

STUHLINKONTINENZ

The image features a solid blue background with a gradient from light blue at the top to a darker blue at the bottom. The word "STUHLINKONTINENZ" is written in a bold, white, sans-serif font, centered horizontally. In the lower right quadrant, there are several thin, white, parallel lines that run diagonally from the bottom left towards the top right, creating a sense of motion or a modern design element.

Stuhlinkontinez ist die Unfähigkeit, den Stuhlgang zurückzuhalten.

Stuhlinkontinenz ist ein umfassendes Problem des Menschen und erfordert kompetente, pflegerische und psychosoziale Betreuung.



Schweregrade der Stuhlinkontinenz

Grad 1:

Gelegentlich geringe Verschmutzung der Wäsche bzw. unkontrollierter Gasabgang


Grad 2:


Häufige Wäschverschmutzung bzw. unkontrollierter Abgang von Gasen, gelegentlich Abgang von flüssigem Stuhl

Grad 3:

Vollständig unkontrollierter Abgang von Stuhl und Gasen

PROBLEME BEI STUHLINKONTINENZ

- Erhebliche Lebensprobleme mit Verlust v.a. sozialer Lebensqualität
 - Sozialer Rückzug und Isolation der Betroffenen
 - Abhängigkeit von Pflegepersonen lässt Scham, Schuld- und Demütigungsgefühle entstehen
- 

- Unselbstständigkeit kann Angst, Aggression oder Depression auslösen. Suizidgefahr
 - Evtl. körperliche Folgeschäden, z.B. Dekubitus, Hautreizungen, Pilzerkrankungen
 - Überforderung pflegender Angehöriger . Folge: Einzug in eine Altenpflegeeinrichtung
- 

PFLEGEZIELE BEI STUHLINKONTINENZ

- Mobilität und soziale Kontakte erhalten
- Sicherheits- und Selbstwertgefühl durch Einsatz von Hilfsmitteln stärken
- Schmerzen und Folgeerkrankungen vermeiden
- Unabhängigkeit und individuelle Lebensqualität erhalten
- Einzug in eine Altenpflegeeinrichtung so lange wie möglich vermeiden

- Sekundärschäden vermeiden, z.B. Dekubitus, Intertrigo
- Pflegende Angehörige durch Unterstützung und Beratung entlasten
- Hygienische Verhältnisse sichern
- Nicht rehabilitierbare Inkontinenz akzeptieren
- Förderung von selbstständigem Umgang mit der Inkontinenz

ALLGEMEINE PFLEGE BEI STUHLINKONTINENZ

- Zu Pflegenden / Angehörige über Probleme / Risiken / Maßnahmen beraten
- Vertrauen fördern durch Bezugspflege
- Ärztl. Diagnose, individuelle Anamnese erstellen.
Defäkationsprotokoll
- Darmtraining durch Training regelmäßiger Ausscheidungszeiten

- Schamgefühl und Wunsch nach Intimsphäre respektieren: Zimmer / WC verlassen, Klingel erreichbar oder vor der Tür warten
- Obstipations,- Dekubitus,- Intertrigo,- Infektionsprophylaxe
- Sorgfältige intim,- und Hautpflege mehrmals täglich
- Möglichst gemeinsame Auswahl von geeigneten Hilfsmitteln

- Bei Menschen mit Demenz bekannte Orientierungshilfen anbieten. (z.B. Herzsymbol an der WC Tür, Weg zur Toilette kennzeichnen z.B. Pfeile Hinweisschilder, Piktogramme)
- Halterungs und Aufstehhilfen in der Toilette
- Gastro-kolischen Reflex ausnutzen. Wird ausgelöst beim Nahrungseintritt in den oberen Verdauungstrakt. Toilettengang etwa 5 Minuten nach Aufnahme eines warmen Getränkes
- Qualitätssicherung durch entsprechende Pflegestandards und Pflegekonzepte

KONTINENZTRAINING

Kontinenztraining bei Stuhlkontinenz ist eine bewährte Methode, welche oftmals zum Erfolg führt.

Regulierung der Ausscheidungsvorgänge durch Gewöhnung des Enddarms und damit erhebliche Erleichterung bei Bewältigung der Inkontinenz.

Wird ebenso bei der Harninkontinenz erfolgreich praktiziert.

INKONTINENZ- HILFSMITTEL

- Slip-Einlagen/Vorlagen in verschiedenen Größen und Stärken mit waschbaren Netzhosen
- Geschlossene Inkontinenzmaterialien
- Toilettenstuhl, Steckbecken
- WC-Aufstockung und Haltegriffe im Bad
- Analtampons (guter therapeutischer Effekt bei psychischer Ursache, ansonsten fragwürdig-Absprache mit Arzt ist erforderlich)

PFLEGEPROBLEM KOTSCHMIEREN

Im Zusammenhang mit der Stuhlausscheidung können sich bei älteren Menschen Verhaltensweisen auffällig verändern:

- Schamgefühl lässt nach
- Ausgeschiedener Stuhl wird mit Händen am Körper und/oder im Bett verschmiert
- Trotz häufiger Intimpflege ständige Verschmutzung durch Kot

URSACHEN

- Fortgeschrittene Demenz, mit vollständiger Desorientiertheit. Situationen und Körpervorgänge werden nicht mehr verstanden
- Überlaufinkontinenz durch Kotsteine (*Ursache: Kotstauung im Enddarm und mangelhafte Verschlussfunktion der Darmmuskulatur (Sphinkter) führen zum Überlaufen*)

PSYCHOLOGISCHE AUSSAGE

„was will der zu Pflegende ausdrücken?“

Kotschmierer kann regressive Entwicklung begleiten und ist oft zu verstehen als Protest, Trotz, Machtausübung, Wunsch nach Zuwendung auch bei Mangel an taktilen Reizen.

(Deprivationsprophylaktische Maßnahmen planen)

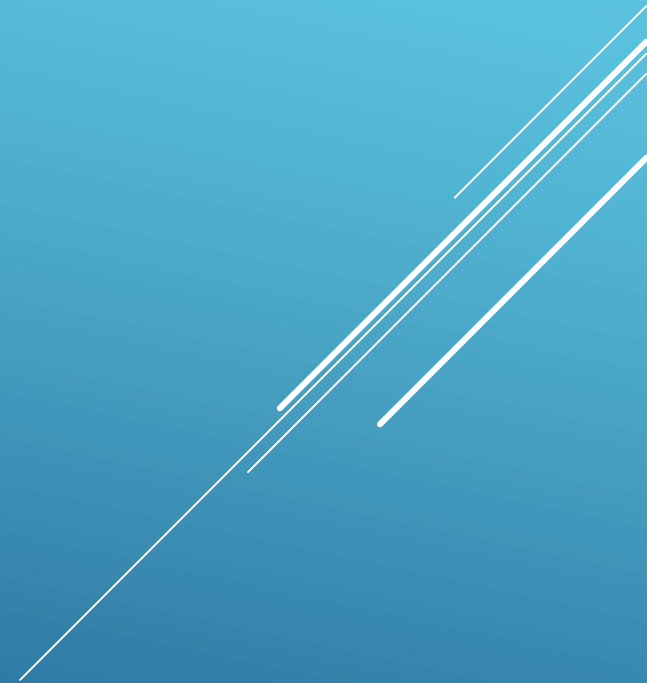
LÖSUNGSWEGE

- Ruhe bewahren, keine Vorwurfshaltung
- Patienten nach Bedarf gründlich säubern und verschmutzte Wäsche wechseln
- Kotsteine gesondert entfernen (Ernährungsumstellung erwägen)
- Abführmitteleinsatz mit Arzt absprechen (Recherche: was hat in der Vergangenheit bgeholfen? Hausmittel?)


- Obstipationsprophylaxe
- Genaue Dokumentation und Überwachung der Ausscheidungsfrequenz
- Individuelles Kontinenztraining durchführen
- Inkontinenzhilfsmittel überprüfen, evtl. anpassen
- Ästhetische Grundbedürfnisse von Mitbewohnern respektieren

- Geruchsbildung durch häufiges Lüften oder ätherische Öle vermeiden
- Gründliche Reinigung und Pflege der Fingernägel und Hände sowie von Gegenständen mehrmals täglich oder bei Bedarf
- Tagesstruktur, sinnvolle Aktivitäten und angemessene Reize zur Wahrnehmungsförderung geben.

HARNINKONTINENZ



Harninkontinenz steht für die Unfähigkeit die Blasenentleerung (Miktion) willkürlich zu kontrollieren, einhergehend mit ungewolltem Harnabgang

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

FORMEN VON HARNINKONTINENZ




STRESS,- ODER BELASTUNGSINKONTINENZ

Symptome:


Durch unzureichenden Harnröhrenverschluss bei plötzlicher Drucksteigerung im Bauchraum. Unwillkürlich tropfen- bis spritzenförmiger Urinabgang bei körperlicher Belastung ohne Harndrang.

Es liegt eine Speicherfunktion der Harnblase vor.


A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted diagonally from the bottom right towards the top right, set against the blue background.

- Stadium 1
 - Beim Husten und Niesen und Lachen
 - Stadium 2
 - Bei leichter körperlicher Anstrengung z.B. beim Aufstehen
 - Stadium 3
 - Spontan im Stehen und Liegen, ohne Auslöser
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

URSACHEN BEI FRAUEN

- Beckenbodenschwäche nach Geburten,
 - Absinken der Urogenitalorgane und Abknicken der Harnleiter
 - Übergewicht
 - Östrogenmangel in den Wechseljahren
 - Muskelatrophie im Alter
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted diagonally from the bottom right towards the top right, set against a blue gradient background.

URSACHEN BEI MÄNNERN


- Traumatische Zustände nach Unfällen (z.B. Beckenbruch)
 - Schließmuskelverletzungen durch Operationen an Prostata und Harnleitern
- 

THERAPIE UND PFLEGE

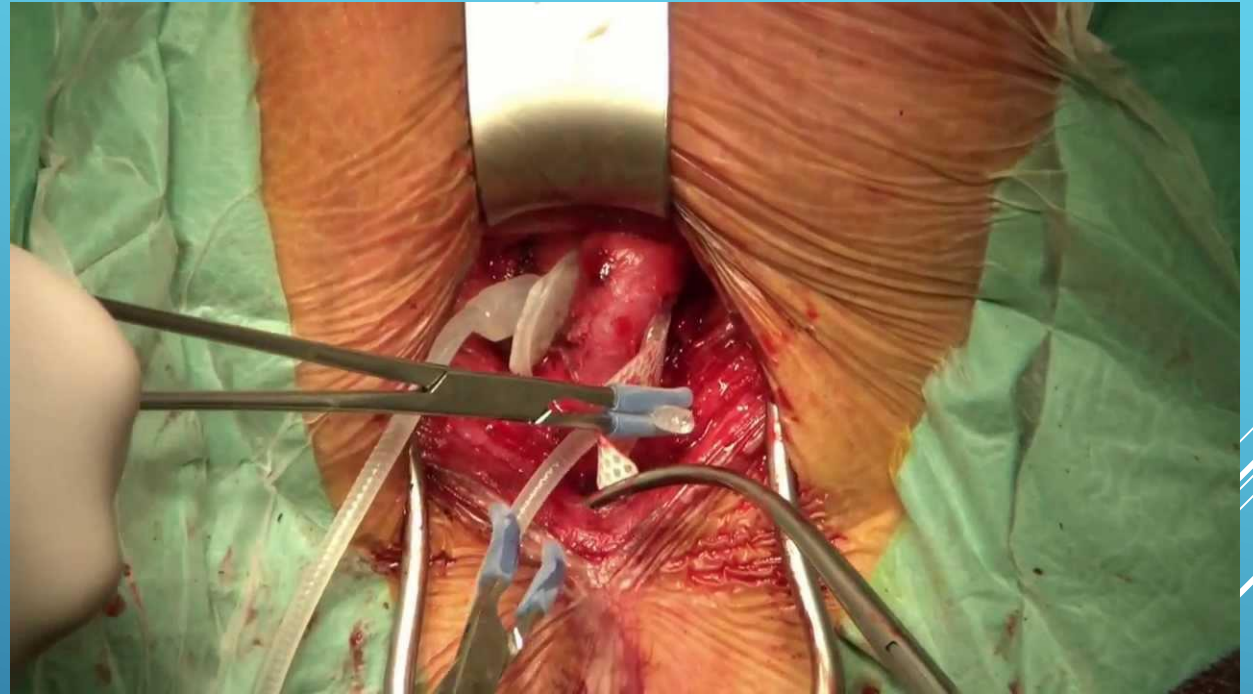
Bei Frauen:

- ärztl. Diagnose, Miktionskontrolle und Dokumentation
- Miktionsschema erheben z.B. über ein Miktionsprotokoll
- Individuelles Kontinenztraining
- Beckenbodengymnastik
- Elektrostimulation, Östrogentherapie, Medikamente, intravaginales Pessar
- Evtl. OP bei Gebärmutterabsenkung oder – Vorfall
- Reduktionskost bei Übergewicht, um Druck auf Blase zu vermindern
- Psychosoziale Betreuung und Beratung

Bei Männern

- Genaue Diagnose, Miktionskontrolle und Dokumentation
 - Operation, Implantation und hydraulische Sphinkterprothese
 - Psychosoziale Betreuung und Beratung
 - Individuelle Maßnahmen in der Pflegeplanung beschreiben
- 

Sphinkterprothese



Sphinkter ist in der Anatomie der Oberbegriff für alle Muskeln, die einen Verschluss - meist eines Hohlorgans - bewirken

Um den **Flüssigkeitshaushalt** sachgerecht zu dokumentieren, muß ein Miktionsprotokoll geführt werden.

Folgende Informationen sollten erfasst werden:

- **Uhrzeiten**
- **Trinkmenge**
- **Harnmenge**
- **Harndrang**
- **ungewollter Urinverlust**

DRANGINKONTINENZ (INSTABILE BLASE)

Auch: Urge – Inkontinenz, ungehemmte Blase.

Unterscheidung in motorische und sensorische Dranginkontinenz.

Häufigste Inkontinenzform bei älteren Menschen.

Oft auch Mischformen zwischen Stress – und Dranginkontinenz.

Es liegt eine Störung der Speicherfunktion der Harnblase vor.

Symptome:

Nicht zu unterdrückender, zwanghaft starker Harndrang. Die Zeitspanne zwischen Harndrang und Entleerung ist zu kurz

URSACHEN DER DRANGINKONTINENZ

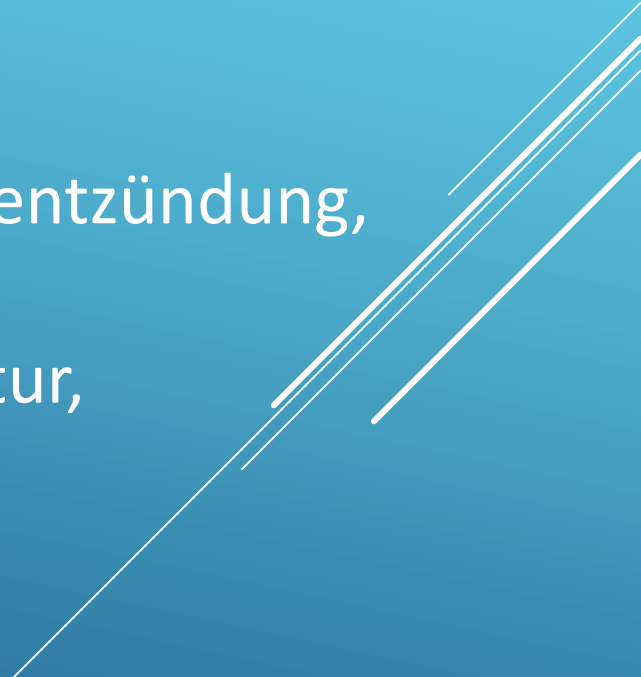
Sensorische Dranginkontinenz:

- Durch Reizung der Blasenschleimhaut ist die Blasenmuskulatur überaktiv. Z.B. bei Blasenentzündungen, Schleimhauttumore, Blasensteine, nach Bestrahlung, oder durch psychische Ursachen

Motorische Dranginkontinenz

- Nervenstörung im ZNS, z.B bei Apoplex, bei Demenz. Morbus Parkinson.
- Auch Nebenwirkung von Medikamenten wie Seditiva können die Drangkontinenz beeinflussen

THERAPIE UND PFLEGE BEI SENSORISCHER DRANGINKONTINENZ

- Ärztliche Diagnose, Miktionskontrolle und Dokumentation
 - Restharn nach ärztlicher Anordnung kontrollieren
 - Medikamentöse Therapie
 - Therapie der Grunderkrankung , Ausheilen der Blasenentzündung, Operation bei Steinen, Tumoren
 - Bei psychischer Ursache autogenes Training, Akupunktur, psychosoziale Betreuung und Beratung
- 

THERAPIE UND PFLEGE BEI MOTORISCHER DRANGINKONTINENZ

- ärztl. Diagnose, Miktionskontrolle und Dokumentation
- Medikation zur Ruhigstellung des Blasenmuskels (z.B. Mictrol, Spasmex) *Bei Überdosierung Gefahr der Blasenlähmung!*
- Ruhigstellung des Blasenmuskels durch Operation
- Restharn nach ärztlicher Anordnung kontrollieren

REFLEXINKONTINENZ

Symptome:

Unfreiwilliger Harnabgang ohne Harndrang, Verlust der willkürlichen Kontrolle von Blasenreflexen. Harndrang wird nicht gespürt, weil Nervenbahn unterbrochen ist.

Ursachen:

Erkrankung der Nervenbahnen oberhalb des Miktionszentrums durch z.B. Verletzungen des Rückenmarks mit Querschnittlähmung, Multiple Sklerose, Tumoren, Metastasenbildung, Morbus Parkinson

Komplikationen:

Bildung von Restharn, Harnwegsinfekte

A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

THERAPIE UND PFLEGE BEI REFLEXINKONTINENZ

- Ärztliche Diagnose
- Intermittierend (**wiederkehrend**) katheterisieren, Einmalkatheterisieren
- Blasenentleerung durch Triggermethoden gelten als sehr risikoreich und werden nicht mehr empfohlen, da Gefahr von Nierenschäden durch unphysiologischen Druckaufbau oder Restharnbildung

(Die Triggermethode ist auch als „Klopfmethode“ bekannt, da durch Klopfen auf Reflexzonen auf dem Unterbauch die Nerven in der Blase gereizt werden und es so zum Ablassen von Urin kommt. Durch das Triggern werden Kontraktionen in den Muskeln der Blase ausgelöst. Diese Methode wird besonders bei gelähmten Patienten angewendet, die keinerlei Möglichkeit mehr haben, selbst Maßnahmen zur Blasenentleerung zu ergreifen.)

- Medikamentöse Therapie z.B. Spasmolytika
- Bei zu Pflegenden mit Dekubitus, auch bei Gefährdung evtl. Blasenverweilkatheter, suprapubischer Blasenkatheter

ÜBERLAUFINKONTINENZ

Symptome:

Harnträufeln ohne Harndrang bei prall gefüllter Harnblase

Ursachen:

Urinabflussbehinderung der ableitenden Harnwege, z.B. durch Prostatavergrößerung, Steine, Tumore, Blase wird überdehnt, kann sich nicht mehr zusammenziehen und läuft über.

Komplikationen:

Nierenschädigung durch Rückstau des Urins in die Nieren bis hin zu Nierenversagen, akute und chronische Harnwegsinfektionen durch Verweilen großer Mengen Restharns in der Blase

THERAPIE UND PFLEGE BEI ÜBERLAUFINKONTINENZ

- Ärztliche Diagnose, Miktionskontrolle und Dokumentation
- Behebung der Engstelle durch Operation. Entfernung der Tumore, Steine, Prostataverkleinerung
- Medikamente nach ärztlicher Verordnung (z.B. Ubretid)
- Blasenentleerung durch Verweilkatheter nur dann, wenn andere Rehammaßnahmen keinen Erfolg bringen

- Bei Harnverhalt sofort Arzt benachrichtigen und den Patienten katheterisieren da die Gefahr eines Nierenversagens besteht
- Unverzögliche Behandlung der Blasenentleerungsstörung anstreben, Dauerversorgung mit Inkontienzmateriale vermeiden
- Regelmäßig restharn kontrollieren

PSEUDO-INKONTINENZ BEI DEMENZ



Symptome:

z.B. wiederholt eingemätschte Wäsche, Urinieren in Gegenstände wie Schuhe, Blumentöpfe, Toilette wird nicht gefunden. Urindrang wird nicht als solcher erkannt und kann auch nicht geäußert werden.

Ursachen:

Demenzielle Hirnprozesse mit örtlicher und situativer Desorientierung

Komplikationen:

Hautdefekte, psychosoziale Folgeschäden, Verstärkung von Abwehrmechanismen

THERAPIE UND PFLEGE BEI PSEUDO-INKONTINENZ

- Ärztliche Diagnose, Miktionschema erheben
- Behandlung der Grunderkrankung soweit wie möglich
- Bei neu aufgetretener Inkontinenz immer Ausschluss anderer Inkontinenzformen, oder Harnwegsinfekt
- Vorwurfshaltung unbedingt vermeiden, da psychische Problematik verstärkend wirkt

Miktionschema: Es ermittelt einerseits den Typ der Inkontinenz und kann so dazu beitragen, dass die richtigen Behandlungsmassnahmen ergriffen werden. Andererseits gibt es Aufschluss über die Blasenkapazität und enthüllt, wann der Patient den Drang zum Wasserlassen verspürt

- Toilettentraining: Toilettengänge mit Betroffener Person zu festgelegten Zeiten
- Wege zum oder im WC auch Nachts gut ausleuchten, Orientierungshilfen anbringen
- Kurze Wege zum WC, evtl. Toilettenstuhl bereitstellen
- Medikamente überprüfen: Wird Ausscheidung durch Schlafmittel, Psychopharmaka, Diuretika beeinflusst? Evtl. Dosis Anpassung durch Arzt

- Unruhezustände beachten, diese könnten Harndrang anzeigen. Toilettengang wenn möglich sofort durchführen. Blasenentleerung mit Zeitpunkt und Begleitumstände dokumentieren
- Selbstständiger Umgang mit Hilfsmitteln regelmäßig üben
- Patienten vor allem Nachts gut beobachten und begleiten
- Gefahr eines Sturzes bei Unruhe auf Grundstarken Harndrangs: Sturzprophylaxe durchführen

PROBLEME BEI HARNINKONTINENZ

- Selbstwertgefühl leidet durch „Geruchsbelästigung“ anderer
- Angst vor Stigmatisierung
- Angst vor Unselbstständigkeit und Abhängigkeit von Pflegekräften, selbstständige Körperpflege kann oft nicht mehr durchgeführt werden
- Inkontinenz ist ein Tabuthema und wird verschwiegen
- Intimsphäre wird durch ständige Kontrollen durch Pflegekräfte verletzt
- Pflegende Angehörige sind oft überfordert: Folge oft Einzug in Altenpflegeeinrichtung

- Gefahr möglicher Folgeschäden wie Infektionen, Hautdefekte, Sturz
- Bewusste Trinkeinschränkung aus Angst vor häufigen Toilettengängen:
Gefahr der Dehydration
- Gefahr psychosozialer Folgeschäden: Depressionen, soziale Isolation
aus Scham, Schuldgefühle, manchmal in Verbindung mit
herausforderndem Verhalten, Suizidgefahr
- Gefährdungspotentiale, z.B. Dekubitus, Intertrigo

SCHWEREGRADE VON INKONTINENZ

Leichte Inkontinenz	Harnverlust von ca. 50-100 ml/4 Stunden
Mittlere Inkontinenz	Harnverlust von ca. 100 – 200 ml/4 Stunden
Schwere Inkontinenz	Harnverlust von ca. 200 – 300 ml/4 Stunden
Schwerste Inkontinenz	Harnverlust über 300 ml/4 Stunden

INKONTINENZHILFSMITTEL

Alle Inkontinenzhilfsmittel müssen so ausgewählt werden, das größtmögliche Akzeptanz und Selbstständigkeit besteht.



Aufsaugende Hilfsmittel

Optimale Versorgung wird gesichert durch ein individuell den Bedürfnissen angepasstes Hilfsmittel (Größe, Handhabbarkeit, Saugfähigkeit, Tragekomfort)

Fehlangepasste Hilfsmittel verringern Lebensqualität und können neue Risiken auslösen. Z.B. Dekubitusgefahr bei zu engen geschlossenen Inkontinenzmaterialien oder Sturzgefahr bei falsch sitzenden Hilfsmitteln

Körperferne aufsaugende Hilfsmittel

Wieder verwendbare, aufsaugende Betteinlagen, wenn keine Spezialmatratze Anwendung findet.

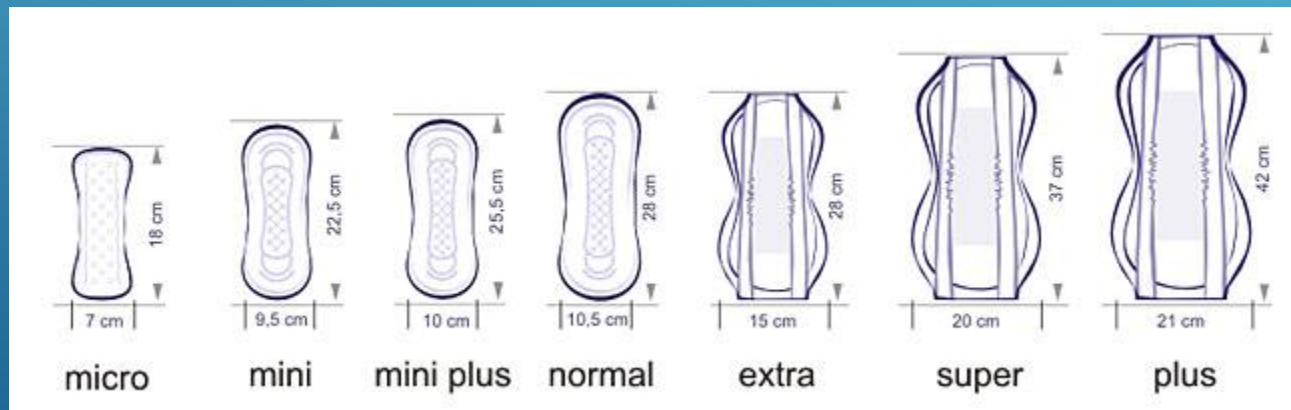
Einmalprodukte zum Schutz vor Sitzmöbeln



Körpernahe aufsaugende Hilfsmittel

Slip-Einlagen in verschiedenen Stärken mit waschbaren Netzhosen

Anatomisch geformte Vorlagen



Geschlossene Inkontinenzmaterialien

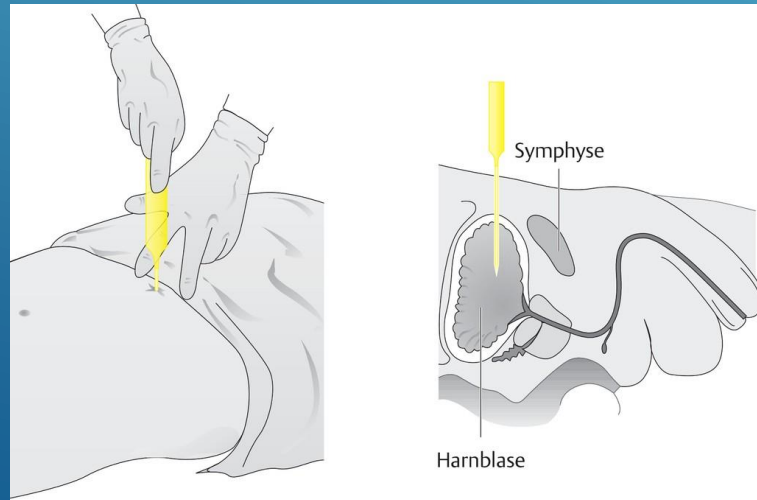
Tropfenfänger



Ableitende Hilfsmittel

Kondomurinal, einsetzbar von Pflegekraft aber auch von Betroffenen selbst

Transurethraler Verweilkatheter
Suprapubischer Blasenkatheter



Transurethraler Katheter

Anlage durch Pflegekraft n.ä.V

Hohes Risiko von aufsteigender Infektion
Etwa ab der 4.Woche auch bei guter Pflege

Verweildauer ca. 5 Tage - 4 Wochen, je
nach Material

Kein Blasentraining möglich

Kontraindikationen: Harnröhrenverengung
(Harnröhrenstriktur) oder Verdacht auf
Harnröhrenabriss

Risiko: Verletzungen beim Legen des
Katheters

Suprapubischer Katheter

Anlage durch den Arzt

Geringes Infektionsrisiko

Verweildauer 6 – 12 Wochen

Blasentraining möglich

Kontraindikationen: Schwangerschaft,
Blasentumore, Gerinnungsstörung,
Anurie, Adipositas

Risiko: Blutungen bei der Anlage,
Wundinfektionsrisiko der Einstichstelle

Mobile Toilettenhilfen und Ausstattung

- Toilettenstuhl
- Urinflasche mit Betthalterung
- Steckbecken, Toilettensitzerhöhung
- Haltegriffe in Toilettennähe
- Gut erreichbare Alarm- und Sprechanlage
- Beschilderung und gute Beleuchtung der Toilette und des Weges
- Ausreichend Platz für Patienten mit Rollstuhl

