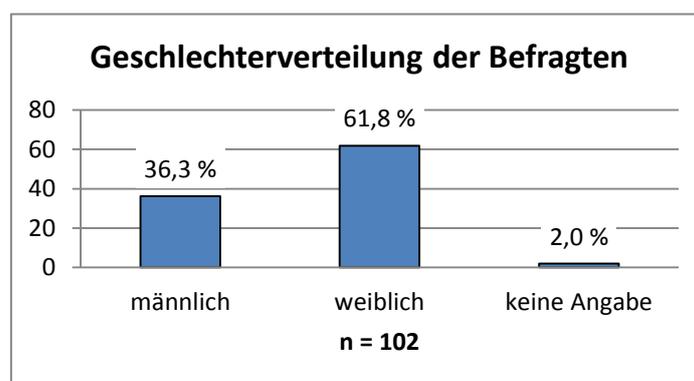


Abbildung 4: Geschlechterverteilung der Befragten

#### 4.4 Bildungsniveau der Studienteilnehmer

40,2 % der Studienpopulation (41 Patienten) haben einen Schulabschluss ohne Matura und 29,4 % (30 Patienten) mit Matura. Den kleinsten Anteil mit 26,5 % (27 Patienten) stellt die Gruppe mit Universitätsabschluss dar. 3,9 % (4 Patienten) haben keine Angabe gemacht (Abbildung 5).

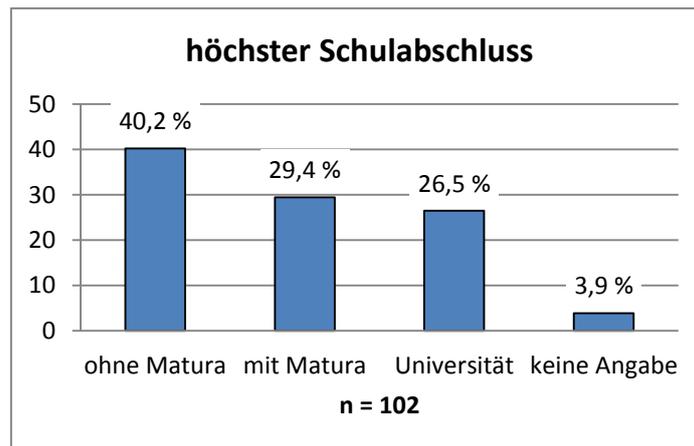


Abbildung 5: Bildungsniveau

#### 4.5 Häufigkeit der Stuhlverstopfung

Auf die Frage, wie häufig die Befragten unter Stuhlverstopfung leiden, antworteten 17,6 % (18 Personen) mit einmal pro Woche, 10,8 % (11 Personen) mit einmal pro Monat und 58,8 % (60 Personen) gaben an, seltener davon betroffen zu sein. 3,9 % (4 Personen) berichteten, noch nie unter Stuhlverstopfung gelitten zu haben. 8,8 % (9 Personen) haben sich dieser Frage enthalten (Abbildung 6).

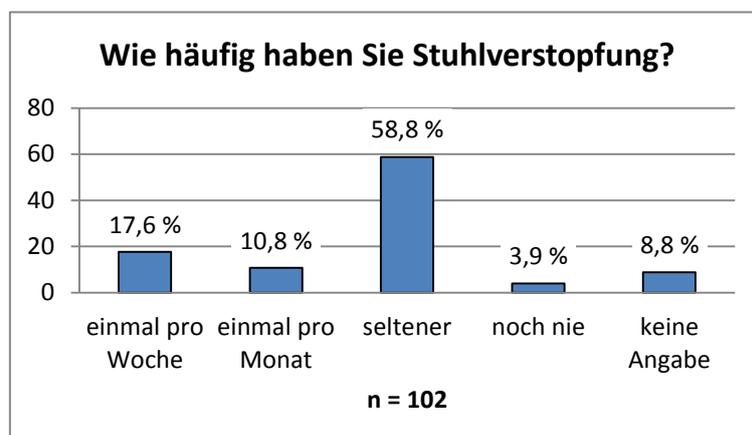


Abbildung 6: Häufigkeit der Stuhlverstopfung

## 4.6 Wahrscheinlichkeit einer Stuhlverstopfung im Krankenhaus

Die Patienten wurden gebeten einzuschätzen, für wie wahrscheinlich sie das Eintreten einer möglichen Stuhlverstopfung bei ihnen während dieses Krankenhausaufenthaltes halten. 10,8 % (11 Patienten) sind sich sicher, dass im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes eine Obstipation bei ihnen eintreten wird. 9,8 % (10 Patienten) glauben, dass dieses Problem bei ihnen relevant wird. 33,3 % (34 Patienten) sagen „nein, ich glaube nicht“ und nur 15,7 % (16 Patienten) sind sich sicher, dass die Stuhlverstopfung bei ihnen nicht auftreten wird. Auch hier haben Personen sich ihrer Stimme enthalten. 6,9 % (7 Patienten) gaben keine Angabe ab (Abbildung 7).

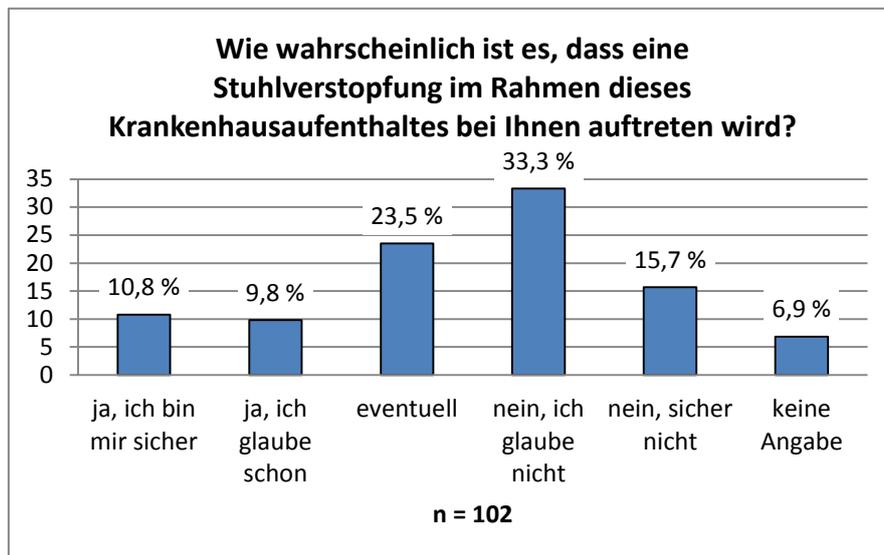


Abbildung 7: Wahrscheinlichkeit einer Stuhlverstopfung im Krankenhaus

## 4.7 Aufnahmegrund

Bei der Frage nach dem Aufnahmegrund waren die Patienten gebeten, den Grund in einem freien Feld selbst einzutragen. Diese wurden in weiterer Folge von der Forscherin in Hinblick auf die unterschiedlichen, medizinischen Fachrichtungen zu Kategorien zusammengefasst, welche ähnliche medizinische Erkrankungen repräsentieren. In der anschließenden Tabelle sind Beispiele laut Patientenangabe für die jeweilige Kategorie angeführt.

Am häufigsten mit 20,6 % (21 Patienten) gaben die Patienten an, sich wegen einer Operation im Krankenhaus zu befinden. Die zweitgrößte Gruppe mit 10,8 % (11 Patienten) bildet Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen. Aufgrund von Schmerzen und einer neurologischen Erkrankung befanden sich jeweils 8,8 % (9 Patienten) in stationärer Behandlung. 2,9 % (3 Patienten) kamen mit einer Magen-Darm-Erkrankung ins Spital. 12,8 % (13 Patienten) wurden zu der Kategorie „Sonstige“ eingeordnet. 10,8 % (11 Patienten) machten keine Angabe (Tabelle 1).

Tabelle 1: Aufnahmegrund

<b>Kategorie</b>	<b>Prozent % (Häufigkeiten)</b>	<b>Beispiele für Aufnahmegründe laut Patientenangabe</b>
Operationen	20,6% (21)	„Gehirnoperation“, „Schulteroperation“, „Nierenleiter-Operation“, „operativer Eingriff“
Wirbelsäulen Erkrankungen	10,8% (11)	„Bandscheibenprobleme“, „HWS“, „Lendenwirbelsäule“, „Wirbelsäule“
Schmerzen	8,8% (9)	„Lumboischialgie“, „Schmerzen“, „Rückenschmerzen“, „Schmerztherapie“
Neurologische Erkrankungen	8,8% (9)	„Muskelschwäche“, „Schlafstörung bei Parkinson“, „Depression“, „Schlaganfall“
Weitere Internistische Erkrankungen	7,9% (8)	„Niere“, „Diabetes“, „Durchblutungsstörung“, „Schaufensterkrankheit“
Herz-Kreislaufferkrankungen	5,9% (6)	„Herzrhythmusstörung“, „Bluthochdruck bei Schwindel“, „Herzbeschwerden“
Onkologische Erkrankungen	3,9% (4)	„Chemotherapie“, „Prostatakarzinom“
Infektion	2,9% (3)	„Sepsis“, „Gürtelrose“
Magen-Darm Erkrankungen	2,9% (3)	„Darm“, „Divertikulitis“, Durchfall
Orthopädische Erkrankungen	2,9% (3)	„Fraktur des linken Knöchel“, „Knöchelbruch und Kreislaufkollaps“
HNO Erkrankungen	1% (1)	„Gehörsturz“
Sonstige	12,8% (13)	„Unfall“, „diverse Untersuchungen“, „Sturz“, „diagnostische Abklärung“, „Wasser in der Hand“
Keine Angabe	10,8% (11)	

## 4.8 Verständnis der befragten Personen zur Obstipation

In diesem Teil der Befragung geht es um die Definition, Symptombeschreibung und die Erfahrung der Befragten im Umgang mit einer Obstipation.

### 4.8.1 Definition der Obstipation

Zur Definition der Stuhlverstopfung war es den Befragten möglich, hier mehrere Kriterien anzukreuzen. 53,9 % der Befragten (55 Patienten) definieren die Obstipation über das Merkmal „starkes Pressen beim Stuhlgang“, gefolgt von „harter, klumpiger Stuhl“ mit 42,2 % (43 Patienten). Am dritthäufigsten mit 41,2 % (42 Patienten) wurde „vorhandener Stuhldrang, aber nicht fähig Stuhl zu entleeren“ angegeben. Diese drei Kriterien wurden am häufigsten für eine Definition der Stuhlverstopfung herangezogen. Danach folgt in absteigender Reihenfolge die „verminderte Häufigkeit der Stuhlentleerung“ mit 39,2 % (40 Patienten), „das Gefühl einer Blockade im After mit 37,3 % (38 Patienten), „aufgeblähter, harter Bauch oder Blähungen“ mit 33,3 % (34 Patienten), „fehlender Stuhldrang“ mit 28,4 % (29 Patienten), und „zu geringe Stuhlmenge“ mit 21,6 % (22 Patienten). An letzter Stelle wurde von 18,6 % der Befragten (19 Patienten) das Kriterium „Gefühl einer unvollständigen Entleerung“ zur Definition einer Stuhlverstopfung genannt. 1 % (1 Patient) der Studienpopulation hat diese Frage nicht beantwortet (Abbildung 8).

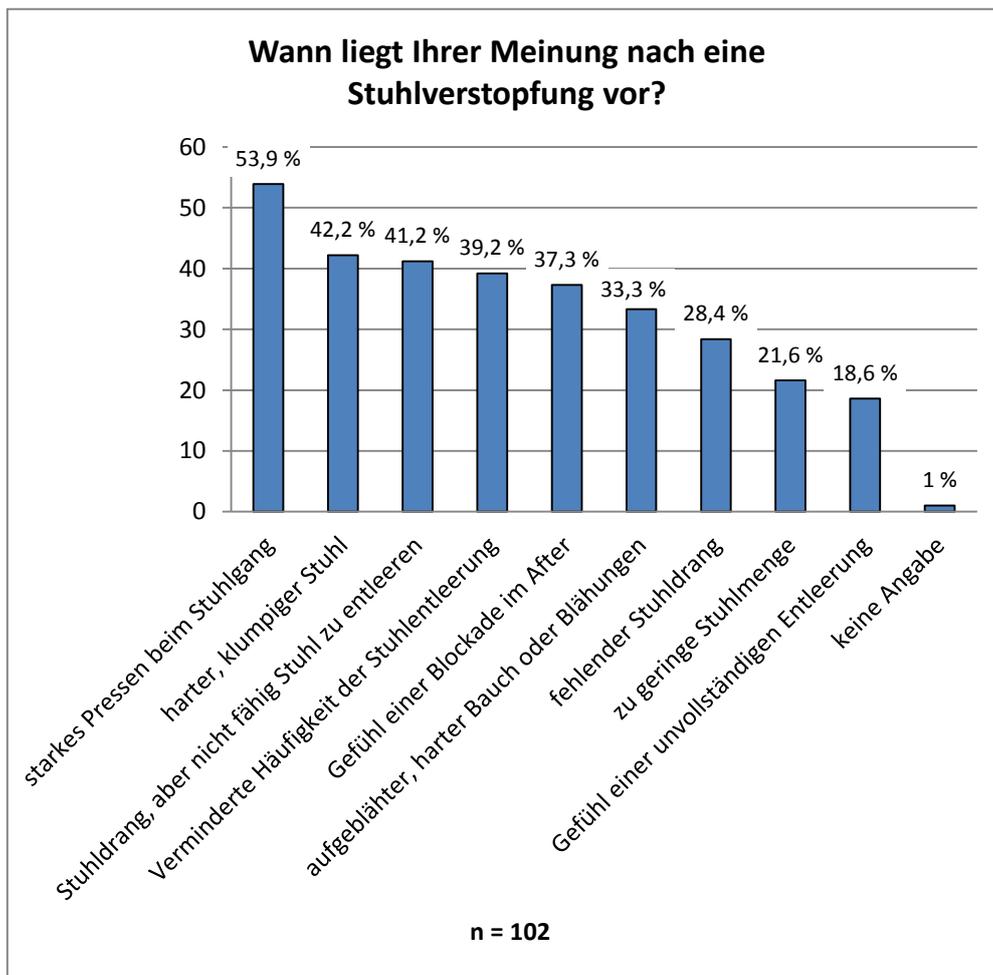


Abbildung 8: Kriterien zur Definition einer Stuhlverstopfung

In weiterer Folge wurde betrachtet, wie viele Kriterien die Befragten zur Definition der Stuhlverstopfung verwenden. 28,4 % der Studienteilnehmer (29 Patienten) gaben zwei Kriterien an, gefolgt von 21,6 % (22 Patienten), welche drei Kriterien hierfür ankreuzten. Für 33,4 % (34 Patienten) sind sogar vier und mehr Kriterien erforderlich. 15,7 % (16 Patienten) verwendeten zur Definition ausschließlich ein einziges Merkmal (Abbildung 9).

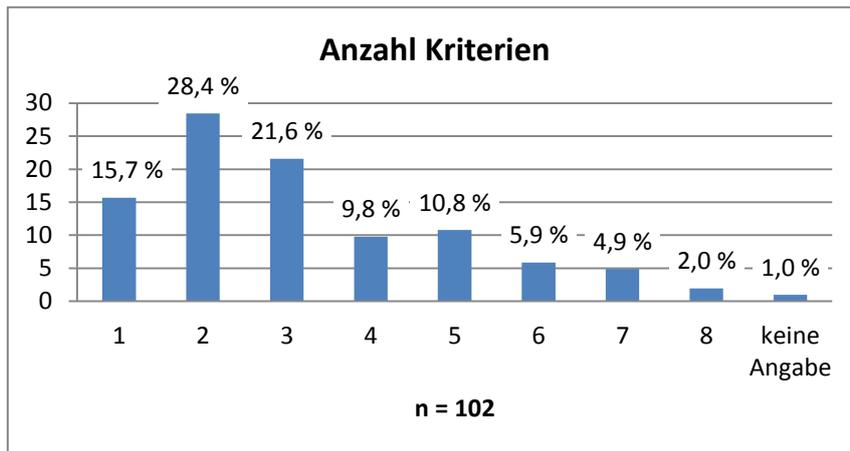


Abbildung 9: Anzahl Kriterien für eine Definition

Im Rahmen der Definierung der Obstipation wurden weiters die Personen gebeten, die Aussage „Ein Tag ohne Stuhlgang bedeutet für mich eine Stuhlverstopfung zu haben“ zu bewerten. 22,5 % der Befragten (23 Patienten) bestätigten mit ihrer Antwort diese Aussage und stimmen zu. 75,5 % der Teilnehmer (77 Patienten) stimmen diesem Statement nicht zu. 2 % (2 Patienten) gaben keine Antwort (Abbildung 10).

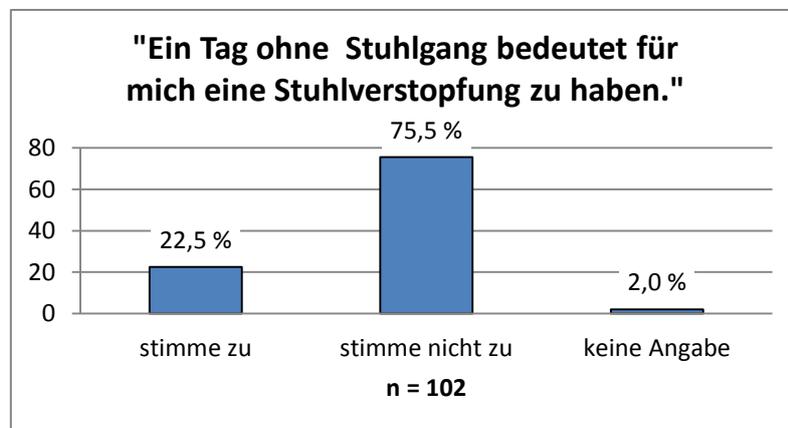


Abbildung 10: Ein Tag ohne Stuhlgang

#### 4.8.2 Symptome einer Obstipation und ihre Belastungseinschätzung

Abbildung 11 zeigt die Symptome einer Stuhlverstopfung, gereiht nach der Häufigkeit ihres Auftretens. Am häufigsten mit 74,5 % (76 Patienten) berichten die Studienteilnehmer von einer „Anstrengung bei der Darmentleerung“, gefolgt von „harter Stuhl“ mit 62,7 % (64 Patienten). An dritter Stelle wurde hier das Symptom

„Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang“ genannt mit einem Auftreten von 49 % (50 Patienten). Hohe Werte erzielten auch „Blähungen“ und „anhaltender Stuhldrang, aber nicht möglich Stuhl zu entleeren“. Eine Häufigkeit von je 37,7 % (38 Patienten) unter den Befragten wird hier erreicht.

Symptome, die selten genannt wurden, waren „blutiger Abgang aus dem After“ mit 15,7 % (16 Patienten) und an letzter Position „Schmerzen im After“ mit 14,4 % (15 Patienten).

Der grüne Balken der folgenden Grafik zeigt die Häufigkeit in Prozent von fehlenden Antworten. Dies tritt ein, wenn die Studienteilnehmer weder „trifft zu“ noch „trifft nicht zu“ angekreuzt haben und wurde hier mit „keine Angabe“ gekennzeichnet. Bei den Symptomen „blutiger Abgang aus dem After“ und „Schmerzen im After“ lag der Wert der fehlenden Angaben ähnlich hoch, nämlich bei 41,2% (42 Patienten) und 42,2 % (43 Patienten).

Zur Beantwortung dieser Frage stand den Befragten des Weiteren ein freies Feld zur Verfügung, sodass für die Studienteilnehmer die Möglichkeit besteht, diesen Symptomenkomplex selbst um ein Anzeichen zu ergänzen, wenn sie davon betroffen sind und es im Fragebogen nicht angeführt wird. Es wurde jedoch von den Teilnehmern nicht genutzt.

*(Anmerkung: um die Übersichtlichkeit der Grafik zu wahren, wurde hier keine Datenbeschriftung der einzelnen Balken mit Prozentwerten durchgeführt. Diese Werte sind gesondert in der anschließenden Tabelle angeführt.)*

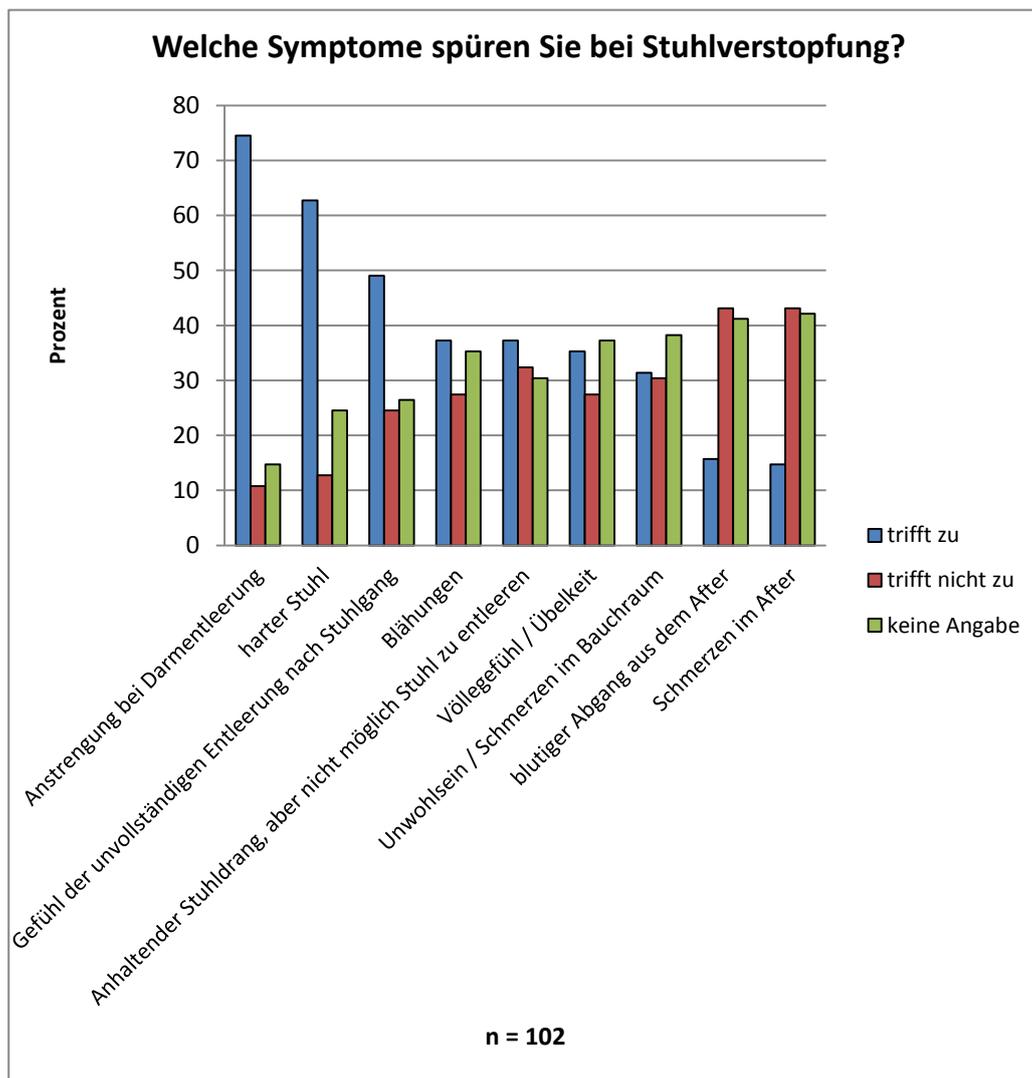


Abbildung 11: Symptome einer Stuhlverstopfung

Tabelle 2: Häufigkeiten in Prozent der einzelnen Symptome

Symptom (gereiht nach Häufigkeit)	trifft zu (%)	trifft nicht zu (%)	keine Angabe (%)
Anstrengung bei Darmentleerung	74,5	10,8	14,7
harter Stuhl	62,7	12,7	24,5
Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang	49,0	24,5	26,5
Blähungen	37,3	27,5	35,3
Anhaltender Stuhldrang, aber nicht möglich Stuhl zu entleeren	37,3	32,4	30,4
Völlegefühl / Übelkeit	35,3	27,5	37,3
Unwohlsein / Schmerzen im Bauchraum	31,4	30,4	38,2
blutiger Abgang aus dem After	15,7	43,1	41,2
Schmerzen im After	14,7	43,1	42,2

### 4.8.3 Belastungseinschätzung der einzelnen Symptome

Hier werden die interessantesten Ergebnisse dargestellt. Für weitere Informationen ist die gesamte Häufigkeitsverteilung im Anhang 12.5 auffindbar.

Die „Anstrengung bei der Darmentleerung“, jenes Symptom, von dem 75 Betroffene berichten, wird von 5,3 % (4 Patienten) als extrem belastend und von 30,3 % (23 Patienten) als sehr belastend empfunden. Weitere 50 % (38 Patienten) stufen dieses Anzeichen als etwas belastend ein. 85,6 % (65 Patienten) geben damit an, dass das Symptom eine Belastung darstellt (Abbildung 12).

Das zweithäufigste Symptom, der „harte Stuhl“, empfinden von 64 Betroffenen 40,6 % (26 Patienten) zumindest als sehr belastend, 42,2 % (27 Patienten) als etwas belastend. Eine Belastung wird folglich von 82,8 % (53 Patienten) durch den harten Stuhl erfahren (Abbildung 13).

Das „Gefühl der unvollständigen Entleerung“ verspüren 50 Betroffene und wird von 26 % (13 Patienten) zumindest als sehr belastend eingestuft. Weitere 48 % (24 Patienten) sehen sich dadurch etwas belastet. Beachtliche 22 % (11 Patienten) haben hier jedoch keine Belastungseinschätzung durchgeführt (Abbildung 14).

Von 38 Personen, die „Blähungen“ angeben, berichten 7,9 % (3 Patienten) durch dieses Symptom eine extreme Belastung zu erfahren. 34,2 % (13 Patienten) stufen es als sehr belastend und 39,5 % (15 Patienten) als etwas belastend ein. Insgesamt empfinden 81,6 % (31 Patienten) durch die Blähungen eine Belastung (Abbildung 15).

Obwohl nur 15 Patienten das Symptom „blutiger Abgang“ aus dem After angeben, ist dieses jedoch für 18,8 % (3 Patienten) der Betroffene extrem belastend und für 50 % (8 Patienten) sehr oder etwas belastend (Abbildung 16).

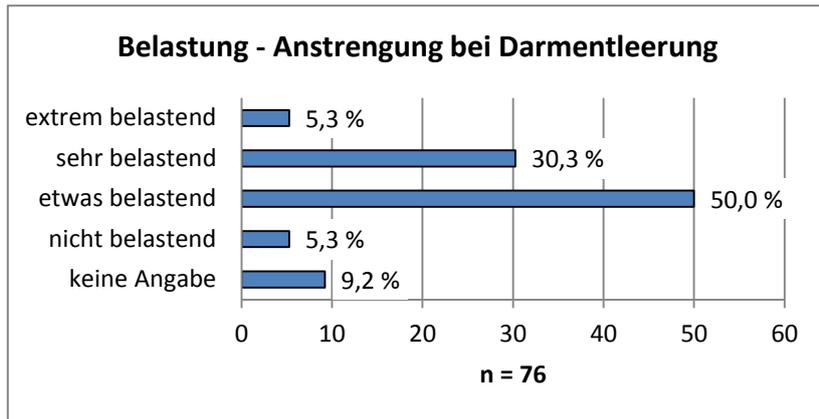


Abbildung 12: Belastungseinschätzung – Anstrengung bei Darmentleerung

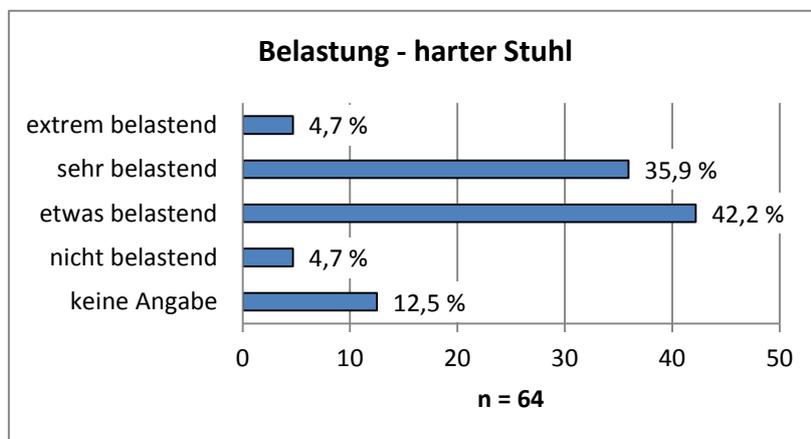


Abbildung 13: Belastungseinschätzung - harter Stuhl

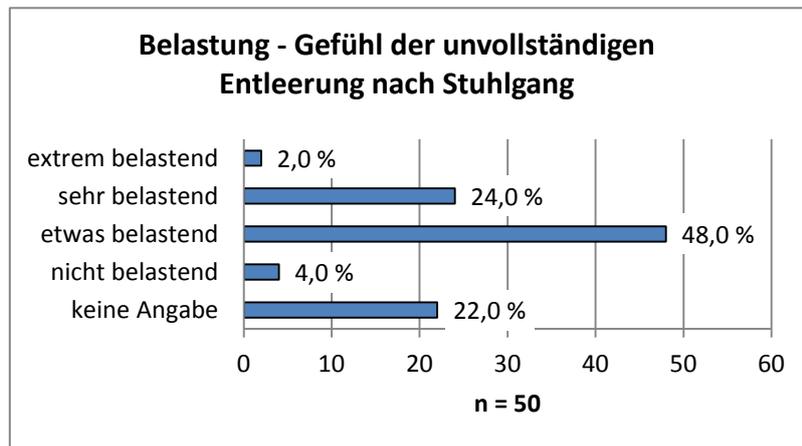


Abbildung 14: Belastungseinschätzung - Gefühl der unvollständigen Entleerung

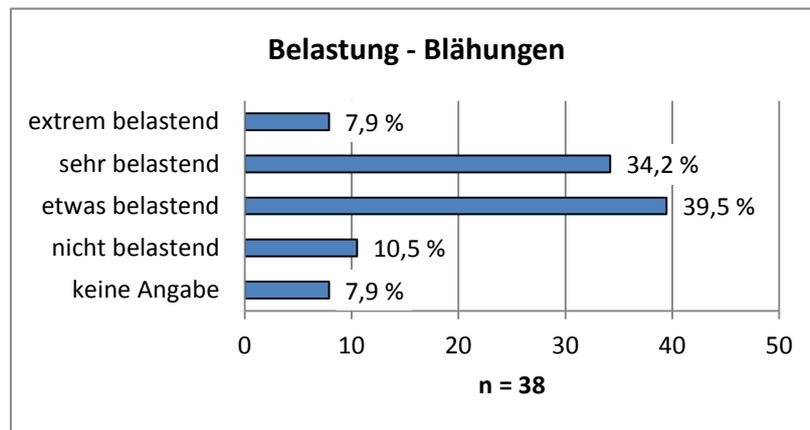


Abbildung 15: Belastungseinschätzung - Blähungen

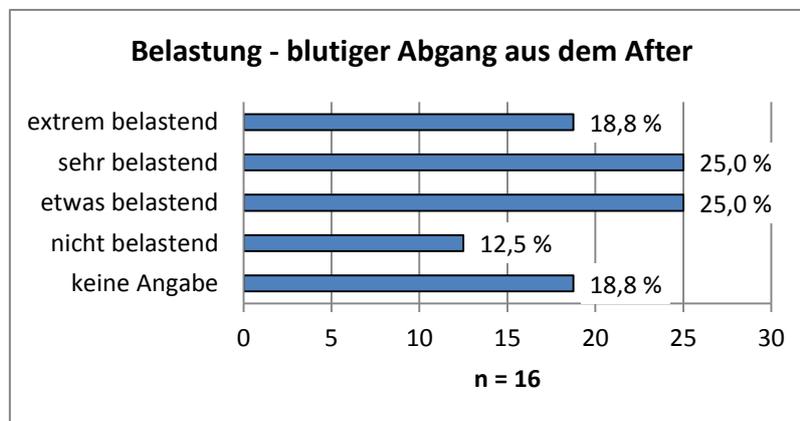


Abbildung 16: Belastungseinschätzung - blutiger Abgang aus dem After

#### 4.8.4 Auswirkung der Obstipation auf die Lebensqualität

Die Studienteilnehmer wurden gebeten, auf einer Skala von 0 bis 5 anzugeben, wie stark die Obstipation ihre Lebensqualität beeinflusst, wobei 0 für „überhaupt nicht“ und 5 für „sehr stark“ steht.

96 Patienten haben diese Frage beantwortet. Nur ein sehr geringer Anteil von 6,9 % der Befragten (7 Patienten) behaupten, dass die Obstipation ihre Lebensqualität nicht beeinträchtigt. Der größte Anteil, nämlich 24,5 % der Teilnehmer (25 Patienten) geben an, dass sich die Obstipation auf einer Stärke von 3 ihre Lebensqualität beeinflusst. Weitere 18,6 % (19 Patienten) geben eine Auswirkung der Stuhlverstopfung der Stärke 4 an, 10,8 % (11 Patienten) fühlen sich sogar sehr stark in ihrer Lebensqualität durch die Obstipation beeinträchtigt. Somit geben

53,9 % (55 Patienten) eine Beeinflussung der Lebensqualität auf der Stufe drei oder höher an.

Der Mittelwert liegt auf der Skala von 0 bis 5 bei 2,67 (Abbildung 17).

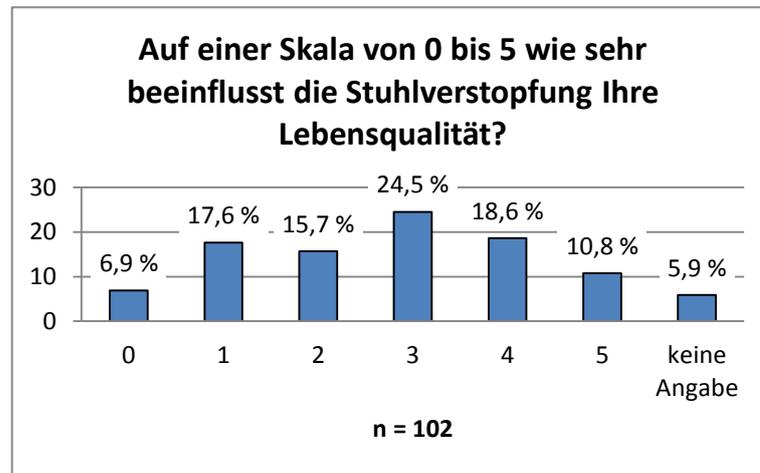


Abbildung 17: Auswirkungen auf die Lebensqualität

#### 4.8.5 Faktoren, die zu einer Entstehung von Obstipation im Krankenhaus beitragen

Hier werden nur die interessantesten Resultate erläutert. Eine vollständige Darstellung der Ergebnisse findet sich im „Anhang V“ unter 12.5 bei den Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Items wieder.

Eine „unzureichende körperliche Aktivität“ sehen Patienten mit 61,8% (63 Patienten) als einen Einflussfaktor in der Entstehung einer Obstipation im Krankenhaus und stimmen diesem Kriterium zu. Nur 15,7 % (16 Patienten) stimmen nicht zu und 2,9 % (3 Patienten) sind sich der Rolle der körperlichen Aktivität nicht sicher (Abbildung 18).

Die folgende Darstellung zeigt, dass auch die Umgebungsveränderung laut den Befragten einen bedeutsamen Faktor in der Entstehung einer Obstipation darstellt. 50 % (51 Patienten) aller Teilnehmer stimmen zu, dass die Umgebungsveränderung Einfluss auf die Stuhlverstopfung ausübt. Nur 18,6 % stimmen nicht zu (Abbildung 19).

Werden die Einflussfaktoren gereiht nach der Häufigkeit ihrer Zustimmung, steht an dritter Stelle die Leibschüssel mit 35,3 % (36 Patienten) (Abbildung 20).

Der Unzufriedenheit mit der sanitären Einrichtung/mangelnder hygienischer Zustand der Toilette stimmen 50 % der Befragten nicht zu und geben damit an, dass sie diesem Faktor keinen Einfluss in der Entstehung einer Stuhlverstopfung beimessen (Abbildung 21).

Die nächste Grafik verdeutlicht den Einfluss des Rauchens auf die Obstipationsentstehung. Nur 6,9 % (7 Patienten) sehen das Rauchen als Einflussfaktor auf die Stuhlverstopfung und stimmen dem zu. 49 % (50 Patienten) haben hier jedoch keine Angabe gemacht (Abbildung 22).

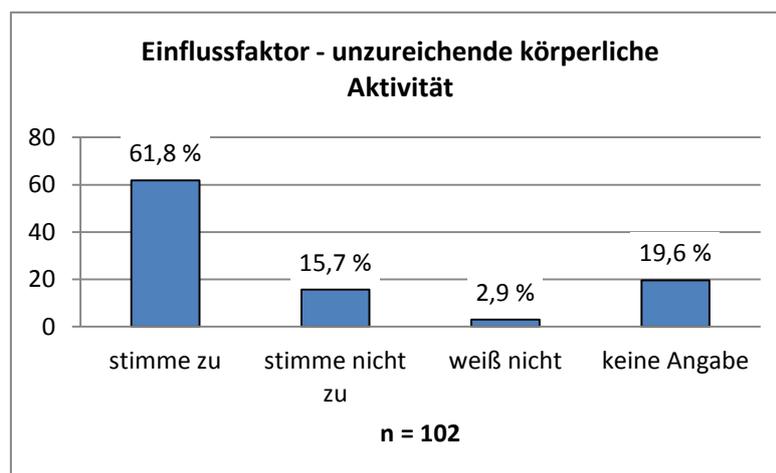


Abbildung 18: Einflussfaktor - unzureichende körperliche Aktivität

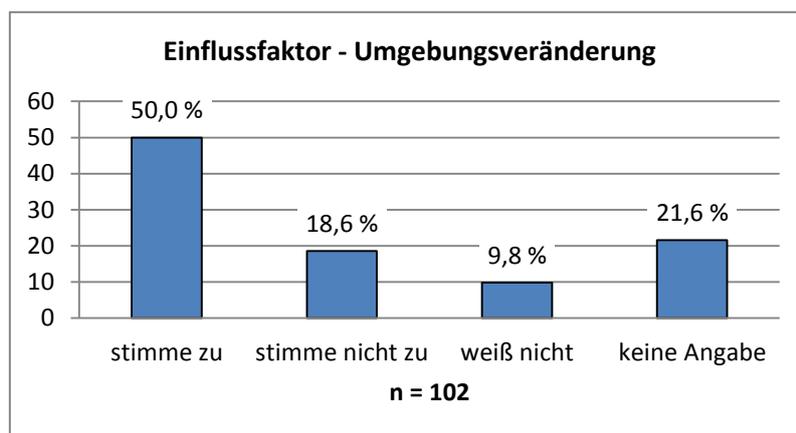


Abbildung 19: Einflussfaktor - Umgebungsveränderung

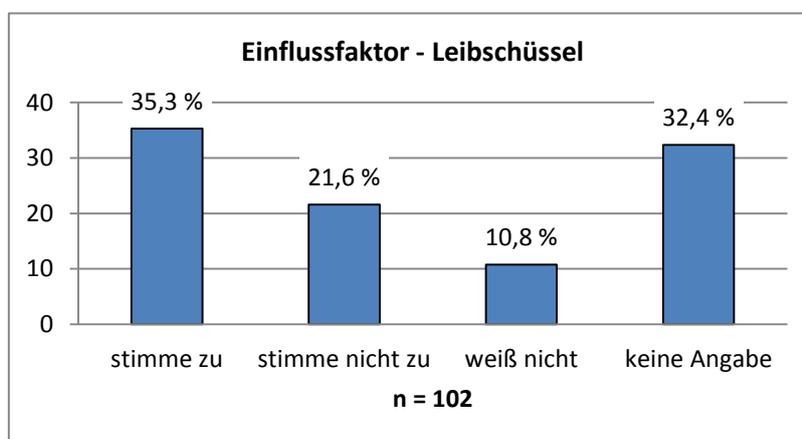


Abbildung 20: Einflussfaktor - Leibschüssel

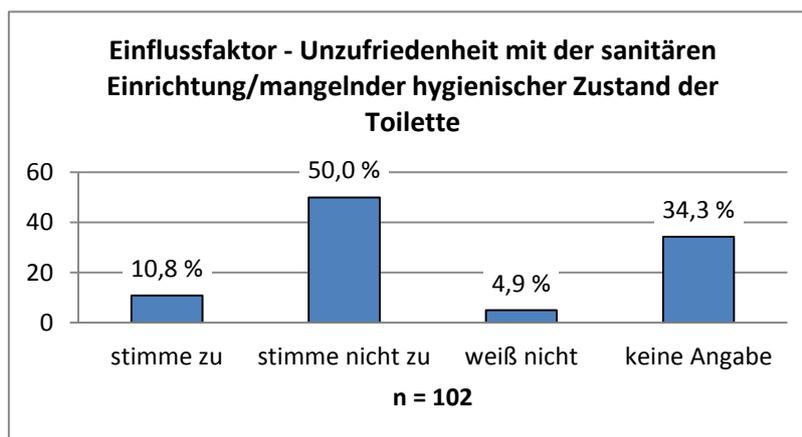


Abbildung 21: Einflussfaktor - Unzufriedenheit mit der sanitären  
Einrichtungen/mangelnder hygienischer Zustand der Toilette

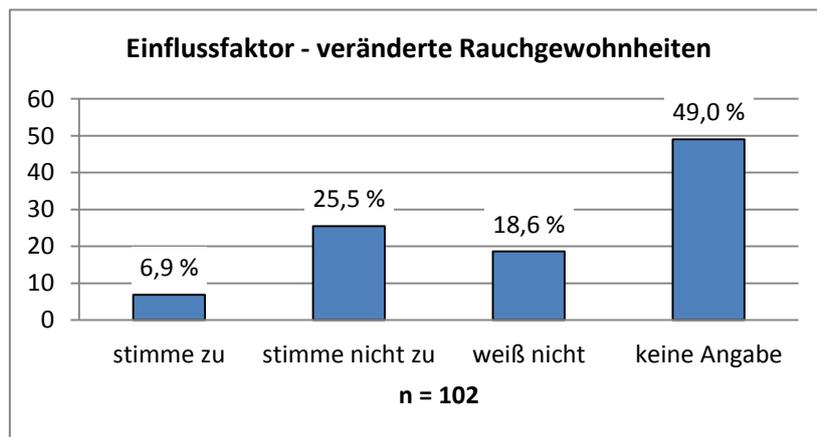


Abbildung 22: Einflussfaktor - veränderte Rauchgewohnheiten

## 4.9 Professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung

Die folgenden Grafiken zeigen, wie viele der Befragten bereits professionelle Hilfe aufgrund einer Obstipation aufgesucht haben.

Es zeigt, dass 19,6 % (20 Patienten) der Studienteilnehmer einmal oder öfters in ihrem Leben den Hausarzt aufgrund einer Stuhlverstopfung kontaktiert haben (Abbildung 23).

Das Spital wurde sogar von 27,5 % (28 Patienten) der befragten Personen einmal oder öfters wegen Obstipationsproblemen aufgesucht. 45,1 % (46 Personen) haben sich noch nie an ein Spital wegen einer Stuhlverstopfung gewendet (Abbildung 24).

Wie häufig Pflegepersonen um Hilfe gebeten werden, zeigt die nächste Abbildung. 6,9 % (7 Patienten) der Teilnehmer haben bereits öfters Pflegepersonen zur Hilfe bei Obstipation herangezogen, 8,8 % (9 Patienten) zumindest einmal (Abbildung 25).

Auch bei dieser Frage bestand für die befragten Patienten die Möglichkeit eine andere professionelle Hilfe als die drei genannten anzuführen. Da nur wenige Teilnehmer eine andere Art von Hilfe genannt haben, wurden diese nicht extra grafisch ausgewertet, sondern nur schriftlich erläutert.

Von jeweils einer Person wurde Folgendes erwähnt:

- Facharzt
- Internist,
- Diätassistentin
- und Apotheker

All diese Anlaufstellen wurden von den Patienten öfters aufgesucht.

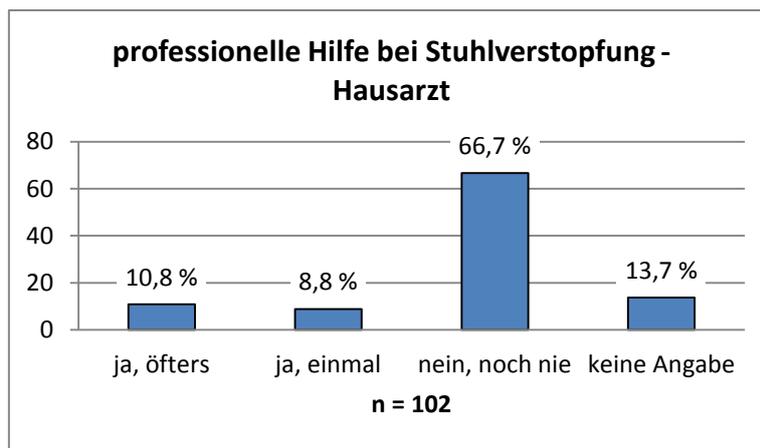


Abbildung 23: professionelle Hilfe - Hausarzt

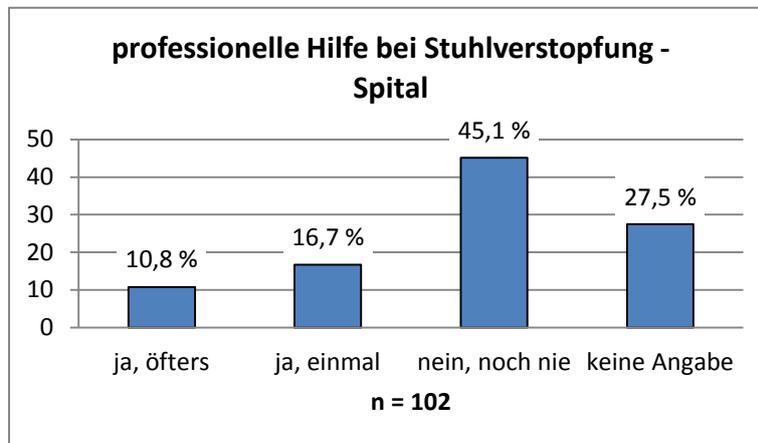


Abbildung 24: professionelle Hilfe - Spital

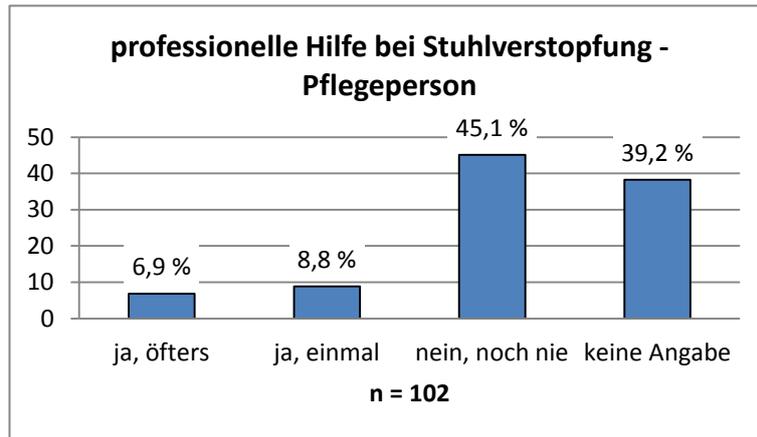


Abbildung 25: professionelle Hilfe - Pflegeperson

## 4.10 Maßnahmen bei Stuhlverstopfung und die Möglichkeit ihrer Fortführung im Krankenhaus

In diesem Kapitel wird gezeigt, wie häufig die Maßnahmen ballaststoffreiche Ernährung, körperliche Bewegung, Abführmittel, Bauchmassage und die Erhöhung der Trinkmenge zur Prävention einer Obstipation zu Hause von den befragten Personen angewendet werden, gereiht nach der Häufigkeit ihrer Anwendung. In einem weiteren Schritt wird erläutert, inwieweit die Möglichkeit der Fortführung der einzelnen Maßnahmen in diesem Krankenhaus besteht.

### 4.10.1 Erhöhung der Trinkmenge

Mit Hilfe einer Erhöhung der Trinkmenge versuchen 74,5 % (76 Patienten) der Befragten eine mögliche Stuhlverstopfung im häuslichen Umfeld abzuwehren und stellt damit jene Maßnahme dar, die am häufigsten zur Prävention einer Obstipation zu Hause angewendet wird. 14,7 % (15 Patienten) wenden diese Maßnahme nicht an (Abbildung 26). 88,2 % (67 Patienten) von den 76 Personen sind der Meinung in der Lage zu sein, ihre gewohnte Trinkmenge im Krankenhaus durch entsprechendes Angebot einzuhalten. Keiner der Befragten sieht die Fortführung im Krankenhaus als nicht möglich an (Abbildung 27).

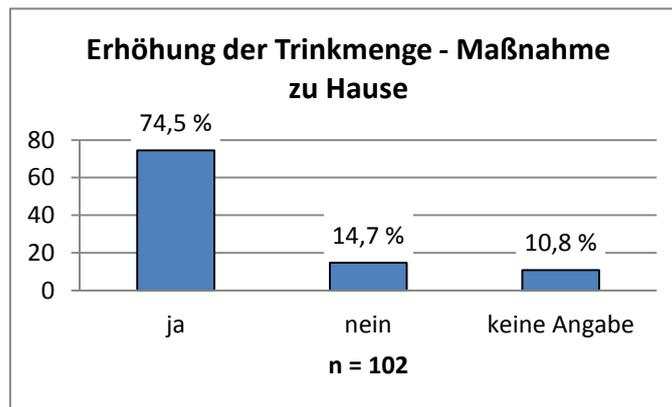


Abbildung 26: Erhöhung der Trinkmenge - Maßnahme zu Hause

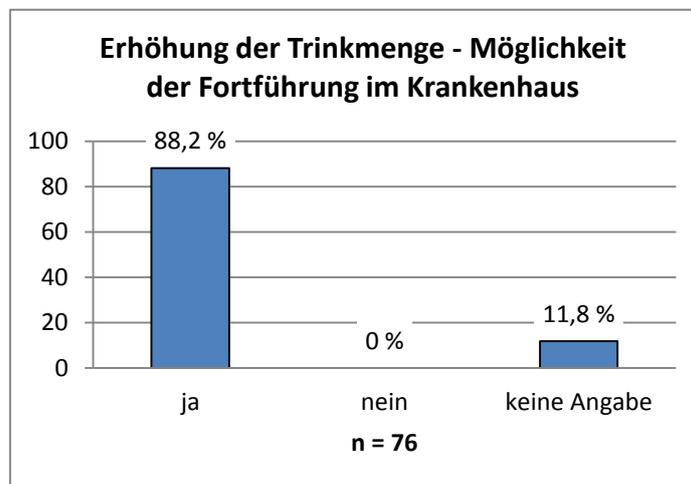


Abbildung 27: Erhöhung der Trinkmenge - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus

#### 4.10.2 Bewegung/vermehrte körperliche Aktivität

Mit Hilfe der körperlichen Bewegung versuchen 65,7 % (67 Patienten) der Studienteilnehmer eine Stuhlverstopfung im häuslichen Umfeld abzuwehren (Abbildung 28). Von diesen 65,7 % sagen wiederum 65,7 % (44 Patienten) dass die Möglichkeit besteht, diese Maßnahme im Krankenhaus weiter umzusetzen, etwa durch einen Spaziergang im Garten, mit Hilfe der physikalischen Therapie oder durch die Unterstützung des Pflegepersonals. 16,4 % (11 Patienten) sehen keine Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus (Abbildung 29).

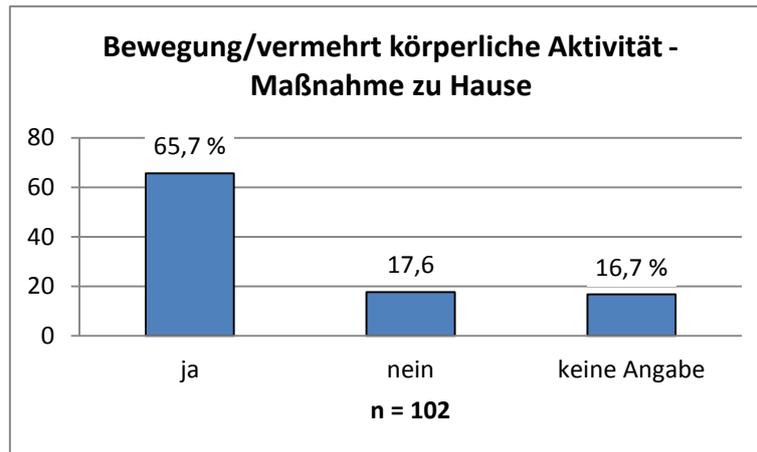


Abbildung 28: Bewegung - Maßnahme zu Hause

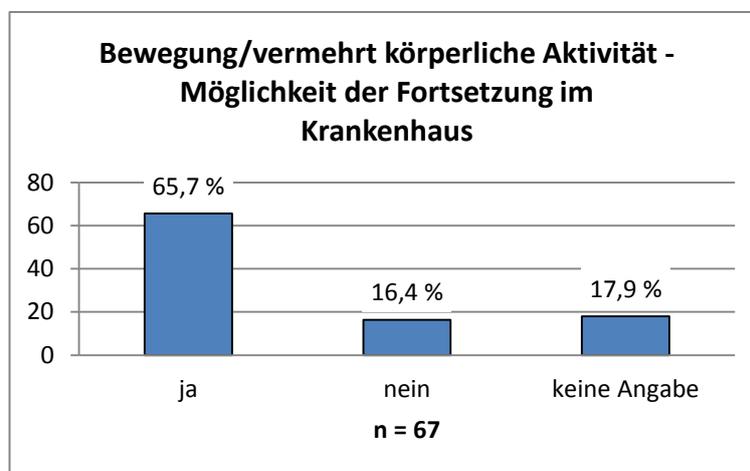


Abbildung 29: Bewegung – Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus

#### 4.10.3 Ballaststoffreiche Ernährung

61,8 % (63 Patienten) der befragten Personen geben an, zu Hause mit Hilfe einer ballaststoffreichen Ernährung eine Stuhlverstopfung zu vermeiden. 18,6 % (19 Patienten) nutzen diese Möglichkeit nicht. 19,6 % (20 Patienten) gaben keine Antwort (Abbildung 30). Von den 63 Patienten, die diese Maßnahme anwenden, sehen 77,8 % (49 Patienten) die Ernährungsform durch eine Menüauswahl, eigene Zusammenstellung des Essens bzw. durch die Bestellung von zusätzlichen Speisen im Krankenhaus als fortführbar (Abbildung 31).

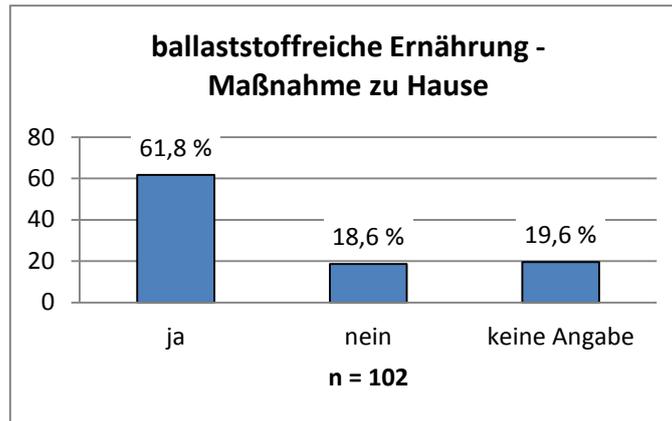


Abbildung 30: ballaststoffreiche Ernährung - Maßnahme zu Hause

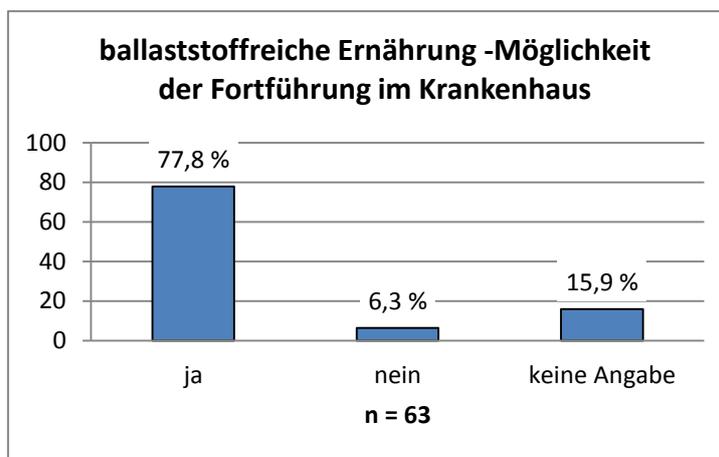


Abbildung 31: ballaststoffreiche Ernährung - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus

#### 4.10.4 Laxanzien

44,1 % (45 Patienten) geben an, Abführmittel zu Hause einzunehmen, wenn eine Stuhlverstopfung droht (Abbildung 32). 73,3 % (33 Patienten) dieser 45 Patienten sagen, dass sie diese Maßnahme im Krankenhaus weiter fortführen können und ihre Vorlieben bezüglich bestimmter Laxanzien berücksichtigt werden (Abbildung 33).

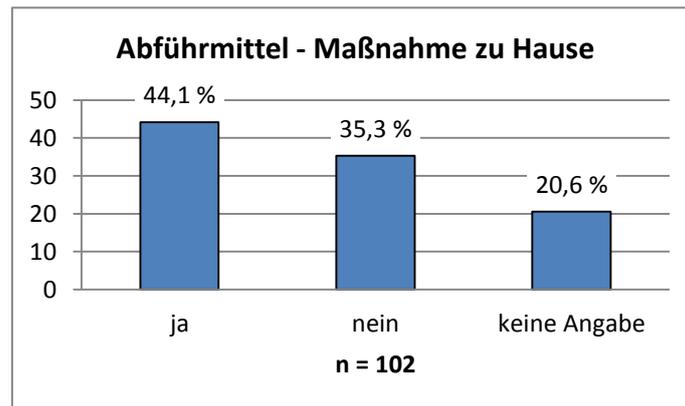


Abbildung 32: Abführmittel - Maßnahme zu Hause

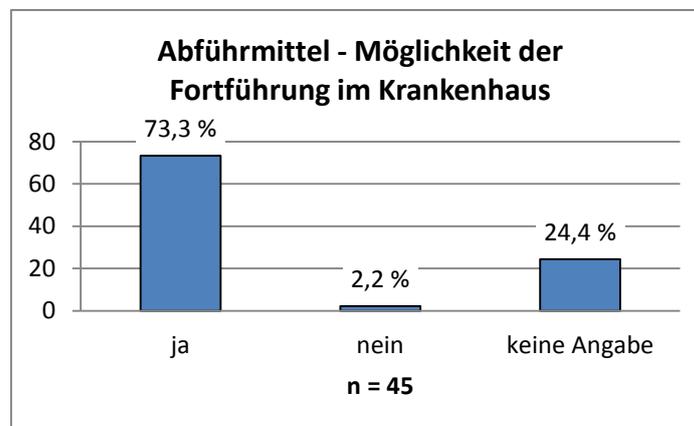


Abbildung 33: Abführmittel - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus

#### 4.10.5 Bauchmassage

29,4 % (30 Patienten) wenden die Bauchmassage zu Hause im Rahmen der Obstipationsprophylaxe an. Diese Maßnahme stellt damit jene dar, welche am seltensten von den Befragten im häuslichen Umfeld angewendet wird.

41,2 % (42 Patienten) führen diese Anwendung nicht durch. 29,4 % (30 Patienten) haben diese Frage nicht beantwortet (Abbildung 34).

Von den 30 Patienten, die diese Maßnahme zu Hause durchführen, geben jedoch 60 % (18 Patienten) an, diese auch im Krankenhaus weiter fortzuführen bzw. die Massageform zu erhalten (Abbildung 35).

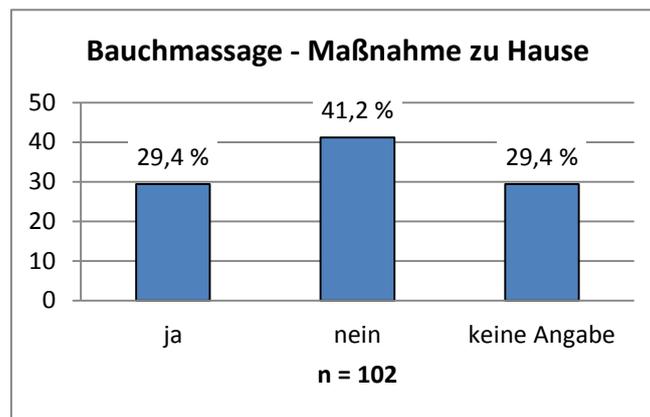


Abbildung 34: Bauchmassage - Maßnahme zu Hause

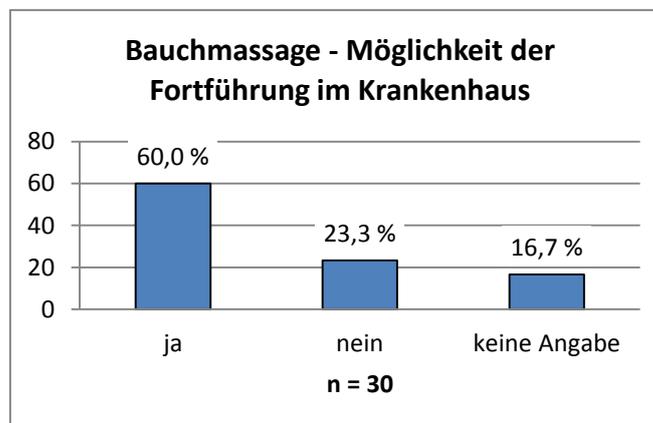


Abbildung 35: Bauchmassage - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus

#### 4.10.6 Keine Maßnahme

Wenige Patienten, nämlich 3,9 % (4 Patienten) aller Befragten geben definitiv an, keine Maßnahme zu treffen um eine Obstipation abzuwenden, sondern warten, bis sich diese von selbst löst (Abbildung 36).

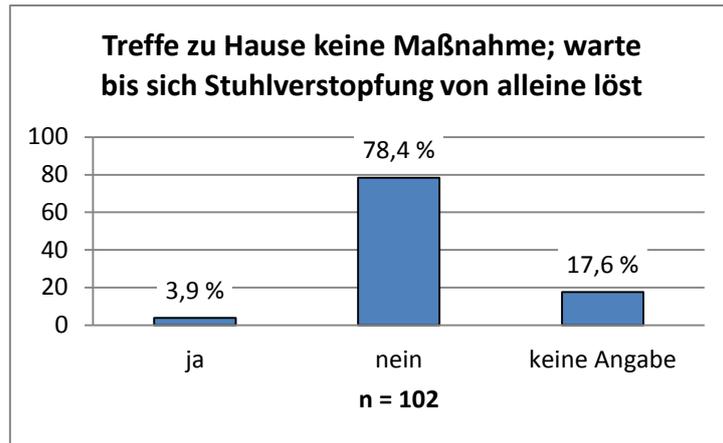


Abbildung 36: Keine Maßnahme

Im Rahmen dieser Frage bestand für die Teilnehmer darüber hinaus die Möglichkeit, eine weitere Maßnahme, die sie im Rahmen des Obstipationsmanagements anwenden, hinzuzufügen. Einige Befragte nutzten hier vorwiegend die Chance, eine Maßnahme, welche der obigen angeführten Gruppen zuzuordnen ist, hervorzuheben.

Je eine Person erwähnte folgende Mittel:

- viel Bewegung
- Glycerin- oder Dulcolaxzäpfchen
- Zäpfchen
- Mikroklist
- Darmol
- Midrotee – jeden Tag abends 1 TL Midrotee mit ein Glas Wasser
- Abführtee
- Laevolac und Kefir
- nüchtern Laevolac
- Dulcolax
- Klistier
- Bittertropfen und Kochen mit Chillis
- Zwiebel, Knoblauch und Kernöl
- Dörrzwetschken, in Wasser eingeweicht

- Fasten
- Kaffee und viel Trinken
- viel Wasser trinken
- tägliches Trinken von Rogaska Donat-Wasser auf nüchternen Magen (ca 1/8 l)
- Laevolac – jedoch ohne Erfolg

Eine Person führte hier zusätzlich an, dass sie alles unternimmt, um eine Stuhlverstopfung zu beseitigen.

#### **4.10.7 Quelle der Empfehlung einer Maßnahme**

55,9 % (57 Patienten) geben an, dass sie jene Maßnahme bei Obstipation, welche sie durchführen, aufgrund der eigenen Entscheidung umsetzen. Mit 31,4 % (32 Patienten) steht an zweiter Stelle der Arzt. Die zugrundeliegende Maßnahme bei einer Stuhlverstopfung wurde 32 Personen vom Arzt empfohlen, gefolgt von 20,6 % (21 Patienten), die ihre Empfehlung vom Pflegepersonal erhielten. An vierter Stelle steht mit 11,8 % der Apotheker, wonach sich 12 Personen an diesen gewandt und basierend auf seinem Ratschlag die Maßnahme übernommen haben. Die Werbung als Quelle für eine Empfehlung einer Intervention bei Obstipation spielt hier eine untergeordnete Rolle. Nur 2,9 % (3 Patienten) sagen, basierend auf einer Werbung, ihre Entscheidung für die entsprechende Maßnahme getroffen zu haben (Abbildung 37).

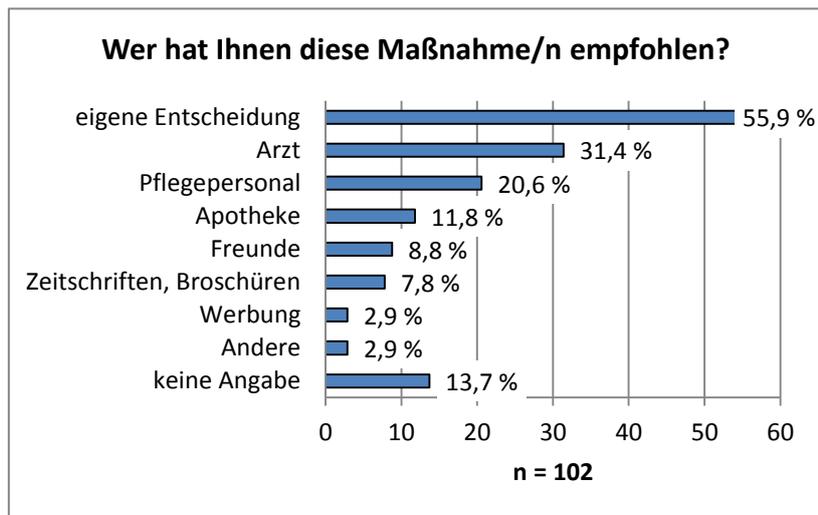


Abbildung 37: Quelle für eine Empfehlung der Maßnahme

Im Rahmen dieser Frage bestand für die Teilnehmer ein freies Feld zur Verfügung, um eine andere Quelle anzuführen. Nur 3 Personen nutzten die Möglichkeit. Je eine Person fügte hier die Ehefrau, einen Kuraufenthalt und die eigene Erfahrung hinzu.

#### 4.10.8 Zufriedenheit mit der gewählten Maßnahme

75,5 % (77 Patienten) aller Befragten geben an, mit ihrer gewählten Maßnahme, welche eine Stuhlverstopfung vermeiden soll, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Im Gegensatz dazu sind 10,8 % (11 Patienten) weniger oder nicht mit ihrer Intervention zufrieden (Abbildung 38).

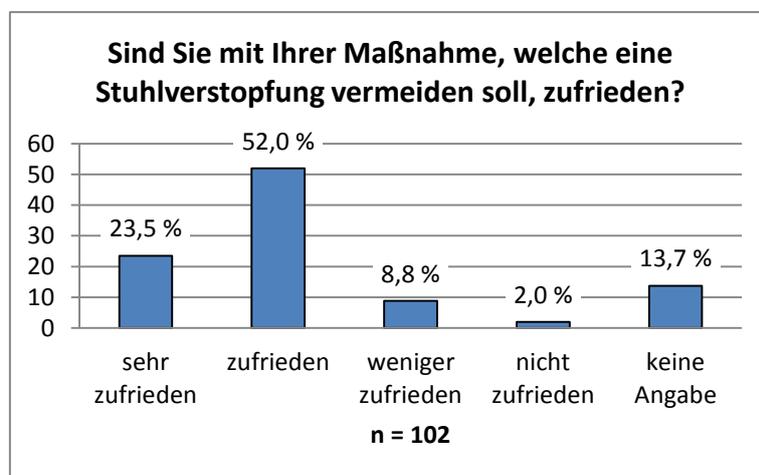


Abbildung 38: Zufriedenheit mit der Maßnahme

Von jenen 11 Personen, die „weniger zufrieden“ oder „nicht zufrieden“ sind, waren die drei Gründe, welche am häufigsten von den Befragten genannt wurden, die fehlende Vorhersehbarkeit, wann die Wirkung eintritt mit 72,7 % (8 Patienten), die fehlende Wirksamkeit, sodass der Stuhlgang ausbleibt mit 45,5 % (5 Patienten) und eine ungenügende Milderung der Symptome mit 36,4 % (4 Patienten) (Abbildung 39).

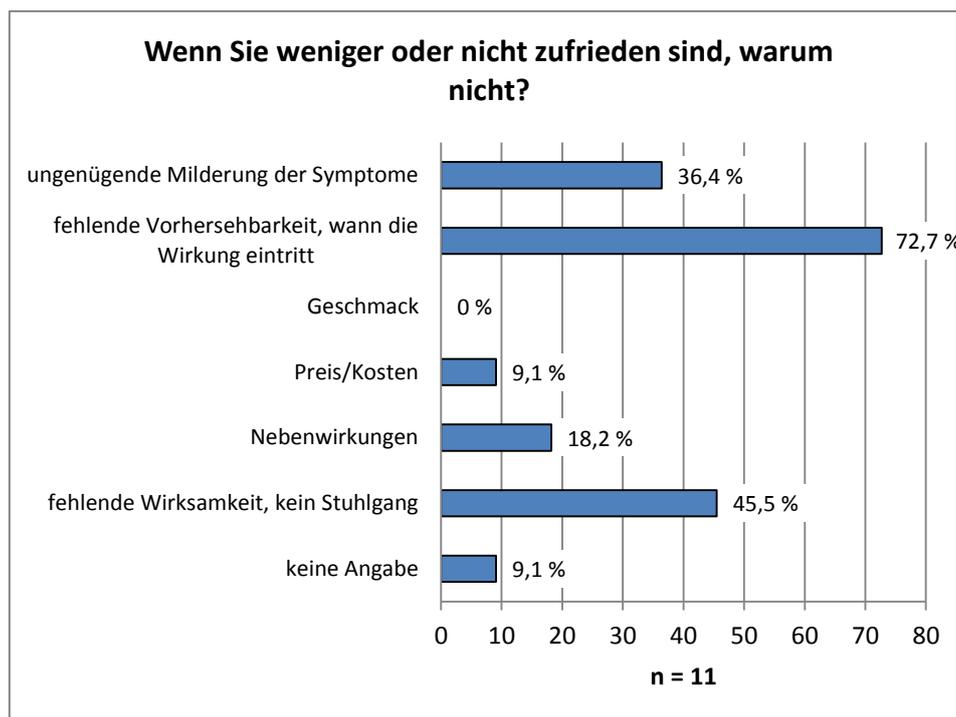


Abbildung 39: Anlass für Unzufriedenheit mit der Maßnahme

## 4.11 Ablauf des stationären Obstipationsmanagements

### 4.11.1 Das Aufnahmegespräch

Laut Befragung geben knapp die Hälfte (49 Patienten) aller Studienteilnehmer an, dass sie beim Aufnahmegespräch von der Pflegeperson auf das Thema Ausscheidungen angesprochen wurden. 31,4 % (32 Patienten) negieren diese Frage und 11,8 % (12 Patienten) erinnern sich nicht mehr daran (Abbildung 40).

Ein kleinerer Anteil, nämlich 22,5 % (23 Patienten) behauptet, dass sie konkret zu etwaigen Problemen mit einer Stuhlverstopfung von der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester befragt wurden. 57,8 % (59 Patienten) sind der Überzeugung, dass sie nicht auf das Thema Obstipation gezielt angesprochen wurden und 10,8 % (11 Patienten) wissen es nicht mehr (Abbildung 41).

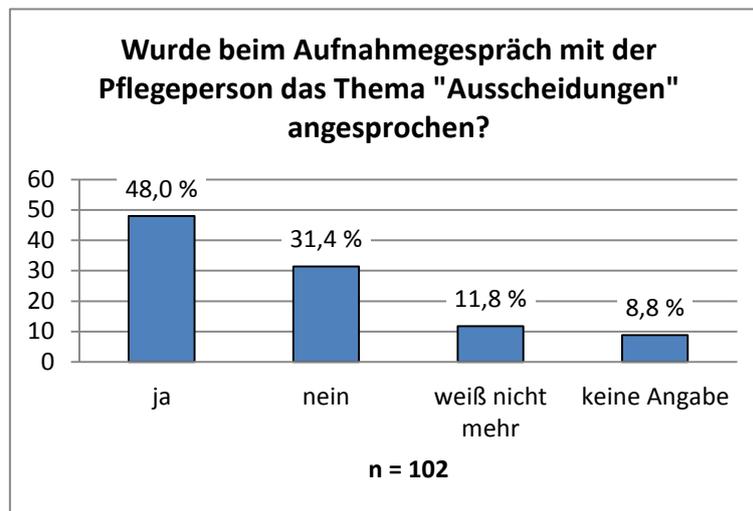


Abbildung 40: Thema bei Aufnahmegespräch - Ausscheidungen

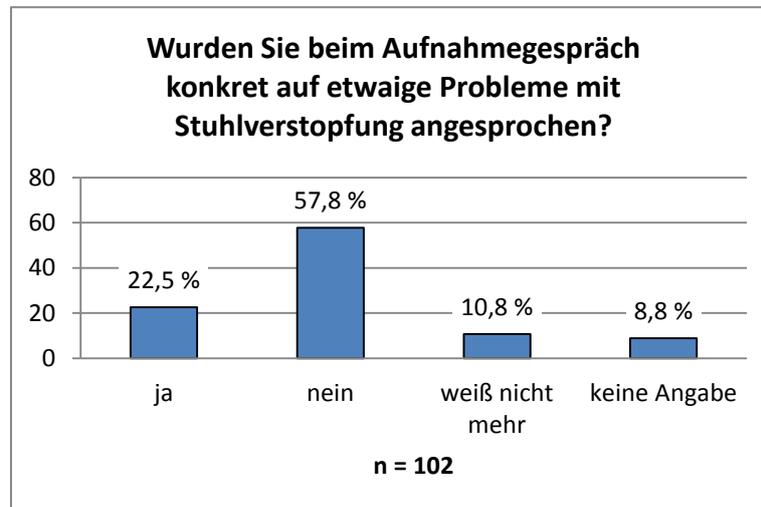


Abbildung 41: Thema bei Aufnahmegespräch - Stuhlverstopfung

Die nächste Grafik und zugehörige Tabelle zeigen, welche Themen, die auch im Zusammenhang mit einer Obstipation stehen, im Rahmen des Aufnahmegespräches zwischen der Pflegeperson und dem Patienten erörtert wurden.

*(Anmerkung: um die Übersichtlichkeit der Grafik zu wahren, wurde hier keine Datenbeschriftung der einzelnen Balken mit Prozentwerten durchgeführt. Diese Werte sind gesondert in der anschließenden Tabelle 3 angeführt.)*

Am häufigsten mit 64,7 % (66 Patienten) wurden die Patienten gefragt, wann ihr letzter Stuhlgang war. Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten, 52,9 % (54 Patienten) geben an, dass ihre Flüssigkeitszufuhr beim Aufnahmegespräch thematisiert wurde. 49 % (50 Patienten) behaupten des Weiteren, dass auch ihre Medikamente besprochen wurden. Welche Maßnahmen die Studienteilnehmer zur Aufrechterhaltung des Stuhlgangs zu Hause unternehmen, wurde laut der Umfrage nur in 10,8% (11 Patienten) aller Fälle abgefragt. An letzter Stelle steht die Nachfrage zu Vorlieben bezüglich Abführmittel. 8,8 % (9 Patienten) aller Befragten geben an, dass sie danach von der Pflegeperson gefragt wurden (Abbildung 42).

Auch bei dieser Frage bestand für den Befragten die Möglichkeit, weitere Punkte, die beim Aufnahmegespräch thematisiert wurden, hinzuzufügen. Zwei Personen nutzten diese Möglichkeit. Ein Patient erwähnt hier „Selbstsorge für die Entleerung vereinbart“. Der andere Patient verwendete dieses Feld um die Information „habe selbst das Thema angesprochen“ weiter zu geben.

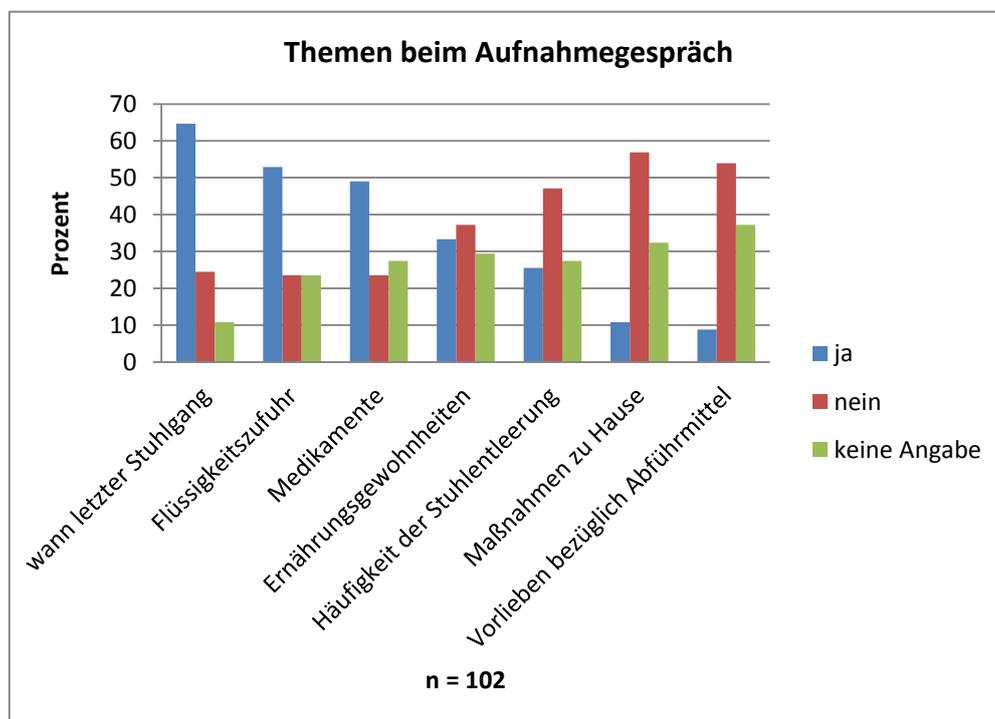


Abbildung 42: Themen beim Aufnahmegespräch

Tabelle 3: Häufigkeiten in Prozent der Themen beim Aufnahmegespräch

Thema (gereiht nach Häufigkeit)	ja (%)	nein (%)	keine Angabe (%)
Wann letzter Stuhlgang	64,7	24,5	10,8
Flüssigkeitszufuhr	52,9	23,5	23,5
Medikamente	49	23,5	27,5
Ernährungsgewohnheiten	33,3	37,3	29,4
Häufigkeit der Stuhlentleerung	25,5	47,1	27,5
Maßnahmen zu Hause	10,8	56,9	32,4
Vorlieben bezüglich Abführmittel	8,8	53,9	37,3

#### 4.11.2 Evaluation des Stuhlverhaltens

40,2 % (41 Patienten) der Befragten geben an, dass sie beim Aufnahmegespräch aufgefordert wurden, sich bei Problemen mit der Stuhlausscheidung bei der Pflegeperson zu melden. Fast ein gleich großer Anteil, nämlich 39,2 % (40 Patienten) behaupten jedoch, diese Information nicht erhalten zu haben. 10,8 % (11 Patienten) erinnern sich nicht mehr, ob das beim Aufnahmegespräch erwähnt wurde (Abbildung 43).

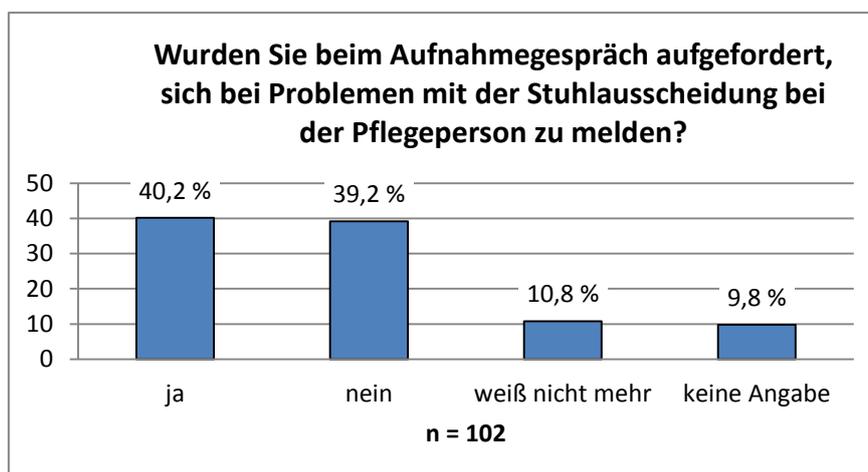


Abbildung 43: Aufforderung Probleme zu melden

28,4 % (29 Patienten) aller Studienteilnehmer geben laut der Umfrage an, dass sie gelegentlich und 57,8 % (59 Patienten) sogar regelmäßig im Rahmen des Tagesablaufs im Krankenhaus von der Pflegeperson gefragt wurden, ob sie Stuhlgang hatten. 6,9 % (7 Patienten) der Befragten, welche sich am vierten Aufnahmetag oder weiter befinden, verneinen diese Frage (Abbildung 44).

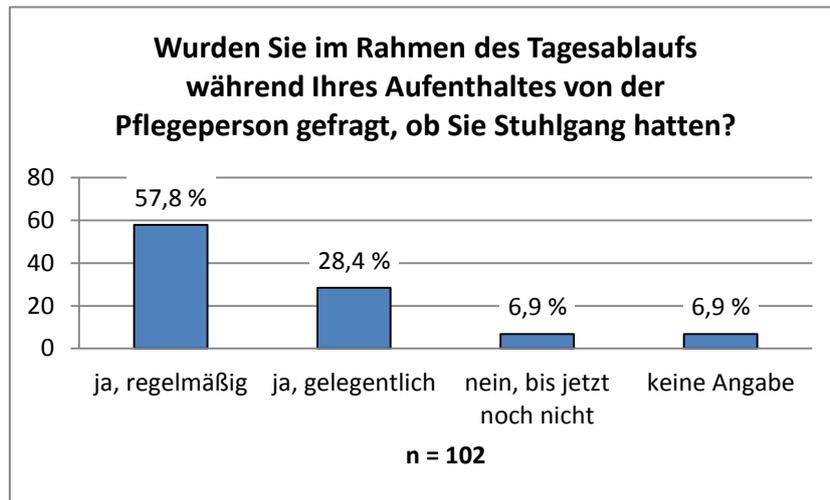


Abbildung 44: Evaluation während des Tagesablaufs

### 4.11.3 Beratung

Laut der vorliegenden Umfrage wünschen sich 44,1 % (45 Patienten) Beratung zum Thema Stuhlverstopfung und deren präventiven Maßnahmen (Abbildung 45). Von diesem Personenkreis favorisieren 66,7 % (30 Patienten) ein persönliches Beratungsgespräch, gefolgt von einer Broschüre mit 42,2 % (19 Patienten). An letzter Stelle mit 6,7 % (3 Patienten) steht der Austausch mit Betroffenen (Abbildung 46).

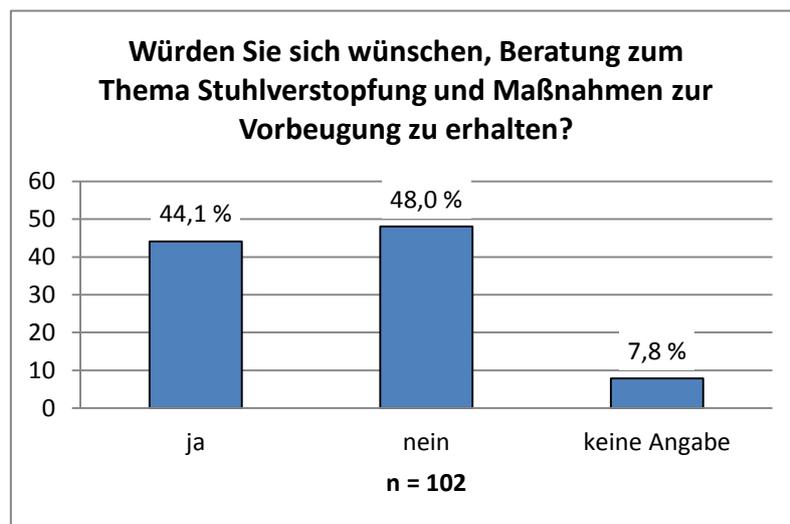


Abbildung 45: Beratungswunsch

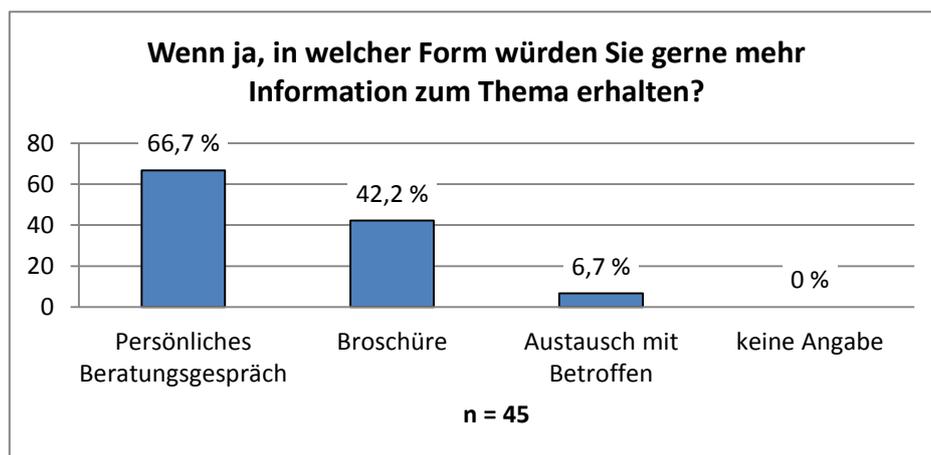


Abbildung 46: Form der Beratung

## 5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Patienten verwenden am häufigsten die zwei Kriterien „starkes Pressen beim Stuhlgang“ und „harter, klumpiger Stuhl“ für die Definition einer Obstipation. Die Fehlannahme, dass eine tägliche Stuhlausscheidung notwendig für eine funktionierende Verdauung ist, tritt unter den älteren Patienten noch immer auf. Diese behaupten, dass ein Tag ohne Stuhlgang eine Obstipation bedeutet.

Die zahlreichen Symptome von denen die Betroffenen berichten, stellen stets eine Belastung dar. Am häufigsten klagen Patienten über „Anstrengung bei der Darmentleerung“, „harter Stuhl“ und „Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang“. Die Belastung durch diese Symptome spiegelt sich ebenfalls in der Beeinflussung der Lebensqualität wider.

Beruhend auf der Erkenntnis, dass viele ältere Menschen zumindest gelegentlich von einer Obstipation betroffen sind, führt dazu, dass Maßnahmen zur Vermeidung einer Stuhlverstopfung gesetzt werden. Diese betreffen vor allem nicht-medikamentöse Maßnahmen, wobei die Bauchmassage nur selten angewendet wird. Ein kleiner Anteil führt keine prophylaktischen Interventionen durch.

Werden ältere Menschen in einer stationären Einrichtung aufgenommen, wird laut ihrer Meinung ihr Stuhlverhalten von zahlreichen Faktoren im Krankenhaus beeinflusst, die zu einer Obstipation führen. Im Vordergrund stehen hier die unzureichende, körperliche Aktivität, die Umgebungsveränderung, der Einsatz einer Leibschüssel, veränderte Ess- und Trinkgewohnheiten, diverse Medikamente und Infusionen. Da rund 45 % der Befragten zumindest eventuell mit dem Auftreten einer Obstipation im Krankenhaus rechnen und nur etwa 4 % noch nie von dieser Problematik betroffen waren, zeigt die hohe Relevanz des Obstipationsmanagements im Krankenhaus. Die Befragung zeigt, dass bei der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus das Thema Ausscheidungen bei rund der Hälfte aller Teilnehmer zwar angesprochen, konkret auf etwaige Obstipationsprobleme jedoch nur bei einem geringen Anteil eingegangen wurde. Der Fokus beim Aufnahmegespräch liegt vor allem auf der Erfassung des Zeitpunktes des letzten Stuhlgangs, der Flüssigkeitszufuhr, Medikamente und Ernährungsgewohnheiten. Ein weiteres In-die-Tiefe-gehen für eine umfassendere Erhebung der Verdauungssituation findet kaum statt. Jene Maßnahmen, welche die

Befragten im häuslichen Umfeld zur Vermeidung einer Obstipation durchführen, werden ebenfalls nur sehr selten erfasst.

Eine gelegentliche bzw. regelmäßige Evaluierung des Ausscheidungsverhaltens durch das Pflegepersonal scheint jedoch gewährleistet zu sein.

Obwohl die älteren Patienten zahlreiche Maßnahmen setzen und vorwiegend Zufriedenheit mit diesen zeigen, wünscht sich knapp die Hälfte der Studienteilnehmer Beratung zum Thema Obstipation und Maßnahmen zur Vorbeugung. Die Prioritäten, in welcher Form die Beratung gewünscht wird, liegen klar im persönlichen Beratungsgespräch, gefolgt von einer Broschüre.

## 6 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Umfrage, die stationäre Patienten ab 60 Jahren schriftlich befragte, bestätigen die Erkenntnisse von Harari et al. (1997), dass ältere Menschen die Obstipation vorwiegend aufgrund der Kriterien „starkes Pressen beim Stuhlgang“ und „harter, klumpiger Stuhl“ definieren. Der Fokus der Zielgruppe liegt nicht primär auf der Stuhlfrequenz, sondern auf Faktoren, die zu einer erschwerten Stuhlausscheidung führen. Mihaylov et al (2008) stellte fest, dass eine tägliche Stuhlausscheidung ein wichtiges Ziel älterer Personen ist. Die hier durchgeführte Umfrage zeigt ebenfalls die große Bedeutung einer regelmäßigen Entleerung, wonach 23 von 102 Patienten behaupten, eine Stuhlverstopfung zu haben, wenn ein Tag mit Stuhlgang ausbleibt.

- Unter welchen Symptomen der Obstipation leiden die Patienten in der Altersgruppe ab 60 Jahren am meisten im Krankenhaus?

Diese Befragung zeigt auch, dass ältere, stationäre Menschen von einer Vielzahl an Symptomen betroffen sind und diese als belastend empfinden. Am häufigsten werden hier die Symptome „Anstrengung bei der Darmentleerung“, „harter Stuhl“ und „Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang“ genannt. Diese und weiter genannte Symptome bedeuten stets Belastung für den Betroffenen. Die Anstrengung empfinden 85,6 % der Betroffenen als zumindest etwas belastend, harten Stuhl stufen 82,8 % und „Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang“ 74 % der Betroffenen als zumindest etwas belastend ein. Obwohl „blutiger Abgang“ keine hohe Relevanz unter den Symptomen einer Obstipation darstellt, da es mit einem Auftreten von 15,7 % unter den Befragten eher selten vorkommt, hat es jedoch große Bedeutung in der Belastungseinschätzung. Tritt dieses Symptom auf, fühlen sich 18,8 % der Betroffenen dadurch extrem belastet. Es stellt damit jenes Symptom bei der Einstufung der Belastung dar, das den größten Anteil in der Antwortkategorie „extrem belastend“ erreicht. Die Ergebnisse von Johanson und Kralstein (2007) ergeben teilweise ein ähnliches Bild. Auch bei dieser Studie liegen die Symptome „harter Stuhl“ und „Anstrengung“ unter jenen ersten drei Symptomen, die die höchsten Werte bei „bothersomness“ unter den Befragten erreicht. Jedoch ergibt in

ihrer Umfrage das Symptom „Blutung“ mit 86 % den größten Anteil, wonach 86 % von 341 Personen dieses als zumindest „somewhat bothersome“ einstufen. 16 % empfinden dies sogar „extremely bothersome“ und erreicht im Vergleich zu den 18,8 % dieser Umfrage ein ähnliches Resultat. Laut der hierzulande durchgeführten Studie empfindet jedoch ein kleinerer Anteil, nämlich 68,8 % dieses Symptom als zumindest etwas belastend. Zu beachten ist, dass hier nur 16 Personen von einem blutigen Abgang betroffen waren. Obwohl das Ergebnis dadurch nur bedingt aussagefähig ist und gegebenenfalls einen Richtungshinweis darstellt, wird es durch die Studie von Johanson und Kralstein (2007) unterstützt.

- Welche Maßnahmen treffen Patienten in der Altersgruppe ab 60 Jahren, um das Auftreten einer Obstipation im häuslichen Umfeld zu vermeiden? Können sie diese im Krankenhaus weiterführen?

Die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Obstipation und deren Symptome, die hier auf einer Skala von null bis fünf im Durchschnitt bei einem Wert von 2,7 liegt, begründen die Umsetzung diverser Maßnahmen im Kampf gegen diese Problematik. Die Studie kommt zum Schluss, dass nur etwa 4 % definitiv keine Interventionen zur Vermeidung einer Stuhlverstopfung setzen. Die häufigsten Maßnahmen, die laut der Befragung umgesetzt werden, betreffen wie auch bereits Wald et al. (2008) festgestellt hat, die Änderung des Lebensstils. Hiermit ist das Trio Flüssigkeitszufuhr, vermehrte körperliche Bewegung und ballaststoffreiche Ernährung gemeint. Die Einnahme von Abführmittel steht bei den gesetzten Interventionen im häuslichen Umfeld mit rund 44 % an vierter Stelle hinter den nicht-medikamentösen Maßnahmen. Dieser Wert ist etwas höher als in Deutschland, wonach laut Wald et al. (2008) etwa 33 % Laxanzien einnehmen.

Obwohl die Literatur gezeigt hat, dass rund die Hälfte der Betroffenen mit den Maßnahmen unzufrieden sind (Johanson & Kralstein, 2007), wird hier das Gegenteil vorgelegt. Rund 75 % der Studienteilnehmer bekunden Zufriedenheit mit ihrer Intervention. Da nur 11 Patienten wenig oder nicht zufrieden mit ihrer Maßnahme sind, sind die weiteren Ergebnisse, die die Begründung dieser Unzufriedenheit betrifft, unter Vorbehalt der geringen Antwortzahl zu verstehen. Es zeigt jedoch, dass

die Unsicherheit, wann die Wirkung der gesetzten Intervention eintritt, die fehlende Wirksamkeit und die ungenügende Milderung der Symptome im Vordergrund für eine Unzufriedenheit stehen.

- Welche Informationen erheben Pflegepersonen von Patienten ab 60 Jahren während eines Krankenhausaufenthaltes?

Treten ältere Menschen in eine stationäre Einrichtung über, sind die Themen wie Zeitpunkt des letzten Stuhlgangs, Flüssigkeitszufuhr und Medikamente bei mindestens rund der Hälfte der Befragten im Rahmen des Aufnahmegesprächs von der Pflegeperson angesprochen worden. Obwohl die Umfrage gezeigt hat, dass 78,4 % der Befragten konkret zumindest eine der vorgegebenen Maßnahmen zur Vermeidung einer Obstipation setzen, wurde beim Aufnahmegespräch in nur 10,8 % der Fälle danach gefragt. Nur noch 8,8 % der Patienten geben an, nach dem bevorzugten Abführmittel befragt worden zu sein. Trotzdem behauptet der Großteil, dass sie die einzelnen Maßnahmen im Krankenhaus weiter fortführen können. Es scheint, als würden die Patienten ohne die Information bei der Aufnahme an die Pflege weitergegeben zu haben, zum Teil in der Lage sein, ihr Management im Krankenhaus weiter umzusetzen.

Das Thema Ausscheidung wird laut dieser Datenerhebung in 48 % und etwaige Probleme mit einer Obstipation in 22,5 % der Fälle erhoben. Informationen bezüglich Gegenmaßnahmen im häuslichen Umfeld werden nur noch selten erfasst.

Das Ergebnis gleicht den Erkenntnissen von Goodman et al. (2005), wonach sich rund die Hälfte der Patienten nicht erinnert, dass sie bei der Aufnahme über ihre Stuhlgewohnheiten befragt wurden. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass die Maßnahmen zur Prävention einer Obstipation selten erfasst werden, aber Patienten teilweise dennoch eine Möglichkeit finden, ihr Management im Krankenhaus weiter umzusetzen. Die Befragung zeigt durchwegs hohe Werte betreffend der Fortführung einzelner Maßnahmen im Krankenhaus. Diese liegen bei der vermehrten körperlichen Aktivität, erhöhten Flüssigkeitszufuhr, ballaststoffreichen Ernährung, Einnahme diverser Abführmittel und Bauchmassage stets über der 60-Prozent-Marke.

Librach et al. (2010) empfiehlt in seiner Studie eine regelmäßige Evaluierung mit dem Patienten oder Familienangehörigen. Laut der schriftlichen Befragung wurden zwar nur 40 % der Studienteilnehmer beim Aufnahmegespräch aufgefordert sich zu melden, wenn Probleme mit der Ausscheidung auftreten, jedoch berichten darüber hinaus 86,2 % der teilnehmenden Patienten zumindest gelegentlich im Rahmen des Tagesablaufes nach ihrer Stuhlausscheidung befragt worden zu sein.

- Welche möglichen Risikofaktoren sehen Patienten in der Altersgruppe ab 60 Jahren als ausschlaggebend für das Entstehen der Obstipation im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes?

Die Erkenntnis, dass nur rund 4 % der Studienteilnehmer angeben, noch nie von Obstipation betroffen gewesen zu sein und etwa 44 %, die im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes zumindest „eventuell“ mit einer eintretenden Stuhlverstopfung rechnen, belegt die hohe Relevanz des Themas im stationären Bereich. Dies bestätigt auch die Ansicht der Patienten bezüglich Einflussfaktoren auf das Stuhlverhalten bedingt durch einen Krankenhausaufenthalt. Jene Faktoren, die von den Patienten beträchtliche Zustimmung erhalten, sind die verminderte körperliche Aktivität, eine Umgebungsveränderung, veränderte Ess- und Trinkgewohnheiten, die Verwendung einer Leibschüssel und die Einnahme von Medikamenten und Infusionen. Dieses Ergebnis wird durch die Literatur bekräftigt, die sich allerdings hauptsächlich mit den allgemeinen Ursachen und Risikofaktoren beschäftigt hat (Leung, 2007; NANDA, 2008; Tack et al., 2011; Joanna Briggs Institut, 2008; Mihaylov et al., 2008). Geringeren Einfluss wird hingegen der fehlenden Privatsphäre im Krankenhaus beigemessen, als auch dem eingeschränkten Zugang zu den Toiletten oder einer unzureichenden Zufriedenheit mit dem hygienischen Zustand der Nassräume. Dies sind Faktoren, die folglich keine große Bestätigung unter den Einflussfaktoren im Krankenhaus finden.

- Besteht bei Patienten ab 60 Jahren der Wunsch nach Beratung zum Thema Obstipation im Krankenhaus? In welcher Form soll diese erfolgen?

Obwohl Patienten bereits Maßnahmen im Umgang mit einer Obstipation kennen, umsetzen und Zufriedenheit damit zeigen, äußern dennoch etwa 44 % der befragten älteren Patienten einen Beratungswunsch zum Thema Stuhlverstopfung und Maßnahmen zur Vorbeugung. Laut Patientenbefragung soll diese in erster Linie im Rahmen eines persönlichen Beratungsgesprächs oder mittels einer Broschüre erfolgen. Der Austausch mit Betroffenen spielt nur eine untergeordnete Rolle und wird kaum gewünscht.

## 7 Limitationen der Studie

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zum stationären Obstipationsmanagement sind nur teilweise für andere Einrichtungen verwertbar. Im speziellen sind der stationäre Ablauf und die Möglichkeiten der Fortführung einzelner Maßnahmen im Krankenhaus ausschließlich für das Rudolfinerhaus gültig. Ausschlaggebend dafür sind der unterschiedliche Aufbau des Aufnahmegesprächs, eine andere Umsetzung und Evaluierung der Pflegemaßnahmen im Rahmen des Obstipationsmanagements und differenzierte, strukturelle Umstände je nach Institution. Informationen bezüglich des Verständnisses zur Obstipation und gesetzte Maßnahmen im häuslichen Umfeld älterer Menschen hingegen sind als institutionsübergreifende Daten zu sehen. Da der Stichprobenumfang mit 104 retournierten Fragebögen eher gering ist, sind keine Verallgemeinerungen der Ergebnisse möglich. Die Resultate liefern daher nur Einblick in die Thematik und geben Richtungshinweise, jedoch können keine allgemein gültigen Aussagen bezogen auf die Zielgruppe getätigt werden.

Das Erhebungsinstrument, welches literaturbasiert erstellt wurde, stößt an seine Grenzen. Aufgrund der beschränkten Ressourcen fand ausschließlich eine Expertenvalidierung des Instruments statt. Eine weitere Überprüfung des Fragebogens hinsichtlich der Validität und Reliabilität erfolgte nicht. In Anbetracht des Fehlens dieser Gütekriterien ist der Fragebogen kritisch zu beurteilen.

Bezüglich des Aufbaus und der Gestaltung des Fragebogens ist zu beachten, dass es bei einigen Fragen und Unterpunkten hohe fehlende Werte gab. Es wird vermutet, dass eventuell einzelne Fragen für den älteren Studienteilnehmer zu komplex waren, Verständnisprobleme auftraten oder dass der Befragte aufgrund der sensiblen Thematik diese nicht beantworten wollte. Ein weiterer Grund dafür ist womöglich auch das Fehlen eines „weiß nicht“ Feldes bei der Frage nach „abgefragte Punkte beim Aufnahmegespräch“. Da der Befragte nur „ja“ oder „nein“ zur Beantwortung zur Verfügung hatte, besteht die Vermutung, dass ein Auslassen des Punktes hier ein „weiß nicht“ bedeutet.

Da im Rahmen der Maßnahmen Erfassung zur Vermeidung einer Obstipation mehrere Optionen zur Verfügung standen, ist bei der Folgefrage nach der Zufriedenheit mit der Maßnahme nicht ersichtlich, auf welche Maßnahme sich dieses

Gefühl bezieht, da der Befragte sehr häufig mehrere Maßnahmen zur Prophylaxe anwendet. Im Falle einer Wiederholung der Studie eignet es sich, diese zwei Fragen in einer zu verknüpfen, um zu erkennen, mit welcher Intervention die Studienteilnehmer zufrieden sind und mit welcher nicht.

Des Weiteren wäre es von Interesse zu erfahren, warum gewisse Maßnahmen vom Patienten im Krankenhaus nicht weiter fortführbar sind. Die Frage nach den Ursachen bleibt hier offen. Es ist nicht klar, ob ein Fortführen der Maßnahme bedingt durch strukturelle bzw. institutionsbedingte Faktoren, durch eine fehlende Unterstützung seitens der Pflege nicht möglich ist oder ob eine Weiterführung der Intervention aufgrund der individuellen Patientensituation, etwa Bettruhe, ausgeschlossen ist. Die Frage kann mittels dieser Studie nicht geklärt werden.

Bei der Diskussion der Ergebnisse darf nicht außer Acht gelassen werden, die Resultate vor dem Hintergrund des hohen Alters der befragten Patienten zu betrachten. Die Zielgruppe waren ältere Menschen ab 60 Jahren, welche sich in einer stationären Einrichtung befinden. Es ist bekannt, dass neben einer Demenz auch die Altersvergesslichkeit ab 65 Jahren zunimmt und jeder dritte über Gedächtnisstörungen im Alltag klagt (Kampf, 2007). Da der Eintritt ins Krankenhaus häufig eine Ausnahmesituation darstellt und folglich Stress auslöst, hat dies in Folge mögliche negative Auswirkungen auf das Erinnerungsvermögen. Hohe Antwortraten in der Kategorie „weiß nicht“ bzw. hohe fehlende Angaben unterstützen diese Vermutung und erklären teils das vorliegende Antwortverhalten.

## 8 Empfehlungen für die Praxis

Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen ergeben sich folgende Empfehlungen für die Pflegepraxis:

- Die Erhebung von Informationen bezüglich des Stuhlverhaltens erfordert eine sensible Herangehensweise, da Gespräche über Ausscheidungen in unserer Gesellschaft noch immer ein Tabuthema darstellen und Fragen diesbezüglich ausgewichen wird.
- Ein direktes Ansprechen des Patienten auf mögliche Probleme mit einer Stuhlverstopfung beim Aufnahmegespräch ist unerlässlich, sodass Patienten in dieser stressigen Ausnahmesituation bewusst auch an diese Problematik denken. Durch das explizite Erwähnen des Wortes „Stuhlverstopfung“ ist eine exakte Abklärung gewährleistet.
- Obwohl ein Großteil diverse Maßnahmen zur Vermeidung einer Obstipation setzt, werden diese im Rahmen des Aufnahmegesprächs seitens der Pflegenden kaum abgefragt. Auch die Erhebung der bevorzugten Laxanzien erfolgt nur sehr selten. Dabei ist die Kenntnis dieser Patientenpräferenzen für eine optimale Unterstützung unverzichtbar. Es gilt, diese Punkte als fixen Bestandteil ins Aufnahmegespräch mit älteren Patienten aufzunehmen.
- Im Krankenhaus treffen einige Einflussfaktoren aufeinander, die Auswirkungen auf das Stuhlverhalten haben und eine Gefahr für die Entwicklung einer Obstipation darstellen. Im Bewusstsein dieser Faktoren ist es notwendig, durch entsprechende Pflegemaßnahmen die beeinflussbaren Größen zu minimieren. Der Fokus liegt hier in jedem Fall auf einer Förderung der Mobilität, der Ermöglichung einer Fortführung gewohnter Ess- und Trinkgewohnheiten, Hilfsmittel wie eine Leibschüssel zu vermeiden, Medikamente und Infusionen, welche die Stuhlausscheidung beeinflussen, in Absprache mit den Ärzten so rasch wie möglich zu reduzieren, zu ersetzen oder abzusetzen und Patienten ehestmöglich wieder nach Hause zu transferieren.

Möglichkeiten zur Reduzierung dieser Einflussfaktoren sind:

Durch eine tägliche Analyse, ob weiterhin eine Indikation für die Gabe der Medikamente und Infusionen gegeben ist, wird gewährleistet, dass ein Patient nur für die tatsächliche Dauer der Notwendigkeit Arzneimittel erhält. Eine Informationsweitergabe an die Ärzte ist unerlässlich, da Pflegende häufig engeren Kontakt und folglich früher Veränderungen wahrnehmen als die Belegärzte. Zudem sind ausschließlich die Ärzte in der Lage, ein Absetzen oder eine Reduktion von medikamentösen Mitteln zu veranlassen.

Durch die Förderung der Mobilität der Patienten wird der Einsatz von Leibschüsseln vermieden, einer unzureichenden körperlichen Aktivität entgegengewirkt und eine raschere Regenerierung unterstützt. Mittels der Erfassung gewohnter Ess- und Trinkgewohnheiten bereits beim Aufnahmegespräch, wird dem Patienten ermöglicht, sein Essverhalten im Krankenhaus im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten weiterzuführen. Zusätzlich ist das Pflegepersonal durch den Erhalt der Informationen in der Lage, ihn dabei optimal zu unterstützen.

- Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Angehörige eines Gesundheitsberufes und ältere Personen aus der Normalbevölkerung unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Definition einer Obstipation haben. Ältere Menschen definieren eine Stuhlverstopfung primär anhand der Kriterien „starkes Pressen beim Stuhlgang“ und „harter Stuhl“. In der Fachwelt hingegen liegt der Fokus in erster Linie auf der Stuhlfrequenz, kombiniert mit anderen Symptomen. Meldet nun ein älterer Patient eine Stuhlverstopfung, wird empfohlen, gemeinsam mit ihm zu klären, aufgrund welcher Faktoren diese Schlussfolgerung beruht. Bei der Diagnose Obstipation wird in einem weiteren Schritt die Umsetzung diverser Maßnahmen besprochen.
- Die Fehlannahme, dass eine tägliche Stuhlausscheidung für ein normales Stuhlverhalten notwendig ist und dessen Ausbleiben noch immer für einige älteren Personen eine Obstipation bedeutet, gilt seitens der Pflegenden zu korrigieren. Der Aufklärung und Information zum Thema kommt daher große Bedeutung zu.

- Wird eine Obstipation festgestellt, wird ein rasches Einleiten von Maßnahmen gefordert. Wie die Befragung zeigt, klagen ältere Patienten häufig über mehrere Symptome, die durchwegs für die Betroffenen eine Belastung darstellen. Auch die Lebensqualität ist beeinträchtigt. Die Aufgabe der Pflege besteht ebenfalls in der Förderung des Wohlbefindens des Patienten. Seitens der Pflegenden ist es daher wichtig, die vorherrschenden Symptome zu vermindern, zu lindern und entsprechende Prioritäten in der Maßnahmenplanung zu setzen. Jene Symptome, mit denen Betroffene am häufigsten konfrontiert sind, sind die Anstrengung bei der Darmentleerung, der harte Stuhl und das Gefühl einer unvollständigen Entleerung nach dem Stuhlgang. Um die Lebensqualität innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses weiter zu verbessern, gilt es primär diese gemeinsam mit den Ärzten abzuklären. Obwohl ein blutiger Abgang nur selten vorkommt, stellt dieser die stärkste Belastung für die Betroffenen dar. Daher ist bei dessen Auftreten rascher Handlungsbedarf aufgrund großer Besorgnis erforderlich.
- Da Informationsbedarf rund um das Thema Obstipation und präventive Maßnahmen besteht, wird empfohlen, eine Informationsbroschüre zu diesem Thema zu erstellen und im Bedarfsfall ein Beratungsgespräch anzubieten.

Die Eingliederung dieser Empfehlungen in die Pflegepraxis ermöglicht eine Verbesserung der Pflege und Unterstützung älterer Menschen, die häufig mit einer Obstipation konfrontiert sind. Diese Vorschläge ersetzen jedoch nicht eine genaue Analyse der individuellen Patientensituation, da jeder Patient eigene Erfahrung gesammelt hat und unterschiedliche Verhaltensmuster und Gewohnheiten aufweist.

## 9 Literaturverzeichnis

Anells, M. P. & Koch, T. (2002). Older people seeking solutions to constipation: the laxative mire. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (5), 603-612.

Belsey, J., Greenfield, S., Candy, D., & Geraint, M. (2010). Systematic review: impact on quality of life in adults and children. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 31, 938-949.

Blaker, P. & Wilkinson, M. (2010). Chronic constipation: diagnosis and current treatment options. *Prescriber*, 5, 30-45.

Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43 (3), 190-197.

Cadd, A., Keatinge, D., Henssen, M., O'Brien, L., Parker, D., Rohr, Y., Schneider, J., & Thompson, J. (2000). Assessment and documentation of bowel care management in palliative care: incorporating patient preferences into the care regimen. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 228-235.

Degen, L., Dederig, JP., Bauerfeind, P., & Beglinger, C. (2008). Fakten und Mythen zur Obstipation – State of the Art. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 8 (47), 913-918.

Dougherty, L. & Lister, S. (2004). *The royal Marsden Hospital Manual of Clinical Nursing Procedures*. Oxford: Blackwell.

Drossmann, D. A. (2007). Introduction. The Rome Foundation and Rome III. *Neurogastroenterology & Motility*, 19, 783–786.

Drost, J., Harris, L. A. (2006). Diagnosis and management of chronic constipation. *Journal of the American Academy of Physican Assistants*, 19 (11), 24-29.

Eilts-Köchling, K. (2000). Obstipation. Ein verbreitetes Symptom. *Heilberufe*, 52 (4), 44-45.

Eoff, J. C. & Lembo, A. J. (2008). Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 14 (9), 3-17.

Erckenbrecht, J. F. & Geppert (2004). Obstipation – ein tägliches Problem. *Klinikerzt*, 33 (7), 199-205.

Goodman, M. & Wilkinson, S. (2005). Constipation management in palliative care: a survey of practices in the United Kingdom. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29 (5), 238-244.

Harari, D., Gurwitz, J. H., Boh, R., & Minaker, K. L. (1997). How do older persons define constipation? Implications for therapeutic management. *Journal of General Internal Medicine*, 12 (1), 63-66.

Herz, M. J., Kahan, E., Zalevski, S., Aframian, R., Kuzniz, D., & Reichman, S. (1996). Constipation: a different entity for patients and doctors. *Family Practice*, 13 (2), 156-159.

Higgins, P. D. R. & Johanson, J. F. (2004). Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 99 (4), 750-759.

Hsieh, C. (2005). Treatment of constipation in older adults. *American Family Physician*, 72 (11), 2277-2284.

International Council of Nurses (Hrsg.).(2002). ICNP. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber.

Joanna Briggs Institute (2008). Management of constipation in older adults. *Best Practice*, 12 (7), 1-4.

Johanson, J. F. & Kralstein, J. (2007). Chronic constipation: a survey of the patient perspective. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 25, 599-608.

Johanson, J. F. (2007). Review of the treatment options for chronic constipation [Electronic version]. *Medscape General Medicine*, 9 (2). Zugriff am 16. Oktober 2012 unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1994829/?report=printable>

Kampfl, Andreas (2007). Vergesslichkeit im Alter. Was kann ich dagegen tun? Vortrag am Tag der offenen Tür, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Ried. Zugriff am 03. Februar 2013 unter [http://www.bhsried.at/media/pdf\\_bhsried/Demenzl.pdf](http://www.bhsried.at/media/pdf_bhsried/Demenzl.pdf)

Kunze, U. (2007). Präventivmedizin, Epidemiologie und Sozialmedizin: Für Human- und Zahnmediziner. Wien: Facultas.

Lämas, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engström, B., & Jacobsson, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation – a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 759-767.

Leonie-Scheiber, C. (2004). Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas.

Leung, F. W. (2006). Myths about etiologic factors of chronic constipation: scientific evidence. *Advanced Studies in Medicine*, 6 (2A), 67-73.

Librach, S. L., Bouvette, M., De Angelis, C., & Pereira, J. L. (2010). Consensus recommendations for the management of chronic constipation in patients with advanced, progressive illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (5), 761-773.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. München: Urban & Fischer.

Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, *130*, 1480-1491.

McCrea, G. L., Miaskowski, C., Stotts, N. A., Macera, L., & Varma, M. G. (2009). A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America. *Journal of Pain and Symptom Management*, *37* (4), 737-745.

McMillan, S. C. (2004). Assessing and managing opiate-induced constipation in adults with cancer. *Cancer Control*, *11* (3), 3-9.

Menche, N. (Hrsg.).(2011). Pflege heute. München: Urban & Fischer Verlag.

Mihaylov, S., Stark, C., McColl, E., Stehen, N., Vanoli, A., Rubin, G., Curless, R., Barton, R., & Bond, J. (2008). Stepped treatment of older adults on laxatives. The stool trial. *Health Technology Assessment*, *12* (13), iii-iv, ix-139.

Moore-Gillon, V. (1984). Constipation: what does the patient mean? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *77*, 108-110.

Mugie, S. M. & Benninga, M. A. (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, *25*, 3-18.

Müller-Lissner, S. A., Kamm, M., Scarpignato, C., & Wald, A. (2005). Myths and misconceptions about chronic constipation. *American Journal of Gastroenterology*, *100*, 232-242.

NANDA international (2008). NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Bern: Huber Verlag.

Nyrop, K. A., Palsson, O. S., Levy, R. L., Von Korff, M., Feld, A. D., & Turner, M. J. (2007). Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhoea and functional abdominal pain. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *26*, 237-248.

Peate, I. (2003). Nursing role in the management of constipation: use of laxatives. *British Journal of Nursing*, 12 (19), 1130-1136.

Pellatt, G. C. (2007). Clinical Skills: bowel elimination and management of complications. *British Journal of Nursing*, 16 (6), 351-355.

Peppas, G., Alexiou, V. G., Mourtzoukou, E., & Falagas, M. E. (2008). Epidemiology of constipation in Europe and Ozeania: a systematic review [Electronic version]. *BMC Gastroenterology*, 8 (5). Zugriff am 15. Februar 2012 unter <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-230X-8-5.pdf>

Raithel, J. (2008). Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer.

Richmond, J. P. & Devlin, R. (2003). Nurses' knowledge of prevention and management of constipation. *British Journal of Nursing*, 12 (10), 600-610.

Rome Foundation (2012). Comparison table of Rome II & Rome III adult diagnostic criteria. Zugriff am 16. März 2012 unter [http://www.romecriteria.org/assets/pdf/20\\_RomeIII\\_apB\\_899-916.pdf](http://www.romecriteria.org/assets/pdf/20_RomeIII_apB_899-916.pdf)

Ruppert-Seipp, G. (2003). Obstipation. *ÄrzteMerckblatt*, 3-15.

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2009). Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Statistik Austria (2011). Demografisches Jahrbuch 2010. Zugriff am 13. Februar 2012 unter [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/2/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/2/index.html)

Stein, J. & Wehrmann, T. (Hrsg.) (2006). Funktionsdiagnostik in der Gastroenterologie. Medizinische Standards. Heidelberg: Springer.

Tack, J., Müller-Lissner, S., Stanghellini, V., Boeckxstaens, G., Kamm, M. A., Simren, M., Galmiche, J.-P., & Fried, M. (2011). Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective. *Neurogastroenterology & Motility*, 23, 697-710.

Talley, N. J., Jones, M., Nuyts, G., & Dubois, D. (2003). Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *The American Journal of Gastroenterology*, 98 (5), 1107-1111.

Tariq, S. H. (2007). Constipation in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 209-218.

Wald, A., Kamm, M., Müller-Lissner, S., Scarpignato, C., Marx, W., & Schuijt, C. (2006). An international survey of community prevalence of constipation and laxative use in adults. Zugriff am 11. Dezember 2012 unter [http://dulcolaxo.es/es/Main/Notas\\_de\\_Prensa/Poster\\_Epi\\_data\\_FINAL\\_06.05.08.pdf](http://dulcolaxo.es/es/Main/Notas_de_Prensa/Poster_Epi_data_FINAL_06.05.08.pdf)

Wald, A., Scarpignato, C., Kamm, M. A., Müller-Lissner, S., Helfrich, I., Schuijt, C., Bubeck, J., Limoni, C., & Petrini, O. (2007). The burden of constipation on quality of life: results of a multinational survey. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26, 227-236.

Wald, A., Scarpignato, C., Müller-Lissner, S., Kamm, M. A., Hinkel, U., Helfrich, I., Schuijt, C., & Mandel, K. G. (2008). A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 28, 917-930.

Wald, A. & Sigurdsson, L. (2011). Quality of life in children and adults with constipation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 25, 19-27.

Weiss-Faßbinder, S. & Lust, A. (2010): GuKG. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Wien: Manz.

World Health Organization (2012). Definition of an older or elderly person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Zugriff am 27. Februar 2012 unter <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

## 10 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: „Severity“ der Symptome aus Sicht der Betroffenen.....	21
Abbildung 2: „bothersomeness“ der Symptome.....	22
Abbildung 3: Altersverteilung der Befragten .....	72
Abbildung 4: Geschlechterverteilung der Befragten .....	72
Abbildung 5: Bildungsniveau .....	73
Abbildung 6: Häufigkeit der Stuhlverstopfung.....	73
Abbildung 7: Wahrscheinlichkeit einer Stuhlverstopfung im Krankenhaus .....	74
Abbildung 8: Kriterien zur Definition einer Stuhlverstopfung.....	77
Abbildung 9: Anzahl Kriterien für eine Definition.....	78
Abbildung 10: Ein Tag ohne Stuhlgang .....	78
Abbildung 11: Symptome einer Stuhlverstopfung.....	80
Abbildung 12: Symptome einer Stuhlverstopfung.....	80
Abbildung 13: Belastungseinschätzung - harter Stuhl .....	82
Abbildung 14: Belastungseinschätzung - Gefühl der unvollständigen Entleerung....	82
Abbildung 15: Belastungseinschätzung - Blähungen.....	83
Abbildung 16: Belastungseinschätzung - blutiger Abgang aus dem After .....	83
Abbildung 17: Auswirkungen auf die Lebensqualität .....	84
Abbildung 18: Einflussfaktor - unzureichende körperliche Aktivität.....	85
Abbildung 19: Einflussfaktor - Umgebungsveränderung.....	86
Abbildung 20: Einflussfaktor - Leibschüssel .....	86
Abbildung 21: Einflussfaktor - Unzufriedenheit mit der sanitären Einrichtungen/mangelnder hygienischer Zustand der Toilette .....	86
Abbildung 22: Einflussfaktor - veränderte Rauchgewohnheiten .....	87
Abbildung 23: professionelle Hilfe - Hausarzt.....	88
Abbildung 24: professionelle Hilfe - Spital .....	88
Abbildung 25: professionelle Hilfe - Pflegeperson .....	89
Abbildung 26: Erhöhung der Trinkmenge - Maßnahme zu Hause.....	90
Abbildung 27: Erhöhung der Trinkmenge - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus .....	90
Abbildung 28: Bewegung - Maßnahme zu Hause .....	91
Abbildung 29: Bewegung – Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus .....	91
Abbildung 30: ballaststoffreiche Ernährung - Maßnahme zu Hause.....	92

Abbildung 31: ballaststoffreiche Ernährung - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus .....	92
Abbildung 32: Abführmittel - Maßnahme zu Hause .....	93
Abbildung 33: Abführmittel - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus .....	93
Abbildung 34: Bauchmassage - Maßnahme zu Hause.....	94
Abbildung 35: Bauchmassage - Möglichkeit der Fortführung im Krankenhaus.....	94
Abbildung 36: Keine Maßnahme .....	95
Abbildung 37: Quelle für eine Empfehlung der Maßnahme .....	97
Abbildung 38: Zufriedenheit mit der Maßnahme.....	97
Abbildung 39: Anlass für Unzufriedenheit mit der Maßnahme.....	98
Abbildung 40: Thema bei Aufnahmegespräch - Ausscheidungen .....	99
Abbildung 41: Thema bei Aufnahmegespräch - Stuhlverstopfung.....	99
Abbildung 42: Themen beim Aufnahmegespräch.....	100
Abbildung 43: Aufforderung Probleme zu melden .....	101
Abbildung 44: Evaluation während des Tagesablaufs .....	102
Abbildung 45: Beratungswunsch .....	103
Abbildung 46: Form der Beratung.....	103
Tabelle 1: Aufnahmegrund.....	75
Tabelle 2: Häufigkeiten in Prozent der einzelnen Symptome.....	80
Tabelle 3: Häufigkeiten in Prozent der Themen beim Aufnahmegespräch.....	101

## 11 Abkürzungsverzeichnis

et al.	et alii
etc.	et cetera
ca.	circa
bzw.	beziehungsweise
ICNP	International Classification of Nursing Practice
NANDA	North American Nursing Association
WHO	World Health Organization

## 12 Anhang

### 12.1 Anhang I

Ansuchen um Genehmigung einer schriftlichen Befragung im Rudolfinerhaus

Wien, 28. Juni 2012

Sehr geehrte Frau Deutsch-Hohberg!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit (Studium Pflegewissenschaft an der Universität Wien) beschäftige ich mich mit dem Thema Obstipation bei älteren Menschen und dem Stuhlmanagement im Krankenhaus aus der Sicht der Patientinnen/Patienten.

Obstipation ist ein häufig auftretendes Problem, wobei vor allem ältere Menschen davon betroffen sind. Aufgrund zahlreicher Risikofaktoren, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vermehrt aufeinander treffen, sind Patientinnen/Patienten im Krankenhaus besonders gefährdet, Obstipationsprobleme zu entwickeln. Dies gilt es zu verhindern und rechtzeitig Maßnahmen zu setzen, dass keine zusätzlichen Komplikationen auftreten.

Mit der geplanten Fragebogenerhebung soll das Wissen und das Erleben der Patientinnen/Patienten zum Thema Obstipation erhoben werden. In einem weiteren Teil der Umfrage wird auf das Stuhlmanagement im Krankenhaus eingegangen.

Befragt werden Patientinnen/Patienten ab dem 60. Lebensjahr, die kognitiv und physisch in der Lage sind, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, ab dem vierten Aufnahmetag. Die Verteilung der Fragebögen erfolgt vor allem durch mich, aber auch mit Hilfe der Pflegeberaterinnen in einem Zeitraum von etwa zwei Monaten. Anschließend wird eine statistische Analyse und Auswertung der Daten durchgeführt, die dann dem Rudolfinerhaus zur Verfügung stehen werden.

Die Ergebnisse sollen Einblick in das Erleben und Verhalten der Patientinnen/Patienten zum Thema Obstipation und Stuhlmanagement im

Krankenhaus liefern und Grundlage für Empfehlungen zu einer Optimierung der Pflegepraxis bieten.

Ich bitte daher um Genehmigung zur Durchführung dieser schriftlichen Befragung im Rudolfinerhaus. Ich versichere einen sensiblen Umgang mit den Daten und eine strenge Berücksichtigung des Datenschutzes.

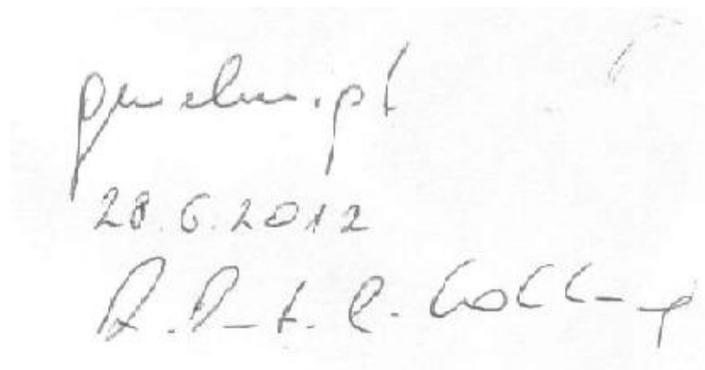
Mit freundlichen Grüßen

Cornelia Kures

**Beilagen**

Fragebogen

Patienteninformation



Handwritten signature: Cornelia Kures  
Date: 28.6.2012  
Handwritten text: D.P.-t.-e. Goll-p

## 12.2 Anhang II



Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Mein Name ist Cornelia Kures und ich arbeite als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im Rudolfinerhaus. Nebenberuflich studiere ich Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema „Stuhilverstopfung“. Mittels der vorliegenden schriftlichen Befragung soll Ihre Einstellung und Ihre persönliche Erfahrung im Umgang mit dem Thema „Stuhilverstopfung“ erhoben werden. Weiters beschäftigt sich der Fragebogen mit dem Ablauf im Krankenhaus, inwieweit das Thema von den Pflegenden erfasst und Rücksicht auf Ihre Bedürfnisse genommen wird.

Ziel dieser Befragung ist es, die Sicht der Patientinnen/Patienten zum Thema „Stuhilverstopfung“ zu erfassen. Dadurch soll die Sensibilität der Pflegepersonen für diese Problematik gefördert und das Hilfsangebot seitens der Pflege optimiert werden.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, möchte ich Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen so bald wie möglich zu beantworten und im beiliegenden Kuvert auf Ihrer Station abzugeben. Die Beantwortung der Fragen beansprucht etwa 10 Minuten. Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig, anonym und obliegt selbstverständlich dem Datenschutz. Die Fragebögen werden ausschließlich für den Zweck der Diplomarbeit genutzt.

Bei Fragen bin ich telefonisch unter der Nummer 01 – 36036 DW 6127 zu erreichen.

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Cornelia Kures

## 12.3 Anhang III



universität  
wien

### Fragebogen zum Thema „Stuhlverstopfung“

Kreuzen Sie bitte bei den Fragen zutreffendes an:

#### Teil 1: Definition, Symptome, Erfahrung

Wann liegt Ihrer Meinung nach eine Stuhlverstopfung vor? (*mehrere Antworten möglich*)

Verminderte Häufigkeit der Stuhlentleerung	<input type="checkbox"/>
Harter, klumpiger Stuhl	<input type="checkbox"/>
Starkes Pressen beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>
Gefühl einer unvollständigen Entleerung	<input type="checkbox"/>
Aufgeblähter, harter Bauch oder Blähungen	<input type="checkbox"/>
Zu geringe Stuhlmenge	<input type="checkbox"/>
Gefühl einer „Blockade“ im After	<input type="checkbox"/>
Fehlender Stuhldrang	<input type="checkbox"/>
Vorhandener Stuhldrang, aber nicht fähig Stuhl zu entleeren	<input type="checkbox"/>

„Ein Tag ohne Stuhlgang bedeutet für mich eine Stuhlverstopfung zu haben.“

<b>stimme zu</b> <input type="checkbox"/>	<b>stimme nicht zu</b> <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------	----------------------------------------------------

Welche Symptome spüren Sie bei Stuhlverstopfung? **Wenn** das Symptom **zutritt** - wie belastend empfinden Sie dieses?

	trifft nicht zu	trifft zu	nicht belastend	etwas belastend	sehr belastend	extrem belastend
Anstrengung bei der Darmentleerung	<input type="checkbox"/>					
Blähungen	<input type="checkbox"/>					
Harter Stuhl	<input type="checkbox"/>					
Unwohlsein/Schmerzen im Bauchraum	<input type="checkbox"/>					
Blutiger Abgang aus dem After	<input type="checkbox"/>					
Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang	<input type="checkbox"/>					
Schmerzen im After	<input type="checkbox"/>					
Anhaltender Drang Stuhl ausscheiden zu müssen, aber nicht möglich Stuhl zu entleeren	<input type="checkbox"/>					
Völlegefühl/Übelkeit	<input type="checkbox"/>					
Andere: ..... ..... ....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: ..... ..... ....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf einer Skala von 0 bis 5 wie sehr beeinflusst die Stuhlverstopfung Ihre Lebensqualität?

überhaupt nicht —————> sehr stark  
 0       1       2       3       4       5

Welche Faktoren tragen Ihrer Meinung nach zu einer Entstehung von Stuhlverstopfung bei Ihnen im Krankenhaus bei?					
	stimme zu $\longrightarrow$ stimme nicht zu				weiß nicht
Umgebungsveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzureichende körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Privatsphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkter Zugang zu Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzufriedenheit mit der sanitären Einrichtung/mangelnder hygienischer Zustand der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionale/r Belastung/Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente/Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderte Nahrungszufuhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderung der Ess- und Trinkgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abhängigkeit in der Unterstützung durch andere (Pflegepersonal) bei der Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leibschüssel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterdrückung des Stuhldranges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderte Rauchgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie bereits professionelle Hilfe wegen Stuhlverstopfung aufgesucht?			
	nein, noch nie	ja, einmal	ja, öfters
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Teil 2: Maßnahmen

Welche Maßnahmen treffen Sie zu Hause, um eine Stuhlverstopfung zu vermeiden?		
	ja	nein
Ballaststoffreiche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, können Sie diese hier im Krankenhaus weiterführen? (z.B. Menüauswahl, eigene Zusammenstellung des Essens, zusätzliche Bestellung von Essen – etwa Dörripflaumen, Cerealien wie Leinsamen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung, vermehrte körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, können Sie Ihre Bewegungsgewohnheit auch hier im Krankenhaus weiter umsetzen? (z.B. Spaziergang im Garten, Angebot durch physikalische Therapie, Unterstützung durch Pflegepersonal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, werden Ihre Vorlieben für bestimmte Abführmittel in diesem Krankenhaus berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, haben Sie die Möglichkeit die Bauchmassage auch in diesem Krankenhaus weiterzuführen bzw. zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhung der Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, können Sie durch entsprechendes Angebot auch hier im Krankenhaus Ihre gewohnte Trinkmenge einhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffe zu Hause keine Maßnahme; warte bis sich Stuhlverstopfung von alleine löst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Maßnahmen:

.....

Wer hat Ihnen diese Maßnahme(n) empfohlen? <i>(mehrere Antworten möglich)</i>	
Arzt	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>
Zeitschriften, Broschüren	<input type="checkbox"/>
Werbung	<input type="checkbox"/>
eigene Entscheidung	<input type="checkbox"/>
Andere: .....	

Sind Sie mit Ihrer Maßnahme, welche eine Stuhlverstopfung vermeiden soll, zufrieden?			
<b>sehr zufrieden</b> <input type="checkbox"/>	<b>zufrieden</b> <input type="checkbox"/>	<b>weniger zufrieden</b> <input type="checkbox"/>	<b>nicht zufrieden</b> <input type="checkbox"/>
Wenn Sie weniger oder nicht zufrieden sind, warum nicht? <i>(mehrere Antworten möglich)</i>			
Fehlende Wirksamkeit – kein Stuhlgang			<input type="checkbox"/>
Nebenwirkungen			<input type="checkbox"/>
Preis/Kosten			<input type="checkbox"/>
Geschmack			<input type="checkbox"/>
Fehlende Vorhersehbarkeit wann die Wirkung eintritt			<input type="checkbox"/>
Ungenügende Milderung der Symptome			<input type="checkbox"/>

### Teil 3: Ablauf im Krankenhaus

Wurde beim Aufnahmegespräch mit der Pflegeperson das Thema „Ausscheidungen“ angesprochen?

<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>weiß nicht mehr</b> <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------------------

Wurden Sie beim Aufnahmegespräch konkret auf etwaige Probleme mit Stuhlverstopfung angesprochen?

<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>weiß nicht mehr</b> <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------------------

Welche folgenden Punkte wurden im Rahmen des Aufnahmegesprächs abgefragt?

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Wann der letzter Stuhlgang war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufigkeit der Stuhlentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen, welche zu Hause zur Aufrechterhaltung des Stuhlgangs getroffen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitszufuhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente, die zu Hause genommen wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlieben bezüglich Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Punkte: .....		

Wurden Sie beim Aufnahmegespräch aufgefordert, sich bei Problemen mit der Stuhlausscheidung bei der Pflegeperson zu melden?

<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>weiß nicht mehr</b> <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------------------

Wurden Sie im Rahmen des Tagesablaufs während Ihres Aufenthaltes von der Pflegeperson gefragt, ob Sie Stuhlgang hatten?

<b>ja, regelmäßig</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja, gelegentlich</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein, bis jetzt noch nicht</b> <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Würden Sie sich wünschen, Beratung zum Thema Stuhlverstopfung und Maßnahmen zur Vorbeugung zu erhalten?

<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	-----------------------------------------

**Wenn ja**, in welcher Form würden Sie gerne mehr Informationen zum Thema erhalten?

Persönliches Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/>
Broschüre	<input type="checkbox"/>
Austausch mit Betroffenen	<input type="checkbox"/>

## Teil 4: Allgemeine Fragen

Bitte füllen Sie noch anschließend die Fragen zu Ihrer Person aus:

Alter	60 - 64	<input type="checkbox"/>
	65 - 69	<input type="checkbox"/>
	70 - 74	<input type="checkbox"/>
	75 - 79	<input type="checkbox"/>
	80 - 84	<input type="checkbox"/>
	85 - 89	<input type="checkbox"/>
	älter als 89	<input type="checkbox"/>
Geschlecht	männlich	<input type="checkbox"/>
	weiblich	<input type="checkbox"/>
Höchster Schulabschluss	Schule ohne Maturaabschluss	<input type="checkbox"/>
	Schule mit Maturaabschluss	<input type="checkbox"/>
	Universität	<input type="checkbox"/>
Wie häufig haben Sie Stuhlstopfung?	einmal pro Woche	<input type="checkbox"/>
	einmal pro Monat	<input type="checkbox"/>
	seltener	<input type="checkbox"/>
	noch nie	<input type="checkbox"/>
Wie wahrscheinlich ist es, dass eine Stuhlstopfung im Rahmen dieses Krankenhausaufenthalts bei Ihnen auftreten wird?	ja, ich bin mir sicher	<input type="checkbox"/>
	ja, ich glaube schon	<input type="checkbox"/>
	eventuell	<input type="checkbox"/>
	nein, ich glaube nicht	<input type="checkbox"/>
	nein, sicher nicht	<input type="checkbox"/>
Was ist der Grund für Ihre Aufnahme ins Krankenhaus?	.....	

Weitere Bemerkungen:

Herzlichen Dank!

## 12.4 Anhang IV

### Kodeplan

ID	ID-Nummer	
<b>F1</b>	<b>Wann liegt Ihrer Meinung nach eine Stuhlverstopfung vor?</b>	
F1_1	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - Verminderte Häufigkeit der Stuhlentleerung	1 = ja 0 = nein
F1_2	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - harter, klumpiger Stuhl	
F1_3	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - starkes Pressen beim Stuhlgang	
F1_4	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - Gefühl einer unvollständigen Entleerung	
F1_5	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - aufgeblähter, harter Bauch oder Blähungen	
F1_6	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - zu geringe Stuhlmenge	
F1_7	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - Gefühl einer Blockade im After	
F1_8	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - fehlender Stuhldrang	
F1_9	F1: Vorliegen Stuhlverstopfung - vorhandener Stuhldrang, aber nicht fähig Stuhl zu entleeren	
<b>F2</b>	<b>„Ein Tag ohne Stuhlgang bedeutet für mich eine Stuhlverstopfung zu haben“</b>	
F2	F2: ein Tag ohne Stuhlgang - Stuhlverstopfung	1 = stimme zu 0 = stimme nicht zu
<b>F3</b>	<b>Welche Symptome spüren Sie bei Stuhlverstopfung? Wenn das Symptom zutrifft – wie belastend empfinden Sie dieses?</b>	
F3_1_a	F3: Symptome - Anstrengung bei Darmentleerung – zutreffend	1 = trifft zu 0 = trifft nicht zu
F3_2_a	F3: Symptome - Blähungen – zutreffend	
F3_3_a	F3: Symptome - harter Stuhl - zutreffend	
F3_4_a	F3: Symptome - Unwohlsein/Schmerzen im Bauchraum – zutreffend	
F3_5_a	F3: Symptome - blutiger Abgang aus dem After - zutreffend	
F3_6_a	F3: Symptome - Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang - zutreffend	
F3_7_a	F3: Symptome - Schmerzen im After - zutreffend	
F3_8_a	F3: Symptome - Anhaltender Drang Stuhl ausscheiden zu müssen, aber nicht möglich Stuhl zu entleeren – zutreffend	
F3_9_a	F3: Symptome - Völlegefühl/Übelkeit – zutreffend	
F_3_10_a	F3: Symptome – Andere	1 = ja 0 = nein
F_3_10_b	F3: Symptome - Andere – Text	(Eingabe Text)

F3_1_b	F3: Symptome - Anstrengung bei Darmentleerung – Belastung	0 = nicht belastend 1 = etwas belastend 2 = sehr belastend 3 = extrem belastend
F3_2_b	F3: Symptome - Blähungen - Belastung	
F3_3_b	F3: Symptome - harter Stuhl - Belastung	
F3_4_b	F3: Symptome - Unwohlsein/Schmerzen im Bauchraum - Belastung	
F3_5_b	F3: Symptome - blutiger Abgang aus dem After - Belastung	
F3_6_b	F3: Symptome - Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang - Belastung	
F3_7_b	F3: Symptome - Schmerzen im After – Belastung	
F3_8_b	F3: Symptome - Anhaltender Drang Stuhl ausscheiden zu müssen, aber nicht möglich Stuhl zu entleeren - Belastung	
F3_9_b	F3: Symptome - Völlegefühl/Übelkeit - Belastung	
F3_10_c	F3: Symptome - Andere – Belastung	
<b>F4</b>	<b>Auf einer Skala von 0 bis 5 wie sehr beeinflusst die Stuhlverstopfung Ihre Lebensqualität</b>	
F4	F4: Beeinflussung Lebensqualität	(Eingabe Zahl) 0 1 2 3 4 5
<b>F5</b>	<b>Welche Faktoren tragen Ihrer Meinung nach zu einer Entstehung von Stuhlverstopfung bei Ihnen im Krankenhaus bei?</b>	
F5_1	F5: Beeinflussende Faktoren - Umgebungsveränderung	(Eingabe Zahl) 3 stimme zu 2 1 ↓ 0 stimme nicht zu 4 = weiß nicht
F5_2	F5: Beeinflussende Faktoren - unzureichende körperliche Aktivität	
F5_3	F5: Beeinflussende Faktoren - fehlende Privatsphäre	
F5_4	F5: Beeinflussende Faktoren - eingeschränkter Zugang zu Toiletten	
F5_5	F5: Beeinflussende Faktoren - Unzufriedenheit mit der sanitären Einrichtung/mangelnder hygienischer Zustand	
F5_6	F5: Beeinflussende Faktoren - emotionale/r Belastung/Stress	
F5_7	F5: Beeinflussende Faktoren - Medikamente/Infusionen	
F5_8	F5: Beeinflussende Faktoren - verminderte Nahrungszufuhr	
F5_9	F5: Beeinflussende Faktoren - veränderte Ess- und Trinkgewohnheiten	
F5_10	F5: Beeinflussende Faktoren - Abhängigkeit in der Unterstützung durch andere (Pflegepersonal) bei der Toilettenbenutzung	
F5_11	F5: Beeinflussende Faktoren - Leibschüssel	
F5_12	F5: Beeinflussende Faktoren - Unterdrückung des Stuhldrangs	
F5_13	F5: Beeinflussende Faktoren - veränderte Rauchgewohnheiten	

<b>F6</b>	<b>Haben Sie bereits professionelle Hilfe wegen einer Stuhlverstopfung aufgesucht?</b>		
F6_1	F6: professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Hausarzt	0 = nein, noch nie 1 = ja, einmal 2 = ja, öfters	
F6_2	F6: professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Spital		
F6_3	F6: professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung – Pflegepersonen		
F6_4_c	F6: professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Andere - Einstufung		
F6_4_a	F6: professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung – Andere	1 = ja 0 = nein	
F6_4_b	F6: professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Andere – Text	(Eingabe Text)	
<b>F7</b>	<b>Welche Maßnahmen treffen Sie zu Hause, um eine Stuhlverstopfung zu vermeiden?</b>		
F7_1_a	F7: Maßnahme - ballaststoffreiche Ernährung - zu Hause	1 = ja 0 = nein	
F7_1_b	F7: Maßnahme - ballaststoffreiche Ernährung - im Krankenhaus		
F7_2_a	F7: Maßnahme - Bewegung, vermehrte körperliche Aktivität - zu Hause		
F7_2_b	F7: Maßnahme - Bewegung, vermehrte körperliche Aktivität - im Krankenhaus		
F7_3_a	F7: Maßnahme - Abführmittel - zu Hause		
F7_3_b	F7: Maßnahme - Abführmittel - im Krankenhaus		
F7_4_a	F7: Maßnahme - Bauchmassage - zu Hause		
F7_4_b	F7: Maßnahme - Bauchmassage - im Krankenhaus		
F7_5_a	F7: Maßnahme - Erhöhung der Trinkmenge - zu Hause		
F7_5_b	F7: Maßnahme - Erhöhung der Trinkmenge - im Krankenhaus		
F7_6_a	F7: Maßnahme - treffe zu Hause keine Maßnahme; warte bis sich Stuhlverstopfung von alleine löst		
F7_7_a	F7: Maßnahmen - weitere Maßnahmen		
F7_7_b	F7: Maßnahmen - weitere Maßnahmen - Text		(Eingabe Text)
<b>F8</b>	<b>Wer hat Ihnen diese Maßnahme(n) empfohlen?</b>		
F8_1	F8: Maßnahmen empfohlen – Arzt	1 = ja 0 = nein	
F8_2	F8: Maßnahmen empfohlen – Pflegepersonal		
F8_3	F8: Maßnahmen empfohlen – Apotheke		
F8_4	F8: Maßnahmen empfohlen – Freunde		
F8_5	F8: Maßnahmen empfohlen - Zeitschriften, Broschüren		
F8_6	F8: Maßnahmen empfohlen – Werbung		
F8_7	F8: Maßnahmen empfohlen - eigene Entscheidung		
F8_8_a	F8: Maßnahmen empfohlen – Andere	(Eingabe Text)	
F8_8_b	F8: Maßnahmen empfohlen - Andere - Text		

<b>F9</b>	<b>Sind Sie mit Ihrer Maßnahme, welche eine Stuhlverstopfung vermeiden soll, zufrieden?</b>	
F9	F9: Maßnahme – Zufriedenheit	0 = nicht zufrieden 1 = weniger zufrieden 2 = zufrieden 3 = sehr zufrieden
<b>F10</b>	<b>Wenn Sie weniger oder nicht zufrieden sind, warum nicht?</b>	
F10_1	F10: nicht zufrieden - wegen - fehlende Wirksamkeit, kein Stuhlgang	1 = ja 0 = nein
F10_2	F10: nicht zufrieden - wegen – Nebenwirkungen	
F10_3	F10: nicht zufrieden - wegen - Preis/Kosten	
F10_4	F10: nicht zufrieden - wegen – Geschmack	
F10_5	F10: nicht zufrieden - wegen - fehlende Vorhersehbarkeit, wann die Wirkung eintritt	
F10_6	F10: nicht zufrieden - wegen - ungenügende Milderung der Symptome	
<b>F11</b>	<b>Wurde beim Aufnahmegespräch mit der Pflegeperson das Thema „Ausscheidungen“ angesprochen?</b>	
F11	F11: Wurde beim Aufnahmegespräch mit der Pflegeperson das Thema "Ausscheidung" angesprochen?	1 = ja 0 = nein 4 = weiß nicht mehr
<b>F12</b>	<b>Wurden Sie beim Aufnahmegespräch konkret auf etwaige Probleme mit Stuhlverstopfung angesprochen?</b>	
F12	F12: Wurden Sie beim Aufnahmegespräch konkret auf etwaige Probleme mit Stuhlverstopfung angesprochen?	1 = ja 0 = nein 4 = weiß nicht mehr
<b>F13</b>	<b>Welche folgenden Punkte wurden im Rahmen des Aufnahmegesprächs abgefragt?</b>	
F13_1	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch - wann letzter Stuhlgang	1 = ja 0 = nein
F13_2	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Häufigkeit der Stuhlentleerung	
F13_3	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Maßnahmen zu Hause	
F13_4	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch – Flüssigkeitszufuhr	
F13_5	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch – Ernährungsgewohnheiten	
F13_6	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch – Medikamente	
F13_7	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Vorlieben bezüglich Abführmittel	
F13_8_a	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch - weitere Punkte	
F13_8_b	F13: gefragte Punkte Aufnahmegespräch - weitere Punkte – Text	(Eingabe Text)

<b>F14</b>	<b>Wurden Sie beim Aufnahmegespräch aufgefordert, sich bei Problemen mit der Stuhlausscheidung bei der Pflegeperson zu melden?</b>	
F14	F14: beim Aufnahmegespräch aufgefordert bei Probleme zu melden	1 = ja 0 = nein 4 = weiß nicht mehr
<b>F15</b>	<b>Wurden Sie im Rahmen des Tagesablaufs während Ihres Aufenthaltes von der Pflegeperson gefragt, ob Sie Stuhlgang hatten?</b>	
F15	F15: während Tagesablauf gefragt ob Stuhlgang	2 = ja, regelmäßig 1 = ja, gelegentlich 0 = nein, bis jetzt noch nicht
<b>F16</b>	<b>Würden Sie sich wünschen, Beratung zum Thema Stuhlverstopfung und Maßnahmen zur Vorbeugung zu erhalten?</b>	
F16	F16: Wunsch nach Beratung	1 = ja 0 = nein
<b>F17</b>	<b>Wenn ja, in welcher Form würden Sie gerne mehr Informationen zum Thema erhalten?</b>	
F17_1	F17: Form der Beratung - persönliches Beratungsgespräch	1 = ja 0 = nein
F17_2	F17: Form der Beratung – Broschüre	
F17_3	F17: Form der Beratung - Austausch mit Betroffenen	
<b>F18</b>	<b>Alter</b>	
F18	F18: Alter	1 = 60 – 64 2 = 65 – 69 3 = 70 – 74 4 = 75 – 79 5 = 80 – 84 6 = 85 – 89 7 = älter als 89
<b>F19</b>	<b>Geschlecht</b>	
F19	F19: Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
<b>F20</b>	<b>Höchster Schulabschluss</b>	
F20	F20: höchster Schulabschluss	1 = Schule ohne Maturaabschluss 2 = Schule mit Maturaabschluss 3 = Universität
<b>F21</b>	<b>Wie häufig haben Sie Stuhlverstopfung?</b>	
F21	F21: Häufigkeit Stuhlverstopfung	1 = einmal pro Woche 2 = einmal pro Monat 3 = seltener 4 = noch nie

<b>F22</b>	<b>Wie wahrscheinlich ist es, dass eine Stuhlverstopfung im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes bei Ihnen auftreten wird?</b>	
F22	F22: Wahrscheinlichkeit dass Stuhlverstopfung auftritt	1 = ja, ich bin mir sicher 2 = ja, ich glaube schon 3 = eventuell 4 = nein, ich glaube nicht 5 = nein, sicher nicht
<b>F23</b>	<b>Was ist der Grund für Ihre Aufnahme ins Krankenhaus?</b>	
F23_a	F23: Grund für Aufnahme ins Krankenhaus	1 = ja 0 = nein
F23_b	F23: Grund für Aufnahme ins Krankenhaus – Text	(Eingabe Text)
<b>F24</b>	<b>Weitere Bemerkungen</b>	
F24_a	F24: weitere Bemerkungen	1 = ja 0 = nein
F24_b	F24: weitere Bemerkungen – Text	(Eingabe Text)

## 12.5 Anhang V

### Häufigkeitsverteilung der einzelnen Items

<b>F1 Wann liegt Ihrer Meinung nach eine Stuhlverstopfung vor?</b>				
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)
	ja	nein		
F1_1 Vorliegen Stuhlverstopfung - Verminderte Häufigkeit der Stuhlentleerung	61 (59,8%)	40 (39,2%)	101	1 (1%)
F1_2 Vorliegen Stuhlverstopfung - harter, klumpiger Stuhl	43 (42,2%)	58 (56,9)	101	1 (1%)
F1_3 Vorliegen Stuhlverstopfung - starkes Pressen beim Stuhlgang	55 (53,9%)	46 (45,1%)	101	1 (1%)
F1_4 Vorliegen Stuhlverstopfung - Gefühl einer unvollständigen Entleerung	19 (18,6%)	82 (80,4%)	101	1 (1%)
F1_5 Vorliegen Stuhlverstopfung - aufgeblähter, harter Bauch oder Blähungen	34 (33,3%)	67 (65,7%)	101	1 (1%)
F1_6 Vorliegen Stuhlverstopfung - zu geringe Stuhlmenge	22 (21,6%)	79 (77,5%)	101	1 (1%)
F1_7 Vorliegen Stuhlverstopfung - Gefühl einer Blockade im After	38 (37,3%)	63 (61,8%)	101	1 (1%)
F1_8 Vorliegen Stuhlverstopfung - fehlender Stuhldrang	29 (28,4 %)	72 (70,6%)	101	1 (1%)
F1_9 Vorliegen Stuhlverstopfung - vorhandener Stuhldrang, aber nicht fähig Stuhl zu entleeren	42 (41,2%)	59 (57,8%)	101	1 (1%)

<b>F2 „Ein Tag ohne Stuhlgang bedeutet für mich eine Stuhlverstopfung zu haben.“</b>				
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)
	stimme zu	stimme nicht zu		
F2 ein Tag ohne Stuhlgang - Stuhlverstopfung	23 (22,5%)	77 (75,5%)	100	2 (2%)

<b>F3 Welche Symptome spüren Sie bei Stuhlverstopfung? Wenn das Symptom zutrifft – wie belastend empfinden Sie dieses?</b>				
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>		<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	trifft nicht zu	trifft zu		
F3_1_a Symptome - Anstrengung bei Darmentleerung – zutreffend	11 (10,8%)	76 (74,5%)	87	15 (14,7%)
F3_2_a Symptome - Blähungen – zutreffend	28 (27,5 %)	38 (37,3%)	66	36 (35,3%)
F3_3_a Symptome - harter Stuhl – zutreffend	13 (12,7%)	64 (62,7%)	77	25 (24,5%)
F3_4_a Symptome - Unwohlsein/Schmerzen im Bauchraum – zutreffend	31 (30,4%)	32 (31,4%)	63	39 (38,2%)
F3_5_a Symptome - blutiger Abgang aus dem After – zutreffend	44 (43,1%)	16 (15,7%)	60	42 (41,2%)
F3_6_a Symptome - Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang – zutreffend	25 (24,5%)	50 (49%)	75	27 (26,5%)
F3_7_a Symptome - Schmerzen im After – zutreffend	44 (43,1%)	15 (14,7%)	59	43 (42,2%)
F3_8_a Symptome - Anhaltender Drang Stuhl ausscheiden zu müssen, aber nicht möglich Stuhl zu entleeren – zutreffend	33 (32,4%)	38 (37,3%)	71	31 (30,4%)
F3_9_a Symptome - Völlegefühl/Übelkeit – zutreffend	28 (27,5%)	36 (35,3%)	64	38 (37,3%)
	ja	nein		
F3_10_a Symptome - Andere	0	102 (100%)	102	0

<b>F3 Welche Symptome spüren Sie bei Stuhlverstopfung? Wenn das Symptom zutrifft – wie belastend empfinden Sie dieses?</b>						
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>				<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	nicht belastend	etwas belastend	sehr belastend	extrem belastend		
F3_1_b Symptome - Anstrengung bei Darmentleerung – Belastung	4 (5,3%)	38 (50%)	23 (30,3%)	4 (5,3%)	69	7 (9,2%)
F3_2_b Symptome - Blähungen - Belastung	4 (10,5%)	15 (39,5%)	13 (34,2%)	3 (7,9%)	35	3 (7,9%)
F3_3_b Symptome - harter Stuhl – Belastung	3 (4,7%)	27 (42,2%)	23 (35,9%)	3 (4,7%)	56	8 (12,5%)
F3_4_b Symptome - Unwohlsein/Schmerzen im Bauchraum - Belastung	2 (6,3%)	9 (28,1%)	13 (40,6%)	3 (9,4%)	27	5 (15,6%)
F3_5_b Symptome - blutiger Abgang aus dem After - Belastung	2 (12,5%)	4 (25%)	4 (25%)	3 (18,8%)	13	3 (18,8%)
F3_6_b Symptome - Gefühl der unvollständigen Entleerung nach Stuhlgang – Belastung	2 (4%)	24 (48%)	12 (24%)	1 (2%)	39	11 (22%)
F3_7_b Symptome - Schmerzen im After – Belastung	1 (6,7%)	5 (33,3%)	7 (46,7%)	1 (6,7%)	14	1 (6,7%)
F3_8_b Symptome - Anhaltender Drang Stuhl ausscheiden zu müssen, aber nicht möglich Stuhl zu entleeren – Belastung	3 (7,9%)	10 (26,3%)	16 (42,1%)	4 (10,5%)	33	5 (13,2%)
F3_9_b Symptome - Völlegefühl/Übelkeit - Belastung	2 (5,6%)	11 (30,6%)	13 (36,1%)	1 (2,8%)	27	9 (25%)

<b>F4 Auf einer Skala von 0 bis 5 wie sehr beeinflusst die Stuhlverstopfung Ihre Lebensqualität?</b>								
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>						<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	0	1	2	3	4	5		
F4 Beeinflussung Lebensqualität	7 (6,9%)	18 (17,6%)	16 (15,7%)	25 (24,5%)	19 (18,6%)	11 (10,8%)	96	6 (5,9%)
	<b>Mittelwert</b>							
F4 Beeinflussung Lebensqualität	2,67						96	6 (5,9%)

<b>F5 Welche Faktoren tragen Ihrer Meinung nach zu einer Entstehung von Stuhlverstopfung bei Ihnen im Krankenhaus bei?</b>							
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>					<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	stimme zu $\longrightarrow$		stimme nicht zu		weiß nicht		
F5_1 Beeinflussende Faktoren - Umgebungsveränderung	38 (37,3%)	13 (12,7%)	3 (2,9%)	16 (15,7%)	10 (9,8%)	80	22 (21,6%)
F5_2 Beeinflussende Faktoren - unzureichende körperliche Aktivität	48 (47,1%)	15 (14,7%)	6 (5,9%)	10 (9,8%)	3 (2,9%)	82	20 (19,6%)
F5_3 Beeinflussende Faktoren - fehlende Privatsphäre	13 (12,7%)	8 (7,8%)	3 (2,9%)	38 (37,3%)	7 (6,9%)	69	33 (32,4%)
F5_4 Beeinflussende Faktoren - eingeschränkter Zugang zu Toiletten	9 (8,8%)	8 (7,8%)	4 (3,9%)	42 (41,2%)	5 (4,9%)	68	34 (33,3%)
F5_5 Beeinflussende Faktoren - Unzufriedenheit mit der sanitären Einrichtung/mangelnder hygienischer Zustand	8 (7,8%)	3 (2,9%)	3 (2,9%)	48 (47,1%)	5 (4,9%)	67	35 (34,3%)
F5_6 Beeinflussende Faktoren - emotionale/r Belastung/Stress	17 (16,7%)	10 (9,8%)	8 (7,8%)	26 (25,5%)	7 (6,9%)	68	34 (33,3%)
F5_7 Beeinflussende Faktoren - Medikamente/Infusionen	24 (23,5%)	11 (10,8%)	6 (5,9%)	13 (12,7%)	18 (17,6%)	72	30 (29,4%)
F5_8 Beeinflussende Faktoren - verminderte Nahrungszufuhr	14 (13,7%)	8 (7,8%)	6 (5,9%)	31 (30,4%)	9 (8,8%)	68	34 (33,3%)
F5_9 Beeinflussende Faktoren - veränderte Ess- und Trinkgewohnheiten	28 (27,5%)	7 (6,9%)	19 (18,6%)	14 (13,7%)	8 (7,8%)	76	26 (25,5%)
F5_10 Beeinflussende Faktoren - Abhängigkeit in der Unterstützung durch andere (Pflegepersonal) bei der Toilettenbenutzung	16 (15,7%)	2 (2%)	5 (4,9%)	35 (34,3%)	7 (6,9%)	65	37 (36,3%)
F5_11 Beeinflussende Faktoren - Leibschüssel	34 (33,3%)	2 (2%)	2 (2%)	20 (19,6%)	11 (10,8%)	69	33 (32,4%)
F5_12 Beeinflussende Faktoren - Unterdrückung des Stuhldrangs	17 (16,7%)	5 (4,9%)	8 (7,8%)	28 (27,5%)	5 (4,9%)	63	39 (38,2%)
F5_13 Beeinflussende Faktoren - veränderte Rauchgewohnheiten	6 (5,9%)	1 (1%)	0	26 (25,5%)	19 (18,6%)	52	50 (49%)

<b>F6 Haben Sie bereits professionelle Hilfe wegen Stuhlverstopfung aufgesucht?</b>						
	Häufigkeiten n (%)			n	fehlend n (%)	
	nein, noch nie	ja, einmal	ja, öfters			
F6_1 professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Hausarzt	68 (66,7%)	9 (8,8%)	11 (10,8%)	88	14 (13,7%)	
F6_2 professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Spital	46 (45,1%)	17 (16,7%)	11 (10,8%)	74	28 (27,5%)	
F6_3 professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Pflegepersonen	46 (45,1%)	9 (8,8%)	7 (6,9%)	62	40 (39,2%)	
	ja		nein			
F6_3_a professionelle Hilfe bei Stuhlverstopfung - Andere	4 (3,9%)		98 (96,1%)		102	0

<b>F7 Welche Maßnahmen treffen Sie zu Hause, um eine Stuhlverstopfung zu vermeiden?</b>				
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)
	ja	nein		
F7_1_a Maßnahme - ballaststoffreiche Ernährung - zu Hause	63 (61,8%)	19 (18,6%)	82	20 (19,6%)
F7_1_b Maßnahme - ballaststoffreiche Ernährung - im Krankenhaus	49 (77,8%)	4 (6,3%)	53	10 (15,9%)
F7_2_a Maßnahme - Bewegung, vermehrte körperliche Aktivität - zu Hause	67 (65,7%)	18 (17,6%)	85	17 (16,7%)
F7_2_b Maßnahme - Bewegung, vermehrte körperliche Aktivität - im Krankenhaus	44 (65,7%)	11 (16,4%)	55	12 (17,9%)
F7_3_a Maßnahme - Abführmittel - zu Hause	45 (44,1%)	36 (35,3%)	81	21 (20,6%)
F7_3_b Maßnahme - Abführmittel - im Krankenhaus	33 (73,3%)	1 (2,2%)	34	11 (24,4%)
F7_4_a Maßnahme - Bauchmassage - zu Hause	30 (29,4%)	42 (41,2%)	72	30 (29,4%)
F7_4_b Maßnahme - Bauchmassage - im Krankenhaus	18 (60%)	7 (23,3%)	25	5 (16,7%)
F7_5_a Maßnahme - Erhöhung der Trinkmenge - zu Hause	76 (74,5%)	15 (14,7%)	91	11 (10,8%)
F7_5_b Maßnahme - Erhöhung der Trinkmenge - im Krankenhaus	67 (88,2%)	0	67	9 (11,8%)
F7_6_a Maßnahme - treffe zu Hause keine Maßnahme; warte bis sich Stuhlverstopfung von alleine löst	4 (3,9%)	80 (78,4%)	84	18 (17,6%)
F7_7_a Maßnahmen - weitere Maßnahmen	19 (18,6%)	81 (79,4%)	100	2 (2%)

<b>F8 Wer hat Ihnen diese Maßnahme(n) empfohlen?</b>				
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)
	ja	nein		
F8_1 Maßnahmen empfohlen - Arzt	32 (31,4%)	56 (54,9%)	88	14 (13,7%)
F8_2 Maßnahmen empfohlen - Pflegepersonal	21 (20,6%)	67 (65,7%)	88	14 (13,7%)
F8_3 Maßnahmen empfohlen - Apotheke	12 (11,8%)	76 (74,5%)	88	14 (13,7%)
F8_4 Maßnahmen empfohlen - Freunde	9 (8,8%)	79 (77,5%)	88	14 (13,7%)
F8_5 Maßnahmen empfohlen - Zeitschriften, Broschüren	8 (7,8%)	80 (78,4%)	88	14 (13,7%)
F8_6 Maßnahmen empfohlen - Werbung	3 (2,9%)	85 (83,3%)	88	14 (13,7%)
F8_7 Maßnahmen empfohlen - eigene Entscheidung	57 (55,9%)	31 (30,4%)	88	14 (13,7%)
F8_8_a Maßnahmen empfohlen - Andere	3 (2,9%)	85 (83,3%)	88	14 (13,7%)

<b>F9 Sind Sie mit Ihrer Maßnahme, welche eine Stuhlverstopfung vermeiden soll, zufrieden?</b>						
	Häufigkeiten n (%)				n	fehlend n (%)
	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	nicht zufrieden		
F9 Maßnahme - Zufriedenheit	24 (23,5%)	53 (52%)	9 (8,8%)	2 (2%)	88	14 (13,7%)

<b>F10 Wenn Sie weniger oder nicht zufrieden sind, warum nicht?</b>				
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)
	ja	nein		
F10_1 nicht zufrieden - wegen - fehlende Wirksamkeit, kein Stuhlgang	5 (45,5%)	5 (45,5%)	10	1 (9,1%)
F10_2 nicht zufrieden - wegen - Nebenwirkungen	2 (18,2%)	8 (72,7%)	10	1 (9,1%)
F10_3 nicht zufrieden - wegen - Preis/Kosten	1 (9,1%)	9 (81,8%)	10	1 (9,1%)
F10_4 nicht zufrieden - wegen - Geschmack	0	10 (90,9%)	10	1 (9,1%)
F10_5 nicht zufrieden - wegen - fehlende Vorhersehbarkeit, wann die Wirkung eintritt	8 (72,7%)	2 (18,2%)	10	1 (9,1%)
F10_6 nicht zufrieden - wegen - ungenügende Milderung der Symptome	4 (36,4%)	6 (54,5%)	10	1 (9,1%)

<b>F11 Wurde beim Aufnahmegespräch mit der Pflegeperson das Thema „Ausscheidungen“ angesprochen</b>					
	Häufigkeiten n (%)			n	fehlend n (%)
	ja	nein	weiß nicht mehr		
F11: Wurde beim Aufnahmegespräch mit der Pflegeperson das Thema "Ausscheidung" angesprochen?	49 (48%)	32 (31,4%)	12 (11,8%)	93	9 (8,8%)

<b>F12 Wurden Sie beim Aufnahmegespräch konkret auf etwaige Probleme mit der Stuhlverstopfung angesprochen?</b>					
	Häufigkeiten n (%)			n	fehlend n (%)
	ja	nein	weiß nicht mehr		
F12: Wurden Sie beim Aufnahmegespräch konkret auf etwaige Probleme mit Stuhlverstopfung angesprochen?	23 (22,5%)	59 (57,8%)	11 (10,8%)	93	9 (8,8%)

<b>F13 Welche folgenden Punkte wurden im Rahmen des Aufnahmegesprächs abgefragt?</b>				
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)
	ja	nein		
F13_1 gefragte Punkte Aufnahmegespräch - wann letzter Stuhlgang	66 (64,7%)	25 (24,5%)	91	11 (10,8%)
F13_2 gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Häufigkeit der Stuhlentleerung	26 (25,5%)	48 (47,1%)	74	28 (27,5%)
F13_3 gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Maßnahmen zu Hause	11 (10,8%)	58 (56,9%)	69	33 (32,4%)
F13_4 gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Flüssigkeitszufuhr	54 (52,9%)	24 (23,5%)	78	24 (23,5%)
F13_5 gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Ernährungsgewohnheiten	34 (33,3%)	38 (37,3%)	72	30 (29,4%)
F13_6 gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Medikamente	50 (49%)	24 (23,5%)	74	28 (27,5%)
F13_7 gefragte Punkte Aufnahmegespräch - Vorlieben bezüglich Abführmittel	9 (8,8%)	55 (53,9%)	64	38 (37,3%)
F13_8_a gefragte Punkte Aufnahmegespräch - weitere Punkte	2 (2%)	97 (95,1%)	99	3 (2,9%)

<b>F14 Wurden Sie beim Aufnahmegespräch aufgefordert, sich bei Problemen mit der Stuhlausscheidung bei der Pflegeperson zu melden?</b>					
	Häufigkeiten n (%)			n	fehlend n (%)
	ja	nein	weiß nicht mehr		
F14 beim Aufnahmegespräch aufgefordert bei Probleme zu melden	41 (40,2%)	40 (39,2%)	11 (10,8%)	92	10 (9,8%)

<b>F15 Wurden Sie im Rahmen des Tagesablaufs während Ihres Aufenthaltes von der Pflegeperson gefragt, ob Sie Stuhlgang hatten?</b>					
	Häufigkeiten n (%)			n	fehlend n (%)
	ja, regelmäßig	ja, gelegentlich	nein, bis jetzt noch nicht		
F15 während Tagesablauf gefragt ob Stuhlgang	59 (57,8%)	29 (28,4%)	7 (6,9%)	95	7 (6,9%)

<b>F16 Würden Sie sich wünschen, Beratung zum Thema Stuhlverstopfung und Maßnahmen zur Vorbeugung zu erhalten?</b>					
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)	
	ja	nein			
F16 Wunsch nach Beratung	45 (44,1%)	49 (48%)	94	8 (7,8%)	

<b>F17 Wenn ja, in welcher Form würden Sie gerne mehr Informationen zum Thema erhalten?</b>					
	Häufigkeiten n (%)		n	fehlend n (%)	
	ja	nein			
F17_1 Form der Beratung - persönliches Beratungsgespräch	30 (66,7%)	15 (33,3%)	45	0	
F17_2 Form der Beratung - Broschüre	19 (42,2%)	26 (57,8%)	45	0	
F17_3 Form der Beratung - Austausch mit Betroffenen	3 (6,7%)	42 (93,3%)	45	0	

<b>F18 Alter</b>									
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>							<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	älter als 89		
F18 Alter	15 (14,7%)	15 (14,7%)	27 (26,5%)	15 (14,7%)	13 (12,7%)	13 (12,7%)	2 (2%)	100	2 (2%)

<b>F19 Geschlecht</b>				
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>		<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	männlich	weiblich		
F19 Geschlecht	37 (36,3%)	63 (61,8%)	100	2 (2%)

<b>F20 Höchster Schulabschluss</b>					
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>			<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	ohne Matura	mit Matura	Universität		
F20 höchster Schulabschluss	41 (40,2%)	30 (29,4%)	27 (26,5%)	98	4 (3,9%)

<b>F21 Wie häufig haben Sie Stuhlverstopfung?</b>						
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>				<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	einmal pro Woche	einmal pro Monat	seltener	noch nie		
F21 Häufigkeit Stuhlverstopfung	18 (17,6%)	11 (10,8%)	60 (58,8%)	4 (3,9%)	93	9 (8,8%)

<b>F22 Wie wahrscheinlich ist es, dass eine Stuhlverstopfung im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes bei Ihnen auftreten wird?</b>							
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>					<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	ja, ich bin mir sicher	ja, ich glaube schon	eventuell	nein, ich glaube nicht	nein, sicher nicht		
F22 Wahrscheinlichkeit dass Stuhlverstopfung auftritt	11 (10,8%)	10 (9,8%)	24 (23,5%)	34 (33,3%)	16 (15,7%)	95	7 (6,9%)

<b>F23 Was ist der Grund für Ihre Aufnahme ins Krankenhaus?</b>			
	<b>Häufigkeiten n (%)</b>	<b>n</b>	<b>fehlend n (%)</b>
	ja		
F23 Grund für Aufnahme ins Krankenhaus	91 (89,2%)	91	11 (10,8%)

## 13 Abstract

### **Hintergrund:**

Obstipation ist ein häufig auftretendes Problem und viele Menschen sind zumindest einmal in ihrem Leben damit konfrontiert. Da die Prävalenz mit zunehmendem Alter steigt, sind vor allem ältere Personen häufiger von einer Obstipation betroffen. Werden ältere Menschen in eine stationäre Einrichtung aufgenommen, kommt es zu einer Häufung diverser Risikofaktoren.

Es liegen zahlreiche Studien zum Erleben der Obstipation aus Sicht der Betroffenen und Maßnahmen zur Vermeidung einer Stuhlverstopfung vor. Jedoch bestehen derzeit nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Sichtweise älterer Menschen zum Ablauf des Obstipationsmanagements in einem Krankenhaus beschäftigen.

### **Ziel:**

Ziel der Studie ist die Erfassung des Verständnisses und des Umgangs älterer Personen mit dem Thema Obstipation und deren Sichtweise zum Ablauf des Obstipationsmanagements im Krankenhaus.

### **Methode:**

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein quantitatives, deskriptives Design. Im Rahmen der Untersuchung wurden ältere Patienten ab 60 Jahren ab dem vierten Tag ihres stationären Aufenthaltes in der Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus mittels eines standardisierten Fragebogen befragt. Es wurden 102 Patientenbefragungen ausgewertet.

### **Ergebnisse:**

Die Untersuchung zeigt, dass 44,1 % der Befragten zumindest „eventuell“ mit dem Auftreten einer Obstipation im Krankenhaus rechnen und nur 3,9 % noch nie von dieser Problematik betroffen waren. Die Umfrage bestätigt zudem den Einfluss diverser Faktoren auf das Stuhlverhalten, die zu einer Entstehung einer Obstipation im Krankenhaus beitragen.

Laut Patientenbefragung geben 48 % der befragten Studienteilnehmer an, dass das Thema „Ausscheidungen“ im Rahmen des Aufnahmegesprächs zwischen Pflegeperson und Patient angesprochen wurde. Der Fokus beim Aufnahmegespräch liegt vor allem auf der Erfassung des Zeitpunktes des letzten Stuhlgangs, präventive

Maßnahmen zur Verhinderung einer Obstipation werden allerdings nur selten erfasst. Ein Großteil der Patienten ist dennoch in der Lage, diese Interventionen im Krankenhaus weiter fortzuführen.

Obwohl die Mehrheit mit 75,5% mit den gesetzten Maßnahmen zur Vermeidung einer Obstipation zufrieden ist, wünschen sich rund 44 % der befragten Patienten Beratung zum Thema Obstipation.

### **Schlussfolgerung:**

Obwohl ein Großteil der befragten Patienten diverse nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Prävention einer Obstipation setzen, werden diese nur selten im Rahmen des Aufnahmegesprächs erhoben.

Es wird empfohlen, bereits bei der Aufnahme die bewährten Gewohnheiten zu erfassen, um die Patienten in ihren Bemühungen um eine regelmäßige Stuhlausscheidung zu unterstützen und mögliche, durch Obstipation verursachte Komplikationen zu vermeiden.

### **Background:**

Constipation is a common problem and many people are affected by it at least once in their life. As the prevalence rises with increasing age, elderly people are often affected by constipation. On admission of older people to the hospital various factors contribute to the development of constipation. Therefore it is very important to assess patient's bowel care routine.

There are numerous studies on the experience of constipation from the perspective of the people concerned and measurements to prevent constipation. However there are hardly any researches that engage in the view of elderly people about the procedure of bowel care management in a hospital.

### **Aim:**

The aim of this study is to determine elderly people's understanding of constipation and how they handle this problem. Furthermore this survey investigates the process of constipation management care from the perspective of elderly patients in a hospital.

**Method:**

The instant study is based on a quantitative, descriptive approach. A standardized questionnaire was used to collect data. People over the age of 60 were included into the survey, who have already been staying at the hospital for at least for days. The investigation was conducted in a private hospital named Rudolfinerhaus. Finally, a total of 102 questionnaires were analyzed.

**Results:**

The study shows that 44,1 % of the respondents envisaged the possibility of an occurrence of constipation in the hospital and 3,9% stated that they have never been affected by this problem. Furthermore, the survey confirms the influence of various factors on the bowel movement behavior, which contributes to development of constipation in hospital.

According to the patient survey, 48% of the participants assert that the issue of "elimination" was discussed during the admission interview between caregiver and patient. Patients were mainly asked on admission about the time of the last bowel movement; preventive measures to avoid constipation are however rarely mentioned. Even though 75,5 % of the participated patients are satisfied with their bowel care management taken to avoid constipation, about 44 % would prefer to get more information about constipation and preventive measures.

**Conclusion:**

Although a large proportion of the surveyed patients use several non-pharmaceutical measures for prevention of constipation, they are rarely assessed in the context of the admission interview. In order to support the patients in their bowel care management promoting regular bowel elimination and to avoid further complications, it is recommended to pay more attention on this topic at admission.

## 14 Lebenslauf

### ***Cornelia Kures***

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

<b>Bildungsweg</b>	<p><i>2005-2013:</i> Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Wahlfach Betriebswirtschaft</p> <p><i>2007-2010:</i> Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Privatspital Rudolfinerhaus, 1190 Wien</p> <p><i>2000-2005:</i> Bundeshandelsakademie, Maygasse 43, 1130 Wien</p> <p><i>1996-2000:</i> Gymnasium, Auf der Schmelz 4, 1150 Wien</p> <p><i>1992-1996:</i> Volksschule, Benedikt-Schellinger-G., 1150 Wien</p>
<b>Spezielle Praktika</b>	<p>6 Wochen am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Neurologie</p> <p>7 Wochen am AKH Wien, Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Abdominalchirurgie, palliative Chirurgie, Adipositaschirurgie, chirurgische Endokrinologie</p>
<b>Besondere Fachkenntnisse</b>	<p>Grundkurs in Kinästhetik und basale Stimulation</p> <p>Fortbildung im Bereich chronische Wundversorgung</p> <p>Basisseminar Aromapflege</p> <p>Mitarbeiterin des „Studentenarbeitskreises“ im Rudolfinerhaus und Mitverantwortliche für die Studentenbetreuung auf der Station</p>
<b>Spezielle Fähigkeiten</b>	<p>Sprachkenntnisse in Englisch, Französisch</p> <p>Gute EDV-Kenntnisse (Microsoft Office)</p>