



**CAMPUS
RUDOLFINERHAUS**
Die erste Adresse für Bildung in der Pflege

EINE KOOPERATION VON FH WIENER NEUSTADT UND RUDOLFINERHAUS WIEN

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege
Studiengangsleiterin: Mag.^a Elisabeth Sittner

Harn- und Stuhlinkontinenz: Die Scham der Betroffenen im Fokus

Bachelorarbeit 2
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science in Health Studies (B.Sc.)

eingereicht von

Reinhard Brandl

Matrikelnummer: 1410654103

Betreuerin:
Colombine Eisele, Dipl. Pflegepäd.ⁱⁿ (FH)

Wien und Wiener Neustadt, 10. Mai 2017

Übersicht

Hintergrund

Bei Harninkontinenz handelt es sich um ein weit verbreitetes Phänomen, dennoch stellt es, gemeinsam mit Stuhlinkontinenz, weiterhin ein Tabu in der Gesellschaft dar. Neben den körperlichen Beschwerden spielt bei diesem Thema jedoch auch das Gefühl der Scham eine zentrale Rolle, da es zum Beispiel dazu führen kann das sich die Betroffenen in soziale Isolation zurückziehen. Bei der Scham aufgrund unkontrolliertem Verlust von Ausscheidungen handelt es sich um ein bekanntes Problem in der Pflege, leider wird dieser Empfindung nicht die Aufmerksamkeit zuerkannt, die notwendig wäre.

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, Unterschiede zwischen Scham bei Harn- und Stuhlinkontinenz zu beleuchten und den Angehörigen der Pflegeberufe die Thematik näher und auch bewusster zu machen.

Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cinahl und PubMed durchgeführt um Arbeiten ermitteln zu können, welche dem gewählten Thema entsprechen. Nach Eingrenzung der Beiträge anhand der beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien, konnten 10 Studien zur Erarbeitung der Ergebnisse eingeschlossen werden.

Ergebnisse

Als besonders beschämend konnte das vorherrschende Tabu in der Gesellschaft als auch unangepasstes Kommunikationsverhalten von Seiten der Pflegenden identifiziert werden. Des Weiteren ist es schamauslösend für die Betroffenen, wenn sie unzureichend informiert werden und dadurch in die Situation gebracht werden, nicht ausreichend Hilfe erwarten zu können. Als Erkenntnisse für die Pflege konnten die empathische und direkte Kommunikation über Inkontinenz als auch die Beratung bezüglich Hilfsmittel zur Inkontinenzversorgung identifiziert werden. Auch das Internet konnte als wertvolle Ressource für Personen mit Inkontinenz eruiert werden.

Schlussfolgerung

Es zeigen sich viele schamauslösende Faktoren für Personen mit Inkontinenz. Um diesen als Pflegeperson begegnen zu können, ist es wichtig ein umfassendes

Fachwissen zu besitzen und auch passende Kommunikation. Des Weiteren sollten Pflegende sich über Inkontinenzversorgungsmaterial informieren um die Patienten und Patientinnen umfassend beraten zu können oder eine spezifisch ausgebildete Fachperson hinzuziehen. Ebenso sollte eine Information hinsichtlich Selbsthilfegruppen und Internet-Foren passieren, welche für die betroffenen Frauen und Männer als Unterstützung dienen können.

Abstract

Background

Urinary and fecal incontinence are widespread phenomena, but they continue to be taboos in society. In addition to physical discomfort, the feeling of shame plays a central role in this topic, as it can lead to social isolation. In nursing, the shame of uncontrolled loss of excretions is a well-known problem, but it is not given the attention that is necessary.

Aim

The aim of this thesis is to shed light on the differences between the shame of urinary and fecal incontinence and to make the medical community nursing professionals more aware of this subject.

Method

A systematic literature search was conducted in the databases of Cinahl and PubMed to identify works corresponding to the selected topic. After retriecting the studies by using the described criteria, 10 studies were selected to elaborate the results.

Findings

The prevailing taboos in society as well as the uninformed communication practices of caregivers are identified as particularly shameful. Furthermore, it is also embarrassing for those who are affected. They are insufficiently informed and thus placed in the situation to not be able to expect sufficient assistance. Empathic and direct communication about incontinence as well as counseling regarding incontinence care aids were identified as findings for successful interventions. The Internet could also be found as a valuable resource for people with incontinence.

Conclusion

There are many shame-triggering factors for people affected by incontinence. In order to deal with this as a nursing professional, it is important to have comprehensive knowledge and effective communication. Furthermore, nurses should be appropriately informed about incontinence care in order to provide comprehensive information to the patients or to know when to involve a specifically trained specialist. Similarly, resources on self-help groups and Internet forums should be provided, which can serve as a support for the affected women and men.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
1.1	Problemaufriss.....	2
1.2	Fragestellung und Ziel der Arbeit.....	4
1.3	Die Scham	4
1.4	Inkontinenz.....	8
2	Methodik.....	13
2.1	Literaturrecherche	13
2.1.1	Verwendete Suchbegriffe	13
2.1.2	Ein- und Ausschlusskriterien	14
2.1.3	Verwendete Datenbanken, Suchmaschinen	15
2.1.4	Suchprotokoll.....	15
2.1.5	Flussdiagramm zur Selektion der Studien	17
2.1.6	Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche	18
2.2	Expertinnengespräch.....	21
2.2.1	Einleitung und Setting.....	21
2.2.2	Inhalte des Gesprächs.....	22
2.2.3	Zusammenfassung der Erkenntnisse	26
3	Ergebnisse	27
3.1	Tabellarische Darstellung der Studien.....	27
3.2	Schamauslösende Faktoren bei Harninkontinenz	33
3.3	Schamauslösende Faktoren bei Stuhlinkontinenz.....	35
3.4	Interventionsmöglichkeiten für Pflegepersonen	37
4	Diskussion	41
4.1	Beantwortung der Fragestellung.....	43
4.2	Limitationen.....	45
5	Zusammenfassung.....	47
6	Literaturverzeichnis	49
7	Abbildungsverzeichnis.....	52
8	Tabellenverzeichnis.....	53
9	Anhang	54
10	Eidesstattliche Erklärung	82

1 Einleitung

Die folgende Arbeit widmet sich dem Thema „Harn- und Stuhlinkontinenz: Die Scham der Betroffenen im Fokus“. Diese Arbeit richtet sich an Berufsangehörige und Studenten des Gesundheits- und Krankenpflegepersonal. Einleitend wird die Darstellung der Relevanz des gewählten Themas, der Fragestellung, welche anhand dieser Arbeit beantwortet werden soll und der Klärung der wichtigsten thematischen Inhalte dargestellt. Anschließend wird konkret auf die Literaturrecherche sowie auf die dadurch ermittelten Studien eingegangen. Die weiteren Kapitel dieser Arbeit werden die Ergebnisse aus dem Expertinnengespräch¹ darstellen und die Beantwortung der Fragestellung, sowie ein Resümee über die ermittelten Ergebnisse präsentieren.

1.1 Problemaufriss

Das Thema „Inkontinenz“ wird stark von der gesellschaftlichen Meinung, dass dies ein Tabu sei, beeinflusst. Zusätzlich wird diese Annahme dadurch verstärkt, dass dies kaum in den Massenmedien, im Freundeskreis oder teilweise auch den Mitarbeitern von Gesundheitseinrichtungen thematisiert wird (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 38). Trotz dieses Umstandes handelt es sich, zum Beispiel bei der Harninkontinenz, um ein weit verbreitetes Phänomen, wie auch durch die Erhebung der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Bundesministeriums Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz dargestellt wird. Von 410 interviewten Personen über 80 Jahre gaben 34,1% Personen an, an Harninkontinenz zu leiden, von diesen Personen sind 40,5% Frauen und 25,4% Männer (ÖPIA, 2015, S. 49). Zur besseren Veranschaulichung folgt nun eine tabellarsiche Darstellung dieser Ergebnisse:

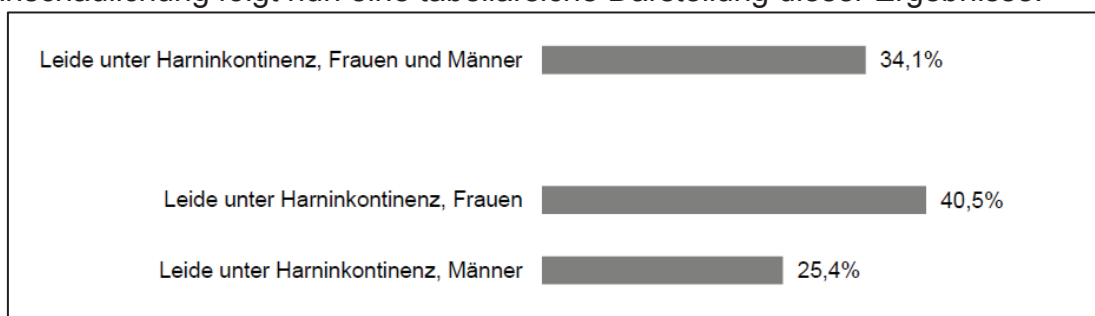


Abbildung 1: Harninkontinenz

¹ Der Autor ist darum bemüht, sich möglichst geschlechtsneutral auszudrücken. Ist dies nicht möglich, wird die Methode der Paarform verwendet. Formulierungen, die sich ausschließlich auf ein Geschlecht beziehen, sind als solche zu verstehen.

Jedoch ist Harninkontinenz nicht rein ein Symptom, das Pel (ÖPIA, 2015, S. 50) fanden Samuelsson, Victor und Tibblin (1997, S. 74) heraus, dass auch Frauen zwischen 27 und 59 Jahren von Harninkontinenz betroffen sind.

Dieser Verlust der Kontrolle über die eigene Blase, kann sich auf die persönliche Lebensqualität der betroffenen Frauen auswirken, wie etwa auf die täglichen Aktivitäten, soziale Interaktion, das emotionale Befinden oder die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit. Trotz dieser Erkenntnisse sind die Zahlen der Frauen, welche medizinische Hilfe aufgrund ihrer Inkontinenz aufsuchen, niedrig, da sie zum Teil der Meinung sind, dass sie davon keinen großen Nutzen hätten (Hägglund und Wadensten, 2007, S. 306). Männer verbinden mit dem unkontrollierten Verlust von Urin Gefühle der Impotenz, des Unwohlseins und der Scham (Eilat-Tsanani, Tabenkin, Shental, Elmalah & Steinmetz, 2013, S. 153).

Neben der Urininkontinenz können Personen jedoch auch von Stuhlinkontinenz betroffen sein. Die Prävalenz reicht hierbei von 3% bis 24%, für beide Geschlechter (Olsson & Berterö, 2014, S.1). Bei unwillkürlichem Stuhlverlust handelt es sich um ein verstecktes Problem, welches mit dem Gefühl der Beschämung einhergeht und das großen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen hat (Whitehead at al., 2001; zitiert nach Woodward, 2012, S. 224). Es gibt jedoch nur wenig Wissen als auch Studien über die Erfahrungen sowie über das Leben mit Stuhlinkontinenz und über die Perspektiven der Betroffenen (Olsson & Berterö, 2014, S. 143).

Es zeigt sich, dass es von Bedeutung ist, dass sich auch Pflegepersonen mit dem Thema der Scham auseinandersetzen, da zum Beispiel chronische Scham zu physischen, emotionalen und sozialen Störungen führen kann, wodurch sich in weiterer Folge noch weitreichendere Konsequenzen entwickeln können (Crowe, 2004; zitiert nach Chilton, 2012, S. 1). So wäre eine mögliche Konsequenz, dass es zur sozialen Isolation seitens der Betroffenen kommt (Dombrowsky & Gray, 2012, S. 34).

Scham ist in der Pflege und Betreuung ein bekanntes Thema, dennoch wird sie bisher nicht angemessen beachtet und berücksichtigt (Niedermann, 2015a, S. 7). Der Aspekt „Scham“ wird im beruflichen Alltag der Pflege kaum bis gar nicht thematisiert, obwohl sich Angehörige von Pflegeberufen täglich mehrfach in Situation mit schamauslösendem Charakter, sowohl für die Pflegenden als auch die Patienten und Patientinnen, begeben. Es gilt nach wie vor als ein Tabuthema. Ein Grund hierfür

könnte sein, dass im Gesundheitssystem weiterhin das Vorurteil besteht, dass man nur in diesen Berufen arbeiten kann, wenn man Gefühle, wie etwa die Scham, nicht empfindet (Immenschuh & Marks, 2014, S. 72).

1.2 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Im Setting eines Krankenhauses, Pflegeheimes oder der mobilen Betreuung gibt es verschiedenste Akteure, welche Scham erleben, sowohl das Gesundheitspersonal als auch die betreuten Personen können davon betroffen sein. Generell ist die Studienlage sehr stark auf das Empfinden der Patienten und Patientinnen fokussiert, daher steht auch bei der ermittelten Fragestellung die Scham der Patienten und Patientinnen im Vordergrund. Um das Gefühl der Scham im Kontext der Inkontinenz umfassend beschreiben zu können, wurde folgende Fragestellung formuliert:

Welche schamauslösenden Faktoren erleben Patienten und Patientinnen, welche von Inkontinenz betroffen sind, und wie können Pflegende unterstützend darauf reagieren?

Ziel dieser Arbeit ist es, durch Diskussion und Gegenüberstellung der Ergebnisse der recherchierten Literatur die formulierte Fragestellung zu beantworten und dadurch neue Erkenntnisse für Pflegepersonen zu liefern. Ebenso soll den Angehörigen der Pflegeberufe die Thematik näher und auch bewusster gemacht werden, da diese im beruflichen Alltag jederzeit mit Scham konfrontiert sein können.

1.3 Die Scham

Es ist nicht einfach eine allgemeingültige Definition für den Begriff „Scham“ zu finden, da es sich um ein sehr subjektives Empfinden handelt. Es ist somit wie jedes andere unangenehme Gefühl, ähnlich wie Ekel, Schuld, Angst oder Hoffnungslosigkeit, schwer zu diskutieren. Daher werden nun die aussagekräftigsten Beschreibungen dargestellt.

Etymologisch stammt das Wort Scham von der alten germanischen Wurzel „skam/skem“ und steht für „Schamgefühl, Beschämung, Schande“. Zurückzuführen ist der Begriff auf das indogermanische Wort „kam/kem“, welches „zudecken, verschleiern oder verbergen“ bedeutet (Tiedermann, 2007; zitiert nach Niedermann, 2015b, S. 28).

Das Oxford Dictionary of English definiert Scham als ein Gefühl der Verzweiflung oder Demütigung, welches durch das Bewusstsein der Schuld oder Leichtsinn einer selbst oder einer anderen Person verursacht wird (Oxford Dictionary of English, 2006; zitiert nach Archer, 2014).

Pernlochner-Kügler (2010, S. 24) beschreibt Scham unter anderem wie folgt:

Scham ist ein feiner Gradmesser für angemessenes oder unangemessenes Verhalten. Es „bestraft“ uns auf sehr unangenehme Art und Weise, wenn wir gegen Normen, Konventionen und Regeln verstoßen. Wer nicht fühlen kann, in welcher Situation ein bestimmtes Verhalten passend oder angemessen ist, wird sozial auffällig und verhält sich irrational. Insofern ist Scham ein Gefühl, das uns davor schützt, uns unpassend zu benehmen und unser Ansehen, unseren Status zu verlieren.

Eine weitere Art die Scham zu verstehen, ist folgende Darstellung des Begriffes:

Scham kann „als „Hüterin der Würde“ (Jacoby, 1997, S. 159; zitiert nach Pfabigan, 2012, S. 25) betrachtet werden, als sie der zentrale Affekt ist, der vor Entblößung, Demütigung und Erniedrigung schützt. Ebenso ist es die Scham, die eine solche Entwürdigung zum Ausdruck bringt (Pfabigan, 2012, S. 25).

Somit lässt sich Scham als ein Gefühl beschreiben, welches in Kraft tritt, wenn betroffene Personen sich ihrer eigenen Schuld bewusstwerden (Oxford Dictionary of English, 2006; zitiert nach Archer, 2014). Ebenso dient die Scham dazu, zwischen gesellschaftlich angesehenem und unansehnlichen Verhalten zu differenzieren, um uns vor irrationalen Handlungen zu bewahren (Pernlochner-Kügler, 2010, S. 24). Hierbei bekommt die Scham eine Doppelbedeutung, da sie uns einerseits vor Demütigung bewahrt (Jacoby, 1997, S. 159; zitiert nach Pfabigan, 2012, S. 25), jedoch erst durch Auftritt dieser Emotionen in Kraft tritt (Pfabigan, 2012, S. 25). Es lässt sich aus diesen Erkenntnissen der Schluss ziehen, dass wir erst gegen Normen und Regeln verstoßen müssen, um durch Scham zu lernen welches Verhalten passend ist.

In der Pflegeliteratur werden Scham und Schuld oft gemeinsam verwendet und zum Teil wie ein und das selbe Konzept dargestellt, jedoch liefern weitere Beiträge die Erkenntnis, dass „die Scham“ nicht gleich „die Schuld“ ist (Chilton, 2012, S. 4 - 5). Es handelt sich dabei um zwei unterschiedliche Konzepte, da sich die Schuld auf das eigene Tun und die Scham sich auf das eigene Sein bezieht (Werkander Harstäde,

Roxberg, Andershed & Brunt, 2012, S. 792), denn erlebte Schuld motiviert den Menschen zur Wiedergutmachung für das aufgezeigte Verhalten, während erlebte Scham dazu führt, dass sich die Person für das eigene Selbst schlecht fühlt (McCloskey und Stuewig, 2005; zitiert nach McFall & Johnson, 2009, S. 57). Die beiden Konzepte stehen durchaus in einem Zusammenhang zueinander, sie sind jedoch nicht als ein gemeinsamer Ansatz zu sehen.

„Scham ist wie Furcht, Wut, Ekel, Neugierde, Freude und Traurigkeit den Menschen universell angeboren, doch nur Scham besitzt keine vorsoziale von der Kultur getrennte Existenzweise“ (Heller, 1985, S. 5; zitiert nach Pfabigan, 2012, S. 25). Daraus lässt sich schließen, dass Scham zwar mit dem kulturellen sowie gesellschaftlichen Umfeld in Verbindung steht, jedoch nicht ausschließlich anerzogen ist.

Pernlochner-Kügler (2010, S. 23) beschreibt hierzu, dass sich bereits zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr das Schamgefühl für das Beobachtet-Werden bei Verbotenem entwickelt und dass sich die Körperscham sowie die Scham für Nacktheit sich zwischen dem fünften und sechsten Lebensjahr entwickelt. Ebenso bildet sich Scham in der Kindheit durch die Interaktion mit anderen Individuen des sozialen Umfeldes, beginnend mit den Eltern und Geschwistern, bis hin zur Auseinandersetzung mit der gesamten Gesellschaft (Sidoli, 1988; zitiert nach Chilton, 2012, S. 6).

Bezogen auf das kulturelle Umfeld zeigt sich das Beispiel der Tuareg, welche in Nordafrika leben, wo es zur Tradition gehört, dass Männer einen Gesichtsschleier tragen. Müssten sie diesen in der Öffentlichkeit ablegen, dann empfänden sie dies, wie wenn wir gezwungen wären uns nackt in der Öffentlichkeit zu zeigen (Vázquez-Figueroa, 1989; zitiert nach Immenschuh & Marks, 2014, S. 15-16). Dieses Beispiel zeigt, dass es zu Konflikten für Pflegepersonen kommen kann, wenn nicht auf die Herkunft und den damit verbundenen Vorstellungen sowie Umgangsweisen eingegangen wird.

Neben der Entwicklung und Entstehung sind auch die Ursachen der Scham, für Patienten und Patientinnen, vielseitig. Die Erfahrung, sich erneut in der Lage eines Kindes wiederzufinden und in diesen Belangen auf die Unterstützung anderer angewiesen zu sein, stellt für viele Menschen eine Schamquelle dar (Pfabigan, 2012, S. 26). McFall und Johnson (2009, S.61) zählen weitere Auslöser für Scham, vor allem

im Erwachsenenalter auf. Dazu zählen Essstörungen, physische und psychische Einschränkungen, ein erlebtes Trauma oder auch erlebter Kindesmissbrauch. Sie leiten in ihrer Arbeit auch direkte Konsequenzen von erlebter Scham ab. So fanden sie heraus, dass Frauen vermehrt mit Depression und Männer öfter mit Wut reagieren. Weitere Folgen können Essstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, die Angst vor negativen Emotionen und eine posttraumatische Belastungsstörung sein.

Pernlochner-Kügler (2010, S. 23) listet in ihrem Buch zusätzliche Situationen auf, welche Schamgefühle auslösen, zum Beispiel, wenn wir bei unangemessenem oder verbotenen Verhalten beobachtet oder erwischt werden, wenn wir ungewollt Aufmerksamkeit erregen und die Blicke anderer auf uns ziehen, wenn wir nackt sind, schwach oder hilfsbedürftig. Wir schämen uns für Makel, Schmutzigkeit, Kontrollverlust und für Statusverlust. Hier ist anzumerken, dass alle genannten Schamsituationen letztlich immer zu einem Statusverlust führen. Vor allem der soziale Status kann bedroht sein, wenn man auf gesellschaftsbezogene Werte bezogen, wie etwa Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit oder Produktivität, durch zum Beispiel Gebrechlichkeit, zu versagen droht. Dies könnte als Schwäche interpretiert werden, wodurch es zu einem Statusverlust kommt und Rechte der betroffenen Person, wie die Selbstbestimmung, von der Gesellschaft plötzlich nicht mehr als selbstverständlich angesehen werden (Pfabigan, 2012, S. 25).

Wenn Personen sich schämen kann sich dies durch unterschiedliche Symptome äußern. McFall und Johnson (2009, S. 61) beschreiben in ihrer Arbeit vier Anzeichen der Scham. Als erstes nennen sie die körperlichen Anzeichen wie etwa das Erröten des Gesichtes, das Unterbrechen von Augenkontakt, gesenkte Kopfhaltung oder das Verdecken des Gesichtes. Als zweites Symptom zählen sie auf, dass sich die betroffenen Personen wertlos fühlen. Dies steht in Zusammenhang mit den Gefühlen Unzulänglichkeit, Machtlosigkeit und Unwürdigkeit. Ebenso beschreiben sie geringe Selbstachtung als einen Ausdruck von Scham, welche sich auch durch geringwertiges Körperbild oder Selbstzweifel äußert. Als letzter Punkt wird in der Studie die Entfremdung der Betroffenen aufgezählt. Dieses Gefühl zeigt sich dadurch, dass die Personen sich alleine, verraten oder wie ein Außenseiter fühlen.

Zusätzlich zu den bereits genannten Symptomen, kann jedoch auch ein veränderter Herzschlag (Chilton, 2012, S. 4), das Attackieren anderer Personen um sich selbst besser zu fühlen, eine übertriebene Freundlichkeit, zur Kompensation des Gefühls der

Minderwertigkeit oder die Isolation von der realen Welt, ein Ausdruck von Scham sein (Felblinger, 2008; zitiert nach Chilton, 2012, S. 5).

Trotz dieser genannten Symptome, kann es jedoch auch sein, dass von Scham betroffene Personen sich genau gegenteilig verhalten, um ihre Gefühle zu verbergen. Äußern kann sich dies durch Lachen oder Witze machen, aber auch durch Redseligkeit und Arroganz bis Ignoranz. Dies kann so weit gehen, dass sich die betreuten Personen exhibitionistisch verhalten und ihnen sogar Schamlosigkeit zugeschrieben wird (Pernlochner-Kügler, 2010, S. 29). Für die Angehörigen der Pflegeberufe birgt dies die Gefahr, dass sie nicht erkennen können, dass hinter dem Auftreten der Patienten und Patientinnen eigentlich ein Gefühl größter Scham steckt und sie somit nicht intervenieren können.

Hier lässt sich zusammenfassend sagen, dass viele Situationen oder Handlungen, im Alltag der Pflege, die Gefahr bergen Scham auszulösen, wie etwa bereits das Erfragen der Ausscheidungsfunktionen beim Aufnahmegespräch. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass jeder Mensch Scham unterschiedlich wahrnimmt und empfindet, daher kann auch keine allgemeingültige Erklärung abgegeben werden, was bei allen Patienten und Patientinnen zu Scham führt. Es ist jedoch wichtig, dass Angehörige des Pflegeberufes sich diesem Thema intensiver widmen und sich ebenso darüber untereinander austauschen.

1.4 Inkontinenz

Im folgenden Abschnitt wird sowohl Harninkontinenz als auch Stuhlinkontinenz näher definiert und deren Ursachen erläutert. Hierfür werden die Ergebnisse des „Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz in der Pflege“ des „Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)“ für Urininkontinenz dargestellt und zum Teil mit Ergebnissen aus nicht wissenschaftlicher Literatur verglichen. Für Stuhlinkontinenz wird ebenfalls wissenschaftliche Literatur mit nicht-wissenschaftlichen Arbeiten verglichen.

Harninkontinenz

Unter dem Begriff „Harninkontinenz“ versteht man jeglichen, unwillkürlichen Harnverlust (Abrams et al., 2002; zitiert nach Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2014, S. 17). Im Gegenzug definiert sich die Harnkontinenz als Fähigkeit, die Blase willkürlich, zum passenden Zeitpunkt und

an einem geeigneten Ort zu entleeren (DNQP, 2014, S. 17). Zum Vergleich beschreiben Hayder, Kuno und Müller (2008, S.19) in ihrem Buch die Urininkontinenz, zusätzlich zu der bereits genannten Erklärung, als „Harnverlust von mehr als zwei Gramm“. Ungewollter Verlust von Urin ist ein sehr umfangreiches Themengebiet und man unterscheidet hierbei verschiedene Formen, welche im Folgenden angeführt und kurz erklärt werden.

Bei der ersten Form handelt es sich um „Funktionelle Inkontinenz“. Darunter wird die Unfähigkeit verstanden, das grundsätzlich kontinente Personen, die Toilette noch rechtzeitig vor einem unwillkürlichen Harnverlust erreichen (NANDA, 2003; zitiert nach DNQP, 2014, S. 46). Als weitere Erscheinungsform tritt die „Stressinkontinenz“ auf. Hierbei handelt es sich um unfreiwilligen Harnverlust parallel mit körperlicher Belastung, wie etwa Husten oder Niesen, aufgrund einer Störung der Speicherfunktion der Blase. Von dieser Variante ist die „Dranginkontinenz“ zu unterscheiden. Bei dieser Form kommt es zu unwillkürlichem Harnverlust in Folge eines plötzlichen und schwer zurückhaltbaren Harndrangs. Auch hier handelt es sich um eine Störung der Speicherfunktion der Blase. Aus diesem Grund gibt es auch die sogenannte „Mischinkontinenz“, bei welcher sowohl eine Drang- als auch eine Stressinkontinenz vorliegen. Eine weitere Art ist die „Extraurethrale Inkontinenz“, bei welcher es zu einem permanenten Harnverlust über andere Kanäle, als die Harnröhre kommt. Die sogenannte „Inkontinenz bei chronischer Harnretention“ ergibt sich im Zuge einer unvollständigen Blasenentleerung, welche sowohl mit, als auch ohne unkontrollierten Harnverlust auftreten kann. Als letzte Variante gibt es die „Unkategorisierbare Inkontinenz“, bei welcher ein unwillkürlicher Harnverlust vorliegt, die Ursache jedoch nicht eindeutig festgestellt werden kann (DNQP, 2014, S. 48; Hayder et al., 2009, S. 51-58; Ahnis, 2009, S. 19-20).

Risikofaktoren, welche eine Urininkontinenz begünstigen können, werden in geschlechtsunabhängige und geschlechtsabhängige Faktoren unterschieden (DNQP, S. 48). Zu den geschlechtsunabhängigen Einflüssen zählen höheres Alter, physische und psychische Beeinträchtigungen, Harnwegsinfekte, Medikamente wie zum Beispiel Diuretika (Holroyd-Leduc & Straus, 2004; zitiert nach DNQP, 2014, S. 49), ungünstige Umgebungsfaktoren, wie etwa schlecht erreichbare Toiletten aber auch unqualifiziertes Betreuungspersonal und bestimmte Erkrankungen, zum Beispiel Demenz oder andere neurologische Krankheiten (Du Beau et al., 2009; zitiert nach

DNQP, 2014, S. 49). Das Risiko eine Harninkontinenz zu entwickeln, erhöht sich für Frauen durch Schwangerschaft und Entbindung, aufgrund der starken physischen Belastung, die Entfernung der Gebärmutter, die Einnahme von Östrogen-Präparaten (Holroyd-Leduc et al., 2004; zitiert nach DNQP, 2014, S. 50-51), genetische Faktoren und starke sportliche Betätigung (Milsom et al., 2009; zitiert nach DNQP, 2014, S. 51). Speziell für Männer erhöht sich das Risiko an Harninkontinenz zu leiden durch Krankheiten und Operationen an der Prostata (Du Beau et al., 2009; zitiert nach DNQP, 2014, S. 51).

Stuhlinkontinenz

Nicht nur der unfreiwillige Verlust von Urin stellt ein Problem für Betroffene dar, auch der unkontrollierte Abgang von Stuhl kann auftreten. Stuhlinkontinenz kann als unfreiwilliges Abgehen von Flüssigkeiten, Flatulenzen oder Stuhl über den Analkanal definiert werden, wodurch sich ein soziales oder hygienisches Problem ergeben kann (Norton et al., 2010; zitiert nach Ness, 2012, S. 53). Vergleichend definiert Ahnis (2009, S. 19) in ihrem Buch auf der einen Seite Analinkontinenz als „jeglichen unfreiwilligen Abgang von Darmwinden, flüssigen, weichen/schmierigen oder festen/geformten Stuhl“. Stuhlinkontinenz wird als ausschließlicher Abgang von geformten und flüssigem Stuhl erläutert (Frudinger, 2002; Norton et al., 2002; zitiert nach Ahnis, 2009 S. 19). Es gibt verschiedene Ursachen für Stuhlinkontinenz, wie etwa höheres Alter (Ness, 2012, S. 54). Grund hierfür stellt die Degeneration der äußeren und inneren Sphinktermuskulatur dar (Vaizey et al., 1997; zitiert nach Ness, 2012, S. 54). Ebenso können bestimmte Erkrankungen wie etwa Diabetes, Parkinson, Rückenmarksverletzungen oder Multiple Sklerose als Ursache für Stuhlinkontinenz dienen (Nelson, 2004, S. 4). Medikamente können ebenfalls eine Ursache darstellen. Es besteht die Möglichkeit, dass die Nebenwirkungen von eingenommenen Arzneimitteln, es erschweren den Stuhlgang zu kontrollieren. So kann Durchfall als medikamentöse Begleiterscheinung die Entstehung von Stuhlinkontinenz begünstigen (Ness, 2012, S. 54). Verletzungen des Analsphinkters durch Operationen, Traumata im analen Bereich, oder rektaler Prolaps stellen ein weiteres Risiko für die Entwicklung einer analen Inkontinenz dar. Speziell bei Frauen kann auch ein Riss des Analsphinkters im Zuge der Geburt zu Stuhlinkontinenz führen. Es zeigt sich des Weiteren, dass Frauen unter 65 Jahren ein höheres Risiko haben an Stuhlinkontinenz zu leiden, als Männer (Nelson, 2004; S.3). Bei Männern sind häufig Prostatakrebs,

eine perianale Sepsis oder symptomatische Hämorrhoiden Auslöser der Stuhlinkontinenz (Kim et al., 2007; zitiert nach Ness, 2012, S. 54).

Es gibt jedoch auch zusätzliche Risikofaktoren welche, neben den Ursachen, die Entwicklung von Stuhlinkontinenz begünstigen. So können eine verminderte Flüssigkeitszufuhr, eine reduzierte Nährstoffaufnahme, eingeschränkte Mobilität, Einschränkung der mentalen Fähigkeiten, Darm- und/oder Harnwegsbeschwerden aber auch rektale Blutungen, Schmerzen oder Schleimabgang über das Rektum ein Risiko darstellen (Smith, 2010, S. 372).

Ahnis (2009; S. 21) bezieht sich sowohl auf Analinkontinenz als auch Stuhlinkontinenz und führt hierfür verschiedene Formen und deren Ursachen an. Die erste Erscheinungsform stellt die „Sensorische Analinkontinenz“ dar. Hierbei handelt es sich um eine Störung der sensiblen Wahrnehmung der Analschleimhaut, welche zur Inkontinenz führt. Ursachen können hierfür neurologische Beeinträchtigungen sein, auch ein Rektumprolaps, bei welchem die Schleimhaut aus dem Rektum nach Außen gestülpt wird, kann zu solch einer Störung führen. Eine weitere Form stellt die „Muskuläre Analinkontinenz“ dar, bei welcher eine Schädigung des analen Schließmuskels vorliegt, die Wahrnehmung der Schleimhaut jedoch voll funktionsfähig ist. Grund können hierfür können vaginale Geburten mit Dammriss beziehungsweise Dammschnitt sein aber auch ein Prolaps. Wenn sowohl eine Störung der sensiblen Wahrnehmung der Schleimhaut als auch des Sphinktermuskels vorliegen, spricht man von einer „Kombination von sensorischer und muskulärer Analinkontinenz“. Im zunehmenden Alter kann es, meist bei Frauen, aufgrund von abnehmender Elastizität zu einer Absenkung des Beckenbodens kommen und zu ungewollten Stuhlverlust führen, man spricht von der sogenannten „Beckenbodeninsuffizienz“ (Jünemann, 2004; zitiert nach Ahnis, 2009, S. 21). Als weitere Form gibt es die „Reservoirbedingte Stuhlinkontinenz“, bei welcher der Enddarm seine Reservoirfunktion verliert, ausgelöst durch eine verhärtete Darmwand, welche zum Beispiel bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen entstehen kann (Probst, 2004; zitiert nach Ness, 2009, S. 21). Der Steuerungsmechanismus des analen Schließmuskels kann auch durch eine Nervenschädigung, zum Beispiel aufgrund eines Schlaganfalles oder anderen neurologischen Erkrankungen, verursacht werden, man spricht hier von der „Neurogenen Analinkontinenz“ (Jünemann, 2004; Staude, 1996; zitiert nach Ness, 2009 S. 22). Bei bestehender Obstipation sondert der Körper vermehrt Darmschleim

ab, um den Abtransport des Stuhls zu ermöglichen. Wenn dadurch trotz Obstipation ungewollt Stuhl oder Darmschleim verloren wird, nennt man dies „Paradoxe Stuhlinkontinenz“ (Jünemann, 2004; zitiert nach Ness, 2009, S. 22). Die letzte Form stellt die „Psychisch bedingte Stuhlinkontinenz“ dar, welche aufgrund psychischer Ursachen ausgelöst wird, zum Beispiel durch Traumata, Umzug in ein Altersheim oder dem Bedürfnis nach Zuwendung (Ahnis, 2009, S. 22).

2 Methodik

Im folgenden Teil werden der Prozess der Literaturrecherche, die Auswahl der passenden Studien und die gefundene Literatur beschrieben. Zur Veranschaulichung wird eine Tabelle und ein Flussdiagramm verwendet. Des Weiteren wird das Expertinnengespräch dargestellt. Ziel der Recherche war es, einen aktuellen Literaturüberblick zum Thema „Harn- und Stuhlinkontinenz: Die Scham der Betroffenen im Fokus“ zu geben, sodass mit diesen Arbeiten die zu Beginn formulierte Fragestellung umfassend beantwortet werden kann.

2.1 Literaturrecherche

Um den Prozess der Literaturrecherche nachvollziehbar zu machen und um aufzuzeigen welche wissenschaftliche Literatur schlussendlich in den Forschungsüberblick aufgenommen wurde, werden in diesem Teil der Arbeit die Arbeitsschritte näher beschrieben.

2.1.1 Verwendete Suchbegriffe

Im Zuge der durchgeführten Recherche wurden in den verschiedenen verwendeten Datenbanken, Suchbegriffe eingesetzt, zu dem Thema dieser Arbeit, passende Literatur zu ermitteln. Die verwendeten Suchbegriffe werden im folgenden Abschnitt genauer erläutert, die genaue Verwendung der Suchbegriffe wird im Suchprotokoll unter Punkt 2.1.4 angeführt.

Um eine effiziente Suche gewährleisten zu können, wurden vorab Überlegungen angestellt um zielgerichtete Suchbegriffe zu erhalten. Hierfür wurden verschiedene Worte für den Begriff der Scham recherchiert und vor allem wurden auch die englischen Bezeichnungen nachgelesen. Bei der Sichtung der ersten Studien wurde festgestellt, dass in den Studien für den Begriff Inkontinenz häufig nur das Wort „incontinence“ verwendet wurde beziehungsweise, dass dieses auch in den Begriffen „urinary incontinence“ und „faecal incontinence“ enthalten ist. Aus diesem Grund wurde die Entscheidung getroffen, für Harn- und Stuhlinkontinenz nur das Wort „incontinence“ zu verwenden. Durch diese Recherche konnten verschiedene Synonyme mit selber Bedeutung gewählt werden, um die durchgeführte Suche möglichst abdeckend zu ermöglichen.

„Scham“:

Textworte: Scham, shame, humiliation, taboo, embarrassing

Schlagworte: shame

„Inkontinenz“:

Textworte: Inkontinenz, incontinence

Schlagworte: incontinence

2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um die vorhandene Literatur eingrenzen zu können, wurden für die Suche Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, welche im kommenden Absatz dargestellt werden.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhaltliche Variablen und Phänomene	Scham, Tabu, Inkontinenz	-----
Bevölkerungsgruppe	Von Inkontinenz betroffene Personen über 18 Jahre	Babys, Kinder, Jugendliche
Setting (Umgebung)	-----	-----
Publikationsarten	Qualitative Einzelstudien Quantitative Einzelstudien	Wissenschaftliche Beiträge welche nicht dem EMED-Format entsprechen
Zeitraum	2007 – 2017	vor 2007
Sprache	Deutsch, Englisch	-----
Kulturraum	Westliche Industriestaaten	-----

(Quelle: Kleibel, 2016, S. 1)

Folgend werden die in Tabelle 1 dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien genauer begründet:

Bei der Eingrenzung der gefundenen Literatur wurden die Variablen Scham, Tabu und Inkontinenz miteingeschlossen. Dies diente dazu um ausschließlich Literatur zu ermitteln, welche sich mit Inkontinenz und dem Thema Scham beschäftigen. Bei der Wahl der Bevölkerungsgruppe lag der Fokus auf von Inkontinenz betroffenen Personen über 18 Jahre, wobei hier beide Geschlechter miteinbezogen wurden. Explizit ausgeschlossen wurden Babys, Kinder und Jugendliche, da vor allem im Klein- und Kindesalter, der Harn- und Stuhlkontrolle eine eigene und umfassend komplexe Rolle zuzuschreiben ist. Bei der Wahl des Settings wurden keine expliziten Ein- und Ausschlusskriterien gewählt, der Blick lag hier jedoch vorwiegend auf Beiträgen zu den Settings Krankenhaus, Pflegeheim und häusliche Pflege. Nach Prüfung der Literatur, ob diese den wissenschaftlichen Kriterien entsprechen, konnten sowohl qualitative als auch quantitative Einzelstudien in den Forschungsüberblick mitaufgenommen werden.

Um die Aktualität der Studien gewährleisten zu können, wurden als Zeitraum die letzten 11 Jahre gewählt. Bei der Wahl der Sprache kam es zu der Entscheidung, sowohl deutsch- als auch englischsprachige Literatur miteinzuschließen, da bei diesen Studien eine fehlerfreie Wiedergabe der Ergebnisse sichergestellt werden kann, wodurch das Risiko für Übersetzungsfehler möglichst gering ist. Um die ermittelten Resultate möglichst umfassend auf den österreichischen Kulturraum übertragen zu können, wurden westliche Industriestaaten als Kulturraum gewählt.

2.1.3 Verwendete Datenbanken, Suchmaschinen

Um einen Überblick über die Thematik der Scham bei Personen mit Inkontinenz zu bekommen, wurde eine Recherche in der Datenbank Bibnet durchgeführt um sich in den Sachverhalt einlesen zu können. Für die Ermittlung der adäquaten wissenschaftlichen Literatur wurden die Datenbanken Cinahl und Medline über Ebsco-Host verwendet.

2.1.4 Suchprotokoll

Die folgende Tabelle veranschaulicht, in welcher Kombination die Suchbegriffe mit den Ein- und Ausschlusskriterien angewandt wurden, sowie welche Datenbank hierfür herangezogen wurde. Die beiden letzten Spalten visualisieren, wie viele Ergebnisse die Suche lieferte und welche Studien, nach einer oberflächlichen Begutachtung, als vorerst relevant bewertet wurden.

Tabelle 2: Suchprotokoll

Suchinstrument	Sucheingabe (Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Treffer- anzahl	Anzahl der relevanten Treffer
Medline via EBSCO Host	Scham und Inkontinenz (shame* OR taboo OR humiliation OR embarrassing) AND incontinence Limiters - Abstract Available; Published Date: 20070101-20171231; Language: English, German; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA	118	49
Cinahl via EBSCO Host	(MM "Incontinence+") AND (shame* OR taboo OR humiliation OR embarrassing) Limiters - Abstract Available; Published Date: 20070101-20171231; Language: English, German; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA	38	14
Cinahl via EBSCO Host	(MM "Shame") AND (MH "Incontinence+") Limiters - Abstract Available; Published Date: 20070101-20171231; Language: English, German; Geographic Subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA	2	1
Bibnet	Scham AND Inkontinenz Limiters: Jahre 2007 – 2017; Sprache: Englisch, Deutsch	6	0

(Quelle: Kleibel, 2016, S. 4)

2.1.5 Flussdiagramm zur Selektion der Studien

Das folgende Diagramm dient der besseren Nachvollziehbarkeit der Anzahl der in den Forschungsüberblick aufgenommenen Studien und des Verlaufs des Ausschlussprozesses.

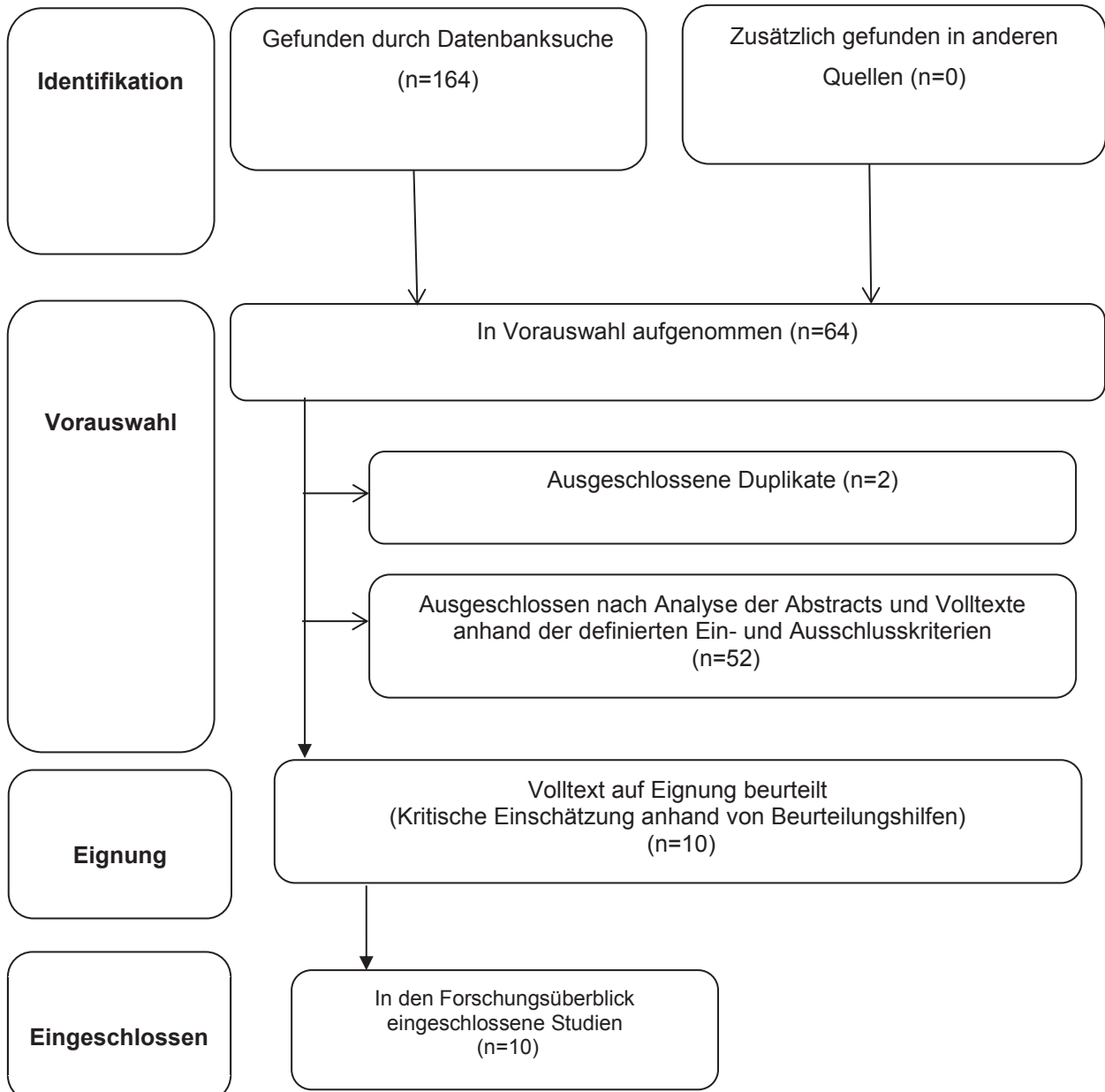


Abbildung 2: Flussdiagramm

(Quelle: Kleibel, 2016, S. 5)

2.1.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche

Der folgende Abschnitt widmet sich der transparenten und nachvollziehbaren Darstellung der Literaturrecherche. Ziel dieses Teils der Arbeit ist es, zu veranschaulichen wie es zu dem Ausschluss der ermittelten Studien kam und welche charakteristischen Aspekte der miteinbezogenen Arbeiten sich erkennen lassen.

Aufgrund der systematischen Literatursuche in den Datenbanken Cinahl und Medline anhand der festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien, konnten 164 wissenschaftliche Arbeiten ermittelt werden. Es folgte eine oberflächliche Begutachtung der Titel sowie der Abstracts der gefundenen Studien wodurch 64 Studien in die Vorauswahl genommen werden konnten, wobei es sich bei zwei Beiträgen um Duplikate handelte was sich die Zahl der relevanten Treffer auf 62 reduzierte. Hauptgrund für die Ausschlüsse war der Umstand, dass die Arbeiten Harn- und Stuhlinkontinenz allgemein behandelten und nicht auf das Gefühl der Scham Bezug genommen haben. Dieser ersten Begutachtung folgte eine differenziertere Überprüfung der Abstracts und der Volltexte der Literatur. Hierbei wurden die Beiträge als nicht relevant eingestuft, welche das Thema Scham oder Tabu im Abstract sowie im Problemaufriss anführen, jedoch bei den Ergebnissen ihrer Arbeit keinen Bezug mehr auf diese Themen genommen haben. Es wurden jene Arbeiten in den Forschungsüberblick mitaufgenommen, welche sich ausdrücklich mit den Begriffen der Scham und des Tabus, für von Inkontinenz betroffene Personen, auseinandersetzen beziehungsweise welche neue Erkenntnisse für die Arbeit der Pflege mit inkontinenten Personen, welche von Scham betroffen sind, liefern. Nach dieser Begutachtung konnten schlussendlich zehn Studien in den Forschungsüberblick mitaufgenommen werden, wobei es sich hierbei um acht qualitative Studien und zwei quantitative Studien handelt.

Inhaltlich behandeln die zwei quantitativen Studien unterschiedliche Themen. Ein Beitrag widmet sich der unterschiedlichen Wahrnehmung von Stuhlinkontinenz bei Männern und Frauen, während die zweite Arbeit misst, wie sehr Harninkontinenz von der Bevölkerung als Tabu wahrgenommen wird. Bei den qualitativen Studien liegt der Fokus auf den Erfahrungen und dem Umgang mit Stuhl- und Harninkontinenz unter Einbezug der Scham. Zwei Studien widmen sich dem Thema warum sich die Betroffenen, bezüglich ihrer Inkontinenz, keine Hilfe gesucht haben, zwei Arbeiten beleuchten Erleben von Stuhlinkontinenz, eine Studie widmet sich den Erfahrungen bei ungewolltem Harnverlust, eine weitere Arbeit beleuchtet das

Kommunikationsverhalten von Ärzten und Pflegenden bezüglich Inkontinenz, eine Studie evaluiert die Erfahrungen von Frauen mit Stressinkontinenz im Umgang mit einem internetbasierten Betreuungsprogramm und der letzte Beitrag untersucht Bestärkungsstrategien für Personen, welche von unkontrolliertem Harn- und /oder Stuhlverlust betroffen sind.

Es konnte festgestellt werden, dass die Hälfte der eingeschlossenen Studien aus Schweden stammen, was fünf Arbeiten entspricht. Es wurden des weiteren zwei Studien aus den USA, und jeweils eine Studie aus Österreich, Deutschland und den Niederlanden eingeschlossen. Es lässt sich kein bestimmter Zeitraum feststellen, in welchem vermehrt Publikationen erschienen sind. Es zeigt sich jedoch, dass in den vergangene drei Jahren dem Thema wieder vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Von den zehn ausgewählten Beiträgen ist lediglich eine Studie in deutscher Sprache verfasst worden, während für die restlichen neun Studien, inklusive der österreichischen Arbeit, Englisch als Sprache gewählt wurde. Dadurch zeigt sich, dass ein ungleiches Verhältnis zwischen deutscher und englischer Literatur, zum Thema Scham in Kombination mit Harn- und Stuhlinkontinenz, vorherrscht. Um die Ergebnisse der internationalen Fachliteratur übertragen zu können, musste bei der Begutachtung der Arbeiten darauf geachtet werden, dass in den unterschiedlichen Ländern der Gesundheitssektor unterschiedlich aufgebaut ist und Kompetenz anders verteilt sind, als es im österreichischen Gesundheitssystem der Fall ist.

Bei der Spezialisierung auf Personengruppen lässt sich feststellen, dass der Fokus der Arbeiten auf das weibliche Geschlecht gelegt wurde. Fünf Studien beziehen sich ausschließlich auf Frauen und fünf Studien auf Männer und Frauen. Lediglich ein Beitrag, welcher beide Geschlechter miteinbezieht, hat den Hauptfokus auf Männer. Bei der Verteilung von Stuhl- und Harninkontinenz in den gewählten Studien zeigt sich folgende Verteilung: jeweils vier Beiträge behandeln Stuhlinkontinenz oder Harninkontinenz, während zwei Beiträge die Inkontinenz allgemein betrachten beziehungsweise beide Formen miteinbeziehen.

Es lässt sich feststellen, dass es bereits wissenschaftliche Literatur aus unserem Kulturkreis zum Thema des ungewollten Harn- oder Stuhlverlustes gibt. Im Vergleich mit Beiträgen aus nichtwissenschaftlichen Fachzeitschriften zeigt sich jedoch, dass auch hier verhältnismäßig wenig Beiträge veröffentlicht wurden, diese dienten jedoch

als wichtige Informationslieferanten, um einen Überblick über die Thematik zu erlangen.

Um die Qualität der Studien zu visualisieren, wurden diese mittels spezieller Instrumente zur Einschätzung von Studien, begutachtet. Hierfür kam für die qualitativen Arbeiten der Fragebogen von Behrens und Langer (2010) sowie für die quantitativen Beiträge die Beurteilungshilfe von Saxer adaptiert von Wood-Dauphinee und Kuchler (2004) zum Tragen. Die Ergebnisse dieser Einschätzungen werden in den folgenden Tabellen dargestellt, welche eigenständig erstellt wurden:

Tabelle 3: Einschätzung der qualitativen Studien anhand eines Ampelschemas (eigene Darstellung)

	Forschungsfrage/ Ziel relevant	Design	Literaturrecherche	Stichprobe	Beschreibung der Forscher	Datenerhebung	Datenanalyse	Datenerhebung bis Sättigung	Ergebnisse	Diskussion	Limitationen
Björk et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Brown, Rogers, Wise, 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hägglund, Ahlström., 2007	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hägglund, Wadensten, 2007	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hoogsteyns, van der Horst, 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Kummer et al., 2008	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Olsson, Berterö, 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Rasmussen et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Tabelle 4: Einschätzung der quantitativen Studien anhand eines Ampelschemas (eigene Darstellung)

	Forschungsfrage/ Ziel	Problemdarstellung	Art der Studie	Literaturübersicht	Stichprobe	Ethik	Datenerhebung	Datenanalyse	Ergebnisse	Diskussion	Limitation
Cohan et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Elenskaia et al., 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Legende:

- adäquat
- unklar
- problematisch

Es zeigte sich im Zuge der Einschätzung der Studie von Hoogsteyns und van der Horst (2015), dass es bei dieser Arbeit qualitative Mängel der wissenschaftlichen Umsetzung gibt. Dieser Beitrag wurde dennoch in die Ergebnisse dieser Arbeit aufgenommen, da sie wertvolle Erkenntnisse für die Beantwortung der formulierten Fragestellung liefert.

2.2 Expertinnengespräch

Um das Wissen, welches durch die Literaturrecherche und -sichtung erlangt wurde zu ergänzen, fand ein Expertinnengespräch statt. Mit wem dieses Gespräch geführt wurde und welche Erkenntnisse aus diesem gewonnen werden konnten, wird im folgenden Teil der Arbeit dargestellt.

2.2.1 Einleitung und Setting

Das Gespräch mit der ausgewählten Fachperson fand am 30.03.2017 im Pavillon 16 des Krankenhauses Hietzing im Büro der Stoma- und Kontinenzberatung, von 13.30 Uhr bis 14.45 Uhr statt. Die Erfassung der Inhalte erfolgte, nach Einwilligung der Expertin, durch Mitschrift sowie Sprachaufzeichnung der Unterhaltung. Sie stimmte zu,

namentlich genannt zu werden und dass ihr beruflicher Werdegang angeführt werden darf.

Das Expertinnengespräch wurde mit Margit Schöny-Heindl, M.A. geführt, welche in den Jahren 1980-1983 ihre dreijährige Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester am Wilhelminenspital in Wien absolvierte. Ihren Berufseinstieg machte sie im Neurologischen Zentrum Rosenhügel in Wien, wo sie verschiedene Positionen innehatte, unter anderem auch die der Praxisanleiterin. Die Ausbildung zur Stoma- und Kontinenzberaterin machte sie an der Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen in Wien. Sie absolvierte auch eine Ausbildung zur Mediatorin am WIFI Wien, welche sie zu einem späteren Zeitpunkt um eine akademische Mediatorinnenausbildung an der Sigmund-Freud-Universität ergänzte. Ihre abschließende Masterarbeit während ihrer akademischen Ausbildung verfasste sie über den Konflikt in Bezug auf Scham und Ekel. Im Herbst 2017 beginnt sie eine Ausbildung im Bereich der Sexualtherapie. Derzeit ist sie mit 20 Stunden als Stoma- und Kontinenzberatung tätig und arbeitet zusätzlich auch als Mediatorin. In ihrer Beratertätigkeit betreut sie sowohl betroffene Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige, es zählen jedoch auch Vorträge, innerbetriebliche sowie außerbetriebliche Schulungen von Pflegepersonen und auch die Zusammenarbeit mit interdisziplinären Teams zu ihren Aufgaben.

Die Expertin wurde für das Gespräch ausgewählt, da sie in ihrer Tätigkeit als Stoma- und Kontinenzberatung in direktem Kontakt mit Personen steht, welche von ungewollten Harn- und Stuhlverlust betroffen sind. Hierbei tritt sie auch immer wieder mit dem Gefühl der Scham in Berührung und kann dadurch wertvolle Informationen zu dem Thema dieser Arbeit liefern.

2.2.2 Inhalte des Gesprächs

Zu Beginn wurde die Scham im Allgemeinen angesprochen. Darauf bezogen, wie sie die Scham beschreiben würde, steht nach ihrer Ansicht klar die soziale Stellung im Vordergrund. Wenn sich auch nur die Gefahr ergibt, dass dieses Ansehen, zum Beispiel durch das Unvermögen Harn halten zu können, gestört werden könnte, entstehen für die Betroffenen sehr starke Gefühle der Scham beziehungsweise der Beschämung. Gerade bei Ausscheidung ist dies ein wichtiger Aspekt, da nach ihrer Meinung leider der gesellschaftliche Anspruch besteht, dass ein jeder Mensch sich so verhalten soll, als hätte er oder sie keine Ausscheidung. Dies zeigt sich nach ihrer

Aussage auch bereits in der Vergangenheit, da hier Berufsgruppen, welche in starken Zusammenhang mit Ausscheidung standen, kein hohes Ansehen in der Gesellschaft hatten. Dennoch ist es wichtig, dass jede Person die Gefühle der Scham zulässt und diese nicht unterdrückt.

Nachdem ein kurzer Dialog über Scham im Allgemeinen geführt wurde, widmete sich der Gesprächsverlauf speziell dem Zusammenhang von Scham und Inkontinenz. Darauf angesprochen, wie sich Schamgefühle bei Harn- und Stuhlinkontinenz darstellen, beschreibt die Expertin, dass die Scham hier ein sehr häufig auftretendes Gefühl darstellt. Sie empfindet, dass sich in Bezug auf unkontrolliertem Harnverlust das Bild der Gesellschaft lockert, da zum Beispiel durch Werbung für Produkte zur Inkontinenzversorgung in diversen Medien, das Tabu etwas vermindert wird. Stuhlinkontinenz stellt jedoch immer noch ein sehr großes Problem dar und wird von den Betroffenen um ein vielfaches negativer aufgenommen als der ungewollte Harnverlust. Die Expertin nennt als häufig wahrnehmbare Äußerung der Scham bei Inkontinenz die Verleugnung beziehungsweise das Verbergen. Es ist für sie auf der einen Seite abhängig von der kognitiven Verfassung des betroffenen Menschen, da zum Beispiel von Demenz betroffene Patienten und Patientinnen die Harninkontinenz eventuell leugnen, bei anderen Personen erlebt sie sehr stark, dass die Symptome des unkontrollierten Verlustes von Harn oder Stuhl zu verbergen versucht wird. Für sie liegt diese Tatsache vor allem darin begründet, da es ein sehr vertrautes Verhältnis zwischen Menschen voraussetzt um diesen Verlust über die Ausscheidungsfunktionen zuzugeben.

Als Ursachen für Scham sowohl bei Harn- als auch Stuhlinkontinenz, nannte die Gesprächspartnerin, dass auf der einen Seite das gesellschaftliche Ansehen eine Rolle spielt. Sie ist der Meinung, dass die Ausscheidung nie komplett frei sein wird von Scham, es ist jedoch wichtig, dass die Gesellschaft von der Sichtweise wekommt, dass ein Verlust über die Kontrolle des Urinierens oder des Stuhlganges, einem persönlichen Versagen gleichzusetzen. Eine weitere Ursache stellt für die Expertin auch die Inkontinenzversorgung von nahestehenden Angehörigen, wie etwa der Eltern, dar. Hier kommt ein Instinkt der Menschen zum Tragen, der uns davor bewahren soll in den Intimbereich eines Verwandten eindringen zu müssen. Die Expertin nannte auch die Praxis eines Hausarztes als ein Beispiel für schamauslösende Situationen. In diesen Ordinationen besteht oft nicht solch eine

starke Anonymität wie in einem Krankenhaus und wenn dort eine Person am Schalter zum Beispiel Inkontinenzmaterial erhalten möchte, ist das Risiko sehr groß, das Unbeteiligte dies mitbekommen könnten. In Bezug auf gegengeschlechtliche Versorgung beziehungsweise Beratung inkontinenter Personen, konnte die Gesprächspartnerinnen keine Scham aus diesem Grunde wahrnehmen. Dasselbe Bild zeigt sich für sie bei der Betreuung von Personen aus anderen Kulturkreisen, denn auch hier konnte stets eine uneingeschränkte Versorgung in einer angenehmen Atmosphäre stattfinden.

Der anschließende Teil des Gespräches widmete sich den wahrgenommenen Unterschieden, welche die Expertin bei Personen mit Inkontinenz feststellen konnte. In Bezug darauf welche Art der Inkontinenz stärker von Scham betroffen ist, nannte die Expertin ganz klar die Stuhlinkontinenz, welche sie als den „sozialen Tod“ für die Betroffenen beschrieben hat. Sie verdeutlichte diese Aussage anhand eines Beispiels über einen Patienten, welcher kurz vor der Entlassung aus einer stationären Einrichtung an seinen Zweitwohnsitz im Ausland stand. Es wurde alles vom Pflorgeteam organisiert und kurz vor der Abreise sprach der Betroffene an, dass er immer noch keinen Stuhl halten könne und er nicht weiß wie er das im Flugzeug handhaben solle. Während des gesamten Aufenthaltes in der Versorgungseinrichtung, wurde nicht wahrgenommen, dass der Patient keinen Stuhl halten konnte, jedoch war die Behandlung dieser Inkontinenz das einzige was für ihn von Bedeutung war, um nicht sein soziales Gesicht zu verlieren indem er während des Fluges Stuhl verliert. Daraufhin musste alles umorganisiert werden und es wurde die Betreuung wieder neu begonnen, damit er sich mit der Stuhlinkontinenz arrangieren konnte. Diese verstärkte Scham bei Stuhlverlust begründet sich nach der Gesprächspartnerin darin, dass Personen Angst davor haben, dass jemand in diesem Zusammenhang Geruch sowie Geräusche wahrnehmen oder den verlorenen Stuhl sogar sehen könnte. Bezogen auf den Unterschied von Frauen und Männern bei Inkontinenz, stellt die Expertin fest, dass es sich beim weiblichen Geschlecht um die größere Betreuungsgruppe handelt und dass diese zum Beispiel eine Belastungsinkontinenz sehr gut selbst versorgen können. Den Grund hierfür sieht sie darin, dass Frauen aufgrund ihrer Periode den Gebrauch von hygienischen Hilfsmitteln gewohnt sind, wodurch der Umstieg auf Inkontinenzversorgungsprodukte leichter fällt und sich verhältnismäßig schnell selbstständig versorgen können. Die Gesprächspartnerin ist der Meinung, dass dies daran liegen könnte, dass Frauen aufgrund der Menstruation gelernt haben, nicht alles

zurückhalten zu können. Wenn die Urininkontinenz jedoch an Stärke zunimmt, ändert sich hier die Dynamik und die selbstständige Versorgung wird zunehmend schwieriger. Sie erlebte auch, dass Frauen vor allem mit zunehmenden Alter offener dafür werden, mit Freundinnen über ungewollten Harnverlust zu sprechen, ob dies auch auf Männer zutrifft konnte sie in ihrer Tätigkeit als Stoma- und Kontinenzberaterin nicht ermitteln. Bei Männern ist die Versorgung von tröpfchenweisem Harnverlust mit Inkontinenzprodukten laut Expertin gut möglich, wenn diese an Stärke zunimmt suchen die Betroffenen meist einen Urologen auf, sie kann jedoch nicht nennen wie ihnen dort geholfen wird.

Der abschließende Teil des Gespräches widmete sich dem Umgang der Pflegenden mit dem Gefühl der Scham. Als den wichtigsten Aspekt nannte die Expertin die fachliche Kompetenz der Pflegepersonen, da diese nur mit einem fundierten Fachwissen über Harn- und Stuhlinkontinenz, bei schambehafteten Situationen unterstützend reagieren können. Sinn dahinter ist es, nicht jeden erfolgten Verlust von Harn oder Stuhl zu verharmlosen, sondern dass mit dem erlangten Wissen zeitnah reagiert und Vorschläge erbracht werden, die dem Patienten oder der Patientin helfen, mit dieser veränderten Situation umgehen zu können. Des Weiteren ist es laut Expertin wichtig, dass die von Inkontinenz betroffenen Personen Unterstützung erhalten um sich ihrem unkontrollierten Harn- oder Stuhlverlust zu stellen und dass sie hier seitens des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in ihrem Gefühl der Scham wahr- und auch ernstgenommen werden, denn nur so können die Betroffenen selbst ein Verständnis für ihre Gefühlslage entwickeln. Es ist auch von Wichtigkeit, dass die Pflegepersonen reflektieren wie es ihnen selbst mit Scham geht, denn daraus resultiert auch deren Verhalten gegenüber Personen welche von Scham betroffen sind. Die soziale Situation der Patienten und Patientinnen spielt laut der Gesprächspartnerin ebenfalls eine zentrale Rolle, da das Schamgefühl umso geringer ausgeprägt sein kann, wenn es ausreichend Personen im Leben der Betroffenen gibt denen sie sich anvertrauen können.

Abschließend war es für die Expertin wichtig zu verdeutlichen, dass jede Person an Herausforderungen wächst und dass wir Menschen viel belastbarer sein können als wir zunächst annehmen. Dies ist ihr wichtig um zu zeigen, dass auch bei unkontrolliertem Harn- oder Stuhlverlust wieder eine hohe Lebensqualität erlangt werden kann.

2.2.3 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Es zeigt sich, dass Ausscheidungen in der Gesellschaft weiterhin mit unangenehmen Gefühlen behaftet sind. Dennoch ist eine Sensibilisierung des Themas Harninkontinenz, da es bereits auch schon Werbung in den Medien für Inkontinenzversorgungsprodukte gibt, wahrzunehmen. Als eine der Hauptaussagen konnte identifiziert werden, dass Stuhlinkontinenz häufiger das Gefühl der Scham entstehen lässt als es bei Harninkontinenz der Fall ist, schamauslösend sind jedoch beide Formen des unkontrollierten Verlustes. Diese Scham äußert sich vor allem durch Verleugnung oder dem Verbergen durch die betroffenen Personen dar. Als wesentlicher Grund für dieses Gefühl sieht die Expertin die gesellschaftliche Ansicht, dass unkontrollierter Harn- oder Stuhlverlust mit einem persönlichen Versagen gleichgesetzt wird.

Unterschiede bezüglich Männern und Frauen konnten vor allem darin festgestellt werden, dass Frauen aufgrund ihrer Erfahrungen mit Menstruation, leichten Harnverlust besser mit Inkontinenzmaterial kompensieren können. Ebenso sprechen Frauen zum Teil auch untereinander über ihre Probleme mit unkontrolliertem Harnverlust. Es konnte keine Aussage von der Gesprächspartnerin dazu getroffen werden, ob Männer sich untereinander über dieses Thema austauschen, da sie in dieser Hinsicht bis jetzt keine Erfahrungen gemacht hat.

Als wichtigste Maßnahme für die Pflegenden um mit Schamgefühlen der Patienten und Patientinnen umzugehen, nannte die Expertin fachliche Kompetenz. Es ist unabdingbar, dass mit fundiertem Fachwissen auf die individuelle Situation der Patienten und Patientinnen eingegangen wird um ihnen die bestmögliche Unterstützung zukommen lassen zu können. Des Weiteren liegt es auch an den Berufsangehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege die Betroffenen zu unterstützen und Verständnis für ihre Situation zu zeigen, damit diese sich ihren Gefühlen stellen können. Hierbei ist es ebenso wichtig, dass das soziale Umfeld der von Inkontinenz betroffenen Frauen und Männern von den Pflegepersonen dahingehend analysiert wird, ob es jemanden gibt welcher die Betroffenen in dieser schamerfüllten Situation unterstützt.

3 Ergebnisse

Dieser Abschnitt der Arbeit widmet sich der Darstellung der Ergebnisse aus der Literatur, welche anhand der beschriebenen Recherche ermittelt und eingeschlossen wurde. Der erste Teil umfasst die tabellarische Darstellung der Literatur, wodurch ein Überblick über die gewählte Literatur gegeben werden soll. Nach dieser Tabelle werden die Ergebnisse, welche für die Beantwortung der gewählten Fragestellung relevant sind, dargestellt. Zu Beginn werden die schamauslösenden Situationen bei Harn- und Stuhlinkontinenz dargestellt und im zweiten Teil dieser Arbeit werden die Erkenntnisse für die Pflege beschrieben.

3.1 Tabellarische Darstellung der Studien

Um einen Überblick über die gewählte Literatur zu geben werden nun in der ersten Tabelle die eingeschlossenen Studien dargestellt und in der darauffolgenden Tabelle genau beschrieben.

Tabelle 5: Tabellarische Darstellung der Studien

Qualitative Studien	Quantitative Studien
Björk et al., 2014	Cohan et al., 2015
Brown et al., 2017	Elenskaia et al., 2011
Hägglund & Ahlström, 2007	
Hägglund et al., 2007	
Hoogsteyns et al., 2015	
Kummer et al., 2008	
Olsson et al., 2014	
Rasmussen et al., 2010	

Tabelle 6: Genaue tabellarische Studiendarstellung

Autoren, Jahr, Land	Forschungsansatz, Studiendesign, Stichprobe, Setting	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
<p>Björk, Sjöström, Johansson, Samuelsson, Umeåfjord 2014 Schweden</p>	<p>Qualitative Studie mit Grounded Theory Ansatz 250 Studienteilnehmerinnen, 18-70 Jahre, mit zumindest einmal wöchentlich ungewolltem Harnverlust 2 Gruppen – 1 Gruppe internetbasierte Betreuung, 1 Gruppe postalische Betreuung Die Studie wurde von einer Ethikkommission geprüft und genehmigt <u>Setting</u>: Häusliche Umgebung</p>	<p>Erfahrungen, welche Frauen mit einem internetbasierten Behandlungsprogramm für Stressinkontinenz machen, ermitteln</p>	<p>Semi-strukturierte Telefoninterviews <u>Dauer</u>: 11-24 Minuten <u>Zeitraum</u>: 2011 <u>Datenanalyse</u>: Interviews durch Hauptautor digital erfasst und wortwörtlich transkribiert. Die Daten wurden nach Prinzipien der Grounded Theory analysiert</p>	<p>Ergebnisse konnten in 3 Oberbegriffe gegliedert werden: 1. Inkontinenz, versteckt aber präsent 2. Auf Distanz aber doch nah 3. Auf mich gestellt aber nicht alleine</p>
<p>Brown, Rogers, Wise 2017 USA</p>	<p>Qualitativer Forschungsansatz 39 Studienteilnehmerinnen, außerhalb des Gesundheitsbereiches von 46-85 Jahre, mit unfreiwilligem Stuhiverlust und unterschiedlichem Verhalten im Bezug darauf ob sie sich Hilfe dafür suchen Die Studie wurde von einer Ethikkommission geprüft und genehmigt <u>Setting</u>: keine explizite Angabe</p>	<p>Beschreiben und charakterisieren von Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe bei Stuhlinkontinenz, wodurch in späterer Folge ein Messinstrument entwickelt werden soll</p>	<p>Kognitive Interviews und Fokusgruppen <u>Dauer</u>: Fokusgruppe 90 Minuten Interviews 60-90 Minuten <u>Zeitraum</u>: keine Angabe <u>Datenanalyse</u>: Konventionelle Datenanalyse – induktives Kodieren um Perspektiven der Betroffenen zu verstehen</p>	<p>Es konnten 12 Barrieren identifiziert werden: 1. Wissensstand 2. Wissen über Behandlungen 3. Angst vor Behandlungen 4. Verharmlosung 5. Verleugnung 6. Lebensbeeinflussung 7. Scham 8. Stigma 9. Selbstverachtung 10. Isolation 11. Anbieterbarrieren 12. Ressourcenmangel</p>

Autoren, Jahr, Land	Forschungsansatz, Studiendesign, Stichprobe, Setting	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
<p>Cohan, Chou, Varma</p> <p>2015</p> <p>USA</p>	<p>Quantitative Querschnittstudie</p> <p>144 Männer und 897 Frauen mit Stuhlinkontinenz einer tertiären Versorgungseinrichtung</p> <p>Das „UCSF Committee on Human Research“ hat die Studie genehmigt</p> <p><u>Setting:</u> Krankenhaus</p>	<p>Ziel ist es jegliche geschlechtsbezogenen Unterschiede in Bezug auf Symptome, physisches Befinden und Lebensqualität bei Stuhlinkontinenz, darzustellen</p>	<p><u>Fragebögen:</u> Bristol stool scale, Fecal incontinence severity index, Fecal incontinence quality of life scale</p> <p><u>Dauer:</u> keine Angabe</p> <p><u>Zeitraum:</u> 2005 - 2013</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Daten wurden mittels Wilcoxon rank-sum Test und dem Chi-square-Test analysiert und ausgewertet</p>	<p><u>Wichtige Erkenntnisse:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Symptommanagement 2. Medizinische Vorgeschichte 3. Körperkontrolle 4. Ausmaß der Symptome und Lebensqualität
<p>Elenskaia, Haidvogel, Heidinger, Doerfler, Umek, Hanzal</p> <p>2011</p> <p>Österreich</p>	<p>Quantitative Querschnittstudie</p> <p>150 Männer und Frauen aus dem Warteraum eines Krankenhauses</p> <p>Die Studie wurde von einer Ethikkommission geprüft und genehmigt</p> <p><u>Setting:</u> Krankenhaus</p>	<p>Ziel war es, die Wahrnehmung der Harninkontinenz als Tabu zu messen und diese mit anderen Krankheitsbildern, die als beschämend empfunden werden können, zu vergleichen</p>	<p>Anonymer Fragebogen mit 13 offenen Fragen</p> <p><u>Dauer:</u> keine Angabe</p> <p><u>Zeitraum:</u> Keine Angabe</p> <p><u>Datenanalyse:</u> Analyse erfolgte mittels U-Test, Chi-square-Test mit Yates-Korrektur, Fischers exakt Wert, Kolmogorov-Smirnov-Test</p>	<p><u>Wichtigste Ergebnisse:</u></p> <p>60% der Befragten empfinden Haminkontinenz als Tabuthema in Österreich. Haminkontinenz wird signifikant beschämender empfunden als Depression oder Krebserkrankung</p>

Autoren, Jahr, Land	Forschungsansatz, Studiendesign, Stichprobe, Setting	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
<p>Hägglund, Ahlström</p> <p>2007</p> <p>Schweden</p>	<p>Qualitative Studie mit phänomenologisch, hermeneutischem Design</p> <p>14 Studienteilnehmerinnen, 34-52 Jahre, mit Harninkontinenz, welche sich auch Hilfe gesucht haben</p> <p>Die Studie wurde von einer Ethikkommission geprüft und genehmigt</p> <p><u>Setting</u>: Häusliche Umgebung</p>	<p>Darstellung darüber, was es für Frauen bedeutet mit Harninkontinenz zu leben</p>	<p>Individuelle Interviews nach Lindseth und Norberg (2004)</p> <p><u>Dauer</u>: 45-90 Minuten</p> <p><u>Zeitraum</u>: 2004</p> <p><u>Datenanalyse</u>: Durch erfahrene Sekretärin wortwörtlich transkribiert. Analyse nach Lindseth und Norberg (2004) sowie Ricoeur (1976).</p>	<p><u>Hauptthemen</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verwundbarkeit 2. Wunsch nach Anpassung <p><u>Subthemen</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Unkontrollierter Körper b) Tabu c) Unzureichende Hilfe d) Bereitschaft e) Veranschaulichung f) Akzeptanz g) An Situation gewöhnen
<p>Hägglund, Wadensten</p> <p>2007</p> <p>Schweden</p>	<p>Qualitative Studie mit phänomenologisch, hermeneutischem Design</p> <p>14 Studienteilnehmerinnen, 37-52 Jahre, mit Harninkontinenz, welche sich keine Hilfe gesucht haben</p> <p>Die Studie wurde von einer Ethikkommission geprüft und genehmigt</p> <p><u>Setting</u>: Häusliche Umgebung</p>	<p>Darstellung der Gründe und Bedeutung, weshalb die Betroffenen sich keine Hilfe bezüglich der Harninkontinenz gesucht haben</p>	<p>Individuelle Interviews nach Lindseth und Norberg (2004)</p> <p><u>Dauer</u>: 30-80 Minuten</p> <p><u>Zeitraum</u>: 2005</p> <p><u>Datenanalyse</u>: Durch erfahrene Sekretärin wortwörtlich transkribiert. Analyse nach Lindseth und Norberg (2004) sowie Ricoeur (1976).</p>	<p><u>Hauptthemen</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beeinträchtigte Situation 2. Persönliche Vorstellungen 3. Wunschkonzeptionen <p><u>Subthemen</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Scham b) Beeinträchtigte Sexualität c) Distanzierung d) Verharmlosung e) Minimierung des Problems f) Akzeptanz g) Aktives Ansprechen

Autoren, Jahr, Land	Forschungsansatz, Studiendesign, Stichprobe, Setting	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
<p>Hoogsteyns, van der Horst 2015 Niederlande</p>	<p>Qualitative Studie 9 Frauen und Männer, 24-65 Jahre, mit Harn- und/oder Stuhlinkontinenz Keine Angabe ob Ethikkommission miteinbezogen wurde <u>Setting</u>: Häusliche Umgebung</p>	<p>Darstellung alternativer Bestärkungsmethoden im Alltag von Personen mit Inkontinenz</p>	<p>Interviews unter Einsatz der „Biographic Narrative Interpretation Method (BNIM)“ <u>Dauer</u>: Keine Angabe <u>Zeitraum</u>: Keine Angabe <u>Datenanalyse</u>: Alle Interviews transkribiert. Analyse und Kodierung durch drei verschiedene Personen um Schwachpunkte und Einseitigkeit zu vermeiden</p>	<p><u>Identifizierte Hauptthemen</u>: 1. Inkontinenz vorhersehbarer machen 2. Tarnen der Inkontinenz 3. Offenlegen der Inkontinenz</p>
<p>Kummer, Dören, Kuhimey 2008 Deutschland</p>	<p>Qualitative Studie mit Mehrmethodendesign (Teilnehmende Beobachtung + Interviews) 22 inkontinente Frauen und Männer, durchschnittlich 81 Jahre, zusätzlich 5 Ärzte und 5 Pflegepersonen Keine Angabe ob Ethikkommission miteinbezogen wurde <u>Setting</u>: Krankenhaus</p>	<p>Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Ärzten und Pflegenden, bezüglich der Kommunikation über Inkontinenz, sollen aus Patientenperspektive dargestellt werden</p>	<p>Strukturierte Interviews der Betroffenen und Beobachtung der Ärzte sowie Pflegenden <u>Dauer</u>: Keine Angabe <u>Zeitraum</u>: Keine Angabe <u>Datenanalyse</u>: Analyse und Interpretation des Datenmaterials anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring</p>	<p><u>Identifizierte Ergebnisse</u>: + Vertrauensvolle Beziehung + Empathie, Respekt, Verständnis wichtig für Kommunikation - Direktiver Gesprächsstil - Distanzbrüche</p>

Autoren, Jahr, Land	Forschungsansatz, Studiendesign, Stichprobe, Setting	Ziel	Datenerhebung, Erhebungszeitraum, Datenanalyse	Ergebnisse
<p>Olsson, Berterö</p> <p>2014</p> <p>Schweden</p>	<p>Qualitative Studie mit interpretativen, phänomenologischem Design</p> <p>15 Männer und Frauen, 31-79 Jahre, teilweise wartend auf OP oder in Therapie bezüglich Behandlung von Stuhlinkontinenz</p> <p>Keine Kontrolle durch Ethikkommission, da in Schweden nicht verpflichtend, jedoch nach eigenen Aussagen alle ethischen Prinzipien eingehalten</p> <p><u>Setting</u>: Häusliches Setting und Krankenhaus</p>	<p>Identifizieren und beschreiben der Erfahrungen von Betroffenen, welche an Stuhlinkontinenz leiden</p>	<p>Face-to-Face Interview mit Leitfaden</p> <p><u>Dauer</u>: 43-88 Minuten</p> <p><u>Zeitraum</u>: April – September 2013</p> <p><u>Datenanalyse</u>: Durch Hauptautor wortwörtlich transkribiert. Analyse der Daten nach Smith et al. (2009)</p>	<p><u>4 Hauptergebnisse</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selbstbekräftigung 2. Schuld und Scham 3. Einschränkungen 4. Persönlicher Ansatz
<p>Rasmussen, Ringsberg</p> <p>2010</p> <p>Schweden</p>	<p>Qualitative Studie mit Grounded Theory Ansatz</p> <p>9 Frauen, 28-50 Jahre, mit Analsphinkterverletzung nach Geburt mit Stuhlinkontinenz über mindestens 6 Monate</p> <p>Die Studie wurde von einer Ethikkommission geprüft und genehmigt</p> <p><u>Setting</u>: Häusliche Umgebung</p>	<p>Ziel der Studie war es, die Situation von Frauen mit postnataler Stuhlinkontinenz darzustellen und deren Umgang mit dieser zu veranschaulichen</p>	<p>Informelle, dialogorientierte Interviews ohne expliziter Themenvorgabe</p> <p><u>Dauer</u>: 60 Minuten</p> <p><u>Zeitraum</u>: Keine Angabe</p> <p><u>Datenanalyse</u>: Interviews wortwörtlich transkribiert. Analyse mittels offenem, axialem und selektivem Kodieren nach Strauss und Corbin</p>	<p><u>Kernthematik</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gefangen in ewigem Kampf <p><u>Hauptthemen</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kampf um Gleichheit 2. Kampf gegen Vorurteile 3. Streben nach Bestätigung

3.2 Schamauslösende Faktoren bei Harninkontinenz

Im folgenden Abschnitt dieser Arbeit sollen Faktoren beziehungsweise auch Ursachen dargestellt werden, welche für Personen mit Harninkontinenz als schamauslösend wahrgenommen werden.

Hägglund und Ahlström (2007, S. 1950) konnten feststellen, dass Harninkontinenz immer noch als Tabu gesehen und als beschämend empfunden wird. Dies äußert sich dadurch, dass die betroffenen Personen sich zum Teil auch nicht ihrer eigenen Familie anvertrauen können.

Es zeigt sich, dass unkontrollierter Harnverlust größtenteils geheim gehalten wird, wodurch es teilweise zu einem ausgeprägten Schamempfinden kommt. Nur wenige betroffene Personen erzählen ihnen vertrauten Menschen von ihrer Inkontinenz. Als einen Grund sieht man hier, dass man mit anderen Menschen zwar über intime Probleme sprechen kann, dass jedoch Inkontinenz nicht zu diesen Themen zählt, da es ein Tabu ist (Björk, Sjöström, Johansson, Samuelsson & Umefjord, 2014, S. 487; Hägglund & Wadensten, 2007, S. 308).

Diese Ansicht, dass Harninkontinenz zu Scham führt, weil es in der Gesellschaft noch als Tabu angesehen wird, zeigen auch Elenskaia et al. (2011, S. 608) auf, wonach circa 60% der befragten Personen unkontrollierten Harnverlust als ein Tabuthema in der Gesellschaft wahrnehmen. Diese Form der Inkontinenz wurde sogar als beschämender identifiziert, als das Erkranken an Depression oder Krebs.

Hier lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Betroffenen selbst das Thema Harninkontinenz als ein Tabu definieren. Dies führt dazu, dass die von unkontrolliertem Harnverlust betroffenen Personen Hemmungen haben, sich ihren nahestehenden Familienmitgliedern oder Freunden anzuvertrauen.

Weiterführend zeigt sich, dass es für von Harninkontinenz betroffene Menschen eine starke Belastung darstellt, keine Kontrolle mehr über ihren Körper, im speziellen ihre Harnblase, mehr zu haben (Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950). Besonders schamerfüllend ist es dann, wenn es in der Öffentlichkeit zu einem sichtbaren unkontrollierten Verlust des Urins kommt (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 40). Wie stark dies als Scham empfunden wird ist jedoch vom Alter der betroffenen Person abhängig. Für jüngere Frauen wird Harninkontinenz und deren Konsequenzen zum Beispiel stärker als beschämend empfunden im Vergleich zu älteren Frauen, da es

einfacher sein kann ein Leben mit unkontrolliertem Harnverlust zu akzeptieren, wenn man 50 Jahre alt ist als wenn man erst 30 Jahre alt ist (Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950 - 1952).

In Bezug auf den beschriebenen Kontrollverlust, ist für von Harninkontinenz betroffene Personen auch wichtig deren Ursache zu kennen um diese akzeptieren zu können (Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1952). Dies kann jedoch auch zu Gefühlen der Scham führen, da die betroffenen Frauen und Männer sich selbst die Schuld für ihr körperliches Gebrechen geben, da sie zum Beispiel denken nicht ausreichend Übungen des Beckenbodentrainings durchgeführt zu haben (Björk et al., 2014, S. 487).

Schamauslösende Situationen ergeben sich für die Betroffenen auch im Umgang mit Gesundheits- und Krankenpflegepersonal. Dies kann sich äußern, wenn die betroffenen Menschen mit wenig Respekt behandelt werden, da ihre Probleme und Empfindungen hinsichtlich der Harninkontinenz von den Pflegepersonen nicht ernst genommen werden (Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950). Jedoch kann für manche Personen schon das Sprechen über Inkontinenz mit Berufsangehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege an sich, als sehr beschämend empfunden werden (Björk et al., 2014, S. 487).

Durch die bestehende Harninkontinenz kann jedoch auch die Sexualität der Betroffenen durch Scham beeinträchtigt werden. Dies äußert sich dadurch, dass es nicht mehr spontan zum Geschlechtsverkehr kommen kann, da betroffene Frauen sich unrein fühlen. Auch wenn der Partner Verständnis für die Situation zeigt, kann dies dennoch Auswirkungen auf das gemeinsame Sexualeben haben (Hägglund & Wadensten, 2007, S. 309).

Speziell für Männer wurde als beschämend identifiziert, dass in Herrentoiletten oft unzureichend Mülleimer zur Verfügung stehen um benutzte Inkontinenzmaterialien diskret entsorgen zu können. Zusätzlich hat auch die Tatsache großen Einfluss, dass die Betroffenen darauf angewiesen sind stets eine Tasche mit Reservematerial bei sich zu tragen, was für manche Männer unangenehm sein kann, da sie es nicht gewohnt sind jederzeit eine Tasche oder einen Rucksack bei sich zu tragen (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 42).

Anhand dieser Ergebnisse lässt sich erkennen, dass nicht nur der Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper zu der Entstehung von Scham führen kann, sondern dass

auch das Alter der betroffenen Personen sowie der Umgang des Pflegepersonals mit der individuellen Situation der Patienten und Patientinnen eine Rolle für das Schamempfinden spielen. Zusätzlich hat die Scham in Partnerschaften Auswirkungen auf die Sexualität, was zu weiteren Beeinträchtigungen führen kann.

3.3 Schamauslösende Faktoren bei Stuhlinkontinenz

Der folgende Teil soll einen Überblick über die Faktoren beziehungsweise auch Ursachen darstellen, welche für Personen mit Stuhlinkontinenz als schamauslösend empfunden wird.

Brown, Rogers und Wise (2017, S. 545) stellten fest, dass es für Personen mit Stuhlinkontinenz meist in Verbindung mit Zeitdruck zu dem Empfinden von Beschämung kommt. Zum Beispiel herrscht oft bei einem Arztbesuch solch ein Zeitdruck, dass unangenehme Themen, wie etwa der ungewollte Stuhlverlust, erst zum Schluss angesprochen werden. Hier ist die Gefahr groß, dass der Arzt oder die Ärztin bereits schon in Gedanken beim nächsten Patienten beziehungsweise bei der nächsten Patientin ist und nicht umfassend auf das Thema eingeht. Ebenso konnten sie eruieren, dass ein viel stärkeres Gefühl der Scham durch die Tatsache empfunden wird, dass man mit dem Verlust über die Kontrolle der Stuhlausscheidung ein soziales Tabu bricht, worüber nicht gesprochen werden darf. Dies führt dazu, dass die Betroffenen einen Großteil ihrer Energie aufwenden um ihr körperliches Gebrechen gegenüber anderen Personen zu verbergen. Es konnte jedoch auch die Selbstbeschuldigung identifiziert werden, welche zum Beispiel dadurch entsteht, dass bei Verschlechterung der Symptome die Schuld auf sich genommen wird, da sie denken etwas Falsches gegessen zu haben. Diese Selbstbeschuldigung steht in engem Zusammenhang mit der Suche nach den Ursachen für das körperliche Gebrechen und kann zu Schamgefühlen führen.

Dieser Bruch eines Tabus führt zu einer großen Angst der Betroffenen davor, in der Öffentlichkeit ungewollt Stuhl zu verlieren. Als weiteres Ergebnis zeigt sich, dass Personen mit Stuhlinkontinenz sich aufgrund ihrer Scham zunehmend in Isolation zurückziehen und Ausreden verwenden um nicht an Treffen mit Freunden oder anderen Veranstaltungen teilnehmen zu müssen (Olsson & Berterö, 2014, S. 145; Rasmussen & Ringsberg, 2009, S. 111-113).

In Bezug auf Erfahrungen mit Personal aus dem Gesundheitswesen konnten Brown et al. (2016, S. 548) feststellen, dass es für die Patienten und Patientinnen besonders schamerfüllend war sich diesen zu offenbaren und ihre Stuhlinkontinenz einzugestehen. Manchmal kam es durch das Verhalten von Ärzten beziehungsweise Ärztinnen ebenso zu unangenehmen Situationen, da die Betroffenen sich von diesen eingeschüchtert und vernachlässigt fühlten. Olsson und Berterö (2014, S. 145) konnten hier ähnliche Ergebnisse feststellen. Während beschrieben wird, dass es für die Betroffenen wichtig ist sich dem Personal einer Gesundheitseinrichtung anzuvertrauen, fällt es ihnen jedoch schwer über ihr Problem mit nahestehenden Personen zu sprechen. Ihren Partnern und Partnerinnen können sie sich jedoch meist anvertrauen. Es zeigen sich hier ebenso Erfahrungen mit Ärzten und Ärztinnen, bei welchen sich die Frauen und Männer unwohl, vernachlässigt und verletztlich fühlten.

Rasmussen und Ringsberg (2009, S. 112) konnten, zusätzlich zu den bereits angeführten Erkenntnissen aus anderen Studien, feststellen, dass Frauen nicht ausreichend über die Gefahr von Stuhlinkontinenz durch die Geburt eines Kindes aufgeklärt wurden. Das führte zu der Annahme der Betroffenen, dass es sich hierbei um keine normale Konsequenz handelt, was dazu führte, dass sie sich zu sehr schämten um sich jemanden anzuvertrauen. Es konnte ebenso identifiziert werden, dass die betroffenen Frauen vom Gesundheitspersonal zum Teil auch nicht ernst genommen und ihr Problem vernachlässigt wurde, wenn sie sich an diese bezüglich ihres unkontrollierten Stuhlverlustes gewandt haben.

In Bezug auf schamerfüllte Erfahrungen mit dem Personal einer Gesundheitseinrichtung, fanden Hoogsteyns und van der Horst (2015, S. 41) heraus, dass es von betroffenen Personen als beschämend empfunden wird, wenn das Personal versucht den Körper, der von Stuhlinkontinenz betroffenen Menschen, dazu zu bringen nach einem bestimmten Protokoll zu funktionieren, anstatt ihnen beizubringen auf die Symptome ihres Körpers zu hören und diesen auch im nun veränderten Zustand anzunehmen. Des Weiteren stellten Hoogsteyns und van der Horst (2015, S. 44) fest, dass es für die Betroffenen beschämend sein kann, wenn Pflegepersonal zu offen mit Stuhlinkontinenz umgeht. Als Beispiel zeigt sich hier, wenn Pflegenden, Personen welche aufgrund der Inkontinenz im Zimmer ihren Toilettengang verrichten müssen, keine Privatsphäre zukommen lassen. Dies kann sich dadurch äußern, dass sie das Zimmer nicht verlassen oder sogar den Arzt beziehungsweise

die Ärztin zur Visite in den Raum holen. Es wird den Menschen welche Stuhl nicht mehr halten können nicht dieselbe Privatsphäre zugesprochen, wie Personen welche kontinent sind und auf die verschließbare Toilette gehen können.

Cohan, Chou und Varma (2015, S. 806) setzten sich mit Thema Stuhlinkontinenz bei Männern auseinander. Sie konnten hierbei Unterschiede zwischen Männern und Frauen identifizieren. Bezogen auf das Gefühl der Scham konnte festgestellt werden, dass Männer weniger Beschämung wahrnehmen und dass sie die Bewältigung der Inkontinenz besser meistern können. Dies äußert sich auch dadurch, dass Männer eine bessere Lebensqualität, trotz unkontrolliertem Stuhlverlust, wahrnehmen als im Vergleich zu Frauen.

3.4 Interventionsmöglichkeiten für Pflegepersonen

Der letzte Abschnitt der Ergebnisse widmet sich dem Thema, welche Möglichkeiten es für Pflegende gibt um der Scham der Patienten und Patientinnen zu begegnen. Die hier angeführten Interventionsmöglichkeiten gelten sowohl für Harn- als auch Stuhlinkontinenz, sollte es sich um einen auf eine spezifische Form bezogenen Vorschlag handeln, so wird dies angeführt.

Ein Großteil der gesichteten Studien nannte als wichtigste Methode um auf Scham reagieren zu können, das Fachwissen. Es liegt in der Verantwortung der Pflegepersonen sich sowohl ein umfassendes Wissen über Harn- und Stuhlinkontinenz anzueignen als auch über den Einfluss der Inkontinenz auf das Leben der betroffenen Personen (Rasmussen & Ringsberg, 2010, S. 114; Olsson & Berterö, 2014, S. 148; Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1953). Hierbei ist es nicht nur wichtig, dass diese Fachkompetenz ein tieferes Verständnis für die Situation der betroffenen Menschen als auch das notwendige differenzierte Wissen über Harn- und Stuhlinkontinenz aufweist, sondern dass sie diese Informationen auch mit den Patienten und Patientinnen teilen (Brown et al., 2017, S. 550). Dieser Umstand hat deshalb solch hochrangige Bedeutung, da durch dieses Vorgehen für die betreuten Menschen eine individuelle Pflege gewährleistet (Olsson & Berterö, 2014, S. 148) und Unterstützung bei der Symptomkontrolle betrieben wird (Häggund & Ahlström, 2007, S. 114).

In engem Zusammenhang mit diesen Erkenntnissen, steht der Aspekt, dass eine für den Patienten beziehungsweise die Patientin angenehme Kommunikation stattfindet.

Hierbei soll darauf geachtet werden, dass Gespräche empathisch geführt werden und das Gegenüber als vollwertiges Individuum mit einem ernstzunehmenden Problem wahrgenommen wird (Olsson & Berterö, 2014, S. 148). Vor allem die Empathie hat hier eine tragende Rolle, da sie dazu beiträgt die betroffenen Personen in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien zu unterstützen (Rasmussen & Ringsberg, 2010, S. 114). Diese Ergebnisse decken sich auch mit den Aussagen von Hägglund und Wadensten (2007, S. 309-310) sowie Björk et al. (2010, S. 487), da sie der Meinung sind, dass Inkontinenz direkt angesprochen werden soll, sonst hätten die Betroffenen Probleme damit das Thema selbst anzusprechen. Hier darf jedoch nicht darauf vergessen werden, auf das Thema mit Feingefühl einzugehen. Dies kann ermöglicht werden indem man eine Atmosphäre des Verständnisses schafft, wie es bereits in den genannten Studien angeführt wurde.

Es sollte nicht nur die Inkontinenz an sich direkt angesprochen werden, sondern auch unangenehme Gefühle wie Scham oder Schuld, welche aus dem ungewollten Verlust von Ausscheidungen resultieren (Olsson und Berterö, 2014, S. 148).

Zusammenfassen lässt sich hier sagen, dass ein Fachwissen bezüglich Harn- und Stuhlinkontinenz, aber auch deren Einfluss auf sämtliche Aspekte des Umfeldes von Patienten und Patientinnen, eine wichtige Ressource der Pflege darstellt. Derselbe Grad an Wichtigkeit ist auch dem Kommunikationsverhalten zuzuschreiben, da dieses in einer Atmosphäre der Empathie und des Verständnisses anzuwenden ist und durch präzise Fragen nach den Problemen und Gefühlen, welche sich in Assoziation mit den eigenen Ausscheidungen ergeben, zu ergänzen. Diese Möglichkeiten sind zu beachten um die Betroffenen im Umgang mit ihrer Scham zu unterstützen.

Kummer, Dören und Kuhlmeier (2008, S. 271) kamen zu der Erkenntnis, dass neben den bereits dargestellten Hinweisen bezüglich Kommunikation, es von den Patienten und Patientinnen als unangenehm empfunden wird wenn das Pflegepersonal die zu betreuenden Personen nicht respektvoll grüßen oder wenn ohne Einverständnis geduzt wird. Dieser Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung ist für die von Inkontinenz betroffenen Patienten und Patientinnen sehr wichtig. Erfolgt diese Entwicklung nicht, werden Situationen welche von Grund auf unangenehm und schamauslösend sind, wie etwa die Versorgung mit frischem Inkontinenzmaterial, intensiver beschämend erlebt.

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass es ein Defizit bezüglich der Beratung über passendes Inkontinenzmaterial durch Pflegepersonen gibt (Kummer et al., 2008, S. 271). Für die Betroffenen ist es wichtig, dass sie Produkte verwenden können, welche sie in ihrer Situation optimal unterstützen und gleichzeitig gut unbemerktbar zu tragen sind. Durch mangelnde Intervention seitens der Pflegenden können die Patienten und Patientinnen in die beschämende Situation kommen, zu denken, dass für ihr Problem keine geeigneten Hilfsmittel vorhanden sind, beziehungsweise alleine eruiieren zu müssen welche Alternativen es gibt die an ihre Bedürfnisse angepasst sind, da ihnen sonst niemand dabei hilft (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 42). Daher müssen Pfleger und Pflegerinnen die betroffenen Personen entsprechend ihrer fachlichen Kompetenz bezüglich der verschiedensten Produkte zur Inkontinenzversorgung sowie deren Verwendung informieren (Kummer et al., 2008, S. 272).

Neben der Information über verwendbare Materialien, ist auch die Schulung der Patienten und Patientinnen wichtig. Zum einen bezüglich durchführbarer Übungen und zum anderen im Hinblick darauf, die Zeichen des eigenen Körpers kennenzulernen und diese zu deuten. Hoogsteyns und van der Horst (2015, S. 41) stellten fest, dass es für Personen mit Stuhlinkontinenz zu beschämenden Situationen kommen, wenn das Pflegepersonal versucht, den Körper dieser Personen dazu zu bringen sich nach einem bestimmten Schema zu verhalten. Dadurch konnte nicht auf die individuelle Situation der betreuten Menschen eingegangen und die Inkontinenz auch nicht kontrolliert werden. Die wichtigere Alternative hierzu wäre es, wenn das Pflegepersonal die betroffenen Personen dazu anleiten die Zeichen ihres Körpers zu erkennen. Dadurch können diese langsam lernen diese Zeichen zu deuten, im Hinblick auf bevorstehenden Stuhlgang, und rechtzeitig die entsprechenden Vorkehrungen treffen.

Bezogen auf die Harninkontinenz liegt es in der Aufgabe und Kompetenz der Berufsangehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege, die ihnen anvertrauten Personen hinsichtlich Übungen zu schulen, welche die Kontinenz fördern und dadurch ihre schambehaftete Situation zu verbessern, wie zum Beispiel das Beckenbodentraining (Kummer et al., 2008, S. 272).

In der Arbeit von Björk et al. (2014, S. 485) wurden Frauen mittels einem Programm, welches über das Internet durchgeführt wurde, hinsichtlich ihrer Inkontinenz beraten

und zu Beckenbodenübungen angeleitet. Diese Form der Behandlung wurde von den Teilnehmerinnen positiv aufgenommen, da durch die größere Anonymität Gefühle der Scham weniger wahrgenommen wurden, da sie sich nicht entblößt fühlten. Somit konnten auch die Hemmung reduziert werden, sich bezüglich ihres körperlichen Gebrechens Hilfe zu suchen (Björk et al., 2014, S. 491).

Zu diesen Ergebnissen kann abschließend gesagt werden, dass es, zusätzlich zu den bereits genannten kommunikativen Aspekten, positiven Einfluss hat, wenn Pflegepersonen mit ihren Patienten und Patientinnen respektvoll umgehen und eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Zusätzlich wirkt es förderlich, wenn das Informations- und Beratungsangebot hinsichtlich von Inkontinenzmaterial und der Vermittlung von Übungen zur Förderung der Kontinenz sowie zum Erkennen und Deuten der Zeichen des eigenen Körpers, verbessert und aktiver betrieben wird. Ebenso kann das Schamgefühl geringgehalten werden, wenn Personen sich über das Medium Internet helfen lassen, anstatt sich jemanden persönlich zu offenbaren.

4 Diskussion

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse diskutiert, die Beantwortung der Fragestellung erläutert und die Beschränkungen dieser Arbeit dargestellt.

Im Zuge der Sichtung der Studien konnte festgestellt werden, dass diese in einigen Bereichen ähnliche beziehungsweise gleiche Informationen liefern. Auch bei den getrennt aufgezeigten schamauslösenden Faktoren bezüglich Harn- und Stuhlinkontinenz konnten einige Gemeinsamkeiten festgestellt werden. Bei beiden Formen der Inkontinenz zeigt sich, dass es sich bei diesen Themen um ein gesellschaftliches Tabu handelt (Björk et al., 2014, S. 487; Brown et al., 2017, S. 545; Elenskaia et al., 2011, S. 608; Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950; Hägglund & Wadensten, 2007, S. 308). Diese Erkenntnis deckt sich auch mit den Ergebnissen aus dem Expertinnengespräch, welches die Ansicht liefert, dass die Scham aufgrund von Inkontinenz auf der Angst beruht, das Ansehen in der Gesellschaft zu verlieren.

Da die Datenlage zum Thema dieser Arbeit geringgehalten ist, kann hier interpretiert werden, dass auch das Interesse der Gesellschaft, dieses Gebiet zu erforschen, ein vergleichsweise geringes ist.

Hägglund und Ahlström (2007, S. 1950-1952) kamen zu der Erkenntnis, dass ältere Frauen besser mit Harninkontinenz umgehen können als jüngere Frauen. Sie führen dazu als beispielhafte Veranschaulichung den Vergleich zwischen 50 und 30 Jahren an. Auch die Gesprächspartnerin aus dem Expertinnengespräch, hat die Erfahrung gemacht, dass Frauen mit zunehmendem Alter mehr dazu bereit sind mit Freundinnen über unkontrollierten Harnverlust zu sprechen.

Die beiden Begriffe „jung“ und „alt“ sind jedoch sehr dehnbar und werden von jedem Menschen unterschiedlich definiert. Des Weiteren kann diese Annahme nicht als unabdingbarer Umstand gewertet werden, da der Umgang mit Scham und Inkontinenz vor allem von der Person an sich abhängig ist und nicht ausschließlich von deren Alter.

Als ein weiterer Aspekt, welcher bei Harninkontinenz Scham auslöst, konnte aufgezeigt werden, dass Personen sich selbst die Schuld geben Harn ungewollt zu verlieren, da sie nicht ausreichend Beckenbodentraining durchgeführt haben (Björk et al., 2014, S. 487). Hier liegt es dann jedoch in der Verantwortung des Pflegepersonals, diese Personengruppe entsprechend ihrer fachlichen Kompetenz in Übungen zur Stärkung des Beckenbodens zu schulen (Kummer et al., 2008, S. 272).

Dies bedeutet in weiterer Folge dann jedoch auch, dass die Wiederholung und korrekte Durchführung, durch die Pflegenden angeregt werden soll.

In Bezug auf Stuhlinkontinenz stellten Olsson und Berterö (2014, S. 145) fest, dass die Betroffenen sich den Berufsangehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege und ansonsten nur ihren Partnern und Partnerinnen anvertrauen können. Es ist ihnen nicht möglich sich weiteren nahestehende Personen anzuvertrauen, da hier das Schamgefühl stärker vorhanden ist. Die Hemmung sich anderen Menschen zu offenbaren, nimmt auch die Expertin wahr. Sie ist auch der Meinung, dass es Personen leichter fällt ihren unkontrollierten Verlust von Ausscheidungen zuzugeben, wenn ein sehr enges und vertrautes Verhältnis zu jemand anderem besteht.

Als einer der Unterschiede zwischen Männer und Frauen mit ungewolltem Verlust von Stuhl, konnte festgestellt werden, dass Männer in diesem Bezug weniger Scham empfinden und dennoch eine gute Lebensqualität wahrnehmen (Cohan et al., 2015, S. 806).

Hier darf jedoch nicht der Fehler begangen werden, den männlichen Patienten weniger Aufmerksamkeit zu schenken, denn trotz dieses Ergebnisses brauchen auch sie Unterstützung im Umgang mit ihrer Scham.

Eine weitere Erkenntnis für die Pflegepraxis, welche von mehreren Studien sehr deutlich identifiziert werden konnte, ist umfassendes Wissen über die Formen der Inkontinenz als auch deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Dies stellt einen sehr wichtigen Aspekt dar um auf Scham von Patienten und Patientinnen eingehen zu können (Rasmussen & Ringsberg, 2010, S. 114; Olsson & Berterö, 2014, S. 148; Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1953). Die Expertin, mit welcher ein ausführliches Gespräch zu dem Thema Harn- und Stuhlinkontinenz geführt wurde, sieht diese Erkenntnis gleichermaßen als essentiell für die Arbeit von Pflegepersonen. Sie ist zusätzlich auch der Meinung, dass Pflegende sich selbst damit auseinandersetzen müssen, wie sie Scham erleben und damit umgehen, da sich dadurch auch das Verhalten gegenüber sich schämenden Personen entwickelt.

In den gesichteten Beiträgen von Kummer et al. (2007, S. 271) sowie Hoogsteyns und van der Horst (2015, S. 42) wurde eruiert, dass die Beratung und Information der Patienten und Patientinnen durch das Pflegepersonal hinsichtlich Inkontinenzmaterial als nicht ausreichend genug empfunden wird.

Dies kann daran liegen, dass Pflegende meist nur mit den Materialien von ein und demselben Anbieter arbeiten, da ihnen auch nur diese zur Verfügung stehen. Hier wäre es eine Möglichkeit, dass sich Pflegepersonen dennoch ein Wissen über Materialien anderer Hersteller aneignen, welche ihnen regulär nicht zur Verfügung stehen. Dies hat den Vorteil, dass jede Person optimal in Bezug auf die Versorgung von ungewolltem Harn- oder Stuhlverlust beraten werden kann. Das nicht Vorhandensein eines Produktes, bedeutet nicht, dass dies nicht die bessere Alternative für jemanden sein könnte. Jedoch gibt es auch speziell ausgebildete Stoma- und Kontinenzberaterinnen beziehungsweise Stoma- und Kontinenzberater, welche in diesem Zusammenhang kontaktiert werden können um die Betroffenen umfassend beraten zu können.

Im Zuge der Darstellung der Interventionsmöglichkeiten für Pflegepersonen, wurde auch kurz die Möglichkeit erläutert, Personen mit Harninkontinenz über das Internet zu betreuen (Björk et al., 2014, S. 485). Vergleichend hierzu konnten auch Hoogsteyns und van der Horst (2015, S. 42) ermitteln, dass Personen welche von ungewollten Urin- oder Stuhlverlust betroffen sind, sich wertvolle Informationen aus Online-Foren holen können. Dieses Wissen reicht von passendem Inkontinenzmaterial bis hin zum Umgang mit alltäglichen Problemen.

Bei dieser Möglichkeit anonym Hilfestellungen zu erhalten besteht die Aufgabe der Pflegepersonen darin, die Patienten und Patientinnen darüber zu aufzuklären, dass es auch im Internet wertvolle Informationsquellen zu diesem Thema gibt. Dies ist selbstverständlich auch davon abhängig wie firm besagte Personen mit dem Umgang des Internets sind, hier können jedoch auch Angehörige miteinbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist selbstverständlich die Tatsache, dass der Pfleger beziehungsweise die Pflegerin sich zuvor mit unterschiedlichen Websites auseinandergesetzt hat, um zu eruieren welche weiterempfohlen und von welchen eher abgeraten werden sollte. Hierbei könnte auch Rat bei der Stoma- und Kontinenzberatung eingeholt werden.

4.1 Beantwortung der Fragestellung

Die zu Beginn dieser Arbeit formulierte Fragestellung konnte anhand der ermittelten Ergebnisse beantwortet werden. Sowohl in Bezug auf Harn- als auch Stuhlinkontinenz wurde festgestellt, dass diese Themen noch ein Tabu in der Gesellschaft darstellen und dadurch bei den Betroffenen zu Schamgefühlen führen (Björk et al., 2014, S. 487;

Brown et al., 2017, S. 545; Elenskaia et al., 2011, S. 608; Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950; Hägglund & Wadensten, 2007, S. 308). In engem Zusammenhang steht hier auch die Angst davor Harn oder Stuhl in der Öffentlichkeit zu verlieren und dadurch bloßgestellt zu werden (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 40; Olsson & Berterö, 2014, S. 145; Rasmussen & Ringsberg, 2009, S. 111).

Ebenso führt es zu Beschämung, wenn Personen mit Inkontinenz denken selbst die Schuld an ihrer Situation zu tragen, da sie der Meinung sind sie hätten mehr auf sich und ihren Körper aufpassen müssen (Björk et al., 2014, S. 487; Brown et al., 2017, S. 545). Es können jedoch auch andere Bereiche des Lebens durch Harn- oder Stuhlinkontinenz beeinträchtigt werden, wie etwa das Sexualleben. Dieses kann durch Scham beeinflusst werden, da der Geschlechtsverkehr nicht mehr spontan stattfinden kann und ein Gefühl der Unreinheit bei den Betroffenen vorherrscht (Hägglund & Wadensten, 2007, S. 309).

Speziell auf Harninkontinenz bezogen wurde festgestellt, dass der Verlust über die Kontrolle dieses Organs eine Schamquelle darstellt (Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950).

Das Pflegepersonal konnte ebenfalls als Schamquelle bei Inkontinenz identifiziert werden. So zeigte es sich als Auslöser für Scham, wenn Pflegende die Ängste und Gefühle hinsichtlich des unkontrollierten Verlustes von Ausscheidungen der betreuten Personen nicht ernst nehmen (Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950; Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 41). Des Weiteren kann jedoch auch der übertrieben offene Umgang mit Stuhlinkontinenz, wodurch die Privatsphäre der Patienten und Patientinnen nicht mehr geachtet wird, Scham begünstigen (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 44).

Auf Stuhlinkontinenz in Folge der Geburt eines Kindes bezogen konnte der Aspekt ermittelt werden, dass die betroffenen Frauen nicht in ausreichendem Maße über diese mögliche Gefahr aufgeklärt wurden und dadurch zu Gefühlen der Scham kommt, da davon ausgegangen wird, dass es sich dabei um keine bekannte Konsequenz der Geburt handle (Rasmussen & Ringsberg, 2009, S. 112).

Neben den Aspekten und Faktoren, welche Scham auslösen können, widmet sich die formulierte Fragestellung auch den Möglichkeiten, wie Pflegepersonen hier unterstützend eingreifen können.

Als wichtigste Aufgabe der Pflegenden konnte identifiziert werden, dass diese sich ein umfassendes Fachwissen aneignen müssen, da sie dadurch die individuelle Patientensituation besser verstehen und sich daran anpassen können (Rasmussen & Ringsberg, 2010, S. 114; Olsson & Berterö, 2014, S. 148; Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1953). Im Umgang mit den betroffenen Patienten und Patientinnen ist eine adäquate Kommunikation sehr wichtig. Diese soll so gestaltet sein dass sich das Gegenüber als ernstgenommenes Individuum wahrgenommen fühlt und des Weiteren ist auch die Empathie ein wichtiges Kriterium (Olsson & Berterö, 2014, S. 148). Neben der Art und Weise wie Gespräche geführt werden sollen, ist auch der Inhalt entscheidend. So wurde festgestellt, dass es förderlich ist Inkontinenz direkt anzusprechen (Björk et al., 2010, S. 487; Hägglund & Wadensten, 2007, S. 309-310) und dabei sollen auch in Verbindung stehende, unangenehme Gefühle, wie etwa Scham, angesprochen werden (Olsson & Berterö, 2014, S. 148). Es ist ebenso der Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung wichtig, um einer zusätzlich schambehafteten Situationen vorzubeugen (Kummer et al., 2008, S. 271).

Eine weitere Maßnahme um von Inkontinenz betroffene Personen in ihrer schambehafteten Situation zu unterstützen, stellt die umfassende Information und Beratung bezüglich möglicher Inkontinenzmaterialien dar. Aber nicht nur die Information über Materialien ist entscheidend, sondern auch die Vermittlung von Übungen, wie etwa dem Beckenbodentraining, um der Entwicklung von Scham entgegenzuwirken indem die Kontinenz gefördert wird (Kummer et al., 2008, S. 272).

4.2 Limitationen

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind dahingehen eingeschränkt, da ein vergleichsweise kleines Spektrum an Studien in den Ergebnisteil aufgenommen werden konnte. Dies kam dadurch zustande, da die eher geringe Datenlage zum Thema durch die notwendigen Ein- und Ausschlusskriterien zusätzlich eingeschränkt wurde. Des Weiteren behandelt ein Großteil der gesichteten Studien die Scham nur als einen Teil der gesamten Studie und lediglich zwei Beiträge haben sich zur Gänze dem Thema Scham und Tabu bei Inkontinenz gewidmet. Die Möglichkeit, dass dadurch nicht alle Aspekte zur Beantwortung der Fragestellung berücksichtigt werden konnten, kann nicht ausgeschlossen werden.

Zusätzlich wurden bei den meisten Arbeiten nur Frauen berücksichtigt und nur selten auch Männer. Die Ergebnisse wurden daher in den dafür passenden Bereichen auf

beide Geschlechter übertragen und es wurde nur bei geschlechtsspezifischen Erkenntnissen, das Geschlecht explizit angeführt. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, dass die Ergebnisse die Auswirkungen auf Männer haben, nicht oder nur in sehr verringertem Ausmaße widerspiegeln.

Da es sich bei den meisten Studien um englischsprachige Beiträge handelt, können trotz sorgfältiger Übersetzung, Fehler bei der Übertragung des Textes in die deutsche Sprache denkbar sein. Auch die zeitliche Einschränkung durch das Studium grenzt die Ergebnisse der Arbeit ein, da dadurch keine weiteren ausführlichen Suchen in zusätzlichen Datenbanken mit extra Suchbegriffen möglich waren.

5 Zusammenfassung

Der folgende Abschnitt dieser Arbeit fasst die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass es für die Patienten und Patientinnen verschieden schamauslösende Aspekte und Faktoren in Zusammenhang mit ihrer Inkontinenz gibt. Vor allem das bestehende Tabu in der Gesellschaft führt dazu, dass Gefühle des Unwohlseins und Selbstscham entstehen (Björk et al., 2014, S. 487; Brown et al., 2017, S. 545; Elenskaia et al., 2011, S. 608; Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950; Hägglund & Wadensten, 2007, S. 308). Jedoch nicht nur die Ansicht der Gesellschaft, sondern auch das Suchen nach der Schuld bei sich selbst kann in manchen Fällen als Schamquelle dienen (Björk et al., 2014, S. 487; Brown et al., 2017, S. 545). Der Kontrollverlust über den eigenen Körper wird als beschämend beschrieben, vor allem wenn sich dieser in der Öffentlichkeit sichtbar macht (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 40; Olsson & Berterö, 2014, S. 145; Rasmussen & Ringsberg, 2009, S. 111).

Auch die Pflegepersonen können durch ihr Handeln oder auch dem Unterlassen von Hilfestellungen Scham bei den Betroffenen entstehen lassen. Wenn sie Personen mit Inkontinenz in ihrer aktuellen Situation nicht wahrnehmen und respektlos behandeln, kann dies zu schamhaften Empfindungen führen (Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1950). Jedoch auch das mangelnde Hilfsangebot bei der Beratung und Information zu Inkontinenzversorgungsmaterialien kann Patienten und Patientinnen in unangenehme Situationen versetzen (Kummer et al., 2007, S. 271; Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 42).

Für die Betroffenen stellt Inkontinenz einen stark schambehafteten Umstand dar, wodurch es auch dazu kommen kann, dass diese sich zunehmend in soziale Isolation zurückziehen und sich auch nicht ihren vertrauten Personen bezüglich ihres Verlustes von Ausscheidungen anvertrauen (Olsson und Berterö, 2014, S. 145).

Als wichtigste Möglichkeit der Pflegepersonen um mit Scham bei Inkontinenz umzugehen, konnte mehrheitlich das Fachwissen der Pflegenden identifiziert werden, da dieses ein, an die individuelle Situation angepasstes Verhalten ermöglicht (Rasmussen & Ringsberg, 2010, S. 114; Olsson & Berterö, 2014, S. 148; Hägglund & Ahlström, 2007, S. 1953). Als weiteren wichtigen Punkt konnte eine durchdachte

Kommunikation, welche von Respekt und Empathie geprägt ist, identifiziert werden (Olsson & Berterö, 2014, S. 148). Die Information bezüglich passender Inkontinenzprodukte und die Schulung hinsichtlich von Übungen, welche Kontinenz fördern, haben sich ebenso als hilfreich erwiesen (Kummer et al., 2008, S. 272). Es zeigt sich auch, dass das Internet eine wichtige Ressource für die betroffenen Personen darstellen kann (Hoogsteyns & van der Horst, 2015, S. 42) und deshalb sollten die Berufsangehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege diese Medium in die Beratung miteinbeziehen.

Zukünftige Studien sollten sich darauf konzentrieren, sich umfassend mit dem Thema Scham bei Personen mit Harn- und/oder Stuhlinkontinenz befassen, da es momentan noch einen Nebenpunkt in den gesichteten Studien darstellt. Dadurch können eventuell noch differenziertere Ergebnisse produziert werden. Auch die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sollten noch näher beleuchtet werden, da es zwar durchaus Gemeinsamkeiten gibt, jedoch sind auch geschlechtsspezifische Faktoren stärker zu berücksichtigen.

6 Literaturverzeichnis

- Ahnis, A. (2009). *Bewältigung von Inkontinenz im Alter: Subjektives Belastungserleben, Krankheitsverarbeitung und subjektives Wohlbefinden bei alten Menschen mit Harn- und Analinkontinenz*. Bern: Verlag Hans Huber
- Archer, A. (2014). Shame and diabetes self-management. *Practical Diabetes*. 31(3). S. 102-106
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). Beurteilungshilfen. Zugriff am 29.03.2017 unter <http://www.medizin.uni-halle.de//index.php?id=572>
- Björk, A.-B., Sjöström, M., Johansson E. E., Samuelsson, E. & Umefjord, G. (2014). Women's Experiences of Internet-Based or Postal Treatment for Stress Urinary Incontinence. *Qualitative Health Research*, 24(4). S. 484-493
- Brown, H. W., Rogers, R. G. & Wise, M. E. (2017) Barriers to seeking care for accidental bowel leakage: a qualitative study. *International Urogynecology Journal*, 28(4). S. 543-551
- Chilton, J. M. (2012). Shame: A Multidisciplinary Concept Analysis. *Journal of Theory Construction & Testing*, 16(1), 4-8
- Cohan, J. N., Chou, A. B. & Varma, M. G. (2015). Faecal incontinence in men referred for specialty care: a cross-sectional study. *Colorectal Disease: The Official Journal Of The Association Of Coloproctology Of Great Britain And Ireland*, 17(9). S. 802-809
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP]. (1. Aktualisierung 2014). *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Dombrowsky, T. & Gray, J. (2012). Continence and Incontinence: A Concept Analysis. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 16(2). S. 31-37
- Eilat-Tsanani, S., Tabenkin, H., Shental, J., Elmalah, I. & Steinmetz, D. (2013). Patients' Perceptions of Radical Prostatectomy for Localized Prostate Cancer: A Qualitative Study. *Israel Medical Association Journal*, 15(3). S. 153-157
- Elenskaia, K., Haidvogel, K., Heidinger C., Doerfler D., Umek W., Hanzal E. (2011). The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 123(19-20), S. 607-610

- Hägglund, D. & Ahlström, G. (2007). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*, 16. S. 1946-1954
- Hägglund, D. & Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), S. 305-312
- Hayder, D., Kuno, E. & Müller, M. (2008). *Kontinenz – Inkontinenz – Kontinenzförderung: Praxishandbuch für Pflegende*. Bern: Hans Huber Verlag
- Hoogsteyns, M. & van der Horst, H. (2015). How to live with a taboo instead of „breaking it“. Alternative empowerment strategies of people with incontinence. *Health Sociology Review*, 24(1). S. 38-47
- Immenschuh, U. & Marks, S. (2014). *Scham und Würde in der Pflege*. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main
- Kleibel, V. (2016). Anhang zu: IB Information zur Bachelorarbeit 1. Unveröffentlichtes Skriptum, Rudolfinerhaus Wien.
- Kummer, K., Dören, M. & Kuhlmeier, A. (2008). Kommunikation der Ärzte und Pflegenden über Inkontinenz – eine Patientenperspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(4). S. 267-273
- McFall, L. & Johnson, V. (2009). Shame: Concept Analysis. *Journal of Theory Construction & Testing*, 13(2), S. 57-63
- Nelson, R. (2004). Dimensions of the problem: Prevalence and impact. *Gastroenterology*, 126(1). S. 3-7
- Ness, W. (2012). Faecal incontinence: causes, assessment and management. *Nursing Standard*, 26(42), S. 52-60
- Niedermann, E. (2015a). „...einsam bleibe ich trotzdem...“: Über den professionellen Umgang mit Schamgefühl. *Praxis Palliative Care*. (26). S. 7-9
- Niedermann, E. (2015b). Die Scham im Blick: Reflexion über die Bedeutung des Schamgefühls in der Pflege. *Praxis Palliative Care*. (26). S. 28-29
- Olsson, F., & Berterö, C. (2014). Living with faecal incontinence: trying to control the daily life that is out of control. *Journal of Clinical Nursing*. (24). S. 141-150

- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA). (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie: Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung*. Zugriff am 27.03.2017 unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/7/6/CH1104/CMS1430841729259/hochaltrigenstudie.pdf>
- Pernlochner-Kügler, C. (2010). *Ekel und Scham bei der Arbeit mit dem menschlichen Körper*. Norderstedt: Grin Verlag
- Pfabigan, D. (2012). Würde und Scham in der geriatrischen Langzeitpflege. *Pflegenetz*, 04/12. S. 24-27
- Rasmussen, J. L. & Ringsberg, K. C. (2010). Being involved in an everlasting fight – a life with postnatal faecal incontinence. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1). S. 108-115
- Samuelsson, E., Victor, A. & Tibblin, G. (1997). A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence well-being and wish for treatment. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 76(1). S. 74-80
- Smith, B. (2010). Faecal incontinence in older people: delivering effective, dignified care. *British Journal of Community nursing*, 15(8). S. 370-374
- Werkander Harstäde, C., Roxberg, Å., Andershed, B. & Brunt, D. (2012). Guilt and shame – a semantic concept analysis of two concepts related to palliative care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), S. 787-795
- Wood-Dauphinee, S. & Küchler, T. (2004). Kritische Würdigung wissenschaftlicher Publikationen basierend auf Saxer, 2003. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript, Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, Wien.
- Woodward, S. (2012). Management options for faecal incontinence. *Nursing & Residential Care*, 14(5). S. 224-229

7 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Harninkontinenz.....	2
Abbildung 2: Flussdiagramm	17

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien.....	14
Tabelle 2: Suchprotokoll	16
Tabelle 3: Einschätzung der qualitativen Studien anhand eines Ampelschemas (eigene Darstellung)	20
Tabelle 4: Einschätzung der quantitativen Studien anhand eines Ampelschemas (eigene Darstellung)	21
Tabelle 5: Tabellarische Darstellung der Studien	27
Tabelle 6: Genaue tabellarische Studiendarstellung	28

9 Anhang

Leitfaden Expertinnengespräch

Formale Rahmenbedingungen abklären:

Abklären, ob Daten später genannt werden dürfen – Datenschutz, abklären, ob das Gespräch aufgezeichnet werden darf, Abklären wofür das Gespräch geführt wird, Thema der Arbeit erklären, Erklären, dass das Gespräch jederzeit abgebrochen werden kann, Einwilligung zum Gespräch einholen, Voraussichtliche Dauer des Gesprächs nennen

Beruflicher Werdegang:

Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

Bitte erzählen Sie mir von Ihrem beruflichen Werdegang.

Was hat Sie dazu bewegt, Stoma- und Kontinenzberaterin (KSB) zu werden?

Welche Klientel betreuen Sie im Zuge ihrer beruflichen Tätigkeit? Ausschließlich Betroffene oder auch deren Angehörige?

Scham allgemein:

Wie würden Sie Scham definieren?

Scham gilt nach wie vor als Tabuthema – Wie ist Ihre Meinung dazu?

Inkontinenz und Scham

In wie weit führt die Inkontinenz eines Patienten oder einer Patientin Ihrer Meinung nach zu Schamgefühlen?

Konnten Sie im Zuge Ihrer Tätigkeit als KSB erleben, dass eine Person von Scham betroffen war? – Wenn ja wie hat sich dies Ihnen gegenüber geäußert?

Wenn sie Patienten/Patientinnen betreut haben, welche sich aufgrund der Inkontinenz geschämt haben, was waren hier für die Betroffenen die Ursachen der Scham?

Welche Unterschiede konnten Sie identifizieren, bezüglich Scham bei Harn- oder Stuhlinkontinenz?

Können Sie eine Aussage dazu treffen, ob Scham bei Harn- oder bei Stuhlinkontinenz häufiger auftritt beziehungsweise geäußert wird?

Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, inwiefern sich das Verhalten zwischen Frauen und Männern im Umgang mit der Inkontinenz unterscheidet?

Gibt es auch Situationen, wo Sie als KSB sich im Umgang mit inkontinenten Personen schämen, oder welche Ihnen unangenehm sind?

Würden Sie sagen, dass es bei der Inkontinenz auch von der Form und Ausprägung der Inkontinenz abhängig ist, ob sich Schamgefühle entwickeln? – Worauf begründen Sie diese Annahme? – Wie stark nehmen Sie dieses Gefühl wahr?

Wie ist Ihrer Einschätzung nach, der momentane Umgang von Pflegepersonen mit Scham bei inkontinenten Personen?

Bewältigungsstrategien

Welche Möglichkeiten sind am effektivsten um Schamgefühlen, seitens der Patienten und Patientinnen, aus Sicht der Pflege, professionell zu begegnen?

Welche Ratschläge haben Sie, wie Gesundheits- und KrankenpflegerInnen im alltäglichen Geschehen, auf PatientInnen mit Inkontinenz eingehen können, um Scham mindern?

Abschlussworte

Im Zuge dieses Gesprächs wurden viele Aspekte der Scham besprochen, gibt es noch unerwähnte Punkte die Sie uns mitteilen möchten?

Dies ist ein Gesprächsleitfaden, welcher je nach Verlauf an das Gespräch angepasst wird.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Björk, A., Sjöström, M., Jphnsson, E. (2014). Women's Experiences of Internet-Based or Postal Treatment for Stress Urinary Incontinence

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?
Keine klare Fragestellung; Hauptziel -> Erfahrungen mit Internetprogramm und Spitalsbehandlung bei Inkontinenz ermitteln
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie
Teilstrukturierte Interviews, Grounded Theory; eignet sich gut für schwach beforschtes Feld und ermöglicht parallel Analyse, Rekrutierung sowie Interviews
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?
Literatur verwendet -> keine Angabe zur Recherche
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?
Rekrutierung über Projekt-Website; hier bereits Infos an Probanden; Probandinnen aus vorangegangener Studie
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?
18-70 Jahre; 250 Frauen eingeschlossen aus vorangegangener Studie von diesen 21 tatsächlich interviewt; jede Teilnehmerin hat zumindest 1x/Woche ungewollten Harnverlust; keine Angabe zu Forschern
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?
Offene Fragen; Fragen für tieferes Verständnis gewählt; non-Face-to-Face; Hauptautor führte Interviews; 23 Min Durchschnittsdauer; Transkription der Tonbandaufnahmen
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik
Kodierung durch alle Autoren; Diskussion der Codes durch Team und externe Kontrolle; dadurch Themen identifiziert -> im Sinne der randomisiert kontrollierten Studie
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?
Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?
Sehr ausführliche Beschreibung; Hintergrund bis Schlussfolgerung behandelt; ausführliche Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?
Kontrolle durch externe Forscher -> Bestätigung

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Brown, H., Roger, R., Wise, M. (2016). Barriers to seeking care for accidental bowel leakage: a qualitative study

Forschungsfrage: Keine Angabe

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

Ziele: Beschreiben und charakterisieren von Barrieren, wodurch ein Messinstrument entwickelt werden soll; keine eigene Forschungsfrage formuliert

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

Geführte Fokusgruppen; Interviews; keine Aussage bezüglich gewähltem Design

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

Keine Angabe

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt

Wie erfolgte die Auswahl?

und die Auswahl begründet?

Auswahl begründet (mind. 18 Jahre, weiblich und Stuhlverlust in den letzten 3 Monaten); Flyer in WCs, Kliniken, Pflegeheimen, Online-Artikel

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

Ausschließlich Probandinnen beschrieben wie sie ausgewählt wurden; keine Aussage zu Forschern bzw. Umfeld der Probandinnen

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

90-minütige Fokus Gruppen mit Moderator -> Gruppendiskussion über mögliche Hypothesen bezüglich Barrieren; 60-90-minütige Einzelinterviews -> Thema waren Barrieren welche in den Gruppendiskussionen ermittelt wurden

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Konventionelle Datenanalyse -> induktives Kodieren um Perspektiven der Betroffenen zu verstehen

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Komplette Entwicklung definiert; mit Zitaten bestätigt und verglichen; Ergebnisse separat diskutiert und Schlussfolgerung aus Diskussion gezogen

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Ergebnisse wurden von 2 unabhängigen Forschern kodiert und interpretiert -> anschließend gemeinsame Diskussion bis Konsens erreicht wurde

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Hägglund, Ahlström. (2007). The meaning of women's experiences of living with long-term urinary incontinence is powerlessness

Forschungsfrage: Keine Angabe

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i> Ziel: Betrachtung der Bedeutung von Harninkontinenz für Frauen; keine separate Fragestellung formuliert
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i> Phänomenologisches, hermeneutisches Design nach Ricoeur und weiterentwickelt von Lindseth & Norberg; gewählt um Gefühle unverfälscht zu erfassen
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i> Wurde durchgeführt, jedoch keine Angabe in welche Datenbanken oder mit welchen Suchbegriffen
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i> Teilnehmerinnen von vorangegangener Studie ermittelt -> Inhalt dieser Studie angeführt
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i> Umfassende Beschreibung von Alter, Form der Inkontinenz, familiäre und berufliche Situation der Probanden und Probandinnen; keine Forscherbeschreibung
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i> Interviews durch Hauptautor von 45-90 Minuten; Inhalte der Interviews dargestellt
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i> Transkription der Interviews durch erfahrene Sekretärin; Tonbandaufnahmen der Gespräche von allen Autoren gehört um das Befinden der Betroffenen zu begreifen
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i> Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i> Aufgeteilte Ergebnisse (grundlegendes Verständnis, strukturierte Analyse); alle Phasen von Datenlage bis Schlussfolgerung vorhanden; Limitationen nicht eindeutig angegeben aber ein wenig herauslesbar
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i> Diskussion der Ergebnisse durch Autoren bis Konsens

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber: Bern.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Hägglund, Wadensten (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence

Forschungsfrage: Keine Angabe

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>	Ziel: Ermittlung wieso Frauen sich für Inkontinenz keine Hilfe suchen; Keine separate Forschungsfrage formuliert
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>	Phänomenologisches, hermeneutisches Design nach Ricoeur um die wahrgenommenen Erfahrungen der Teilnehmerinnen festzustellen
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>	Durchgeführt jedoch keine genaue Angabe wie diese durchgeführt wurde
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>	Mittels früherer Telefon-Interview-Studie ermittelt; 2 Gruppen -> 1 Gruppe Hilfe gesucht, 1 Gruppe keine Hilfe gesucht;
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>	Frauen, 37-52 Jahre, längere Belastung durch Harninkontinenz; familiäres Umfeld genau beschrieben; keine Angabe zu Forschern
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i>	Interviews durch Hauptautor 30-80 Minuten; offene Fragen als Einstieg gewählt um an den Antworten weiter anzuknüpfen
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i>	Phänomenologisch, hermeneutische Analyse; Transkription durch erfahrene Sekretärin; verschriftliche Interviews mehrfach gelesen um wichtigste Themen zu identifizieren -> sehr ausführlich dargestellt
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i>	Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>	Ausführliche Beschreibung -> zusätzlich zur ausführlichen Methode auch Ethik diskutiert und die methodische Berücksichtigung miteinbezogen; verhältnismäßig kurze Schlussfolgerung; keine Limitationen
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>	Ergebnisse durch Autoren bis Konsens diskutiert

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Hoogsteyns (2015). How to live with a taboo instead of „breaking it“

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

Kein eindeutiges Ziel oder Frage definiert, Ziel ist lediglich herauslesbar

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

Keine Angabe

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

Keine Angabe

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

Wie erfolgte die Auswahl?

Sehr umfassend beschrieben; 9 Personen mit Harn- und/oder Stuhlinkontinenz, 24-65 Jahre

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit ihrer Umgebung beschrieben; keine Angabe zu den Forschern

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

Interviews mittels „Biografic Narrative Interpretation Method (BNIM)“ – nicht ausführlicher beschrieben

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Kodierung und Analyse durch 3 unabhängige Personen -> keine genaue Angabe zu Methode

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Diskussion mit anderer Literatur vorhanden, keine Limitationen angeführt, Ergebnisse an sich sehr ausführlich und wertvoll

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Keine Angabe

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber: Bern.

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Kummer, Dören, Kuhlmei. (2008). Kommunikation der Ärzte und Pflegenden über Inkontinenz – eine Patientenperspektive

Forschungsfrage: Wie nehmen an Inkontinenz erkrankte Patienten die Kommunikation mit dem ärztlichen und pflegerischen Professionellen wahr?

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>	Klar formuliert; Ziel -> Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen beiden Professionen aus Patientenperspektive ableiten
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>	Mehrmethodendesign; „Teilnehmende Beobachtung“ und Leitfadeninterviews -> dadurch umfassendes Bild der Lebenswelt erfassbar; auch Umgebung und Kommunikation besser erfassbar
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>	Keine Angabe
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>	Mindestalter 60; Vorliegen von harn-/Stuhlinkontinenz (Selbstauskunft); Personen mit Sprachstörungen und/oder kognitive Beeinträchtigungen ausgeschlossen
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Auch die Perspektive des Forschers?</i>	Teilnehmer umfassend beschrieben; Keine Information über Forscher
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i>	Beobachtung der Ärzte -> Anamnese; Beobachtung Pflege -> Inkontinenzversorgung; Interviews nach Beobachtung mit Patienten und Professionellen
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i>	Mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring -> bewusst genannte Kommunikationsinhalte wurden untersucht
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i>	Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>	Ausführliche beschreibung (Einleitung, Zielsetzung, Design, Stichprobe, Datenauswertung); Ergebnisse und Diskussion ausführlich
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>	Es besteht kein Interessenskonflikt

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Olsson, Berterö. (2014). Living with faecal incontinence: trying to control the daily life that is out of control

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?

Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

Ziel -> Identifizieren und beschreiben der gelebten Erfahrungen von Betroffenen; keine Forschungsfrage; keine Generalisierung

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?

z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

Interpretatives, phänomenologisches Design, um besseres Verständnis für Personen mit Stuhlinkontinenz zu bekommen

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?

Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

Keine Angabe

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?

Wie erfolgte die Auswahl?

Erwachsene über 18 Jahre, Stuhlinkontinenz vorhanden; Erfahrungen mit Symptomen; ATLS noch Selbstständig ausführbar; Heimbewohner ausgeschlossen

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?

Auch die Perspektive des Forschers?

15 Männer und Frauen (31-79 Jahre); wartend auf OP beziehungsweise in Therapie bezüglich Stuhlinkontinenz

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?

Methode der Datensammlung?

Tiefeninterviews; Face-to-Face mit Leitfaden; Interviews endeten mit 2 offenen Fragen; April-September 2013; durch Hauptautor geführt und wortwörtlich transkribiert; Dauer ca. 65 Minuten

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?

Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

Interpretative phänomenologische Analyse durch Hauptautor; Texte mehrmals gelesen für besseres Verständnis; mittels Notizen und Zusammenfassung Kernthematiken eruiert

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?

Wenn nein: warum nicht?

Keine Angabe

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?

Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

Sehr detailliert; auch ethische Genehmigung erläutert; alles sehr nachvollziehbar; Diskussion, Schlussfolgerung und Implementierung sichtbar ausgewiesen, Ergebnisse sehr detailliert

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?

Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Kein Konflikt zwischen den Autoren bezüglich der Ergebnisse

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Rasmussen, Ringsberg. (2010). Being involved in an everlasting fight – a life with postnatal faecal incontinence: A qualitative Study

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? | <small>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</small>
Relevanz des Themas erläutert; Ziele definiert -> Situation von Frauen darstellen mit postnataler Stuhlinkontinenz und wie sie damit umgehen; keine Forschungsfrage |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? | <small>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</small>
Grounded Theory -> gewählt um Kern des gewählten Themas zu ergründen |
| 3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? | <small>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</small>
Recherche in Pubmed, Cinahl und PsychInfo; Zeitpunkt nicht definiert; um Datenlage zu visualisieren durchgeführt |
| 4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <small>Wie erfolgte die Auswahl?</small>
Nur Frauen mit postnataler Stuhlinkontinenz; mind. 6 Monate betroffen; |
| 5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? | <small>Auch die Perspektive des Forschers?</small>
28-50 Jahre; familiärer Hintergrund ausreichend beschrieben; keine Angabe zu Forschern |
| 6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? | <small>Methode der Datensammlung?</small>
Einstündige Interviews – Grounded Theory bezogen; Ort wurde von Probandinnen selbst gewählt; Erfahrungen und Umgang diskutiert; auch freie Themen konnten eingebracht werden; Interviews durch Hauptautor |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? | <small>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</small>
Transkription der aufgezeichneten Gespräche; Analyse mittels offenem, axialem und selektiven Kodieren Nach Strauss und Corbin; dadurch wichtigste Aspekte herausgefiltert |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? | <small>Wenn nein: warum nicht?</small>
Keine Angabe |

Aussagekraft

- | | |
|---|--|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <small>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</small>
Komplett beschrieben; Glaubwürdigkeit beschrieben; Schlussfolgerungen und Interventionen für Pflege deutlich angeführt |
| 10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? | <small>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</small>
Keine Angabe |

Kritische Würdigung wissenschaftlicher Publikationen

(basierend auf S. Saxer 03, nach S. Wood-Dauphinee und Th. Kuchler 2004)

A Art der Studie

Klinische Studie	
Kohortenstudie	
Fall-Kontroll-Studie	
Querschnittstudie	
Längsschnittstudie	
andere:	

B Einleitung/ Fragestellung

	ja, sehr	eher ja	nein	?
1 Klare Problembeschreibung				
2 Angemessene Literaturübersicht				
3 Klar definierte Ziele oder Fragestellung				
4 Klare Beschreibung der Zielgruppe				
Kommentar:				

C Methoden

	ja, sehr	eher ja	nein	?
5 Stichproben repräsentativ für Gesamtkollektiv				
6 Einschluss-/ Ausschlusskriterien genau definiert				
7 Stichprobengrösse angemessen				

8 Geeignete Kontrollgruppe				
9 Korrekte Gruppenzuweisung				
10 Ethische Implikationen ausreichend diskutiert				
11 Klare Beschreibung der Interventionen				
12 Vergleichbare Stärke der Interventionen in Experimental - und Kontrollgruppe				
13 Compliance beschrieben				
14 Hypothesen mit definierten Ergebnisprioritäten				
15 Mögliche andere Einflüsse bedacht				
16 Ergebnisse bekannt und/oder klar beschrieben				
17 Datenerhebung genau beschrieben				
18 Unbeeinflusste Datenerhebung				
19 Datenerhebung in beiden Gruppen gleich				
20 Zu testende Hypothesen klar definiert				
21 Angemessene statistische Analyse				
22 Ausgestiegene Studienteilnehmer analysiert				
Kommentar:				

D Ergebnisse

	ja, sehr	eher ja	nein	?
23 Ergebnisse ausreichend detailliert und korrekt beschrieben				
24 Vergleichbarkeit der Baseline dokumentiert				
25 Intern konsistente Ergebnisse				
26 Ergebnisse klinisch bedeutsam				
Kommentar:				

E Diskussion

	ja, sehr	eher ja	nein	?
27 Erwartungen (nicht) bestätigt				
28 Ergebnisse mit anderen Studien verglichen				
29 Probleme der Studie beschrieben				
30 Ergebnisse klinisch anwendbar				
31 Ergebnisse lassen sich generalisieren				
32 Vorschläge für zukünftige Studien				
Kommentar:				

F Schlussfolgerungen

	ja, sehr	eher ja	nein	?
33 Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse gerechtfertigt				
34 Schlussfolgerungen relevant in Bezug auf ursprüngliche Fragestellungen				
Kommentar:				

G Stärken des Papiers

H Schwächen des Papiers

Kritische Würdigung wissenschaftlicher Publikationen

(basierend auf S. Saxer 03, nach S. Wood-Dauphinee und Th. Küchler 2004)

Cohan et al. (2015). Faecal incontinence in men referred for specialty care: a cross-sectional study

A Art der Studie

Klinische Studie	
Kohortenstudie	
Fall-Kontroll-Studie	
Querschnittstudie	x
Längsschnittstudie	
andere:	

B Einleitung/ Fragestellung

	ja, sehr	eher ja	nein	?
1 Klare Problembeschreibung	x			
2 Angemessene Literaturübersicht	x			
3 Klar definierte Ziele oder Fragestellung	x			
4 Klare Beschreibung der Zielgruppe	x			
Kommentar: Problemdarstellung umfangreich und mit Literatur belegt; Bezug sowohl auf Stuhlinkontinenz als Problem als auch die Unterschiede zwischen Männern und Frauen; Die Literatur die ausgewiesenen Zitate sind in der Literaturübersicht wiederzufinden; 26 Literaturbeiträge wurden für die Arbeit herangezogen;				

Ziel ist es, jegliche geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Symptome, physiologische Erkenntnisse und Lebensqualität in Bezug auf Stuhlinkontinenz zu identifizieren;

Klar und ausführliche Beschreibung der Zielgruppe -> Personen mit unwillkürlichem Stuhlverlust im vorangegangenen Monat

C Methoden

	ja, sehr	eher ja	nein	?
5 Stichproben repräsentativ für Gesamtkollektiv	x			
6 Einschluss-/ Ausschlusskriterien genau definiert	x			
7 Stichprobengröße angemessen	x			
8 Geeignete Kontrollgruppe				x
9 Korrekte Gruppenzuweisung				x
10 Ethische Implikationen ausreichend diskutiert		x		
11 Klare Beschreibung der Interventionen	x			
12 Vergleichbare Stärke der Interventionen in Experimental - und Kontrollgruppe				x
13 Compliance beschrieben				x
14 Hypothesen mit definierten Ergebnisprioritäten				x
15 Mögliche andere Einflüsse bedacht				x

16 Ergebnisse bekannt und/oder klar beschrieben				x
17 Datenerhebung genau beschrieben	x			
18 Unbeeinflusste Datenerhebung	x			
19 Datenerhebung in beiden Gruppen gleich				x
20 Zu testende Hypothesen klar definiert				x
21 Angemessene statistische Analyse	x			
22 Ausgestiegene Studienteilnehmer analysiert				x

Kommentar:

Die Stichprobe wurde umfassend beschrieben (144 Männer und 897 Frauen mit Stuhlinkontinenz einer tertiären Versorgungseinrichtung); es wurde auch die Ein- und Ausschlusskriterien klar festgelegt und definiert; es wird angeführt das Ethikkommission Studie geprüft und genehmigt hat, eine ausführliche ethische Diskussion findet jedoch nicht statt; es wurden alle verwendeten Fragebögen angeführt und ausführlich erklärt; Sowohl die Datenerhebung, als auch die Datenanalyse (Wilcoxon rank-sum Test und dem Chi-square-Test) wurde genau beschrieben; da es sich um Fragebögen handelt, welche in der häuslichen Umgebung ausgefüllt wurden, kann von einer unbeeinflussten Datenerhebung ausgegangen werden;

Auf diese Studie nichtzutreffende Items wurden mit „?“ gekennzeichnet.

D Ergebnisse

	ja, sehr	eher ja	nein	?
23 Ergebnisse ausreichend detailliert und korrekt beschrieben	x			

24 Vergleichbarkeit der Baseline dokumentiert				x
25 Intern konsistente Ergebnisse			x	
26 Ergebnisse klinisch bedeutsam	x			
<p>Kommentar:</p> <p>Sehr ausführliche Ergebnisdarstellung; Hauptkenntnisse gut herausgearbeitet; Erkenntnisse für die Praxis von Relevanz; es wurde keine Angabe dazu gemacht ob Konsens unter den Forschern besteht</p> <p>Da es sich um eine Querschnittstudie mittels Fragebogen handelt, wurden die für diese Form nicht relevanten Fragen mit „?“ gekennzeichnet.</p>				

E Diskussion

	ja, sehr	eher ja	nein	?
27 Erwartungen (nicht) bestätigt				x
28 Ergebnisse mit anderen Studien verglichen	x			
29 Probleme der Studie beschrieben	x			
30 Ergebnisse klinisch anwendbar		x		
31 Ergebnisse lassen sich generalisieren			x	
32 Vorschläge für zukünftige Studien	x			
<p>Kommentar:</p> <p>Ergebnisse wurden mit andere Studien verglichen bzw. diskutiert; es wurden auch die Probleme/Limitationen beschrieben; Vorschläge für zukünftige Studien angeführt; Ergebnisse nicht generalisierbar, da sich die Betroffenen in einer Versorgungseinrichtung aufhielten und um ein vielfaches mehr Frauen als Männer befragt wurden; Ergebnisse nur bedingt klinisch anwendbar, da Erkenntnisse zwar</p>				

wichtig als Information für Pflegende sind, jedoch keine Interventionen liefern, welche anhand dieser Informationen anzuwenden wären

F Schlussfolgerungen

	ja, sehr	eher ja	nein	?
33 Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse gerechtfertigt	x			
34 Schlussfolgerungen relevant in Bezug auf ursprüngliche Fragestellungen	x			
Kommentar: Schlussfolgerung sehr kurz, aber sie bezieht sich auf Ergebnisse; es werden kurz und prägnant die wichtigsten Erkenntnisse in Bezug auf das gesetzte Ziel genannt				

G Stärken des Papiers

-) Alle Ergebnisse mit Zahlen entsprechend der Häufigkeit der Beantwortung belegt
-) Umfassende Darstellung der Ergebnisse

H Schwächen des Papiers

-) Vielfach mehr Frauen als Männer in Stichprobe
-) Klinisch schwer anwendbar, da keine konkreten Interventionen abgeleitet oder dargestellt werden

Kritische Würdigung wissenschaftlicher Publikationen

(basierend auf S. Saxer 03, nach S. Wood-Dauphinee und Th. Küchler 2004)

Elenskaia et al. (2011). The greatest taboo urinary incontinence as a source of shame and embarrassment

A Art der Studie

Klinische Studie	
Kohortenstudie	
Fall-Kontroll-Studie	
Querschnittstudie Keine Angabe zu Studienart, aus dem Kontext geht jedoch hervor, dass es sich um eine Querschnittstudie handelt	x
Längsschnittstudie	
andere:	

B Einleitung/ Fragestellung

	ja, sehr	eher ja	nein	?
1 Klare Problembeschreibung	x			
2 Angemessene Literaturübersicht	x			
3 Klar definierte Ziele oder Fragestellung	x			
4 Klare Beschreibung der Zielgruppe	x			

Kommentar:

Problembeschreibung umfangreich und Bezug auf Inkontinenz; Problem selbst und auf die Verbindung mit Inkontinenz als Tabu;

Ausgewiesenen Zitate sind in der Literaturübersicht wiederzufinden, 20 Beiträge wurden herangezogen;

Es geht hervor, dass das Ziel ist, herauszufinden wie viele Personen von Inkontinenz betroffen sind und wie diese im Vergleich mit anderen Krankheiten gesehen wird, jedoch wird dies nicht eindeutig als Ziel ausgewiesen;

Zielgruppe sind Personen aus Wartebereichen eines Lehrkrankenhauses über 18 Jahre.

C Methoden

	ja, sehr	eher ja	nein	?
5 Stichproben repräsentativ für Gesamtkollektiv		x		
6 Einschluss-/ Ausschlusskriterien genau definiert	x			
7 Stichprobengröße angemessen	x			
8 Geeignete Kontrollgruppe				x
9 Korrekte Gruppenzuweisung				x
10 Ethische Implikationen ausreichend diskutiert		x		
11 Klare Beschreibung der Interventionen	x			
12 Vergleichbare Stärke der Interventionen in Experimental - und Kontrollgruppe				x
13 Compliance beschrieben				x

14 Hypothesen mit definierten Ergebnisprioritäten				x
15 Mögliche andere Einflüsse bedacht				x
16 Ergebnisse bekannt und/oder klar beschrieben				x
17 Datenerhebung genau beschrieben		x		
18 Unbeeinflusste Datenerhebung	x			
19 Datenerhebung in beiden Gruppen gleich				x
20 Zu testende Hypothesen klar definiert				x
21 Angemessene statistische Analyse		x		
22 Ausgestiegene Studienteilnehmer analysiert				x

Kommentar:

150 Personen befragt mittels Anonymer Fragebogen mit 13 offenen Fragen; nach eigener Einschätzung eine etwas größere Stichprobe nötig um Gesamtkollektiv besser zu repräsentieren zu können, jedoch für diese Studie angemessen

Datenanalyse erfolgte mittels U-Test, Chi-square-Test mit Yates-Korrektur, Fischers exakt Wert, Kolmogorov-Smirnov-Test

Von Ethikkommission geprüft, aber nicht genauer diskutiert; statistische Analyse vorhanden aber kurz; Datenerhebung beschrieben, hätte ausführlicher dargestellt werden können

Nichtzutreffende Items wurden mit «?» gekennzeichnet.

D Ergebnisse

	ja, sehr	eher ja	nein	?
23 Ergebnisse ausreichend detailliert und korrekt beschrieben	x			
24 Vergleichbarkeit der Baseline dokumentiert				x
25 Intern konsistente Ergebnisse	x			
26 Ergebnisse klinisch bedeutsam	x			
Kommentar: Ergebnisse eine gute Darstellung der ermittelten Erkenntnisse, Ergebnisse klinisch bedeutsam, da sie die Sicht der Gesellschaft veranschaulichen Auf diese Studie nichtzutreffende Items wurden mit «?» gekennzeichnet.				

E Diskussion

	ja, sehr	eher ja	nein	?
27 Erwartungen (nicht) bestätigt				x
28 Ergebnisse mit anderen Studien verglichen	x			
29 Probleme der Studie beschrieben	x			
30 Ergebnisse klinisch anwendbar			x	
31 Ergebnisse lassen sich generalisieren			x	
32 Vorschläge für zukünftige Studien			x	
Kommentar: Um Ergebnisse zu generalisieren, ist Stichprobe nicht groß genug; keine klinische Anwendung möglich da Erkenntnisse reine Informationen über den Eindruck der				

Gesellschaft über Inkontinenz liefern und keine Interventionen; keine Vorschläge für zukünftige Studien

Nichtzutreffende Items wurden mit «?» gekennzeichnet.

F Schlussfolgerungen

	ja, sehr	eher ja	nein	?
33 Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse gerechtfertigt	x			
34 Schlussfolgerungen relevant in Bezug auf ursprüngliche Fragestellungen	x			
Kommentar: Sehr gut auf Ziel der Arbeit abgestimmt und schlüssig aus den Ergebnissen abgeleitet, jedoch sehr kurz gehalten				

G Stärken des Papiers

-) Bedeutsame Ergebnisse
-) Gute Schlussfolgerung anhand der Ergebnisse

H Schwächen des Papiers

-) Keine Generalisierung möglich
-) Nicht sehr ausführlich beschriebene Datenerhebung
-) Keine klinische Anwendbarkeit