

# **Bachelorarbeit**

# **Pflegeinterventionen bei Frauen mit Harninkontinenz**

eingereicht von

Marianne Kobald

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

## Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

.....  
Marianne Kobald

Graz, 27.03.2015

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Definitionen der Harninkontinenz .....	2
1.2	Symptome .....	2
1.3	Risikofaktoren .....	2
1.4	Formen .....	3
1.5	Folgen .....	5
1.6	Pflege bei Harninkontinenz .....	5
1.6.1	Pflegeprozess .....	6
1.6.2	Pflegediagnosen .....	7
1.6.3	Pflegeinterventionen .....	8
1.7	Forschungsfrage .....	12
<b>2</b>	<b>Methode</b> .....	<b>13</b>
2.1	Suchstrategie .....	13
2.2	Suchergebnis .....	14
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
3.1	Blasentraining .....	18
3.2	Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten .....	20
3.3	Angebotener Toilettengang .....	23
3.4	Toilettengang zu festgelegten Zeiten .....	24
3.5	Beckenbodentraining .....	26
<b>4</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>37</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Keywords der Suchstrategie .....	13
Abbildung 2: Prozess der Suchstrategie .....	14

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Überblick über die recherchierten Studie .....	17
---	----

## **Abkürzungsverzeichnis**

ICS	International Continence Society
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Mit zunehmenden Alter steigt das Risiko, eine Harninkontinenz zu erleiden. Des Weiteren zählen Schwangerschaften, Entbindungen und Operationen am Unterleib zu den häufigsten Risikofaktoren. Aus diesem Grund sind besonders Frauen von einer Harninkontinenz betroffen. Betroffene leiden an gesundheitlichen, psychischen und sozialen Folgen. Harninkontinenz ist eine der häufigsten Ursache für eine Krankenhaus- oder Heimaufnahme und daher in diesen Einrichtungen ein relevantes Thema. Zu den Aufgabengebieten einer diplomierten Pflegeperson gehört das Planen und Durchführen von Pflegeinterventionen. Die Pflege spielt eine wichtige Rolle in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Harninkontinenz. Gute Beratung, Planung und Einschulung der Kontinenz-Förderung sind wichtige Schritte für eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche Pflegeinterventionen bei Frauen mit Harninkontinenz in der internationalen Literatur beschrieben werden.

**Methode:** Die Literatursuche erfolgte in den Datenbanken PubMed und Cinahl unter der Eingabe von festgelegten Keywords und Limits. Es wurde ein Titel-, Abstract- und Volltextscreening durchgeführt und passende Studien wurden bewertet. Nach der Bewertung wurden sechs Studien beziehungsweise Reviews in die Arbeit inkludiert.

**Ergebnis:** Anhand der eingeschlossenen Studien konnten fünf Pflegeinterventionen bei Frauen mit Harninkontinenz identifiziert werden. Die gefundenen Pflegeinterventionen lauten: Blasentraining, Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten, angebotener Toilettengang, Toilettengang zu festgelegten Entleerungszeiten, Beckenbodentraining.

**Diskussion:** In den verschiedenen Studien wurde die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen oder die Intervention mit einer anderen Behandlungsform kombiniert, um den Effekt der jeweiligen Interventionen auf die Harninkontinenz festzustellen. Nur in wenigen Studien konnte ein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Daraus kann man schließen, dass zwar einige Pflegeinterventionen zur Verbesserung der Harninkontinenz angeführt und beschrieben werden, jedoch die Effizienz und der Nutzen dieser Pflegeinterventionen noch nicht ausreichend untersucht worden.

## **Abstract**

**Introduction:** With advancing age the risk of suffering from urinary incontinence increases. Also, pregnancies, childbirths and abdominal operations belong to the commonest risk factors. Therefore, especially women are affected by such a disease. People concerned have health, mental and social consequences. This illness is one of the most cause for hospitalisation and hence a major and widespread topic. The planning and conduct of nurse interventions are duties for the qualified nursing personnel. The care has an important role in the support of people suffering from urinary incontinence. Positive advice, scheduling and enrolment to regain continence are crucial steps forward in the improvement of the quality of living of those affected. The main goal of this paper is to discover which nurse interventions concerning women with this disease are described in international literature.

**Method:** The searching for literature took place in the databases of PupMed and Cinahl with the input of fixed key words and limits. A title-, abstract- and full text screening was conducted and appropriate studies were evaluated. After the evaluation six trials and reviews were included.

**Result:** Due to the implemented studies five nurse interventions concerning women with urinary incontinence could be identified: bladder training, habit retraining, prompted voiding, timed voiding and pelvic floor muscle training.

**Discussion:** In the various trials the intervention group was compared to a controlling group or it was combined with another form of treatment to determine the effect on the urinary incontinence. Significant differences were only ascertained in few studies. Therefore, it can be said that several nurse interventions for improvement of such a disease are quoted and indicated indeed, but the efficiency and utility of them is still not precisely known.

# 1 Einleitung

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an einer Harninkontinenz zu erleiden (Hundskaar et al. 2003). Die Statistik Austria (2015) prognostiziert das Bevölkerungswachstum für das Jahr 2050 in Österreich auf 9,3 Mio. Dabei wird vor allem der Anteil an der älteren Bevölkerung steigen. Durch den demografischen Wandel und die immer älter werdende Bevölkerung wird die Zahl der Betroffenen von Harninkontinenz in Zukunft stark wachsen (Statistik Austria 2015). Das Robert-Koch Institut schätzt nach einer Datenerhebung im Jahre 2005 in Deutschland, dass 30 Prozent der über 70-jährigen Menschen von Harninkontinenz betroffen sind. Vor allem bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- oder Pflegeheimen steigt die Prävalenz deutlich (Niederstadt & Gaber 2007). Nach der Literaturstudie von Hayder-Beichel (2014) weisen 80 Prozent der Personen in Pflegeeinrichtungen eine Harninkontinenz auf.

In der Studie von Bortlero et al. (2008) wird beschrieben, dass die Prävalenz von Harninkontinenz bei Frauen und Männern weltweit zwischen 12,8 Prozent und 48 Prozent liegt. Der Statistik Austria zufolge sind 5,9 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher von Harninkontinenz betroffen (Statistik Austria 2015). 9,4 Prozent der Frauen und 2,4 Prozent der Männer weisen Symptome einer Harninkontinenz auf, daher sind Frauen statistisch gesehen häufiger von Harninkontinenz betroffen als Männer (Stewart et al. 2003). Ab dem mittleren und späteren Lebensalter sind es sogar 30-60 Prozent der Frauen, die von Harninkontinenz betroffen sind. Beispielsweise führen Schwangerschaften, Geburten und Operationen, wie zum Beispiel eine Hysterektomie, primär zu einer Schwächung des Beckenbodens und können dadurch ein Auftreten von Harninkontinenz begünstigen (Niederstadt & Gaber 2007). Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung in den Jahren 2006/2007 der Statistik Austria wurde festgestellt, dass Harninkontinenz zu den zehn häufigsten Erkrankungen zählt, die selbst berichtet wurden (Statistik Austria 2015). Ein wichtiger Aspekt, dem man im Hinblick auf die Prävalenz der Harninkontinenz beachten sollte, ist, dass aufgrund der vielen verschiedenen Definitionen und der Tabuisierung, die bezüglich der Harninkontinenz weit verbreitet ist, die Prävalenz der Harninkontinenz eine große Spannweite aufweist (Niederstadt & Gaber 2007).

## 1.1 Definitionen der Harninkontinenz

Das Standardisierungskomitee der Internationale Kontinenz-Gesellschaft (International Continence Society) definiert Harninkontinenz als „the complaint of any involuntary leakage of urine“, also jeglichen unfreiwilligen Harnverlust (Abrams et al. 2002, S. 1632). Laut Pschyrembel wird Harninkontinenz als „unwillkürliche Harnausscheidung aufgrund des Versagens der willkürlichen Steuerung über die Harnblase und den Harnblasenschließmuskel“ bezeichnet (Pschyrembel 2015).

## 1.2 Symptome

Hartmann-Eisele et al. (2014) beschreiben, dass Harninkontinenz für ein oder mehrere Symptome steht, deren Gemeinsamkeit der unwillkürliche Harnverlust ist. Symptome sind subjektive Beschwerden, über die der oder die Betroffene oder eine Pflegeperson berichtet und die den Betroffenen oder die Betroffene dazu veranlassen, Hilfe bei Expertinnen und Experten aufzusuchen. Die Symptome sind für die Krankheitsursachenerkennung von großer Bedeutung. In Anlehnung an die International Continence Society können vermehrt vorkommende Symptome einer Harninkontinenz folgendermaßen genannt werden: der unfreiwilliger Urinverlust in Kombination mit körperlicher Anstrengung, zum Beispiel Niesen und Husten, unfreiwilliger Urinverlust indiziert durch einen Harndrang, durch fehlende Sensibilität der Blasenfüllung, die Pollakisurie (häufiges Wasserlassen), die Nykturie (häufiges, nächtliches Wasserlassen), der verlangsamte Beginn der Miktion, der ständige Harnabgang, das Gefühl der nicht vollständig entleerten Blase, die Enuresis (Einnässen) und der Urinverlust beim Geschlechtsverkehr (Abrams et al. 2002).

## 1.3 Risikofaktoren

Viele verschiedene Ursachen und Risikofaktoren werden in den internationalen Literaturen beschrieben. Häufig werden Risikofaktoren geschlechtsspezifisch oder altersabhängig eingeteilt. Oft kommt es zu einer Anhäufung von Risikofaktoren und der genaue Anteil der Wirkung eines einzelnen Risikofaktors ist nicht mehr genau bestimmbar (Kuh 1999).

Zu den häufigsten Risikofaktoren zählen:

- Alter
- Schwangerschaft und Entbindung
- Menopause
- Blasenspeichersymptome (Lower Urinary Tract Symptomes)
- Krankheiten, wie zum Beispiel Diabetes Mellitus, Schlaganfall und Querschnittslähmung
- Medizinische Eingriffe, zum Beispiel Hysterektomie und Prostektomie
- Medikamenteneinnahme, welche die Blasenentleerung beeinflussen
- Psychosoziale Einflüsse
- Positive Familienanamnese
- Lebensweise, zum Beispiel wenig körperliche Aktivität, Übergewicht und körperliche Belastung (Niederstadt & Gaber 2007)

## 1.4 Formen

Aufgrund der großen Anzahl von verschiedenen Ursachen, Risikofaktoren und Symptomen können mehrere Formen der Harninkontinenz unterschieden werden. Harninkontinenz wird demnach durch die Art, die Häufigkeit, die Intensität, den Einfluss auf die Person und die Auswirkung auf die Lebensqualität und Hygiene unterschieden (Abrams et al. 2002).

### **Dranginkontinenz**

Dranginkontinenz wird als ein unfreiwilliger Verlust von Harnmengen, dem ein starker und plötzlicher Harndrang vorausgeht, definiert. Betroffene verlieren hier häufig Mengen an Harn zwischen den Miktionen oder können diesem immensen Harndrang nicht lange standhalten und erreichen nicht rechtzeitig die Toilette und verlieren somit eine große Menge an Harn (Abrams et al. 2002). Als Ursachen für eine Dranginkontinenz wird häufig der überaktive Blasenmuskel (Detrusorüberaktivität) genannt (Niederstadt & Gaber 2007).

## **Stressinkontinenz**

Stressinkontinenz wird in der Literatur häufig auch Belastungsinkontinenz genannt und wird definiert als der unfreiwillige Verlust von Harn in Verbindung mit körperlicher Anstrengung, zum Beispiel Niesen oder Husten (Abrams et al. 2002). Die Ätiologie dieser Form der Harninkontinenz ist die anatomische Veränderung der Lage der Harnblase, der Urethra und des Beckenbodens. Eine häufige Ursache für eine Veränderung des Beckenbodens sind Schwangerschaft, Entbindung und Übergewicht. Daher kommt die Stressinkontinenz besonders häufig bei Frauen vor (Niederstadt & Gaber 2007).

## **Mischinkontinenz**

Bei der Mischinkontinenz zeigen sich Merkmale aus der Stress- und Dranginkontinenz. Sie ist demnach ein unfreiwilliger Harnverlust, der mit Harndrang und mit körperlicher Anstrengung einhergeht (Abrams et al. 2002).

## **Überlaufinkontinenz**

Hierbei entsteht der unfreiwillige Harnverlust in Zusammenhang mit der Restharnbildung aufgrund einer chronischen Harnretention. Es kommt zum Verlust von geringen Harnmengen, wenn sich der Harn in der Blase rückt und das Blasenvolumen zu groß ist (Abrams et al. 2002).

## **Funktionelle Inkontinenz**

Als funktionelle Inkontinenz wird bezeichnet, wenn diese nicht auf organischen Ursachen beruht, sondern meist aufgrund von Einschränkungen der Kognition oder Mobilität (Pschyrembl 2015).

## **Reflexinkontinenz**

Bei einer Reflexinkontinenz kommt es zum unwillkürlichen Abgang von Harn in unterschiedlich großen Intervallen aufgrund einer gestörten Harnblasenentleerungsfunktion. Mögliche Ursachen dafür sind eine Querschnittslähmung oder eine Blasenlähmung (Pschyrembl 2015).

## 1.5 Folgen

Folgen der Harninkontinenz ergeben sich aus den auftretenden Symptomen der Harninkontinenz und den dadurch bedingten Lebensveränderungen. Als gesundheitliche Folge können häufig Hautentzündungen und Dekubiti entstehen. Harnwegsinfekte und Nierenbeckenentzündungen sind weitere Probleme einer Harninkontinenz. Harninkontinenz ist eine der häufigsten Ursachen für eine Krankenhaus- oder Heimaufnahme. Neben den gesundheitlichen Folgen fordert eine Harninkontinenz auch meist psychische und soziale Folgen. An Harninkontinenz zu leiden bedeutet eine große Last für die Betroffenen, aufgrund der Lebensveränderungen und des Kontrollverlusts. Dazu bilden Schamgefühl, Angst, Arbeitsverlust, Tabuisierung und Isolation eine große psychische Belastung. Daneben gibt es auch ökonomische Auswirkungen, wie zum Beispiel die Entstehung von hohen Kosten bei der Anschaffung von Inkontinenzprodukten (Niederstadt & Gaber 2007).

## 1.6 Pflege bei Harninkontinenz

Aufgrund der Tatsache, dass Harninkontinenz weit verbreitet ist und viele Menschen davon betroffen sind, ist Harninkontinenz ein sehr wichtiges Thema in unserer Gesellschaft (Statistik Austria 2015 und Niederstadt & Gaber 2007). Da Harninkontinenz, wie schon zuvor beschrieben, eine der häufigsten Ursachen für eine Krankenhaus- oder Heimaufnahme ist, wird man in diesen Einrichtungen mit dem Thema Harninkontinenz ständig konfrontiert. Untersuchungen in Einrichtungen der Altenhilfe haben gezeigt, dass 43 bis 80 Prozent der BewohnerInnen an Harninkontinenz leiden. Im Krankenhaus sind rund ein Viertel der Patientinnen und Patienten von Harninkontinenz betroffen (Hunskaar et al. 2003).

Für die Behandlungsstrategie der Harninkontinenz greifen Maßnahmen der Medizin, der Physiotherapie und der Pflege ineinander (Hartmann-Eisele et al. 2014). Die Pflege übernimmt eine wichtige Rolle in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Harninkontinenz. Eine gute Beratung, Planung, Einschulung der Kontinenz-Förderung und Inkontinenzprodukte ist ein wichtiger Schritt für eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen (Albers-Heitner et al. 2011). Zu den Aufgabengebieten der Pflege gehören die Förderung des Wohlbefindens, die Verhütung der Krankheit und die Wiederherstellung der Gesundheit bei einem Individuum oder in einer Gruppe. Wichtige Faktoren für die Ausführung der Pflege sind die Beziehung zur Patientin/zum Patienten, die Pflegeaktivitäten ge-

---

schickt durchzuführen, das Treffen rationaler Entscheidungen und das Hinterfragen ethischer Aspekte (Wilkinson 2012). Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) regelt die Maßnahmen und Handlungen, welche eine professionelle Pflegeperson in Österreich durchführen darf. Nach § 11 (1) des GuKG umfasst es den pflegerischen Teil „der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“ (RIS 2015).

Wenn man von den Tätigkeiten einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson spricht, spielt der Pflegeprozess eine wichtige Rolle. Das österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz definiert in § 14 die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der pflegerischen Maßnahmen als eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich einer diplomierten Pflegeperson (RIS 2015). Der Pflegeprozess bietet den Pflegenden ein theoretisches Gerüst und eine rechtliche Absicherung, um eine bestmögliche Pflege ausführen zu können (Leoni-Scheiber 2004). Durch den Pflegeprozess werden die Aufgabengebiete, die zu einer Pflegeperson gehören, transparent und helfen dabei, Menschen zu verstehen, was Pflegende tun (Wilkinson 2012).

### **1.6.1 Pflegeprozess**

Der Pflegeprozess ist eine Handlungsstrategie für die Pflegeperson, um gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten oder deren/dessen Angehörigen eine individuelle und ganzheitliche Pflegeplanung zu erstellen. Weiters soll der Pflegeprozess ein vertieftes Pflegeverständnis gewähren, die Autonomie der Pflegepersonen fördern, die berufliche Zufriedenheit steigern und die Pflegequalität messbar machen (Wilkinson 2012).

In der Literatur werden zurzeit drei verschiedene Pflegeprozessmodelle beschrieben. Eines davon ist das Modell nach Fiechter & Meier (1993), welches sechs Schritte umfasst. Als erster wichtiger Schritt wird im Modell nach Fiechter & Meier (1993) die Informationssammlung genannt. Denn diese hat eine große Bedeutung für die weiteren Schritte. Zur Informationssammlung gehören zum Beispiel das Pflegeanamnesegespräch sowie die Beobachtungen und das aufmerksame Zuhören. Anhand dieser Informationen werden Probleme, Ressourcen und Pflegediagnosen erstellt, welche den zweiten Schritt eines Pflegeprozesses bilden. Das Erfassen von Ressourcen ist besonders für eine aktivierende Pflege wichtig. Die Pflegeperson erkennt, beschreibt und beurteilt den pflegebezogenen

Zustand der Patientin/des Patienten. Dieser Schritt wird auch der diagnostische Prozess in der Pflege genannt, denn es werden von der Pflegeperson Pflegediagnosen erstellt (Wilkinson 2012).

### **1.6.2 Pflegediagnosen**

Die Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der erhobenen Informationen eines Individuums oder einer ganzen Gruppe, also somit eine Feststellung der Pflegebedürfnisse (Leoni-Scheiber 2004). Pflegediagnosen sind essenziell für die Auswahl von Pflegeinterventionen und um die Ergebnisse zu erreichen, für die eine professionelle Pflegeperson laut dem GuKG verantwortlich ist. Die gesetzliche Vorgabe, die Entwicklung einer Pflegefachsprache, die Professionalisierung sowie die Forschung, sind Gründe für die Verwendung von Pflegediagnosen in der Praxis (Leoni-Scheiber 2004).

Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) befasst sich mit der Definition von Diagnosen und deren Eigenschaften, wie zum Beispiel Symptomen und zusammenhängenden Faktoren (Johnson et al. 2012). Pflegediagnosen nach NANDA werden in Diagnosetitel und Definition sowie beeinflussende Faktoren und Merkmale gegliedert. NANDA listet zum Thema Harninkontinenz folgende Pflegediagnosen auf:

- Drangurininkontinenz
- Gefahr einer Drangurininkontinenz
- Funktionelle Urininkontinenz
- Reflexurininkontinenz
- Stressurininkontinenz
- Totale Urininkontinenz
- Überlaufurininkontinenz (NANDA International 2010).

Der dritte Schritt eines Pflegeprozesses nach dem Modell von Fiechter & Meier (1988) ist das Definieren von Pflegezielen. In den Pflegezielen wird der angestrebte Zustand beschrieben. Wichtig bei Pflegezielen ist, sie genau zu definieren und patient/innenorientiert zu formulieren. Anhand der Pflegeziele werden als vierter Schritt Pflegeinterventionen oder Pflegemaßnahmen erstellt (Wilkinson 2012).

### 1.6.3 Pflegeinterventionen

Dieser vierte Schritt des Pflegeprozesses bezieht sich nun auf die Forschungsfrage dieser Arbeit. Eine Pflegeintervention wird definiert als jede Handlung, basierend auf klinischer Erkenntnis und Beurteilung, die eine Pflegeperson durchführt, um eine Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit, der Lebensqualität und des Wohlbefindens zu erzielen (Bulechek et al. 2008). Pflegeintervention wird aber auch als Maßnahme und Handlung einer professionellen Pflegeperson verstanden, mit der auf ein spezielles Ziel hingearbeitet wird. Pflegeinterventionen sollten auf die Pflegediagnose und auf das Pflegeziel abgestimmt werden, identifizierte Ressourcen des/der Betroffenen beinhalten und die formulierten Pflegeziele erreichen. Besonders wichtig bei der Auswahl von Pflegeinterventionen ist die wissenschaftliche Begründung aus aktuellen Forschungsergebnissen. Dazu gehört das Hinterfragen des Handelns, die ständige Fort- und Weiterbildung, das Lesen von wissenschaftlichen Artikeln sowie der Informationsaustausch innerhalb eines Teams (Leoni-Scheiber 2004).

Pflegeinterventionen können nach dem österreichischen GuKG in eigenverantwortliche Pflegeinterventionen, mitverantwortliche Tätigkeiten und interdisziplinäre Maßnahmen gegliedert werden. Die eigenverantwortlichen Pflegeinterventionen werden im § 14 des GuKG definiert und umfassen Handlungen, die die Pflegeperson fachlich weisungsfrei anordnet und ausführt. Die Planung, Durchführung und Dokumentation des Pflegeprozesses gehört zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich einer diplomierten Pflegeperson. Laut § 15 im GuKG sind mitverantwortliche Tätigkeiten die, die die Ärztin oder der Arzt anordnet und die von einer diplomierten Pflegeperson durchgeführt werden. Dazu gehört zum Beispiel die Medikamentenapplikation. Interdisziplinäre Maßnahmen betreffen die Entlassung, den Transfer und die Gesundheitsberatung und werden mit anderen Gesundheitsversorgungsgruppen, wie zum Beispiel Physiotherapie, Ärzten und Sozialhilfe, gemeinsam geplant und durchgeführt (RIS 2015).

Die Planung der Pflegeinterventionen sollte realitätsnah erfolgen. Daher sollte auf den Gesundheitszustand und individuelle Faktoren der Betroffenen geachtet werden und auch materielle Ressourcen und die Personalstrukturierung müssen berücksichtigt werden. Wichtig bei der Planung ist auch die Berücksichtigung von möglichen anderen geplanten Therapien wie zum Beispiel Physiotherapie oder Untersuchungen. Pflegeinterventionen sollten genau formuliert und konkret beschrieben sein wobei beachtet werden muss, wer,

---

was, wann, wie und wo durchführt (Wilkinson 2012). Die Pflegemaßnahmenklassifikation (Nursing Intervention Classification NIC) dient der Beschreibung von Pflegehandlungen, hier werden über 500 Pflegeinterventionen angeführt, die von einem Pflegeforscherteam an der University of Iowa/USA entwickelt wurden. NIC ist eine umfassende standardisierte Klassifikation und beinhaltet Interventionen der direkten und indirekten Pflege. Jede NIC-Intervention besteht aus einer Bezeichnung der Pflegehandlung, einer Definition und einer Menge Aktivitäten. Die Interventionen können in den verschiedenen Settings angewendet werden. Speziell für die klinische Dokumentation, die Kommunikation und die Pflege sowie die effektive Forschung, die produktive Messung, die kompetente Bewertung und die Lehrplangestaltung sind klassifizierte Pflegeinterventionen nützlich. NIC-Interventionen sind mit den Bezeichnungen von NANDA-Pflegediagnosen und den NOC-Bezeichnungen verknüpft (Bulechek et al. 2008).

Zum Thema Harninkontinenz werden in der Pflegemaßnahmenklassifikation NIC folgende Pflegeinterventionen angeführt:

- Das Blasentraining (Urinary Bladder Training) wird als die Verbesserung der Blasenfunktion bei Dranginkontinenz durch die Erhöhung der Blasenkapazität durch Urinhalten und die Patient/innenfähigkeit durch bessere Kontrolle der Blasenentleerung beschrieben (Bulechek et al. 2008, S. 777). Mit dem Blasentraining sollen die Intervalle zwischen den Toilettengängen verlängert werden, um eine Kontinenz wiederzuerlangen. Diese Intervention wird vor allem bei physisch und kognitiv uneingeschränkten Personen und bei Personen im mittleren Alter angewendet. Zu einem Blasentraining gehört die Schulung der Betroffenen. Betroffene werden hier über die Ursachen einer Harninkontinenz, den anatomischen Aufbau des Beckens und die Funktion der Harnblase informiert. Gemeinsam mit den Betroffenen wird ein Ausscheidungsplan anhand eines zuvor erhobenen Miktionsprotokolls erstellt. Die Betroffenen sollten nur nach den im Ausscheidungsplan vereinbarten Zeiten die Toilette aufsuchen. Die Intervalle zwischen den Toilettengängen werden je nach Erfolg oder Misserfolg über mehrere Tage verlängert oder verkürzt. Des Weiteren werden Verhaltenstrategien empfohlen, um eine Verlängerung der Miktionsintervalle zu erreichen. Für ein erfolgreiches Blasentraining ist vor allem die positive Bestärkung der Betroffenen wichtig (Wyman & Fantl 1991).

- 
- Pflege bei Harninkontinenz (Urinary Incontinence Care) ist die „Assistenz bei der Förderung von Kontinenz und Aufrechterhaltung der intakten Haut“ (Bulscheck et al. 2008, S. 782). Die Pflege bei Harninkontinenz beinhaltet in diesem Fall allgemeine Maßnahmen zur Kontinenzförderung wie zum Beispiel die Gewichtsreduktion, das Darmmanagement, die Regulation der Flüssigkeitsaufnahme, die Beratung bei der Auswahl von Inkontinenzprodukten und die Toilettenassistentz (Bulechek et al. 2008).
  - Harnretentionspflege (Urinary Retention Care) ist definiert als die „Hilfestellung in der Erleichterung der Blasenentleerung“ (Bulechek et al. 2008, S. 784). Die Harnretentionspflege bezieht sich auf Maßnahmen, die die Entleerung der Blase erleichtern. Wie zum Beispiel durch die Stimulation des Abdomens mit Hilfe von Kälte oder fließendes Wasser während der Toilettengänge zur Anregung. Die Flüssigkeitsbilanzierung sowie das Einmalkathetern bei Restharnbildung gehören ebenfalls zur Harnretentionspflege (Bulechek et al. 2008).
  - Management der Harnausscheidung (Urinary Elimination Management) befasst sich mit der „Aufrechterhaltung eines optimalen Harnausscheidungsmusters“ (Bulechek et al. 2008, S. 780). Die genaue Beobachtung der Harnausscheidung, des Harnvolumens, der Harnfarbe, der Harnkonsistenz und der Häufigkeit der Entleerung sind hierbei wichtig (Bulechek et al. 2008).
  - Legen eines Harnkatheters (Urinary Catheterization) bezeichnet „das Einfügen eines Katheters in die Blase für die vorläufige oder dauerhafte Drainage des Urins“ (Bulechek et al. 2008, S. 778).
  - Beckenbodentraining (Pelvic Muscle Exercise) ist als die „Stärkung und Ausbildung der urogenitalen Muskeln und des Afters durch wiederholtes und freiwilliges Zusammenziehen, um Stress-, Drang-, und Mischinkontinenz zu vermindern,“ definiert. (Bulechek et al. 2008, S. 546 ). Beckenbodentraining wird zur Prävention sowohl als auch zur Behandlung von Harninkontinenz eingesetzt. Beim Beckenbodentraining wird die Beckenbodenmuskulatur durch spontane und regelmäßige Kontraktionen trainiert. Um einen Effekt zu erzielen, wird empfohlen, die Übungen mindestens drei Monate lang durchzuführen. Das Beckenbodentraining kann durch zusätzliche Maßnahmen wie das Biofeedback, die Elektrostimulation, die Verwendung

von Vaginalkonen und die Magnetstimulation verstärkt werden. Besonders wichtig ist die Aufklärung über die Anatomie des Beckenbodens und die Motivation der Betroffenen. Empfohlen wird diese Maßnahme bei physisch und kognitiv uneingeschränkten Personen (Hay-Smith et al. 2009).

- Angebotener Toilettengang (Prompted voiding) ist die „Förderung der Harnkontinenz durch den Gebrauch von zeitlich festgelegten Toilettengängen und das positive soziale Feedback bei erfolgreichem Toilettengang“ (Bulechek et al. 2008, S. 591). „Prompted voiding“ ist eine Form des Toilettentrainings. Ziel von Toilettentrainings ist es, durch geplante Toilettengänge inkontinente Ausscheidungen zu vermeiden. Häufig wird das Toilettentraining bei physisch und psychisch eingeschränkten Personen, die einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen, angewendet. Bei der Intervention „prompted voiding“ wird die betroffene Person in regelmäßigen Zeitabständen gefragt, ob sie nass oder trocken ist und ob sie Unterstützung beim Toilettengang möchte. Dadurch soll die Wahrnehmung der Blasenkapazität wiederhergestellt werden und die selbstinitiierten Toilettengänge sollten gefördert werden. Schlüsselfaktoren sind die Weitergabe von Lob und Bestätigung an die Betroffenen (Du Beau et al. 2009).

Nach dem Planen der Pflegeinterventionen folgt als fünfter Schritt die Durchführung der Pflegeinterventionen. Die genaue und optimale Durchführung der vorhergehenden Schritte ist eine wichtige Voraussetzung, um eine gelungene Durchführung der Pflegeinterventionen gewährleisten zu können. Wichtige Faktoren, die eine Pflegeperson aufweisen sollte, können die Durchführung beeinflussen, wie zum Beispiel kognitive, flexible und kreative Fähigkeiten, Kommunikationskompetenz und Empathie. Kritisches Denken von Pflegepersonen wird bei der Planung und Durchführung der Pflegeinterventionen vorausgesetzt. Um den Erfolg der Durchführung der Pflegeinterventionen evaluieren zu können, erfolgt als sechster und letzter Schritt die Auswertung oder Evaluation. Ausgewertet werden die Ergebnisse, die anhand der durchgeführten Maßnahmen erzielt werden konnten. Dieses Vorgehen basiert auf zuvor festgelegten Messindikatoren. Dadurch wird aufgezeigt, inwieweit die Pflegediagnose und die Planung und Durchführung der Pflegeintervention richtig gewesen sind und welche Erfolge oder Misserfolge erzielt werden konnten. Führte eine Pflegediagnose oder Pflegeintervention nicht zum im Schritt drei definierten gewünschten Ziel, sollte von der Pflegeperson gründlich überlegt werden, diese fortzuführen oder neue zu planen (Wilkinson 2012).

Eine Hilfe dabei kann die von einem Forscherteam erstellte Nursing Outcomes Classification (NOC) sein. Das Forscherteam der NOC stellte fest, dass viele verschiedene Faktoren Pflegeinterventionen und deren Ergebnisse positiv oder negativ beeinflussen können, wie zum Beispiel die Einführung, Organisation und Umsetzung der Pflegeintervention sowie auch die physische und psychische Verfassung der Patientin/des Patienten. NOC-Ergebnisse sind gegliedert durch einen Namen, eine Definition und eine Liste von Indikatoren, um den Patient/innenstatus anhand der Ergebnisse der Pflegeintervention evaluieren zu können. Die Pflegeergebnisse können dann mittels einer Skala berechnet werden (Johnson et al. 2012).

## **1.7 Forschungsfrage**

Ziel dieser Arbeit ist es, Pflegeinterventionen bei Frauen mit Harninkontinenz aus der internationalen Literatur zu identifizieren und zu beschreiben.

Im Rahmen der Arbeit wird folgende Forschungsfrage beantwortet: Welche Pflegeinterventionen werden bei Frauen mit Harninkontinenz in internationalen Studien beschrieben?

## 2 Methode

Im Methodenteil werden die Vorgehensweise der Suche nach internationalen Studien und die Suchergebnisse präsentiert. Zuerst wird die Suchstrategie erläutert und bildlich dargestellt, danach werden die Ergebnisse der Suche angeführt.

### 2.1 Suchstrategie

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank PubMed und Cinahl im Zeitraum von Oktober 2014 bis Jänner 2015 durchgeführt. Die Suche erfolgte durch die englischen Keywords *intervention, therapy, prevention, management, bladder training, pelvic muscle exercise, toilet training, urinary incontinence, overflow incontinence, mixed incontinence* und *nurse*, die mittels der Operatoren AND und OR und NOT verbunden wurden. Limits wurden gesetzt, um das Themengebiet einzugrenzen und so zu besseren Suchergebnissen zu gelangen. Die Sprache wurde auf „Englisch“ und „Deutsch“ limitiert und die Artikel auf maximal zehn Jahre begrenzt. Ein weiteres Limit bildete das Feld „Abstract available“ und im Suchfeld wurde eingestellt, dass die Keywords im Titel und Abstract enthalten sein müssen. Die Keywords der Suchstrategie wurden wie in Abbildung 1 aufgezeigt in die Suchmaschinen eingegeben:

(intervention OR "therapy" [Subheading] OR "Therapeutics"[Mesh] OR "prevention and control" [Subheading] OR management OR bladder training OR pelvic muscle exercise OR toilet training )
AND (urinary incontinence [MeSH Terms] OR overflow incontinence OR mixed incontinence)
AND nurs*
NOT enuresis NOT anal incontinence

Abbildung 1: Keywords der Suchstrategie

## 2.2 Suchergebnis

In Abbildung 2 wird der Ablauf der Suchstrategie, die in diesem Abschnitt näher beschrieben wird, dargestellt.

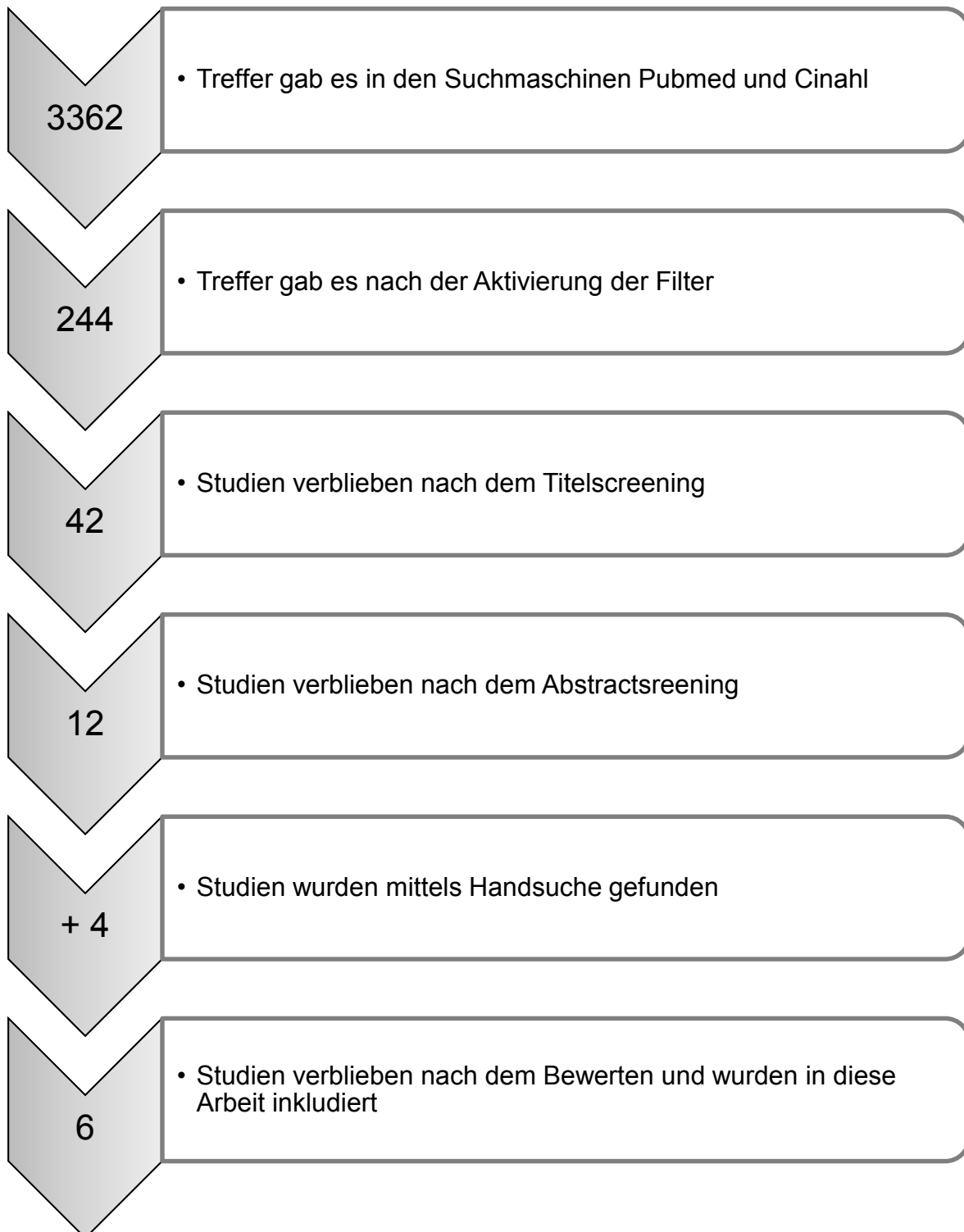


Abbildung 2: Prozess der Suchstrategie

Das Suchergebnis ergab sich aus dem Titel-, Abstract- und Volltextscreening. Die Studientitel wurden auf das Vorkommen der Keywords untersucht und dadurch konnte eine große Anzahl an Studien ausgeschlossen werden. Danach wurden die verbleibenden Studien anhand ihres Abstracts auf hinsichtlich der Forschungsfrage bezogene Variablen durchsucht, wie zum Beispiel das Vorkommen von Pflegeintervention, und danach nach dem Bewertungsbogen von Davis & Logan 2008 bewertet. Das Abstract wurde auf inhaltliche Vollständigkeit überprüft. Ein Abstract sollte dem Bewertungsbogen von Davis & Logan 2008 zufolge eine Zusammenfassung zum Inhalt der Studie bilden und Aufschluss über Problem, Ziel, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung geben. Ein guter Abstract ist gekennzeichnet durch Klarheit, Kompaktheit und Vollständigkeit (Davis & Logan 2008). Nach dem Bewerten der Abstracts verblieben noch zwölf relevante Studien bzw. systematische Reviews, die vollständig gelesen und mittels eines Bewertungsbogens bewertet wurden. Mittels Handsuche wurden noch vier systematische Reviews identifiziert und bewertet. Nach der Bewertung verblieben noch vier systematische Review und eine randomisiert kontrollierte Studie, die in diese Arbeit inkludiert wurden.

---

### 3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der gefundenen internationalen Reviews und Studien, in Bezug auf die Forschungsfrage, präsentiert. Es konnten fünf Pflegeinterventionen bei Frauen mit Harninkontinenz identifiziert werden. Die Interventionen wurden in den Reviews mit einer Kontrollgruppe verglichen und die Ergebnisse mittels der statistischen Signifikanz relativiert. Die gefundenen Pflegeinterventionen lauten folgendermaßen:

1. Blasentraining – „Bladder training“
2. Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten – „habit retraining“
3. Angebotener Toilettengang – „prompted voiding“
4. Toilettengang zu festgelegten Entleerungszeiten – „timed voiding“
5. Beckenbodentraining – „pelvic floor muscle training“

Die Quellen der recherchierten Studien zu den einzelnen Pflegeinterventionen samt deren Design werden in Tabelle 1 zusammengefasst.

<b>Intervention</b>	<b>Titel</b>	<b>Autor</b>	<b>Jahr</b>	<b>Design</b>
<b>Blasentraining</b>	„Bladder training for urinary incontinence in adults“	Wallace, S., Roe, B., Williams, K., Palmer, M.	2009	Systematisches Review
<b>Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten</b>	„Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults“	Ostaszkiwicz, J., Chestney, T., Roe, B.	2010	Systematisches Review
<b>Angebotener Toilettengang</b>	„Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults“	Eustice, S., Roe, B., Paterson, J.	2009	Systematisches Review
<b>Toilettengang zu festgelegten Zeiten</b>	„Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults“	Ostaszkiwicz, J., Johnston, L., Roe, B.	2010	Systematisches Review
<b>Beckenbodentraining</b>	„Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same treatment alone for urinary incontinence in women“	Ayeleke, R., Hay-Smith, E., Omar, M.	2013	Systematisches Review
<b>Beckenbodentraining</b>	„Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial“	Kaya, S., Akbayrak, T., Gursen, C., Beksac, S.	2014	Randomisiert kontrollierte Studie

Tabelle 1: Überblick über die recherchierten Studie

### 3.1 Blasentraining

Das Blasentraining wird häufig zur konservativen Behandlung von Harninkontinenz eingesetzt und gehört zur Verhaltenstherapie. Das Review unter dem Titel „Bladder training for urinary incontinence in adults“ von Wallace et al. (2009) suchte Studien zum Thema Blasentraining, um den Effekt auf Harninkontinenz festzustellen. In dem systematischem Review von Wallace et al. (2009) wurden nur randomisierte und quasi-randomisierte Studien inkludiert, die sich auf das Blasentraining als Behandlung einer Form der Harninkontinenz beziehen. Ein weiteres Kriterium für die Selektion der Studien war das Vorkommen von erwachsenen Frauen und Männern mit auftretenden Symptomen einer Harninkontinenz. Die Intervention Blasentraining sowie das Vorkommen von Synonymen von Blasentraining wie zum Beispiel „bladder-drill“ war eine Voraussetzung für den Einschluss einer Studie in das Review. Um die Daten erheben zu können, wurden fünf primäre Ergebnisevaluierungen im Vorhinein festgelegt: die Wahrnehmung der Heilung und die Verbesserung der Harninkontinenz aus der Sicht der Partizipierenden, die Anzahl der inkontinenten Episoden, die Anzahl der Miktionen und die Lebensqualität. Ergebnisse wurden nach dem Ende der durchgeführten Intervention sowie zwei Monate nach dem Ende der Intervention erhoben. Zwei Reviewer selektierten die Studien anhand der methodischen Qualität und der Angemessenheit der Studien unter der Verwendung der Assessmentkriterien der Inkontinenzforschergruppe. Die Qualität der Randomisierung, also die zufällige Zuordnung der Partizipierenden in Gruppen, und die Verblindung während der Behandlung und der Ergebniserhebung bildeten ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der Studien.

#### **Ergebnis**

Im Review von Wallace et al. (2009) wurden 60 potenzielle Studien identifiziert. Davon entsprachen acht Studien den Selektionskriterien. Somit konnten 850 Partizipierende, die zu 75 Prozent aus Frauen bestanden, in das systematische Review inkludiert werden. Die Studien wurden in verschiedenen Settings durchgeführt wie zum Beispiel Ambulanz, Krankenhaus, Inkontinenzklinik oder Multicenter. Die Diagnostik der Harninkontinenz fand in den inkludierten Studien hauptsächlich mittels einer urodynamischen Untersuchung statt. Die Beschreibung der Intervention Blasentraining erfolgte sehr unterschiedlich. Von den acht Studien welche in dem systematischen Review beschrieben werden, wurde in sieben ein Ausscheidungsplan mittels Miktionsprotokoll erstellt. In weiteren drei inkludier-

ten Studien erfolgte eine Schulung der Betroffenen. Betroffene erhielten in diesem Fall Informationen über Harninkontinenz im Allgemeinen und den Ablauf des Blasentrainings. Ein positives Feedback an die Betroffenen erfolgte in fünf Studien, die in das Review inkludiert wurden. Die Intensität und Dauer des Blasentrainings variierte in den verschiedenen Studien zwischen sechs Tagen bis zu 24 Wochen. Im Ergebnisteil des Reviews wird die Intervention Blasentraining mit anderen Behandlungsformen, wie zum Beispiel pharmakologischen Behandlungen, der Harninkontinenz beziehungsweise keiner Behandlung, verglichen (Wallace et al. 2009).

### **Blasentraining verglichen mit keiner Intervention**

In diesem Fall wurde in der Interventionsgruppe ein Blasentraining durchgeführt und in der Kontrollgruppe erfolgte keine Intervention. Diesen Vergleich untersuchten drei Studien, die in das Review von Wallace et al. (2009) inkludiert wurden. Die Daten wurden in allen drei Studien am Ende der Behandlung erhoben. Kriterien waren die Anzahl der Miktionen, die Lebensqualität und die Anzahl der inkontinenten Episoden. In einer Studie zeigten die Ergebnisse eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität sowie auch eine Verbesserung der inkontinenten Episoden in der Interventionsgruppe. Bei der Anzahl der Miktionen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Wallace et al. 2009).

### **Blasentraining im Vergleich mit pharmakologischen Behandlungen**

Drei Studien untersuchten Blasentraining im Vergleich mit pharmakologischen Behandlungen. Bei dieser Untersuchung erfolgte in der Kontrollgruppe die Einnahme von Anticholinergika und Hydrochloride, als konservative Behandlung der Harninkontinenz und in der Interventionsgruppe wurde ein Blasentraining durchgeführt. Die Daten wurden anhand der Heilung und Verbesserung aus Sicht der Partizipierenden, der Anzahl der inkontinenten Episoden, der Anzahl der Miktionen und der Lebensqualität erhoben. Ein signifikanter Unterschied konnte anhand der Verbesserung der nächtlichen inkontinenten Episoden in einer Studie identifiziert werden. Die Heilung und Verbesserung aus Sicht der Partizipierenden und die Anzahl der Miktionen ergaben in keiner der drei Studien einen signifikanten Unterschied (Wallace et al. 2009).

### **Blasentraining im Vergleich mit Beckenbodentraining**

Zwei Studien, die in das Review inkludiert wurden, verglichen Blasentraining mit dem Beckenbodentraining. In der Interventionsgruppe erfolgte ein Blasentraining und in der Kontrollgruppe wurde ein Beckenbodentraining durchgeführt. Die Ergebniserhebung erfolgte anhand folgender Kriterien: der Anzahl der inkontinenten Episoden, der Lebensqualität, der Verbesserung der Harninkontinenz aus der Sicht der Partizipierenden und der Anzahl der Miktionen. Die Ergebnisse der zwei Studien ergaben in keiner der Kriterien einen signifikanten Unterschied (Wallace et al. 2009).

### **Blasentraining in Kombination mit Beckenbodentraining im Vergleich mit Beckenbodentraining alleine**

Eine Studie, die in das Review inkludiert werden konnte, untersuchte Blasentraining in Kombination mit Beckenbodentraining im Vergleich mit Beckenbodentraining alleine. In diesem Fall wurden die Interventionen Blasentraining und Beckenbodentraining in der Interventionsgruppe kombiniert und in der Kontrollgruppe erfolgte nur ein Beckenbodentraining. Kriterien, die in der Studie untersucht wurden, waren: die Lebensqualität sowie die Anzahl der inkontinenten Episoden. In der Interventionsgruppe gab es eine signifikante Verbesserung der inkontinenten Episoden. Anhand der Lebensqualität konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (Wallace et al. 2009).

## **3.2 Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten**

Die zweite Intervention ist der Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten, auf Englisch auch „habit retraining“ genannt. Dabei handelt es sich um eine Form des Toiletentrainings, welche im systematischen Review von Ostaszkiwicz et al. (2010a) unter dem Titel „Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults“ untersucht wurde. Das Review von Ostaszkiwicz et al. (2010a) inkludiert nur randomisierte oder quasirandomisierte Studien, die „habit retraining“ alleine oder in Kombination mit anderen Interventionen untersuchten. Ein weiteres Auswahlkriterium war die Teilnahme von erwachsenen Frauen und Männern mit diagnostizierter Harninkontinenz und mit kognitiver oder ohne kognitive Beeinträchtigung. Die Daten wurden anhand folgender Kriterien erhoben: des Patient/innensymptoms, der Anzahl der inkontinenten Episoden, der Wechselhäufigkeit der Inkontinenzprodukte, des Gewichts des Inkontinenzproduktes, der Menge

des Harns, der urogenitalen Infektionen oder der genitalen Hautentzündungen. Zwei AutorInnen des Reviews überprüften alle gefundenen Studien anhand ihrer methodischen Qualität mittels der Kriterien der Inkontinenzforschergruppe. Studien, die den Kriterien nicht entsprachen, wurden nicht in das Review inkludiert (Ostaszkiwicz et al. 2010a).

### **Ergebnis**

Nach der Bewertung der Studien wurden vier Studien in das Review inkludiert. Insgesamt ergab dies eine Anzahl von 378 Partizipierenden. Die Mehrheit der Partizipierenden bildeten Frauen im durchschnittlichen Alter von 80 Jahren, die physisch oder psychisch beeinträchtigt und abhängig von Pflegepersonen waren. Die Partizipierenden wurden in einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung betreut oder nahmen die Betreuung von zu Hause aus, durch die Hauskrankenpflege, in Anspruch. In allen Studien gibt es bei der Bezeichnung der Pflegeintervention „habit retraining“ Unterschiede. Die Intervention wurde auch als „patterned urge-reponse toileting“, „individualised scheduled toileting“ oder „habit training“ bezeichnet. Bei der Intervention „habit retraining“ erfolgt eine Erhebung des individuellen Entleerungsmusters anhand eines Miktionsprotokolls. Aufbauend auf die identifizierten individuellen Entleerungszeiten wird ein Ausscheidungsplan erstellt. Ziel ist es, unfreiwillige Harnabgänge zu vermeiden. Die Beobachtung und Erhebung des individuellen Entleerungsmusters erfolgte in drei Studien mittels eines elektronischen Beobachtungsgerätes. Das elektronische Beobachtungsgerät sollte eine genauere und detailliertere Beobachtung des individuellen Entleerungsmusters gewähren. Dabei wird ein Sensor, der auf Feuchtigkeit reagiert, in die Inkontinenzhose der Betroffenen platziert. Der Sensor ist mit dem Gerät verbunden, welches die Pflegeperson bei sich trägt. Wenn der oder die Betroffene inkontinent ist, also die Inkontinenzhose feucht ist, wird ein Alarm am Beobachtungsgerät abgegeben. Die AutorInnen des Reviews berichten von einer sehr unterschiedlichen Dauer und Intensität der Beobachtungen in den Studien (Ostaszkiwicz et al. 2010a).

### **„Habit retraining“ in Kombination mit einer anderen Behandlung im Vergleich mit „habit retraining“ alleine**

Eine Studie von insgesamt vier Studien, die in das Review von Ostaszkiwicz et al. (2010a) inkludiert wurden, kombinierte in der Interventionsgruppe die Intervention „habit

retraining“ mit dem Gebrauch eines elektronischen Beobachtungsgeräts und einer Schulung für Pflegepersonen. Die Schulung der Pflegepersonen wird in der Studie nicht genauer beschrieben. Kriterien für die Datensammlung waren die Anzahl der inkontinenten Episoden und die Wahrnehmung der Häufigkeit und des Schweregrades der Harninkontinenz aus der Sicht der Partizipierenden. Der Schweregrad der Harninkontinenz wurde auch anhand des Nässegrades der Unterwäsche und der Einrichtung gemessen. Die unterschiedenen Nässegrade waren feuchte oder nasse Unterwäsche beziehungsweise Inkontinenzprodukte, nasse Kleidungsstücke oder eine bereits feuchte oder nasse Einrichtung. Ergebnisse in der Interventionsgruppe zeigten eine Verbesserung der Wahrnehmung der Häufigkeit und des Schweregrades der Harninkontinenz aus der Sicht der Partizipierenden, diese waren jedoch nicht signifikant. Anhand des Nässegrades konnte eine leichte Verbesserung des Schweregrades der Inkontinenz festgestellt werden, diese Ergebnisse waren ebenfalls nicht signifikant (Ostaszkievicz et al. 2010a).

### **„Habit retraining“ in Kombination mit einer anderen Behandlung im Vergleich mit gewöhnlicher Pflege**

Diesen Vergleich konnten die AutorInnen in drei Studien wiederfinden. In der Interventionsgruppe erfolgte ein „habit retraining“ in Kombination mit einer anderen Behandlung, wie zum Beispiel mit einer Schulung der Pflegepersonen, aufgeforderten Toilettengängen, der Manipulation der Flüssigkeitsaufnahme, Umgebungsänderungen oder mit elektronischen Beobachtungen. In der Kontrollgruppe erfolgte eine gewöhnliche Pflege ohne spezielle Maßnahmen zur Verbesserung der Harninkontinenz. Die Daten wurden anhand der Anzahl der inkontinenten Episoden, des kontinenten und inkontinenten Harnabgangsvolumens, der Prävalenz eines Hautausschlages und der Hautschädigung erhoben. In einer Studie verringerte sich die Anzahl der inkontinenten Episoden signifikant in der Interventionsgruppe. Das kontinente und inkontinente Harnabgangsvolumen war in keiner der Studien signifikant unterschiedlich. Die Prävalenz des Hautausschlages ergab in einer Studie eine signifikante Verbesserung des Ausschlages in der Interventionsgruppe. In einer anderen Studie wurde eine Verbesserung der Hautschädigung in der Interventionsgruppe festgestellt (Ostaszkievicz et al. 2010a).

### 3.3 Angebotener Toilettengang

Eine weitere Form des Toilettentrainings ist der angebotene Toilettengang, in der internationalen Literatur auch „prompted voiding“ genannt. In das systematische Review „Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults“ von Eustice et al. (2009) wurden Studien zu diesem Thema gesucht. Ziel dieses Reviews war es herauszufinden, wie effektiv angebotene Toilettengänge in der Behandlung von Harninkontinenz sind. In das Review wurden nur randomisierte oder quasirandomisierte Studien inkludiert. Die Partizipierenden mussten erwachsene Frauen und Männer mit diagnostizierter Harninkontinenz und mit kognitiver oder ohne kognitive Beeinträchtigung sein. Die AutorInnen suchten nach folgenden Untersuchungen: „prompted voiding“ versus kein „prompted voiding“, „prompted voiding“ versus andere Behandlungen und „prompted voiding“ in Kombination mit einer anderen Behandlung versus die andere Behandlung alleine. Für die Auswahl der Studien verwendeten die AutorInnen der Review einen Kriterienkatalog der Cochrane-Inkontinenzgruppe. Zwei AutorInnen überprüften und bewerteten die Studien und die, die den Kriterien nicht entsprachen, wurden aus der Studie ausgeschlossen (Eustice et al. 2009).

#### Ergebnis

Zu den Vergleichen „prompted voiding“ versus andere Behandlungen und „prompted voiding“ in Kombination mit einer anderen Behandlung versus die andere Behandlung alleine, konnten keine Studien von den AutorInnen der Review identifiziert werden (Eustice et al. 2009).

#### **Angebotener Toilettengang versus kein angebotener Toilettengang**

Neun Studien, die diesen Vergleich prüften, wurden nach der Bewertung von den AutorInnen in das Review eingeschlossen. In den neun inkludierten Studien gab es insgesamt eine Teilnehmerzahl von 674 Personen, der Großteil davon waren Frauen, jedoch wurde nicht in jeder Studie zwischen den Geschlechtern unterschieden. In der Interventionsgruppe wurde das Toilettentraining „prompted voiding“ durchgeführt und in der Kontrollgruppe fand kein „prompted voiding“ statt. Bei der Intervention „prompted voiding“ sollte die Fähigkeit der Blasenkontrolle, durch verbale Aufforderung sowie Lob und Bestätigung, trainiert werden. Demnach wird von den Pflegepersonen in regelmäßigen Abständen ein Toi-

lettengang angeboten und die Aufmerksamkeit immer wieder auf die Blase gelenkt. Wenn erwünscht oder erforderlich, begleitet die Pflegeperson die Betroffenen auf die Toilette. Danach werden die Betroffenen über den nächsten geplanten Toilettengang informiert. Die Intervention wurde in den neun inkludierten Studien von Assistentinnen und Assistenten der Forscherinnen und Forscher oder dem Pflegepersonal selbst durchgeführt. Die Intervention wurde in den neun inkludierten Studien unterschiedlich lange durchgeführt, die Dauer reichte von 20 Tagen bis 32 Wochen. Die Daten wurden anhand folgender Kriterien gemessen: der Anzahl, an der keine Verbesserung der Nassphasen stattfand, der stündlichen Kontrollen und der Anzahl, an denen der Betroffene inkontinent war, die Anzahl der inkontinenten Episoden in 24 Stunden und die selbst initiierten Toilettengänge. In einer der neun inkludierten Studien wurde eine leichte Verbesserung der Anzahl der inkontinenten Episoden identifiziert, diese waren jedoch nicht signifikant. Sechs Studien beinhalteten stündliche Kontrollen und erhoben die Anzahl, an denen der/die Betroffene inkontinent war. Ergebnisse zeigten in der Interventionsgruppe, in allen sechs Studien, eine Verbesserung der inkontinenten Phasen. Jedoch waren diese nur in einer der sechs signifikant unterschiedlich. Die inkontinenten Episoden innerhalb von 24 Stunden wurden in fünf von neun inkludierten Studien erhoben. Ergebnisse dieser fünf Studien zeigten eine signifikante Verbesserung der inkontinenten Episoden. Der selbst initiierte Toilettengang wurde in einer Studie untersucht und ergab eine signifikante Verbesserung in der Interventionsgruppe (Eustice et al. 2009).

### **3.4 Toilettengang zu festgelegten Zeiten**

Die dritte Form des Toilettentrainings ist der Toilettengang zu festgelegten Zeiten oder auch „timed voiding“ genannt. „Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults“ heißt das Review von Ostaszkiwicz et al. (2010b). Ziel dieses Reviews war es herauszufinden, wie effektiv Toilettengänge zu festgelegten Zeiten bei Erwachsenen mit Harninkontinenz, denen es nicht möglich ist, selbstständig Toilettengänge durchzuführen, sind. Die AutorInnen des Review beschlossen nur randomisierte und quasirandomisierte Studien, die die Intervention „timed voiding“ untersuchten, zu inkludieren. Ein weiteres Selektionskriterium waren erwachsene Frauen und Männer, die an einer diagnostizierten Harninkontinenz leiden müssen. Die AutorInnen wählten die Studien anhand der Kriterien der Cochrane Inkontinenzgruppe aus. Folgende Datenerhebungsmethoden waren für die AutorInnen dieses Reviews von Interesse: Anzahl der inkontinenten Episoden innerhalb

von 24 Stunden, Wechselhäufigkeit der Inkontinenzprodukte innerhalb von 24 Stunden, Gewicht der Inkontinenzprodukte, Miktionsvolumen und die Aufrechterhaltung der Hautintegrität (Ostaszkiwicz et al. 2010b).

## **Ergebnis**

### **„Timed voiding“ kombiniert mit einer anderen Intervention im Vergleich mit gewöhnlicher Pflege**

Nach der Selektion der Studien wurden zwei Studien in das Review von Ostaszkiwicz et al. (2010b) inkludiert. Anhand dieser zwei Studien wurden 298 Partizipierende in das Review einbezogen. Die Partizipierenden hatten ein mittleres Alter von 86,7 Jahren und der Großteil war kognitiv beeinträchtigt und lebte in einer Pflegeeinrichtung. In einer der inkludierten Studien wurde in der Interventionsgruppe das Toilettentraining „timed voiding“ mit der Einnahme von Medikamenten zur Behandlung von Harninkontinenz kombiniert. Das Toilettentraining wurde in diesem Fall von einer Pflegeperson alle zwei Stunden über einen Zeitraum von zwei Monaten durchgeführt. Und in der Kontrollgruppe erfolgte eine gewöhnliche Pflege ohne spezielle Maßnahmen zur Therapie von Harninkontinenz. Kriterien für die Datenerhebung waren in dieser Studie: das Gewicht der Inkontinenzprodukte und die Anzahl der inkontinenten Episoden. Anhand des Gewichtes der Inkontinenzprodukte konnte eine signifikante Verbesserung der inkontinenten Menge, in der Interventionsgruppe festgestellt werden. In der Interventionsgruppe konnte eine Reduktion der inkontinenten Episoden tagsüber identifiziert werden. Jedoch war der Unterschied nicht statistisch signifikant. Bei den inkontinenten Episoden in der Nacht konnte ein signifikanter Unterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe bewiesen werden (Ostaszkiwicz et al. 2010b).

Die zweite Studie, die in das Review inkludiert wurde, kombinierte in der Interventionsgruppe „timed voiding“ mit einer Schulung des Pflegepersonals, der Verwendung von Inkontinenzprodukten und Toilettenstühle und einem Feedback an die Partizipierenden. In diesem Fall wurde die Intervention „timed voiding“ fünfmal am Tag, zu Zeitpunkten, die von anderen Ereignissen, wie zum Beispiel der Morgenpflege oder dem Mittagessen, abhängen, durchgeführt. In der Kontrollgruppe erfolgte wiederum eine gewöhnliche Pflege. Die Intervention wurde in einem Zeitraum von drei Monaten durchgeführt. Auch in dieser Studie wurde die Anzahl der inkontinenten Episoden untersucht. Die Anzahl der inkonti-

nennten Episoden verbesserte sich in der Interventionsgruppe, dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant (Ostaszkievicz et al. 2010b).

### 3.5 Beckenbodentraining

Beckenbodentraining ist eine weitere Intervention in der konservativen Therapie von Harninkontinenz. „Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same treatment alone for urinary incontinence in women“ lautet der Titel des systematischen Reviews von Ayeleke et al. (2013). Evaluiert wurden in diesem Review die Effekte von aktiven Behandlungen bei Harninkontinenz in Kombination mit Beckenbodentraining und den aktiven Behandlungen alleine. Aktive Behandlungen sind zum Beispiel das Blasentraining, die Elektrostimulation und die Verwendung von Vaginalkonen. Die AutorInnen inkludierten nur randomisierte und quasirandomisierte Studien in ihrem Review. Weitere Kriterien für den Einschluss von Studien waren die Teilnahme von erwachsenen Frauen mit Symptomen von Stress-, Drang- oder Mischinkontinenz. Studien, die Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung oder beeinträchtigter Mobilität enthalten, wurden ausgeschlossen. Schwangere Frauen und Frauen, bei denen die Geburt noch keine drei Monate her war, wurden ebenfalls ausgeschlossen. Verschiedene Formen und Ausübungen des Beckenbodentrainings wurden beim Einschluss der Studien berücksichtigt. Zwei AutorInnen des Reviews führten das Titel- und Abstractscreening durch, analysierten darauf aufbauend mögliche geeignete Studien im Volltext und inkludierten bewertete und passende Studien in das Review. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Verblindung der Partizipierenden und der Pflegepersonen, die Vollständigkeit der Daten und den Ablauf der Zuteilung der Gruppen gelegt, um mögliche Verzerrungen ausschließen zu können (Ayeleke et al. 2013).

#### Ergebnis

Neun Studien entsprachen den Einschlusskriterien und wurden von den AutorInnen in das Review aufgenommen. Insgesamt ergab dies eine Anzahl von 984 Partizipierenden, davon nahmen 494 Partizipierende in der Interventionsgruppe mit Beckenbodentraining teil und 490 Partizipierende in der Kontrollgruppe. Die Partizipierenden waren ausschließlich Frauen im Alter zwischen 18 und 75 Jahren oder auch älter. Die AutorInnen berichten, dass die Vorgehensweise der Durchführung des Beckenbodentrainings in den Studien

sehr unterschiedlich beschrieben wird. In drei der inkludierten Studien erfolgte das Beckenbodentraining mittels der Verstärkung der Muskelkraft, Steigerung der Ausdauer und koordinierender Muskelübungen. Zwei der neun inkludierten Studien verwendeten zusätzlich zum Beckenbodentraining die unterstützende Maßnahme Biofeedback. Das Biofeedback kann dabei helfen, die Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur zu verstärken, indem ein Sensor die Aktionspotenziale der Muskulatur misst und sie an die Betroffenen weiterleitet. Eine weitere zusätzliche Intervention, die mit dem Beckenbodentraining verbunden wurde, ist die Elektrostimulation, welche in einer der neun inkludierten Studien verwendet wurde. Durch die Elektrostimulation werden elektronische Impulse von einem Gerät aus an die Beckenbodenmuskulatur übertragen und lösen somit Kontraktionen aus. In sechs der neun inkludierten Studien wurde der Ablauf des Trainings nicht beschrieben. Die Dauer des Beckenbodentrainings variierte zwischen den Studien von vier bis zwölf Wochen. Die Messung und Erhebung der Ergebnisse erfolgte sehr unterschiedlich und daher war es für die Mehrheit der inkludierten Studien sehr schwierig, Vergleiche zu ziehen (Ayeleke et al. 2013).

### **Beckenbodentraining in Kombination mit Blasentraining versus Blasentraining alleine**

Beckenbodentraining in Kombination mit Blasentraining versus Blasentraining alleine untersuchte eine der neun inkludierten Studien des Reviews von Ayeleke et al. (2013). In diesem Vergleich wurde in der Interventionsgruppe das Blasentraining mit dem Beckenbodentraining kombiniert und in der Kontrollgruppe fand nur ein Blasentraining statt. Die Kriterien für die Datenerhebung waren die Heilung und Verbesserung der Harninkontinenz aus der Sicht der Partizipierenden, gleich nach dem Training und drei Monate später, die Veränderung der Lebensqualität und die Anzahl der inkontinenten Episoden. Anhand der Kriterien Heilung und Verbesserung der Harninkontinenz und der Anzahl der inkontinenten Episoden konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. In der Interventionsgruppe konnte jedoch eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität erhoben werden (Ayeleke et al. 2013).

Eine weitere Studie, die Beckenbodentraining in Kombination mit Blasentraining versus Blasentraining alleine untersucht, ist die Studie von Kaya et al. (2014) mit dem Titel: „Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial“. Die Studie ist eine prospektive randomi-

siert kontrollierte Studie. In diesem Fall wurden die Frauen zufällig mit Hilfe eines Computerprogrammes den Gruppen zugeteilt. Einschlusskriterien waren erwachsene Frauen, vorhandene Symptome von Stress-, Drang- und Mischinkontinenz und keine Einnahme von Medikamenten zur Therapie von Inkontinenz. Ausgeschlossen wurden schwangere Frauen oder Frauen, bei denen die Geburt weniger als drei Monate her war, Frauen, bei denen eine Kontraktion des Beckenbodens nicht möglich war und Frauen mit neurologischen Erkrankungen oder einem Prolaps. Die Interventionen wurden über einen Zeitraum von sechs Wochen durchgeführt und untersucht. Die Frauen wurden von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten über die Durchführung der Interventionen eingeschult und erhielten eine Informationsmappe. Die Frauen in der Beckenbodentrainingsgruppe führten ein Tagebuch über die durchgeführten Übungen und die Frauen in der Blasentrainingsgruppe führten ein Miktionsprotokoll, um eine Nachvollziehung der Durchführung und Verbesserung gewähren zu können. Die Studie weist eine Samplegröße von 104 Frauen auf. Resultate wurden anhand folgender Indikatoren gemessen: Verbesserung der Harninkontinenz aus der Sicht der Teilnehmerinnen, Intensität der Harninkontinenz, Lebensqualität, Anzahl der inkontinenten Episoden, Anzahl der Miktionen per Tag und Stärke und Dehnbarkeit des Beckenbodens. Die Datenerhebung ergab, dass in der Interventionsgruppe Frauen vor allem mit Stress- und Mischinkontinenz von einer Heilung der Inkontinenz berichteten. Auch anhand der anderen Messindikatoren konnten signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe festgestellt werden (Kaya et al. 2014).

### **Beckenbodentraining in Kombination mit Elektrostimulation versus Elektrostimulation alleine**

Zwei Studien, die in das systematische Review von Ayeleke et al. (2013) inkludiert wurden, untersuchten Beckenbodentraining in Kombination mit elektronischer Stimulation versus elektronische Stimulation alleine. In diesem Fall wurde in der Interventionsgruppe das Beckenbodentraining mit der Elektrostimulation kombiniert und in der Kontrollgruppe wurde die elektronische Stimulation alleine durchgeführt. Resultate wurden anhand der Heilung und Verbesserung der Inkontinenz aus der Sicht der Partizipierenden und der Lebensqualität gemessen. Es konnten signifikante Unterschiede in der Heilung der Inkontinenz in der Interventionsgruppe identifiziert werden. Eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität gab es ebenfalls in der Interventionsgruppe (Ayeleke et al. 2013).

---

### **Beckenbodentraining in Kombination mit Vaginalkugeln versus Vaginalkugeln alleine**

Eine andere Studie, die in das Review inkludiert wurde untersuchte das Beckenbodentraining in Kombination mit Vaginalkugeln im Vergleich mit Vaginalkugeln alleine. Die Vaginalkugeln werden durch Anspannung der Beckenbodenmuskulatur gehalten. Durch das wiederholte Anspannen sollte die Beckenbodenmuskulatur zusätzlich trainiert werden. Beobachtungen und Aufzeichnungen des Harnverlustes zeigten, dass mehr Frauen in der Interventionsgruppe von Harninkontinenz geheilt wurden als in der Kontrollgruppe. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant (Ayeleke et al. 2013).

### **Beckenbodentraining untersucht mit Vaginalzäpfchen versus Vaginalzäpfchen alleine**

Hierfür konnten die AutorInnen des Reviews eine Studie mit insgesamt 446 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Stressurininkontinenz identifizieren. Die Daten wurden anhand der Heilung oder Verbesserung der Harninkontinenz aus der Sicht der Partizipierenden und der Lebensqualität gemessen. Ergebnisse ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe (Ayeleke et al. 2013).

### **Beckenbodentraining plus medikamentöse Therapie versus medikamentöse Therapie alleine**

In der Interventionsgruppe untersuchte man die Einnahme von Medikamenten zur Therapie von Harninkontinenz, bei der zusätzlich ein Beckenbodentraining durchgeführt wurde. Und in der Kontrollgruppe erfolgte nur die Einnahme von Medikamenten zur Therapie von Harninkontinenz. Untersucht wurden die Einnahme von medikamentösen Therapien, wie Oxybutynin, Duloxetine, Solifenacin und Clenbuterol. Gemessen wurden die Daten anhand der Heilung der Harninkontinenz aus der Sicht der Frauen, der Anzahl der inkontinenten Episoden, der Anzahl der verwendeten Inkontinenzprodukte per Woche und des Miktionsvolumens. In keiner der Messkriterien konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Ayeleke et al. 2013).

---

### **Beckenbodentraining plus Verwendung von feucht-warmem Wickel versus Verwendung von feucht-warmem Wickel alleine**

Diese Analyse wurde bei Frauen mit Drang- und Mischinkontinenz in einer der inkludierten Studien des systematischen Reviews durchgeführt. In der Interventionsgruppe wurde die Verwendung von feucht-warmem Wickel mit dem Beckenbodentraining kombiniert und in der Kontrollgruppe wurde nur der feucht-warme Wickel verwendet. Der feucht-warme Wickel versorgt den unteren Teil des Abdomens und des Rückens mit Wärme. Die Forscher stellten zuvor die Hypothese auf, dass sich durch die Wärme, die einen positiven Effekt auf das Nierensystem hat, inkontinente Episoden verringern. Die Heilung der Harninkontinenz wurde erhoben, indem Frauen am Ende der Behandlung von einer völligen Einstellung der inkontinente Episoden berichteten. Die Daten ergaben, dass mehr Frauen in der Interventionsgruppe geheilt wurden als in der Kontrollgruppe und diese Ergebnisse waren statistisch signifikant (Ayeleke et al. 2013).

## 4 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Pflegeinterventionen bei Harninkontinenz in internationalen Studien erforscht wurden. Es konnten fünf Pflegeinterventionen in Bezug auf die Behandlung der Harninkontinenz identifiziert werden, somit konnte die Forschungsfrage beantwortet werden. In den verschiedenen Studien wurde die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen oder die Intervention mit einer anderen Behandlungsform kombiniert, um den Effekt der jeweiligen Interventionen auf die Harninkontinenz festzustellen. Nur in wenigen Studien konnte ein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Daraus kann man schließen, dass zwar einige Pflegeinterventionen zur Verbesserung der Harninkontinenz angeführt und beschrieben werden, jedoch die Effizienz und der Nutzen dieser Pflegeinterventionen noch nicht genau bekannt ist.

Zum Thema Blasentraining wurden 80 Studien von den AutorInnen des Reviews identifiziert, daraus geht hervor, dass Blasentraining eine weitverbreitete und häufig angewendete Intervention in der konservativen Behandlung der Harninkontinenz ist. Jedoch gibt es zu wenig Beweismaterial, um die Evidenz der Effekte von Blasentraining beurteilen zu können. Von acht inkludierten Studien zeigte nur eine Studie signifikante Unterschiede im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Jedoch wird Blasentraining als eine hilfreiche Strategie in der Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen gesehen (Wallace et al. 2009).

Die Evidenz der Intervention „Toilettengang zu individuellen Entleerungszeiten“ wurde im Review von Ostaszkiwicz et al. (2010a) untersucht. Jedoch ist die Beweislage der inkludierten Studien zu gering, um sagen zu können, dass „habit retraining“ die Inkontinenz verbessert und eine Einführung dieser Intervention lohnenswert ist. Mittels des elektronischen Beobachtungsgerätes kann man zwar das individuelle Entleerungsmuster genauer und besser beobachten, jedoch kann es nicht garantieren, dass das Pflegepersonal sich daran hält und die Ausscheidungsplanung danach richtet. Die AutorInnen des Reviews weisen darauf hin, dass trotz der niedrigen Beweislage „habit retraining“ nicht abgewiesen und als Intervention ohne Effekt gesehen werden soll (Ostaszkiwicz et al. 2010a).

Die AutorInnen des Reviews zum Thema „angebotener Toilettengang“ konnten mittels identifizierter Studien einen positiven Effekt für das Management von Harninkontinenz herausfinden. Eine signifikante Verbesserung der inkontinenten Episoden, der Nassphasen und der selbst initiierten Toilettengänge in der Interventionsgruppe wurden anhand der Ergebnisse identifiziert. Die AutorInnen konnten keine Aussagen hinsichtlich von Langzeitergebnissen treffen. Alle in das Review inkludierten Studien wurden in den USA durchgeführt, dies sollte beachtet werden, wenn man die Ergebnisse auf andere Länder und Settings übertragen möchte (Eustice et al. 2009).

Für die Intervention „Toilettengang zu festgelegten Zeiten“ konnten im Review von Ostaszkiwicz et al. (2010b) keine Studien gefunden werden, die den Effekt und Nutzen der Intervention beweisen. Die Ausführung der Intervention beinhaltete einen fixen Zeitplan des Toilettentrainings kombiniert mit der Schulung des Personals und dem positiven Feedback an die Betroffenen. Die AutorInnen des Reviews stellten fest, dass das Vorgehen dieser Intervention kaum untersucht ist, aber scheinbar die einfachste und häufigste angewendete Variante des Toilettentrainings ist (Ostaszkiwicz et al. 2010b).

Die AutorInnen des Reviews zum Thema „aktive Behandlungen bei Harninkontinenz in Kombination mit Beckenbodentraining und den aktiven Behandlungen alleine“ konnten mittels der gefundenen Studien herausfinden, dass das Beckenbodentraining eine positive Auswirkung auf die aktive Behandlung haben kann. Eine aktive Behandlung ist zum Beispiel das Blasentraining, die Elektrostimulation sowie die Verwendung von Vaginalkugeln. Es konnten jedoch keine signifikanten Resultate der Untersuchungen von den AutorInnen erhoben werden und somit wurde nicht bewiesen, ob die Einführung der Kombination mit Beckenbodentraining zusätzliche Vorteile für die Heilung der Harninkontinenz bringt (Ayeleke et al. 2013).

## 5 Diskussion

Die in der internationalen Literatur identifizierten Pflegeinterventionen bei Harninkontinenz sind teilweise ident mit den empfohlenen Pflegeinterventionen der Pflegeklassifikation NIC. Interventionen wie das Blasentraining, das Beckenbodentraining und der angebotene Toilettengang werden von NIC angeführt und wurden nach der Recherche in der internationalen Literatur ebenfalls identifiziert.

Die Ergebnisse einiger Studien, die in den unterschiedlichen gefundenen Reviews inkludiert wurden, sind oft nicht sehr deutlich, da zum Beispiel häufig eine zu kleine Samplegröße herrschte oder die Methoden nicht genau beschrieben wurden. Für Vergleichsschwierigkeiten innerhalb der Reviews sorgten häufig die unterschiedlichen Bezeichnungen und Definitionen der Intervention und auch die unterschiedliche oder nicht genau beschriebene Durchführung. Ostaszkiwicz und Kollegen (2010a) haben während ihrer Recherche für das Review „habit retraining for the management of urinary incontinence in adults“ festgestellt, dass es in der Literatur häufig zu Verwechslungen zwischen den Interventionen Blasentraining, „habit retraining“, „prompted voiding“ und „timed voiding“ kommt. Aus diesem Grund wählten die AutorInnen die Studien anhand einer erfahrungsgemäßen Definition von „timed voiding“ aus und orientierten sich häufig an der Beschreibung der Intervention und nicht an ihrer Bezeichnung selbst (Ostaszkiwicz et al. 2010a). Auch im Review von Ostaszkiwicz et al. (2010b) zum Thema „timed voiding“ kam es zu Verwirrungen hinsichtlich der verschiedenen Bezeichnungen der Intervention. Synonyme für „timed voiding“ können „scheduled toileting“ und „routine toileting“ sein. Die Intervention „timed voiding“ wurde in den Interventionsgruppen sehr unterschiedlich ausgeführt und beschrieben, daher war ein genauer Vergleich der Ergebnisse zwischen den Studien nicht möglich. In einer inkludierten Studie des Reviews hat es eine positive Rückmeldung an den Partizipierenden gegeben, dies wirft, laut den AutorInnen des Reviews, die Frage auf, ob es sich nicht um „prompted voiding“ handle. Da das Hauptaugenmerk aber auf dem fixen Zeitplan des Toilettentrainings lag, entschieden sich die AutorInnen, die Studie in das Review mit der Bezeichnung „Timed voiding“ zu inkludieren. Die Ergebnisse dieses Reviews verdeutlichen die Lücke in der Forschung in Bezug auf die verschiedenen Formen eines Toilettentrainings. Weitere Studien sind notwendig, um Verwechslungen zwischen den Formen des Toilettentrainings zu klären (Ostaszkiwicz et al. 2010b). Auch die Intervention Blasentraining wird in den inkludierten Studien des Reviews von Wallace et al. (2009) selten genau

beschrieben und auch die Vorgehensweise der Durchführung weist häufig Mängel auf. So wurden Schulungsmethoden oder der Prozess der Dauer der Schulung nicht genau erläutert und somit war eine Vergleichbarkeit kaum möglich. Anhand der sehr kleinen Stichprobengröße konnten keine signifikanten Ergebnisse identifiziert werden, daher konnte die Evidenz von der Intervention Blasentraining nicht bewiesen werden. Die AutorInnen stellten fest, dass mehr qualitativ hochwertige Studien notwendig sind und der Forschungsbedarf weiterhin sehr hoch ist (Wallace et al. 2009).

AutorInnen des Reviews „habit retraining“ weisen darauf hin, dass die Studien durch eine kleine Samplegröße, limitierte Beschreibung der Interventionen, eine hohe Abgangsrate und limitierte Ergebnisse gekennzeichnet sind. Alle vier in dem Review inkludierten Studien haben eine methodische Schwäche. Es scheint auch so, als ob „habit retraining“ nur ein Reserve-Vorgehen in der Inkontinenz Behandlung wäre und dass das Problem größtenteils bei den Pflegepersonen liege. AutorInnen vermuten, dass der Grund dafür die arbeitsaufwendige Vorgehensweise für das Pflegepersonal, um die individuellen Entleerungsmuster und Toilettenbedürfnisse zu erheben, ist. Für die Praxis wäre es wichtig, Pflegepersonen dabei zu helfen, individuelle Entleerungsmuster umsetzen und einhalten zu können, dabei aber auch die Belastung für die Pflege zu reduzieren. Eine perfekte Umsetzung des „habit retrainings“ fordert ein flexibles Vorgehen und einen dementsprechenden Personalschlüssel. Die Intervention „habit retraining“ wurde in Kombination mit der Verwendung eines elektronischen Beobachtungsgerätes untersucht. Weitere Forschungen sind aber noch notwendig, um den Nutzen des elektronischen Beobachtungsgerätes zu testen. Die AutorInnen empfehlen ebenfalls weitere Forschungen um die optimale Häufigkeit und Technik festzustellen, wodurch das individuelle Entleerungsmuster von Betroffenen herausgefunden werden kann. Die Gründe für die Nichteinhaltung des erstellten Ausscheidungsplanes von Pflegepersonen wären ebenfalls noch ein Thema, das untersucht werden sollte (Ostaszkiwicz et al. 2010a).

Das Beckenbodentraining wurde in den Studien sehr unterschiedlich ausgeübt und oftmals gab es eine zu kurze Zeitperiode, in der die Übungen durchgeführt wurden. Denn eine zu kurze Zeitperiode hat den Nachteil, dass die Beckenbodenmuskeln nicht ausreichend gestärkt werden können, und somit ist das Training nicht effizient genug. Keine der Studien konnte einen Beweis erbringen, ob die Ausführung des Beckenbodentrainings von den Partizipierenden richtig befolgt wurde. Die inkludierten Studien wiesen unterschiedliche Charakteristika der Partizipierenden auf und verglichen unterschiedliche aktive Behand-

lungen mit dem Beckenbodentraining, somit war es für die AutorInnen des Reviews nicht möglich, alle Studien miteinander zu vergleichen und daraus ein Fazit zu ziehen (Ayeleke et al. 2013). Im Hinblick auf die Forschungsfrage „Pflegeinterventionen bei Frauen mit Harninkontinenz“ kann diskutiert werden, ob das Beckenbodentraining zu einer typischen von Pflegepersonen durchgeführten Intervention gehört. In Österreich wird diese Tätigkeit häufig von Physiotherapeuten übernommen, da es in den Krankenhäusern und Pflegeheimen größtenteils eine gute Zusammenarbeit gibt. Trotzdem können Pflegepersonen Betroffene über den Nutzen und die Durchführung eines Beckenbodentrainings informieren und anleiten. Aus eigenen Erfahrungen in der Praxis geschieht dies häufig auf einer Entbindungsstation, da, wie in den Grundlagen beschrieben, eine häufige Ursache von Harninkontinenz die Geburt und Entbindung ist.

Das Alter der Durchführung der Studien, die in den Reviews inkludiert wurden, ist ein weiterer Aspekt, der hinterfragt werden sollte. Hier stellt sich die Frage, warum nur wenig aktuelle Studien zum Thema Pflegeinterventionen bei Harninkontinenz identifiziert werden konnten. Nur eine Studie, die in diese Arbeit inkludiert wurde, stammt aus dem Jahre 2014, wenige Studien in den Reviews beziehen sich auf die letzten zehn Jahre, der Großteil stammt aus den Jahren 1980 bis 1990 (Ostaszkievicz et al. 2010a, Ostaszkievicz et al. 2010b, Eustice et al. 2009, Ayeleke et al. 2013, Wallace et al. 2009). Aktuellere Studien, die die verschiedenen Pflegeinterventionen untersuchen, erforschen und beschreiben, sind notwendig. Die Folgen der Harninkontinenz sind groß, denn Harninkontinenz gilt als eine der häufigsten Ursachen für eine Krankenhaus- oder Heimaufnahme (Niederstadt & Gaber 2007). Deshalb bildet besonders in der Gesundheitsversorgung Harninkontinenz ein sehr aktuelles und weitverbreitetes Thema. Durch den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, der im GuKG geregelt ist, trägt die Pflegeperson Verantwortung für geplante und durchgeführte Interventionen (RIS 2015). Fachliche Kompetenz, kritisches Denken und auf Evidenz basiertes Arbeiten bilden einen Grundstein für eine erfolgreiche Pflege. Vor allem das Arbeiten anhand von wissenschaftlich signifikanten Ergebnissen sollte die Zukunft der Pflege bilden (Wilkinson 2012). Um die praktische Pflege dabei unterstützen zu können müssen aber Strategien zur Prävention und Behandlungsmöglichkeiten von Harninkontinenz in der Wissenschaft noch weiter untersucht werden. Auch Vorschlagsmöglichkeiten für eine gute Implementierung der Strategie oder der Intervention sind gefordert. Ebenfalls können strukturelle Rahmenbedingungen ein Hindernis bei der Umsetzung von bestimmten Inter-

ventionen sein und gehören daher betrachtet und gegebenenfalls verändert. Eine Veränderung in der Qualität der pflegerischen Betreuung in den Bereichen der Kontinenzförderung fordert ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren wie zum Beispiel eine Weiterentwicklung der nationalen Strategie sowie auch auf institutioneller Ebene. Aber nicht zuletzt liegt es an der diplomierten Pflegeperson selbst, welche Einstellung sie zu Harninkontinenz hat, welche Verantwortung sie übernehmen wird und welches Wissen sie einsetzt, um eine Verbesserung des Wohlbefindens von Patientinnen und Patienten mit Harninkontinenz herzustellen (Ostaszkiwicz et al 2010a, Ostaszkiwicz et al. 2010b, Eustice et al. 2009, Ayeleke et al. 2013, Wallace et al. 2009).

## 6 Literaturverzeichnis

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., van Kerrebroeck, P., Victor, A. & Wein, A. 2002, „The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society”, *Neurology and Urodynamics*, 21 (2): 167-178.

Albers-Heitner, P., Berghmans, M., Joore, M., Lagro-Janssen, T., Severens, J., Nieman, F. & Winkens, R. 2011, „Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: Results of a pragmatic multicentre randomized controlled trial”, *The International Journal of Clinical Practice*, 65 (6): 705-712.

Ayeleke, R., Hay-Smith, E. & Omar, M. 2013, „Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same treatment alone for urinary incontinence in women”, *The Cochrane Library*, (Issue 11).

Botlero, R., Urquhart, D., Davis, S. & Bell, R. 2008, „Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues”, *International Journal of Urology: Official Journal of the Japanese Urological Association*, 15 (3): 230-234.

Bulechek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. 2008, „*Nursing Interventions Classification (NIC)*“, 5. Auflage, Mosby Elsevier, Missouri.

Du Beau, C., Kuchel, G., Johnson, T., Palmer, M. & Waag, H. 2009, „Incontinence in the frail elderly”. In: Abrams, P., Cardozo & L. Khoury, S. 2010, „*Incontinence, 4<sup>th</sup> international Consultation on Incontinence*”, (4): 961-1024.

Fiechter, V. & Meier, M. 1993, *Pflegeplanung – Eine Anleitung für die Praxis*, 9. Auflage, Recom, Basel.

Hartmann-Eisele, S., Kuno, E. & Müller, M. 2014, *Kategorisierung der Harninkontinenz*, Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz Deutsches, Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück.

Hayder-Beichel, D. 2014, *Literaturstudie*, Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück.

- Hay-Smith, J., Berghmans, B., Burgio, D., Dumoulin, C., Hagen, S., Moore, K. & Nygaard, I. 2009, „Adult Conservative Management“. In: Abrams, P., Cardozo, L. Khoury, S. 2010, „*Incontinence, 4th international Consultation on Incontinence*“, (4): 1025-1120.
- Hunnskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A., Hjalmas, K. & Lapitan, M. 2003, „Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women“, *Urology*, 16-23.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M. & Swanson, E. 2012, „*NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions*“, 3. Auflage, Elsevier Mosby, Maryland Heights.
- Kaya, S., Akbayrak, T., Gursen, C. & Beksac, S. 2014, „Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial“, *International Urogynecological J.*
- Kuh, D., Cardozo, L., Hardy, R. 1999, „Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other life time risk factors in a British prospective cohort“, *Journal Epidemiology Community Health*, 53: 453-458.
- Leoni-Scheiber, C. 2004, *Der angewandte Pflegeprozess*, facultas, Wien.
- NANDA International (2010), *Pflegediagnosen, Definitionen und Klassifikation, 2009-2011*, 1. Auflage, Recom, Kassel.
- Niederstadt, C. & Gaber, E. 2007, *Harninkontinenz – Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Berlin.
- Ostaszkiwicz, J., Chestney, T. & Roe, B. 2010a, „Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults“, *The Cochrane Library*, (Issue 1).
- Ostaszkiwicz, J., Johnston, L. & Roe, B. 2010b, „Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults“, *The Cochrane Library*, (Issue 1).
- Pschyrembel 2015, „Harninkontinenz“, [http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/databasecontent?dbf\\_0=psyfulltext&dbid=pschyprem&dbq\\_0=Harninkontinenz&dbsource=%2Fdb%2Fpschrem&dbt\\_0=fulltext&o\\_0=AND&searchwithindbid\\_1=PSCHYKW&sort=relevance](http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/databasecontent?dbf_0=psyfulltext&dbid=pschyprem&dbq_0=Harninkontinenz&dbsource=%2Fdb%2Fpschrem&dbt_0=fulltext&o_0=AND&searchwithindbid_1=PSCHYKW&sort=relevance), (28. 02. 2015).

RIS 2015, „Gesundheits- und Krankenpflegegesetz“, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>, (22. 02. 2015).

Statistik Austria 2014, *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*, [http://www.statistik.at/web\\_de/suchergebnisse/index.html](http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html), (15.01.2015).

Stewart, W., Van Rooyen, J., Cundiff, G., Abrams, P., Herzog, A. & Corey, R. 2003, “Prevalence and burden of overactive bladder in the United States”, *World Journal Urology*, (20): 327-336.

Wallace, S., Roe, B., Williams, K. & Palmer, M. 2009, „Bladder training for urinary incontinence in adults“, *The Cochrane Library*, (Issue 1).

Wilkinson, J. 2012, *Das Pflegeprozess- Lehrbuch*, Verlag Hans Huber, Bern.

Wyman, J. & Fantl, J. 1991, „Bladder training in ambulatory care management of urinary incontinence“, *Urologic nursing*, 13 (9): 11-17.