

## **Evaluation des Darmmanagements Merkblatt für das Team**

Alle PatientInnen sollen gebeten/aufgefordert werden, an der Studie teilzunehmen und den Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen.

**Zeitpunkt der Befragung: Kurz vor der Entlassung.**

Die Befragung gliedert sich in 2 Teile:

Teil A: PatientInnen-FB

Teil B: Pflorgeteam-FB

An einem der letzten Tage vor der Entlassung auf die/den PatientIn zugehen, mit ihr/ihm gemeinsam Fragebogen Teil B ausfüllen, Fragebogen Teil A überreichen und in anonymer Box absammeln/abgeben lassen.

**Bitte auf jedem Teil des Fragebogens die FB-Nummer notieren**

**(= Durchnummerierung der Fragebogen in der Reihenfolge des Einlangens)**

**Wichtig ist, dass Teil A eindeutig Teil B zuordenbar ist und zusammengeheftet gesammelt werden.**

FB-Nummer .....

### 1. (Wesentlichster) Grund der Aufnahme der/des PatientIn

(bitte nur eine Antwort)

- ① Erstrehabilitation
- ② Uro-Check
- ③ Probleme bei Darmentleerung
- ④ Aufbautraining
- ⑤ Dekubitussanierung
- ⑥ anderer Grund: .....

### 2. Läsionshöhe

- ① Halswirbel
- ② oberhalb 8. Brustwirbel
- ③ unterhalb 8. Brustwirbel
- ④ unter 12. Brustwirbel/Lendenwirbel

### 3. Lähmungsart 1

- ① spastisch (d.h. es bestehen unwillkürliche Körperkrämpfe bei Berührung)
- ② schlaff (z.B. sichtbar durch reduzierte Bein oder Gesäßmuskulatur)

### 4. Lähmungsart 2 (bitte nur eine Antwort)

- ① komplett (sensibel und motorisch)
- ② inkomplett nur sensibel
- ③ inkomplett nur motorisch
- ④ inkomplett gemischt (verminderte Bewegung und Sensorik)

### 5. Hat der/die PatientIn (Mehrfachantwort möglich)

a	<input type="checkbox"/>	eine Enterostomaanlage („künstlicher Darmausgang“)
b	<input type="checkbox"/>	einen operativ angelegter analer Ersatzsphinkter (aufblasbare Manschette um den Analsphinkter)
c	<input type="checkbox"/>	einen Brindley-Stimulator
d	<input type="checkbox"/>	eine SNS (sakrale Nervenwurzelstimulation)
e	<input type="checkbox"/>	sonstige chirurgische Maßnahme: .....
f	<input type="checkbox"/>	keine der genannten Maßnahmen

### 6. Analinspektion

- ① schlaffer Anus
- ② Resttonus vorhanden
- ③ spastischer Anus

### 7. Welche Abführmittel bzw. unterstützende Substanzen/Medikamente nimmt der/die PatientIn zurzeit ein? (Mehrfachantwort möglich)

1	<input type="checkbox"/>	Leinsamen	23	<input type="checkbox"/>	Saab simplex gtt.
2	<input type="checkbox"/>	Weizenkleie	24	<input type="checkbox"/>	Antiflat
3	<input type="checkbox"/>	Algenprodukt	25	<input type="checkbox"/>	Fencheltee
4	<input type="checkbox"/>	Vollkornbrot	26	<input type="checkbox"/>	Kümmeltee
5	<input type="checkbox"/>	Dörrzwetschken	27	<input type="checkbox"/>	Pankreatin
6	<input type="checkbox"/>	Feigen	28	<input type="checkbox"/>	Motilium
7	<input type="checkbox"/>	Müsli	29	<input type="checkbox"/>	Colpermin Kps.
8	<input type="checkbox"/>	Rizinusöl	30	<input type="checkbox"/>	Ingwer
9	<input type="checkbox"/>	Agiolax	31	<input type="checkbox"/>	Mestinon Drg.
10	<input type="checkbox"/>	Bekunis-Tee/Drg.	32	<input type="checkbox"/>	Immodium Kps.
11	<input type="checkbox"/>	Neda-Früchtewürfel	33	<input type="checkbox"/>	Ubredit 5 mg
12	<input type="checkbox"/>	Laxalpin Tee	34	<input type="checkbox"/>	Dulcolax Supp.
13	<input type="checkbox"/>	Maycur Tee	35	<input type="checkbox"/>	Lecicarbon Supp.
14	<input type="checkbox"/>	Darmol Tafel	36	<input type="checkbox"/>	Microclyst
15	<input type="checkbox"/>	Artin Drg.	37	<input type="checkbox"/>	Lactulose
16	<input type="checkbox"/>	grüne Waldheim Drg.	38	<input type="checkbox"/>	Hylak gtt.
17	<input type="checkbox"/>	braune Waldheim Drg.	39	<input type="checkbox"/>	Spirulina mate
18	<input type="checkbox"/>	Dulcolax Drg.	40	<input type="checkbox"/>	Bioflorin Kps.
19	<input type="checkbox"/>	Agaffin	41	<input type="checkbox"/>	Antibiophilus Kps.
20	<input type="checkbox"/>	Guttalax gtt.	42	<input type="checkbox"/>	Movicol
21	<input type="checkbox"/>	Importal	43	<input type="checkbox"/>	keine
22	<input type="checkbox"/>	Feigette			
44	<input type="checkbox"/>	Sonstige/Welche? .....			

### 8. Selbständigkeit des/der PatientIn bei der Darmentleerung

(Grade nach Marjory Gordon)

- ① **Grad 0:** Kann alle Bewegungen selbständig durchführen
- ① **Grad 1:** Benötigt Hilfsmittel oder andere Vorrichtungen
- ② **Grad 2:** Ist darauf angewiesen, dass eine oder mehrere Personen helfen, beaufsichtigen oder anleiten
- ③ **Grad 3:** Benötigt sowohl Hilfsmittel/andere Vorrichtungen UND Unterstützung durch eine oder mehrere anderer Personen
- ④ **Grad 4:** Ist vollständig abhängig (wie Grad 3) und kann außerdem bei den Bewegungen nicht mithelfen

8c. Falls nicht völlig selbständig (ab Grad 1):

Was ist der hauptsächlichste Grund für die Unselbständigkeit?

- ① dauerhafte körperliche Einschränkung
- ② vorübergehende körperliche Ursache (z.B. Schwäche, Schmerzen u.ä.)
- ③ vorübergehende psychische Ursache (z.B. Depression, Angst u.ä.)
- ④ bauliche Mängel, Mängel in Ausstattung/Einrichtung/Gegebenheiten

9. Leidet die/der PatientIn unter Chronische Erkrankungen?

gekürzt: ja / nein

10. Leidet die/der PatientIn unter Magen-Darm-Erkrankungen?

gekürzt: ja / nein

13. RWH-Inkontinenz-Score		ja	teilweise/ schwach	nein
a	Windabgang nehme ich wahr	①	②	③
b	Stuhldrang nehme ich wahr	①	②	③
c	Stuhlabgang nehme ich wahr	①	②	③
d	Wind und Stuhl kann ich unterscheiden	①	②	③
e	Ich kann meinen Anus willkürlich zusammenkneifen	①	②	③
		<b>länger als 30</b>	<b>kürzer als 30 min</b>	<b>gar nicht</b>
f	Stuhl zurückhalten ist mir willkürlich möglich	①	②	③

14. Cleveland Clinic-Inkontinenz-Score		nie	seltener als 1x im Monat	häufiger als 1x im Monat	häufiger als 1x in der Woche	meist täglich
a	Wie oft verlieren Sie unkontrolliert <b>festen Stuhl</b> ?	①	②	③	④	⑤
b	Wie oft verlieren Sie unkontrolliert <b>flüssigen Stuhl</b> ?	①	②	③	④	⑤
c	Wie oft verlieren Sie unfreiwillig <b>Winde</b> ?	①	②	③	④	⑤
d	Wie oft tragen Sie eine <b>Vorlage</b> ?	①	②	③	④	⑤
e	Wie oft müssen Sie wegen Stuhlproblemen ihre festen <b>Lebensgewohnheiten</b> ändern?	①	②	③	④	⑤

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Auf Ihrer Station des Rehabilitationszentrums Weißer Hof findet im Auftrag der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eine Befragung zum Thema Darmmanagement statt, zu der wir Sie herzlich einladen wollen.

Ziel der Studie ist es, alle Patientinnen und Patienten hinsichtlich Ihres erlernten Darmmanagements zu befragen, um herauszufinden, wie Sie damit zurechtkommen und welche Probleme dabei auftreten können.

Ihre Erfahrungen sind für uns wichtige Informationen, um die Anwendung des Darmmanagements zu überprüfen und unsere Arbeit zu verbessern.

Wenn Sie uns bei dieser Studie unterstützen wollen, füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus, indem Sie einfach die auf Sie zutreffenden Antworten ankreuzen:

① ja       ② nein

Sollten Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens benötigen, wenden Sie sich an eine der drei untenstehenden Pflegepersonen.

Werfen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in die Box beim Schwesternpult ein.

Ihre Angaben werden anonym ausgewertet. Isabella Hager, Soziologin an der Universität Wien, wird die statistische Analyse durchführen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Pfllegeteam.

Wir danken sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Das Pfllegeteam vom Weißen Hof

FB-Nummer .....

(von Pflegeperson auszufüllen)

---

Teil A: Bitte geben Sie uns ein paar Angaben zu Ihrer Person:

1. Geschlecht    ① männlich            ② weiblich

2. Wie alt sind Sie?            ..... Jahre

3. Wie viele Jahre sind Sie bereits gelähmt?            ..... Jahre

4. Ist Ihre Querschnittlähmung....

- ① traumatisch
- ② angeboren
- ③ oder krankheitsbedingt?

5. Aus welchem Grund wurden Sie am Weißen Hof aufgenommen?

- ① Erstrehabilitation
- ② Wiederholte Aufnahme

→ 5a. Falls Sie wiederholt aufgenommen wurden,  
wo fand Ihre Erstrehabilitation statt?

- ① am Weißen Hof
  - ② woanders, und zwar: .....
- 

Teil B: Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre **Darmentleerung**  
und alles was damit zusammenhängt.

6. Falls Ihre Lähmung nicht angeboren ist, sagen Sie uns bitte, wie häufig Sie  
**VOR** dem Auftreten Ihrer Lähmung Stuhl hatten.

- ① mehrmals täglich
  - ① täglich
  - ② jeden .....ten Tag
-

## 10. Was verstehen Sie unter einer geplanten Darmentleerung?

Bitte beschreiben Sie dies in Ihren eigenen Worten.

.....

.....

---

## 12. Wie viele Stunden beträgt die Zeitspanne zwischen Ihrer oralen Maßnahme und Ihrer geplanten Darmentleerung?

① ich setze keine orale Maßnahme

ca. .... **Stunden**

⑨⑨ ich weiß es nicht

## 13. Wie ist Ihre Position bei der Darmentleerung?

① **sitzend** (WC oder WC-Stuhl)      oder      ② **liegend** im Bett14. Welche der folgenden Maßnahmen setzen Sie, um Ihren **Enddarm** zu entleeren?  
(Mehrfachantwort möglich)

a	<input type="checkbox"/>	Lecicarbon Zäpfchen
b	<input type="checkbox"/>	Dulcolax Zäpfchen
c	<input type="checkbox"/>	Glyzerin Zäpfchen
d	<input type="checkbox"/>	sonstige Zäpfchen: .....
e	<input type="checkbox"/>	Clysmol
f	<input type="checkbox"/>	Microclyst
g	<input type="checkbox"/>	Darmrohr legen
h	<input type="checkbox"/>	anale Irrigation mit Ballonsystem
i	<input type="checkbox"/>	anale Irrigation mit Pumpsystem
j	<input type="checkbox"/>	Bauchmassage
k	<input type="checkbox"/>	Pressen
l	<input type="checkbox"/>	digitales Stimulieren
m	<input type="checkbox"/>	digitales Ausräumen
n	<input type="checkbox"/>	anales Streching
o	<input type="checkbox"/>	Einlauf
p	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

---

## 15. Wie lange dauert Ihre Enddarmentleerung?

Gemeint ist die Darmentleerungszeit vom **Hinaufsetzen auf Toilette** (oder Duschrollstuhl) oder das **Stecken des Zäpfchens** (im Bett oder am Duschrollstuhl/WC) bis zu dem Zeitpunkt, wo der **Enddarm entleert** ist.

ca. .... **Minuten**

→ oder, falls länger als 60 Minuten: ca. .... **Stunden**

## 16. Wie wichtig ist Ihnen die Kontrolle Ihres Stuhls nach der Darmentleerung?

- ① ganz unwichtig                       ③ eher wichtig  
 ② eher unwichtig                       ④ sehr wichtig

## 18. Wie viele Tage dauert normalerweise Ihr Entleerungsrythmus?

Ich habe Stuhl jeden ..... **.ten Tag**

- ① ich habe keinen bestimmten Entleerungsrythmus  
 ② ich weiß es nicht

## 20. Wie häufig haben Sie mit Ihrem aktuellen Darmmanagement eine ungeplante Darmentleerung? (bitte nur eine Antwort)

ca. .... mal pro Woche

→ oder, falls seltener: ca. .... mal im Monat

→ oder, falls seltener: ca. .... mal im Jahr

→ oder  ① niemals

## 21. Welche der beiden Aussagen trifft besser auf Sie zu?

(bitte nur eine Antwort)

- ① Meine Aktivitäten orientieren sich nach meinem „Stuhhtag“  
 ② Mein „Stuhhtag“ orientiert sich nach meinen Aktivitäten
-

22. Wie gut funktioniert zurzeit Ihre **Darmentleerung**?

Bitte bewerten Sie anhand der folgenden Skala von 0-10.

funktioniert  
sehr schlechtfunktioniert  
sehr gut

①   ②   ③   ④   ⑤   ⑥   ⑦   ⑧   ⑨   ⑩

Teil C: Im letzten Abschnitt geht es um Ihre **Lebensgewohnheiten** und verschiedene stuhlbeeinflussende Faktoren.

24. Wie hoch ist Ihre Tagestrinkmenge?    ca. .... ml

25. Rauchen Sie?    ① ja    ② nein

→ 35a. Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? .....

26. Wie häufig konsumieren Sie die folgenden **Nahrungsmittel**?

		täglich	oft	manch- mal	selten	nie
a	Obst und Gemüse	①	②	③	④	⑤
b	Vollkornprodukte, Müsli	①	②	③	④	⑤
c	süße Speisen, Süßigkeiten	①	②	③	④	⑤
d	Fleisch oder Wurstwaren	①	②	③	④	⑤
e	fastfood oder salziges Knabbergebäck	①	②	③	④	⑤
f	scharf gewürzte Speisen	①	②	③	④	⑤
g	Fertigprodukte	①	②	③	④	⑤
h	fettarme Speisen	①	②	③	④	⑤
i	fettreiche Speisen	①	②	③	④	⑤
j	Milchprodukte	①	②	③	④	⑤

32. Bitte sagen Sie uns, von welchen der genannten Berufsgruppen, Personen oder Medien Sie bei der Erlernung Ihres Darmmanagements am meisten profitiert haben. Kreuzen Sie bitte die 3 wichtigsten der genannten Möglichkeiten an.

a	<input type="checkbox"/>	Filmen / Büchern / Zeitschriften
b	<input type="checkbox"/>	Erfahrungsaustausch mit anderen PatientInnen
c	<input type="checkbox"/>	Kontinenz- und Stomaberaterin
d	<input type="checkbox"/>	Bezugspflegepersonen
e	<input type="checkbox"/>	Aktivtherapeut, der selbst Rollstuhlfahrer ist
f	<input type="checkbox"/>	UrologInnen
g	<input type="checkbox"/>	PsychologInnen
h	<input type="checkbox"/>	ErgotherapeutInnen
i	<input type="checkbox"/>	ÄrztInnen
j	<input type="checkbox"/>	Diätologin

33. Wenn Sie ungeplante **Darmentleerungen** haben/hätten, wie stark sind/wären die folgenden Bereiche davon **betroffen**?

		gar nicht betroffen							sehr stark betroffen
a	Ihre Haushaltsführung	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
b	Ihr Beruf /Ihre Ausbildung	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
c	die Beziehung zu Ihren FreundInnen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
d	Ihre Partnerschaft	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
e	Ihre Familie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
f	Ihre Sexualität	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
g	Möglichkeiten, neue Kontakte zu knüpfen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
h	Möglk., bestehende Kontakte zu pflegen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
i	Möglichkeit, etwas zu unternehmen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
j	Ihr Selbstbewusstsein	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
k	Ihre Mobilität	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
l	Ihre Selbstbestimmtheit	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
m	Den Tagesablauf selbst zu gestalten	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
n	Unabhängigkeit bei den Akt. des tägl. Lebens	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.